

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2023

Denisa Matysová

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Všeobecné ošetřovatelství Z19B0178P

Denisa Matysová

**OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O ŽENU S KARCINOMEM
DĚLOŽNÍHO HRDLA**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Jana Křivková

PLZEŇ 2023

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval/a samostatně a všechny použité zdroje jsem uvedl/a v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 31. 3. 2023.

.....

vlastnoruční podpis

Abstrakt

Příjmení a jméno: Denisa Matysová

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Ošetrovatelská péče o ženu s karcinomem děložního hrdla

Vedoucí práce: Mgr. Jana Krivková

Počet stran – číslované: 83

Počet stran – nečíslované: 12

Počet příloh: 3

Počet titulů použité literatury: 55

Klíčová slova: karcinom děložního hrdla, ošetrovatelská péče, potřeby člověka

Souhrn:

Téma bakalářské práce je věnována ošetrovatelské péči o ženu s karcinomem děložního hrdla. První kapitola zachycuje prekancerózy, druhy maligních tumorů, rizikové a protektivní faktory, které ovlivňují vznik onemocnění. Další kapitola se zabývá diagnostickými, preventivními a terapeutickými metodami. Závěr teoretické části je věnován ošetrovatelské péči a potřebám o ženu s karcinomem děložního hrdla, je popsána předoperační, intraoperační, pooperační péče a úloha všeobecné a perioperační sestry v ošetrovatelství. Veškeré informace v teoretické části vycházejí z odborné literatury a internetových zdrojů. Praktická část je zpracována formou kvalitativního výzkumu. Byly vedeny hloubkové rozhovory, ze kterých jsou analyzovány nižší a vyšší potřeby ženy od doby sdělení diagnózy do podstoupení operačního zákroku. Jako výstup do praxe bylo navrženo se zaměřit na uspokojení nižší potřeby jistoty a bezpečí a další výzkumné šetření, do kterého radíme, jaké potřeby jsou prioritní pro pacientky v pooperačním období. Součástí příloh je tvarový diagram potřeb.

Abstract

Surname and name: Denisa Matysová

Department: Nursing and midwifery

Title of thesis: Nursing care for a woman with cervical cancer

Consultant: Mgr. Jana Křivková

Number of pages – numbered: 83

Number of pages – unnumbered: 12

Number of appendices: 3

Number of literature items used: 55

Keywords: cervical cancer, nursing care, human needs

Summary:

The topic of the bachelor thesis is dedicated to the nursing care of a woman with cervical cancer. The first chapter depicts precancers, types of malignant tumours, risk and protective factors that influence the development of the disease. The next chapter deals with diagnostic, preventive and therapeutic methods. The theoretical section concludes with the nursing care and needs of women with cervical cancer, describing pre-operative, intra-operative, post-operative care and the role of the general and perioperative nurse in nursing. All information in the theoretical part is based on the literature and internet sources. The practical part is developed in the form of qualitative research. In-depth interviews were conducted, from which the lower and higher needs of the woman from the time of communicating the diagnosis to undergoing surgery are analyzed. As an output for practice, it was proposed to focus on the satisfaction of the lower need for reassurance and security, and further research inquiry, which includes what needs are a priority for patients in the post-operative period. A shape diagram of needs is included in the appendices.

Poděkování

Děkuji paní Mgr. Janě Krivkové za odborné vedení práce, poskytování rad a podkladů. Dále děkuji hlavní sestře Nemocnice Strakonice, a. s. za poskytnutí možnosti provést výzkum pro mou bakalářskou práci.

OBSAH

| | |
|---|----|
| SEZNAM OBRÁZKŮ | 9 |
| SEZNAM TABULEK | 10 |
| SEZNAM ZKRATEK | 11 |
| ÚVOD..... | 13 |
| TEORETICKÁ ČÁST | 14 |
| 1 TEORETICKÁ VÝCHODISKA – KARCINOM DĚLOŽNÍHO HRDLA | 14 |
| 1.1 Prekancerózy děložního hrdla..... | 15 |
| 1.2 Histopatologická klasifikace karcinomů děložního hrdla..... | 16 |
| 1.2.1 Epiteální zhoubné nádory | 16 |
| 1.2.2 Mezenchymové nádory..... | 17 |
| 1.3 Rizikové a protektivní faktory karcinomu děložního hrdla | 18 |
| 1.3.1 Rizikové faktory | 18 |
| 1.3.2 Protektivní faktory | 18 |
| 2 DIAGNOSTICKÉ, PREVENTIVNÍ A TERAPEUTICKÉ MOŽNOSTI U KARCINOMU DĚLOŽNÍHO HRDLA..... | 20 |
| 2.1 Diagnostické metody provádějící se u karcinomu děložního hrdla | 20 |
| 2.1.1 Úloha sestry při provádění HPV testu a ultrasonografickém vyšetření ženy | 24 |
| 2.2 Preventivní opatření využívající se u karcinomu děložního hrdla..... | 24 |
| 2.2.1 Primární prevence..... | 24 |
| 2.2.2 Sekundární prevence..... | 26 |
| 2.2.3 Terciární prevence | 26 |
| 2.2.4 Kvartérní prevence | 26 |
| 2.3 Terapeutické metody provádějící se u karcinomu děložního hrdla | 26 |
| 2.3.1 Úloha sestry při chemoterapeutické a radioterapeutické léčbě | 28 |
| 3 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTKU S KARCINOMEM DĚLOŽNÍHO | 30 |
| 3.1 Perioperační péče..... | 30 |
| 3.1.1 Předoperační péče..... | 30 |
| 3.1.2 Intraoperační péče..... | 34 |
| 3.1.3 Pooperační péče..... | 35 |
| 3.2 Uspokojování potřeb u ženy s karcinodem děložního hrdla..... | 37 |
| PRAKTICKÁ ČÁST | 42 |
| 4 FORMULACE VÝZKUMNÉHO PROBLÉMU | 42 |
| 5 CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY/PŘEDPOKLADY | 43 |
| 5.1 Hlavní cíl..... | 43 |
| 5.2 Dílčí cíle a výzkumné otázky/předpoklady..... | 43 |
| 5.2.1 Dílčí cíle | 43 |

| | | |
|-------|---|----|
| 5.2.2 | Výzkumné otázky | 43 |
| 6 | METODIKA KVALIFIKAČNÍ PRÁCE | 44 |
| 7 | CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU | 45 |
| 8 | ORGANIZACE VÝZKUMU | 47 |
| 9 | ZPRACOVÁNÍ DAT | 48 |
| 9.1 | Analýza údajů | 48 |
| 9.2 | Seznam četností jednotlivých kódů | 50 |
| 9.3 | Grafické znázornění analýzy rozhovoru | 53 |
| 9.3.1 | První oblast – Nižší potřeby | 53 |
| 9.3.2 | Druhá oblast – Vyšší potřeby | 59 |
| 10 | PREZENTACE A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ | 68 |
| 10.1 | Shrnutí rozhovoru participantky číslo 1 | 68 |
| 10.2 | Shrnutí rozhovoru participantky číslo 2 | 70 |
| 10.3 | Shrnutí rozhovoru participantky číslo 3 | 72 |
| 10.4 | Shrnutí rozhovoru participantky číslo 4 | 74 |
| 10.5 | Shrnutí rozhovoru participantky číslo 5 | 76 |
| | DISKUZE | 78 |
| | ZÁVĚR | 84 |
| | SEZNAM LITERATURY | 86 |
| | SEZNAM PŘÍLOH | 92 |
| | PