

Metody zachování plodnosti u ženy s nádorovým onemocněním

Alena Božoňová

Bakalářská práce
2013



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav porodní asistence

akademický rok: 2012/2013

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Alena BOŽOŇOVÁ**

Osobní číslo: **H10533**

Studijní program: **B5349 Porodní asistence**

Studijní obor: **Porodní asistentka**

Forma studia: **prezenční**

Téma práce: **Metody zachování plodnosti u žen s nádorovým onemocněním**

Zásady pro vypracování:

Studium odborné literatury.

Vymezení pojmů, zpracování patofyziologie a diagnostiky vybraných nádorových onemocnění u žen včetně možnosti jejich léčby a prevence.

Příprava metodiky praktické části.

Zpracování fází ošetřovatelského procesu dle Nanda diagnostiky.

Zpracování edukačního materiálu na téma Prevence karcinomu prsu a děložního čípku.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

CIBULA, D. a L. PETRUŽELKA, 2009. Onkogynekologie. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2665-6.

HÁJEK, Z., 2004. Rizikové a patologické těhotenství. Praha: Grada. ISBN 80-247-0418-8.

HERDMAN, T., 2010. Ošetrovatelské diagnózy: definice a klasifikace: 2009 – 2011. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3423-1.

KLENER, P. a P. KLENER, 2010. Nová protinádorová léčiva a léčebné strategie v onkologii. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2808-7.

ROZTOČIL, A., 2011. Moderní gynekologie. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2832-2.

PTÁČEK, R. a P. BARTŮNĚK, 2011. Etika a komunikace v medicíně. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3976-2.

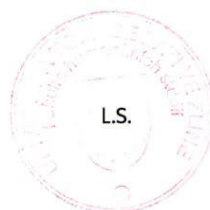
Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Ludmila Reslerová, Ph.D.**
Ústav porodní asistence

Datum zadání bakalářské práce: **15. února 2013**

Termín odevzdání bakalářské práce: **24. května 2013**

Ve Zlíně dne 15. února 2013


doc. Ing. Aněžka Lengálová, Ph.D.
děkanka




Mgr. Ludmila Reslerová, Ph.D.
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 7. 3. 2015

.....
.....

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlázení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užíje-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užit či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlíádne k vyšší výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Tato bakalářská práce se zabývá problematikou zhoubného onemocnění a zaměřena je především na karcinom prsu, ovaria, endometria a děložního čípku. Práci jsem rozdělila do dvou částí, teoretickou a praktickou. V teoretické části se zabývám jednotlivými karcinomy z hlediska diagnostiky a léčby, výskytem v těhotenství i mimo něj a jejich prevencí, dále metodami zachování plodnosti. Zmíněn je i psychologický a etický aspekt zhoubných onemocnění. Praktická část se zabývá zpracováním fází ošetrovatelského procesu dle NANDA International Taxonomie II.

Klíčová slova: karcinom děložního čípku, endometria, ovaria, prsu, diagnostika, léčba, metody zachování plodnosti, prevence, IVF

ABSTRACT

This bachelor's thesis deals with problematic of the malignant disease and it is mainly focused on the carcinoma of breast, ovary, endometrium and cervix. I have splitted thesis into two parts, the theoretical part and the practical part. In the theoretical part I deal with particular carcinomas in terms of the diagnosis and the treatment, with their presence during pregnancy , outside of pregnancy as well and their prevention, also with methods of the preservation of fertility. Psychological and ethic aspect of the malignant diseases are also mentioned. The practical part deals with the processing phases of the nursing process in accordance with NANDA International Taxonomy II.

Keywords: cervix carcinoma, breast carcinoma, endometrium carcinoma, ovary carcinoma, diagnosis, treatment, methods of the preservation of fertility, prevention, IVF

PODĚKOVÁNÍ:

Děkuji všem, kteří se podíleli na tvorbě mé bakalářské práce. Především děkuji Mgr. Ludmile Reslerové, Ph.D. za odborné vedení mé bakalářské práce, za všechny rady a připomínky, které mi poskytla a za trpělivost, kterou mi projevila. Samozřejmě chci poděkovat své rodině, za psychickou i materiální podporu, kterou mi poskytla v době studia.

Motto...

„Celý svět je jeviště a všichni lidé jenom herci. Mají své příchody a odchody, za život každý hraje mnoho rolí.“

William Shakespeare

PROHLÁŠENÍ:

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské práce a verze nahraná do IS/STAG jsou totožné.

Ve Zlíně

.....

OBSAH

ÚVOD	11
I TEORETICKÁ ČÁST	12
1 NÁDOROVÉ ONEMOCNĚNÍ	13
1.1 EPIDEMIOLOGIE NÁDORŮ	13
1.2 RIZIKOVÉ FAKTORY VZNIKU NÁDOROVÝCH ONEMOCNĚNÍ	13
1.3 DIAGNOSTIKA NÁDOROVÉHO ONEMOCNĚNÍ	14
1.4 LÉČBA NÁDOROVÉHO ONEMOCNĚNÍ.....	14
1.5 PREVENCE NÁDOROVÉHO ONEMOCNĚNÍ.....	17
1.5.1 Primární prevence	17
1.5.2 Sekundární prevence	18
1.5.3 Terciální prevence	18
1.5.4 Kvartérní prevence	18
1.5.5 Screening.....	18
2 VYBRANÁ NÁDOROVÁ ONEMOCNĚNÍ U ŽEN	19
2.1 KARCINOM OVARIÍ	19
2.1.1 Epidemiologie	19
2.1.2 Etiopatogeneze	19
2.1.3 Klinický obraz a diagnostika.....	21
2.1.4 Léčba	21
2.1.5 Prognóza.....	21
2.1.6 Prevence	21
2.2 KARCINOM TUBY.....	22
2.2.1 Epidemiologie	22
2.2.2 Etiopatogeneze	22
2.2.3 Klinický obraz a diagnostika.....	22
2.2.4 Léčba	22
2.2.5 Prognóza.....	23
2.2.6 Prevence	23
2.3 KARCINOM ENDOMETRIA	23
2.3.1 Epidemiologie	23
2.3.2 Etiopatogeneze	23
2.3.3 Klinický obraz a diagnostika.....	24
2.3.4 Léčba	25
2.3.5 Prognóza.....	25
2.3.6 Prevence	26
2.3.7 Sarkomy děložního těla.....	26
2.4 KARCINOM DĚLOŽNÍHO HRDLA	27
2.4.1 Epidemiologie	27
2.4.2 Etiopatogeneze	28
2.4.3 Klinický obraz a diagnostika.....	29
2.4.4 Léčba	31
2.4.5 Prognóza.....	32
2.4.6 Prevence	32

2.5	KARCINOM PRSU	33
2.5.1	Epidemiologie	33
2.5.2	Etiopatogeneze	34
2.5.3	Klinický obraz a diagnostika.....	35
2.5.4	Léčba	36
2.5.5	Prognóza.....	37
2.5.6	Prevence	38
3	TĚHOTENSTVÍ A ONKOLOGICKÉ ONEMOCNĚNÍ	39
3.1	LÉČBA KARCINOMŮ V TĚHOTENSTVÍ	39
3.2	VYBRANÁ NÁDOROVÁ ONEMOCNĚNÍ V TĚHOTENSTVÍ	40
4	ZACHOVÁNÍ PLODNOSTI U ŽENY PO LÉČBĚ NÁDOROVÉHO ONEMOCNĚNÍ.....	43
4.1	FAKTORY ZAJIŠŤUJÍCÍ PLODNOST ŽENY	43
4.2	OCHRANA FOLIKULŮ	43
4.2.1	Mimotělní uchování oocytů a embryí	44
4.2.2	Metody asistované reprodukce.....	44
4.3	TĚHOTENSTVÍ PO LÉČBĚ KARCINOMU	45
4.4	KOMUNIKACE A ETIKA V ASISTOVANÉ REPRODUKCI	46
5	PSYCHOLOGIE ONKOLOGICKY NEMOCNÝCH ŽEN	47
5.1	VYROVNÁVÁNÍ SE S NEMOCÍ	47
5.1.1	Prožívání nádorového onemocnění	48
6	SEXUOLOGICKÁ PROBLEMATIKA ŽEN S NÁDOROVÝM ONEMOCNĚNÍM.....	50
7	ETIKA A KOMUNIKACE V ONKOLOGII	52
7.1	SDĚLOVÁNÍ ONKOLOGICKÉ DIAGNÓZY	52
7.2	PSYCHOSOCIÁLNÍ PODPORA PACIENTKY V PRŮBĚHU NEMOCI.....	53
7.3	UKONČENÍ AGRESIVNÍ LÉČBY	53
7.4	PÉČE O UMÍRAJÍCÍ PACIENTKY	53
8	LEGISLATIVA	54
8.1	PRÁVA ONKOLOGICKY NEMOCNÝCH	54
8.2	NÁRODNÍ REGISTR ASISTOVANÉ REPRODUKCE (NRAR).....	54
8.2.1	Závazné předpisy	55
8.3	ZÁKON O ZDRAVÍ LIDU	55
8.4	ZÁKONY SOUVISEJÍCÍ S ČINNOSTÍ PORODNÍ ASISTENTKY	55
II	PRAKTICKÁ ČÁST	57
9	CÍLE PRÁCE	58
9.1	METODIKA PRÁCE	58
10	NANDA INTERNATIONAL TAXONOMIE II.....	59
10.1	MARJORY GORDON	59
11	OŠETŘOVATELSKÝ PROCES DLE NANDA INTERNATIONAL TAXONOMIE II	60

11.1	NEEFEKTIVNÍ PÉČE O VLASTNÍ ZDRAVÍ (00078)	60
11.2	ZANEDBÁVÁNÍ SEBE SAMA (00193)	61
11.3	PRŮJEM (00013)	62
11.4	NESPAVOST (00095)	64
11.5	SNAHA ZLEPŠIT ZNALOSTI (00161)	65
11.6	ÚNAVA (00093)	66
11.7	NARUŠENÝ OBRAZ TĚLA (00118)	68
11.8	BEZNADĚJ (00124)	69
11.9	BEZMOCNOST (00125)	71
11.10	NARUŠENÉ PROCESY V RODINĚ (00060)	72
11.11	SEXUÁLNÍ DYSFUNKCE (00059)	74
11.12	ÚZKOST (00146)	75
11.13	NEEFEKTIVNÍ ZVLÁDÁNÍ ZÁTĚŽE (00069)	77
11.14	STRACH (00148)	79
11.15	NAUZEJA (00134)	80
11.16	CHRONICKÁ BOLEST (00133)	81
12	DISKUSE	83
	ZÁVĚR	85
	DOPORUČENÍ PRO PRAXI	86
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	88
	SEZNAM INTERNETOVÝCH ZDROJŮ	89
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	91
	SEZNAM OBRÁZKŮ	93

ÚVOD

Odkládání mateřství je trendem dnešní uspěchané doby. Ženy se nejdříve zaměřují na vlastní kariéru a často si neuvědomují, jaké může mít odkládání mateřství důsledky. Stejně jak stoupá počet starších rodiček po třicátém roce života, stoupá i počet umělých oplodnění, ty pochopitelně mohou souviset s věkem klientky. Dalším rizikem ve vyšším věku je samozřejmě rakovina, na kterou se v souvislosti s těhotenstvím nezdědka zapomíná. Nádorové onemocnění u žen ve fertilním věku se mohou diagnostikovat v těhotenství, po porodu i u bezdětných žen. Existuje zde riziko odejmutí vaječníků, vejcovodů, či dokonce dělohy. Psychický dopad na ženu, jež po dítěti touží, se může stát destruktivním.

Nádorová onemocnění patří k nejrozšířenějším a nejdiskutovanějším onemocněním vůbec. Například incidence rakoviny prsu a děložního čípku rok od roku stoupá. Dnešní metody léčby rakoviny jsou již na mnohem vyšší úrovni než dříve, onemocnění však nahání hrůzu stále. Téma zachování plodnosti je v tomto případě opravdu aktuální. Avšak důležitější než zachování plodnosti je pochopitelně důkladná prevence nádorového onemocnění u žen ve fertilním věku a samozřejmě i po menopauze. Téma mne zaujalo, je aktuální a pro porodní asistentku je nezbytné vědět, na co si dávat pozor, čeho si všímat a jak ženám poskytnout potřebnou podporu i informace.

V teoretické části mé bakalářské práce jsou popsány nejčastější karcinomy u žen, jejich základní popis, léčba, prevence i prognóza. Popsán je výskyt v těhotenství, metody zachování plodnosti a pochopitelně i psychické a etické aspekty zhoubného onemocnění. V praktické části se zabývám ošetrovatelskou diagnostikou podle NANDA International Taxonomie II aplikovanou na onkologickou pacientku. NANDA je nejužívanější systém ošetrovatelských diagnóz u nás i ve světě. Na základě nalezených článků jsem zjišťovala i prospěšnost tohoto systému a jeho použití do elektronické dokumentace, ta by jistě pozitivně ovlivnila ošetrovatelskou péči u nás.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 NÁDOROVÉ ONEMOCNĚNÍ

Karcinom neboli také zhoubný (maligní) nádor vzniká z epitelu pokrývajícím řadu orgánů lidského těla a též je z něj tvořena řada dalších, jako jsou například žlázy. Nejvýznačnější charakteristikou nádorových buněk je jejich nekontrolovatelný růst způsobený selháním regulačních pochodů v buňce. Jedná se o buněčný cyklus a apoptózu, které ovlivňují tkáňovou homeostázu. Charakteristickým rysem nádorové buňky je tedy nekontrolovaný růst a vymknutí se kontrolních mechanismů organismu. Dále se svou schopností šířit se lymfatickým a krevním řečištěm a vytvářet tak metastázy se stávají velkou hrozbou. Mutace, neboli malignizace buňky je výsledkem genetické změny a můžeme je rozdělit na mutace vrozené či během života získané vlivem působení fyzikálních, chemických nebo biologických faktorů, tzv. karcinogenů. Mezi ty nejvýznamnější řadíme ionizující záření, aromatické uhlovodíky, mechanické dráždění a onkogenní viry (Roztočil et al., 2011, s. 318).

1.1 Epidemiologie nádorů

Ve vyspělých státech v současné době umírá na maligní onemocnění asi čtvrtina obyvatel. Důvodů je popisováno mnoho, jako například prodloužení lidského věku, civilizační faktory nebo působení medicíny ve smyslu snížení mortality například na infekční a kardiovaskulární choroby. Jako ukazatele pro hodnocení výskytu nádorů nám slouží incidence, mortalita a prevalence. Incidence nádorů je frekvence výskytu nově vzniklých onemocnění v dané populaci (okres, stát), v určitém časovém období, nejčastěji za rok. Vyjadřujeme počtem nových onemocnění na 100 tisíc obyvatel v dané populaci, eventuálně podle pohlaví. Mortalita vyjadřuje počet zemřelých v dané populaci též za rok a též obvykle na 100 tisíc obyvatel. Prevalence je okamžitým ukazatelem úrovně nemocnosti k určitému datu. Jedná se o důležitý ukazatel definovaný jako počet žijících osob s nádorovým onemocněním k datu (například 31. 12. 2012). V ČR má zpracování těchto údajů na starosti Ústav zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS). Základem zpracování těchto dat je povinné hlášení zhoubných nádorů, u nás zavedeno roku 1951. Je tedy povinností každého lékaře, jež diagnostikoval zhoubný nádor, tuto skutečnost nahlásit. U nás působí od roku 1975 Národní onkologický registr ČR (NOR) (Cibula et al., 2009, s. 83).

1.2 Rizikové faktory vzniku nádorových onemocnění

V onkologii se rizikovým faktorem může stát prakticky cokoliv, co zvyšuje riziko vzniku karcinomu. Může se jednat o způsob života, rodinnou predispozici, dietní návyky, profese,

některé životní návyky, výskyt některých chorob a mnoho dalších. Tyto faktory mohou a nemusí být přímou příčinou vzniku nádoru a mohly být identifikovány na základě epidemiologických studií určením relativního rizika (RR). Některé rizikové faktory platí v onkologii obecně, například alterace imunity, jiné se mohou svým vymezením prolínat, jako riziko karcinomu děložního hrdla v souvislosti se sexuálním chováním. Rizika mohou být též společná pro několik zhoubných novotvarů, mezi tyto patří infekce rizikovými typy lidských papilomavirů spolu s kouřením, jež jsou rizikovými faktory pro valnou část nádorů dolního genitálního traktu. Znalost rizikových faktorů může významně pomoci k pochopení etiopatogeneze některých nádorů (Cibula et al., 2009, s. 91).

1.3 Diagnostika nádorového onemocnění

Podmínkou úspěšné léčby zhoubných onemocnění v gynekologii je využití optimálních zobrazovacích metod, plánování léčby a dispenzarizace onkologických pacientek. Pro správnou volbu zobrazovací techniky je nutno znát její princip, možnosti, limity, ale také kontraindikace. Je však nutno mít na paměti, že zobrazovací metody nemohou vždy nahradit vstupní gynekologické vyšetření, chirurgický staging (TNM a FIGO klasifikace), laboratorní vyšetření a anamnézu. Mezi základní zobrazovací metody řadíme ultrazvukové vyšetření (UZ), dále počítačová tomografie (CT), magnetická rezonance (MR) a pozitronová emisní tomografie (PET). Toto jsou moderní zobrazovací metody. Mezi klasické zobrazovací metody řadíme například nativní snímek břicha, lymfografii, skiagram hrudníku a další. Podrobněji je diagnostika zpracována u vybraných nádorových onemocnění (Cibula et al., 2009, s. 101).

1.4 Léčba nádorového onemocnění

V léčbě zhoubných nádorů reprodukčních orgánů se uplatňují všechny léčebné modality jako je chirurgie, radioterapie a farmakologická léčba, k níž patří chemoterapie, hormonální terapie a biologická léčba. V onkogynekologii se však využívá nejvíce chirurgické léčby a hormonální terapie. Důležitá je především mezioborová spolupráce. Podle záměru léčbu lišíme na kurativní, kdy je cílem vyléčení pacientky, paliativní kdy se staráme o prodloužení přežití a zlepšení či udržení kvality života a léčbu symptomatickou kdy se snažíme odstranit nebo příznivě ovlivnit obtíže, způsobené léčbou či onemocněním. Při kombinaci více léčebných metod rozlišujeme léčbu neoadjuvantní, jedná se o předřazení vedlejší léčebné metody před primární za účelem snížit radikalitu léčby nebo morbiditu. Konkomi-

tantní léčba je kombinování dvou léčebných metod za účelem potenciace účinku a adjuvantní léčba spočívá v podání vedlejší léčebné metody po skončení primární léčby s cílem vyléčit reziduální mikroskopické nemoci a snížit riziko recidivy. Nakonec léčba udržovací je dlouhodobá za účelem prodloužit interval bez progresu či recidivy (Cibula et al., 2009, s. 149).

CHIRURGICKÁ LÉČBA

Její náplní je diagnostika a terapie zhoubných nádorů a spolu s radioterapií a chemoterapií vytváří trias onkogynekologických metod. Často je primární a hlavní léčebnou metodou a v časných stádiích onemocnění jediná a postačující. Nejčastěji se tak děje při karcinomu děložního hrdla, těla a ovaria, zejména u pacientek v reprodukčním věku. Pacientka je dále sledována formou dispenzarizace. Operace se podílejí i na stanovení rozsahu nádorového růstu (stagingu). Příkladem je regionální lymfadenektomie kde se při pooperačním vyšetření mízních uzlin prokáže nebo vyloučí infiltrace nádorem (Roztočil et al., 2011, s. 320).

RADIOTERAPIE

Principem je dodání tumoricidní dávky ionizujícího záření do nádorového ložiska při maximálním chránění okolních tkání. U časných stádií je často srovnatelný s výsledky chirurgické léčby, u pokročilých stádií je jedinou možností kurativní léčby. Nejčastěji používaným druhem záření je fotonové (elektromagnetické) záření, méně často korpuskulární (urychlené elektrony). Na živé tkáni působí záření dvěma mechanismy a to přímo a nepřímo. Přímým efektem je zasažení jaderné DNA způsobující zlom jednoho nebo obou vláken. Nepřímý efekt je způsobený vznikajícími reaktivními (volnými) radikály v buňce, tento dominuje v klinické praxi. Důležité je, že buňka nemusí účinkem záření ihned zahynout, stejný efekt má i její zablokování v určité fázi buněčného dělení, tzv. reprodukční smrt (Roztočil et al., 2011, s. 322).

Podle citlivosti k záření dělíme tkáň na rychle proliferující, tj. radiosenzitivní (krvetočná tkáň, střevní sliznice) a tkáň s pomalou proliferací a obnovou, tj. radiorezistentní. Podobně jako tkáň lidského těla mají i nádory různou citlivost na záření. Radioterapie se užívá k zevnímu, ale i k vnitřnímu ozařování (Roztočil et al., 2011, s. 323).

U teloradioterapie, neboli zevního ozařování je zdroj záření umístěn mimo tělo pacientky. U brachyradioterapie, nebo také vnitřního ozařování se zdroj záření zavádí do tkání či tělních dutin. Třetí možností je využití otevřených zářičů aplikovaných ve vhodné formě přímo do organismu (Roztočil et al., 2011, s. 324).

Užití radioterapie k léčbě může být kurativní (radikální), lze jej užít v kombinaci s chirurgickým výkonem (pooperační-adjuvantní), jejímž cílem je snížení rizika lokálních recidiv a méně používaná neoadjuvantní, tato předchází chirurgickému zákroku (Roztočil et al., 2011, s. 325).

CHEMOTERAPIE

Je hlavním představitelem systémové léčby. Podávají se při ní cytostatika, tj. léky zastavující růst nádorových buněk. Připravují se synteticky nebo se jedná o deriváty přírodních látek z rostlin či plísní. Výhradně působí na buňky v buněčném cyklu a jejich účinek též inhibuje proliferaci normálních buněk (Roztočil et al., 2011, s. 326).

Podle ovlivnění buněčného cyklu cytostatika dělíme na fázově specifická, působící v určité fázi buněčného cyklu a fázově nespecifická, účinná v průběhu celého buněčného cyklu (Roztočil et al., 2011, s. 326).

Účinek cytostatik ovlivňuje včasné zahájení léčby, chemosenzitivita nádoru, velikost nádoru, koncentrace cytostatika v nádoru, dodržení intervalů mezi dávkami, doba léčby, vznik rezistentních buněčných klonů, celkový stav a spolupráce pacientky (Roztočil et al., 2011, s. 326).

Cytostatika nejčastěji podáváme intravenózně ve formě krátké infuze, lze je ale podat i perorálně a intramuskulárně což není tak časté. Dále intrapleurálně či intraperitoneálně (Roztočil et al., 2011, s. 326).

Chemoterapie jako taková je kurativní, ale také adjuvantní v kombinaci s radioterapií. Před radikální lokální léčbou užíváme neoadjuvantní postup. Paliativní léčby lze využít v případě snahy o zlepšení kvality života (Roztočil et al., 2011, s. 328).

Nežádoucí účinky chemoterapie mohou být akutní, které jsou ve většině případů reversibilní, u pozdních účinků je to sporné. Celkově lze nežádoucí účinky rozdělit dle časového výskytu. Za brzké lze považovat nauzea, zvracení, leukopenie, atd., za pozdější například sterilitu (Roztočil et al., 2011, s. 328).

HORMONÁLNÍ TERAPIE

V onkogynekologii se využívá především faktu, že se jedná o přirozeně hormonálně dependentní orgány a má minimum nežádoucích účinků (Roztočil et al., 2011, s. 328).

Podle mechanismu účinku se dělí na ablativní (odstranění žláz produkující hormon), aditivní (podání farmakologických dávek gestagenů, androgenů nebo estrogenů), inhibiční

(působí inhibici syntézy příslušných hormonů) a kompetitivní (podání antihormonů) (Klener, 2010, s. 60-62).

Hormony, zejména steroidní se mohou významným způsobem podílet na vzniku nádorového onemocnění. Takové hormony jsou například estrogenu (karcinom prsu), cílem léčby je potlačení účinků estrogenu, androgeny (prostata). Glukokortikoidy jsou součástí léčby hematologických malignit a peptidické hormony se terapeuticky využívají k potlačení hormonální aktivity gonád. Účinek hormonů je závislý na přítomnosti hormonálních receptorů v nádorových buňkách (Klener, 2010, s. 59-60).

BIOLOGICKÁ LÉČBA

Je léčba působící též systémově, ale na jiném principu než cytostatika a mají též méně nežádoucích účinků. Účinek spočívá v blokadě přenosu signálu do buňky, tím přerušují drah udržujících proliferaci, snižují apoptózu, schopnost metastázování a novotvorbu cév. V léčbě gynekologických malignit jsou používány pouze u pokročilého karcinomu vaječníků. Jedná se o ekonomicky velmi nákladné léky a jejich použití je omezeno na komplexní onkologická centra (Roztočil et al., 2011, s. 328).

1.5 Prevence nádorového onemocnění

V onkogynekologii se prevence soustřeďuje na identifikaci rizikových faktorů, detekci prekanceróz a časných stádií nemoci, předcházení komplikacím léčby, progresi onemocnění či její recidivy (Cibula et al., 2009, s. 93).

1.5.1 Primární prevence

Cílem je snížení výskytu maligních nádorů. Opatření mají eliminovat rizikové faktory přímo související se vznikem malignit a jedince s vysokým genetickým rizikem vzniku identifikovat. Ukazatelem úspěšnosti je pokles incidence zhoubných nádorů. V rámci onkogynekologie se jedná především o boj proti kouření a alkoholismu, vakcinaci proti papilomavirům, racionální preskripci hormonálních přípravků, podpora zdravého životního stylu, prevence rizikového sexuálního chování a profylaktické chirurgické zákroky v indikovaných případech (Cibula et al., 2009, s. 93).

1.5.2 Sekundární prevence

Zaměřuje se na záchyt prekanceróz a zhoubných nádorů v časných stádiích a zlepšit tak výsledky jejich léčby. Ukazatelem úspěšnosti je snížení mortality. Významným nástrojem je screenig (Cibula et al., 2009, s. 93).

1.5.3 Terciální prevence

Jeho prioritou je časný záchyt recidivy nádoru. Základním nástrojem je efektivní a dispenzární schéma, nutností je však kompletní provádění preventivní péče ne jen dispenzarizace zaměřená na záchyt recidivy nádoru. Ukazatelem kvality je především délka celkového přežití. Je třeba věnovat pozornost soustředění péče o pacientky v onkogynekologických centrech, označení zařízení a lékaře, jež bude integrovat dispenzární péči o pacientku, stanovení povinností jednotlivých účastníků dispenzární péče a především primární a sekundární prevence malignit (Cibula et al., 2009, s. 93-94).

1.5.4 Kvartérní prevence

Soustřeďuje se na předcházení a předvídání důsledků nevyléčitelného nádorového onemocnění s ohledem na somatické a především etické, psychické a sociální aspekty. Ukazatelem účinnosti je kvalita života nevyléčitelně nemocných a cílem je toto co nejvíce vylepšit (Cibula et al., 2009, s. 94).

1.5.5 Screening

Je definován jako systematické vyhledávání nemoci u asymptomatických jedinců umožňující časný záchyt onemocnění, léčbu a snížení mortality. U zhoubných nádorů reprodukčních orgánů závisí na přístupnosti daného orgánu, z čehož vychází existence screeningového vyšetření, na znalosti rizikových faktorů, na existenci přednádorových změn, na rychlosti vývoje nádoru, prognóze jednotlivých stádií, na incidenci onemocnění. V současné době je pozornost věnována především karcinomu děložního hrdla a karcinomu prsu (Cibula et al., 2009, s. 93 – 95).

2 VYBRANÁ NÁDOROVÁ ONEMOCNĚNÍ U ŽEN

Ke stručnému zpracování jsem vybrala nejčastější nádorová onemocnění u žen a to karcinom ovarii, děložního hrdla, endometria a prsu. Zpracován je popis onemocnění, diagnostika, léčba a prevence.

2.1 Karcinom ovarii

Z klinického hlediska dělíme nádory ovarii do dvou skupin a to na epitelové a neepitelové, kdy hlavní skupinu tvoří nádory epitelové. Tato kapitola se věnuje převážně těmto typům (Roztočil et al., 2011, s. 348).

Vyskytují se však i borderline nádory, což jsou nádory s vynikající prognózou. V minulosti byly považovány za přednádorové stavy. V současnosti se však považují za samostatnou jednotku, avšak s nízkým rizikem recidivy (Cibula et al., 2009, s. 503).

2.1.1 Epidemiologie

EPITELOVÉ NÁDORY OVARIÍ

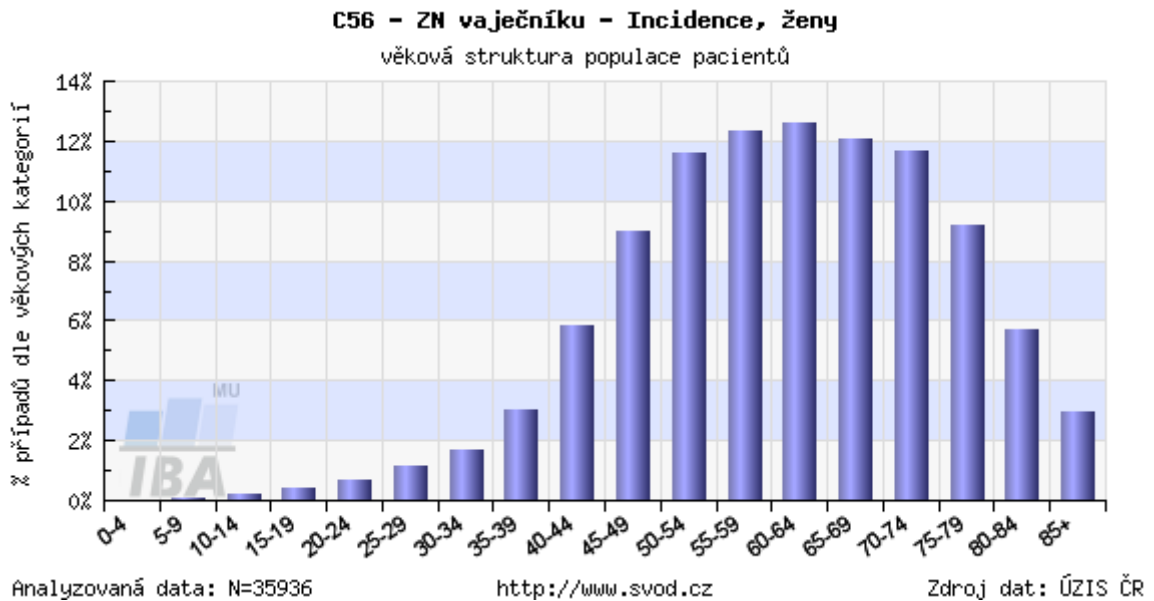
Až 90 % ovarialních nádorů. Jedná se o nejčastější příčinu úmrtí na gynekologické malignity (Roztočil et al., 2011, s. 348).

NEEPITELOVÉ NÁDORY OVARIÍ

Do této skupiny patří všechny jiné než epitelové nádory. Jedná se tedy o nádory vznikající ze zárodečných pruhů, zárodečných buněk, nebo se jedná o jiné, dále nezařazené nádory. Řadíme zde i nádory benigní, nádory zhoubné, avšak s dobrou prognózou, ale i nádory agresivní se špatnou prognózou (Cibula et al., 2009, s. 558).

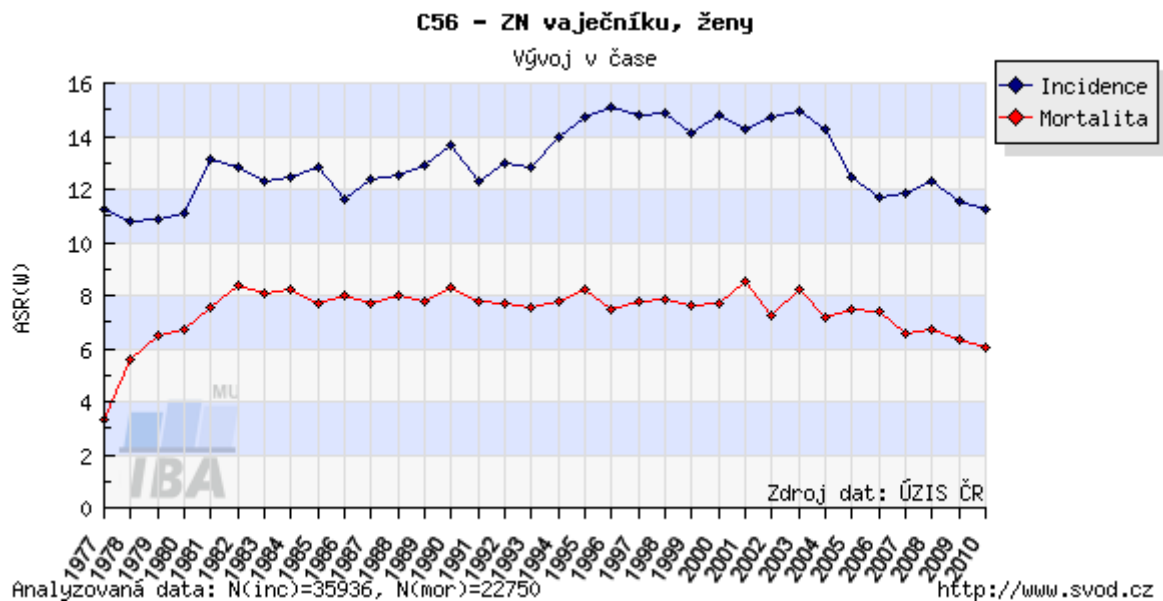
2.1.2 Etiopatogeneze

Příčinou vzniku ovarialního karcinomu u epitelových nádorů se udává dědičnost či genetické faktory a chromozomální abnormality u neepitelových nádorů, ve většině případů však příčina není známá. Za rizikové faktory můžeme považovat i počet ovulací ovlivněný vyšší hladinou estrogenů (Roztočil et al., 2011, s. 348).



Obrázek 1 Ca ovarií – věkový výskyt

(Zdroj: SVOD. CZ [online]. [cit. 17. 5. 2013]. Dostupné z: <http://www.svod.cz/analyse.php?modul=vek#>)



Obrázek 2 Ca ovarií – vývoj v čase

(Zdroj: SVOD. CZ [online]. [cit. 17. 5. 2013]. Dostupné z: <http://www.svod.cz/analyse.php?modul=incmor#>)

2.1.3 Klinický obraz a diagnostika

Nádory ovarií mohou růst vzhledem k anatomickému uložení dlouho asymptomaticky. Objeví-li se příznaky jako je abdominální bolesti, zvětšení břicha, gastrointestinální potíže a další, jedná se o již pokročilé stádium onemocnění (Citterbart et al., 2001, s. 171).

Dalšími příznaky může být produkce pohlavních hormonů nádorovou tkání, estrogenů či androgenů (Cibula et al., 2009, s. 559).

Základem diagnostiky je gynekologické vyšetření a kvalitní ultrazvukové vyšetření. Pro kompletnost chirurgického stagingu je třeba CT malé pánve, břicha a retroperitonea, RTG srdce a plic, UZ jater a břišní dutiny, základní hematologické a biochemické vyšetření, vyšetření nádorových markerů Ca-125 a další při podezření na germinální nádor a pro vyloučení jiných onemocnění (Roztočil et al., 2011, s. 349).

2.1.4 Léčba

Hlavní metodou je chirurgická léčba, která má i diagnostický a stagingový význam. Rozsah výkonu závisí na stádiu onemocnění, u ženy ve fertilním věku je třeba zachovat plodnost, tedy ponechat dělohu (Cibula et al., 2009, s. 534).

Dále je užívána radioterapie, avšak spíše jako paliativní léčebná metoda. Většina pacientek je léčena chemoterapií v kombinaci s chirurgickým výkonem (Cibula et al., 2009, s. 544).

2.1.5 Prognóza

Všeobecně závisí především na stádiu onemocnění a možnosti recidivy, kdy po léčbě pokročilého stádia je větší riziko recidivy. Nejčastějším místem recidivy se uvádí dutina břišní a pánev. Důležité je sledování pacientky i po ukončení léčby (Cibula et al., 2009, s. 557).

2.1.6 Prevence

Karcinom ovaria má nejvyšší mortalitu ze všech gynekologických malignit a to především z důvodu detekce nádorů až v pokročilých stádiích. U epitelových nádorů se diskutují dvě rozdílné strategie. Jedná se o populační screening a screening zaměřený na vyhledávání a sledování žen s vysokým rizikem rozvoje této malignity, toto je familiární screening. V současné době se ověřuje systém založený na vyšetření nádorového markeru CA125 a UZ vyšetření. Jako protektivní faktor můžeme zmínit dlouhodobé užívání hormonální antikoni-

cepcce, některé studie uvádějí snížení rizika vzniku karcinomu až o 40 % (Cibula et al., 2009, s. 521).

U neepitelových nádorů neexistuje efektivní screening, protože se jedná o tak malý počet případů, nelze uvažovat o celoplošném screeningu (Cibula et al., 2009, s. 559).

2.2 Karcinom tuby

Je nejméně častým zhoubným gynekologickým nádorem a část nádorů nelze odlišit od ovariálního karcinomu (Cibula et al., 2009, s. 575).

2.2.1 Epidemiologie

Nejčastěji se vyskytuje u infertilních pacientek, tedy polovina postižených žen jsou nulipary, kolem 50. roku života (Cibula et al., 2009, s. 575).

2.2.2 Etiopatogeneze

Z důvodu nízkého počtu případů a různým způsobům léčby jsou publikované výsledky přežití rozdílné. Všeobecně závisí na hloubce infiltrace nádoru do stěny tuby (Cibula et al., 2009, s. 575).

2.2.3 Klinický obraz a diagnostika

Diagnostika časného stádia je spíše náhodná, manifestuje se spíše jako pokročilý tumor a zaměněn může být s primárním ovariálním karcinodem (Cibula et al., 2009, s. 578).

Podmínkou klasifikace jako primární tubární karcinom je přítomnost normálního endometria děložního těla, intaktních ovárií a měl by vycházet z tubární sliznice. Diagnostické metody jsou shodné s karcinodem ovárií. Manifestuje se vodnatým výtokem, tlakem v podbřišku a hydrops tubae profluens. Nález se může potvrdit peroperačně, využívají se samozřejmě i UZ, MR, CT a vyšetření sérových tumormarkerů (Cibula et al., 2009, s. 578 – 579).

2.2.4 Léčba

Léčba je stejná jako u časných nebo pokročilých nádorů ovaria. Využívá se tedy především léčba chirurgická a chemoterapie (Cibula et al., 2009, s. 579).

2.2.5 Prognóza

Odvíjí se od stagingu a méně od stádia nádoru, věku, stavu nemocné, dále od velikosti, lokalizace a hloubky invaze do stěny tuby. Negativním faktorem je přítomnost ascitu či pozitivní výplachové cytologie. Nepříznivým faktorem je i neuzavřené fimbriální ústí u stádia I a abnormální krvácení z dělohy. Obecně je prognóza pro jednotlivá stádia horší než u karcinomu ovarií ve stejném stádiu. Lepší prognózu slibuje chirurgický výkon bez ponechání nádorového rezidua (Cibula et al., 2009, s. 576)

2.2.6 Prevence

Za protektivní faktory lze podobně jako u ovariálního karcinomu považovat těhotenství a hormonální antikoncepci (Cibula et al., 2009, s. 576).

Mezi rizikové faktory patří vyšší věk, mutace BRCA 1 a BRCA 2 a rodinná zátěž karcinomu prsu a ovaria, nuliparita a sterilita (Cibula et al., 2009, s. 576).

2.3 Karcinom endometria

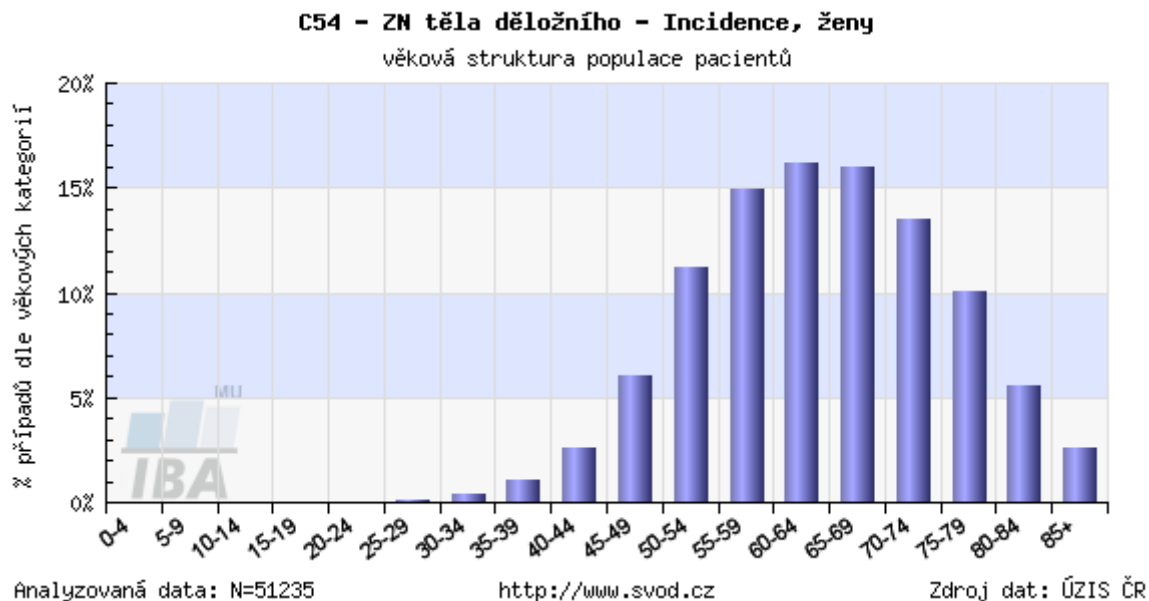
Nádory děložního těla jsou velkou skupinou vyskytujících se malignit u žen. Zahrnují různorodou skupinu nádorů od epitelových po mezenchymové nádory. Nejčastěji se vyskytující jsou právě epitelové nádory zahrnuté do skupiny endometriálních nádorů (Roztočil et al., 2011, s. 343).

2.3.1 Epidemiologie

Incidence má vzestupný trend. Nejčastěji postihuje postmenopauzální ženy s maximem výskytu mezi 65. - 69. rokem života (Roztočil et al., 2011, s. 343).

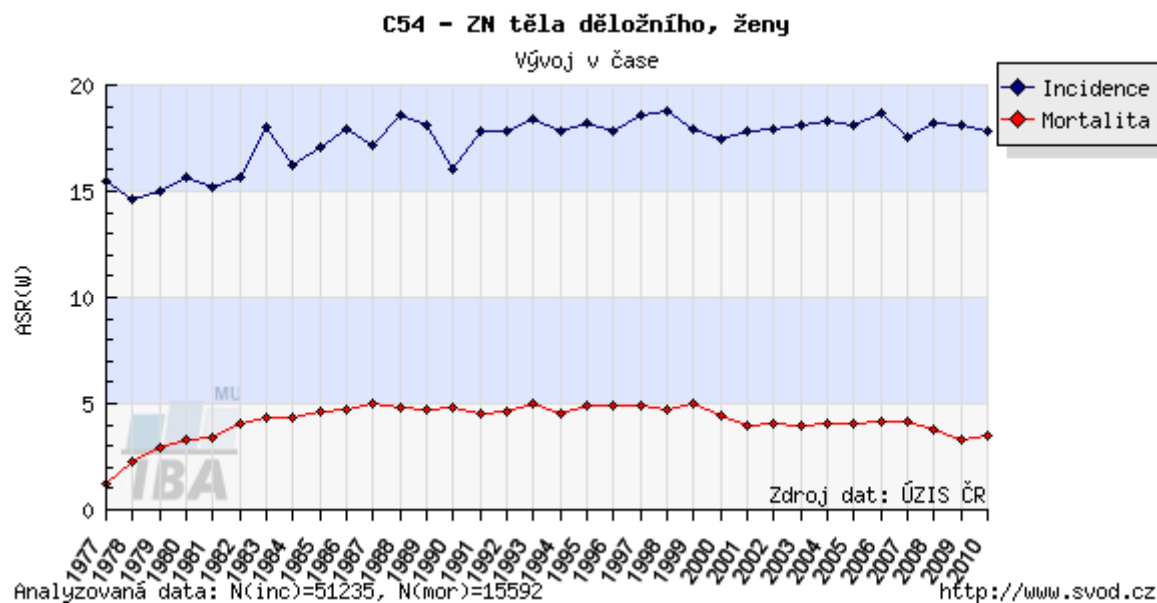
2.3.2 Etiopatogeneze

Karcinom endometria lze rozdělit do dvou typů. Typ I jako estrogen dependentní, vyskytující se asi v 80 % a typ II s nejasnou etiologií bez zjevného působení estrogenů, vyskytuje se ve zbývajících 20 % především u starších žen (Cibula et al., 2009, s. 465).



Obrázek 3 Ca endometria – věkový výskyt

(Zdroj: SVOD. CZ [online]. [cit. 17. 5. 2013]. Dostupné z: <http://www.svod.cz/analyse.php?modul=vek#>)



Obrázek 4 Ca endometria – vývoj v čase

(Zdroj: SVOD. CZ [online]. [cit. 17. 5. 2013]. Dostupné z: <http://www.svod.cz/analyse.php?modul=incmor#>)

2.3.3 Klinický obraz a diagnostika

Podle Roztočila se projevuje v 90 % krvácením z genitálu u postmenopauzálních žen. Bez krvácení se projevuje pouze 5 % endometriálních karcinomů. První vyšetřovací metodou je

gynekologické vyšetření pro vyloučení jiného zdroje krvácení z genitálu, transvaginální ultrazvukové vyšetření pro určení výšky endometria, ohraničení a hloubku invaze do myometria. Dalším využívaným vyšetřením určeným především pro získání bioptického materiálu je hysteroskopie. Pro získání vzorku lze využít též probatorní kyretáž. Na základě odebraného vzorku je provedeno histopatologické vyšetření. Provádí se ultrazvukové vyšetření ledvin a jater, cystoskopické vyšetření a RTG srdce a plic, někdy též MR či CT k verifikaci zvětšených uzlin nebo vzdálených metastáz. Přesnou informaci o rozsahu onemocnění nám však poskytuje až chirurgický staging (Roztočil et al., 2011, s. 345 – 346).

2.3.4 Léčba

Při léčbě karcinomu endometria lze opět užít chirurgické léčby, chemoterapie a radioterapie. Základním operačním postupem je extrafasciální hysterektomie s oboustrannou adnexektomií a laváž dutiny břišní a u nádorů s vysokým rizikem recidivy i lymfadenektomie. Časná stádia jsou často indikována k pouze k endoskopickému řešení. Obvykle je indikována laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie s bilaterální adnexektomií, někdy i s lymfadenektomií. Tento postup je doporučován u obézních žen a diabetiček, u kterých je riziko dlouhodobého hojení laparotomie (Roztočil et al., 2011, s. 346).

Radioterapie může být indikována u pokročilých stádií onemocnění a nemocných s polymorbiditou jako kurativní radioterapie, u značně pokročilých stádií je možná paliativní radioterapie. U primární radioterapie využíváme jak brachyradioterapii tak i zevní ozáření u počátečních i pokročilejších stádií. Pooperační radioterapii volíme, jsou-li přítomny rizikové faktory jako je postižení uzlin, průnik do více než poloviny myometria a třetí stádium. Též lze užít jak zevní ozáření tak brachyradioterapii (Roztočil et al., 2011, s. 346 – 347).

Chemoterapie je užívána v adjuvanci u serózního papilárního karcinomu, karcinosarkomu, ale i u histopatologických typů u pokročilých stádií. Při indikaci tohoto druhu terapie je třeba zvážit věk a celkový stav nemocné (Roztočil et al., 2011, s. 347).

Lze využít i hormonální léčbu gestageny, a to u dobře diferenciovaných nádorů a plicních metastáz, avšak spíše jako paliativní léčbu (Roztočil et al., 2011, s. 347).

2.3.5 Prognóza

Cibula uvádí, že nádory děložního těla mají díky včasnému zachytu v I stádiu dobrou prognózu, až v 75 %. Obecně platí, že typ I má lepší prognózu než typ II. Prognózu samozře-

jmě ovlivňuje i postižení lymfatických uzlin a velikost metastáz. S horší prognózou je též spojena i lokalizace tumoru v dolním děložním segmentu a istmu dělohy, dále i velikost tumoru nad 2 cm a vyšší věk ve spojení s radioterapií (Cibula et al., 2009, s. 466).

Za prognosticky příznivý faktor je považována výrazná lymfoplazmocytární infiltrace tumoru a jeho okolí, pozitivita estrogenových a progesteronových receptorů (typ I) (Cibula et al., 2009, s. 466).

2.3.6 Prevence

Za screeningovou metodu je považován transvaginální ultrazvuk posuzující výšku endometria, jeho homogenitu, ohraničení, další abnormality či patologii myometria. Mezi známé protektivní faktory karcinomu endometria řadíme počet porodů, hormonální kontracepce, kouření cigaret, nitroděložní tělíška (IUD), fyzická aktivita, strava bohatá na ovoce, zeleninu a vlákninu (Cibula et al., 2009, s. 465 – 466).

