

OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTKY S KARCINOMEM DĚLOŽNÍHO HRDLA V INOPERABILNÍM STÁDIU

Bakalářská práce

JANA STEKLÁ

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

Vedoucí práce: PhDr. Anna Mazalánová, Ph.D.

Stupeň kvalifikace: Bakalář

Datum odevzdání práce: 31. 3. 2011

Praha 2011



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

STEKLÁ Jana
3. B VS

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 23. 3. 2010 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Ošetrovatelský proces u pacientky s karcinomem děložního hrdla
v inoperabilním stadiu

*Nursing Process of the Patient with Cervical Cancer in Unresectable
Stage*

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Anna Mazalánová, PhD.

V Praze dne: 29. 10. 2010

prof. MUDr. Zdeněk Seidl, CSc.
rektor

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a veškeré použité prameny a literaturu uvádím v seznamu.

Souhlasím s použitím své bakalářské práce k studijním účelům.

V Praze dne

.....

Jana Steklá

ABSTRAKT

STEKLÁ, Jana. Ošetrovatelský proces u pacientky s karcinomem děložního hrdla v inoperabilním stádiu. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s., stupeň kvalifikace: bakalář. Vedoucí práce: PhDr. Anna Mazalánová, PhD. Praha. 2011. s. 60.

Bakalářská práce je zaměřena na problematiku ošetrovatelské péče u pacientky s karcinomem děložního hrdla v inoperabilním stádiu.

Dalším cílem bylo poukázat na četnost výskytu tohoto onemocnění v naší populaci, jeho závažnost, možnosti léčby, ale i prevenci.

Teoretická část obsahuje charakteristiku onemocnění, diagnostiku, terapii a prevenci. Praktická část je zaměřena na ošetrovatelskou péči o pacientku s pokročilým stupněm onemocnění v inoperabilním stádiu. Téma je zpracováno metodou ošetrovatelského procesu. Na základě posouzení sebraných informací byly vytvořeny ošetrovatelské diagnózy, řazené podle naléhavosti bio - psycho - sociálně - spirituálních potřeb pacientky, v souladu s holistickým přístupem v ošetrovatelství. Po formulování ošetrovatelských diagnóz byly stanoveny cíle a výsledná kritéria, podle nichž jsou naplánovány ošetrovatelské intervence s realizací a následným hodnocením. Závěr práce zahrnuje doporučení pro praxi. Součástí práce je i edukační leták zaměřený na prevenci karcinomu děložního hrdla.

Klíčová slova: Karcinom děložního hrdla. Ošetrovatelské diagnózy. Ošetrovatelská péče. Prevence.

ABSTRACT

STEKLÁ, Jana. Nursing proces of the Patient with Cervical Cancer in Unresectable Stage. Nursing College, o.p.s.. Degree: Bachelor. Tutor: PhDr. Anna Mazalánová, PhD. Prague 2011. 60 pages.

This bachelor thesis is focused on the problem of nursing care for patients with inoperable cervical carcinoma.

Next aim was to show the occurrence of this disease in our population, severity of the disease, treatment options and prevention as well.

The theoretical part contains characteristics of the disease, diagnostics, treatment and prevention. The practical part is about nursing care of patients with an advanced, inoperable stage of disease. The method of nursing process was used for this topic. Based on the analysis of collected information the nursing diagnoses were made, sorted by the urgency of bio – psycho – social – spiritual needs of the patient,

according to the nursing holistic approach. After the nursing diagnoses being defined, the objectives and eventual criteria, needed to plan nursing interventions with their implementation and following evaluation, were set. The conclusion includes recommendations for the practice. The thesis also contains an educational leaflet focused on prevention of cervical carcinoma.

Keywords: Cervical carcinoma. Nursing diagnoses. Nursing care. Prevention.

PŘEDMLUVA

Tato práce vznikla jako možnost poukázat na závažnost onemocnění karcinomem děložního hrdla, na komplikace, vznikající v souvislosti s podceněním a nerespektováním doporučení zdravotníků, na následky onemocnění, které mají dopad nejen na pacientku, ale i na její rodinu a blízké okolí. Dále by měla ukázat možnosti prevence onemocnění karcinomem děložního hrdla.

Výběr práce je ovlivněn dvacetiletou praxí porodní asistentky, v rámci které jsem, mimo jiné, pracovala i na gynekologickém oddělení a setkala se s pacientkami s karcinomem děložního hrdla. Podklady pro práci jsem čerpala z knižních zdrojů, časopisů a internetu.

Práce je určena především všeobecným sestřám a porodním asistentkám, dále pak studentkám zdravotnických škol, které se chtějí seznámit s touto problematikou.

Tímto bych chtěla poděkovat všem, kteří mi poskytli podporu a pomoc v průběhu psaní práce.

OBSAH

ÚVOD.....	10
-----------	----

TEORETICKÁ ČÁST

1 CHARAKTERISTIKA ONEMOCNĚNÍ KARCINOMEM DĚLOŽNÍHO HRDLA.....	11
1.1 Etiologie a patogeneze.....	11
1.1.1 Human papiloma virus.....	12
1.1.2 Rizikové faktory.....	12
1.2 Klasifikace rakoviny děložního hrdla.....	13
1.3 Klinické příznaky karcinomu děložního hrdla.....	13
2 DIAGNOSTIKA.....	14
2.1 Anamnéza.....	14
2.2 Fyzikální vyšetření.....	14
2.3 Prebioptické metody - onkologická cytologie, kolposkopie.....	14
2.4 Biopsie a histologie.....	15
2.5 Laboratorní vyšetření.....	15
2.5.1 Hematologická vyšetření.....	15
2.5.2 Biochemická vyšetření.....	15
2.5.3 Vyšetření moče.....	16
2.6 Zobrazovací metody.....	16
2.7 Úloha sestry v diagnostice.....	17
3 TERAPIE KARCINOMU DĚLOŽNÍHO HRDLA.....	18
3.1 Chirurgická operační léčba.....	18
3.1.1 Předoperační ošetrovatelská péče.....	18
3.1.2 Ošetrovatelská péče během operace.....	19
3.1.3 Pooperační péče.....	19
3.2 Radioterapie.....	20
3.3 Chemoterapie.....	21
3.4 Ošetrovatelská péče o pacientku podstupující protinádorovou léčbu.....	21
3.5 Paliativní terapie u inoperabilního karcinomu děložního hrdla.....	22
3.5.1 Péče o umírající pacientku.....	23
4 PREVENCE KARCINOMU DĚLOŽNÍHO HRDLA.....	24
4.1 Cytologický screening.....	24
4.2 Prevence šíření HPV infekce - HPV vakcíny.....	25
4.3 Prevence v oblasti souvisejících faktorů.....	26

PRAKTICKÁ ČÁST

5 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U PACIENTKY S KARCINOMEM DĚLOŽNÍHO HRDLA V INOPERABILNÍM STÁDIU.....	28
5.1 Příjem na gynekologické oddělení.....	29
5.2 Anamnéza.....	30
5.3 Posouzení současného stavu ze dne 8. 3. 2010.....	33
5.4 Medicínský management.....	42
5.5 Situační analýza.....	45
5.6 Ošetrovatelské diagnózy.....	45
5.7 Zhodnocení ošetrovatelské péče.....	56
5.8 Doporučení pro praxi.....	57
 ZÁVĚR.....	 58
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ LITERATURY.....	59

PŘÍLOHY

ÚVOD

Karcinom děložního hrdla je celosvětově považovaný za významný zdravotní, psychologický a sociální problém. Výskyt karcinomu děložního hrdla je na druhém místě ze všech nádorů u žen. Ročně přibývá ve světě asi 500 000 nových případů. Po karcinomu prsu a plic je třetím nejčastějším nádorem způsobujícím úmrtí žen. Podle dostupných údajů umírá ročně 250 000 žen, přibližně 80% z nich pochází z rozvojových zemí. (WHO, 2006). Na vzniku tohoto onemocnění se podílí několik známých faktorů. Jejich vliv se dá eliminovat účinnou prevencí, kdy lze zachytit časná, dobře léčitelná stádia onemocnění.

Karcinom děložního hrdla často postihuje ženy v produktivním věku, pracující, pečující o rodinu, zodpovědné za děti. Tím je žena a její rodina vystavena vysoké ekonomické, sociální a emocionální zátěži. Navzdory těmto skutečnostem je prevence stále podceňována mnoha ženami.

Je však třeba uvědomit si, že mezi příčiny současného stavu patří také nízká informovanost žen o této problematice. V České republice doposud neproběhla žádná větší kampaň, která by se zabývala problematikou rakoviny děložního hrdla. V médiích se sice objevily zmínky o možnosti vakcinace, ale veřejnost si dostatečně neuvědomila její přínos. Mnoho lidí odrazuje také vysoká cena očkování. Tato účinná metoda je u nás dostupná spíše pro ženy z vyšších socioekonomických vrstev společnosti, které ale nejsou hlavní rizikovou skupinou.

Ženy s nižším socioekonomickým statusem nemají potřebné informace o vyvolávajícím činiteli onemocnění, o rizikových faktorech ani o rizikovém chování, maximálně jsou vybízeny k preventivním prohlídkám, o jejichž smyslu nemají ponětí. Tak se stává, že se i v dnešní době setkáváme s pokročilými stádii onemocnění, která mají nepříznivou prognózu.

Cílem práce je upozornit na daný problém a poukázat na to, že kromě péče o nemocné by měly porodní asistentky a všeobecné sestry, v souladu s principy moderního ošetřovatelství, hrát klíčovou úlohu v edukaci zaměřené na prevenci onemocnění a na výchovu ke zodpovědnému chování žen ve všech věkových skupinách a socioekonomických vrstvách.

TEORETICKÁ ČÁST

1 CHARAKTERISTIKA ONEMOCNĚNÍ KARCINOMEM DĚLOŽNÍHO HRDLA

„Karcinom děložního hrdla je zhoubné nádorové onemocnění, primárně postihující děložní hrdlo“. (Rejthar, Vojtěšek, 2002, s. 114)

„Incidence karcinomu děložního hrdla patří v ČR vzhledem k nefunkčnímu skreeningu mezi nejvyšší v Evropě. Ročně se diagnostikuje kolem 20 případů na 100 tisíc žen“ (Cibula, Petruželka a spol., 2009, s. 393). V dané literatuře se uvádí dva vrcholy ve věkových skupinách žen 35 – 39 let, a pak mezi 60. – 65. rokem věku. Ročně umírá na toto onemocnění téměř 400 žen. (Cibula, Petruželka a spol., 2009)

1.1 Etiologie a patogeneze

Autoři Rejthar a Vojtěšek popisují nádorový růst jako „buněčnou proliferaci, která se vymkla regulačním mechanismům. V nekontrolovaně proliferující buněčné populaci, se rychle, zejména v počáteční fázi, zvětšuje počet buněk. Hranice, kdy je možno detekovat nádor se liší podle lokalizace a přístupnosti vyšetření“. (Rejthar, Vojtěšek, 2002, s. 114)

Na děložním hrdle je možno detekovat mikrokarcinomy velikosti několika milimetrů. Nádor velikosti 1 cm obsahuje přibližně miliardu buněk. Maligní nádor má schopnost prorůst do okolní tkáně, kterou infiltruje a destruuje. Později metastázuje implantačně, krevní nebo lymfatickou cestou do mízních uzlin a do vzdálených orgánů. Histologicky se nejčastěji jedná o dlaždicobuněčný karcinom (60 – 80 %), kdy většina z nich vzniká v oblasti transformační zóny hrdla. Různé typy adenokarcinomů tvoří 10 – 15 %. Zbývá část připadá na vzácně se vyskytující druhy nádorů. (Cibula, Petruželka a spol., 2009 ; Rejthar, Vojtěšek, 2002)

„Karcinom děložního hrdla patří mezi jedno z mála onkologických onemocnění s prokázaným etiologickým agens. Způsobuje ho perzistentní infekce high risk (HR) genotypy HPV (Human Papilloma Virus).“ *Karcinom děložního hrdla* [on line]. [cit. 2010-08-12]. Dostupné na WWW: (<http://www.onkogyn.cz/hpv-lekari/karcinom-delozniho-hrdla>).

1.1.1 Human papiloma virus

HPV je virus, který se přenáší v 99 % při sexuálních aktivitách, nejčastěji pohlavním stykem. Přenos bez sexuální aktivity je možný, ale velmi vzácný. V současnosti známe více než 120 genotypů HPV. Jsou označovány čísly (HPV 1, HPV 2 atd.). Mohou způsobovat různá onemocnění na různých částech těla. Většinou se jedná o onemocnění nezávažná, např. plantární veruky. Asi 30 genotypů HPV postihuje genitourinární oblast. 12 genotypů je považováno za neonkongenit, málo rizikové - LR (low risk). Hlavní zástupci této skupiny jsou HPV 6 a HPV 11. Na pohlavních orgánech způsobují vznik venerických bradavic – akuminátních kondylomat. Zbýlých 18 genotypů HPV, je označováno jako onkogenní, vysoce rizikové - HR (high risk). Genotypy (16 a 18) jsou nejčastější a způsobují asi 70 % případů karcinomu děložního hrdla. (*Klasifikace a struktura HPV* [on line], 2010)

V průběhu pohlavního dráždění i pouhého „skin to skin“ kontaktu dochází ke vzniku kožních a slizničních mikrotraumat, ta jsou vstupní bránou pro přenos infekce. Virus se dostává do bazálních vrstev epitelu, kde infikuje bazální buňky a následně se v nich replikuje. (*Přenos HPV* [on line], 2010) Pro vznik mikrotraumat je nejnáchylnější nezralý metaplastický epitel transformační zóny děložního hrdla. Inkubační doba je v rozmezí od 1,5 do 8 měsíců, průměrně 3 měsíce.

Vývoj invazivního karcinomu děložního hrdla je dlouhodobý proces, trvající obvykle více než 10 let. Nejkratší popsaná doba od infikování HPV do vzniku rakovinového nádoru byla 2 roky. Dlaždicový karcinom děložního hrdla i adenokarcinom děložního hrdla vychází z přímých předstupňů maligního procesu – z prekanceróz (dysplázií). (*Karcinom děložního hrdla* [on line], 2010)

1.1.2 Rizikové faktory

Kromě HPV infekce jsou za rizikové považovány tyto faktory:

Sexuální aktivita – počet sexuálních partnerů, časný začátek pohlavního života, časný věk prvního těhotenství, parita, „rizikový partner“

Další STD infekce – chlamydie, infekce herpesvirem HSV - 2

Nutriční vlivy – například vitamínové deficiency

Kouření

Imunosuprese – všeobecně, z jakékoli příčiny, HIV infekce

Nízký socioekonomický status

Rodinná zátěž - onemocnění matky, sestry

Hormonální antikoncepce - zvyšuje riziko nepřímo, napomáhá perzistenci onkovirů, ženy s hormonální antikoncepcí mohou mít vyšší sexuální aktivitu

Absence cytologického screeningu (Cibula, Petruželka a spol., 2009 ; Rob, Martan, Citterbart et al., 2008).

1.2 Klasifikace rakoviny děložního hrdla

Základními pojmy při klasifikaci nádorů jsou **typing**, stanovení histologického typu nádoru, **grading**, stupeň diferenciacie a **staging**, klinická pokročilost onemocnění.

TNM klasifikace slouží k rozdělení nádorů do tzv. stádií. Popisuje rozsah zhoubného novotvaru, pomáhá plánovat léčbu, poskytuje informace o pacientově prognóze, umožňuje objektivně posuzovat výsledky léčby a usnadňuje výměnu vědeckých informací v klinickém výzkumu a mezi léčebnými centry.

T představuje velikost primárního nádoru, **N** postižení lymfatických uzlin a **M** přítomnost metastáz. K těmto písmenům se ještě přiřazují číslice, udávající rozsah onemocnění – viz příloha B.

