

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

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES O ŽENU
S PREKANCERÓZOU DĚLOŽNÍHO HRDLA**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

JAROSLAVA FRANKOVÁ

Praha 2016

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

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES O ŽENU
S PREKANCERÓZOU DĚLOŽNÍHO HRDLA**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

JAROSLAVA FRANKOVÁ

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Porodní asistentka

Vedoucí práce: PhDr. Ivana Jahodová

Praha 2016



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

Franková Jaroslava
3. A PA

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 13. 4. 2015 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Ošetrovatelský proces u ženy s prekancerózou děložního hrdla

*Nursing Process in the Case of a Patient with Precancerous Conditions
of the Cervix*

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Ivana Jahodová

V Praze dne: 2. 11. 2015


doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.
rektorka

PROHLÁŠENÍ

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

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne

podpis

PODĚKOVÁNÍ

Chtěla bych poděkovat PhDr. Ivaně Jahodové za cenné rady a především za velkou trpělivost. Dále chci poděkovat své rodině, která mě po celou dobu studia velmi podporovala.

Abstrakt

FRANKOVÁ, Jaroslava. Ošetrovatelský proces o ženu s prekancerózou děložního hrdla. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: PhDr. Ivana Jahodová. Praha. 2016. 48 s.

Tématem bakalářské práce jsou prekancerózy děložního hrdla. Karcinom děložního hrdla je jeden z nejčastějších gynekologických nádorů. Jeho prognóza se prudce zhoršuje v závislosti na pokročilosti onemocnění. Je tedy žádoucí objevit toto onemocnění v co nejranějším stádiu. Nejlépe ještě ve stádiu prekancerózy.

Teoretická část práce se zabývá prekancerózami děložního hrdla, jejich etiologií, rozdělením a léčbou. Zvláště se věnuje problematice screeningu, který má v této problematice nezastupitelné místo. Další části této práce se věnují prekancerózám děložního hrdla vzhledem k těhotenství. Jejich léčbou v těhotenství a také důsledkům léčby prekanceróz na budoucí otěhotnění a těhotenství. Speciální kapitola se věnuje roli porodní asistentky či sestry v této problematice.

Praktická část je napsána formou ošetrovatelského procesu o ženu po konizaci děložního hrdla, jelikož tento zákrok má v léčbě prekanceróz nezastupitelnou roli.

Klíčová slova: Prekancerózy děložního hrdla, konizace, HPV infekce, screening

Abstract

FRANKOVÁ, Jaroslava. Treatment of the women for precancerous cervical lesions. The Medical University College. Degree: Bachelor's (Bc.). The Bachelor's thesis supervisor: PhDr. Ivana Jahodová. Prague. 2016. 48 pages.

The Bachelor's thesis deals with the precancerous cervical lesions. Cervical cancer is one of the most frequent and common types of the gynaecological cancer. A prognosis deteriorates dramatically as the disease becomes more developed. Therefore, it is very desirable to diagnose the disease in its early stage, or, in the best case, in the precancerous stage.

Theory of the Bachelor's thesis deals with precancerous cervical lesions, their ethyology, classification and treatment. It mostly deals with a screening which has an irreplaceable place in this issue. Another parts of the thesis deal with precancerous cervical lesions during the pregnancy – their treatment and consequences of the treatment on future conception and pregnancy. There is a special chapter that deals with a role of midwives or nurses there.

Practical part of the Bachelor's thesis has a form of treatment process, it deals with a cure after the conization of cervix. Such an operation has an irreplaceable place in the precancerous cervical lesion treatment and cure.

Key words: Precancerous cervical lesions, conization, HPV infection, screening

OBSAH

ÚVOD.....	10
1. PREKANCERÓZY DĚLOŽNÍHO HRDLA	11
1.1 ZÁKLADNÍ INFORMACE.....	11
1.2 KLASIFIKACE	11
1.3 ETIOLOGIE	12
1.4 RIZIKOVÉ FAKTORY	13
1.5 VYŠETŘOVACÍ METODY.....	14
1.5.1 KOLPOSKOPIE	15
1.5.2 ONKOLOGICKÁ CYTOLOGIE.....	15
1.5.3 HPV TEST	16
1.5.4 BIOPSIE.....	17
1.5.5 VYŠETŘOVACÍ METODY V TĚHOTENSTVÍ	17
1.6 LÉČBA.....	18
1.6.1 METODY LÉČBY	18
1.6.2 LÉČBA L-SIL.....	19
1.6.3 LÉČBA H-SIL	20
1.6.4 LÉČBA ŽLÁZOVÝCH LÉZÍ.....	20
1.6.5 KOMPLIKACE.....	20
1.6.6 LÉČBA V TĚHOTENSTVÍ	21
1.7 PREVENCE	21
1.7.1 PRIMÁRNÍ PREVENCE	21
1.7.2 SEKUNDÁRNÍ PREVENCE	22
1.7.3 TERCIÁLNÍ PREVENCE	23
1.8 VLIV LÉČBY NA OTĚHOTNĚNÍ A TĚHOTENSTVÍ.....	24
1.8.1 VLIV LÉČBY NA OTĚHOTNĚNÍ	24
1.8.2 VLIV LÉČBY NA TĚHOTENSTVÍ	24
1.9 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE KE VZTAHU K PREKANCERÓZÁM DĚLOŽNÍHO HRDLA	25
1.9.1 PREVENCE	25

1.9.2	PŘEDOPERAČNÍ OBDOBÍ.....	26
1.9.3	PERIOPERAČNÍ OBDOBÍ.....	27
1.9.4	POOPERAČNÍ OBDOBÍ.....	28
2.	OŠETŘOVATELSKÝ PROCES O ŽENU PO KONIZACI DĚLOŽÍHO HRDLA.....	29
2.1	IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE.....	29
2.2	HODNOTY ZJIŠŤOVANÉ PŘI PŘÍJMU:.....	29
2.3	NYNĚJŠÍ ONEMOCNĚNÍ:.....	30
2.4	ANAMNÉZA:.....	30
2.5	Posouzení současného stavu ze dne 23. 3. 2016.....	33
2.5.1	POPIS FYZICKÉHO STAVU.....	33
2.5.2	AKTIVITY DENNÍHO ŽIVOTA.....	36
2.5.3	POSOUZENÍ PSYCHICKÉHO STAVU.....	38
2.5.4	POSOUZENÍ SOCIÁLNÍHO STAVU.....	41
2.6	MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT.....	42
2.7	SITUAČNÍ ANALÝZA.....	43
2.8	STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ DLE NANDA I TAXONOMIE II A JEJICH USPOŘÁDÁNÍ DLE PRIORIT 43	
2.8.1	Akutní bolest (00132).....	44
2.8.2	Narušená integrita tkáně (00044).....	46
2.8.3	Strach (00148).....	47
2.8.4	Riziko krvácení (00206).....	50
2.8.5	Riziko infekce (00004).....	52
2.9	Celkové zhodnocení.....	54
	Doporučení pro praxi.....	54
	ZÁVĚR.....	55
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	56
	Přílohy.....	59

ÚVOD

„Karcinomy děložního hrdla jsou celosvětově třetí nejčastější malignitou u žen a v příčinách úmrtí na zhoubné nádory jsou na čtvrtém místě. Podle současného odhadu vycházejícího z dostupných epidemiologických dat onemocnělo ve světě v roce 2010 karcinomem děložního hrdla více než 530 000 žen a na tento nádor zemřelo přes 275 000 žen“ (ROB, 2011, s. 1).

Incidence i úmrtnost těchto nádorů se především váže na kvalitu a dostupnost lékařské péče v daném regionu. Odhaduje se, že až k 85% případů karcinomů děložního hrdla dochází v rozvojových zemích, kde je zároveň i nejnižší šance na vyléčení (v Africe pouze kolem 33%). Nejmenší incidence a největší šance na uzdravení je v Severní Americe (cca. 67% a více) (HERBECK, 2011), (ROB, 2011).

Výrazné rozdíly jsou ovšem i v rámci Evropy a Česká republika má rozhodně co dohánět. Obecně platí, že v zemích bývalého komunistického bloku je vyšší incidence i úmrtnost. V porovnání s těmito zeměmi si ČR nevede nijak špatně, ale se západní Evropou se stále nemůžeme srovnávat. Přestože incidence i úmrtnost v posledních letech mírně klesá, jsou hodnoty stále vysoké (incidence 16,7 případů na 100 000 žen, mortalita 7,3 případů na 100 000 žen v roce 2013, což je stále 1,5- 2 krát vyšší než v západních zemích). Až polovina případů karcinomu děložního hrdla je objevena již ve stádiu, kdy je nelze primárně operovat. Zvláště s přihlédnutím k tomu, že toto onemocnění lze poměrně jednoduše odhalit již ve stupni prekancerózy, jsou tato čísla velmi alarmující (ROB, 2011), (DVOŘÁK, 2014, a), (DUŠEK, 2015).

A co za těmito rozdíly stojí? Jednu z nejdůležitějších rolí v problematice karcinomů děložního hrdla má nepochybně screening! V zemích Západní Evropy sahají počátky screeningu již do 60. let minulého století. Jsou tam dobře organizované a účastní se jich vysoký počet žen. U nás již také existuje screeningový program a doufejme, že se tedy postupně budeme moci vyrovnat incidencí i úmrtností našim západním sousedům a uchráníme co nejvíce českých žen od tohoto vysoce nepříjemného onemocnění (ROB, 2011).

1. PREKANCERÓZY DĚLOŽNÍHO HRDLA

1.1 ZÁKLADNÍ INFORMACE

Prekancerózy děložního hrdla můžeme označit jako sexuálně přenosná onemocnění. Je již prokázáno, že hlavním patogenem je humánní papilomavirus (HPV). Většinou trvá 10-15 let, než se vyvinou do stádia karcinomu děložního hrdla. Ne všechny prakancerózy však přejdou v karcinom.

Rozlišujeme dva základní typy prekanceróz. Dlaždicobuněčné prekancerózy vznikají z dlaždicobuněčného epitelu pocházejícího z pochvy a může z nich vzniknout spinocelulární karcinom. Adenoprekancerózy vznikají z jednovrstevného cylindrického epitelu pocházejícího z dělohy a mohou přejít v adenokarcinom. Spinocelulární prekancerózy jsou mohem častější než adenoprekancerózy a to asi v poměru 60-80:1. Adenoprekancerózy jsou však rizikovější z hlediska progresu do karcinomu, jelikož obecně progredují rychleji a diagnostika je ztížena jejich lokací hlouběji v hrdle děložním. Nejčastější lokace lézí je v oblasti tzv. transformační zóny (TZ), tedy místa, kde cylindrický epitel přechází v dlaždicobuněčný epitel (ROZTOČIL, 2011), (HERBECK, 2011).

1.2 KLASIFIKACE

Terminologie prekanceróz se v posledních desetiletích mění tak, aby odpovídala nejnovějším poznatkům medicíny. Dříve se u nás užívala především terminologie dysplazií (lehká, střední a těžká) a karcinom in situ. Ta se dodnes používá současně s novější terminologií cervikálních intraepitelových neoplazií (CIN 1,2 a 3). Dále se užívá nejnovější tzv. Bethesda terminologie skvamózních intraepitelových lézí (SIL), které se dělí na low grade (LSIL či LGSIL) a high grade (HSIL či HGSIL) léze, ta vznikla dle potřeb cytodiagnostiky (přehledné zobrazení se nachází v příloze A) (HERBECK, 2011), (ROZTOČIL, 2011).

Léze žlázového epitelu nemají tak rozvětvenou terminologii. Označují se jako cervikální glandulární intraepiteliální neoplazie (CGIN). Adenoatypie jsou označovány

jako low grade CGIN a high grade CGIN je zastoupena adenokarcinomem in situ (AIS). CGIN jsou často nálezem náhodným při vyšetření souvisejících s CIN a u zhruba 46-72% CGIN je přítomna i CIN léze. Takovéto léze jsou označovány za „mixed“ prekancerózy (CIBULA, 2009).

CIN1 je nejméně závažnou změnou s vysokou šancí na regresi. Typická je porucha maturace, jaderné atypie a zvýšená mitotická aktivita. Tyto jevy však nepřesahují dolní jednu třetinu epitelu. Přítomny jsou koilocyty, což jsou buňky epitelu pozměněné vlivem HPV. CIN1 se řadí spolu s benigními lézemi čípku (např. kondylomatózní léze) do LSIL podle Bethesda systému (CIBULA, 2009).

U CIN2 jsou výše popsané změny závažnější a dosahují až do dolních dvou třetin epitelu. Může být přítomna abnormální mitóza buněk. Také je zde menší pravděpodobnost regrese a naopak je pravděpodobnější, že léze progreduje do CIN3. CIN2 se podle Bethesda systému řadí do HSIL (CIBULA, 2009).

CIN3 jsou nejzávažnější změny, mezi které patří i karcinom in situ (CIS). Porucha maturace (zrání) je v celé šíři epitelu, jsou zde výrazné jaderné atypie a atypické mitózy. U CIN3 je sice regrese možná, ale naopak je zde poměrně vysoké procento progresu do invazivního karcinomu. Podle Bethesda systému se CIN3 i CIS řadí do HSIL (CIBULA, 2009).

1.3 ETIOLOGIE

Jak již bylo řečeno, hlavním činitelem při vzniku prekanceróz je HPV. V dnešní době známe přes 130 typů HPV a dělíme je do dvou skupin.

Low risk (LR) HPV mají nízký onkogenní potenciál, z čehož vyplývá, že z hlediska prekanceróz nejsou tak rizikové, mohou však způsobovat benigní výrůstky tzv. kondylomy (condylomata accuminata). Mezi nejčastější typy LR HPV patří: 6, 11, 42, 43, 44 (CIBULA, 2009).

