

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

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTKY  
S KARCINOMEM DĚLOŽNÍHO ČÍPKU**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**KAFKOVÁ ALŽBĚTA**

**Praha 2015**

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

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTKY S  
KARCINOMEM DĚLOŽNÍHO ČÍPKU**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

Alžběta Kafková

Stupeň kvalifikace: Bakalář

Komise pro studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr. Ivana Jahodová RS, RM

2015



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

**Kafková Alžběta**  
**3. B VS**

**Schválení tématu bakalářské práce**


Na základě Vaší žádosti ze dne 31. 10. 2014 Vám oznamuji  
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Ošetrovatelský proces u pacientky s karcinomem děložního čípku

*Nursing Process in Patient with Cervical Cancer*

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Ivana Jahodová

V Praze dne: 31. 10. 2014

  
doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.  
rektorka

## **PROHLÁŠENÍ**

Prohlašuji, že jsem předkládanou bakalářskou práci vypracovala samostatně pod vedením vedoucího práce a všechny použité zdroje jsem uvedla do seznamu literatury.

Souhlasím s tím, aby moje bakalářská práce byla propůjčována ke studijním účelům a aby byla citována dle platných norem.

V Praze dne 1. 9. 2015

.....

*Alžběta Kafková*

## **PODĚKOVÁNÍ**

Ráda bych touto cestou poděkovala paní PhDr. Ivaně Jahodové především za její trpělivost a vstřícnost při tvorbě této práce. Rovněž bych ráda poděkovala Ústavu pro péči o matku a dítě v Praze v Podolí, za pomoc při získávání podkladů a pro mne důležitého času na tvorbu praktické části práce.

## ABSTRAKT

KAFKOVÁ, Alžběta. *Ošetrovatelský proces u pacientky s karcinomem děložního čípku*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň klasifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce PhDr. Ivana Jahodová. Praha. 2015. Počet stran 61.

Tato bakalářská práce se zaměřuje na onemocnění karcinomu děložního čípku. V celé práci jsem čerpala z uvedených zdrojů a vlastních poznatků a zkušeností. Tuto práci jsem rozdělila na teoretickou a praktickou část.

Na začátku teoretické části se práce zabývá velice stručnou anatomíí děložního čípku a historií onemocnění. Další kapitoly obsahují klinický obraz onemocnění, příčiny, příznaky, terapií, vakcinaci a nepostradatelnou prevenci tohoto onemocnění. Poslední kapitoly teoretické části se zabývají ošetrovatelkou péčí na gynekologických odděleních.

Praktická část se zaměřuje na zpracování ošetrovatelského procesu u pacientky s karcinomem děložního čípku na gynekologickém oddělení. Praktická část obsahuje důvody přijetí pacientky do nemocnice a na její stručnou anamnézu. Praktická část je sestavena dle modelu Marjory Gordonové. Ke stanovení ošetrovatelských diagnóz je užitá NANDA I taxonomie II. Účinnost plánovaných intervencí byla posuzována dle splnění stanovených cílů ošetrovatelského procesu.

Klíčová slova:

Karcinom děložního čípku. Marjory Gordonová. NANDA I taxonomie II. Ošetrovatelský proces.

## ABSTRACT

KAFKOVÁ, Alžběta. *Nursing Process for Patient with Cervical Cancer*. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: PhDr. Ivana Jahodová RS, RM. Prague 2015. Pages 61.

The bachelor's thesis focuses on Carcinom of Cervix. In the whole bachelor's thesis I derived this matter from sources and my own experience. This work is divided into theoretical and practical part.

At the beginning of the theoretical part I'm dealing with a very brief anatomy of the cervix and the history of disease. Other chapters include clinical picture of the disease, causes, symptoms, treatments, vaccination and indispensable prevention of this disease. The last chapters are about nursing care on gynecology department. The practical part focuses on writing the nursing process for patients with cervical cancer at the gynecology department. The practical part contains the reasons for admission to the hospital and brief patient anamnesis. The practical part is built according to the model called Marjory Gordon. The sample of dysfunctional health was used to create the nursing diagnosis according to NANDA Taxonomy II. The effectiveness of the interventions was assessed according to created goal.

Key words:

Cervical cancer. Marjory Gordon. NANDA I Taxonomy II. Nursing process

# OBSAH

<b>ÚVOD</b>	12
<b>1 KARCINOM DĚLOŽNÍHO ČÍPKU</b>	14
<b>1.1 HISTORIE</b>	14
<b>1.2 ANATOMIE DĚLOŽNÍHO ČÍPKU</b>	15
<b>1.3 KLINICKÝ OBRAZ</b>	15
<b>1.4 PŘÍČINY KARCINOMU DĚLOŽNÍHO ČÍPKU</b>	17
<b>1.4.1 NEJČASTĚJŠÍ RIZIKOVÉ FAKTORY</b>	17
<b>KARCINOMU DĚLOŽNÍHO ČÍPKU</b>	
<b>1.4.2 HPV ROZDĚLENÍ</b>	17
<b>1.4.3 HLAVNÍ RIZIKOVÉ FAKTORY</b>	18
<b>1.4.4 PŘENOS HPV INFEKCE</b>	18
<b>1.5 PŘÍZNAKY KARCINOMU DĚLOŽNÍHO ČÍPKU</b>	19
<b>1.5.1 PREKANCERÓZY DĚLOŽNÍHO ČÍPKU</b>	19
<b>1.5.2 PŘÍZNAKY KARCINOMU DĚLOŽNÍHO ČÍPKU</b>	21
<b>1.6 ROZDĚLENÍ KARCINOMU DĚLOŽNÍHO ČÍPKU</b>	21
<b>1.7 DIAGNOSTIKA</b>	24
<b>1.8 TERAPIE</b>	28
<b>1.9 PREVENCE</b>	29
<b>1.9.1 PRIMÁRNÍ PREVENCE</b>	30
<b>1.9.2 SEKUNDÁRNÍ PREVENCE</b>	30
<b>1.9.3 TERCIÁLNÍ PREVENCE</b>	30
<b>1.9.4 KVARTÁLNÍ PREVENCE</b>	31
<b>1.10 SCREENING</b>	31
<b>1.11 OČKOVACÍ LÁTKY – CERVARIX, SILGARD</b>	31
<b>1.11.1 CERVARIX</b>	32
<b>1.11.2 SILGARD</b>	32



<b>1.12 PRÁCE VŠEOBECNÉ SESTRY PŘI GYNEKOLOGICKÉM VYŠETŘENÍ</b>	<b>33</b>
<b>1.13 ZÁKLADNÍ POVINNOSTI VŠEOBECNÉ SESTRY NA GYNEKOLOGICKÉM ODDĚLENÍ</b>	<b>33</b>
<b>1.14 PRÁCE VŠEOBECNÉ SESTRY S PACIENTEM MUSLIMSKÉHO VYZNÁNÍ</b>	<b>34</b>
<b>2 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTKY S PREKANCEROZOU DĚLOŽNÍHO ČÍPKU</b>	<b>36</b>
<b>2.1 FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ VŠEOBECNOU SESTROU</b>	<b>41</b>
<b>2.2 POSOUZENÍ PACIENTKY</b>	<b>44</b>
<b>2.3 MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT</b>	<b>48</b>
<b>2.4 SITUAČNÍ ANALÝZA</b>	<b>50</b>
<b>2.5 USPOŘÁDÁNÍ DIAGNÓZ DLE NANDA I TAXONOMIE II.</b>	<b>50</b>
<b>2.6 CELKOVÉ ZHODNOCENÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE</b>	<b>58</b>
<b>2.7 DOPORUČENÍ PRO PRAXI</b>	<b>59</b>
<b>2.8 EDUKACE PACIENTEK S KARCINOMEM DĚLOŽNÍHO ČÍPKU</b>	<b>60</b>
<b>ZÁVĚR</b>	<b>61</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY</b>	<b>62</b>
<b>PŘÍLOHY</b>	<b>66</b>

## SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

BMI - Body mass index

C GIN - Adenocarcinom in situ

CIN - Cervical intra- epithelial neoplasia

CIS - Carcinoma in situ

CT - Počítačová tomografie

ČR - Česká republika

D – Dech

DNA - Deoxyribonucleic acid

FW - Sedimentace

HIV - Human immunodeficiency Virus

HPV - Human papilloma virus

i.m - Intramuskulárně

MR - Magnetická rezonance

NS - Nejasné etiologie

P - Minutová srdeční činnost

PMK - Permanentní močový katétr

PŽK.- Periferní žilní katétr

s.c - Subcutánně

SIL - Squamous intraepithelial lesion

ŠŽ - Štítná žláza

Tbl. - Tableta

TK - Krevní tlak

TT - Tělesná teplota

UPMD - Ústav pro matku a dítě

USA - United States of America

UZ – Ultrazvuk

WHO - World health organization

(HEDRMAN, 2013).

## **SEZNAM TABULEK**

Tabulka 1 Identifikační údaje pacienta	33
Tabulka 2 Fyzikální vyšetření sestrou při příjmu	34
Tabulka 3 Léková anamnéza	35
Tabulka 4 Gynekologická anamnéza	36
Tabulka 5 Laboratorní vyšetření z 10. 12. 2014	45
Tabulka 6 Medikamentózní léčba	46

## ÚVOD

Incidence zhruba 20 žen na 100 000 řadí rakovinu děložního čípku mezi třetí nejčastější gynekologická nádorová onemocnění. Tato uvedená incidence je zhruba o 50 % vyšší než v západních evropských zemích (nejnižší např. Finsko, Izrael). Mortalita v roce 2010 je 5,8/ 100 000 žen, což v absolutních číslech představuje 311 úmrtí za rok. Věkové maximum je patrné ve skupině 30 až 34 let. Vyšší incidence je nejčastěji u sociálně a ekonomicky slabších skupin žen (ANON, 2006).

Zvolili jsme téma bakalářské práce, které se zaměřuje na ženu cizinku, arabského původu s nálezem na děložním čípku.

Cizinci na našem území vždy byli, jsou a budou a bude jich pravděpodobně neustále přibývat. Stále častěji se tak můžeme i v našich zdravotnických zařízeních setkat s „odlišnými“ klienty. Otázky multikulturního ošetřovatelství jsou tedy velice aktuální a i u nás již bylo na toto téma publikováno mnoho prací. Vesměs jde o práce převážně obecného charakteru, které se zvláštnostmi péče o jednotlivé skupiny obyvatel zabývají spíše okrajově. Ve své práci bych se chtěla zaměřit zcela konkrétně na specifika ženy muslimky na gynekologickém oddělení po operačním výkonu. Muslimů na celém světě neustále přibývá. V tradičně křesťanské Evropě tvoří právě muslimové druhou nejpočetnější skupinu, která je zároveň velice zajímavá, co se týče etnického složení. Ačkoli muslimky jsou ženy jako všechny ostatní, mají některé své specifické potřeby, které je třeba pochopit, abychom těmto pacientkám mohli poskytnout skutečně kvalitní péči.

Zvolené téma nás zaujalo, zejména při plnění praxe na gynekologickém oddělení. Využili jsme své znalosti anglického jazyka při poskytování ošetřovatelské péče.

Hlavním cílem bakalářské práce je přiblížit komplexně problematiku onemocnění karcinomu děložního čípku. Zaměřit se především na HPV viry a preventivní postupy u tohoto onemocnění. Dalším cílem je zpracovat ošetřovatelský proces u konkrétního pacienta.

V praktické části je zpracována ošetřovatelská anamnéza dle modelu M. Gordonové. Jde o model funkčního typu zdraví, který se osvědčil i v oblasti ošetřovatelské diagnostiky. V části praktické jsou zvoleny ošetřovatelské diagnózy, které byly stanoveny dle Taxonomie II NANDA International 2012 – 2014.

Vypracovali jsme plán ošetřovatelské péče, realizace, hodnocení a celkové zhodnocení práce.

Rádi bychom v této práci poukázaly na multikulturní ošetřovatelskou péči o pacientku muslimského vyznání. Tato práce je určena pro studenty oboru ošetřovatelství, všeobecným sestřím a širokou veřejnost.

# 1 KARCINOM DĚLOŽNÍHO ČÍPKU

Karcinom děložního čípku nebo též hrdla je zhoubným nádorem. Jedná se o sedmé nejčastější zhoubné onemocnění. V průměru toto onemocnění tvoří 4 % všech maligních onemocnění. Karcinom děložního čípku vychází z epitelového povrchu. Vznik tohoto karcinomu je vícestupňový proces. Proces bohužel do detailů neznáme. Známe pouze epidemiologické faktory, na které se zaměřuje kapitola Příznaky karcinomu děložního čípku (CIBULA et al., 2009).

## 1.1 HISTORIE

V knize Cytodiagnostika rakoviny rodidel od autorů Františka Luksche a Jana Herolda je v úvodu knihy psáno, že nevíme dosud, proč a jak rakovina vzniká. Zkušenost ukázala, že nejlepší obranou proti karcinomu děložního čípku je jeho včasné poznání. Téměř všechny ženy lze zachránit, pokud chorobu zachytíme na samém začátku. V roce 1843 napsal Gluge z Jeny o nádorové cytologii s popisem nádorových buněk. V roce 1925 začala být v praxi užívána kolposkopie. Kolposkopickou metodu představil německý gynekolog Hans Hinselmann. Na začátku byla používána silná lupa a v roce 1933 se diagnostika zhoubného bujení na děložním hrdle rozšířila o zkoušku jódem. V roce 1933 v USA objevil Papanicolaou v nátěrech z pochvy žen postižených karcinomem děložního čípku tumorózní buňky. Výzkum Papanicolaoua dal podnět ke zdokonalení diagnostických metod. V roce 1945 se začala používat poševní cytologie jako screeningová metoda (GAŠPARKOVÁ, 2009).

