

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2018

Markéta Preislerová

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetřovatelství B5341

Markéta Preislerová

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

**ROLE SESTRY PŘI OŠETŘOVÁNÍ PACIENTKY
S ADENOKARCINOMEM DĚLOŽNÍHO HRDLA**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Simona Šípová

PLZEŇ 2018

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 15.3.2018

.....

vlastnoruční podpis

Poděkování

Děkuji Mgr. Simoně Šípové za odborné a obětavé vedení bakalářské práce, podporu a pomoc v každé situaci, profesionální a lidský přístup, poskytování cenných rad a materiálů.

Anotace

Příjmení a jméno: Preislerová Markéta

Katedra: Ošetrovatelství

Název práce: role sestry při ošetrování pacientky s adenokarcinomem děložního hrdla

Vedoucí práce: Mgr. Simona Šípová

Počet stran – číslované: 64

Počet stran – nečíslované (tabulky, grafy): 8

Počet příloh: 7

Počet titulů použité literatury: 26

Klíčová slova: karcinom děložního hrdla, role sestry, ošetrování nemocného, anatomie ženského pohlavního ústrojí, onkologie

Souhrn:

Ve své bakalářské práci jsem se rozhodla věnovat pacientkám s karcinomem děložního hrdla a roli sester v péči o tyto pacientky. Zaměřila jsem se na hlavní ošetrovatelské problémy u pacientek s karcinomem děložního hrdla hospitalizovaných a léčených na Onkologické a radioterapeutické klinice Fakultní nemocnice Plzeň Lochotín. Teoretická část práce je zaměřena na seznámení s onemocněním a jeho diagnostikou, léčbou a prevencí, obecnou onkologií, dále je zde stručně popsána anatomie ženských pohlavních orgánů, péče o intravenózní porty, které jsou v poslední době při onkologické léčbě čím dál tím častěji využívány, psychologické aspekty onemocnění, role sestry v onkologii a ošetrovatelský model použitý v praktické části. V praktické části jsem zpracovala tři kazuistiky, u každé z pacientek vytvořila ošetrovatelský plán a ze zjištěných

údajů vytvořila mapu ošetrovatelské péče o pacientky s karcinomem děložního hrdla.

Annotation

Surname and name: Preislerová Markéta

Department: Nursing and Midwifery

Title of thesis: The nurse's role in treating patients with adenocarcinoma of the cervix

Consultant: Mgr. Simona Šípová

Number of pages – numbered: 64

Number of pages – unnumbered (tables, graphs): 8

Number of appendices: 7

Number of literature items used: 26

Keywords: cervical cancer, nurse roles, nursing, anatomy of the female genital tract, oncology

Summary:

In my Bachelor Thesis, I have decided to treat patients with cervical cancer and the role of nurses in the care of these patients. I focused on the main nursing problems in patients with cervical cancer hospitalized and treated at the Oncology and Radiotherapy Clinic of the Faculty Hospital Plzeň Lochotín. The theoretical part is focused on the diagnosis, treatment and prevention, general oncology, the anatomy of the female genitals, the care of the intravenous ports, which are used more and more frequently in oncological treatment, the psychological aspects of the disease, the role of the nurse in oncology and the nursing model used in the practical part. In the practical part, I elaborated three case reports, created a nursing plan for each patient and created a map of nursing care for patients with cervical cancer.

OBSAH

ÚVOD	8
TEORETICKÁ ČÁST	10
1 OBECNÁ ONKOLOGIE	10
1.1 Nádory	10
1.2 Šíření nádorů po organismu	10
1.3 Pojmy	11
1.4 Obecná diagnostika	11
1.4.1 Histologické vyšetření	12
1.5 Obecná léčba nádorových onemocnění	12
1.5.1 Protinádorová léčba	13
1.5.2 Podpůrná léčba a paliativní léčba	14
1.6 Role sestry při podávání chemoterapie	14
1.6.1 Riziko extravazace	15
1.7 Péče o intravenózní porty	15
1.8 Paliativní péče	16
1.9 Sdělování diagnózy	17
1.9.1 Psychosociální dopad u žen po sdělení onkologické diagnózy	18
1.10 Nádory v graviditě	19
2 ANATOMIE A FYZIOLOGIE ŽENSKÉHO POHLAVNÍHO SYSTÉMU	21
2.1 Zevní pohlavní orgány (organa genitalia externa)	21
2.1.1 Hrma (mons pubis)	21
2.1.2 Velké stydké pysky (labia majora pudendi)	21
2.1.3 Malé stydké pysky (labia minora pudendi)	21
2.1.4 Panenská blána (hymen)	21
2.2 Vnitřní pohlavní orgány (organa genitalia interna)	22
2.2.1 Pochva (vagina)	22
2.2.2 Děloha (uterus, metra, hystera)	22
2.2.3 Vejcovod (tuba uterina)	22
2.2.4 Vaječníky (ovaria)	23
3 KARCINOM DĚLOŽNÍHO HRDLA	24
3.1 Popis onemocnění	24
3.1.1 Etiologie	24
3.1.2 Lidské papilomaviry- HPV	25
3.1.3 Klinický obraz onemocnění	25
3.1.4 Šíření onemocnění	25

3.2	Prognóza.....	26
3.3	Prevence	26
3.3.1	Primární prevence a očkování	26
3.3.2	Sekundární, terciální a kvartérní prevence	27
3.3.3	Screening karcinomu děložního hrdla	27
3.3.4	Role sestry v prevenci nádorových onemocnění	28
3.4	Diagnostika.....	28
3.4.1	Liquid based cytology	29
3.5	Staging	29
3.5.1	Staging podle TNM klasifikace	29
3.5.2	Stadia onemocnění podle FIGO klasifikace.....	30
3.5.3	Klasifikace prekanceróz.....	30
3.6	Léčba.....	30
3.6.1	Prekancerózy děložního hrdla	30
3.6.2	Maligní nádory děložního hrdla.....	30
3.6.3	Konizace.....	31
3.6.4	Radioterapie	31
3.6.5	Chemoterapie	32
3.7	Dispenzarizace pacientek.....	33
4	OŠETŘOVATELSKÝ MODEL.....	34
	PRAKTICKÁ ČÁST	36
5	FORMULACE PROBLÉMU	36
6	CÍL VÝZKUMU	37
6.1	Dílčí cíle.....	37
7	METODA VÝZKUMU	38
8	VÝBĚR PŘÍPADU.....	39
9	INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ – OŠETŘOVATELSKÝ PROCES 40	
9.1	Pacientka č.1	40
9.1.1	Anamnéza	40
9.1.2	Vstupní ošetřovatelská anamnéza.....	40
9.1.3	Vitální hodnoty.....	41
9.1.4	Diagnóza	41
9.1.5	Průběh hospitalizace	41
	1.den hospitalizace	42
	2.den hospitalizace	42
	3.-9.den hospitalizace.....	42

10.-16.den hospitalizace	43
17.-23.den hospitalizace	43
24.-30.den hospitalizace	43
9.1.6 Ošetřovatelský proces dle modelu M.Gordonové	44
9.1.7 Ošetřovatelské diagnózy	45
9.1.8 Edukace	49
9.1.9 Použité hodnotící škály	49
9.2 Pacientka č.2	49
9.2.1 Anamnéza	50
9.2.2 Vstupní ošetřovatelská anamnéza	50
9.2.3 Vitální hodnoty	51
9.2.4 Diagnózy	51
9.2.5 Průběh hospitalizace	51
9.2.6 Ošetřovatelský proces dle modelu M.Gordonové	53
9.2.7 Ošetřovatelské diagnózy	54
9.2.8 Edukace	57
9.2.9 Použité hodnotící škály	57
9.3 Pacientka č.3	57
9.3.1 Anamnéza	57
9.3.2 Vstupní ošetřovatelská anamnéza	57
9.3.3 Vitální hodnoty	58
9.3.4 Diagnóza	58
9.3.5 Průběh hospitalizace	58
9.3.6 Ošetřovatelský proces dle modelu M.Gordonové	61
9.3.7 Ošetřovatelské diagnózy	62
9.3.8 Edukace	66
9.3.9 Použité hodnotící škály	66
DISKUZE	67
ZÁVĚR	70
LITERATURA A PRAMENY	10
SEZNAM ZKRATEK	13
SEZNAM PŘÍLOH	15

ÚVOD

Ve své bakalářské práci s názvem Role sestry při péči o pacientku s adenokarcinomem děložního hrdla se zaměřuji na pacientky s karcinomem děložního hrdla hospitalizované na Okologické a radioterapeutické klinice FN Plzeň – Lochotín, léčené chemoterapií, radioterapií nebo kombinací obojího a rolí sestry při jejich ošetřování. V současné době jsou nádorová onemocnění čím dál rozšířenější a pro nemocného takovéto onemocnění znamená nemálo komplikací. U žen je karcinom děložního hrdla jedním z nečastějších. Léčba těchto pacientek je většinou dlouhodobá a přináší celou řadu nežádoucích účinků. Pacientky jsou hospitalizovány delší dobu, znamená to pro ně vytržení z jim známého prostředí a celkovou změnu fyzického a psychického stavu. Proto je velmi důležité, aby všeobecné sestry znaly nejčastější ošetrovatelské problémy a jejich řešení, čímž se mohou snažit pacientkám pobyt v nemocnici co nejvíce usnadnit.

V teoretické části se zabývám seznámením s obecnou onkologií, základními pojmy, šířením a klasifikací nádorů, obecnou diagnostikou a léčbou, péčí o intravenózní porty, sdělováním diagnózy a psychologickými aspekty onemocnění, dále anatomii ženského pohlavního systému a samotnému karcinomu děložního hrdla, etiologií, klasifikací, prognózou, prevencí, diagnostikou a léčbou.

V praktické části jsou dle modelu M. Gordonové: Model funkčních vzorců zdraví zpracované 3 kazuistiky u pacientek s karcinomem děložního hrdla, popsány hlavní ošetrovatelské problémy a zpracované ošetrovatelské plány. Z nich poté vychází mapa péče pro všeobecné sestry.

K získávání informací v teoretické části a následném ověření poznatků z praktické části jsem využívala především knižní a internetové zdroje. Ve Studijní a vědecké knihovně Plzeňského kraje jsem si nechala vytvořit rešerše, které přikládám do přílohy.

TEORETICKÁ ČÁST

1 OBECNÁ ONKOLOGIE

Nádory jsou v současné době druhým nejčastějším důvodem úmrtí. Proto se pozornost zdravotníků zaměřuje na včasné odhalení onemocnění, na zkvalitnění léčby a na usnadnění života pacientů. (Vorlíček, 2012, s. 24)

1.1 Nádory

Jedná se o skupinu onemocnění, kdy dochází k nekontrolovatelnému růstu buněk, vzhledem k tomu, že v organismu již nefunguje kontrola růstu buněk. Masivní nárůst buněk znamená zničení předchozí tkáně. Je známo přes 250 druhů nádorů. Nádorový růst je buď expanzivní (probíhá útlak okolních tkání a jejich atrofie, většinou u benigních nádorů a některých maligních), infiltrativní (nádorové buňky vrůstají mezi okolní buňky, ale neničí je) nebo invazivní (typické pro zhoubné nádory, jedná se o vrůstání do okolních buněk a jejich destrukci). (Vorlíček, 2012, s.53)

Nádory dělíme na dva druhy. Benigní nádory nemívají negativní dopad na lidský organismus, nemetastazují a zpravidla se nerozrůstají přes místo svého vzniku. Na druhou stranu, maligní nádory mají rychlý růst, šíří se infiltrativně a destruktivně do okolních tkání a tvoří metastázy. Nutná je rychlá a efektivní léčba, v opačném případě organismus nepřežije. (Vorlíček, 2012, s.53)

1.2 Šíření nádorů po organismu

Nádory se mohou šířit přímo, tedy rozrůstáním prvotního nádoru, nebo metastazováním. Metastázy mají tři hlavní cesty šíření – porogenní, tedy šíření do tělních dutin, kde může nádor bez anatomických překážek růst, krevním řečištěm (hematogenní), kdy nádorové buňky infiltrují do krevního řečiště a lymfatickými cestami (lymfogenní), kdy se zakládají nová ložiska v průběhu mízních cest a lymfatických uzlin, přičemž mízní cévy ústí do krevního řečiště, může tedy snadno přejít do šíření hematogenní. (Vorlíček, 2012, s.53-54)

1.3 Pojmy

Epidemiologie je vědní obor, který zkoumá výskyt určitých onemocnění s ohledem na populaci, zjišťuje rizikové faktory (výživa, kouření...). Důležitou součástí etiologie jsou s ohledem na onkologická onemocnění tři pojmy. Incidence nádorového onemocnění, což je „počet nově zhoubných nádorů nově diagnostikovaný během jednoho roku“ a určuje se na 100 000 osob. „Prevalence je počet osob žijících s určitou nádorovou nemocí ke konkrétnímu datu v daném roce“. Vztah k incidenci je určován přežitím pacientů od stanovení diagnózy. Mortalita (úmrtnost) na maligní onemocnění „vyjadřuje počty zemřelých, opět nejčastěji v přepočtu na 100 000 obyvatel za rok“. (Vorlíček, 2012, s.26)

Další důležité pojmy se týkají zhodnocování výsledků léčby. Uzdravení znamená dožití života do jeho konce bez dalších projevů prodělané nemoci. Ovšem u malignit toto nelze použít pro hodnocení účinnosti léčby, protože recidiva se může objevit i po více než 10 letech. Bezpříznakové přežití vyjadřuje počet pacientů v procentech, kteří žijí po určité době (3, 5, 10 let) bez dalších příznaků po ukončení léčby. Celkové přežití udává procento pacientů, kteří přežívají 3, 5 nebo 10 let po zahájení léčby s projevy nemoci i bez nich. Remise je vymizení příznaků, buď kompletně, kdy není nemoc detekovatelná nebo parciální, kdy se nádor zmenší alespoň o 50%. Relaps (recidiva, progresse) znamená objevení nových příznaků u pacienta v remisi. (Vorlíček, 2012, s.77)

1.4 Obecná diagnostika

Pro kvalitní a účinnou léčbu je nejdůležitější včasná diagnostika, což je ovšem v onkologii často velmi obtížné. Pacienti v počátečním stadiu často nemají žádné příznaky, proto nenavštíví lékaře včas a bohužel zatím neexistuje spolehlivý test na průkaz nádorového onemocnění, většinou nejsou od začátku patrné ani laboratorní změny. K určení diagnózy lze použít několik metod, při každé z nich se musí postupovat pomalu a důsledně. Patří mezi ně anamnéza (ptáme se na krvácení, nehojící se rány, zduření tkání, potíže s dýcháním, se stolicí...), celkové vyšetření (vyšetření uzlin, odebrání cytologie, gynekologické vyšetření...), laboratorní vyšetření, hematologické vyšetření (změny v krevním obrazu), cytologické a histologické vyšetření (vyšetření z odebraných buněk či částí tkáně), endoskopická vyšetření (vyšetření tělních dutin), nativní vyšetření rentgenem, CT,

MR, sonografie, radionukleová diagnostika (sleduje se funkčnost a pohyby orgánů), pozitronová emisní tomografie (PET – podá se glukóza značená raionuklidem, pokud je člověk na lačno, zdravé buňky, kromě mozku, glukózu nevyčytávají, nádorové buňky ano, čímž se rozpozná nádorová tkáň od zdravé). (Vorlíček, 2012, s.62-69)

1.4.1 Histologické vyšetření

Pokud je to u pacienta možné, odebírá se nádorová tkáň na histologické vyšetření, kde lze určit, zda jde u benigní nebo maligní. Vyšetření se provádí na oddělení patologie, kam se tkáň musí doručit do 15 minut od odběru, pokud je doba delší, musí se tkáň umístit do fixačního roztoku (formalinu) ihned po odběru, jinak hrozí zaschnutí a znehodnocení tkáně. Ve fixačním roztoku by měla tkáň plavat a nádoba by měla být tak velká, aby se při manipulaci vzorek neznehodnotil (nemusel měnit tvar při vyndávání...). Větší vzorky by se měli naříznout, aby do nich mohl roztok proniknout, toto rozhodnutí ovšem vždy náleží lékaři. Tělní tekutiny a nátěry by se měli uchovávat v ledničce a do laboratoře doručit v den odběru. (Vorlíček, 2012, s.56-57)

1.5 Obecná léčba nádorových onemocnění

Onkologická léčba znamená, na rozdíl od léčby jiných onemocnění, velkou zátěž pro organismus pacienta a zhoršuje kvalitu jeho života. Je cílená proti vlastním buňkám, které se změnily na nádorové, přitom ale ničí i zdravé buňky a tkáně, čímž má výrazně horší nežádoucí účinky. Je nutné proto léčbu pečlivě vybrat a naplánovat. K tomu je nutné mít přesnou diagnostiku, vědět kde se nachází primární nádor, kam všude se rozšířil a o jaký typ nádoru se jedná (používá se TNM klasifikace, viz níže). Léčbu můžeme označit jako interdisciplinární, používá se zejména operační, radiační, medikamentózní a podpůrná léčba, na plánování se podílejí odborníci z uvedených oborů, kteří znají limity své disciplíny a léčba tak může být co nejefektivnější. (Vorlíček, 2012, s.70-73)

Pacient musí vždy z léčby profitovat (zvýšení šancí na vyléčení, zmírnění příznaků souvisejících s nádorem, prodloužení života), musí se zhodnotit přínos léčby a nežádoucí účinky a to nejen před zahájením léčby, ale i v průběhu. Pokud přínos pro pacienta nepřevažuje, je na místě změnit léčebný plán, přejít na jiný lék

nebo kombinaci či dokonce léčbu ukončit, což ovšem musí rozhodnout kvalifikovaný multidisciplinární tým a pacientům by měl být nabídnut ústav paliativní péče (hospic, domácí péče...), pokud je to nutné. (Fait, 2014, s.144-145)

1.5.1 Protinádorová léčba

Cílem je zničení nádorových buněk v různém rozsahu na čemž se podílí výše zmíněné oblasti léčby. Protinádorová léčba je pro pacienta ve většině případů velmi náročná a vysilující, vždy tedy musí převažovat přínos léčby nad jejími nežádoucími účinky. (Vorlíček, 2012, s.74-76)

1.5.1.1 Kurativní léčba

Vede k úplnému vyléčení pacienta, tedy úplně odstranění nádorových buněk. Používají se kombinace různých léčebných postupů, je ale založená na chirurgickém odstranění nádoru (pokud je to umožnění lokalizací nádoru) a je používá se u pacientů, kde to umožňuje charakter a rozsah poškození. (Vorlíček, 2012, s.74)

1.5.1.2 Adjuvantní léčba

Je užívaná po chirurgickém odstranění nádoru nebo v případech, kdy lze po předchozích zkušenostech přepokládat, že se v těle pacienta vyskytují mikrometastázy, které nelze rozpoznat běžnými zobrazovacími technikami, ale zvyšují riziko vzdálených metastáz a tím pádem i horší prognózu onemocnění. Používá se tedy chemoterapie a radioterapie s kurativním účelem, kdy se předpokládá, že tyto mikrometastázy zničí. Tato léčba je ovšem spojená díky množství nežádoucích účinků se zhoršením kvality života pacienta. (Vorlíček, 2012, s.75)

1.5.1.3 Neoadjuvantní léčba

Má za cíl zmenšit nádor na velikost, při které by se již mohl chirurgicky odstranit. Dále má zničit mikrometastázy, které by mohly bránit následnému vyléčení. Léčba je spojená s rizikem neúspěchu a zbytečného oddalování operačního výkonu, proto se nepovažuje za standardní postup léčby u všech nádorů, používá se jen v případech, kdy její přínos potvrdily klinické studie. (Vorlíček, 2012, s.75)

1.5.1.4 Nekurativní léčba

Volí se u případů, kde již nejsme schopni jinými prostředky pacienta zcela vyléčit, buďto z důvodu pokročilého stadia nádoru, rezistence nádoru na léčbu nebo celkový stav pacienta, kdy kvůli jeho dalším onemocněním nelze použít agresivnější formy léčby. Má za cíl zničit co nejvíce nádorových buněk, ne však úplné vyléčení. Účinnost nekurativní léčby nelze s jistotou určit, jsou případy, kdy prodlouží pacientův život i o několik let, na druhou stranu nemusí mít tyto výsledky vůbec žádné. (Vorlíček, 2012, s.75-76)

1.5.2 Podpůrná léčba a paliativní léčba

Podpůrná neboli symptomatická léčba usiluje především o zmírnění projevů nemoci nebo komplikací spojených s léčbou, nemá ovšem za cíl smrt nádorových buněk. Při podpůrné léčbě se rovněž zajišťuje zmírnění psychosociálních dopadů léčby a onemocnění samotného pro nemocného i jeho nejbližší.

Paliativní léčba se specializuje na pacienty v nejtěžších stadiích onemocnění, součástí je úleva od bolesti, příprava blízkých na odchod nemocného a zajištění důstojného umírání. (Vorlíček, 2012, s. 76-77)

1.6 Role sestry při podávání chemoterapie

Cytostatika se mohou podávat různými způsoby – perorálně (ovšem kvůli případnému zvracení pacienta a tím neuvolnění celé látky do organismu to není nejvhodnější forma), intravenózně (nejčastější forma podávání, pacientovi může být látka aplikována pomocí periferního žilního katetru, centrálního žilního katetru nebo intravenózního portu), intrakavitální podání (do přirozených dutin – močový měchýř, páteřní kanál; toto podání zajišťuje lékař, sestra mu asistuje) a aplikace přímo do nádoru. (Slezáková, 2013, s. 120)

Cytostatika intravenózně podává sestra k tomu oprávněná, která musí být pravidelně proškolená a podstupovat pravidelné lékařské prohlídky. V současné době jsou cytostatika připravována v lékárnách v digestořích (dochází k odsávání toxických výparů, které vznikají při ředění cytostatik). Při příjmu cytostatik musí sestra zkontrolovat správnost dle rozpisu od lékaře. Sestra edukuje pacienta před zavedením PŽK o postupu zavádění, možných reakcích, o kterých má pacient neprodleně sestru informovat (pálení, bolest, otok nebo zarudnutí v okolí kanyly), zavede PŽK na vhodné místo dle standardu oddělení. Sestra zodpovídá za

přípravu a aplikaci premedikace dle ordinace lékaře. Před podáním cytostatik pacientovi sestra zkontroluje jméno pacienta na identifikačním náramku, na připravené infuzi a dotazem na pacienta a ověří si, zda pacient ví od lékaře, jak bude aplikace cytostatik probíhat, případně podá pacientovi potřebné informace znovu. Po aplikaci vše pečlivě zanesse do zdravotnické dokumentace dle standardu oddělení a dále při kontinuálním podávání sleduje pacientův stav, monitoruje fyziologické funkce, sleduje únik cytostatik mimo žílu a kontroluje intravenózní vstup. Po ukončení podání cytostatik sestra zodpovídá za jejich likvidaci (cytostatika se likvidují do pro to určených nádob dle standardu oddělení). (Slezáková, 2013, s. 120-121, Vorlíček, 2012, 135- 139).