TNM klasifikace se provádí dvakrát. Klinické hodnocení (cTNM – na základě nálezů získaných před léčením) a patologické hodnocení (pTNM – vyšetření materiálu získaného při operaci). Klinické je podstatné pro volbu a hodnocení léčby, patologické poskytuje informace pro prognostický odhad (Sobin, Wittekind, 2004).

1.3 Klinické příznaky karcinomu děložního hrdla

Počáteční stádia onemocnění jsou asymptomatická. V pozdějších stádiích se objevuje vodnatý výtok, který je ženami často podceňován. Významným příznakem je kontaktní krvácení po pohlavním styku. Mezi pozdější příznaky dále patří: bolesti v zádech, močové tenezmy, tlaky v oblasti konečníku. Spontánní krvácení z rodidel nebo krvavě vodnatý výtok patří již do pokročilých stádií. V souvislosti s většími krevními ztrátami jsou pacientky anemické. V pozdních stádiích se objevuje kachexie, celková tělesná slabost a příznaky intoxikace z rozpadu nádoru (Citterbart et al., 2001).

2 DIAGNOSTIKA

Stanovení diagnózy se opírá o anamnézu, fyzikální, gynekologické vyšetření, prebiptické vyšetřovací metody, biopsii s histologickým vyšetřením, laboratorní vyšetření a zobrazovací metody (Novotná, Uhrová, Jirásková, 2006).

2.1 Anamnéza

V **osobní** anamnéze pátráme po prodělaných i současných onemocněních a jejich léčbě, operacích, případných alergiích jejich původu a průběhu. Anamnézu doplňujeme údaji o abúzech návykových látek (alkoholu, kávy, tabáku, drog). Ptáme se na nechutenství, změny hmotnosti za poslední období, potíže s močením a vyprazdňováním. **Farmakologická** anamnéza se týká užívaných léků. V **rodinné** anamnéze zjišťujeme zdravotní stav a úmrtí v rodině a u příbuzenstva. Vyhledáváme dědičné choroby a dispozice k různým onemocněním. V rámci **sociální** a pracovní anamnézy zjišťujeme socioekonomický status a pracovní podmínky.

U gynekologické pacientky je důležitá **gynekologická anamnéza**. Základními údaji jsou informace o menstruačním cyklu: menarché, délka cyklu, trvání a intenzita krvácení, nepravidelnosti, bolestivost, datum poslední menstruace. Neměl by chybět údaj o prvním pohlavním styku, antikoncepci používané v minulosti i současnosti. Ptáme se na těhotenství a jejich průběh. Potraty spontánní i interrupce a jejich indikace. Porody, jejich průběh, porodní hmotnost a délku dítěte, potíže v šestinedělí. Zjišťujeme, zda děti žijí a jsou zdravé. U starších žen se ptáme na začátek menopauzy, průběh klimakteria, hormonální substituci. Pátráme po předchozích gynekologických chorobách, jejich léčbě, gynekologických operacích, lázeňské léčbě. Gynekolog by se měl ptát na obtíže spojené s močením a vyprazdňováním (Klener et al., 2006).

2.2 Fyzikální vyšetření

Vyšetření pacientky se skládá z celkového somatického a gynekologického vyšetření. Při vyšetřování se dodržuje zásada šesti „P“, tj. vyšetřuje se pohledem, poklepem, pohmatem, (poslechem,) per vaginam a per rectum. Součástí fyzikálního vyšetření je i vyšetření prsu (Citterbart et al., 2001).

2.3 Prebiptické metody - onkologická cytologie, kolposkopie

Součástí vnitřního vyšetření v zrcadlech je odběr na cytologické vyšetření. Vatovou štětičkou, kartáčkem nebo speciálními nástroji se provádí odběr buněk z děložního hrdla v oblasti exocervixu. Po natření na sklíčko se materiál fixuje alkoholem. Hodnocení se provádí dle Papanicolaou, Pap I – V (I- normální epitelie, V- kvalitativní

i kvantitativní změny svědčící pro nádorové bujení) nebo nověji Bethesda systému, jejímž základem je popisná diagnostická terminologie.

Kolposkopem se prohlíží děložní čípek, především transformační zóna a její přechod mezi epitely. Pro lepší rozlišení abnormálních nálezů se čípek potírá 3% kyselinou octovou nebo 1-2 % Lugolovým roztokem (Kobilková a kol., 2000).

2.4 Biopsie a histologie

Konečné potvrzení závažnosti prekancerózy nebo invazivního karcinomu je stanoveno na základě histopatologického vyšetření. Vzorky se získávají přímo ze suspektních míst buď punkcí bez anestezie v rámci kolposkopie, excizí nebo konizací jako ambulantní výkon. Získaný materiál je poté odeslán k mikroskopickému vyšetření (Kobilková a kol., 2000).

2.5 Laboratorní vyšetření

Vyšetření krve a moče se stalo běžnou pomocnou vyšetřovací metodou. Zjištění změn ve složení krve a moče pomáhají stanovit nebo upřesnit diagnostické závěry nebo nás mohou upozornit na dosud nepoznaný patologický proces. Pokud je diagnóza známá, pomáhá nám sledování parametrů hodnotit průběh nemoci a úspěšnost terapie. Rozsah fyziologických hodnot vyšetření je různými autory interpretován různě, proto je nemožné stanovit pevně hranici, za kterou je výsledek považován za patologický. V některých případech záleží i na zvolené metodice (Třeška a kol., 2003).

2.5.1 Hematologická vyšetření

KO- krevní obraz- dle hodnot erytrocytů a hemoglobinu posuzujeme případnou anémii a její příčiny, vzestup leukocytů a jejich nezralých forem signalizuje zánět.

FW, SE - sedimentace erytrocytů - zvýšená sedimentace erytrocytů provází zánět bez ohledu na lokalizaci, u zhoubných nádorů se můžeme setkat se zvýšenými hodnotami.

Hemokoagulační vyšetření: APTT, INR - poukazují na změny v krvácivosti a srážlivosti krve (Třeška a kol., 2003).

2.5.2. Biochemická vyšetření krve

CRP - C reaktivní protein – je základním reaktantem akutní fáze.

Jaterní testy a lipidy: ALT, AST, GMT, ALP, bilirubin, cholesterol, triglyceridy - zvýšené hodnoty těchto enzymů v krvi mohou poukazovat na poškození jaterní tkáně a na poruchy odtoku žluči apod.

Ionty: sodík, draslík, chloridy - jako parametry vnitřního prostředí.

Tumor markery - jsou látky, které nám pomáhají zjistit přítomnost a někdy i rozsah různých nádorových onemocnění, u karcinomu děložního hrdla se stanovuje hladina SCC, případně Ca 125.

Funkce ledvin: urea, kreatinin, kyselina močová – sledujeme filtrační schopnosti ledvin (Klener et al., 2006 ; Novotná, Uhrová, Jirásková, 2006 ; Třeška a kol., 2003).

2.5.3 Vyšetření moče

Moč chemicky- vyšetření na přítomnost bílkovin, glukózy, ketolátek, krevních barviv, žlučových barviv atd. + **mikroskopické vyšetření**, hodnotíme krystalické a orgánové součásti moči (leukocyty, erytrocyty, epitelie, soli, hlen...)

Mikrobiologické vyšetření - kultivace moči na přítomnost bakterií a zjištění citlivosti na antibiotika a chemoterapeutika (Klener et al., 2006 ; Novotná, Uhrová, Jirásková, 2006 ; Třeška a kol., 2003).

2.6 Zobrazovací metody

Ultrazvukové vyšetření - rychlá neinvazivní vyšetřovací metoda, která nemá žádné kontraindikace. Určí nejen velikost, tvar a uložení orgánů, ale i změny na tkáních. V gynekologii lze využít i transvaginální a transrektální sondu. Před vyšetřením není nutná žádná příprava.

Magnetická rezonance- MR- umožňuje bez ionizačního záření dobré zobrazení těla v různých rovinách, s dobrým kontrastem, zejména měkkých tkání. Nevyužívá se pro detekci, ale pro staging již existujícího nádoru. Příprava není nutná. Kontraindikací je přítomnost kardiostimulátoru nebo implantátů z magnetického kovu.

Počítačová tomografie- CT- využívá se prakticky jen u velmi pokročilých nádorových infiltrací děložního hrdla k posouzení infiltrace do okolních orgánů (močového měchýře, rekta, pánevní stěny). Přínosem je v diagnostice postižení vzdálených uzlin a vzniklých metastáz.

PET - používá se při vyhledávání postižených lymfatických uzlin a v detekci recidiv.

RTG vyšetření - **na průkaz hladinek ve střevě** se provádí při poruchách střevní pasáže v souvislosti s útlakem nebo infiltrací střeva gynekologickými tumory. Při časných komplikacích po gynekologických operacích nebo v rámci diferenciální diagnostiky. Rentgenové **vyšetření hrudníku** je doplňujícím vyšetřením k průkazu metastáz v plicích nebo k průkazu výpotku při pleurálních metastázách.

Endoskopické metody, (cystoskopie, rektoskopie) jsou indikovány až k bioptickému ověření prorůstání nádorů do okolních orgánů, diagnostikovanému palpačně nebo zobrazovací metodou (Cibula, Petruželka a spol., 2009 ; Citterbart et al., 2001).

2.7 Úloha sestry v diagnostice

Vyšetření a léčebné postupy vyvolávají u mnoha lidí strach. Mohou se bát bolesti, výsledků vyšetření, svojí reakce na bolest či na nálezy získané z vyšetření. Strach z neznámého zvyšuje tyto obavy. Pacient, často i jeho příbuzní potřebují vědět, proč je výkon nutný a co se bude vyžadovat. Chtějí vědět, kde bude vyšetření probíhat, kdo ho bude provádět, zda je vyšetření bolestivé, jak dlouho bude vyšetření trvat, kdy budou výsledky. Proto by sestra měla mít základní vědomosti o různých vyšetřeních. Pokud sestra zjistí nepřiměřený strach u pacienta, musí zasáhnout a pokusit se zmírnit pacientův strach. Vysvětlení a zodpovězení dotazů je třeba přizpůsobit potřebám a osobnosti pacienta. Opakované vysvětlení toho, co už pacient slyšel od lékaře, vysvětlení podstaty vyšetření, uznání pacientových pocitů a obav často samo o sobě pomůže, někdy je však nutný opakovaný pohovor s lékařem nebo předepsání uklidňujících léků.

Některá vyšetření vyžadují speciální přípravu; sestra poučí pacienta, provede přípravu, dohlédne na pacienta, zkontroluje nebo dotazem zjistí, zda byla příprava dodržena. Pokud je třeba, podá ordinovanou premedikaci.

V případě, že je vyšetření prováděno na daném oddělení, zpravidla má sestra na starost zajištění pomůcek, jejich funkčnost a sterilitu. U vyšetření, které provádí sestra sama, kromě jiného, ručí za správné provedení a dodržení standardních postupů.

Před některými vyšetřeními sestra musí zjistit výchozí hodnoty fyziologických funkcí, odchylky hlásí lékaři. Během výkonu sestra sleduje celkový stav pacienta, posuzuje ho a snaží se poskytnout pacientovi emocionální podporu. Reaguje na pacientovy příznaky tísně, nevolnosti nebo akutní bolesti a informuje lékaře.

Sestra zodpovídá za správné označení vzorků, vyplnění žádanek a zajištění transportu materiálu k dalšímu vyšetření.

Po vyšetření sleduje sestra pacientův stav tak dlouho, jak je třeba. U ambulantních vyšetření se postará, aby pacient dostal všechny pokyny týkající se následných opatření, nejlépe v tištěné formě (Kozierová, Erbová, Olivierová, 1995).

3 TERAPIE KARCINOMU DĚLOŽNÍHO HRDLA

Léčba je plánována ve spolupráci gynekologa, radioterapeuta a klinického onkologa. Primární terapií karcinomu děložního hrdla je chirurgické řešení nebo radioterapie, případně kombinace obojího. Chemoterapie se používá až u pokročilých nálezů jako konkomitantní chemoradioterapie nebo jako paliativní chemoterapie. Po ukončení léčby jsou pacientky dispenzarizovány (1. a 2. rok po 3 měsících, 3. – 6. rok po 6 měsících, dále 1x ročně) (Klener a kolektiv, 2000).

Léčba jednotlivých stádií karcinomu děložního hrdla – viz Příloha C.

3.1 Chirurgická léčba

Chirurgická léčba si klade za cíl odstranit celý tumor během jedné operace. Provedení závisí na stádiu a klinickém stupni nádoru a na nálezech během operace. V časných stádiích, plánuje-li žena těhotenství, provádí se konizace hrdla, neplánuje-li těhotenství, provádí se hysterektomie. Ve stádiích T-1a2, 1b1, 2a je standardním výkonem radikální, rozšířená hysterektomie (Wertheim). Jedná se o odstranění dělohy s resekci a extirpací parametrií, resekci proximální části pochvy a pánevní lymfadenektomií. Adnexomie není součástí radikální hysterektomie. Ženám ve fertilním věku by měla být nabídnuta možnost ponechání adnex. U podstatné části pacientek (30 – 50%) je peroperačně od výkonu upuštěno. Důvodem jsou nálezy peritoneálního rozsevu, postižení paraaortálních uzlin, postižení střev a inoperabilní fixace k pánevní stěně (Cibula, Petruželka a spol., 2009).

Paliativní chirurgická léčba neovlivňuje významně délku pacientova života, ale zlepšuje jeho kvalitu. Jedná se o výkony k zabránění komplikací (krvácení, střevní neprůchodnost, útlak okolních orgánů), udržení průchodnosti dutých orgánů, provádějí se přemostující operace, různé druhy vývodů, zavádějí se stenty. Do paliativní chirurgie patří také invazivní postupy v léčbě bolesti (Cibula, Petruželka a spol., 2009).

3.1.1 Předoperační ošetrovatelská péče

U pacientek podstupujících chirurgickou léčbu poskytuje sestra předoperační péči, péči během operace a pooperační péči. Hlavním cílem v předoperačním období je připravit pacientku na operaci fyzicky i psychicky.

Sestra se stará o výživu pacientky, příjem tekutin. Podporuje pacientčin odpočinek, zaměřuje se na kvalitní spánek a snaží se udržet pacientku v psychické pohodě.

V rámci předoperační péče se sestra věnuje edukaci pacientky. Poskytuje informace ohledně přípravy k operaci, v rámci svých kompetencí informuje o operačním výkonu, edukuje pacientku o pooperačním průběhu, nacvičuje s pacientkou dechovou a pohybovou rehabilitaci. Informuje pacientku (i její rodinu) o pooperačním režimu. Dále se předoperační příprava skládá z podání klyzmatu pro vyprázdnění střev, oholení operačního pole. Opakovaně je pacientka upozorněna na nutnost od určité doby nejíst, nepít a nekouřit. Před operací sestra zabezpečí pacientčiny osobní věci před odcizením a poškozením.

Kromě toho sestra zajišťuje provedení ordinovaných vyšetření, sleduje fyziologické funkce a podává léky dle ordinace lékaře. Zaznamenává do lékařské dokumentace a vede ošetrovatelskou dokumentaci (Kozierová, Erbová, Olivierová, 1995).

3.1.2 Ošetrovatelská péče během operace

Před převozem na operační sál sestra podává ordinovanou premedikaci, bandážuje dolní končetiny, zavádí i. v. kanylu a podává infuzní roztoky, pokud nebylo naordinováno již dříve. Kontroluje, jestli pacientka má odstraněné šperky, make-up, umělý chrup, kontaktní čočky, protetické pomůcky, odlakované nehty. Dotazem zkontroluje, zda je pacientka lačná.

V průběhu anestézie pacientka nevnímá okolí, nedokáže se sama chránit, cílem je zajistit její bezpečnost. Sestra má za úkol zabránit poraněním pacientky během pohybu a změn polohy. Chrání pacientku před případnou infekcí dodržováním standardních postupů. Monitoruje celkový stav pacientky. Zajišťuje zaslání materiálu odebraného během operace k vyšetření. Další povinnosti sestry vyplývají ze specifika práce anesteziologické sestry, instrumentářky nebo cirkulující sestry (Kozierová, Erbová, Olivierová, 1995).

3.1.3 Pooperační péče

Bezprostřední pooperační péče je zaměřena na stabilizaci oběhového systému a dýchání. Sestra kontroluje operační ránu, obvazy, drenáž, krvácení. Sleduje příjem a výdej tekutin, věnuje pozornost kanylám a permanentnímu močovému katetru. Všímá si neurologického stavu pacientky, monitoruje pacientčinu bolest. Stará se o pacientčino pohodlí a bezpečnost. Pečuje o pacientčinu hygienu. Chrání pacientku před vznikem infekce.

Později pak pomáhá pacientce při polohování, ochranných manévrech a rehabilitaci na lůžku. Časným vstáváním po operaci napomáhá prevenci tromboembolického onemocnění, dechových a gastrointestinálních obtíží. Stará se o příjem tekutin per os, později i o perorální výživu pacientky. Sleduje močení a vyprazdňování. Kontroluje ránu

a vaginální krvácení. Pomáhá pacientce při sebeděči, dokud není soběstačná. Pokud je třeba, podává analgetika dle ordinace a sleduje jejich účinek. Stará se o pacientčin odpočinek a kvalitní spánek, pečuje o pacientčinu psychickou pohodu. Sestra zajišťuje ordinovaná vyšetření, podává léky, intravenózní roztoky a léčiva, transfúze a krevní deriváty. Zaznamenává do lékařské dokumentace a vede ošetrovatelskou dokumentaci. Před propuštěním sestra edukuje pacientku i její rodinu o chování po operačním zákroku (Kozierová, Erbová, Olivierová, 1995).

3.2 Radioterapie

Radioterapie hraje nejdůležitější roli v léčbě nádorů karcinomu děložního hrdla. Převážně se používá u větších nádorů. Také se používá u pacientek, které nemohou absolvovat celkovou anestezii, nebo pokud pacientka nesouhlasí s operací. Kromě toho lze radioterapii použít jako paliativní léčbu u stádia IV A, B nebo u metastatických postižení uzlin, plic, kostí, a u krvácejících vaginálních metastáz. Existují dva typy radioterapie lišící se pozicí zdroje záření vzhledem k pacientovi (Koutecký a spol., 2004).

Teleterapie - zdroj je vzdálen od pacienta, paprsek záření je zaměřen na oblast postiženou nádorem a oblast možného šíření onemocnění. Je třeba vyhnout se ozáření močového měchýře a rekta. Jako zdroje ionizujícího záření se používají radioizotopové ozařovače (kobaltové, cesiové) nebo urychlovače částic (betatrony, lineární urychlovače).

Brachyterapie - malé zdroje záření jsou umístěny do těla pacienta a jsou v těsném kontaktu s nádorem. I zde je třeba dbát, aby nebyly ozářeny močový měchýř a rektum. Brachyterapie se většinou používá jako doplněk teleterapie. V současnosti se v brachyterapii používají izotopy kobaltu, cesia, iridia a jiné. Při léčbě karcinomu děložního hrdla se většinou využívá kombinace teleterapie pánevní oblasti a intravaginální brachyterapie.

Během ozařování je nádor zasažen ionizujícím zářením, které ničí nádorové buňky. V průběhu radioterapie ošetrovaná osoba necítí žádnou bolest. Avšak záření má vliv na rychle se dělící buňky kůže, střeva a močového měchýře.

Pacientky mohou trpět nežádoucími účinky, mezi které patří poškození kůže a sliznic, nauzea a zvracení, útlum kostní dřeně. Po ozáření velké plochy dochází ke vzniku takzvaného radiačního syndromu, který se projevuje nespavostí, únavou, bolestmi hlavy, nauzeou, zvracením, průjmy, kolapsovými stavy, arytmiemi, útlumem kostní dřeně. Za několik let po ozařování dochází k pozdním změnám, jako je atrofie kůže, změny pigmentace, suchost sliznic a degenerativní změny na sliznicích ozářených orgánů, vznik píštělí, vznik druhotného nádoru po ozáření.

Specifické jsou problémy vznikající po ozařování malé pánve: narušení kůže a sliznic v ozařované oblasti, intenzivní průjem nebo zácpa, meteorismus, bolesti břicha, krvácení ze sliznice konečníku, postradiační cystitida, zapáchající masivní fluor z pochvy, později snížení elasticity a vznik suchosti pochvy. Jako následek radioterapie v oblasti malé pánve, může vzniknout fibróza až atrofie ovarií, následně jejich dysfunkce a sterilita (Koutecký a spol., 2004 ; Šafránková, Nejedlá, 2006 ; Urbanová, Mačugová, Maskálová, 2008).

3.3 Chemoterapie

Chemoterapie je indikována převážně u pokročilých forem karcinomu děložního hrdla, kdy je aplikována po operaci, společně s radioterapií, takzvaná adjuvantní, konkomitantní terapie. Cílem je eradikovat eventuální mikroskopický nádor. V některých případech lze také chemoterapii použít jako léčbu neoadjuvantní, tím je myšleno zařazení chemoterapie před radioterapii nebo chirurgickou léčbu, s cílem zmenšit nádor před chirurgickým výkonem. Za optimální počet cyklů se považuje 4 – 6. Mezi nejúčinnější cytostatika patří cisplatina, karboplatina, ifosfamid, paklitaxel, vinorelbin, topotekan (Cibula, Petruželka a spol., 2009).

Časné nežádoucí účinky chemoterapie jsou alergické reakce, záněty žil a nekrózy, nefropatie, nauzea zvracení, křeče. Po dnech až týdnech nastává útlum kostní dřeně, záněty sliznic, vypadávání vlasů, encefalopatie. Kromě toho má léčba vliv na plodnost a možné teratogenní vlivy na plod (Šafránková, Nejedlá, 2006).

3.4 Ošetrovatelská péče o pacientku podstupující protinádorovou léčbu

Péče se bude lišit podle toho, zda se jedná o léčbu ambulantní nebo hospitalizaci. Ambulantně se léčí pacientky s dobrým sociálním zázemím, které jsou v uspokojivém zdravotním stavu, nečiní jim potíže docházet na terapii a spolupracují. Tato forma terapie je pro pacientky méně zatěžující, méně stresující a obecně lépe přijímaná. Bohužel, někdy se vyskytnou situace, kdy je nutné přistoupit k hospitalizaci.

V obou případech je ošetrovatelská péče sestry zaměřena na prevenci vzniku a řešení komplikací a nežádoucích účinků v souvislosti s protinádorovou léčbou. V rámci této činnosti sestra spolupracuje s odborníky z jiných oborů (fyzioterapeuti, nutriční terapeuti, psychologové, sociální pracovníci, psychologové...)

Před zahájením léčby sestra poučí o jejím průběhu, respektive zopakuje to, co už bylo řečeno lékařem. Ujistí se, že pacientka vše chápe, zodpoví její dotazy, upozorní na nežádoucí účinky, jaké změny a obtíže může pacientka očekávat (ne však příliš detailně). Dále sestra zdůrazní, jak může pacientka přispět, aby byly nežádoucí účinky co nejmenší. Poučí o výživě, pitném režimu, hygieně, péči o kůži a sliznice,

vyprazdňování, močení, fyzické aktivitě. Edukuje rodinu a snaží se ji zapojit do spolupráce.

V průběhu léčby sestra monitoruje fyziologické funkce a celkový stav pacientky, kontroluje žilní vstupy, místo vpichu, (případný únik cytostatického léčiva mimo cévu). Všímá si bolesti pacientky, dle potřeby podává ordinované léky a hodnotí jejich účinek. Sestra sleduje hydrataci a výživu pacientky, vyprazdňování a močení. Důsledným dodržováním standardů péče chrání pacientku před vznikem infekce. Věnuje péči stavu kůže a sliznic, včetně vypadávání vlasů. Zaměřuje se na pacientčinu toleranci aktivity, nabádá ji k dostatečnému odpočinku. Pečuje o pacientčino celkové pohodlí, kvalitní spánek a její psychický stav. Tlumí strach a úzkost, poskytuje emocionální podporu. Při odhalení ošetrovatelských problémů zahajuje ošetrovatelské intervence. Plní ordinace lékaře, zapisuje do dokumentace. Odchylky od normálu hlásí lékaři. Při práci s cytostatiky nebo radioaktivním materiálem se sestra řídí zvláštními pravidly (Bednářová, Soumarová, 2001 ; Šafránková, Nejedlá, 2006).

3.5 Paliativní terapie u inoperabilního karcinomu děložního hrdla

Paliativní péče je poskytována pacientovi, který trpí nevléčitelnou chorobou v pokročilém nebo konečném stádiu. Jejím cílem je zmírnit bolest a další tělesná a duševní strádání, zachovat pacientovu důstojnost, poskytnout podporu jeho blízkým, zlepšit kvalitu pacientova života a pozitivně ovlivnit průběh nemoci. Účelem paliativní léčby není uspíšení ani oddálení smrti. Paliativní péče zahrnuje aspekty klinické, psychologické, sociální a spirituální (WHO, 2006).

Progredující onemocnění karcinomem děložního hrdla je charakterizované množstvím obtěžujících symptomů vyžadujících paliativní péči. Na tělesné úrovni pacientky trpí bolestmi, inkontinencí moči a stolice, zapáchajícím vaginálním výtokem, renální insuficiencí, poruchami střevní pasáže. Mají vezikovaginální nebo rektovaginální píštěle, jsou anemické, vyskytuje se u nich lymfedém, trpí dechovými obtížemi.

Úzkost a deprese, bolesti, strach, nejistota, nevyřešené osobní problémy, starost o děti, o finance, to vše přináší změny v chování pacientky. Pacientka se stává náladovou, závislou na pozornosti, kterou jí věnujeme, často odmítá spolupráci.

Pacientky v pokročilém stádiu onemocnění většinou nacházíme na onkologických a gynekologických odděleních nebo v hospicu. Zřídka pacientky zůstávají doma, v péči rodinných příslušníků, případně ve spolupráci s agenturou domácí péče.

Při péči o tento typ pacientky se sestra se zaměřuje na úlevu od bolesti a jiných nepříjemných symptomů, prevenci imobilizačního syndromu, stará se o pacientčinu

výživu, hydrataci, hygienu, vyprazdňování, kvalitní spánek. Pečuje o celkový komfort pacientky. Komunikuje s pacientkou, snaží se udržet ji v psychické pohodě. Komunikuje s rodinou pacientky, členům rodiny podává informace o pacientčině stavu v rámci svých kompetencí, edukuje rodinu a snaží se ji zapojit do péče.

V některých případech sestra musí sama odhalit problémy, protože pacientka je nepovažuje za důležité nebo nepředpokládá, že by jí mohl zdravotnický pracovník pomoci. Při řešení problémů v sociální, psychické nebo duchovní oblasti je nevyhnutelná spolupráce s odborníky z jiných profesí (Sadovská, 2008 ; Šafránková, Nejedlá, 2006).

3.5.1 Péče o umírající pacientku

Péče o umírající je náročná, vyžadující humánní přístup. Je třeba, aby nemocná nejen netrpěla, neměla bolesti, dokázala se vyrovnat a smířit se smrtí a umírala v klidu, ale aby po celou dobu byla zachována její lidská důstojnost. Umírající potřebuje i blízkost druhé osoby, která jí poskytne emocionální podporu, tou je většinou sestra.

Mezi povinnosti sestry patří starat se pohodlí pacientky, být co nejvíce u lůžka umírající a udržovat s ní verbální kontakt, posuzovat celkový stav pacientky, kontrolovat fyziologické funkce, monitorovat bolest, postarat se, aby pacientka netrpěla a podávat ordinované léky. Rovněž se stará o pacientčinu hydrataci, výživu, vyprazdňování, hygienu a lůžko. Sestra věnuje pozornost pacientčině bezpečnosti (prevence pádu, úrazu). Plní ordinace lékaře, provádí záznamy do dokumentace.

Pokud je rodina přítomna u lůžka umírající, komunikuje s jejími členy, povzbuzuje je ke kontaktu s umírající, poskytuje jim psychickou podporu. Respektuje jejich kulturní a náboženské zvyklosti. Je-li třeba, zajistí sestra přítomnost duchovního.

Při úmrtí pacientky informuje lékaře. Po potvrzení smrti lékařem se postará o tělo zemřelé s ohledem na kulturní a religiózní zvyklosti pacientky. Zajistí odvoz těla zemřelé, postará se, aby byla rodina o úmrtí informována. Sestra zabezpečí osobní věci zemřelé, které jsou následně vyzvednuty pozůstalými. Při kontaktu s pozůstalými je vhodné vyjádřit účast a ujistit je, že pacientka zemřela klidně a bez bolesti (Sadovská, 2008 ; Šafránková, Nejedlá, 2006).

4 PREVENCE KARCINOMU DĚLOŽNÍHO HRDLA

Znalosti etiopatogeneze, vyvolávajícího činitele a jednotlivých předstupňů dělají z karcinomu děložního hrdla nejlépe preventabilní zhoubný nádor v gynekologické onkologii. Přestože si čím dál více uvědomujeme důležitost prevence, stále v mnoha zemích není brána jako prvořadý aspekt léčebné péče. Klíčovou rolí programů zaměřených na prevenci rakoviny děložního hrdla je podpora zdraví na osobní i společenské úrovni.

Obecně jsou za preventivní opatření považovány screeningové programy, prevence šíření HPV infekce a prevence v oblasti souvisejících faktorů (WHO, 2006).

4.1 Cytologický screening

Jako screening označujeme intervence „veřejného zdraví“, zaměřené na cílovou nebo rizikovou skupinu. Účelem screeningu není diagnostikovat onemocnění, ale identifikovat jedince s vysokou pravděpodobností výskytu nebo rozvoje onemocnění. Screeningové programy mohou být účinné pouze v případě, pokud jsou splněny následující podmínky: alespoň 80% pokrytí rizikové skupiny, patřičný management u případů s pozitivním nálezem, efektivní spojení mezi jednotlivými složkami programu (screening, diagnostika, léčba) (WHO, 2006).

V současné době je hlavní metodou prevence karcinomu děložního hrdla cytologický screening, který detekuje ve stěru z děložního hrdla abnormální buňky. Cytologická diagnostika změn na děložním hrdle byla vyvinuta již ve 20. letech minulého století Papanicolaouem. Po roce 1940 byla tato metoda zavedena do široké klinické praxe.

Za perspektivní je považována kombinace cytologie s HR- HPV testací. Senzitivita této metody převyšuje 95%. HPV testace je vhodná pouze u žen ve věkové skupině 30 - 35 let a výše. Cena vyšetření však hraje významnou roli.

Ve většině zemí je screening zahajován kolem 25 roku a při negativitě ukončován mezi 60 - 65 lety. Celoplošný screening je ve světě standardně doporučován v intervalu 3 – 5 let. V současnosti pouze Německo, Rakousko a Česká republika doporučují jednoroční interval. Podle autorů Cibuly a Petruželky je situace v ČR z hlediska incidence karcinomů děložního hrdla jedna z nejhorších v Evropě,. Ročně je diagnostikováno kolem 1000 – 1050 nových případů a v souvislosti s tímto onemocněním umírá přibližně 370 – 400 žen. Podle nich jsou tato alarmující čísla důsledkem pozdní diagnostiky, jejíž příčiny jsou: absence organizovaného screeningu,

nekvalitní cytologické laboratoře, nedostatečné provádění HPV testace a neexistujícího auditu jednotlivých pracovišť (Cibula, Petruželka a kol., 2009 ; Rob, Martan, Citterbart et al., 2008).