High risk (HR) HPV mají vysoký onkogenní potenciál a jsou prokázány u 99,7% spinocelulárních karcinomů a 56-93% adenokarcinomů děložního hrdla. HR HPV jsou

také prokázány u více než 98% prekanceróz děložního hrdla. Mezi nejčastější typy HR HPV patří: 16, 18, 31, 33, 45, 51, 52, 56. Typy 16 a 18 byly dokonce podle WHO zařazeny mezi prokázané lidské karcinogeny (CIBULA, 2009).

HPV infekce je nejčastějším sexuálně přenosným onemocněním! V naprosté většině případů se přenáší sexuálním stykem. Vstupní branou infekce jsou mikrotraumata na kůži a sliznici pohlavních orgánů, které jsou přítomny při každém sexuálním styku. Až 80% populace se za svůj život s HPV infekcí setká, nejčastěji mezi 18 a 25 lety. Z tohoto vyplývá, že zdaleka ne každá infekce má za následek prekancerózu, natož karcinom. Většina infekcí je asymptomatických a přechodných. Imunitní systém se s infekcí sám vypořádá- dochází k tzv. spontánní clearance HPV a to průměrně za 7-24 měsíců. Pokud se tak nestane a infekce perzistuje (přetrvává), stoupá pravděpodobnost vzniku cervikální neoplazie. Perzistující infekce HR HPV je podmínkou pro vznik prekancerózy a její následnou progresi do karcinomu. Rozvoj od samotné infekce HPV až do stádia karcinomu trvá průměrně 10 let a více. Pouze ojediněle může progresi probíhat rychleji (nejkratší popsána doba je 2 roky). Infekce HR HPV však není jediná podmínka a v patogenezi tohoto onemocnění hrají důležitou roli také kofaktory karcinogeneze, tzv. rizikové faktory (CIBULA, 2009),(KAREŠOVÁ, 2006),(ROZTOČIL, 2011).

1.4 RIZIKOVÉ FAKTORY

Rizikových faktorů je hned několik, a čím více se jich u pacientky vyskytuje, tím je pacientka ve větším riziku pro vznik prekancerózy. Pro zjištění rizikových faktorů je důležitá správná komunikace s pacientkou a řádné sepsání osobní anamnézy.

Nejvýznamnějšími rizikovými faktory je bezesporu imunodeficiencie (imunologická nedostatečnost), imunosuprese (snížení imunity), kouření, rizikové sexuální chování a přítomnost dalších sexuálně přenosných onemocnění (STD). Dalšími jsou dlouhodobé užívání kombinované hormonální antikoncepce, pluriparita (více porodů v anamnéze) či špatné socioekonomické podmínky (CIBULA, 2009).

Imunodeficiencie a imunosuprese, ať již vrozená či získaná (např. infekce HIV a AIDS, imunosuprese po transplantaci, systémový lupus, Crohnova choroba, roztroušená skleróza, diabetes mellitus 1. Typu, astma bronchiale aj.) negativně ovlivňuje přirozené

imunitní mechanismy organismu a tím snižuje možnost spontánní clearance infekce HPV (CIBULA, 2009).

Kouření tabáku má obdobný efekt na imunitu jako výše zmíněná imunodeficiencie či imunosuprese. Má negativní vliv na celkovou imunitu organismu. Nese sebou riziko vzniku zhoubného bujení nejen na děložním čípku, ale podílí se nejméně v 30% na vzniku všech nádorových onemocnění (HRUBÁ, 2001).

Rizikovým sexuálním chováním myslíme promiskuitu, kdy se s každým dalším mužem, se kterým má žena pohlavní styk zvyšuje riziko, že se nakazí vysoce rizikovým HPV. Dále je to styk s tzv. „rizikovým“ partnerem, který měl více pohlavních partnerek a tím je taktéž pravděpodobnější, že se s HR HPV setkal a může být přenašečem (CIBULA, 2009).

Mezi rizikové sexuální chování patří také časná koitarché (první sexuální styk) před 17. -18. rokem života, kdy je ještě nezralá metaplasie transformační zóny a děložní čípek je v této oblasti velmi náchylný k jakékoli infekci (CIBULA, 2009).

Dalším rizikovým faktorem je přítomnost jiných STD či opakované infekce STD, především chlamydiová infekce, která je poměrně častá. Tato jiná infekce narušuje přirozenou obranyschopnost v pochvě a na děložním hrdle, narušuje děložní hrdlo a tak usnadňuje přístup infekci HPV a následně znesnadňuje její spontánní clearance (CIBULA, 2009).

Dlouhodobé užívání perorální antikoncepce je rizikovým faktorem pouze nepřímo, napomáhá totiž perzistenci onkogenních virů, a zároveň tyto ženy mají sklon k vyšší sexuální aktivitě (ROB, 2011).

Pluriparita či vyšší počet potratů v anamnéze je rizikovým faktorem z hlediska opakovaných lacerací děložního hrdla (NEDOROSTOVÁ, 2015).

1.5 VYŠETŘOVACÍ METODY

Hlavními metodami používanými k detekci prekanceróz děložního hrdla jsou takzvané prebiptické metody a cílená biopsie. Prebiptické metody jsou neinvazivní vyšetření, mezi které se řadí kolposkopie, onkologická cytologie a HPV testace. Kolposkopie a onkologická cytologie jsou základními metodami screeningu prekanceróz. Tyto metody jsou poměrně spolehlivé jak v odhalení léze, tak i v určení

stupně prekancerózy. K definitivnímu potvrzení stupně léze je však potřeba provést biopsii s následným histopatologickým vyšetřením odebrané tkáně. V případě závažné cervikální léze a podezření na karcinom je možné využít také expertního onkogynekologického ultrazvukového vyšetření, které spolehlivě zjistí přítomnost karcinomu i když je lokalizován hluboko v endocervixu (CIBULA, 2009),(KAREŠOVÁ, 2006), (DVOŘÁK, 2014, b).

1.5.1 KOLPOSKOPIE

Je zobrazovací vyšetřovací metoda cervixu a anogenitální oblasti. Využívá binokulární aspekti s osvětlením a zvětšením objektu. Kolposkop je povinnou výbavou každé gynekologické ordinace a každý gynekolog musí být seznámen se základy kolposkopie a její terminologií (nejnověji schválena klasifikace z Ria de Janeiro v r. 2011). Toto vyšetření má za úkol detekovat či vyloučit přítomnost invazivního karcinomu. Spolu s cytologickým vyšetřením určuje přítomnost a případně stupeň prekancerózy, zjišťuje její rozsah a lokaci. Nejprve gynekolog provede nativní vyšetření bez aplikace jakéhokoli roztoku. Poté, k lepší identifikaci změn, se na čípek aplikuje 3-5% roztok kyseliny octové. Dále se může aplikovat Lugolův roztok a provést tak Schillerův test. Tyto techniky patří do rozšířené kolposkopie (HERBECK, 2011), (DVOŘÁK, 2014, b).

Kolposkopie se podle erudice vyšetřujícího dělí na základní a expertní. Expertní kolposkopii provádí lékař na specializovaném pracovišti, tzv. Centru onkologické prevence, kam by měly být nasměrovány všechny pacientky, u kterých byl nález pozitivní či pokud si vyšetřující lékař není jist svým nálezem, a to i pokud je výsledek onkologické cytologie negativní. Senzitivita kolposkopie děložního cervixu pro prekancerózy se uvádí 50-70%. Nutno dodat, že spolehlivost tohoto vyšetření do poměrně velké míry ovlivňuje zkušenost vyšetřujícího, přehlednost transformační zóny a případné další okolnosti, např. zánět cervixu (HERBECK,2011),(DVOŘÁK, 2014, b).

1.5.2 ONKOLOGICKÁ CYTOLOGIE

Je hlavní screeningovou metodou. Provádí se v rámci každé preventivní prohlídky a podle potřeby. Slouží k časně detekci prekanceróz, při nálezu karcinomu již není relevantní. Lékař provede stěr v oblasti transformační zóny a endocervixu. K tomu

může použít cervikální broom nebo kombinaci špátle (na TZ) a kartáčku (na endocervix). Stěr se nanese na připravené podložní sklíčko, zafixuje a posléze odešle do specializované laboratoře. Další možností je novější metoda LBC (LiquidBased Cytology) cytologie, kdy je stěr ponořen do nádoby s tekutým médiem. Cytolog hodnotí jak kvalitu stěru, tak interpretuje cytologický nález. Součástí je i závěr a doporučení, které však není pro gynekologa závazné. K interpretaci onkologické cytologie se od roku 2001 používá klasifikace Bethesda (HERBECK, 2011),(DVOŘÁK, 2014, b).

U tohoto vyšetření je problematické, že je zde mnoho faktorů, které ovlivňují jeho výsledek. V první řadě musí být stěr proveden správně, tj. v dostatečném množství a neprodleně fixován. Musí být známa přesná anamnestická data k porovnání hormonálního stavu pacientky. Interpretaci může zkreslovat zánět či přítomnost krve ve stěru (někdy vede až k nehodnotitelnosti), předešlý koitus nebo zavedení vaginálního čípku (v intervalu do 24 hodin), puerperium a další. Samotné hodnocení cytologa je značně subjektivní. Také proto má onkologická cytologie sice vysokou specificitu (až 97%), ale nízkou senzitivitu (asi 60%), která se zvyšuje až s opakovanými odběry (HERBECK, 2011), (DVOŘÁK, 2014, b).

1.5.3 HPV TEST

V současnosti se používá dvou technik, které mají za úkol průkaz přítomnosti virové DNA. Jsou to DNA hybridizace a PCR (polymerázová řetězová reakce). Testována je přítomnost HR HPV, jelikož přítomnost LR genotypů není klinicky relevantní. Nejprínosnější jsou tyto testy v situacích, kdy má pacientka tzv. hraniční výsledky cytologického stěru, a lékař se rozhoduje o dalším postupu léčby. V tomto případě je možné se na jeho základě rozhodnout pro konzervativní přístup, pokud je žena negativní na HR HPV a je zde tedy nízké riziko vzniku karcinomu děložního hrdla. V opačném případě, kdy je žena pozitivní na HR HPV naopak tento výsledek může vést k rozhodnutí pro terapeutický zákrok či pro častější kontroly. Dále může HPV test sloužit jako součást dispenzarizace žen po ošetření prekanceróz děložního hrdla, kde je ukazatelem perzistence či reinfekce. V tomto případě se test provádí nejdříve za 6, lépe za 12 měsíců od operace. Toto vyšetření má vysokou specificitu (93%) i senzitivitu (až 95%), nicméně je přínosné pouze u žen starších 30 let. V nižších věkových skupinách je

prevalence HPV infekce vysoká a je zde i vysoké procento spontánní clearance, takže testace pozbývá smysl (DVOŘÁK, 2014, b), (CIBULA, 2009).

1.5.4 BIOPSIE

K definitivnímu potvrzení závěru prebiopických metod je vždy potřeba histopatologické vyšetření postižené tkáně. Biopsie by měla být provedena vždy při nálezů CIN2 a vyšším, a při kolposkopicky rozeznatelné atypické TZ. Nejčastěji se používá cílená punch biopsie (minibiopsie), která se provádí biopickými kleštěmi pod kolposkopickou kontrolou. Výhodou této metody je, že může být provedena jako součást klasického vyšetření a pacientka nemusí podstoupit anestezii. Nevýhodou je, že lékař může biopický odběr špatně zacílit, neodebrat vzorek z nejsuspektnějšího místa a výsledek histopatologického vyšetření tak může být méně závažný než skutečnost (HERBECK, 2011), (CIBULA, 2009).

Další využívanou metodou je endocervikální kyretáž (ECC), která je často používána v kombinaci s dalšími diagnosticko-terapeutickými excizními metodami. Patří sem také konizace a cylindrická disekce. Tyto metody budou blíže popsány v kapitole 1.6 (CIBULA, 2009).

1.5.5 VYŠETŘOVACÍ METODY V TĚHOTENSTVÍ

Cytologie ani kolposkopie nejsou v těhotenství kontraindikovány. Díky změnám na čípku během těhotenství však mají tato vyšetření u těhotných svá specifika. U cytologie je riziko nadhodnocení výsledku, jelikož těhotenské změny na čípku mohou imitovat HSIL či dokonce karcinom i sarkom. Proto má cytolog zapisovat nalezené zvláštnosti i diferenciální diagnostiku v tzv. edukačních poznámkách v závěru cytologických nálezů (HERBECK, 2011).

Kolposkopie slouží v těhotenství především k vyloučení invazivního karcinomu. Při podezření na prekancerózu nízkého stupně je dobré opakovat kolposkopii ve 22. -24. týdnu těhotenství a případně provést punch biopsii, která také není v těhotenství kontraindikována. Při podezření na HSIL je biopsie indikována. Ve třetím trimestru může být kolposkopické vyšetření technicky ztíženo a také je nutno počítat s větší krvácivostí prosáklých tkání. Při vyšetření těhotné je tedy vhodná větší opatrnost, zvláště, pokud má pacientka v anamnéze předčasný porod. S výjimkou lézí podezřelých

z mikroinvaze jsou jiné diagnostické metody kontraindikovány. Endocervikální kyretáž se u těhotných neprovádí (HERBECK, 2011).

1.6 LÉČBA

Léčba prekanceróz má určené své standardní postupy, přesto je žádoucí, aby byl postup léčby upraven do určité míry individuálně u každé pacientky. Je zde několik faktorů, které ovlivňují postup léčby. Především je to stupeň léze, věk pacientky, přání těhotenství a historie nálezu (předchozí ošetření hrdla, předchozí cytologické nálezy apod.) Dále přítomnost zánětu na čípku, hormonální stav a v neposlední řadě přístup samotné pacientky k léčbě- zda se pravidelně dostavuje k vyšetření či zda je nakloněna zákroku (CIBULA, 2009).

1.6.1 METODY LÉČBY

Prekancerózy děložního hrdla se léčí chirurgickým zákrokem a to buď destruktivním nebo excizním (ablačním). Mezi destruktivní metody patří Elektrokauterizace, kryokauterizace a laserová vaporizace. Nevýhodou destruktivních metod je nemožnost získání vzorku tkáně na histologické vyšetření a nepřehlednost čípku při následné dispenzarizaci. Proto se v dnešní době volí především excizní metody (HERBECK, 2011).

Excizními metodami se provádí konizace, což je vytěžení patologické tkáně ve tvaru kónusu, cylindrická disekce a méně často vaginální simplexní trachelektomie (kompletní odstranění děložního čípku). Typ výkonu závisí na lokaci a rozsáhlosti léze a na typu transformační zóny (CIBULA, 2009).

Tyto výkony jsou jak terapeutické, tak diagnostické. V rámci diagnostiky zbylé tkáně cervixu se k samotnému zákroku připojují ještě další metody kontroly endocervixu. Především ECC, punch biopsie nad apexem (vrcholem) konu, minikonus nad apexem konu (tzv. „cowboyhat“ technika) a cytologie proximálního endocervixu. Další metody, jako jsou endocervikoskopie, mikrokolpohysteroskopie a frozen section endocervikálního okraje konu, se příliš nepoužívají (FREITAG, 2012).

Excizní metody prošly během posledních desetiletí prudkým vývojem. Nejdříve se prováděla konizace studeným nožem- tzv. cold-knife konizace (CKC). Ta se prováděla skalpelem či nůžkami. Časté bylo užití plastických stehů na čípku. Ze všech

excizních metod má cold-knife konizace nejvíce komplikací. Především perioperační a pooperační krvácení a také stenózu čípku, což bylo způsobeno především prováděním plastických sutur. V dnešní době se CKC již příliš nevyužívá a nahradily ji novější metody, které neprovází tolik komplikací. Pokud se provádí, tak bez použití plastických stehů za použití vazokonstrikčních přípravků a koagulace, což zlepšilo následné hojení rány (HERBECK, 2011), (DVOŘÁK, 2014, b).

Další metodou je konizace laserem. Provází ji méně komplikací než předchozí metodu, nicméně především kvůli ceně a nároků na zkušenost operátora byla tato metoda vytlačena elektroexcizními metodami (HERBECK, 2011), (DVOŘÁK, 2014, b).

Elektroexcizní metody, jako je LEEP (loop electrosurgical excision procedure), LLETZ (large loop excision of TZ), NETZ (needle excision of TZ) a SWETZ (straight wire excision of TZ) a jejich kombinace jsou v dnešní době preferovány pro svou cenovou dostupnost a snadnost provedení (CIBULA, 2009).

Výrazným posunem prošel i celkový přístup k terapii prekanceróz. V minulém století bylo časté nadužívání konizace a dokonce hysterektomie, což mělo zvláště u mladších žen, které nerodily, mnohdy fatální důsledky. Dnes se volí spíše šetrnější zákroky, výjimkou mohou být ženy, které již mají splněny reprodukční plány a s radikálnějším postupem souhlasí. Je snahou operátora, aby byla odstraněna celá léze a zároveň ponecháno co nejvíce zdravé tkáně, především stromatu cervixu. Také díky šetrnějším technikám se většina zákroků může provádět v rámci jednodenní chirurgie (HERBECK, 2011).

1.6.2 LÉČBA L-SIL

CIN1 léze mají zvláště u žen do 30 let, vysoké procento regrese. Pokud se tedy cytologické i kolposkopické vyšetření shodují na L-SIL lézi, je možné zvolit vyčkávací taktiku a provádět každých 3-6 měsíců kontrolní vyšetření. Pokud léze do té doby regreduje a OC (onkologická cytologie) je dvakrát za sebou negativní, můžeme ženu zařadit zpět k ročním kontrolám. Pokud léze perzistuje, je nutno provést expertní kolposkopii a případně punch biopsii, aby se vyloučila high grade léze. Pokud je H-SIL léze vyloučena, může být žena dále sledována či může být proveden léčebný výkon v závislosti na věku ženy a přání těhotenství. Výjimkou jsou L-SIL léze, které nejsou

zcela kolposkopicky přehledné (nedostatečná kolposkopie), zde je nutné počítat s možností high grade léze hlouběji v hrdle a je zde doporučován excizní výkon (HERBECK, 2011).

1.6.3 LÉČBA H-SIL

U CIN2 a CIN3 lézí je poměrně vysoké riziko progresu do CIS až invazivního karcinomu (20%), je tedy doporučena okamžitá léčba excizním výkonem. Je zde především nutné, aby byla odstraněna celá léze. Pokud histolog u odebraného vzorku zjistí tzv. pozitivní okraje, je zde riziko perzistence či opomenutí invazivního karcinomu (až v 7%). Nejčastěji se provádí rekonizace a v případě, že má žena již splněny reprodukční plány, je možné provést hysterektomii (HERBECK, 2011),(KIETPEERAKOOL,2007).

U všech žen, které již jednou prekancerózu měly, je nutné počítat s rizikem rekurence onemocnění, jelikož tyto ženy jsou k onemocnění více náchylné. Někteří autoři doporučují ženám po konizaci, především pro H-SIL léze, nechat se očkovat vakcínou proti HPV (KURIMSKÁ, 2012).

1.6.4 LÉČBA ŽLÁZOVÝCH LÉZÍ

U žlázových lézí je obtížnější vyloučit invazi. Pomoci může diagnostika pomocí ECC a expertního ultrazvukového vyšetření. Pokud je invaze vyloučena, provádí se cylindrická disekce. V případech, kdy je léze rozsáhlejší a je endocervikálně lokalizována, bohužel nehraje roli přání těhotenství a prioritou je odstranit celou lézi (CIBULA, 2009).

1.6.5 KOMPLIKACE

Nejčastější komplikací je krvácení a to jak perioperační tak pooperační, které můžeme rozdělit na rané a pozdní. Dále může dojít k infekci, projevující se špatným hojením rány a zánětlivým výtokem z pochvy. Pozdějšími komplikacemi jsou cervikální stenóza a cervikální insuficience (nedostatečnost), které hrají roli především v následujících těhotenstvích (o tom více v kapitole 1.8). Komplikací je také nedostatečná kolposkopie po zákroku, která ztěžuje následné kontroly (HERBECK, 2011).

1.6.6 LÉČBA V TĚHOTENSTVÍ

Není prokázáno, že by těhotenství mělo vliv na vývoj prekancerózy. Naopak po porodu (jak vaginálním, tak abdominálním) je prokázáno vysoké procento regrese nálezu, v závislosti na věku těhotné a stupni prekancerózy (až 30% u H-SIL). Je nutné pomocí vyšetřovacích metod s co největší jistotou vyloučit mikroinvazivní lézi a invazivní karcinom. Pokud je invaze vyloučena, je žena znovu cytologicky vyšetřena 22. -24. týden těhotenství a po skončení šestinedělí (není doporučováno dříve, kvůli nespolehlivým výsledkům cytologie). Podle výsledků je doporučena následná léčba. Pokud je zde podezření na invazi, je indikována konizace či šetrná cylindrická disekce elektroexcizní metodou. Konizace studeným nožem je v těhotenství kontraindikována. Zákrok se provádí v prvním trimestru či v druhém trimestru za použití tokolytik (léky tlumící děložní činnost). Za horní hranici, kdy je možno konizaci provést se považuje 24. týden těhotenství. Výkon je provázen větší krvácivostí bohatě prokrveného těhotenského čípku. Udává se také zvýšené riziko spontánního potratu. Někdy se následně provádí cerkláž hrdla jako prevence předčasného porodu, to ovšem závisí na místní zvyklosti či na anamnéze pacientky (HERBECK, 2011), (HUNTER, 2008),(ROBOVÁ, 2003).

1.7 PREVENCE

U prekanceróz děložního hrdla hraje prevence hlavní roli. Pokud žena nechodí na prohlídky ke gynekologovi, nemá šanci zjistit, že prekancerózu má, jelikož většinou nemá žádné klinické příznaky. Ale u toho prevence nezačíná.

1.7.1 PRIMÁRNÍ PREVENCE

Počátečním krokem je tzv. primární prevence, tedy snažit se ovlivnit faktory, které se mohou podílet na vzniku prekanceróz a zhoubných nádorů. Prekancerózy děložního hrdla se mohou objevit i u mladých dívek, jejichž čípek je díky nezralému epitelu velmi náchylný k infekcím včetně HPV. Je tedy nutno informovat dívky již na základních školách o základech prevence. Především o správných sexuálních návycích, škodlivém vlivu kouření tabáku a celkově o správném životním stylu. Mimo jiné je potřeba informovat, že hormonální antikoncepce nechrání před STD, což některé ženy opomíjejí a dostávají se tak do rizikové skupiny (KAREŠOVÁ, 2006).

Velkým krokem vpřed je vývoj vakcín proti HPV. V ČR je od roku 2006 dostupná kvadrivalentní vakcína Silgard a od roku 2007 bivalentní Cervarix. Cervarix chrání proti HR HPV 16 a 18, čímž předchází až 70% prekanceróz a karcinomů děložního hrdla, je zde také tzv. cross protekce, kdy vakcína chrání i proti blízkým typům HPV (u typu 45 téměř 100%). Silgard kromě dvou typů 16 a 18 chrání i proti LR HPV 6 a 11, takže chrání i před 90% kondylomů. Ani jedna z vakcín neobsahuje oslabené či mrtvé viry a jsou produktem genetického inženýrství, není tedy možné, aby samotné vakcíny způsobily infekci HPV. Obě vakcíny jsou podávány ve třech dávkách. Vakcíny mohou být aplikovány již od devíti let, přičemž horní hranice není dána (nejpřínosnější do 25 let). Je vysoce doporučeno očkovat dívky ještě před koitarché, tedy před tím, než se HPV mohou nakazit. Je stále jasnější, že očkování proti HPV bude mít do budoucna nezastupitelnou roli v prevenci onemocnění způsobených HPV a tak se doporučuje stále více skupinám obyvatel. Očkování je přínosné i pro ženy, které již svůj sexuální život zahájily a stále více se mluví o prospěšnosti očkování žen po léčbě prekanceróz jako prevence proti recidivě onemocnění. Muži a chlapci mohou být očkováni také, přestože u nás to zatím nebývá praxí. Očkování je hrazeno pojišťovnou pouze pro dívky ve věku 13 let. Nejefektivnější z hlediska výskytu prekanceróz a karcinomů děložního hrdla v budoucnu, by bylo doporučení plošné vakcinace třináctiletých dívek. Tak se tomu již děje ve většině evropských zemí. Naprostou novinkou je u nás i ve světě nová, devítivalentní vakcína Gardasil 9. Jsme mezi prvními třemi zeměmi, kde je vakcína dostupná a to od roku 2015. Vychází z vakcíny Silgard a mimo typy 16, 18, 6 a 11 chrání také před HR HPV 31, 33, 45, 52 a 58 (ROB, 2011), (DVOŘÁK, nedatováno), (Profylaktické vakcíny, nedatováno), (V Česku je k dispozici devítivalentní vakcína proti HPV, 2015).

1.7.2 SEKUNDÁRNÍ PREVENCE

Úkolem sekundární prevence je vyhledat již existující prekancerózy a včas je léčit. Hlavní metodou screeningu v ČR je onkologická cytologie, která je prováděna v rámci preventivní gynekologické prohlídky jednou ročně od zahájení pohlavního života ženy. Součástí této prohlídky by měla být i edukace ženy o významu preventivní protirakovinné prohlídky. Doplnkovou screeningovou metodou může být HPV test u žen nad 30 let. Organizovaný screeningový program u nás existuje teprve od roku 2008. Screeningové cytologické vyšetření může být prováděno pouze v akreditovaných cytologických laboratořích, aby byl zajištěn co nejpresnější výsledek. Takových

laboratoří je v současné době v ČR 37 a jsou rozmístěny po celé republice. Dlouhodobým problémem je malý zájem českých žen o preventivní gynekologické prohlídky. Zatímco v zemích, kde se pravidelně dostavuje k prohlídkám kolem 80% „rizikových“ (mezi 30. a 50. rokem) žen, se dosáhlo 60-80% snížení incidence invazivních karcinomů, u nás je účast v posledních letech kolem 55% (ženy mezi 25-59 lety). Abnormální cytologické nálezy má přitom kolem 4% žen. Novinkou je zahájení adresného zvaní ke screeningu žen mezi 25-70 lety. Program byl zahájen roku 2014 a zatím se na účasti na screeningu výrazně neprojevil. Je to však další krok ke zdokonalení screeningu karcinomu děložního hrdla v ČR, který má především dlouhodobě snížit incidenci karcinomů děložního hrdla (DUŠEK, 2015).

1.7.3 TERCIÁLNÍ PREVENCE

Terciální prevence neboli dispenzarizace má za úkol sledovat již vzniklé a léčené prekancerózy. Cílem je zamezit perzistenci či rekurenci (návratu) onemocnění. Pooperační dispenzarizace nemá jednotné schéma, avšak všechny ženy po léčebném zákroku vyžadují pravidelný následný dohled. Jestliže žena již prekancerózu měla, je u ní pravděpodobnější, že bude mít znovu prekancerózu než u ženy, která ji nikdy neměla. Roli zde hrají také věk léčené ženy, typ a závažnost léze. Adenoprekancerózy jsou sledovatelné hůře, a tím pádem jsou také rizikovější z hlediska návratu onemocnění. Další faktor, který ovlivňuje dispenzarizaci, jsou tzv. pozitivní okraje excize. Pokud histologické vyšetření odebrané tkáně zjistí pozitivní okraje, je zde vyšší riziko perzistence onemocnění či dokonce opomenutí závažnější léze až karcinomu. Kvůli vysokému riziku je v některých případech doporučena tzv. rekonizace, a to hlavně u CIN3, CIS a AIS lézí. Ženy po zákroku pro LG léze mají mít cytologické kontroly po 6, 12 a 24 měsících. Do rutinního screeningu mohou být navráceny po dvou po sobě jdoucích negativních nálezech. U žen po léčbě HG lézí je schéma stejné, ovšem mají být při první kontrole vyšetřeny také kolposkopicky. Velmi vhodné je doplnit vyšetření o HPV test, který by se měl provést nejdříve po 6-12 měsících od léčby. Pokud je žena HR HPV pozitivní, zvyšuje to riziko návratu choroby, proto se v poslední době doporučuje ženám po konizaci vakcinace proti HPV (HERBECK, 2011), (AYHAN, 2009), (KURIMSKÁ, 2012).

1.8 VLIV LÉČBY NA OTĚHOTNĚNÍ A TĚHOTENSTVÍ

Vzhledem k tomu, že ženy v dnešní době často odsouvají své mateřství až do třetí dekády svého života, můžeme se stále častěji setkat s ženami po léčbě prekanceróz s přáním těhotenství. Proto se stále více studií zaměřuje na dopad excizních zákroku na budoucí těhotenství pacientky. Na základě nově zjištěných informací a díky pokroku jak vyšetřovacích, tak léčebných metod, se léčba prekanceróz značně individualizuje a směřuje k šetrnějším léčebným metodám. Přesto může mít léčba prekancerózy dopad na ženina budoucí těhotenství. Zatímco některé důsledky jsou již přesvědčivě potvrzeny, jiné je potřeba prozkoumat blíže a na jejich základě dále zlepšovat prognózu těhotných žen po léčbě prekancerózy děložního hrdla.

1.8.1 VLIV LÉČBY NA OTĚHOTNĚNÍ

První prokázaný důsledek, se týká již samotného otěhotnění. Ženám, které podstoupily léčebný zákrok, trvá déle, než otěhotní oproti ženám, které zákrok nepodstoupily. Předpokládá se, že je to tím, že při excizním zákroku je spolu s tkání endocervixu odebrána i část žlázek, které produkují mukózní hlen jenž usnadňuje průnik spermií kanálem hrdla. Dále tu jsou případné stenózy hrdla a jeho kanálu, které se mohou po zákroku objevit a taktéž mohou částečně bránit průniku spermií do dělohy. Upozorňuje se ovšem na to, že delší doba koncepce může být částečně ovlivněna radami ošetřujících lékařů pacientkám, aby se snahami otěhotnět počkali několik měsíců po zákroku kvůli správnému zhojení čípku a ověření účinnosti léčby. Dobrá správa je, že na celkový počet otěhotnění toto nemá vliv a ženám se tedy otěhotnět podaří (KYRGIU, 2014).

1.8.2 VLIV LÉČBY NA TĚHOTENSTVÍ

Bylo jednoznačně prokázáno, že provedení excizního zákroku na hrdle děložním sebou nese zvýšené riziko potratu v druhém trimestru a předčasného porodu. To následně zvyšuje perinatální mortalitu a morbiditu novorozenců a jejich v průměru nižší porodní váhu, než u novorozenců žen z běžné populace (KYRGIU, 2014).

Jak plod během těhotenství roste a nabývá na váze, děložní hrdlo je více a více zatěžováno. U děložního hrdla ošetřeného excizním zákrokem je větší riziko, že zbylá tkáň nebude dostatečně pevná a pružná tak, aby na těhotenské změny správně reagovala, což může vést k inkompetenci hrdla. Dalším možným důvodem je zhoršená

imunitní funkce hrdla po excizi. Excidována je i část žlázek produkujících hlen, který má důležitou úlohu v imunitním systému pochvy a během těhotenství brání patogenům v přístupu k plodovým obalům. Pokud je tato funkce narušena, je zde vyšší riziko infekce a zánětu, což jsou prokázané důvody předčasného porodu. Je prokázáno, že čím více tkáně bylo odebráno a čím větší je výška konu, tím vyšší je riziko potratu v druhém trimestru či předčasného porodu. Z tohoto důvodu se zdá nejvhodnější technikou excize u žen s přáním těhotenství elektroexcizní metoda, kde se dá lépe kontrolovat výška konu a objem odebrané tkáně než u techniky CKC. Pokud je potřeba rekonizace, s každým dalším zákrokem se riziko potratu v druhém trimestru i předčasného porodu významně zvyšuje (KYRGIU, 2014), (LIU, 2014).

Ukazuje se, že již samotná přítomnost prekancerózní léze a infekce HPV jsou rizikovým faktorem pro potrat v druhém trimestru či předčasný porod. I ženy s neléčenými lézemi jsou tak ve větším ohrožení než běžná populace. Musí se ovšem dále ověřit, nakolik tento fakt souvisí se samotnou nemocí a nakolik s dalšími anamnestickými údaji a životním stylem žen, které prekancerózou onemocní (KYRGIU, 2014).

1.9 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE KE VZTAHU K PREKANCERÓZÁM DĚLOŽNÍHO HRDLA

Péče porodní asistentky či sestry o ženu v souvislosti s prekancerózami děložního hrdla začíná již v rámci prevence a hraje významnou roli v průběhu léčby i po ní. Gynekologické problémy jsou pro ženu vždy velmi citlivé téma a tak je úkolem porodní asistentky/sestry nejen poskytnout potřebné informace a ujistit se, zda jim porozuměla. Důležité je uplatnit v komunikaci se ženou lidský přístup a určitou míru psychické podpory. Každá žena ve zdravotnickém prostředí reaguje odlišně a naším úkolem je toto pochopit a přizpůsobit se (TÓTHOVÁ, 2014).

1.9.1 PREVENCE

Již při první návštěvě ženy či dívky v gynekologické ordinaci, by se měla porodní asistentka/sestra zaměřit při sepisování anamnézy na rizikové faktory vzniku prekanceróz děložního hrdla. Především zjistit, zda žena kouří, zda užívá hormonální antikoncepci a kdy započala (zda započala) se sexuální aktivitou. Dále by měla edukovat ženu o prevenci vzniku prekanceróz děložního hrdla. O významu používání

bariérové antikoncepce ve vztahu k infekci HPV, o vztahu kouření tabáku ke vzniku prekanceróz, o zodpovědnosti v sexuálním životě (promiskuita je rizikový faktor vzniku prekanceróz) a případně o možnosti vakcinace proti HPV (Samozřejmostí je ovšem naprostá profesionalita, ženu nesoudíme ani nedáváme najevo svůj názor).

Při samotné gynekologické prohlídce porodní asistentka/sestra informuje ženu s předstihem o tom, jak bude vyšetření probíhat. Zároveň asistuje lékaři při vyšetřeních (kolposkopické, cytologické, biotické, UZ) podle jeho potřeb a zvyklostí ordinace. Na konci návštěvy informuje ženu o dostupnosti výsledků vyšetření, domlouvá termín další prohlídky či vyšetření nebo informuje ženu, kdy se má telefonicky objednat k další prohlídce. Stále častější je domlouvání prohlídek pomocí emailu, což má také na starosti porodní asistentka/sestra (SLEZÁKOVÁ, 2011).

1.9.2 PŘEDOPERAČNÍ OBDOBÍ

Porodní asistentka/sestra domlouvá s pacientkou termín chirurgického výkonu. Nejvhodnější dobou pro zákrok na čípku děložním je období po menstruaci. Naopak před nebo při menstruaci není vhodné zákrok provádět z důvodu vyšší prokrvenosti pohlavních orgánů a většímu riziku perioperačního či pooperačního krvácení. Ženě je předána dokumentace týkající se hospitalizace- informovaný souhlas s hospitalizací, informovaný souhlas s výkonem a informovaný souhlas s anestezií. Tuto dokumentaci má žena čas si přečíst a vyplnit a přináší ji sebou k hospitalizaci. Dále žena obdrží pokyny týkající se nástupu k hospitalizaci a zároveň je o tomtéž ústně poučena od porodní asistentky/sestry. Pacientka je poučena, že má přijít ráno v den výkonu nalačno (nejíst od půlnoci). Nemá před výkonem kouřit (od půlnoci) a tekutiny může přijímat do 6.00 hodiny ranní (vodu či čaj). Má přijít osprchovaná, nenalíčená a bez šperků. Může se oholit v intimních partiích. Sebou si přinese informované souhlasy, interní předoperační vyšetření od obvodního lékaře, průkaz zdravotní pojišťovny a občanský průkaz, toaletní potřeby, košili, župan a přezutí. Ve většině zařízení je doporučeno zajistit si pomůcky na bandáž nohou (elastické punčochy či elastická obinadla). Pokud pravidelně užívá nějaké léky, bere si je sebou k hospitalizaci a informuje o nich při příjmu. Je poučena o délce hospitalizace a výkonu. Hospitalizace je v naprosté většině pouze jednodenní a žena je propuštěna tentýž den odpoledne či večer s nutným doprovodem další dospělé osoby, který si musí zajistit (SLEZÁKOVÁ, 2011),

(INFORMACE PRO PACIENTKY OBJEDNANÉ K MALÉMU OPERAČNÍMU VÝKONU, 2016).

V den plánovaného výkonu se žena v určenou hodinu dostaví k příjmu na standardní gynekologické oddělení a porodní asistentka/sestra a lékař pacientku přijmou. Porodní asistentka/sestra se ujistí, zda má pacientka vše potřebné sebou, zda lační apod. Následně pacientku ubytuje a obeznámí ji s chodem oddělení. Provede přípravu pacientky před výkonem. Ta sestává z oholení pubického ochlupení a bandáže dolních končetin. Zavede PŽK(periferní žilní katétr)- pokud není zvykem pracoviště toto provést až na operačním sále. Premedikace většinou nebývá indikována. Pacientka je poučena o riziku pádu po celkové anestezii. Poté porodní asistentka/sestra doprovodí pacientku na sál k výkonu. Porodní asistentka/sestra vše pečlivě zapisuje do ošetrovatelské dokumentace, kterou předá spolu se zbylou dokumentací na operační sál při předání pacientky. Po celou dobu před výkonem je nutné myslet na význam komunikace mezi porodní asistentkou/sestrou a pacientkou. Pacientka může být nervózní z neznámého prostředí a z hospitalizace, kterou mnohdy zažívá poprvé ve svém životě. Většina pacientek pociťuje strach z výkonu a z anestezie. Úkolem porodní asistentky/sestry je tyto nepříjemné pocity co nejvíce eliminovat. Pacientce musí naslouchat, zjistit z čeho má obavy a případně znovu vysvětlit, co se s pacientkou bude dít. Upozornit ji na pocity, které může mít po narkóze, jako je nausea (nevolnost), pocit sucha v ústech, plačtivost apod. Důležité je pacientku ujistit, že se nemusí bát zeptat zdravotnického personálu na doplňující informace, pokud ji nebude něco zcela jasné a že jí budeme po celou dobu hospitalizace k dispozici, pokud bude něco potřebovat (TÓTHOVÁ, 2014).

1.9.3 PERIOPERAČNÍ OBDOBÍ

Před zákrokem porodní asistentka/instrumentářka připraví lékaři nástroje k výkonu. Porodní asistentka/sestra převezme pacientku a její dokumentaci. Slovně se ujistí o totožnosti pacientky a dává jí pokyn k ulehnutí na operační lůžko. Při samotném zákroku asistuje lékaři podle potřeby (př. při dezinfekci zevního genitálu). Zárok trvá většinou kolem 10-15 minut. Poté, co je pacientka probuzena z narkózy, je v doprovodu sanitáře a porodní asistentky/sestry ze standardního oddělení převezena zpět na oddělení.

1.9.4 POOPERAČNÍ OBDOBÍ

Když je žena převezena zpět z operačního sálu, je nutno jí každých 15 minut měřit TK a P po dobu jedné hodiny a dále podle ordinace lékaře. Žena většinou pospává. Porodní asistentka/sestra sleduje krvácení z genitálu, případně prosáklost tamponády, kterou má pacientka zavedenou z operačního sálu. Dále sleduje její celkový vzhled, kde se zaměřuje hlavně na známky vnitřního krvácení a známky bolestivosti. Ptá se pacientky, jak se cítí, zda pociťuje bolest a případně podá léky na tlumení bolesti podle ordinace lékaře. Pacientka může bezprostředně po CA pociťovat nevolnost až zvracet, proto by měla mít u lůžka připravenou emitní misku a v případě, že by se tento stav nelepšil, je vhodné informovat lékaře. Pokud má pacientka pocit sucha v ústech, což bývá po celkové anestezii běžné, může jí porodní asistentka/sestra poskytnout navlhčenou buničinu či roušku k navlhčení úst. Tekutiny (hořký čaj či vodu) může začít pacientka přijímat hodinu od konce CA. Za další hodinu s ní porodní asistentka/sestra poprvé vstává. Sleduje se první močení, aby se vyloučilo poškození močového ústrojí. Pacientka může přijímat lehké jídlo. Porodní asistentka/sestra asistuje lékaři při vyšetření pacientky, kdy je extrahována tamponáda. Odstraní pacientce PŽK (SLEZÁKOVÁ, 2011).

