

OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O ŽENU S KARCINOMEM ENDOMETRIA

Bakalářská práce

Markéta Neureiterová

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s

PRAHA 5

Vedoucí práce: MUDr. Taťána Lomíčková

Stupeň kvalifikace: Bakalář

Studijní obor: Všeobecná sestra

Datum odevzdání práce: 2009-03-31

Datum obhajoby: 2009-06

Praha 2009

OBSAH

Předmluva.....	6
Úvod.....	7
1 VZNIK NÁDOROVÝCH ONEMOCNĚNÍ.....	8
1.1 Obecná definice nádoru	8
1.1.1 Příčiny vzniku nádorů	8
1.1.2 Diferenciace nádorové buňky	10
1.2 Patogeneze nádorového růstu	11
1.2.1 Působení rostoucího nádoru na hostitele	12
1.2.2 Morfologická diagnostika nádorů	13
1.3 Karcinom endometria	13
1.3.1 Formy karcinomu endometria.....	14
1.3.2 Šíření karcinomu děložního těla	16
1.3.3 TNM klasifikace karcinomu těla děložního.....	16
1.4 Diagnostika a léčba onemocnění	18
2 NÁDOROVÁ PREVENCE.....	20
2.1 Jak se chránit před zhoubnými nádory děložního těla?	20
2.2 Některé rizikové faktory	21
2.2.1 Kouření	21
2.2.2 Alkohol	22
2.2.3 Výživa	22
2.3 Diagnóza rakovina	23
2.4 Základní potřeby nemocného.....	25
2.4.1 Nejčastější potřeby hospitalizovaných pacientů	26
3 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE	27
3.1 Ošetřovatelství	27
3.1.1 Cíle ošetřovatelství	27
3.1.2 Charakteristické rysy ošetřovatelství	28
3.1.3 Vizionářský model Nightingalové	28
3.2 Kazuistika vybrané pacientky	31
3.2.1 Posouzení stavu pacientky	31
3.2.2 Ošetřovatelské diagnózy	34

Závěr.....	40
Seznam použité literatury.....	41
Seznam použitých zkratek.....	43
Seznam příloh.....	44

ABSTRAKT

NEUREITEROVÁ Markéta. Ošetrovatelská péče o ženu s karcinomem endometria, Praha 2009, Bakalářská práce. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s., Bakalář v oboru všeobecná sestra. Školitel: MUDr. Tat'ána Lomíčková.

Tématem mé bakalářské práce je ošetrovatelská péče o ženu s diagnózou karcinom endometria. V teoretické části práce seznamuji čtenáře s příčinou vzniku nádorů, diferenciací a vlastnostmi nádorové buňky. Dále se zde zmiňuji o působení nádoru na organismus člověka a v neposlední řadě také o TNM klasifikaci karcinomu děložního těla. Stěžejní část práce jsem věnovala prevenci nádorů, tomu, jak se chránit před jejich vznikem, potřebami nemocného s diagnózou zhoubného onemocnění i psychologickým přístupem k takovému nemocnému. Zmiňuji zde i zakladatelku ošetrovatelství Florence Nightingalovou. V závěru této práce jsem se zabývala kazuistikou vybrané pacientky s karcinomem endometria.

Klíčová slova: Karcinom endometria. Působení nádoru. Prevence vzniku nádoru. Potřeby nemocného. Psychologický přístup. Ošetrovatelství.

NEUREITEROVÁ Markéta. Nursery care about women with endometrial carcinoma. Prague 2009, Bachelor thesis. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s., Bachelor in general specialization nurse. Supervisor: Lomíčková Ta'ána, M.D.

Thesis topic is the nursing care of a woman with diagnosis of carcinoma of endometrium. Theoretical part of the work introduces the reader to causing tumores, and differentiation properties of tumor cells. Also refers to the action of tumor to human body and ultimately, the TNM classification of carcinoma of uterine body. Central main part of the work is devoted to the prevention of cancer, how to protect against their occurrence, the needs of patients diagnosed with malignant disease and psychological approach to this patient. Mention also the founder of nursing Nightingale Florence, founder of nursing, was also mentioned in, due to her. Conclusion of this thesis deals with case reports selected patients with carcinoma endometrium.

Keywords: Carcinoma endometrium. Exposure to cancer. Preventing cancer. Patient needs. Psychological approach. Nursing.

Prohlášení

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

Souhlasím s použitím své bakalářské práce k studijním účelům.

V Praze 31.3.2009

PŘEDMLUVA

Nádorová onemocnění jsou odedávna postrachem lidstva. Byla odhalena už u egyptských mumií. Pro tato onemocnění se užívá všeobecně známé označení rakovina. Tento výraz lze definovat jako skupinu nemocí, jejichž společným znakem je nekontrolovatelný růst buněk, šířících se do okolí. Růst nádorové masy ničí normální tkáň a buňky primárního nádoru mají schopnost šířit se do jiných tkání a zakládat nová ložiska – metastázy.

Rakovina přibývá ve všech průmyslově vyspělých zemích. Na světě umírá na rakovinu každým rokem 6 milionů lidí. Podle odhadů to ovšem za 20 let bude na 20 milionů lidí. Rychlý nárůst se očekává zejména v rozvojových zemích.

V naší zemi během života onemocní jednou z forem rakoviny každý čtvrtý člověk. Na nádorové onemocnění jako příčinu smrti umírá každý pátý obyvatel u nás. Je to druhá nejčastější příčina smrti hned po srdečně – cévních onemocněních u dospělých a druhá příčina úmrtí u dětí, která následuje za úrazy.

Tato práce vznikla ve snaze apelovat na zdravotníky i na jejich okolí. V jejich moci je šířit osvětu. A bohužel je i pravdou, že máme co dohánět v rámci ošetrovatelské péče o nemocné se zhoubným onemocněním. Stále se mezi námi najdou ti, co nejsou ochotni ke kompromisu a neuznávají pacientovu individualitu.

Výběr tématu ovlivnilo moje časté setkávání s tímto onemocněním v různých nemocnicích v Praze. Podklady pro práci jsem čerpala z knižních zdrojů, z časopisů, zabývajících se tímto problémem i z internetových zdrojů. Samozřejmostí pro vznik práce byla také spolupráce s vybranou pacientkou a studium její dokumentace.

Práce je určena studentům oboru všeobecná sestra, ale i porodním asistentkám, které svou práci budou vykonávat na gynekologických odděleních. A samozřejmě těm, kteří mají zájem si přečíst něco o tomto tématu.

Chtěla bych touto cestou poděkovat vedoucí mé bakalářské práce paní MUDr.Taťáně Lomíčkové, která mě nasměrovala správnou cestou.

ÚVOD

„Každá choroba je jedem pro tělo.“

(Qi Gong)

Podle definice WHO je zdraví „stav úplné fyzické, psychické a sociální pohody“. Ovšem my se můžeme cítit dobře, ale v našem těle již může vznikat a rozvíjet se chorobný stav na buněčné úrovni. Co je tedy zdraví a co již nemoc? Od dávných dob již lékaři vědí, že odhalí-li chorobu v době, kdy se člověk cítí zdrav, je její léčení mnohonásobně jednodušší, s menšími následky a větší nadějí na úplné uzdravení. Proto vznikla celá řada preventivních – tzv. screeningových – programů, jejichž cílem je zachytit raná, klinicky nemá stadia nemocí a včas zahájit jejich léčbu.

V první části práce jsem se věnovala vzniku nádorových onemocnění, obecné definici nádoru, příčinám jejich vzniku a diferenciaci a vlastnostem nádorové buňky. Seznámila jsem čtenáře s patogenezi nádorového růstu, jeho působení na organismus. Dále jsem zmínila formy karcinomu endometria, jeho šíření a klasifikaci. Závěr této kapitoly jsem věnovala diagnostice a léčbě onemocnění.

Ve druhé části práce jsem se zaměřila na prevenci nádorů, jak se chránit před zhoubným onemocněním, vybrala jsem některé z hlavních rizikových faktorů a zopakovala si potřeby nemocného i nutnost vhodného psychologického přístupu k takovému pacientovi.

V závěrečné části práce jsem pracovala s vybranou pacientkou s diagnózou karcinomu děložního těla. Provedla jsme posouzení pacientčina stavu fyzikálním vyšetřením a zpracovala vybrané ošetřovatelské diagnózy. Samozřejmě s jejím laskavým svolením.

Cílem mojí bakalářské práce je seznámit čtenáře z řad studentů ale i již pracujících sester se složitou problematikou onkologického onemocnění a přístupem k pacientovi s onkologickou diagnózou.

1 VZNIK NÁDOROVÝCH ONEMOCNĚNÍ

Nádor je jedna ze základních patologických změn organismu představovaná charakteristickým proliferačním stavem tkáně a tkáňovými diferenciačními odchylkami podmíněnými změnou genotypu somatické buňky. Nádorová choroba je komplexní odpověď organismu na růst nádoru. Vývoj nádoru a tím daný i rozvoj nádorové choroby je velice dlouhý a probíhá většinu doby subklinicky – při zdánlivě plném zdraví nositele. Vlastní manifestní onemocnění zjistitelné a sledovatelné dnešními klinickými metodami činí pouze 10-20% doby existence nádoru v organismu. Při základních epidemiologických populačních studiích zjišťujeme celosvětově trvale stoupající incidenci nádorů.

1.1 Obecná definice nádoru

Nádor je geneticky podmíněný abnormální přírůstek buněčné tkáňové hmoty klonálního charakteru. Jeho růst není v koordinaci s růstem okolních tkání a rovnovážným stavem organismu. Nádorová proliferace přetrvává i po odstranění základního etiologického momentu. Nádor je prakticky nezvratná změna tkáně ve smyslu jejího místně neregulovaného růstu o autonomní povaze. Ireverzibilita je míněna tím, že vzniklý nádor se již nemůže proměnit v normální tkáň. Autonomní povaha nádoru znamená, že nádor roste bez ohledu na nositele nádoru. Nádorové bujení vychází, ve většině případů, z buněk vlastního těla.

Jednotlivé typy nádorů označujeme názvem tkáně, ze které nádor vychází, a příponou –om (fibrom, osteom apod.).

1.1.1 Příčiny vzniku nádorů

Vznik nádorové buňky z normální zdravé buňky je výsledkem postupného procesu, zahrnujícího působení a komplexní vliv více činitelů fyzikální, chemické a biologické povahy.

Na vzniku nádorů se podílí řada příčin:

1/ chemické látky zevního prostředí – nazývají se karcinogeny (látky vedoucí ke vzniku zhoubného bujení). Počet známých chemických kancerogenů se dnes pohybuje v řádu tisíců.

Průmyslové zplodiny ohrožují zaměstnance i zevní prostředí tím, že jsou vypouštěny do vzduchu, vody i půdy. Z nejznámějších prokázaných chemických kancerogenů uvedme azobarviva, arzen, azbest. Látky odvozené z dehtu, aromatické uhlovodíky (benzén), vinylchlorid (plasty), aflatoxin (plísňe rostoucí na obilí). Podle střízlivých odhadů je kouření příčinou 30 – 40% všech úmrtí na rakovinu a u karcinomu plic se podílí na jeho vzniku v 90%. Chronické požívání alkoholu zvyšuje riziko vzniku karcinomu hltnu a jícnu, vede k cirhóze, na jejímž podkladě může vzniknout karcinom jater – nepřímá indukce nádoru. Jeho účinek je též vázán zejména na kombinaci s kouřením. Kancerogenně mohou ovšem působit i některé dlouhodobě užívané léky a bohužel i část léků užívaných při léčení nádorů. Tak vznikají druhotné nádory s dlouhodobým časovým odstupem od primární léčby.

2/ fyzikální vlivy – především rtg. záření a obecně záření s krátkou vlnovou délkou jsou prokazatelnými příčinami zhoubných nádorů. Vliv ionizujícího záření na vznik leukémií prokázali před lety japonští vědci na populaci obyvatel v Hirošimě a Nagasaki. V některých oblastech (tam, kde se těží uran) vzniká plyn radon. Radon je považován za výrazně karcinogenní plyn. Zvýšené sluneční UV záření (zvláště UV-B) vede ke zvýšené četnosti kožních nádorů – melanomů.

3/ viry – bylo nalezeno několik desítek RNA a DNA virů, vyskytujících se v různých zvířecích i lidských nádorech. Odhaduje se, že při vzniku asi 15% nádorů u lidí se uplatňují viry. Transformaci buňky způsobují onkogeny, prostřednictvím svých bílkovinných produktů. Objeveny byly také antionkogeny (geny potlačující růst nádoru). Ve všech buňkách, kde probíhá zdvojení DNA při dělení, existují kontrolní mechanismy, kterými se opravují případné chyby. Systém opravných mechanismů zajišťují produkty reparačních genů. Jejich porucha usnadní zvrát normální buňky v buňku nádorovou.

4/ hormony – v některých obdobích života (př. v klimakteriu) se objevují poruchy hormonální rovnováhy a častěji také zhoubné nádory.

5/ dědičnost – genetické změny mohou být příčinou transformace. Snáze se transformují embryonální buňky a buňky v období stimulace růstu.

6/ dietetické faktory a faktory okolního prostředí – zkoumání větších souborů lidí v různých oblastech světa ukazuje, že jsou rozdíly v kvalitě potravy, ve způsobu její úpravy a současně ve výskytu zhoubných nádorů. Zvláště se zdůrazňuje příznivý vliv vlákniny v potravě. Podle nejnovějších výzkumů hrají tyto faktory větší roli než závislost genetická nebo rasová.

1.1.2 Diferenciace nádorové buňky

Maligní transformaci podléhají buňky, které se aktivně dělí. Jedná se o buňky kmenové. Kmenové – kambiální – buňky normální tkáně jsou nediferencované, ale podle potřeb tkáně jsou schopny kdykoliv přejít do diferencující se populace specializovanějších, ale dosud multipotentních progenitorových buněk. Dělení somatických buněk normální tkáně úzce souvisí s úrovní jejich diferenciace. Dosažený stupeň diferenciace nádoru závisí na úrovni zralosti, ve které se nacházela dělicí se buňka v době prvního kroku – iniciace – maligní transformace a na době trvání jeho růstu.