4.2 Prevence šíření HPV infekce - HPV vakcíny

Po rozpoznání infekčního agens zodpovědného za vznik karcinomu děložního hrdla se vědci snažili vyvinout vakcínu, která by zabránila vstupu HPV do vnímavých buněk nebo by umožnila likvidaci buněk infikovaných nebo buněk pozměněných v důsledku infekce.

V polovině 90. let minulého století vznikly první klinické studie. Vakcíny se ukázaly jako neškodné, imunogenní, schopné zabránit přetrvávající infekci i vzniku lézí spojených s typy HPV obsaženými ve vakcínách. Ve vakcíně dostupné pod komerčním názvem Gardasil, která je distribuována v České republice pod názvem Silgard a rovněž ve druhé vakcíně, která je u nás komerčně dostupná od října 2007 pod názvem Cervarix, jsou obsaženy HPV typy 16 a 18 spojené s více než 70 % případů karcinomu děložního hrdla. Vakcína Silgard obsahuje kromě dvou zmíněných HR typů HPV ještě kapsidy LR typů 6 a 11 zodpovědných za více než 90 % případů genitálních bradavic.

„Z výsledků klinických studií vyplývá, že preventivní HPV vakcíny jsou maximálně účinné u dívek a žen, které se s infekcí typu HPV, jež jsou součástí vakcíny, dosud neselekaly. U žen s probíhající infekcí studie prokázaly pouze malou účinnost ve smyslu rozvoje lézí, ženy s perzistentní infekcí chráněny nebyly. Sledování těchto skupin je však krátkodobé a jejich počty jsou poměrně nízké, takže se pozorované účinky mohou změnit. Je však vysoce pravděpodobné, že vakcíny nebudou schopny potlačit přetrvávající infekci.“

V některých případech však jsou vakcíny účinnou primární prevencí lézí, které jsou vyvolány infekcí vakcinálními typy HPV a předcházejí vzniku karcinomu děložního hrdla. Ochranný efekt, vyjádřený poklesem výskytu onemocnění, se však může projevit v horizontu desetiletí. K významnému poklesu incidence výše uvedených chorob dojde pouze v případě, že bude proočkována majoritní část populace. Toho lze dosáhnout pouze v rámci povinného očkování dětí. Pokud budou imunizováni jenom jednotlivci, bude pokles z celospolečenského hlediska nevýznamný. Jak již bylo uvedeno, vakcíny jsou namířeny pouze proti typům HPV spojeným se 70 % karcinomu děložního hrdla. Zbývajících 30 % případů je spojeno s dalšími onkogenními typy, proti kterým vakcíny nejsou účinné. Každá očkováná žena tedy musí být důrazně poučena o tom, že je nezbytně nutné, aby se i nadále účastnila programu prevence karcinomu děložního hrdla (*Papilomaviry a jejich role v patogenezi karcinomu děložního hrdla*. 2007. [on line], 2010).

4.3 Prevence v oblasti rizikových faktorů

Na vznik onemocnění karcinomem děložního hrdla spolupůsobí další faktory. V rámci prevence bychom měli informovat ženy i muže o jejich možném vlivu na vznik onemocnění, aby pochopili rizika, redukovali je, vyloučili škodlivé chování a přijali zdravější životní styl.

Konkrétní doporučení WHO:

- Odložit první pohlavní styk. U lidí, kteří dříve zahájí pohlavní život, je vyšší pravděpodobnost nakažení HPV. Mladé ženy jsou náchylnější k nakažení i po jediném styku.
- Odložit první těhotenství. Těhotenské hormony zvyšují riziko vzniku onemocnění.
- Omezit počet těhotenství. Ženy, které měly pět a více dětí, mají častější výskyt onemocnění.
- Snižit počet sexuálních partnerů. S počtem sexuálních partnerů stoupá možnost nakažení STD, včetně HPV a HIV. Obě tyto infekce zvyšují riziko onemocnění karcinomem děložního čípku.
- Vyhýbat se promiskuitním partnerům. U žen s promiskuitními partnery je vyšší výskyt onemocnění.
- Používat kondom. Kondom je účinnou ochranou před STD a snižuje riziko onemocnění.
- Nekouřit tabákové výrobky. U žen kuřaček je zvýšené riziko téměř všech druhů rakoviny, včetně rakoviny děložního čípku.
- Při příznacích STD nebo při podezření na STD vyhledat okamžitou lékařskou pomoc. Některé STD mohou usnadnit vznik karcinomu děložního čípku.
- Pravidelný screening u žen nad 25 let. Téměř všechny ženy, které měly pohlavní styk, patrně přišly do kontaktu s HPV. Screening může odhalit časně léze, které mohou být vyléčeny před vznikem karcinomu. (WHO, 2006)

V ČR chybí zapojení sester do prevence rakoviny děložního hrdla. Před rokem 1990 se sestry podílely alespoň na dispenzarizaci a depistáži. Tento systém v současnosti nefunguje. Přitom jedním z hlavních úkolů sester a porodních asistentek by měla být edukace a výchova ke zdraví veřejnosti a vyhledávání rizikových pacientek. Aby sestra mohla provádět tuto činnost, je třeba, aby byla dostatečně odborně vyškolená nejen z hlediska medicínského a ošetřovatelského, ale potřebuje získat znalosti i z oblasti psychologie, komunikace, sociologie.

Sestra by se měla zaměřit na edukaci a poradenství rámci škol, komunit, religiálních nebo zájmových skupin, působit ve zdravotnických zařízeních. Měla by poskytovat pravdivé a aktuální informace v souladu s nejnovějším výzkumem, umět přizpůsobit

styl edukace podle cílové skupiny a přiměřeně tomu přizpůsobit formu sdělení. Poradenství by mělo být vedeno neutrálním a neodsuzujícím stylem. Obsahem přednášek by měly být základní informace o rakovině děložního hrdla, symptomech, rizikových faktorech, prevenci, screeningu. Cílem edukace je snížení neznalosti, strachu a studu, také podpora zdravého životního stylu a převzetí odpovědnosti za své zdraví. Součástí přednášek by měl být materiál, ve formě tištěných brožur, posterů, videoprezentací, powerpointových prezentací. Sestra by měla být připravena na různé typy otázek, podle toho, jaké (věkové, sociální) skupině přednáší. Vždy by se měla ujistit, zda byly informace plně pochopeny. Edukační a poradenská činnost by měla mít návaznost na spolupráci s odborníky z jiných oborů, nejen aby sestra mohla případné nejasnosti konzultovat, ale aby mohla být klientovi poskytnuta konkrétní odborná pomoc (WHO, 2006).

Myšlenkou zapojení sester a porodních asistentek do preventivních programů se zatím u nás nikdo nezabývá. Jak prevence rakoviny děložního hrdla, tak samostatná činnost sester je stále u nás považována za okrajovou záležitost.

PRAKTICKÁ ČÁST

5 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U ŽENY S KARCINOMEM DĚLOŽNÍHO HRDLA V INOPERABILNÍM STÁDIU

Paní J.P., 46 let, byla přivezena do nemocnice RZS, na doporučení praktického lékaře pro zhoršení celkového stavu. Pacientka byla přijata na gynekologické oddělení, vzhledem k charakteru základního onemocnění, karcinomu děložního hrdla v inoperabilním stádiu.

Po vyšetření, přijetí lékařem a provedení základních administrativních úkonů byla uložena na jednolůžkový pokoj. Sestra ve službě pacientce pomohla převléknout do ústavního prádla, uložila ji na lůžko. Pacientčiny věci uložila do skříňky a nočního stolku, informovala pacientku o provozu oddělení a o možnosti přivolání sestry. Sestra poté šla provést administrativní příjem do pracovny sester, splnit příjmové ordinace lékaře a objednat stravu.

Dle ordinace lékaře byl pacientce zaveden PŽK, odebrána krev a moč na vyšetření, podány léky dle ordinace lékaře. Pacientka byla poučena o přijímání potravy a hydrataci. Dále sestra sledovala, posuzovala a hodnotila základní vitální funkce, stav pacientky a symptomy onemocnění, jako je bolest, nauzea, zvracení, dále pak stav kůže, hydrataci, vylučování, soběstačnost v oblasti pohybu, hygieny a vyprazdňování, účinky podávaných léků, výsledky laboratorních výsledků, dodržování léčebného režimu. V oblastech, kde byl zjištěn deficit, musela sestra zabezpečit pacientčiny potřeby. Protože pacientka byla ve velkém psychickém stresu, bylo důležité, aby sestra dokázala pacientku utěšit, podpořit, podat jí dostatek informací, které jsou v kompetenci sestry.

Zásadou ošetrovatelské péče je navázat s pacientem kontakt, získat si jeho důvěru a vysvětlit jakoukoliv prováděnou činnost.

5.1 Příjem na gynekologické oddělení

Identifikační údaje

Jméno a příjmení: J.P.	Pohlaví: žena
Datum narození: 1963	Rodné číslo: XXXXXXXXX
Bydliště: XXXXXX	Číslo pojišťovny: 111
Adresa příbuzných: dcera, adresa totožná	Státní příslušnost: ČR
Vzdělání: středoškolské bez maturity	Zaměstnání: v invalidním důchodu
Stav: rozvedená	
Přijetí dne:	Typ přijetí: akutní
Oddělení: gynekologické	Ošetřující lékař:

Důvod k přijetí udávaný pacientkou: Asi týden je mi hrozně zle, bolí mě břicho, hodně jsem zvracela, nemůžu jíst, hrozně jsem zeslábla, praktický lékař mě poslal do nemocnice.

Důvod k přijetí: Pacientka s dg. ca cervicis uteri inoperabilis, přivezena z domova RZP pro zhoršení stavu. Poslední týden nauzea a vomitus. Neví, kdy jedla naposledy, pije málo, téměř vše vyzvrátí, zvratky s příměsí hlenu, zeleně zbarvené, bez příměsí krve. Pacientka je slabá, dehydratovaná, dušná, kachektická.

Opakovaně hospitalizovaná na gynekologickém oddělení, dle poslední konzultace s onkologickým centrem vyčerpané možnosti léčby. Pacientka na opiátových analgetících.

Medicínská diagnóza hlavní: Ca cervicis uteri inoperabilis

Medicínské diagnózy vedlejší:

St.p. radioterapii, chemoterapii

St.p. punkční nefrostomii

Infekce močového ústrojí neurčené lokalizace

Anemie při onemocnění novotvary

Dušnost

Kachexie

Vitální funkce při přijetí:

TK: 86 / 51 hypotenze	Výška: 172 cm
P: 101 / min, tachykardie	Hmotnost: 48 kg
D: 26 / min tachypnoe	BMI: těžká podvýživa
TT: 37,8°C subfebrilie	Pohyblivost: chodí s pomocí
Stav vědomí: somnolentní, orientovaná	Krevní skupina: B pozit.

Nynější onemocnění: Ca colli uteri inoperabilis, st.p. radioterapii, chemoterapii, t.č. zhoršení stavu

Informační zdroje: zdravotnická dokumentace, pacientka, dcera pacientky, zdravotničtí pracovníci

5.2 Anamnéza

Rodinná anamnéza:

Matka- zemřela na CMP (2000)

Otec- neví

Sourozenci - bratr - neví

Děti - 5, všechny zdravé

Osobní anamnéza: prodělala běžné dětské nemoci, s ničím se neléčila

Hospitalizace a operace:

2003- operace varixů LDK

2005- hospitalizace pro adnexitis, doporučena k LOOP konizaci, nedostavila se

2007- přijata pro krvácení z děložního čípku, proveden odběr na histologii

2007-2009 v péči onkologie FN Motol s dg. ca cervicis uteri, inoperabilní.

2008 radioterapie + chemoterapie FN Motol

11 / 2009 - přijata pro podezření na obstrukční ileus a renální koliku při základním onemocnění, předána na onkologii FN Motol.

02 / 2010 - hospitalizace pro bolesti břicha a zvracení, zavedení punkční nefrostomie vpravo pro hydronefrózu.

Úrazy: žádné vážné

Transfúze: 2x bez reakcí

Očkování: běžné

Farmakologická anamnéza

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
Jurnista	tbl.	16 mg	1-0-0	Opiátové analgetikum
Sevredol	tbl.		1 tbl. nárazově při bolesti	Opiátové analgetikum

Alergologická anamnéza: neudává alergie

Abúzy:

Alkohol: dříve příležitostně, nyní 0

Kouření: dříve 20 cigaret denně od 18 let, poslední měsíc 0

Káva: 0

Léky: 0

Jiné drogy: 0

Gynekologická anamnéza:

Menarché: v 15 letech

Cyklus: 28 / 5

PM: neví přesně, 2007

porody: 5 x spontánní, 1989, 1993, 1995, 1998, 2000, děti zdravé

potraty: 0

UPT: 0

Antikoncepce: 0

Menopauza: bez menstruace od 2007

Samovyšetřování prsou: sama vyšetřuje

Poslední gynekologická prohlídka:

Sociální anamnéza:

Stav: rozvedená

Bytové podmínky: žije v rodinném domku s 5 dětmi

Vztahy, role, a interakce v rodině: Je bez partnera. Kvůli nemoci se není schopna postarat o rodinu. Veškerou péči přebrala nejstarší, 20letá dcera. Má otce a bratra, se kterými se téměř nestýká

Mimo rodiny: Poslední dobou se s nikým nestýká

Záliby: sledování TV, čtení časopisů

Volnočasové aktivity: sledování TV, čtení časopisů, dříve se starala o rodinu a domek se zahradou

Pracovní anamnéza:

Vzdělání: vyučená, bez maturity

Pracovní zařazení: dříve pracovala jako servírka, prodavačka, od roku 2005 byla v evidenci Úřadu práce, od roku 2007 je v invalidním důchodu

Ekonomické podmínky: rodina žije z invalidního důchodu, přídavků na děti, sociálních dávek a z podpory v nezaměstnanosti nejstarší dcery

Spirituální anamnéza:

Religiózní praktiky: 0, bez vyznání

5.3 Posouzení současného stavu ze dne 8. 3. 2010

„Cílem posouzení je shromáždit co nejvíce informací o pacientovi k identifikaci problémů pro ošetřovatelské zásahy.“ (Kozierová, Erbová, Olivierová, 1995, s. 181 a s. 186). „Sestra získává informace o pacientovi, jeho zdraví, sociokulturních faktorech, reakcích na onemocnění, modelech vyrovnávání se s ním a jeho každodenních činnostech.“ (Kozierová, Erbová, Olivierová, 1995, s. 186).

Abychom mohli posoudit stav pacientky, bylo nutno odebrat ošetřovatelskou anamnézu. Rozhovor a fyzikální vyšetření sestrou probíhalo na pacientčině pokoji, v době, kdy se pacientka, podle svých slov, cítila docela dobře. Pacientka byla předem informována o důvodu a účelu rozhovoru a byla upozorněna, že má právo neodpovídat, pokud je jí některá otázka nepříjemná a nechce o tématu hovořit. Pacientka odpověděla na všechny otázky.

Tělesné posouzení

Hlava a krk

Subjektivně: Mám sucho v puse, praskají mi rty, bolí mě celá pusa a v krku. Špatně se mi polyká, jako bych něco měla v krku. Hlava mě nebolí. Vidím a slyším dobře.

Objektivně: Hlava mezocefalická, na poklep nebolestivá. Oční štěrby souměrné, bulby ve středním postavení, pupily izokorické, reagují na světlo. Skléry nažloutlé. Spojivky bledé.

Rty cyanotické, jazyk plazí ve střední čáře, foetor ex ore, suché sliznice, afty, soor, jazyk bíle povleklý, orofarynx zarudlý, tonzily zvětšené s bílým povlakem.

Šíje neopouje, štítná žláza nehmatná, uzliny nezvětšeny.

