

1.lékařská fakulta
UK v Praze
Ústav teorie a praxe
Ošetrovatelství

Závěrečná bakalářská práce

Ošetrovatelská kasuistika u pacientky s diagnózou Karcinom endometria
(Nurse casuistry about the patient with cancer of the uterus)

Daniela Drobílková
BS ošetrovatelství
Kombinované
2006/2007

Vedoucí práce: Mgr. Lenka Nováková

Prohlašuji, že jsem tuto práci vypracovala samostatně a pouze s použitím uvedené literatury.

V Praze dne.....

podpis.....

Děkuji Mgr. Lence Novákové za odborné vedení práce a konzultace.

Obsah

Úvod.....	6
1 Cíl práce.....	7
2 Klinická část	
2.1 Anatomie ženských pohlavních orgánů.....	8
2.1.1 Topografie.....	8
2.1.2 Vývoj ženských pohlavních orgánů.....	8
2.1.3 Struktura ženských pohlavních orgánů.....	8
2.2 Karcinom endometria.....	12
2.2.1 Patogeneze.....	12
2.2.2 Varianty karcinomu.....	12
2.2.3 Klinický obraz.....	12
2.2.4 Diagnostika.....	13
2.2.5 Terapie.....	14
2.2.6 Ošetrovatelská péče.....	15
2.2.7 Prognóza.....	15
2.2.8 Edukace.....	16
2.3 Identifikační údaje.....	16
2.4 Lékařská anamnéza a diagnózy.....	16
2.5 Přehled provedených vyšetření.....	17
2.5.1 Fyziologické funkce.....	17
2.5.2 Laboratorní vyšetření.....	17
2.5.3 Endoskopické vyšetření.....	19
2.5.4 UZ vyšetření.....	19
2.5.6 Ostatní vyšetření a intervence.....	19
2.6 Přehled terapie.....	20
2.6.1 Farmakoterapie.....	20
2.6.2 Dieta.....	23
2.6.3 Fyzioterapie.....	23
2.7 Průběh hospitalizace.....	24
3. Ošetrovatelská část	
3.1. Ošetrovatelská anamnéza a hodnocení současného stavu.....	25
3.1.1 Vnímání hospitalizace.....	25
3.1.2 Fyziologické potřeby.....	25
3.1.3 Psychosociální potřeby.....	27
3.1.4. Spirituální potřeby.....	28
3.2. Ošetrovatelské diagnózy – přehled	29
3.3 Ošetrovatelské cíle a plány, jejich realizace a hodnocení	29
3.4 Edukace.....	34
3.5 Závěr a prognóza	34
4. Použitá literatura.....	35

5. Přílohy:

- 1) Brachyterapie děložního těla
- 2) Šíření karcinomu v děloze
- 3) Spádové lymfatické cesty karcinomu děložního těla
- 4) TNM klasifikace
- 5) Doporučené látky s protinádorovým účinkem
- 6) Mini - Mental State Examination
- 7) Záznam fyzioterapie
- 8) Vstupní ošetřovatelský záznam
- 9) Plán ošetřovatelské péče

Úvod

Karcinom děložní sliznice je v ČR nejčastějším případem karcinomu ženských pohlavních orgánů. Ročně je hlášeno přibližně 1600 nových případů. Incidence se pohybuje od 26 do 34/100 000. Onemocnění je zákeřné, protože může dospět do vysokého stádia bez klinických příznaků. Léčba v tomto případě bývá obtížnější, často neúspěšná.

I když tato diagnóza zní často hrozivě, přesto se jí dá předcházet. Záleží na mnoha faktorech zevních i vnitřních. Důležitou roli zde hraje lidský faktor. V prvním případě je to žena, která onemocněla, v druhém ostatní lidé v jejím okolí- rodina a ošetřující personál.

Na pražské gynekologicko-porodnické klinice u Apolináře pracuji již devatenáctý rok a i když přijdu do styku v roli sestry-pacient jen s polovinou populace, neměnila bych. Péče o ženu se stala mou prioritou.

Práce na porodnici je obecně radostná. Přichází na svět nový člověk, rodiče jsou šťastní. Na gynekologii radosti ubývá, na onkologii ještě více. Ač to zní neuvěřitelně, ale právě zde jsem potkala pacientky, které mě velmi pomohly, aniž by o tom věděly. Statečně se svou nemocí bojovaly a chtěly se vyléčit. Byly vděčné za každou pomoc a každý den života. Tady jsem si nejlépe uvědomila cenu sesterské práce.

Z těchto důvodů jsem si pro svou práci vybrala onkologickou tematiku. Čekala jsem jen na vhodnou pacientku. Osmdesátiletou paní tato diagnóza nepoložila, naopak chtěla problém ihned řešit a byla ochotná se mnou spolupracovat.

1 Cíl práce

Cílem práce bylo prostudovat odbornou literaturu daného tématu. Provést kasuistiku sledované pacientky a osobně se podílet na ošetrovatelském procesu.

2 Klinická část

2.1 Anatomie ženských pohlavních orgánů

2.1.1 Topografie

Ženské pohlavní orgány dělíme na vnitřní a zevní. K vnitřním patří vaječník – ovarium, vejcovod – salpinx, děloha-uterus, která je ve své poloze v centru pánve držena tzv.závěsným a podpurným aparátem a pochva – vagina. Tyto orgány jsou uloženy v malé pánvi. Před dělohou je umístěn močový měchýř – vesica urinaria, za dělohou konečník – rectum, oddělen Douglasovým prostorem – excavatio rectouterina – důležitým pro diagnostiku v gynekologii a rektovaginálním vazivovým septem.

Zevní pohlavní orgány zahrnují hřm- mons pubis, velké a malé stydké pysky – labia majora et minora pudendi, poštváček – clitoris, poševní vchod- vestibulum vagine, panenskou blánu-hymen, párové kavernózní těleso- bulbi vestibulí, Bartolinskou žlázu- glandula Bartholini a hráz – perineum. Vyúsťuje zde i močová trubice.

2.1.2 Vývoj ženských pohlavních orgánů

Na vývoji ženských pohlavních orgánů se podílejí prvopohlavní buňky- gonocyty, vznikající již v ranném embryonálním období v endodermu žloutkového váčku a migrující do celomového epitelu základu genitální lišty, ze které se diferencuje ovarium. Vývoj vejcovodů, dělohy a pochvy souvisí s diferenciací Wolfových a Müllerových vývodů. U děvčátek Wolfovy vývody zanikají.

Zevní pohlavní orgány se vyvíjejí z útvarů uložených kolem kloakální membrány a z genitálního hrbolku, který se nachází před ní.

K reprodukčním orgánům ženy řadíme i mléčné žlázy, které jsou vlastně specifickými kožními žlázami. Vyvíjejí se z epitelového ztluštění, které jde od axily až do tříselného ohbí jako tzv. mléčná lišta. V ní se vytvářejí skupinky apokrinních žlázek, z nichž se u člověka vyvinou zpravidla jen dvě mléčné žlázy.

2.1.3 Struktura ženských pohlavních orgánů

Vaječník / ovarium, oophorom/

Je párový orgán, je zdrojem ženských pohlavních buněk- estrogenů, současně je i endokrinní žlázou. Není fixován, volně visí na peritoneální duplikatuře. Vlastní stroma se dělí na kůru – cortex ovarii a cévnatou vazivovou dřeň – medulla. Kůra ovaria obsahuje primordiální folikuly, které během ovulačního cyklu dozrávají a mění se ve tzv.Graafův folikul, ve kterém je za fyziologických podmínek zralé vajíčko. Po menopauze folikulární aparát vymizí.

Vejcovod /salpinx, tuba uterina Fallopii/

Je trubicového tvaru, délky 10–12 cm a tloušťky asi 0,5 cm. Rozeznáváme na něm mediální konec-pars interstitialis, zúženou část – isthmus, který se rozšiřuje v ampulu, po obvodě zakončenou řasnatými fimbriemi. Tímto uspořádáním se vejcovod otevírá do abdominální dutiny.

Stěna vejcovodu se skládá ze tří vrstev. Vnitřní – endosalpinx je členěná do bohatého systému řas. Je krytá jednovrstvým cylindrickým epitelem s řasinkami kmitajícími směrem k děloze. Střední je z hladké svaloviny. Zevně je vejcovod kryt serózou /viscerální peritoneum/, která přechází v závěs-mesosalpinx.

Děloha /uterus, metra/

Je dutý svalový orgán uložený v centru pánve. U dospělé ženy má tvar předozadně oploštělé hrušky. Rozeznáváme na ní tělo – corpus uteri a hrdlo – cervix uteri /collum uteri/. Ty se liší svou morfologií a funkcí, rozdílnou citlivostí na pohlavní hormony a taktéž patologickými procesy, které je postihují. Mezi tělem a hrdlem je spojovací úsek - isthmus uteri, který má význam v těhotenství.

Děložní tělo má přední a zadní stěnu, které v sebe přecházejí laterálně hranami. Dále děložní fundus, laterálně vybíhající v děložní rohy. Z každého vystupuje vejcovod.

Hrdlo má u netěhotné ženy tvar válce, který je úponem pochvy rozdělen na portio supravaginalis a portio vaginalis. Této části se spíše medicínským žargonem říká čípek děložní. Má přední a zadní pysk, mezi nimi je zevní branka.

Děložní stěna je tvořena třemi vrstvami. Vnitřní endometrium – z funkčního hlediska má dvě vrstvy. Stratum basale – srůstá s myometriem, je stabilní. Stratum functionale- – prodělává cyklické, na hormonech závislé změny, známé jako endometriální cyklus. Sliznice se odlučuje při menstruačním krvácení. Fyziologický cyklus u dospělé ženy je bifázický.