Mezi rizikové faktory u typu I patří věk (riziko stoupá s věkem), časná menarche, pozdní menopauza, nuliparita, sterilita, obezita, diabetes mellitus, hypertenze, aplikace tamoxifenu a estrogenů, hyperplazie endometria, PCO syndrom, dieta bohatá na živočišné tuky a maso, genetické faktory, stp. radioterapii pánve, kavkazská rasa. U typu II se jedná o atrofické endometrium a klasické rizikové faktory nejsou přítomny (Cibula et al., 2009, s. 465 – 466).

2.3.7 Sarkomy děložního těla

Představují málo běžnou skupinu nádorů s vysoce maligním potenciálem, krátkou dobou přežití, vyskytující se spíše u mladších žen. Sarkomy jsou nádory chemorezistentní i radiorezistentní a metastazují hematogenně (Roztočil et al., 2011, s. 347).

Mezi typy sarkomů může zařadit leiomyosarkom objevující se u žen mezi 45 – 50 rokem života, endometriální stromální sarkom u žen mezi 35 – 40 rokem života a karcinosarkom jež se z 90 % objevuje u postmenopauzálních žen, a další. I když je většina sarkomů diagnostikována ve stádiu I, mají většinou velice nepříznivou prognózu (Cibula et al., 2009, s. 489).

Sarkomy se mohou projevovat vodnatým, zapáchajícím výtokem ve spojení s pánevní bolestí. Na UZ vyšetření je popsána zvětšená děloha, někdy hematometra, jindy nález „myomatózní“ dělohy. Indikována je hysteroskopie s cílenou biopsií či probatorní kyretáž. Defi-

nitivní diagnózu je možné stanovit až po kompletním histopatologickém vyšetření dělohy. Odhalena však bývá pouhá polovina všech sarkomů (Roztočil et al., 2011, s. 347).

Základem je chirurgická léčba závisící od peroperační histologie. Prováděna je hysterektomie, kdy u premenopauzálních žen je možno ponechat adnexa, provádí se též lymfadenektomie a omentektomie. Ovšem záleží na typu sarkomu. U karcinosarkomů může být indikována i adjuvantní radioterapie. U generalizovaných sarkomů lze podat paliativní chemoterapii. Přežití u nemocných se pohybuje řádově v desítkách měsíců (Roztočil et al., 2011, s. 347 – 348).

2.4 Karcinom děložního hrdla

Jde o celosvětově druhé nejčastější a nejdiskutovanější maligní onemocnění u žen. Největší výskyt tohoto onemocnění je v rozvojových zemích, jako je Afrika, Asie a Jižní Amerika (Cibula et al., 2009, s. 393).

PREKANCERÓZY DĚLOŽNÍHO HRDLA

Za prekancerózy jsou považovány dysplazie cervixu a carcinoma in situ, označované jako cervikální intraepiteliální neoplazie (CIN). Dysplazie jsou charakterizovány cytologickými změnami jako je zvýšení počtu mitóz, jaderná polyploidie, aneuploidie, anizokaryóza a hyperchromazie. Dále změnami architektonickými, jež spočívají v porušeném vyžrávání s následným setřením stratifikace. Cervikální dysplazie dělíme na tři typy (Roztočil et al., 2011, s. 338).

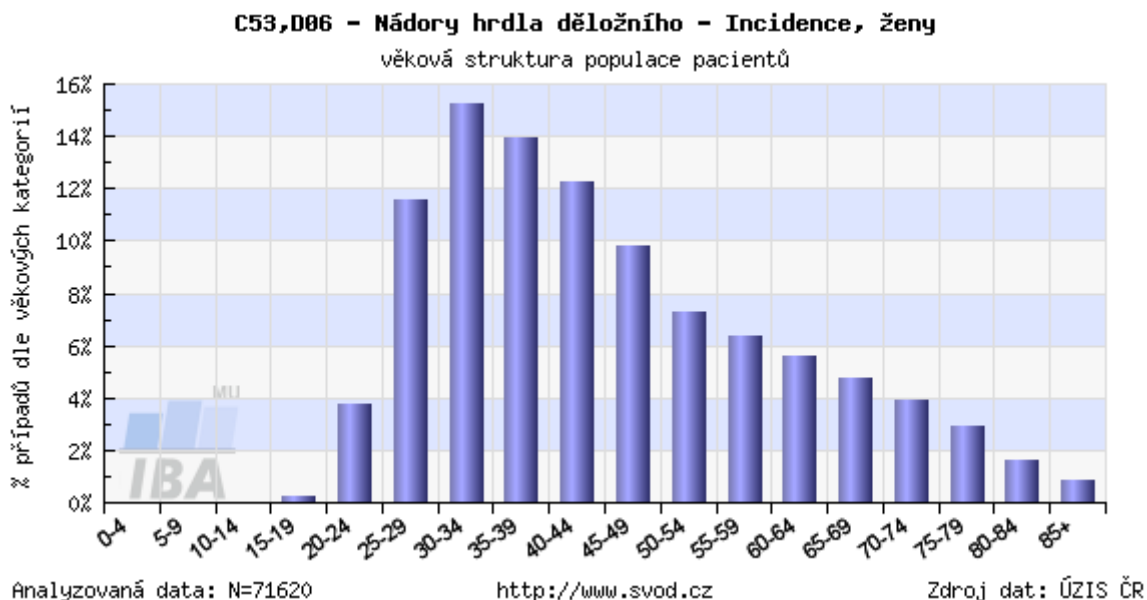
2.4.1 Epidemiologie

V České republice je incidence poměrně vysoká již několik let, vzhledem k nepříliš funkčnímu screeningu. Vyskytuje se nejčastěji mezi 35. - 39. a 60. – 65. rokem života. Záchyt onemocnění v I. stádiu se pohybuje okolo 40 %. Ročně na toto onemocnění umírá přibližně 400 žen. Důsledkem tak špatných výsledků je pozdní diagnostika způsobená absencí organizovaného screeningu, nekvalitní cytologické laboratoře a nedostatečné provádění HPV testace (Cibula et al., 2009, s. 393).

Karcinom děložního čípku dělíme do stádií I – IV, a to stádium Ia1, Ia2, Ib1, Ib2, IIa, IIb, III, IVa, IVb (Roztočil et al., 2011, s. 342).

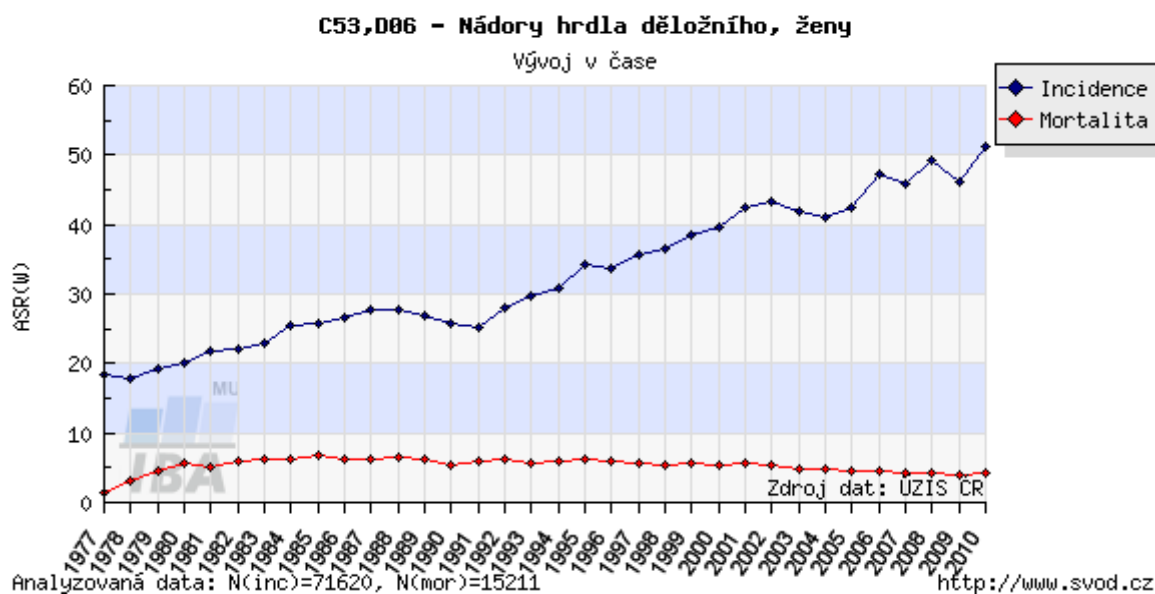
2.4.2 Etiopatogeneze

Vznik karcinomu cervixu je komplexní a vícestupňový proces. Nejdůležitějším faktorem vzniku je infekce HPV, tedy lidským papilomavirem, především vysoce rizikovými typy 16 a 18 (Roztočil et al., 2011, s. 336).



Obrázek 5 Ca hrdla děložního – věkový výskyt

(Zdroj: SVOD. CZ [online]. [cit. 17. 5. 2013]. Dostupné z: <http://www.svod.cz/analyse.php?modul=vek#>)



Obrázek 6 – Ca hrdla děložního – vývoj v čase

(Zdroj: SVOD. CZ [online]. [cit. 17. 5. 2013]. Dostupné z: <http://www.svod.cz/analyse.php?modul=incmor#>)

HPV VIRY

Jsou nejčastějšími původci sexuálně přenosných chorob (STD). HPV jsou malé DNA viry patřící do čeledi Papillomaviridae, jež v současné době známe více jak 130 genotypů. Asi 30 genotypů vykazuje souvislost k dolnímu děložnímu traktu. Z klinického pohledu je důležitý jejich onkogenní potenciál popsán níže (Turyna et al., 2010, s. 14 – 15).

HPV infekce dělíme dle onkogenního potenciálu na typy vysoce rizikové (high risk – HR) a typy s nízkým rizikem (low risk – LR). Vysoce rizikové typy, mezi které lze řadit typ 16, 18, 26, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 53, 56, 58, 59, 63, 66, 68, 73 a 82, nejčastěji vyvolávají zhoubné bujení. Mezi typy s nízkým rizikem řadíme typ 6, 11, 40, 42, 43, 44, 54, 61, 72 a 81, tyto vyvolávají například genitální bradavice či léze na čípku (Roztočil et al., 2011, s. 337).

Nejčastějším typem nádoru je dlaždicový karcinom a jemu odpovídající prekancerózy, dalším typem je adenokarcinom, jehož výskyt za poslední roky vzrostl vzhledem k včasné diagnostice dlaždicového karcinomu. Mezi vzácné nádory děložního hrdla řadíme adenomy, leiomyomy, leiomyosarkomy, atd. (Roztočil et al., 2011, s. 337).

Pravděpodobnost infikování lidským papillomavirem zvyšuje kouření tabáku, chlamydiové infekce, herpes simplex virus, chronický zánět děložního hrdla, dlouhodobé užívání hormonální antikoncepce, multiparita, promiskuita, imunosuprese, imunodeficienze, genetické faktory a nutriční faktory (Turyna et al., 2010, s. 15).

2.4.3 Klinický obraz a diagnostika

Klinický obraz je poměrně nenápadný, projevuje se vodnatým zakrvavělým výtokem a krvácením po styku. U pokročilých stádií se objevují bolesti v malé pánvi a bedrech, ale i městnání moči v kalichopánvičkovém systému ledvin jako důsledek obstrukce ureterů a lymfedém dolních končetin. Ke vzniku a růstu karcinomu dochází buď na povrchu čípku, jedná se tedy o exocervikální formu nebo v cervikálním kanále, což je endocervikální forma. Častější je exocervikální forma krvácející při kontaktu. Endocervikální forma většinou roste dlouho, bez příznaků a šíří se do okolí (Roztočil et al., 2011, s. 340).

Základem diagnostiky karcinomu děložního hrdla je klinické vyšetření, komplexní gynekologické vyšetření s kolposkopií, s tou spojený stěr z děložního hrdla na cytologické vyšetření a bimanuální vyšetření. Pro ověření histologického typu nádoru se využívá minibiopsie. Při podezření na mikroinvazivní karcinom se provádí konizace. Pro diagnostiku se

pochopitelně užívá zobrazovacích metod, jako jsou UZ, MR, CT, PET, endoskopické metody a vyšetření nádorových markerů SCCA, CYFRA – 21 – 1, CA 125 a CEA (Cibula et al., 2009, s. 405).

KOLPOSKOPIE

Jedná se o zobrazovací vyšetřovací metodu umožňující pozorování dolního genitálního traktu při zvětšení a osvětlení zdrojem studeného světla kolposkopu. Kolposkop je optický přístroj, který umožňuje získat informace o hranici epitelů, topografii transformační zóny a případných atypií, premaligních lézí či tumoru děložního hrdla, pochvy, vulvy a celé anogenitální krajiny. V České Republice je kolposkopie nedílnou součástí preventivních gynecologických prohlídek a prováděna je v přímé návaznosti k odběru onkologické cytologie, která je zároveň screeningovým vyšetřením (Turyna et al., 2010, s. 28 – 29).

Klasifikaci kolposkopie dělí Turyna dle erudice vyšetřujícího na základní kolposkopii a expertní kolposkopii. Dle využití chemických roztoků na nativní kolposkopii a rozšířenou kolposkopii a dle použité techniky na monokulární, binokulární a videokolposkopii (Turyna et al., 2010, s. 28).

Úkolem kolposkopického vyšetření dle Stafla jež uvádí Turyna je zhodnocení přítomnosti léze, odhad stupně závažnosti léze, posouzení rozsahu léze a identifikace suspektních míst k odběru cílené biopsie. Přesnost kolposkopie je závislá na závažnosti léze, zkušenosti a kvalifikaci vyšetřujícího (Turyna et al., 2010, s. 28).

CYTOLOGICKÁ DIAGNOSTIKA PREKANCERÓZ A KARCINOMU DĚLOŽNÍHO HRDLA

Děložní hrdlo je pro svou snadnou přístupnost pro vyšetření, odběr cytologického a histologického materiálu ideální k zavedení do celoplošného a celonárodního screeningového programu. Účinným testem k prevenci jsou cytodiagnostické cervikální stěry, které se hodnotí dle systému Bethesda II. Bethesda II rozlišuje stavy benigní, premaligní, maligní a všechny situace, kde nelze stanovit definitivní diagnózu na dlaždicovém a cylindrickém epitelu. Důležitou součástí systému je hodnocení mikroorganismů, především těch, které nezachytí vyšetření MOP (mikrobiální obraz poševní). Některé tyto mikroby mohou být významnými kancerogeny nebo kokancerogeny (houby, trichomonázy) (Roztočil et al., 2011, s. 338).

Cervikovaginální cytodiagnostika je jednou z nejobtížnějších. Důvodem je působení různých vlivů, jako je koitus, mikroby či hormonální vliv. Pro stanovení správného závěru je důležité provedení odběru z odpovídajícího místa, v dostatečném množství a správné nanesení na sklíčko. V důsledku nesprávného odběru může být závěr falešně pozitivní nebo negativní. Validitu vyšetření lze zlepšit využitím automatické cytologie, HPV testu a dalších (Roztočil et al., 2011, s. 339).

Hlavním předmětem hodnocení jsou buňky dlaždicové, cylindrické a žlázové. Hodnotí se architektura buněk, buněčná cytoplazma, struktura jader a pozadí preparátu. Úkolem cytologa je vyjádřit se ke kvalitě preparátu, úrovni proliferace dlaždicových epitelů, mikrobiálnímu pozadí a přítomnosti zánětlivých elementů, přiloží diagnostický souhrn a doporučí interval k dalšímu odběru (Roztočil et al., 2011, s. 338).

2.4.4 Léčba

LÉČBA PREKANCERÓZ DĚLOŽNÍHO HRDLA

Strategie léčby závisí na histopatologickém nález, rozsahu lokalizace a na vzdálenosti od cervikálního kanálu. Pro CIN II a CIN III se doporučuje přistoupit k léčebnému zákroku neodkladně. Pro CIN I se doporučuje sledovat a přetrvávání více než 12 měsíců obvykle vede k indikaci operačního zákroku (Roztočil et al., 2011, s. 341).

Léčba prekanceróz může být destrukční či ablativní. Mezi destrukční techniky řadíme kryoterapii a laserovou vaporizaci děložního hrdla. Tento výkon neposkytuje vzorek tkáně pro histopatologické vyšetření, před výkonem je tedy nutné znát výsledek biopsie. Ablativní, neboli excizní techniky poskytují klinický materiál a mezi tyto techniky řadíme elektrochirurgické metody jako je LLETZ (large loop excision of transformation zone) a LEEP (loop electrical excision procedures). Dále laserovou konizaci a konizaci studeným nožem (skalpelem). Výkony, jež zasahují do endocervikálního kanálu jsou často doplněny i endocervikální kyretáží (Roztočil et al., 2011, s. 341).

LÉČBA KARCINOMU DĚLOŽNÍHO HRDLA

Při léčbě je možno použít tři léčebné modalitty samostatně nebo kombinovaně a to chirurgickou léčbu, radioterapii a chemoterapii. Výhodou operační léčby je možnost zachování funkce vaječnicků u mladých žen a získáváme tak přesné informace o rozsahu onemocnění díky histopatologickému vyšetření. Všeobecně pacientky v celkově dobrém stavu a s karcinomem děložního hrdla v počátečním stádiu operujeme (Roztočil et al., 2011, s. 341).

Je-li zvolena radioterapie, jedná se o kurabilní efekt i u lokálně pokročilého karcinomu, kdy je technicky nemožná radikální operace. Kombinace chirurgické léčby a radioterapie zvyšuje četnost komplikací a vedlejších účinků radioterapie. Operační léčbu je třeba individualizovat dle rozsahu onemocnění a dle přání klientky zachovat fertilitu (Roztočil et al., 2011, s. 341 – 342).

Chemoterapii užíváme nejčastěji pro konkomitantní primární chemoradioterapii. Používaným cytostatikem je cisplatina podávaná jednou týdně. Při léčbě recidiv a metastáz lze použít kombinaci dvou cytostatik (Roztočil et al., 2011, s. 343).

Při léčbě se řídíme podle stádií. Stručně stádium Ia1 lze řešit konizací či simplexní hysterektomií dle přání těhotné a při stádiu IVb se užívá pouze paliativní léčba (radioterapie) (Roztočil et al., 2011, s. 342 – 343).

2.4.5 Prognóza

Zhoršuje se se stoupající pozitivitou uzlin, velikostí primárního nádoru a horší je u infiltrativně rostoucího endocervikálního karcinomu. Prognózu ovlivňuje též histologický typ, stupeň diferenciacie, angioinvaze a lymfangoinvaze. (Roztočil et al., 2011, s. 341)

U stádia I se udává pětileté přežití více jak 90 %, u stádia II 50 – 70 %, u stádia III 30 – 40 % a u stádia IV 5 – 10 % (Roztočil et al., 2011, s. 343).

2.4.6 Prevence

Primární prevence je zaměřena především na zamezení přenosu HPV infekce. Nejběžnější a pravděpodobně nejúčinnějším prostředkem k zamezení přenosu infekce se uplatňuje kondom. Jak pro ženy bez stálého partnera, tak pro ženy v každém věku a ženy dispenzari-zovány pro prekancerózu. Nejnovější a nejspolehlivější metodou primární prevence je vakcinace proti HPV infekci (Cibula et al., 2009, s. 338).

Očkování snižuje riziko i dalších onemocnění vyvolaných HR – HPV infekcí jako jsou karcinom vaginy, vulvy, anu, laryngu či penisu a všech stupňů dysplastických změn dolního genitálního traktu. Nejúčinnější je očkování u mladých dívek žen, u sérologicky i HPV DNA negativních. Vakcíny nemají terapeutický účinek a nejsou účinné u všech typů HR – HPV, proto je po vakcinaci třeba pokračovat v pravidelných preventivních prohlídkách. Vakcíny jsou podávány ve třech dávkách podávaných intramuskulárně a jsou všeobecně dobře snášeny, rizika a nežádoucí účinky jsou minimální (Cibula et al., 2009, s. 338 – 339).

Hlavním mechanismem sekundární prevence u karcinomu děložního hrdla je aktivní vyhledávání prekanceróz, především během preventivních gynekologických prohlídek tak, aby byly ošetřeny ještě před rozvojem invazivního nádoru. Neméně důležitý je screeningový program založený na cytologickém vyšetření (Cibula et al., 2009, s. 337 - 338).

Za rizikové faktory považujeme perzistující infekce HR – HPV, časná koitarche – před 16. rokem věku, promiskuita jak ženy, tak i muže, kouření, multiparita, nízký věk u prvního porodu, nízký socioekonomický status, HIV pozitivita, imunodeficeince, imunosuprese, další STD infekce, dieta s nedostatkem folátů, betakarotenu a vitamínu C, rodinná zátěž, absence cytologického screeningu, některé další genetické faktory (Cibula et al., 2009, s. 339 – 400).

2.5 Karcinom prsu

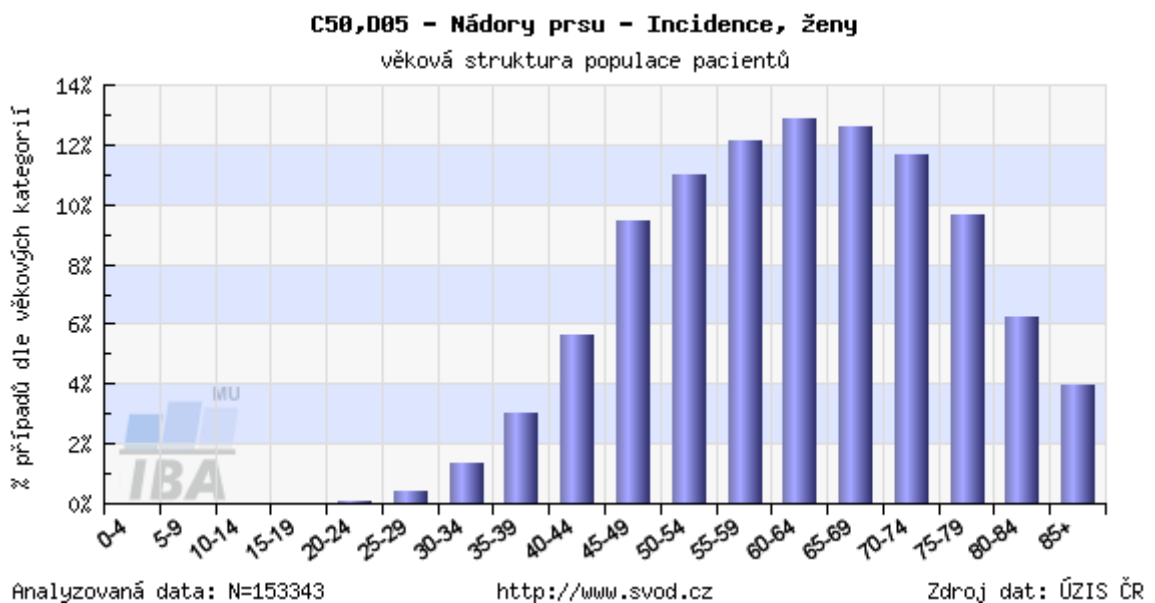
Všeobecně se onemocněními prsu zabývá senologie, v některých zemích se označuje jako mamologie. Karcinom prsu je nejčastějším zhoubným nádorem u žen a jeho incidence neustále stoupá, avšak díky časnému zachytu a moderní léčbě mortalita značně klesá. Přestože je léčba úspěšná, především v raných stádiích, zůstává karcinom prsu nejčastější onkogynekologickou příčinou smrti u žen. Péči o ženy s nádorem prsu zajišťují obory gynekologie, chirurgie a onkologie (Roztočil et al., 2011, s. 370).

2.5.1 Epidemiologie

Incidence u karcinomu prsu stoupá s věkem. U žen mezi 65 – 69 lety je asi 17 krát větší riziko než u žen mezi 30 – 34 lety. Asi 5 – 10 % karcinomů prsu jsou hereditární, ty rozdělujeme do dvou skupin. První skupina souvisí s mutacemi genů BRCA1 a BRCA2 jež lze nechat geneticky vyšetřit. Gen BRCA1 je lokalizován na 17. chromozomu a je spojen až s 50 % celoživotním rizikem vzniku karcinomu prsu před 50. rokem života a 85 % rizikem vzniku do 65 let. Je zde též zvýšené riziko vzniku ovariálního a kolorektálního karcinomu. Gen BRCA2 je lokalizován na 13. chromozomu a spojen je až s 84 % celoživotním rizikem vzniku karcinomu prsu. Tyto geny jsou přenášeny oběma pohlavími, někteří členové rodiny však i přes přítomnost genu onemocnět nemusí. Druhou skupinou jsou nádory familiární, jež nejsou způsobeny mutací jednoho genu, ale pravděpodobně má multifaktoriální a polygenní etiologii. Riziko onemocnění je nižší než v první skupině, závisí na věku a příbuzenských poměrech mezi nemocnými. Riziko se tak v přímé linii zvyšuje dvojnásobně (Roztočil et al., 2011, s. 371).