Vlastnosti nádorové buňky

Všechny somatické buňky mají identický genom, který se uplatňuje v diferencované buněčné populaci v 1-5% vyjádřených ve fenotypických znacích znacích každé buňky. Fenotypy všech somatických buněk vzájemně jsou u zdravého jedince v homeostatické rovnováze. Strukturální i funkční vlastnosti tkání organismu jsou selektivně geneticky programované a zůstávají po celý život identické. Alterace somatického buněčného fenotypu vede k porušení homeostázy a chorobnému stavu. Při nádorové transformaci buňky dochází ke změně fenotypu, která na rozdíl od stavu při ostatních chorobách má podklad v předcházející změně genotypu somatické buňky. Změny genotypu vzniklé na úrovni somatických buněk při maligní transformaci s následujícími odpovídajícími fenotypovými projevy mají některé společné obecnější znaky, kterými se liší nádorová buňka od výchozí buňky somatické v kterémkoliv jejím diferenciačním stadiu.

Biochemické změny nádorové buňky

Pro sledování průběhu nádorové choroby a pro včasné zjištění relapsu po léčbě, nebo pro sledování minimální choroby lze alespoň částečně využít kvantitativních metabolických rozdílů mezi nádorovou a normální tkání. Některé nádory se vyznačují zvýšenou aktivitou jednoho nebo více enzymů, vykazují změnu ve složení spektra izoenzymů a vzácně může dojít i k náhodné modifikaci molekuly některého enzymu. V buňkách části nádorů dochází při alteraci buněčných funkcí regulovaných geny k expresi tvorby ektopických hormonů i k nestandardním modifikacím plazmatických strukturálních proteinů. Příznaky, z působení ektopických hormonů, mohou endokrinologicky jinak nezdůvodnitelnou hypersekrecí, upozornit na přítomnost nádoru. Jsou běžně nazývány nádorové markery.

Kvalita ideálního biochemického nádorového markeru prokazovaného v tělesných tekutinách je tím větší, čím více se blíží splnění klasických ideálních a dosud nedosažených kritérií:

- 1/ Je lehce a levně zjistitelný a měřitelný v tělesných tekutinách.
- 2/ Je specifický pro studovaný nádor a je s ním obecně spojen.
- 3/ Existuje stechiometrický vztah mezi plazmatickou hladinou markeru a celkovou nádorovou masou.
- 4/ Má abnormální plazmatickou hladinu, nebo hladinu v moči, nebo obojí i v pouhé přítomnosti mikrometastáz, tedy v době nediagnosticské jinyými běžnými metodami.
- 5/ Má stabilní plazmatickou hladinu v moči, nepodléhající prudkým výkyvům.
- 6/ Pokud je přítomen v plazmě zdravých dospělých osob, vyskytuje se vždy v mnohem nižší koncentraci než v jakémkoliv stadiu nádorové choroby.

(Rejthar, Vojtěšek, 2002)

1.2 Patogeneze nádorového růstu

Maligní transformace buňky a vývoj nádoru bez ohledu na jeho příčinu probíhají i přes zdánlivou plynulost stupňovitě a jsou velmi dlouhodobé. Celý proces malignizace normální tkáně – vznik definitivního nádoru – je dán postupnými změnami genotypu a s nimi korespondujícími selektovanými a projevenými fenotypickými změnami transformované buněčné populace. Podle sumárních fenotypických projevů všech buněk nádoru v daném momentu procesu malignizace můžeme celý dlouhodobý vývoj vzniku nádoru obecně, schematicky a hlavně z didaktických důvodů rozdělit do tří fází. Je to fáze indukce, fáze blastoma in situ a fáze progresu nádoru, kterou je také možno nazvat obdobím klinické manifestace nádoru.

Rozdíl v dynamice růstu normálních a transformovaných tkání je v tom, že v normální tkáni existuje rovnováha mezi produkcí a zánikem buněk, ale v nádorové tkáni přesahuje množství vzniklých buněk počet odumírajících a z růstu vyřazených. Celkový počet buněk v nádoru a tím částečně daná jeho velikost, jsou ovlivněny jednak proliferační aktivitou buněk a jednak jejich prodlouženým přežíváním. Vstupním základem odchylky v dynamice růstu nádoru proti

netransformované tkáni je změna intervalu mezi mitózami (délka celého buněčného cyklu) označovaná jako generační čas.

1.2.1 Působení rostoucího nádoru na hostitele

Působení rostoucího nádoru na hostitele je vysoce komplexní, ale zjednodušeně a schematicky je lze sledovat jako místní a systémové působení na organismus.

Místní působení nádoru

- je podmíněno několika mechanismy, které se většinou kombinují a v různé míře jsou obdobné u benigních i maligních nádorů, ale i u jejich příslušně lokalizovaných metastáz. Základním patogenetickým mechanismem je nepříznivé umístění nadbytečné tkáňové masy. Takto mohou nádory například omezovat nebo uzavírat přirozenou pasáž v trávicím ústrojí přímo a trvale, nebo mohou působit jako ventilový uzávěr při polypózní podobě. Druhým patogenetickým momentem místního působení nádoru je mechanický tlak. Uplatňuje se u nádorů s minimální destrukcí a převládající infiltrací tkáňovými štěrbinami – intersticiální růst. Často dochází s růstem nádoru i k růstu intrakraniálního tlaku a tím k systémovému poškození CNS. Nádory mohou vést pouhým tlakem k atrofii, ulceracím přilehlých tkání i k možnosti sekundární infekce. Další patogenetickou cestou lokálního působení nádoru jsou oběhové změny v nádoru a jej obklopující tkáni. Patří sem např. edém a hemoragická infarzáce polypu po torzi stopky a následná infekce stromatu nádoru i okolní sliznice. K náhlému vystupňování mechanických i oběhových změn může dojít při degenerativních a zánětlivých změnách v nádoru (osmotické zvětšení objemu v rozpadající se nekróze, opakované krvácení).

Systémové působení nádoru

- týká se jen maligních nádorů. K základním syndromologickým obrazům patří nádorová kachexie s postižením všech tkání a skupina paraneoplastických syndromů, u nichž je celkové poškození zprostředkováno přes jednotlivé orgánové systémy. Celkové působení zhoubného nádoru vede k parciálnímu nedostatku živin pro ostatní organismus. Pokles hmotnosti při systémovém působení nádoru je dán současnou redukcí tuků a svalové hmoty, na rozdíl od snížení hmotnosti při hladovění, kde dochází k redukcii tuku a nikoliv svaloviny a parenchymu orgánů. Klinicky vystupuje slabost, nechutenství, anemie. K systémovému působení nádoru patří i vliv atypických buněčných a tkáňových působků produkovaných nádorovou tkání a napodobujících normální regulace. Tyto působky vyvolávají tzv. paraneoplastické syndromy,

kteře můžeme rozdělit na vaskulární a hematologické působení (DIC), neuropatický efekt (degenerativní změny CNS typu demyelinizace), dermatologický efekt (postihuje kůži a sliznici, hlavně ústní. Na kůži – v zapářkových oblastech se vyznačuje tmavými bradavičnatě hyperkeratotickými skvrnami. Na sliznici – neostře ohraničené zmnožení pigmentu se zdrsněním povrchu.), hormonální působení (hypersekreční endokrinní syndromy, produkce trofických hormonů a vyvolání endokrinopatie. Např. Cushingův syndrom), hyperkalcemie (stav doprovázející nádorové osteolytické procesy a produkce kalcemické humorální látky mimokostního nádoru – nádory prsu, ledvin, ovaríí), působení imunopresivní (patří sem sekundární snížení imunitní odpovědi u komplexně oslabených převážně katabolických pacientů s terminální pokročilou nádorovou chorobou při snížené produkci lymfocytů všech tříd).

1.2.2 Morfologická diagnostika nádorů

Histogeneze – dělení podle tkáňového původu (mezenchymové, epitelové, z nervové tkáně, smíšené, teratomy, nádory trofoblastu – mola hydatidosa, choriokarcinom).

Typing – histogenetická klasifikace, pro volbu terapie, přesné stanovení prognózy, srovnání účinku léčebných zásahů.

Staging – anatomický rozsah nádoru a stadium rozvoje nádorové choroby. Systém stagingu je klasifikace TNM (T-tumor, N-node, M-metastasis).

Grading – určení stupně malignity.

Grade 1 – dobře diferencovaný nádor s tendencí k plné diferenciaci ve více než $\frac{3}{4}$ nádorových buněk.

Grade 2 – středně diferencovaný nádor má $\frac{3}{4}$ až $\frac{1}{2}$ buněk diferencovaných.

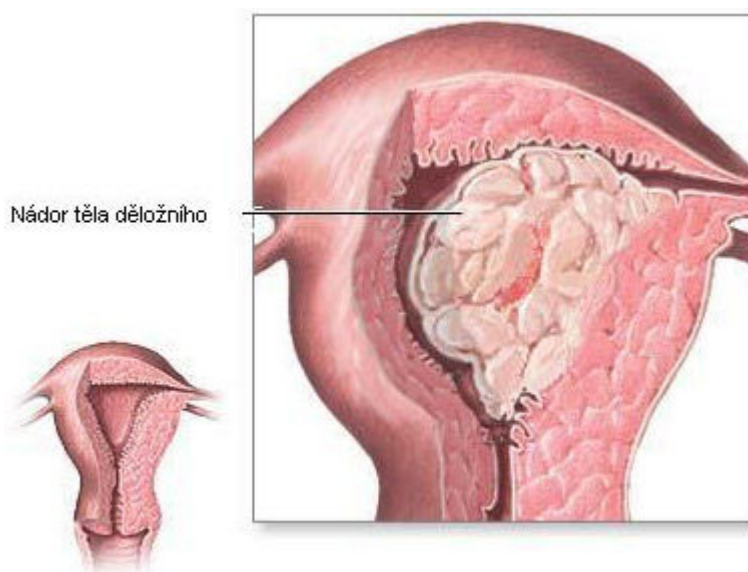
Grade 3 – málo diferencovaný nádor má $\frac{1}{2}$ až $\frac{1}{4}$ buněk diferencovaných.

Grade 4 – nediferencovaný nádor má méně než $\frac{1}{4}$ buněk diferencovaných.

1.3 Karcinom endometria

Karcinom děložního těla – je jedním z nejčastějších invazivních karcinomů ženského genitálu. Z diagnostického pohledu je relativní nepřístupnost karcinomu těla z části vyvážena tím, že korporální karcinom, který vzniká většinou postmenopauzálně, na sebe často upozorní patologickým krvácením. Značná část se jich ale dlouho vyvíjí bez příznaků.

Predispozicí vzniku karcinomu děložního těla je obezita, diabetes mellitus, hypertenze, infertilita přičemž kumulací těchto znaků riziko karcinomu těla stoupá.



Obrázek 1 – Nádor těla děložního

1.3.1 Formy karcinomu endometria

Karcinom děložního těla se vyskytuje v několika makroskopických i mikroskopických formách, které se liší nejen svou morfologií (tím i diferenciální diagnostikou), ale i svými biologickými vlastnostmi a prognózou.

Makroskopicky se karcinom děložního těla projevuje ve dvou základních formách. Polypózní forma se prezentuje v podobě měkkého polypu zakotveného v malém okrsku stěny, zprvu má milimetrové rozměry, postupně vyplní děložní dutinu a kopíruje její tvar. Při dalším růstu zvětšuje dutinu těla a posléze i jeho zevní rozměry a zaobljuje jeho tvar. Difuzní forma rovnoměrněji postihuje větší plochy stěny děložní a má sklon k častějšímu invazivnímu růstu, ulceraci a menším změnám tvaru děložního těla. Sekundární změny, zvláště nekróza a krvácení, jsou časté a jsou příčinou důležitých klinických příznaků (výtok, krvácení).

Mikroskopicky má karcinom korporálního endometria několik forem, mezi nimiž převažuje adenokarcinom a jeho varianty.

Endometroidní karcinom v diferencované formě se obvykle skládá z poměrně vysokých cylindrických buněk s kompaktní cytoplazmou, které do jisté míry připomínají buňky vyvinuté a pozdní proliferací fáze cyklu. Jádra nádorových buněk jsou v různém stupni atypická. Nádor má tubulární nebo tubulopapilární strukturu z jednořadého epitelu s pseudostratifikací nebo

vrstvením buněk. V méně diferencovaných a nediferencovaných formách buňky ztrácejí cylindrický tvar a polaritu a glandulární struktury mohou být sotva patrné. Podle vzájemného počtu diferencovaných a nediferencovaných struktur se posuzuje stupeň diferenciaci (nesprávně malignity) – grading. Grading se vyjadřuje symboly G1 – G3, případně G4 pro zcela nediferencované formy. V nádorových buňkách některých endometroidních adenokarcinomů dochází k intracelulární hlenotvorbě, proto ve vyhraněných případech připomínají až cervikální hlenotvorný epitel. Tato varianta se někdy registruje samostatně jako adenokarcinom cervikálního typu.

Odlišování vysoce diferencovaných karcinomů od atypických hyperplázií a carcinoma in situ, které může být extrémně obtížné, se opírá především o průkaz invaze do stromatu.

Adenokarcinomy endometroidní s dlaždicobuněčnou diferenciací zahrnují adenoakanthom a adenoskvamózní karcinom (dříve dvě striktně oddělované jednotky s výrazně odlišnou prognózou připisovanou stupni diferenciaci dlaždicové složky).

Kritéria pro diagnózu dlaždicobuněčných příměsí:

- solidní ložiska v endometroidním karcinomu mají být považována za žlázo­vý epitel, nezjistí-li se alespoň jeden z těchto typů – keratinizace, mezibuněčné můstky, mozaikové uspořádání buněk bez tvorby žlázo­vých formací, ostré buněčné hranice, hutná eozinofilní cytoplazma, nižší jádroplazmový poměr ve srovnání s jinými okrsky nádoru.

Jako adenoakanthom se označují adenokarcinomy, v nichž okrsky nádorových dlaždicových buněk nejeví podstatné mikroskopické znaky malignity.

Podle nejnovějších studií o prognóze rozhoduje grading adenokarcinomové složky a dlaždicobuněčná příměs ji neovlivňuje. Adenoakanthom se řadí spolu s adenoskvamózním karcinomem do skupiny endometroidního adenokarcinomu s dlaždicobuněčnou diferenciací.