Hlavní úlohou porodní asistentky/sestry při propouštění ženy domů je edukace pacientky. Je nutné, aby byla informována o všech možných komplikacích po zákroku, o prevenci těchto komplikací a o zásadách, které musí dodržovat během rekonvalescence. Komplikací může být pozdní krvácení do dvou týdnů od operace. Je způsobeno obnažením cév po částečném zhojení čípku. Není to komplikace častá, pokud je však krvácení silné a nepřestává, je nutné vyhledat lékaře, který krvácení zastaví a v malém množství případů je nutný chirurgický zásah pod celkovou anestézií. Další komplikací může být infekce operační rány či přilehlých orgánů, žena proto musí dodržovat zvýšenou intimní hygienu, zdržet se pohlavního styku a nepoužívat menstruační tampony. Dále je nutné ženu informovat, že plné vyhojení čípku trvá až 6 týdnů, a během této doby může mít zakrvavělý výtok, aby neměla zbytečné obavy. Pokud během rekonvalescence nastane jakákoli komplikace, může se žena obrátit buď na svého gynekologa či na zařízení, kde byl zákrok proveden. V případě, že vše probíhá bez komplikací, se žena objednává na kontrolní prohlídku u svého gynekologa po 3-4 týdnech od zákroku (INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA S POSKYTNUTÍM ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB/ZDRAVOTNÍHO VÝKONU, 2016).

2. OŠETŘOVATELSKÝ PROCES O ŽENU PO KONIZACI DĚLOŽÍHO HRDLA

2.1 IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE

Jméno a Příjmení: X. X., Ing.

Pohlaví: Žena

Datum narození: 1988

Věk: 28

Adresa trvalého bydliště: Praha

Rodné číslo: XXXXXX/XXXX

Číslo pojišťovny: 111

Vzdělání: Vysokoškolské

Zaměstnání: Fotograf

Stav: Svobodná

Státní příslušnost: Česká

Datum přijetí: 23. 3. 2016

Typ přijetí: Plánované

Oddělení: Konzervativní oddělení

Ošetřující lékař: MUDr. R. J.

Medicínská diagnóza- hlavní: Střední cervikální dysplazie

Medicínská diagnóza- vedlejší: Alergie

2.2 HODNOTY ZJIŠŤOVANÉ PŘI PŘÍJMU:

Krevní tlak: 128/87

Pulz: 73

Dech: 19

Tělesná teplota: 36,5°C

Výška: 176 cm

Hmotnost: 80 kg

BMI: 25,8

Pohyblivost: Přivezena na lehátku, po narkóze zatím nevstává

Stav vědomí: Při vědomí, orientovaná

2.3 NYNĚJŠÍ ONEMOCNĚNÍ:

Pacientka odeslána od MUDr. S. pro laesio colliuteri, cytologický nález HSIL, Punch Biopsie (provedena v červenci 2015) Dysplazie I-II. Dnes (23. 3. 2016) v 11:45 hodin proveden plánovaný chirurgický zákrok- konizace jehlou, curettage probatoria hrdla. Zákrok trval 15 min. Vše proběhlo dle očekávání, bez komplikací. Pacientka je po narkóze unavená, pociťuje bolest v podbříšku. Pacientka se dlouhodobě neléčí. Je alergická na penicilin.

Informační zdroje: Rozhovor s pacientkou, dokumentace pacientky, fyzikální vyšetření sestrou.

2.4 ANAMNÉZA:

Rodinná anamnéza:

Matka: žije, léčená hypertenze

Otec: žije, léčená hypertenze

Sourozenci: nemá

Další: matka matky Diabetes Mellitus, sestra matky ca endometrii, bratr matky ca pankreatu

Osobní anamnéza:

Překonaná onemocnění: běžná dětská onemocnění

Chronická onemocnění: žádné

Hospitalizace a operace: TE v dětství

Úrazy: žádné vážné neměla

Transfúze: neguje

Očkování: běžná dětská povinná očkování

Léková anamnéza: Hormonální antikoncepce- Lindynette

Alergologická anamnéza:

Léky: Penicilin (otoky a exantém)

Potraviny: neguje

Chemické látky: neguje

Jiné: neguje

Abúzy:

Alkohol: příležitostně

Kouření: nekouří

Léky: neguje

Jiné drogy: neguje

Gynekologická anamnéza:

Menarché: od 14 let, pravidelná

Poslední menstruace: 23. 2. 2016

Porody celkem: 0

SC:0

UPT: 0

Spontánní aborty: 0

Poslední gynekologická prohlídka: 2. 3. 2016

Samovyšetřování prsou: provádí nepravidelně

Sociální anamnéza:

Stav: svobodná

Bytové podmínky: Byt 2+1

VZTAHY, ROLE A INTERAKCE:

V rodině: žije s dlouhodobým přítelem v bytě 2+1, soužití bez problémů, několikrát měsíčně vidá své rodiče, se kterými má dobré vztahy

Mimo rodinu: příjemné vystupování, patrná nervozita, sama říká, že nemá ráda nemocniční prostředí, problémy se snaží řešit otevřeně s partnerem a s rodiči řeší pouze zásadní záležitosti

Záliby a volnočasové aktivity: výstavy, koncerty a různé kulturní akce, posezení s přáteli, četba, příležitostně výlety do přírody po ČR i do zahraničí, fotografování se věnuje i ve volném čase

Pracovní anamnéza:

Vzdělání: vysokoškolské, inženýrské

Pracovní zařazení: pracuje jako fotografka v soukromé firmě

Čas působení: zhruba rok a půl

Vztahy na pracovišti: dobré, převážně mladý kolektiv

Ekonomické podmínky: dobré, něco si šetří a má i na všechny své záliby

Spirituální anamnéza:

Religiózní techniky: ateistka

2.5 Posouzení současného stavu ze dne 23. 3. 2016

2.5.1 POPIS FYZICKÉHO STAVU

HLAVA A KRK

Subjektivně: „Na bolesti hlavy netrpím. Ani si nevzpomínám, kdy mě naposledy bolela. Jako malá jsem měla problémy s krčními mandlemi a byla jsem často nemocná, tak mi je odoperovali. Momentálně mám ještě pořád trochu sucho v ústech, jak jsem dlouho nepila před narkózou a po ní, ale už je to mnohem lepší, než když jsem se probudila z narkózy.“

Objektivně: Hlava normocefalická, bez deformit, pokleповě nebolestivá, bulby ve středním postavení, bez nystagmu, diplopie, hybné všemi směry, skléry bez ikteru, vidí dobře, oči, uši, nos bez výtoku, slyší dobře, jazyk růžový, vlhký, plazící se středem, hrdlo klidné, po tonzilektomii, chrup sanován, vlastní, rty sušší, problémy s polykáním nemá, výstupy n. trigeminu nebolestivé, cítí na obličeji bez poruch, krk souměrný, bez deformit, náplň krčních žil nezvětšena, pulsace a. carotis hmatná oboustranně, krční uzliny nehmatné, nebolestivé.

HRUDNÍK A DÝCHACÍ SYSTÉM

Subjektivně: „Problémy s dýcháním nemám. Jen když vyvíjím nějakou větší aktivitu, tak se zadýchám, ale to asi normální.“

Objektivně: Hrudník souměrný, bez deformit, bez srdečního vyklenutí, prsa bez tvarových odchylek, bradavky bez výtoku, poslechově dýchání čisté, sklípkové, bez patologických zvukových fenoménů, počet dechů 25/min, saturace 98%.

SRDCE A CÉVNÍ SYSTÉM

Subjektivně: „Problémy se srdcem nemám. Jsem spíš horkokrevná, takže studené ruce ani nohy nemívám.“

Objektivně: Srdeční rytmus pacientky je pravidelný (55/min), dobře hmatný na a. radialis na obou horních končetinách, tlak 115/68, dolní končetiny bez otoků a známek flebotrombózy, lýtka nebolestivá, pulzace dobře hmatná, ráno zavedena zelená periferní žilní kanyla na levé horní končetině.

BŘICHO A GIT

Subjektivně: „Břicho mě nebolí. Na velké jsem dnes ještě nebyla, ale to bude tím, že jsem jedla poprvé před chvílí. Jinak s vyprazdňováním problémy nemám a chodím pravidelně každý den.“

Objektivně: Břicho v úrovni hrudníku, palpačně nevyšetřuji vzhledem ke krátké době od výkonu, peristaltika dobře slyšitelná, tapotement negativní, játra nezvětšena, bez vyklenutí, žilní kresba na břiše nepatrná.

VYLUČOVACÍ A POHLAVNÍ ÚSTROJÍ

Subjektivně: „Problémy s močením nemám. Na záněty močového měchýře netrpím. Tady jsem byla močit pouze jednou před výkonem a před chvílí, to bude tím, že jsem moc nepila kvůli narkóze. Když mi doktor řekl, že mám ty změny na čípku, byla jsem překvapená, žádné problémy jsem nepociťovala. Menstruaci mívám pravidelnou, slabou a bezbolestnou. Užívám již 9 let hormonální antikoncepci, poslední asi 3 roky Lindynette. Docela mě bolel podbříšek, když jsem se probudila. Na stupnici 0-10 to bylo tak 3-4. Nejsm zvyklá na bolestivé menstruace, takže mi to docela vadilo.“

Objektivně: Pacientka je 2 a půl hodiny po konizaci děložního čípku, má zavedenou tamponádu v pochvě, tamponáda je suchá, po probuzení udávala bolest v podbříšku intenzity 3-4 (na škále 0-10), po operačním zákroku již močila.

POHYBOVÝ APARÁT

Subjektivně: „Doma s pohybem nemám žádný problém. Teď jsem ještě trochu malátná. Když se posadím, tak se mi trochu motá hlava a musím chvíli počkat, ale do koupelny dojdu.“

Objektivně: Aktivní hybnost všech končetin ve všech směrech zachována, hybnost krční páteře v normě, končetiny bez tvarových deformit, svalové napětí v normě, plně soběstačná, stěžuje si na malátnost a vertigo.

NERVOVÝ SYSTÉM

Subjektivně: „Dnes je středa 23. 3. 2016, jsem hospitalizována v nemocnici Motol na gynekologickém oddělení. Slyším i vidím dobře. Bolí mě podbříšek po

zákroku a také musím pořád myslet na to, jak vyjde histologie a zda už budu v pořádku.“

Objektivně: Pacientka orientována místem, časem, osobou i prostorem, spolupracuje, čich, chuť i hmat bez patologií. Zornice izokorické, reagující na osvit, oční bulvy hybné všemi směry. MMSE neprováděn. Projevuje strach z výsledku histologického vyšetření a o svůj zdravotní stav.

ENDOKRINNÍ SYSTÉM

Subjektivně: „Nikdy mi asi žádné testy štítné žlázy nedělali, ale nemám žádné problémy, takže je to asi v pořádku. Beru hormonální antikoncepci Lindynette už asi 3 roky a jsem s ní spokojená.“

Objektivně: V anamnéze nemá poruchy endokrinního systému. Štítná žláza nezvětšená, nebolestivá, pacientka nemá známky poruchy endokrinního systému.

IMUNITNÍ SYSTÉM

Subjektivně: „Jsem alergická na penicilin. Otekla jsem po něm a udělala se mi nepříjemná vyrážka. Jinak žádnou alergii nemám. Jako malá jsem měla často silné angíny, tak mi odstranili krční mandle a od té doby nemocná nebývám, jen jednou či dvakrát ročně nachlazení.“

Objektivně: Lymfatické uzliny nezvětšeny, nebolestivé, tělesná teplota 36,5°C, v normě.

KŮŽE A JEJÍ ADNEXA

Subjektivně: „Někdy mám sušší pokožku, tak používám tělové mléko. Mám po těle hodně znamének a pih, takže v létě používám opalovací krémy s vysokou ochranou a jednou za čas, tak po dvou letech, chodím k dermatologovi na kontrolu. O vlasy a nehty se starám pravidelně.“

Objektivně: Kůže bez patologických defektů, normálního zbarvení, bez cyanózy, větší množství mateřských znamének na horních končetinách, hrudníku a bedrech, ty klidné a ohraničené, kožní turgor dobrý, prsty bez tvarových odchylek, nehty upravené. Bez chybění části těla, celkový vzhled dobrý, odpovídající věku pacientky.

Poznámky z tělesné prohlídky: Pacientka vystupuje příjemně. Je na ní vidět únava a nervozita. Odpovídá věcně a srozumitelně.

2.5.2 AKTIVITY DENNÍHO ŽIVOTA

STRAVOVÁNÍ

Doma: „Snažím se jíst vyváženě. Doma jím hodně zeleniny, kterou mám ráda. Nejsem moc kuchařka, a tak vařím buď jednoduchá jídla, nebo si něco domů objednáme. Často také jím venku, tam je těžší jíst zdravě. Ráda si dám i nějaké „nezdravé“ jídlo z rychlého občerstvení.“

V nemocnici: „Před zákrokem jsem nesměla jíst, takže jsem před chvílí měla první jídlo- lehkou svačinu. Ani jsem neměla moc hlad, spíš jsem cítila, že mám prázdný žaludek.“

Objektivně: Výška 176 cm, váha 80 kg, BMI 25,8- těsně nad hranicí nadváhy. Pacientka lačnila do 14:15, poté svačila lehké jídlo.