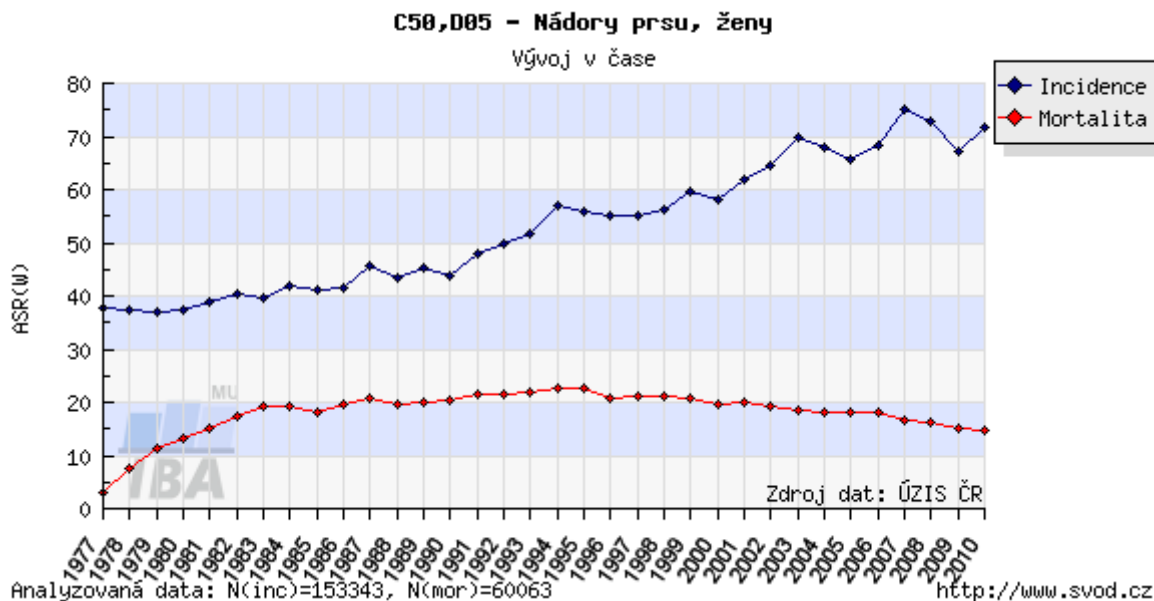
2.5.2 Etiopatogeneze

Karcinomy lze rozdělit na karcinomy in situ, invazivní karcinomy a prekancerózy. Mezi karcinomy in situ řadíme duktální karcinom in situ (DCIS) a lobulární karcinom in situ (LCIS). Invazivní karcinomy jsou nejčastějším nádorem postihujícím ženy a jeho výskyt dělíme do kvadrantů. Řadíme zde invazivní duktální karcinom, smíšený tyt karcinomu, pleomorfní karcinom, tubulární karcinom, medulární karcinom, neuroendokrinní nádory prsu, papilární karcinom, invazivní lobulární karcinom, inflamatorní karcinom, Pagetovu nemoc, mucin produkující karcinomy, apokrynní karcinom a metaplastické karcinomy (Roztočil et al., 2011, s. 380 – 382).



Obrázek 7 ca prsu – věkový výskyt

(Zdroj: SVOD. CZ [online]. [cit. 17. 5. 2013]. Dostupné z: <http://www.svod.cz/analyse.php?modul=vek#>)



Obrázek 8 Ca prsu – vývoj v čase

(Zdroj: SVOD. CZ [online]. [cit. 17. 5. 2013]. Dostupné z: <http://www.svod.cz/analyse.php?modul=incmor#>)

2.5.3 Klinický obraz a diagnostika

Symptomy onemocnění se často zjistí při samovyšetření prsu. Při objevení jednoho či více příznaků by mělo vést k podrobnému vyšetření odborníkem, a to gynekologem, onkologem či jiným diagnostikem specializovaným na problematiku karcinomu prsu. Mezi tyto symptomy řadíme změnu velikosti a tvaru prsu, retrakci bradavky nebo kůže, edém kůže (peau d'orange), erytém kůže, asymetrii bradavek, ulceraci a ekzém bradavky (Pagetova choroba), výtok z bradavky, především s příměsí krve, bolest prsu a hmatnou rezistenci v prsu či axile (Adam et al., 2004, s. 214).

Vyšetřovací metody lze též rozdělit na neinvazivní a invazivní. Jako neinvazivní metody se užívá v první řadě klinické vyšetření zahrnující včetně pohledu a pohmatu i odběr anamnestických údajů (rodinná zátěž, menstruační anamnéza, porodnická anamnéza, délka laktace, užívání hormonů, poranění prsu a chirurgické výkony na prsu). Hojně využívají zobrazovací metody, především mamografie, dále ultrasonografie, magnetická rezonance, počítačová tomografie. Za invazivní metodu považujeme odběr tkáně, kdy ze vzorku získaného biopsií lze přesně stanovit typ nádoru a celou škálu vlastností nádorové masy. K tomuto odběru jsou užívány bioptické jehly a ultrazvuková sonda, jež zobrazí patologické ložisko o velikosti pouhých několik milimetrů. Využívá se též značení resekcčních okrajů v předléčebné přípravě, jedná se o vyznačení operačního pole pigmentem a výkony spojující dia-

agnostiku a léčbu jako je punkce cysty a punkce abscesu (Roztočil et al., 2011, s. 371, 372, 377, 378).

U nemocných s karcinomem prsu užíváme i stagingové vyšetření kde patří RTG srdce a plic, SONO jater, scintygrafie skeletu a odebírají se nádorové markery CEA a CA 15.3 (Roztočil et al., 2011, s. 382).

2.5.4 Léčba

Léčebná strategie se odvíjí od TNM klasifikace a je možno indikovat chirurgickou léčbu, chemoterapii, hormonální léčbu, radioterapii a adjuvantní biologickou léčbu. Chirurgická léčba je obvykle prvním diagnosticko – léčebným krokem zahrnující širokou škálu výkonů od jednoduché extirpace po modifikovanou radikální mastektomii. Modifikovaná radikální mastektomie spočívá v odstranění prsní žlázy včetně mamiloareolárního dvorce a fascie pektorálního svalu a mízních uzlin z axily. Konzervativní výkony zahrnují prs šetřící operace, jako lumpektomie, segmentektomie a tumorektomie, tyto výkony jsou doplněny adjuvantní radioterapií sloužící k odstranění metastáz. Existují i kontraindikace primární chirurgické léčby, a to lokálně pokročilý tumor s infiltrací kůže či hrudní stěny, systémové metastázy a inflamatorní karcinom. V těchto případech je na základě pozitivní biopsie obvykle indikována chemoterapie (Roztočil et al., 2011, s. 382 - 383).

Jako moderní léčebné postupy je užíváno mapování sentinelové uzliny. Ta se označuje koloidem Tc a patentovou modří a po extirpaci jediné lymfatické uzliny, která s velkou pravděpodobností odráží stav ostatních uzlin v axile. Při pozitivitě se indikuje další lymfadenektomie. Stav lymfatických uzlin je hlavním prognostickým faktorem a indikačním kritériem pro systémovou léčbu karcinomu prsu. Lymfadenektomie je považována na stagingový výkon, avšak terapeutický význam bývá zpochybňován (Roztočil et al., 2011, s. 383).

U karcinomu prsu se využívají rekonstrukční výkony a plastické operace, které nejsou prognosticky významné, avšak pro psychiku ženy ano. Rekonstrukční výkony jsou prováděny především pro opětovné získání symetrie hrudníku, o které může žena přijít po odstranění prsu, obzvláště pokud byl prs větší. To vede ke změně těžiště a následným ortopedickým poruchám. Výkony lze provádět po primární operaci či po dokončení adjuvantní chemoterapie, radioterapie. Techniky užívané v těchto případech jsou různé, od heterologních implantátů po autologní myokutánní laloky. Plastickou operaci často volíme u zdravého prsu

k získání symetrie obou prsů, pochopitelně i z estetických důvodů (Roztočil et al., 2011, s. 383).

Chemoterapie užívaná v léčbě karcinomu prsu je neoadjuvantní a adjuvantní. Neoadjuvantní chemoterapie je užívána při nepoměru mezi velikostí tumoru a prsu nemocné, primárně u inoperabilních nádorů a pokročilých nádorů. Od tohoto druhu chemoterapie očekáváme downstaging. Užívána by měla být u pacientek, u kterých očekáváme odpověď na chemoterapii. Adjuvantní chemoterapie staví na prognostických faktorech jako je věk, premenopauza, postmenopauza, stav axilárních lymfatických uzlin, velikost nádoru, a další (Roztočil et al., 2011, s. 384).

Hormonální léčba má dlouholetou tradici. Cílem je přerušení endogenní tvorby estrogenů nebo inhibice jejich účinku. K léčbě se užívá tamoxifen, gestageny, antiestrogeny a další. Tamoxifen je i přes řadu nežádoucích účinků účinným hormonálním preparátem k léčbě estrogen pozitivních karcinomů prsu. Adjuvantní hormonální léčba redukuje u premenopauzálních pacientek riziko mortality a recidiv (Roztočil et al., 2011, s. 384).

Radioterapie je užívána buď adjuvantní či paliativní. Adjuvantní radioterapie se aplikuje u žen po konzervativních operačních výkonech na prsu či po radikální mastektomii s rizikovými faktory a k prevenci recidiv. Ozařuje se hrudní stěna, nadklíčková a podklíčková oblast a axila. Paliativní radioterapie je užívána u pokročilých nádorů, inoperabilních nádorů a v léčbě recidiv, pokud nebyla oblast v minulosti ozářena. U metastazujícího karcinomu se uplatňuje v paliativní léčbě mozkových a kostních metastáz (Roztočil et al., 2011, s. 385).

2.5.5 Prognóza

Prognóza karcinomu závisí na stádiu nemoci, přítomnosti nádorem postižených uzlin (nález více než 10 postižených uzlin je prognosticky nepříznivé), histologický typ nádoru a lokalizace nádoru v jednotlivých kvadrantech (horší prognózu mají například nádory vnitřních kvadrantů). Významný prognostický ukazatel udává Nottinghamský prognostický index (NPI), jež zahrnuje velikost primárního nádoru v centimetrech, postižení lymfatických uzlin (1. uzliny nepostiženy, 2. postiženy 1 – 3 uzliny, 3. postiženy více jak 4 uzliny) a třístupňový grade (1. dobře diferencovaný, 2. středně diferencovaný, 3. špatně diferencovaný), existuje pro něj vzorec pro výpočet ($NPI = 0,2 \text{ cm} \times \text{velikost tumoru} + \text{stupeň postižení uzlin} + \text{grade}$). Všeobecně platí, že výsledek nižší než 3 má velmi dobrou prognózu a vyšší než 5, 5 velmi špatnou (Dražan et al., 2006, s. 29).

2.5.6 Prevence

Jelikož primární prevence karcinomu prsu prakticky neexistuje, zaměřujeme se především na prevenci sekundární. Cílem je včasný záchyt, detekce a vytipování rizikových skupin. Časná diagnóza zajistí záchyt nádoru v nižších stádiích a tím snižuje mortalitu (Dražan et al., 2006, s. 25).

Karcinom prsu lze rozeznat použitím postupů, jako je samovyšetření prsu, odborné vyšetření prsu a mamografie. Samovyšetření prsu by měly provádět všechny ženy starší 20 let, a to každý měsíc, nejlépe týden po začátku menstruačního cyklu. U žen, které již nemenstruují, stačí vybrat libovolný den v měsíci. Metoda spočívá ve znalosti vlastního těla a rozpoznání podezřelých rezistencí, asymetrií, pigmentací, atd. Samovyšetření prsu je pouze doplňkem odborného vyšetření, nikoli náhradou. Odborné vyšetření, prováděné zkušeným odborníkem je součástí každé preventivní gynekologické prohlídky. U žen s vyšším rizikem je prováděno častěji. Jako nejúčinnější metoda záchytu karcinomu prsu je mamografie, ta využívá slabé rentgenové paprsky pro znázornění prsní tkáně. Nádory dokáže odhalit již v raných stádiích, dříve než samovyšetření či vyšetření odborníkem (Leifer, 2004, s. 294).

3 TĚHOTENSTVÍ A ONKOLOGICKÉ ONEMOCNĚNÍ

Výskyt nádorů v těhotenství se mírně zvyšuje, na čem se podílí současný trend odkládat těhotenství do vyššího věku a také zlepšený záchyt nádorů v těhotenství novými technikami. Nádor představuje v těhotenství velké dilema nejen pro lékaře, ale především pro těhotnou, její rodinu a má značný dopad na fyzické a psychické zdraví ženy (Hájek et al., 2004, s. 203).

Těhotenství má klíčovou roli ve stanovení managementu. Karcinom a těhotenství jsou dva odlišné biologické stavy, ve kterých je novotvar tolerován zdánlivě neporušeným systémem. To nás vede k předpokladu, že mechanismus zajišťující přežití plodu a změny organismu těhotné přispívají k progresi neoplazie. Těhotenství však nezhoršuje vývoj nádorů a ukončení těhotenství nezlepšuje prognózu, pouze umožňuje aplikaci léčby ohrožující plod. Také pro těhotnou platí, časně zjištěné a málo pokročilé nálezy mají lepší prognózu než pokročilé a přežití odpovídá stádiu onemocnění. V těhotenství se však častěji diagnostikují pokročilejší nádory než u netěhotných a nemocná a její rodina by měla být zapojena do rozhodování při stanovení diagnózy, léčby a prognózy. V léčbě postupujeme individuálně, v závislosti na stádiu onemocnění a přání pacientky porodit zdravé dítě. Řešení přináší týmová spolupráce mezi onkology, porodníky, chirurgy, popřípadě jinými obory. Terapie život ohrožujícího nádoru ovlivňuje dilema mezi optimální léčbou matky a dopady na plod (Hájek et al., 2004, s. 203).

3.1 Léčba karcinomů v těhotenství

Hlavním druhem léčby karcinomů je chirurgická léčba a z důvodu těhotenství by se neměla odkládat. Extraabdominální zákroky obvykle matka i plod dobře snášejí, zásadou je operovat, pokud možno ve II. trimestru těhotenství. Důvodem je nižší riziko spontánních potratů, anesteziologických komplikací a poškození plodu medikamentózní léčbou. V tomto období lze již odstranit obě ovaria, protože funkci žlutého tělíska již přebrala placenta. Výkon zajišťujeme tokolýzou (Hájek et al., 2004, s. 203 – 204).

I chemoterapie má místo v léčbě těhotných a doporučuje se například u karcinomu prsu či ovarii. Chemoterapie má nepochybně přínos v léčbě karcinomů, avšak existují obavy z potenciálního rizika malformace u plodu, růstové retardace plodu, malignit u potomstva a snížení inteligence. Riziko vedlejších účinků závisí na gestačním věku v době léčby. V I. trimestru se vyskytuje největší riziko z důvodu organogeneze (Hájek et al., 2004, s. 204).

Přínos radioterapie je třeba zvážit vzhledem k potenciálnímu riziku poškození pacientky a plodu. Léčebná radiace zaměřená na oblast břicha je kontraindikována z důvodu velkého rizika fetálního úmrtí či poškození. Potenciálními vedlejšími účinky jsou poškození buněk, karcinogeneze, genetický účinek na budoucí generace, dále může způsobit různé anomálie, růstovou retardaci a narušený růst plodu, mikrocefalii a tím poškození mozku, zvyšuje riziko dětské leukemie a jiných nádorů. Neexistuje gestační věk, který můžeme pokládat za bezpečný, avšak nejnebezpečnější se zdá být opět I. trimestr. Relativně bezpečně lze užit radiační léčbu v supradiafragmatické oblasti za předpokladu stínění břicha. V případě rakoviny prsu je riziko rozptýlení a zasažení plodu dosahuje-li děloha xiphoida. Radioterapie tedy není v graviditě zcela kontraindikována, ale její aplikaci konzultujeme s matkou (Hájek et al., 2004, s. 204).

3.2 Vybraná nádorová onemocnění v těhotenství

KARCINOM OVARIÍ

Nejčastěji se jedná o epitelové nádory, a protože jde o relativně mladé ženy, jsou to většinou méně pokročilé nádory a nádory s nižším maligním potenciálem. Diagnóza je v těhotenství velice obtížná, protože většina žen je asymptomatická. Často jej zjistíme náhodně, při ultrazvukovém či palpačním vyšetření nebo při císařském řezu, většinou však až po porodu. Ke zlepšení diagnostiky ovariálních nádorů přispěla sonografická diagnostika v těhotenství. V pozdějším těhotenství je však diagnostika ztížena zvětšující se dělohou. Užitečná je i nukleární magnetická resonance na rozdíl od vyšetření tumormarkerů. Léčba je podobná jako u netěhotných a závisí na gestačním věku, stádiu onemocnění a histologickém typu. U větších útvarů volíme ve II. trimestru laparotomii s cílem omezení fetálních onemocnění. Špatně diferencované nádory vyžadují radikální přístup, a to totální abdominální hysterektomii a oboustrannou adnexektomií, omentektomií, appendektomií se vzorky pánevních a paraaortálních uzlin. Možný je však i konzervativní přístup s vyčkáním přijatelné zralosti plodu, někdy lze využít i chemoterapii. Těhotenství pravděpodobně nemění prognózu malignit, časná diagnóza a správná léčba jistě poskytuje lepší vyhlídky pro nemocnou (Hájek et al., 2004, s. 208 – 209).

KARCINOM ENDOMETRIA

Výskyt karcinomu děložního těla je v těhotenství extrémě vzácný a prognóza bývá špatná. Objevuje se především u žen po menopauze. Pokud se objeví, jde většinou o preexistující nález před implantací oplodněného vajíčka (Hájek et al., 2004, s. 211).

KARCINOM DĚLOŽNÍHO HRDLA

Je nejčastějším zhoubným nádorem u žen a příznaky lze zaměnit s komplikacemi těhotenství, dochází tak ke zpoždění diagnózy. Těhotenství je ideálním obdobím pro screening prekanceróz, kolposkopické vyšetření je snadnější, protože transformační zóna je lépe přístupná. Součástí vyšetření v prenatalní poradně je též onkologická cytologie. Těhotenství komplikuje léčbu i přesné určení rozsahu rakoviny. Konizace a endocervikální kyretáž pro vyloučení invazivního procesu se pokud možno odkládá po ukončení těhotenství. Je zde riziko potratu, předčasného porodu nebo intrauterinní infekce. Léčba závisí na stádiu onemocnění a délce těhotenství, často se těhotenství ponechává a léčba následuje až po porodu, porod se nepovažuje za nebezpečný. Invazivní karcinomy vyžadují včasnou léčbu v první polovině těhotenství, při zjištění karcinomu ve druhé polovině těhotenství je vhodné vyčkat životaschopnosti a zralosti plodu, to je možné u žen s nevelkými nálezy. U pokročilých stádií, pokud se volí chirurgická léčba, před 20. týdnem se provádí hysterektomie s plodem v děloze, v pokročilejším těhotenství se nejdříve vybaví plod, následně děloha. Lékaři dávají přednost císařskému řezu před vaginálním porodem, aby nedošlo k roztržení čípku a možnému zavlečení nádorových buněk do epiziotomie. Při použití radioterapie či chemoterapie je nutno zvážit rizika pro plod vzhledem ke gestačnímu stáří. Jaký vliv mají na těhotenství prekancerózy a nádory se neví (Hájek et al., 2004, 205 – 206).

KARCINOM PRSU

Vzhledem ke zvyšujícímu se věku těhotných, je výskyt karcinomu prsu u takových žen častější. Nejčastější je zánětlivý typ karcinomu, který u těhotných žen roste rychleji, a častěji jsou postiženy lymfatické uzliny. Časný věk prvního donošeného těhotenství má silně protektivní účinek, naopak nuliparita a obezita riziko zvyšuje. Gravidita zhoršuje včasnou diagnostiku i výběr vhodné terapie. Fyziologické změny prsu v těhotenství mohou skrýt rezistence a ztížit palpační i mamografické vyšetření, to vysvětluje vyšší stádia a časté metastázy v době diagnózy nádoru. Po stanovení diagnózy by se léčba neměla odkládat, je však nutné přihlédnout k přání nemocné. Terapie v těhotenství většinou začíná chirurgickým zákrokem, následná adjuvantní léčba závisí na histologickém nálezu v regionálních

uzlinách. Chemoterapii lze užít již v II. a III. trimestru při pozitivních metastázách v lymfatických uzlinách, nelze-li ukončit těhotenství. Radioterapii je vhodné odložit až po porodu, kvůli velkému riziku pro plod. Prognóza těhotných žen bývá horší v důsledku pokročilejších stádií onemocnění. Laktace a kojení je po konzervativní léčbě možná i z postiženého prsu. Paradoxně reprodukční faktory, které snižují riziko rakoviny, mají negativní vliv na prognózu. Nález karcinomu prsu v prvních dvou letech po porodu výrazně snižuje procento přežití, pravděpodobně proto, že rakovina byla v subklinickém stádiu již v těhotenství a po vystavení vyšším hladinám estrogenů následoval agresivní růst. Podle Hájka je riziko recidivy v následujících 10 – 15 letech až 50 % (Hájek et al., 2004, s. 206 – 208).

4 ZACHOVÁNÍ PLODNOSTI U ŽENY PO LÉČBĚ NÁDOROVÉHO ONEMOCNĚNÍ

Při léčbě onkologického onemocnění se v první řadě snažíme o záchranu života pacientky, popřípadě aby byl léčebný zásah co nejúnosnější a měl co nejméně komplikací. Snaha o uchování fertility je součástí komplexní léčebné péče nejen u onkologicky nemocných, ale i při ostatních onemocnění, které mohou vést k poškození reprodukčního ústrojí. I prostá adnexektomie snižuje počet zásobních primordiálních folikulů na polovinu. Nemocná si často neuvědomuje ohrožení fertility, nejdůležitější se stává přežít. Nezřídka je možné plodnost zachovat, je však nutné pomyslet na užití postupů zachovávající fertilitu ještě před zahájením onkologické léčby (Cibula et al., 2009, s. 255).

4.1 Faktory zajišťující plodnost ženy

Pro otěhotnění a následný porod je nezbytný funkční řídicí endokrinní systém hypotalamus – hypofýza – ovaria, dostatečná zásoba oocytů v ovariích, funkční tuby a děloha. Děloha musí být velká, endometrium vyvinuté a hrdlo děložní uzavřené. Pro porod je nutná schopnost děložního hrdla se dilatovat a pochva musí být přístupná. Není-li možný spontánní porod, lze jej provést i císařským řezem. Principem ochrany reprodukčních funkcí je především šetření nenahraditelných primordiálních folikulů v ovariích a zachování dělohy s funkčním endometriem. Nahradit jdou i hypofyzární funkce farmakologickou cestou (Cibula et al., 2009, s. 255 – 256).

4.2 Ochrana folikulů

Při operačním výkonu folikuly nejefektivněji ochráníme obezřetným plánováním operačního výkonu. Cílem chirurgického zákroku je uchovat život pacientky a dle možností i fertilitu a zdraví. Důležité je obezřetné a šetrné vedení operačního výkonu. Ovaria se při vedení zákroku nesmí přehřát použitím diatermokoagulace, přehřátí může způsobit ztrátu životaschopnosti mnoha buněk (Cibula et al., 2009, s. 257).

U radioterapie dávka více jak 6 Gy většinou vede k nevratnému poškození ovarií, zatímco dávka 2 Gy způsobuje zničení poloviny přítomných oocytů v ovariích. Samozřejmě pokud jde záření odstínit, učiní se tak (Cibula et al., 2009, s. 257).

Chemoterapie působí na všechny orgány v těle a primordiální folikuly působí k citlivým a některými cytostatiky jsou závažně poškozovány. K ochraně folikulů lze užít mimotělní uchování oocytů či embryí (Cibula et al., 2009, s. 257).

4.2.1 Mimotělní uchování oocytů a embryí

Je jedinou metodou zabraňující účinku celkově podaných léků, například cytostatik a použít je lze i před oboustrannou ovariectomií či radioterapií. K mimotělnímu uchování oocytů a embryí lze užít kryokonzervace embryí, uchování oocytů, uchování ovariální tkáně nebo ochrana folikulů analogy GnRH (Cibula et al., 2009, s. 257 – 259).