Nos, uši bez patologického nálezu.

Hrudník a dýchací soustava

Subjektivně: Zadýchávám se při chůzi, jsem zahleněná a pokašlávám. Ještě před měsícem jsem kouřila krabičku denně, teď na to nemám ani pomyšlení.

Objektivně: Hrudník souměrný, klenutý. Na kůži hrudníku zvýšená žilní kresba, ojediněle drobné pavoučkové névy. Mammy bilaterálně bpn, bradavky bez sekrece, uzliny nezvětšeny.

Dýchání povrchní, D: 25/min., opakovaně zastižen vlhký kašel. Pacientka má bledé rty.

Oběhová soustava

Subjektivně: Se srdcem jsem se nikdy neléčila. Měla jsem operaci křečových žil, žíly mě nebolí. Otékají mi nohy kolem kotníků. Kanyla mi nevadí.

Objektivně: P 96 / min., pravidelný, TK 95 / 60.

Stav po operaci varixů na DK, jizvy klidné, žíly bez známek zánětu. Puls na DK hmatný. Mírné otoky kolem kotníků, bilaterálně.

Na hřbetě PHK zaveden PŽK, okolí klidné.

Břicho a GIT

Subjektivně: Bylo mi hrozně špatně, zvracela jsem. Poslední dobou, i když jsem se napila vody. Zvracela jsem zelené šťávy a hleny. Teď je to lepší, přestala jsem zvracet, ale nemám chuť k jídlu. Špatně se mi polyká. Bolí mě břicho. Větry mi odcházejí. Na stolici chodím strašně málo, zhruba ob den.

Objektivně: Břicho pod niveau hrudníku, na pohmat bolestivé. Bolest hodnotí na stupnici 0 - 10, stupněm č. 3. Peristaltika přítomna. Zvracení nezastiženo. Stolice dnes byla.

Urogenitální systém

Subjektivně: Neudržím moč, měla jsem cévku, ale pořád s tím byly nějaké problémy, tak mi zavedli trubičku do ledvin. Nebolí mě to, jen když za to zatáhnu.

Ten výtok z pochvy je nepříjemný.

Objektivně: Pro hydronefrózu zavedena punkční nefrostomie vpravo, okolí klidné. V sáčku cca 70 ml tmavě žluté, zapáchající moči. Pokleповě ledviny nebolestivé. Močová inkontinence, pro pokročilý nález nelze zavést cévku. Infekce E. coli.

Kůže na zevních rodidlech klidná, bez lézí. Z rodidel odtéká moč spolu se zapáchajícím vaginálním výtokem.

Pohybová soustava

Subjektivně: Bolí mě celé tělo, jsem slabá, ale už zase zvládnou trošku chodit.

Objektivně: Pohyb v kloubech HK i DK fyziologický, ale bolestivý. Svalový tonus slabý.

Nervová soustava a smysly

Subjektivně: Vidím a slyším dobře. Vůně a chutě rozeznám, vadí mi vůně vařeného jídla a dělá se mi z toho na zvracení.

Objektivně: Orientovaná místem, časem, osobou, reaguje a spolupracuje. Zrak, sluch, čich, hmat, chuť v normě.

Endokrinní systém

Subjektivně: Nikdy jsem se neléčila se štítnou žlázou ani s cukrovkou.

Objektivně: Štítná žláza nezvětšena. Dle biochemie hormony štítné žlázy v normě, glykemie v normě.

Imunitní systém

Subjektivně: Celý život jsem nebyla nemocná, nikdy jsem se s ničím neléčila.

Objektivně: Infekce močového ústrojí neurčené lokalizace, dle laboratorních výsledků v moči E. coli 10^6 . v ústech afty a soor. Na kůži nejsou známky zánětlivých lézí. V oblasti obou inguin zvětšené uzliny. TT: 37,4°C.

Kůže a její adnexa

Subjektivně: Mám suchou kůži, divnou barvu. V puse mám sucho, špatně se mi polyká.

Vlasy a nehty mám přišerné.

Objektivně: Kůže suchá, olupující se, ikterická. Turgor snížen. Dekubity nemá.

Na HK jsou patrné zahojené vpichy po kanylách. Na DK klidné jizvy po operaci varixů.

Sliznice dutiny ústní suchá, cyanotická. Vlasy a nehty slabé.

Aktivity denního života

Stravování

Doma

Subjektivně: Vaří děti, moc toho nesním, hlavně v poslední době mi bylo hodně špatně.

Těžko se mi polykají větší kousky, musím jíst pomalu, vadí mi horké jídlo.

V nemocnici

Subjektivně: Nemám chuť k jídlu, ale snažím se aspoň trochu sníst. Z domova mi nosí jogurty a přesnídávky.

Objektivně: Dieta číslo 11- výběrová. Pacientka je kachektická, trpí nechutenstvím, sní zhruba třetinu porce nemocniční stravy, preferuje tekuté a kašovitě jídlo. Nechce horké jídlo. Na nočním stolku má nedojedený jogurt.

Příjem tekutin

Doma

Subjektivně: Pila jsem jen trošku, všechno jsem vyzvracela. Kolik jsem vypila přesně nevím.

V nemocnici

Subjektivně: Mám infuze a k tomu něco vypiju, čaj mi nechutná, piju jen vodu. Za den vypiju 2, 3 malé skleničky, musím si dělat čárky, kolik jsem vypila skleniček.

Objektivně: Pacientce je nabízen čaj, odmítá ho, raději pije čistou, studenou vodu. Zapisuje příjem tekutin. Je poučena. Dnes zaznamenáno 300 ml. Kromě toho dostává cca 1500 ml tekutin denně, ve formě infuzí.

Vylučování moče

Doma

Subjektivně: Asi 9 měsíců neudržím moč, necítím ani nucení na močení. V jedné ledvině mám trubičku, která odvádí moč do sáčku. Doma tam bylo jen trošku tmavé moči.

V nemocnici

Subjektivně: V sáčku je teď více moči

Objektivně: Pacientka je inkontinentní, permanentní katetr nelze zavést. Pleny jsou pacientce měněny zhruba 5 x denně.

Kvůli hydronefróze má zavedenou nefrostomii do pravé ledviny. Nefrostomie je funkční, odvádí moč. Výdej je zapisován., t.č. ve sběrném sáčku 70 ml moči, tmavě žluté barvy, zapáchající. Denně je evidováno kolem 300 ml moči.

Vylučování stolice

Doma

Subjektivně: Chodím asi ob den, jen málo.

V nemocnici

Subjektivně: Stejně jako doma, dali mi čípek. Nic neobvyklého jsem nepozorovala.

Objektivně: Dnes dostala glycerinový čípek, byla na stolicí.

Spánek a bdění

Doma

Subjektivně: V noci se budím, dívám se na televizi, přemýšlím, co bude dál. Nevadí mi to, že v noci nespím, můžu si lehnout kdykoli přes den, pospávám, když nejsou děti doma.

V nemocnici

Subjektivně: Je to stejné jako doma. Nemám s tím problém.

Objektivně: Pacientka má porušený spánkový režim, pospává v průběhu dne i noci. Neužívá hypnotika. Nikdy o ně nežádala.

Aktivita a odpočinek

Doma

Subjektivně: Minulý týden jsem nemohla vůbec nic dělat, bylo mi hrozně zle, jinak přecházím po domě, posedávám, polehávám. Jsem po lécích otupělá. Dívám se na televizi. Jsem s dětmi.

V nemocnici

Subjektivně: Už se začínám dávat dohromady, dívám se na televizi, trošku si povídám se sestrami, nebo když mi přijde návštěva. Různě pospávám, to po těch lécích.

Objektivně: Pacientka většinu času tráví na lůžku. Televizi má zapnutou jako zvukovou kulisu. Navštěvují ji děti, tráví u ní v pokoji prakticky celé odpoledne.

Hygiena

Doma

Subjektivně: Musím se často přebalovat a mýt, kvůli výtoku a moči. Předtím jsem normálně došla do koupelny a obstarala se sama, ale poslední týden jsem se myla v lavóru na posteli. Pomáhala mi dcera.

V nemocnici

Subjektivně: První dva dny v nemocnici mě vozili na sedačce do koupelny, ale už si zase pomalu dojdu se sestrou do koupelny nebo i jen k umyvadlu na pokoji.

Objektivně: Pacientka si dojde s doprovodem do koupelny nebo se myje u umyvadla na pokoji. Při každé výměně plenkových kalhotek se osprchuje nebo ji sestry očistí pěnou Menalind. První dva dny pobytu v nemocnici sestry pacientku sprchovaly a umyly jí vlasy. Vlasy má učesané, nehty čisté, ostříhané. Jako doplněk ústní hygieny používá vatové štětičky napuštěné glycerinem.

Samostatnost

Doma

Subjektivně: Před 14 dny jsem si všechno kolem sebe obstarala sama. Pak jsem se zhoršila, jen jsem ležela, musela se o mě postarat dcera. Chodila k nám paní z domácí péče.

V nemocnici

Subjektivně: Už se zlepšuji. S pomocí dojdu do koupelny, na WC. Umyju se s dopomocí, najím se sama.

Objektivně: Pacientka potřebuje dopomoc v oblasti hygieny a oblékání. Sama se nají.

Posouzení psychického stavu

Vědomí

Subjektivně: Vnímám všechno kolem sebe, ale cítím se otupělá po lécích.

Objektivně: Vědomí neporušené, reaguje a spolupracuje.

Orientace

Subjektivně: Víím, kde jsem, kdo jsem, co je dneska za den.

Objektivně: Během rozhovoru, orientována místem, časem, osobou.

Nálada

Subjektivně: Někdy se musím se držet, abych nebrečela.

Objektivně: Pacientce se mění nálada, někdy reaguje podrážděně, jindy je plačtivá a vyžaduje pozornost.

Paměť

Subjektivně: Snad v pořádku.

Objektivně: Během rozhovoru nepozoruji žádné odchylky od normálu.

Myšlení

Subjektivně: Nedokážu se soustředit na přemýšlení.

Objektivně: Působí zpomaleným dojmem.

Temperament

Subjektivně: Bývala jsem spíš klidnější, ale přátelská. Teď jsem se myslím hodně změnila.

Objektivně: Pacientka je melancholická, náladová.

Sebehodnocení

Subjektivně: Jsem hodně nemocná, snažím se držet, ale je to špatné.

Objektivně: Pacientka má realistický pohled na situaci.

Vnímání zdraví

Subjektivně: Zdraví je důležité, tehdy mě nenapadlo, že je to tak vážné.

Objektivně: Uvědomuje si, proč vznikla současná situace.

Vnímání zdravotního stavu

Subjektivně: Víím, jak jsem na tom.

Objektivně: Pacientka byla informována o tom, že jsou všechny možnosti léčby vyčerpány.

Reakce na onemocnění

Subjektivně: Podcenila jsem to. Nemyslela jsem na to, že by to takhle mohlo dopadnout. Nemůžu se s tím srovnat. Nečekala jsem, že se to takhle zhorší.

Objektivně: Pacientka je ve stresu, má strach. Je zaskočena zhoršením stavu.

Reakce na hospitalizaci

Subjektivně: Potřebuju, aby mě zase dali trochu dohromady, a chci se rychle vrátit domů.

Objektivně: Pacientka je opakovaně krátkodobě hospitalizovaná, vždy se vrací domů, jakmile se její stav trochu upraví.

Adaptace na onemocnění

Subjektivně: Snažím se, abych vydržela co nejdéle, kvůli dětem.

Objektivně: V rámci léčby spolupracuje, před dětmi se snaží působit dojmem, že je jí lépe.

Projevy jistoty a nejistoty (úzkost, strach, obavy, stres)

Subjektivně: Vůbec nevím, co bude dál, jak dlouho tu ještě budu, co bude s dětmi.

Objektivně: Během rozhovoru se rozplakala.

Zkušenosti z předešlých hospitalizací

Subjektivně: Za poslední 2 roky jsem byla pořád po nemocnicích, nemám vyloženě špatnou zkušenost, ale chci domů.

Posouzení sociálního stavu

Komunikace verbální

Subjektivně: Těžce se mi o tom všem mluví, někdy se mi nechce s nikým mluvit, pak se rozpovídám a jsem ráda, že se se mnou někdo baví.

Objektivně: Těžce hledá slova, během rozhovoru se rozzlobí nebo pláče.

Komunikace neverbální

Objektivně: Vykazuje známky stresu, úzkosti, strachu.

Informovanost

o onemocnění

Subjektivně: Víím o svém onemocnění, a proč to všechno vzniklo.

Objektivně: Pacientka se již na onemocnění ani na prognózu nedotazuje.

o diagnostických metodách

Subjektivně: Vždycky mi říkají, co a proč se bude dělat.

Objektivně: Před vyšetřením je vždy informována

o léčbě a dietě

Subjektivně: Jsem poučena.

Objektivně: Je poučena o paliativní léčbě

o délce hospitalizace

Subjektivně: Záleží, jak rychle se dám dohromady, chci jít brzy domů k dětem.

Objektivně: Spolupracuje, chce co nejrychleji domů.

Sociální role a jejich ovlivnění nemocí, hospitalizací a změnou životního stylu v průběhu nemoci a hospitalizace

primární (role související s věkem a pohlavím)

Subjektivně: Nemoc mi převrátila život naruby, ve 46 jsem závislá na jiných.

Objektivně: V rodině došlo k obrácení sociálních rolí, péči o rodinu převzala nejstarší dcera.

sekundární (související s rodinou a společenskými funkcemi)

Subjektivně: Jsem rozvedená, nemám partnera, mám bratra, ale ten má svoji rodinu. Zůstala jsem sama s dětmi. O všechno se stará nejstarší dcera. Kvůli dětem musím ještě vydržet co nejdéle.

Objektivně: Žije sama, bez partnera, s 5 dětmi.

terciární (související s volným časem a zálibami)

Subjektivně: Dřív jsem pořád měla co na práci, kolem dětí, kolem domu a tak, teď nemám náladu ani sílu na nic.

Objektivně: Vzhledem k vážnému zdravotnímu stavu se nevěnuje volnočasovým aktivitám.

5.4 Medicínský management

Ordinovaná vyšetření:

krevní obraz, hemokoagulace, biochemie – ionty, jaterní testy, CRP, glykemie, funkce ledvin, moč chemicky a sediment, bakteriologické vyšetření moči

Gynekologické vyšetření

UZ dolní poloviny břicha

Výsledky:

Krevní obraz	Hodnoty pacientky	Referenční hodnoty
Hemoglobin	82 g/l	116 - 163 g/l ženy
Hematokrit	0,29	0,330 - 0,470 ženy
Trombocyty	$150 \cdot 10^9 / l$	$140 - 440 \times 10^9 / l$
Erythrocyty	$2,64 \cdot 10^9 / l$	$3,54 - 5,18 \times 10^9 / l$ ženy
Leukocyty	$19,5 \cdot 10^9 / l$	$4,00 - 10,70 \times 10^9 / l$

Hemokoagulace	Hodnoty pacientky	Referenční hodnoty
APTT	25,7 s	30 – 40 s
INR	0,92 INR	0,8 – 1,2 INR

Biochemické vyšetření	Hodnoty pacientky	Referenční hodnoty
Na ⁺ Natrium	133 mmol/l	133 - 145 mmol/l
K ⁺ Kalium	5,1 mmol/l	3,5 - 5,1 mmol/l
Cl ⁻ chloridy	96 mmol/l	98 - 107 mmol/l
Bilirubin	25,6 μ mol/l	2,0 - 17,0 μ mol/l
AST Aspartátaminotransferáza	1,0 μ kat/l	0,10 - 0,72 μ kat/l
ALT Alaninaminotransferáza	1,2 μ kat/l	0,1 - 0,78 μ kat/l
GMT Gama-glutamyltransferáza	1.0 μ kat/l	0,14 - 0,68 μ kat/l ženy

ALP Alkalická fosfatáza	1,98 μ kat/l	0,66 - 2,2 μ kat/l
CRP C – reaktivní protein	241,7 mg/l	< 5,0 mg/l
Glykemie	4,0 mmol/l	4,20 - 6,30 mmol/l
Urea	17,0 mmol/l	1,7 - 8,3 mmol/l
Kreatinin	271,0 μ mol/l	44,0 - 104,0 μ mol/l ženy
Kyselina močová	142,0 μ mol/l	140 - 340 μ mol/l ženy

Moč chemicky a sediment	Hodnoty pacientky	Referenční hodnoty
pH	7	5 – 6,5
Leukocytsteráza	3	0
Nitrity	1	0
Bílkovina	0	0
Glukóza	0	0
Ketolátky	0	0
Urobilinogen	1	0
Bilirubin	1	0
Krev	1	0
Specifická hmotnost	1024 kg/m ²	1010 - 1030 kg/m ²
Leukocyty	156.10 ⁶ /l	0 - 15.10 ⁶ /l
Erytrocyty	28.10 ⁶ /l	0 - 10.10 ⁶ /l
Bakterie	Četně	0
Drť	Četně	0

Bakteriologické vyšetření moči: Escherichia coli 10⁶, citlivost na Amoxicilin

UZ vyšetření dolní poloviny břicha: močový měchýř vyprázdněn, malá pánev nepřehledná. Tekutina v oblasti pánve mezi střevními kličkami do 5mm. Pneumatoza střevních kliček pánve. Peristaltika přítomna.

