



**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE**  
**3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA**



Ústav ošetrovatelství

**Ivana Hladíková**

**Ošetrovatelská péče o pacientku s diagnózou  
karcinom ovaria**

*Nursing care of the patient with ovarian cancer*

*Bakalářská práce*

Praha, červen 2014

Autor práce:	Ivana Hladíková
Studijní program:	Ošetrovatelství
Bakalářský studijní obor:	Všeobecná sestra
Vedoucí práce:	Mgr. Jana Holubová
Pracoviště vedoucího práce:	Ústav ošetrovatelství 3. lékařská fakulta v Univerzity Karlovy v Praze
Odborný konzultant:	MUDr. Karel Tikovský
Pracoviště konzultanta:	Fakultní nemocnice Královské Vinohrady v Praze Gynekologicko-porodnická klinika
Datum a rok obhajoby:	červen 2014

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci na téma Ošetrovatelská péče o pacientku s diagnózou karcinom ovaria zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

Prohlašuji, že odevzdaná tištěná verze bakalářské práce a verze elektronická uvedená ve Studijním informačním systému – SIS 3. LF UK jsou totožné.

V Praze dne: 29. května 2014

-----  
Ivana Hladíková

## **Poděkování**

Na tomto místě bych ráda srdečně poděkovala Mgr. Janě Holubové a MUDr. Karlu Tikovskému za ochotu, vstřícnost, cenné rady, odborné rady a čas věnovaný mé bakalářské práci. Také děkuji paní J. V., kde by bez jejího svolení, by nemohla být tato práce napsána.

# 1. Obsah

1. Úvod .....	7
2. Teoretická část .....	8
2.1. Anatomie ženských pohlavních orgánů .....	8
2.1.1. Anatomie dělohy .....	9
2.1.2. Anatomie vaječníků .....	10
2.2. Fyziologie ženských pohlavních orgánů .....	11
2.2.1. Endometriální cyklus .....	11
2.2.2. Ovariální cyklus .....	12
2.3. Hormony související s vaječníky .....	13
2.4. Onemocnění vaječníků .....	14
2.5. Nádorové onemocnění .....	14
2.5.1. Zhoubné nádory ovaria .....	14
2.5.2. Etiologie a rizikové faktory .....	15
2.5.3. Klinický obraz .....	15
2.5.4. Diagnostická vyšetření .....	16
2.5.5. Histopatologie .....	17
2.5.6. Staging .....	17
2.5.7. Léčba .....	17
2.5.8. Prognóza .....	20
2.5.9. Sledování po ukončení léčby .....	20
3. Základní údaje o nemocné .....	22
3.1. Identifikační údaje .....	22
3.2. Lékařská anamnéza .....	22
3.3. Souhrn diagnostických metod .....	24
3.3.1. Před operací .....	24
3.3.2. Provedená vyšetření 1. pooperační den .....	25
3.4. Stručný průběh hospitalizace .....	26
3.5. Farmakologická a infuzní terapie .....	28
4. Ošetrovatelská část .....	30
4.1. Ošetrovatelský proces .....	30

4.1.1.	Fáze ošetřovatelského procesu -----	31
4.2.	Charakteristika ošetřovatelského modelu M. Gordon -----	32
4.3.	Ošetřovatelská anamnéza-----	33
4.3.1.	Vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdraví ---	33
4.3.2.	Výživa a metabolismus-----	34
4.3.3.	Vylučování -----	34
4.3.4.	Aktivita, cvičení -----	35
4.3.5.	Spánek, odpočinek -----	35
4.3.6.	Vnímání, poznávání -----	35
4.3.7.	Sebepojetí, sebeúcta -----	36
4.3.8.	Plnění rolí, mezilidské vztahy-----	36
4.3.9.	Sexualita, reprodukce -----	36
4.3.10.	Stres, zátěžové situace, jejich zvládnání a tolerance -----	36
4.3.11.	Víra, životní hodnoty -----	36
4.3.12.	Jiné-----	37
4.4.	Stanovené ošetřovatelské diagnózy-----	37
4.5.	Krátkodobý ošetřovatelský plán-----	38
4.6.	Dlouhodobý ošetřovatelský plán -----	47
4.7.	Psychologie nemocných s onkologickou diagnózou -----	50
4.8.	Edukace -----	53
<b>5.</b>	<b>Prognóza -----</b>	<b>58</b>
<b>6.</b>	<b>Závěr-----</b>	<b>59</b>
	<b>Seznam použité literatury a dalších zdrojů -----</b>	<b>60</b>
	<b>Seznam zkratk-----</b>	<b>63</b>
	<b>Seznam příloh-----</b>	<b>65</b>

# 1. Úvod

Cílem mé bakalářské práce je zpracování případové studie o nemocnou Paní J. V., která byla hospitalizována na onkologickém oddělení gynekologicko porodnické kliniky v jedné z pražských nemocnic, s diagnózou karcinom ovaria k plánované radikální operaci.

V klinické části se věnuji anatomii a fyziologii dělohy a vaječníků. Následně se věnuji dané diagnóze – karcinom ovaria. Stručně charakterizují etiologii, rizikové faktory, klinický obraz, diagnostiku, terapii a prognózu tohoto onemocnění. Tato část je doplněna kapitolou o sledování pacientky po ukončení léčby. Dále jsou zde uvedeny základní údaje o nemocné, data z lékařské anamnézy a souhrn diagnostických metod. Následně stručný průběh hospitalizace.

V ošetrovatelské části pojednávám o ošetrovatelském procesu a představuji model Funkčních vzorců zdraví Majory Gordon. Dle tohoto modelu jsem vypracovala informace o nemocné. Na základě získaných informací z anamnézy jsem stanovila aktuální a potencionální diagnózy, které jsou stanoveny na jeden konkrétní den. V tomto případě na 3. den hospitalizace neboli 1. pooperační den. Ošetrovatelské cíl, krátkodobý plán, jeho realizace a zhodnocení účinnosti poskytnuté péče jsou vypracovány na dobu 24 hodin. Nedílnou součástí této práce je psychologická, sociální stránka pacientky a její edukace. Práce je doplněna seznamem použité literatury, seznamem zkratk, tabulek a příloh.

## 2. Teoretická část

### 2.1. Anatomie ženských pohlavních orgánů

Podle uložení označujeme rodidla zevní, uložené na dolním pólu trupu a vnitřní, orientovaná do pánevního prostoru. Vzhledem k úzkému vztahu k reprodukčnímu procesu jsou obvykle zde přiřazovány i prsy a kostěná pánev.

#### *Stručný přehled:*

- Kostěná pánev
- Břišní stěna a pánevní dno
- Zevní pohlavní orgány:
  - Mons pubis = hrma
  - Labia majora pudendi = velké stydké pysky
  - Labia minora pudendi = malé stydké pysky
  - Clitoris = poštváček
  - Vestibulum vaginae = poševní předsíň
  - Hymen = panenská blána
  - Perineum = hráz
- Vnitřní pohlavní orgány:
  - Vagina = pochva
  - Uterus = děloha
  - Tubae uterinae = vejcovody
  - Ovaria = vaječníky
  - Děložní vazy = závěsný děložní aparát
- Prsy = mammae (11, 13)



### 2.1.1. Anatomie dělohy

Děloha je dutý svalový orgán hruškovitého tvaru, o hmotnosti 40 – 60 gramů, u nerodících dospělých žen s délkou 7 - 9 cm, v oblasti fundu šíří 5 cm a s předozadním průměrem 3 cm. U rodiček jsou všechny rozměry obvykle asi o 7 – 10 mm větší.

Děloha je tvořena třemi vrstvami:

- Endometrium – sliznice
- Myometrium – svalovina
- Perimetrium – část krytá pobřišnicí

Na děloze rozlišujeme zaoblené tělo (corpus), vyklenuté nahoře ve dno děložní (fundus). Děložní dutina (cavum uteri) má tvar trojúhelníka kde, jehož základna směřuje nahoru, dole přechází do kanálu děložního hrdla (canalis cervicis uteri). Na stranách je vytažena ve dva rohy děložní, místo vyústění vejcovodů, poté přechází hranami dolů ve válcovitý čípek (cervix uteri). Dále děložní úžinu (istmus uteri), přechod mezi děložním tělem a hrdlem.

Děložní úžina (istmus uteri) neboli přechod mezi děložním tělem a hrdlem je vysoká asi 0,5 cm. Ta se však v těhotenství kolem 12. týdne rozvinuje. Děložní hrdlo (cervix uteri) je 3,5 - 4 cm vysoké. Cervix u žen, které nikdy nerodily, má tvar kónický a u žen již rodících, tvar válcovitý. Má dvě části, supravaginální, ležící nad úponem pochvy, a infravaginální neboli děložní čípek, jehož povrch je vystlaný sliznicí s hlenovými buňkami. Samotná sliznice je uspořádaná do řas.

Základní postavením dělohy je v tzv. anteflexi a antreverzi. V této poloze je děloha fixována podpurným (svaly dna pánevního) a závěsným aparátem, který je tvořen parametrálními vazy. (11, 13)

### **2.1.2. Anatomie vaječnicků**

Vaječník je ženská pohlavní žláza, která v době pohlavní zralosti produkuje ženské pohlavní buňky a ženské pohlavní hormony. Má tvar oploštělého ovoidu, šedorůžové barvy o rozměrech kolem 4 x 2 x 1 cm a hmotnosti 7 – 14g. Na povrchu se vyklenují zrající folikuly a mezi nimi vkleslé jizvy po zaniklých žlutých tělískách. Vzhled vaječnicku se během života ženy mění. U novorozence je malý, protáhlý a hladký. V dětství a pubertě roste a největší velikosti dosahuje mezi 20. – 30. rokem života ženy. V pubertě, kdy začínají ovariační cykly, se na povrchu tvoří nerovnosti. Ve stáří je tuhý a svraštělý.

#### ***Poloha***

U žen, které nikdy nerodily (nullipary), je vaječník v mělké, při laterální stěně malé pánve ležící, jamce (fossa ovarica), těsně pod rozvětvením arteria (dále jen a.) iliaca communis na a. iliaca interna a externa. U žen, které již rodily, klesá směrem dozadu. U mnohorodiček (multipar) klesá až do Claudiovy jamky, kterou zepředu ohraničuje a. iliaca interna a zezadu os sacrum.

#### ***Fixace***

Vaječník udržuje v poloze peritoneální duplikatura (mesovarium) a dva vazy. První fixuje vaječník k pánevní stěně pomocí ligamentum (dále jen lig.) suspensorium ovarii, v něm vede i cévní zásobení, a druhý s rohem děložním, lig. ovarii proprium.

#### ***Stavba***

Na povrchu je vaječník krytý jednovrstevným kubickým epitelem (tzv. zárodečný epitel), pod kterým je vazovitá vrstva. Vazivo je rozděleno na kůru a dřev, jejichž hranice není přesně zřetelná. Kůra (cortex ovarii) obsahuje řídké vazivo se zrajícími folikuly v různém stupni vývoje. Dřev (medulla ovarii) tvoří hustší vnitřek s krevními a mízními cévami a nervy.

### ***Cévní zásobení***

Arteria ovarica je větví aorta abdominalis, ta anastomózuje s větvemi a. uterina, jež je větví a. iliaca interna. Žilní krev je odváděna venae ovaricae vpravo vena (dále jen v.) cava inferior a vlevo v. renalis. (11, 13)

## **2.2. Fyziologie ženských pohlavních orgánů**

Funkcí reprodukčního systému ženy je produkce pohlavních buněk, vytvářet a vylučovat pohlavní hormony, umožňovat pohlavní spojení a vývoj nového jedince.

V reprodukčním období probíhají na pohlavních orgánech a na systému jejich hormonálního řízení změny cyklicky se opakujících po čtyřech týdnech.

### **Přehled cyklů:**

- **Cervikální**
- **Endometriální**
- **Ovariální**
- **Vaginální**
- **Cyklus mléčné žlázy**

### **2.2.1. Endometriální cyklus**

Po odloučení povrchních částí sliznice a skončení menstruačního krvácení zůstává v děložní dutině bazální vrstva endometria, silná asi 0,3 mm. Vlivem estrogenů se celá plocha překryje cylindrickým epitelem, množí se stromální buňky, prodlužují se cévy a žlázy (proliferační stádium). Dvanáctý den cyklu je vrchol proliferační fáze a sliznice dosahuje výšky 3 mm. Po ovulaci působí na endometrium vedle estrogenů i progesteron, který tvoří žluté tělísko. 25. - 26. den cyklu dosahují sekreční změny maxima, kdy je sliznice vysoká 5 mm i více (sekreční fáze). Pokud není vajíčko oplozeno, dostavuje se fáze deskvamační. Žluté tělísko degeneruje, prudce klesne sekrece estrogenů a progesteronu a endometrium se rozpadne. Rozpadu sliznice předchází ložiskové ischémie, kdy se spirálové arterioly spasticky

uzavřou. Tato fáze se projevuje menstruačním krvácením, které obsahuje i cervikální hlen. Průměrné množství menstruační krve je 60 – 100 ml. (7, 12)

### **2.2.2. Ovariální cyklus**

Tento cyklus představuje dva sledy dějů na sebe vázané – generativní a sekreční.

#### ***Generativní ovariální cyklus***

Základem je příprava vajíčka ve folikulu a po období ovulace v transformaci jeho zbytků ve žluté tělísko. Účinkem hypofyzárního folikulostimulačního hormonu (dále jen FSH) je vyzrání folikulu, který má průměr až 2 cm a vyklenuje se na povrch ovaria jako puchýř. FSH společně s luteinizačním hormonem (dále jen LH) vyvolávají kolem 14. – 15. dne cyklu prasknutí folikulu – ovulaci. Za celé období pohlavní zralosti takto uzraje kolem 400 folikulů. V době ovulace obklopují tubulární fimbrie vaječník v místě vyklenujícího se folikulu. Po prasknutí a vyplavení folikulární tekutiny se folikul zachytí na fimbriích.

Prasklý folikul vlivem LH z hypofýzy se přemění na žluté tělísko (corpus luteum). Při oplodnění se žluté tělísko pod vlivem gonadotropinů změní ve žluté těhotenské tělísko (corpus luteum graviditatis). Nebylo-li oplodněno, začne žluté tělísko od 26. dne cyklu postupně degenerovat na jizevnatou tkáň.

#### ***Sekreční ovariální cyklus***

Po celé období zrání folikulu se v ovariu tvoří estrogény s maximem kolem 12. - 13. dne cyklu. Od 16. dne cyklu se tvoří ve žlutém tělísku progesteron, ale nadále vytváří i estrogény. Maxima obou hormonů nastupují 22. – 23. dne cyklu. Při zániku žluté tělíska obě hladiny hormonů prudce poklesnou. (7, 12)

### 2.3. Hormony související s vaječníky

Funkce reprodukčních orgánů ženy mají cyklický se opakující charakter, který je dán hormonální souhrou hypotalamu, adenohipofýzy a vaječníků a dělohou. Rozeznáváme tři synchronní a spolu související cykly – hypofyzární, ovariální (ovulační) a děložní (endometriální).

#### *Hypotalamus*

Hypotalamus produkuje Gonadotropine-releasing hormone (GnRH), který se pomocí portálního oběhu dostává do adenohipofýzy, váže se na příslušné receptory a podporuje sekreci gonadotropních hormonů čili LH a FSH. Mimo jiné produkuje i Prolactin inhibitory factor (PIF), který snižuje sekreci prolaktinu.

#### *Adenohipofýza*

Adenohipofýza produkuje prolaktin, jehož cílovou tkání, je mléčná žláza, kterou stimuluje k produkci mléka a blokuje ovariální cyklus během laktace.

Dalším hormonem je FSH neboli folikulostimulační hormon, který podporuje růst folikulů ve vaječnicích.

V neposlední řadě LH, tedy luteinizační hormon, nezbytný k stimulaci tvorby estrogenů a vyvolává ovulaci.

#### *Ovarium*

V ovariu se tvoří estrogeny, gestageny a androgeny. Hlavními představiteli estrogenů jsou estron, estradiol a estriol.

Nejdůležitějším gestagenem je progesteron. Jak estrogeny, tak progesteron ovlivňují cyklické změny na ostatních částech ženského pohlavního ústrojí, mléčnou žlázu i některé celkové změny. Navíc působí zpětnou vazbou na hypotalamus. (7, 12)

## 2.4. Onemocnění vaječnicků

### Základní rozdělení:

- Regresivní a oběhové změny
- Vrozené vývojové vady
- Záněty
- Pseudotumory
- Nádory

## 2.5. Nádorové onemocnění

Nádor (novotvar, tumor) je označení pro shluk abnormálních buněk, které rostou odlišně od buněk normálních, kde je poškozen normální mechanismus kontrolující růst buněk. Podle charakteru růstu buněk se dělí nádory na benigní a maligní.

Benigní nádory rostou pomalu a jsou ohraničené, často zůstávají na místě svého vzniku, nemetastazují. Často nemají větší negativní účinek na organismus.

Naproti tomu nádory maligní rostou rychle a neohraničeně, na okolí působí invazivně a destruktivně. Déle vytvářejí vzdálená ložiska – metastázy.

### 2.5.1. Zhoubné nádory ovaria

Nádor ovaria je nejzhoubnějším onemocněním ženského reprodukčního traktu. Většina případů je bohužel diagnostikována v pozdních stádiích, kde 5letého přežití dosahuje méně než 20%. Nejčastější výskyt je u žen mezi 50 – 75 rokem života. U žen mladších 30ceti let je vzácný. (7, 9)

### 2.5.2. Etiologie a rizikové faktory

Přesná etiologie dosud není známá. V patogenezi se připisuje významná role estrogenů. Při ovulaci dojde k ruptuře povrchového epitelu ovarií, který později znovu proliferuje. Po opakovaných proliferacích může dojít k maligní transformaci. A dále gonadotropin, kde se předpokládají jeho vysoké hladiny vedoucí k produkci estrogenů stimulující povrchový ovariální epitel a tvorbu inkluzních cyst. Pod vlivem zvýšené hladiny gonadotropinů nadměrně proliferuje povrchový epitel a zachytává se do cyst, což může též vést k maligní transformaci.

- a) Genetická predispozice - až v 10% v rodinných anamnézách.
- b) Dědičné genetické mutace – jen malé procento nádorů ovarií má pozitivní genetické mutace genu BRCA 1 (breast cancer gene 1) a BRCA 2 (breast cancer gene 2). Tyto geny byly identifikovány v rodinách s vyšším výskytem rakoviny prsu, ale tyto ženy mají také významné riziko vzniku rakoviny ovarií.
- c) Reprodukční faktory – větší počet reparací, tedy ovulací, jako například brzká menarche, pozdní menopauza a nulligarvidita představuje vyšší riziko maligní transformace.
- d) Zevní prostředí a životní styl - ionizující záření v oblasti pánve, jak terapeutické, tak z jiné příčiny. Kouření, obezita a sedavý způsob života zvyšuje obecně vznik malignity.
- e) Věk – riziko stoupá s věkem. Vzestup incidence je do 70 let, poté klesá.
- f) Hormonální substituční terapie – toto zahrnuje především aplikaci estrogení substituce.
- g) Kavkazská rasa – zvláště židovský původ (Aškenázy Židé). (6, 9, 15)

### 2.5.3. Klinický obraz

Velká část se diagnostikuje ve III. a IV. klinickém stádiu. Zhoubné nádory ovaria rostou pomalu a anatomicky mají v břišní dutině poměrně dost místa a déle jejich symptomy jsou často chudé a výraznější příznaky se objevují až v pozdních stádiích.

- Gastrointestinální potíže – nadýmání, zácpa
- Častější frekvence a pocitu potřeby močení – polakisurie
- Bolest či tlak v břišní nebo pánevní oblasti a rychlejší pocit sytosti

Tyto příznaky se objevují často a jsou odlišné od normálu, což může být u každé ženy jiné. Mohou trvat celý den po více než pár týdnů. V pozdějších stádiích jsou příznaky jako zvětšování objemu břicha související se vznikajícím ascitem, dýchací potíže a hmatná intraabdominální rezistence. Dále:

- Únava
- Bolest v zádech
- Bolest při pohlavním styku a poruchy menstruace (6, 15)

#### **2.5.4. Diagnostická vyšetření**

Základním diagnostickými metodami patří:

- gynekologické vyšetření
- transvaginální sonografie
- nádorové krevní markery, kde je nejvýznamnější CA 125. Tento marker je vyšší u žen s nádorem ovarií. U žen s endometriózou, zánětlivé onemocnění a jaterní cirhózou může být též zvýšený.
- Počítačová tomografie (CT) – pro stanovení rozsahu nádoru (staging)
- Magnetická rezonance (MR) – lze hodnotit změny uvnitř nádoru
- Operace a biopsie vzorku – je nejdůležitější krok pro přesné stanovení rozsahu zasažení a histologický typ nádoru. Operace je současně metodou terapeutickou. Někdy lze vzorek pro biopsii odebrat pomocí minimálně invazivních metod (tenkou/tlustou jehlou). (6, 15)



### 2.5.5. Histopatologie

Nádory ovarií se dělí na:

- Epitelové
- Neepitelové

Karcinomy jsou definovány přítomností invazivního růstu, rozsah této invaze by měl být více než 10mm<sup>2</sup>. Nejpočetnější skupinou karcinomu jsou serózní poté endometroidní, mucinózní a světlobuněčný. Část nádorů vzniká z definované prekursorové léze a část de novo. V celé oblasti pánve je na peritoneu epitel (mezotel), který se může transformovat na endocervikální, endometriální a tubulární epitel s možností následné nádorové transformace.

Důležitým parametrem je diferenciací neboli grading, který souvisí s agresivitou nádoru. Nádory s nízkým stupněm malignity jak histologicky, tak klinicky se označují jako borderline nádory. (6, 9)

### 2.5.6. Staging

Klasifikace je určena pro maligní nádory epitelu povrchového a neepitelové nádory a i borderline nádorů. Staging určuje rozsah postižení.

(Klasifikace zhoubných nádorů viz příloha č. 1)

### 2.5.7. Léčba

Základem léčby epiteliálních nádorů je kombinace chirurgické a chemoterapeutické. Léčba se liší dle stádia a stagingu. Je možnost konzervativní léčby u karcinomu ovaria se zachováním fertility, využití endoskopických výkonů atd.

#### **Chirurgická léčba:**

Chirurgický výkon je hlavní léčebnou u časných a u většiny pokročilých stádií nádorů. Kromě významu léčebného má chirurgický výkon i zásadní význam diagnostický a stagingový. Během výkonu je vzorek odeslán na peroperační histologii, kde dojde ke stanovení diagnózy a upřesnění rozsahu výkonu. Tato skutečnost klade velké nároky na poučení

pacientky před operací a formulaci informovaného souhlasu, který by měl obsahovat všechny hlavní eventuality.

Rozsah stagingového výkonu u časných stádií, je dobře definován. V případě výkonů se zachováním fertility je snaha o zachování dělohy a alespoň části jednoho ovaria. Fertilita je zachována i u oboustranné adnexetomie, kdy lze využít dárcovský program oocytu.

Při podezření na zhoubný nádor je preferován přístup do dutiny břišní pomocí dolní střední laparotomie. Tento řez umožňuje rozšíření řezu na nadbříšek neboli horní střední laparotomii, při provádění komplexního stagingového výkonu. Významnou součástí výkonu je důkladná revize dutiny břišní a odstranění všech zasažených struktur bez možného nádorového residua. Pokud v dutině je přítomna volná tekutina odebírá se vzorek na cytologické vyšetření. Pokud není, provede se laváž pánve malým objemem 50 - 100 ml tekutiny. Dále vícečetný odběr vzorků na biopsii z ponechaných a standartních lokalizací peritonea.

Obligátní radikální operace zahrnuje hysterektomii s oboustrannou adnexetomií, omentektomie současně se provádí apendektomie, příslušná lymfadenektomie plus již výše zvýšený odběr ascitu či laváže z dutiny břišní a vzorků na biopsii z ponechaných struktur. (6)

### **Radioterapie:**

U nádorů ovarii je radiační terapie terapií paliativní, neboť celobřišní ozáření (WART – whole abdomen radiotherapy) nepřineslo výhodu oproti chemoterapii v přežití a nejedná se tedy o standartní užívaný léčebný výkon. Kontraindikací radioterapie je omezená spolupráce ze strany pacientky nebo při zánětlivém procesu v pánvi či dutině břišní. (6, 19)

### **Chemoterapie:**

Epitelové nádory ovaria jsou vůči cytotoxickým lékům citlivější než jiné solidní nádory. Základní léčebnou metodou je tedy chirurgie a protinádorová chemoterapie.

**Cisplatina** byla do léčby nádorů ovarii zavedena v roce 1973, tato léčba významně zvyšuje procento léčebné odpovědi a délku přežití bez známek nemoci.

Počátkem 80. let byla vyrobena **karboplatina**, která je u epitelových karcinomů ovaria lépe tolerována i při stejné účinnosti jako cisplatina. Ve standardní dávce nemá karboplatina žádné vedlejší účinky na sluch, nervový systém a ledviny. Též četnost nevolnosti a zvracení je nižší. Nežádoucím účinkem karboplatiny je myelosuprese neboli potlačení funkce krvetvorné kostní dřeně. Dávkování je ze začátku vypočítáno dle povrchu těla a je vylučována převážně močí, tudíž celková expozice organismu záleží na funkci ledvin.

90. léta se začala zaváděním **taxanů**. Na základě klinické účinnosti kombinace taxanů a cisplatiny nahradily do té doby používané kombinace cisplatina a cyklofosfamid. Byl prokázán studii lepší výsledek jak v čase progresu onemocnění, tak v celkové době přežití, tudíž se kombinace cisplatiny a taxanů stal novým standartem v léčbě karcinomů ovaria. **Docetaxel**, další z taxanů, byl použit v léčbě později.

V současné době je doporučený standart chemoterapie pro klinické stádium III a IV po chirurgickém výkonu 6 cyklů kombinace paklitaxel (taxan) s karboplatinou.

Aplikace podání chemoterapie intraperitoneálně je symptomatologická léčba recidiv ascitu či za účelem studie. Pro tento způsob aplikace jsou vhodné lokálně nedráždicí léky a léky s nízkou hodnotou clearance z dutiny břišní (cisplatina, topotekan a paklitaxel). Léky pronikají do hloubky řádově milimetrů. (6, 14, 16)

### **Hormonální léčba:**

U karcinomu ovaria se používají gestageny k léčbě především paliativní u recidiv, kde nejúčinnější je u endometriálních typů (odpověď 30-55%). **Tamoxifen** je možno použít u pokročilých stadií/recidiv karcinomu ovaria. Inhibitory aromatázy (antiestrogeny) je možno použít v paliativní péči karcinomu; **letrozol** i **anastrozol** jejichž léčebná odpověď je kolem 15%. V základě se ovšem nejedná o léčebnou modalitu. Obecně je to léčba paliativní u recidiv.(7, 9)

### 2.5.8. Prognóza

Prognózu lze stanovit podle kritérií, mezi které patří klinické stadium, velikost pooperačního rezidua nádoru, histologický grading nádoru dále celkový stav pacientky. U nižších stádií je prognóza celkem dobrá, bohužel je vysoké procento diagnostikovaných v pozdních stádiích, kdy je léčba obtížnější. Celkové 5leté přežití u karcinomu ovaria dosahuje 46%. U často recidivujících nádorů se léčba stává paliativní, kde je cílem prodloužení a zkvalitnění života pacientky. V této fázi je velmi důležitá léčba symptomatická. (6, 15)

### 2.5.9. Sledování po ukončení léčby

U pacientek s časnými stadii je průměrná doba recidivy od ukončení primární léčby 11-29 měsíců. U pokročilejšího stádia je průměrný čas manifestace recidivy 18-24 měsíců od primární léčby. Nejčastějším místem recidivy je břišní dutina a pánev.

Při dosažení remise pomocí léčby je pacientka zařazena do dispenzarizace. Z počátku jsou kontroly časté, později se interval prodlužuje. Kontroly zahrnují:

- Gynekologické vyšetření a palpační vyšetření tříselných uzlin
- Sériové hladiny CA 125
- Sonografické vyšetření dutiny břišní a pánve

Doplňující radiodiagnostické metody (CT, MR, PET) jsou indikovány při přítomnosti symptomů poukazujících na možnou recidivu.