Karcinom klarocelulární – lokalizace v cervixu, ovariu ale i v endometrióze. Jasná cytoplazma nádorových buněk obsahuje glykogen a lipidy, proto má nádorová tkáň nažloutlou barvu. Vyznačuje se vyšší agresivitou a horší prognózou než endometroidní karcinom.

Karcinom skvamózní (dlaždicobuněčný) – v čisté podobě je v děložním těle na rozdíl od hrdla zcela vzácný. Vzniká nejspíše při chronických zánětech (př. pyometra s dlaždicovou metaplazií).

Serózní papilární karcinom – v korporálním endometriu jsou serózní papilární karcinomy vzácné. Jsou významné zvláště svou vyšší agresivitou a horší prognózou než endometroidní karcinom.

1.3.2 Šíření karcinomu děložního těla

U polypózní formy může při větších rozměrech dojít k protlačování nádorového polypu do hrdla. Stromální invaze do lymfatických a krevních cév nastává poměrně pozdě. Nádor postupně infiltruje děložní stěnu. Stupeň progresu nádoru do stěny má prognostický význam, stejně jako vzdálenost nádoru od perimetria. Karcinom endometria poměrně pozdě metastazuje do regionálních uzlin (illických a paraaortálních břišních).

Prognóza 5letého přežití je obecně relativně dobrá, ale kolísá podle stupně pokročilosti choroby, histologického typu, stupně diferenciacie a stavu regionálních lymfatických uzlin.

Z výše uvedených řádků plyne, že karcinom děložního těla nemůžeme chápat jako monolitní pojem, protože se jedná o skupinu různých forem, morfologicky, patogeneticky i prognosticky odlišných, s téměř 90% dominancí endometroidního typu.

1.3.3 TNM klasifikace karcinomu těla děložního

T – znamená tumor a značí rozsah prvotního nádoru

N – znamená nodus a značí stav mízních uzlin (metastázy v uzlinách)

M – znamená metastázy a značí přítomnost vzdálených metastáz

Pro každou lokalizaci nádoru jsou dvě klasifikace:

Předléčebná, stanovená na základě vyšetření, která se označuje TNM

Pooperační, která se značí pTNM a vychází z histologického hodnocení vyoperovaného orgánu.

Nevýhody TNM klasifikace spočívají v tom, že nehodnotí biologické vlastnosti nádoru a vztah mezi nádorem a organismem.

TX – primární tumor nelze zhodnotit

T0 – žádný podklad pro primární tumor

Tis (0) – karcinom korporálního endometria in situ

T1 (I) – karcinom endometria omezený na tělo dělohy

T1a (IA) – karcinom omezený na endometrium

T1b (IB) – karcinom invadující myometrium do ½ tloušťky

T1c (IC) – karcinom invadující myometrium přes ½ tloušťky

T2 (II) – karcinom infiltruje hrdlo, ale nešíří se mimo dělohu

T2a (IIA) – karcinom infiltruje pouze endocervikální žlázy

T2b (IIB) – karcinom infikuje i cervikální stroma

T3 (III) – karcinom se šíří mimo dělohu, ale nešíří se mimo malou pánev

T3a (IIIA) – karcinom se šíří mimo dělohu – na ovarium, tuby, peritoneum, pozitivní cytologie ascitu, nešíří se na vaginu

T3b (IIIB) – šíření do vaginy

N1 (IIIC) – metastázy v uzlinách malé pánve

T4 (IVA) – karcinom infiltruje močový měchýř nebo rektum (sliznice) a/nebo přesahuje hranice malé pánve

M1 (IVB) – vzdálené uzlinové a/nebo hematogenní metastázy

Regionální lymfatické uzliny

NX – uzliny nelze posoudit

NO – uzliny neobsahují metastázy

N1 – metastázy v regionálních lymfatických uzlinách

Jedná se o uzliny: lnn (lymphonodii dále jen lnn) paracervicales, lnn parauterini, lnn hypogastrici (iliaci interni, obturatorii), lnn iliaci externi, lnn iliaci communes, lnn praesacrales, lnn sacrales laterales, lnn paraaortici (lumbales), lnn inguinales.

Grading nádorů

Grading je rozdělení nádorů do skupin podle buněčné zralosti na

G1 – velmi diferencovaný nádor

G2 – středně diferencovaný nádor

G3 – nediferencovaný nádor

1.4 Diagnostika a léčba onemocnění

Karcinom endometria je v současné době druhým nejčastějším maligním onemocněním u žen. Jeho incidence v průmyslově vyspělých zemích, na rozdíl od rozvojového světa, stále stoupá. Příčinou je zřejmě změna životního stylu v těchto zemích, proto obecně můžeme hovořit o Ca endometria jako o nemoci civilizační. V Česku je současná incidence tohoto onemocnění asi 30 na 100 000 žen. To nám říká, že každý rok onemocní u nás touto chorobou kolem 1600 žen.

Celková mortalita představuje 25%, ale při včasném zachycení nemoci, je 5-ti leté přežití více než 90%. Relativně dobré vyhlídky na trvalé vyléčení jsou však podmíněny adekvátní léčbou.

Včasné odhalení zhoubných nádorů je obtížné, neboť v počátečních stádiích nevyvolávají zpravidla bolest ani jiné obtíže či laboratorní změny. V pokročilém stadiu je diagnostika snadná, avšak léčba již bývá neúspěšná. Nadějí na zlepšení včasného zachytu nádoru je tzv. screening – aktivní vyhledávání nádorového onemocnění v populaci.

Vyšetření užívající se k diagnostice zhoubných nádorů

Anamnéza

Osobní anamnéza – nepravidelné krvácení, krev ve stolici, nevolnost, střídání průjmu a zácpy, závratě

Rodinná anamnéza – výskyt zhoubných nádorů u pokrevních příbuzných

Pracovní anamnéza – karcinogeny v pracovním prostředí (záření, radionuklidy, chemické látky)

Celkové vyšetření

Gynekologické vyšetření – odběr cytologie na vyšetření změn na děložním čípku, bimanuální vyšetření.

Dále RTG, krevní obraz, moč + sediment.

Laboratorní vyšetření

Hematologické – počet zejména leukocytů, ale i erytrocytů, trombocytů a hematokrit se snižují nejen v důsledku onemocnění, ale i léčby. Sedimentace se zvyšuje.

Biochemické – stanovení nádorových markerů.

Mikroskopické – biopsie a cytologie.

Endoskopie

Umožňuje prohlédnutí orgánu pomocí endoskopu, při tomto vyšetření je možné provést odběr tkáně na bioptické vyšetření.

CT

Znázorní orgán v řezu a odliší s přesností několika milimetrů tkáň odlišnou od tkáně vyšetřovaného orgánu.

Ultrasonografie

Má výhodu v rychlosti, dostupnosti a nezatěžuje nemocnou žádnou přípravou ani zářením.

Základem je **terapie chirurgická**. Ta nejčastěji spočívá v prosté hysterektomii s adnexetomií z abdominálního, vaginálního nebo laparoskopického přístupu. Ve vybraných případech je doplněna lymfadenektomií – systematickým odstraněním uzlin v oblasti pánevní a paraaortální nebo formou random (náhodné) biopsie.

Aktinoterapie je doplňkovou léčbou ve vybraných případech a léčbou primární u relativně malé části inoperabilních nemocných.

Chemoterapie a hormonální léčba je obvykle jen adjuvancí u pokročilých stavů.

Pro zdárný výsledek léčby je nejdůležitější volba terapeutické strategie. Pro stanovení optimálního rozsahu léčby je proto rozhodující předoperační staging a vyhodnocení dalších prognostických faktorů. Mezi nejdůležitější patří histopatologický typ tumoru, grading, HSK nález, lymfovaskulární infiltrace, zvýšení Ca 125, věk, chromozomové (genové) aberace, výsledek sonografického vyšetření malé pánve vaginální sondou.

Významným prognostickým faktorem je hysteroskopický nález, protože HSK umožňuje vizualizaci dutiny děložní a to umožňuje provést cílenou biopsii – odběr bioptického materiálu nejsuspektnějšího místa v děloze.

(Rejthar, Vojtěšek, 2002)

2 NÁDOROVÁ PREVENCE

Rozpoznání nádoru je v počáteční fázi onemocnění často obtížné. Pravidelné sebezpozorování a sebevyšetřování přispívá k jeho časnému odhalení. Moderní zobrazovací metody nám sice pomáhají ke zjištění místa a velikosti nádoru, ovšem bez histologického rozboru nelze stanovit přesnou diagnózu. Na typu nádoru, velikosti původního ložiska, popřípadě počtu a velikosti metastáz závisí i druh a intenzita léčby. Klasickým přístupem zůstává tradičně snaha o operační řešení ohraničeného nádoru a léčebné zajištění následným ozařováním nebo chemoterapií cytostatiky.

Nové směry v imunologické léčbě umožní přípravu specifické protinádorové protilátky, která buď sama nebo jako nosič cytostatika nebo radioaktivního zářiče zaútočí přímo na nádorovou buňku, a tím minimalizuje poškození okolních zdravých buněk.

Od konce padesátých let je u nás evidován výskyt zhoubných novotvarů. Od roku 1976 je založen onkologický registr v němž jsou sledovány všechny hlášené novotvary v jejich průběhu a úmrtnost. Zpracování dat probíhá obvykle s dvouletým zpožděním. I přes nárůst nově hlášených onemocnění klesá od roku 1995 úmrtnost na nádory. Léčitelnost nádorů závisí na jeho druhu a na dalších činitelích, z nichž mnohé může ovlivnit svým chováním sám nemocný. Disciplinovaným dodržováním preventivních zásad lze snížit jak riziko vzniku nádoru, tak možnost časné diagnózy.

2.1 Jak se chránit před zhoubnými nádory děložního těla?

Jak je toto onemocnění rozšířeno? Je to nejčastější gynekologický zhoubný nádor. Za rok jím onemocní asi 30 žen ze 100 000. Vychází z buněk vystýlajících dutinu děložní.

Rizikové faktory pro vznik onemocnění: vyšší věk (většinou se jedná o pacientky v přechodu), obezita, vysoký krevní tlak, bezdětnost, dlouhodobá léčba estrogeny bez vykrývající léčby gestagenové řady.

Čeho bychom si měli všimnout? Příznaky jsou nepravidelné krvácení z pochvy, zvláště krvácení po přechodu, krvavé špinění, krvavý výtok.

Jak můžeme vzniku onemocnění bránit? Riziko snižuje dlouhodobé užívání antikoncepce, větší počet těhotenství a porodů, zdravý způsob života = boj proti obezitě a tzv.civilizačním chorobám.

Jak zachytit vznikající onemocnění co nejdříve? Při **každém** krvácení z pochvy v době přechodu vyhledat gynekologa, který provede vyšetření.

(Dientsbier, 2003)

2.2 Některé rizikové faktory

Neexistuje pouze jeden činitel způsobující změnu normální buňky v nádorovou. U většiny nádorů najdeme společné rizikové faktory, které spolupůsobí nejen jako vyvolávající činitelé při transformaci zdravé buňky v nádorovou, ale i při selhávání jiných mechanismů zdravého organismu. Vyvolávají nebo zhoršují také vysoký krevní tlak, podporují vznik a rozvoj aterosklerózy, přispívají ke vzniku infarktu myokardu. Hypertenzi trpí přibližně každý pátý dospělý člověk a mnozí o ní ani nevědí. Abychom se mohli bránit nádorovému riziku, srdečně-cévním onemocněním, předčasnému stárnutí a s tím souvisejícími chorobami, musíme znát rizika, která jsme sami schopni ovlivnit změnou životního stylu a životosprávy.

2.2.1 Kouření

Cigaretový kouř obsahuje více než 4000 látek a sloučenin, které jsou z 90% v tzv. plynném skupenství, a zbývající tvoří částice velikosti do 1 mikrometru. Všechny se vdechnutím dostávají do plic. V plynné složce jsou obsaženy především oxid uhelnatý, čpavek, kyanidy, dusičnany – vesměs látky pro organismus škodlivé. Ve formě částic se vdechuje nikotin, fenoly a dehty. Především dehty jsou příčinou nádorového bujení a patří do skupiny kancerogenů. Podobné účinky mají i další složky cigaretového kouře, především oxid uhelnatý. Ten poškozují také cévy a srdce.

Bez vnitřního přesvědčení, odhodlání a silné vůle se těžko někomu podaří přestat kouřit. K vlastnímu rozhodnutí nekouřit je dobré, aby tento člověk znal některé poznatky vyplývající ze zkušeností druhých.

Vlastní proces odvykání kouření má tyto možnosti

Rozhodnutí vydat se vlastní cestou, jak zanechat kouření

Postup na základě získané instrukce nebo rady, jak zanechat kouření

Postup podle zvolené publikace, která řídí odvykání u začínajícího nekuřáka

Každý kuřák, který se odhodlá skončit s tímto zlovykem, si musí uvědomit, že drogová závislost na nikotin je velmi urputná a její překonání vyžaduje skutečně silnou vůli.

2.2.2 Alkohol

Jedná se o další drogu, která je schopna zničit zdraví člověka. Příčinou je nadměrné, dlouhodobé užívání alkoholu, především v koncentrované formě destilátů. Spotřeba alkoholu u nás je velká. Platí proto preventivní pravidlo: **Nadměrné užívání alkoholu poškozuje zdraví!** Je to formulace z desatera preventivních zásad kodexu Evropského společenství, uvádějící rozhodující opatření v prevenci rakoviny.

Musíme mít ale na mysli také kalorickou hodnotu alkoholických nápojů, zejména u obézních lidí.

2.2.3 Výživa

Péče o správnou výživu začíná již v kojeneckém věku. V doporučeních Světové zdravotnické organizace najdeme text: „Kojení je nenahraditelný způsob poskytování potravy dítěti, který je ideální pro jeho růst a vývoj a má jedinečný vliv na biologické a psychické zdraví dítěte a matky.“

V dětském a dorostovém věku se zvyšuje energetická spotřeba organismu, která závisí na rychlosti růstu a fyzické aktivitě. Podle toho se mění i chuť k jídlu a množství přijímané potravy. Je chybou nutit malé děti do jídla, protože jejich organismus si spotřebu reguluje sám.

Z vnějších faktorů ovlivňují zvyky a složení výživy u dětí jednak rodina a také škola. Navštěvuje-li dítě školní jídelnu, kopíruje své vrstevníky. V současné době významně ovlivňují skladbu výživy i nabídka a dostupnost potravin. Nešťastné jsou ale všechny formy tzv. rychlého stravování, protože tato jídla obsahují v hojné míře nadbytek tuku a kancerogeny.

Správná výživa znamená vždy vyváženou stravu. V potravě musí být v hojné míře zastoupeny vlákniny – zelenina a ovoce. Nadváha je většinou spojena s nadbytečným přísunem živin v potravě.

Velkou chybou jsou také nevhodné podmínky pro stravování. Jen málo rodin při stravování dodržuje pravidelnost, klidné prostředí, atmosféru beze spěchu a nervozity, nemluvě o výběru jídel. U dospělých je situace ještě kritičtější. Většina odbývá snídani i oběd a jídlu se věnuje večer. Což je zcela nesprávný režim, protože po 18. hodině už by se nemělo jíst nic.

Na odbourávání nesprávných stravovacích zvyklostí není nikdy pozdě. Musíme se však nad tím zamyslet a při úpravě být důslední.

Zásady správné životosprávy:

Nepřejídat se

Omezit ve stravě obsah tuků, především živočišných

Zvýšit spotřebu potravin bohatých na vlákninu (ovoce, zelenina, výrobky z ovesných vloček, tmavý chléb)

Nekouřit

Omezit spotřebu alkoholu

Dbát na dostatek každodenního aktivního pohybu

Posilovat imunitu (otužování sprchováním teplou a studenou vodou)

Bránit se stresu a umět se rychle odreagovat při rozčílení

(Dientsbier, 2003)

2.3 Diagnóza rakovina

Lékařovo sdělení pacientovi, že onemocněl zhoubným novotvarem je vždy šokující. Lékař by si toho měl být vědom a volit pro tuto informaci správný čas i prostředí. Nemocný by měl mít při takovém sdělení pocit, že ošetřující lékař s ním nejen soucítí, ale z rozhovoru by měl načerpat naději v úspěšné léčení. Lékař musí brát nemocného jako svého partnera a pravdu o onemocnění mu sdělit takovou formou, aby pacienta získal ke spolupráci, která bude nezbytná během následující léčby. Pacient sám si vážnost lékařova sdělení uvědomí postupně a o samotě doma začne o své situaci intenzivně přemýšlet.

Mnohého nemocného napadne nejprve výčitka adresovaná osudu: Proč zrovna já! Není ochoten si připustit, že většinou je spoluvinný. Nemocný by se ale neměl dlouho litovat, protože se musí soustředit na souboj s nádorem. Nemoc je třeba chápat jako současný stav a je vhodné myslet na boj s nemocí. Je dobře přehodnotit způsob života a po léčbě upravit životosprávu. U většiny nádorů dlouhým oddalováním léčby pacient dává šanci růstu nádoru a následným komplikacím. Obecně ale platí, že vyrovnaná psychika je součástí protinádorové léčby.

Deklarace opírající se o Listinu práv a svobod a Kodex o právech pacientů uvádějí následující práva.

Jako onkologický pacient mám právo:

...na stejný zájem a pozornost bez ohledu na mé pohlaví, rasu, třídu, kulturu, náboženské vyznání, věk, sexualitu, životní styl nebo stupeň tělesné zdatnosti

...abych byl(a) brán(a) s úctou a aby mé fyzické, citové a psychické potřeby byly brány vážně a bylo k nim přihlíženo po dobu mého života bez ohledu na prognózu

...vědět, že mám rakovinu, aby mi to bylo řečeno citlivým způsobem a abych se podílel(a) na rozhodování o svém léčení a péči formou čestné a informativní diskuse se specialisty a dalšími zdravotnickými odborníky

...abych byl(a) plně informován(a) o léčebných možnostech a aby mi byly vysvětleny výhody, vedlejší účinky a rizika jakéhokoli léčení

...abych byl(a) požádán(a) o souhlas dříve, než budu zařazen(a) do jakékoli klinické studie

...na jiný názor, odmítnutí léčby nebo využití doplňkové terapie bez předsudku a zaujatosti při pokračování v léčbě

...aby mi byly přiznány zvláštní výhody sociální péče a mé požadavky byly vyřízeny přednostně

...abych byl(a) zaměstnán(a), podporován(a) a přijat(a) zpět do práce podle svých schopností a zkušeností, a ne na základě dohady o mé nemoci a její progresi

...na snadný přístup k informacím o místních a národních službách, o pomoci při rakovině a svépomocných skupinách a dobrovolnících, pokud mohou přispět při uspokojování mých potřeb

...abych obdržel(a) podporu a získal(a) informace, které by mi napomohly k pochopení podstaty mé nemoci, a abych obdržel(a) podobnou podporu též pro mou rodinu a přátele

...ale také povinnost:

- udělím-li souhlas k léčbě, také jí dodržovat

- dbát na doporučenou životosprávu

- seznámit se s provozním řádem zdravotnického zařízení a dodržovat ho

(Dientsbier, 2003)

2.4 Základní potřeby nemocného

Nemocí je porušena nejen vnitřní homeostáza organismu, ale i homeostáza s vnějším prostředím projevující se mnoha potřebami nemocného. Potřeby člověka chápeme jako stav organismu charakterizovaný napětím a dynamickou silou, vzniklou z nedostatku nebo přebytku směřující k obnovení homeostázy – životní rovnováhy – pohody. U nemocného je touto rovnováhou myšleno zdraví. Problematika potřeb je jednou ze základních otázek vztahu člověka k životu, k sobě samému a ke svému prostředí. Potřeby jsou základní motivační silou k udržení homeostázy nejen uvnitř organismu, ale také mezi organismem a prostředím. Přispívají k adaptaci člověka na změny prostředí a naopak. Potřeby nevznikají ani neprobíhají izolovaně, ale jsou ve vzájemné interakci a mohou se ovlivňovat. Proces jejich uspokojování probíhá obvykle cyklicky a dočasně. Např. se potřebujeme asi každé 3 hodiny napít a najíst, stejně tak i vyprazdňovat. Potřebujeme pravidelně spát a být aktivní atd.



Obrázek 2 - Pyramida potřeb dle Maslowa

2.4.1 Nejčastější potřeby hospitalizovaných pacientů

Být zdravý! Hospitalizací nemocného dochází k narušení bio-psycho-sociální rovnováhy, která je známkou poškozeného zdraví.

Být bez bolesti. Bolest je základní negativní pocit a zároveň hlavní subjektivní příznak nemoci. Nejčastěji je řešena farmakologicky, ale je možno použít také psychoterapii, fyzioterapii apod. Je-li bolest silná až nesnesitelná, může strach z jejího opakování změnit dosavadní životosprávu nemocného, jeho životní styl nebo dokonce může změnit jeho hierarchii životních hodnot.

Být bez strachu o svou existenci. Nejčastěji je to strach z bolesti, nesoběstačnosti a závislosti, z poškození organismu, z nejisté budoucnosti.

Být soběstačný. Omezení tělesného pohybu, zhoršený psychický nebo sociální stav vede člověka k nesoběstačnosti. Neschopnost zvládnout sebeobsluhu a být v rovnováze se svým prostředím přináší nemoc, spojená se strachem z bolesti, ze závratí, z pádu. Nesoběstačnost vede k frustraci mnoha tělesných ale také psychosociálních potřeb.

Potřebu spánku a odpočinku má nemocný člověk mnohem větší než člověk zdravý. Nemocného spánek chrání před velkým přetížením a vyčerpáním a pomáhá mu zmobilizovat vlastní obranné síly a napomáhá k rychlejšímu uzdravení.

Potřeba vyprázdnění stolice a moče. Častá u hospitalizovaných nemocných je obstipace, která se vyskytuje až u třetiny hospitalizovaných. Problém s výskytem inkontinence nebo retence moči mají zejména nemocní starších věkových skupin.

Potřeba hydratace a výživy. Zejména s operačním řešením nemoci je spojena změna hydratace a výživy. Zavedení diety či parenterální výživy může být spojeno s pocity žízně a hladu nebo naopak s nechutenstvím, pocity plnosti a nadýmání.

Potřeba lásky a sounáležitosti. Odloučení od rodiny a změnu společenského prostředí nemocní prožívají s pocity stesku a smutku.

Potřeba dýchání je nejzákladnější potřebou, kterou člověk nevnímá do doby dokud nenastane porucha se základním pocitem nedostatku vzduchu. Může je vyvolat i strach a pocity ohrožení.

Ostatní potřeby nemocných. Patří sem osobní hygiena, péče o kůži, potřeby sebeúcty a sebepojetí, porucha intimity s pocity studu atd.

(Trachtová, 2006)

3 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE

Ošetřovatelství je samostatná vědecká disciplína zaměřená na aktivní vyhledávání a uspokojování biologických, psychických a sociálních potřeb nemocného a zdravého člověka v péči o jeho zdraví. Ošetřovatelství má nezastupitelné postavení v péči o zdraví člověka. Ošetřovatelskou péčí se rozumí soubor odborných činností zaměřených na prevenci, udržení, podporu a navrácení zdraví jednotlivců, rodin a osob, majících společné sociální prostředí nebo trpících obdobnými zdravotními obtížemi. Charakteristickými rysy ošetřovatelství je individualizovaná péče založená na vyhledávání a plánovitém uspokojování potřeb člověka ve vztahu k jeho zdraví nebo potřebám vzniklých nebo pozměněných onemocněním.

3.1 Ošetřovatelství

Ošetřovatelství je zaměřeno především na udržení a podporu zdraví, navrácení zdraví a rozvoj soběstačnosti, zmírňování utrpení nevléčitelně nemocného člověka a zajištění klidného umírání a smrti. Ošetřovatelství se významně podílí na prevenci, diagnostice, terapii i rehabilitaci. Ošetřovatelský personál pomáhá jednotlivci, rodinám i skupinám, aby byli schopni samostatně uspokojovat fyziologické, psychosociální a duchovní potřeby. Vede nemocné k sebepéči, edukuje jejich blízké v poskytování laické ošetřovatelské péče. Nemocným, kteří o sebe nemohou, nechtějí či neumějí pečovat, zajišťuje profesionální ošetřovatelskou péči.

Ošetřovatelství vyžaduje kvalitní organizaci, řízení a kontrolu ošetřovatelské péče. K moderní trendům ošetřovatelství patří mimo jiné poskytování ošetřovatelské péče víceúrovňovým způsobem, jehož předpokladem je ošetřovatelský tým, složený z ošetřovatelského personálu s různou úrovní kvalifikace. Kompetence těchto pracovníků jsou vymezeny podle stupně dosaženého vzdělání a specializace.

3.1.1 Cíle ošetřovatelství

Hlavním cílem ošetřovatelství je systematicky a komplexně uspokojovat potřeby člověka s respektem k individuální kvalitě života, vedoucí k udržení nebo navrácení zdraví, zmírnění fyzické i psychické bolesti v průběhu umírání. Při dosahování těchto cílů ošetřovatelský personál úzce spolupracuje s nemocným, lékaři, dalšími zdravotnickými pracovníky a jinými odborníky.

Cílem ošetřovatelství je:

- 1/ podporovat a upevňovat zdraví
- 2/ podílet se na navrácení zdraví
- 3/ zmírňovat utrpení nemocného člověka
- 4/ zajistit klidné umírání a důstojnou smrt

3.1.2 Charakteristické rysy ošetřovatelství

- 1/ poskytování aktivní ošetřovatelské péče
- 2/ poskytování individualizované péče prostřednictvím ošetřovatelského procesu
- 3/ poskytování ošetřovatelské péče na základě vědeckých poznatků podložených výzkumem
- 4/ holistický přístup k nemocnému
- 5/ preventivní charakter péče
- 6/ poskytování péče ošetřovatelským týmem složeným z různě kvalifikovaných pracovníků (vícestupňový způsob)

3.1.3 Vizionářský model Nightingalové

Florence Nightingalová, anglická ošetřovatelka, která žila v letech 1820 – 1910, poprvé formulovala pojetí profesionálního ošetřovatelství a definovala úlohu odborně připravené sestry v péči o nemocného člověka. Její představy o ošetřovatelství a úloze sestry byly již v polovině 19.století velmi konkrétní a promyšlené. To vedlo pozdější průkopnice ošetřovatelství ke zpracování úvah F.Nightingalové do teoretického modelu. F.Nightingalová je pokládána za zakladatelku světového odborného ošetřovatelství.

Podle Nightingalové je cílem ošetřovatelství přispívat ke schopnosti člověka dosáhnout zdraví přímo či nepřímo tím, že sestra upravuje jeho prostředí. Ošetřování by tedy mělo kromě podávání léků znamenati vhodné a rozumné užívání čerstvého vzduchu, světla, tepla, čistoty a požívání přiměřených a vybraných pokrmů. Dobré ošetřování zakládá se na bedlivém pozorování rozličných jednotlivostí. Ošetřovatelka vede nemocného ke všemu, co jest mu prospěšno.

Na základě hlubokých zkušeností vytvořila Nightingalová ideu ošetřovatelství, založenou na vztahu člověka a prostředí, který nazýváme enviromentální model ošetřovatelství. V tomto vztahu Nightingalová rozlišovala 4 komponenty.

1/ **ošetřovatelství**, které chápala jako okruh poskytujících nemocnému co nejvhodnější podmínky pro přirozenou léčbu, využívající přírodních zdrojů a zákonů.

2/ **jedince**, jehož chápala jako fyzickou, intelektuální a metafyzickou jednotku. Je ovlivňován prostředím, které může podporovat jeho reparační síly.

3/ **zdraví**, charakterizované jako stav, kdy se člověk cítí dobře, je schopen využívat všech svých sil a možností. Zdraví lze dosáhnout vhodným ošetřováním na základě blahodárného vlivu prostředí.