Roku 2002 byla založena Evropská asociace pro prevenci karcinomu děložního čípku. Hlavním účelem asociace je koordinace celoevropské osvěty zdravotnického programu, který má zvýšit informovanost o karcinomu děložního čípku a o možnostech prevence. Na začátku roku 2008 Ministerstvo zdravotnictví ČR zahajuje celorepublikový screeningový program zaměřený na včasný záchyt karcinomu děložního čípku. Roku 2008 německý virolog Harald zur Hausen získal Nobelovu cenu oceňující jeho výzkum, který vedl k průkazu lidských papillomavirů, které způsobují karcinom děložního hrdla. Odhalil jejich různorodost a definoval kancerogenní HPV

typu 16 a 18. Jeho objevy významně přispěly k odhalení papillomavirové infekce jako globálního problému. Dne 1. ledna 2009 byl oficiálně zahájen projekt celostátního organizovaného screeningu cervixu (NĚMCOVÁ, 2009).

## **1.2 ANATOMIE DĚLOŽNÍHO ČÍPKU**

Uterus je dutý svalnatý orgán, hruškovitého tvaru. Uterus se skládá z děložního těla, děložního dna s rohy a z děložního krčku, na který se upíná pochva. Děložní krček jinak hrdlo, děložní čípek neboli cervix uteri. Je z větší části uložen nad pochvou. Děložní čípek vyčnívá do pochvy. Hrdlo se skládá ze silné stěny z hladké svaloviny a hustého kolagenního vaziva. Exocervix je tvořen vrstevnatým dlaždicovým epitelem. Endocervix je tvořen jednovrstevným cylindrickým epitelem. Oblast, kde dochází k přechodu epitelu se nazývá transformální zóna (DYLEVSKÝ, 2009).

## **1.3 KLINICKÝ OBRAZ**

Při gynekologických vyšetření je děložní hrdlo snadno přístupné jak k aspekcii, tak k prebiptickým metodám (kolposkopie a cytologie). Děložní hrdlo a jeho epitelový povrch prochází určitými změnami, na jejichž podkladě mohou vznikat prekancerózy a poté i zhoubné nádory. V této moderní době jsme schopni pomocí prebiptických metod včas diagnostikovat začínající prekancerózy a pomocí speciální léčby je i účinně řešit. Zhoubné nádory děložního hrdla a prekancerózy jsou nejvhodnější pro screening všech nádorů (ROB et al., 2008).

Karcinom děložního čípku společně s rakovinou prsu, děložního těla a tlustého střeva patří mezi nejčastější ženská onemocnění v ČR. U karcinomu děložního čípku je jasně prokázána přímá souvislost mezi virovou nákazou a následným onemocněním. Karcinom děložního čípku je v ČR diagnostikován každoročně u tisíce žen a téměř 400 z nich na tuto nemoc zemře. Před nádorový stav této rakoviny se vyvíjí řadu let a lze jej zachytit dříve, než se dostane do stádia rakoviny děložního čípku (PEŠL, 2011).



Regionálně v ČR je nejvyšší incidence úmrtnosti na toto onemocnění v karlovarském a ústeckém kraji a v Praze. Záchyt onemocnění v prvotních stádiích dlouhodobě ukazuje v posledních letech kolem 40% všech případů. Tyto alarmující cifry jsou výsledkem pozdní diagnostiky. Jejich příčiny dobře známe, jsou to především: absence organizovaného screeningu, nedostatečné testování HPV, nekvalitní cytologické laboratoře a neexistence auditu jednotlivých pracovišť (CIBULA et al., 2009).

Za hlavní rizikové faktory karcinomu děložního čípku jsou považovány HPV viry, tyto viry produkují onkoproteiny schopné inaktivovat buněčné růstové regulátory (TURKOVÁ, 2004).

Infekce HPV virem patří mezi nejrozšířenější pohlavně přenosné choroby, protože jde o vysoce infekční často bezpříznakové onemocnění s inkubační dobou 1 – 8 měsíců. Vztah mezi infekcí virem HPV a jeho podtypy a karcinomem děložního čípku je nezpochybnitelný, 99,7 % karcinomu děložního čípku je HPV pozitivních. Mimo karcinomu děložního čípku může být infekce HPV spojená se vznikem karcinomu vulvy, vagíny, penisu, konečníku, kůže, dutiny ústní, oropharynxu a larynxu. Dále také byla zjištěna DNA HPV infekce v nádorech esofagu, plic, tlustého střeva, vaječníků, prsu, prostaty, močového měchýře a nosní dutiny (ONDRYÁŠOVÁ, 2013).

Léčba děložního čípku je nejčastěji vedena v onkologických centrech s vyškoleným personálem a technickým vybavením (zkušený onkogynéologové, radioterapeuti a kliničtí onkologové, moderní radioterapeutické přístroje pro teleterapii, brachyterapii, plánovací systém). U nižších stádií je léčba zářením bezproblémová a provádí se i ambulantně (včetně brachyterapie), pokud to dovolí stav pacientky (věk, interkurentní choroby, vzdálenost od centra apod.). U pokročilých stádií choroby je u většiny pacientek nutná hospitalizace (nebezpečí krvácení, urologické komplikace apod.). Při hospitalizaci se provádí chirurgická léčba nižších stádií (FIŠER, 2001).

## **1.4 PŘÍČINY KARCINOMU DĚLOŽNÍHO ČÍPKU**

Je dokázáno, že téměř 99,7 % případů rakoviny děložního čípku jsou způsobené orogenními HPV viry. Infekce postihne většinu žen v průběhu jejich života. Tato infekce se většinou spontánně bez následku vyléčí. Na vzniku karcinomu se podílí daleko více faktorů (TURKOVÁ, 2004).

### **1.4.1 NEJČASTĚJŠÍ RIZIKOVÉ FAKTORY DĚLOŽNÍHO ČÍPKU**

V dnešní době za nejvýznamnější rizikové faktory považujeme, infekci rizikovým typem HPV. Tato infekce souvisí s rizikovým sexuálním chováním, dále také se stavem imunitního systému například HIV infekce a nikotinismus. Hormonální antikoncepce také zvyšuje toto riziko nepřímo (TURKOVÁ, 2004).

Celkový stav imunodeficiencie. Znamená to nedostatečná schopnost organismu se bránit proti vnějším nepříznivým vlivům tedy bakteriím, houbám, virům atd. Oslabená je především vnitřní obranná bariéra organismu, nazývaná se imunitní systém. Imunitní systém je dalším rizikovým faktorem ke vzniku malignity.

Rizikové faktory rozdělujeme na dvě skupiny podle rizikovosti: na nízké rizikové a vysoce rizikové. U méně rizikových typů se vyskytují např. genitální bradavice, ty vysoce rizikové však způsobují změny buněk na povrchu děložního čípku, z nichž se může vyvinout rakovina (PEŠL, 2011).

### **1.4.2 HPV ROZDĚLENÍ**

HPV rozdělujeme tedy na nízké rizikové (low risk) typy 6, 11, méně často 42 a 44, způsobují hlavně kondylomata (kožní výrůstky podobné bradavicím) a vysoce rizikové (high risk) typy 16, 18, 31, 33, méně časté 35, 39, 45, 52, 56, 58 a 59.

S vysoce rizikovým typem HPV jsou spjaty nejčastěji CIN III a CIN II a následně i karcinom děložního čípku (SLÁMA, 2005).

### 1.4.3 HLAVNÍ RIZIKOVÉ FAKTORY

Pro upřesnění hlavními rizikovými faktory pro vznik papilomavirové infekce jsou:

- zahájení pohlavního života ve velice nízkém věku,
- vyšší počet sexuálních partnerů, riziková partneri,
- vícečetné porody,
- nikotinismus (přispívá asi v 30 % ke vzniku tohoto nádoru),
- porucha imunity,
- pohlavně přenosné choroby,
- dlouhodobé užívání hormonální antikoncepce,
- nedůsledná genitální hygiena (MIKIŠKOVÁ et al. 2006).

### 1.4.4 PŘENOS HPV INFEKCE

Obvyklý přenos HPV virů je přenos sexuálním kontaktem. Přenos není pouze sexuálním stykem, ale také dotykem s kůží nakaženého partnera v genitální oblasti. Proto prezervativ, který je účinnou ochranou před jinými sexuálně přenosnými (STD) nemocemi, zde není dostatečně účinným řešením. Nezáleží na tom, kolik sexuálních partnerů žena za svůj život má, ale především záleží na sexuálním chování obou partnerů. S infekcí HPV se setká během života až 80 % žen, u většiny z nich však infekce samovolně odezní bez lékařského ošetření. U některých žen, ale virus přetrvává, a právě ony mají zvýšené riziko vzniku rakoviny děložního čípku. V průběhu života ženy obvykle dochází k opakovaným infekcím (PEŠL, 2011).

HPV viry napadají epitelální buňky kůže a sliznice a vyvolávají buď benigní, nebo maligní léze. Taxonomicky tyto viry patří do čeledi Papillomaviridae. HPV viry jsou neobalené a velice malé (ROZTOČIL, 2011).

## **1.5 PŘÍZNAKY KARCINOMU DĚLOŽNÍHO ČÍPKU**

Časná stádia ani přednádorová stádia karcinomu děložního čípku nemají příznaky. Nepravidelné krvácení, zapáchající výtok nebo krvácení po styku jsou příznaky pozdními. Zhoubné nádory nebo prekancerózy děložního hrdla jsou pro screening nejvhodnější (ROB et al., 2008).

### **1.5.1 PREKANCERÓZY KARCINOMU DĚLOŽNÍHO ČÍPKU**

Poznatky o patogenezi a klinickém chování prekanceróz cervixu vedlo v posledních 30 letech k tomu, že se histopatologická terminologie cervixu několikrát změnila. Nové poznatky o patogenezi v biologickém chování prekanceróz a zavedení cytologické odborné terminologie (dle Bethesda) vedly k používání nově vzniklé terminologie (ROB et al., 2008).

Stěry na onkologickou cytologii odebíráme dva, první stěr natíráme vatovou štětičkou, nebo platinovou kličkou z exocervixu a druhý stěr odebíráme speciálním kartáčkem z endocervixu (brush). V průběhu kolposkopického vyšetření lékař pozoruje ložiska bílého epitelu-ATZ , mozaiku-M, puntíčkování-P, leukoplakii-L, nebo jed negativní zónu- JNZ. Během hodnocení nálezu na cervixu vycházíme z kolposkopického výsledku, tak i z výsledku cytologického. Finální diagnózu při podezření na patologii epitelu stanovujeme na základě biopsie. Používáme k dělení patologických nálezů na dysplazie a cervikální intraepitelové neoplazie-CIN. Dle nové terminologie skvamózní intraepitelové léze-SIL rozdělujeme SIL na nízký stupeň a vysoký stupeň (TURKOVÁ, 2004).

#### **CIN (DLAŽDICOVÉ PREKANCERÓZY)**

CIN můžeme dělit do typů I-III a dále na CIS objevující se jako dysplazie děložního čípku. Následkem infekce HPV dochází v buňkách k poruše maturace, rozšíření bazální zóny s výsledkem nálezu častých jaderných polymorfii, přítomnosti mitóz, hyperchromazií a dalších změn.

Rozděluje je po stránce histopatologické na:

- CIN I má riziko maligního zvratu zhruba 2 % jedná se o lehkou dysplazii s poškozením 1/3 epitelu, má sklon k regresi.
- CIN II má riziko maligního zvratu 5 % v tomto případě se jedná o střední dysplazii s poškozením 1/2 epitelu, také má sklon k progresi.
- CIN III má velké riziko k zvratu do malignity až 20 %, jedná se o poškození 2/3 až celé šíře epitelu, má jednoznačný sklon k progresi.
- CIS znamená zkratku – karcinom in situ, řadí se mezi nejtěžší cervikální intraepiteliální neoplázie, jeho buňky mají známky maligního nádoru, ale neprorůstají přes bazální membránu.
- CIN nižšího stupně mohou v malých procentech překlenout do vyšších stupňů, mnohem častěji mohou spontánně vymizet. Opačné riziko zvratu v horší stupeň závisí hlavně na typu virů, které změnu vyvolaly. Proces vývoje a zvratu karcinomu děložního čípku je dlouhodobý (DVOŘÁK, 2014).

### **SIL (DLAŽDICOVÉ PREKANCEROZY)**

LG SIL (low-grade) je nízký stupeň léze - do této skupiny zařazujeme kondylomatózní léze a CIN I., ve 40-90 % spontánně reagují (dle typu léze a imunitního stavu, a dle věku), tento stav často vede ke konzervativnímu postupu, kdy jsou doporučeny pravidelné kontroly u lékaře za pomoci kolposkopie a cytologie. (ROB et al., 2008).

HG SIL (high-grade) je vysoký stupeň léze – do této druhé skupiny zařazujeme CIN II., CIN III., včetně karcinomu in situ (CIBULA et al., 2009).

### **C GIN (ŽLÁZOVÉ PREKANCEROZY)**

Do této skupiny zařazujeme adenotypie a prekancerózy. Myslíme tím adenokarcinoma in situ (CIBULA et al., 2009).

## 1.5.2 PŘÍZNAKY KARCINOMU DĚLOŽNÍHO ČÍPKU

Časná stádia karcinomu děložního čípku obvykle nevyvolávají žádné příznaky.

U pokročilého stádia onemocnění je to následovné:

- abnormální krvácení z pochvy, objevující v čase mimo menstruaci, nebo je silnější než obvykle,
- mírné krvácení při pohlavním styku,
- narůžovělý výtok,
- bolest v podbřišku,
- bolesti při močení a stolici,
- výtok, později páchnoucí výtok,
- bolest v kříži (ANON, 2006).

## 1.6 ROZDĚLENÍ KARCINOMU DĚLOŽNÍHO ČÍPKU

V první řadě musíme rozdělit nádory děložního čípku, stejně jako převážnou většinu nádorů na nádory benigní (nezhoubné) a maligní (zhoubné). Do seznamu benigních nádorů tedy nádorů nezhoubných v lokalizaci čípku děložního zařazujeme nejčastěji endocervikální polyp a maligním tedy zhoubným nejčastějším nádorem děložního čípku je karcinom. Z histologického pohledu je karcinom cervixu dlaždicobuněčný (CIBULA et al., 2009).

*Incidence rakoviny děložního čípku je při neefektivním screeningovém programu v ČR neměnná od 70 let minulého století. Dlouhodobě výskyt jen mírně kolísá mezi 19-20 případy na 100 000 žen.*

*Každý rok se v ČR diagnostikuje více než 1000 nových karcinomů. Skoro polovina je zjištěna v inoperabilních stádiích II. B a vyšších, s omezenými vyhlídkami na uzdravení.*

*Spinocelulární karcinom se objevuje v 80 – 95% případech, a v 10 – 15% jsou adenokarcinomy. Nejčastěji se vyskytuje mezi 50 – 60 rokem života ženy. Každým rokem umírá v ČR na karcinom děložního čípku 400 žen (STRNADOVÁ, 2013, strana 15).*

Karcinom děložního čípku je pozdní komplikací banální virové infekce. Karcinom děložní čípku můžeme rozdělit v počátečních stádiích na exocervikální (na povrchu čípku) a endocervikální (v cervikálním kanále), (TURKOVÁ, 2004).

Na povrchu čípku tedy v exocervikální formě se mohou tvořit při pokročilém stádiu květákovité a křehké nádorové hmoty vyčnívající do vulvy, které mohou kontaktně krváčet. Naopak u endocervikální formy v cervikálním kanále je dlouhou dobu asymptomatická s invazivním růstem směrem do parametrií a velice rychle se rozšiřuje do lymfatických cest (STRNADOVÁ, 2013).

Zhoubný nádor je souhrn buněk, které mají pozměněné chování oproti původní tkáni, ve které buňky vznikly. Zhoubný nádor rychle prorůstá do okolí a není ničím ohraničen. Maligní nádor sám o sobě nebolí, ale jeho růst je velice rychlý (týdny). Buňky rostou tak rychle, že neplní žádnou jinou funkci pouze tu rozmnožovací. Nositele těchto buněk urputně vysilují, ten následně hubne a chátrá, protože zhoubný nádor má velice vysokou spotřebu energie. Nejčastěji se tento nádor ani nestihne projevit deformitou, protože se objeví ostatní vlastnosti zhoubného nádoru. Na jiných místech těla tvoří svá druhotná ložiska (metastázy), ve kterých se rychle šíří. Maligní nádor je prognosticky velice nepříznivý. Pokud je nenasazena léčba co nejdříve, je nositel rychle zahuben (STRNADOVÁ, 2013), (ROB et al., 2008).

Karcinom rozdělujeme na čtyři základní stádia. I. stupeň je nádor lokalizovaný na děložním čípku. II. stupeň nádor přerůstá na pochvu nebo do parametria. III. stupeň přerůstá do třetiny pochvy nebo může dosahovat až k pánevním stěnám IV. stupeň nádor se infiltruje na okolní orgány nebo zakládá metastázy. Karcinom děložního čípku rozdělujeme také do základní skupiny na dlaždicobuněčné léze a na léze žlázového typu (TURKOVÁ, 2004).

### **Dlaždicobuněčné léze děložního čípku rozdělujeme na:**

#### **Mikroinvazivní dlaždicový karcinom,**

#### **Invazivní dlaždicový karcinom,**

- keratinizující a nekeratinizující varianta dlaždicového,
- karcinomu,
- bazaloidní karcinom,
- verukózní karcinom,
- bradavičnatý karcinom,
- papilární karcinom,
- karcinom ze skvamózně přechodných buněk,

#### **Vzácnější karcinomy a neuroendokrinní tumory,**

- adenoskvamózní karcinom,
- adenoidně cystický karcinom,
- adenoidně basální karcinom,
- neuroendokrinní karcinomy,
- nediferencový karcinom.

#### **Žlázové léze děložního čípku rozdělujeme na:**

- preinvazivní adenokarcinom,
- adenokarcinom (ROB et al., 2008).



## **1.7 DIAGNOSTIKA**

Prvním krokem k určení karcinomu děložního čípku je velice jednoduchá diagnostika. Nejčastěji je nabírán vzorek tkáně z děložního čípku. Další vyšetření následují podle typu cytologického výsledku (ANON, 2014).

Do prebiptických metod patří onkologická cytologie, kolposkopie, HPV testování a liquid based cytology.

Do biptických metod patří biopsie děložního hrdla, konizace a excize. Definitivní diagnostický závěr poskytuje pouze histopatologické vyšetření odpovídajícího vzorku tkáně (ROB et al., 2008).

### **ONKOLOGICKÁ CYTOLOGIE**

Onkologická cytologie je metoda velice specifická, však málo senzitivní. Slouží k časné detekci a následné léčbě karcinomu děložního hrdla. Lékař vzorek nejčastěji odebírá kombinací špátle a kartáčku. Odběr by měl být z celé transformační zóny, nátěr nanášíme na sklíčko, kde vzorek následně fixujeme speciálním postřikem. Stěr z děložního čípku hodnotí lékař dle systému Bethesda II z roku 2001.

Doporučení cytologa na výsledku onkologické cytologie jsou závazná, k expertnímu kolposkopickému vyšetření je pacientku možno odeslat při jakémkoli cytologickém výsledku (DVOŘÁK, 2014).

## **LIQUID BASED CYTOLOGY**

Je velice nová technologie diagnostiky. Liquid Based Cytology je technika umožňující lékaři odebrat buňky z různých orgánů a zejména z děložního čípku. Vzorek se vkládá do tekutého media, které je uvnitř malé nádoby. Na rozdíl od normální cytologie (PAP testu), při kterém se buňky rovnou natírají na sklíčko a který je histologicky v nezměněné podobě používán již okolo 70 let včetně České republiky.

Liquid Based Cytology lékař odebírá plastovým nástrojem, koncová část plastové štětičky se ponoří do media. V laboratoři se pak materiál odstředí a je natírán na sklíčko. Vzorek je bez obsahu krve a zánětlivých buněk. Vzorek je z vyšší části hodnotitelný (DVOŘÁK, 2014).

## **TYPIZACE HPV**

Odběr se provádí stejně jako stěr na cytologie. Lékař ho může provést společně s cytologickým stěrem. Typizace nemohou nahradit prebiptické metody jako jsou kolposkopie a cytologie, mohou však být dobrým diagnostickým doplňkem (TURÝNA, 2010).

## **KOLPOSKOPICKÁ METODA**

Je základní nebiptická zobrazovací metoda umožňující přímé pozorování zevních rodidel a konečníku, oblast hráze, pochvu i cervix. Kolposkopie je prováděna speciálním mikroskopem - kolposkopem. Hlavní význam má v přesném určení závažnosti léze, plošného rozsahu a vztahu léze k endocervikálnímu kanálu. Kolposkopie asistuje při správné diagnostické biopsii. Kolposkopem lékař může cervix či jinou plochu genitálu fotograficky zdokumentovat a popsat. K vyšetření cervixu lékař může použít roztok kyseliny octové nebo Lugolova roztoku. Roztoky se nanášejí na cervix tampónkem, umožní lepší rozlišení možných změn na sliznici.

Kolposkopická klasifikace se rozděluje na normální kolposkopické nálezy a na abnormální kolposkopické nálezy (TURÝNA, 2010).

### **Normální nálezy**

Histopatologicky odpovídají zcela normálnímu dlaždicovému a cylindrickému epitelu. Cytologicky normální nález.

- O (originální) – normální epitel,
- E (ektropium) – přítomnost jednovrstevného cylindrického epitelu na exocervixu zcela normální nález u žen ve fertlím věku,
- TZ (transformační zóna) - oblast mezi dlaždicovitým a cylindrickým epitelem (TURÝNA, 2010).

### **Abnormální nálezy**

- BE (bílý epitel),
- L (leukoplakie) – zvláštní epitel který rohovatí na povrchu,
- P (puntíkování) – kapiláry se zobrazují jako tečky,
- M (mozaika) – nově vytvořené cévy mají uspořádání jako mozaika,
- V (atypické cévy) – cévy vypadají jako čárky,
- ATZ (atypická transformační zóna) – jsou viditelné cévní i epitelové změny a jiné kolposkopické nálezy – HPV infekce, polyp, vřed, zánět atd., (TURÝNA, 2010).

Nedostatečné nálezy jsou takové nálezy, při kterých nelze pozorovat děložní čípek a není viditelný přechod epitelů (TURÝNA, 2010).

### **BIOPSIE**

Biopsie dokáže s poměrně vysokou spolehlivostí odhadnout závažnost cervikálního poškození. Definitivní výsledek prekancerózy nebo invazivního karcinomu stanoví histopatologické vyšetření tkáně K odběru vzorku se dá použít několik různých technik. Každá metoda odběrů má své výhody, ale i limity. Minibiopsie jinak nazvaná punch biopsie – lékař ji provádí speciálními kleštěmi pod kolposkopickou kontrolou,

tato metoda je nejčastěji využívána. Výkon se provádí ambulantně bez potřebné anestezie.

Vzorek lékař odebírá z endocervixu, velikost vzorku záleží na velikosti bioptických kleští. Odběr se provádí z nejvíce suspektní části děložního čípku. Cílená excize skalpelem – je vynětí suspektní tkáně, velikost odebírané tkáně je na operatérovi. Kyretáž – provádí lékař ostrou kyretou přímo z endocervikálního kanálu.

Konizace radiofrekvenční kličkou takzvaně Leep technika je nejrepresentativnější metodou získání vzorku. Riziko selhání pro diagnostiku karcinomu děložního čípku je 2 % (ROB et al., 2008).

## **CERVIKOGRAFIE**

Tuto metodu zavedl profesor Štafl v USA. Pomocí speciálního fotoaparátu můžeme zhotovit snímek děložního hrdla. Na stejném principu je možné provést takzvanou telekolposkopii – záznam lze ihned konzultovat po internetu (ROB et al., 2008).

## **MR**

V současné době role MR v onkologii zpopulárněla. Přesnost určování nádoru je okolo 77 %, až 90 %. Studie v USA dokazují, že MR je spolehlivější metodou než CT. MR stanoví i stadium nemoci. Toto vyšetření je daleko úspornější, protože snižuje potřebu provádění dalšího testování (BELŠAN, 2008).

## **CT A UZ VYŠETŘENÍ**

CT je v porovnání s MR levnější a dostupnější. Jeho výhodou je menší tkáňový kontrast měkkých tkání, jako je například malá pánev. UZ vyšetření nejčastěji provádíme transvaginální nebo transrektální sondou. UZ vyšetření lékař provádí v ordinaci praktického gynekologa (BELŠAN, 2008).

## LABORATORNÍ VYŠETŘENÍ

Nejčastěji lékaři testují biochemické vyšetření močového sedimentu, serologické vyšetření, hematologické vyšetření včetně koagulačních faktorů a FW (FIŠER 2001).

## 1.8 TERAPIE

Základními postupy jsou radiologické a chirurgické. Zásadou chirurgické terapie je odstranění celé léze. Lékař výkon provádí šetrně, adekvátně hluboko. Zejména u mladých dívek, které plánují těhotenství. Metody léčby se dají rozdělit na metody destrukční a ablační. Do destrukčních metod patří kryoterapie – využívá chladu. Po přiložení sondy dochází k nekróze tkáně s následným hojením. Výkon se dělá ambulantně. Nevýhodou výkonu je, že není možné stanovit hloubku destrukce tkáně. Hojení je velice zdlouhavé.

Další léčbou je laserová vaporizace – pomocí laserového paprsku se odpaří tkáň do potřebné hloubky. Hojení je mnohem rychlejší než u kryodestrukce. Metody ablační jsou více používány. V nemocnicích se provádějí různé typy konizací. Konizace se rozdělojí na metody excizivní a ablační.

Excizivní metody jsou použity u žen, u kterých se předpokládá invaze nádoru a především u prekanceróz vycházejících ze žlázového epitelu. Mezi excizivní metody patří LLETZ- Large Loop Excision of the Transformation Zone, LEEP- Loop Electrical Excision Procedure, NETZ- Needle Excision of the Transformation Zone, SWETZ- Straight Wire Excision of the Transformation Zone, laserová konizace, konizace studeným nožem a hysterektomie.

Ablační metody se nemohou použít u pacientek, které prochází prekancerózami vycházející ze žlázového epitelu, s podezřením na propuknutí karcinomu a také u žen s předešlou léčbou v anamnéze.

Do ablačních metod zařazujeme kryokauterizaci, studenou koagulaci, laserovou ablaci a elektrodiatermii.

Metody ablační jsou více používány. Excize vysokofrekvenční kličkou provádíme použitím vysokofrekvenční rigidní jehly. Technika byla převzatá z techniky laserové konizace. Uvedené metody mají své nevýhody i výhody. Záleží na technických možnostech a zkušenostech zdravotnického zařízení kde se výkon provádí. Společným znakem ablačních metod je chirurgické vynětí části děložního hrdla. Hysterektomie je operační výkon kdy se odebírá celá děloha (ROB et al., 2008).