Stoupající hladina CA 125 předchází klinickou manifestací u 56-94% případů v intervalu 4-6 měsíců. Zdvojnásobení hladiny CA 125 oproti předchozí normální hodnotě (<35 U/ml) je spolehlivým ukazatelem progresu onemocnění. I kontinuální vzestup hladiny, který nepřesahuje normální hodnotu, upozorňuje na možnost progresu nemoci. Lze brát v úvahu i možnost invazivních diagnostických metod laparotomie (second-look) a laparoskopie.

CT hrudníku se využívá u pacientek s podezřením na pleurální výpotek a metastázy v plicích. Dále u pacientek s elevací CA125 a negativním sonografickým nálezem v dutině břišní a pánvi.

Nukleární magnetická rezonance (MR), kde vzhledem k časové a finanční náročnosti, je toto vyšetření indikováno při nejednoznačném CT nálezem.

Pozitronová emisní tomografie (PET) je založena na rozdílné metabolické aktivitě maligních a normálních buněk. Tato metoda není přesná, nezobrazuje ložiska <1cm. Novější metoda spojující výhody CT a PET je schopna detekce ložisek o velikosti 0,5cm a u nejednoznačných nálezů na CT vyšetření. (6, 20)

### **3. Základní údaje o nemocné**

Paní J. V. 63 letá žena přijata na gynekologicko – porodnickou kliniku s diagnózou karcinom ovaria dle klasifikace FIGO III. C, po třech cyklech neoadjuvantní chemoterapie, došlo k náhlému vzestupu nádorových markerů CA 125 se zmnožením axilárních (zjištěno pomocí CT plic) a paraaortálních uzlin, k radikálnímu chirurgickému řešení. Hospitalizování byla paní J. V. od 14. 10. 2013 – 24. 10. 2013.

#### **3.1. Identifikační údaje**

Jméno: J. V.

Rok narození: 1951

Věk: 63 let

Pohlaví: žena

Stav: vdova

Vzdělání: střední s maturitou

Povolání: učitelka hry na housle (nyní starobní důchodce)

Národnost: česká

Datum přijetí: 14. 10. 2013 v 9 hodin

Oslovení: paní V.

#### **3.2. Lékařská anamnéza**

##### **Rodinná anamnéza:**

Matka zemřela v 85 letech stářím; otec zemřel v 73 letech na infarkt myokardu; sestra se léčí pro karcinom prsu. Má dceru (36let) a syna (40let), kteří jsou zdraví.

### **Osobní anamnéza:**

Paní V. prodělala běžná dětská onemocnění.

Léčí se pro arteriální hypertenzi, revmatoidní artritidu, osteopénie.

Nekouří, alkohol pije jen výjimečně a každé ráno si dá šálek kávy.

**Alergie:** neguje

### **Operace:**

Tonsilektomie (1963)

Plastika vazů v kolenu po úraze (1976)

### **Gynekologická anamnéza:**

Menarche ve 13 letech. Menopauza od 43 let. Porod:2 spontánně bez komplikací; UPT:0; gynekologické záněty a pohlavně přenosné choroby:0. Hormonální antikoncepci nikdy neužívala, je plně kontinentní a urologické záněty neguje.

### **Farmakologická anamnéza:**

- ENELBIN 100 Retard 1-0-1
- CORDIPIN XL 1-0-0
- PLAQUENIL 200mg ob den 1-0-0
- MEDROL 4mg 2-0-2
- VEROSPIRON 25mg 1-0-0
- OMEPRAZOL 20mg 1-0-0
- DORMICUM 7,5mg při potřebě

### **Sociální anamnéza:**

Po smrti manžela žije sama v malém rodinném domku se zahradou. Společníka jí dělá její pes Fido. Dcera Anežka s rodinou žije v Brně a syn Mírek žije v Praze. Rodinné vztahy jsou dobré.

Pracovala jako učitelka hry na housle. V dnešní době vede pouze soukromé hodiny u začínajících dětí. Ale v poslední době musela s prací skončit, jelikož jí to velice vyčerpávalo.

Její oblíbenou činností je práce na zahrádce a hlídání vnoučat, kterých má 5 a jedno pravnouče. Chodí na procházky se psem a ráda peče. Většinu věcí omezila s příchodem příznaků nemoci.

### **Nynější onemocnění:**

Pacientka se poslední rok cítila unavená, pociťovala nechutenství. Kolem května 2013 byla vyšetřena u obvodního gynekologa pro dlouhodobé pocity tlaku v oblasti podbříšku. Subjektivně pacientka uvádí zvětšení v oblasti břicha, pocity plnosti dále se cítí slabá. Krvácení či výtok z rodidel neudává. Vstupní gynekologickým vyšetřením byl přítomen nejasný nález na ovariích. Byla indikována diagnostická laparotomie a v rámci předoperačního vyšetření byly odebrány nádorové markery z krve. Byly zjištěny zvýšené hodnoty a následná histologie vzorku z diagnostické dolní střední laparotomie, byl zjištěn oboustranný karcinom ovarií, nález inoperabilní. Byly nasazeny 3 neoadjuvantní cykly chemoterapie. Následně během léčby došlo k regresi nádoru, poté byla pacientka přijata pro radikální řešení chemoterapií zmenšeného nádoru na kliniku.

## **3.3. Souhrn diagnostických metod**

### **3.3.1. Před operací**

#### **Gynekologické vyšetření:**

Děloha normální velikosti, s hmatnou rezistencí.

#### **Abdominální ultrasonografie, vaginální ultrasonografie (před započítím chemoterapie):**

- Solidní tumor obou adnex s převahou vpravo o velikosti 9 x 6,5 cm a vlevo 5 x 3 cm
- Volná tekutina v dutině břišní – ascites

#### **Laboratorní vyšetření krve – významné:**

- CA 125 - 352 kIU/l (0,20 – 35,0 kIU/l)
- CEA, CA 15-3, CA 19-9 – negativní

#### **Gynekologické vyšetření:**

- Děloha normální velikosti, s hmatnou rezistencí.

#### **Histologické vyšetření (z první operace):**

- Pravé ovarium – nekrotický středně diferenciovaný serózní adenokarcinom



- Levé ovarium – papilární, cystický nádor s rysy hraniční malignity

#### **Předoperační vyšetření:**

Vše v normě, kromě hodnoty hemoglobinu 75g/l (norma 120 – 160g/l). Krevní skupina a Rh faktor A+. časně v den operace proveden odběr krve a 2 jednotky erymasy jsou uloženy v depu.

#### **Objektivní vyšetření při příjmu:**

- Výška: 165 cm
- Váha: 54 kg
- BMI : 19,8
- Krevní tlak: 119/60 mmHg
- Pulz: 60 P/min
- Dechová frekvence: 18 D/min
- Tělesná teplota: 36,3°C

Paní V. je orientovaná, spolupracuje. Kůže je bledá a jinak bez patologických lézí, kožní turgor přiměřený. Stoj a chůze normální. Dýchání čisté bez patologických fenoménů, poklep plný jasný. Břicho vzedmuté, poklep temný, palpačně citlivé, především v pravém hypogastriu. Dolní končetiny s lehkými otoky a bez známek tromboembolické nemoci (dále jen TEN).

### **3.3.2. Provedená vyšetření 1. pooperační den**

#### **Laboratorní vyšetření:**

- Biochemické (viz tabulka č. 1)
- Hematologické (viz tabulka č. 2)

#### **Histologie:**

Kompletní regrese nádoru – serózní středně diferenciovaný nekrotický adenokarcinom obou ovarií dle klasifikace TNM – T 3c, N 1, M 1. (viz příloha)

### 3.4. Stručný průběh hospitalizace

Paní J. V. byla přijata na gynekologicko – porodnickou kliniku dne 14. 10. 2013 v 9 hodin k plánované radikální operaci karcinomu ovaria stadium III. C.

V den přijetí byl Paní V. vysvětlen chod a pravidla oddělení a předložena práva pacientů. Byla i informována o možnosti přespání blízkých na oddělení. Dále byla seznámena s předoperační přípravou, operačním plánem, samotným výkonem jeho očekávajícími výsledky a možnými komplikacemi. Paní V. také navštívil anesteziolog a operující lékař. Anesteziolog poté dle interního a fyzikálního vyšetření stanovil premedikaci.

- na noc Hypnogen 5mg per os
- ráno na výzvu Atropin 0,5 mg i. m. a Dormicum 3mg i. m.

Poté Paní V., na základě podaných informací od lékařů, podepsala informovaný souhlas s operací a anestezií.

Následující den v 9:30 byla pacientka na výzvu operačního sálu premedikována. Operační výkon byl proveden v celkové anestezii a trval 2 hodiny a 15 minut.

#### **Operační protokol:**

Nejprve provedena dolní střední laparotomie, následně během operace kraniálně rozšířena o horní střední laparotomii. Po odsátí ascitu proběhla následná omentektomie, appendektomie, hysterectomie s bilaterální adnexetomií a systematická pánevní a paraaortální lymfadenektomie. Makroskopicky jsou orgány břišní dutiny bez známek malignity – játra hladká. Resekované části odeslány na histologii a ascites na cytologii. Byl proveden opakovaný výplach dutiny břišní. Následně revize krvácení a zavedení 2 Redonových drénů. Výkon proběhl bez komplikací a krevní ztráta byla cca 500ml, která byla kompenzována transfúzí.

Dle anesteziologa Paní V. snášela výkon dobře. Na operačním sále byl klientce zaveden permanentní močový katétr, který odváděl čistou moč, a dvě intravenózní kanyly.

Paní V. byla po výkonu převezena na jednotku intenzivní péče z důvodu kontinuálního monitoringu. Při přijetí na jednotku byla pacientka somnolentní a udávala bolest v místě operačního zákroku. Obvaz operační rány suchý a oba drény funkční, odvádějící sekret s příměsí krve. Množství odvedeného sekretu byl pravidelně zapisován do zdravotnické dokumentace.

Lékař naordinoval:

**Analgetika** – Novalgin 2ml i. v. á 3 hodiny v 100ml Fyziologický roztok 1/1(dále jen FO)

bolest neustupuje -Tramal 1ml i. v. á 6 hodin v 100ml FO

stále bez úlevy – Morphin 1ml á 8 hodin s. c.

**Antikoagulancia** (prevence TEN) – Fraxiparine 0,6 ml s. c. v 18 hodin

**ATB** – Unasyn 1,5g ve 100ml FO i. v. á 8 hodin

**Antiemetika** – Ondansetron 4mg ve 20ml FO i. v. á 6 hodin

**Diuretika** – Furosemid 10mg ve 20ml FO i. v. á 12 hodin

**Infuzní terapie** – FO 500ml + 20 ml KCL 7,5% i. v. rychlostí 60ml/hod

Glukóza 10% 500ml + Humulin R 6 m. j. rychlostí 40ml/hod

Oxygenoterapie (3 - 5l/min). Příjem tekutin per os po doušcích za 3 hodiny od operace. Monitorace příjmu a výdeje tekutin á 3 hodiny, kontrola bilance tekutin á 12 hodin. Tři dny dieta 0 – tekutá.

Krevní odběry v 17 hodin a druhý den ráno – krevní obraz, biochemie, hemokoagulace.

První hodina po operaci, kontrola fyziologických funkcí á 15 minut. Další hodinu á 30 minut. A dále kontra funkcí á 1 hodina.

Každé ráno se převazovala operační rána a 2. pooperační den byly vytaženy oba drény. Každý den byla laboratorně vyšetřena krev.

Paní V. byla 3. pooperační den přeložena na standartní oddělení. Do domácího ošetřování byla propuštěna 24.10 neboli 10. pooperační den. Před propuštěním jí byly vyndány stehy a rána ošetřena tekutým obvazem – Opsite. Byla poučena o kontrolním vyšetření a následné ambulantní chemoterapeutické léčbě. Následující 3 série adjuvantní chemoterapie (paklitaxel + karboplatina), byla podávána v intervalu 21 dní.

### 3.5. Farmakologická a infuzní terapie

*3. den hospitalizace, 1. pooperační den*

- **Novalgin 2ml (500mg/1ml** injekčního roztoku)  
*Indikační skupina:* analgetikum, spasmolytikum, antipyretikum  
*Indikace:* silná akutní nebo chronická bolest  
*Nežádoucí účinky:* přecitlivělost na složky přípravku, zažívací potíže
- **Tramal 1ml (50mg/1ml** injekčního roztoku)  
*Indikační skupina:* analgetikum  
*Indikace:* středně silná až silná bolest  
*Nežádoucí účinky:* závratě, bolesti hlavy, ospalost
- **Morphin 1ml (10mg/1ml** injekčního roztoku)  
*Indikační skupina:* analgetikum, anodynum  
*Indikace:* silná akutní bolest, léčba nádorové bolesti, premedikace před anestezií  
*Nežádoucí účinky:* nauzea, zvracení, zácpa, ospalost, pokles krevního tlaku
- **Fraxiparine 0,6ml**  
*Indikační skupina:* antikoagulancia, antitromboticum  
*Indikace:* profylaxe tromboembolické nemoci v perioperačním období  
*Nežádoucí účinky:* krvácení či malé krevní výrony v místě vpichu
- **Unasyn 1,5g**  
*Indikační skupina:* širokospektré antibiotikum, kombinace ampicilinu a sulbactamu  
*Indikace:* lze perioperační pro snížení výskytu ranných pooperačních infekcí u operací v oblasti břišní či pánevní, při kterých je riziko kontaminace peritonea  
*Nežádoucí účinky:* nauzea, kožní reakce, přechodná bolest v místě vpichu, vzácněji anafylaxe
- **Furosemid 10mg (10mg/1ml** injekčního roztoku)  
*Indikační skupina:* diuretikum  
*Indikace:* vyvolání osmotické diurézy  
*Nežádoucí účinky:* hypokalémie, ortostatická hypotenze, přechodné poruchy sluchu a zraku

· **Infuzní terapie**

- k substituci tekutin, minerálů a výživy
- k pokrytí nutričních a energetických nároků organismu
  - Fyziologický roztok 1/1 – rehydratace
  - Hartmanův roztok 1/1 – úprava elektrolytické rovnováhy
  - Glukóza 10% - rehydratace, energetický substrát
  - Ringerův roztok 1/1 – rehydratace

· **Kalium chloratum (KCl) 7,5%**

*Indikační skupina:* kaliový přípravek

*Indikace:* při podávání diuretik s kaliuretickým účinkem

*Nežádoucí účinky:* návaly a zčervenání v obličeji, ortostatický kolaps, svalová slabost, bradykardie

· **Humulin R (HMR) 6 mj.**

*Indikační skupina:* antidiabeticum, biosyntetický lidský inzulín

*Indikace:* k udržení normální glukózové homeostázy, u léčby pacientů s diabetem mellitem

*Nežádoucí účinky:* hypoglykémie (23))

## 4. Ošetřovatelská část

Paní J. V. byla hospitalizována na gynekologicko - porodnické klinice 10 dní, kdy jsem pacientce poskytovala ošetřovatelskou péči na jednotce intenzivní péče a poté na standartním oddělení.

Získané informace hodnotila dle Modelu fungujících vzorců zdraví dle Marjory Gordon. Ošetřovatelské diagnózy jsem stanovila na základě analýzy informací z rozhovoru s paní V., ze zdravotnické dokumentace, vlastním pozorováním a od dalších členů zdravotnického týmu.

Krátkodobý ošetřovatelský plán jsem vypracovala ke třetímu dni hospitalizace neboli k prvnímu pooperačnímu dni. K vypracování jsem použila ošetřovatelskou dokumentaci 3. LF.

### 4.1. Ošetřovatelský proces

Teorie ošetřovatelského procesu pronikla na konci 60. let ze Spojených států amerických do Evropy jako koncepční model vstřícného přístupu k ošetřování pacienta. Ošetřovatelský proces stojí především na aktivních činnostech sestry, ke kterým se iniciativně sama rozhodne, na základě poznání nemocného. Zvláště u těch, kteří nejsou schopni, z různých důvodů, vyjádřit či sdělit své potřeby

Ošetřovatelský proces je vědecká a systematická metoda plánování a poskytování ošetřovatelské péče, která vychází ze vzájemné interakce mezi pacientem a sestrou, dalšími členy zdravotnického týmu, rodinou a přáteli nemocného. Jde o logickou metodu skládající se z 5 fází, které se vzájemně prolínají a vytvářejí jednotlivý celek:

1. Získání informací – zhodnocení stavu nemocného
2. Stanovení ošetřovatelské diagnózy
3. Plánování ošetřovatelské péče
4. Provedení navržených opatření

#### **4.1.1. Fáze ošetrovatelského procesu**

Sestra svého nemocného poznává, určuje z dostupných informací a materiálů jeho potřeby, navrhuje způsoby řešení. Plánuje správnou strategii k jeho ošetřování a nakonec zhodnotí efekt poskytnuté péče.

##### **1. Fáze – získání informací a zhodnocení nemocného**

Získání nezbytných informací o aktuálním stavu pacienta, charakteristika osobnosti a zároveň jeho vnímání zdraví a nemoci, dále sociální situace, jsou nezbytné součásti pro zahájení kvalitní a účinné ošetrovatelské péče. Informace zjišťujeme pomocí rozhovoru, pozorováním či fyzikálním vyšetřením. Velmi potřebné informace mohou poskytnout rodinní příslušníci, nejbližší osoby případně ostatní členové zdravotnického týmu.

##### **2. Fáze – stanovení ošetrovatelské diagnózy**

Cílem této fáze ošetrovatelského procesu je identifikace potřeb nemocného, jistit čím je pacient ohrožen, co ho trápí a stanovit význam těchto problémů, jak z pohledu sestry, tak především z pohledu nemocného.

Ošetrovatelská diagnóza umožňuje vyřídění jednotlivých informací, dokáže definovat současné i potencionální problémy nemocného a zároveň je seřadí dle závažnosti. Je nezbytnou součástí i konzultace naléhavosti ošetrovatelských diagnóz s daným pacientem, dále i ostatními členy týmu a hledat nejoptimálnější řešení.

##### **3. Fáze – plánování ošetrovatelské péče**

Tato fáze zahrnuje zformování ošetrovatelských strategií či intervencí, s cílem prevence, redukce či eliminace pacientových problémů, které byly stanoveny. Zároveň úkolem této fáze je, určení, co mohou dělat, jak jednotliví členové ošetrovatelského týmu, tak pacient či jeho rodina a přátelé.

Strategie plánování ošetrovatelské péče vychází ze stanovené ošetrovatelské diagnózy, z charakteristiky ošetrovatelské péče v daném oboru a z rysů moderního ošetrovatelství. Plánování zahrnuje určení priorit

problémů, stanovení cílů, určení možností efektivního měření provedené ošetrovatelské péče a přesný zápis plánování.

Cíl lze stanovit krátkodobý týkající se nejbližšího období, jsou zcela konkrétně a měřitelné. A cíl dlouhodobý vztahující se k delšímu období, například konec hospitalizace či směřující do domácí a následné péče

#### **4. Fáze – realizace ošetrovatelské péče**

V průběhu této fáze každý z účastníků plní svoji roli a úkony, které jsou dané ošetrovatelským plánem. Během celé fáze ošetrovatelského procesu lze získávat další poznatky o nemocném, které nám pomohou modifikovat další ošetrovatelskou péči.

#### **5. Fáze – zhodnocení efektu poskytované péče**

Je nezbytnou součástí ošetrovatelského procesu a zároveň vede k analýze a korekci jednotlivých kroků. Dochází ke zjištění, zda bylo dosaženo stanoveného cíle, změření úspěchu poskytované péče, možné získání dalších informací a plánování další péče.

Kvalita ošetrovatelské péče závisí jak na práci sestry, tak jednotlivých členů zdravotnického týmu. Ošetrovatelský proces by měl být pomůckou především pro sestry v dlouhodobé péči. Patří sem především starší pacienti, chronicky nemocní, pacienti po těžkých úrazech a děti. (4, 5)

### **4.2. Charakteristika ošetrovatelského modelu M. Gordon**

Tento model vnímá člověka jako celistvou bytost se svými biologickými, psychologickými, sociálními a spirituálními potřebami. Různé faktory, jako například kulturní či duchovní zvyklosti a další, ovlivňují rovnováhu mezi jednotlivými potřebami a tím i zdravotní stav pacienta. Funkční vzorec zdraví znamená rovnovážný stav. Dojde-li k nerovnováze mezi jednotlivými složkami, poté mluvíme o dysfunkčním vzorci zdraví, který vyžaduje stanovení aktuální a potenciální ošetrovatelské diagnózy.

Vzorci jsou úseky chování jedince v daném čase, ukazující základní ošetrovatelské údaje v podobě subjektivní a objektivní. Základní strukturu



modelu tvoří 12 oblastí čili vzorců. Každý vzorec představuje určitou část zdraví, která může být funkční či dysfunkční. (4, 5)

***Přehled 12 vzorců zdraví M. Gordon:***

1. Vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdraví
2. Výživa a metabolismus
3. Vylučování
4. Aktivita, cvičení
5. Spánek, odpočinek
6. Vnímání, poznávání
7. Sebepojetí, sebeúcta
8. Plnění rolí, mezilidské vztahy
9. Sexualita, reprodukce
10. Stres, zátěžové situace, jejich zvládnání a tolerance
11. Víra, životní hodnoty
12. Jiné (5)

### **4.3. Ošetřovatelská anamnéza**

Ošetřovatelskou anamnézu jsem s pacientkou sepsala 1. pooperační den V 7:00 na JIP. Po krátkém úvodním rozhovoru, kdy jsem Paní V. vysvětlila vše o vypracování případové studie.

#### **4.3.1. Vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdraví**

Na počátku roku si Paní V. vzpomíná, že se cítila unavená a už nepociťovala chuť na potraviny, které měla vždy ráda. Na začátku března začaly jemné tlaky a občasné bolesti v oblasti podbříšku lokalizované především vpravo. Jelikož bolesti zvládala bez užívání analgetik, nevyhledala v této době odbornou pomoc. Až na začátku května se začaly tlaky a bolesti stupňovat. Dále si všimla zvětšení v oblasti břicha a pocity plnosti.

Naposledy na preventivní gynekologické prohlídce byla před asi 5 lety. Sama Paní V. udává, že preventivní prohlídky zanedbala.

Od samého začátku byla Paní V. seznámena, o jaké potencionální onemocnění se jedná. Přesto Paní V. uvádí, že se všechno seběhlo strašně rychle a vlastně se nestačila smířit s diagnózou.

Paní V. cítí k ošetřujícím lékařům důvěru a s terapeutickým postupem souhlasí. Ví, že vše, co jí čeká, je nezbytné. Velkou podporou je jí rodina a přátelé.

#### **4.3.2. Výživa a metabolismus**

Paní V. nikdy nedržela nějakou dietu. Paní V. měří 165 cm a pře zahájením léčby vážila 58 kg. Po třech cyklech chemoterapie zhubla o 4 kg. Pacientka uvádí, že vždy aktivně dodržovala pitný režim a denně vypila asi 2 litry čisté vody, dále pár hrnků čaje a jeden hrnek kávy ráno.

Nynější BMI má pacientka 19,8 - normální váha, ale na první pohled vypadá její postava velmi křehce. Dle ordinace lékaře má pacientka dnes dietu 0 – tekutá. Dostává pouze neslazený čaj a bujón. Během celého dne pacientka přijmula 680 ml per os, dále tekutiny pomocí infuzní terapie dle ordinace.

#### **4.3.3. Vylučování**

Před hospitalizací byla Paní V. plně kontinentní, často měla problémy s obstipací. Na stolicí chodila 1x denně, většinou ráno ale stávalo se, že někdy pouze 4x do týdne. Ale žádná laxativa neužívala, jen se snažila jíst více vlákniny a zvýšila příjem tekutin. Frekvence močení byla cca 8x denně, ale přesně to Paní V. neví.

Pacientka má nyní zaveden 2 den z operačního sálu Folleyovův permanentní katetr, který dnes v 8:00 odvedl čistou moč, bez příměsí, v množství cca 130 ml/hod. V okolí zavedeného katétru nepociťuje pacientka žádné výrazné nepříjemné pocity. Na stolicí zatím nebyla, dyspeptické potíže nemá a peristaltika je zachována.

V současné době je PMK bez známek zánětu.

#### **4.3.4. Aktivita, cvičení**

Paní V. chodí ráda procházky, pracuje na zahrádce a často podniká výlety do hor se svojí nejlepší kamarádkou. Dále jezdí na chatu s vnoučaty, které vyžadují hodně energie.

Při přijetí do nemocnice byla Paní V. zcela soběstačná. Nyní má pacientka naordinován klid na lůžku s postupnou vertikalizací dle aktuálního stavu. Rehabilitační pracovnice přišla dnes 2x. Rehabilitace je zatím zaměřená na dechovou gymnastiku a k prevenci TEN.

Dnes jsem Barthelův test základní denních činností stanovila na hodnotu 55 – závislost středního stupně. Při ranní hygieně se Paní V. posadila na lůžku a sama si žínkou omyla obličej, krk, hrudní a obě horní končetiny. Dále se sama učeše, upraví a vyčistí dutinu ústní. Pohyb v lůžku zvládá sama pomocí hrazdičky a na noční stolek a věci bez problémů dosáhne.

#### **4.3.5. Spánek, odpočinek**

V domácím prostředí pacientka uvádí, že neměla nikdy problém se spánkem či usínáním. Někdy spala i 9 hodin denně a často usínala i během den, například u televize. Ale v poslední době kvůli psychickému napětí se někdy budila brzy ráno, kolem 4 hodiny, ale žádné léky neužívala.

Pobyť v nemocnici v tomto ohledu na Paní V. působí negativně. Už od začátku hospitalizace byl pacientce ordinován Hypnogen 1 tbl na noc. Špatně usíná a někdy se během noci vzbudí. Ve spánku jí ruší hluchost oddělení. Dnes ráno se cítí unavená.

#### **4.3.6. Vnímání, poznávání**

Paní V. je orientovaná v čase, místě a prostoru. Je komunikativní. Zajímá se o svůj zdravotní stav. Používá brýle na čtení, ostatní smysly jsou v pořádku.

Dnes ráno v 7:15 Paní V. udává bolesti v oblasti operační rány, dle VAS je 5 - 6. Po podání analgetika Tramal 1ml v 100ml FO i. v. se bolest zmírnila po 30 minutách na 1 – 2.

#### **4.3.7. Sebepojetí, sebeúcta**

Paní V. si uvědomuje závažnost onemocnění, ale svojí energii a optimismus, i přes všechno, co se v posledním roce stalo, neztrácí a věří v uzdravení. Pro svoji rodinu je nepostradatelným členem. Má oporu v rodině a přátelích.

#### **4.3.8. Plnění rolí, mezilidské vztahy**

Dle tvrzení pacientky jsou hlavní role matka a babička. Nyní po smrti manžela žije v rodinném domku sama. Má dceru, která žije v Brně, ale pravidelně se navštěvují a obden volají. A syna, který žije v Praze. Nejvíce se na návrat domů těší její vnoučata, kterým se chce plně věnovat. Dále má nejlepší kamarádku ze studií, se kterou podnikají společné výlety a navštěvují různé kulturní akce.

#### **4.3.9. Sexualita, reprodukce**

Paní V. měla se svým manželem vždy hezký vztah, až ke dni kdy, jí manžel navždy opustil. Velmi pro Paní V. je toto téma citlivé, a proto otázky na dané téma uzavírám. Jinak má dvě zdravé děti.

#### **4.3.10. Stres, zátěžové situace, jejich zvládnutí a tolerance**

Dříve Paní V. tvrdí, že stresové situace snášela dobře, až poslední dobou, kdy už toho bylo na ní moc, a začala pociťovat neustálé vnitřní napětí a stále si kladla otázky, co dál, co s ní bude.

Nyní je již klidnější. Povzbudilo ji, že postupně všechno zvládá a je samostatnější.

#### **4.3.11. Víra, životní hodnoty**

Mezi hlavní životní hodnoty řadí Paní V. rodinu, lásku, zdraví a štěstí. Mnoho pohledů a hladinu důležitosti přehodnotila díky své nemoci. Sama říká, že je trpělivější a empatičtější k lidem. V dětství chodila s rodiči do

kostela, ale dnes chodí na půlnoční mši o Štědrém večeru. Dále v den výročí úmrtí jejich rodičů a manžela uctí jejich památku.