4/ **prostředí** – vnější elementy ovlivňující zdraví nemocných i zdravých lidí. Vnější podmínky ovlivňují život a vývoj jednotlivce. Působí na jeho kondici. Do vlivu prostředí zahrnovala vše mimo nemocného (např.stravu, verbální a neverbální komunikaci sestry s nemocným, vůni květin nebo otevřená okna).

Nightingalová pokládala zdraví za součást interakce mezi sestrou a nemocným, mezi sestrou a prostředím, v němž aktivity směřující k úpravě prostředí působí na pacienta. Současně prostředí a nemocný ovlivňují sestru. Nemocný je poněkud pasivně ovlivňován sestrou a prostředím. Ošetřovatelská péče podle Nightingalové zahrnuje spirituální, tělesné, emocionální, duševní a sociální potřeby pacienta.

Nightingalová kladla velký důraz na fyzikální prostředí, které pacienta obklopuje a do nějž podle ní patří čistota, ventilace, vzduch, světlo, hluk, kanalizace, strava, teplo. Mezi hlavní fyzikální činitele řadila:

ventilaci – pro uzdravení je nezbytný čistý vzduch, přicházející otevřenými okny. Zkažený vzduch plodí nemoc. Průvan však škodí. Špinavé koberce a nábytek jsou zdrojem nečistého vzduchu.

světlo - je po ventilaci druhým nejnáročnějším faktorem. Pacient potřebuje světlo. Z lůžka má vidět sluneční paprsky a oblohu.

stravu – zdůrazňuje důležitost složení stravy a její dietní úpravy, ale i vlastní úpravy jídla na talíři i celého pokoje, kde se nemocný stravuje. Radí, aby ošetřovatelky nechaly nemocného o samotě a pokud ho krmí, aby mu nekladly otázky a vyvarovaly se hovoru o nevhodných věcech. Nemocný má sám rozhodnout, kdy se chce najíst. Jídlo má být čerstvé, teplé, má obsahovat dostatek tekutin.

teplo – pro uzdravení je nezbytné udržovat dostatečné životní teplo, vyvarovat se chladu. Lůžko je třeba ohřívat a nemocnému podávat horké tekutiny.

zápachy – je třeba se jim vyhýbat. Zápach z těla nemocného je zdrojem choroby. Proto se musí vždy odstranit nejen zápach, ale i jeho příčina. Mytí nestačí, někdy je třeba vypálení či vykouření.

hluk – přerušovaný náhlý zvuk je pro nemocného nebezpečnější než kontinuální zvuk.

Nightingalová brala v úvahu i psychické prostředí, v němž při ošetřování zdůrazňovala potřebu vytvoření jeho rozmanitosti, jež psychicky stimuluje, nutnost správné komunikace s nemocným a udílení rad sestrou. Zajímalo ji také sociální prostředí. Na nemocného se dívala v kontextu zdravotní situace regionu, v němž žije, jeho sociálního postavení apod.

Nightingalová chápala ošetřovatelství jako součást širšího boje za zlepšení zdravotního stavu a vzdělanosti britské populace. Definovala a oddělila ošetřovatelské znalosti od lékařských a vymezila sestru jako samostatného odborníka, ne zcela závislého na lékaři. Chtěla sestru vzdělanou, samostatnou a tvořivou. Především pro tuto ideu je právem pokládána za zakladatelku ošetřovatelství jako samostatného oboru. Při aplikaci modelu Nightingalové v ošetřovatelském procesu je třeba hodnotit nemocného ve vztahu k jeho prostředí.

(Mastiliaková, 2005)

3.2 Kazuistika vybrané pacientky

Pro svojí práci jsem si vybrala jednu z pacientek naší kliniky. Seznámila jsem jí se svým záměrem a k mé veliké radosti neměla námitek, naopak projevila trpělivost s otázkami, které jsem jí kladla. Soustředila jsem svou pozornost na 2.pooperační den, kdy byla přeložena z oddělení JIP na standardní oddělení.

3.2.1 Posouzení stavu pacientky

Identifikační údaje

Pacientka B.A. narozena v Hodoníně v roce 1944, dnes bydlí s manželem v Praze u svého syna v rodinném domku, kde mají vlastní bytovou jednotku. Pojištěna je u VZP. Nyní je ve starobním důchodu, dříve pracovala jako učitelka ve školce.

Přijata byla k abdominální hysterektomii s oboustrannou adnexektomií pro Ca endometria. Další diagnózy – DM II.typu, zatím na dietě. Hypertenze arteriální + tachykardie léčená. Drobné varixy bilaterálně, více na PDK.

Fyziologické funkce

TK: 130/90	Výška: 164 cm
P: 87/ min.	Hmotnost: 80 kg
D: 16/ min.	BMI: 29,7
TT: 36,3 °C	Pohyblivost: sama bez pomoci
Stav vědomí: orientovaná	Krevní skupina: A +

Anamnéza

Matka: + na IM

Otec: + na Ca pankreatu

Sestra: DM na dietě, st.p. HY abd. Pro Ca čípku děložního

Bratr: léčená arteriální hypertenze

Syn i dcera zdraví

OA: DM II.typu, arteriální hypertenze – léčená, drobné varixy bilaterálně, více na PDK

Hospitalizace a operace: 1979 – APPE, 1983 – CHCE, 2008 – HSK

Úrazy: 2003 fraktura LDK

TRF: 0

Očkování: běžné, každoročně se nechává očkovat proti chřipce již šestým rokem

NO: přijata k operačnímu řešení Ca endometria

Alergie: na potraviny neudává, z léků Biseptol – způsobuje jí vyrážku po celém těle, Enap H – způsobuje jí bolesti hlavy. Dále alergie na trávy a pyly.

Abúzus: alkohol pije příležitostně, kouří asi 10 cigaret denně, kávu pije většinou ráno a večer, léky užívá jen předepsané, jiné drogy 0.

Gynekologická anamnéza: menarché – ve 12 letech, cyklus pravidelný 29/6, občasné bolesti v zádech. Porody: 1967 hoch 3450g/51cm, 1970 děvče 3100g/49cm. UPT 0. Menopauza:2006, občasné návaly. Přišla pro postmenopauzální krvácení.

Farmakoterapie

ISOPTIN SR 240 – tbl. – 240mg/tbl. - 1-0-1/2 - antiarytmikum, antihypertenzivum

FURON - tbl.- 40mg - 1-1/2-0 - diuretikum

DICLOREUM 100 – supp. – 1 – 0 – 0 – nesteroidní antiflogistikum, antirevmatikum

Spirituální anamnéza

Paní B.A. je věřící, když je doma pravidelně chodí do kostela. Víra jí mimo jiné pomáhá překonávat úskalí života, její léčbu však negativně neovlivňuje.

Fyzikální vyšetření

Hlava – zornice izokorické, skléry bílé, spojivky růžové

Krk – štítná žláza nezvětšená, karotidy bez šelestu, krční žíly bez zvýšené náplně

Srdce – pravidelné ozvy 87/min

Břicho - měkké, bolestivé – operační jizva, játra, lien bez patologického nálezu.

Neurologicky – bez patologického nálezu

Kůže - v oblasti jizvy zarudlá, bolestivá

Varixy – na obou končetinách, více na pravé dolní končetině

Aktivita denního života

Stravování – doma je zvyklá jíst 5-6 krát denně, snaží se dodržovat diabetickou dietu č.9, což se jí ne vždy daří na 100%. Ráda vaří a peče. V nemocnici dodržuje stravovací režim.

Příjem tekutin – doma pije 2,5 – 3 litry tekutin denně (čaje, minerálky, ovocné džusy). V nemocnici pije čaj a manžel jí přinesl nesycenou minerálku.

Vylučování – nemá problém s vylučováním moči, jen cítí slabé pálení při močení, které připisuje odstranění permanentního katetru dopoledne. Na stolici ještě nebyla.

Spánek – doma nemá se spánkem ani s usínáním žádné problémy. V nemocnici má problém s usínáním.

Aktivita a odpočinek – doma se stará o svoji domácnost, někdy pomáhá i své snaše. Ráda pracuje na zahrádce, vaří a peče. Hlídá vnoučata. Chodí s manželem na procházky nebo jedou na výlet na nějaký hrad nebo zámek. Ráda se schází k posezení se svými sousedy. Velice ráda plave. Dříve pletla a vyšívala, teď již jen občás. S chutí si přečte hezkou knihu nebo se podívá na film v televizi nebo v kině. V nemocnici sleduje televizi nebo si čte, není-li u ní návštěva.

Hygiena – doma i v nemocnici ji zvládá bez dopomoci

Samostatnost – zakládá si na tom, že není na nikom závislá a dokáže se o sebe postarat.

Posouzení psychického stavu

Vědomí – orientována místem, časem i osobou

Nálada – dle svého vlastního vyjádření je paní B.A. rozená optimistka. Proto se snaží soustředit na to, až bude moci jít domů k rodině a nějaké komplikace si vůbec nepřipouští.

Paměť – neporušená

Vnímání zdraví – zdraví paní B.A. staví na přední místo svého žebříčku hodnot hned za rodinu.

Reakce na onemocnění - dle jejího vyjádření se zprvu velice obávala operace, jejího výsledku i toho, že se neprobudí z anestezie. V současnosti je již klidnější, protože zná výsledek peroperační biopsie. Teď se soustředí jen na zdárné hojení jizvy.

Zkušenosti z předcházejících hospitalizací - nepamatuje si žádné negativní zkušenosti.

Posouzení sociálního stavu

Komunikace – pacientka je otevřená, přátelská a komunikace s ní je dobrá

Informovanost – paní B.A. je informována lékaři i sestrami o onemocnění, léčbě a dietě, o předpokládané délce hospitalizace. Je zvědavá a sama se aktivně ptá na to, co jí zajímá.

(Nejedlá, 2006)

3.2.2 Ošetrovatelské diagnózy

1/ Akutní bolest z důvodu chirurgického zákroku, projevující se výrazem bolesti v obličeji, verbalizací.

2/ Porucha pohyblivosti z důvodu chirurgického zákroku, projevující se omezením pohybu.

3/ Porucha spánku z důvodu bolesti břicha, projevující se opakovaným probouzením během noci.

4/ Neznalost pojmu z důvodu nedostatečné zkušenosti s daným problémem, projevující se častým kladením otázek týkajících se jejího stavu.

5/ Zvýšené riziko infekce z důvodu porušení kožní integrity po chirurgickém zákroku.

Akutní bolest z důvodu chirurgického zákroku projevující se výrazem bolesti v obličeji, verbalizací.

00132 – Akutní bolest

CÍL: Zmírnění bolesti (ze stupně 6 na stupeň 4-3 dle škály bolesti).

INTERVENCE: Proved' důkladné posouzení bolesti.

Posud' vnímavost pacientky a její chování.

Akceptuj pacientčino líčení bolesti.

Pozoruj neverbální projevy bolesti.

Posud' pacientčinu znalost léčby bolesti včetně toho, co od léčby očekává.

VÝSLEDNÁ KRITÉRIA: Pacientka má zmírněnou bolest (dle škály bolesti).

Pacientka zná terapii své bolesti.

REALIZACE: Posoudili jsme pacientčinu bolest i její vnímání a seznámili s výsledkem lékaře.

Dle jeho ordinace jsme zahájili farmakoterapii analgetiky.

Nabídli jsme pacientce několik způsobů, jak může odpoutat pozornost od své bolesti.

HODNOCENÍ: Pacientce se během 2 hodin snížila intenzita bolesti ze stupně 6 na stupeň 4 dle škály bolesti.

Stanoveného cíle bylo dosaženo.

Porucha pohyblivosti z důvodu chirurgického zákroku, projevující se omezením pohybu.

00108 – Deficit sebeděče při koupání a hygieně.

00110 – Deficit sebeděče při vyprazdňování.

CÍL: Pacientka chápe svou situaci i její rizika a má osvojené způsoby provádění činností v rámci svých možností.

INTERVENCE: Zhodnot' aktuální situaci.

Urči, jak pacientka vnímá potřebu pohybu.

Pobízej pacientku k účasti na péči o sebe sama.

Poskytni pacientce dostatek času na provedení různých úkonů.

VÝSLEDNÁ KRITÉRIA: Pacientka je sama schopna provést základní hygienu pod dohledem sestry.

Pacientka je schopna se sama pod dohledem sestry přesunout k jídelnímu stolu.

REALIZACE: Vysvětlily jsme pacientce důvody omezení pohybu.

Pomohly jsme pacientce při ranní hygieně.

S naší pomocí pacientka sama dojde na WC.

V odpoledních hodinách se s pomocí manžela prošla po chodbě.

HODNOCENÍ: Pacientka má osvojené způsoby provádění činností v rámci svých možností. Cíle bylo dosaženo.

Porucha spánku z důvodu bolesti břicha projevující se opakovaným probouzením během noci.

00095 – Porušený spánek

CÍL: Pacientka spí alespoň 6 hodin bez probouzení.

Pacientka ráno po probuzení má pocit celkové pohody a odpočatosti.

INTERVENCE: Posuď souvislost poruchy spánku se základním onemocněním.

Zhodnoť užívání kofeinu a nápojů jeho přítomností.

Vyslechni subjektivní stížnosti na kvalitu spánku.

Vyzkoušej různé způsoby, jak spánek zlepšit – teplá koupel nebo teplé mléko před spaním.

Zajisti podání léků dle ordinace.

VÝLEDNÁ KRITÉRIA: Pacientka netrpí bolestí, která ruší její spánek.

Pacientka spí bez probuzení během noci alespoň 6 hodin.

REALIZACE: Probrali jsme s pacientkou její problém – vyslechli jí.

Uspořádali jsme péči o ní tak, aby měla k dispozici nepřerušované období pro spánek.

Dle ordinací jsme podali léky.

HODNOCENÍ: Pacientka prospala bez probuzení 5 hodin. Stanoveného cíle bylo dosaženo částečně.

Neznalost pojmu z důvodu nedostatečné zkušenosti s daným problémem, projevující se častým kladením otázek týkajících se jejího stavu.

00082 – Efektivní léčebný režim

00162 – Ochota ke zlepšení léčebného režimu

CÍL: Pacientka je informována o svém aktuálním zdravotním stavu.

Zná odpovědi na své otázky.