1.6.1 Riziko extravazace

Extravazace, neboli únik látky mimo cévu, je pro pacienta velmi nepříjemná záležitost. Únik může způsobit zánět až nekrózu v okolí vpichu a prodloužit tak léčení pacienta o několik týdnů. Cytostatika se dělí do tří skupin podle rizika extravazace. První skupinou jsou nonvezikanty, kde riziko úniku nehrozí (např. metotrexát nebo oxaliplatin), dále iritanty, které při podávání do žíly dráždí a pálí, ale při úniku nezpůsobují nekrózu (např. fluorouracil, dakarbazin) a vezikanty, které jsou vysoce rizikové a způsobují až nekrózu v případě úniku (např. doxorubicin, mitomycin). Ovšem při úniku jakéhokoli z cytostatik, i při podezření, sestra okamžitě zastaví infuzi, snaží se o aspiraci uniklého přípravku (zpětné natažení látky z katetru pomocí injekční stříkačky) a informuje lékaře. Další postup závisí na druhu léčiva, pacient se poučí o dalším postupu a vše se zanesse do dokumentace. (Vorlíček, 2012, s. 138-139)

1.7 Péče o intravenózní porty

Jedná se o uzavřený systém, který zajišťuje dlouhodobý žilní přístup pro podávání medikace a odběry krve. Skládá se z katetru zavedeného do centrálního žilního řečiště a plastové komůrky v podkoží, na jejímž povrchu je silikonová membrána, která umožňuje opakované napíchnutí pomocí Huberovy jehly, jejíž speciální tvar a hrot nepoškozují silikonovou membránu. Životnost portu je 2 000 napíchnutí. Pro pacienta znamená port nejkomfortnější možnost podávání léčiv. Využívá se u pacientů, kde je předpoklad časté kanylace periferní žíly nebo špatně přístupné žilní řečiště. Zavedení vždy indikuje lékař a zákrok se provádí v lokální anestezii. Pacient tedy může ihned po zákroku jíst i pít a port lze využít

ještě tentýž den. Po zavedení není port viditelný, lze ho snadno pod kůží nahmatat. Zavádí se nejčastěji do v. subclavia a komůrka se nachází v podklíčkové krajině. Každý pacient se zavedeným portem u sebe nosí kartičku, ve které má uvedeno zavedení portu a dále se do ní zapisuje veškerá manipulace s portem. (Vorlíček, 2012, s. 96-98)

Ošetřovat intravenózní port může pouze všeobecná sestra s certifikací k ošetřování portu. Napichování portu musí být aseptické, okolní kůže se očistí antiseptickým roztokem a sestra dále pracuje ve sterilních rukavicích. Všechna léčiva se aplikují minimálně 10 ml stříkačkou, stříkačky o menším objemu mohou vyvinout tlak, kterým by se port poškodil. Pokud není port používán (není v něm umístěna jehla), je do něj aplikována heparinová zátka, která se aplikuje při každé extrakci jehly a zabraňuje srážení krve v komůrce nebo hadičce, aplikuje se 5 ml fyziologického roztoku s heparinem v poměru 100 m.j./1 ml. (Vorlíček, 2012, s. 96-97)

Při napichování portu, si sestry vyhmatá komůrku a označí místo vpichu, očistí okolí vpichu, provede vpich Huberovy jehly až na dno komůrky, aspiruje heparinovou zátka, port se poté propláchne 10-20 ml fyziologického roztoku, pokud se nechá port napíchnutý více dní pro aplikaci léčiv, přelepí sestra vhodným krytím, označí datumem zavedení a zapíše do dokumentace. Po aplikaci každého léčiva se port propláchne alespoň 10 ml fyziologického roztoku. Při odběrech žilní krve je postup stejný, dále se aspiruje alespoň 5 ml krve, aby nedošlo ke zkreslení výsledků, odebere se potřebné množství a port se opět propláchne 10 ml fyziologického roztoku. (Vorlíček, 2012, s. 97)

Mohou se vyskytnout i komplikace v souvislosti se zavedeným portem, které je vždy nutné hlásit ošetřujícímu lékaři. Může se jednat o nemožnost aspirace, kožní změny, bolest nebo infekci portového systému. Při zavádění portu se mohou vyskytnout i například pneumotorax nebo krvácení. (Vorlíček, 2012, s. 98)

1.8 Paliativní péče

Pro pojem paliativní péče není konkrétní výklad, ovšem nejčastěji se používá definice Světové zdravotnické organizace, která popisuje paliativní péči jako „*aktivní komplexní péči o pacienty, jejichž onemocnění neodpovídá na*

kurativní léčbu. Zásadní důležitost má léčba bolesti a ostatních tělesných symptomů, stejně jako mírnění psychických, sociálních a duchovních problémů. Cílem paliativní péče je dosažení co nejlepší kvality života pro pacienty a jejich rodiny.“ (Vorlíček, 2012, s. 218)

Onkologická bolest je jedním z nejčastějších příznaků spojených s onkologickým onemocněním. Pacienti často prožívají větší strach z bolesti než ze smrti samotné a výrazně to tak snižuje kvalitu jejich života. Bolest může být způsobená samotným nádorem, protinádorovou léčbou nebo celkovým vysílením organismu. U karcinomu děložního hrdla se například udává výskyt nádorové bolesti 40-100%. Ideální variantou odstranění bolesti je ovšem odstranění zdroje bolesti, což v onkologie často není možné, proto je součástí protinádorové léčby alespoň co nejvýraznější snížení bolesti. (Novotný, 2012, s. 453-455)

1.9 Sdělování diagnózy

Sdělování diagnózy těžce nemocným, zvláště pokud se jedná o onkologická onemocnění, by se nemělo brát na lehkou váhu a mělo by se řídit několika zásadními pravidly. Nejprve by se informace o svém zdravotním stavu měl dozvědět pacient a až poté s jeho souhlasem příbuzní, kteří jsou bráni jako třetí strana a vztahuje se na komunikaci s nimi lékařské tajemství. Pacient by měl dostat pravdivé informace o svém stavu, ovšem je také důležité brát ohled na to, jaké množství informací dokáže při svém stavu přijmout. Informace podává vždy lékař a mělo by proběhnout několik rozhovorů, aby pacient vstřebal všechny podstatné informace. Nikdy by lékař neměl podávat informace o tom, kdy a jestli vůbec lze nemoc vyléčit nebo jak dlouho bude ještě pacient žít, pokud vyléčit nelze. Je možné nastínit časové období podle druhu onemocnění a zkušeností lékaře, ale nikdy nic neslibovat. Důležité je jednotná informovanost personálu, nemělo by docházet k rozdílnosti podaných informací. Celý zdravotnický tým by měl pacienta ubezpečit o odhodlání vést léčbu a udržovat u pacienta realistické naděje. (Kutnohorská, 2007, s.65-66)

Pacient má právo podílet se na léčbě a do jisté míry o ní rozhodovat. Má právo léčbu kdykoli odmítnout a požadovat pouze symptomatickou léčbu nebo naopak v léčbě pokračovat i když šance na uzdravení jsou minimální. Lékař by měl toto zapojení pacienta do rozhodovacího procesu vždy umožnit a důkladně

vysvětlit pacientovi důsledky jeho rozhodnutí. Lékař může též vystupovat v dominantní pozici, pokud si to pacient přeje a přenechá rozhodnutí o léčbě na něm. (Vorlíček,2012, s.88)

1.9.1 Psychosociální dopad u žen po sdělení onkologické diagnózy

Ženské pacientky jsou často po sdělení onkologické diagnózy ve špatném psychickém stavu. Změnila se jejich sociální role, musí být hospitalizovány, podstoupit náročnou léčbu, často jsou vyřazeny z produktivního života a musí přejít do invalidního důchodu, v těžších stadiích se pak ocitají v přímém ohrožení života a často se s tím nedokáží samy vyrovnat. Zdravotnický personál by s tím měl být vždy seznámen, počítat s rizikem depresí u pacientek a měli by dokázat pomoci pacientce se s tímto stavem vyrovnat. Do tohoto procesu by měla být zapojena i rodina, která bude pacientku podporovat. (Slezáková, 2017, s.65). Lze zahrnout do sdělování diagnózy a léčebného procesu i psychologa, který podporuje pacientku v prožívání všech fází reakce na sdělení diagnózy, je pro ní partnerem, pomáhá zpracovávat negativní emoce, pomáhá přijmout změny související s nemocí, posiluje vnitřní sebedůvěru. (Tomášek, 2015, s.134-135)

Tomášek (2015, s. 131) uvádí „*fáze psychického prožívání po sdělení život ohrožující diagnózy*“ dle americké lékařky Elizabeth Kubler-Rossovové (1992)

- 1) Negace (šok, popření) – pacientka je přesvědčená, že se jedná o omyl, že jí se tohle stát nemůže; důležité je získat pacientčinu důvěru, zajistit, že znovu přijde.
- 2) Agrese (hněv, vzpoura) – pacientka má vztek na okolí, snaží se hledat viníka, vyčítá nespravedlnost; zdravotníci by měli povolit, aby si pacientka touto fází prošla a nebrat si její slova osobně.
- 3) Smlouvání (vyjednávání) – hledání alternativních léků, léčitelů, nemocná je ochotná dát za uzdravení cokoliv; nevyvracet alternativní metody, mluvit o nich s pacientkou, ale upozornit ji na podvodníky, udržovat pacientčinu důvěru v současnou léčbu.
- 4) Deprese (smutek) – toto období provází smutek a strach o zajištění rodiny, strach z možné smrti, ze selhání léčby, atd.; je podstatné

pacientce naslouchat, nebagatelizovat její obavy, snažit se společně najít řešení.

- 5) Smíření (souhlas) – pacientka se vyrovnává s nemocí, přestává bojovat, je smířená s tím co přijde, snaží se rozloučit; stačí lidská přítomnost u pacientky, beze slov, jen tichá podpora, podpora rodiny, která často vyžaduje větší pomoc než pacientka v tomto stadiu.

1.10 Nádory v graviditě

Nádory při těhotenství nejsou časté, ovšem jedná se o závažnou problematiku. Celkem se incidence pohybuje okolo 1:1 000 těhotenství (karcinom děložního hrdla má incidenci 1,2:10 000). Těhotenství mění jak způsoby diagnostiky, tak následně i léčby. Při volbě optimální léčby se musí brát zřetel nejen na klasická kritéria, ale i na stáří plodu, psychický stav matky nebo náboženství. Pacientka musí být důkladně poučena jednak o prognóze onemocnění, o možnostech pro ni a plod, načež se žena na postupu léčby musí aktivně podílet. Doposud neexistuje žádný prokázaný vliv těhotenství na prognózu nádorového onemocnění či jeho šíření a povahu. Problémem bývá včasná diagnostika, příznaky onemocnění mohou být lehce zaměněny za těhotenské komplikace a nemusí jim být přikládán význam. Pokročilé onemocnění může způsobit retardaci plodu nebo dokonce potrat plodu. Léčba je provázána obavami lékařů i pacientek, ovšem je vždy nutné uvážit rizika pro plod v kontextu rizik pro pacientku v případě nepodání nebo odložení léčby. U chirurgických výkonů záleží vždy na charakteru onemocnění a měly by být prováděny do 2. trimestru. Karcinom děložního hrdla je neobjevovanějším nádorem v těhotenství a průměrný věk těchto pacientek je 31,8 roku. Proto je cytologické vyšetření a kolposkopie zahrnuta do vstupního vyšetření těhotné. Pokud je při tomto vyšetření zjištěna prekanceróza či jiné změny, jejich léčba se odkládá přibližně 6-8 týdnů po porodu a sleduje se. Pokud je podezření na invazivní karcinom, provádí se biopsie bezpečná pro plod i matku, pokud není výsledek optimální, provádí se diagnostická konizace čípku. Tento výkon již rizika přináší, nejpodstatnějším z nich je riziko potratu, který je v 1. trimestru 17-50%, v dalších trimestrech okolo 10%. Dalšími komplikacemi jsou předčasný porod, odtok plodové vody, infekce nebo zúžení děložního hrdla. Při potvrzení maligního karcinomu se postupuje dle stupně

gravidity, často se však léčba odkládá po porodu plodu, který se provádí císařským řezem. (Cibula, 2009, s. 589-594)

2 ANATOMIE A FYZIOLOGIE ŽENSKÉHO POHLAVNÍHO SYSTÉMU

2.1 Zevní pohlavní orgány (organa genitalia externa)

2.1.1 Hrma (mons pubis)

Vyklenutí před sponou stydkou, které tvoří tuková vrstva pokrytá kůží a chlupy s mazovými a potními žlázami. (Slezáková, 2017, s.17)

2.1.2 Velké stydké pysky (labia majora pudendi)

Kožní valy tvořené tukovou tkání, které vycházejí z hrmy a jsou spojeny zadní komisurou (řasa). Ve střední čáře se tvoří stydká štěrbina. Mezi zadní komisurou a análním otvorem se tvoří hráz (perineum), což je asi 4 cm silná, svalnatá část zevních rodidel. (Slezáková, 2017, s.17-18)

2.1.3 Malé stydké pysky (labia minora pudendi)

Kožní řasy bez ochlupení, pod velkými stydkými pysky, obkružující poševní vchod. Vpředu tvoří předkožku a uzdičku klitorisu. Vzadu se spojením do jemné řasy tvoří malá jamka. Prostor, který vznikne mezi malými stydkými pysky, se nazývá poševní předsíň (vestibulum vaginae), kde se nachází zevní ústí močové trubice a poševní vchod. (Slezáková, 2017, s.17-18)

2.1.4 Panenská blána (hymen)

Slizniční řasa, která částečně uzavírá poševní vchod (ostium vaginae). Při prvním pohlavím styku se okraje roztrhnou (deflorace), což je doprovázeno slabým krvácením a při porodu se trhají zbytky blány. (Slezáková, 2017, s.18)

Dále mezi zevní pohlavní orgány patří topořivá tělesa, tedy klitoris, který se nachází nad ústím močové trubice a párový erektivní orgán pod spodinou malých stydkých pysků, tvořící po stranách poševního vchodu žilní pleteň. Vestibulární žlázy (glandulae vestibulares), což jsou žlázy pod sliznicí poševního vchodu a udržují jeho vlhkost. Největší z nich je Bartholiniho žláza, která se nachází na vnitřní straně velkých stydkých pysků. (Slezáková, 2017, s.18)

2.2 Vnitřní pohlavní orgány (organa genitalia interna)

2.2.1 Pochva (vagina)

Dutý svalový orgán asi 10 cm dlouhý. Na spodní straně ústí do poševní předsíně a na horní části se upíná na děložní hrdlo, čímž tvoří přední, zadní a postranní poševní klenby. Při porodu je pro postup plodu důležité, že pochva je poddajná a roztažitelná. Dále je vystlána vrstevnatým dlaždicovým epitelem. Kyselé pH v pochvě (pH 4,5), které chrání před infekcemi, způsobuje bakterie *Lactobacillus Doderleini* kvašením glykogenu na kyselinu mléčnou. Sliznice je pokrytá sekretem tvořeným hlenem z cervixu a odloupané epitelie. Hlavními funkcemi pochvy je umožnění pohlavního styku, odchod menstruační krve a umožnění porodu. (Slezáková, 2017, s.19-20)

2.2.2 Děloha (uterus, metra, hystera)

Asi 8 cm velký dutý svalový orgán hruškovitého tvaru. Je uložena v malé pánvi mezi močovým měchýřem a konečníkem. Tvoří ji 3 vrstvy – endometrium (vnitřní sliznice), myometrium (svalovina) a perimetrium (vrstva na povrchu). Velikost se během života ženy mění díky věku, těhotenství, menstruačnímu cyklu a patologickým změnám. (Slezáková, 2017, s.20)

Horní část dělohy je nazývána tělem děložním (corpus uteri). Jedná se o dutinu trojúhelníkového tvaru vystlanou endometriem, dále popisujeme přední a zadní děložní stěnu, děložní hrany, rohy a dno. Probíhají zde cyklické změny od puberty do klimakteria během menstruačního cyklu. Část mezi tělem a hrdlem děložním se nazývá děložní úžina /istmus uteri). (Slezáková, 2017, s.20)

Spodní částí dělohy směřující do pochvy je děložní hrdlo (cervix uteri), 3,5-4 cm dlouhé válcovitého tvaru. Část děložního hrdla uloženého v pochvě se nazývá děložní čípek. Na povrchu je krytý dlaždicovým epitelem, endocervikální kanál – dutina děložního čípku, je krytý cylindrickým epitelem (Navrátilová, online). Děložní hrdlo produkuje cervikální hlen pomocí hlenotvorných žlázek. Další částí je kanál, který navazuje na děložní dutinu a je zúžen ve vnitřní branku (u děložní úžiny) a zevní branku (u pochvy). (Slezáková, 2017, s.20)

2.2.3 Vejcovod (tuba uterina)

Vejcovod je párový orgán v podobě 9-12 cm dlouhé trubice. Při ovulaci vejcovod díky pohyblivým řasinkám obklopí vaječník a zachytí uvolněné vajíčko,

mimo ovulaci je začátek vejcovodu otevřený do břišní dutiny. V rozích děložních ústí vejcovody do dělohy. Nejčastěji je vajíčko oplodněno právě ve vejcovodu a díky řasinkám a pohybům vejcovodu je dopraveno do dělohy, kde se vajíčko zahnízdí. (Slezáková, 2017, s.21-22)

2.2.4 Vaječníky (ovaria)

Párová pohlavní žláza, kde se tvoří a uvolňují vajíčka a probíhá tvorba hormonů (estrogeny a progesteron). Vaječníky jsou uloženy na boční stěně malé pánve a jsou zavěšeny na zadní straně širokého děložního vazu. Do první menstruace je jejich povrch hladký, ovšem po uvolňování vajíček se na povrchu tvoří jizvičky. Vaječník se skládá z kůry (cortex ovarii), která obsahuje ženské pohlavní buňky (vajíčka-oocyty) v různých stádiích zralosti, a dřeně, (medulla ovarii), která je tvořena vazivem, hladkou svalovinou, cévami a nervy. (Slezáková, 2017, s.22)

3 KARCINOM DĚLOŽNÍHO HRDLA

3.1 Popis onemocnění

Karcinom hrdla děložního je v České republice jedním z nejrozšířenějších nádorových onemocnění postihující ženy. Nejlepší prognózu mají stavy, kdy nádor postihuje pouze hrdlo děložní a dále nemetastazuje. Každým rokem se snižuje mortalita, částečně díky většímu zaměření na prevenci a provádění cytologického vyšetření. U mladších žen bývají většinou nádory v agresivnější formě. Karcinom děložního hrdla se dělí na dlaždicobuněčné, zahrnující většinu, tedy 80-90%, nádorů děložního hrdla a adenokarcinomy nebo smíšené karcinomy. Prognóza pro všechny druhy je podle dostupných zdrojů velmi podobná, ovšem u adenokarcinomu je větší pravděpodobnost metastáz. (Votrubová, 2009, str.130)

V naší zemi se ročně diagnostikuje 850-900 nových nádorů děložního hrdla. V Evropské Unii tím pádem patří Česká republika na 13. místo ve výskytu tohoto nádoru. Incidence za poslední roky v rozvinutých zemích klesá, vliv na to mají pravděpodobně rozvinutější screeningové programy a detekce prekanceróz, úmrtnost je přibližně 350 žen za rok. Nádor se téměř nevyskytuje u židovských žen (důsledek obřízky) a žen, které nikdy nerodily. (Vorlíček, 2012, s.369, Linkos, 2017)

3.1.1 Etiologie

Mezi rizikové faktory patří zejména infekce lidským papilomavirem (HPV), kouření (Schneiderová, 2014, s.193 říká, že „*karcinogeny z cigaret se vylučují do cervikálního hlenu*“), časný první pohlavní styk a rizikové sexuální chování. Dalšími možnými příčinami vzniku mohou být určité potraviny a látky v nich obsažené. Některé potraviny mají ochranný účinek (například vláknina, některé tuky rostlinného původu, vitamíny s antioxidačním účinkem), jiné naopak zvyšují riziko karcinomů (živočišné tuky, červené maso). U beta – karotenu, vitamínu E a C se prokázal vliv na snížení rizika malignit u některých karcinomů, např. i u karcinomu děložního čípku, v případě užívání přirozenou cestou (ovoce, zelenina). Důležité je již pěstování potravin, pokud se používají pesticidy, herbicidy, fungicidy nebo insekticidy, které mají pravděpodobně karcinogenní účinky a dále uchovávání potravin, kde se mohou vytvořit plísně tvořící tzv. aflatoxiny, které jsou

také pro organismus škodlivé. (Votrubová, 2009, s.130, Vorlíček, 2012, s.34-41, 369)

U karcinomů děložního hrdla, při postižení lymfatických uzlin a metastázách dochází ke zvyšování metabolismu glukózy. (Votrubová, 2009, s.131)

3.1.2 Lidské papilomaviry- HPV

Jedná se o DNA virus, který napadne hostitelskou buňku a ta se onkogenně transformuje. V lidské populaci se nachází téměř běžně, ale jen u malé části nakažených se vyvine v malignitu. Navrátilová (online) uvádí, že „*HPV po primoinfekci může být zlikvidován imunitním systémem nebo může dojít k integraci jeho DNA do lidského genomu, a tím ke spuštění kaskády karcinogeneze.*“ V současné době víme o 96 typech tohoto viru, z čehož je v souvislosti se změnou zdravotního stavu důležitých 40 typů, které napadají epitel kůže a sliznic, nejvíce v oblasti genitálu a konečníku a způsobují tak karcinomy vulvy, vaginy, penisu, konečníku a dokonce některých karcinomů hlavy a krku. HPV jsou řazeny do dvou skupin – HR, tedy vysoce rizikové a LR, tedy nízké rizikové. Onkologický význam mají typy 16 a 18, které jsou prokazatelně jedním z původců karcinomu děložního hrdla (až 70%), ale původců může být až 13 typů, proti kterým momentálně očkování neexistuje. (Fait, 2009, s.47, Vorlíček, 2012, s.43-44)

3.1.3 Klinický obraz onemocnění

Onemocnění je dlouho asymptomatické, může se objevit krvácení po pohlavním styku nebo bolest v podbřišku, popřípadě výtok z pochvy. V pokročilejších stádiích se příznaky objevují podle lokalizace metastáz. (Vorlíček, 2012, s.370, Schneiderová, 2014, s.193)

3.1.4 Šíření onemocnění

Karcinom děložního hrdla se nejčastěji rozšiřuje prorůstáním do pochvy, děložního těla, močového měchýře a rekta, rozpadem nádoru pak vznikají píštěle. Lymfogenně se karcinom šíří do pánevních a paraaortálních uzlin, hematogenně se šíří vzácně, zejména do plic. (Schneiderová, 2014, s.193)

Rozlišujeme 2 formy onemocnění. Forma exofytická, která je v podobě květákovitých nebo bradavčitých výrůstků, jež se na povrchu rozpadají a tím prorůstají do okolí. Forma endofytická, kdy nádor roste do hloubky, infiltruje stěnu

děložního hrdla, rozpadá se a tím se vytvoří krvácející vřed. (Slezáková, 2017, s.74)

3.2 Prognóza

Jako u všech onemocnění závisí prognóza na stadiu onemocnění. U nádorových onemocnění se určuje 5-ti leté přežití, které je u tohoto typu nádoru ve stádiu I vyšší než 90%, u stádia II 60-80%, u stadia III přibližně 50% a u stádia IV pod 30%. (Pilka, 2016, s.134)

3.3 Prevence

Zásadní vliv na celý průběh onemocnění má prevence. Jedním z nejdůležitějších aspektů jsou screeningové programy a preventivní prohlídky u gynekologa alespoň 1x za rok. V případě tohoto nádoru lze při preventivních vyšetřeních objevit přednádorové změny, tzv. prekancerózy, což jsou pouze změny v epitelu a nemetastazují. Dají se rozdělit na lehké změny, (low grade, se kterým se dokáže tělo vypořádat i bez zásahu, lehká dysplazie) a změny tzv. vysokého stupně (high grade, střední a těžká dysplazie, karcinom in situ), které lze vyřešit pouze konizací čípku. (Linkos. Onkoprevence pro Českou republiku, 2009)

3.3.1 Primární prevence a očkování

Zabývá se předcházení vzniku onemocnění a zlepšení celkového zdravotního stavu. Je zaměřena na zdravé jedince, u kterých je snaha snižovat rizikové faktory (kouření, životní styl, alkohol, stres, atd.). (Vorlíček, 2012, s.48-49).