Děložní hrdlo má dva druhy epitelu: endocervix s cylindrickými hlenotvornými buňkami, který vystýlá kanál a ectocervix se stejnou výstelkou jako je pochva, tedy epitel dlaždicový.

Prostřední nejmasivnější vrstva -myometrium je tvořena hladkou svalovinou a dává děloze tvar.

Zevní vrstva nazývána perimetrium je z peritonea .

Velikost dělohy se mění a je závislá na estrogenizaci ženy. U novorozeného děvčátka je děloha větší než u ročního v důsledku estrogenů od matky. Ve fertlním věku je zpravidla 7–9 cm dlouhá, 4–5 cm široká ve fundu a předozadní průměr měří 2,5–3,5 cm. V seniu se svou velikostí podobá až pubertální děloze.

Závěsný a podpůrný aparát dělohy

Je tvořen čtyřmi útvary:

- ligamentum cardinalia
- ligamentum sacrouterina
- ligamentum vesicouterina
- ligamentum teretia uteri

Patří sem i svaly pánevního dna a nepřímo i svaly hrázové.

Pochva /vagina, colpos/

Je odvodná pohlaví cesta a kopulační orgán. Má tvar trubice, která se kraniálním koncem upíná na děložní hrdlo, kaudálním koncem se otevírá navenek jako ostium vaginae mezi malé stydké pysky. Je předozadně oploštělá, takže se poševní dutina stává poševní šterbinou. Její stěny jsou nestejně dlouhé, zadní vytváří hlubokou zadní klenbu – fornix vaginae posterior, na kterou naléhá dno tzv. Douglasova prostoru.

Poševní stěna se skládá ze tří vrstev: sliznice, svaloviny a zevního vazivového obalu. Sliznice vytváří řasy zvané rugae vaginales. Tvoří jí mnohvrstevný dlaždicový epitel, který ale na rozdíl od kůže nerohovatí a nemá žádná adnexa.

Svalovina pochvy je hladká, uspořádaná síťovitě, s převahou cirkulárně orientovaných buněčných vláken.

Vazivový obal – adventicie přechází plynule do okolního vaziva – paracolpia.

Hrma / mons pubis, mons Veneris/

Je trojúhelníkového tvaru, tvořená silnou kůží s ochlupením.

Velké stydké pysky / labia majora pudendi/

Jsou přímým pokračováním hrmy. Ve střední čáře se k sobě přikládají a vytvářejí tzv. rima pudendi. Ventrálně jsou spojeny přední komisurou, vzadu tvoří zadní komisuru, kde pokračují do hráze.

Malé stydké pysky / labia minora pudendi/

Jsou kožně-slizniční duplikatury uložené vnitřně od velkých labií. Směrem vzhůru se rozdělují, jejich horní řasa tvoří předkožku-preputium clitoridis a dolní řasa uzdičku-frenulum clitoridis.

Pošťeváček / clitoris/

Je kavernózní orgán, analogický penisu. Na rozdíl od něj však tudy neprochází uretra. Je pokryt velmi jemnou sliznicí podobnou kůži.

Poševní vchod / vestibulum vaginae/

Je prostor ohraničený malými stydkými pysky a pošťeváčkem. Vzadu tvoří jamku zvanou fossa navicularis. V centru poševního vchodu je vlastní vstup do pochvy, u panen částečně uzavřený hymenem.

Panenská blána / hymen/

Je slizniční duplikatura v poševním vchodu. Skladba i tvar hymenu jsou závislé na estrogenech, podobně jako poševní sliznice. Základním tvarem je hymen anularis- prstenčitý s různě prostorným otvorem. Při defloraci se postupně trhá a zbývají z něho jen carunculae hymenales.

Bulbus vestibuli

Je párové kavernózní těleso obklopující vpředu a po stranách poševní vchod.

Bartholinská žláza / glandula vestibularis major Bartholini/

Je párová žláza rozměrů asi 2x1 cm, uložená v bázi velkých labií s vývodem ustícím vnitřně od malých labií.

Hráz /perineum/

Je asi 4 cm široká přepážka mezi zadní komisurou velkých stydkých pysků a řitním otvorem. Je tvořena kůží, podkožím a svalovinou /2/

2.2. Karcinom endometria

2.2.1 Patogeneze

Karcinom endometria je nejčastějším nádorem děložního těla, s převážným výskytem u žen po menopauze. V patogenezi tohoto nádoru se nepochybně uplatňuje nadměrná estrogenní aktivita, jejímž důsledkem mohou být anovulační cykly s lokálním projevem cystické nebo adenomatózní hyperplazie. U nemocných s adenomatózní hyperplazií se pak často vyvíjí dysplazie, atypická hyperplazie a posléze carcinoma in situ.

Častější výskyt nádoru u obézních žen se rovněž vysvětluje zvýšenou koncentrací estrogenů, neboť aromatázy tukové tkáně přeměňují nahromaděný androstendion na estron. Jeho koncentrace se při nadměrném rozsahu tukové tkáně zvyšuje.

Zvýšené riziko vzniku endometriálních karcinomů je u nulipar.

Molekulárně biologické studie ukázaly u 40% pacientek mutaci genu PTEN, dále mutaci reparačních genů MDH-3 a MSH-6 a onkogenu k-ras a zvýšenou expresi ezrinu. Ezrin reguluje adhezí a invazivní schopnosti nádorových buněk a jeho zvýšená exprese významně potencuje metastatické schopnosti buněk endometriálního karcinomu /1/.

2.2.2 Varianty karcinomu

Karcinom korporálního endometria může mít polypózní formu s relativně pozdní invazí, nebo formu difúzní se sklonem k časnému invazivnímu růstu. Nejčastější histologickou variantou je adenokarcinom a jeho podtypy.

Adenokarcinom endometroidní dominuje mezi ostatními variantami, neboť představuje až 90% adenokarcinomů dělohy. Bývá dobře diferencovaný, tvořený buňkami připomínajícími buňky pozdní proliferací fáze cyklu, s atypii a měnlivým počtem mitóz. Zvláštní formou je adenoakantom, což je diferencovaná forma adenokarcinomu s ložiskovou dlaždicovitou diferenciací/ metaplazií/.

Karcinom adenoskvamózní se vyznačuje vysokou malignitou. Je tvořen-jak vyplývá i z názvu-složkou adenomatózní a složkou skvamózní/ dlaždicobuněčnou/.

Karcinom mezonefroidní/ klarocelulární/ je tvořen vodojasnými buňkami, za jejichž původ se považují zbytky Müllerova vývodu.

Adenokarcinomy se šíří lokálně do děložního hrdla, do pochvy, do myometria a parametrií, metastazují lymfatickou cestou do pánevních a paraaortálních uzlin, vzácně hematogenně do jater a do plic /4/.

2.2.3 Klinický obraz

Nejčastějším příznakem u premenopauzálních žen je krvavý výtok, menoragie /nadměrně silná menstruace/ či metroragie /silné krvácení z dělohy/. U žen po menopauze je alarmující jakékoliv, byť i velmi slabé zakrvácení z rodidel.

Bolesti, úbytek tělesné hmotnosti nebo hnisavý páchnoucí výtok jsou pozdními příznaky a jsou známkou pyometry /nahromadění hnisu z ulcerovaných ploch/.

Palpační vyšetření bývá dlouho negativní, nádor lze zjistit až v pokročilém stadiu.

Toto onemocnění může probíhat i bez klinických příznaků, což je ovšem horší pro terapii a prognózu.

2.2.4 Diagnostika

Diagnostika využívá neinvazivní metody, z nichž na prvním místě stojí transvaginální ultrasonografie, která má až 90% senzitivitu a může posoudit stupeň myometrální invaze.

Užitečná je rovněž MR /magnetická rezonance/ pánve. Zdrojem signálu jsou radiofrekvenční pulzy z frekvenčního pásma rozhlasových vln.

Hysteroskopie – endoskopická metoda, při které pochvou zavede vyšetřující lékař optickou sondu do dělohy ženy a na televizní obrazovce vidí celou dutinu děložní s jejími atypii.

K potvrzení diagnózy je nutné histologické vyšetření materiálu z frakcionované kyretáže. V praxi to znamená, že se odebere nejprve vzorek z hrdla a pak zvlášť vzorek z těla dělohy. Tato diferencovaná kyretáž má význam pro přesnější lokalizaci procesu.

K upřesnění rozsahu onemocnění se indikují další vyšetřovací metody. Nejčastěji CT – počítačová tomografie podobná MR. Zdrojem signálu zde je RTG záření; cystoskopie- endoskopické vyšetření močového měchýře; rektoskopie /endoskopické vyšetření konečníku/; vylučovací urografie /vyšetření funkce ledvin s využitím kontrastní látky/ a bipedální lymfografie /5/.

U všech maligních procesů je nezbytné vyšetření nádorových markerů. Jako nádorové markery označujeme souborně laboratorně prokazatelné známky, kterými se některá nádorová onemocnění projevují. Řadíme sem některé antigeny, enzymy, hormony a další látky, jako jsou např. hormonální receptory nebo s nádorem sdružené proteiny.

U endometriálního karcinomu bývá zvýšená hodnota CEA – karcinoembryonální antigen /norm.hodnoty 2–5/; CA 19–9 - antigen glykolipidové povahy /norm.hodnoty 0–37/ a CA 125 – vysokomolekulární glykoprotein /norm.hodnoty 0–35/, který se vyskytuje až u 80% nemocných s karcinomem ovaria. Jeho zvýšení u endometriálního karcinomu nás informuje o jeho šíření extrauterinně.