INTERVENCE: Posuď úroveň pacientčích schopností a vědomostí.

Rozliš, které informace by si pacientka měla zapamatovat.

Posuď, jak pacientka přistupuje k informacím.

Dbej na aktivní roli pacientky při procesu edukace.

VÝSLEDNÁ KRITÉRIA: Pacientka má dostatek informací, které jí zajímají.

Pacientka má materiály, ze kterých se může dále sama vzdělávat.

Pacientka také ví, kde získat další informace o daném problému.

REALIZACE: S pacientkou jsem si v klidu sedla a odpověděla na její dotazy.

Daly jsme jí k dispozici letáky, týkající se jejího problému.

Poskytly jsme pacientce další zdroje informací.

HODNOCENÍ: Pacientka je dostatečně informovaná a zná i další možnosti získávání informací. Stanoveného cíle bylo dosaženo.

Zvýšené riziko infekce z důvodu porušení kožní integrity po chirurgickém zákroku.

00046 – Porušená kožní integrita

CÍL: Usilovat o včasné zhojení operační rány.

Najít způsoby, jak předcházet infekci a snížit riziko jejího vzniku.

INTERVENCE: Všiměj si rizikových faktorů výskytu infekce.

Pátrej po lokálních známkách infekce v okolí operační rány.

Zhodnoť a zdokumentuj stav kůže v místě operační rány.

VÝSLEDNÁ KRITÉRIA: Pacientce se operační rána zhojí per primam.

Pacientka nemá kolem operační rány známky infekce.

REALIZACE: Omezily jsme stávající rizikové faktory.

Zajistily jsme prevenci nozokomiálních nákaz.

Pacientku jsme poučily o správné péči o operační ránu a o způsobech ochrany rány a kůže.

Vysvětlily jsme pacientce, co je pro ni důležité z hlediska výživy, eventuálně užívání potravinových doplňků.

HODNOCENÍ: Zatím u pacientky nedošlo k žádným projevům infekce, nicméně rána není ještě zhojena, proto ošetrovatelský cíl trvá.

(Marečková, 2006)

(Doenges, Moorhouse, 2001)

Pacientka byla propuštěna 8.den po operaci. Operační rána se zhojila per primam. Doporučily jsme jí vhodnou výživu v rámci zdravého životního stylu, dostatek přiměřeného pohybu. Dále bude sledována u svého gynekologa při pravidelných kontrolách.

Při odchodu se cítila fyzicky i psychicky dobře. Těšila se domů na svá vnoučata a domácí prostředí a v neposlední řadě i na přátele. Byla poučena, a dle jejích slov, dostatečně informována o dalších možných komplikacích.

ZÁVĚR

Medicína postupuje mílovými kroky v oblasti výzkumu a vývoje nových diagnostických metod i způsobu léčby jednotlivých onkologických onemocnění. Přes to ale stále pacient je a bude člověkem, který má strach z nemoci a hlavně z bolesti. Většina nemocných bezprostředně po lékařské informaci o závažnosti nemoci získává další informace od spolupacientů, se kterými se setkává v čekárnách u lékaře. Zevšeobecním-li kategorie pacientů, vyjdou mi nakonec jen dvě. První jsou ti osudu odevzdaní, kteří si z různých důvodů nemoc nepřipouští, nebo mají náboženské přesvědčení, že se prostě uzdraví, anebo mají jiné své důvody, kvůli kterým nemoc prostě ignorují až je mnohdy pozdě. Druhou kategorií jsou ti, co jsou ochotni s chorobou bojovat. V drtivé většině jim k tomu pomáhají jejich blízcí a nezřídka se stává, že je v průběhu léčby musí znovu a znovu ujišťovat o správnosti jejich rozhodnutí.

V dnešní medializované době, kdy je snadný přístup k informacím prostřednictvím internetových zdrojů, informačních brožur i článků v časopisech, je informovanost široké laické veřejnosti poměrně uspokojivá.

Mohu ale říci, že podle mých zkušeností jsou klidná mysl a víra v úspěch léčby významnými faktory vyléčení.

„Žít znamená měnit se. Být dokonalý znamená projít mnoha a častými změnami.“

(J.H. Newsman)

SEZNAM LITERATURY

- 1/ DIENTSBIER, Zdeněk. *Kdy je rakovina léčitelná?* Praha: Grada Publishing a.s., 2003. ISBN 80-7169-303-0.
- 2/ DOENGES, Marilynn E., MOORHOUSE Mary Frances. *Kapesní průvodce zdravotní sestry. 2.*, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Grada Publishing a.s., 2001. ISBN 80-247-0242-8.
- 3/ DROSTE, Conrad, von PLANTA, Martin. *Memorix – vademecum lékaře.* Praha: Scientia Medica, 1992. ISBN 80-85526-04-2.
- 4/ Kolektiv autorů Ústavu teorie a praxe ošetrovatelství 1.lékařské fakulty Univerzity Karlovy. *Základy ošetrování nemocných.* Praha: Nakladatelství Karolinum, 2005. ISBN 80-246-0845-6.
- 5/ KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci.* Praha: Grada Publishing a.s., 2002. 1.vydání. ISBN 80-247-0179-0.
- 6/ KUDELA, Milan. *Základy gynekologie a porodnictví.* Olomouc: Vydavatelství Univerzity Palackého, 1996. ISBN 80-7067-603-5.
- 7/ LEMON 1. Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1997. ISBN 80-7013-234-5.
- 8/ MAREČKOVÁ, Jana. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách.* Praha: Grada Publishing a.s. 2006. ISBN 80-247-1399-3.
- 9/ MASTILIAKOVÁ, Dagmar. *Úvod do ošetrovatelství, I.díl – systémový přístup.* 3.dotisk 1. vydání. Praha: Nakladatelství Karolinum, 2005. ISBN 80-246-0429-9.
- 10/ MASTILIAKOVÁ, Dagmar. *Úvod do ošetrovatelství, II.díl – systémový přístup.* 1.vydání. Praha: Nakladatelství Karolinum, 2003. ISBN 80-246-0428-0.
- 11/ NEJEDLÁ, Marie. *Fyzikální vyšetření pro sestry.* Praha: Grada Publishing a.s., 2006. ISBN 80-247-1150-8.
- 12/ PRCHALOVÁ, Eva. *Léčba a ošetrovatelská péče u pacientů s bolestí.* Hradec Králové: Nadační fond pro výzkum plicních a přidružených onemocnění, 2003-2005. ISBN 80-239-6053-9
- 13/ REJTHAR Aleš, VOJTĚŠEK Bořivoj. *Obecná patologie nádorového růstu.* Praha: Grada Publishing a.s., 2002. ISBN 80-247-0238-X.

14/ TRACHTOVÁ, Eva a kolektiv. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2006. ISBN 80-7013-324-4.

15/ VAŠÁTKOVÁ, Ivana. *Ošetrovatelská dokumentace*. Hradec králové: Nucleus HK, 2005. ISBN 80-86225-72-0.

16/ VONDRÁČEK, Lubomír. *Ošetrovatelská dokumentace v praxi*. Praha: Grada Publishing a.s., 2003. 1.vydání. ISBN 80-247-07047.

Internetové zdroje: <http://www.mou.cz>
<http://www.svod.cz>

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

apod.	a podobně
APPE	apendectomie
BMI	body mass index (výpočet stavu výživy z tělesné výšky a váhy)
Ca	karcinom
Ca 125	onkologický marker
CNS	centrální nervová soustava
CT	počítačová tomografie
CHCE	cholecystektomie
D	počet dechů
DIC	diseminovaná intravaskulární koagulopatie
DM	diabetes mellitus
DNA	deoxyribonukleová kyselina
HSK	hysteroskopie
HY abd.	abdominální hysterektomie
IM	infarkt myokardu
LDK	levá dolní končetina
např.	například
NO	nynější onemocnění
P	pulz
PDK	pravá dolní končetina
RTG	rentgenové vyšetření
RNA	ribonukleová kyselina
supp.	suppositoria, čípky
tbl.	tableta
TK	krevní tlak
TNM	klasifikace nádorů
TRF	transfúze krve
TT	tělesná teplota
Tu	tumor
tzv.	takzvaný

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 – Standardní ošetrovatelský postup pooperační péče na standardním odd.

Str. 45

Příloha 2 – grafy: 1. Vývoj zastoupení klinických stádií zhoubných nádorů

Str. 48 endometria

2. Vývoj zhoubných nádorů endometria v čase

3. Věková struktura populace pacientek se zhoubným nádorem
endometria za období 1977 - 2005

4. Počet případů zhoubného nádoru endometria na 100 000 žen v
krajích za období 1977 – 2005

5. Počet úmrtí na diagnózu zhoubný nádor endometria na 100 000
žen v krajích za období 1977 – 2005

6. Srovnání incidence zhoubného nádoru endometria v ČR s
ostatními zeměmi světa

Příloha 3 – tabulka: Souhrn klasifikací TNM a FIGO

Str. 52

Příloha 4 – Ošetrovatelská dokumentace dle Belejové

Str. 53

Příloha 1

POOPERAČNÍ PÉČE NA STANDARDNÍM ODDĚLENÍ – STANDARDNÍ OŠETŘOVATELSKÝ POSTUP

Definice:

Pooperační fáze operované (zotavení z anestézie) začíná probuzením pacientky z anestézie, která zhoršuje schopnost reagovat na vnější stimuly. Všechny funkce se postupně vrací k výchozímu stavu. Je diferencovaná dle druhu operačního výkonu a stavu pacientky, typu anestézie.

Cíl ošetrovatelské péče:

Pooperační péče má za cíl snížit reakci pacientky na operační zátěž na minimum v jejích nepříznivých projevech.

Kompetence:

Sestry všech stupňů vzdělání

Ošetrovatelská péče je dána druhem anestézie

Jednodenní chirurgie:

Pacientky absolvují operační výkon v rozsahu a v druhu anestézie umožňující propuštění týž den. Pacientka je sledována z hlediska fyziologických funkcí, hodnotí se operační rána, stav vědomí, bolest, stupeň soběstačnosti, schopnosti propuštění do domácí péče, popřípadě nutnost následné péče či přijetí k hospitalizaci (po domluvě s lékařem).

- zajistit transport domů, v doprovodu druhé osoby
- ověřit si, zda pacientka rozumí informacím od lékaře
- informovat pacientku, že v případě výskytu komplikací (krvácení), je nutné okamžitě navštívit lékaře

Bezprostřední pooperační péče

Probíhá většinou na standardním pokoji. Pobyt pacientky je dále určen dle jejího stavu, typu operace a dohody anesteziologa, operátora a lékaře JIP. Setrvává zde alespoň 2 hodiny. Anesteziolog předává informace o pacientce sestře spolu s požadavky na její péči. Sestra plní ordinace anesteziologa, operátora a dále provádí:

- pacientku uloží do čisté nejlépe vyhřáté postele
 - převezme pacientku z operačního sálu včetně dokumentace
 - sleduje vědomí, vitální funkce = TK, P, D, saturace O₂, TT, příjem a výdej tekutin
 - podává kyslík
 - sleduje operační ránu, obvazy
 - pečuje o drény, katétry
 - hodnotí množství a kvalitu odváděných sekretů
 - kontroluje spolehlivé spojení drenáží a katétrů
 - monitoruje bolest a podává analgetika pravidelně, ještě před dozněním účinku předchozí dávky
 - plní pooperační ordinace (odběry biologického materiálu, sleduje výsledky vyšetření)
 - provádí přesné záznamy do dokumentace
 - kontroluje hybnost končetin
 - kontroluje močení (nebezpečí retence)
 - při ponechání epidurálního katétru podává analgetické směsi dle ordinace anesteziologa, kontroluje místa zavedení katétru (krvácení, prosakování)
- kontroluje účinnost anestézie

Následná péče

Je dána operačním dnem a charakterem operačního oboru.

FYZIOLOGICKÉ FUNKCE: intervaly dle stavu pacientky, TK, P, D, TT, saturace O₂.

ORDINACE: plnění ordinací

TIŠENÍ BOLESTI: dle ordinací

PÉČE O OPERAČNÍ RÁNU: sledování sekrece nebo krvácení, stav okolní kůže, poloha pacientky, subjektivní a objektivní příznaky, aseptické převazy.

HYGIENICKÁ PÉČE: je dána pohybovým režimem, aktivitou, postupně ji přejímá pacientka.

PREVENCE DEKUBITŮ: masážemi, podložením, polohováním.

PŘÍJEM A VÝDEJ TEKUTIN: sestra sleduje a pečlivě zapisuje do dokumentace.

PŘÍJEM POTRAVY: dle typu operace.

PÉČE O VYPRAZDŇOVÁNÍ: spontánní mikci do 8 hodin podporovat popřípadě zajistit při známkách retence – cévkování. Peristaltika se u klasických operací obnovuje do 48 - 72 hodin. Sestra sleduje odchod plynů a stolice, známky plynatosti, potíže s vyprazdňováním hlásí lékaři.

SPÁNEK: péče o pravidelný a dostatečný noční spánek.

REHABILITACE: včasná dechová gymnastika, polohování pasívní, aktivní cviky končetin, nácvik sedu, stoje, chůze, fyzioterapeut.

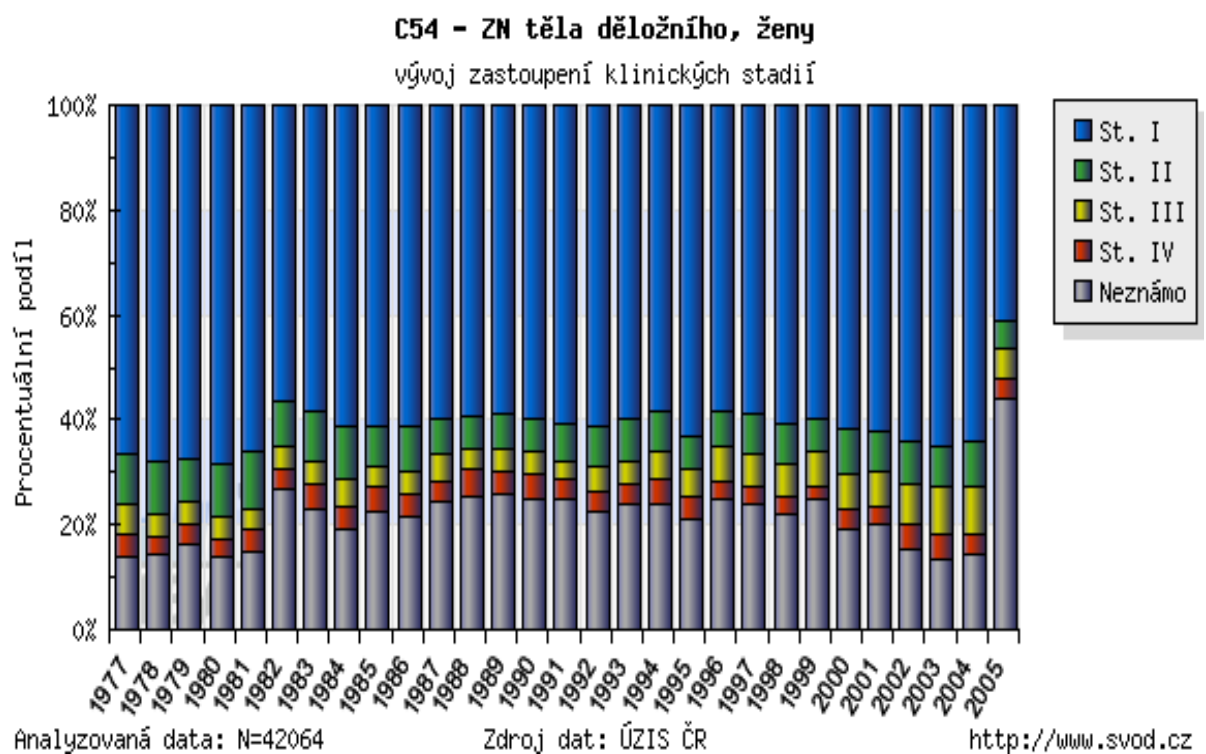
PREVENCE TEN: provádí sestra dle ordinace

EDUKACE PACIENTKY o případných změnách životního stylu (doporučení lékaře) a následné léčbě, dietní omezení.

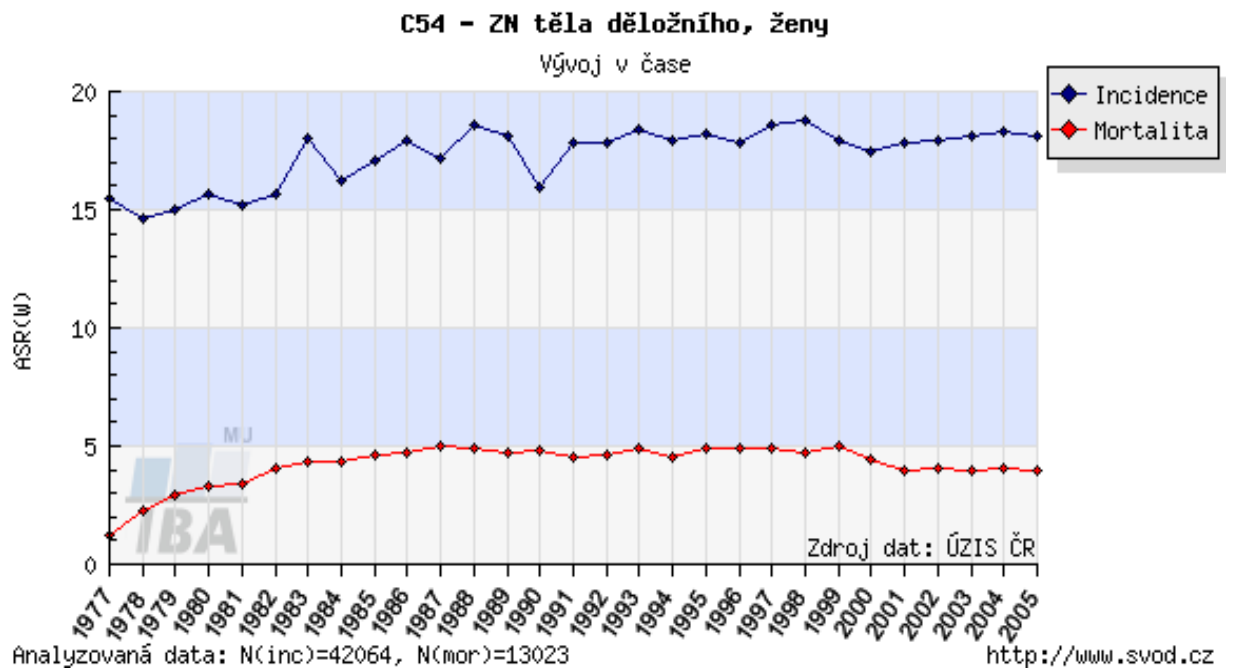
Tento standardní ošetřovatelský postup jsem přejala z Ústavu pro péči o matku a dítě, Podolské nábřeží 157, Praha 4 – Podolí.

Příloha 2

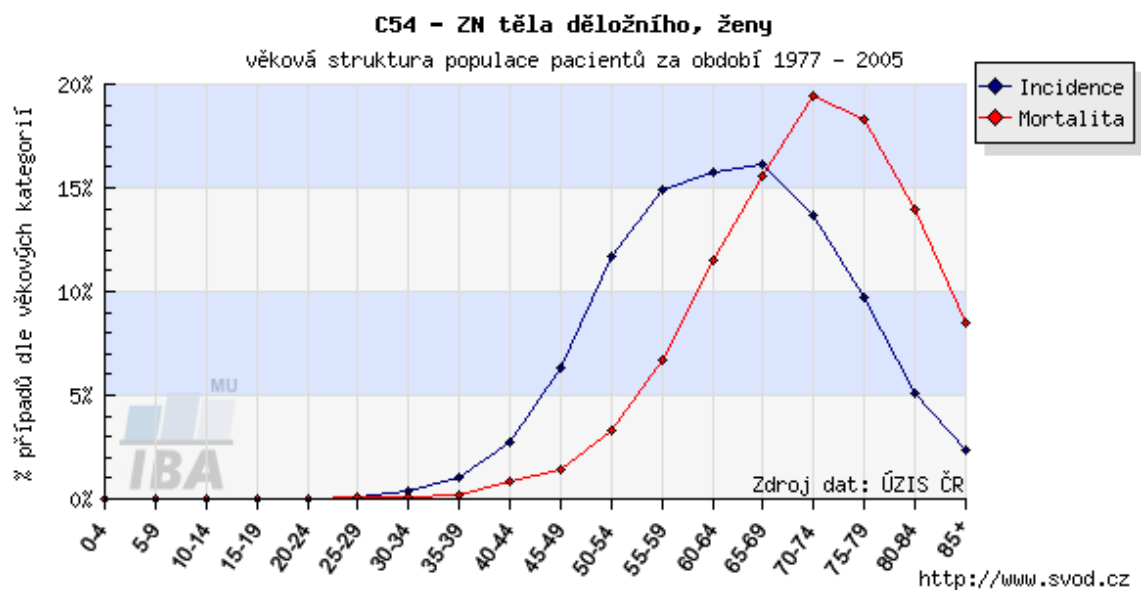
Graf 1



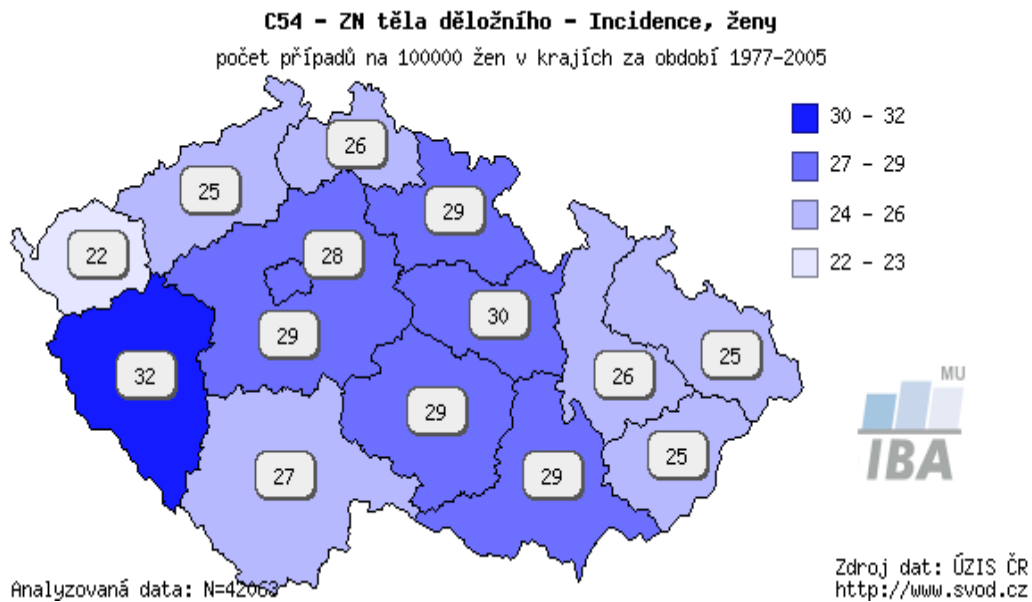
Graf 2



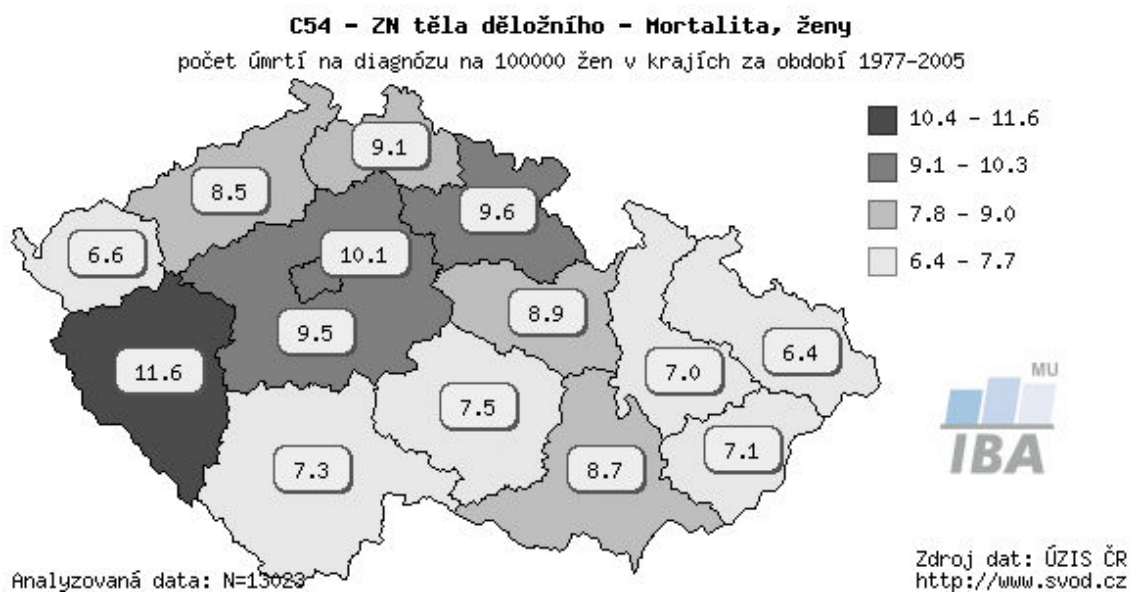
Graf 3



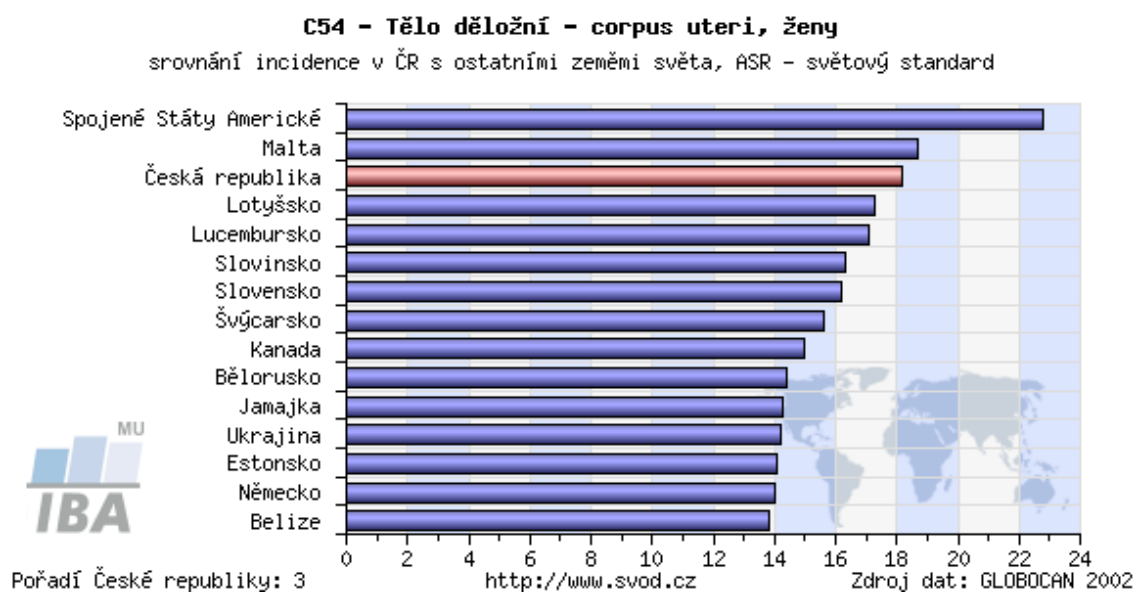
Graf 4



Graf 5



Graf 6



Příloha 3

Tabulka 1 – Souhrn klasifikací TNM a FIGO

T1a	Nádor ohraničený na endometrium	IA
T1b	Invaze do $< \frac{1}{2}$ myometria	IB
T1c	Invaze do $\geq \frac{1}{2}$ myometria	IC
T2a	Infiltrace endocervikálních žláz	IIA
T2b	Infiltrace cervikálního stromatu	IIB
T3a	infiltrace serózy / adnex / nádorové buňky v ascitu nebo laváži	IIIA
T3b	Šíření do pochvy	IIIB
T4	Infiltrace sliznice moč. měchýře / sliznice rekta	IVA
N1	Postižení pánevních / paraaortálních uzlin	IVA
M1	Vzdálené metastázy	IVB

IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE

Jméno a příjmení : A.B.	Pohlaví : žena
Datum narození : 1944	Věk : 64 let
Adresa bydliště a telefon :	Praha 10
Adresa příbuzných :	Praha 10
RČ : XXXXXXXXXX	Číslo pojišťovny : 111
Vzdělání : středoškolské	Zaměstnání : t.č. starobní důchod
Stav : vdaná	Státní příslušnost : ČR
Datum přijetí : 2008	Typ přijetí : přijata k operaci
Oddělení : gynekologické	Ošetřující lékař : MUDr. XY

Důvod přijetí udávaný pacientem :

Objednána k operačnímu řešení. Postmenopauzální krvácení z rodidel.