Dalším možným způsobem prevence je očkování. V současné době jsou na trhu dvě vakcíny – Silgard (nebo Gardasil) a Cervarix. Vakcína Silgard se objevila v roce 2006 a byla tak první na trhu. Očkují se 3 dávky vakcíny. Používá se na ochranu před lidskými papilomaviry (HPV) typu 6, 11, 16 a 18, které způsobují až 70% karcinomů děložního hrdla, ale dále by měla chránit i před určitými druhy karcinomu vulvy, penisu a anu. Viry 6 a 11 dále způsobují genitální bradavice a rekurentní respirační papilomatózu (infekční onemocnění, při kterém prorůstají výrůstky v oblasti hrtanu a hlasivek), před kterými by mělo očkování taktéž fungovat. (Fait, 2009, s.46)

Druhou vakcínou je Cervarix. Chrání před typy 16 a 18. Do 15 let věku se očkuje 2x, po dosažení 15. roku jsou vakcíny 3. Ideální je, aby byla dívka očkovaná před prvním pohlavním stykem, dokud se ještě tělo neseťkalo s HPV infekcí. Očkovat se mohou i dospívající chlapci, kteří často bývají přenašeči infekce, ale i u nich se mohou objevit příznaky, hlavně v oblasti penisu a anu. Dávkování je stejné jako u dívek a je možné očkovat již od 9 let. (Cervarix, 2017)

3.3.2 Sekundární, terciální a kvartérní prevence

V sekundární prevenci jde o včasné objevení nemoci (i latentních stádií) a co nejbližší zahájení terapie. DO této kategorie se řadí i screeningové programy (screening karcinomu děložního hrdla). (Vorlíček, 2012, s.49).

Jedním z možností sekundární prevence jsou preventivní onkologické prohlídky, které jsou realizovány v ordinacích praktických lékařů a mají za úkol objevit nádorové změny ještě před propuknutím prvních příznaků. Tyto prohlídky zaštiťuje vyhláška 183/2000 a spadají sem vyšetření kůže a dutiny ústní pohledem, vyšetření prsů a břicha pohmatem, RTG snímek plic, poslech hrudníku, vyšetření konečníku a prostaty pohmatem, základní vyšetření krve, moči nebo stolice. Ovšem ne na všech pracovištích je tato vyhláška dodržována, proto se nejedná o nejefektivnější metodu prevence nádorových onemocnění. (Žaloudník, 2008, s. 80)

Terciální prevence se zabývá již samotnou terapií onemocnění, zabránění trvalým následkům onemocnění a návrat do života před onemocněním. Sleduje také recidiva onemocnění. Jsou zajišťovány i psychoterapeutické služby nebo rehabilitace. (Vorlíček, 2012, s.49).

Kvartérní prevence se zaměřuje na zlepšení kvality života u nevléčitelných onkologických onemocnění, které zkracují dobu přežití nebo snižují kvalitu života. Zaměřuje se na včasné analgetické řešení při bolestech, řešení sociální situace nemocného a psychického stavu. Lze zajistit i duchovní služby. (Linkos, 2009)

3.3.3 Screening karcinomu děložního hrdla

Screeningové programy v ČR se zabývají včasnou detekcí a léčbou nádorových onemocnění. Každá žena má nárok 1x ročně absolvovat bezplatnou preventivní prohlídku u svého gynekologa, kde má mimo klasické vyšetření v zrcadlech a USG nárok i na stěr z děložního hrdla na cytologické vyšetření.

Tvůrci tohoto projektu se zaměřili na nabízení této možnosti lékaři při preventivních prohlídkách, někteří lékaři si pacientky na preventivní vyšetření dokonce zvou telefonicky nebo pomocí tištěných pozvánek zasílaných poštou. V roce 2007 byly podrobeny laboratoře, které vzorky ze stěrů provedených při prohlídkách, auditu, jehož náročné požadavky splnil pouze nízký počet z nich. Díky sledování kvality poskytovaných služeb jak u gynekologů, tak v laboratořích se tento program neustále zlepšuje. Každým rokem je diagnostikováno více malignit již v brzkém stadiu, což výrazně zvyšuje šanci na úspěšnost léčby, zjištěné prekancerózy se dají velmi snadno řešit a je dále zachována plodnost ženy. (Tomášek, 2015, s.70-72)

3.3.4 Role sestry v prevenci nádorových onemocnění

Sestra je schopná zaregistrovat příznaky, které mohou souviset s nádorovým onemocněním a upozornit na ně, dále pacientovi poskytuje informace o rizikových faktorech. Sestra by se měla podílet na vzdělávání veřejnosti a být součástí preventivních programů. Dále by měla být schopna zhodnotit pacientovu sociální situaci a psychický stav a podle toho dále postupovat. (Vorlíček, 2012, s.48,49)

3.4 Diagnostika

Stěžejní vyšetření pro určení karcinomu děložního hrdla jsou kolposkopie (vyšetření čípku a pochvy mikroskopem), při které se odebírá cytologický nebo histologický vzorek. Pro určení rozsahu nádoru, se využívá CT vyšetření nebo magnetická rezonance, popřípadě cystoskopie, rektoskopie a RTG plic. Dále sledujeme nádorové markery, zejména CYFRA 21-1 a SCC při podezření na dlaždicobuněčný karcinom a CEA v případě adenokarcinomu. (Votrubová, 2009, s.130)

CT vyšetření má význam spíše než při diagnostice raného stádia onemocnění, kdy se primární nádor projevuje jako minimální změny na hrdle nebo se objeví retence tekutiny v děložní dutině, při sledování progresu nádoru, kdy nádor přesahuje pouze hrdlo děložní a rozšiřuje se do pánevních svalů, močového měchýře a rekta. (V tomto případě je neurčitějším znakem uzavření tukového trojúhelníku mezi ústím močovodů, močovým měchýřem a krčkem.) U CT obrazu v tomto případě je nejdůležitější pečlivé zhodnocení výsledků, neboť jako šíření

nádoru tímto směrem může vypadat i zánět nebo otok, či zesílené vazy v parametriu. CT vyšetření se používá u stanovení postižení lymfatických uzlin, u určování postižení děložního hrdla a jeho okolí je využívána MR kvůli přesnějšímu zobrazení. (Votrubová, 2009, s.130-131)

K určení rozsahu poškození je důležité RTG plic, USG a CT břicha a malé pánve, cytoskopie, rektoskopie, případně vylučovací urografie. (Vorlíček, 2012, s.370)

3.4.1 Liquid based cytology

Je jednou z metod stěru z děložního hrdla v rámci screeningového programu, ovšem u většiny lékařů je zpoplatněn. Materiál se odebírá plastickým nástrojem, který má tvar metličky nebo kartáčku. Materiál se nestírá na sklíčko jako je tomu u jiných metod, ale celý štěteček se zanoří do nádoby s tekutým médiem. V laboratoři se pak používá odstředění pomocí centrifugy nebo sedimentace s použitím filtrů. Tím je preparát zbaven příměsi krve, hlenu a zánětlivých elementů a je rozetřen v jedné vrstvě na podložním skle. Dále je vyhodnoceno počítačovým systémem a zkontrolováno cytologem, dochází tedy k nižšímu riziku selhání lidského faktoru. (Ondruš, 2013, s.24-25)

3.5 Staging

Ke stagingu, neboli hodnocení rozsahu nádoru, karcinomu děložního hrdla se používají zejména dvě klasifikace. (Vorlíček, 2012, str. 56)

3.5.1 Staging podle TNM klasifikace

TNM klasifikace hodnotí stupeň postižení v místě primárního vzniku nádoru (T0-T4, TX – nelze hodnotit, Tis – tumor in situ), v lymfatických uzlinách (NX-N3) a metastázy ve vzdálenějších orgánech (M0-M1). Hodnotící škála je upravena pro každý typ nádoru a po vyhodnocení se nádorové onemocnění dělí do 4 stádií, které jsou jedním z faktorů pro určení nejúčinnější léčby. (Linkos, TNM klasifikace, Vorlíček, 2012, str. 56). FIGO klasifikace, kterou určila organizace International Federation of Gynecology and Obstetrics, se hodnotí podle radiologického a klinického nálezu, ale chybí škála na hodnocení postižení lymfatických uzlin. (Votrubová, 2009, s. 131)

3.5.2 Stadia onemocnění podle FIGO klasifikace

Stadium Tx nám určuje, že primární nádor nelze zhodnotit. Při stadiu I se ještě nádor nerozšířil a nachází se jen na hrdle. U stadia II se nádor šíří mimo dělohu. Ve stadiu III se již nádor šíří k pánevní stěně nebo postihuje spodní 1/3 pochvy, přičemž může způsobovat hydronefrózu (rozšíření ledviny při měštnání moče) nebo úplnou nefunkčnost ledvin. Ve stadiu IV se nádor šíří mimo pochvu do rekta, močového měchýře a mimo malou pánev a vznikají vzdálené metastázy. (Pilka, 2016, s.133)

3.5.3 Klasifikace prekanceróz

Při hodnocení stupně prekancerotických změn se hodnotí cervikální intraepiteliální neoplazie (CIN) u dlaždicobuněčných karcinomů. CIN1 znamená lehkou neoplazii, kdy je postižena 1/3 epitelu, CIN2 je střední neoplazie a postižena je 1/2 epitelu a CIN3 značí těžkou neoplazii, přičemž postiženy jsou 2/3 nebo větší část epitelu. (Slezáková, 2013, s.58) U žlázových karcinomů se hodnotí cervikální glandulární intraepiteliální neoplazie (CGIN), která většinou bývá náhodným objevem při podezření na CIN. Adenokarcinom in situ se hodnotí jako AIS. (Cibula, 2009, s. 317)

3.6 Léčba

3.6.1 Prekancerózy děložního hrdla

Léčba je možná odstraněním léze buďto ablační nebo destrukční metodou. Ablací (excizní) metody jsou klasická (studená) konizace nebo excize vysokofrekvenční kličkou a laserová konizace (viz níže). Destrukční metody, kdy se po cílené biopsii postižené tkáně provádí její destrukce, jsou kryoterapie (využívá tekutý dusík, při teplotě -196°C, který tkáň zmrazí a přiložením sondy pak nekrotizuje, tento proces se ovšem poměrně dlouho a složitě hojí) a laserová vaporizace (pod kolposkopickou kontrolou se za použití CO₂ laseru odpaří tkáň do určité hloubky – 8-10 mm). (Schneiderová, 2014, s.192-193)

3.6.2 Maligní nádory děložního hrdla

Časná stadia lze vyřešit konizací čípku nebo hysterektomií (vyjmutí dělohy), v případě, že žena již neplánuje těhotenství. Při pokročilejších stadiích se již přistupuje k radikální hysterektomii a lymfadenektomii (odstranění mízních uzlin), pokud ovšem nelze zákrok provést, přechází se na radioterapii. Pozdní stadia lze řešit pouze radioterapií nebo chemoterapií. (Schneiderová, 2014, s.193)

3.6.3 Konizace

Operační výkon, při kterém je odstraněna napadená část děložního čípku a část nebo celý endocervikální kanál. Používá se k potvrzení dysplazie nebo nádorových změn, tkáň se po odběru posílá na histologické vyšetření. V takovém případě je konizace současně terapeutická. Provádí se skalpelem, laserem nebo elektrokoagulací kličkou, která je v současnosti nevyužívanější metodou (používají se zkratky LEEP a LLETZ). Metody lze i kombinovat, například se na začátku použije laser a poté skalpel. Jako každý zákrok, má i tento své výhody i nevýhody. Při použití skalpelu (cold knife operace) je větší krvácení a nutnost provádět výkon v celkové anestezii, ale vzorek lze lépe vyhodnotit, u laseru je nevýhodou termické znehodnocení vzorku, který se pak hůře vyhodnocuje, další nevýhodou je vysoká cena přístroje. LEEP konizace je poměrně rychlý výkon bez výrazného krvácení a vzorek není nijak poškozen. Tento typ výkonu lze provádět i ambulantně. (Pilka, 2016, s.152)

3.6.4 Radioterapie

Radioterapii můžeme rozdělit na teleradioterapii, nebo zevní ozařování. Jedná se o nejčastěji používanou formu ozařování a je využíváno rentgenové záření tvořené v rentgenkách. V současné době je nejefektivnějším zdrojem záření vytvořené v lineárních elektronových urychlovačích (tzv. ozáření megavoltážního typu), kde se tvoří urychlené elektrony používané k ozáření. Do cesty těmto elektronům se postaví terč těžkého kovu a využívá se brzdné záření X, které se tím vyvolá. (Vorlíček, 2012, s.105)

Druhým možným způsobem ozařování je brachyterapie, neboli vnitřní ozařování, kdy je zdroj záření (radionuklidy tvořící náplň pouzder radioforů – podoba jehel, tub, drátků...) umístěn buďto přímo do tkáně (intersticiální aplikace) nebo do tělní dutiny (pomocí aplikátoru), kde je nádor dobře přístupný a poměrně malého objemu. Kvůli radiačnímu riziku jsou aplikátory zaváděny dálkově (afterloading). Aplikátor se nejprve zavede a po kontrole uložení se do něj zavede náplň. (Vorlíček, 2012, s.107-108, Delvin, 2016, s.23-24)

Komplikace radioterapie mohou být akutní radiační reakce, které se objevují v reakci na přímé poškození buněk během léčby nebo do 3 měsíců po jejím ukončení nebo pozdní postradiační poškození, které se objevují po 3 a více měsících od ukončení léčby. Akutní reakce jsou pro pacienta velmi nepříjemné,

ale po ukončení léčby většinou samy zmizí. Patří sem únava, zvýšenou spavostí, nevolnost, zvracení, průjem nebo zácpa, změny na kůži (erytémy, puchýře, pruritus) a při ozařování oblasti pánve možné poruchy krvetvorby, proto je nutné pacientkám pravidelně kontrolovat krevní obraz. (Vorlíček, 2012, s.111) Léčba se odvíjí od příznaků. Pozdní reakce jsou na rozdíl od akutních často ireverzibilní (nevratné) a jsou to většinou sterilita, poškození sliznice, gastroduodenální vřed a další. (Slezáková, 2013, s. 117-118)

3.6.5 Chemoterapie

Chemoterapií se rozumí podávání léků s protinádorovým účinkem (cytostatika). Z cytostatik se nejčastěji u karcinomu děložního hrdla využívá cisplatina nebo karboplatina, často i jako doplňující léčba k radioterapii. Dále se využívá při paliativní léčbě v případě metastáz nebo recidivujícího onemocnění. Pro podání chemoterapie jsou podstatné některé laboratorní výsledky, důležité jsou hodnoty hemoglobinu (min. 100g/l), leukocytů ($3 \times 10^9/l$), absolutní počet neutrofilů (APN, ANC – $1,5 \times 10^9/l$) a trombocytů ($100 \times 10^9/l$). Dále se sledují jaterní funkce (nejčastěji enzymy ALT, AST, GGT) a renální funkce (hladina kreatininu). (Fait, 2014, s.144-146, 156)

Cisplatina (cDDP) je užívání od 70. let minulého století. Připravuje se většinou naředěním do fyziologického nebo Ringerova roztoku a vzhledem k citlivosti na světlo (kdy se vlivem světla přeměňuje na transizomer, který je silně mutagenní), dodává se zabalená v alobalu nebo jinak chráněná. Má mnoho nežádoucích účinků, tím nejhorším je nefrotoxicita. Riziko poškození renálních tubulů lze snížit dostatečnou hydratací – podává se 500 – 1000 ml 5% glukózy 1 – 2 hodiny před podáním, dále infuze manitou k zajištění zesílené diurézy a cca 500 ml fyziologického roztoku. Dalšími nežádoucími účinky jsou nevolnost a zvracení, které postihuje většinu pacientek, proto se v rámci premedikace podávají setrony, kortikoidy a Emend (antagonista neurokininu). (Fait, 2014, s.146-147)

Karboplatina (CBDCA) nemá tak markantní nefrotoxické účinky jako cisplatina, ovšem způsobuje trombocytopenii (nedostatek krevních destiček). Dle rizika pro pacientku lze tyto dva preparáty zaměňovat, účinky jsou zde velmi podobné. Karboplatina často způsobuje alergické reakce, kterým lze zabránit podáním kortikoidů. (Fait, 2014, s.147)

3.7 Dispenzarizace pacientek

Pravidelné kontroly pacientek provádí pracoviště, které se zabývá komplexní léčbou a jsou zaměřeny na komplikace léčby, jejich terapii a včasné zachycení recidivy onemocnění nebo vzdálených metastáz. Následné sledování se provádí v určených intervalech po dobu minimálně 5ti let. V prvním a druhém roce každé 3 měsíce, ve třetím až pátém roce každého půl roku a poté 1x ročně. Vždy se provede gynekologické vyšetření, vyšetření tumorových markerů, v prvním roce USG malé pánve a ledvin, 1x ročně biochemické vyšetření krve. (Tomášek, 2015, s.301)

4 OŠETŘOVATELSKÝ MODEL

Při provádění výzkumu v rámci praktické části této bakalářské práce jsem použila model Marjory Gordon: Model funkčních vzorců zdraví. Tento model vznikl díky grantu federální vlády USA po roce 1980. Model M. Gordonové je považován za nejkompexnější pojetí pacienta za použití holistické filozofie. Pracuje s myšlenkou dysfunkčního vzorce zdraví, který je buď znakem aktuálního nebo potencionálního problému pacienta a ve chvíli, kdy sestra tento vzorec objeví, je důležité určit ošetřovatelskou diagnózu a dále pokračovat v ošetřovatelském procesu. (Pavlíková, 2006, s.99-102)

M. Gordonová určila hlavní jednotky modelu, kdy cílem ošetřovatelství popsala jako zodpovědnost jedince za své zdraví při zachování holistického přístupu (člověk je bio-psycho-sociální bytost). Pacienta definovala M. Gordonová jako „*holistickou bytost s biologickými, psychologickými, sociálními, kulturními, behaviorálními, kognitivními a spirituálními potřebami*“, kdy může mít pacient funkční nebo dysfunkční typ zdraví. Role sestry je zde založena na získávání informací v jednotlivých oblastech pomocí kombinací různých metod, sestra by dále měla tyto informace zanalyzovat a dle nalezených problémů uplatnit ošetřovatelský proces. Zdroj potíží se nachází v některé z oblastí bio-psycho-sociálních interakcí. Ohnisko zásahu je při dysfunkčním vzorci zdraví. Způsob intervence je dle ošetřovatelského modelu nebo teorie a důsledkem by mělo být navrácení funkčního vzorce zdraví. (Pavlíková, 2006, s.99-100)

Dle metaparadigmatu se musíme na osobu dívat jako na holistickou bytost s danými funkčními vzorci zdraví, které mají další význam pro kvalitu života. Prostředí úzce spolupracuje s osobou na udržení těchto funkčních vzorců zdraví. „*Zdraví je vyjádřením rovnováhy bio-psycho-sociálních interakcí a je ovlivňované vývojovými, kulturními, duchovními a dalšími faktory, když dojde k poruše zdraví, i potencionální, označuje se tento stav jako dysfunkce*“. Ošetřovatelství se zabývá vzorci zdraví, funkčními i dysfunkčními. (Pavlíková, 2006, s.100-101)

M.Gordonová určila 12 vzorců zdraví, které obsahují:

- 1) vnímání zdraví – udržování zdraví

- 2) výživa – metabolismus
- 3) vylučování
- 4) aktivita – cvičení
- 5) spánek – odpočinek
- 6) citlivost (vnímání) – poznávání
- 7) sebepojetí – sebeúcta
- 8) role – vztahy
- 9) reprodukce – sexualita
- 10) stres, zátěžové situace – zvládání, tolerance
- 11) víra – životní hodnoty
- 12) jiné

Vyhodnocením těchto oblastí zda se u pacienta objevuje funkční nebo dysfunkční vzorec zdraví. (Pavlíková, 2006, s.101).