Laparoskopie může být použita při léčbě častých i pokročilých stádií karcinomu děložního čípku. Pomáhá při kompletním stagingu u pokročilých stádií (HOLUB, 2005).

Radioterapii rozdělujeme na základní skupiny- primární radioterapie kurativní, adjuvantní terapie, paliativní terapie. Kontraindikace radioterapie je nespolupráce pacientky, akutní zánět v oblasti dutiny břišní a pánve a v poslední řadě těžký útlum krvetvorby (CIBULA, 2009).

## **1.9 PREVENCE**

Současný organizovaný cervikální screening má za cíl standardizaci každoročních preventivních cytologických stěrů z děložního čípku. Tato prevence je doporučena Českou gynekologicko-porodnickou společností. Aktuálně je screening bez věkového omezení. Screening je zaveden v ČR od roku 1966 dle Zákona o zdraví a lidu. Preventivní gynekologická kontrola je hrazena zdravotním pojištěním ČR jednou do roka. V řadě zemí gynekologové doplňují po 30. věku pacientek HPV testaci. Kombinací HPV testování a odběru cytologie dochází k minimalizaci rizika falešné negativity, a to znamená prodloužení intervalu gynekologických preventivních kontrol (MOUKOVÁ et al., 2013).

### **1.9.1 PRIMÁRNÍ PREVENCE**

Cílem primární prevence je minimalizovat výskyt nádorů. Primární prevence má za úkol eliminovat rizikové faktory spojené s malignitou a identifikovat jedince s vysokým rizikem vzniku nádorového onemocnění. Ukazatelem funkčnosti primární prevence je pokles incidence zhoubných nádorů. Především jde o boj s nikotinismem a alkoholismem a jeho podporou při odvykání. Další důležitý faktor je vakcinace proti HPV, střídání předepisování hormonální antikoncepce. Primární prevence podporuje osvětové programy zaměřené na prevenci rizikového sexuálního chování a dále podporuje boj proti obezitě (CIBULA, 2009).

### **1.9.2 SEKUNDÁRNÍ PREVENCE**

Sekundární prevence se zaměřuje na záchyt prekanceróz a zhoubných nádorů v časném stádiu. Ukazatelem funkčnosti sekundární prevence je snížení mortality. Hlavním nástrojem tohoto typu prevence je screening. V současné době je pozornost věnována osvětě zaměřené na informace o časných příznacích nádorů. Dále se zaměřuje na celkový screening karcinomu děložního čípku a preventivní vyšetření. V neposlední řadě se zaměřuje na genetické testování (CIBULA, 2009).

### **1.9.3 TERCIÁRNÍ PREVENCE**

Terciární prevence se zaměřuje na časný záchyt recidivy nádorů. Zaměřuje se na časný start terapie v potenciálně léčitelné fázi onemocnění. Získané informace o pacientovi by mělo mít nejlépe pouze jedno pracoviště. Samozřejmostí je komunikace s ostatními specializacemi. V rámci terciární prevence by mělo být provádění kompletní preventivní péče. Z důvodu předcházení dalších onkologických onemocnění. Ukazatelem funkčnosti tohoto typu prevence je především délka přežití pacienta (CIBULA, 2009).

## **1.9.4 KVARTÉRNÍ PREVENCE**

Kvartální prevence se zaměřuje na předcházení a předvídání důsledků nádorového onemocnění. Ukazatelem funkčnosti je kvalita života pacienta s onkologickým onemocněním. Zaměřuje se především na oblast výživy, psychosociálních potřeb a efektivní léčbu bolesti (CIBULA, 2009).

## **1.10 SCREENING**

Screeningové vyšetření je systematické vyhledávání onemocnění u asymptomatických jedinců umožňující časný záchyt onemocnění, léčbu a zejména snížení mortality. Screening je založen na onkologické cytologii.

Velice důležité jsou pravidelné gynekologické kontroly a získání co největšího procenta populace od počátku sexuálního života do 65 let věku. Z ekonomických důvodů je mnoho screeningových programů slouží od 30-55 let života (CITTERBART et al., 2001).

Pro screening platí základní podmínky. Podle povinné vyhlášky Ministerstva zdravotnictví ČR preventivní prohlídky probíhají obvodním gynekologem jednou ročně u žen od 15 let věku. Vyhláška č. 56/1997 Sb. reguluje preventivní prohlídky v oblasti gynekologie (ROZTOČIL, 2011).

## **1.11 OČKOVACÍ LÁTKY PROTI HPV – CERVARIX, SILGARD**

Cílem prevence je omezit přenos HPV infekce. Nejběžnější metodou je používání prezervativu při pohlavním styku. Jeho účinnost ale není úplná, dochází k přenosu HPV virů i při jeho použití. Nejspolehlivější primární prevencí je vakcinace mladých dívek proti HPV infekci. První vakcínou byla vakcína Silgard, byla registrována v průběhu roku 2007. V současné době typ 18 a 16 odpovídá za 70 % veškerých prekanceróz a karcinomů. Klinické studie ukazují, že skupina dívek, u nichž bylo provedeno očkování, mají proti infekci zcela spolehlivou ochranu po řadu let.



Následné sledování ukáže, zda bude nutné přeočkování a po jakém intervalu. Optimální model vakcinace by bylo vakcinovat celý ročník dívek před prvním pohlavním stykem (ROB et al., 2008).

První použití vakcíny v ČR je registrováno v prosinci 2006. Vakcinace nemá vliv pouze na karcinom děložního hrdla, ale i na další onemocnění vyvolaná HPV viry. Jsou to karcinomy vagíny, vulvy, orofaryngu a penisu. Vakcíny jsou velice bezpečné. Jsou velice dobře tolerovány a riziko při podání těchto vakcín je minimální. Očkování provádí gynekologové, praktičtí lékaři pro děti a dorost (CIBULA 2009).

### **1.11.1 CERVARIX**

Tato vakcína obsahuje hlavní onkogenní HPV genotyp, HPV 16 a 18. Jsou zodpovědné za asi 70 % případů vzniku karcinomu děložního čípku. Vakcína chrání i proti HPV 31, 33 a 45. Cervarix se podává intramuskulárně do oblasti deltového svalu. Vakcína se nejlépe podává ve třech dávkách. Schéma vakcinace je 0-1-6 měsíců. V doporučení se zmiňuje o užití jedné očkovací látky, po dobu celé vakcinace.

Vakcína nechrání před lézí HPV, pokud již byly ženy v době očkování infikovány HPV 16 nebo 18. Až 80 % žen se setká s viry HPV infekce a pouze 50-80 % případů samovolně vymizí (ANON, 2014)

### **1.11.2 SILGARD**

Obsahuje čtyři HPV genotypy. HPV 6, 11, 16 a 18. HPV viry typu 16 a 18 jsou zodpovědné za zhruba 70 % případů rakoviny děložního čípku a za 70 % předrakovinných změn zevních pohlavních orgánů a pochvy. HPV viry typu 6 a 11 jsou přibližně zodpovědné za 90 % případů genitálních bradavic.

Silgard se podává intramuskulárně do oblasti deltového svalu popřípadě do stehenního svalu. Schéma vakcinace je 0, 2 a 6 měsíců při ideálním postupu (ANON, 2014).

## **1.12 PRÁCE VŠEOBECNÉ SESTRY PŘI GYNEKOLOGICKÉM VYŠETŘENÍ**

Všeobecná sestra připravuje před každým gynekologickým vyšetřením pomůcky: sterilní rukavice, lubrikační gel, emitní misku, sterilní vaginální zrcadla, pomůcky k odběru biologického materiálu, buničitou vatu, kolposkop a medicínské roztoky, které lékař potřebuje při preventivním vyšetření.

Všeobecná sestra připravuje ženu pacientku před gynekologickým vyšetřením v několika etapách. Zajistí jí možnost vymočení a hygieny genitálu před vyšetřením. Pacientce umožní odložit oděv dolní poloviny těla v dostatečném soukromí. Podle potřeby dopomůže posadit ženu na gynekologický vyšetřovací stůl. Všeobecná sestra psychicky dopomáhá pacientce, vyzývá ji ke spolupráci a k uvolnění břišní stěny a k prodýchávání. Všeobecná sestra edukuje pacientku o důvodu a postupu vyšetření. Všeobecná sestra vždy asistuje lékaři při vyšetření (SLEZÁKOVÁ, 2007).

## **1.13 ZÁKLADNÍ POVINNOSTI VŠEOBECNÉ SESTRY NA GYNEKOLOGICKÉM ODDĚLENÍ**

Ošetrovatelskou péči provádí všeobecná sestra prostřednictvím ošetrovatelského procesu. Všeobecné sestry pracují na oddělení nejčastěji ve třisměnném provozu. Všeobecná sestra musí ovládat i specifické výkony na gynekologickém oddělení. Náročnost tohoto povolání je vysoké. Na gynekologickém oddělení se často léčí ženy, které jsou ohroženy na životě. Navíc u gravidních pacientek často bývá v ohrožení života i nenarozené dítě. Vyskytují se zde také pacientky s hormonálními výkyvy, onkologickými nemocemi a velice často jsou pod vlivem stresujícího onemocnění. Z tohoto faktoru vyplývá psychická i fyzická zátěž všeobecné sestry (SLEZÁKOVÁ, 2007).

## **1.14 PRÁCE VŠEOBECNÉ SESTRY S PACIENTEM MUSLIMSKÉHO VYZNÁNÍ**

V České republice je v současné době desítky tisíc obyvatel vyznávajících Islám. Česká republika a konkrétně Praha je vyhledávanou turistickou destinací pro turisty z arabských zemí. Velká část turistů přijíždí do České republiky ze zdravotních důvodů. Turisté zde nachází ideální prostředí pro léčbu některých onemocnění.

### **Co by měla znát všeobecná sestra o pacientech muslimského vyznání?**

- Islám je nejmladší náboženství na Světě.
- Muslimové věří v Alláha - součástí života tvoří oddanost k němu.
- Muslimové přísně dodržují modlitby - modlitbu muslimové vykonávají pětkrát za den. Nemocný může být modlitby zproštěn. Ortodoxní muslimové chtějí modlitby vykonávat i v nemoci.
- Modlitba je vždy vykonaná směrem k Mekce.
- Menstruující žena je také zproštěna vykonávání modlitby.
- Před modlitbou předchází očista.
- Předměty užívané při modlení je - modlitební koberec a korán.
- Vždy je dobré v nemocničním zařízení určit jedno místo, které by mohli muslimové používat jako modlitebnu a která se nesmí používat k jiným účelům.
- Místnost k vykonání modliteb by měly být vybavena vodovodem.
- Je důležité nerušit pacienta v průběhu modlitby.
- Jendou ročně devátý měsíc v roce se muslimové postí. Ramadán se dodržuje v období celého měsíce a od východu až do západu slunce, nejí, nekouří a vyhýbají se sexuálnímu styku.
- Dny půstu musí být uskutečněny, pokud to ale dovoluje zdravotní stav muslima. Muslim musí, zachovat své zdraví a chránit jej.
- Odívání je specifické. Oblastí krku a kolen jsou pro ženu tabu, ortodoxní věřící ženy mají zahalenou tvář.
- Oděv nesmí zdůrazňovat tělesné křivky.
- V nemocnici bude žena chtít být zahalena.

- Muži nesmí nosit oděv z hedvábí.
- Stravovací zvyky muslimů jsou velice přísné - korán zakazuje konzumaci vepřového masa. Dále je zakázána konzumace pokrmů, které byly připravovány na alkoholu a zakázán je i sám alkohol. Z mořských ryb můžou jíst ryby, které mají šupiny.
- Nabídneme pacientovi vegetariánskou stravu.
- Pokud je potřeba, aby pacient dodržoval dietní režim, je třeba seznámit pacientka a jeho rodinu s významem a případnými následky nedodržování dietního doporučení.
- Zajišťujeme, aby nemocniční stravu vždy pacient dostával od ženy.
- Transfuze jsou pro život ohrazující stav povoleny.
- Bolest pacientů je intenzivnější, než je tomu u pacientů české národnosti.
- Podání ruky při setkáním není moc obvyklé.
- Transplantace je dovolena, pokud jde o orgán od živého dárce. Transplantace z mrtvého těla je po islámské hledisko nepřijatelná.
- Pitva je zakázána.
- Pokud pacientka nezná jazyk (anglický, český) pokoušíme se zajistit profesionálního tlumočníka.

## **OŠETŘOVÁNÍ MUSLIMSKÉHO MUŽE**

Musíme vědět, že z tělesné oblasti je tabu u mužů oblast mezi pupkem a koleny. Pacienti by měli být vyšetřeni a ošetřováni personálem mužského pohlaví, zvláště pokud jde o intimní péči.

## **OŠETŘOVÁNÍ MUSLIMSKÉ ŽENY**

Tělesné oblasti, které jsou u ženy diskrétní - od krku až po kolena. Péče o pacientky je muži zakázána. Nikdy neposíláme pacientku na vyšetření například se zdravotním bratrem či ošetřovatelem. Vysvětlíme manželovi hlavě rodiny opatření, která jsou nutná. Aktivně se ptáme, které osoby při vyšetření můžou být přítomny. Odhalujeme pouze nejdůležitější části těla, která jsou nutně potřeba (STARKOVÁ, 2012).