Kryokonzervace embryí je vyzkoušená metoda a dosahuje nejvyšší efektivity. Nezbytné je použití spermie konkrétního partnera, který musí být k dispozici. Embrya tak obsahují i partnerovu genetickou výbavu a tomuto partnerovy spolunáleží v současné době i právně. Oocyty se v den odběru oplodní spermiemi partnera, vzniklá embrya se poté zmrazují 1. či maximálně 5. den (Cibula et al., 2009, s. 259).

K metodě **uchování oocytů** není potřeba spermií, ale nemá takovou efektivitu jako kryokonzervace embryí. U této metody se užívá stimulace ovarií gonadotropiny s výsledným počtem folikulů 5 – 20. Stimulace se provádí od 1. nebo 2., maximálně od 3. dne menstruačního cyklu. Vlastní stimulace trvá 10 – 14 dní, ale ne vždy je možné léčbu karcinomu odložit (Cibula et al., 2009, s. 258).

Uchování ovariální tkáně můžeme provést nezávisle na menstruačním cyklu, prepubertálně a ve zmrazené tkáni se vyskytuje velké množství primordiálních folikulů. K odběru je nutný speciální operační zásah, nejde-li o gynekologickou operaci. Efektivita této metody se však rovná nule a v současné době nevede k těhotenství (Cibula et al., 2009, s. 258).

Výhodou **ochrany folikulů analogy GnRH** je že není třeba operačního výkonu a vyžaduje jen minimální odklad onkologické léčby. Spolehlivost této metody ale prozatím nebyla prokázána ani vyvrácena. Analoga GnRH se podávají při chemoterapeutické léčbě, u radioterapie účinná nejsou. Metoda je ve stádiu studie (Cibula et al., 2009, s. 259).

4.2.2 Metody asistované reprodukce

Asistovaná reprodukce je obor medicíny, který pracuje mimo tělo člověka se spermiemi, vajíčky a embryi s cílem oplodnění ženy. Většina užívaných postupů je určena k léčbě a prevenci neplodnosti. Mezi metody asistované reprodukce patří inseminace, IVF ET a ICSI (Řezábek, 2008, s. 10).

Inseminace, neboli vnesení spermií do pohlavního ústrojí ženy rozlišujeme podle zdroje spermií, od manžela nebo dárce. Provést ji můžeme do pochvy či na děložní hrdlo, ale nejčastěji se z důvodu maximální účinnosti provádí intrauterinní inseminace (IUI). Spermie se před použitím musí vyčistit, zbavit bakterií a cizorodých látek (Řezábek, 2008, s. 11).

In vitro fertilizace a embryotransfer (IVF ET), tedy odběr vajíčka, jeho laboratorní ošetření (kultivace se spermiemi a sledování vývoje) a přenesení vzniklého embrya do dělohy. Je nejdůležitější používanou metodou a klasickou indikací je neprůchodnost vejcovodů (Řezábek, 2008, s. 11).

Intracytoplasmatic sperm injection (ICIS) je injekce jedné spermie přímo do vajíčka. Využívá se v těch případech mužské neplodnosti, kdy v ejakulátu nacházíme výrazně až extrémě snížený počet spermií. (Řezábek, 2008, s. 11).

Pro problematiku neplodnosti způsobené onkologickým onemocněním je tedy pravděpodobně nejvýznamnější in vitro fertilizace, a to v případech odstranění vejcovodů a vaječniců.

4.3 Těhotenství po léčbě karcinomu

Lékař, který bude provádět léčbu ohrožující plodnost, zváží tento problém komplexně. Bere v úvahu věk pacientky, stupeň ohrožení ovarií, zda pacientka má nebo nemá děti, zda po nich touží a jaký je předpoklad vzhledem k prognóze onemocnění. V závislosti na způsobu plánované léčby, může lékař pacientce navrhnout návštěvu centra reprodukční medicíny, kde ženu vyšetří a v nejbližším možném termínu provedou odběr oocytů a následnou kryokonzervaci. Po ukončení onkologické léčby posoudí onkolog prognózu onemocnění a možnost otěhotnění vzhledem k jejímu stavu (Cibula et al., 2009, s. 262).

V centru asistované reprodukce se provede vyšetření s cílem zajít možnost samovolného otěhotnění, není-li onkologem kontraindikováno. Prognosticky je třeba vědět, že vysoké hladiny FSH a LH u ženy téměř jistě znamená, že ve vaječniku žádná vajíčka nezbyla a neočekává se, že by se situace zlepšila. Nemá-li žena kryokonzervované vajíčka, lze využít darované (Cibula et al., 2009, s. 262 – 263).

Pro ženu po léčbě onkologického onemocnění se doporučuje odklad těhotenství nejméně rok po léčbě. Za tuto dobu by se měl organismus zotavit z léčby a vytvořit dostatečné rezervy pro budoucí těhotenství. Je třeba ověřit dobrou funkci jater, ledvin a srdce, ty bývají po léčbě často poškozeny (Cibula et al., 2009, s. 262).

4.4 Komunikace a etika v asistované reprodukci

Pokud je neplodný pár odeslán do centra reprodukční medicíny, je důležité klást důraz již na prvním setkání. Pár doufá, že lékař který je dostane na starost je ten, kdo jim pomůže, učiní zázrak. Neméně důležitá je i důvěra posilována zdvořilostí a respektem. Jedná-li se o domluvenou konzultaci, je dobré vyjasnit si kolik času je na ni vyhrazeno a čas vyhrazený pacientce by neměl být narušován. Lékař pacientce klade otevřené otázky, aktivně jí naslouchá a ověřuje si, že si navzájem porozuměli. Nepoužívá slovník, kterému žena nerozumí, jako jsou latinská slova a odborná terminologie. Při vysvětlování problému a návrhu postupu se užívají názorné pomůcky či nákresy k usnadnění pochopení. Pacientka má právo na takt ze strany lékaře a veškeré osobní informace a pocity podléhají mlčenlivosti. U pacientek center reprodukční medicíny není motivace problém a stejně jako u jiných oborů i zde se objevuje fenomén špatných zpráv, ale pacientce lékař nikdy nebere naděje a snaží se jí navrhnout možné varianty řešení situace (Ptáček et al., 2011, s. 179 – 182).

Reprodukční medicína přitahuje pozornost mnoha lidí – pacientů, občanů, filozofů, etiků, teologů, právníků, politiků, taky médií a dalších. Protože svými poznatky může ovlivnit vznik nového života, nese svůj díl odpovědnosti na vzniku jedince, a také na kvalitě života budoucí populace (Ptáček et al., 2011, s. 183).

Častou diskusí je morální status lidského embrya, u kterého se v současné době řeší dvě koncepce. Preembryo a embryo je plně lidskou bytostí, to je pozice ontologického personalismu a druhá že lidské bytí se stává osobou v průběhu gestace nebo v určité době po porodu což je pozice empirického funkcionalismu. Asistovaná reprodukce je největším objevem v léčbě neplodných párů a dotýká se základních otázek života. Umělé zásahy do lidské reprodukce jsou závažným společenským problémem (Ostró et al., 2009, s. 23).

5 PSYCHOLOGIE ONKOLOGICKY NEMOCNÝCH ŽEN

K onkologickým onemocněním se v současné době přistupuje komplexně, na vědomí jsou brány faktory biologické, psychologické a sociální. Psychologií onkologicky nemocných se zabývá psychoonkologie (Cibula et al., 2009, s. 287).

5.1 Vyrovnávání se s nemocí

Zjištění onkologické diagnózy znamená pro pacientku velkou zátěž. Pacientka je konfrontována s problémy tělesnými, psychickými i sociálními. I v dnešní době se pacientky často domnívají, že rakovina, rovná se smrt. Často nerozlišují zhoubná a nezhoubná onemocnění, rakovina pro ně znamená strádání, bolest, izolaci a nakonec smrt. Po sdělení diagnózy často upadají do pasivity, nedokáží přemýšlet o budoucnosti. Objevují se pocity úzkosti, projevy deprese, ta může vést ke ztrátě aktivit, jež vykonával, tím k ubývání fyzické síly a k sociální izolaci. Pacientky často mluví o pocitu, že je ostatní pozorují, že ví o jejich nemoci. Bojí se o ní mluvit z obav reakce okolí, jemuž se následně straní. Častou obavou je ztráta postavení v zaměstnání, mezi přáteli a ve společnosti všeobecně (Cibula et al., 2009, s. 288).

Hlavními předpoklady špatného vyrovnávání se s nádorem je sociální izolace, nízké socioekonomické postavení, abúzus alkoholu nebo drog, psychiatrická anamnéza, předchozí zkušenost s nádorem (např. v rodině), nedávná bolestná ztráta, nízká schopnost adaptace, pesimistický přístup k životu, četné závazky, absence víry a systému hodnot (Cibula et al., 2009, s. 288 – 289).

Nejznámějším a nejpoužívanějším dělení vyrovnávání se s nemocí vypracovala americká lékařka v 60. letech minulého století Elizabeth Küblerová – Rossová:

Šok – odmítání, popírání nemoci. Pacientka je vyděšen a plný úzkosti. Informace je třeba sdělovat stručně a jasně.

Hněv, agrese – projevuje se podrážděnost, agresivita i závist vůči zdraví jiných a otázky typu „proč já?“. V tomto stádiu je těžké s pacientkou komunikovat, jelikož agresivita se může obrátit i vůči zdravotníkům.

Smlouvání – pacientka se ujišťuje, zda je nemocná vážně ona, zda nedošlo k záměně výsledků, vyhledává jiné odborníky pro vyvrácení diagnózy. Pacientka s nemocí smlouvá, chce se dožít nějaké významné události (např. vnoučat). Nerozmlouváme pokusy o alterna-

tivní léčbu, mohly bychom přijít o její spolupráci. Zájem pacientky o takovou léčbu může být prospěšný (neodmítá-li naši léčbu), umožňuje aktivně se zapojit do boje s nemocí.

Deprese – na nemocnou doléhá fakt neměnnosti stavu, smutek, deprese, ztráta tělesné integrity, blízkost smrti, obává se samoty, má starost o osud svých blízkých, má strach ze života s nemocí, z umírání i bolesti. V této fázi je dobré nabídnout pomoc psychologa, psychiatra či dobrovolníka.

Smíření – pacientka začíná částečně či zcela akceptovat nemoc, omezení, nevyhnutelnost smrti a přijímá ji s klidem. Může však propadat i zoufalství nebo s nemocí a smrtí bojovat (Cibula et al., 2009, s. 289).

5.1.1 Prožívání nádorového onemocnění

U nádorového onemocnění je třeba brát na vědomí i stránku psychosociální, a k tomu je třeba znát i jednotlivá stádia nádorového onemocnění a jeho prožívání. Ve všech stádiích by měla mít pacientka možnost využít jakoukoliv formu psychologické pomoci, od individuální psychologické pomoci po skupinové terapie. Výběr terapie by měl být individuální, po konzultaci s lékařem a klinickým psychologem (Cibula et al., 2009, s. 289).

STÁDIA A JEJICH PROŽÍVÁNÍ, JAK JE UVÁDĚJÍ JANDOURKOVÁ A ČEPICKÁ

Zjištění diagnózy – pacientka prožívá smutek, zlost, vztek a depresi. Snižuje se koncentrace, dochází k poruchám spánku, ztrátě motivace a psychomotorickému zpomalování. V chování si můžeme všimnout bagatelizace, odmítání léčby jako zbytečné, ověřování diagnózy u jiných odborníků. Pacientce je třeba podávat přesné informace, nabídnout psychologickou pomoc, popřípadě psychofarmakologickou podporu.

Léčba – pacientka může prožívat strach, smutek, též depresi, pocity viny, beznaděje, viny a ztrátu kontroly. Je nutné podávat potřebné informace o nemoci, průběhu léčby a efektu léčby. Aktivně podporovat pacientku v aktivitách napomáhajících ke zvládnutí nemoci. Také je zde možnost nabídnout individuální nebo skupinovou terapii.

Zotavování – nemocná v tomto stádiu doufá ve vyléčení a zároveň se obává recidivy. Objevuje se problém přizpůsobení omezením v soukromém i pracovním životě. Život pacientky je neustále ovlivňován strachem a depresemi. Opět je nezbytná dostatečná informovanost a stálá psychoterapeutická pomoc.

Recidiva – objevují se podobné reakce jako při zjištění diagnózy, jsou však intenzivnější. Nastává šok, úplné nebo částečné popření situace. Nemocná prožívá strach, vztek, zoufal-

ství, hlubokou depresi a obtížně se přizpůsobuje. Lékař by měl opět podat dostatek informací, nabídnout individuální psychoterapeutickou pomoc, skupinovou terapii pro zmírnění izolace a v případě potřeby psychofarmakologické léčby je třeba konzultace s psychiatrem.

Terminálně – paliativní – v tomto stádiu převládá strach z izolace od rodiny, zvýrazňuje se strach z umírání a smrti, přichází fáze smutku, nářků a pacientka se obává komplikací, jako je bolest, potíže s dýcháním, ztráta tělesných funkcí. U nemocné i rodiny se projevuje deprese a agrese. U různých pacientek stádia vyrovnávání s nemocí trvají různě dlouho a ne vždy pacientka dospěje až ke smíření. Se smrtí se všeobecně lépe vyrovnávají starší ženy, a ty co po delší dobu fyzicky strádaly. Naopak hůře se s tímto faktem vyrovnávají mladé ženy, jež po sobě zanechávají často nedospělé děti. V péči o takové pacientky je potřeba zachovat co nejvyšší kvalitu života, dobrý emoční stav, a to dostatečným tlumením bolesti a vedlejších účinků léčby. Měla by být možnost pobytu v domácím prostředí či alespoň zajistit dostatečný kontakt s blízkými. S nemocnou i blízkými je nutné mluvit o možnostech umírání v nemocnici, hospici či doma (Cibula et al., 2009, s. 289 – 290).

6 SEXUOLOGICKÁ PROBLEMATIKA ŽEN S NÁDOROVÝM ONEMOCNĚNÍM

Karcinomy ženských pohlavních orgánů se vyskytují velmi často. U mladších žen jsou to nejčastěji prekancerózy děložního hrdla, u starších tumory prsou, ovarií a dělohy. Nádory mohou vznikat v přímé souvislosti s pohlavním životem (karcinom děložního hrdla), některé výrazně komplikují sexualitu (velké vaginální tumory) nebo ohrožují život pacientky (malignity). Nádory omezují sexuální život, fertilitu, způsobují krvácení, bolest, dyspareunii, psychické potíže, úzkosti, působí deprese a psychiatrická onemocnění (Weiss et al., 2010, s. 208).

Nezhoubné, neboli benigní nádory, ač neohrožují ženu přímo na životě, mohou jej výrazně komplikovat. Některé deformují zevní genitál, působí funkční a estetické potíže. Takové nepravidelnosti mohou ženu traumatizovat, vyvolávají pocit méněcennosti, nespokojenosti s vlastním tělem, frustraci a jsou důvodem sexuální abstinence a často i párového nesouladu. Jiné nezhoubné nádory působí krvácení po styku a další sexuální potíže nezpůsobují. Například ovariální cisty působí koitální bolest, což je často prvním příznakem onemocnění, jež vede ženu k lékaři. Benigní nádory prsní žlázy zpravidla sexualitu nekomplikují, avšak některé ženy s kancerofóbními sklony se mohou díky psychosexuální labilitě sexu vyhýbat (Weiss et al., 2010, s. 208).

Onemocnění benigním nádorem mění životní hodnoty a zasahuje do psychosexuální oblasti každé ženy. Často se objevují pocity strachu, úzkosti, deprese, beznaděje, sebeobviňování, obviňování okolí, rodiny i zdravotnického personálu. Nemocná se obává o svůj život, ztrátu pohlavních orgánů, plodnosti, tělesného postižení a přitažlivosti, též předčasné menopauzy a zestárnutí. Tyto pocity vyplývají z nejisté prognózy. Zhoubné nádory vždy narušují sexuální život, který buď zcela ustává, nebo je omezena jak koitální, tak i masturbáčnická aktivita vyplývající ze snížené sexuální touhy, orgastického prožitku a poruchy lubrikace. Vyskytují se sexuální dysfunkce, například dyspareunie a vaginismus (Weiss et al., 2010, s. 209 – 210).

Obnovení sexuálního života přichází pozvolna a odvíjí se od předchozího stavu, vztahu k partnerovi. Objevuje se párový nesoulad, problémy v komunikaci a vyšší rozvodovost. Závisí též na průběhu onemocnění, rozsahu operačního zákroku (změna vaginální anatomie) a negativních dopadech léčby, které mohou způsobit bolest, krvácení, poševní dyskomfort, poševní suchost i časté uroinfekce. Po chemoterapii se mohou projevit poru-

chy imunity, infekční komplikace a zažívací potíže. Radioterapie působí tkáňové změny, problémy s ochlupením a hormonální léčba například hirtusismus či cushingoidní syndrom. Psychogenní problémy doprovází důsledky léčby jako zkrácení pochvy, postradiační terapie, ztráta atraktivity vlastního těla, úplná nebo částečná ztráta prsou, a další (Weiss et al., 2010, s. 209 – 210).

Onkologické pacientky nejčastěji kladou otázky typu:

Jak ovlivní nádor a jeho léčba sexuální funkce a prožitky?

Jak dlouho bude toto omezení trvat?

Co mohu s tím problémem dělat, jaké je řešení?

Mohu při sexu ublížit sobě či partnerovi?

Sníží onemocnění šanci na otěhotnění?

Jaké jsou omezení při sexu v období terapie a rekonvalescence (Weiss et al., 2010, s. 211)?

7 ETIKA A KOMUNIKACE V ONKOLOGII

Diagnóza rakoviny s sebou nese neustále stigma předčasné smrti. Etické problémy vznikají i s ohledem na vývoj experimentálních terapií. Specifika etiky v onkologické praxi vycházejí především z nejisté prognózy a tak kladou velké nároky na komunikaci s nemocnými a na uchování integrity lékaře. Tato kapitola je zaměřena především na komunikaci s onkologicky nemocnými pacienty (Ptáček et al., 2011, s. 171).

LISABONSKÁ DEKLARACE O PRÁVECH PACIENTŮ (WMA, 1981, aktualizováno v roce 2000)

1. *Pacientka má právo na svobodnou volbu lékaře.*
2. *Pacientka má právo být ošetřován lékařem, který je svoboděn v činění klinických a etických rozhodování, bez jakéhokoli zásahu zvenčí.*
3. *Pacientka má právo přijmout nebo odmítnout léčbu poté, co byla adekvátním způsobem informována.*
4. *Pacientka má právo očekávat, že její lékař bude respektovat důvěrný charakter všech jeho lékařských a osobních podrobných údajů.*
5. *Pacientka má právo zemřít důstojně.*
6. *Pacientka má právo přijmout nebo odmítnout spirituální a morální útěchu včetně pomoci duchovního patřičného vzdělání (Ptáček et al., 2011, s. 171).*

7.1 Sdělování onkologické diagnózy

Všeobecně je onkologická diagnóza považována za špatnou zprávu a strach z nemoci je jen velmi obtížné ovlivnit. Sdělení takového faktu není lehké ani pro lékaře, ten by měl být informován i o celkovém stavu pacientky a jejím sociálním zázemím. Diagnózu je třeba sdělit v klidu, ne na vizitě a lékař by měl mít na toto dostatek času. Pokud si pacientka přeje přítomnost blízké osoby, vyhovíme jí. Pacientka má právo na informace o svém zdravotním stavu, avšak nikde není uvedeno v jakém rozsahu. Záleží tedy pouze na lékaři, ale informace musí být pravdivá a podaná šetrně. Pacientce nesdělujeme více, než si sama přeje. Odpovědi lékař volí citlivě, v tuto chvíli se utváří vztah mezi lékařem a pacientkou o navození důvěry. Ač jde medicína vpřed, co se týče léčby nádorů, většina solidních novotvarů, které tvoří hlavní obsah onkologie, jsou výsledky léčby dobré většinou pouze u počátečních stádií. Setkáváme se tedy s pacientkami i jejich rodinnými příslušníky, kteří věří

ve „všemocnou medicínu“ a nechtějí se smířit s ukončením agresivní léčby a přechodem na podpůrnou (Ptáček et al., 2011, s. 172 – 173).

Rozhovor při sdělování nepříznivé diagnózy obecně dělíme do dvou částí. V první části lékař pacientce sdělí diagnózu a ve druhé se snaží zmírnit šok ze špatné zprávy informacemi o možnostech léčby. Existují sepsané zásady při sdělování nepříznivé diagnózy, ty zde ale uvedeny nejsou. Špatnou diagnózu by měl sdělovat pouze lékař (Ptáček et al., 2011, s. 173).

7.2 Psychosociální podpora pacientky v průběhu nemoci

Provázení nemocné lékařem po dobu trvání nemoci není jednoduché ani pro jednu stranu. Lékaři se při léčbě soustřeďují především na krátkodobé stránky nemoci a o těch dlouhodobých nemluví. Lékaři se snaží pacientku zaměstnat aktivitami, jako jsou kontroly, samotná léčba a náznaky jistoty, to odvádí pacientčinu pozornost od nejistot ohledně jejího stavu. U onkologicky nemocných často nejde ani tak o bolest tělesnou, spíše o strach z nejasné budoucnosti, pocit osamělosti, strachu z opuštění partnera. Situace bývá horší, pokud nádor recidivuje. Není výjimečné, že pacientka vyhledá léčitele, poté je třeba jí sdělit, že se může vrátit k původní léčbě a lékař by se od ní neměl odvrátit (Ptáček et al., 2011, s. 175 – 176).

7.3 Ukončení agresivní léčby

Volbu odmítnout další léčbu musí lékař respektovat, především u těžce onkologicky nemocných, kdy podávání další zbytečné a zatěžující léčby jen protahuje umírání. Trvání protinádorové léčby i přes jasné ukazatele selhání není etické, humánní a je spíše prodloužením útrap. Přerušování agresivní léčby a pokračování paliativní přináší úlevu, je etická, humánní a je zajištěním důstojného umírání (Ptáček et al., 2011, s. 176).

7.4 Péče o umírající pacientky

Umírání v nemocnici i nadále zůstává stresující jak pro pacientky, tak i pro jejich příbuzné, spolupacientky a personál. Pokud je to možné, měl by se ošetřující personál snažit o zajištění důstojného prostoru pro poslední chvíle nemocné a její blízké. Měla by být zmírněna či odstraněna bolest. Blízcí chtějí vědět, že bylo uděláno maximum pro odvrácení smrti a když se stav stal neslučitelný se životem, bylo učiněno tak, aby nemocná netrpěla a zemřela důstojně (Ptáček et al., 2011, s. 176).

8 LEGISLATIVA

8.1 Práva onkologicky nemocných

Práva onkologicky nemocných jsou vlastně součástí práv pacientů, avšak počátkem roku 2000 se v Paříži konal první Světový summit proti rakovině. Zde více než stovka zástupců vlád podepsala Pařížskou chartu proti rakovině, jejím cílem je zlepšit léčbu a výzkum nádorových onemocnění všude ve světě a umožnit pacientům dobrou informovanost pro boj s nemocí. Charta se sestává z deseti článků, z nichž je níže uveden pouze článek VII., který se týká přímo pacientů.

Článek VII.

- 1. Všichni postižení nebo potenciálně postižení rakovinou by měli mít svobodný a rovný přístup k informacím o původu, prevenci a nejnovějších standardech detekce, diagnostiky a léčby nemoci.*
- 2. Spolupráce mezi pacienty, zdravotníky a vědci je založena na otevřené komunikaci.*
- 3. Celkový blahobyt pacienta zahrnuje nejen klinickou péči, ale i poskytování informací a psychosociální podporu. Zdravotníci i nemocní sdílejí zodpovědnost za to, aby potřebám pacienta jako takového bylo vyhověno.*
- 4. Onkologicky nemocní lidé po celém světě mají přístup k informacím, mohou se sdružovat a prosazovat svůj vliv.*
- 5. Odborná lékařská obec, která uznává vliv a přínos dobře informované a aktivní veřejnosti, napomůže k předávání informací založených na důkazech veřejnosti, pracovníkům ve vědě i lékařské praxi.*
- 6. Výzkum, průmysl a vládní orgány budou považovat zástupce pacientů za klíčové strategické partnery ve všech aspektech boje proti rakovině, včetně zlepšování standardů péče a kvality přežívání (Masarykův onkologický ústav, © 2009 – 2013).*

8.2 Národní registr asistované reprodukce (NRAR)

Účelem registru je evidence všech žen, u kterých byla zahájena ovariální stimulace nebo bylo zahájeno monitorování za účelem léčby sterility (sterility vlastní nebo sterility jiné ženy v případě darování oocytů) metodou mimotělního oplodnění (IVF) nebo příbuznými technikami. Sledování IVF cyklů zajišťuje nezbytné informace o způsobu, průběhu, výsledcích a případných komplikacích pro potřeby odborných zdravotnických pracovníků,

Ministerstva zdravotnictví ČR, zdravotních pojišťoven a pro mezinárodní vykazování údajů. Získané informace umožňují hodnocení léčebných postupů a jsou využívány pro řízení a zkvalitňování péče o neplodné páry a pro realizaci státní politiky v oblasti asistované reprodukce a léčby sterility. Národní registr asistované reprodukce (NRAR) je celoplošným populačním registrem. NRAR je webová aplikace s centrální databází a údaje do registru vkládají Centra asistované reprodukce (Národní registr asistované reprodukce, © 2010 – 2013).