Rozsah onemocnění se posuzuje podle klasifikace TNM. Principem této klasifikace je popis velikosti nádoru T /nádor/, postižení uzlin N/ noduli/, velikosti metastáz M./viz příloha 4/

V podstatě jsou popsány dvě formy této klasifikace:

1. klinická klasifikace-preterapeutická cTNM - spočívá na výsledcích získaných před zahájením léčby, tedy na výsledcích zobrazovacích metod, endoskopiích, biopsiích, ale i na diagnostických výkonech.
2. patologická klasifikace- postoperativní pTNM - vyžaduje resekci primárního nádoru nebo

provedení více biopsií ke stanovení nejvyšší pT kategorie. Patologické zhodnocení regionálních uzlin vyžaduje odstranění uzlin v takovém rozsahu, aby mohla být výpověď o nepřítomnosti postižení uzlin věrohodná. Patologické potvrzení vzdálených metastáz vyžaduje jejich histologický průkaz.

2.2.5 Terapie

Terapie využívá všech základních léčebných modalit.

Chirurgická léčba má přednostní uplatnění u stadia I, II a III. Doporučuje se hysterektomie /odstranění dělohy/ s oboustrannou adnexektomií a cytologické vyšetření peritoneální laváže. Současná pánevní lymfadenektomie /odstranění příslušných lymfatických uzlin/ může upřesnit stadium vyloučení mikroinvaze do uzlin.

U stadia III se operace často indikuje až po předchozí radioterapii.

U pokročilých stadií je operace doplňkovým výkonem, podle situace a technických možností.

Radioterapie nachází uplatnění ve všech stádiích, většinou jako adjuvantní – pomocná, popřípadě neoadjuvantní – předoperační terapie. Zde se nejvíce uplatňuje brachyradioterapie. Prostřednictvím různých typů aplikátorů je ozářena nádorově změněná lokalita. Patří sem např. tzv. Heymanova tamponáda – vyplnění děložní dutiny speciálními tubami; Y sonda- sondy do děložních rohů, které se sbíhají v hrdle děložním. Nejjednodušší je však zavedení lineárního zářiče do dělohy. Doporučuje se povrchová dávka 60 Gy /gray/.

- U stadia I, při invazi pouze do jedné poloviny myometria, je vhodná pooperační brachyradioterapie, která má bránit recidivě nádoru v poševním pahýlu.
- U stadia II se aplikuje jednak zevní ozáření na malou pánev /60 Gy/ a brachyradioterapie /vaginální válec 20 Gy/.
- U stadia III se u operabilních nádorů používá radioterapie jako adjuvantní léčba. U inoperabilních nádorů je radioterapie hlavní léčebnou metodou. Využívá se zevní ozáření na oblast malé pánve v dávkách 48 Gy a ze zmenšeného pole na oblast dělohy 18 Gy.
- Užitečná může být i chemoradioterapie.

Hormonální léčba může být užitečnou metodou jak pro začáteční, tak i pro pokročilá stadia onemocnění. Byly popsány úplné remise počátečních stadií endometriálního karcinomu po léčbě gestageny /hormon žlutého tělíska/, s možností následné gravidity.

Většinou se však hormonální léčba používá u pokročilých stadií.

Účinek gestagenů se vysvětluje tím, že si i nádorové buňky částečně ponechávají vlastnost buněk mateřské endometriální tkáně vyžrávat účinkem těchto hormonů. Průměrně 20–50% nemocných reaguje na léčbu gestageny nejen subjektivní úlevou, ale též regresí nádorových změn. Nejvýrazněji regredují plicní metastázy. Remise dosažená gestageny může trvat až dva roky za předpokladu, že léčba nebyla po dosažení remise přerušena.

Citlivost k hormonální léčbě lze do určité míry předvídat podle gradingu - vyzrállosti buněk. Méně vyzrálé formy odpovídají hůře. Dále podle přítomnosti hormonálních receptorů v buňkách nádoru. Nejčastěji se podává medroxyprogesteronacetát- Provera 400–800 mg týdně i.m., v remisi 400 mg denně per os. Další možností je megestrolacetát - Megace 40–80 mg 4krát denně.

Tolerance gestagenů je dobrá, mohou se však vyskytnout flebitidy. Z ostatních hormonálních přípravků byly zaznamenány úspěchy po aplikaci antiestrogenů. Běžně užívaným představitelem je Tamoxifen 20 mg denně. Hormony lze podávat i sekvenčně – tři týdny gestagen a tři týdny antiestrogen.

Chemoterapie je hlavní léčebnou metodou pro metastatické formy, v histologickém obraze málo diferencované. Dále se používá při selhání hormonální léčby. Ačkoliv byl v léčbě endometriálního karcinomu zkoušen větší počet cytostatik, významnější odpověď byla zaznamenána zejména u tří přípravků – cisplatina, karboplatina a doxorubicin, popřípadě epirubicin. Chemoterapii lze podávat samostatně jako monoterapii, nebo v kombinaci s jinou léčbou. Výsledky většiny klinických studií však shodně ukazují, že není zásadní rozdíl v léčebné odpovědi na cytostatickou monoterapii ve srovnání s kombinovanou léčbou.

Cytostatikum a jeho dávky určí tým onkologických specialistů – onkologické konsilium /4/.

2.2.6 Ošetrovatelská péče

Vedle běžné ošetrovatelské péče, poskytované nemocné před a po operaci, která zahrnuje péči o životní funkce, saturaci základních životních potřeb, péči o operační ránu je velmi důležitá dispenzarizace v onkologické ambulanci. Frekvenci pravidelných kontrol určuje onkolog dle předem stanovených kritérií. Rozhodující je také celkový zdravotní stav pacientky. Nedílnou součástí komplexní péče o onkologicky nemocnou je péče o její psychický stav. To, jak se s danou diagnózou ztotožní, jak ji přijme, záleží na mnoha faktorech. Vyzrálá osobnost s dobrým sociálním zázemím zvládá tuto náročnou životní situaci mnohem lépe, než nevyrovnané, opuštěné ženy.

Velkým pozitivem onkologie je přítomnost psychologa v ošetrovatelském týmu. Ten se věnuje jak samotným pacientům, tak i jejím rodinám, pro které je přijetí onkologické diagnózy svého blízkého neméně těžké.

2.2.7 Prognóza

Prognóza je relativně závažná, neboť podle statistických údajů přežívá pět let od stanovení diagnózy 65% nemocných, ačkoliv téměř u tří čtvrtin byla diagnóza rozpoznána v lokalizovaných stadiích. Zdá se, že pro prognózu není rozhodující stadium onemocnění, ale spíše histologický grading, hloubka infiltrace nádoru do děložní svaloviny a některé další prognostické faktory, jako je věk nemocné, její zdravotní stav a pod.

2.2.8 Edukace

U nás není samozřejmostí jako v západních zemích, že je každý nemocný o své diagnóze pravdivě informován. Protože by měl být každý dospělý člověk za svoje zdraví zodpovědný, zastávám názor, že by měl vědět pravdu.

Pokud nejde o vynímečný případ, měla by každá nemocná vědět, jak závažné onemocnění jí potkalo, v jakém stadiu je a co všechno může ona sama pro své zdraví udělat. Měla by umět s ošetrovatelským týmem spolupracovat. Zvláště při propuštění do domácího léčení by měla vědět o případných změnách režimu dne, o vhodné výživě, o způsobu i nutnosti užívání léků a hlavně o nutnosti pravidelných kontrol, doporučených ošetřujícím lékařem.

Při některých klinikách existují kluby pacientů s onkologickým onemocněním. O tom by měla být nemocná určitě informována, měla by dostat přímý kontakt, aby se dle možností mohla setkání v klubech účastnit a sama se tím podílet na zkvalitňování svého života.

2.3 Identifikační údaje

Na onkologické oddělení gynekologicko-porodnické kliniky VFN v Praze byla dne 5.11.2006 přijata 80letá pacientka, paní MP, která se narodila ve Vídni, ale již v ranném dětství se s rodiči přestěhovala do Čech, kde bydlí dosud. Dosáhla středoškolského vzdělání. Nejprve pracovala jako prodavačka, potom jako vedoucí různých prodejen nebo vedla menší skupiny pracovníků. Dá se říci, že se během své pracovní kariéry vypracovala a zdokonalila a tím byla v kolektivu oblíbená. Nyní je v důchodu.

Hlásí se k římsko-katolickému náboženství, bohoslužby navštěvuje dle možnosti.

V osobním životě prožila dost změn. Poprvé se provdala v 18 letech ve válce a během 14 dnů se stala vdovou. Manžel padl na frontě. Podruhé byla vdaná také krátce, manželství v tomto případě skončilo rozvodem. Manžel chtěl děti, které nepřicházely. Paní Marie přičítá svou sterilitu velkému pánevnímu zánětu, který prodělala ve válce. Snažila se i léčit u svého gynekologa, ovšem bez úspěchu. Třetí manželství bylo sice bezdětné, ale vydrželo 35 let. Na tato léta vzpomíná velmi ráda. Nyní je 16 let vdovou. Žije sama, ale v blízkosti bydlí přítelkyně Jaruška, s kterou má blízký vztah. Říká, že jí má ráda jako svou dceru.

Má také staršího bratra, který je ve svých 85 letech relativně zdravý. Mají spolu dobrý příbuzenský vztah.

Stýká se ještě se sousedkou a s několika dalšími přítelkyněmi.

V nemocnici byla hospitalizována celkem 10 dnů.

2.4 Lékařská anamnéza a diagnózy

V rodinné anamnéze se nevyskytla žádná onkologická zátěž, nikdo netrpěl TBC.

Otec zemřel v 56 letech na IM, matka v 81 letech na srdeční chorobu. CMP, VVV ani žádné psychické onemocnění se taktéž nevyskytlo.

Bratr, 85 let – relativně zdravý.

OA: V dětství prodělala spálu, spalničky, plané neštovice. V 19 letech nastydla ve špatně vytápěném bytě a z důvodu nedostatku léků a veškeré zdravotní péče ve válečných časech se neléčila.

Interní onemocnění: od roku 1983 trpí AP, udává také postižení hlubokých žil DK. Nyní je kardiopulmonálně kompenzovaná
 Operace: neudává
 Úrazy: v 65 letech zlomená LHK- upadla na chodníku
 TRF: 0
 Alergie: 0
 Chronická medikace: Oxyphyllin tbl., Anopyrin tbl.
 Abúzus: 2 dcl vína denně
 Dieta: nově doporučená diabetická, před tím nikdy žádná
 GA: menarché neví přesně kdy, 28/5 dnů, PM ve 52 letech
 porod:0 UPT:0 ab.spont:0
 gynekologické záněty: v 19 letech PID
 gynekologické výkony: ve 35 letech konizace čípku, letos v říjnu HSK aPC
 gynekologické operace: 0
 IUD:0 HAK:0 HRT: nepamatuje se, že by něco užívala
 venerologické onemocnění:0

Nynější onemocnění: Pacientka přichází pro plánovanou operaci- hysterektomie s adnexektomií a extirpace spádových lymfatických uzlin pro tumor endometria s invazí na hranici 50%.

Závěr: ca endometrii T 1b-c, G1

Doporučení: DSL, lavage, hysterectomy abdominalis cum adnexectomia bilateralis, lymfadenectomia pelvis.

2.5 Přehled provedených vyšetření

2.5.1 Fyziologické funkce

Pacientka je kardiopulmonálně kompenzovaná, TK 130/70, P pravidelný 68/min., respirace 15/min, TT při příjmu i propuštění afebrilní. Během hospitalizace febrilie do 38, 2st.C. Po skončení operace dle ordinace anesteziologa kontrola TK, P,Sat O2 a 15 min do stabilizace, dále a 1 hod do ranní vizity. Hodnoty TK, P se pohybovaly v mezích normy, Sat O2 94–99%. Intermitentně byl podáván O2 maskou. Kontrola TT a 4 hod v den operace, dále 3x denně.

2.5.2 Laboratorní vyšetření

Glykémie – v rámci předoperačního vyšetření zjištěná hodnota 6,0 na lačno – doporučená diabetická dieta. Během hospitalizace byly 2x naměřené vyšší hodnoty 9,3 a 12,3 mmol/l v průběhu aplikace 10% Glukózy i.v.

Na, K, Cl, Ca iontovaný, Kreatinin,Bilirubin celkový, ALT, AST,GMT,ALP,Triglyceridy-všechny hodnoty před i po operaci v normě.

Laktát – při jednom odběru zvýšena hodnota na 2,10 – jinak v normě.

Cholesterol- zvýšená hodnota 6,6

CRP- zvýšené hodnoty 75,4 a 27,0. Odběr se vícekrát neopakoval pro klesající charakter hodnot

Krevní obraz + diferenciál – hodnota leukocytů při jednom odběru zvýšena na 11,22 a neutrofilů na 81.5- jinak všechny hodnoty při každém odběru v normě.

Vyšetření moče – moč + sediment: záplava leukocytů, 20–41 erytrocytů, ostatní ukazatele v normě

Přehled hodnot krevních vyšetření během hospitalizace – viz tabulka

	5.11.	6.11.	7.11. 6:00	7.11. 15:00	8.11.	9.11.	10. 11.	11.11.	12.. 11.
Na		141	136	134	141				
K		4,2	4,6	4,5	4,4				
Cl		112	109	109	111				
Ca ion		1,52	1,53	1,72	1,32				
Laktát				1,60	2,10				
glyk	4,2	5,9	9,3	12,3	5,4				
CRP							75,4		27,0
Le			11,22				7,5		
Ery			3,68				3,63		
Hb			114				113		
Htc			32,8				32,4		
Trom			261				372		
Ne			81,5				75,4		
Ly			10,9				14,9		
Mo			7,0				7,0		
Eo			0,3				1,6		
Ba			0,3				1,1		

Cytologické vyšetření – bylo dodáno 18 ml bělavé tekutiny, která byla zpracována cytocentrifugou. Nádorové ani suspektní buňky nebyly prokázány.

Bioptické vyšetření – dodána děloha s adnexy a částí parametrií.

Mikroskopicky: endometroidní adenokarcinom grade 1–2 s dlaždicovou diferenciací a invazí do zevní poloviny myometria, bez uzlinových metastáz. Endocervix bez nádoru.

G 1-2 pT1c N0 MX

Imunohistochemicky:

- estrogenové receptory vykazují slabou jadernou pozitivitu u 60% nádorových buněk
- progesteronové receptory jsou středně silně až silně pozitivní v jádrech asi 70% nádorových elementů

2.5.3 Endoskopické vyšetření

HSK a PC – vyšetření provedeno na základě postmenopauzálního krvácení a pro suspektní UZ nález. Histologicky byl prokázán diferencovaný endometroidní karcinom.

2.5.4 UZ vyšetření

Vaginální sonda: Děložní hrdlo homogenní, sliznice o šíři 14 mm, celkem tumor velikosti 27x14,6x27 mm sahá od DDS do fundu, na zadní stěně ve fundu kalcifikace, které znemožňují hodnocení hloubky invaze. Z levé strany naléhá k děloze hypoechogenní útvar 23 mm, v.s. ovarium, pravé ovarium bezpečně nediferencují, volná tekutina není.

Abdominální sonda: Jaterní parenchym homogenní, ledviny bilaterálně bez dilatace KPS.

Závěr: tumor endometria s invazí na hranici 50%. Vzhledem k velikosti tumoru, jeho uložení a špatným akustickým podmínkám vhodné zvážit provedení radikální operace včetně lymfadenektomie.

2.5.5 Ostatní vyšetření a intervence

RTG S+P /srdce, plíce / – drobné kalcifikace v obloučku aorty, bez měštnání – nález odpovídá věku

EKG – sinusový rytmus, křivka bez ischemických změn

P/V tekutin – sledovat a 3 hod po operaci do druhého dne, dále za 1x24 hod do ponechání močového katétru

Zavedení i.v.kanyly 5.11, odstranění 7.11, poté zavedena nová do třetího dne

Zavedení epidurálního katétru k operační anestézii 6.11 půl hodiny před operací. Katétr byl ponechán k pooperační analgezií do 8.11.

Zavedení močového katétru v den operace do 8.11.

Zavedení rektální rourky při obtížích dne 8.11.

2.6 Přehled terapie

2.6.1 Farmakoterapie

Intravenózní aplikace

Infúzní roztoky

10% Glukóza /Glucosum anhydricum 100g/ sol.,500 ml; aplikováno od 5. Do 8.11.

IS: infundabilium

Ringer /Ringer infusion/ sol., 500 ml, 1 000 ml; aplikováno od 6. Do 8.11.

IS: infundabilium, základní infúzní roztok

Fyziologický roztok 1/1, sol., 50 ml, 500 ml; aplikován od 6. Do.8.11.

IS:základní infúzní roztok

Gelofusin /Gelatina succinata/ sol.,500 ml; aplikováno 6.,7. a 8.11.

IS: koloidní infúzní roztok, náhrada objemu plazmy

NÚ: pokles TK, srdeční či plicní selhání

Hemohes 6% /Hydroxyethylamylum/ sol., 500 ml; aplikováno 8.11.

IS: koloidní infúzní roztok, náhrada objemu plazmy

NÚ: urtikaria, pokles TK, srdeční či plicní selhání

Insulin HMR /Insulinum humanum/ inj.sol.,8-10 j do 10% G /množství záviselo na hodnotách glykémie/

IS: antidiabetikum, synteticky humánní insulin

NÚ: běžně se nevyskytují, při nesprávném dávkování zvýšená nebo snížená hladina krevního cukru

Atropin /Atropini sulfans/ inj.sol.,0,5 mg v 1 ml roztoku; aplikována 1 amp i.v. na operačním sále

IS:Parasympatikolytikum

NÚ: tachykardie, mydriáza

Cardilan /Kalii hydrogenoaspartas–DL/ inj.sol., 1 amp a 10 ml; aplikována 1 amp do infuze 6.,7. a 8.11.

IS: Kardiakum

NÚ: ojediněle nevolnost, průjem

Celaskon /Acidum ascorbicum/ inj.sol.,1 amp a 2 ml; aplikovány 2 amp do infuze 6.11.

IS: vitamin

Ephedrin /Ephedrini hydrochloridum/ 1 amp a 1 ml; aplikována 1 amp i.v. na operačním sále

IS: Sympatomimetikum

NÚ: při nízkém dávkování se nevyskytují

Degan /Metoclopramidi hydrochloridum monohydricum/ inj.sol., 1 amp a 2 ml; aplikováno 8. a 9.11.
2 amp do infuze

IS: prokinetikum, antiemetikum

NÚ: slabost, nevolnost, urtikaria a pocit suchosti v ústech

Furosemid /Furosemidum/ inj.sol., 1 amp a 2 ml; aplikována 1 amp i.v. 7.11

IS: diuretikum, antihypertenzivum

7,5% KCL /Kalii chloridum/ inj.sol., 1 amp a 10 ml; aplikovány 2 amp do infuze večer před operací a následující dny do 8.11.