## 2 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTKY S PREKARCERÓZOU DĚLOŽNÍHO ČÍPKU

Tabulka 1 Identifikační údaje pacientky

<b>Jméno a příjmení:</b> XY	<b>Pohlaví:</b> žena
<b>Datum narození:</b> 1966	<b>Věk:</b> 49
<b>Adresa bydliště a telefon:</b> Praha	
<b>Vzdělání:</b> vysokoškolské	<b>Zaměstnání:</b> nyní je v domácnosti
<b>Stav:</b> vdaná	<b>Státní příslušnost:</b> arabská
<b>Datum přijetí:</b> 8. 12. 2014 v 18:00	<b>Typ přijetí:</b> plánovaný
<b>Oddělení:</b> UPMD	

Zdroj: ošetřovatelská dokumentace

### **Důvod přijetí udávaný pacientem:**

*Potřebuji operaci, protože mám něco na cervixu, pan doktor mi řekl, že je to důležité. Manžel a já jsme se rozhodli operaci provést v České republice ještě před tím, než odjedeme zpět do naší země.*

### **Medicínská diagnóza hlavní:**

Cervikální intraepiteliární léze III. stupně (N872)

### **Medicínské diagnózy vedlejší:**

Hypothyreóza na terapii

Hemoroidy NS

Tabulka 2 Fyzikální vyšetření sestrou při příjmu

<b>TK:</b> 125 / 60 mmHg	<b>Výška:</b> 164 cm
<b>P:</b> 64 min <sup>-1</sup>	<b>Hmotnost:</b> 71 Kg
<b>D:</b> 18 min <sup>-1</sup>	<b>BMI:</b> 26,4 (nadváha)
<b>TT:</b> 36,8 (afebrilní)	<b>Pohyblivost:</b> pohybuje bez dopomoci
<b>Stav vědomí:</b> bdělá	<b>Orientace místem, časem, osobou:</b> ANO
<b>Řeč, jazyk:</b> arabský, anglický	<b>Krevní skupina:</b> A+

Zdroj: ošetrovatelská dokumentace

**Nynější onemocnění:** Cervikální intraepiteliální léze III. stupně (N872)

**Informační zdroje:** Zdravotnická dokumentace, anamnéza od pacientky, pozorování a rozhovor s pacientkou a rodinnou.

## ANAMNÉZA

### RODINNÁ ANAMNÉZA

**Matka:** Zdráva, prodělala pouze běžné dětské nemoci

**Otec:** Zemřel na karcinom tlustého střeva

**Sourozenci:** 3 zdraví bratři (běžné alergie)

**Děti:** 2 děti – dívka (eufunkční STRUMA), chlapec zdrav.

## OSOBNÍ ANAMNÉZA

V dětství překonala běžná dětská onemocnění. Léčí se s hypothyreózou štítné žlázy. Od porodu dvou dětí trpí na hemeroidy.

**Hospitalizace a operace:** První hospitalizaci pacientka zažila u porodu obou dětí. V pořadí třetí hospitalizaci podstoupila v Ománu z důvodu proktologického výkonu.

**Úrazy:** 0

**Transfúze:** 0

**Očkování:** běžná očkování

Tabulka 3 Léková anamnéza

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
Euthyrox	Tbl.	75 mg	1-0-0	Hormon
Ascorutin	Tbl.	50 mg	1-0-1	Látky stabilizující kapiláry

Zdroj: ošetrovatelská dokumentace

## ALERGOLOGICKÁ ANAMNÉZA

**Léky:** neguje.

**Potraviny:** neguje.

**Chemické látky:** neguje.

**Jiné:** neguje.

## ABÚZY

**Alkohol:** velice málo.

**Kouření:** neguje.

**Káva:** denně.

**Léky:** dle chronická medikace.

**Jiné návykové látky:** neguje.

Tabulka 4 Gynekologická anamnéza

Gynekologická anamnéza	Urologická anamnéza u mužů
<p><b>Menarché:</b> od 13 let.</p> <p><b>Cyklus:</b> pravidelný</p> <p><b>Trvání:</b> 27 dní cyklu 7 dní menstruace</p> <p><b>Intenzita, bolesti:</b> středněsilná intenzita s bolesti</p> <p><b>PM:</b> 9/2014</p> <p><b>A:</b> 0</p> <p><b>UPT:</b> 0</p> <p><b>Antikoncepce:</b> nikdy neměla</p> <p><b>Menopauza:</b> od 10/2014</p> <p><b>Potíže klimakteria:</b> pouze návaly horka a chladu</p> <p><b>Samovyšetřování prsou:</b> pravidelné</p> <p><b>Poslední gynekologická prohlídka:</b> 9. 12. 2014</p>	<p>Překonaná urologická onemocnění:</p> <p>Samovyšetřování varlat:</p> <p>Poslední návštěva u urologa:</p>

Zdroj: ošetřovatelská dokumentace



## **SOCIÁLNÍ ANAMNÉZA**

**Stav:** Vdaná

**Bytové podmínky:** Žije s rodinnou ve vile

**Vztahy, role a interakce:** Manžel je zaměstnán na velvyslanectví. Dcera studuje vysokou školu. Syn pracuje v Ománu jako bankéř. Vztahy v rodině jsou velice dobré. Pacientka s manželem jsou velice společenští. Pacientka je občas smutná z odloučení od rodiny a přátel.

**Záliby:** Starost o rodinu, práce v domácnosti, vaření, četba a péče o sama o sebe.

**Volnočasové aktivity:** Čas tráví s manželem a přítelkyněmi s ambasády.

## **PRACOVNÍ ANAMNÉZA**

**Vzdělání:** Vysokoškolské ekonomické vzdělání.

**Pracovní zařazení:** Nyní je v domácnosti.

**Čas působení, čas odchodu do důchodu, jakého:** nemá nárok na důchod a před svatbou pracovala jako ekonomka v Ománu.

**Vztahy na pracovišti:** Vztahy měla dobré.

**Ekonomické podmínky:** Jsou velice příznivé, manžel nyní živí pacientku.

## **SPIRITUÁLNÍ ANAMNÉZA**

**Religiózní praktiky:** Vyznává Islám, dodržuje veškerá pravidla tohoto náboženství (příloha B).

**Stravovací návyky:** Nekonzumuje vepřové maso a alkohol. Preferuje jehněčí maso, luštěniny, zeleninu a orientální koření. Stravuje se pouze pravou rukou, levá ruka je takzvaně používána na nečisté činnosti, dodržuje Ramadán (půst).

**Vliv náboženství:** Ano, na zdravotní péči, na stravování, na osobní čas (modlení), na rodinné vztahy.

**Stravovací režim:** Stravuje se v průběhu dne v malých dávkách.

## 2.1 FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ SESTROU

### POPIS FYZICKÉHO STAVU: 12. 12. 2014

#### Hlava a krk

- Subjektivně: Hlava mě nebolí.
- Objektivně: Vlasový porost je přiměřen věku, vlasy jsou husté a tmavé. Krk je bez kožních a pohybových změn.

#### Oči

- Subjektivně: Nikdy jsem neměla problém se zrakem ani s očima.
- Objektivně: Skléry bílé, spojivky růžové, zornice izokorické.

#### Uši, nos

- Subjektivně: Nikdy jsem neměla problém dýchacími cestami.
- Objektivně: Uši: normální velikost a tvar ušních boltců, zevní zvukovod čistý  
Nos: symetrický bez výtoku průchodný.

#### Rty

- Subjektivně: Absolutně bez problému.
- Objektivně: Bez cyanosy, nepopraskané

#### Dásně, sliznice dutiny ústní

- Subjektivně: Absolutně bez problému.
- Objektivně: Sliznice: bez hypersalivace a bez povlaku a defektu  
Dásně: růžové bez známek parodontózy  
Dutina ústní: zdá se pořádku.

#### Jazyk

- Subjektivně: *Bez problémů*
- Objektivně: Bez povlaku.

#### Tonzily

- Subjektivně: Absolutně bez problému.
- Objektivně: Nezvětšené bez povlaku a beze změn.

## Chrup

- Subjektivně: Absolutně bez problému.
- Objektivně: Má vlastní chrup ve velice dobrém stavu

## Hrudník

- Subjektivně: Absolutně bez problému
- Objektivně: Symetrický

## Plíce

- Subjektivně: Absolutně bez problému
- Objektivně: Dýchání bez vedlejších fenoménů,

## Srdce

- Subjektivně: Nikdy jsem se srdcem neměla žádné problémy.
- Objektivně: Akce srdeční pravidelná, sinusový rytmus, palpitace nejuje, tepová frekvence aktuálně 68/min krevní tlak aktuálně 130/70/ mmHg

## Břícho

- Subjektivně: Občas mám zácpu, jinak na nic vážného netrpím.
- Objektivně: Přiměřená peristaltika, poslední stolice dnes ráno, palpce z důvodu operační rány neprovedena důkladně.

## Játra

- Subjektivně: Nevím o žádném problému.
- Objektivně: Palpačně nehmatatelná

## Slezina

- Subjektivně: Nevím o žádném problému.
- Objektivně: Palpačně nehmatatelná, nebolestivá

## Genitál

- Subjektivně: Močová cévka je nyní nepříjemná, jinak jsme nikdy žádné problémy neměla.
- Objektivně: Ochlupení ženského typu, sekret nepřítomen. PMK velikost 14, den 3, odvádí čistou moč bez makroskopických příměsí a patologického zápach

## Uzliny

- Subjektivně: Nevím o žádném problému.
- Objektivně: Palpačně nezvětšené, nebolestivé

## Páteř

- Subjektivně: Nevím o žádném problému.
- Objektivně: Páteř fyziologického postavení, bez svalové hypotrofie.

## Klouby

- Subjektivně: Nevím o žádném problému.
- Objektivně: Nebolestivé a bez deformit.

## Reflexy

- Subjektivně: Nevím o žádném problému.
- Objektivně: Přiměřené

## Čítí

- Subjektivně: Nevím o žádném problému.
- Objektivně: Přiměřené nemocničnímu prostředí.

## Periferní pulzace

- Subjektivně: Nevím o žádném problému.
- Objektivně: Přítomna dobře hmatatelná.

## Varixy

- Subjektivně: Nevím o žádném problému na nohách po porodu se mi udělaly hemeroidy.
- Objektivně: Na dolních končetinách nepřítomny, lehce viditelné hemeroidy

## Kůže

- Subjektivně: Nevím o žádném problému.
- Objektivně: Normálního typu, kožní turgor v normě, riziko vzniku dekubitů dle rozšířené stupnice Nortonové 22 bodů.

## Otoky

- Subjektivně: Občas mi otečou dolní končetiny, když cestujeme s manželem autem po Evropě.
- Objektivně: Nepřítomny

## 2.2 POSOUZENÍ PACIENTKY

Posouzení ze dne 12. 12. 2014 (3. pooperační den)

### 1. Podpora zdraví

- Subjektivně: *Jsem si vědoma že, mám pár kilogramů na víc.*
- Objektivně: Pacientka má BMI 26,4. Na pacientce je zřejmé že, do budoucna změní svůj životní režim v souladu s vírou.
- Doma: Pacientka se stravuje v souladu s vírou. Preferuje sladká jídla. V období Ramadánu dodržuje půst.
- Při hospitalizaci: Dodržuje nemocniční řád. Pacientka je nekuřačka.

### 2. Výživa

- Subjektivně: *Mám ráda sladká arabská jídla, jím je hodně a vím že, bych je měla omezit. K pití preferuji černé čaje a Ayran.*
- Objektivně: Po dobu hospitalizace, se pacientka řádně stravuje nemocničním jídlem. Manžel ji do nemocnice nosí jednou za den arabské hlavní jídlo. Pitný režim se snaží dodržovat.
- Doma: Výhradně se stravuje arabskou gastronomií.
- Při hospitalizaci: Po dobu hospitalizace, se pacientka stravuje nemocniční stravou.
- Ošetrovatelský problém: Nadměrná výživa v porovnání s metabolickými požadavky.
- Priorita: střední

### 3. Vylučování a výměna

- Subjektivně: *Cítím se dobře, akorát jsem nebyla na toaletě od operace. Asi to bude malým pohybem?*
- Objektivně: Pacientka nebyla od operačního výkonu na stoličce. Dnes podána Lactulosa sir. 10 ml.
- Doma: Nemá problémy na stoličce, chodí pravidelně.
- Při hospitalizaci: Pacientka nebyla od operačního výkonu na stoličce. Dnes podána Lactulosa sir. 10 ml.
- Ošetrovatelský problém: Porucha defekace.
- Priorita: Vysoká

### 4. Aktivita – odpočinek

- Subjektivně: *Už chci být doma, špatně se mi tady odpočívá a spí. Nejsem zvyklá být v cizím prostředí a cizími lidmi bez svého manžela. Vstávám velice brzy na první modlitbu.*
- Objektivně: Pacientka je unavená, pokoušíme se zajistit co nejlepší prostředí pro kvalitní spánek a odpočinek. Vstává při východu slunce.
- Doma: Problém se spánkem měla jen v průběhu těhotenství. Nyní problémy žádné nemá.
- Při hospitalizaci: Pacientka je unavená, pokoušíme se zajistit co nejlepší prostředí pro kvalitní spánek a odpočinek. Vstává při východu slunce.
- Ošetrovatelský problém: Spánková intolerance.
- Priorita: Střední

### 5. Percepce/ kognice

- Subjektivně: *Nemluví česky a nikdo mi moc nerozumí. Je zvláštní, že v České republice mluví tak málo lidí anglicky.*
- Objektivně: Personál v nemocnici se snaží pacientce s komunikací co nejvíce vyjít vstříc. Vedení nemocnice domluvilo nemocničního tlumočnicka v případě potřeby.
- Doma: Nepocítuje problémy s komunikací.
- Při hospitalizaci: Personál v nemocnici se snaží pacientce maximálně pomáhat. K pacientce přichází pouze anglicky mluvící personál.
- Ošetrovatelský problém: Zhoršená adaptace v nemocničním prostředí.
- Priorita: Nízká

## 6. Sebepercepce

- Subjektivně: *Manžel je spokojený, takže já jsem také spokojená.*
- Objektivně: Vzhled pacientky je upravený a čistý.
- Doma: Nejčastěji chodí zahalená. Oděv zakrývá celé tělo pacientky, čili ruce po zápěstí a nohy po kotníky, vlasy překrývá šátek.
- Při hospitalizaci: Respektujeme dlouhou košili a triko s dlouhým rukávem.