Gynekologické vyšetření:

Zevně: kachetická, ikterická, břicho pod niveau, měkké, palpačně citlivé, napíná břišní stěnu, aperitoneální

In spec.: pro velkou bolestivost velmi omezeně, na přední stěně poševní nekrotické povlaky, v.s. moč v pochvě, komunikaci nevidím.

Vag.: palp. vyšetření silně bolestivé - udává hlavně v oblasti konečníku, čípek nedosahuji, malá pánev palp. neprohmatná, pro bolestivost více nepalpuji.

Konzervativní léčba:

Dieta: D 11 výživná

Výživa: perorální

Pohybový režim: dojde jen s dopomocí

RHB : 0

Medikamentózní léčba:

Per os:

Tardyferon tbl 1 - 0 - 1 antianemikum

Intravenózní:

Augmentin 1,2 g 3x denně / 8 hodin do 100 ml fyziologického roztoku, antibiotikum

Torecan 1 amp do 100 ml fyziologického roztoku až 3x denně dle potřeby, antiemetikum

Plasmalyte 1000 ml

Glukóza 5% 500 ml

Per rectum :

glycerinové čípky dle potřeby

Jiná:

Durogesic 50 mikrogramů/h transdermální náplast, Fentanyl

Tralgit 1 amp. i.m. při bolesti, analgetikum

Výtěr dutiny ústní 0,5 % genciánovou violetí 1x denně

5.5 Situační analýza

Pacientka, 46 let, s dg ca colli uteri inoperabilis, st. p. radioterapii a chemoterapii, s vyčerpanými možnostmi léčby, na opiátových analgetikách, odeslána praktickým lékařem k hospitalizaci.

Pacientka byla opakovaně přijata na gynekologické oddělení pro zhoršení celkového stavu. Pacientku bolelo břicho, zvracela, nebyla schopna jíst a poslední dny před hospitalizací ani pít. Trpí inkontinencí moči, v pravé ledvině má zavedenu funkční nefrostomii. Dle laboratorních výsledků má infekci močového ústrojí.

Pacientka je anemická a kachetická, trpí nechutenstvím. Je na perorální výživě, má dietu číslo 11, výživnou, kromě perorálního příjmu tekutin, má naordinované infúze, zaveden PŽK. Eviduje se příjem a výdej tekutin. Má porušený spánkový režim. Byla přijata jako ležící, v současné době začíná opět chodit s dopomocí.

Pacientka se chce co nejdříve vrátit do domácího ošetřování. Potřebuje pomoc v aktivitách běžného života. Dosud o ni pečovala nejstarší, 20letá dcera ve spolupráci s agenturou domácí péče. Pacientka žije bez partnera s dalšími 4 nezletilými dětmi, které ji dle možnosti navštěvují.

5.6 Ošetřovatelské diagnózy

Ošetřovatelská (sesterská) diagnóza je zformulování sesterských závěrů o pacientově stavu, kterého léčba je v kompetenci sestry, vyplývají z nezávislé činnosti sester, oddělené od péče lékařské. Tyto diagnózy jsou zaměřené na pacientovi tělesné, sociální psychické a kulturní změny (Kozierová, Erbová, Olivierová, 1995).

Přehled stanovených diagnóz

Aktuální diagnózy

- Život rodiny porušený, v souvislosti s onemocněním matky, projevující se odloučením matky od dětí, změnami rolí v rodině a konflikty v oblasti veřejných zdrojů a jejich využívání.
- Aktivita intolerance, v souvislosti celkovým onemocněním a medikací, projevující se zadýcháváním, bolestí, slabostí, závratěmi a únavou.
- Bolest chronická, v souvislosti s patofyziologickými faktory doprovázející onkologické onemocnění, projevující se slovním popisem bolesti, zaujímáním úlevové polohy, poruchami spánku, změnami nálady a porušenou schopností pokračovat v dřívějších činnostech.
- Sebeúcta situačně snižená, v souvislosti s obtěžujícími symptomy doprovázející onemocnění a neschopností nezávislého fungování, projevující se verbalizací negativních pocitů.
- Tkáňová integrita porušená, v souvislosti s patologickými procesy provázející základní onemocnění, projevující se úplnou inkontinencí moče a vaginálním výtokem.
- Výživa porušená, nedostatečná, v souvislosti s celkovým onemocněním, projevující se nechutí k jídlu, závažným úbytkem tukové a svalové hmoty, celkovou slabostí a sklonem k infekcím.
- Tělesné tekutiny, deficit, v souvislosti s chronickým onemocněním a podvýživou, projevující se nízkým krevním tlakem a zvýšenou teplotou, zrychlením tepové frekvence, sníženým kožním turgorem, suchostí sliznic.
- Spánek porušený, v souvislosti s dyskomfortem, způsobeným celkovým onemocněním, vtíravými myšlenkami a užíváním silných analgetik, projevující se špatným usínáním, buzením v noci a pospáváním během dne.

Potencionální diagnózy

- Infekce, riziko vzniku v souvislosti s podvýživou, lézemi v oblasti genitálu, se zavedeným PŽK, a nefrostomií.
- Poranění, zvýšené riziko v souvislosti s malnutricí a medikací analgetiky.
- Zácpa, riziko vzniku v souvislosti s celkovým onemocněním, omezeným příjmem potravy a medikací analgetiky.
- Pečovatelská role, riziko přetížení v souvislosti se závažným stavem osoby, o kterou se pečovatel, (dcera pacientky) stará.

Rozpracované diagnózy

Vzhledem k rozsahu práce byly rozpracovány pouze tři diagnózy, jako praktická ukázka ošetřovatelské péče. Diagnózy jsou seřazeny podle priority, jakou jim přisoudila pacientka.

Život rodiny porušený, v souvislosti s onemocněním matky, projevující se odloučením matky od dětí, změnami rolí v rodině a konflikty v oblasti veřejných zdrojů a jejich využívání.

Priorita: vysoká

Cíl: Pacientčina rodina nalezne řešení problémů spojených se vzniklou situací.

Výsledná kritéria:

Odloučení matky od dětí bude minimalizováno. / Po dobu hospitalizace.

Členové rodiny dokážou pojmenovat konkrétní oblasti problémů. / Do týdne.

Rodina nalezne řešení problémů. / Do propuštění.

Rodina využívá dostupné zdroje pomoci. / Do propuštění.

Rodina zvládá situaci. / Do týdne.

Plánování:

Umožněte dětem návštěvy, jak bude potřeba. *Sestra ve službě.*

Zkontaktujte pacientčinu dceru, která pečuje o nemocnou. Pohovořte s nimi o situaci. Nechte je vyjádřit vlastní názor pocity a obavy ve vztahu k situaci.

Posuďte, nakolik jsou informované o dostupných zdrojích pomoci a nakolik je využívají.

Uznejte obtížnost situace a pomozte jim vytvořit plán, jak koordinovat péči o matku, děti a ostatní povinnosti.

Navrhněte jim konkrétní možnosti využití dostupných zdrojů v péči o nemocnou matku.

Domluvte pacientce a její dceři schůzku se sociální pracovnící a psychologem. *Primární sestra, do týdne.*

Najděte si čas naslouchat pacientce, vyjádřete jí emocionální podporu. *Všichni členové ošetrovatelského týmu.*

Zajistěte agenturu domácí péče. *Primární sestra, ošetřující lékař, před propuštěním.*

Realizace 8. 3. 2010

8:30 Pacientce sděleno, že její děti mohou chodit na návštěvu i mimo návštěvní hodiny a zůstat, jak dlouho chtějí s ohledem na matčin stav.

15:00 Dcera pacientky požádána o rozhovor, přislíbila na zítřek, dnes pospíchá.

Hodnocení: Vytvořeny podmínky pro téměř neomezený kontakt pacientky s jejími dětmi.

Pohovor s dcerou pacientky se nezdařilo realizovat, odloženo na zítřek.

Zavedené intervence směřují ke splnění cíle.

Realizace 9. 3. 2010

14:00 Proběhla edukace pacientky a její dcery. Hovořily jsme o povinnostech dcery při péči o rodinu, kdo jí pomáhá a jak bude situace vypadat, až se nemocná matka vrátí z nemocnice. Matka i dcera jsou jen velmi málo informovány o možnostech pomoci ze strany sociálního odboru. Domluvena schůzka se sociální pracovnící na 16. 3. v 11 hod., zde.

Zmíněna nutnost zorganizovat pomoc agentury domácí péče, případně pečovatelskou službu.

Pacientka souhlasí. Uznala, že dcera je pod velkým tlakem, nemůže se starat o nemocnou matku a 4 nezletilé sourozence. Nabídnutá konzultace s psychologem, obě souhlasí.

Schůzka domluvena na 12. 3. 14 hod., zde. Pacientčině dceři jsem nechala kontakt na sebe pro případ nějakých nejasností a problémů.

Hodnocení: Bylo umožněno, aby matka mohla být s dětmi téměř bez omezení. Pacientka a

její nejstarší dcera, pečující osoba, sdělila konkrétní obavy, vyplývající ze situace. Byl zjištěn deficit informací a mylné představy. Je domluvena schůzka se sociální pracovnící a konzultace s psychologem. Pacientka a zejména její dcera hovoří o jisté úlevě, protože nevěděly, jak se se situací vypořádat a zejména pak s ohledem na další vývoj onemocnění.

Cíl byl částečně splněn, zavedené intervence vedou ke splnění dlouhodobého cíle.

Realizace 12. 3. 2010

14:00 – 16:30 Psycholožka postupně hovořila s pacientkou, potom s její nejstarší dcerou a nakonec krátce s oběma ženami.

Hodnocení 12. 3. 2010

Dle vyjádření pacientky i její dcery, jim psycholožka poskytla psychickou podporu. Nadále zůstanou v dalším kontaktu a její pomoc je nabídnuta i ostatním pacientčíným dětem. Podle mínění obou měla konzultace smysl. Cíl byl částečně splněn, zavedené intervence vedou ke splnění dlouhodobého cíle.

Realizace 16. 3. 2010

10:50 – 11:30 Schůzka se sociální pracovnící, zúčastnila se i nejstarší dcera pacientky.

Hodnocení: Dle pacientky sociální pracovníce doporučila konkrétní kroky, vedoucí k zlepšení a k řešení situace. Zůstávají nadále v kontaktu. Cíl byl částečně splněn, zavedené intervence vedou ke splnění dlouhodobého cíle.

Celkové hodnocení:

Izolace matky od rodiny byla minimalizována dle dostupných možností. Obtížnou situaci rodiny by měly pomoci vyřešit nebo alespoň zlepšit konzultace s psycholožkou a sociální pracovnící, které pacientka považuje za přínosné.

Zbývá před propuštěním, ve spolupráci s ošetřujícím lékařem zajistit agenturu domácí péče.

Cíl byl částečně splněn, zavedené intervence vedou ke splnění dlouhodobého cíle.

Aktivita intolerance, v souvislosti celkovým onemocněním a medikací, projevující se zadýcháváním, bolestí, slabostí, únavou a tím závislostí v oblasti aktivit denního života.

Priorita: střední

Cíl: Pacientka není přetěžována nadměrnou aktivitou.

Výsledná kritéria:

Pacientka realisticky odhadne svoje možnosti a vykonává aktivity tomu odpovídající. / Do 24 hodin.

Nedojde ke zhoršení příznaků pacientčiny intolerance aktivity. / Do 24 hodin.

Pacientka má zabezpečené potřeby v deficitních oblastech jinými osobami. / Do 24 hodin.

Plánování:

Poučte pacientku o nutnosti zvonit na sestru, pokud si není jista nebo se necítí dobře, a o prevenci úrazu. *Sestra, do 1 hodiny.*

Posuďte, nakolik je pacientka schopna pohybovat se a vykonávat aktivity denního života - Barthel test. *Sestra, dnes.*

Domluvte se s pacientkou, které aktivity je schopna zvládnout sama, které s dopomocí, a které musí zabezpečit jiní. *Sestra, dnes.*

Před zahájením aktivity posuďte, zda ji pacientka skutečně zvládne. Pomozte pacientce s aktivitami, které sama nezvládne, zabezpečte pacientce potřeby, které není schopna zvládnout ani s dopomocí. *Sestra, sanitárka, dle potřeby.*

Podporujte pacientku v samostatnosti a pokud možno, udržujte rozsah její aktivity alespoň na stávající úrovni. *Sestra, sanitárka, dle potřeby.*

Během aktivity dejte pacientce čas, nespěchejte na ni, sledujte zhoršení příznaků a podpořte jejich verbalizaci. *Všichni členové ošetřovatelského týmu, průběžně.*

Vytvořte pacientce bezpečné prostředí. *Všichni členové ošetřovatelského týmu, průběžně.*

Poučte pacientku o významu kvalitního odpočinku a spánku. *Sestra, dnes.*

Zajistěte pacientce klidné a příjemné prostředí pro odpočinek a spánek. *Sestra, sanitárka, dle potřeby.*

Po domluvě s lékařem kontaktujte fyzioterapeuta/tku. *Sestra, do 2 dnů.*

Poučte pacientku o významu výživy a pitného režimu. *Sestra, dnes.*

Realizace 8. 3. 2010

7:00 Pacientka poučena o nutnosti zvonit na sestru, pokud si není jista nebo se necítí dobře, o prevenci úrazu. Zvonek na sestru předveden a umístěn v pacientčině dosahu.

7:30 Snídala u stolu

8:00 – 8:25 Pacientka doprovozena sestrou do koupelny, osprchovala se sama, oblékla se s pomocí sestry, sestra přítomna po celou dobu, pomohla s výměnou plenkových kalhotek a aplikací ochranného krému v oblasti genitálu. Během této doby pacientka poučena znovu o prevenci úrazu. Stěžuje si na únavu. Pacientka odvezena na lůžko na sedačce. Lůžko upraveno, vyvětrán pokoj.

10:00 Kontaktována fyzioterapeutka, přijde 10. 3., dopoledne.

11:30 Podán oběd, doprovázena k umyvadlu na pokoji, umyla si ruce, došla si ke stolu, sama se najedla, vrátila se na lůžko, s ničím nežádala pomoc. Zdůrazněn význam výživy a pitného režimu pro zlepšení celkového stavu.

13:00 – 13:10 Sestra vyměnila plenkové kalhotky na lůžku, pacientka očištěna pěnou Menalind, aktivně pomáhá, přetáčí se a nadzdvihuje.