PŘÍJEM TEKUTIN

Doma: „Piju docela dost, tak 2 litry denně. Většinou minerálku nebo čistou vodu, několikrát denně také kávu s mlékem a cukrem. To záleží na tom, jak perný mám den.“

V nemocnici: „Od rána jsem nesměla pít a měla jsem už velkou žízeň. Teď se to snažím dohnat a piju ten čaj, co mi zde dali. Také jsem si přinesla minerálku. Už jsem od té doby, co můžu pít, vypila skoro litr.“

Objektivně: Doma pije dostatečně. Před výkonem nepřijímala tekutiny. Momentálně vypila kolem litru tekutin. Nejeví známky dehydratace.

VYLUČOVÁNÍ MOČE

Doma: „S vylučováním potíže nemám. Na záněty močového měchýře netrpím.“

V nemocnici: „Před zákrokem jsem byla jednou a po zákroku, když se mnou sestřička vstávala, jsem také byla.“

Objektivně: Pacientka po zákroku již močila, bez problémů.

VYLUČOVÁNÍ STOLICE

Doma: „Doma chodím jednou denně nebo obden. Průjmy nemívám. Zácpu jen někdy, hlavně když jsem ve stresu.“

V nemocnici: „Tady jsem zatím nebyla. Naposledy jsem byla na stolici včera v poledne.“

Objektivně: Pacientka výrazné problémy s vyprazdňováním nemá. Poslední stolice byla včera kolem 12:00, dle pacientky normální barvy i konzistence.

SPÁNEK A BDĚNÍ

Doma: „Jsem ranní ptáče, do práce vstávám v 6:30, když si můžu přispat, tak vstávám tak kolem 8:00-8:30. Chodím spát kolem dvanácté. Když jsem někde s přáteli, tak později a pak si jdu někdy lehnout v poledne. Nemám problémy se spánkem.“

V nemocnici: „Chvíli jsem spala po narkóze, ale není to ono. Nespí se mi tu dobře, už se těším, až budu doma, tam půjdu hned spát, jsem ještě docela unavená.“

Objektivně: Doma pacientka nemá problémy se spánkem. V nemocnici se pacientce spí špatně. Je unavená.

AKTIVITA A ODPOČINEK

Doma: „Nejsem sportovní typ. Ráda chodím na procházky a fotím okolí, ale nechodím pravidelně. Když si chci odpočinout, tak u knížky nebo filmu.“

V nemocnici: „Mám naordinovaný klid na lůžku. To mi vyhovuje. Ještě se necítím úplně fit a bolí mě ten podbříšek.“

Objektivně: Pacientka má naordinovaný klidový režim. Je plně soběstačná. Odpočívá na lůžku.

HYGIENA

Doma: „Sprchuji se každé ráno, hezky mě to probudí.“

V nemocnici: „Osprchovala jsem se ráno doma, než jsem vyrazila. Tady jsem se nesprchovala, ale neměl by to být problém, určitě bych to zvládla.“

Objektivně: Pacientka je ve své hygieně plně soběstačná.

SAMOSTATNOST

Doma: „Jsem naprosto samostatná.“

V nemocnici: „Když jsem poprvé vstávala po narkóze, byla tu se mnou sestřička a dohlížela na mě. Byla jsem za to moc ráda, protože jak jsem si sedla, tak se mi zamotala hlava. Ještě pořád musím vstávat pomalu, cítím se malátná, ale vše zvládám.“

Objektivně: Pacientka je plně samostatná.

2.5.3 POSOUZENÍ PSYCHICKÉHO STAVU

VĚDOMÍ

Subjektivně: „Po probuzení z narkózy jsem byla trochu zmatená, musela jsem si uvědomit, kde jsem, ale to trvalo jen chvíli. Teď už vnímám vše jako obvykle.“

Objektivně: Při vědomí (GCS- 15), vědomí plné, jasné.

ORIENTACE

Subjektivně: „Vím, kde jsem, jaký je den, a kolik je hodin, takže jsem asi dobře orientovaná.“

Objektivně: Pacientka je plně orientována místem, časem, osobou i prostorem.

NÁLADA

Subjektivně: „Jsem ráda, že už mám zákrok za sebou, ale necítím se v nemocnici dobře, už chci domů. Jsem také nervózní z výsledků histologie, zda již budu zdravá.“

Objektivně: Pacientka udává úlevu po prodělaném zákroku a obavu o výsledky histologického vyšetření.

PAMĚŤ

Subjektivně: „Vše důležité si vždy pamatuji. Nemám s pamětí větší problémy. Používám diář.“

Objektivně: Paměť není narušena.

MYŠLENÍ

Subjektivně: „Na tuto otázku jsem asi dost mladá. Myslí mi to normálně řekla bych.“

Objektivně: Myšlení je logické, otázky chápe, odpovídá věcně, plynule.

TEMPERAMENT

Subjektivně: „Mám ráda klid, mít vše dopředu připravené. Stres snáším docela špatně, i když se snažím na tom pracovat.“

Objektivně: Pacientka momentálně lehce nervózní, dobře spolupracuje po celou dobu hospitalizace.

SEBEHODNOCENÍ

Subjektivně: „No vždy je co vylepšovat, ale v zásadě jsem se sebou spokojená. Mám dobrý život, tak asi nebudu tak špatná.“

Objektivně: Pacientka vypadá vyrovnaně. Má zdravé sebevědomí.

VNÍMÁNÍ ZDRAVÍ

Subjektivně: „Doted' jsem žádné zdravotní potíže neměla, takže jsem své zdraví moc neřešila. Brala jsem to jako samozřejmost. Teď si budu určitě víc vážit zdraví, trochu mě to vyděsilo. Jiné problémy nemám.“

Objektivně: Pacientka dosud žádné zdravotní potíže neměla. Situace je pro ni nová, přehodnocuje vnímání zdraví.

VNÍMÁNÍ ZDRAVOTNÍHO STAVU

Subjektivně: „Jak jsem říkala, trochu mě to vyděsilo, ale doktor mi vysvětlil, že pokud se to bude léčit, budu zase v pořádku. Rozhodně budu dodržovat vše, co mi řeknou.“

Objektivně: Pacientka vyjádřila obavu o své zdraví. Přistupuje k léčbě zodpovědně.

REAKCE NA ONEMOCNĚNÍ A PROŽÍVÁNÍ ONEMOCNĚNÍ

Subjektivně: „Nic mě nebolelo a neměla jsem žádné problémy, takže pro mě bylo zprvu těžké si na to zvyknout. Teď už hlavně chci být zase zdravá.“

Objektivně: Pacientka projevuje obavu o své zdraví.

REAKCE NA HOSPITALIZACI

Subjektivně: „Vím, že zákrok byl nutný, abych se uzdravila. Nechtěla bych něco podcenit tím, že bych jen čekala, jak se nemoc vyvine. Je to pro mě nová situace. V dětství jsem sice krátce hospitalizovaná byla, ale moc si to nepamatuji. Jsem ráda, že večer už můžu domů, necítím se tu ve své kůži.“

Objektivně: Pacientce chápe nutnost krátké hospitalizace a těší se domů.

ADAPTACE NA ONEMOCNĚNÍ

Subjektivně: „Jak jsem již říkala, nic mě nebolelo, žádné problémy jsem neměla. Teď vím, že budu muset dodržovat klidový režim, prý mi vše ještě řeknou, než mě propustí.“

Objektivně: Pacientka se adaptuje na onemocnění bez problémů.

PROJEVY JISTOTY A NEJISTOTY

Subjektivně: „Ještě se bojím, jak dopadne ta histologie, jestli to bude v pořádku, bude snad už vše za mnou.“

Objektivně: Pacientka působí v cizím prostředí mírně nejistě. Projevuje obavy o výsledek histologického vyšetření.

ZKUŠENOSTI Z PŘEDCHÁZEJÍCÍCH HOSPITALIZACÍ

Subjektivně: „Byla jsem hospitalizovaná jen jednou v dětství, to si moc nepamatuji, asi na mě byli hodní, nemám z toho žádné trauma.“

Objektivně: Pacientka v dospělosti hospitalizována dosud nebyla. Nemá špatnou zkušenost s nemocničním personálem.

2.5.4 POSOUZENÍ SOCIÁLNÍHO STAVU

KOMUNIKACE

Komunikace verbální

Subjektivně: „Nemám problémy s vyjadřováním, myslím, že mám dobrou slovní zásobu, ráda čtu.“

Objektivně: Pacientka dobře artikuluje, řeč bez patologie, souvislá, bohatá slovní zásoba.

Komunikace neverbální

Subjektivně: „Jsem zvyklá gestikulovat, když něco vyprávím či vysvětluji. Oční kontakt je podle mě velmi důležitý.“

Objektivně: Pacientka při rozhovoru gestikuluje. Udržuje oční kontakt.

INFORMOVANOST

Informovanost o onemocnění

Subjektivně: „Řekla bych, že vím vše potřebné od svého gynekologa. Hledala jsem něco i na internetu, ale je tam toho spousta a nevím, jak věrohodné.“

Objektivně: Pacientka je o svém zdravotním stavu dostatečně informována a má snahu dohledat si sama podrobnosti.

Informovanost o diagnostických metodách

Subjektivně: „Vím, že ten zákrok, co jsem podstoupila, se jmenuje konizace a kyretáž hrdla. Odřízli mi kousek čípku. Teď už mě snad nic nečeká.“

Objektivně: Pacientka je dobře informovaná o diagnostických metodách.

Informovanost o léčbě a dietě

Subjektivně: „Žádnou dietu snad držet nemusím, nikdo nic neříkal. Vím, že budu muset dodržovat nějaké zásady, něco jsem si četla v papírech, co jsem před tím dostala a něco mi řekla sestra tady.“

Objektivně: Pacientka byla dostatečně informována o všech zásadách léčby.

Informovanost o délce hospitalizace

Subjektivně: „Večer mě propustí domů“

Objektivně: Pacientka je dobře informována o délce hospitalizace

SOCIÁLNÍ ROLE A JEJICH OVLIVNĚNÍ NEMOCÍ, HOSPITALIZACÍ A ZMĚNOU ŽIVOTNÍHO STYLU V PRŮBĚHU NEMOCI A HOSPITALIZACE

Primární role (role související s pohlavím a věkem)

Subjektivně: „Žena“

Objektivně: Žena, 27 let, role je ovlivněna nynějším stavem pacientky.

Sekundární role (role související s rodinou a společenskými funkcemi)

Subjektivně: „Přítelkyně, fotografka, dcera.“

Objektivně: Přítelkyně, fotografka, dcera, role jsou ovlivněny nebo částečně ovlivněny nynějším stavem pacientky.

Terciární role (role související s volným časem a zálibami)

Subjektivně: „Kamarádka“

Objektivně: Role ovlivněna současným zdravotním stavem pacientky.

2.6 MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT

ORDINOVANÁ VYŠETŘENÍ:

Kontrolní gynekologická prohlídka za 6 týdnů v CGOP.

KONZERVATIVNÍ LÉČBA:

Dieta: V současnosti žádné dietní omezení. Dieta racionální.

Pohybový režim: Pacientka soběstačná, klidový režim

RHB: Šetřící režim po 3 týdny.

Výživa: Parenterální.

Medikamentózní léčba:

Per os: Při bolesti Ibuprofenum 400 mg á 8 hodin p. o., maximální denní dávka 1,2g.

Intravenózní: Není indikována.

Subkutánně: Není indikována.

Jiná: Není indikována.

CHIRURGICKÁ LÉČBA:

Není indikována.

2.7 SITUAČNÍ ANALÝZA

27letá pacientka X. X. přijata dne 23. 3. 2016 v 8:00 hodin na Konzervativní oddělení k plánovanému výkonu- konizaci jehlou a curettage probatoria hrdla pro laesio colli uteri, podle cytologického vyšetření H SIL, podle Punch Biopsie z července 2015 Dysplázie I-II stupně. Hodnoty zjišťované při příjmu: TK 128/87, P 78, DF 19, TT 36,5. Výkon proběhl bez komplikací v celkové anestezii od 11:45 do 12:00 hodin. Během výkonu podána infuzní terapie- Ringerfundin 500 ml. Nyní v 14:30 pacientka při vědomí, spolupracuje, orientovaná časem, místem, osobou i prostorem. Stěžovala si na mírnou bolest v podbřišku, jinak bez obtíží. Před výkonem zaveden periferní žilní katétr do levé horní končetiny. Při výkonu zavedena poševní tamponáda, t. č. suchá. Ošetrovatelské diagnózy byly stanoveny po převezení pacientky ze sálu na Konzervativní oddělení.

2.8 STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ DLE NANDA I TAXONOMIE II A JEJICH USPOŘÁDÁNÍ DLE PRIORIT

Ošetrovatelské diagnózy stanoveny dle NANDA I Taxonomie II dle NANDA INTERNATIONAL, 2013. Ošetrovatelské diagnózy. Definice a klasifikace 2012-2014. Praha: Grada Publishing. ISBN: 978-80-247-4328-8.

Diagnózy:

Akutní bolest (00132)

Narušená integrita tkáně (00044)

Strach (00148)

Riziko krvácení (00206)

Riziko infekce (00004)

2.8.1 Akutní bolest (00132)

Doména 12: Komfort

Třída 1: Tělesný komfort

Definice: Nepříjemný smyslový a emoční zážitek vycházející z aktuálního nebo potencionálního poškození tkáně nebo popsany pomocí termínů pro takové poškození (Mezinárodní asociace pro studium bolesti); náhlý nebo pomalý nástup libovolné intenzity od mírné po silnou, s očekávaným nebo předvídatelným koncem a s trváním kratším než 6 měsíců.