Medicínská diagnóza hlavní :

Ca endometria

Medicínské diagnózy vedlejší :

DM II.typu – na dietě

Hypertenze + tachykardie - léčená

Drobné varixy bilaterálně, více na PDK

VITÁLNÍ FUNKCE PŘI PŘIJETÍ

TK: 130/90	Výška: 164 cm
P : 87/ min.	Hmotnost : 80 kg
D : 16/min.	BMI : 29,7
TT : 36,3°C	Pohyblivost : sama bez pomoci
Stav vědomí : orientovaná	Krevní skupina : A+

Nynější onemocnění : Ca endometria – přijata k operačnímu řešení

Informační zdroje: Dokumentace pacientky + rozhovor s pacientkou

ANAMNÉZA

Rodinná anamnéza :

Matka : zemřela na IM

Otec : zemřel na Ca pankreatu

Sourozenci : DM II.typu na dietě, HY abd.pro Ca čípku děložního

Děti : syn i dcera zdraví

Osobní anamnéza :

Překonaná a chronická onemocnění :
neudává

Hospitalizace a operace :
1979 – APPE, 1983 – CHCE, 2008 - HSK

Úrazy :

2003 – fraktura LDK

Transfúze :

0

Očkování: běžné, každoročně se nechává očkovat proti chřipce již šestým rokem

Léková anamnéza

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
ISOPTIN SR 240mg	TBL.	240mg/tbl.	1 – ½ - 0	Antiarytmikum, antihypertenzívum
FURON 40mg	TBL.	40mg/tbl.	1 – 1 - 0	Diuretikum
DICLOREUM 100	SUPP.	100mg	1 – 0 - 0	Nesteroidní antirevmatikum, antiflogistikum

Alergologická anamnéza

Léky: Biseptol – způsobuje jí vyrážku po celém těle

Enap H – způsobuje jí bolesti hlavy

Potraviny : neudává

Chemické látky :neudává

Jiné :Trávy, pyly

ABÚZY: Alkohol: pije příležitostně

Kouření: 10 cigaret/den

Káva: většinou ráno a večer

Léky: užívá jen předepsané

Jiné drogy: neudává

Gynekologická anamnéza (u žen)	Urologická anamnéza (u mužů)
Menarché : ve 12 letech Cyklus : pravidelný Trvání : 29/6 Intenzita bolesti: snesitelná P: A: UPT: 0 Antikoncepce : 0 Menopauza : 2006 Potíže klimakteria : Občasné návaly horka Samovyšetřování prsou : spíše ne Poslední gynekologická prohlídka : 2008	Překonaná urologické onemocnění : Poslední návštěva u urologa : Samovyšetřování semeníků :

Sociální anamnéza :

Stav : vdaná

Bytové podmínky : bydlí s manželem v rodinném domě u jejích syna, kde mají samostatnou bytovou jednotku

Vztahy, role, a interakce v rodině : s rodinou vychází bez problémů

mimo rodinu : má mnoho přátel mimo jiné i mezi sousedy, se kterými se pravidelně schází

Záliby: práce na zahrádce, vaření, ráda plave a jezdí na výlety

Volnočasové aktivity : stará se o vnoučata, čte, sleduje TV

Pracovní anamnéza

Vzdělání : středoškolské

Pracovní zařazení : učitelka v mateřské škole

Čas působení, čas odchodu do důchodu, jakého : t.č. ve starobním důchodu

Vztahy na pracovišti : -

Ekonomické podmínky : uspokojivé

Spirituální anamnéza

Religiózní praktiky : věřící, pravidelně chodí do kostela

POSOUZENÍ SOUČASNÉHO STAVU ze dne

....12.12.2008.....

Popis fyzického stavu		
SYSTÉM	SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Hlava a krk	Bez obtíží	Zornice izokorické, skléry bílé, spojivky růžové. Štítná žláza nezvětšená, karotidy bez šelestu, krční žíly bez zvýšené náplně
Hrudník a dýchací systém	Bez obtíží	Hrudník pyknický. Dýchání čisté bez vedlejších fenoménů. 16 dechů/min.
Kardiovaskulární systém	Zadýchává se do schodů	Srdeční krajina bez vyklenutí, ozvy ohraničené, akce srdeční pravidelná 87/min.

Břicho a GIT	Bolestivé v místě operační jizvy.	Břicho v úrovni hrudníku, poklep bubínkový, měkké, prohmatné. Játra, lien bpn.
Urogenitální systém	Při močení cítí slabé pálení, které přisuzuje odstraněnému katetru.	Uretra bez výtoku

SYSTÉM	SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Kostrosvalový systém	Občas jí bolí klouby. Momentálně bolest 0	Klouby volné, pohyblivé, páteř fyziologické zakřivení
Nervovosmyslový systém	Bez obtíží	Čítí v normě, motorika – pohyblivá, řeč plynulá

Endokrinní systém	Bez obtíží	Bez patologického nálezu
Imunologický systém	Bez obtíží	Bez patologického nálezu
Kůže a její adnexa	Zarudlá, bolestivá v místě jizvy	Růžová, turgor normální. Operační jizva na břicho zarudlá, bolestivá

Poznámky z tělesné prohlídky:

Aktivita denního života			
		SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Stravování	Doma	Zvyklá jíst 5-6krát/den, snaží se dodržovat diabetickou dietu	Nelze posoudit
	V nemocnici	Nemá problém s předepsanou dietou	Dodržuje předepsanou dietu

Příjem tekutin	Doma	2,5 – 3 l tekutin/den	Nelze posoudit
	V nemocnici	Asi 2l/den	2 – 2,5 l tekutin/den, čaj, neslazená minerálka
Vylučování moče	Doma	Bez obtíží	Nelze posoudit
	V nemocnici	Při močení cítí slabé pálení, což přisuzuje odstraněnému katetru	Močí sama, uretra bez výtoku. Výdej odpovídá příjmu
Vylučování stolice	Doma	Bez obtíží, jednou za dva dny	Nelze posoudit
	V nemocnici	Před operací bez obtíží, po operaci ještě nebyla	2.pooperační den ještě na stolici nebyla

Aktivity denního života			
		SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Spánek a bdění	Doma	Nemá se spánkem ani s usínáním problémy	Nelze posoudit

	V nemocnici	Opakovaně se v noci probouzí	Několikrát během noci se budí pro bolesti břicha v místě operační jizvy
Aktivita a odpočinek	Doma	Stará se o domácnost, práce na zahrádce, výlety, péče o vnoučata, přátelé.	Nelze posoudit
	V nemocnici	Snaží se o co nejrychlejší rekonvalescenci, čte, sleduje TV.	Aktivně se zapojuje do své rekonvalescence.
Hygiena	Doma	Samostatně.	Nelze posoudit
	V nemocnici	Snaží se vše zvládnout sama.	I přes počáteční obtíže po operaci se snaží o samostatnost.
Samostatnost	Doma	Zvládá péči o sebe bez pomoci.	Nelze posoudit.
	V nemocnici	Je samostatná.	Není třeba dopomoci, stačí jen dohled.

Posouzení psychického stavu			
		SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Vědomí		V normě	Orientovaná
Orientace		V místě i čase	Plně orientovaná
Nálada		Optimistická	Přiměřená jejímu stavu, optimista
Paměť	Krátkodobá	Občas něco zapomene	Neporušená, přiměřená jejímu věku.
	Dlouhodobá	Neporušená	Neporušená, přiměřená jejímu věku
Myšlení		Neporušené	Neporušené
Temperament		Dle svých slov je rozený optimista	Odpovídá spíše typu sangvinik
Sebehodnocení		Ví, že je co zlepšovat	Přiměřené stavu a podmínkám
Vnímání zdraví		Zdraví je důležité, na předním místě jejího žebříčku hodnot.	Přiměřené stavu
Vnímání zdravotního stavu		Ví, že má závažnou chorobu a vyrovnala se s tím a hledí dál.	Přiměřené jejímu stavu
Reakce na onemocnění a prožívání onemocnění		Prvotně vztek, později snaha se vyléčit.	Přiměřená dané situaci
Reakce na hospitalizaci		Je v neznámém prostředí, ale snaží se zvyknout si a vydržet.	Přiměřená dané situaci
Adaptace na onemocnění		Věří, že vše dobře dopadne.	Přiměřená dané situaci
Projevy jistoty a nejistoty (úzkost, strach, obavy, stres)		S obavami čeká na výsledek definitivní histologie.	Přiměřená dané situaci

Zkušenosti z předcházejících hospitalizací (iatropatogenie, sorrogenie)	Nepamatuje si žádné negativní zkušenosti	Nelze posoudit, v současnosti se chová vstřícně.
---	--	--

Posouzení sociálního stavu			
		SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
	Verbální		Spolupracuje
	Neverbální		Neprojevuje známky nevole.
	O onemocnění	Informována od personálu, přečetla si o nemoci z dostupných zdrojů.	Je informovaná od ošetřujícího personálu.
	O diagnostických metodách	Informována od personálu, od spolupacientů.	Je informovaná od ošetřujícího personálu.
	O léčbě a dietě	Informována od personálu.	Je informovaná od ošetřujícího personálu.
	O délce hospitalizace	Informována od personálu.	Je informovaná od ošetřujícího personálu.
Sociální role a jejich ovlivnění nemocí, hospitalizací a	Primární (role související s věkem a pohlavím)		Žena.

změnou životního stylu v průběhu nemoci a hospitalizace	Sekundární (související s rodinou a společenskými funkcemi)		Sestra, manželka, matka, babička.
	Terciární (související s volným časem a zálibami)		Přítelkyně.

MEDICÍNSKÝ MANAGMENT :

Ordinovaná vyšetření :

Všechna potřebná vyšetření se provedla již první pooperační den. Výsledky byly uspokojivé, proto na dnes nejsou ordinována žádná vyšetření.

Výsledky: -

Konzervativní léčba :

Dieta : 9 Pohybový režim : bez omezení RHB : nácvik samostatné chůze

Výživa : změna váhy v poslední době NE

Medikamentózní léčba :

Ⓟ Per os : Isoptin SR 240mg, tbl. 1 – ½ - 0
Furon 40mg, tbl. 1 – 1 - 0

Ⓟ Intra venózní:

ne

🕒 **Per rectum :**

Dicloream 100 – 1-0-0 (dále podle potřeby)

🕒 **Jiná :**

ne

Chirurgická léčba :

2. pooperační den po hysterectomii abdominalis

SITUAČNÍ ANALÝZA :

Pacientka 2.den po abdominální hysterectomii pro Ca endometria. Přeložena z JIP. DM II.typu na dietě, hypertenze a tachykardie – léčená. Současný TK 130/90, P 87min, D 16, TT 36,3°C.

Hlava – zornice izokorické, skléry bílé, spojivky růžové

Krk – štítná žláza nezvětšená, karotidy bez šelestu, krční žíly bez zvýšené náplně

Srdce – pravidelné ozvy 87/min

Břicho - měkké, bolestivé – operační jizva, játra, lien bez patologického nálezu.

Neurologicky – bez patologického nálezu

Kůže - v oblasti jizvy zarudlá, bolestivá

Varixy – na obou končetinách, více na pravé dolní končetině

Má, dle jejích slov, snesitelnou bolest břicha. Snaží se vertikalizovat. V noci se několikrát probudila kvůli bolestem břicha.

Stanovení sesterských diagnóz a jejich uspořádání podle priorit:

- 1/ Akutní bolest z důvodu chirurgického zákroku, projevující se výrazem bolesti v obličeji, verbalizací.**
- 2/ Porucha pohyblivosti z důvodu chirurgického zákroku, projevující se omezením pohybu.**
- 3/ Porucha spánku z důvodu bolesti břicha, projevující se opakovaným probouzením během noci.**
- 4/ Neznalost pojmu z důvodu nedostatečné zkušenosti s daným problémem, projevující se častým kladením otázek týkajících se jejího stavu.**
- 5/ Zvýšené riziko infekce z důvodu porušení kožní integrity po chirurgickém zákroku.**

Sesterská diagnóza: Akutní bolest z důvodu chirurgického zákroku, projevující se výrazem bolesti v obličeji, verbalizací.

Cíl: zmírnění bolesti – ze stupně 6 na stupeň 4 – 3 dle škály bolesti

Priorita: zmírnit bolest

**Výsledná kritéria: Pacientka má zmírněnou bolest.
Pacientka zná terapii své bolesti.**

**Plán intervencí: Proved' důkladné posouzení bolesti.
Posud' vnímavost pacientky a jejího chování.
Akceptuj pacientčino líčení bolesti.
Pozoruj neverbální projevy bolesti.
Posud' pacientčinu znalost léčby bolesti včetně toho, co od léčby očekává.**

**Realizace: Posoudili jsme pacientčinu bolest i její vnímání a seznámili s ní lékaře.
Dle jeho ordinace jsme zahájili farmakoterapii analgetiky.
Nabídli jsme pacientce několik způsobů, jak může odpoutat pozornost od své bolesti.**

Hodnocení: Pacientce se během 2 hodin snížila intenzita bolesti ze stupně 6 na stupeň 4. Stanoveného cíle bylo dosaženo.

Celkové hodnocení: Pacientka se cítila mnohem lépe, zlepšila se jí nálada a začala se těšit na odpolední návštěvy. V podávání analgetik jsme připraveni pokračovat dle ordinací.