## 7. Vztahy mezi rolemi

- Subjektivně: *S manželem máme nádherný vztah. Je to nejlepší manželství.*
- Objektivně: Cítí se relativně dobře.
- Doma: Je ve svém životě šťastná.
- Při hospitalizaci: Cítí se relativně dobře.

## 8. Sexualita

- Subjektivně: *Omlouvám se, ale na toto téma nechci odpovídat.*
- Objektivně: Nelze hodnotit.
- Doma: Nelze hodnotit.
- Při hospitalizaci: Nelze hodnotit.
- Ošetrovatelský problém: Nelze hodnotit.

## 9. Zvládání/tolerance zátěže

- Subjektivně: *Myslím si, že zvládám stresové situace velice dobře. Mezi hysterické ženy nepatřím.*
- Objektivně: Pacientka je klidná a vyrovnaná.
- Doma: Nelze posoudit.
- Při hospitalizaci: Pacientka nevykazuje známky stresu před ani po operačním výkonu.

## 10. Životní principy

- Subjektivně: *Pocházím z muslimské rodiny, takže naší prioritou je výchova dětí a pečování o manžela, modlení, a dodržování muslimských pravidel. Tento život bych nevyměnila i přesto že Evropané Muslimy opovrhují, protože absolutně nepochopili muslimskou víru.*
- Objektivně: Na pacientce je zřejmé, že jí velice záleží na rodině a hlavně na manželovi. Harmonie její rodiny na mě působí velice klidně a pozitivně.
- Doma: Viz. Subjektivní vyjádření.
- Při hospitalizaci: Pacientka je velice přátelská a dle povídání s pacientkou je zřejmý zájem o rodinu.
- Ošetrovatelský problém: Obava z neznámé kultury a riziko z duchovního strádání.
- Priorita: Střední

## 11. Bezpečnost – ochrana

- Subjektivně: *V přítomnosti manžele se cítím nejlépe, ale když odejde do práce nevadí mi to. Personálu v nemocnici důvěřuji.*
- Objektivně: Pacientka je vyrovnaná, ale v situaci s mužem lékařem se zdá být nervózní.
- Doma: Dle pacientky, bez přítomnosti manžela nerada opouští rodinné sídlo.
- Při hospitalizaci: Pouze si všímám nervozity při vyšetření lékařem, jinak je pacientka klidná.
- Ošetrovatelský problém: Porucha adaptace na lékaře muže.
- Priorita: Střední

## 12. Komfort

- Subjektivně: *V nemocnici a na pokoji se cítím dobře, zdravotní sestry jsou velice hodné, i když nemluví anglicky. Bohužel nemůžu se uvolnit jako doma.*
- Objektivně: Všímám si, že si pacientka hlídá svojí intimitu hlavně před muži.
- Doma: Pacientka si nemusí hlídat tolik intimitu jako v nemocnici.
- Při hospitalizaci: Pacientka se cítí trochu nejistě.
- Ošetrovatelský problém: Zhoršený komfort 00214
- Priorita: Nízká

## 13. Růst/vývoj

- Subjektivně: *V růstovém vývoji jsem nikdy neměla problém.*
- Objektivně: Pacientka neuvedla žádné problémy.



## 2.3 MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT

### Ordinovaná vyšetření

Hematologické krevní vyšetření z 12. 12. 2014 v 7:30

Tabulka 5 Laboratorní vyšetření z 12. 12. 2014

Název	Zkratka	Výsledek	Fyziologické hodnoty
Leukocyty	WBC	12,9	4, 10- 10, 20 x 10 <sup>9</sup> /l
Erytrocyty	RBC	3, 1	4,19x10 <sup>12</sup> /l
Hemoglobin	HGB	110	135- 174 g/l
Hematokrit	HCT	0, 411	0,390- 0,510 l
Trombocyty	PLT	158	142-327x10 <sup>9</sup> /l

Zdroj: ošetrovatelská dokumentace

**Konzervativní léčba:** Minimalizována.

**Dieta:** 2.

**Výživa:** Per os

**Pohybový režim:** Volný

**RHB:** Dechová rehabilitace spojená s pooperační rehabilitací.

## Medikamentózní léčba

Tabulka 6 Medikamentózní léčba

Název léku	Forma/cesta podání	Síla	Dávkování	Skupina
Fragmin	s.c	5000 j.	Á 24 h. (6:00)	Antikoagulancia
Dicloerum	Supp.	Max.do200mg	Dle potřeby	Nesteroidní antirevmatikum
Diazepam	p.o	100 mg	Ve 20:00 dle potřeby.	Anxiolotikum
Dipidolor	i.m	2 ml / 15 mg	Nad Vas 4	Analgeticum
Lactulosa	Sir.	50 % sirup	10 ml dle potřeby.	Laxantivum

Zdroj: ošetrovatelská dokumentace

## Chirurgická léčba (výkon, kdy):

Operační výkon byl proveden dne 9. 12. 2014 Laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie s bilaterální adnexektomií.

## **2.4 SITUAČNÍ ANALÝZA**

Dne 8. 12. 2014 byla na gynekologickém oddělení plánovaně přijata pacientka s dg: Cervikální intraepiteliální léze III. stupně (CIN III).

Pacientka je muslimského vyznání, které je v této nemocnici plně respektováno a bylo jí vyhověno být ubytovaná na nadstandartním pokoji. Lze s ní komunikovat anglickým jazykem. Má plnou podporu manžela, který ji doprovází během celé hospitalizace.

Trpí spánkovou intolerancí. Z důvodu odlišného náboženského vyznání odmítá muže lékaře. Pacientka je ve stabilizovaném stavu, nyní je třetí den po operačním výkonu. Byla provedena laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie s bilaterální adnexetomií.

Operační výkon probíhal bez komplikací s následným klidným pooperačním průběhem. Pacientka se cítí dobře, vnímání bolesti dle Vizualní analogové škály bolesti v průběhu dne udávala číslem 1 a večer číslem 2, bez terapie analgetiky. Dodržuje dietu číslo 2 (šetřící dieta). Pacientka má nadváhu BMI (26,4). Dle Barthelové testu je nezávislá, v testu obdržela 100 bodů. Pacientka nekrvácí z pochvy, pochva klidná, mikce bez obtíží, pooperační flatulence přítomna, defekace zatím nebyla. Operační rány po laparoskopických portech jsou klidné bez známek infekce. Pacientka má zavedenou periferní žilní kanylu, která dnes bude odstraněna. Pacientka má klidový režim s postupnou rehabilitací.

## **2.5 USPOŘÁDÁNÍ DIAGNÓZ DLE NANDA I. TAXONOMIE II.**

### **Aktuální diagnózy**

Zácpa (00011)

Zhoršená verbální komunikace (00051)

Narušená integrita tkáně (00044)

Nespavost (00095)

Únava (00093)

Zhoršena religiozita (00169)

Zhoršený komfort (00214)

Snaha zlepšit výživu (00163)

Narušená integrita kůže (00046)

Snaha zlepšit komunikaci (00157)

Snaha zlepšit spánek (00165)

### **Rizikové**

Riziko krvácení (00206)

Riziko infekce (00004)

Riziko oslabení lidské důstojnosti (00174)

## **OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA 1**

### **1 Zácpa 00011**

**Doména:** 3 Vylučování a výměna

**Třída:** 2 Funkce gastrointestinálního systému

**Definice:** Pokles běžné frekvence defekace doprovázený obtížným nebo nekompletním odchodem stolice anebo odchodem nepřiměřeně tuhé, suché stolice.

**Určující znaky:** Gastrointestinální obstrukce, snížení frekvence pohybu, změny v příjmu a složení potravy, změna prostředí, nadváha, bolest břicha.

**Související faktory:** (funkční) nedostatečná fyzická aktivita  
(farmakologická) sedativa  
(mechanické) pooperační obstrukce

**Cíle:**

Dlouhodobé: U pacientky dosáhnout pravidelné defekace do 1 týdne.

Krátkodobé: Pacientka nepocit'uje bolesti a napětí břicha plynatost a plnost konečníku ani nadměrnou námahu při defekaci do 5 hodin.

**Priorita: vysoká****Očekávané výsledky:**

Pacientka zaujímá úlevovou polohu do 5 minut.

Pacientce je podána medikace ordinována lékařem do 10 minut.

Pacientka zná příčiny svého stavu do 20 minut.

Pacientka je informována o hlášení změn o jejím stavu do 30 minut.

Pacientka dodržuje doporučený režim po celou dobu hospitalizace.

Pacientka dodržuje ordinovaný pitný režim po celou dobu hospitalizace.

Pacientka se vyprázdní před propuštěním z nemocničního oddělení.

**Plán intervencí (posuzovací, prováděcí, vedoucí ke zdraví, dokumentace):**

- Věnuj pozornost flatulenci, všeobecná sestra – každou hodinu.
- Ptej se na bolest, všeobecná sestra – každou hodinu.
- Dbej na dostatek soukromí při defekaci, všeobecná sestra – po celou dobu hospitalizace.
- Zajistit podávání medikace dle ordinace lékaře, všeobecná sestra - po celou dobu hospitalizace.
- Všímej si chování pacientky i změn a proved' záznam do ošetrovatelské dokumentace, všeobecná sestra vždy.
- Zajisti pacientce vhodné a komfortní prostředí, po celou dobu hospitalizace, všeobecná sestry.

## **Realizace:**

### **Realizace 3. dne hospitalizace**

7:00 Odběr biologického materiálu dle ordinace lékaře a změření fyziologických funkcí.

7:30 Ranní hygiena s dopomocí.

8:00 Příprava a podávání léků a následná snídane.

8:30 Lékařská vizita (asistence při lékařské vizitě všeobecné sestry)

9:30 Rehabilitace fyzioterapeutem.

10:00- 12:00 Klidový režim pro pacientku, všeobecná sestra plní ordinace lékaře.  
Zhodnotí celkový stav pacientky.

12:30 Příprava a podávání léků a následný oběd.

14:00 Měření fyziologických funkcí všeobecnou sestrou a rozhovor o vyprazdňování pacientky v pooperačním období.

15:00 – 17:00 Klidový režim pro pacientku. Všeobecná sestra odstraňuje PMK dle ordinace lékaře a edukuje pacientku o následném režimu po odstranění.

18:00 Měření fyziologických funkcí všeobecnou sestrou a kontrola dotazem o vyprázdnění pacientčina střeva. Všeobecná sestra předává službu noční směně.

### **Realizace 4. dne hospitalizace**

7:00 Odběr biologického materiálu dle ordinace lékaře a změření fyziologických funkcí.

7:30 Ranní hygiena s dopomocí.

8:00 Příprava a podávání léků a následná snídane.

8:30 Lékařská vizita (asistence při lékařské vizitě všeobecné sestry)

8:45 Všeobecná sestra podává Lactulosu dle ordinace lékaře.

9:30 Rehabilitace fyzioterapeutem.

10:00- 12:00 Klidový režim pro pacientku, všeobecná sestra plní ordinace lékaře. Všeobecná sestra zkontroluje operační ránu a následně provádí aseptický převaz operačních ran. Zkontroluje invazivní vstup. Zhodnotí celkový stav pacientky.

12:30 Příprava a podávání léků a následný oběd.

14:00 Měření fyziologických funkcí všeobecnou sestrou a rozhovor o vyprazdňování pacientky v pooperačním období.

14:30 Pacientka nahlašuje všeobecné sestře vyprázdnění střeva. Všeobecná sestra zapisuje veškeré informace do pacientčiny dokumentace.

15:00 – 17:00 Klidový režim pro pacientku. Všeobecná sestra odstraňuje PŽK dle ordinace lékaře a edukuje pacientku o následném režimu po odstranění.

18:00 Měření fyziologických funkcí všeobecnou sestrou a kontrola dotazem o vyprázdnění pacientčina střeva. Všeobecná sestra předává službu noční směně.

### **Realizace 5. dne hospitalizace**

6:45 Pacientka nahlašuje všeobecné sestře vyprázdnění střeva.

7:00 Odběr biologického materiálu dle ordinace lékaře a změření fyziologických funkcí.

7:30 Ranní hygiena s dopomocí.

8:00 Příprava a podávání léků a následná snídaně.

8:30 Lékařská vizita (asistence při lékařské vizitě všeobecné sestry)

9:00 Všeobecná sestra dle ordinace lékaře propouští pacientku domů. Všeobecná sestra připravuje dokumenty pro propuštění a přivolává překladatele. Všeobecná sestra společně s překladatelem a lékařem edukují manžela a pacientku o domácím režimu a všech rizicích při propuštění z nemocnice.

**Hodnocení:** Stanovené cíle plně splněny. Pacientka od podání Lactulosity všeobecnou sestrou nemá problémy s vyprazdňováním střeva ani nepocítuje bolesti.

## OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA 2

### Riziko oslabení lidské důstojnosti (00174)

**Doména:** 6 Sebepercepce

**Třída:** 1: Sebepojetí

**Definice:** Riziko vnímané ztráty a cti

**Rizikové faktory:** kulturní nesoulad, vystavení těla

#### Cíle:

Dlouhodobé: Pacientka je v co nejoptimálnějším prostředí pro rekonvalescenci do konce hospitalizace.

Krátkodobé: Pacientka nám sdělí své zvyky, přizpůsobujeme jim režim ošetřovatelské péče do 3 hodin.