Určující znaky:

- Kódovaný/číselný záznam (na stupnici bolesti 1-10 kdy 10 je maximum udává 3-4)
- Expresní chování (vzdechy)
- Výraz obličeje (grimasy při změně polohy)
- Bolest (v podbříšku)

Související faktory:

- Původci zranění (biologičtí- operační rána)

Priorita: Vysoká

Cíl dlouhodobý: Pacientka nemá bolesti (intenzita bolesti 0) při propuštění z nemocnice.

Cíl krátkodobý: Pacientka udává zmírnění bolesti do 1 hodiny od zahájení léčby analgetiky.

Očekávané výsledky:

- Pacientka chápe příčinu bolesti. - do 1 hodiny
- Pacientka cítí úlevu od bolesti po podání analgetik. - do 1 hodiny
- Pacientka dodržuje šetřící režim. - do 30 minut

- Pacientka dodržuje farmakologický režim. - do 1 hodiny

Ošetrovatelské intervence:

- Ve spolupráci s pacientkou posuď bolest- její lokaci, intenzitu (na škále 0-10, kdy 10 je maximum), trvání a charakter a proved' zápis do ošetrovatelské dokumentace- porodní asistentka/sestra, každou hodinu.
- Podej analgetickou terapii dle ordinace lékaře a proved' zápis do ošetrovatelské dokumentace- porodní asistentka/sestra, ihned.
- Edukuj pacientku o příčině bolesti- porodní asistentka/sestra, ihned.
- Edukuj pacientku o spolupráci při hodnocení intenzity, charakteru a trvání bolesti- porodní asistentka/sestra, ihned.
- Posuď účinek analgetické terapie u pacientky a proved' zápis do dokumentace- porodní asistentka/sestra, do 1 hodiny od podání analgetik.
- Posuď možné psychologické příčiny bolesti- porodní asistentka/sestra, průběžně.
- Zajisti klidné a komfortní prostředí pacientky- porodní asistentka/sestra, vždy.

Realizace:

23. 3. 2016

- 12:10 – Pacientka přivezena ze sálu, usíná
- 13:05 – Pacientka si stěžuje na bolest v podbřišku intenzity 3-4 (na hodnotící škále 0-10, kde 10 je maximum)
- 13:10 – Podána analgetika dle ordinace lékaře, 1 tbl. Ibuprofenum 400 mg p. o.
- 13:10 – Pacientka edukována o důvodu pocí'ované bolesti (operační rána a podráždění okolních tkání)
- 13:35 – Kontrola intenzity bolesti- pacientka udává úlevu od bolesti, na hodnotící škále udává intenzitu 1
- 13:35 – Pacientka edukována o nutnosti oznámit porodní asistentce/sestře případné zhoršení bolesti
- 14:10 – Pacientka udává úplnou úlevu od bolesti

Hodnocení:

23. 3. 2016

- Pacientka udává úplnou úlevu od bolesti.
- Pacientka ví, že má informovat porodní asistentku/sestru v případě návratu bolesti.

- Pacientka zná důvod bolesti.

Cíl dlouhodobý: Splněn

Cíl krátkodobý: Splněn

2.8.2 Narušená integrita tkáně (00044)

Doména 11: Bezpečnost/ochrana

Třída 2: Fyzické poškození

Definice: Poškození sliznice, rohovky, kůže anebo podkožních tkání.

Určující znaky:

- Poškozená tkáň (Operační rána)

Související faktory:

- Nedostatečné znalosti
- Mechanické faktory

Priorita: Vysoká

Cíl dlouhodobý: Pacientka zná zásady správného hojení operační rány.

Cíl krátkodobý: Pacientka nemá projevy infekce operační rány.

Očekávané výsledky:

- Pacientka nejeví známky infekce. - do propuštění
- Pacientka zná zásady, které musí dodržovat po dobu hojení operační rány. – do propuštění
- Pacientka zná příznaky infekce operační rány. – do propuštění
- Pacientka ví, jak se zachovat v případě, že se objeví známky infekce. – do propuštění

Ošetrovatelské intervence:

- Sleduj, zda pacientka nejeví známky infekce operační rány - porodní asistentka/sestra, vždy.
- Pokud se objeví známky infekce, informuj neprodleně lékaře- porodní asistentka/sestra.
- Edukuj pacientku o zásadách, které musí dodržovat, aby předešla infekci v operační ráně- porodní asistentka/sestra, do propuštění.

- Edukuj pacientku o příznacích infekce operační rány- porodní asistentka/sestra, do propuštění.
- Edukuj pacientku, co dělat v případě projevů infekce- porodní asistentka/sestra, do propuštění.
- Vše pečlivě zaznamenávej do ošetrovatelské dokumentace- porodní asistentka/sestra, průběžně.

Realizace:

23. 3. 2016

- 12:10 - 17:50 – Pacientka průběžně sledována, nejví známky infekce.
- 14:45 – Pacientka informována o nutnosti dodržovat zvýšený hygienický režim, zdržet se pohlavního styku a nepoužívat menstruační tampony po dobu 3 týdnů jako prevenci infekce operační rány.
- 15:00 – Pacientka informována, že v případě příznaků infekce operační rány (zapáchající a hnisavý výtok z pochvy) se musí ihned dostavit k lékaři.

Hodnocení:

23. 3. 2016

- Pacientka nejví známky infekce operační rány.
- Pacientka ví, jaké zásady dodržovat po dobu rekonvalescence.
- Pacientka zná možné komplikace.
- Pacientka ví, jak se zachovat v případě komplikací.

Cíl dlouhodobý: Splněn.

Cíl krátkodobý: Splněn.

2.8.3 Strach (00148)

Doména 9: Zvládání/tolerance zátěže

Třída 2: Reakce na zvládání zátěže

Definice: Reakce na vnímané ohrožení, které je vědomě rozpoznáno jako nebezpečí.

Určující znaky:

Uvádí obavy

Uvádí zvýšené napětí

Identifikuje předmět strachu

Související faktory:

Přirozené (bolest)

Oddělení od podpůrného systému v potenciaálně stresující situaci (hospitalizace)

Neobeznámenost s prostředím (nemocniční prostředí)

Priorita: Střední

Cíl dlouhodobý: Pacientka nepocítuje strach- do konce hospitalizace.

Cíl krátkodobý: Pacientka má snížený pocit strachu- do 2 hodin.

Očekávané výsledky:

Pacientka umí určit zdroj svého strachu a hovořit o něm. – do 2 hodin

Pacientka má dostatek informací o léčebném a ošetrovatelském plánu. – do 2 hodin

Pacientka využívá všechny druhy pomoci a podpory. – vždy

Ošetrovatelské intervence:

Informuj pacientku (v rámci svých kompetencí) o léčebném a ošetrovatelském plánu – porodní asistentka/sestra, do 1 hodiny.

Zjistí od pacientky příčiny strachu – porodní asistentka/sestra, do 1 hodiny.

Sleduj intenzitu strachu a uznej užitečnost strachu v péči o vlastní osobu – porodní asistentka/sestra, průběžně.

Sleduj u pacientky možné projevy strachu (vystrašenost, zvýšené napětí, nervozita, zrychlená tepová a dechová frekvence) a v případě projevu proved' zápis do dokumentace – porodní asistentka/sestra, vždy.

Bud' pacientce nablízku, mluv klidně, vlídně – porodní asistentka/sestra, vždy.

Naslouchej se zájmem a porozuměním pacientce, pokud chce vyslovit své pocity a emoce – porodní asistentka/sestra, vždy.

Umožni pacientce kontakt s rodinou, jako psychickou podporou – porodní asistentka/sestra, podle přání pacientky.

Vše průběžně zapisuj do ošetrovatelské dokumentace - porodní asistentka/sestra.

Realizace:

23. 3. 2016

- 12:10 – Pacientka informována o následující ošetrovatelské péči (měření FF á 15 min).

- 13:10 – Pacientka bdělá, působí lehce nervózně, slovně projevuje strach a obavy z výsledku histologického vyšetření. Informována o následující ošetrovatelské péči a průběhu hospitalizace.

- 13:15 – Pacientka žádá o podání mobilního telefonu, na který nedosáhne z důvodu pooperačního režimu (nevstává), telefonuje s přítelem.

- 13:45 – Pacientka udává částečné uklidnění po rozhovoru s přítelem.

- 15:00 – Pacientka informována o době propuštění do domácí péče.

Hodnocení:

23. 3. 2016

- Pacientka má snížený pocit strachu.

- Pacientka zná příčinu svého strachu a dokáže o ní hovořit.

- Pacientka byla průběžně a s předstihem informována o léčebném a ošetrovatelském plánu.

Cíl dlouhodobý: Splněn částečně.

Cíl krátkodobý: Splněn

2.8.4 Riziko krvácení (00206)

Doména 11: Bezpečnost/ochrana

Třída 2: Fyzické poškození

Definice: Riziko snížení množství krve, které může ohrozit zdraví.

Rizikové faktory:

Nedostatečné znalosti

Vedlejší účinky spojené s léčbou (výkon)

Priorita: Střední.

Cíl dlouhodobý: Pacientka zná omezení po dobu rekonvalescence a dodržuje je.

Cíl krátkodobý: Pacientka po dobu hospitalizace nadměrně nekrvácí z operační rány.

Očekávané výsledky:

Pacientka ví, jak v rámci možností předcházet krvácivé komplikaci hojení rány.
– do propuštění

Pacientka dodržuje omezení, která se dozvěděla. - ihned

Pacientka nadměrně nekrvácí. – po dobu hospitalizace

Pacientka nejeví známky vnitřního krvácení. – po dobu hospitalizace

Ošetřovatelské intervence:

- Sleduj zavedenou poševní tamponádu a proved' zápis do dokumentace- porodní asistentka/sestra, ihned, po 1 a 2 hodinách.
- Monitoruj fyziologické funkce (TK, P, DF) a prováděj zápisy do dokumentace- porodní asistentka/sestra, 1 hodinu á 15 min, poté za 1 hodinu.
- Sleduj, zda pacientka nejeví známky vnitřního krvácení (schvácenost, bledost, neklid)- porodní asistentka/sestra, vždy.
- Edukuj pacientku o zásadách, které musí dodržovat po dobu hojení operační rány- porodní asistentka/sestra.

- Edukuj pacientku o možných krvácivých komplikacích souvisejících s hojením operační rány- porodní asistentka/sestra.
- Edukuj pacientku, jak se zachovat při známkách krvácivých komplikací hojení operační rány- porodní asistentka/sestra.
- V případě nadměrného krvácení operační rány neprodleně informuj lékaře- porodní asistentka/sestra.
- Vše průběžně zapisuj do dokumentace- porodní asistentka/sestra.

Realizace:

23. 3. 2016

- 12:10 – Pacientka přivezena ze sálu, orientovaná, tamponáda suchá. Kontrola FF: TK 130/85, P 78, DF 17.
- 12:25 – Kontrola FF: TK 125/85, P 78, DF 17.
- 12:40 – Kontrola FF: TK 115/68, P 56, DF 16.
- 12:55 – Kontrola FF: TK 115/70, P 55, DF 16.
- 13:10 – Kontrola FF: TK 115/68, P 59, DF 17, tamponáda suchá, pacientka se cítí dobře
- 14:10 – Kontrola FF: TK 120/70, P 60, DF 18. Tamponáda suchá, pacientka se cítí dobře, nejví známky komplikací.
- 14:45 - Pacientka informována o nutnosti se tělesně šetřit, zdržet se pohlavního styku a nepoužívat menstruační tampony po dobu 3 týdnů z důvodu možného mechanického poškození hojící se operační rány.
- 15:00 – Asistence lékaři při extrakci poševní tamponády. Pacientka informována o možnosti komplikací- nadměrného krvácení a pozdního krvácení. Poučena o nutnosti dostavit se ihned k lékaři při těchto či jakýchkoli jiných potížích.

Hodnocení:

23. 3. 2016

- Pacientka nadměrně nekrváčí z operační rány.
- Pacientka ví, jaké zásady dodržovat po dobu rekonvalescence.
- Pacientka zná možné komplikace.
- Pacientka ví, jak se zachovat v případě komplikací.

Cíl dlouhodobý: Splněn.

Cíl krátkodobý: Splněn.

2.8.5 Riziko infekce (00004)

Doména 1 1: Bezpečnost/ochrana

Třída 1: Infekce

Definice: Zvýšené riziko napadení patogenními organizmy.

Rizikové faktory:

Nedostatečná primární obrana – porušená kůže (Periferní žilní katétr).

Prostředí se zvýšeným výskytem patogenů.

Priorita: Střední

Cíl dlouhodobý: Pacientka zná příznaky lokální i celkové infekce.

Cíl krátkodobý: Pacientka nemá příznaky lokální ani celkové infekce.

Očekávané výsledky:

Pacientka zná příznaky lokální infekce z PŽK. – ihned

Pacientka ví, jak se zachovat v případě příznaků lokální infekce z PŽK. – ihned

Pacientka zná příznaky celkové infekce. – do 1 hodiny

Pacientka ví, jak se zachovat v případě příznaků celkové infekce. – do 1 hodiny

Pacientka nemá příznaky lokální infekce z PŽK. – do propuštění

Pacientka nemá příznaky celkové infekce. – do propuštění

Ošetrovatelské intervence:

Sleduj, zda pacientka nejeví známky lokální infekce z PŽK (zarudnutí, otok a bolest v místě vpichu) – porodní asistentka/sestra, průběžně.

Sleduj, zda pacientka nejeví známky celkové infekce (horečka, třesavka, pocení až porucha vědomí) – porodní asistentka/sestra, průběžně.

Edukuj pacientku o příznacích lokální infekce – porodní asistentka/sestra, ihned.