IS: chlorid draselný, hlavní kation

NÚ: hyperkalémie, projeví se parestézií až paralýzou svalstva, arytmií až zástavou srdeční

MgSO₄ 20% /Magnesii sulfans heptahydricus/ inj.sol., 1 amp a 10 ml; aplikována 1 amp do infuze od 6. do 8.11

IS: Myorelaxans, homeostatikum

NÚ: pocení, pokles TK, tachakardie

NaCl 10% /Natrium chloratum/ inj.sol., 1 amp a 5 ml; aplikována 1 amp do infuze od 5. do 8.11.

IS: chlorid sodný, minerály

NÚ: při předávkování hypertenze, edémy

Oxantil /Etofyllinum/ inj.sol., 1 amp a 2 ml; aplikovány 2 amp do infuze ráno před operací

IS: vazodilatans, bronchodilatans

NÚ: nausea, bolest hlavy

Oxyphyllin /Etofyllinum/ inj.sol., 1 amp a 2 ml; aplikována 1 amp do infuze 7. a 8.11.

IS: viz výše

Syntostigmin /Neostigmini metilsulfans/ inj.sol., 0,5 mg v 1 ml roztoku; aplikována 1 amp do infuze 7. a 8.11.

IS: parasimpatikomimetikum

NÚ: nadměrná sekrece /pocení, slinění, bronchosekrece/, mióza, zvýšená peristaltika až křeče

Torecan /Thiethyperazini hydrogenomalas/ inj.sol., 1 amp a 1 ml; aplikována 1 amp 6.11, od 7.11 dále aplikace ve formě rektálních čípků dle potřeby

IS: antiemetikum

Unasyn /Sulbactamum natricum/ inj.plv.sol., aplikováno 1,5 g a 8 hod od 6. do 9.11.

IS: širokospektré penicilinové antibiotikum s ireverzibilním inhibitorem nejdůležitějších betalaktamáz, které se vyskytují u penicilin-rezistentních mikroorganismů

NÚ: nejčastěji gastrointestinální potíže, u i.v. aplikace flebitidy

Aplikace do EPI katétru

Marcain 0,5% /Bupivacaini hydrochloridum/ inj.sol., 5 mg v 1 ml roztoku; aplikováno 5 ml do perfusoru 6. a 7.11.

IS: lokální anestetikum s dlouhodobým účinkem ke svodné anestézii

NÚ: pokles TK, pokles srdeční činnosti, retence moči, gastrointestinální potíže

Mesocain 1% /Trimecaini hydrochloridum/ inj.sol., 1 amp a 10 ml; aplikováno 10 ml do EPI katétru na operačním sále

IS: lokální anestetikum, antiarytmikum

NÚ: toxická reakce, anafylaktický šok, tachykardie

Sufenta /Sufentanili dihydrogenocitrans/ inj.iv.sol., 1 amp a 2 ml; aplikovány 2 amp do EPI katétru na operačním sále. Dále aplikována Sufenta Forte 1 amp a 1 ml 1x denně do perfusoru 6. a 7.11

IS: analgetikum anodynum, opioidní anestetikum

NÚ: mělké dýchání, zpomalení srdeční činnosti

Intramuskulární aplikace

Phenergan /Prometazini hydrochloridum/ inj.sol., 25 mg v 1 amp a 2 ml; aplikována 1 amp i.m 6. a 7.11 na noc

IS: antihistaminikum

NÚ: únava, ospalost až zmatenost

Subkutánní aplikace

Clexane /Enoxaparinum natricum/ inj.sol., 0,4 ml v aplikační stříkačce; aplikován 1x a 24 hod od 5. do 13.11

IS: antitrombotikum, antikoagulans

Perorální aplikace

Enap H /Enalaprili hydrogenomaleas/ tbl; podána 1 tbl jednorázově 10.11. dle ordinace internisty

IS: antihypertenzivum

Espumisan /Simeticonum/ cps, 2 cps 8.11 večer, dále 3x2 cps do 12.11.

IS: protipěňivý prostředek, deflatulens

Grandaxin /Tofisopamum/ tbl, 2 tbl ráno před operací

IS: psychofarmakum, anxiolytikum

Hypnogen /Zolpidemi tartras/ tbl, 1 tbl na noc před operací

IS: hypnotikum

NÚ: u častého užívání návyk

Oxyphyllin /Etofyllinum/ tbl; 3x1 tbl denně kromě operačního dne

IS: Vazodilatans

NÚ: pokles TK, tachykardie, žaludeční obtíže

Unasyn /Sultamicillinum/ tbl, 1 tbl a 375 mg; 3x1 tbl a 8 hod od 9. do 13.11

IS: viz výše

Rektální aplikace

Diclofenac Pharmavit /Diclofenacum/ supp; ordinován od 7.11 dle potřeby

IS: nesteroidní antireumatikum

Paralen /paracetamolum/ supp; aplikován 1 čípek 9.11 při zvýšené TT

IS: analgetikum, antipyretikum

NÚ: při předávkování křeče

Suppositoria glycerini /Glycerolum/ supp; aplikován 1 čípek 10.11, na podporu defekace

IS: laxativum

NÚ: pálení sliznice v rektu

Torecan supp – viz výše

2.6.2 Dieta

V den před operací je posledním jídlem polévka v poledne, dále jen tekutiny. Od půlnoci již ani nepije.

Po operaci dle ordinace anesteziologa může pít za 2 hod neslazený čaj.

7., 8. a 9.11. je dieta O/T - tekutá; pacientka dostala k čaji 2x denně bujón

10.11 dieta č.1- kašovitá, šetřící

Od 11.11. až do propuštění dieta č.4 – s omezením tuku

2.6.3 Fyzioterapie

První pooperační den – pasivní i aktivní cvičení, respirační cvičení, protahování končetin, nácvik sedu a stoje.

Druhý pooperační den – aktivní cílené cvičení, respirační cvičení, chůze s dopomocí.

Třetí pooperační den – cílené kondiční cvičení, edukace pacientky.

Čtvrtý a další dny – samostatně.

Záznam fyzioterapie viz příloha 7

2.7 Přehled hospitalizace

Paní Marie byla přijata k hospitalizaci 5.11.06 v 11 hod. Z domova si donesla přečtený a podepsaný Informovaný souhlas pacientky s operačním výkonem, Informovaný souhlas pro anesteziologa a vyplněný dotazník s rodinnou a osobní anamnézou. Předoperační vyšetření měla zkontrolované od internisty a vložené v připravené dokumentaci. Po vyplnění vstupního dotazníku jsem pacientku odeslala na oddělení, kde byla ještě jednou informována o režimu dne a po lehkém obědě začala příprava k operaci. Ta spočívala v oholení zevních rodidel, vyčištění pupíku benzinalkoholem a vypití třech lahviček projímacího roztoku. Po této kúře následovalo malé klyisma a potom sprcha. Večer dostala infuzi ordinovanou internistou, Clexane a večerní premedikaci. Taktéž bylo objednáno 2x300 ml EM do DEPA.

Ráno po vykonání ranní hygieny si pacientka navlékla bandážní punčochy, odložila zubní protézy k ostatním osobním věcem, které byly připravené k převozu na pooperační JIP a takto připravená mohla dostat ranní infuzi ordinovanou od internisty a premedikaci od anesteziologa.

Poté byla odvezena na operační sál, kde jí byl zaveden epidurální a močový katétr. Operační výkon probíhal klidně. Po proniknutí do dutiny břišní DSL a po jejím orientačním vyšetření byla provedena peritoneální laváž, dále podvázány ovarické cévy, odstraněna děloha i s adnexy a provedena pánevní lymfadenektomie. Drobné krvácení bylo stavěno bipolární koagulací. Po sečtení roušek a malých nástrojů byla provedena sutura dutiny břišní po vrstvách. Byl vyveden 1x silikonový drén zprava od LPT. Celková krevní ztráta činila cca 400 ml a doba trvání operace byla 1 hod 46 min.

Z operačního sálu byla pacientka v doprovodu anesteziologa převezena na JIP, kde jí převzala ošetřující lékařka. Následoval monitoring fyziologických funkcí, základních laboratorních vyšetření, náhrada ztráty tekutin a tlumení bolesti. Ostatní ordinace dostala dle rozpisu.

První pooperační den probíhal bez komplikací, s pomocí sestry vstala do sprchy a k ordinacím byla přidána fyzioterapie, kterou zvládala celkem dobře. Večer se stěžovala na bolesti břicha, při vizitě jí byl k ostatním analgetikům ordinován Diclofenac supp. Také ji bolela PHK, ve které byla zavedena i.v.kanyla. Po odstranění krycího obvazu byla zjištěna zarudlá kůže v okolí, kanyla byla vyměněna a kůže ošetřena. V noci spala klidně.

Druhý pooperační den se pacientka stěžovala na celkovou slabost při ranní toaletě, s fyzioterapeutem spolupracovala méně než včera.

Celkově byla nespokojená. Vadilo jí neustálé stěhování pacientek, sama chtěla také na menší a klidnější pokoj. Po vykapání infúzí ošetřující lékařka rozhodla, že může být paní Marie přestěhována zpět na původní oddělení. Byl jí také odstraněn epidurální a močový katétr. V odpoledních hodinách se stěžovala na silné bolesti břicha. Přivolaný lékař uzavřel komplikaci jako subileozní stav, který byl ihned řešen. Byla podána infuze se Syntostigminem a zavedena rektální rourka. Po hodině se stav pacientky výrazně zlepšil. Z toho důvodu byla i nadále ponechána tekutá dieta.