#### **4.3.12. Jiné**

Paní V. ráda komunikuje se všemi členy zdravotnického týmu. K 1. pooperačnímu dni jsem stanovila riziko vzniku dekubitů na 26 – minimální riziko. Dále riziko malnutrice vyšlo pozitivní a byl kontaktován nutriční specialista a zhodnocení rizika pádu dle Conleyové, bylo skóre 11 – střední riziko.

#### **4.4. Stanovené ošetrovatelské diagnózy**

*(3. den hospitalizace, 1. pooperační den)*

Na základě informací získaných rozhovorem a pozorováním Paní V. a informací získaných od zdravotnických pracovníků a zdravotnické dokumentace jsem stanovila aktuální a potencionální ošetrovatelské diagnózy a seřadila je dle závažnosti.

##### ***Aktuální ošetrovatelské diagnózy:***

1. Akutní bolest v oblasti operační rány z důvodu operačního výkonu
2. Deficit sebeděče v oblasti hygieny, běžných denních činností a celkové osobní péče z důvodů bolesti a klidového režimu na lůžku
3. Porucha spánku v důsledku bolesti operační rány, rušnosti oddělení a změny prostředí
4. Strach související s prognózou základního onemocnění

##### ***Potencionální ošetrovatelské diagnózy:***

1. Riziko pádu z důvodu pooperačního stavu
2. Riziko vzniku infekce z důvodu invazivní vstupů (periferní žilní katetr, permanentní močový katetr, Redonovy drény), porušení integrity kůže operačním výkonem a základního onkologického onemocnění

3. Riziko vzniku malnutrice z důvodu dlouhodobého nechutenství a pooperačního dietního režimu
4. Riziko vzniku tromboembolické komplikace z důvodu operačního výkonu

#### **4.5. Krátkodobý ošetrovatelský plán**

3. Krátkodobý ošetrovatelský plán, jeho realizace je vypracován na následujících 24 hodin ke 3. dni hospitalizace neboli 1. pooperačnímu dni.

##### ***Aktuální ošetrovatelské diagnózy:***

##### ***1. Akutní bolest v oblasti operační rány z důvodu operačního výkonu***

##### ***Cíl ošetrovatelské péče:***

- Pacientka umí užívat vizuální analogovou škálu bolesti (dále jen VAS)
- Udává zmírnění bolesti do 30 minut po podání analgetik alespoň na hodnotu 2-3

##### ***Plán ošetrovatelské péče:***

- Sledovat bolest.
- Hodnotit bolest pomocí VAS.
- Pomoc najít pacientce vhodnou úlevovou polohu.
- Podávat analgetika dle ordinace lékaře a sledovat jejich účinek.
- Pravidelně zaznamenávat bolest do dokumentace.

##### ***Realizace ošetrovatelského plánu:***

U pacientky jsem pravidelně po cca 1 hodině sledovala hodnotu bolesti. U Paní V. intenzita bolesti dosáhla ráno 5-6 dle VAS lokalizována na oblast operační rány. Následně byla pacientce aplikována analgetika dle ordinace lékaře. Ordinace: Novalgin 2ml ve 100ml FO i. v. á 3 hodiny. Při silné bolesti Tramal 1ml ve 100ml FO i. v. á 6 hodin max. 3x denně. Při velmi silné bolesti Morphin 1ml s. c. á 8 hodin max. 3x denně. Po 30 minutách od aplikace 1ml Tramalu ve 100ml FO, došlo ke zmírnění bolesti,

z počáteční hodnoty 5 – 6, na hodnotu 1 - 2. Pacientku jsem předem informovala při jakékoli změně intenzity či charakteru, použít signalizační zařízení a informovat ošetřovatelský tým.

Úlevovou polohou byla pro pacientku poloha na zádech s lehce zvednutou podhlavní částí lůžka s mírně pokrčenými dolními končetinami.

Pacientku jsem edukovala o zásadě zvedání a pohybu v lůžku po chirurgických výkonech. Vstávání z lůžka provádět vždy přes bok. Při změně polohy, kašli či chůzi si přidržovat operační ránu.

Pravidelně jsem, jak je uvedeno výše, každou hodinu zaznamenávala kolísání bolesti během dne do dokumentace.

#### ***Zhodnocení poskytnuté ošetřovatelské péče:***

Pacientka pravidelně hlásí hodnotu bolesti dle VAS a jakoukoli změnu v intenzitě či charakteru bolesti. Po podání 1ml Tramalu ve 100ml FO i. v. došlo ke zmírnění bolesti po 30 minutách z čísla 5 - 6 na číslo 1 - 2. Cíl splněn.

## ***2. Deficit sebedpěče v oblasti hygieny, běžných denních činností a celkové osobní péče z důvodu bolesti a klidového režimu na lůžku***

#### ***Cíl ošetřovatelské péče:***

- Pacientka dosahuje maximální míry soběstačnosti s ohledem na aktuální stav
- Aktivně se pacientka zapojuje do běžných denních činností
- S dopomocí se sama umyje a oblékne na lůžku

#### ***Plán ošetřovatelské péče:***

- Zhodnotit aktuální Barthelův test základních denních činností.
- Sledovat soběstačnosti v denních činnostech.
- Sledovat a vést k aktivní spolupráci při samoobslužných činnostech, které jsou momentálně omezené.
- Zajistit vhodné pomůcky v blízkosti lůžka.
- Cviky doporučené fyzioterapeutem s pacientkou během dne opakovat.

- Včasná vertikalizace pacientky.
- Vést ošetrovatelskou dokumentaci.

***Realizace ošetrovatelského plánu:***

Dle Barthelova testu základních všedních činností jsem zhodnotila dnes ráno na 55 bodů, tedy závislost středního stupně. Paní V. se sama aktivně zapojuje do samoobslužných činností. Při ranní hygieně se posadila v lůžku a sama si omyla a následně osušila obličej, krk, hrudník, obě horní končetiny a sama se upravila. Pacientce jsem zajistila dostupnost pomůcek a signalizačního zařízení na dosah ruky. Během dopoledne jsme společně s fyzioterapeutem prováděly cviky zaměřené na dechovou gymnastiku např. s hlubokým nádechem zvedat ruce, a cviky k prevenci TEN např. střídání dorsální a plantární flexe na chodidlech. Při večerní toaletě se pacientka posadila se svěšenými dolními končetinami z lůžka, omyla si obličej a následně s naší podporou se postavila a udělala pár kroků. Vše bylo zaznamenáno do ošetrovatelské dokumentace.

***Zhodnocení poskytnuté ošetrovatelské péče:***

Paní V. se s pomocí umyla a oblékla na lůžku, sama se upravila. Samostatnost pacientky byla ve vykonávání doporučených cviků a bez problémů se sama napila. Cíl splněn.

***3. Porucha spánku v důsledku bolesti operační rány, rušnosti oddělení a změny prostředí***

***Cíl ošetrovatelské péče:***

- Pacientka spí aspoň 6 hodin v noci

***Plán ošetrovatelské péče:***

- Eliminovat rušivé vlivy.
- Zmírňovat bolest.
- Umožnit pacientce provést před spaním své rituály, na které je zvyklá.
- Podávat léky na spaní dle ordinace lékaře.



***Realizace ošetrovatelského plánu:***

Pacientka při ranní hygieně uvedla, že se cítí unavena a hlavním důvodem byla změna prostředí a rušnost oddělení.

Pravidelně jsem se ptala na míru bolesti a dle hodnoty jsem podávala analgetika dle ordinace: Novalgin 2ml ve 100ml FO i. v. á 3 hodiny. Při silné bolesti Tramal 1ml ve 100ml FO i. v. á 6 hodin max. 3x denně. Při velmi silné bolesti Morphin 1ml s. c. á 8 hodin max. 3x denně. Mezi výše zmíněné rituály sdělené pacientkou byly: upravila lůžko, vyvětrání pokoje čerstvým vzduchem a zapnutá televize s mírnou hlasitostí. Informovala jsem při předávání noční službě, aby minimalizovali hluk na nezbytný. Byla pacientka informována o možnosti podání léků na spaní. Ordinace: Hypnogen 10mg 1 tableta večer.

***Zhodnocení poskytnuté ošetrovatelské péče:***

Pacientka se cítí trochu unaveně. Bolest pacientka hodnotila jako minimální a přes den spávala. Na požádání byl pacientce podán k večeru Hypnogen 10mg 1 tableta. Pacientka v noci spala. Cíl splněn.

***4. Strach související s prognózou základního onemocnění***

***Cíl ošetrovatelské péče:***

- Pacientka bude udávat alespoň částečné zmírnění strachu

***Plán ošetrovatelské péče:***

- Promluvit s pacientkou o jejích obavách
- Poskytnout dostatečný prostor pro vyjádření obav, pocitů a emocí
- Snaha o vytvoření důvěry
- Pacientku dostatečně informovat o výkonech a léčebném plánu v rámci ošetrovatelských kompetencí
- Sledovat psychický stav pacientky
- Zajistit konzultaci s lékařem
- Umožnit kontakt s rodinou

### ***Realizace ošetrovatelského plánu:***

Pacientka na mě působila velmi vstřícně a potíže s komunikací neměla. S pacientkou jsem se snažila co nejvíce, při rozhovoru, sedět na židli vedle lůžka, abych tím zmírnila možný pocit paternalistického jednání. Jediné z čeho měla strach, byla následná léčba. Pacientce jsem vždy plánované výkony vysvětlila, aby tušila, co ji čeká, tím se zapojovala do léčebného a ošetrovatelského procesu, a tím jsem předcházela vzniku stresových situací. Během dne se pacientka věnovala čtení a pooperační rehabilitaci. Pacientka během ranní vizity sdělila své obavy ošetřujícímu lékaři. Lékař pacientce vysvětlil, že nyní je důležité se zaměřit na zotavení po výkonu a na následné propuštění do domácího ošetřování. V průběhu dne jsem sledovala psychický stav pacientky, v odpoledních hodinách za ní přišla rodina.

### ***Zhodnocení poskytnuté ošetrovatelské péče:***

Během mé služby došlo k viditelné změně nálady pacientky a sama Paní V. udávala, že se cítí lépe. Zlepšení přímo souviselo i se zlepšením fyzického stavu. Daný cíl byl splněn, avšak strach v určité míře stále přetrvává.

### ***Potencionální ošetrovatelské diagnózy:***

#### ***1. Riziko pádu z důvodu pooperačního stavu***

##### ***Cíl ošetrovatelské péče:***

- Minimalizace rizika
- Pacientka si je rizika vědoma

##### ***Plán ošetrovatelské péče:***

- Zabezpečit lůžko jednou postranicí.
- Zajistit signalizaci na dosah ruky.
- Při vstávání pacientky z lůžka zajistit přítomnost zdravotnického personálu.
- Doporučit pacientce vhodnou obuv.

##### ***Realizace ošetrovatelského plánu:***

Posoudila jsem riziko pádu dle Conleyové – 11 bodů - střední riziko. Kde rizikovými faktory pro vznik pádu byly: zrakový problém, užívání léků (antidepresiva, antihypertenziva) a pacientka uvedla, že mívá závratě. Zprvu jsem pacientku informovala o nutnosti přítomnosti zdravotnického personálu při výrazné změny polohy. Při zvedání z lůžka neprovádět samostatně, pouze v dopomoci zdravotnického personálu. Dále byla postel zajištěna jednou zvednutou postranicí a signalizace byla na dosah ruky. Před vstáním z lůžka jsem pacientce změřila TK – 130/60, následně se pacientka postavila a udělala pár kroků. Poté jsem pacientce doporučila, že vhodnější pro bude pevná obuv s neklouzavými podrážkami.

##### ***Zhodnocení poskytnuté ošetrovatelské péče:***

Paní V. o riziku pádu věděla. Při změně polohy či vstávání z lůžka si přivolala sestru. Doporučená obuv byla zajištěna rodinou. Během služby k pádu nedošlo. Cíl splněn.

**2. Riziko vzniku infekce z důvodu invazivních vstupů (periferní žilní katetr, permanentní močový katetr, Redonovy drény), porušení integrity kůže operačním výkonem a základního onkologického onemocnění**

***Cíl ošetrovatelské péče:***

- Snížit riziko infekce na minimum
- Včasný záchyt známek počínající infekce

***Plán ošetrovatelské péče:***

- Sledovat okolí invazivních vstupů a operační rány.
- Podržovat aseptický přístup při krevních odběrech, zavádění intravenózní kanyly, aplikaci léků a při převazech operační rány.
- Pravidelně převazovat operační ránu.
- Pravidelně vyměňovat kanyly a krycí materiál.
- Sledovat průchodnost PMK a barvu moče.
- Sledovat fyziologické funkce.

***Realizace ošetrovatelského plánu:***

Operační ránu při ranní vizitě kontroloval lékař. Rána byla klidná, bez přítomnosti otoku, výraznějšího zarudnutí, krvácení nebo sekrece. Bolevost je přiměřena rozsahu výkonu. Ránu jsem nejprve odezinfikovala postříkovým desinfekčním roztokem Cutasept a s pomocí sterilních tampónků a sterilní pinzety očistila a následně překryla sterilním suchým krytím - Curapor®. Oba Redonovy drény, levý a pravý byly funkční a jejich okolí bylo klidné bez známek infekce. Levý drén č. 1 byl zaveden v levém mezogastriu a pravý drén č. 2 v pravém hypogastriu. Z obou drénů jsem sundala krytí. Okolí vstupů jsem postříkala desinfekčním roztokem Cutasept, sterilním tampónkem a pinzetou otřela, následně překryla sterilním krytím. Dále pacientka měla z operačního sálu zavedeny 2 PŽK. Kanyla z LHK z oblasti předloktí byla odstraněna a z druhé kanyly na PHK v oblasti předloktí, jsem sundala krytí, očistila sterilním tampónkem a postříkovou desinfekcí Cutasept. Následně překryla sterilním krytím. U PMK jsem zkontrolovala

průchodnost, okolí vstupu a zeptala jsem se pacientky na nepříjemné pocity jako pálení, řezání či bolest v oblasti vstupu či podbřišku. Pacientka výše uvedené obtíže neguje. Krevní odběr jsem provedla asepticky a vpich překryla navlhčenými čtverečky v desinfekčním roztoku. Vše jsem zapsala do ošetrovatelské dokumentace. Každé 3 hodiny proběhla kontrola krytí, zda je suché a neprosakuje a kontrola barvy moči.

Při ranní měření teploty měla pacientka teplotu 36,7°C a během služby byla teplota v normě. Pravidelně po 8 hodinách jsme dle ordinace lékaře aplikovala Unasyn 1,5g v 100ml FO i. v.. Při aplikaci jsem dodržovala základy asepsy a vše zapsala do dokumentace.

Funkčnost drénů a množství odvedené tekutiny jsem zapisovala každé 3 hodiny do dokumentace. Po odpolední vizitě byl dle ordinace lékaře odstraněn levý drén z levého mezogatria. Následně byla rána desinfikována roztokem Cutaseptem a překryta sterilním krytím.

#### ***Zhodnocení poskytnuté ošetrovatelské péče:***

Okolí invazivních vstupů bylo klidné bez známek počínající infekce a operační rána se hojí bez komplikací. Moč byla čirá bez příměsí. Cíl splněn.

### ***3. Riziko vzniku malnutrice z důvodu dlouhodobého nechutenství a pooperačního dietního režimu***

#### ***Cíl ošetrovatelské péče:***

- Snaha o udržení stabilní hodnoty BMI nad hodnotou alespoň 19,6

#### ***Plán ošetrovatelské péče:***

- Edukovat pacientku o riziku
- Kontaktovat nutričního specialistu
- Pravidelně sledovat váhu
- Přizpůsobit jídelníček dle přání pacientky a dle aktuálního dietního režimu

#### ***Realizace ošetrovatelského plánu:***

Pacientku jsem edukovala o potencionálním riziku vzniku malnutrice. Následně během dopoledne byl kontaktován nutriční specialista, který s pacientkou sestavil budoucí dietní plán. Pacientka měla ordinovanou dietu 0 – tekutá. Pacientce byl ordinován sipping 2x denně ve formě džusů. Džus jsem naředila vodou do 1 litrového džbánu, ze kterého si pacientka pravidelně nalévala. Odpoledne se pacientka zvážila – 54 kg, BMI 19,4.

#### ***Zhodnocení poskytnuté ošetrovatelské péče:***

Pacientka si udržela stabilní hodnotu BMI 19,4. Nutriční specialista navrhnul následné dietní patření. Cíl splněn

#### ***4. Riziko vzniku tromboembolické komplikace z důvodu operačního výkonu***

##### ***Cíl ošetrovatelské péče:***

- Minimalizovat rizika vzniku tromboembolické komplikace
- Časně rozpoznat příznaky TEN

##### ***Plán ošetrovatelské péče:***

- Kontrolovat dolní končetiny
- Aplikovat Fraxiparine 0,6ml s. c. a elastické punčochy.
- Mobilizovat pacientku, zajistit aktivní a pasivní rehabilitaci.
- Monitorovat fyziologické funkce.

#### ***Realizace ošetrovatelského plánu:***

Po ranní hygieně jsem pacientce nasadila elastické punčochy na dolní končetiny, které sahaly od prstů nad kolena. Pravidelně po 3 hodinách jsem kontrolovala, zda punčochy jsou dobře nasazené a neshrnují se. Po ranní hygieně jsme se s pacientkou postavili a udělali pár kroků. Následně během dne jsme opakovaly cviky jako dorzální flexe a extenze. Následně dle ordinace v 18 hodin jsem aplikovala Fraxiparine 0,6ml s. c.. Fyziologické funkce byly měřeny á 1 hodina – TK 140/80, P 74, saturace 97%, TT 36,8.

### ***Zhodnocení poskytnuté ošetrovatelské péče:***

Žádné příznaky tromboembolické nemoci se během služby neobjevily a pacientka subjektivně žádné potíže neuváděla. Dle ordinace jsem aplikovala Fraxiparine 0,6ml s. c. a během dne jsme opakovaly cviky dolních končetin. Fyziologické funkce byly v normě. Cíl splněn.

## **4.6. Dlouhodobý ošetrovatelský plán**

Paní J. V. byla hospitalizována 10 dní na gynekologicko-porodnické klinice. Byla přijata na standardní oddělení a po operaci byla, z důvodu kontinuální monitorace, převezena na jednotku intenzivní péče. Během 4 dnů se stav natolik upravil, že byla Paní V. převezena na standardní oddělení. Zde byla pacientce poskytnuta komplexní péče, se zaměřením na psychosociální stav, edukaci a řešení stávajících i nově vzniklých ošetrovatelských diagnóz. Cílem bylo co nejdříve úprava zdravotního stavu, aby mohla Paní V. co nejdříve pokračovat v léčbě chemoterapie, která může zlepšit prognózu.

### ***2. pooperační den***

Druhý den se bolesti v oblasti operační rány snížily na minimum, na stupeň 2–3. Sama pacientka byla mile překvapena a hodnotila bolesti jako mírné, zejména při ranní hygieně, kterou prováděla s pomocí. Při ranní vizitě byla operační rána bez známek zánětu a lékař odstranil pravý Redonův drén č. 2 z oblasti pravého hypogastria. Místo po abdominálním drénu bylo odezinfikováno a překryto sterilním krytím - Curapor. Dále byly ráno zkontrolovány ostatní invazivní vstupy a dále pravidelně po 6 hodinách během dne. Rehabilitace byla zaměřená na cviky dolních končetin a vstávání z lůžka. Elastické punčochy byly ponechány a v 18 hodin byl pacientce aplikován Fraxiparine 0,6ml s. c.. Fyziologické funkce byly měřeny po jedné hodině, tělesná teplota 2x za den: TK 135/65, P 70, saturace 98%, TT 36,7°C. Všechny změřené hodnoty byly fyziologické. Dieta byla stále 0 – tekutá. Bolest pacientka uváděla jako mírnější, hodnota 2-3. Pacientce byly

aplikovány analgetika dle ordinace- Novalgin 2ml do 100ml FO i. v. po 3 hodinách. Dále byly aplikovány dle ordinace ATB - Unasyn 1,5g v 100ml FO i. v. po osmi hodinách. Pacientka přijala 750ml tekutin per os.

### **3. pooperační den**

Pacientka uváděla, že se cítí dobře. Ráno jsem přehodnotila Barthelův test základních denních činností, který vyšel na hodnotu 75 – lehce závislý. Bolest pacientka uváděla na škále 3-4, kdy jí byly aplikována analgetika dle ordinace – Novalgin 2ml v 100ml FO i. v. po 3 hodinách. Ranní hygiena proběhla ve sprše, kam si pacientka s dopomocí došla, dále se oblékla a obstarala sama. Při převazu operační rána byla klidná, bez známek zánětu. Periferní žilní katetr byl z PHK odstraněn a na LHK v oblasti předloktí byl nahrazen novým. Po vizitě lékaře byl shledán stav pacientky uspokojivý a schválil přeložení pacientky na standartní oddělení. Převoz byl naplánován po obědě. Následně byl pacientce odstraněn PMK. Pacientce bylo řečeno, že by se měla do 2 hodin po vyndání vymočit a více pít. Fyziologické funkce byly měřeny po 3 hodinách, teplota 2x denně – TK 140/70, P 60, saturace 97%, TT 36,6°C. Dále byly pacientce dle ordinace aplikovány ATB - Unasyn 1,5 g ve 100ml FO i. v. po osmi hodinách. Dieta 0 – tekutá. Elastické punčochy byly pacientce ponechány. Během dne prováděla sama cviky dolních končetin a dvakrát během dopoledne jsem se s pacientkou prošla po chodbě. Přeložení na standartní oddělení proběhlo ve 13:30.

### **4. - 7. pooperační den**

Pacientka se cítila dobře a dle personálu spala celou noc. Bolest se postupně snižovala, pouze při napínání svalů břicha pociťovala mírnou bolest. Analgetika užívala do 6. pooperačního dne - Novalgin 2ml v 100ml FO i. v. po 3 hodinách. Rána byla klidná, bez známek infekce. Do sprchy docházela s doprovodem, ale ostatní sebeobslužné činnosti zvládala sama. Sterilním krytím byla rána překrývána do 7. pooperačního dne. PŽK byl odstraněn 6. pooperační den a ordinovaná analgetika Novalgin a ATB Unasyn byly



podávány v tabletové formě. Čtvrtý pooperační den byla dieta změněna na 1-kašovitá a šestý pooperační den na 3 – racionální. Rehabilitace probíhala 2x denně se zaměřením na chůzi. Fyziologické funkce byly měřeny 2x denně, vše v normě: TK 140/70, P 75, saturace 97%, TT 36,5 °C. Lékaři z propuštění chtěli ještě 3 dny počkat z důvodu zjištěné snížené hodnoty hemoglobinu z krve.

#### ***8. - 10. pooperační den***

Od osmého pooperačního dne bolest pacientka neuváděla. Operační rána byla překryta jod koloidem – tekutým obvazem. Hodnota hemoglobinu v krvi se stabilizovala. Dále byly měřeny fyziologické funkce 2x denně, které byly v normě: TK 145/70, P 60, saturace 98%, TT 36,5°C. ATB Unasyn byl ordinován do osmého pooperačního dne. Pacientka přijala za den cca 1 l tekutin. Dieta byla 3 – racionální. Pacientka zvládala všechny denní činnosti sama včetně chůze. Stehy byly odstraněny desátý pooperační den. V den propuštění pro Paní V. přijela rodina. Do domácího ošetřování byla propuštěna s informacemi s datem další kontroly a s následnou ambulantní léčbou.

## 4.7. Psychologie nemocných s onkologickou diagnózou

Onkologické onemocnění řadíme mezi náročné životní situace. Reakce pacienta na tuto skutečnost jsou vysoce individuální a snaží se zajistit psychickou obranu a duševní rovnováhu. Způsob prožívání je ovlivněn řadou faktorů, jako je osobnost, temperament, věk, pohlaví, víra, rodinné zázemí a mnoho dalších.

Během průběhu nemoci dochází ke změnám nejen tělesným, ale i psychickým a sociálním. Proto péče o onkologicky nemocného musí být důsledně komplexní. Zdravotníci musí zaujmout vhodný postup a respektovat základní psychické prožívání příchodu a rozvoje vážné nemoci. Tyto specifické způsoby byly popsány, na základě zkušeností při práci s nevyлéčitelně nemocnými, doktorkou Elizabeth Kübler-Rossovou či teorie dle Horowitze.

K tomu, aby se včas rozpoznaly změny psychiky pacientů a účinně jim pomáhat, jsou níže popsány fáze psychické odezvy na závažné zdravotní stavy.

- 1. Fáze – šok** - emočně velmi silná odezva na sdělení diagnózy. Projevem je pláč, ztížený dech, silný neklid či naopak ztrnulost. Pacienti se ptají, proč se to stalo, proč právě já a proč právě teď. Šoková reakce trvá různě dlouho a většinou sama odezní.
- 2. Fáze – zlost, popření** – pacient se nechce smířit s diagnózou a hledá racionální vysvětlení a své pochybnosti vyjadřuje větami – to nemůže být pravda, určitě se jedná o omyl, nechte mne na pokoji, mně nic není. Tato fáze může v extrémních případech trvat po celou dobu léčby, a tím se léčba stává ztížená.
- 3. Fáze – agrese** – pacient se ocitá v emoční pasti, projevuje zlost proti všem zdravým lidem ve svém okolí. Dle své mentality buď přestává

komunikovat se zdravotníky, nebo je se vším nespokojen, hádá se, odmítá pomoc i léčebné zákroky.

4. **Fáze – smlouvání** – pacient pochopil, že má vážný problém. Touží a snaží se prodloužit život smlouváním.
5. **Fáze – deprese** – nejtěžší fáze psychické odezvy, kdy se pacient zcela ponoří do beznaděje, strachu a úzkosti. Dle své osobnosti pacient trpí nezvladatelným psychomotorickým neklidem, stažením do sebe a odmítáním veškeré spolupráce s okolím. Tato fáze psychické odezvy je pro pacienta i jejich léčbu velice nebezpečná a je třeba ji překonat psychofarmaky.
6. **Fáze- smíření** – psychické uvolnění, kdy vypjaté emoce převáží rozumový přístup k nemoci a léčbě. Pacient se zklidní a je schopen účinně spolupracovat na své léčbě. (8)

Sled jednotlivých fází nemusí být přesně zachován. Některé fáze se mohou u pacienta opakovat nebo naopak některé zcela chybět. Většinou to bývá v souvislosti se změnou fyzického stavu v průběhu léčby. (8)

Příbuzní pacientů, jejich blízcí, přátelé i známí prožívají spolu s nemocnými jejich léčbu a většinou trpí stejnými psychickými traumaty jako pacient. Prožívají stavu velkého strachu, obav a úzkosti. Komunikace s nimi je stejně důležitá a stejně náročná jako s pacienty.

Paní J. V. před vznikem onemocnění žila aktivní život. Její práce jí naplňovala, byla velmi komunikativní. Vždy byla k lidem přátelská, sama o sobě tvrdí, že je zdravě důvěřivá a milá.

Velmi rychle po operaci bez problémů přijala roli závislého nemocného. Během pobytu na JIPu komunikovala aktivně bez problémů, spolupracovala, působila klidně, ale byla unavená z důvodu bolestí v oblasti operační rány.

Následný den po operaci Paní V. lékař informoval o výsledcích operace a o následné terapii. Aktivně se snažila zapojovat do denních

činností, hlavně v oblasti osobní hygieny a rehabilitace. Jediné co ji trápilo, byla přetrvávající bolest.

Pro Paní V. je největší oporou rodina a přátelé, každý den ji navštěvoval syn a nejlepší kamarádka. Velmi se těší domů, chce pokračovat v práci učitelky hry na housle a začít pracovat na zahrádce. Uvědomuje si, že ze začátku bude muset být na sebe opatrná a šetřit se. Dřívější pocit strachu se snížil, jak vlivem konzultace s lékařem, tak blížící se doba propuštění do domácího léčení.

## 4.8. Edukace

Edukace je jedním s nejdůležitějším předpokladem pro správnou léčbu a možné uzdravení nemocného. Je důležité vytvořit pomocí vstřícného kontaktu vzájemnou důvěru a nejlépe vztah partnerský. Tak lze docílit nejvyšší možné úrovně v dodržování léčebného režimu, jak během hospitalizace, tak po ní. Využít nejvhodnější metod edukace, které jsou pro pacientku vhodné (slovní, písemný pokyn, video či praktický nácvik – instruktáž). Důležité je edukovat průběžně po celou dobu hospitalizace. Poskytnou dostatečný čas na vstřebání informací a promyšlení otázek, které jsou následně zodpovězeny. Někdy se musí k tématům opakovaně vracet. Pokud pacient není schopen spolupráce, nerozumí či nechápe, je potřeba edukovat jeho nejbližší.

Edukace byla zaměřena především na:

- **Péči o operační ránu**
- **Domácí ošetřování**
- **Chemoterapii**

### *1. Péče o operační ránu*

Pacientka byla informována lékařem i sestrou v péči o ránu. Bylo doporučeno sprchování vlažnou vodou, bez použití mýdel či sprchových gelů. Minimalizovat znečištění rány. Je vhodné jizvu pravidelně mazat a masírovat krémem či tělovým mlékem, aby se jizva stala vláčnou. Dále bylo pacientce řečeno, že není vhodné přenášet těžká břemena nad 1 kilogram, provádět posilovací cviky na břišní svaly a nosit oblečení, které způsobuje kompresy.

Po úplném zhojení jizvy je vhodné provádět tlakovou masáž, která přispívá ke většímu prokrvení a tím snižuje vznik podkožních srůstů. Tlaková masáž se provádí pomocí palce ruky a krouživými pohyby se tlačí na jizvu směrem od hrudníku dolů.

## **2. Domácí ošetřování**

Paní V. byla lékařem poučena o léčebném režimu v domácím prostředí

**Výživa** - jíst alespoň 5x denně. Vyvarovat se nadýmajících jídel (luštěniny, brokolice, kapusta, květák) a jídel způsobujících zácpu či průjem. Naopak jíst ovoce, zeleninu, mléčné výrobky a malé porce lehkého masa. Dále důležitý je dostatečný příjem tekutin, ale pozor na minerální vody a nevhodné jsou limonády.

**Vylučování** – vyprazdňovat se vždy při nutkavém pocitu a nepoužívat břišní lis. Je vhodné zpevňovat svaly pánevního dna nenáročnými cviky. (viz příloha)

**Pohybový režim** – klidový, jsou doporučeny procházky. Neposilovat břišní svalstvo, při kašli či vstávání si ránu přidržovat a vstávání z lůžka přes bok. Vyvarovat se fyzické námaze a nepřenášet břemena nad 1 kilogram. Posilovací cvičení je doporučeno až po půl roce od operace. Po třech měsících je možné plavání či jiné sporty.

**Spánek** – dostatečně odpočívat. Při bolestech je možné užít běžně dostupná analgetika.

**Osobní život** – pohlavní styk je povolený až po 6. týdnech po operaci. Pacientka je upozorněna na možné bolesti.

Do 14 dnů by se měla Paní V. dostavit na kontrolu ke svému gynekologovi. Dále bylo stanoveno předběžné datum zahájení dalšího cyklu chemoterapeutické léčby.

### **3. Chemoterapie**

Lékař informoval pacientku, kdy a kam se má dostavit na kliniku, jak bude následovná chemoterapeutická léčba probíhat a o možných nežádoucích účincích.

Následně během tří měsíců pacientka podstoupí 3 série adjuvantní chemoterapie (paklitaxel, karboplatina). Jedná se pomocnou, doplňující terapii nejčastěji po chirurgické léčbě, kdy byly odstraněny všechny zjištěná ložiska nádorového onemocnění. Chemoterapie využívá chemických látek (cytostatik) s protinádorovým účinkem, které způsobují poškození buněk, zastavují buněčné dělení, bohužel nejen buněk nádorových, ale i buněk zdravých. V souvislosti s protinádorovou léčbou se mohou objevit nežádoucí účinky, jako jsou nevolnost, zvracení, nechutenství, někdy dochází k dočasnému potlačení funkce kostní dřeně (myelosuprese) a výrazné snížení bílých krvinek (v tomto případě především neutropenie).

#### ***Obecná doporučení před, během a po chemoterapii:***

##### ***1. Nevolnost, zvracení, nechutenství***

- Jíst malé porce několikrát denně a vyvarovat se velkých porcí jídla a pocitu plného žaludku
- Pít tekutiny hodinu před či po jídle, nepít v průběhu jídla
- Jíst a pít pomalu
- Vyvarovat se sladkostí, tučného a smaženého jídla
- Jíst jídla spíše studená, lépe se snášejí než teplá
- Jídlo dostatečně rozžvýkat, usnadní se trávení
- Pít chladné, neslazené ovocné šťávy (džusy), bez bublinek
- Cucat ledové kostky, mátové či kyselé bonbóny (kyselé nejsou vhodné při zánětu v dutině ústní)
- Vyhýbat se intenzivním vůním a zápachům (vůně při vaření, kouř, parfěmy)
- Připravovat si jídlo do zásoby do mrazničky, kdy pacient nebude mít náladu či sílu vařit
- Po jídle odpočívat nejlépe v křesle, alespoň 2 hodiny po jídle si nelehat

- Nosit volné, nesvíravé oblečení
- Při nevolnosti zhluboka a pomalu dýchat
- Odvracení pozornosti od obtíží například komunikací s členy rodiny nebo přáteli, poslouchat oblíbenou hudbu či sledovat zábavný, nenáročný televizní pořad
- Vyvarovat se jídla několik hodin pře podáním chemoterapie, pokud při ní pacient pociťuje nevolnost nebo nucení na zvracení

Dále Paní V. dostala informační leták o předcházení nevolnosti a zvracení při chemoterapii a o možných léčích. (17, 18)

## **2. Zvýšené riziko infekce**

- V průběhu dne velmi často si mýt ruce, důkladně před jídlem, před a po použití toalety
- Důsledně se vyvarovat kontaktu s lidmi, kteří mají přenosná onemocnění, jako je chřipka, nachlazení, dětské infekční onemocnění. Dále minimalizovat pobyt v místě velkého počtu lidí
- Vyhýbat se syrovému jídlu z důvodu možného obsahu bakterií či plísní, jako je syrové ovoce a zelenina, plísňové sýry
- Dávat pozor obecně při používání ostrých předmětů a při stříhání nehtů, aby nedošlo k poranění
- K holení používat výhradně elektrický strojek, aby se minimalizovalo riziko poranění
- Používat měkký zubní kartáček, aby se neporanily dásně
- Sprchovat se denně vlažnou, ne horkou, vodou. Kůži ručníkem netřete, zlehka ji masírovat poklepáváním
- Používat krém či olej k změkčení a zvláčnění kůže, pokud ji pacient má hrubou či suchou
- Drobná poranění, jako škrábnutí, odření či říznutí, omýt teplou vodou s mýdlem a dezinfikovat
- Při uklízení, práci s rostlinami či zvířaty používat ochranné rukavice



- Jakékoli očkování musí být provedeno se svolením ošetřujícího lékaře (18)

Pacientka získané informace přijala dobře, jelikož vlastní zkušenosti z chemoterapií již má. Kladený dotaz na mne byl, zda je výhodnější nosit ústní roušku při návštěvě veřejných prostor. Doporučila jsem, že pokud to bude možné, lepší je minimalizovat návštěvu veřejných budov na nezbytně nutnou. A tudíž, ústní rouška v tomto případě, nebude nutná. Ale pro svůj klid si ústní roušku může klidně vzít při návštěvě veřejných budov.

## 5. Prognóza

Hlavním prognostickým faktorem je klinické stádium, velikost nádorového rezidua po operaci, histologický grading tumoru, celkový stav pacientky, velikost ascitu a rychlost poklesu sériových hladin markerů CA125.

U pokročilých stádií bývá dosaženo několika měsíčních někdy několikaletých remisí. I když lze u pokročilých karcinomů dosáhnout až 70-80% léčebné odpovědi, nejméně 60% z nich recidivuje. U karcinomu ovaria ve stadiu dle FIGO III je pětileté přežití 23%. Bohužel i přes velmi dobré odpovědi na primární cytostatickou léčbu, u řady pacientek dochází v poměrně krátkém časovém horizontu k recidivě nemoci. Při výběru vhodného cytostatika je orientace dle délky období bez projevů nemoci. Léčebná odpověď recidiv je 60-70% a má velmi krátké trvání léčebné odpovědi, většinou nepřesahuje 5-9 měsíců. Možnosti chirurgické intervence recidiv jsou velmi omezené. Následná terapie je zaměřena na léčbu bolesti, odlehčující punkce při ascitu a symptomů ovlivňující kvalitu života pacientky.

Prognóza u Paní V. je shodná s obecnými výzkumy. Pacientka i její rodina a nejbližší jsou s těmito stanovisky seznámeni. Všichni společně doufají, že chemoterapie prognózu zlepší.

U pacientky J. V. se jednalo o klinické stádium dle klasifikace FIGO III. C, operace proběhla bez komplikací, na konci operace bylo reziduum nádoru minimální, celkový stav pacientky je dobrý, rána se hojí bez komplikací avšak z medicínského hlediska je prognóza zatím nejistá. (6)

## 6. Závěr

Ve své bakalářské práci jsem se věnovala péči o pacientku s diagnostikovaným karcinomem ovaria v pokročilém stádiu. Paní J. V. byla hospitalizována z důvodu plánované ho radikálního operačního řešení. Cílem mé práce bylo vytvořit ustálený pohled na danou problematiku tohoto onemocnění a seznámit se s případem dané pacientky. V teoretické části jsem se věnovala anatomii, fyziologii, dále možnostmi léčby a diagnostiky karcinomu ovaria.

Zvolila jsem si danou problematiku z důvodu, že i přes neuvěřitelné pokroky medicíny je karcinom ovarii spojen s velmi vysokou mortalitou a velké procento případů je diagnostikováno v pokročilých stádiích, kde je léčba o mnoho náročnější. Velkým důvodem pozdní diagnózy je minimum nespecifických příznaků, proto je velmi důležitá prevence.

Pro vypracování bakalářské práce jsem si vybrala model dle Majory Gordon - Model fungujících vzorců zdraví.

Operační výkon u Paní J. V. dopadl dobře, a i přes to je prognóza nejistá. Pro snížení rizika recidivy je nutné, aby se pacientka podrobila dalším 3 sériím chemoterapie, která bude probíhat ambulantně. Před propuštěním do domácího ošetřování byla Paní J. V. o všem poučena a byly jí zodpovězeny všechny položené doplňující otázky. Následně bude pacientka sledována na dané klinice.

## Seznam použité literatury a dalších zdrojů:

1. **Eliška Červinková, Hilda Vorlíčková a další:** *Ošetrovatelské diagnózy: pomůcka k výuce ošetrovatelského procesu v rámci programu Leonardo*. Brno, Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. Počet stran: neuveden. ISBN 80-7013-303-1.
2. **Marta Staňková:** *ČESKÉ OŠETŘOVATELSTVÍ 4: Jak provádět ošetrovatelský proces*. Brno, Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1999. Počet stran: 50. ISBN 80-7013-283-3.
3. **Marcela Hrubá, Lenka Foretová, Hilda Vorlíčková:** *Role sestry v prevenci a časných diagnostice nádorových onemocnění*. Brno, GAD STUDIO s.r.o., 2001. Počet stran: 77. ISBN 80-238-7618-X.
4. **Darja Jarošová:** *Teorie moderního ošetrovatelství* Praha, ISV nakladatelství, 2000. Počet stran: 133. ISBN 80-85866-55-2.
5. **Slavomíra Pavlíková:** *Modely ošetrovatelství v kostce*. Praha, Grada Publishing a. s., 2006. Počet stran: 152. ISBN 80-247-1211-3.
6. **David Cibula, Luboš Petruželka a kolektiv:** *Onkogynekologie*. Praha, Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2665-6.
7. **František Macků:** *Gynekologie*. Praha, Karolinum, 1997. Počet stran: 348. ISBN 80-784-294-X.
8. **Jiří Vorlíček, Jitka Abrahámová, Hilda Vorlíčková a kolektiv:** *Klinická onkologie pro sestry*. Praha, Grada Publishing a. s., 2006. Počet stran: 328. ISBN 80-247-1716-6.
9. **Jiří Mačák, Jana Mačáková, Jana Dvořáčková:** *Patologie*. Praha, Grada Publishing a.s., 2012, 2. doplněné vydání. Počet stran: 347. ISBN 978-80-247-3530-6.
10. **Miloš Grim, Rastislav Druga a další:** *ZÁKLADY ANATOMIE 3. Trávicí, dýchací, močopohlavní a endokrinní systém*. Praha, Galén, 2005. Počet stran: 163. ISBN 80-7262-302-8.

11. **Pavel Petrovický a spol.:** *Systematická, topografická a klinická ANATOMIE:VI. MOČOPOHLAVNÍ ÚSTROJÍ.* Praha, Karolinum 1995.  
Počet stran:153. ISBN 80-7184-108-0.
12. **Richard Rokyta a kolektiv:** *Fyziologie* - Praha, ISV, 2000. Počet stran: 358. ISBN 80-85866-45-5.
13. **Lubomír Vondráček, Vlasta Wirthová** *Sestra a její dokumentace.* Praha, Grada Publishing a. s., 2008. Počet stran: 88. ISBN 978-80-247-2763-9.
14. **Miroslav Verner, Petr Šafář, Jaroslav Feyereis:** Chemoterapie zhoubných nádorů vaječníků. Časopis: *Postgraduální medicína.* leden 2008, stránky 70-75; ISSN 1212-4184.
15. **Josef Chovanec:** Karcinom ovaria. *Postgraduální medicína.*září 2012, stránky: 71-77; ISSN 1212-4184.
16. **Pavel Klener:** *Chemoterapie minimum pro praxi* - Praha, TRITON, 1999. Počet stran: 114. ISBN 80-7254-028-9.
17. **Jana Karešová, Marcela Bendová, Helena Cuhrová, Jitka Fricová, Radkin Honzák, Pavlína Nosková, Martin Štříteský, Iva Štětovská, Michal Vaněček:** *Praktické rady pro onkologické pacienty aneb jak překonat nesnáze při léčbě rakoviny* - Czech Republic, MAXFORD, 2010. Počet stran: 142. ISBN 978-80-7345-217-9.
18. **Jiří Vorlíček, Zdeněk Adam, Lenka Šmardová, Hilda Vorlíčková:** *Chemoterapie a Vy. Rady pro nemocné léčené chemoterapií* - Praha, MEDICAL TRIBUNE CZ, 2013. Počet stran: 35 ISBN 978-80-87135-49-5.
19. **Renata Soumarová, Hana Perková:** *Radioterapie a Vy. Rady pro nemocné léčené zářením* - Praha, Teva Pharmaceuticals CR. Počet stran: 16. ISBN - neuvedeno.
20. **Jozef Rosina, Hana Kolářová, Jiří Stanek:** *Biofyzika pro studenty zdravotnických oborů* - Praha, Grada Publishing a. s., 2010. Počet stran: 230. ISBN 978-80-247-1383-0.