PRAKTICKÁ ČÁST

5 FORMULACE PROBLÉMU

U žen je karcinom děložního hrdla jedním z nejčastějších onkologických onemocnění. Pacientky jsou hospitalizovány podle druhu léčby různou dobu, ale vždy to pro ně znamená vytržení z „normálního“ života, komplikace spojené s léčbou a často špatný psychický stav. V práci jsem se proto rozhodla zaměřit na zjištění ošetrovatelských problémů u hospitalizovaných pacientek a na základě zjištěného vytvořit mapu péče o tyto pacientky.

6 CÍL VÝZKUMU

Cílem mé práce je zmapovat současnou péči o nemocné, identifikovat ošetrovatelské problémy a na základě zjištěného vytvořit mapu péče o pacientky s výše uvedenou diagnózou.

6.1 Dílčí cíle

Zhodnotit jak pacientky reagují na dlouhodobou hospitalizaci.

Zjistit problémy pacientek spojené s léčbou.

Zmapovat jaké jsou možnosti pro zdravotnický personál s ohledem na zjištěné problémy pacientek.

Navrhnout doporučení pro ošetrovatelský personál.

7 METODA VÝZKUMU

Pro zpracování své bakalářské práce jsem si zvolila metodu případové studie pomocí zpracovávání kazuistik spojené s pozorováním a rozhovory s pacientkami, čímž nejlépe zhodnotím ošetrovatelské problémy, kterých by měla být věnována pozornost. Tato metoda mi také pomůže poznat případy důkladně a co nejpřesnější vyhodnocení.

8 VÝBĚR PŘÍPADU

Výběr pacientek byl záměrný, přičemž kritéria byla věk pacientky nad 50 let hospitalizované na ORAKu FN Plzeň Lochoťín, léčené pro karcinom děložního hrdla chemoterapií, radioterapií nebo kombinací obojího. Vybrala jsem 3 respondenty.

9 INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ – OŠETŘOVATELSKÝ PROCES

9.1 Pacientka č.1

Žena, 74 let

Doba hospitalizace: 30 dní

9.1.1 Anamnéza

RA: otec zemřel v 72 letech na rakovinu jater, matka v 69 letech na mozkovou mrtvici, bratr po infarktu myokardu, má bypass, sestra zdravá, dcera mentálně postižená, zemřela v 37 letech, syn zdrav

OA: běžné dětské nemoci, esenciální hypertenze, r.2006 – odstranění štítné žlázy – od té doby substituce

FA: Euthyrox 75 mg 1-0-0, pondělí – sobota, Algifen gtt. 3x20 kapek, Acsorutin tbl. 1-1-1, Lactulosa p.p., Hylac Forte p.p., Magne B6 0-1-0

PA: v důchodu, dříve hotelová hospodyně

SA: vdova, bydlí se synem v RD

GA: menses pravidelně od 16 do 57 let, poslední návštěva gynekologa před cca 15 lety, 2 spontánní porody, nekojila – problémy s bradavkami, UPT: 1x, antikoncepci neužívala

Abusus: příležitostně alkohol, nekouří

9.1.2 Vstupní ošetřovatelská anamnéza

Kompenzační pomůcky: horní a dolní zubní protéza, brýle

Pohyblivost, soběstačnost: dle Barthelova testu 100 b. – nezávislá, bez pádu v anamnéze

Kognitivní funkce, komunikace: vědomí, orientace i komunikace bez problémů

Výživa: BMI 23,2, ztráta hmotnosti 12 kg, ½ porce, bez stresového faktoru, bez dietního omezení – dle výsledku nutná konzultace nutričního terapeuta

Vylučování: stolice pravidelní, 1x denně

Dýchání: bez potíží

Stav kůže: normální

Bolest: dle Melzacovy škály na stupni 4 – krutá, úlevová poloha na boku, užívá Algifen gtt.

Alergie: neudává

Spánek: bez potíží

Víra: neudává

Sociální podmínky: bydlí se synem

U pacientky byly zjištěny potíže v oblasti výživy, proto kontaktována nutriční terapeutka, dále pacientka udává chronické bolesti v podbřišku, proto vytvořen ošetrovatelský plán o chronické bolesti. Žádné další ošetrovatelské intervence nejsou při přijetí nutné.

9.1.3 Vitální hodnoty

- Hmotnost: 61 kg
- Výška: 162 cm
- TK: 130/70
- P: 72/min
- TT: 36,3 °C

9.1.4 Diagnóza

C539 – inoperabilní, lokálně pokročilý světlobuněčný, tubulárně uspořádaný, ložiskově nekrotický adenokarcinom hrdla děložního, cT4NXcMO

9.1.5 Průběh hospitalizace

Příjem pacientky:

Objektivně: pacientka je orientována místem i časem, afebrilní, bez známek dušnosti, kožní turgor normální (Dle WHO – 1). Nehmatné lymfatické uzliny,

dýchání čisté, srdeční akce pravidelná, břicho bez patologického nálezu, končetiny bez otoků a známek tromboembolické nemoci. Palpačně citlivý pravý podbřišek. Před měsícem zaveden uretrální stent do pravého močovodu, kvůli útlaku močovodu tumorem.

Subjektivně: bolesti v pravé polovině pánve vystřelující k pravému kolenu (Melzackova škála bolesti – 4), po Algifenu většinou ustupuje, krvácení z rodidel na 3 vložky za den.

1.den hospitalizace

Pacientka byla přijata k radikální vnější radioterapii. Vzhledem k první hospitalizaci pacientku seznámila s chodem oddělení staniční sestra, sepsala ošetrovatelskou anamnézu. Pacientka byla ubytována na třílůžkovém pokoji, změna prostředí jí nevádí, s ostatními pacientkami si rozumí. Stolice bez potíží. Zaveden PMK č.20 z důvodu obtížného močení. Riziko dekubitů není (dle Nortonové 27 b.)

2.den hospitalizace

Pacientka spala bez problémů. Podle výsledků z odběrů krve z předchozího dne, kde se vzhledem k pokračujícímu krvácení potvrdila anémie, byl pacientce zaveden PŽK a dle ordinace lékaře podány 2 transfuze s erytrocyty, které zvládla bez potíží. Pacientka byla poučena a podepsala informovaný souhlas. Na aplikaci dohlížel lékař. Má problémy s pohybem, není jí příjemné chodit s PMK, zůstává tedy na lůžku, pouze na jídlo se přesouvá ke stolu. Jí pouze poloviční porce.

3.-9.den hospitalizace

Přes víkend zůstala pacientka na oddělení, na pokoji byla sama, ostatní pacientky odjely na dovolenku, v sobotu přijel na návštěvu syn. Od pondělí pacientka nastoupila na radioterapii, kterou snáší velmi dobře, ozařovaná kůže je klidná, pravidelně se promazává RadioXarem. Byly podány další dva transfuzní přípravky, opět bez komplikací, krvácení přetrvává, krev odvádí i PMK. PŽK se mění po 3 dnech, okolí je vždy klidné, bez známek zánětu, dle Madonna 0. Pacientka se stále téměř nepohybuje, po ozařování cítí únavu, proto spí přibližně 16 hodin denně. Bolest v podbřišku přetrvává, snížila se na hodnotu 3, byla doporučena úlevová poloha a pokračuje se v medikaci. Pacientka se zdá chvílemi

smutná, ale nechce o tom mluvit. Stále méně jí, ale oběd sní již plnou porci. Dle týdenního vážení váží stále 61 kg. Na víkend zůstává hospitalizovaná.

10.-16.den hospitalizace

Pacientka pokračuje v ozařování, kůže v okolí zůstává klidná, zácpa ustoupila. Díky zlepšení renálních testů byl 16.den odstraněn PMK, pacientka spontánně močí a začala se více pohybovat po oddělení. Sledován příjem a výdej tekutin. 13.den se objevil průjem, nasazen Hylac Forte, zatím bez reakce. Již se nepodávají transfuze, proto byl odstraněn PŽK bez komplikací. Stále přetrvává únava po ozáření, pacientka si již dojde do jídelny na jídlo, ovšem jinak zůstává na pokoji a většinu času prospí. Váží 62 kg, udává i větší chuť k jídlu. Na víkend stále zůstává hospitalizovaná.

17.-23.den hospitalizace

Pacientka dochází každý den na ozáření, okolní kůže je stále bez reakce, průjem již také ustoupil, pacientka neudává žádné potíže. 20. den ukončeno sledování bilance tekutin. Únava stále přetrvává, ale je již aktivnější, během dne kouká na televizi nebo luští křížovky. 19. den ustupuje průjem, stolice je formovaná 1x denně. Bolest již udává mírnější, Algifen gtt. se po dohodě s lékařem snížil na 1 dávku před spaním. Syn jí navštívil dvakrát, ale každý večer si telefonují. Pacientka se zdá psychicky v pořádku, komunikuje s ostatními pacientkami na pokoji i s personálem, v léčbě spolupracuje, zajímá se o další postup. Výsledky krevních testů se zlepšily, proto na přání pacientky pojedje na víkend domů. Odjíždí poučená s připravenou medikací na 3 dny.

24.-30.den hospitalizace

Pacientka se vrací z dovolenky bez problémů, vypadá šťastnější, víkend si prý se synem užili. Nastupuje na poslední sérii ozařování, již bez jakýchkoli komplikací. Byla provedena punkční biopsie u tumoru v pravém prsu, který byl objeven před zahájením léčby na mamografii. Pacientka již jí plné porce a váží 62,5 kg. Krvácení již téměř ustalo, přetrvává špinění a bolest udává na stupnici 1. Dle výsledků krevních testů je pacientka propuštěna do domácího ošetřování, dostaví se pro výsledky MR a biopsie.

9.1.6 Ošetřovatelský proces dle modelu M.Gordonové

1) vnímání zdraví – udržování zdraví

Se zdravotníky spolupracuje, zajímá se o další průběh léčby. Lituje, že *„nechodila na preventivní gynekologické prohlídky, mohlo se na to přijít dříve a nemusela být tak dlouho v nemocnici“*. Tvrdí, že *„si nemoc snaží nepřipouštět, ví, že by jí to psychicky neprospělo“*. Léčba se podle ní *„vyvíjí dobře, protože se její stav zlepšuje“*.

2) výživa – metabolismus

Od diagnostiky onemocnění, což jsou 3 měsíce, zhubla 12 kg, neměla chuť k jídlu, ale snaží se to překonat a jíst co nejvíce. Porce v nemocnici jsou pro ni prý velké. Doma pila kolem 1,5l denně, v nemocnici kvůli ozařování pije před 2l denně, ale udává, že *„nemá pocit žízně, že si to musí připomínat“*. BMI má 23,2.

3) vylučování

Pacientka měla 16 dní zavedený PMK z důvodu utlačování močového nádozem a následné retence moči. Po vyndání PMK močí bez potíží. Z ozařování a nedostatku pohybu měla pacientka průjem, který se zlepšil po pár dnech.

4) aktivita – cvičení

Pacientka je nyní plně soběstačná, dle Barthela 100 bodů. Jediný problém byl zavedení PMK. Přes den sleduje televizi nebo si čte či luští křížovky.

5) spánek – odpočinek

Pacientka nemá problémy se spánkem, po ozařování cítila únavu a první 2 týdny prospala většinu dne, to se ovšem časem zlepšilo a pacientka spala denně okolo 10 hodin.

6) citlivost (vnímání) – poznávání

Pacientka je po celou dobu hospitalizace při vědomí, komunikuje s pacienty i s personálem bez problému. Nosí brýle (3 dioptrie) a má obě zubní protézy. Se sluchem problémy nemá. Má bolesti v pravém podbřišku propagující do pravé dolní končetiny, dle Melzacovy škály bolesti až na stupeň 4.

7) sebepojetí – sebeúcta

Po zjištění diagnózy se její vnímání sama sebe nezměnilo, pomáhá jí, že *„jí syn ve všem podporuje, nedívá se na ní jako na nemocnou, ani nikdo v jejím okolí“*

ji tak nebere“, ona sama to nechce. Bere to tak, že *„se určitě uzdraví a potom bude stejná jako před onemocněním“*.

8) role – vztahy

Pacientka je vdova, bydlí se synem, který neměl v životě štěstí, tak se o něj teď stará, on jí za to doma pomáhá. Má ještě adoptovanou neteř, jejíž děti jí pravidelně navštěvují a volají jí. Mrzí ji, že *„všechna práce teď zůstala na synovi, že mu nemůže pomoci“*.

9) reprodukce – sexualita

Měla 2 děti, dcera byla mentálně postižená a ve 37 letech zemřela, syn je starší. Nikdy neužívala antikoncepci, proto ještě po dceři jednou otěhotněla a podstoupila UPT, nemohla se starat o další dítě. Zákrok proběhl bez komplikací. Adoptovala si neteř, když jí bylo 17 a její matka se o ní nestarala. Od 57 let v klimakteriu, bez komplikací.

10) stres, zátěžové situace – zvládnání, tolerance

Na stres reaguje dobře. Když jí sdělovali diagnózu, řekli jí napřed synovi, ona to vědět nechtěla. Ona sama to zjistila asi za týden, dostala veškeré informace, ale její zdravotní stav si příliš nepřipouští.

11) víra – životní hodnoty

Není věřící, ani nikdo z jejího okolí a tvrdí, že *„nezačne věřit ani teď“*.

9.1.7 Ošetřovatelské diagnózy

9.1.7.1 Chronická bolest – 00133

Etiologie: z důvodu nádorového onemocnění

Projevy subj./obj.: verbalizace bolesti, úlevová poloha, zhodnocení dle Melzacovy škály bolesti na stupni 4

Očekávaný výsledek: pacientka uvede během hospitalizace snížení bolesti alespoň na stupeň 3

Intervence: hodnot a zaznamenávej v pravidelných intervalech intenzitu a charakter bolesti, zajisti úlevovou polohu, podávej medikaci dle ordinace lékaře, mluv s pacientkou o bolesti, zajisti klidné prostředí

Činnosti sestry: sestra s pacientkou hodnotí bolest minimálně 1x denně, dle ordinací lékaře podává medikaci, popřípadě s pacientkou konzultuje změnu intenzity bolesti po podané medikaci, snaží se pro pacientku najít úlevovou polohu, která by jí vyhovovala

Zhodnocení: pacientka udávala každý týden mírné zlepšení bolesti, před propuštěním zhodnotila bolest dle Melzacovy škály na stupni 1

9.1.7.2 Nevyvážená výživa – 00002

Etiologie: z důvodu léčby

Projevy subj./obj.: nechutenství, pacientka jí menší porce, hubnutí

Očekávaný výsledek: pacientka nebude po dobu léčby dále hubnout

Intervence: edukuj o vyvážené stravě, doporuč konzultaci nutričního terapeuta, nabízej pacientce jídlo, na které má chuť

Činnosti sestry: sestra hodnotí během dne velikost porcí, které pacientka sní, domluví konzultaci nutričního terapeuta, který s pacientkou sestaví jídelníček dle jejích potřeb, snaží se s pacientkou najít potraviny, které snáší

Zhodnocení: pacientka za dobu hospitalizace přibrala 1,5 kg

9.1.7.3 Zhoršené vylučování moči – 00016

Etiologie: z důvodu útlaku močového nádozem

Projevy subj./obj.: bolest v podbřišku, močení malého objemu, reziduum moči v močovém měchýři

Očekávaný výsledek: odstranění rezidua moči, návrat spontánní mikce

Intervence: zaveď PMK, kontroluj bilanci tekutin, dbej na pitný režim

Činnosti sestry: sestra zavedla PMK, o který dále pečuje, spolu s sanitáři sleduje a zaznamenává bilanci tekutin, snaží se připomínat pacientce pravidelný pitný režim

Zhodnocení: pacientka měla zavedený PMK 16 dní, po odstranění díky zmenšení primárního nádoru do 2 dnů obnovení spontánní mikce

9.1.7.4 Průjem – 00013

Etiologie: z důvodu ozařování

Projevy subj./obj.: neformovaná vodnatá stolice 4x denně

Očekávaný výsledek: pacientka bude mít formovanou stolicí maximálně 2x denně do 10 dní

Intervence: sleduj četnost a konzistenci stolice, podávej medikaci dle ordinace lékaře, edukuj o provádění hygieny v okolí konečníku

Činnosti sestry: sestra podává dle potřeby pacientky a ordinací lékaře antidiarhoika, doporučí pacientce prostředky na hygienu konečníku, hodnotí s pacientkou kvalitu stolice

Zhodnocení: pacientka měla formovanou stolicí 1x denně po 7 dnech

9.1.7.5 Únava – 00093

Etiologie: z důvodu ozařování

Projevy subj./obj.: verbalizace únavy, spavost, pospávání přes den

Očekávaný výsledek: pacientka se bude cítit odpočatější, bude aktivnější

Intervence: promluv s pacientkou o důvodech únavy, vymyslete společně aktivity během dne, uprav prostředí

Činnosti sestry: sestra probere s pacientkou důvody její únavy, zejména jako komplikaci léčby, snaží se upravit prostředí pokoje, aby mohla pacientka spát co nejdéle bez přerušení, po částečném ustoupení únavy přes den s pacientkou probere možné činnosti, které jí přes den zaměstnají a příliš nevyčerpají, například čtení nebo luštění křížovek

Zhodnocení: pacientka během hospitalizace našla aktivity, kterým se přes den věnovala a byla méně unavená

9.1.7.6 Neefektivní plnění rolí – 00055

Etiologie: z důvodu hospitalizace

Projevy subj./obj.: verbalizace pocitů

Očekávaný výsledek: pacientka přijme sebe sama ve změněné roli

Intervence: mluv s pacientkou o změně, na přání domluv konzultaci s psychologem, promluv o problému s rodinou

Činnosti sestry: sestra se snaží s pacientkou mluvit o jejích pocitech v této oblasti, doporučí, aby si o nich promluvila také se synem, pokusí se jí vysvětlit, že tyto pocity jsou díky momentální životní změně běžné

Zhodnocení: pacientka během hospitalizace akceptovala změnu své role

9.1.7.7 Riziko narušení kožní integrity – 00047

Etiologie: z důvodu zavedení PŽK

Očekávaný výsledek: u pacientky nevznikne během hospitalizace defekt v okolí zavedení PŽK

Intervence: kontroluj okolí vpichu, proplachuj alespoň 1x denně, prováděj výměnu katetru každé 3 dny, hodnot' PŽK dle Maddonovy škály

Činnosti sestry: pacientka měla zavedený PŽK pouze po dobu podávání transfuzí, sestra po každém podání katetr propláchne fyziologickým roztokem, pokud se do katetru nic nepodává, provede proplach alespoň 1x denně, zkontroluje okolí vpichu, bolest při aplikaci, zarudnutí nebo otok, fixaci, katetr mění každé 3 dny, zaznamenává do dokumentace hodnocení dle Maddonovy škály

Zhodnocení: u pacientky nedošlo během hospitalizace k defektu v okolí vpichu ani jiným komplikacím

9.1.7.8 Riziko narušení kožní integrity - 00047

Etiologie: z důvodu zevního ozařování

Očekávaný výsledek: u pacientky nedojde v průběhu hospitalizace k narušení kožní integrity v ozařované oblasti

Intervence: po každém ozáření hodnot' kvalitu kůže, promazávej ozařované pole, edukuj o pitném režimu

Činnosti sestry: po každém ozařování zkontroluje sestra kůži v ozařované oblasti, pacientce vysvětlí jak často a čím místo promazávat, dohlédne na pitný režim, který kvalitu kůže také ovlivňuje

Zhodnocení: u pacientky nedošlo k narušení kožní integrity v průběhu hospitalizace

9.1.7.9 Riziko infekce – 00004

Etiologie: z důvodu zavedení PMK

Očekávaný výsledek: u pacientky nedojde během doby zavedení PMK k rozvoji infekce

Intervence: dohlížeť na pravidelnou a důkladnou hygienu v oblasti genitálu, edukuj o dodržování hygieny

Činnosti sestry: sestra vysvětlí pacientce jak pečovat o genitál, každé ráno za pomoci sanitářů kontroluje okolí PMK, kontroluje průchodnost katetru

Zhodnocení: u pacientky nedošlo k rozvoji infekce před odstraněním PMK

9.1.8 Edukace

U pacientky byla prováděna edukace v oblasti chodu oddělení, možnostech úlevy od bolesti, stravě, pitném režimu, hygieně genitálu při zavedení PMK, hygieně konečníku, péči o PŽK, péči o kůži v ozařované oblasti

9.1.9 Použité hodnotící škály

Melzacova škála bolesti

Nutriční screening

Sledování tíže tromboflebitis dle Maddona

Stupnice hodnocení dekubitů dle Nortonové

9.2 Pacientka č.2

Žena, 50 let

Délka hospitalizace: 14 dní

9.2.1 Anamnéza

RA: otec zemřel v 56 letech na rakovinu plic, matka zdravá, sestra zdravá, 2 synové, oba zdraví

OA: běžné dětské nemoci, r.2015 – operace hemeroidů

FA: bez chronické medikace, Degan tbl. p.p., Aulin tbl. při bolesti

PA: uklízečka

SA: bydlí s manželem

GA: menses pravidelně od 14 do 45 let, poslední návštěva gynekologa před 3 lety v Bulharsku, 2 spontánní porody, UPT: 2x

Abusus: kouří 15 cigaret/denně

9.2.2 Vstupní ošetřovatelská anamnéza

Kompenzační pomůcky: brýle

Pohyblivost, soběstačnost: dle Barthelova testu 100 b. – nezávislá, bez pádu v anamnéze

Kognitivní funkce, komunikace: vědomí, orientace i komunikace bez problémů

Výživa: BMI 23,6, bez ztráty hmotnosti, jí plné porce, bez stresového faktoru, bez dietního omezení – není nutná konzultace nutričního terapeuta

Vylučování: stolice pravidelní, 1x denně

Dýchání: bez potíží, kouří 15 cigaret denně

Stav kůže: normální

Bolest: dle Melzacovy škály na stupni 3 - intenzivní, úlevovou polohu neudává, bez medikace

Alergie: Platidiam, Fraxiparine

Spánek: brzy vzhůru, ale cítí se odpočínutá

Víra: neudává

Sociální podmínky: bydlí s manželem

U pacientky byla zjištěna chronická bolest, proto byl vytvořen ošetrovatelský plán, žádné další ošetrovatelské intervence nejsou při přijetí nutné.