Čtvrtý pooperační den byl pro paní Marii veselejší. Byl jí odstraněn abdominální drén / již neodváděl/, po vykapání infuze s Deganem se mohla zbavit také i.v.kanyly. Unasyn užívala nadále ve formě tablet. Zvýšila se jí ale TT. Jedním z důvodů byla nedostatečná hydratace. Tvrdila, že nepociťuje žízeň, tak moc nepije. Problém se řešil zlepšením hydratace a Paralenovým čípkem, který naordinoval lékař při odpolední vizitě.

Celkový stav pacientky byl mnohem lepší. Bez "hadiček" se snažila víc chodit, od dalšího dne měla změněnou dietu, ale nemocniční strava jí moc nechutnala. Jídlo dostávala od přítelkyně Jarušky. Každá návštěva jí psychicky pozvedla, dělala vše pro to, aby mohla co nejdříve domů. Na personál si nestěžovala, ale celkově na ní působilo nemocniční prostředí stísněně.

Propuštěna byla 14.11.06 po odstranění stehů a po dostatečné edukaci co se týče návštěvy obvodního gynekologa a domácího pooperačního režimu. O výsledek histologie si měla telefonicky zavolat 16.11.06

3. Ošetrovatelská část

3.1 Ošetrovatelská anamnéza a současný stav pacientky

3.1.1 Vnímání hospitalizace

Pobyt v nemocnici je pro pacientku již předem nepřijemný. Vadí jí celkové prostředí, které působí neútně. Prošla první chodbou a ihned narazila na nedostatek- průvan. Z toho má obavy, aby nenastydla. Na toaletě je cítit cigaretový dým. Žije sama v bytě, tudíž ví, že nebude dobře spát s více lidmi na pokoji.

Do nemocnice přišla proto, že se u ní objevil problém – karcinom dělohy, kterého se chce zbavit, chce se uzdravit, s jinou variantou moc nepočítá, protože se cítí zdravě.

Očekávané léčebné zákroky jí nevadí, počítá ale s tím, že nějaký čas po operaci nebude zcela soběstačná jako dosud.

3.1.2 Fyziologické potřeby

Potřeba dýchání

Pacientka mívá občas pocit dušnosti při námaze nebo rozčilení. Trpí AP, takže své potíže přičítá tomuto onemocnění. Pravidelně užívá předepsaný lék na dušnost, pokud je víc dušná, lehne si a obvykle to přejde.

Nyní je bez obtíží, nejeví známky dušnosti, nekašle ani nemá rýmu. Dech je pravidelný o frekvenci 15/min, nekouří.

Potřeba hydratace

Pacientka nepocituje žízeň, ale ví, že musí pít, tak se do pití spíše nutí. Obvykle pije vodu a ovocné šťávy. Méně čaj a kávu. Nemá vyhraněný nápoj, který by nevypila vůbec. Denně vypije asi 1–1,5 litrů tekutin.

Známky dehydratace se neobjevují, dech je bez foetu, kožní turgor odpovídá věku.

Potřeba výživy

Celý život je spíše malým jedlíkem. Jí všechno na co má chuť, ale střídmě. Má ráda zeleninu v syrovém i tepelně upraveném stavu, kromě květáku. Ten jí působí velké nadýmání.

Před 14 dny jí byla doporučena diabetická dieta, protože měla zvýšenou glykémii v rámci předoperačního vyšetření. Nebere to úkorně, naopak si myslí, že by mohla trochu zhubnout. Již

několik let cítí, že má lehkou nadváhu. Přibrala 5 kg, kterých se nemůže zbavit. Od té doby co onemocněla, jí přestalo chutnat maso.

Pacientka je plnoštíhlé postavy, BMI 24. Ústní sliznice je neporušená, chrup je kompletně nahrazen protézou, která ale nečiní vůbec žádné potíže. Bez problému se nají, sundává jí pouze v noci. Přesto, že žije sama, denně si vaří, aby měla teplou stravu.

S nemocničním jídlem si nedělá starosti, vynahradí si to doma.

Potřeba vyprazdňování moči a stolice

Pacientka je plně kontinentní, s močením neměla nikdy žádné potíže, ani neočekává, že by se po návratu domů mohly nějaké vyskytnout.

Díky dostatečnému množství zeleniny v potravě chodí na stolicí pravidelně ráno. Pokud se přece jen vyskytne zácpa, užije večer několik kapek Guttalaxu a problém je vyřešen.

Má ale obavy, jak to bude vypadat po operaci. Uvědomuje si, že má před sebou zásah do břišní dutiny a bude také několik dnů v prostředí, které nemá ráda.

Potřeba spánku a odpočinku

Je zvyklá spát 8 - 10 hodin denně, lehne si i po obědě na 1/2 až 3/4 hodiny. Se spánkem ani usínáním neměla nikdy potíže. Nikdy nebrala žádné léky na spaní. Dokáže se unavit jakoukoliv aktivitou, ráda si před spaním čte.

I přes svůj vyšší věk na mne působí pacientka velmi čile a odpočatě. Je velmi chvályhodné, že je schopná vymyslet ještě večer nějakou činnost, která jí unaví, než aby užívala lék na spaní.

Svůj obdiv jsem jí dala najevo a viditelně jí to potěšilo.

Potřeba být bez bolesti

Pacientka měla naposledy velké bolesti, když si zlomila ruku. Od té doby je prakticky bez bolesti. Když se jí objevilo krvácení z rodidel, které jí nakonec přivedlo k lékaři, také nepocítovala žádnou bolest.

Ví, že po operaci jí bude bolet břicho, očekává ale, že jí bude podán vhodný lék, který jí bolesti zbaví.

Potřeba tepla a pohodlí

Má ráda teplo, není zvyklá chodit doma více oblečená, nosí lehký domácí úbor. V bytě má stálou teplotu ve všech místnostech, o to víc se obává průvanu v nemocničních chodbách. Obává se, že by mohla nastydnout a tím se jí může zhoršit dušnost. Chodbám se bude raději vyhýbat. Přála by si hlavně teplé lůžko.

Doma spí na standardní posteli, doufá, že jí nemocniční bude aspoň trochu podobná.

Potřeba tělesné hygieny

Pacientka se doma sprchuje každé ráno, 2x týdně se koupe ve vaně. Byla by ráda dodržovala pečlivou hygienu i zde, ale ví, že po operaci to bude obtížnější. Jednak nebude dostatečně pohyblivá a je přesvědčená, že když jsou studené chodby a toalety, pravděpodobně budou studené i koupelny. Ubezpečila jsem jí, že na pooperačním oddělení jsou sprchy na pokoji.

Celkově vypadá čistě a upraveně. Kůži má suchou, ale po každé koupeli jí ošetřuje tělovým mlékem. Nejsou na ní patrné známky poranění, ani jizvy staršího data. Vlasy jsou umyté a upravené, nehty krátce ostříhané, bez známek plísně.

Potřeba soběstačnosti

Nyní je zcela soběstačná, nepotřebuje pomoc při žádných úkonech. Očekává, že se po operaci stav změní a doufá, že jí pomůže ošetřující personál. Doma počítá s pomocí přítelkyně Jarušky. Bude dělat vše pro to, aby si opět mohla vše obstarat sama jako dosud.

Potřeba fyzické a psychické aktivity

Pacientka je v důchodu, takže má dostatek času na své oblíbené aktivity. Ráda cestuje, poznává nové, chodí na dlouhé procházky, pracuje na zahradě. Také navštěvuje knihovnu.

Každé ráno cvičí speciální cviky na křečové žíly. Nerada plete, po celý život k tomu nenašla kladný vztah.

Očekává, že jí operace v jejích aktivitách omezí, ale doufá, že brzy z jara bude opět moci pokračovat.

V nemocnici si bude číst, pokud to půjde. Něco si donesla z domova. Pokud by přečetla vše, ráda by zašla do knihovny určené pro pacientky.

Sexuální potřeby

Pacientka je 16 let vdovou, otázky nebyly položeny.

3.1.3 Psychosociální potřeby

Potřeba zdraví

Životní styl, výživa, fyzické i duševní aktivity svědčí o tom, že zdraví je pro ní vysokou a vzácnou devizou. Není zvyklá být nemocná a nemá ráda hypochondry.

O nynějším onemocnění moc nepřemýšlí. Bere život jak jde. Teď onemocněla, proto navštívila lékaře, aby se co nejdříve uzdravila. Věří zdravotníkům a nepochybuje o tom, že vše dobře dopadne. Neví, kolik let života jí ještě zbývá, v každém případě jej chce prožít naplno.

Potřeba bezpečí a pomoci

Pacientka se obává operace, protože je to pro ní něco nové. Neděsí jí samotná operace jako taková, ale spíše její zdravotní stav posléze. Je soběstačná a zvyklá se o vše postarat sama. Tuší, že po operaci to nepůjde. Doma o sebe nemá strach, protože má přítelkyni, která jí neopustí. Má obavy z hospitalizace, neví, zda jí sestry pomůžou, zda jim nebude na obtíž.

Sama nemá žádné zkušenosti, ale slyšela někde, že si pacienta v nemocnici nikdo nevšimne.

Potřeba lásky a sounáležitosti

Její rodinou je nyní přítelkyně Jaruška se svým manželem a dětmi. Jaruška jí nahradila dceru, kterou nemohla mít a jejich vzájemný vztah je velmi silný. Je zvyklá s nimi trávit hodně času a jakékoliv narušení těchto vazeb by znamenalo oboustranně velkou ztrátu.

Při hospitalizaci očekává, že jí Jaruška bude denně navštěvovat.

3.1.4 Spirituální potřeby

Potřeba duchovního společenství

Paní Marie je věřící a svou víru prožívá ve společenství, se kterým se setkává nejen v kostele, ale také při jiných akcích. V samotě rozjímá a modlí se. Uvědomuje si, že je hodně obdarována, také za to Bohu děkuje.