**Priorita:** střední

#### Očekávané výsledky:

Pacientka je schopna přivolat zdravotnický personál do 5 min.

Pacientka se nebojí provádět náboženské praktiky v nemocničním pokoji do 4 hod.

Pacientka se cítí bezpečně v nemocničním zařízení do 6 hodin.

Pacientka se pokouší hovořit se zdravotnickým personálem do 12 hod.

#### Plán intervencí:

- Věnuj pozornost pacientčině chování všeobecná sestra – při každém kontaktu.
- Zhodnoť, zda se pacientka cítí v pořádku všeobecná sestra – každou hodinu.
- Dbej na dostatek soukromí, všeobecná sestra – po celou dobu hospitalizace.
- Dbej na dostatek soukromí a zajisti samostatnou místnost pro vykonávání náboženských praktik všeobecná sestra – po celou dobu hospitalizace.



## **Realizace:**

### **Realizace 3. dne hospitalizace**

6:30 Zajisti vhodnou dietní stravu u nutričního terapeuta. (vyloučení vepřového masa ze stravy)

7:00 Odběr biologického materiálu dle ordinace lékaře a změření fyziologických funkcí a následné zapsání do dokumentace.

7:30 Ranní hygiena s minimální dopomocí pouze ženského personálu, snažíme se zajistit co největší soukromí, dbáme na intimitu pacientky.

8:00 Příprava a podávání léků a následná snídaně. Přivoláváme již objednaného tlumočnicka na lékařskou vizitu.

8:30 Lékařská vizita (asistence při lékařské vizitě všeobecné sestry), všeobecná sestra se snaží zajistit, co nejlepší intimitu při vyšetření pacientky ženou lékařkou.

9:30 Rehabilitace fyzioterapeutkou.

10:00- 12:00 Klidový režim pro pacientku, všeobecná sestra plní ordinace lékaře. Všeobecná sestra zkontroluje operační krytí rány, zkontroluje invazivní vstupy. Zhodnotí celkový stav pacientky.

12:30 Příprava a podávání léků a následný oběd, opět je oběd přizpůsoben potřebám pacientky.

14:00 Měření fyziologických funkcí všeobecnou sestrou a rozhovor o náboženských rutinách.

15:00 – 17:00 Klidový režim pro pacientku. Všeobecná sestra odstraňuje PMK dle ordinace lékaře a edukuje pacientku o následném režimu po odstranění. Všeobecná sestra umožňuje provést pacientce důkladnější hygienu z důvodu odstranění PMK.

18:00 Měření fyziologických funkcí všeobecnou sestrou a kontrola dotazem. Všeobecná sestra předává službu noční směně.

#### **Realizace 4. dne hospitalizace**

7:00 Odběr biologického materiálu dle ordinace lékaře a změření fyziologických funkcí., aktivně se pacientky ptáme, zda potřebuje speciální pomůcky či pomoc.

7:30 Ranní hygiena s minimální pomocí, snažíme se zajistit co největší soukromí, dbáme na intimitu pacientky.

8:00 Příprava a podávání léků, následná snídaně

8:30 Lékařská vizita (asistence při lékařské vizitě všeobecné sestry), všeobecná sestra se snaží zajistit co nejlepší intimitu při vyšetření pacientky ženou lékařkou.

9:30 Rehabilitace fyzioterapeutem.

10:00 - 12:00 Klidový režim pro pacientku, všeobecná sestra plní ordinace lékaře. Všeobecná sestra zkontroluje operační krytí rány, zkontroluje invazivní vstupy. Zhodnotí celkový stav pacientky, který zapíše do dokumentace.

12:30 Příprava a podávání léků a následný oběd, opět je oběd přizpůsoben potřebám pacientky. Tolerujeme pacientce přinesené obědy z domova.

14:00 Měření fyziologických funkcí všeobecnou sestrou a rozhovor o náboženských rutinách.

15:00 – 17:00 Klidový režim pro pacientku. Všeobecná sestra odstraňuje PŽK dle ordinace lékaře a edukuje pacientku o následném režimu po odstranění.

18:00 Měření fyziologických funkcí všeobecnou sestrou a kontrola dotazem. Všeobecná sestra předává službu noční směně.

**Hodnocení:** Stanovené cíle plně splněny. Pacientka se cítí bezpečně a řádně opečovávaná všeobecnými sestrami na oddělení gynekologie.

## 2.6 CELKOVÉ ZHODNOCENÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

Dne 8.12.2014 byl na gynekologické odd. přijata pacientka ženského pohlaví s dg: Cervikální intraepiteliální lézí III. stupně (CIN III). Pacientka byla muslimského vyznání, které je v této nemocnici plně respektováno. S pacientkou jsme komunikovali anglickým jazykem. V průběhu hospitalizace pacientku často navštěvoval manžel.

Trpěla spánkovou intolerancí. Z důvodu odlišného náboženského vyznání odmítla muže lékaře. Pacientka byla ve stabilizovaném stavu třetí den po operačním výkonu (Laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie s bilaterální adnexetomií).

Operační výkon proběhl bez komplikací s následným klidným pooperačním průběhem. Pacientka se cítila dobře, bolesti pociťovala dle vizuální analogové škály bolesti v průběhu dne označila číslem 1 a večer číslem 2, bez potřebné terapie analgetiky. Dietní režim byla ordinována dieta číslo 2 (šetřící dieta).

Pacientka měla nadváhu BMI (26,4). Dle Barthelové testu byla nezávislá, v testu obdržela 100 bodů. Pacientka poševně nekrvácela, pochvu měla klidnou, mikce bez obtíží a patologie, pooperační flatulence byla přítomna.

Operační rána po laparoskopických portech byla klidná bez známek infekce. Pacientka měla zavedenou periferní žilní kanylu. Pacientka měla klidový režim s postupnou rehabilitací.

Pacientka byla v průběhu celé hospitalizace při měření fyziologických funkcí stabilní. Nevykazovala žádné známky neklidu. Snažila se komunikovat se zdravotním personálem slušně nejčastěji v anglickém jazyce, pokoušela se používat i česká slova, která měla připravena z domova.

Pacientka je edukována všeobecnou sestrou a ošetřujícím lékařem o následné péči a rekonvalescenci. Ošetřovatelské diagnózy byly stanoveny dle biopsychosociálního stavu pacientky.

## **2.7 DOPORUČENÍ PRO PRAXI**

Na základě osobních zkušeností, které jsme získaly v rámci odborné i profesionální praxe na gynekologické klinice UPMD – Podolí a Canadian Medical Care, studiem odborné literatury na téma výše uvedené a absolvování několika gynekologických seminářů Levret bych ráda zformulovala několik krátkých doporučení pro praxi. Především pro všeobecné sestry, které poskytují péči pacientkám s karcinomem děložního čípku.

### **DOPORUČENÍ PRO ZDRAVOTNICKÝ PERSONÁL:**

- Neustále se vzdělávat a používat nové techniky při péči o pacientky s karcinomem děložního čípku.
- Udržovat zdravotnický kolektiv v dobré náladě, odměňovat personál za dobře provedenou práci, musíme dbát o předejití syndromu vyhoření a poskytování nekvalitní ošetrovatelské péče.
- Edukovat pacientky o problematice karcinomu děložního čípku.
- Naučit se rozpoznávat komplikace u tohoto typu onemocnění.
- Důsledné kontrolování operačních ran a krvácení.
- Zdravotnický personál by měl plně dodržovat intimitu a soukromí pacientky s tímto onemocněním.
- Vyhodnotit situaci a včas kontaktovat psychologickou pomoc pro pacientky, které jsou po operačním výkonu (hysterektomie).

### **DOPORUČENÍ PRO PACIENTKY:**

- Pacientka musí dostat, co nejlepší informace o daném onemocnění.
- Pacientka se nesmí bát hovořit o tomto druhu onemocnění.
- Pacientka by měla sdělit svůj zdravotní stav rodině.
- Dodržování celkové hygieny po sexuálním aktu, defekaci a mikci.
- Dodržovat pravidelné gynekologické kontroly alespoň 1x do roka.
- Po operačním výkonu na děložním čípku abstinovat se sexuální aktivitou po dobu 8 týdnů.

## **2.8 EDUKACE PACIENTEK S KARCINOMEM DĚLOŽNÍHO ČÍPKU**

V edukaci pacientky s karcinodem děložního čípku má sestra edukátorka a všeobecná sestra velké uplatnění. Edukuje pacientky všech věkových kategorií, informace podává srozumitelně, a nejlépe se zpětnou vazbou od pacientky. V první řadě všeobecná sestra edukuje pacientky v rámci primární prevence, zaměřuje se především na zdravý životní styl, rizikové faktory karcinomu, ke kterým patří především nízký věk při zahájení sexuálního života a počet sexuálních partnerů. Všeobecná sestra nesmí zapomenout i na faktory které se týkají nikotinu, dlouhodobého užívání hormonální antikoncepce, vícečetných porodů. Aktuální informace podává i o preventivním očkování proti karcinomu děložního čípku.

V rámci sekundární preventivní péče všeobecná sestra edukuje o screeningu, diagnostice a následné léčbě. Bohužel tato edukace není plně využívána. Všeobecná sestra v gynekologické ambulanci edukuje pacientky o včasných preventivních návštěvách. Pacientky by měly vědět, že z velké části lze karcinomu děložního čípku předejít právě preventivními návštěvami na gynekologie.

V poslední řadě se sestra edukátorka zaměřuje na edukaci pacientky v terciární prevenci, tedy při léčbě karcinomu děložního čípku. Pacientku edukujeme o předoperačních vyšetření, předoperační přípravě, druhu operace a jejím postupu, následné rehabilitaci a léčbě po operaci a o následných kontrolách po propuštění z nemocničního zařízení.

Všeobecná sestra může být velice kreativní, co se týče edukace patientek žen na gynekologických odděleních a ambulancích. Informace patientkám může předávat ústně, při osobním setkání může k edukaci použít letáky, internetové stránky a názorné pomůcky. Pokud sestra edukátorka uzná za vhodné, může uspořádat besedy s možností diskuze. Velice důležitá je edukace mladých dívek, které do gynekologické ordinaci přišly na první návštěvu. Právě prevence umožňují včasnou detekci, diagnostiku a léčbu karcinomu děložního čípku. Tuto informaci by si každá žena měla uvědomit a odnést si ji z gynekologické ambulance (GAŠPAKOVÁ, 2009).

## ZÁVĚR

Téma bakalářské práce, které jsme spolu s mojí vedoucí práce vybrali, mi profesně připadalo velmi zajímavé. Lékařská diagnóza, na kterou jsem se zaměřila, se v nemocnicích často vyskytuje.

Hlavním cílem bakalářské práce bylo přiblížit komplexní problematiku onemocnění karcinomu děložního čípku a zdůraznit důležitost dodržování prevence týkající se dodržování péče o vlastní zdraví. Při ošetrovatelské péči byl kladen důraz nejen na fyzickou stránku, ale i psychickou, duševní a spirituální. Dalším cílem bylo zpracovat komplexní ošetrovatelský proces u konkrétní gynekologické pacientky. I v tomto ohledu jsem dosáhla stanovených cílů.

Vzhledem k faktu, že se s muslimskými pacientkami ne setkáváme každý den, byla tato zkušenost velkou výzvou. Pozorovala jsem, jak personál nahlíží na pacientku jako na holistickou bytost se všemi příslušnými potřebami. Prostřednictvím modelu Gordonové jsme určili deficity potřeb pacientky. Plánováním a realizací se nám podařilo stanovených cílů dosáhnout. U pacienta jsme terapií, vhodnými režimovými opatřeními a důslednou ošetrovatelskou péčí dosáhli zlepšení zdravotního stavu v poměrně krátké době. Praktická část bakalářské práce byla vypracována na základě poznatků z gynekologické kliniky UPMD v Podolí.

Pro praxi doporučuji, aby na každém gynekologickém oddělení byl k nahlédnutí všem zdravotníkům edukační list, který by obsahoval popis nejdůležitějších odlišností různých kultur v ošetrovatelské péči.

Veškeré shromažďování materiálu mě velice zaujalo a vytváření mé bakalářské práce mi přineslo spousty nových poznatků. Měla jsem štěstí na velice zajímavou pacientku, která byla nápomocná při tvorbě praktické části práce.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ANON, 2014. *Cervarix*. European Medicines Agency. European Medicines Agency [online]. [cit. 2015-1-15].

Dostupné z:

[http://www.ema.europa.eu/ema/index.jsp?curl=pages/medicines/human/medicines/000721/human\\_med\\_000694.jsp&mid=WC0b01ac058001d124](http://www.ema.europa.eu/ema/index.jsp?curl=pages/medicines/human/medicines/000721/human_med_000694.jsp&mid=WC0b01ac058001d124)

ANON, 2014. *How is cervical cancer diagnosed?* American Cancer Association.