9.2.3 Vitální hodnoty

- Hmotnost: 59 kg
- Výška: 158 cm
- TK: 110/60
- P: 68/min
- TT: 36,3 °C

9.2.4 Diagnózy

C531 – ZN – exocervix – objemný středně diferencovaný dlaždicobuněčný karcinom hrdla děložního infiltrující poševní klenbu cT2N1M0

Z510 – Radioterapeutická série – st.p. radikální aktinoterapii pánevní a brachyterapie

Z511 – chemoterapeutický cyklus pro novotvar – st.p. konkomit. chemoterapii

9.2.5 Průběh hospitalizace

Příjem k hospitalizaci:

Objektivně: orientována místem i časem, bez známek dušnosti, afebrilní, bez krvácení, kůže dle WHO – 1. Lymfatické uzliny nehmatné, dýchání čisté, srdeční akce pravidelná. Břicho palpačně citlivé v podbřišku, končetiny bez otoků.

Subjektivně: špinění z pochvy, bolesti v podbřišku.

1.den hospitalizace

Pacientka přijata k podání pal. CHT. Byla hospitalizovaná již potřetí, provedena ošetrovatelská anamnéza se sestrou. Byla ubytována na třílůžkovém pokoji. Probouzí se brzy, ale bývá odpočínutá, dále pospává během dne. Pacientka bez problémů komunikuje, zdá se dle možností spokojená, na pobyt zde je již zvyklá. Stolice i moč bez problémů. Riziko dekubitů není (dle Nortonové 31 b.)

2.-6.den hospitalizace

Pacientce byl zaveden PŽK, má již velmi křehké žíly, zavádění bylo komplikované, vzhledem k dalšímu plánu chemoterapie se bude uvažovat o zavedení implantabilního portu. Pacientce byla podána pemedikace – Degan 1 amp i.v., Hydrocortison 100 mg i.v. a dle plánu 1. série paliativní chemoterapie Paclitaxel +Topotecan. Pacientka snáší chemoterapii bez větších problémů, po podání lehká nevolnost a únava, proto zůstává na lůžku. Po podání nebyla pacientka 3 dny na stolicí, nasazena Lactulosa, poté vyprázdnění bez problémů. Močí bez problémů. Stále udává bolesti v podbřišku- podán Aulin před spaním, přes den ho odmítá, doporučená úlevová poloha a obklady. 4 den byl pacientce odstraněn PŽK, okolí lehce začervenale, nebolestivé, před vyndáním se neobjevil problém s aplikací (dle Maddona – 0). Pacientka odjíždí na víkend domů, těší se na manžela a děti, které celý týden neviděla, odjíždí s připravenou medikací a poučená.

7.-14.den hospitalizace

Pacientka přijíždí z dovolenky bez komplikací, provedeny krevní odběry a naplánováno zavedení portu na 9. den hospitalizace. Pacientka poučena, souhlasí, podepsán informovaný souhlas s výkonem. Před výkonem pacientka od půlnoci lační, dopoledne proveden výkon, pacientka se vrací na oddělení orientována, na bolest si nestěžuje, jen chce spát. Odpoledne rána ještě velmi citlivá, proto bude podán 2. cyklus chemoterapie až další den. Po výkonu pacientka jí i pije bez problémů, nevolnost neudává, moč i stolice bez problémů. 10. den hospitalizace podána premedikace Degan 1 amp i.v., Hydrocortison 100 mg i.v. a 2. cyklus pal. chemoterapie, po spuštění Paclitaxelu začala udávat pacientka pocit dušení, ztuhlá ústa, bolesti břicha s vystřelováním do zad a svědění kůže, proto chemoterapie okamžitě zastavena a přivolán lékař. Podán Hydrocortison 100 mg i.v. a Dithiaden 8mg i.v., po pauze opět chemoterapie spuštěna rychlostí 50ml/h, již bez reakce. Pacientka je z reakce vylekaná, proto u ní sestra ještě nějakou dobu zůstává. Pacientka zůstává přes víkend na oddělení, bolest v podbřišku hodnotí na stupni 1, moč i stolice bez problémů, spí dobře, již se těší domů. V pondělí je propuštěna bez komplikací.

9.2.6 Ošetřovatelský proces dle modelu M.Gordonové

1) vnímání zdraví – udržování zdraví

Pacientka se chce na léčbě podílet, při všem spolupracuje. Pochází z Bulharska, proto je zde mírná jazyková bariéra, v Čechách žije 12 let, ale s odbornými názvy má pořád problémy, i proto stále jezdila k lékaři do Bulharska, bála se, že zde mu nebude rozumět. Na vše, čemu nerozumí, se doptává, chce mít všechny informace. Nejlépe hodnotí radioterapii, po které neměla téměř žádné problémy. Byla jí povolena biologická léčba, což hodnotí velmi kladně. Kouří cca 15 cigaret denně, ale nevěří tomu, že by „kouření její stav nějak ovlivňovalo“.

2) výživa – metabolismus

Kvůli práci dříve jedla velmi nepravidelně, k snídani měla většinou jen kávu a cigaretu, po zjištění diagnózy začala jíst pravidelně a vyváženě. Pije okolo 1,5 l/den. Za dobu léčby vyloženě nezhubla. BMI je 23,6.

3) vylučování

Močí bez problémů. Dříve po radioterapii měla průjem a nyní po chemoterapii zácpu, vše vždy do pár dnů ustoupí.

4) aktivita – cvičení

Pacientka je po celou dobu léčby plně soběstačná, dle Barthela 100 bodů. Přes den odpočívá, sleduje televizi nebo si čte. Ráda tráví čas ve společenské místnosti, kde je světlo a má výhled.

5) spánek – odpočinek

Pacientka tvrdí, že „*si v nemocnici vždy odpočine. Brzy se budí, ale je prý odpočinitá*“. Léky na buzení nezabírají.

6) citlivost (vnímání) – poznávání

Pacientka je po celou dobu hospitalizace při vědomí, komunikuje s pacienty i s personálem bez problému. Nosí brýle na čtení, problémy se sluchem nemá, zubní protézu nenosí. Udává bolesti v podbřišku, dle Melzacovy škály bolesti na stupni 3.

7) sebepojetí – sebeúcta

Po zjištění diagnózy má jiný pohled na život, více si váží maličností. O rakovině „*přemýšlí jako o jakékoli jiné léčitelné nemoci*“. Před sedmi lety jí falešně

diagnostikovali karcinom prsu, tehdy přemýšlela nad tím, kolik času jí asi ještě zbývá, co ještě stihne, ale teď prý „o takových věcech nepřemýšlí, vybrala si ty myšlenky tehdy“. Po chemoterapii jí začaly padat vlasy, v tu chvíli ji to psychicky rozrušilo, přemýšlela, jak se na ni bude rodina dívat, ale její manžel jí pomohl se ostříhat a to jí uklidnilo. V rodině má velkou podporu, ač o nemoci nemluví, chovají se k ní jako předtím.

8) role – vztahy

Pacientka žije s manželem, má 2 syny, kteří jí doma pravidelně navštěvují, starší syn má miminko, takže si užívá být babičkou. Když byla hospitalizována poprvé, jezdila každý víkend domů, vozil jí starší syn a mladší navštěvoval v nemocnici. Doma funguje bez větších problémů.

9) reprodukce – sexualita

Pacientka má za sebou 2 spontánní porody bez komplikací, 2 umělá přerušení těhotenství, nemohli si s manželem dovolit další děti. Jedním z příznaků, které ji přivedli k lékaři, byli silné bolesti při pohlavním styku, manžel ji v návštěvě lékaře podporoval. S manželem mají prý spokojené manželství, v léčbě ji podporuje, se vším jí doma pomáhá, každý den si volají.

10) stres, zátěžové situace – zvládnání, tolerance

Ve většině situací je klidná, jen při komplikacích léčby má občas strach. Jinak spoléhá na pokrok v medicíně. Věří, že „se nemoc podchytila v začátku a má proto velkou šanci na uzdravení. Vydrží všechno kvůli své rodině, dluží jim to, za to, jak jí podporují“.

11) víra – životní hodnoty

Věřící není, věří v moderní medicínu.

9.2.7 Ošetrovatelské diagnózy

9.2.7.1 Chronická bolest – 00133

Etiologie: z důvodu nádorového onemocnění

Projevy subj./obj.: verbalizace bolesti, úlevová poloha, zhodnocení dle Melzacovy škály bolesti na stupni 3

Očekávaný výsledek: pacientka uvede během hospitalizace snížení bolesti alespoň na stupeň 2

Intervence: hodnot' a zaznamenávej v pravidelných intervalech intenzitu a charakter bolest, zajisti úlevovou polohu, podávej medikaci dle ordinace lékaře, mluv s pacientkou o bolesti, zajisti klidné prostředí

Činnosti sestry: sestra s pacientkou hodnotí bolest minimálně 1x denně, dle ordinací lékaře podává medikaci, popřípadě s pacientkou konzultuje změnu intenzity bolesti po podané medikaci, snaží se pro pacientku najít úlevovou polohu, která by jí vyhovovala

Zhodnocení: pacientka udávala každý týden mírné zlepšení bolesti, před propuštěním zhodnotila bolest dle Melzacovy škály na stupni 1

9.2.7.2 Zácpa – 00011

Etiologie: z důvodu chemoterapie

Projevy subj./obj.: neschopnost se vyprázdnit i přes nucení na stolicí již 3 dny, bolesti v podbříšku

Očekávaný výsledek: pacientka se do 2 dnů vyprázdní

Intervence: edukuj o větším pohybu, pitném režimu a vhodné stravě, podej medikaci dle ordinace lékaře, doporuč obklady

Činnosti sestry: sestra vysvětluje pacientce nutnost pohybu kvůli správné peristaltice střev, podává laxativa dle ordinace lékaře a potřeb pacientky, doporučí stravu bohatou na vlákninu, dohlíží na pravidelný pitný režim pacientky

Zhodnocení: pacientka se do druhého dne od zjištění problému vyprázdnila

9.2.7.3 Únava – 00093

Etiologie: z důvodu chemoterapie

Projevy subj./obj.: verbalizace únavy, spavost, pospávání přes den

Očekávaný výsledek: pacientka se bude cítit odpočatější, bude aktivnější

Intervence: promluv s pacientkou o důvodech únavy, vymyslete společně aktivity během dne, uprav prostředí

Činnosti sestry: sestra probere s pacientkou důvody její únavy, zejména jako komplikaci léčby, snaží se upravit prostředí pokoje, aby mohla pacientka spát co nejdéle bez přerušování, po částečném ustoupení únavy přes den s pacientkou probere možné činnosti, které jí přes den zaměstnají a příliš nevyčerpají

Zhodnocení: únava u pacientky mizí 2 dny po podání chemoterapie

9.2.7.4 Riziko narušení kožní integrity - 00047

Etiologie: z důvodu zavedení PŽK

Očekávaný výsledek: u pacientky nevznikne během hospitalizace defekt v okolí zavedení PŽK

Intervence: kontroluj okolí vpichu, proplachuj alespoň 1x denně, prováděj výměnu katetru každé 3 dny, hodnot PŽK dle Maddonovy škály

Činnosti sestry: sestra po každém podání katetr propláchne fyziologickým roztokem, pokud se do katetru nic nepodává, provede proplach alespoň 1x denně, zkontroluje okolí vpichu, bolest při aplikaci, zarudnutí nebo otok, fixaci, katetr mění každé 3 dny, zaznamenává do dokumentace hodnocení dle Maddonovy škály

Zhodnocení: u pacientky nedošlo během hospitalizace k defektu v okolí vpichu ani jiným komplikacím

9.2.7.5 Riziko infekce – 00004

Etiologie: z důvodu zavedení implantabilního portu

Očekávaný výsledek: pacientce se během hospitalizace v okolí rány neobjeví známky infekce

Intervence: dbej na hygienu okolí místa výkonu, dodržuj aseptický přístup při aplikaci léčiv do portu, edukuj pacientku v péči o okolí zavedeného portu

Činnosti sestry: sestra dodržuje při ošetřování a manipulaci s implantabilním portem zásady asepsy dle standardů oddělení, vysvětlí pacientce jak zacházet s okolím po zavedení a v případě aplikace léčiv

Zhodnocení: u pacientky nedošlo během hospitalizace k rozvoji infekce

9.2.8 Edukace

U pacientky byla prováděna edukace v oblasti možnostech úlevy od bolesti, péči o PŽK, péči o oblast v okolí zavedeného implantabilního portu, nutnosti pohybu, stravě a pitném režimu.

9.2.9 Použité hodnotící škály

Melzacova škála bolesti

Nutriční screening

Sledování tíže trombiflebitis dle Maddona

Stupnice hodnocení dekubitů dle Nortonové

9.3 Pacientka č.3

Žena, 55 let

Doba hospitalizace: 25 dní

9.3.1 Anamnéza

RA: otec zemře v 85 letech na rupturu žaludečních vředů, matka žije, 84 let, prodělala CMP, 2 sestry, starší rakovina dělohy, po RT, mladší zdravá, 2 dcery, obě zdravé

OA: běžné dětské nemoci, hypertyreóza

FA: Thyrozol tbl. 1-0-0

PA: prodavačka v drogerii

SA: rozvedená, bydlí s matkou v RD

GA: menses pravidelně od 15 do 50 let, na kontrole u gynekologa nebyla cca 10 let, 2 spontánní porody, antikoncepci neužívala

Abusus: O

9.3.2 Vstupní ošetřovatelská anamnéza

Kompenzační pomůcky: O

Pohyblivost, soběstačnost: dle Barthelova testu 100 b. – nezávislá, bez pádu v anamnéze

Kognitivní funkce, komunikace: vědomí, orientace i komunikace bez problémů

Výživa: BMI 22,5, ztráta hmotnosti 2 kg, jí plné porce, bez stresového faktoru, bez dietního omezení – není nutná konzultace nutričního terapeuta

Vylučování: stolice pravidelní, 1x denně

Dýchání: bez potíží

Stav kůže: normální

Bolest: dle Melzacovy škály na stupni 2 - nepříjemná, úlevovou polohu neudává, bez medikace

Alergie: neudává

Spánek: brzy vzhůru, ale cítí se odpočínutá

Víra: neudává

Sociální podmínky: bydlí s matkou, starat se o ní po propuštění bude dcera

U pacientky byla zjištěna chronická bolest, proto byl vytvořen ošetrovatelský plán, žádné další ošetrovatelské intervence nejsou při přijetí nutné.

9.3.3 Vitální hodnoty

- Hmotnost: 52 kg
- Výška: 152 cm
- TK: 160/90
- P: 72/min
- TT: 36,4 °C

9.3.4 Diagnóza

C531 – dlaždicobuněčný karcinom děložního hrdla infiltrující parametria bilat. a s levostrannou pánevní lymfadenopatií (T2bN1M0)

9.3.5 Průběh hospitalizace

Příjem pacientky:

Objektivně: pacientka je orientována místem i časem, afebrilní, bez známek dušnosti, kožní turgor normální (Dle WHO – 0). Nehmatné lymfatické uzliny, dýchání čisté, srdeční akce pravidelná, břicho bez patologického nálezu, končetiny bez otoků a známek tromboembolické nemoci.

Subjektivně: v poslední době zhubla 2 kg kvůli změně jídelníčku. Uvádí výtok až krvácení na 2 vložky. Bolesti v oblasti kyčlí, bez medikace.

1.den hospitalizace

Pacientka přijímaná pro radikální konkomitance radiochemoterapie. Jedná se o první hospitalizaci, pacientku tedy seznámila s chodem oddělení staniční sestra, sepsala ošetřovatelskou anamnézu. Pacientka byla ubytována na třílůžkovém pokoji, změna prostředí jí nevadí, na pokoji je zatím sama, nevadí jí to. Pacientka podstupuje během odpoledne 1. ozáření, které snáší bez komplikací. Dle nálezu bylo zvoleno vnější ozáření, které bude pro pacientku komfortnější. Riziko dekubitů není (dle Nortonové 31 b.).

2.-6.den hospitalizace

Pacientka pokračuje v radioterapii, kterou zvládá dobře, kůže v oblasti ozařování mírně začervenala, proto pravidelné promazávání RadioXarem, začervenání se nezhoršuje. 2. den byl pacientce zaveden PŽK, podána premedikace – Emend tbl 125 mg 1-0-0, další 2 dny 80 mg ve stejnou dobu, Aloxi 1 amp i.v., Dexamed 8 mg i.v. a byla podána 1. série chemoterapie cisDDP „weekly“ 40mg/m² (Cisplatina), pacientka pociťovala nauzeu, proto zůstává na lůžku, během hodiny nevolnost odeznívá. Dále žádné komplikace. 5. den je odstraněn PŽK, bez reakce, dle Maddona – 0. Uvádí, že bolest kyčle ustoupila na stupeň 1. Pacientka spí dobře, na pokoji ji přibyly 2 pacientky, rozumí si s nimi, s personálem komunikuje bez problémů, jídlo většinou nedojídá, nemá prý tolik hlad, pije pravidelně, moč a stolice bez problémů. Na víkend odjíždí domů, poučená s připravenou medikací.

7.-13.den hospitalizace

Pacientka se vrací s dovolenky bez komplikací, odpočínutá. Pokračuje v radioterapii, ozařovaná kůže stále načervenala, bez puchýřů, nepraská, pacientka dodržuje pravidelnou hydrataci. 8.den podstupuje další sérii chemoterapie, je zaveden PŽK, premedikace Emend tbl 125 mg 1-0-0, další 2

dny 80 mg ve stejnou dobu, Aloxi 1 amp i.v., Dexamed 8 mg i.v., Degan tbl. 1-0-0 – dle předchozí reakce je přidána antiemetická premedikace, průběh podání chemoterapie v pořádku pouze s lehkou dyspepsií, dle ordinace lékaře podán Algifen gtt. s dobrým výsledkem. Pacientka se po ozařování cítí unavená, přes den ospává. Jí přibližně poloviční porce, nemá prý téměř chuť k jídlu, ale přesto se snaží něco vždy sníst, dle vážení zhubla od přijetí 2 kg. Pacientka vypije pouze 0,75 l/ den, proto je sledována bilance tekutin. PŽK se pravidelně mění, bez reakce, dle Maddona – 0. Moč i stolice bez potíží. Na bolest si nestěžuje, spí dobře, na víkend zůstává na oddělení. Přes víkend byla bez návštěv a na pokoji zůstala sama, což jí prý nevadí, ráda si odpočine.

14.-20.den hospitalizace

Pacientka pokračuje v radioterapii. Udává, že nemá téměř chuť k jídlu, proto téměř nejí a nepije. 14. den začala pacientka dostávat infuze Plasmalyte 1000 ml/24 hod. 15. den se pacientce 2x neúspěšně zaváděl CŽK, pro pacientku to bylo prý velmi bolestivé, proto se znova zavede až další den. Další zavádění již probíhalo pod sonografickou kontrolou a bylo úspěšné. Pacientka viní lékaře, že k této metodě nepřistoupil hned 1. den. Pacientka přestala jíst, proto se přešlo na parenterální výživu, zhubla na 48,5 kg. Stěžuje si na bolesti v oblasti žaludku (dle Melzacovy škály na stupnici 3), proto dle ordinace lékaře přidán Algifen gtt 1-1-1, doporučena úlevová poloha. Dále změněna medikace, Apo – Ome 0-1-0, Pyridoxin 2-2-2, KCl 1-1-1. Moč bez potíží, stolice minimální, pacientka je spavá. Přiznává, že má pochybnosti o léčbě a začíná se to na ní psychicky podepisovat. S personálem příliš nekomunikuje, nechce své problémy rozebírat. Radioterapie byla přerušena do zlepšení stavu. Pacientka se téměř nepohybuje, pouze po pokoji nebo na lůžku. Vzhledem k výsledkům testů je přesunuta poslední dávka chemoterapie na další týden.

21.-25.den hospitalizace

Po přerušení léčby se stav pacientky alespoň minimálně zlepšil, začala jíst kašovitou stravu, bolesti břicha udává dle Melzacovy škály na stupnici 2. Stále většinu dne prospí, ale snaží se pohybovat, alespoň když za ní přijde dcera, jsou se projít po chodbě. CŽK se pravidelně kontroluje, bez potíží. Moč bez problémů, stolice stále 1x za 2 dny. 25. den se pacientka z rodinných důvodů, které nechtěla udat, rozhodla odejít do domácího ošetřování, podepsala tedy negativní revers,

byla seznámena se všemi riziky, byla domluvena kontrola za týden a dle výsledků pokračování v léčbě.

9.3.6 Ošetřovatelský proces dle modelu M.Gordonové

1) vnímání zdraví – udržování zdraví

Na léčbě se podílí, spolupracuje. S výskytem komplikací „*pochybuje o léčbě, ovšem stále to nechce vzdát, chce pro vyléčení udělat maximum*“.

2) výživa – metabolismus

Ze začátku jedla bez problémů, ovšem po podání chemoterapie ztratila chuť k jídlu a během 3 týdnů zhubla 3,5 kg, proto byla domluvena konzultace s nutriční terapeutkou a nasazena parenterální výživa. BMI při přijetí 22,5, na konci hospitalizace 20,1.

3) vylučování

Pacientka nemá problémy s močením ani se stolicí po celou dobu hospitalizace.

4) aktivita – cvičení

Pacientka je plně soběstačná, dle Barthela 100 bodů. Postupně se rozvinul problém s výživou, musela být dodávána parenterálně.

5) spánek – odpočinek

Pacientka má problémy s usínáním, pomáhá, když si před spaním čte, ovšem s postupem léčby se projevila velká únava, proto pacientka prospala přibližně 18 hodin denně.

6) citlivost (vnímání) – poznávání

Pacientka je po celou dobu hospitalizace při vědomí, komunikuje s pacienty i s personálem bez problému. Nosí brýle na čtení, se sluchem problémy nemá. Má bolesti kyčlí, dle Melzacovy škály bolesti stupeň 2, medikaci neužívá. Během hospitalizace se rozvinuly bolesti okolo žaludku, na stupni 3, nasazen Algifen gtt., po kterém se bolest zlepšila na stupeň 1 po 3 dnech. Pacientka si také našla vhodnou úlevovou polohu.