8.2.1 Závazné předpisy

- **Zákon č. 372/2011 Sb.**, o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách)
- **Vyhláška č. 116/2012 Sb.**, o předávání údajů do Národního zdravotnického informačního systému
- **Zákon č. 227/2006 Sb.**, o výzkumu na lidských embryonálních buňkách a souvisejících činnostech a o změně některých souvisejících zákonů
- **Zákon č. 101/2000 Sb.**, o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů
- **Zákon č. 296/2008 Sb.**, o zajištění jakosti a bezpečnosti lidských tkání a buněk určených k použití u člověka a o změně souvisejících zákonů (Národní registr asistované reprodukce, © 2010 – 2013).

8.3 Zákon o zdraví lidu

Zákon č. 20/1966 Sb. je od 1. 4. 2012 v rámci reformy zdravotnictví nahrazen **zákonem č. 372/2011 Sb.** o zdravotních službách a 373/2011 Sb. o specifických zdravotních službách (LOK – SČL, 2011).

8.4 Zákony související s činností porodní asistentky

Zákon č. 105/2011 Sb., jímž se mění zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních, a zákon o správních poplatcích) (Úplné znění, 2013).

Zákon č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Kdy porodní asistentka vykonává činnosti podle §3 odst. 1 a dále podle §5 (Úplné znění, 2013).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

9 CÍLE PRÁCE

Cíl 1: Stanovit a zhodnotit systém ošetrovatelských diagnóz s využitím systému NANDA International Taxonomie II.

9.1 Metodika práce

Téma bakalářské práce je zpracováno na základě odborné literatury. Ke zpracování praktické části jsem užíla publikaci NANDA International Taxonomie II a Kapesní průvodce zdravotní sestry. Za pomoci této literatury jsem stanovila ošetrovatelské diagnózy s určujícími znaky, souvisejícími faktory, ošetrovatelskými cíli a intervencemi, jež jsou aplikovatelné na onkogynekologicky nemocnou pacientku. Dále jsem za pomoci databáze EBSCO vyhledala odborné články, pojednávající o systému NANDA International Taxonomie II, jejichž rozborem jsem získala informace o užití tohoto systému a jeho aplikaci jako software pro elektronickou ošetrovatelskou dokumentaci.

10 NANDA INTERNATIONAL TAXONOMIE II

NANDA neboli North American Nursing Diagnosis Association – severoamerická asociace sester pro ošetrovatelské diagnózy byla založena roku 1982 a vznikla z Národní konference skupiny. Tato konference a nově vzniklá operační skupina podnítila zájem o koncept standardizované ošetrovatelské terminologie. V roce 2002 byla NANDA znovu spuštěna jako NANDA International, aby odrážela celosvětový zájem v oboru vývoje ošetrovatelské terminologie (Herdman, 2010, s. 412).

Její cílem je vývoj klasifikace, kritérií a taxonomie ošetrovatelských diagnóz. Taxonomie se neustále vyvíjí a není ukončena (Herdman, 2010, s.xxi).

Publikace, jež k této problematice vznikla, je určena klinickým ošetrovatelským pracovníkům, pedagogům a studentům ošetrovatelství a porodní asistence. Slouží k plnění ošetrovatelských aktivit, studijních a výzkumných potřeb a úkolů. Kniha je rozdělena do pěti částí. V první části se nachází úvod do ošetrovatelských diagnóz, ve druhé části se nacházejí vlastní ošetrovatelské diagnózy s definicí, určujícími znaky, rizikovými faktory a souvisejícími faktory. Diagnózy jsou uvedeny v rámci třinácti domén, následně v rámci třídy. Ve třetí části je uvedena struktura Taxonomie II, čtvrtá část obsahuje vyřazené diagnózy Taxonomie a pátá obsahuje směrnice pro podávání diagnóz, revizní proces atd. (Herdman, 2010, s. xxiii).

10.1 Marjory Gordon

Marjory Gordonová stanovila v roce 1974 jedenáct okruhů vzorců chování a v roce 1987 publikovala model funkčních vzorců zdraví. Zařadila se mezi členky Americké akademie ošetrovatelství a v roce 1978 získala mezinárodní čestné uznání ošetrovatelské organizace Sigma Theta Tau za tvorbu profesionálních standardů. V letech 1982 až 2004 byla prezidentkou severoamerické asociace pro ošetrovatelskou diagnostiku NANDA. Je mezinárodně uznávaná za vizionářský rozvoj jedenácti funkčních vzorců zdraví, který umožnil generacím sester formovat ošetrovatelskou diagnózu (Plevová et al., 2011, s. 179).

První taxonomie NANDA byla rozdělena do devíti stupňů, jedenáct funkčních vzorců zdraví M. Gordonové bylo podkladem pro čtvrtou verzi. V roce 1994 Výbor pro taxonomii se svolením M Gordonové upravil její strukturu a vytvořil Taxonomii NANDA II (Plevová et al., 2011, 180 – 181).

11 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES DLE NANDA INTERNATIONAL TAXONOMIE II

11.1 Neefektivní péče o vlastní zdraví (00078)

Doména 1: Podpora zdraví

Třída 2: Management zdraví

Vzorec regulace a integrace programu léčby onemocnění a následků onemocnění do každodenního života, který nepostačuje ke splnění konkrétních zdravotních cílů (Herdman, 2010, s. 54).

Určující znaky – nezačlenění léčebného režimu do každodenního života, nepřijetí žádných opatření ke snížení rizikových faktorů, vyjadřuje touhu zvládnout nemoc, vyjadřuje potíže s předepsanými režimy (Herdman, 2010, s. 54).

Související faktory – bezmocnost, složitost léčebného režimu, vnímaná závažnost problému, ekonomické potíže, nedostatečná sociální podpora (Herdman, 2010, s. 54).

Cíle ošetřovatelské péče – pacientka si uvědomuje, co je potřebné k zachování zdraví. Pacientka chápe, které faktory přispívají k současné situaci. Pacientka rámci svých schopností převzala odpovědnost za péči o své zdraví (Doenges et al., 2000, s. 422).

Ošetřovatelské intervence

- Zaznamenáme snahu pacientky pečovat o své zdraví a běžné každodenní aktivity. Zjistíme, jak pacientka žije (například s rodinou či sama).
- Zjistíme aktuální změny v jejím životě (například zdravotní stav ostatních členů rodiny, ekonomická situace).
- Určíme úroveň adaptivního chování, znalosti a dovednosti s ohledem na péči o zdraví, okolní prostředí a bezpečnost.
- Trpělivě vyslechneme obavy pacientky a jejích blízkých.
- Pacientku vedeme k dodržování správných návyků v době zlepšení jejího zdravotního stavu a navrhneme, jak postupovat při zhoršování nemoci či remisi.
- Povzbuzujeme nemocnou k zapojení do společenských akcí.
- Postaráme se o komunikaci mezi zdravotnickým týmem a nemocnou.
- Dle indikace zapojíme do léčby specialisty (například psychologa, psychiatra).
- Pacientce a jejím blízkým pomůžeme stanovit cíle zdravotní péče.

- Pacientce a jejím blízkým pomůžeme osvojit si techniky vládnání stresu.
- Pacientku poučíme jaké příznaky a projevy vyžadují vyšetření a sledování lékařem.
- Dle situace pacientku odkážeme na sociální služby pro pomoc s finančním zajištěním nebo bydlením.
- Doporučíme podpůrné skupiny.
- U pacientek v terminálním stádiu nemoci zařídíme službu hospice (Doenges et al., 2000, s. 422 – 423).

11.2 Zanedbávání sebe sama (00193)

Doména 1: Podpora zdraví

Třída 2: Management zdraví

Model kulturně ohraničených chování, zahrnujících jednu nebo více aktivit sebezpeče, kde chybí udržování akceptovatelného standardu zdraví a well – being (pocitu pohody) (Herdman, 2010, s. 60).

Určující znaky – nedodržování aktivit k podpoře zdraví, neodpovídající hygiena okolí i sebe sama (Herdman, 2010, s. 60).

Související faktory – významný životní stresor (Herdman, 2010, s. 60).

Cíle ošetrovatelské péče – Pacientka má zájem o péči sebe sama. Pacientka převzala odpovědnost za osobní potřeby. Pacientka rozpoznává stresové situace, vedoucí k poruše adaptace a zná způsob jak je řešit. Pacientka projevuje znalost, jak pečovat o své zdraví. Pacientka využívá osobní, veřejné zdroje a podpůrné systémy, které jí pomohou (Doenges et al., 2000, s. 59, 233).

Ošetrovatelské intervence

- Zjistíme, čím je způsoben pokles schopnosti pacientky pečovat o sebe sama.
- Všimáme si souběžných zdravotních problémů a etiologickým faktorům, jež mohou mít vliv na péči.
- Posoudíme, zda pacientce něco brání účastnit se léčebného režimu (například nedostatek informací, rodinné problémy, problémy sociálně – ekonomické, pracovní a jiné). Určíme silné a slabé stránky osobnosti nemocné.
- Posoudíme intelektuální, paměťovou a vývojovou úroveň.

- Povšimneme si, zda je deficit dočasný nebo trvalý a zda bude časem ustupovat či spíše progredovat.
- S nemocnou a jejími blízkými vybudujeme vztah, založený na dohodě.
- Podporujeme účast pacientky a jejích blízkých při určení problému a přijímání rozhodnutí.
- Vyhradíme si čas na vyslechnutí pacientky a jejích blízkých, aby byla možnost včas zjistit případné překážky účasti v režimu.
- Umožníme komunikaci mezi osobami ošetřujícími nemocnou.
- Dle vhodnosti připravíme program na obnovu motivace a socializace.
- Při úkonech osobní péče dbáme na soukromí.
- Poskytneme dostatek času na provedení úkolu v celém rozsahu schopností nemocné, vyhneme se vyrušování.
- Pomůžeme s adaptací na běžné každodenní aktivity, začínáme snazšími úkoly.
- Naučíme pacientku šetřit energií.
- Pokrmy se snažíme podávat dle chuti nemocné.
- Pacientku vedeme k tomu, aby si uvědomila vlastní práva, povinnosti a aby posoudila svoji tělesnou, emoční a intelektuální zdatnost.
- Vedeme pacientku k aktivní úloze v péči o zdraví.
- Pravidelně vyhodnocujeme a sledujeme pokroky a potřebu změny péče o sebe samu.
- Obnovujeme instrukce pro další členy ošetřovatelského týmu. Uděláme si čas na rozhovor o pocitech vyvolaných situací (Doenges et al., 2000, s. 233 – 224).

11.3 Průjem (00013)

Doména 3: Vylučování a výměna

Třída 1: Funkce močového systému

Průchod volné, neformované stolice (Herdman, 2010, s. 103).

Určující znaky – bolest břicha, hyperaktivní střevní zvuky, křeče, naléhavá potřeba, tekutá stolice minimálně 3x denně (Herdman, 2010, s. 103).

Související faktory - úzkost, vysoké hladiny stresu, nežádoucí účinky léků, záření (Herdman, 2010, s. 103).

Cíle ošetrovatelské péče – pacientka obnovila a udržela normální fungování střev. Pacientka pochopila příčinu průjmu a důvod léčebného režimu. Pacientka se chová tak, aby mohly být vyřešeny příčinné faktory (Doenges et al., 2000, s. 273).

Ošetrovatelské intervence

- Zjistíme začátek i charakter průjmu a určíme, zda je akutní nebo chronický.
- Ověříme a zaznamenáme frekvenci, charakter, množství stolice, obvyklou denní dobu a vyvolávající faktory průjmu.
- Všimáme si, zda je průjem provázen bolestí a jinými doprovodnými symptomy.
- Břicho vyšetříme poslechem a popíšeme přítomnost, lokalizaci a charakter střevních zvuků.
- Uděláme si přehled o užívaných lécích a zaznamenáme jejich vedlejší účinky.
- Posoudíme vystavení pacienta odlišnému prostředí, změnu v pití vody či příjmu stravy.
- Seznámíme se s výsledky vyšetření stolice.
- Dle indikace omezujeme příjem pevné potravy a upravíme složení stravy pro snížení zátěže střev.
- Užijeme relaxační techniky ke snížení stresu a úzkosti.
- Posoudíme stav hydratace, pacientku povzbuzujeme k pití nápojů s bohatým obsahem elektrolytů a v případě indikace podáme tekutiny intravenózně nebo enterálně.
- Dle indikace podáme léky proti průjmu.
- Pomůžeme s péčí o oblast konečníku, dle potřeby užijeme masti či krémy a dbáme na čisté, suché osobní i ložní prádlo.
- Oblast hráze a hýždí volně vystavujeme vzduchu nebo teplu, aby kůže dobře oschla.
- Zvýšíme příjem tekutin a normální příjem stravy, jakmile ji pacientka toleruje.
- Nemocnou povzbuzujeme k příjmu tekutin, které ji nedráždí a k obnovení normální střevní flóry doporučíme přírodní dietní vlákninu a obyčejný přírodní jogurt.
- Vyhodnotíme individuální stresové faktory a způsoby, jak jim čelit.
- Shrneme nejdůležitější zásady pro přípravu jídla a probereme možnost vzniku dehydratace a včasnou náhradu tekutin.
- Pacientku umístíme na lůžko co nejbliže toalety.
- Pečujeme o soukromí nemocné a vyjádříme psychickou podporu (Doenges et al., 2000, s. 273 – 275).

11.4 Nespavost (00095)

Doména 4: Aktivita /odpočinek

Třída 1: Spánek/odpočinek

Narušení množství a kvality spánku poškozující funkci (Herdman, 2010, s. 111).

Určující znaky – pacientka uvádí aktuální nespokojenost se spánkem, pacientka uvádí nedostatečnou regeneraci spánkem, pacientka uvádí nedostatek energie, pacientka uvádí potíže s usínáním, pacientka uvádí potíže se spaním, pacientka uvádí zhoršenou kvalitu života, pacientka uvádí zhoršený zdravotní stav, pacientka uvádí změny nálad, pozorovaný nedostatek energie (Herdman, 2010, s. 111).

Související faktory – deprese, medikace, přerušovaný spánek, strach, stres, tělesný diskomfort, úzkost (Herdman, 2010, s. 111).

Cíle ošetrovatelské péče – pacientka slovně vyjádřila pochopení poruchy spánku. Pacientka uvádí zlepšení spánku a odpočinku. Pacientka pocítuje celkovou pohodu a odpočatost (Doenges et al., 2000, s. 328).

Ošetrovatelské intervence

- Posoudíme souvislost spánkové poruchy se základním onemocněním.
- Seznámíme se s psychologickým posudkem, zejména si všimáme individuálních a osobnostních charakteristik.
- Posoudíme traumatické příhody v životě pacientky.
- Zhodnotíme užívání kofeinu a alkoholických nápojů.
- Sledujeme či zjistíme od blízkých, kdy obvykle pacientka chodí spát, na jaké rituály je zvyklá, kolik hodin spí, kdy vstává a jaké má nároky na místo ke spaní.
- Vyslechneme subjektivní stížnost na kvalitu spánku.
- Zeptáme se na okolnosti, které ruší spánek a jak jsou časté.
- Ošetrovatelskou péči uspořádáme tak, aby pacientka měla nepřerušované období pro spánek, odpočinek a pokud vyrušovat musíme, vysvětlíme proč.
- Před spaním se postaráme o klidné prostředí a přiměřený komfort.
- Doporučíme omezení kofeinu, alkoholických nápojů, čokolády a také tekutin před spánkem.
- Vyzkoušíme různé způsoby, jak zlepšit spánek.

- Jsou-li indikovány, podáváme léky od bolesti hodinu před spaním a celkově sledujeme účinky léků.
- Pomůžeme pacientce osvojit si zásady, jak postupovat při insomnii (stejná doba chození spát a vstávání, nepospávat během dne, nečíst si v posteli, po ulehnutí na lůžko relaxovat – nepřemýšlet o stresujících věcech, neusne-li do 15 minut, opustit lůžko, nespát déle jak 7 hodin denně).
- Pacientce pomůžeme vypracovat individuální program relaxace a seznámíme ji s vhodnými technikami.
- Pobízíme k cvičení během dne, jež příznivě působí proti stresu a na zvýšení energie.
- Navrhujeme užívání ložnice pokud možno pouze ke spánku, ne k práci a sledování televize.
- Pokud je nutný spánek během dne, mělo by tak být učiněno v dopoledních hodinách, nikoliv odpoledne.
- Umožníme pohovor s psychologem v případě stresu, strachu, depresí a úzkosti (Doenges et al., 2000, s. 328 - 330).

11.5 Snaha zlepšit znalosti (00161)

Doména 5: Percepce/kognice

Třída 4: Kognice

Přítomnost nebo nabytí kognitivních informací vztahujících se ke konkrétnímu tématu postačuje k dosažení zdravotních cílů a lze je zlepšovat (Herdman, 2010, s. 168).

Určující znaky – chování odpovídá projeveným znalostem, popisuje předchozí zkušenosti vztahující se k tématu, vyjadřuje zájem o studium, vysvětluje znalost tématu (Herdman, 2010, s. 168).

Cíle ošetřovatelské péče – pacientka chápe léčebný režim. Pacientka začlenila léčebný režim do životního stylu. Pacientka zná a využívá dostupné zdroje. Pacientka zná způsoby jak se vyhnout komplikacím či progresi nemoci a jejich následků (Doenges et al., 2000, s. 179 - 180).

Ošetřovatelské intervence

- Zjistíme jak dalece je pacientka seznámena se stavem a nároky léčby, hovoříme s ní o zdravotních cílech.

- Zjistíme, jak nemocná vnímá přizpůsobení léčbě, a očekávané změny s pacientkou diskutujeme o využívaných zdrojích.
- Povšimneme si, čím je současný léčebný režim doplněn a s čím vším se pacientka a její blízcí musejí seznámit.
- Akceptujeme pacientčino hodnocení vlastních silných stránek i limitů a pracujeme s ní na zlepšení schopností.
- Cílem je i zvýšení sebeúcty a pokračování úsilí.
- Poskytneme informace nebo poradíme, kde je může získat, v případě internetu a dalších neověřených zdrojů je třeba kontroly.
- Uznáme úsilí a zdatnost nemocné, abychom ji podpořily.
- Podporujeme pacientku v rozhodování a účasti na plánování a realizaci úkolů.
- Dle potřeby poskytneme kontakt pro sledování.
- Pacientce umožníme sledování léčebného režimu, smyslem je časně rozpoznání změn, na něž může nemocná ihned reagovat.
- Mobilizujeme podpůrné systémy, včetně rodiny, blízkých osob, sociální a finanční zdroje a jiné (Doenges et al., 2000, s. 180).

11.6 Únava (00093)

Doména 4: Aktivita/odpočinek

Třída 3: Rovnováha energie

Celkově zmáhající dlouhodobý pocit vyčerpání a snížená schopnost k fyzické a duševní práci na obvyklé úrovni (Herdman, 2010, s. 129).

Určující znaky – nedostatek energie, neschopnost zachovat běžnou úroveň fyzické činnosti, neschopnost znovunabýt energii i po spánku, ospalost, pocit viny kvůli neplnění vlastních povinností, snížená koncentrace, snížený výkon, stížnosti na neustávající nedostatek energie, únava, vnímaná potřeba dodatečné energie pro zvládnutí běžných úkolů, zvýšení požadavků na odpočinek (Herdman, 2010, s. 129).

Související faktory – deprese, stres, úzkost, nedostatek spánku, onemocnění, špatný fyzický stav, negativní životní události (Herdman, 2010, s. 129).

Cíle ošetrovatelské péče – pacientka uvádí zvýšení energie. Pacientka rozpozná, co je základem únavy a jak se jí bránit. Pacientka vykonává běžné každodenní činnosti a účastní

se žádoucích aktivit v míře, která je možná. Pacientka se účastní doporučovaného léčebného programu (Doenges et al., 2000, s. 376).

Ošetrovatelské intervence

- Seznámíme se s medikací pacientky a zjistíme, zda není přítomna duševní nemoc.
- Zaměříme se na stádium nemoci, stav výživy, rovnováhu tekutin a změnu životního stylu.
- Určíme schopnost účastnit se různých aktivit a úroveň pohyblivosti.
- Posoudíme přítomnost spánkové poruchy, dále psychologické a osobnostní faktory.
- Od pacientky si vyslechneme, co podle jejího názoru únavu způsobuje a co ji zmírňuje.
- Posoudíme aspekt „naučené bezmocnosti“, který se může projevat „vzdáváním se“, takto se může udržovat začarovaný kruh únavy, zhoršeného fungování, zvýšené úzkosti a opět únavy.
- Dle vhodnosti použijeme některou ze škál pro hodnocení únavy.
- Sledujeme rozložení energie během dne, což nám umožňuje načasovat aktivity.
- Zjistíme dostupnost a využívání podpůrných systémů a změříme fyziologickou odpověď na aktivitu.
- Akceptujeme opravdovost pacientčinych stížností na únavu a nepodceňujeme dopad na kvalitu života.
- S pacientkou se dohodneme na realistických cílech a povzbuzujeme ji, aby sama prováděla vše co je v jejích silách.
- Nemocnou seznámíme s konzervací energie a pomůžeme jí se základní péčí.
- Vytvoříme prostředí zmírňující únavu a postaráme se o rozptýlení pacientky.
- Řešíme problém narušeného spánku.
- Pacientku seznámíme s metodami zvládání stresu a doporučíme vhodnou fyzikální, pracovní terapii k udržení síly a ke zlepšení pocitu pohody.
- Pacientce i blízkým osobám pomůžeme pochopit vztah mezi onemocněním a únavou.
- Pomůžeme sestavit plán aktivity a cvičení v rámci individuálních schopností.
- Podporujeme celková zdravotní opatření v rámci základního onemocnění.
- Nemocné pomůžeme přijít na vhodný způsob jak zvládat problémy, tím jí pomůžeme zlepšit sebevědomí a sebeúctu, nalezneme jí podpůrné skupiny a dle indikace doporučíme poradenství nebo psychoterapii (Doenges et al., 2000, s. 377 - 378).

11.7 Narušený obraz těla (00118)

Doména 6: Sebepercepce

Třída 3: Obraz těla

Zmatek v mentálním obrazu fyzického já člověka (Herdman, 2010, s. 191).

Určující znaky – neverbální reakce na aktuální změnu těla, neverbální reakce na vnímanou změnu těla, sdělování pocitů odrážející změněný pohled na vlastní tělo, sdělování vnímání odrážející změněný pohled na své tělo, vyhýbavé chování k vlastnímu tělu, aktuální změna funkce a stavby, chování monitorující vlastní tělo, chybějící část těla, nedotýkání se postižené části těla, neúmyslné skrývání postižené části těla, úmyslné skrývání postižené části těla, vyhýbání se pohledu na postiženou část těla, negativní pocity ohledně těla, přehnaný zájem věnovaný ztrátě, sdělování změny životního stylu, strach z reakce jiných, zaměření na funkci v minulosti, zaměření na silnou stránku v minulosti, zaměření na vzhled v minulosti (Herdman, 2010, s. 191 – 192)

Související faktory – léčba nemoci, onemocnění, operace, poškození, psychosociální, biofyzikální. (Herdman, 2010, s. 192)

Cíle ošetrovatelské péče – pacientka akceptuje sebe sama v dané situaci. Pocity úzkosti se zmírnily a pacientka se adaptovala na narušený obraz těla. Pacientka pochopila tělesné změny. Pacientka nemá pocit méněcennosti z narušeného obrazu těla. Pacientka ví, kde najít potřebné informace a aktivně překonává problémy. Pacientka je uznala odpovědnost za sebe sama. Pacientka zná možnost užívání adaptivních pomůcek (protéz) (Doenges et al., 2000, s. 213).