Edukuj pacientku o tom, jak se zachovat, pokud se objeví příznaky lokální infekce z PŽK – porodní asistentka/sestra, ihned.

Edukuj pacientku o příznacích celkové infekce – porodní asistentka/sestra, do 1 hodiny.

Edukuj pacientku o tom, jak se zachovat v případě, že se objeví příznaky celkové infekce – porodní asistentka/sestra, do 1 hodiny.

Dle ordinace lékaře odstraň PŽK za aseptických podmínek a náležitě ošetři místo vpichu – porodní asistentka/sestra.

Prováděj průběžně zápisy do ošetrovatelské dokumentace – porodní asistentka/sestra.

Realizace:

23. 3. 2016

- 12:10 – Pacientka nejeví známky lokální ani celkové infekce, edukována o příznacích lokální infekce v důsledku PŽK a tom, že v případě projevu těchto příznaků má informovat porodní asistentku/sestru.

- 13:10 – Pacientka je informována o příznacích celkové infekce a o tom, že má informovat porodní asistentku/sestru v případě jejich projevu.

- 15:10 – Pacientce odstraněn PŽK a místo vpichu sterilně ošetřeno.

- Po celou dobu hospitalizace pacientka nejeví lokální ani celkové příznaky infekce.

Hodnocení:

23. 3. 2016

- Pacientka po dobu hospitalizace neměla žádné příznaky lokální ani celkové infekce.

- Pacientka byla informována o příznacích lokální a celkové infekce.

- Pacientka ví, že se musí dostavit k lékaři, pokud se objeví příznaky infekce.

Cíl dlouhodobý: Splněn.

Cíl krátkodobý: Splněn.

2.9 Celkové zhodnocení

Pacientka X. X. byla přijata na Konzervativní oddělení jako plánovaný příjem k výkonu- konizace jehlou a curettage probatoria hrdla pro střední cervikální dysplazii. Pacientka při příjmu spolupracovala, byla orientovaná, mírně nervózní. Stravu nepřijímala od 20:00 hodin předešlého dne, tekutiny nepřijímala od 6:00 ráno. Pacientce byla provedena bandáž dolních končetin (oholena a osprchována byla z domova) a byl jí zaveden PŽK do levé horní končetiny. Výkon proběhl v klidné celkové anestezii od 11:45 do 12:00. V 12:10 pacientka převezena zpět na oddělení. Při návratu pacientky ze sálu bylo identifikováno 5 ošetrovatelských problémů, na jejichž základě bylo stanoveno 5 ošetrovatelských diagnóz – Akutní bolest, Narušená integrita tkáně (operační rána), Strach, Riziko krvácení a Riziko infekce (PŽK). Byly stanoveny cíle, očekávané výsledky a intervence ošetrovatelské péče. Pacientce byla podána analgetické terapie podle ordinace lékaře, po které se pacientka zcela zbavila bolesti. Strach, který pacientka pociťovala, se podařilo zmírnit. Důvod strachu však stále přetrvávat, proto ho pacientka ve zmenšené míře nadále pociťovala. Během hospitalizace pacientka nadměrně nekrvácela z operační rány a nejevila žádné z lokálních či celkových známek infekce. Pacientka byla poučena o zásadách, které musí dodržovat během rekonvalescence po zákroku. Byla poučena o možných komplikacích léčby a o situacích, kdy je nutné vyhledat lékaře. Byl jí odstraněn PŽK a vyjmuta poševní tamponáda. Následně byla pacientka lékařem a porodní asistentkou/sestrou propuštěna domů. Pacientka velmi dobře spolupracovala po celou dobu hospitalizace. Cíle ošetrovatelské péče byly splněny nebo splněny v mezích možností (strach pacientky).

Doporučení pro praxi

Chirurgické výkony na čípku děložním jsou poměrně nenáročné na čas i schopnosti operujícího. Provází je málo komplikací a většinou je nutná pouze několikahodinová hospitalizace. Toto vše může svádět nemocniční personál ke zlehčování ženina problému. To se může odrážet jak v ošetrovatelské péči (pozor na

pravidelné kontroly FF a celkového stavu pacientky bezprostředně po zákroku), tak především v nedostatečné edukaci pacientky při propuštění. Vždy bychom se měli ujistit, že žena zná zásady, které musí dodržovat i důvod proč je musí dodržovat, aby nedocházelo ke zbytečným komplikacím hojení. Zvláště u žen, které mají doma malé děti, toto bývá problém. Často je zvedají, nešetří se, a pak končí během dvou týdnů znovu v nemocnici s pozdním krvácením. Je tedy dobré je na toto zvlášť upozornit.

Musíme si uvědomit, že jakýkoli gynekologický problém je pro ženu citlivý. Zvláště u mladých žen, se může jednat o první hospitalizaci v nemocnici v jejich životě. Už samotná hospitalizace může být u pacientky zdroj strachu a nervozity. Dále si musíme uvědomit, že některé ženy se o nutnosti podstoupit zákrok dozvěděly nedávno a neměly dostatek času svůj zdravotní stav vstřebat. Dalším zdrojem ženina strachu může být výsledek histologického vyšetření konizátu, po kterém může následovat rekonizace a v některých případech dokonce nutnost trachelektomie či hysterektomie. Nesmíme proto i během takto krátké hospitalizace zapomínat na psychickou pohodu pacientky a ke každé pacientce přistupovat individuálně.

ZÁVĚR

Cílem bakalářské práce bylo shrnout problematiku prekanceróz děložního hrdla, včetně nejnovějších poznatků v této problematice. Jejich rozdělení, vyšetřovací metody, prevenci i terapii. Zvláštní kapitolu jsme věnovali screeningu, který u nás v dnešní době zažívá rychlý vývoj. Dále jsme se věnovali prekancerózám děložního hrdla vzhledem k těhotenství, což je problematika, která v dnešní době stále poskytuje mnoho prostoru pro budoucí výzkum. Poslední kapitola první části rozebírá roli porodní asistentky či sestry v celém procesu od prevence po dohled nad vyléčenou pacientkou. Na tuto kapitolu jsme navázali v druhé části této práce ošetrovatelským procesem o ženu podstupující konizaci děložního čípku, jež je nejčastějším terapeutickým a diagnostickým zákrokem v léčbě prekanceróz děložního hrdla. Cílem této části bakalářské práce bylo popsat podrobně celý ošetrovatelský proces a vyzdvihnout nutnost edukace a individuálního přístupu k pacientce v celém procesu. Cíle této práce byly splněny. Tato bakalářská práce je vhodná jak pro studenty oboru porodní asistence i oboru všeobecná sestra, jako i pro porodní asistentky a všeobecné sestry, které si chtějí rozšířit povědomí o problematice prekanceróz děložního hrdla.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

AYHAN, A. et al., 2009. Repeat LEEP conization in patients with cervical intraepithelial neoplasia grade 3 and positive ectocervical margins. In: *International journal of Gynecology & Obstetrics* [online]. 105 (2009), 14-17. [cit. 29. 3. 2016]. ISSN: 1879-3479.

CIBULA, David et al., 2009. *Onkogynekologie*. Praha: Grada. ISBN: 978-80-247-2665-6.

DUŠEK, L. et al., 2015. Screening cervikálního karcinomu v ČR: situace v roce 2015 po zavedení adresného zvaní (prezentace ve formátu PDF), 8. Konference Sekce kolposkopie a cervikální patologie ČGPS ČLS JEP, Praha, 11. – 13. 12. 2015. Dostupné z: www.cervix.cz/res/file/download/cervikalni-screening-2015.pdf

DVOŘÁK, Vladimír, nedatováno. *Doporučení k očkování žen po konizaci*. Dostupné z: www.hpv-guide.cz/aktuality/stoji-za-pozornost/ockovani-zen-po-konizaci

DVOŘÁK, Vladimír et al., 2014. Prebioptické a bioptické metody při screeningu a diagnostice karcinomu děložního hrdla. In: *Česká gynekologie*. 79(2), 88-97. ISSN: 1210-7832. (b)

DVOŘÁK, Vladimír et al., 2014. Prebioptické metody při screeningu karcinomu děložního hrdla. In: *Česká gynekologie*. 79(4), 260-268. ISSN: 1210-7832. (a)

FREITAG, Pavel, 2012. Možnosti kontroly endocervixu při konizaci. In: *Gynekolog*. 21(2), 71-73. ISSN: 1210-1133.

HERBECK, Georg et al., 2011. *Atlas kolposkopie*. Praha: Maxdorf. ISBN: 978-807345-249-0.

HRUBÁ, Drahoslava, 2002. Primární prevence ve vztahu ke kouření. In: *Manuál prevence a časně detekce nádorových onemocnění*. 1. Vydání, Brno MOÚ. ISBN: 80-238-9513-3.

HUNTER, M. I. et al., 2008. Cervical neoplasia in pregnancy. Part 1: Screening and management of preinvasive disease. In: *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. 199(1), 3-9. ISSN: 1097-6868.

KAREŠOVÁ, Jana, 2006. Karcinom děložního hrdla a jeho prevence. In: *Sestra*. 16(1), 47-48. ISSN: 1210-0404.

KIETPEERAKOOL, C. et al., 2007. Cervical intraepithelial neoplasia II-III with endocervical cone margin involvement after cervical loop conization: Is there any predictor for residual disease? In: *Journal of Obstetrics & Gynecology Research*. 33(5), 660-664. ISSN: 1341-8076.

KURIMSKÁ, Sylvia et al., 2012. Výskyt HPV- infekce krčka maternice po léčbě prekancerózní konizací. In: *Praktická gynekologie*. 16(2-4), 66-68. ISSN: 1211-6645.

KYRGIU, M. et al., 2014. Fertility and early pregnancy outcomes after treatment for cervical intraepithelial neoplasia: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2014, doi: 10.1136/bmj.g6192 (28 October 2014). ISSN: 1756-1833.

LIU, Y. et al., 2014. Pregnancy Outcome after the Treatment of Loop Electrosurgical Excision Procedure or Cold-Knife Conization for Cervical Intraepithelial Neoplasia. In: *Gynecologic & Obstetric Investigation* [online]. 77(4), 240-244. [cit. 29. 3. 2016]. ISSN: 1423-002X.

NEDOROSTOVÁ, Veronika, 2015. *Ošetrovatelská péče u žen s onemocněním děložního čípku a jeho chirurgickým řešením, tj. konizace a rekonizace*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Bakalářská práce. Zdravotně sociální fakulta. Katedra ošetrovatelství a porodní asistence.

ROB, Lukáš, et al., 2011. Karcinom děložního hrdla- současné trendy. In: *Lékařské listy*. 60(5), 31-34. Příloha Zdravotnických novin. ISSN: 0044-1996.

ROBOVÁ, Helena, 2007. Je kličková excize bezpečnou metodou u pacientek, které ještě nebyly těhotné? In: *Gynekologie po promoci*. 7(1), 28-31. ISSN: 1213-2578.

ROZTOČIL, Aleš a kol., 2011. *Moderní gynekologie*. Praha: Grada. ISBN: 978-80-247-2832-2.

SLEZÁKOVÁ, Lenka a kol., 2011. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví*. Praha: Grada. ISBN: 978-80-247-3373-9.

TÓTHOVÁ, Valérie a kol., 2014. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. 2. Aktualizované vydání, Praha: Triton. ISBN: 978-80-7387-785-9.

ANON, *Profylaktické vakcíny*, nedatováno. Dostupné z: www.hpv-guide.cz/profylakticke-vakciny

ANON, 2015. *V Česku je k dispozici devítivalentní vakcína proti HPV*. Medical tribune 26/2015. Dostupné z: www.tribune.cz/clanek/38077-v-cesku-je-k-dispozici-devitivalentni-vakcina-proti-HPV

Informace pro pacientky objednané k malému operačnímu výkonu. Fakultní Nemocnice Královské Vinohrady, 2016.

Informovaný souhlas pacienta (zákonného zástupce) s poskytnutím zdravotních služeb/zdravotního výkonu- LEEP. Fakultní Nemocnice Královské Vinohrady, 2016.

Elektronické časopisy dostupné v databázi MEDLINE.

Přílohy

PŘÍLOHA A- Závislost cytologických a histologických klasifikací patologií děložního čípku

PŘÍLOHA B- Rešerše

Příloha A

Squamous Intraepithelial Lesion (SIL) Skvamozní intraepiteliální leze					
Normální	Low Grade nízký stupeň		High Grade vysoký stupeň		Invasivní karcinom
	Condyloma Kondylom	Cervical Intraepithelial Neoplasia (CIN)			
		Grade 1	Grade 2	Grade 3	
	Velmi jemná - jemná dysplazie		Mírná Dysplazie	Těžká Dysplazie	
PAP	PAP II		PAP III	PAP IV	PAP V

Zdroj: <http://www.linkos.cz/po-kongresu/databaze-tuzemskych-onkologickych-konferencnich-abstrakt/abstrakta/cislo/490/>

Příloha B- Rešerše

OŠETŘOVATELSKÝ PROCES O ŽENU S PREKANCERÓZOU
DĚLOŽNÍHO HRDLA

Jaroslava Franková

Jazykové vymezení: čeština, angličtina

Klíčová slova: prekancerózy děložního hrdla – precancerous cervical lesions, konizace – conization, HPV infekce – HPV infection, screening – screening

Časové vymezení: 2005 – 2015

Počet záznamů: 94 (Vysokoškolské práce: 1, knihy: 8, články a příspěvky ve sborníku včetně elektronických: 85)

Použitý citační styl: Harvardský

Základní prameny: - katalog Národní lékařské knihovny (www.medvik.cz)

- Databáze MEDLINE