7) sebepojetí – sebeúcta

Díky nemoci se její pohled na sebe nijak nezměnil. To, že nedocházela na preventivní prohlídky, si nevyčítá, pouze to zvyšuje její motivaci se uzdravit.

8) role – vztahy

Pacientka je rozvedená, před hospitalizací bydlela v RD s matkou, která je po prodělané CMP a o kterou se stará. Pracuje 11 hodin denně a po práci se ještě musí postarat o dobytek a pak celou noc o svou matku. Přes den ji pomáhá sestra, která se o matku stará i během doby, kdy je pacientka v nemocnici. Přičítá svůj stav i stresu, který posledních pár let měla. „*Na jednu stranu je i ráda, že si odpočine a bude myslet i na sebe, ale vadí jí, že nechala matku na krku sestře*“.

9) reprodukce – sexualita

Pacientka je rozvedená, má 2 dcery, obě již mají děti, takže se stará někdy i o ně. Pravidelně ji navštěvují a volají. Od 50 let v klimakteriu, bez komplikací.

10) stres, zátěžové situace – zvládnání, tolerance

Po sdělení diagnózy se nezhroutila, chtěla vědět všechny možnosti léčby. Hospitalizaci snáší poměrně dobře.

11) víra – životní hodnoty

Není věřící.

9.3.7 Ošetřovatelské diagnózy

9.3.7.1 Chronická bolest – 00133

Etiologie: z důvodu nádorového onemocnění

Projevy subj./obj.: verbalizace bolesti, úlevová poloha, zhodnocení dle Melzacovy škály bolesti na stupni 2

Očekávaný výsledek: pacientka uvede během hospitalizace snížení bolesti na stupeň 1

Intervence: hodnot a zaznamenávej v pravidelných intervalech intenzitu a charakter bolest, zajisti úlevovou polohu, podávej medikaci dle ordinace lékaře, mluv s pacientkou o bolesti, zajisti klidné prostředí

Činnosti sestry: sestra s pacientkou hodnotí bolest minimálně 1x denně, dle ordinací lékaře podává medikaci, popřípadě s pacientkou konzultuje změnu intenzity bolesti po podané medikaci, snaží se pro pacientku najít úlevovou polohu, která by jí vyhovovala

Zhodnocení: pacientka udává téměř vymizení bolesti (na stupni 1)

9.3.7.2 Akutní bolest – 00132

Etiologie: z důvodu komplikací léčby

Projevy subj./obj.: verbalizace bolesti, úlevová poloha, zhodnocení dle Melzacovy škály bolesti na stupni 3

Očekávaný výsledek: pacientka uvede během hospitalizace snížení bolesti alespoň na stupeň 2

Intervence: hodnot' a zaznamenávej v pravidelných intervalech intenzitu a charakter bolest, zajisti úlevovou polohu, podávej medikaci dle ordinace lékaře, mluv s pacientkou o bolesti, zajisti klidné prostředí

Činnosti sestry: sestra s pacientkou hodnotí bolest alespoň 2x denně, dle ordinací lékaře podává medikaci, popřípadě s pacientkou konzultuje změnu intenzity bolesti po podané medikaci, snaží se pro pacientku najít úlevovou polohu, která by jí vyhovovala

Zhodnocení: pacientka po týdnu hodnotí bolest na stupni 2

9.3.7.3 Nevyvážená výživa – 00002

Etiologie: z důvodu léčby

Projevy subj./obj.: nedostatečný příjem stravy per os, hubnutí

Očekávaný výsledek: pacientka nebude po dobu léčby dále hubnout více než 1 kg/týden

Intervence: edukuj o vyvážené stravě, doporuč konzultaci nutričního terapeuta, nabízej pacientce jídlo, na které má chuť, podávej parenterální stravu dle ordinace lékaře

Činnosti sestry: sestra hodnotí během dne velikost porcí, které pacientka sní, domluví konzultaci nutričního terapeuta, který s pacientkou sestaví jídelníček dle jejích potřeb, snaží se s pacientkou najít potraviny, které snáší

Zhodnocení: pacientka za dobu hospitalizace zhubla 3,5 kg

9.3.7.4 Únava – 00093

Etiologie: komplikace léčby

Projevy subj./obj.: verbalizace únavy, spavost, pospávání přes den

Očekávaný výsledek: pacientka bude spát denně pouze 15 hodin denně, najde si aktivitu, kterou se přes den zabaví

Intervence: promluv s pacientkou o důvodech únavy, vymyslete společně aktivity během dne, uprav prostředí

Činnosti sestry: sestra probere s pacientkou důvody její únavy, zejména jako komplikaci léčby, snaží se upravit prostředí pokoje, aby mohla pacientka spát co nejdéle bez přerušení, po částečném ustoupení únavy přes den s pacientkou probere možné činnosti, které jí přes den zaměstnají a příliš nevyčerpají, například čtení nebo luštění křížovek

Zhodnocení: pacientka spala přibližně 14 hodin denně, zbytek si četla, nebo koukala na televizi

9.3.7.5 Neefektivní plnění rolí – 00055

Etiologie: z důvodu hospitalizace

Projevy subj./obj.: verbalizace pocitů

Očekávaný výsledek: pacientka přijme sebe sama ve změněné roli

Intervence: mluv s pacientkou o změně, na přání domluv konzultaci s psychologem, promluv o problému s rodinou

Činnosti sestry: sestra se snaží s pacientkou mluvit o jejích pocitech v této oblasti, doporučí, aby si o nich promluvila také s rodinou, pokusí se jí vysvětlit, že tyto pocity jsou díky momentální životní změně běžné, zajistí konzultaci s psychologem

Zhodnocení: pacientka během hospitalizace akceptovala změnu své role

9.3.7.6 Riziko narušení kožní integrity - 00047

Etiologie: z důvodu zavedení PŽK

Očekávaný výsledek: u pacientky nevznikne během hospitalizace defekt v okolí zavedení PŽK

Intervence: kontroluj okolí vpichu, proplachuj alespoň 1x denně, prováděj výměnu katetru každé 3 dny, hodnot' PŽK dle Maddonovy škály

Činnosti sestry: sestra po každém podání katetr propláchne fyziologickým roztokem, pokud se do katetru nic nepodává, provede proplach alespoň 1x denně, zkontroluje okolí vpichu, bolest při aplikaci, zarudnutí nebo otok, fixaci, katetr mění každé 3 dny, zaznamenává do dokumentace hodnocení dle Maddonovy škály

Zhodnocení: u pacientky nedošlo během hospitalizace k defektu v okolí vpichu ani jiným komplikacím

9.3.7.7 Riziko narušení kožní integrity - 00047

Etiologie: z důvodu zevního ozařování

Očekávaný výsledek: u pacientky nedojde v průběhu hospitalizace k narušení kožní integrity v ozařované oblasti

Intervence: po každém ozáření hodnot' kvalitu kůže, promazávej ozařované pole, edukuj o pitném režimu

Činnosti sestry: po každém ozařování zkontroluje sestra kůži v ozařované oblasti, pacientce vysvětlí jak často a čím místo promazávat, dohlédne na pitný režim, který kvalitu kůže také ovlivňuje

Zhodnocení: u pacientky došlo pouze k lehkému začervenání v oblasti ozařování

9.3.7.8 Riziko sníženého objemu tekutin – 00028

Etiologie: z důvodu nedostatečného příjmu tekutin per os

Očekávaný výsledek: u pacientky nedojde k rozvoji dehydratace

Intervence: podávej infuzní roztoky dle ordinace lékaře, edukuj o příjmu tekutin, sleduj bilanci tekutin, pravidelně připomínej pacientce pít

Činnosti sestry: sestra podává dle ordinací lékaře infuzní terapii, sleduje denní příjem a výdej tekutin, připomíná pacientce před den pít

Zhodnocení: u pacientky nedošlo během hospitalizace k rozvoji dehydratace

9.3.7.9 Riziko zácpy – 00015

Etiologie: z důvodu nedostatečného příjmu potravy per os

Očekávaný výsledek: pacientka se bude pravidelně vyprazdňovat

Intervence: sleduj četnost a kvalitu stolice, doporuč obklady, edukuj o mobilitě, podávej medikaci dle ordinace lékaře

Činnosti sestry: sestra vysvětluje pacientce nutnost pohybu kvůli správné peristaltice střev, doporučí stravu bohatou na vlákninu, dohlíží na příjem tekutin

Zhodnocení: pacientka se pravidelně vyprazdňuje 1x za 2 dny

9.3.8 Edukace

U pacientky byla prováděna edukace v oblasti chodu oddělení, možnostech úlevy od bolesti, pitném režimu, vyvážené stravě, péče o PŽK a CŽK, péče o kůži v ozařované oblasti, nutnosti pohybu.

9.3.9 Použité hodnotící škály

Melzacova škála bolesti

Nutriční screening

Sledování tíže trombiflebitis dle Maddona

Stupnice hodnocení dekubitů dle Nortonové

DISKUZE

Cílem naší bakalářské práce bylo zmapovat současnou péči o nemocné, identifikovat ošetrovatelské problémy a na základě zjištěného vytvořit mapu péče o pacientky s karcinomem děložního hrdla. V praktické části jsem zpracovala tři kazuistiky pacientek, které jsem sledovala po dobu hospitalizace na Onkologické a radioterapeutické klinice FN Plzeň – Lochotín podle modelu Marjory Gordonové. U pacientek jsem zaznamenávala vše od přijetí až do propuštění, veškeré změny zdravotního stavu a po týdnu přehodnocované zavedené ošetrovatelské diagnózy. Pacientky byly po celou dobu provádění výzkumu velmi vstřícné, snažily se odpovědět na všechny otázky pravdivě, i když pro ně mohly být do jisté míry nepříjemné. Vybraly jsme si pacientky, u kterých se léčba lišila, neboť jsme tak mohly obsáhnout více ošetrovatelských problémů. Po posouzení všech materiálů, které jsme od pacientek získaly, jsme se zaměřily na problémy, které se u pacientek opakují, a dle nich poté vytvořily mapu péče. Některé ošetrovatelské diagnózy byly samozřejmě specifické pro každou z pacientek, tak, jako je to u téměř každého onemocnění. Musíme si uvědomit, že každý pacient je individuální a mělo by se k němu také tak přistupovat. Naším cílem bylo ovšem zobecnit nejčastější problémy související s hospitalizací a léčbou a mapu péče tvořit podle toho.

Z rozhovorů, které jsem vedla s pacientkami, vyvstalo několik zajímavých informací. Nejdůležitější z nich se týká prevence. Pacientky, které jsem si vybrala, byly starší 50 let, všechny po klimakteriu a ani jedna z nich poté ke gynekologovi téměř nedocházela. První z pacientek nebyla na pravidelné prohlídce 15 let, druhá 3 roky a třetí 10 let. Neměly žádné problémy a tak ani potřebu kamkoli docházet. U všech se tedy karcinom prokázal až v pozdějších stádiích, kdy již nebyla možnost operace. Na důležitost prevence poukazují Vorlíček (2012), Fait (2009) a Linkos (2009). Jak dále uvádí Tomášek (2015), objevení onemocnění již v časném stadiu výrazně zvyšuje šanci na úplně vyléčení pacientky.

Ač Schneiderová (2014) uvádí, že kouření, respektive uvolňování karcinogenů, může být jednou z hlavních příčin vzniku tohoto onemocnění, ze všech tří pacientek kouřila pouze pacientka č.2. Byla přesvědčená o tom, že to

nijak její zdravotní stav neovlivňuje, vzhledem k tomu, že ve svém okolí měla několik lidí, kteří na rakovinu zemřeli a ani jeden z nich nekouřil.

Léčbu karcinomu, chemoterapií či radioterapií, provází celá řada nežádoucích účinků, ať už fyzických nebo psychických. Mapu péče jsme tvořily se 6 základními diagnózami. První z nich byla chronická bolest, kterou trpěly všechny tři pacientky, a byl to hlavní důvod, který je přivedl k lékaři. Další byla nevyvážená výživa, kdy pacientky č.1 a č.3 během svého onemocnění a léčby zhubly a ztratily na určitou dobu chuť k jídlu, porce se jim zdály velké. Pacientka č.2 nikdy takové potíže neměla, dokonce po zjištění diagnózy začala jíst pravidelněji. Průjem se objevil sice pouze u pacientky č.1 v reakci na ozařování, ovšem pacientka č.2 uvedla, že při předchozí hospitalizaci, kdy byla též léčena radioterapií, se u ní průjem objevil také. Další, únava, se také objevila u všech 3 pacientek brzy po zahájení léčby. Vzhledem k tomu, že všechny pacientky měly zavedené periferní žilní katetry, objevilo se i riziko porušení kožní integrity. Toto riziko je též u ozařovaných pacientek, kde se může objevit reakce právě v ozařované oblasti. U všech pacientek byla integrita kůže během hospitalizace zachována. Vorlíček (2012) uvádí jako nežádoucí účinky radioterapie nauzeu a zvracení, které jsme ani u jedné z pacientek nepozorovaly, dále průjmy, které se u 2 z nich objevily, poškození krvetvorby, které se projevilo u pacientky č.1 a kožní reakce, kterým se u obou pacientek úspěšně předcházelo. U chemoterapie uvádí útlum krvetvorby, infekce, nevolnost a zvracení a poškození orgánů, kdy jsme ani jedno u pacientek léčených chemoterapií nepozorovaly. U pacientky č.1 se dále objevilo zhoršené vylučování moči, které bylo způsobené prorůstáním nádoru, pacientce byl proto zaveden permanentní močový katetr, s čímž souvisí riziko infekce, která se u pacientky nerozvinula. U pacientky č.2 jsme po podání chemoterapie pozorovaly zácpu, která po pár dnech odezněla a kvůli obtížnému zavádění PŽK, kdy pacientka měla již velmi křehké žíly, jí byl zaváděn implantabilní port, s čímž rovněž souvisí riziko infekce, zejména po výkonu. U pacientky k rozvoji infekce též nedošlo. Pacientka č.3 reagovala na chemoterapii hůře než pacientka č.2., objevily se u ní akutní bolesti v oblasti žaludku, ztratila chuť k jídlu, proto jí byl zaveden centrální žilní katetr, jehož zavádění bylo ovšem velmi obtížné, byla jí podávána parenterální výživa a objevilo se riziko sníženého objemu tekutin a s tím

související riziko zácpy. Pacientka tedy dostávala infuze a ani jeden z problémů se nestal aktuálním.

Co se týče psychické stránky, všechny pacientky uvedly, že jim nejvíce pomáhá, když s nimi rodina a okolí jedná, jako by byly zdravé, na nic se jich nevyptávají, nechávají je eventuelně mluvit o svých problémech, kdy ony chtějí. Na druhou stranu, u pacientky č.1 a č.3 jsme stanovily diagnózu neefektivní plnění rolí, kdy pacientka č.1 bydlela se synem v domě a dělali vše společně a nyní měla pocit, že mu vše nechala na krku a onemocněla, a pacientka č.3 se starala o nemocnou matku a tuto starost nechala po dobu hospitalizace na své sestře, což jí také trápilo. Sama přiznala, že dlouhé směny v práci a další stres s matkou doma byl pravděpodobně příčinou onemocnění, ale stále nad tím přemýšlela i v nemocnici, kdy by dle mého názoru měla myslet především na své zdraví. Pacientka pak také, pravděpodobně z tohoto důvodu, podepsala negativní revers a nechala se tak propustit do domácího ošetřování. Nicméně ani jedna z pacientek se se svými pocity nechtěla svěřit nikomu z rodiny, nechtěly je kromě své nemoci zatěžovat ničím dalším, zpočátku o tom nechtěly mluvit ani se sestrou nebo s psychologem. U pacientky č.2 tyto problémy nenastaly, měla obrovskou podporu u manžela, který při ní stál již od první návštěvy lékaře. Myslím si, že v tomto období manžel nebo partner pro pacientky znamená mnoho, je důležité, aby věděly, že v jeho očích nijak neztratily na ceně, že se jeho pohled na ně kvůli nemoci nijak nezměnil. Pro pacientky je dále nutné si uvědomit, že jisté změny k takto závažné diagnóze patří, ať už dlouhodobější či opakované hospitalizace, komplikace léčby a jiné, a zdravotnický personál aby měl být schopen jim tyto nové situace objasnit. Pro zdravotníky může být často náročné mluvit s pacienty o těchto věcech, ovšem myslím si, že je to nezbytné. Dle Slezákové (2017) by do těchto změn měla být zahrnuta i rodina pacientek, která je bude v nové situaci podporovat. Onkologická a radioterapeutická klinika FN Plzeň rovněž spolupracuje s psychologem, který je, dle Tomáška (2015), také v řešení takovýchto záležitostí velkým přínosem. Pro některé pacientky ovšem může být problém, že je to cizí člověk a mohou mít problém mu sdělit vše, pro jiné to může být naopak výhodou.

ZÁVĚR

Má bakalářská práce s názvem Role sestry při péči o pacientku s adenokarcinomem děložního hrdla je rozdělená na teoretickou a praktickou část.

Teoretická část je zaměřená na obecnou onkologii, tedy základní pojmy, diagnostiku, léčbu, prevenci, šíření nádorů v organismu, psychické dopady léčby u pacientů, důležité body při sdělování diagnózy, anatomii ženského pohlavního systému, a karcinom děložního hrdla, jeho specifickou diagnostiku, léčbu a její nežádoucí účinky, prevenci se zaměřením na očkování, etiologií a klasifikací.

V praktické části jsou metodou kvalitativního výzkumu pomocí modelu ošetřovatelství Marjory Gordon zpracovány kazuistiky 3 pacientek hospitalizovaných na Onkologické a radioterapeutické klinice FN Plzeň – Lochotín. U všech pacientek byl nádor inoperabilní, proto se přistoupilo k jinému druhu léčby. První pacientka se léčila pouze vnější radioterapií, druhá pouze chemoterapií a třetí kombinací radioterapie a chemoterapie. Vysledovala jsem nejčastější ošetřovatelské problémy u těchto tří pacientek a dle těch, které se opakovaly, jsem vytvořila mapu péče pro všeobecné sestry, která je uvedená v příloze.

U pacientek se objevily problémy jak v oblasti fyzické, tak v psychické, Právě sestra je člověk, který tráví s pacientkami nejvíce času a řeší komplikace v obou oblastech, měla by tedy vědět na co se při péči o ně zaměřit. Je stejně důležité zaměřovat se například na bolest fyzickou, ale stejnou měrou i na tu psychickou, pro pacientku je často nejdůležitější, že si s ní sestra na chvíli popovídá, v důsledku není ani důležité o čem, ale pacientka se pak cítí, že se na nás může s důvěrou obrátit a že na své problémy najednou není sama.

LITERATURA A PRAMENY

1. PILKA, Radovan, Martin PROCHÁZKA a kolektiv. *Gynekologie*. Dotisk 1. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2016. 217 stran. ISBN 978-80-244-3019-5.
2. ANDRÉSOVÁ, Martina a Lenka SLEZÁKOVÁ. *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy III, Gynekologie a porodnictví, onkologie, psychiatrie*. 2., dopl. vyd. Praha: Grada, 2013. 232 s. ISBN 978-80-247-4341-7.
3. ŽALOUĐÍK, Jan. *Vyhňte se rakovině aneb prevence zhoubných nádorů pro každého*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008. 192 stran. ISBN 978-80-247-2307-5.
4. VOTRUBOVÁ, Jana. *Klinické PET A PET/CT*. 1. vydání. Praha: Galén, 2009. 207 stran. ISBN 978-80-7262-619-9.
5. ONDRUŠ, Jiří. *Screening karcinomu děložního hrdla*. 1. vydání. Praha: Maxdorf, 2013. Ambulantní gynekologie, sv.3. 77 stran. ISBN 978-80-7345-322-0.
6. FAIT, Tomáš. *Očkování proti lidským papilomavirům: kvadrivalentní HPV vakcína Silgard tři roky v klinické praxi*. 1. vydání. Praha: Maxdorf, 2009. Preventivní medicína, sv. 1. 118 stran. ISBN 978-80-7345-204-9.
7. ČUPKA, Jozef. *Doporučené postupy: primární prevence onkologických onemocnění*. 1. vydání. Praha: Ambit Media, 2013. 52 stran. ISBN 978-80-905474-1-4.
8. VORLÍČEK, Jiří, Jitka ABRAHÁMOVÁ a Hilda VORLÍČKOVÁ. *Klinická onkologie pro sestry*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2012. Sestra (Grada). 448 stran. ISBN 978-80-247-3742-3.
9. Linkos. TNM klasifikace. *Linkos* [online]. [cit. 3.12.2017]. Dostupné z: <https://www.linkos.cz/slovnicek/tnm-system-tnm-klasifikace/>
10. Linkos. Zhoubné nádory děložního hrdla (čípku). *Linkos* [online]. Poslední změna:1.10.2017. [cit. 4.12.2017]. Dostupné z: <https://www.linkos.cz/pacient-a-rodina/onkologicke-diagnozy/gynekologicke-nadory-c51-54-c56-57/zhoubne-nadory-delozniho-hrdla-cipku/#>

11. Cervarix. HPV vakcína Cervarix. *Cervarix* [online]. Poslední změna 7.6.2017. [cit.4.12.2017]. Dostupné z: <http://www.cervarix.cz/hpv-vakcina-cervarix/>
12. Linkos. Onkoprevence pro Českou republiku. *Linkos* [online]. Poslední změna:30.4.2009. [cit.5.12.2017]. Dostupné z: <https://www.linkos.cz/lekar-a-multidisciplinari-tym/prevence-a-skrining/onkoprevence-pro-ceskou-republiku-1/#ter>
13. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2007. 164 s. ISBN 978-80-247-2069-2.
14. SCHNEIDEROVÁ, Michaela. *Perioperační péče*. Praha: Grada, 2014. 368 s. ISBN 978-80-247-4414-8.
15. CIBULA, David et al. *Onkogynekologie*. Praha: Grada, 2009. 614 s. ISBN 978-80-247-2665-6.
16. ŠPIRUDOVÁ, Lenka. *Doprovázení v ošetrovatelství I: pomáhající profese, doprovázení a systém podpor pro pacienty*. Praha: Grada Publishing, 2015. 143 s. Sestra. ISBN 978-80-247-5710-0.
17. TOMÁŠEK, Jiří et al. *Onkologie: minimum pro praxi*. Praha: Axonite CZ, 2015. 445 s. Asclepius. ISBN 978-80-88046-01-1.
18. NOVOTNÝ, Jan et al. *Onkologie v klinické praxi: standardní přístupy v diagnostice a léčbě vybraných zhoubných nádorů*. 2. vyd. Praha: Mladá fronta, 2016. 589 s. Aeskulap. ISBN 978-80-204-3944-4.
19. TÓTHOVÁ, Valérie et al. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Triton, 2014. 225 s. ISBN 978-80-7387-785-9.
20. SLEZÁKOVÁ, Lenka et al. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2017. 272 s. Sestra. ISBN 978-80-271-0214-3.
21. FAIT, Tomáš, ZIKÁN, Michal a MAŠATA, Jaromír. *Moderní farmakoterapie v gynekologii a porodnictví*. 2. rozšířené vydání. Praha: Maxdorf, 2017. 624 s. Jessenius. Moderní farmakoterapie. ISBN 978-80-7345-482-1.
22. NAVRÁTILOVÁ, Michaela. *Adenokarcinom děložního čípku*. [online]. 24.9.2013. [cit. 30.12.2017]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/adenokarcinom-delozniho-cipku-472143>
23. CHOVANEC, Josef, DOSTÁLOVÁ, Zuzana a NAVRÁTILOVÁ, Jana. Karcinom hrdla děložního. *Lékařské listy*. 2008, roč. 57, č. 7, s. 30-33. ISSN

0044-1996. Dostupné také z: <https://zdravi.euro.cz/denni-zpravy/profesni-aktuality/karcinom-hrdladelozniho-355388>.