Ošetrovatelské intervence

- S pacientkou prodiskutujeme patofyziologii změn, posoudíme psychický a fyzický vliv stavu na její emoční stav.
- Všimáme si chování, jež ukazuje na silné znepokojení ohledně změn, a nemocnou vybídeme, aby popsala sebe samu se svými pozitivními i negativními stránkami.
- Zjistíme, jak se domnívá, že na ni pohlíží ostatní. S nemocnou si promluvíme o významu ztráty či změny.
- Všimáme si známků závažné dlouhotrvající deprese, pro posouzení odborníkem či farmakoterapii.
- Pozorujeme interakci mezi pacientkou a jejími blízkými.

- Posoudíme současnou úroveň adaptace a pokroku, vyslechneme pacientčiny poznámky na situaci.
- Sledujeme chování pacientky a pátráme po užívání návykových látek.
- Zjistíme předchozí způsoby zvládnání problémů a posoudíme individuální, rodinné a veřejné zdroje.
- Vytvoříme terapeutický vztah, pacientku navštěvujeme a dáváme jí najevo, že si ceníme její osobnosti.
- Poskytneme jí příležitost a vyslechneme si její otázky a obavy a pohovoříme s ní o nich.
- Vyhýbáme se kritickým posudkům a akceptujeme její pocity závislosti, smutku a nepřátelství.
- Pacientku a její blízké vedeme k tomu, aby spolu hovořily o svých pocitech, členy rodiny povzbuzujeme, aby s pacientkou jednali normálně, ne jako s postiženou.
- Je třeba upozornit další členy ošetrovatelského týmu, aby měli pod kontrolou výraz obličeje i další neverbální projevy.
- Vedeme pacientku k tomu, aby se postižená část těla stala součástí tělesného obrazu.
- Poskytneme pacientce přesné informace a potvrdíme dříve obdržené.
- Prohovoříme s nemocnou protetické pomůcky, rekonstrukční chirurgii či jinou terapeutickou léčbu dle potřeby.
- Pomůžeme vybrat oděv, abychom zamaskovaly tělesné změny.
- S poradenstvím a poskytnutím informací je důležité začít co nejdříve a nemocnou zapojím do rozhodování a řešení problémů.
- Naučíme pacientku, jak nakládat s pocity a dávat průchod emocím, oceníme a podporujeme pozitivní snahy a doporučíme podpůrné skupiny (Doenges et al., 2000, s. 213 – 215).

11.8 Beznaděj (00124)

Doména 6: Sebepercepce

Třída 1: Sebepojetí

Subjektivní stav, při kterém osoba vidí omezené nebo žádné alternativy nebo osobní výběr a není schopna zmobilizovat energii bez pomoci jiných (Herdman, 2010, s. 178).

Určující znaky – nedostatečné zapojení do péče, nedostatek iniciativy, pasivita, odvracení se od hovořícího, porušení spánkového vzorce, snížená chuť k jídlu, snížená reakce na podněty, snížená verbalizace, snížený afekt, verbální náznaky, zavírání očí (Herdman, 2010, s. 178)

Související faktory – dlouhodobý stres, zhoršující se fyzický stav, ztráta víry v transcendentní hodnoty (Herdman, 2010, s. 178)

Cíle ošetrovatelské péče – pacientka rozpozná a vyjadřuje své pocity. Pacientka zná způsoby, jak čelit pocitům beznaděje. Pacientka získala kontrolu nad péčí o vlastní osobu a běžnými každodenními činnostmi. Pacientka se zaměřila na krátkodobé cíle, podporující změnu chování a životního postoje. Pacientka pěstuje zábavu a rozptýlení podle svého výběru (Doenges et al., 2000, s. 72 – 73)

Ošetrovatelské intervence

- Upřesníme rodinnou, sociální a zdravotní situaci pacientky a okolnosti vzniku a vývoje problémů.
- Všimáme si projevů beznaděje v jednání pacientky a zároveň zhodnotíme i prodiskutujeme použití obranných mechanismů.
- Určíme schopnost zvládat problémy a pacientčin názor na své nynější a minulé schopnosti v té oblasti.
- Vytvoříme terapeutický, nápomocný vztah s pacientkou a vůči němu projevíme respekt, vznikne tak vstřícná atmosféra, umožňující nemocné vyjádřit své city a projevit pochopení i zájem o své problémy.
- Pacientce podáme důkladné informace o léčbě, vyšetřeních a plánu péče.
- Nemocnou povzbuzujeme k vyjádření pocitů, dojmů a dodáme jí naději, totéž provedeme u rodinných příslušníků a blízkých.
- Situace bývá snáze řešitelná krok po kroku, proto využití metody postupných (krátkodobých) cílů dává šanci na úspěch a pocit kontroly nad vlastními záležitostmi.
- Snažíme se předejít pocitům izolace, které mohou vést k pocíťovanému nedostatku kontroly.
- Dle vhodnosti zapojíme do léčby i rodinné příslušníky.
- Pacientku podporujeme, aby dodržovala čas, místo a četnost terapeutických sezení.
- Pobízíme nemocnou, aby nesla riziko v situacích, kde může uspět, pomůžeme jí osvojit si způsoby zvládnutí problémů a s jejich pomocí čelit beznaději.

- Vedeme ji ke zvýšení tělesné aktivity, je-li to možné, pomáhá zlepšit pocit pohody.
- Naučíme pacientku relaxačním cvikům a metodě řízených představ.
- Poskytneme pacientce pozitivní zpětnou vazbu, lze tak podpořit pokračování žádoucího chování.
- Nemocnou vedeme k tomu, aby si uvědomila, jaké faktory či situace vyvolávají pocit beznaděje.
- Povzbuzujeme pacientku k vytvoření podpůrných systémů mezi lidmi v jejím okolí.
- Dle potřeby doporučíme specialistu, například psychologa (Doenges et al., 2000, s. 73 – 74).

11.9 Bezmocnost (00125)

Doména 6: Sebepercepce

Třída 1: Sebepojetí

Vnímání toho, že něčí jednání nemůže významně ovlivnit výsledek; vnímaný nedostatek kontroly nad stávající situací nebo bezprostředním vývojem (Herdman, 2010, s. 184).

Určující znaky – pasivity, vyjadřuje nejistotu ohledně kolísání energie, hněv, neochota vyjádřit pravdivé pocity, neschopnost vyhledat informace týkající se péče, nezapojení se do péče, i když je k tomu příležitost, nezapojení se do rozhodování i když je k tomu příležitost, odpor, pocit viny, vyjadřuje neschopnost, frustraci, nespokojenost s vlastní neschopností vykonávat předchozí úkoly, vyjadřuje pochybnosti ohledně výkonu rolí, závislost na druhých, jež má za následek podrážděnost, apatie, deprese, vyjadřuje ztrátu kontroly (Herdman, 2010, s. 184).

Související faktory – prostředí zdravotní péče, režim daný onemocněním, životní styl, onemocnění (Herdman, 2010, s. 184).

Cíle ošetrovatelské péče – pacientka vyjádřila pocit kontroly nad současnou situací a budoucím vývojem. Pacientka se aktivně podílí na péči a rozhoduje o ní. Pacientka ví, které oblasti jsou pod její kontrolou a které nikoliv (Doenges et al., 2000, s. 70).

Ošetrovatelské intervence

- Seznámíme se s okolnostmi situace.
- Zjistíme, jak pacientka vnímá situaci a léčebný plán a nakolik rozumí svému stavu, zda pacientka chápe důvody léčby.

- Zkoumáme, zda je pacientka spíše dominantní nebo submisivní osobností.
- Ověříme si, jaké úspěšnosti, erudice nemocná v životě dosáhla, jaký má vztah s blízkými osobami.
- Všimáme si poznámek, ze kterých je zřejmé, že se pacientka „vzdává“, sledujeme způsob, kterým odpovídá, včetně vyjádření strachu, zájmu či apatie, agitovanosti, uzavření do sebe, komunikace, nevýrazných afektů a očního kontaktu.
- Zkoumáme, zda pacientka užívá manipulativního chování.
- Dáme najevo starost o pacientku jako osobu, uděláme si čas na vyslechnutí jejích názorů, obav, vybízíme ji k otázkám a dáme jí reálnou naději (vždy existuje).
- Akceptujeme vyjádření pocitů, včetně hněvu a beznaděje.
- Zjistíme silné stránky pacientčiny osobnosti a způsoby, pomocí nichž úspěšně zvládala problémy, cílem je uvědomění si schopnosti vyrovnat se s těžkou situací.
- Pomůžeme nemocné zjistit, co pro sebe může udělat, hovoříme i o tom co nemá pod kontrolou, povzbuzujeme ji k udržení nadhledu nad situací.
- Připravíme individuální plán, motivujeme pacientku k plnění realistických cílů, respektujeme její rozhodnutí a přání.
- Nekritizujeme ji a nechováme se k ní jak k dítěti.
- Poskytneme nemocné možnost kontroly nad svým stavem.
- Snížíme na minimum zákazy a příkazy a omezíme dohled v závislosti na stavu nemocné.
- Pozitivně posilujeme žádoucí chování a podporujeme časté návštěvy blízkými, dle možnosti je zapojíme do péče.
- Naučíme nemocnou technikám zvládnání stresu a úzkosti.
- Poskytujeme jí přesné informace o dění.
- Dle indikace doporučíme pracovní terapii nebo poradenství a podpůrné skupiny.
- Nemocnou vedeme k produktivnímu a pozitivnímu myšlení a odpovědnosti za to, jakými myšlenkami se zabývá (Doenges et al., 2000, s. 70 – 71).

11.10 Narušené procesy v rodině (00060)

Doména 7: Vztahy mezi rolemi

Třída 2: Rodinné vztahy

Změna rodinných vztahů anebo jejich fungování (Herdman, 2010, s. 209).

Určující znaky – změny v dostupnosti emoční podpory, změny v efektivitě při plnění přidělených úkolů, změny v chování snižujícím stres, změny v intimitě, změny v komunikačních vzorcích, změny v rituálech, změny v síle rodinného svazku, změny v účasti při rozhodování, změny v účasti při řešení problémů, změny ve spokojenosti s rodinou, stížnosti ohledně vlastního těla, změny ve vyjadřování konfliktů v rodině, změny ve vzájemné podpoře, změny ve vzorcích, změny ve vyjadřování izolace od zdrojů (Herdman, 2010, s. 209).

Související faktory – posun rolí v rodině, posun zdravotního stavu člena rodiny, situační krize, změna finanční situace rodiny (Herdman, 2010, s. 209).

Cíle ošetrovatelské péče – svobodné vyjadřování pocitů. Pacientka se zapojila do řešení problémů, spojených se vzniklou situací. Pacientka přijala opatření k vyřešení krize. Pacientka vyjadřuje pochopení nemoci, léčebného režimu i prognózy. Nemocná je podpořena k řešení situace, aby se posílila její nezávislost (Doenges et al., 2000, s. 446).

Ošetrovatelské intervence

- Určíme patofyziologii a stav nemoci.
- Popíšeme aktuální vývojový stav rodiny (například těhotenství, svatba, malé dítě) a zároveň si všimáme skladby rodiny, zda jen muž a žena nebo i děti, přítomnost širší rodiny.
- Pozorujeme komunikaci v rodině (kdo má hlavní slovo, vyjadřování citů v rodině, interakce mezi členy rodiny, atd.) a chování členů rodiny.
- Zjistíme, jaký vliv má nemoc na ostatní členy rodiny.
- Děti by měly být drženy stranou starostí dospělých.
- Všimáme si, zda jsou snahy o řešení problémů efektivní a nasloucháme pocitům bezmoci a zoufalství.
- Je třeba si uvědomit kulturní a náboženské faktory.
- Posoudíme vnější podpůrné systémy rodiny.
- S pacientkou i její rodinou a blízkými jednáme vřele a s respektem.
- Potvrdíme, že jistá míra konfliktů je očekávaná a může být i ku prospěchu.
- Projevy hněvu nebereme osobně a udržujeme hranici mezi námi jako zdravotníkem a rodinou.
- Zdůrazňujeme význam komunikace mezi členy rodiny a častý kontakt.

- Dle potřeby podáme informace, vybízíme k otázkám a podporujeme osvědčené způsoby zvládání konfliktů.
- Doporučíme využití technik zvládání stresu, poskytneme edukační materiály a informace na pomoc členům rodiny při řešení krize.
- Doporučíme podpůrné skupiny, psychologické poradenství, atd.
- Pomůžeme rodině rozpoznat situace, jež vyvolávají strach či úzkost.
- Zapojíme rodinu do plánování cílů a podporujeme jejich angažovanost.
- Nalezneme veřejné organizace, které jsou schopné poskytnout okamžitou i dlouhodobou podporu (Doenges et al., 2000, 446 – 448).

11.11 Sexuální dysfunkce (00059)

Doména 8: Sexualita

Třída 2: Sexuální funkce

Stav, při kterém jedinec zažívá změnu v sexuálním fungování během sexuálních reakčních fází touhy, vzrušení nebo orgasmu, který je vnímán jako neuspokojující, neuspokojivý nebo neadekvátní (Herdman, 2010, s. 221).

Určující znaky – aktuální omezení způsobené onemocněním a léčbou, sdělení problému, vnímaná omezení způsobené onemocněním a léčbou, změna v zájmu o sebe, změna v dosahování vnímané sexuální role (Herdman, 2010, s. 221).

Související faktory – konflikt hodnot, změna funkce těla, změněná struktura těla (Herdman, 2010, s. 221).

Cíle ošetrovatelské péče – pacientka vyjádřila pochopení změn, které nemohou mít vliv na funkci. Pacientka si uvědomuje stresující aspekty životního stylu, které mohou přispívat k dysfunkci. Pacientka otevřeně diskutuje o obavách z obrazu těla, sexuální role, atraktivnosti jako sexuální partner (Doenges et al., 2000, s. 320).

Ošetrovatelské intervence

- Odebereme sexuální anamnézu včetně obvyklých způsobů aktivity a úrovně touhy.
- Požádáme pacientku o popis problému vlastními slovy.
- Zjistíme význam sexu pro nemocnou a jeho motivaci ke změně.
- Posoudíme vědomosti pacientky o anatomii a funkci pohlavních orgánů a dopadu současné situace.

- Rozpoznáme stresové faktory individuální situace.
- Posoudíme charakter nemoci či operace a vliv na jedince, též na partnera.
- Podrobně zjistíme abúzus léků, popřípadě drog.
- Všimáme si stádia smutku, týká-li se změny těla či ztráty části těla.
- S nemocnou hovoříme o významu jejího chování.
- Zdržíme se hodnocení pacientky, toto nepomáhá řešit situaci.
- Vytvoříme terapeutický vztah s pacientkou.
- Informujeme pacientku o všech zjištěných, a zjistíme o jaké informace má zájem, tomu přizpůsobíme edukaci.
- Pacientku povzbuzujeme k vyjádření obav, hněvu, smutku i strachu.
- Nabádáme nemocnou k rozhovoru o problému s partnerem.
- Dle indikace poskytneme informace o možnostech, jak korigovat poruchu farmakologicky nebo pomocí rekonstrukční chirurgie a odkážeme ji na vhodné zdroje informací.
- Poskytneme písemné materiály o problému dle potřeby, aby se k nim pacientka mohla vracet, a pacientku naučíme pravidelnému samovyšetřování.
- V případě potřeby doporučíme odbornou pomoc v oblasti vztahů či sexuální problematiky (Doenges et al., 2000, s. 320 – 321).

11.12 Úzkost (00146)

Doména 9: Zvládání/tolerance zátěže

Třída 2: Reakce na zvládání zátěže

Vágní nelehký pocit diskomfortu nebo děsu, provázený autonomní reakcí. Pocit obav způsobený očekáváním nebezpečí. Je to výstražný signál, který varuje před hrozícím nebezpečím a umožňuje dané osobě přijmout opatření, aby hrozbě čelila (Herdman, 2010, s. 234).

Určující znaky – nespavost, neklid, nesoustředěnost, snížená produktivita, vyhýbání se očního kontaktu, vyjadřuje obavy kvůli změně životních událostí, bázlivost, zvýšená bezmocnost, lítostivost, obavy, podrážděnost, psychická nejistota, rozrušenost, sklíčenost, strádání, ustaranost, ustrašenost, vyděšenost, zaměření na sebe sama, zvýšená ostražitost, chvění hlasu, roztřesenost, zvýšené napětí, bušení srdce, nechutenství, průjem, slabost, zrychlený pulz, bolest břicha, nevolnost, únava, potíže s koncentrací, snížená schopnost se učit a řešit problémy, tendence obviňovat druhé, uvědomování si fyziologických symptomů, zapomětivost (Herdman, 2010, s. 234 – 235)

Související faktory – hrozba smrti, stres, situační krize, změna ve zdravotním stavu, prostředí (Herdman, 2010, s. 235)

Cíle ošetrovatelské péče – pacientka dosáhla uvolněného vzhledu a snížila úzkost na zvládnutelnou míru. Pacientka si uvědomuje a umí popsat pocity úzkosti. Pacientka zná způsoby, jak si poradit s úzkostí a jak ji vyjádřit. Pacientka umí řešit problémy, efektivně využívá všech druhů podpory a pomoci (Doenges et al., 2000, s. 383)

Ošetrovatelské intervence

- Uděláme si přehled o rodinných i zdravotních faktorech a nedávno užívaných lécích.
- Zjistíme, jak pacientka vnímá ohrožení v dané situaci.
- Sledujeme fyzickou odpověď a chování pacientky z hlediska hladiny úzkosti.
- Vytvoříme terapeutický vztah s nemocnou, chováme se vstřícně a s respektem.
- Pacientce jsme k dispozici, nasloucháme, hovoříme s ní a vedeme ji k ujasnění i vyjádření svých pocitů.
- Nepřeme se s nemocnou a neujišťujeme ji, že bude vše v pořádku.
- Podáme přesné informace o situaci a pomůžeme jí najít reálný základ.
- Vytvoříme klidné a tiché prostředí, využijeme relaxační hudby, koupele či masáže.
- Akceptujeme nemocnou jaká je, na chování pacientky nikdy nereagujeme osobně.
- Pomůžeme pacientce využít úzkost při řešení situace, pokud je to užitečné.
- Naučíme pacientku rozpoznat spouštěcí faktory a osvojit si nové metody překonání silné, ochromující úzkosti.
- Probereme s pacientkou, které události, myšlenky a pocity předcházely stavům úzkosti, též ji vedeme k uvědomění si, co pomáhalo zmírnit tyto stavy v minulosti.
- Pacientce dle potřeby poskytneme potřebné zdroje pro poskytnutí pomoci (horké linky, atd.).
- Doporučíme vypracování programu cvičení a činností ke zmírnění pocitů úzkosti a směřujeme ji k pozitivnímu myšlení.
- Věnujeme pozornost medikaci a učiníme opatření ke snížení vedlejších účinků.
- Dále dle potřeby odkážeme pacientku k odborníkovi (psycholog, psychiatr) a doporučíme individuální nebo skupinovou terapii.
- V případě panické úzkosti zůstaneme s pacientkou, zachováme klid a harmonické prostředí, hovoříme v krátkých větách, volíme jednoduchá slova.
- Dbáme na to, aby blízcí v kontaktu s nemocnou nepřenášeli své pocity.

- Z důvodu bezpečnosti je někdy třeba nemocnou sledovat, dokud opět nenabyde kontroly nad svým jednáním.
- Po zmírnění úzkosti postupně zvyšujeme aktivitu.
- Dle indikace podáváme léky proti úzkosti. (Doenges et al., 2000, s. 383 – 386).

11.13 Neefektivní zvládání zátěže (00069)

Doména 9: Zvládání/tolerance zátěže

Třída 2: Reakce na zvládání zátěže

Neschopnost zformulovat platné vyhodnocení stresorů, nesprávný výběr praktikovaných reakcí nebo neschopnost používat dostupné zdroje (Herdman, 2010, s. 245).

Určující znaky – nedostatečné řešení problémů, destruktivní chování vůči sobě, nedostatek chování zaměřeného ke splnění určitého cíle, neschopnost naplňovat základní potřeby, neschopnost naplňovat základní potřeby, neschopnost přistupovat k informacím, porucha spánku, potíže s organizováním informací, rizikové jednání, slabá koncentrace, snížené užívání sociální podpory, únava, uvádí neschopnost zvládat zátěž, užívání forem zvládání zátěže, které překážejí adaptivnímu chování, onemocnění (Herdman, 2010, s. 245).

Související faktory – genderové rozdíly ve strategiích zvládání, nedostatečná příležitost připravit se na stresory, nedostatečná sociální podpora, nedostatečná úroveň důvěry, nedostatečné zdroje informací, nejistota, neschopnost uchovat adaptivní energie, porucha ve vzorci uvolnění napětí a vyhodnocení hrozby, situační krize, vysoký stupeň ohrožení. (herdman, 2010, s. 245)

Cíle ošetrovatelské péče – pacientka rozpozná neefektivní chování a jeho důsledky. Pacientka si uvědomuje a slovně vyjadřuje vlastní schopnosti a možnosti. Pacientka naplnila psychické potřeby, zahrnující vyjádření pocitů. Pacientka využívá podpůrných zdrojů (Doenges et al., 2000, s. 436).

Ošetrovatelské intervence

- Zhodnotíme schopnost porozumět různým událostem a realisticky vyhodnotit situaci.
- Zjistíme vývojovou úroveň pacientky, posoudíme současnou funkční kapacitu a odhadneme, jaký má vliv na schopnost čelit problémům.
- Zjistíme abúzus alkoholu, drog, kouření, způsob spaní a jídla, dále dopad nemoci na sexuální potřeby.

- Všímáme si hladiny úzkosti, schopnosti zvládat úkoly a zaznamenáme způsob řeči a komunikace.
- Snažíme se o objektivní sledování nemocné.
- Posoudíme, nakolik pacientka rozumí současné situaci a jejímu dopadu, rozmlouváme s ní na její úrovni.
- Využijeme momenty příhodné pro poučení pacientky.
- Aktivně nasloucháme a zajímáme se o její pocity.
- Zhodnotíme schopnost rozhodovat se a zjistíme dřívější způsoby zvládání problémů, a zda je lze užít i v současné situaci.
- Pacientku oslovujeme jménem, chováme se uctivě, uznáváme individualitu a podporujeme ke komunikaci.
- Dle možnosti dbáme na kontinuitu péče (aby se o pacientku staral pokud možno stejný lékař).
- Jednoduše a přesně vysvětlíme pacientce charakter onemocnění, ošetrovatelský plán, prováděné úkony a poslechneme si její reakci, zodpovíme kladené otázky, aby získala kontrolu nad situací.
- Dbáme na tiché, klidné prostředí, úkony a činnosti plánujeme tak, aby bylo dost času na odpočinek.
- Pobízíme pacientku k rozptýlení, relaxačním aktivitám, zdůrazníme pozitivní somatickou odezvu na léčbu, avšak situaci nebagatelizujeme.
- Povzbuzujeme pacientku k využití nových způsobů řešení problémů.
- Dovolíme pacientce reagovat jejím vlastním způsobem bez odsudků, zároveň dáme najevo nesouhlas v případě, že její jednání je nepřiměřené.
- Pomůžeme pacientce vyjadřovat emoce přijatelným způsobem.
- Podáváme potřebné informace o průběžném dění, průběhu nemoci.
- Vytvoříme a udržujeme atmosféru realistické naděje.
- Poučíme pacientku o účelnosti léčby, výskytu vedlejších účinků a léčebných postupech.
- Posoudíme účinek stresorů a způsoby, jak se s nimi vypořádat. Dle potřeby využijeme psychologa či podpůrných skupin (Doenges et al., 2000, s. 436 – 438).

11.14 Strach (00148)

Doména 9: Zvládání/tolerance zátěže

Třída 2: Reakce na zvládání zátěže

Reakce na vnímané ohrožení, které je vědomě rozpoznáno jako nebezpečí (Herdman, 2010, s. 252).

Určující znaky – sděluje, hrůzu, nebezpečí, obavy, paniku, sníženou sebejistotu, strach a zvýšené napětí, identifikuje předmět strachu, podnět je vnímán jako ohrožení, snížená produktivita, snížená schopnost řešit problémy, snížená schopnost učit se, impulzivnost, útočné chování, vyhyčivé chování, zvýšená ostražitost, bledost, nauzea, nechutenství, průjem, únava (Herdman, 2010, s. 252).

Související faktory – neznalost okolí, oddělení od podpůrného systému v potenciálně stresující situaci, přirozené (ztráta fyzické podpory, bolest) (Herdman, 2010, s. 253).