Dostupné z: <http://www.cancer.org/cancer/cervicalcancer/detailedguide/cervical-cancer-diagnosis>

ANON, 2006. *Rakovina děložního čípku. Co by měly pacientky vědět*. Brožura pro pacienty. Praha. 08-07-GRD-2006-CZ-1093-PE

ANON, 2014. *Silgard*. European Medicines Agency. European Medicines Agency [online]. [cit. 2015-1-15]. Dostupné z:

[http://www.ema.europa.eu/ema/index.jsp?curl=pages/medicines/human/medicines/000732/human\\_med\\_001052.jsp&mid=WC0b01ac058001d124](http://www.ema.europa.eu/ema/index.jsp?curl=pages/medicines/human/medicines/000732/human_med_001052.jsp&mid=WC0b01ac058001d124)

BELŠAN, Tomáš, 2008. *Magnetická rezonance v diagnostice karcinomu děložního hrdla*. [online]. [cit. 2015-2-15]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/magneticka-rezonance-v-diagnostice-karcinomu-delozniho-hrdla-338166>

CIBULA, D., L. PETRUŽELKA a kolektiv, 2009. *Onkogynekologie*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing ISBN: 978-80-247-2665-6

CITTERBART, K. et al. 2001. *Gynekologie*. 1. vydání Praha: Galén a Karolinum ISBN 80-7262-094-0 (Galén) ISBN 80-246-0318-7 (Karolinum)

DVOŘÁK, V, 2014. *Prebiotické metody při screeningu karcinomu děložního hrdla*. Česká gynekologie. Praha: Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně. ISSN 1210-7832

DYLEVSKÝ, I., 2009. *Funkční anatomie*. 1. vydání Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3240-4

FÍŠER, Jan, 2001. *Karcinom čípku děložního*. Brožura: Doporučené postupy pro praktické lékaře.

GAŠPÁRKOVÁ, Věra, 2009. *Informovanost žen o prevenci karcinomu děložního čípku*: bakalářská práce [online]. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích Zdravotně sociální fakulta [cit. 2015-3-23]. Dostupné z: [http://theses.cz/id/bphla9/downloadPraceContent\\_adipIdno\\_13084](http://theses.cz/id/bphla9/downloadPraceContent_adipIdno_13084)

HERDMAN, T.H. ed., 2013. *Ošetrovatelské diagnózy: definice & klasifikace: 2012-2014: definitions and classification : 2012-2014*. 1. české vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4328-8

HOLUB, Z. a D.KUŽEL a kolektiv, 2005. *Minimálně invazivní operace v gynekologii* 1. vydání Praha: Grada Publishing ISBN 80-247-0834-5

MIKYŠKOVÁ, Iva, 2006. *Lidské papilomaviry jako příčina vzniku gynekologických onemocnění*. [online]. [cit. 2015-2-10]. Dostupné z: <http://www.hpv.cervix.cz/genitalni-trakt.html>

MOUKOVÁ, L, R.FERANEC a J. CHOVANEC, 2013. *Prekancerózy v gynekologii – děložní hrdlo*. Brno: Oddělení gynekologické onkologie, Masarykův onkologický ústav. [online]. [cit. 2015-1-15]. Dostupné z: <http://www.linkos.cz/files/klinicka-onkologie/182/4372.pdf>



NANDA I, 2013. *Ošetrovatelské diagnózy: definice a klasifikace: 2012 – 2014: definitions and classification: 1. české vyd.* Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4328

NĚMCOVÁ, E. 2009. *Výskyt karcinomu děložního čípku u žen v Jihočeském kraji: diplomová práce [online].* České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích Zdravotně sociální fakulta [cit. 2015-3-23]. Dostupné z: [http://theses.cz/id/j66fxb/downloadPraceContent adipIdno\\_132704](http://theses.cz/id/j66fxb/downloadPraceContent adipIdno_132704)

NĚMCOVÁ, J. 2014. *Skripta k předmětům Výzkum v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci.* 2. Doplněné vydání. Praha: Maurea. s. r. o. ISBN 978-80-902876-9-3

ONDRYÁŠOVÁ, H., V. KOUDELKOVÁ a M. HAJDÚCH, 2013. *Karcinom cervixu- možnosti detekce lidského papilomaviru [online].* [cit. 2015-2-10]. In: článek: Čes. Gynek. 2013, 78, č. 3 s. 289-294 Dostupné z: <http://www.prolekare.cz/ceska-gynekologie-clanek/karcinom-cervixu-moznosti-detekce-lidskeho-papilomaviru-40981>

PEŠL, K. 2011. Co způsobuje rakovinu děložního čípku a jak se jí bránit: *Kontakt odborný a vědecký časopis pro zdravotně sociální otázky [online].* [cit. 2015-2-10]. Praha: GlaxoSmithKline. ISSN: 1804-7122 Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/clanky/1~2011/253-co-zpusobuje-rakovinu-delozniho-cipku-a-jak-se-ji-branit>

ROB, L., A. MARTAN a K. CITTERBART, 2008. *Gynekologie.* 2. vydání. Praha: Galém. ISBN 8072625012, 9788072625017

ROZTOČIL, Aleš, 2011. *Moderní gynekologie.* 1. vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 976-80-247-2832-2

SLÁMA, J., 2005. *Condilomata accuminata ženského genitálu*. Moderní gynekologie a porodnictví- Nemoci vulvy a pochvy. Praha: Levret ISSN: 1211-1058

SLEZÁKOVÁ, L., a kolektiv, 2007. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty III*. Praha: Grada Publishing ISBN 978-80-247-2270-2

STARKOVÁ Nikola, 2012. *Specifika ošetrovatelské péče u muslimů*: bakalářská práce. Plzeň: Fakulta zdravotnických studií.

STRNADOVÁ, Eva, 2013. *Nádory děložního čípku*: bakalářská práce. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci- Fakulta zdravotnických věd.

TURKOVÁ Zuzana, 2004. *Gynekologie*. 1. vydání. Praha: Euroflex Bolemia ISBN 80-86432-74

TURYNA, R., J. SLÁMA a V. HEJDA, 2010. *Kolposkopie děložního hrdla*. 1. vydání Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-679-3

# **PŘÍLOHY**

Příloha A – Rešerše	I
Příloha B – Identifikační údaje dle MADELAINE LEININGROVÉ	II
Příloha C – Čestné prohlášení	III

## **OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTKY S KARCINIOMEM DĚLOŽNÍHO ČÍPKU**

Alžběta Kafková

**Jazykové vymezení:** čeština, angličtina

**Klíčová slova:** gynekologická prevence, HPV infekce, karcinom děložního čípku, screening, vakcinace - CERVARIX, SILGARD

**Časové vymezení:** 2008 – 2014

**Druhy dokumentů:** vysokoškolské práce, knihy, články, časopisy

**Počet záznamů:** 56 (vysokoškolské práce 8, knihy 10, články 32, časopisy 6)

**Základní prameny:** katalog Národní lékařské knihovny ([www.medvik](http://www.medvik.cz)), knihovna UPMD Podolí

Příloha B

**Identifikační údaje dle modelu - MADELAINE LEININGEROVÉ**

Jméno a příjmení: XY	Datum narození: *1966
Věk: 49 let	Místo narození: Maskat
Pohlaví: žena	Bydliště: Praha – přechodné bydliště
Národnost: Arabská	Dorozumívající jazyk: Angličtina
Jméno tlumočnicka: 0	Stav: vdaná
Jméno příbuzného/blízkého: Ahmed	Bydliště příbuzného/blízkého: Praha – přechodné
Datum příjmu: 8. 12. 2014	Čas příjmu: 7:00
Typ přijetí: plánovaný	Účel příjmu: plánovaný operační výkon
Oddělení: Gynekologické oddělení	Přijal: MUDr. X
Ošetřující lékař: X	Praktický lékař: X

**Základní medicínská diagnóza: Cervikální intraepiteliární léze III. stupně (N872)**

Příslušnost: Ománská
Původ: Arabský Okolnosti pobytu: Pracovní pobyt
Národnost: Sultanát Omán
Příslušnost k sociální skupině: manželka X matka X babička
Smíšené manželství: Ano

Důvod přijetí udávaný pacientem: Operační výkon
Nynější onemocnění: Cervikální intraepiteliární léze III. stupně (N872)

<b>Vitální hodnoty při příjmu</b>
TK: 125/60 mmHg    P: 64 min <sup>-1</sup> D: 18 min <sup>-1</sup> TT: 36,8 (afebrilní)
KS+Rh faktor: A +
Vědomí: Při vědomí se snahou komunikace v anglickém jazyce.
Pohyblivost: Velice pohyblivá
Výška:        164 cm        Hmotnost: 71 Kg        BMI: 26,4 (nadváha)
Válečný utečenec: Ne
Traumatizace: Nemá
Očekávání: Doufá, že se jí zdaří operační výkon.
Integrace: Dostatečná z důvodu delšího pobytu v České republice.
Zkušenost s rasismem, diskriminací: Ano
Plány, eventuálně návrat: Plánuje návrat do Ománu za 9 měsíců (září 2015).
Situace v zemi původu: Absolutní monarchie
Změny životního stylu: Změny ve stravování (ne Konzumuje vepřové maso a alkohol). Neuznává lékaře jako muže. Pohybuje se mimo domov pouze se zahalenými nohama a rameny a s pokrývkou hlavy. Dodržení náboženských rituálů.
Obraz vnímání role ženy: Manželkou je na prvním místě. Její osobní život je druhořadý.
Pohlavně specifické konflikty: Nikdy nezažila.

Zkušenosti s násilím: Nemá zkušenosti
Status povolení k pobytu: Dočasné vízum po dobu pobytu jejího manžela
Povolení na základě cizineckého práva: Povolení obdrženo
Pobyt není povolený: Ne
Pobyt je časově ohraničený: Ano
Ilegalita: Ne
Je známý termín vystěhování: Ne
Je v dané zemi narozený: Ne
Rodinný stav: Vdaná
Vztah k rodině: Oddaná manželka a matka.
Podpora ze strany rodiny: Podporu od rodiny má 100 %.
Návštěvní praktiky: U vyšetření gynekoložkou lékařkou musí být přítomen manžel. Pacientka je umístěna na nadstandardním pokoji z důvodu neomezených návštěv a případného přespaní rodinného příslušníka v nemocničním zařízení.
Sociální síť v nové zemi: Je v kontaktu s ženami a dětmi z ambasády kde pracuje manžel pacientky.
Členství v církevních, politických nebo etno - specifických spolcích: Islám
Bytové podmínky: V Praze žije s manželem v bytě přiděleném od ambasady.
Sousedské vztahy: Vztahy má dobré.
Mezinárodní komunikační formy: arabský a anglický jazyk.
Styky se zemí původu: Přes sociální síť.
V zemi původu: Zaměstnání: žena v domácnosti. Vzdělání: Vysokoškolské
V nové zemi: Zaměstnání: žena v domácnosti Vzdělání: Vysokoškolské
Perspektivy: Nelze u pacientky hodnotit.

Perspektivy: Nelze u pacientky hodnotit.
Uznání: Pacientka respektuje evropskou kulturu. V jaké oblasti/čeho: Oblékání a víra.
Ekonomická situace: Velice dobrá.
Výživa: Snaží se dodržovat ománskou gastronomie.
Stravovací návyky: Nekonzumuje vepřové maso a alkohol. Preferuje jehněčí maso, luštěniny, zeleninu a orientální koření. Stravuje se pouze pravou rukou, levá ruka je takzvaně používána na nečisté činnosti.
Stravovací režim: Stravuje se v průběhu dne v malých dávkách.
Vliv náboženství: Ano, na zdravotní péči, na stravování, na osobní čas (modlení), na rodinné vztahy.
Pravidla půstu: Dodržuje Ramadán.
<b>Bolest:</b>
Výraz bolesti: Má vysoký práh bolesti.
Zkušenosti: Má, již je po apendektomii.
Přístup k tišení bolesti: Přístup má otevřený. Nechává si aplikovat veškerá analgetika.
Chování: Chová se zcela slušně a pokorně k zdravotnickému personálu.
Role rodiny při snášení bolesti: Psychická podpora ze strany rodiny.
Bolest jako prostředek komunikace: Absolutně nemá.
<b>Komunikace:</b>
Mateřský jazyk: Arabština
Znalost jazyku země, ve které se nachází: Základní slova – pozdrav a poděkování.
Schopnost učit se, číst a psát: Dobrá
Způsoby a pravidla komunikace: Verbální i nonverbální.
Způsob kontaktování tlumočnicka: vždy v případě potřeby (v Anglickém jazyce)



Formy neverbální komunikace: Informační letáky, informované souhlasy nemocnice.
Zdvořilostní pravidla: Pacientka je přizpůsobivá evropským zvykům.
Význam tělesného dotyku, otázka blízkosti a odstupu: Drží si odstup od cizích žen a absolutní odstup od mužů.
Projevy emocí: Emoce projevuje mimo domov minimálně.
Přeje si pacient tlumočnicka: Nepotřebuje tlumočnicka.
Přeje si informační materiál v mateřském jazyku: Nepřeje
<b>Náboženství:</b>
Náboženská příslušnost: Islám
Náboženské praktiky: Víra v Alláha, stravovací řád víry, pravidelné modlitby.
Víra ji nedovoluje žádnou komunikaci s cizím mužem mimo domov. Nesmí sama chodit mimo domov do gastronomických zařízení. Nesmí odhalovat své tělo na veřejnosti - plavecké bazény, sauny.
Aktivity: Starost o rodinu. Běžné domácí činnosti, četba odborné literatury. Ráda navštěvuje taneční hodiny v Ománu. Preferuje vaření ománské kuchyně.
Umírání a Smrt: tradiční definování smrti jako okamžiku, kdy srdce a plíce přestanou pracovat, dnes islám opouští. Smrt je definována smrtí mozku.
Narození: novorozenec má být bezprostředně po porodu okoupan a teprve podán matce. Matka, otec, nebo porodní asistentka pak dítěti zašeptá do jeho pravého ouška modlitbu. O sedm dní později přiděluje rodina dítě jméno.

## Příloha C

### Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem zpracovala podklady pro praktickou část bakalářské práce s názvem Ošetrovatelský proces u pacientky s karcinomem děložního čípku v rámci výuky a praxe realizované v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické, o. p. s., Duškova 7, Praha 5.

V Praze dne 1. 9. 2015

.....  
*Alžběta Kafková*