24. PAVLÍKOVÁ, Slavomíra. *Modely ošetřovatelství v kostce*. Praha: Grada Publishing, 2006. 152 stran. ISBN 80-247-1211-3.
25. DELVIN, Phillip M. *Brachytherapy: applications and techniques*. Second edition. New York: Demos Medical, 2016. ISBN 9781620700822.
26. HERDMAN, T. Heather a Shigemi KAMITSURU, ed. *Ošetřovatelské diagnózy: definice & klasifikace 2015-2017*. Přeložil Pavla KUDLOVÁ. 10. vydání. Praha: Grada, 2015. 464 stran. ISBN 978-80-247-5412-3.

SEZNAM ZKRATEK

CIN – cervikální intraepiteliální neoplazie

CT – computer tomografie

CŽK – centrální žilní katetr

FA – farmakologická anamnéza

GA – gynekologická anamnéza

HPV – human papiloma virus

LEEP – loop electro excision procedure)

LLETZ – large loop excision of transformation zone

MR – magnetická resonance

OA – osobní anamnéza

ORAK – Onkologická a radioterapeutická klinika

P - pulzy

PA – pracovní anamnéza

PET - pozitronová emisní tomografie

PMK – permanentní močový katetr

PŽK - periferní žilní katetr

RA – rodinná anamnéza

RTG - rentgen

SA – sociální anamnéza

UPT – umělé přerušení těhotenství

USG - sonografie

TK – krevní tlak

TT – tělesná teplota

SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha č. 1 – Mapa ošetrovatelské péče
- Příloha č. 2 – Souhlas s výzkumem ve FN Plzeň
- Příloha č. 3 – Rešerše
- Příloha č. 4 – Vzor informovaného souhlasu s výzkumem
- Příloha č. 5 – Ošetrovatelská anamnéza u pacientky č. 1
- Příloha č. 6 – Ošetrovatelská anamnéza u pacientky č. 2
- Příloha č. 7 - Ošetrovatelská anamnéza u pacientky č. 3

PŘÍLOHA Č. 1 – MAPA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

Ošetřovatelská diagnóza	Etiologie	Projevy	Očekávaný výsledek	Intervence
00133 Chronická bolest	z důvodu nádorového onemocnění	verbalizace bolesti, úlevová poloha, zhodnocení dle Melzacovy škály bolesti	pacientka uvede během hospitalizace snížení bolesti	hodnot' a zaznamenávej v pravidelných intervalech intenzitu a charakter bolest, zajisti úlevovou polohu, podávej medikaci dle ordinace lékaře, mluv s pacientkou o bolesti, zajisti klidné prostředí
00002 Nevyvážená výživa	z důvodu léčby	nechutenství, pacientka jí menší porce, hubnutí	pacientka nebude po dobu léčby dále hubnout	edukuj o vyvážené stravě, doporuč konzultaci nutričního terapeuta, nabízej pacientce jídlo, na které má chuť
00013 Průjem	z důvodu léčby	neformovaná vodnatá stolice vícekrát za den	pacientka bude mít formovanou stolici maximálně 2x denně	sleduj četnost a konzistenci stolice, podávej medikaci dle ordinace lékaře, edukuj o provádění hygieny v okolí konečníku
00093 Únava	z důvodu léčby	verbalizace únavy, spavost, ospávání přes den	pacientka se bude cítit odpočatější, bude aktivnější	promluv s pacientkou o důvodech únavy, vymyslete společně aktivity během dne, uprav prostředí
00055 Neefektivní plnění rolí	z důvodu hospitalizace	verbalizace pocitů	pacientka přijme sebe sama ve změněné roli	mluv s pacientkou o změně, na přání domluv konzultaci s psychologem, promluv o problému s rodinou
00047 Riziko narušení kožní integrity	z důvodu zavedení PŽK, z důvodu zevního ozařování		u pacientky nedojde v průběhu hospitalizace k narušení kožní integrity v ozařované oblasti	po každém ozáření hodnot' kvalitu kůže, promazávej ozařované pole, edukuj o pitném režimu

PŘÍLOHA Č. 2 – SOUHLAS S VÝZKUMEM VE FN PLZEŇ



FAKULTNÍ NEMOCNICE PLZEŇ

Útvar náměstka pro ošetrovatelskou péči

Edvarda Beneše 13, 305 99 Plzeň - Bory
alej Svobody 80, 304 60 Plzeň - Lochotín
IČO 00669806 tel.: 377 401 111, 377 103 111

Vážená paní

Markéta Preislerová

Studentka oboru Všeobecná sestra

Katedra ošetrovatelství a porodní asistence, Fakulta zdravotnických studií

Západočeská univerzita v Plzni

Povolení sběru informací ve FN Plzeň

Na základě Vaší žádosti Vám jménem Útvaru náměstkyně pro ošetrovatelskou péči FN Plzeň **popovuluji** sběr informací o léčebných metodách a ošetrovatelských postupech, včetně analýzy související zdravotnické dokumentace, u pacientek *Onkologické a radioterapeutické kliniky (ORAK)* FN Plzeň. Tento souhlas je vydáván v souvislosti se sběrem podkladů pro vypracování Vaší bakalářské práce s názvem „*Role sestry při ošetrování pacientky s adenokarcinomem děložního hrdla*“.

Podmínky, za kterých Vám bude umožněna realizace Vašeho šetření ve FN Plzeň:

- Vrchní sestra ORAK souhlasí s Vaším postupem.
- Vaše šetření osobně provedete.
- Vaše šetření nenaruší chod pracoviště ve smyslu provozního zajištění dle platných směrnic FN Plzeň, ochrany dat pacientů a dodržování Hygienického plánu FN Plzeň. Vaše šetření bude provedeno za **dodržení všech legislativních norem, zejména s ohledem na platnost zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, v platném znění.**
- **Sběr informací budete provádět v době vaší, školou schválené, odborné praxe a pod přímým vedením oprávněného zdravotnického pracovníka FN Plzeň, kterým je paní Mgr. Simona Šípová, vrchní sestra ORAK FN Plzeň.**
- Údaje ze zdravotnické dokumentace pacientů, pokud budou uvedeny ve Vaší práci, musí být anonymizovány.
- Po zpracování Vámi zjištěných údajů **poskytnete** Zdravotnickému oddělení / klinice či organizačnímu celku FN Plzeň závěry Vašeho šetření, pokud o ně projeví oprávněný pracovník ZOK / OC zájem a budete se aktivně podílet na případné prezentaci výsledků Vašeho šetření na vzdělávacích akcích pořádaných FN Plzeň.

Toto povolení nezakládá povinnost zdravotnických pracovníků s Vámi spolupracovat, pokud by spolupráce s Vámi narušovala plnění pracovních povinností zaměstnanců, jejich soukromí či pokud by spolupráce s Vámi zaměstnanci pociťovali jako újmu. Účast zdravotnických pracovníků na Vašem šetření je dobrovolná.

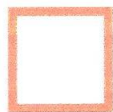
Přeji Vám hodně úspěchů při studiu.

Mgr. Bc. Světluše Chabrová
manažerka pro vzdělávání a výuku NELZP
zástupkyně náměstkyně pro oš. péči

Útvar náměstkyně pro oš. péči FN Plzeň
tel.: 377 103 204, 377 402 207
e-mail: chabrovas@fnplzen.cz

13. 3. 2017

PŘÍLOHA Č. 3 – REŠERŠE



**Studijní a vědecká knihovna
Plzeňského kraje**

Bibliografická rešerše

Studijní a vědecká knihovna Plzeňského kraje, příspěvková organizace, Smetanovy sady 179/2, 301 00 Plzeň
IČO: 00078077, zapsána u Krajského soudu v Plzni, spis. Zn. Pr 760

ODDĚLENÍ PREZENČNÍCH SLUŽEB – SPECIÁLNÍ STUDOVNA

Číslo rešerše: 96/2017
Počet záznamů: 30 + příl.

Role sestry při ošetřování pacientky s adenokarcinomem děložního hrdla

Vypracoval/a:

Jitka Zalabáková
listopad 2017

PŘÍLOHA Č. 3 – REŠERŠE

Analytický list

Druhy dokumentů v rešerši:

KNIHY – 20
ČLÁNKY – 9
STATI – 1

Časové vymezení: 2007–2017

Jazykové vymezení: čeština

Použité informační zdroje:

katalogy SVK PK a jiných knihoven, katalogy souborné
databáze Bibliomedica/Medvik a PubMed
zahraniční plnotextové licencované databáze (EBSCO, ProQuest, ScienceDirect,
SpringerLink)
Internet

Způsob uspořádání dokumentů:

Rešerše je rozdělena na části Knihy a Články a stati. V těchto oddílech jsou záznamy řazeny abecedně a opatřeny signaturami, pod kterými je lze v naší knihovně zapůjčit.

Poznámky:

Záznamy v rešerši jsou v souladu s normou ČSN ISO 690 (Bibliografická citace).

Volný výběr knih se nachází ve 2. patře budovy. Pokud je hledaný titul vypůjčen, lze na něj prostřednictvím objednávkového katalogu pořídit rezervaci.

Dokumenty z jiných knihoven zajišťuje meziknihovní služba na pracovišti výpůjční protokol v přízemí budovy SVK PK; e-mailová adresa: mvs@svkpl.cz. Tyto služby jsou zpoplatněny.

Časopisy a noviny jsou určeny k prezenčnímu studiu (poslední dva kalendářní roky jen v čítárně časopisů, starší vázané ve studovnách SVK PK).

U záznamů článků jsou uváděny tučně základní signatury periodik, k objednání prostřednictvím elektronického katalogu je nutno ještě vždy vybrat příslušný rok a svazek (v rešerši není vyznačen tučným písmem).

UPOZORNĚNÍ: Časopisy z r. 2015 mohou být v průběhu roku 2017 v SVK PK nedostupné z důvodu vazby!

Zkratky použité v rešerši:

SVK PK = Studijní a vědecká knihovna Plzeňského kraje
MS = meziknihovní služba

Přílohy:

Příl. č. 1 – další doporučená literatura

PŘÍLOHA Č. 3 – REŠERŠE

Knihy

1. ANDRÉSOVÁ, Martina et al. *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy. III, Gynekologie a porodnictví, onkologie, psychiatrie. 2., dopl. vyd.* Praha: Grada, 2013. 230 s. Sestra. ISBN 978-80-247-4341-7.
Sig. SVK PK: 31B52143-3 **umístění ve volném výběru: 616-083**
2. CIBULA, David et al. *Onkogynekologie.* Praha: Grada, 2009. 614 s. ISBN 978-80-247-2665-6.
Sig. SVK PK: 32A16282 **umístění ve volném výběru: 618**
příp. jako příručka ve všeobecné studovně, umístění: 11/III/14
3. DOSTÁLOVÁ, Olga. *Péče o psychiku onkologicky nemocných.* Praha: Grada Publishing, 2016. 166 s. Sestra. ISBN 978-80-247-5706-3.
Sig. SVK PK: 31B73901 **umístění ve volném výběru: 616-06**
4. FAIT, Tomáš, ZIKÁN, Michal a MAŠATA, Jaromír. *Moderní farmakoterapie v gynekologii a porodnictví. 2. rozšířené vydání.* Praha: Maxdorf, 2017. 624 s. Jessenius. *Moderní farmakoterapie.* ISBN 978-80-7345-482-1. (zejm. kap. 11 – Chemoterapie v léčbě gynekologických zhoubných nádorů)
Sig. SVK PK: 31B78101 **umístění ve volném výběru: 618**
5. HERBECK, Georg et al. *Atlas kolposkopie.* Praha: Maxdorf, 2011. 514 s. Jessenius. ISBN 978-80-7345-249-0. (také kap. o karcinomu děložního hrdla)
Sig. SVK PK: 32A15073
příp. jako příručka ve všeobecné studovně, umístění: 09/IV/16
6. HLINOVSKÁ, Jana et al. *Interaktivní procesy v ošetrovatelství a porodní asistenci.* Praha [i.e. Plzeň]: Maurea, 2012. 168 s. ISBN 978-80-904955-3-1. (obecně o rolích sestry v kap. 7.4)
Sig. SVK PK: 392A41898
7. HORÁČEK, Jaroslav a KOBILKOVÁ, Jitka. *Gynekologická cytodiagnostika: atlas cytologických korelací.* Praha: Maxdorf, 2013. 136 s. Jessenius. ISBN 978-80-7345-327-5. (kap. 7 – Adenokarcinom endocervixu)
Sig. SVK PK: 32A16286
příp. jako příručka ve všeobecné studovně, umístění: 09/IV/17
8. KRŠKA, Zdeněk et al. *Chirurgická onkologie.* Praha: Grada, 2014. 872 s. ISBN 978-80-247-4284-7. (kap. 39.8 – Nádory děložního hrdla)
Sig. SVK PK: 32A16821 **umístění ve volném výběru: 616-06**
příp. jako příručka ve všeobecné studovně, umístění: 11/III/09
9. MAREŠOVÁ, Pavlína et al. *Moderní postupy v gynekologii a porodnictví.* Praha: Mladá fronta, 2014. 301 s. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-3153-0. (část III. – postupy v onkogynekologii)
Sig. SVK PK: 31B61126 **umístění ve volném výběru: 618**
10. NOVOTNÝ, Jan et al. *Onkologie v klinické praxi: standardní přístupy v diagnostice a léčbě vybraných zhoubných nádorů. 2. vyd.* Praha: Mladá fronta, 2016. 589 s. Aeskulap. ISBN 978-80-204-3944-4. (kap. Karcinom děložního hrdla)
Sig. SVK PK: 31B73035 **umístění ve volném výběru: 616-06**

PŘÍLOHA Č. 3 – REŠERŠE

11. ONDRUŠ, Jiří et al. *Screening karcinomu děložního hrdla*. Praha: Maxdorf, 2013. 77 s. Ambulantní gynekologie; sv. 3. Jessenius. ISBN 978-80-7345-322-0.
Sig. SVK PK: 31B57513 **umístění ve volném výběru: 618**
12. PTÁČEK, Radek et al. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada, 2011. 528 s. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-247-3976-2. (zejm. kap. 15 – Etika a komunikace v onkologii)
Sig. SVK PK: 31B47110 **umístění ve volném výběru: 614.2**
13. SLEZÁKOVÁ, Lenka et al. *Ošetřovatelství pro zdravotnické asistenty. III, Gynekologie a porodnictví, onkologie, psychiatrie*. Praha: Grada, 2007. 214 s. Zdravotnický asistent. ISBN 978-80-247-2270-2. (kap. 1.8 – Ošetřovatelský proces u klientky s gynekologickými nádory)
Sig. SVK PK: 31B20474-3 **umístění ve volném výběru: 616-083**
14. SLEZÁKOVÁ, Lenka et al. *Ošetřovatelství v gynekologii a porodnictví. 2., přepracované a doplněné vydání*. Praha: Grada Publishing, 2017. 272 s. Sestra. ISBN 978-80-271-0214-3. (zejm. kap. 3 – Ošetřovatelský proces u klientky s nádory pohlavních orgánů)
Sig. SVK PK: 31B79571 **umístění ve volném výběru: 616-083**
15. ŠPIRUDOVÁ, Lenka. *Doprovázení v ošetřovatelství I: pomáhající profese, doprovázení a systém podpor pro pacienty*. Praha: Grada Publishing, 2015. 143 s. Sestra. ISBN 978-80-247-5710-0.
Sig. SVK PK: 31B69156-1 **umístění ve volném výběru: 616-083**
16. TOMÁŠEK, Jiří et al. *Onkologie: minimum pro praxi*. Praha: Axonite CZ, 2015. 445 s. Asclepius. ISBN 978-80-88046-01-1.
Sig. SVK PK: 31B66648 **umístění ve volném výběru: 616-06**
17. TÓTHOVÁ, Valérie et al. *Ošetřovatelský proces a jeho realizace. 2., aktualiz. vyd.* Praha: Triton, 2014. 225 s. ISBN 978-80-7387-785-9.
Sig. SVK PK: 31B62049 **umístění ve volném výběru: 616-083**
18. TRACHTOVÁ, Eva et al. *Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu*. Vyd. 3., nezměn. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2013. 185 s. ISBN 978-80-7013-553-2.
Sig. SVK PK: 392A43269 **umístění ve volném výběru: 616-083**
19. TURÝNA, Radovan, SLÁMA, Jiří a HEJDA, Václav. *Kolposkopie děložního hrdla*. Praha: Galén, 2010. 173 s. ISBN 978-80-7262-679-3.
Sig. SVK PK: 32A14630 **umístění ve volném výběru: 618**
20. VORLÍČEK, Jiří et al. *Klinická onkologie pro sestry. 2., přeprac. a dopl. vyd.* Praha: Grada, 2012. 448 s. Sestra. ISBN 978-80-247-3742-3.
Sig. SVK PK: 31B49628 **umístění ve volném výběru: 616-06**

Články a stati

21. BEŇADIKOVÁ, Daniela a RAPČIKOVÁ, Tatiana. Sestra jako poskytovatelka ošetřovatelské péče a její postavení ve zdravotnickém týmu. *Sestra*. 2009, roč. 19, č. 12, s. 28-30. ISSN 1210-0404. Dostupné také z:

PŘÍLOHA Č. 3 – REŠERŠE

<http://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/sestra-jako-poskytovatelka-osetrovatelske-pece-a-jeji-postaveni-ve-zdravotnickem-tymu-448617>.

Sig. SVK PK: 36A1361/2009

22. CHOVANEC, Josef, DOSTÁLOVÁ, Zuzana a NAVRÁTILOVÁ, Jana. Karcinom hrdla děložního. *Lékařské listy*. 2008, roč. 57, č. 7, s. 30-33. ISSN 0044-1996. Dostupné také z: <https://zdravi.euro.cz/denni-zpravy/profesni-aktuality/karcinom-hrdla-delozniho-355388>.

Sig. SVK PK: 36A2743/2008

23. CHOVANEC, Josef a NÁLEŽINSKÁ, Monika. Přehled diagnostiky a léčby karcinomu děložního hrdla. *Onkologie*. 2014, roč. 8, č. 6, s. 269-274. ISSN 1802-4475. Dostupné také z: <https://www.onkologiecs.cz/pdfs/xon/2014/06/07.pdf>.

Sig. SVK PK: 36A3633/2014

24. MLADĚNKA, Aleš, KUBEČKOVÁ, Alena a SLÁMA, Jiří. Aktuální poznatky o HPV infekci. *Česká gynekologie*. 2016, roč. 81, č. 5, s. 369-375. ISSN 1210-7832.

t. č. v čítárně časopisů bez předchozího objednání

25. NAVRÁTILOVÁ, Michaela. Adenokarcinom děložního čípku. *Sestra*. 2013, roč. 23, č. 9, s. 35-36. ISSN 1210-0404. Dostupné také z:

<https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/adenokarcinom-delozniho-cipku-472143>.

Sig. SVK PK: 36A1361/2013

26. PEŠOVÁ, Zdeňka. Komplikace léčby karcinomu děložního hrdla. *Onkologie*. 2014, roč. 8, č. 2, s. 93-94. ISSN 1802-4475. Dostupné také z:

<https://www.onkologiecs.cz/pdfs/xon/2014/02/10.pdf>.

Sig. SVK PK: 36A3633/2014

27. PLUTA, Marek a UNZEITIG, Vít. HPV asociované gynekologické léze v dospělém věku. *Remedia*. 2010, roč. 20, č. 4, s. 243-247. ISSN 0862-8947. Dostupné také z: <http://www.remédia.cz/3586.magarticleprintversion.ashx>.

Sig. SVK PK: 36A1405/2010

28. SIRÁK, Igor, HODEK, Miroslav a ZOUL, Zdeněk. Systémová terapie v léčbě karcinomu děložního hrdla. *Onkologie*. 2017, roč. 11, č. 2, s. 78-82. ISSN 1802-4475. Dostupné také z: <https://www.onkologiecs.cz/pdfs/xon/2017/02/06.pdf>.

t. č. v čítárně časopisů bez předchozího objednání

29. SLÁMA, Jiří. Adenokarcinom děložního hrdla – fakta. *Moderní gynekologie a porodnictví*. 2009, roč. 18, č. 1, Kazuistiky I, s. 124-128. ISSN 1211-1058. (v tomto sešitě dále kazuistiky adenokarcinomu děložního hrdla)

Sig. SVK PK: 35A1279/2009

30. SLAVÍČEK, Lubomír et al. Onkogynekologie. In: *Moderní gynekologie*. Praha: Grada, 2011, s. 317-354. ISBN 978-80-247-2832-2.