14:30 – 14:45 Odpojena od infuze na vlastní žádost, prošla se s dcerou po chodbě, doprovozena na toaletu. Upraveno lůžko, vyvětrán pokoj.

16:00 Pacientka spí.

17:00 Žádá večeri do postele, na pojízdný stolek. Posadila se, sama se najedla.

18:00 – 18:20 Zvoní na sestru. Odvedena sestrou do koupelny, osprchovala se, vyměněny plenkové kalhotky, aplikován krém. Žáda namazána kafrovou mastí. Doprovzena na lůžko. Lůžko upraveno, pokoj vyvětrán.

22:00 – 22:15 Vyměněny plenkové kalhotky. Lůžko upraveno, pokoj vyvětrán. Pacientka poučena o významu kvalitního odpočinku a spánku, nabídnuta ordinovaná hypnotika, pacientka odmítá.

Hodnocení: Během dne pacientka sledována sestrou, na základě pozorování a rozhovoru s pacientkou byl vyhodnocen stupeň pacientčiny závislosti dle Barthel testu, 60 bodů, tzn., pacientka je středně závislá. Pacientka je povzbuzována k aktivitě, ale všechny zásahy ošetřovatelské péče jsou vedeny tak, aby nebyla přetížena. Pacientka dokáže odhadnout svoje možnosti, aktivně žádá dopomoc. Přes pacientčinu slabou toleranci aktivity jsou zajištěny její potřeby. Pacientka je poučena v oblasti prevence úrazu, výživy, pitného režimu,

odpočinku a spánku. Na pozítří má domluvenou fyzioterapeutku.
Cíl byl splněn, ale je třeba pokračovat v zavedených intervencích.

Realizace 9. 3. 2010

8:00 – 8:20 Snídala u stolu, hovořila s nutriční terapeutkou, vysvětlen význam výživy.

8:30 – 8:45 Pacientka odvedena sanitárkou do koupelny, osprchovala se, oblékla se, vyměněny plenkové kalhotky a aplikován ochranný krém v oblasti genitálu, vše s pomocí sestry. Pacientka odvedena na lůžko. Lůžko upraveno, vyvětrán pokoj.

10:00 Pacientka má návštěvu na pokoji.

11:30 Podán oběd, umyla si ruce u umyvadla na pokoji, došla si ke stolu, sama se najedla, vrátila se na lůžko, nežádala pomoc.

12:30 – 12:40 Sestra vyměnila plenkové kalhotky na lůžku, pacientka očištěna pěnou Menalind, aktivně pomáhá. Upraveno lůžko, vyvětrán pokoj.

13:00 Pacientka má návštěvu celé odpoledne.

17:00 Pacientka se k večeři posadila ke stolu, sama se najedla.

18:00 – 18:15 Cítí se unavená, ale chce do koupelny, sestrou odvezena na sedačce do koupelny. Osprchována, vyměněny plenkové kalhotky, aplikován krém. Namazána záda kafrovou mastí. Odvezena na lůžko. Lůžko upraveno, pokoj vyvětrán.

21:00 – 21:10 Vstala k umyvadlu, lůžko upraveno, pokoj vyvětrán. Nabídnutá ordinovaná hypnotika, pacientka odmítá. Bude se dívat na televizi.

24:00 Vyměněny kalhotky, očištěna pěnou, aplikován krém, nabídnuta hypnotika – odmítá.

Hodnocení: Přes pacientčinu slabou toleranci aktivity jsou zajištěny pacientčiny potřeby.

Je třeba nadále pokračovat v zavedených intervencích.

Realizace 10. 3. 2010

8:00 – 8:30 Pacientka doprovozena sestrou do koupelny, osprchovala se sama, umyla si vlasy, oblékla se sama, sestra přítomna po celou dobu, pomohla s výměnou plenkových kalhotek a aplikací ochranného krému v oblasti genitálu. Pacientka odvedena na lůžko. Lůžko upraveno, vyvětrán pokoj. Pacientka tolerovala aktivitu.

10:00 – 10:30 Pacientka spala, přišla fyzioterapeutka. Pacientka cvičila na lůžku.

Fyzioterapeutka bude docházet denně. Pacientka udává mírné zhoršení bolesti, další analgetika odmítá.

11:30 Podán oběd, umyla si ruce u umyvadla na pokoji, došla si ke stolu, sama se najedla, vrátila se na lůžko, nežádala pomoc.

12:30 – 12:10 Sestra vyměnila plenkové kalhotky na lůžku, pacientka očištěna pěnou Menalind, aktivně pomáhá. Upraveno lůžko, vyvětrán pokoj.

13:00 – 15: 00 Pacientka má návštěvu.

17:00 Pacientka nechce vstávat k večeři. Umyla si ruce v lavóru, večeře podána na stolku k posteli, sama se posadila a najedla se.

18:00 Vyměněny plenkové kalhotky, aplikován krém. Lůžko upraveno, pokoj vyvětrán. Stěžuje si na celkovou únavu. Chce spát.

20:00 Pacientka spí.

21:00 Zvoní na sestru, nechce do koupelny, jen vyměněny plenkové kalhotky. Lůžko upraveno, pokoj vyvětrán. Nabídnu ordinovaná hypnotika, pacientka odmítá. (Udává, že spala asi 3 hodiny). Bude se dívat na televizi. Později se prý umyje u umyvadla na pokoji, pomoc nežádá, poučena o možnosti zazvonit si na sestru.

Hodnocení: Pacientčiny potřeby jsou zajištěny, bez jejího přetěžování, jsou zohledněny její individuální potřeby. Pacientku navštívila fyzioterapeutka, bude nadále docházet denně, kromě víkendu. Pacientka toleruje aktivitu.

I nadále je třeba pokračovat v zavedených intervencích.

Celkové hodnocení:

Vzhledem k pokročilému stupni celkového onemocnění pacientka špatně toleruje aktivitu a potřebuje dopomoc v běžných denních činnostech. Ta jí byla poskytnuta tak, aby se minimalizovala pacientčina zátěž, ale udržela se její schopnost sebezpečí. Pacientka dokáže odhadnout své možnosti a ví, kdy žádat dopomoc. Dostupnou péči nezneužívá, aktivně se podílí, dle svých možností, na činnostech denního života. Pacientka je poučena o prevenci úrazu, významu výživy a pitného režimu, stejně tak o významu odpočinku a kvalitního spánku. Za pacientkou bude docházet denně fyzioterapeutka. Cíl byl částečně splněn, ale třeba nadále pokračovat v zavedených intervencích, aby se zlepšila nebo alespoň zachovala pacientčina tolerance aktivity a nedocházelo k přetěžování pacientky.

Bolest chronická v souvislosti s patofyziologickými faktory doprovázející onkologické onemocnění, projevující se slovním popisem bolesti, zaujímáním úlevové polohy, poruchami spánku, změnami nálady a porušenou schopností pokračovat v dřívějších činnostech.

Priorita: střední

Cíl: Pacientka udává zmírnění nebo odstranění bolesti.

Výsledná kritéria:

Pacientka chápe příčinu bolesti. / Do 24 hod.

Pacientka dokáže pojmenovat situace, které bolest zhoršují, a které jí přinášejí úlevu. / Dnes.

Pacientka verbálně udává zmírnění nebo odstranění bolesti. / Do 2 dnů.

Pacientka nemá neverbální projevy bolesti. / Do 2 dnů.

Pacientka chápe strategie vedoucí ke zmírnění bolesti. / Do 24 hod.

Pacientka je poučena/využívá nefarmakologické způsoby úlevy od bolesti. / Do 24 hod.

Plánování:

Posuďte pacientčinu bolest včetně charakteru, lokalizace, nástupu, trvání, zhoršujících a úlevu přinášejících faktorů. *Sestra, každé 4 hodiny.*

Naučte pacientku posuzovat bolest. *Sestra, do 2 hod.*

Pozorujte neverbální projevy bolesti. *Sestra, při kontaktu s pacientkou.*

Stručně vysvětlete pacientce příčinu bolesti. *Sestra, do konce služby.*

Poučte pacientku, aby bolest hlásila hned na počátku, jakmile se objeví. *Sestra, do půl hodiny.*

Podávejte analgetika dle ordinace. Sledujte účinnost a nežádoucí účinky podaných léků.

Vyrozumějte lékaře, pokud léčba není dostatečně účinná. *Sestra, denně.*

Zajistěte pacientce klidné prostředí. *Všichni členové ošetrovatelského týmu, průběžně.*

Poučte pacientku o nefarmakologických možnostech tlumení bolesti. *Sestra, do konce služby.*

Realizace 8. 3. 2010

8:00 Pacientka má nalepenou náplast Durogesic 50. (Léčba zavedena před 4 dny). Dotazem zjištěno, že se bolest nezhoršuje. Pacientka nežadá další analgetika. Pacientka poučena, že má hlásit objevení se nebo zhoršení bolesti, informována o možnosti úpravy dávky analgetik

dle potřeby.

10:00-10:40 Pacientka poučena o způsobu hodnocení bolesti, udává v klidu stupeň bolesti 4, na stupnici 0 - 10. Bolest je pro ni snesitelná. Nedokáže přesně lokalizovat místo bolesti, hovoří o bolestech v břiše, v zádech, v kostech. Říká, že po přechodu na „náplasti“ se jí pomalu začalo ulevovat od bolesti. Vadí jí změny polohy, kašel a pohyb vůbec, bolest hodnotí stupněm 5. Sama zaujímá úlevové polohy.

Stručně vysvětleno, proč se bolest objevila a strategii léčby bolesti.

Pacientka poučena o nefarmakologických metodách léčby bolesti (odpoutání pozornosti, relaxace, sugesce, poslech hudby), ale preferuje případné podání analgetik.

Pacientka poučena o tom, že by se měla snažit odpočívat v době, kdy cítí úlevu od bolesti.

14:00 Pacientka hodnotí bolest stupněm 3 - 4 na stupnici 0 - 10.

18:00 Pacientka hodnotí bolest stupněm 4.

22:00 Pacientka hodnotí bolest stupněm 3- 4, nežádá analgetika ani hypnotika.

Hodnocení: Pacientka chápe příčinu bolesti, umí zhodnotit bolest na stupnici 0 – 10, kde 0 znamená žádnou bolest, 10 bolest nesnesitelnou. Rozumí strategii léčby bolesti. Bolest považuje za snesitelnou, (nejsou patrné neverbální známky přítomnosti bolesti), nežádá dodatečnou aplikaci analgetik. Je poučena o nefarmakologických metodách léčby bolesti, ale preferuje případné podání analgetik. Sama zaujímá úlevové polohy a dostatečně odpočívá. Cíl byl částečně splněn, ale je třeba pokračovat v zavedených intervencích pro splnění dlouhodobého cíle.

Realizace 10. 3. 2010

7:00 Pacientka hodnotí bolest stupněm 3, na stupnici 0 – 10, bolest je pro ni snesitelná.

11:00 Pacientka hodnotí bolest stupněm 4, (cvičila s fyzioterapeutkou), bolest je snesitelná.

17:00 Pacientka hodnotí bolest stupněm 3,

21:15 Pacientka hodnotí bolest stupněm 2, spala.

Hodnocení: Pacientčina bolest se nezhoršuje, nežádá dodatečnou aplikaci analgetik.

Je třeba pokračovat v zavedených intervencích pro splnění dlouhodobého cíle.

Realizace 12. 3. 2010

7:00 Pacientka hodnotí bolest stupněm 3, na stupnici 0 – 10, bolest je snesitelná.

11:00 Pacientka hodnotí bolest stupněm 2, je spokojena.

13:00 Výměna transdermální náplasti Durogesic 75, dle ordinace. Zaznamenáno do dokumentace.

17:00 Pacientka hodnotí bolest stupněm 3. (Měla návštěvu celé odpoledne).

21:00 Nehodnoceno, pacientka spí.

Hodnocení: Pacientka subjektivně cítí postupnou úlevu od bolesti. Na pacientce nejsou patrný neverbální projevy bolesti. Cíl se postupně plní.

Celkové hodnocení:

Pacientka umí zhodnotit stupeň bolestivosti. Zná zhoršující faktory. Zaujímá úlevové polohy.

Pacientka hodnotí bolest jako snesitelnou, postupně ustupující, nejsou patrný neverbální projevy bolesti. Dostává analgetika dle ordinace. Je poučena o léčbě bolesti včetně nefarmakologických metod. Dle pacientky je tlumení bolesti vyhovující.

Cíl byl splněn, ale je třeba pokračovat v zavedených intervencích pro udržení dobrých výsledků.

5.7 Zhodnocení ošetrovatelské péče

V ošetrovatelském plánu byly stanoveny realistické cíle tak, aby mohly být splněny s ohledem na to, že pacientka byla přijata ve vážném stavu a nepříznivou prognózu jejího onemocnění. V průběhu hospitalizace dochází k částečnému zlepšování pacientky. Bolesti ustoupily na snesitelnou míru. Pacientka se snaží přes nechutenství stravovat dle plánu sestaveného nutriční terapeutkou. Ačkoli pacientka špatně toleruje námahu, má zajištěnu péči o sebe samu. Rehabilituje s fyzioterapeutkou, aktivně se zapojuje do péče, je silně motivovaná co nejdříve se vrátit domů k dětem. Během rozhovorů s pacientkou a její dcerou, která je pečující osobou, vyšly najevo závažné nedostatky v informovanosti o možnosti využívání sociální pomoci a řešení situace s ohledem na progresi onemocnění. Proto byla kontaktována sociální pracovnice, aby jim konkrétně pomohla s potřebnými kroky. Vzhledem k obtížné situaci, ve které se pacientka i členové její rodiny nacházejí, navštívila pacientku psychologka.

Psycholožka i sociální pracovnice zůstávají v dalším kontaktu s rodinou pacientky. Před propuštěním je třeba zajistit pomoc agentury domácí péče.

Cíle se podařilo splnit, ale je třeba nadále pokračovat v zavedených intervencích.

5.8 Doporučení pro praxi

Sestrám:

Znalosti příčin a vývoje onemocnění, jednoduchost a dostupnost screeningu i možnosti v oblasti prevence dělají z karcinomu děložního hrdla nejlépe preventabilní zhoubný nádor v gynekologické onkologii. Léčba počátečních stádií je relativně jednoduchá a účinná. I přesto se v ČR ročně diagnostikuje kolem 20 případů na 100 tisíc žen a téměř 400 žen za rok na toto onemocnění umírá. Problémem je, že stále mnoho žen nevěnuje pozornost riziku vzniku onemocnění. Všeobecné sestry a porodní asistentky by měly ženy (i jejich partnery) informovat, edukovat a podporovat v péči o zdraví. Aby sestry mohly tuto činnost vykonávat, je třeba, aby se aktivně vzdělávaly v oblasti medicíny, ošetřovatelství, komunikace, psychologie a sociologie.

Symptomy jsou považovány za tělesné projevy choroby, které je třeba léčit, ale opomínají se přitom emoční, sociální nebo individuální vlivy, které ovlivňují prožitek symptomů. Různí pacienti budou přikládat různou váhu různým oblastem, které považují za nejdůležitější. Pro někoho je nejdůležitější úleva od bolesti, pro jiného trávit čas se svými blízkými. Tak se může stát, že sociální opora a vyřešené existenciální otázky budou mít stejný nebo dokonce větší význam než problémy spojené se symptomy a tělesnými funkcemi. Na toto je třeba pamatovat při sestavování ošetřovatelského plánu a přizpůsobit ho individuálním potřebám pacienta. Při řešení problémů v sociální, psychické nebo duchovní oblasti je pak nevyhnutelná týmová spolupráce s odborníky z jiných profesí.