Cíle ošetrovatelské péče – pacientka chápe strach a diskutuje o něm. Umí odlišit zdravý strach od „nezdravého“. Pacientka využívá zdrojů, díky nimž prokazuje pochopení. Pacientka dává najevo přiměřené spektrum citů a zmírněný strach. (Doenges et al., 2000, s. 350)

Ošetrovatelské intervence

- Zjistíme jak pacientka a její blízcí vnímají, k čemu dochází a jak to ovlivňuje jejich život.
- Všimáme si stupně ochromení strachem, srovnáme verbální a neverbální projev a zhodnotíme, zda se shodují.
- Pátráme po projevech popření nebo deprese a sledujeme, na kolik je pacientka soustředěna.
- Jsme ve střehu a vždy musíme zhodnotit, zda nehrozí násilné chování.
- Posoudíme vliv rodiny a dalších blízkých na stav pacientky.
- Budeme nemocné nablízku my či někdo blízký, nasloucháme jejím obavám a poskytneme informace o stavu, vyšetřeních a léčbě.
- Uznáme normálnost a užitečnost strachu, necháme ji vyjádřit své emoce.
- Dáme příležitost k otázkám a upřímně je zodpovíme a omezíme konflikty.
- Podporujeme nemocnou v kontrole nad sebou samou, posilujeme dominantní chování.

- Pacientku povzbuzujeme ke kontaktu s podobně nemocnými, kteří si strachuplnou záležitostí také prošli.
- Dle vhodnosti vysvětlíme vztah mezi nemocí a příznaky, zkontrolujeme užívání léků proti úzkosti a zdůrazníme přesnost užívání dle předpisu.
- Vysvětlíme pacientce postupy relaxace, podporujeme aktivitu a dle potřeby doporučíme podpůrné skupiny, veřejné organizace či psychologa (Doegens et al., 2000, s. 350 – 351).

11.15 Nauzea (00134)

Doména 12: Komfort

Třída 1: Tělesný komfort

Subjektivní nepříjemný, vlnovitý pocit v zadní části hrdla, epigastria nebo břicha, který může vést k nutkání nebo potřebě zvracet (Herdman, 2010, s. 341).

Určující znaky – odpor k jídlu, dávivý pocit, uvádí pocit na zvracení, zvýšené slinění a polykání (Herdman, 2010, s. 341).

Související faktory – bolest, intraabdominální nádory, toxiny, bolest, úzkost, strach, léčba nádorového onemocnění (Herdman, 2010, s. 341).

Cíle ošetrovatelské péče – Pacientka udává zmírnění nebo odeznění nauzey. Pacientka zvládá chronickou nauzeu a udržuje přiměřený příjem potravy. Pacientka udržela/zvýšila svou tělesnou hmotnost (Doenges et al., 2000, s. 198).

Ošetrovatelské intervence

- Pátráme po stavech, které mohou způsobit nevolnost (nádorové onemocnění, léčba nádorového onemocnění).
- Rozpoznáme situace, jež v pacientce vyvolávají stav úzkosti či strachu.
- Všimáme si psychologických faktorů.
- Sledujeme, zda nevolnost spontánně ustupuje nebo se mírní či zda je závažná a dlouhodobá (u maligních onemocnění).
- Podáváme léky, umožňující předejít nevolnosti nebo ji zmírnit a sledujeme jejich účinky.
- Nemocné podáváme suché pokrmy (sušenky, rohlíky, toasty), pití tekutin se nedoporučuje během jídla.

- Nemocné podáváme dietní stravu obsahující všechny důležité živiny, doporučíme jíst častěji a po malých porcích, pomalu a důkladně žvýkala.
- Postaráme se o čisté, příjemné a klidné prostředí.
- Dbáme na to, aby nebyly přítomny zápachy z kuchyně, cigaret, nadměrou parfémů a mechanických emisí.
- Doporučíme několikrát denně očištění dutiny ústní, aby se zabránilo „špatné chuti“.
- Doporučíme pít čiré, chladné nápoje, cucat kostky ledu nebo tvrdé ovocné bonbóny pro zajištění alespoň nepatrného množství tekutin.
- Nemocnou pobízíme k hlubokému, pomalému dýchání a podporujeme relaxaci.
- Zabavíme pacientku poslechem relaxační hudby, sledováním televize a povídáním si s rodinou a blízkými, aby tolik nemyslela na nepříjemné pocity.
- Dle indikace podáváme antiemetika před, během nebo po podávání cytostatik.
- Chemoterapii plánujeme tak, aby co nejméně kolidovala s jídlem.
- Doporučíme pacientce předem nachystat pokrmy na dny, kdy může být nauzea silná.
- Pacientce vysvětlíme příznaky dehydratace a zdůrazníme význam náhrady tekutin (Doenges et al., 2000, s. 198 – 199).

11.16 Chronická bolest (00133)

Doména 12: Komfort

Třída 1: Tělesný komfort

Nepříjemný smyslový a emoční zážitek, způsobený skutečným nebo možným poškozením tkání nebo popsáný v terminologii pro takové poškození; náhlý nebo pomalý nástup libovolné intenzity od mírné po silnou, neustávající nebo opakované bez očekávaného nebo předvídatelného konce a s trváním delším než 6 měsíců (Herdman, 2010, s. 343).

Určující znaky – deprese, obličejová maska, obranné chování, podrážděnost, úlevová poloha, sebestřednost, únava, uvádí bolest, změněná schopnost pokračovat v předchozích aktivitách, změny režimu spánku (Herdman, 2010, s. 343).

Související faktory – chronické tělesné postižení (Herdman, 2010, s. 343).

Cíle ošetřovatelské péče – pacientka udává úlevu, zvládnutí bolesti a dosažení pohody. Pacientka projevuje změnu chování a využívá možností léčby. Rodina spolupracuje při léčbě bolesti (Doenges et al., 2000, s. 79).

Ošetrovatelské intervence

- Pátráme po projevech bolesti (grimasa, úlevová poloha, sdělování bolesti, atd.).
- Asistujeme při stanovení diagnózy, užijeme škálu bolesti ke stanovení intenzity.
- Posoudíme emocionální i fyzickou složku situace, vezmeme v úvahu i věk nemocné, citlivost vůči bolesti může s věkem klesat.
- Zhodnotíme současné i minulé užívání analgetik, narkotik nebo alkoholu.
- Posoudíme situaci v rodině, špatné vztahy a ekonomické potíže mohou mít za následek nulové pokroky v léčbě.
- Posoudíme chování pacientky, práh bolesti, trvání bolesti a provedené vyšetření a opatření ke zmírnění bolesti.
- Všimáme si vlivů bolesti na způsob života, posoudíme míru adaptace nemocné.
- K posouzení bolesti přistupujeme věcně, nikoliv s nadměrnou starostlivostí.
- Rodinu a blízké pobízíme k zabavení pacientky, aby stále nemyslela na bolest (láska, smích, hudba, endorfiny zvyšují pocit pohody).
- Pacientčino očekávání přiblížíme realitě, jelikož bolest často nelze odstranit úplně.
- Objasníme nemocné doprovodné symptomy bolesti jako je napětí a úzkost.
- Naučíme pacientku dýchacím technikám k uvolnění svalů a celkové relaxaci.
- Léky proti bolesti bývají návykové, zhoršují nespavost a analgetický účinek lze podpořit antidepresivy, vnímání bolesti se může po odeznění deprese snížit.
- Sledujeme, zda se bolest mění, může to znamenat další somatický problém.
- Vedeme pacientku a její blízké k pevné mysli a k odpovědnosti za vlastní léčbu.
- Opakujeme jak bezpečně užívat léky a s jakými vedlejšími účinky a příznaky vyhledat lékaře.
- Pacientce vedeme k chování povzbuzující pohodu.
- Chronická bolest vždy ovlivní vztahy a dynamiku rodinného života, proto doporučíme, aby si na sebe rodina udělala dostatek času.
- Můžeme najít podpůrné skupiny nebo zdroje, které by splňovaly potřeby pacientky (Doenges et al., 2000, s. 80 – 81).

12 DISKUSE

Práce se systémem diagnóz NANDA International Taxonomie II není nijak zvlášť složitá, pracuje se s ní dobře, avšak je potřeba čas, jistá míra kreativity, a rozhodně praxe v oboru. V dnešní době je na všeobecnou sestru i porodní asistentku kladena velká spousta administrativní práce. Některým přijde zbytečná ztráta času užívání ošetrovatelské diagnostiky, jiní si myslí, že systémy nejsou využitelné ve všech oborech a že práce s nimi nepodporuje odborný růst pracovníka.

Materiály uvedené v publikaci NANDA International Taxonomie II podléhají autorským právům dle **zákona 398/2006 Sb.** Je tedy nutné požádat o schválení nebo zaplatit poplatky za autorská práva v případě, že autor nebo vydavatelství žádá o povolení užít celou taxonomii v učebnici nebo jiné příručce určené k prodeji, žádá o povolení užít pouze seznam diagnóz bez definic a určujících znaků, autor nebo společnost žádá o povolení k využití v audiovizuálním materiálu, tvůrce softwaru nebo počítačové databáze, ošetrovatelská škola, výzkumník, profesní nebo zdravotnická organizace žádá o povolení užít taxonomii v programu (Herdman, 2010, s. xv).

Na základě nalezených článků o využívání NANDA International Taxonomie II jsem zjistila následující:

V článku *“Does One Size Fit All?” Exploring the Cultural Applicability of NANDA Nursing Diagnoses to Chinese Nursing Practice* jsou uvedeny názory sester pracujících v různých nemocnicích na Thaj-wanu. Ze studie vyplývá, že NANDA International Taxonomie II nemusí být kompatibilní s kulturou tradiční čínské zdravotní péče na Thaj-wanu, ta zdůrazňuje holistickou harmonii a rovnováhu. Pod iniciálami NANDA jsou v tomto článku uvedeny hlavní kategorie boje s „*One Size Fits All*“ (*jedna velikost pro všechny*). N = ošetrovatelská cesta od nováčka k expertovi je ohrožena (*Nursing journey...*). A = absence kritického myšlení (*Absence...*). N = ošetrovatelská péče se stává rigidní (*Nursing care...*). D = od podstaty snižuje dobrou ošetrovatelskou péči (*Detract from...*). A = „*A pill for every ill*“ (*pilulka pro každou nemoc*) (Lai et al., 2013. s. 43-50).

Podle mého názoru je myšlenka „*One size fits all*“ správná. Pokud se na to podívám z hlediska porodních asistentek, nenašla jsem mnoho diagnóz, které by se přímo hodily k oboru porodní asistentky, zkrátka jsou porodní asistentky odsunuty na druhou kolej. Například porodní bolesti nejsou v tomto systému vůbec uvedeny, ani akutní, ani chronická bolest nejsou pro diagnostiku kontrakcí relevantní.

Podle švýcarské studie, jež porovnávala různé ošetrovatelské diagnostické systémy vyplynulo, že nejpoužívanějším systémem ve Švýcarsku i mezinárodně je NANDA International. Proto by mohla být po zpracování do elektronické dokumentace účinným nástrojem v práci s diagnózami. Avšak je zde zdůrazněno, že program nikdy nenahradí znalosti kvalifikovaných sester (Müller-Staub et al., 2007, s. 702 – 713).

V jiné švýcarské studii z roku 2010 byly porovnávány a diskutovány dva systémy ošetrovatelské péče, a to ICF (*International Clasification of Functioning, Disability and Health - Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, míry postižení a zdraví, je klasifikace zdravotnických domén souvisejících se zdravím*) a NANDA International Taxonomie II. Tento článek prezentuje diskusi o jejich použití v praxi. Společné rysy těchto dvou systémů by podle výsledků studie měly být vzaty v úvahu pro použití v praxi. S NANDA International Taxonomie II mohou být splněny požadavky, jež jsou důležité výhradně pro ošetrovatelství. International Clasification of Functioning (ICF) je nový slibný rámec pro klasifikaci zdravotního postižení a fungování pacienta na multiprofesní úrovni. ICF je užitečné pro komunikaci všeobecných sester s dalšími zdravotnickými pracovníky. Zdravotní sestry tak mohou sdílet vědomosti s ostatními zdravotnickými odborníky, což může přispět k širšímu pochopení stavu pacienta. Kombinované použití obou systémů umožňuje tedy mnohotvárné mapování stavu pacienta. Vše je přizpůsobeno s ohledem na konkrétní potřeby (Boldt et al., 2010, s. 1885 – 1898).

ZÁVĚR

Za pomoci publikací NANDA International Taxonomie II a Kapesní průvodce zdravotní sestry byly stanoveny ošetrovatelské diagnózy související s potenciálním zdravotním stavem onkogynekologicky nemocné pacientky. Dále byly pomocí databáze EBSCO vyhledány odborné články na téma NANDA – II a elektronická ošetrovatelská dokumentace v systému NANDA – II.

Reakce na systém diagnóz NANDA International Taxonomie II jsou různé. Po přečtení několika článků jsem zjistila pozitivní i negativní reakce. Jak se zdá, někteří považují tento systém diagnóz za zbytečný, nepodporující profesionální růst, jiným se zdá být vyhovující, například při použití s jinými diagnostickými systémy. Na základě práce s ním jsem dospěla k názoru, že ač je opravdu propracovaný, pro užití v porodní asistenci není zcela vyhovující. Počet ošetrovatelských diagnóz, jež jsou aplikovatelné v tomto oboru, je bohužel minimum. Vyhovovalo by přibrat více diagnóz souvisejících s těhotenstvím, porodem i obdobím šestinedělí.

Další informace byly na téma elektronický ošetrovatelský software. V České Republice je dodavatelem informačních systémů, diagnostických přístrojů, zdravotnické techniky i poskytovatelem služeb v oblasti informačních technologií společnost STAPRO s. r. o. fungující od roku 1990 (O společnosti, © 2011). Většina jejich systémů je připravována pro konkrétní zdravotnická zařízení a manažeři těchto zařízení nemají zkušenosti s NANDA International Taxonomie II. Avšak pravdou je, že kdyby se tento systém diagnóz využil ke zpracování elektronické dokumentace, značně by pomohl zlepšit ošetrovatelskou péči.

DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Práce se systémem NANDA International Taxonomie II je ze stávajících podmínek velice zdouhavá. Spočívá v práci s literaturou i jinými zdroji, na základě kterých je stanovena ošetrovatelská diagnóza, ošetrovatelské cíle a intervence. V praxi taková práce zabere spoustu času, který by mohl být využit užitečněji, a to péčí o samotného pacienta. Řešením se zdá být elektronická ošetrovatelská dokumentace založená na systému NANDA International Taxonomie II. Tomuto tématu se věnují autoři článku (Meyer et al.), který byl publikován v *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*. Článek informuje o softwaru Matthiase Odenbreita, vedoucího projektu v *Solothurn Hospital Corporation*. Ten představil projekt *elektronicky podporované ošetrovatelské dokumentace*. Do systému zadá sestra diagnózy na základě posouzení a expertní systém navrhne požadovanou péči o pacienta, ke kterému se vztahuje ošetrovatelská diagnóza. Po stanovení požadované péče, program předloží návrhy ošetrovatelských intervencí, ze kterých sestra vybere dle aktuálnosti ty nejvhodnější pro konkrétního klienta. Protože pacienti mají své individuální požadavky, systém nabízí automatické či standardizované ošetrovatelské plány. Rozhodnutí ve všech krocích je na sestře. Systém vede sestru k zhodnocení ošetrovatelských intervencí. Další specialitou programu je ošetrovatelská zpráva, která je koncipována tak, aby sestra napsala kvalitativní popisný text, inteligentní program najde klíčová slova a navrhne ošetrovatelské diagnózy pro ošetrovatelskou zprávu (*nursing report*). Takový postup vede sestru k diagnostické přesnosti. Po používání tohoto programu, byla zaznamenána zvýšená kvalita dokumentace a přesnější posouzení ošetrovatelské péče. Správné ošetrovatelské diagnózy a účinnější ošetrovatelské intervence vedou k významně lepší péči o pacienty (Meyer et al., 2009, s. 103 – 107).

Tématem elektronické ošetrovatelské dokumentace se zabývají i autoři dalšího článku (Jarošová et al.), který byl publikován v *Praktickém lékaři*. Článek pojednává o přípravě a ověřování elektronické dokumentace v domácí péči založené na systému NANDA International Taxonomie II. Ač se tento článek týká spíše oboru všeobecná sestra, myslím si, že je prvním krokem k zavedení do praxe. Článek prezentuje první etapu vývoje, zpracování a ověřování elektronického ošetrovatelského programu (software ASSIDIS), který bude využíván pro sbor ošetrovatelských dat, pro zhodnocení zdravotního stavu pacienta a jeho potřeb, a pro stanovení ošetrovatelských diagnóz s využitím NANDA International Taxonomie II. Elektronická forma ošetrovatelské diagnostiky by měla být výchozím bodem pro systematické plánování ošetrovatelské péče. Možnost společného sdílení informací o zdra-

votním stavu pacienta, by se v budoucnu mohlo stát hlavním prvkem optimální ošetrovateľské dokumentace (Jarošová et al., 2012, s. 105 – 108).

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] CIBULA, D. & PETRUŽELKA, L. 2009. *Onkogynekologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2665-6.
- [2] DOENGES, M. & MOORHOUSE, M. 2001. *Kapesní průvodce zdravotní sestry. 2., přeprac. a rozš. vyd.* Praha: Grada. ISBN 80-247-0242-8.
- [3] DRAŽAN, L., MĚŠŤÁK, J. 2006, *Rekonstrukce prsu po mastektomii*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1123-0
- [4] HÁJEK, Z. 2004. *Rizikové a patologické těhotenství*. Praha: Grada. ISBN:80-247-0418-8.
- [5] HERDMAN, T. 2010. *Ošetrovatelské diagnózy: definice & klasifikace: 2009-2011*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3423-1.
- [6] HOLUB, Z. & KUŽEL, D. 2005. *Minimálně invazivní operace v gynekologii*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0834-5.
- [7] KLENER, P. & KLENER, P. 2010. *Nová protinádorová léčiva a léčebné strategie v onkologii*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2808-7.
- [8] LEIFER, G. 2004. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0668-7.
- [8] OSTRÓ, A., PILKA, L., LEŠNÍK, F. 2009. *Reprodukční medicína – současnost a perspektivy*. Olomouc: Nakladatelství Olomouc. ISBN 978-80-7182-278-3
- [9] PLEVOVÁ, I., BUŽGOVÁ, R. 2011. *Ošetrovatelství I*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3557-3
- [10] PTÁČEK, R. & BARTŮNĚK, P. 2011. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3976-2.
- [11] ROZTOČIL, A. 2011. *Moderní gynekologie*. Praha: Grada. ISBN:978-80-247-2832-2.
- [12] ŘEŽÁBEK, K. 2008. *Asistovaná reprodukce: průvodce ošetřujícího lékaře*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-154-7.
- [13] TURÝNA, R., SLÁMA, J., HEJDA, V. 2010. *Kolposkopie děložního hrdla*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-679-3.
- [14] WEISS, P. 2010. *Sexuologie*. Praha: Grada. 978-80-247-2492-8.

SEZNAM INTERNETOVÝCH ZDROJŮ

- [15] BOLDT, C, GRILL, E, BARTHOLOMEYCZIK, S, BRACH, M, RAUCH, A, ERIKS-HOOGLAND, I, & STUCKI, G 2010, 'Combined application of the International Classification of Functioning, Disability and Health and the NANDA-International Taxonomy II', *Journal Of Advanced Nursing*, 66, 8, pp. 1885-1898, CINAHL Plus with Full Text, EBSCOhost, viewed 16 May 2013.
- [16] ČESKÁ REPUBLIKA. Zákon o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. In: *Úplné znění*. 8. 3. 2013. [cit. 2013-04-30]. Dostupné z: <http://www.uplnezneni.cz/vyhlaska/55-2011-sb-o-cinnostech-zdravotnickych-pracovniku-a-jinych-odbornych-pracovniku/>
- [17] ČESKÁ REPUBLIKA. Zákon o nelékařských zdravotních povoláních. In: *Úplné znění*. 8. 3. 2013. [cit. 2013-04-30]. Dostupné z: <http://www.uplnezneni.cz/zakon/105-2011-sb-kterym-se-meni-zakon-c-962004-sb-o-podminkach-ziskavani-a-uznavani-zpusobilosti-k-vykonu-nelekarskych-zdravotnickych-povolani-a-k-vykonu-cinnosti-souvisejicich-s-poskytovanim-zdravotn/>
- [18] ČESKÁ REPUBLIKA. Zákon o zdravotních službách a zákon o specifických zdravotních službách. In: *LOK - SČL*. 2011. Dostupné z: <http://www.lok-scl.cz/sclanky.php?id=8>
- [19] JAROŠOVÁ, D, SIKOROVÁ, L, MAREČKOVÁ, J, & PAJOROVÁ, H 2012, 'Elektronická dokumentace pro ošetrovatelskou diagnostiku v domácí péči. (Czech)', *General Practitioner / Praktický Lekar*, 92, 2, pp. 105-108, Academic Search Complete, EBSCOhost, viewed 16 May 2013.
- [20] LAI, W, CHAO, C, YANG, W, LIU, H, & CHEN, C 2013, "Does One Size Fit All?" Exploring the Cultural Applicability of NANDA Nursing Diagnoses to Chinese Nursing Practice', *Journal Of Transcultural Nursing*, 24, 1, pp. 43-50, CINAHL Plus with Full Text, EBSCOhost, viewed 14 May 2013.
- [21] MEYER, G, NEEDHAM, I, MÜLLER-STAU, M, & FLANAGAN, J 2009, 'News from around the globe', *International Journal Of Nursing Terminologies & Classifications*, 20, 2, pp. 103-107, CINAHL Plus with Full Text, EBSCOhost, viewed 14 May 2013.

- [22] MÜLLER-STAUB, M, LAVIN, M, NEEDHAM, I, & VAN ACHTERBERG, T 2007, 'Meeting the criteria of a nursing diagnosis classification: Evaluation of ICNP®, ICF, NANDA and ZEPF', *International Journal Of Nursing Studies*, 44, 5, pp. 702-713, Academic Search Complete, EBSCOhost, viewed 14 May 2013.
- [23] NÁRODNÍ REGISTR ASISTOVANÉ REPRODUKCE. *Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR* [online]. © 2010 - 2013 [cit. 2013-05-16]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/registry-nzis/nrar>
- [24] PAŘÍŽSKÝ CHARTA PROTI RAKOVINĚ. *Masarykův onkologický ústav* [online]. © 2009 - 2013 [cit. 2013-05-16]. Dostupné z: <http://www.mou.cz/parizska-charta-proti-rakovine/t2164>
- [25] O SPOLEČNOSTI. *STAPRO* [online]. © 2011 [cit. 2013-05-17]. Dostupné z: <http://www.stapro.cz/o-spolecnosti.htm>

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

atd.	A tak dále
BRCA	Breast cancer antigen
CA	Cancer antigen
CEA	Carcinoembryonal antigen
CIN	Cervikální intraepiteliální neoplazie
CT	Počítačová tomografie
CYFRA	Cytokeratinový fragment
ČR	Česká Republika
DCIS	Duktální karcinom in situ
DNA	Deoxyribonukleová kyselina
FSH	Folikulostimulační hormon
GnRH	Gonadoliberin
Gy	Gray (jednotka dávky záření)
HIV	Human imunodeficiency virus
HPV	Human papillomavirus
HR	High risk
ICF	International Clasification of Functioning, Disability and Health
ICSI	Intracytoplasmic sperm injection
IUD	Intrauterine device
IUI	Intrauterinní inseminace
IVF ET	In vitro fertilizace a embryotransfer
LCIS	Lobulární karcinom in situ
LEEP	Loop elektroexcisional procedure
LH	Luteinizační hormon

LLETZ	Large loop excision of transformation zone
LR	Low risk
MOP	Mikrobiální obraz poševní
MR	Magnetická rezonance
NANDA	North American Nursing Diagnosis Association
NOR	Národní onkologický ústav ČR
NPI	Nottingham Prognostic Index
NRAR	Národní registr asistované reprodukce
PCO	Polycystické vaječníky
PET	Pozitronová emisní tomografie
RR	Relativní riziko
RTG	Rentgen
SCCA	Squamous cancer cells antigen, antigen epidermoidních karcinomů
STD	Sexual transmitted disease, sexuálně přenosná onemocnění
tj.	To je
TNM	T (tumor), N (nodus), M (metastáza)
UZ, SONO	Ultrazvuk, sonografie
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 Ca ovarií – věkový výskyt.....	20
Obrázek 2 Ca ovarií – vývoj v čase	20
Obrázek 3 Ca endometria – věkový výskyt	24
Obrázek 4 Ca endometria – vývoj v čase.....	24
Obrázek 5 Ca hrdla děložního – věkový výskyt.....	28
Obrázek 6 – Ca hrdla děložního – vývoj v čase	28
Obrázek 7 Ca prsu – věkový výskyt.....	34
Obrázek 8 Ca prsu – vývoj v čase	35