Sig. SVK PK: 32A15320

umístění ve volném výběru: 618

příp. jako příručka ve všeobecné studovně, umístění: 09/IV/14

PŘÍLOHA Č. 3 – REŠERŠE

Příl. č. 1 – další doporučená literatura

Knihy

VAŇÁSEK, Jaroslav, ČERMÁKOVÁ, Kateřina a KOLÁŘOVÁ, Iveta. *Bolest v ošetrovatelství*. Pardubice: Univerzita Pardubice, 2014. 55 s. ISBN 978-80-7395-769-8. (kap. 9 – Bolesti u onkologicky nemocných a podkap. 9.3 – Úloha sestry v péči o pacienta s bolestí)

Sig. SVK PK: 392A44495 umístění ve volném výběru: **616-083**

WICHISOVÁ, Jana et al. *Sestra a perioperační péče*. Praha: Grada, 2013. 192 s. Sestra. ISBN 978-80-247-3754-6.

Sig. SVK PK: 31B56482 umístění ve volném výběru: **616-083**

Články

FREITAG, Pavel. Adenocarcinoma in situ děložního hrdla – 10letý soubor. *Praktická gynekologie*. 2015, roč. 19, č. 1, s. 42-45. ISSN 1211-6645.

t. č. jako v čítárně časopisů bez předchozího objednání

HOLUBOVÁ, Adéla. Sestra v prevenci a včasné diagnostice nádorových onemocnění. *Sestra*. 2008, roč. 18, č. 9, s. 44. ISSN 1210-0404. Dostupné také z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/sestra-v-prevenci-a-vcasne-diagnostice-nadorovych-onemocneni-383370>.

Sig. SVK PK: 36A1361/2008

HUGHES, Cathy. Cervical cancer: prevention, diagnosis, treatment and nursing care. *Nursing Standard*. 2009, vol. 23, no. 27, s. 48-56. ISSN 0029-6570.

Plný text dostupný v databázi EBSCOhost

PŘÍLOHA Č. 4 – VZOR INFORMOVANÉHO SOUHLASU S VÝZKUMEM

INFORMOVANÝ SOUHLAS

ROLE SESTRY PŘI PÉČI O PACIENTKU S ADENOKARCINOMEM DĚLŽNÍHO HRDLA

STUDENT

Markéta Preislerová
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence
Fakulta zdravotnických studií ZČU
preislerovamarketa@seznam.cz

VEDOUcí BP:

Mgr. Simona Šípová
Vrchní sestra ORAK FN Plzeň
sipovas@fnplzen.cz

CÍL STUDIE

Cílem studie je vytvořit mapu péče o pacientky s adenokarcinodem děložního hrdla hospitalizované na ORAK FN Plzeň.

S Vaším svolením bude proveden rozhovor s Vámi, který bude zaznamenán na diktafon. Pořízený záznam nebude sdílen nikým jiným než studentem a vedoucím bakalářské práce. Záznamy budou ihned po kompletaci studie vymazány. Úryvky z rozhovoru mohou být použity při prezentaci studie, ale tyto citace budou vždy anonymní. Vaše identita nebude rozpoznána, bude použit pseudonym.

Nemusíte odpovídat na žádné specifické otázky, pokud nebudete sám/sama chtít, a můžete také kdykoliv odstoupit od rozhovoru nebo studie.

SOUHLAS S VÝZKUMEM

Já
souhlasím s účastí ve výzkumné studii. Souhlasím se záznamem rozhovoru na diktafon. Rozumím, že mohu kdykoliv od rozhovoru nebo studie odstoupit a že citace rozhovoru budou použity anonymně, nebudu ve studii identifikována.

Podpis účastníka výzkumu:.....Datum:

Podpis studenta:.....Datum:



FAKULTNÍ NEMOCNICE PLZEŇ
 Eduardova Barmá 13, 302 00 Plzeň - Šibovka
 IČO 00693906 tel.: 377 401 111, 377 103 111
 Fax: 377 401 111, 377 103 111

OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA

zde nalep štítek

VÝŠKA: 162 cm, VÁHA: 64 kg, TK: 130/90 P 72) T 36,3°

PACIENTKA č. 1

TERAPEUTICKÉ / KOMPENZAČNÍ POMŮCKY / IDENTIFIKAČNÍ POMŮCKY katétry/kanyly: <input type="checkbox"/> periterní žilní <input type="checkbox"/> sondy/stomie: <input type="checkbox"/> NG <input type="checkbox"/> pomůcky: <input type="checkbox"/> kardiostimulátor <input type="checkbox"/> inz. pero dat. zavedení <input type="checkbox"/> CZK / POKT <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/> hůl/berle <input type="checkbox"/> vozík <input type="checkbox"/> horní <input checked="" type="checkbox"/> dolní <input type="checkbox"/> arteriální <input type="checkbox"/> gastrostomie <input checked="" type="checkbox"/> zubní protéza <input type="checkbox"/> kont. čočky <input type="checkbox"/> močový katétr <input type="checkbox"/> nefrostomie <input checked="" type="checkbox"/> bytyle <input type="checkbox"/> sluch. aparát <input type="checkbox"/> inz. pumpa dat. postl. katetrizace: <input type="checkbox"/> kolostomie <input type="checkbox"/> sluch. aparát <input type="checkbox"/> inz. pumpa drenáž: <input type="checkbox"/> tracheostomická kanyla <input type="checkbox"/> končetinová protéza: <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> identifikační náramek včetně poučení pacienta PPK	
1. POHYBLIVOST, SOBĚSTAČNOST Barthelův test všedních činností 0-40 bodů vysoké závislosti 45-60 zvládnutí středního stupně 65-95 lehká závislost 100 nezávislý	
Kategorie: viz. škála na druhé straně formuláře Pády v anamnéze v posl. 6 měsících: <input checked="" type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano	
2. KOGNITIVNÍ FUNKCE, KOMUNIKACE vědomí: <input checked="" type="checkbox"/> norm. <input type="checkbox"/> zhoršené orientace: <input checked="" type="checkbox"/> norm. <input type="checkbox"/> zmatený komunikace: <input checked="" type="checkbox"/> bez problémů <input type="checkbox"/> zhoršená kontakt: <input type="checkbox"/> odezírá <input type="checkbox"/> písemně <input type="checkbox"/> aťakčy slovník	
3. VÝŽIVA BMI 23,2 <input checked="" type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> > 20 <input type="checkbox"/> 18 - 20 <input type="checkbox"/> 2 Zdravá hmotnost za posl. 3 měs.: <input checked="" type="checkbox"/> < 3 kg <input type="checkbox"/> 3 kg <input type="checkbox"/> > 3 kg Příjem jídla za posl. měsíc: - <input checked="" type="checkbox"/> 1/2 <input type="checkbox"/> < 1/2 porce Stres faktor: <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> horečka, bolesti břicha, průjem, zvracení > 6 dní, nechuť k jídlu, neuzavření stavy Celkem *: <input checked="" type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 3 Dlehlí omezení: <input checked="" type="checkbox"/> 3	
4. VYLUČOVÁNÍ dat. poslední stolice: v DEN PŘÍJMU stolice <input checked="" type="checkbox"/> pravidelná <input type="checkbox"/> neprav. jak často: 1x denně užívá projímadla/jaká:	
5. DÝCHÁNÍ <input checked="" type="checkbox"/> bez potíží <input type="checkbox"/> příčina zhoršeného dýchání: <input type="checkbox"/> námaha <input type="checkbox"/> kardiální <input type="checkbox"/> kašel <input type="checkbox"/> bolesti <input type="checkbox"/> kouření <input type="checkbox"/> astma - jaké užívá léky: jiné:	
6. STAV KŮŽE <input checked="" type="checkbox"/> norm. <input type="checkbox"/> dekubitůs <input type="checkbox"/> odřenina <input type="checkbox"/> hematom <input type="checkbox"/> běrcový vřed <input type="checkbox"/> vyrážka - místo: • charakter rány: • převaz rány (čím): • dat. posl. převazu: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne • preventivní krytí: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	
7. BOLEST <input type="checkbox"/> ne <input checked="" type="checkbox"/> ano ¹ ² ³ ⁴ ⁵ míra nepřiměřená intenzivní používá úlevovou polohu: <input checked="" type="checkbox"/> BOVŮV používá zmírňující prostředky: ALGIFEN gtt.	
8. SPÁNEK cítí se odpocínutý po spánku: <input checked="" type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne problémy: <input type="checkbox"/> nemůže usnout <input type="checkbox"/> často se v noci budí <input type="checkbox"/> brzy vzhůru, kdy: <input type="checkbox"/> musí na toaletu	
9. VÍRA / ETNIKUM víra (příkládá-li jí pac. význam): etnikum: <input type="checkbox"/> Vietnamci <input type="checkbox"/> Ukrajinci jiné:	
10. SOCIÁLNÍ PODMÍNKY bydlí doma sám: <input type="checkbox"/> ano <input checked="" type="checkbox"/> ne s kým: SE SYSEM kdo se bude o něho starat po propuštění: SYN	
11. PLÁNOVANÉ PROPUSTĚNÍ předpokládá se edukace <input checked="" type="checkbox"/> pacienta <input type="checkbox"/> rodiny v: <input type="checkbox"/> aplikaci inzulínu <input type="checkbox"/> péči o stomii <input type="checkbox"/> nácviku soběstačnosti <input type="checkbox"/> ošetrování / RHC <input type="checkbox"/> jiné:	
CENNOSTI, PRÁVA PACIENTŮ uloženy v trezoru FN <input checked="" type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano (viz. doklad) ošacení uloženo v <input type="checkbox"/> centr. <input type="checkbox"/> místní šatně <input checked="" type="checkbox"/> neuloženo Pacient / Klient byl informován, že za cenosti, které neuloží do centrálního trezoru, personál neodpovídá. Pacient / klient byl seznámen s Právy pacientů a Vnitřním řádem.	
podpis pacienta: _____ datum: _____ informace podala sestra: _____ hod.: _____ anamnézu odebrala sestra: _____	

* 0 - 2 = bez intervence, 3 - 4 = konziliium nutričního terapeuta, > 4 = konziliium lékaře, nutričního specialisty, ¹ viz formulář č. FN/0557, ² viz formulář č. FN/0803, ³ viz formulář č. FN/0813, ⁴ FN/08307, ⁵ P/014/2015
 Radioterapie v oblasti hlavy a krku = konziliium nutričního terapeuta

PŘÍLOHA Č. 5 – OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA U PACIENTKY Č. 1

PŘÍLOHA Č. 6 – OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA U PACIENTKY Č. 2



FAKULTNÍ NEMOCNICE PLZEŇ
 Eduarda Beneše 13, 305 99 Plzeň - Bory
 Edlař Svobody 30, 304 60 Plzeň - Ladištiny
 IČO 00099906 tel.: 377 401 111, 377 609 111

OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA

zde nalep štítek

VĚŠKA: 158 cm, VÁHA: 59 kg, TK: 110/60 (7.68) TT: 36,3°

PACIENTKA č. 2

TERAPEUTICKÉ / KOMPENZAČNÍ POMŮCKY / IDENTIFIKAČNÍ POMŮCKY kateřry/kanyly: <input type="checkbox"/> periferní žilní <input type="checkbox"/> sondy/stomie: <input type="checkbox"/> NG <input type="checkbox"/> pomůcky: <input type="checkbox"/> kardiostimulátor <input type="checkbox"/> Inz. pero dat. zavedení: <input type="checkbox"/> CZK / PORT <input type="checkbox"/> NJ <input type="checkbox"/> hůlberle <input type="checkbox"/> vozík <input type="checkbox"/> arteriální <input type="checkbox"/> gastrostomie <input type="checkbox"/> zubní protéza <input type="checkbox"/> horní <input type="checkbox"/> dolní <input type="checkbox"/> močový katétr <input type="checkbox"/> nefrostomie <input checked="" type="checkbox"/> Ax <input checked="" type="checkbox"/> byle <input type="checkbox"/> kont. čočky dat. posl. kateřryzace: <input type="checkbox"/> kolostomie <input type="checkbox"/> sluch. aparát <input type="checkbox"/> Inz. pumpe drenáž: <input type="checkbox"/> tracheostomická kanyla <input type="checkbox"/> končetinová protéza: <input type="checkbox"/>		1. POHYBLIVOST, SOBĚŠTAČNOST Barthelův test všedních činností 0-40 bodů vysoké závisly 45-60 závislost středního stupně 65-95 lehká závislost 100 nezávislý		4. VYLUČOVÁNÍ dat. poslední stolice: V DEN PŘIJETÍ stolice <input checked="" type="checkbox"/> pravidelná <input type="checkbox"/> neprav. jak často: 1x denně užíva projímadla/jaká:		ALERGIE (červeně) PLATIDIAM FAYIPARIVÉ	
2. KOGNITIVNÍ FUNKCE, KOMUNIKACE vědomí: <input checked="" type="checkbox"/> norm. <input type="checkbox"/> zhoršené orientace: <input checked="" type="checkbox"/> norm. <input type="checkbox"/> znatelný komunikace: <input checked="" type="checkbox"/> bez problémů <input type="checkbox"/> zhoršená kontakt: <input type="checkbox"/> odezřívá <input type="checkbox"/> písemně <input type="checkbox"/> afatický slovník		5. DÝCHÁNÍ <input checked="" type="checkbox"/> bez potíží přechina zhoršeného dýchání: <input type="checkbox"/> námaha <input type="checkbox"/> kardiální <input type="checkbox"/> kašel <input type="checkbox"/> bolestí <input type="checkbox"/> kouření <input type="checkbox"/> kyselka <input type="checkbox"/> astma - jaká užíva léky: jiné:		8. SPÁNEK cítí se odporčinný po spánku: <input checked="" type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne problémy: <input type="checkbox"/> nemůže usnout <input type="checkbox"/> často se v noci budí <input checked="" type="checkbox"/> brzy vzhůru, kdy:		10. SOCIÁLNÍ PODMÍNKY vira (příkládá-li jí pac. význam): etnikum: <input type="checkbox"/> Vietnamci <input type="checkbox"/> Ukrajinci jiné: 10. SOCIÁLNÍ PODMÍNKY bydlí doma sám: <input type="checkbox"/> ano <input checked="" type="checkbox"/> ne s kým: S MANŽELEM kdo se bude o ni/něho starat po propuštění: MANŽEL	
3. VÝŽIVA BMI 23,6 Ztráta hmotnosti za poslední 3 měs.: < 3 kg ztráta hmotnosti za poslední měsíc: - Stres faktor: <input checked="" type="checkbox"/> horško bolest břicha, nechutenství, neuzdrava Celkem*: 3		6. STAV KŮŽE <input checked="" type="checkbox"/> norm. <input type="checkbox"/> dekubitus <input type="checkbox"/> ořfenina <input type="checkbox"/> hematom <input type="checkbox"/> bércoový vřed <input type="checkbox"/> vyrážka - místo: charakter rány: • převaz rány (čím): • dat. posl. převazu: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne • preventivní krytí: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne		11. PLÁNOVANÉ PROPUSČENÍ předpokládá se edukace <input checked="" type="checkbox"/> pacienta <input type="checkbox"/> rodiny v: <input type="checkbox"/> aplikaci inzulinu <input type="checkbox"/> péči o stomii <input type="checkbox"/> nácviku soběštačnosti <input type="checkbox"/> ošetřování / RHC <input type="checkbox"/> jiné: CENNOSTI, PRÁVA PACIENTŮ uloženy v trezoru FN <input checked="" type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano (viz. doklad) ošacení uloženo v <input type="checkbox"/> cent. <input type="checkbox"/> místní šatně <input checked="" type="checkbox"/> neuloženo Pacient / klient byl informován, že za cenosti, které neuloží do centrálního trezoru, personál neodpovídá. Pacient / klient byl seznámen s Právy pacientů a Vnitřním řádem. podpis pacienta: _____ informace podala sestra: _____ datum: _____ anamnézu odebrala sestra: _____ hod.: _____		7. BOLESTI <input type="checkbox"/> ne <input checked="" type="checkbox"/> ano ³ používa tlavou polohu: <input type="checkbox"/> ne <input checked="" type="checkbox"/> ano používa zmrňující prostředky: <input type="checkbox"/> ne <input checked="" type="checkbox"/> ano	

* 0 - 2 = bez intervence, 3 - 4 = konziliium nutričního terapeuta, > 4 = konziliium lékaře, nutričního specialisty, ¹ viz formulář č. FN/0557, ² viz formulář č. FN/0803, ³ viz formulář č. FN/0813 FN/0053/07 P/014/2015
 Radioterapie v oblasti hlavy a krku = konziliium nutričního terapeuta

PŘÍLOHA Č. 7 - OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA U PACIENTKY Č. 3

OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA

zde nalep štítek

VĚŠKA: A52 cm, VÁHA: 52 kg, TK: 160/90 mmHg, TT: 36,4°, PACIENTKA č. 3

TERAPEUTICKÉ / KOMPENZAČNÍ POMŮCKY / IDENTIFIKAČNÍ POMŮCKY katétry/kanyly: <input type="checkbox"/> periferní žilní dat. zavedení <input type="checkbox"/> CŽK / PORT <input type="checkbox"/> arteriální <input type="checkbox"/> močový katétr <input type="checkbox"/> dat. posl. katetrizace: <input type="checkbox"/> tracheostomická kanyla <input checked="" type="checkbox"/> identifikační náramek včetně poučení pacienta L.H.K.		sondy/stomie: <input type="checkbox"/> NG <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/> gastrostomie <input type="checkbox"/> nefrostomie <input type="checkbox"/> kolostomie <input type="checkbox"/> NG <input type="checkbox"/> hůlberle <input type="checkbox"/> zubní protéza <input type="checkbox"/> brýle <input type="checkbox"/> sluch. aparát <input type="checkbox"/> končetinová protéza: <input type="checkbox"/> inz. pero <input type="checkbox"/> vozík <input type="checkbox"/> horní <input type="checkbox"/> dolní <input type="checkbox"/> kont. čočky <input type="checkbox"/> inz. pumpa	
1. POHYBLIVOST, SOBĚŠTAČNOST Barthelův test věšedních činností 0-10 bodů: výšec závislý 45-60: závislost středního stupně 65-95: lehčí závislost 100: nezávislý			
2. KÓGNITIVNÍ FUNKCE; KOMUNIKACE vědomí: <input checked="" type="checkbox"/> norm., <input type="checkbox"/> zhoršené orientace: <input checked="" type="checkbox"/> norm., <input type="checkbox"/> zmataný komunikace: <input checked="" type="checkbox"/> bez problémů, <input type="checkbox"/> zhoršená kontakti: <input type="checkbox"/> odezřívá, <input type="checkbox"/> písemně, <input type="checkbox"/> alfabický slovník			
3. VÝŽIVA BMI 22,5 Ztráta hmotnosti za posled. 3 měs.: < 3 kg Příjem jídla za posled. měsíc: 1/2 Stres faktor: <input type="checkbox"/> horší, <input type="checkbox"/> lepší, <input type="checkbox"/> stejný Celkem*: 3			
4. VYLUČOVÁNÍ dat. poslední stolice: V DNEŮ PŘEDTĚM stolice: <input checked="" type="checkbox"/> pravidelná, <input type="checkbox"/> neprav. jak často: 1x DNEVĚ užívá projímadla/jaká:			
5. DÝCHÁNÍ <input checked="" type="checkbox"/> bez potíží příčina zhoršeného dýchání: <input type="checkbox"/> námaha, <input type="checkbox"/> kardiální <input type="checkbox"/> kašel, <input type="checkbox"/> bolesti, <input type="checkbox"/> kouření <input type="checkbox"/> astma - jaké užívá léky: jiné:			
6. STAV KŮŽE <input checked="" type="checkbox"/> norm., <input type="checkbox"/> dekubitus, <input type="checkbox"/> odfenina, <input type="checkbox"/> hematom <input type="checkbox"/> běrový vřed, <input type="checkbox"/> vyrážka - místo: charakter rány: • převaz rány (čím): • dat. posl. převazu: <input type="checkbox"/> ano, <input type="checkbox"/> ne • preventivní krytí: <input type="checkbox"/> ano, <input type="checkbox"/> ne			
7. BOLEST <input type="checkbox"/> ne, <input checked="" type="checkbox"/> ano ³ používá úlevovou polohu: <input type="checkbox"/> ne, <input checked="" type="checkbox"/> ano používá zmírňující prostředky:			
8. SPÁNEK cítí se odcizenu po spánku: <input checked="" type="checkbox"/> ano, <input type="checkbox"/> ne problémy: <input checked="" type="checkbox"/> nemůže usnout, <input type="checkbox"/> často se v noci budí <input type="checkbox"/> brzy vzhůru, kdy: <input type="checkbox"/> často se v noci budí, <input type="checkbox"/> musí na toaletu			
9. VÍRA / ETNIKUM víra (přikládá-li jí pac. význam): etnikum: <input type="checkbox"/> Věhnamci, <input type="checkbox"/> Ukrajinci, jiné:			
10. SOCIÁLNÍ PODMÍNKY byli doma sám: <input type="checkbox"/> ano, <input checked="" type="checkbox"/> ne s kým: S HATKO kdo se bude o ni/něho starat po propuštění: DCERA			
11. PLÁNOVANÉ PROPŮSTĚNÍ předpokládá se edukace <input checked="" type="checkbox"/> pacienta, <input type="checkbox"/> rodiny v: <input type="checkbox"/> aplikaci inzulínu, <input type="checkbox"/> péči o stomii <input type="checkbox"/> nácviku soběstačnosti <input type="checkbox"/> ošetřování / RHC, <input type="checkbox"/> jiné:			
CENNOSTI, PŘÁVA PACIENTŮ uloženy v trezoru FN <input checked="" type="checkbox"/> ne, <input type="checkbox"/> ano (víz. doklad) ošacení uloženo v <input type="checkbox"/> centr., <input type="checkbox"/> místní šatně, <input checked="" type="checkbox"/> neuloženo Pacient / klient byl informován, že za cenosti, které neuloží do centrálního trezoru, personál neodpovídá. Pacient / klient byl seznámen s Právy pacientů a Vnitřním řádem. podpis pacienta: _____ datum: _____ informace podala sestra: _____ hod.: _____ anamnézu odebrala sestra: _____			

* 0 - 2 = bez intervence, 3 - 4 = konziliium nutričního terapeuta, > 4 = konziliium lékaře, nutričního specialisty.
¹ viz formulář č. FN/057, ² viz formulář č. FN/081/3, ³ viz formulář č. FN/080/3, ⁴ viz formulář č. FN/081/3
 Radioterapie v oblasti hlavy a krku = konziliium nutričního terapeuta