Veřejnosti:

V rukou lékařů je včasná diagnostika a účinná léčba, ale prevence je především věcí osobní zodpovědnosti každé ženy za své vlastní zdraví. V praxi to znamená, že by žena neměla zanedbávat preventivní prohlídky, měla by samostatně vyhledávat potřebné informace, vyloučit rizikové chování a přijmout zdravější životní styl.

ZÁVĚR

Cílem práce bylo poukázat na závažnost onemocnění karcinomem děložního hrdla, jeho výskyt v naší populaci, diagnostiku, léčení a prevenci. Na konkrétním příkladu byla ukázána péče o pacientku s karcinomem děložního hrdla, která podcenila doporučení zdravotnických pracovníků natolik, že se u ní rozvinulo onkologické onemocnění, diagnostikované až v inoperabilním stádiu.

Vytyčené cíle se povedlo splnit. V práci jsou obsažena všechna témata, která jsme si zvolili na začátku. Je třeba říci, že se jednalo o nelehký úkol, s ohledem na možný rozsah práce, neboť je k dispozici obrovské množství materiálů zabývajících se touto problematikou z různých pohledů a bylo těžké omezit se jen na výběr těch nejpodstatnějších informací. Struktura praktické části se odvíjela od použité metody – ošetrovatelského procesu.

Během psaní práce se mimo jiné ukázalo, že v České republice chybí organizovaný screening, a ačkoli WHO doporučuje zapojení sester do programů prevence karcinomu děložního hrdla, u nás se s touto činností sester neseťkáváme.

Na základě vypracované bakalářské práce jsme dospěli k doporučením pro praxi. Sestrám je třeba připomenout, že psycho - sociální - (spirituální) potřeby mohou mít pro pacienta větší význam než problémy v tělesné oblasti. Musíme zdůraznit nutnost vzdělávání, aby se sestry mohly podílet na informování, edukaci a podpoře v péči o zdraví. Doporučení veřejnosti je přijmout zodpovědnost za vlastní zdraví a podle toho se i chovat. Kromě toho jsme vypracovali edukační leták s tématem prevence karcinomu děložního hrdla.

Při zpracovávání tématu bylo nutné zpracovat množství nejrozličnější literatury. To považuji za přínosné nejen z hlediska získání nových poznatků, ale také to zlepšilo moji schopnost vyhledávat v textu nejdůležitější informace, pracovat s nimi a kriticky je hodnotit. V neposlední řadě mě tato práce podnítila k výchovnému působení na své bezprostřední okolí.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- BEDNÁŘOVÁ, Z., SOUMAROVÁ, R. 2001. Ošetřování nemocných s gynekologickými nádory léčenými brachyterapií. *Onkologická péče*, roč. 5, č. 3, 2001, str. 6-7, ISSN není uvedeno.
- CIBULA, D., PETRUŽELKA, L. 2009. *Onkogynekologie*. Praha : Grada Publishing, 2009. ISBN 978-80-247-2665-6.
- CITTERBART, K. et al. 2001. *Gynekologie*. Praha : Galén, Karolinum, 2001. ISBN 80 7262-094-0 (Galén), ISBN 80 246-0318-7 (Karolinum).
- *Comprehensive Cervical Cancer Control*. 2006. Geneva, Switzerland : WHO Press, 2006. ISBN 92 4 154700 6, ISBN 978 92 4 154700 0.
- DOENGES, M. E., MOORHOUSE, M. F. 2001 *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. 2. přeprac. a rozš. vydání. Z angl. orig. přel. MUDr. Ivana Suchardová. Praha : Grada Publishing.
- HAMŠÍKOVÁ, E: *Papilomaviry a jejich role v patogenezi karcinomu děložního hrdla*. 2007. [on line], září 2007, č. 5 [citováno 2010-08-31]. Dostupné na [www: http://www.remedia.cz/Archiv-rocniku/Rocnik-2007/5-2007/Papilomaviry-a-jejich-role-v-patogenezi-karcinomu-delozniho-hrdla/e-9p-9Z-it.magarticle.aspx](http://www.remedia.cz/Archiv-rocniku/Rocnik-2007/5-2007/Papilomaviry-a-jejich-role-v-patogenezi-karcinomu-delozniho-hrdla/e-9p-9Z-it.magarticle.aspx).
- *Karcinom děložního hrdla* [on line], [citované 2010-08-12]. Dostupné na [www: http://www.onkogyn.cz/hpv-lekari/](http://www.onkogyn.cz/hpv-lekari/).
- *Klasifikace a struktura HPV* [on line], [citované 2010-08-12]. Dostupné na [www: http://www.onkogyn.cz/hpv-lekari/](http://www.onkogyn.cz/hpv-lekari/).
- KLENER, P. a kol. 2000. *Onkologie, doporučené postupy onkologické péče*. Praha : Galén, 2000. ISBN 80-7262-058-4.
- KLENER, P. et al. 2006. *Propedeutika ve vnitřním lékařství*. Praha : Galén, Karolinum 2006. ISBN 80 7262-429-6 (Galén), ISBN 80 246-1254-2 (Karolinum).
- KOBILKOVÁ, J. a kol. 2000. *Gynekologická cytodiagnostika*. 2. vyd. Praha : Galén, 2006. ISBN 80 7262-044-4.
- KOUTECKÝ, J. a spol. 2004. *Klinická onkologie I*. Praha : Riopress, 2004. ISBN 80-86221-77-6.
- KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVIEROVÁ, R. 1995. *Ošetrovatelstvo 1,2*. Martin : Osveta, 1995. ISBN 80-217-0528-0.

- NĚMCOVÁ, J., MAURITZOVÁ, I. 2009. *Skripta k tvorbě bakalářských a magisterských prací*. Praha : Maurea, 2009, ISBN 978-80-902876-0-0.
- NOVOTNÁ, J., UHROVÁ, J., JIRÁSKOVÁ, J. 2006. *Klinická propedeutika*. Praha : Fortuna, 2006. ISBN 80-7168-940-8.
- PETRÁČKOVÁ, V., KRAUS, J. *Akademický slovník cizích slov*. 2001. Praha : Academia, 2001. ISBN 80-200- 0607-9.
- *Přenos HPV* [on line], [citované 2010-08-12]. Dostupné na [www: http://www.onkogyn.cz/hpv-lekari/](http://www.onkogyn.cz/hpv-lekari/).
- REJTHAR, A., VOJTĚŠEK, B. 2002. *Obecná patologie nádorového růstu*. Praha : Grada Publishing, 2002. ISBN 80-247-0238-X.
- ROB, L., MARTAN, A., CITTERBART, K. 2001. *Gynekologie*. 2. dopl. a přeprac. vyd. Praha : Galén, 2008. ISBN 978-80-7262-501-7.
- SADOVSKÁ, Olga. 2008. Komplexná paliatívna starostlivosť o pacientky s pokročilou rakovinou krčka maternice. *Paliatívna medicína a liečba bolesti*, 2008, roč.1, č.1, s. 30-33. ISSN 1337-6896.
- SOBIN, L. H., WITTEKIND, Ch. 2004. *Klasifikace zhoubných novotvarů*. Z angl. orig. přel. J. Novák a F. Beška. Praha : Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 2004. ISBN 80-7280-391-3.
- STAŇKOVÁ, M. 2006. *Hodnocení a měřící techniky v ošetrovatelské praxi*. Brno : Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2006. ISBN 80-7013-323-6.
- ŠAFRÁNKOVÁ, A., NEJEDLÁ, M. 2006. *Interní Ošetrovatelství II. Díl*. Praha : Grada, 2006. ISBN 80-247-1777-8.
- TŘEŠKA V. a kol. 2006. *Propedeutika vybraných klinických oborů*. Praha : Grada, 2003, ISBN 80-247-0239-8.
- URBANOVÁ, E., MAČUGOVÁ, I., MASKÁLOVÁ, E. 2008. Ošetrovateľské problémy u pacientiek s onkogynekologickým ochorením. *Ošetrovatelstvo a pôrodná asistancia*. Supplementum s. II-IV, Bratislava, Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek, 2008, roč. 6, č. 2 (2008), ISSN 1336-183X.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A – TNM klasifikace karcinomů děložního hrdla.....	I
Příloha B - Léčba podle jednotlivých stádií karcinomu děložního hrdla.....	II
Příloha C - Barthel test základních všedních činností (ADL-activity daily living).....	III
Příloha D – Edukační leták.....	IV

Příloha A

TNM klasifikace karcinomů děložního hrdla

TNM	Děložní hrdlo	FIGO
Tis	in situ	0
T1	Omezen na dělohu	I
T1a	Diagnostikován pouze mikroskopicky	IA
T1a	Hloubka ≤ 3 mm, horizontální šíření ≥ 7 mm	IA1
T1a2	Hloubka > 3 - 5 mm, horizontální šíření ≤ 7 mm	IA2
T1b	Klinicky viditelná nebo mikroskopická léze větší než T1a2	IB
T1b1	≤ 4 cm	IB1
T1b2	≥ 4 cm	IB2
T2	Ale ne až k pánevní stěně nebo do dolní třetiny pochvy	II
T2a	Parametrium nepostížené, šíření na pochvu	IIA
T2b	Parametrium postížené	IIB
T3	Šíří se do dolní třetiny pochvy a nebo k pánevní stěně a nebo hydronefróza	III
T3a	Dolní třetina pochvy	IIIA
T3b	Pánevní stěna / hydronefróza	IIIB
T4	Sliznice měchýře / rekta, mimo malou pánev	IVA
M1	Vzdálené metastázy	IVB

Hodnocení regionálních mízních uzlin	
NX	regionální mízní uzliny nelze hodnotit
N0	v regionálních mízních uzlinách nejsou metastázy
N1	metastázy v regionálních mízních uzlinách

Regionálními mízními uzlinami jsou uzliny paracervikální, parametriální, hypogastrické, ilické, nesakrální a laterální sakrální.

Hodnocení vzdálených metastáz	
MX	vzdálené metastázy nelze hodnotit
M0	nejsou vzdálené metastázy
M1	vzdálené metastázy

Nejčastějším místem vzdálených metastáz u karcinomu děložního hrdla jsou paraaortální a mediastinální mízní uzliny, plíce a skelet.

(Cibula, Petruželka a spol., 2009, s. 402, 403)

Příloha B

Léčba podle jednotlivých stádií karcinomu děložního hrdla

Stádium Tis	- konzervativní operace / konizace
Stádium Ia1 (Ia2)	- konzervativní operace zachovávající fertilitu - hysterektomie vaginální, abdominální, eventuálně laparoskopicky asistovaná
Stádium Ia2, Ib1	- radikální hysterektomie (Wertheim)
Stádium Ib2, IIa	- radikální hysterektomie (Wertheim)
Stádium IIb – IIIb	- primární radioterapie/ konkomitantní chemoradioterapie
Stádium IV	- individualizace postupu ○ paliativní radioterapie ○ paliativní chemoterapie

(Klener a kolektiv, 2000)

Příloha C

Barthel test základních všedních činností (ADL-activity daily living)

Barthel test základních všedních činností (ADL-activity daily living)			
	Činnost:	Provedení činnosti:	Bodové skóre
01.	Najedení, napití	Samostatně bez pomoci	10 X
		S pomocí	05
		Neprovede	00
02.	Oblékání	Samostatně bez pomoci	10
		S pomocí	05 X
		Neprovede	00
03.	Koupání	Samostatně nebo s pomocí	05 X
		Neprovede	00
04.	Osobní hygiena	Samostatně nebo s pomocí	05 X
		Neprovede	00
05.	Kontinence moči	Plně kontinentní	10
		Občas inkontinentní	05
		Trvale inkontinentní	00 X
06.	Kontinence stolice	Plně kontinentní	10 X
		Občas inkontinentní	05
		Inkontinentní	00
07.	Použití WC	Samostatně bez pomoci	10
		S pomocí	05 X
		Neprovede	00
08.	Přesun lůžko-židle	Samostatně bez pomoci	15
		S malou pomocí	10 X
		Vydrží sedět	05
		Neprovede	00
09.	Chůze po rovině	Samostatně nad 50 metrů	15
		S pomocí 50 metrů	10 X
		Na vozíku 50 metrů	05
		Neprovede	00
10.	Chůze po schodech	Samostatně bez pomoci	10
		S pomocí	05
		neprovede	00 X

Hodnocení stupně závislosti

Hodnocení:	Závislost	Body
60	Vysoce závislý	00 – 40 bodů
	Závislost středního stupně	45 – 60 bodů X
	Lehká závislost	65 – 95 bodů
	Nezávislý	96 – 100 bodů

(Staňková, 2006)



Další doporučení pro prevenci

- omezte počet sexuálních partnerů
- vyhněte se rizikovým partnerům
- použijte kondom jako ochranu před pohlavně přenosnými nemocemi
- při podezření na pohlavně přenosnou chorobu okamžitě vyhledejte gynekologa
- nekuřte; kouření, aktivní i pasivní, je závažným rizikovým faktorem vzniku několika zhoubných onemocnění
- věnujte se pohybu
- udržujte si optimální tělesnou hmotnost i kondici, zdravé tělo pak dokáže spíše zabránit vzniku nemoci
- nepijte nadměrné množství alkoholu
- omezte množství tuků v potravě
- vyhýbejte se stresovým situacím, snažte se být v pohodě

Sponzoři letáku

Karcinom děložního hrdla

- je zhoubné onemocnění ženských pohlavních orgánů.
- je druhým nejčastějším zhoubným onemocněním u žen, hned za rakovinou prsu.
- v České republice se ročně odhalí 1000 nových případů a až 400 žen zemře s touto diagnózou.
- počáteční stupně onemocnění se neprojeví žádnými příznaky!



Tento leták vytvořila

Jana Steklá

ve spolupráci s celou rodinou

Praha

2011

Rakovina děložního hrdla (čípku) je onemocnění, u kterého známe vyvolávající příčinu.

Je způsobena virovým onemocněním, jehož příčinou je lidský papilomavirus (Human PapillomaVirus - HPV). Nejrizikovější jsou tzv. typy 16 a 18.

Infekci HPV nelze vyléčit, lze jen předcházet jejímu vzniku.

Na vzniku rakoviny děl. hrdla se spolupodílejí *podpůrné faktory*

- kouření cigaret
- výskyt zhoubných onemocnění v rodině
- časný začátek pohlavního života
- větší počet sexuálních partnerů
- rizikový sexuální partner
- další pohlavně přenosné choroby
- poruchy imunity

Rakovině děložního hrdla je možno předcházet, protože ji umíme zjistit a zcela vyléčit již na úrovni jejich předstupňů.

Prevence vzniku karcinomu děložního hrdla

Účast žen na preventivních prohlídkách

- vyhledávání předrakovinných změn
- časně ošetření zabrání rozvoji zhoubného onemocnění
- od zahájení pohlavního života
- nebo nejpozději od 25 let
- 1x ročně nebo dle doporučení lékaře



Při zachycení nádoru v počátečním stádiu je velká šance na vyléčení!

Očkování

- nejnovější a nejspolehlivější metoda ochrany proti HPV infekci
- spouští obranyschopnost proti konkrétním typům virů
- onemocnění se týká především dívek a žen, ale je možno očkovat i chlapce a muže
- očkování možné od 9 let
- ideální věk mezi 12 a 14 lety (před zahájením pohlavního života)
- vhodné i pro ženy starší, které již pohlavním životem žijí
- provádějí praktičtí lékaři pro děti a dorost a gynekologové
- injekce se aplikuje do ramenního svalu
- celkem 3 dávky v pravidelných intervalech
- celé očkování trvá 6 měsíců
- vakcíny jsou zatím plně hrazené pacientem
- v rámci preventivních programů některé zdravotní pojišťovny na zakoupení vakcíny přispívají

- i očkováná žena by měla dále docházet na pravidelné gynekologické preventivní kontroly

Kombinace očkování a pravidelných gynekologických kontrol je nejspolehlivější metodou k prevenci rakoviny děložního hrdla!