**21. Zdravotnická dokumentace**

**22. Dokumentace 3. LF UK**

**23. [www.sukl.cz](http://www.sukl.cz)**

### Seznam zkratek:

Zkratka	Význam zkratky
a.	arterie
ATB	antibiotika
BMI	Body Mass Index
BRCA 1	breast cancer gen 1
BRCA 2	breast cancer gen 2
cm	centimetr
CT	počítačová tomografie
č.	číslo
D/min	počet dechů za minutu
DK	dolní končetiny
FO	fyziologický roztok
FSH	folikulostimulační hormon
g	gram
g/l	gram na litr
GIT	gastrointestinální trakt
GnRH	gonadotropine releasing hormon
HMR	Humulin R
i. m.	intramuskulárně
i. v.	intravenózně
KCl	kalium chloratum
kg	kilogram

LH	luteinizační hormon
Zkratka	Význam Zkratky
LHK	levá horní končetina
lig.	ligamentum
ml	mililitr
ml/hod	milimetr za hodinu
mm	milimetr
mmHg	milimetr rtuťového sloupce
MR	magnetická rezonance
°C	stupeň Celsia
P/min	počet pulsů za minutu
PET	pozitronová emisní tomografie
PHK	pravá horní končetina
PIF	prolaktine inhibitory factor
PMK	permanentní močový katetr
PŽK	periferní žilní kanyla
RTG	rentgenologické vyšetření
s. c.	subkutánně
tbl.	tableta
TEN	trombo embolická

	nemoc
tzv.	tak zvaně
UPT	umělé přerušeni těhotenství
USG	ultrasonografie
v.	věna
WART	whole abdomen radiotherapy



## **Seznam příloh:**

1. Souhrn klasifikací TNM a FIGO
2. Stupně anémie dle WHO
3. Tabulka č. 1 – biochemické vyšetření krve – 1. pooperační den
4. Tabulka č. 2 – hematologické vyšetření krve (krevní obraz) – 1. pooperační den
5. Ošetrovatelská anamnéza 3. LF UK
6. Plán ošetrovatelské péče 3. LF UK

Příloha č. 1

Souhrn klasifikací TNM a FIGO:

TNM		FIGO
T1a	Postižení jednoho ovaria, pouzdro intaktní, bez nádoru na povrchu ovaria, negativita ascitu nebo laváže	IA
T1b	Postižení obou ovarii, dále jako T1a	IB
T1c	Jedno nebo obě ovaria + ruptura pouzdra / nádor na povrchu / pozitivita ascitu nebo laváže	IV
T2a	Šíření na dělohu / tubu / negativita ascitu nebo laváže	IIA
T2b	Šíření na jiné pánevní tkáně / negativita ascitu nebo laváže	IIB
T2c	Šíření na dělohu / tubu / v pánvi / pozitivita ascitu nebo laváže	IIC
T3a	Mikroskopické peritoneální metastázy mimo pánev	IIIA
T3b	Makroskopické metastázy mimo pánev $\leq 2$ cm	IIIB
T3c	Makroskopické metastázy mimo pánev $> 2$ cm	IIIC
	Vzdálené metastázy	IV
N1	Postižení pánevních a / nebo paraaortálních lymfatických uzlin	IIIC
N1	Vzdálené metastázy	IV

Zdroj: www.onkogyn.cz

Příloha č. 2

Stupeň anémie	Hemoglobin
1. Mírná	95 – 109 g/l
2. Střední	80 – 94 g/l
3. Těžká	65 – 79 g/l
4. Život ohrožující	$< 65$ g/l

Zdroj: 3

Příloha č. 3. - Tabulka č. 1 – Biochemické vyšetření krve – 1. pooperační den

<b>Zkoumaný parametr</b>	<b>Referenční meze</b>	<b>7:00</b>	
Na	135 – 145 mmol/l	138	
K	3,8 – 5,1 mmol/l	3,9	
Cl	98 – 107 mmol/l	105	
P	0,87 – 1,45 mmol/l	1,35	
Ca	2,15 – 2,75 mmol/l	2,05	↓
ALT	0,17 - 0,58 $\mu$ kat/l	0,42	
AST	0,17 - 0,60 $\mu$ kat/l	0,58	
Urea	2,0 – 6,7 mmol/l	2,0	
Kreatinin	53 – 115 $\mu$ mol/l	85	
Celková bílkovina	64,0 – 85,0 g/l	65	
Glukóza	3,5 – 5,3 mmol/l	7,2	↑

Zdroj: 21

Příloha č. 4 - Tabulka č. 2 – Hematologické vyšetření krve – 1. pooperační den

<b>Zkoumaný parametr</b>	<b>Referenční meze</b>	<b>7:00</b>	
Hemoglobin	120 – 160 g/l	79	↓
Hematokrit	0,35 – 0,47 l	0,287	↓
Erytrocyty	3,80 – 5,20 $10^{12}/l$	3,82	
Trombocyty	140 – 350 $10^9/l$	323	
Leukocyty	4,00 – 9,50 $10^9/l$	5,7	

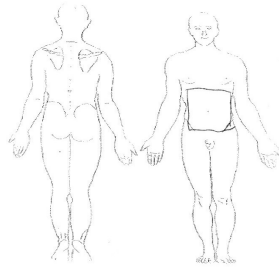
Zdroj: 21

### Ošetřovatelská anamnéza

Oddělení : VIP  
 Datum a čas odběru anamnézy : 15.10.13 v 7:00  
 Jméno (iniciály) : J.V. Pohlaví : ♀ Věk : 63  
 Datum přijetí : 14.10.13 Datum propuštění : ppp. 24.10.13  
 Stav : v.dobru Povolání : učitelka hry na housle  
 Rodina informována :  ano  ne  
 Diagnóza při přijetí (základní) : C56 - zhoubný novotvar vaječníku  
 Chronická onemocnění : Arteriální hypertenze  
Rheumatoidní artritida  
Osteoporóze  
 Infekční onemocnění :  NE  ANO  
 Režimová opatření : \_\_\_\_\_  
 Léčba:  
 Operační výkon : Hysterektomie, omentektomie, appendektomie, Lymfadenektomie a punkce ovariety Pooperační den : 1  
 Farmakoterapie :  
ENELBIN 100 Retard 1-0-1 DORILUM 7,5mg při potěbě  
CORDIPIN XL 1-0-0  
PLAQUENIL 200mg 1-0-0  
NEPROL 4mg 2-0-2  
VEROSPAN 25mg 1-0-0  
CHEMBAR 20mg 1-0-0  
 Jiné léčebné metody : \_\_\_\_\_  
 Má nemocný informace o nemoci :  ano  ne  částečně  
 Alergie :  ano  ne jaké : \_\_\_\_\_  
 Fyziologické funkce : P : 60 TK : 120/60 D : 18 SpO2 : 98 TT : 36,2 °C  
 Hmotnost : 54 kg Výška : 165cm  
**1) Vědomí**  
 stav vědomí :  při vědomí  porucha vědomí  bezvědomí GSC : \_\_\_\_\_  
 Orientovaný  Deorientovaný

**2) Bolest**

bolest :  ano  akutní  chronická  
 tupá  bodavá  křečovitá  svalová  jiná  
 ne  
lokalizace :



Intenzita : /---/---/---/---/---/---/---/---/---/---/---/  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

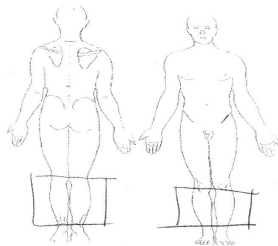
**3) Dýchání**

potíže s dýcháním :  ano  ne  
dušnost :  ano  klidová  námahová  noční  
 ne  
Kuřák :  ano  ne Kašel :  ano  ne

**4) Stav kůže**

změny na kůži :  ano  ekzém  otoky  dekubity  jiné  
 ne Riziko vzniku dekubitů – Nortonové skóre: ...26...

lokalizace :



Ošetření rány:.....  
.....

### 5) Vnímání zdraví

Celková úroveň zdraví (nemocnost, vleklá choroba).....

Úrazy:  ano  ne jaké: přetržení vazů v koleni

Prodělaná dětská onemocnění : .....

Infekční onemocnění :  ano  ne jaká : .....

### 6) Výživa, metabolismus

Dieta:.....<sup>0</sup>..... Nutriční skóre:.....<sup>18,6</sup>.....

Chuť k jídlu :  ano  ne

Potíže s přijímáním potravy :  ano  ne jaké: nutzea

Jakým druhům potravin dává přednost : .....

Užívá doplňky výživy :  ano  ne jaké: sipping-nutndrink Forticare

Enterální výživa .....<sup>ano</sup>..... Parenterální výživa.....

Denní množství tekutin : .....<sup>1,5l</sup>..... Druh tekutin : voda + čaj

Úbytek nebo zvýšení hmotnosti v poslední době :  ano  ne o kolik : <sup>3 kila</sup> ↓

Umělý chrup :  ano  ne  horní  dolní

Potíže s chrupem :  ano  ne

### 7) Vyprazdňování

problémy s močením :  ano  pálení  řezání  retence  inkontinence  
 ne

problémy se stolicí :  ano  průjem  zácpa  inkontinence  
 ne

stolice pravidelná :  ano  ne

poslední stolice : <sup>12, 10, 13</sup>

Způsob vyprazdňování : podložní mísa/močová láhev

Inkontinenční pomůcky

Toaletní křeslo

Močový katétr počet dní zavedení:.....<sup>1</sup>.....

Rektální odvodný systém:.....

Stomie.....

### 8) Aktivita, cvičení

Pohybový režim : klid na čůlku s postupnou vertikalizací

Barthel test: <sup>55</sup> zabilist středního stupně

Riziko pádu: ANO skóre:.....<sup>11</sup>..... Střední riziko NE

Pohyblivost :  chodící samostatně  chodící s pomocí  
 ležící pohyblivý  ležící nepohyblivý  
 pomůcky jaké : .....

**9) Spánek, odpočinek**

počet hodin spánku : .....<sup>6</sup> hodina usnutí : .....  
poruchy spánku :  ano  ne jaké : *často se budí!*  
hypnotika :  ano  ne  
návyky související se spánkem : .....*kyve trahni!*

**10) Vnímání, poznávání**

potíže se zrakem :  ano  ne jaké : *krátkodobost*  
potíže se sluchem :  ano  ne jaké : .....  
porucha řeči :  ano  ne jaká : .....  
kompenzační pomůcky :  ano  ne jaké : *brýle*

orientace :  orientován  
 dezorientovaný  místem  časem  osobou

**11) Sebepojetí, sebeúcta – hodnocení psychosociálního stavu**

je raději :  sám  v kolektivu  
co si myslí o svém zevnějšku a o sobě : .....  
pocit zlosti, vzteku :  ano  ne  
pocit strachu :  ano  ne z čeho : *prognózy a následné léčby*  
pocit úzkosti :  ano  ne  
jak klient vyjadřuje negativní emoce : *sama o nich plánu!*  
emocionální stav : *keřdny!*  
Úroveň komunikace a spolupráce : *úpenal!*

**12) Role, vztahy**

vztah klienta k ostatním lidem : .....*bezproblémový!*  
bydlí doma sám :  ano  ne  
kdo bude o klienta pečovat po propuštění : .....*dcera*  
kontakt s rodinou :  ano  ne





## Základní hodnotící škály pro identifikaci rizik

### 1. Barthelové test základních všedních činností ( ADL - activities of daily living )

Činnost	Provedení činnosti	Body
1. najedení, napití	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
2. oblékání	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
3. koupání	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
4. osobní hygiena	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
5. kontinence moči	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
6. kontinence stolice	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
7. použití WC	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
8. přesun lůžko- židle	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
9. chůze po rovině	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
10. chůze po schodech	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0

Zdroj: Staňková, M.: České ošetřovatelství 6- Hodnotící a měřicí techniky v ošetřovatelské praxi. Brno. IDVPZ 2001. ISBN 80-7013-323-6

#### Hodnocení stupně závislosti v základních denních činnostech:

- 0-40 bodů: vysoce závislý
- 45-60 bodů: závislost středního stupně
- 65-95 bodů: lehce závislý
- 100 bodů: nezávislý

### 2. Hodnocení rizika vzniku dekubitů - rozšířená stupnice dle Nortonové

Schopnost spolupráce	Věk	Stav pokožky	Přidružená onemocnění	Fyzický stav	Vědomí	Aktivita	Mobilita	Inkontinence
Úplná 4	< 10 4	Normální 4	Žádné 4	Dobrá 4	Bdělý 4	Chodí 4	Úplná 4	Není 4
Částečně omezená 3	< 30 3	Alergie 3	DM, vysoká TT, anémie, kachexie 3	Zhoršený 3	Apatický 3	S doprovodem 3	Částečně omezená 3	Občas 3
Velmi omezená 2	< 60 2	Vlhká 2	Trombóza, obezita 2	Špatný 2	Zmatený 2	Sedačka 2	Velmi omezená 2	Převážně moč 2
Žádná 1	> 60 1	Suchá 1	Karcinom 1	Velmi špatný 1	Bezvědomí 1	Lež 1	Žádná 1	Moč+stolice 1

Zdroj: Staňková, M.: České ošetřovatelství 6- Hodnotící a měřicí techniky v ošetřovatelské praxi. Brno. IDVPZ 2001. ISBN 80-7013-323-6

Nebezpečí vzniku dekubitu je významné při 25 bodech a méně.