Obává se, že v nemocnici na to nebude mít potřebný klid. Neví, za jak dlouho bude moci do kostela. Je tam přece jen chladněji a nechce si způsobit zbytečné komplikace. Byla by ráda, kdyby Vánoce mohla prožít v tradičním duchu.

Životní hodnoty

Hmotný majetek jí nikdy nespoutával. Je skromná, dokáže vystačit s málem, když má navíc, myslí na ostatní.

Dokáže se těšit z maličkostí, obdivuje krásy kolem sebe. Má ráda klasickou hudbu, chodí na koncerty, zvláště se každoročně těší na advent a s ním spojené akce.

Dá se říci, že paní Marie je šťastný člověk, vyzařuje z ní vnitřní radost, kterou umí rozdávat dál.

3.2 Ošetrovatelské diagnózy – přehled

Seřazení podle dnů hospitalizace:

5.11.06

1. Strach z operace
2. Potencionální porucha spánku z důvodu obavy z operace a změny prostředí

6.11.06

3. Změněné vnímání svého vzhledu z důvodu odložení zubních protéz
4. Porucha spánku z důvodu bolesti v operační ráně a zvýšeného provozu na oddělení

7.11.06

5. Bolest PHK z důvodu poruchy integrity kůže v místě vpichu i.v. kanyly

8.11.06

6. Pocit slabosti a závratě při ranní toaletě
7. Bolest břicha z důvodu nadměrné plynatosti

9.11.06

8. Zvýšená TT z důvodu nedostatečné hydratace
9. Zácpa z důvodu sníženého příjmu potravy a snížené tělesné aktivity
10. Potencionální porucha příjmu potravy z důvodu snížené soběstačnosti
11. Potencionální porucha péče o celkovou hygienu v souvislosti celkové slabosti důsledkem nedostatečného příjmu potravy a snížené tělesné aktivity

3.3 Ošetrovatelské cíle a plány, jejich realizace a hodnocení

Ošetrovatelská diagnóza: Strach z operace

Cíle: Pacientka umí přesně pojmenovat konkrétní příčinu strachu /bolest, nesoběstačnost.../
Naučí se strach zvládat.

Plán a realizace: Verbalizace obav, vyzdvihnout sociální zázemí, naučit základní relaxační techniky.
Po navázání rozhovoru jsem pacientku vybídla, aby se snažila konkrétně pojmenovat příčinu svých obav. Bojí se více bolesti nebo nesoběstačnosti, která jistý čas potrvá?

Ztráta soběstačnosti byla na prvním místě. Připomněla jsem jí přítelkyni Jarušku, o které vyprávěla a vybídla jsem jí, aby se vžila do její role a uvědomila si, co by udělala na jejím místě pro svou přítelkyni ona.

Zeptala jsem se, zda někdy slyšela o relaxačních technikách na zvládnání náročných situací.

Četla prý o tom v časopise, ale nikdy to nezkoušela. Ukázala jsem jí dvě základní techniky s tím, že si to můžeme ještě večer zkusit.

Hodnocení: Splněno částečně; večer se pacientka zklidnila, ale strach úplně nevymizel.

Ošetřovatelská diagnóza: **Potencionální porucha spánku** z důvodu obavy z operace a změny prostředí

Cíle: Pacientka chápe příčiny nespavosti. Racionálně hodnotí situaci. Před operací se vyspí.

Plán a realizace: Dostatečně informovat o předoperační přípravě a průběhu operace, zdůraznit důležitost fyzické a duševní pohody před operací, podat hypnotikum.

Pacientce jsem i přesto, že to již několikrát slyšela od ošetřujícího lékaře, podrobně popsala celou předoperační přípravu i přibližný postup operace. Ujistila jsem jí, že bude neustále pod dohledem, takže se nemusí obávat, že by si případné komplikace nikdo nevšiml.

Zdůraznila jsem také důležitost fyzické a duševní pohody a dostatek spánku před operací.

Shodly jsme se na tom, že nejlepší bude užít hypnotikum naordinované od anesteziologa a neponechat nic náhodě.

Hodnocení: Plán splněn, pacientka i přesto, že léky na spaní nebere, užila naordinovaný lék v naději, že bude celou noc spát. Vyspala se dobře.

Ošetřovatelská diagnóza: **Změněné vnímání tělesného vzhledu** z důvodu odložení zubních protéz

Cíle: Racionálně přijme změnu vzhledu

Plán a realizace: Vysvětlit nebezpečí zubních protéz při intubaci a při jakékoliv manipulaci s pacientem na operačním sále jak pro samotného pacienta, tak i pro protézy z důvodu poškození nebo ztráty. Podpořit schopnost adaptovat se na změnu vzhledu.

I když měla pacientka plánovanou epidurální anestézii, nemusela by správně „nasednout“ a bylo by nutné konvertovat k celkové. Také jsem jí ujistila, že se nikdo z personálu nad prázdnou pusou nepozastaví, protože jsme všichni zvyklí. Zde platí jiná kritéria, než při společenské akci.

Hodnocení: Splněno, pacientka si zubní protézy sundala a pečlivě uložila k svým osobním věcem.

Ošetřovatelská diagnóza: **Porucha spánku** z důvodu bolesti v operační ráně a zvýšeného provozu na oddělení

Cíle: Zlepšení kvality spánku

Plán a realizace: Zmírnit bolest, snížit osvětlení na nejmenší možnou intenzitu a pracovat potichu.

Požádala jsme službu konajícího lékaře, zda by mohl přidat analgezií. Dohlédla jsem na to, aby prostředí na JIPu i přes nutné noční stěhování postelí bylo co nejkldnější.

Hodnocení: Splněno částečně, pacientka se v noci budila

Ošetřovatelská diagnóza: **Bolest** PHK z důvodu poruchy integrity kůže v místě vpichu i.v. kanyly

Cíle: Bolest ustupuje, pacientka zná její příčinu

Plán a realizace: Kontrola místa vpichu i.v. kanyly a jeho okolí, její průchodnosti, eventuální výměna a ošetření kůže.

Nejprve jsem odstranila krycí obvaz, abych zjistila příčinu potíží. Kanyla byla sice in situ a průchodná, ale kůže v jejím okolí byla značně zarudlá. Vysvětlila jsem pacientce, že je to celkem častá komplikace při i.v. aplikaci antibiotik do kanyly. Poučila jsem jí o nutnosti výměny kanyly a ošetření kůže. Pochopila to a s navrhovaným postupem souhlasila. Kanyla byla zrušena, kůže ošetřena standardním způsobem/ Heparoid ung./ a poté zavedena nová kanyla v jiném místě.

Hodnocení: Splněno, za dva dny bolest PHK ustoupila

Ošetřovatelská diagnóza: **Pocit slabosti až závratě** při ranní toaletě

Cíle: Úleva od nepříjemného subjektivního pocitu

Plán a realizace: Více o problému hovořit, zjistit kvalitu spánku v noci, dostatečnost hydratace, řešit případný nedostatek.

Vybídla jsem pacientku, aby mi popsala, jak vypadala noc, zda spala nebo se opět budila, nebo zda jí netrápí něco jiného. Také jsem se zajímala, kolik vypila tekutin.

Dozvěděla jsem se, že noc byla klidnější, ale ráno začal opět „pěkný šrumec“, který jí znervózňuje. Ráda by se již stěhovala na standardní oddělení, kde jak doufá, bude trochu klidnější provoz. Myslí si že, vypila dost, nepocítuje žízeň. Přesto jsem jí pobídla, aby se v pití trochu zlepšila.

Ošetřující lékařka u vizity rozhodla, že po vykapání ordinované infúzní léčby může být odstraněn epidurální katétr a pacientka bude přestěhována zpět na původní oddělení.

Hodnocení: Splněno, nepříjemný pocit ustoupil, pacientka se těšila, že bude na klidnějším oddělení.

Ošetřovatelská diagnóza: **Bolest** břicha z důvodu nadměrné plynatosti

Cíle: Bolest bude odstraněna, bude zlepšená střevní peristaltika, pacientka chápe příčinu obtíží a nutnost pohybu

Plán a realizace: Zjistit lokalizaci, charakter a intenzitu bolesti, přivolat ošetřujícího lékaře a společně problém řešit.

Asi dvě hodiny po přestěhování na jiné oddělení se pacientka začala stěžovat na silné bolesti břicha a pocit nadmutosti. Ráno prý ještě pociťovala v břiše velké škrundání, teď to přestalo, ale cítí se jako „nafouknutý balón“. Ihned jsem zavolala lékaře. Zeptala jsem se, zda souhlasí s tím, abych paní Marii zavedla rektální rourku. Souhlasil a k tomu naordinoval infuzi se Syntostigminem na podporu střevní peristaltiky.

Mým úkolem bylo pacientku poučit. Vysvětlila jsem jí příčinu obtíží a pobídla, aby začala více chodit. Pokud má obavy z průvanu na chodbě, může se pohybovat na pokoji a také cvičit nohama na posteli. Dvakrát jsme chodily spolu, na další aktivitu dohlížela moje kolegyně.

Hodnocení: Splněno částečně ihned, úplně druhý den.

Ošetrovatelská diagnóza: **Zvýšená tělesná teplota** z důvodu nedostatečné hydratace

Cíle: Tělesná teplota je ve fyziologických mezích

Plán a realizace: Zjistit základní příčinu hypertermie, podat antipyretika dle ordinace lékaře, zajistit dostatečnou hydrataci, zdůraznit nutnost zachování klidu na lůžku.

Paní Marie již dopoledne cítila, že je jí víc teplo a při poledním měření ukázal teploměr 38,2 st.C. Po základním fyzikálním vyšetření jsem zjistila, že operační rána je klidná, pacientka nekašle ani nemá rýmu, ani nikde na těle jsem neshledala žádné známky zánětu. Zeptala jsem se proto, kolik dnes vypila. Když mi sdělila, že od rána pouze jeden hrnek čaje, bylo mi vše jasné. Paní Marie pije méně, protože nepocituje žízeň. V době, kdy dostávala parenterální výživu, byla hydratace zajištěná. Nyní tomu tak není.

Přinesla jsem Paralen čípek, který naordinoval lékař a zeptala se, zda jej mám zavést. Pacientka to zvládla sama. Osobně jsem dohlédla, aby během následující hodiny vypila více tekutin a opět jsem jí domlouvala, aby se naučila více pít. Nabídla jsem se, že dojdu do bufetu pro džus, aby nepila pořád jen čaj. Souhlasila. Upozornila jsem paní Marii, že kvůli zvýšené teplotě bude lépe, když dnes zůstane v posteli.

Hodnocení: Splněno, večerní tělesná teplota byla 37,1st C

Ošetrovatelská diagnóza: **Zácpa** z důvodu sníženého příjmu potravy a snížené tělesné aktivity

Cíle: Pacientka se vyprázdní

Plán a realizace: Zjistit příčinu zácpy, zajistit podání laxativa, edukovat pacientku o změněné střevní pasáži po břišní operaci, zdůraznit nutnost tělesné aktivity.

Protože včerejší den paní Marie z větší části proležela, začala jsem pátrat po jídle. Vybídla jsem jí, aby mi řekla, co všechno včera a dnes snědla. Vyšlo najevo, že včera velmi málo bramborové kaše a dnes ještě nic. Nemocniční strava jí vůbec nechutná, dokonce pocituje odpor k masu. Čeká na přítelkyni Jarušku, která přijde na návštěvu s pozdním obědem.

Proti tomu jsem nemohla nic namítnout, osobně jsem závodní jídelnu také před časem přestala navštěvovat.

S vědomím lékaře jsem donesla pacientce glycerínový čípek, aby se mohla vyprázdnit. Mluvily jsme také o tom, že po břišní operaci „jsou střeva líná“, tak o to více je nutný pohyb.

Vzhledem k tomu, že se doma vyprazdňuje celkem pravidelně, další „přednášky“ jsem jí ušetřila.

Hodnocení: Splněno

Ošetrovatelská diagnóza: Potencionální **porucha příjmu potravy** z důvodu snížené soběstačnosti

Cíle: Prevence poruchy

Plán a realizace: Upozornit pacientku na možné potíže spojené s obstaráním a přípravou potravy po propuštění; kontaktovat rodinu a společně hledat řešení.

Přesto že se zdravotní stav mojí pacientky zlepšil, upozornila jsem jí, že vzhledem k věku potrvá rekonvalescence o něco déle a proto musíme myslet na pomoc druhých, která bude ze začátku nezbytná.

O jídlo však paní Marie neměla starost, spoléhala na svou přítelkyni. Při odpolední návštěvě jsem se ujistila, zda je tomu skutečně tak. Paní Jaruška mi potvrdila, že se o jídlo postará jak dlouho bude potřeba.

Hodnocení: Splněno

Ošetrovatelská diagnóza: Potencionální **porucha péče o celkovou hygienu** v souvislosti celkové slabosti důsledkem nedostatečného příjmu potravy a snížené tělesné aktivity

Cíle: Prevence poruchy; pacientka má nejméně 2x týdně zajištěnou celkovou koupel

Plán a realizace: Vysvětlit pacientce potřebu dostatečné hygieny zvláště v pooperačním období; upozornit na změnu pohyblivosti; informovat rodinu o možnosti využití pečovatelské služby v terénu. Pokud péče o jídlo nepředstavuje pro paní Marii větší problém, s hygienou to bude horší. Již při příjmu jsem zjistila, že má doma pouze vanu. Zatím neměla nikdy problém s koupelí, do vany i ven z ní se dostala snadno, nyní ale chápe, že to půjde hůře. Pomoc při celkové koupeli nemůže od své přítelkyně vyžadovat kvůli jejímu zdravotnímu stavu /operace nohou/. Řekla jsem pacientce, že každý problém má řešení. V tomto případě může požádat o pomoc pečovatelskou službu, s kterou je v kontaktu její praktický lékař.

Přítelkyně Jaruška o této službě věděla a byla připravená o ní požádat dle potřeby.

Hodnocení: Splněno

3.4 Edukace

Během hospitalizace bylo mnoho příležitostí hovořit s pacientkou o tom, co všechno je dobré dodržovat, čeho se raději vyvarovat, aby se mohla co v nejkratší době opět vrátit ke svým zvyklostem. Při propuštění domů jsem jí informovala o Klubu pacientek s nádorovým onemocněním, který vznikl na naší klinice již před třemi léty. Jeho činnost se osvědčila. Jednou měsíčně probíhá setkání, které má konkrétní téma, např. rehabilitace po onkologické operaci; výživa onkologicky nemocných; pomůcky a epitézy atd. Momentálně jej vede onkolog /dříve vedla setkání klinická psycholožka, která je nyní na MD/. O daném problému nejprve mluví pozvaný host – odborník, poté následuje diskuse.

Pacientky sem mohou přivést také někoho z rodiny, nebo z přátel. Chodí k nám velice rády. Jednak se dozví mnoho nového a co je pro ně ještě cennější- vzájemně se podpoří.

3.5 Závěr a prognóza

Paní Marie se velmi těšila domů na svůj klidný byt a zvláště na přítelkyni Jarušku. Byla ráda, že má operaci za sebou a že je celkem v pořádku. Myslím si, že i když byla dostatečně informována o tom, že rozhodující slovo bude mít histologie a následné onkologické konsilium, nedomýšlela to a nečinila předčasné závěry. Její zdravotní stav se od operace zlepšoval a to jí stačilo.

Více napjatá jsem byla já. Výsledek histologie mne potěšil. Karcinom zasahoval jen do zevní poloviny myometria, cervix, parametria i uzliny byly bez metastáz. Onkologické konsilium rozhodlo, že karcinom byl natolik dobře ohraničen a diferencován, že není potřeba žádné adjuvantní terapie. Pacientka bude pouze dispenzarizovaná v onkologické ambulanci. První kontrola bude za šest týdnů po operaci.

Výsledek histologie se paní Marie dozvěděla po telefonu od ošetřujícího lékaře, výsledek konsilia jsem jí chtěla sdělit osobně a také jí blahopřát. Byly jsme domluvené, že se zastaví na klinice. Nezastavila se a když nebylo možné jí po celý týden zastihnout na telefonu, kontaktovala jsem přítelkyni Jarušku. Tušila jsem nějaký problém, přesto mne zpráva o její pacientce překvapila.

Po návratu domů bylo paní Marii celkem dobře, jen neměla chuť k jídlu. K nechutenství se přidala nausea a celkový stav se rychle zhoršoval. Přestala chodit, dokonce nedošla ani na toaletu.

Přítelkyně byla v té době mimo Prahu, tak si sama zavolala pohotovostní službu. Sanitou byla odvezena do spádové nemocnice na gynekologické oddělení, kde se ještě tentýž den podrobila operaci pro údajný ileozní stav a ascites v abdominální dutině.

Metastázy v zažívacím ústrojí nebyly potvrzeny, veškeré obtíže byly přičítány následkům rozsáhlejší operace ve vyšším věku. Zátěž pro organizmus byla vyšší, než se předpokládalo.

Zdravotní stav paní Marie byl až kritický, nyní se nepatrně lepší. Protože se seběhlo mnoho negativních událostí během krátké doby, očekávala jsem, že pacientka svůj boj vzdá.

Nevzdává. Věří, že se už vše musí obrátit k lepšímu.

Nelze odhadnout další vývoj situace, dokonce ani to, kam bude v případě potřeby pacientka docházet na kontroly. Při zásahu RZS byla ve špatném stavu, potřebovala pomoc a bylo jí zřejmě úplně jedno, do kterého zařízení jí sanita odveze. Podle mého názoru půjde tam, kde byla s celkovou péčí spokojenější.

Protože se situace značně zkomplikovala, následná ošetrovatelská péče v domácím prostředí bude vypadat jinak, než bylo původně zamýšleno. Prodlouží se také doba rekonvalescence. O všem je blízká přítelkyně informována. Chtěla by o paní Marii pečovat sama, pokud to nebude v jejích silách, obrátí se na profesionální pomoc.

Použitá literatura

- 1) ADAM, Z.;VORLÍČEK, J.;KOPTÍKOVÁ, J. *Obecná onkologie a podpůrná léčba*. Praha: Grada, 2003. ISBN 80-247-0677-6.
- 2) CITTERBART,K. et al. *Gynekologie. První vydání*.Praha: Galén,2001. ISBN 80-7262-094-0.
- 3) ČERVINKOVÁ, E.; VORLÍČKOVÁ. H.; PŘIKRYLOVÁ, L.; MALINKOVÁ, M.; KOMÍNKOVÁ,H. *Ošetrovatelské diagnózy*. Brno: IDV PZ, 2000. ISBN 80-7013-303-1.
- 4) KLENER, P. *Klinická onkologie*. Praha: Galén a UK v Praze Karolinum, 2002. ISBN 80-7262-151-3 Galén. ISBN 80-246-0468-X Karolinum.
- 5) MAREK. J.; KALVACH, Z.; SUCHARDA, P. a kol.*Propedeutika klinické medicíny*. Praha: Triton, 2001. ISBN 80-7254-174-9.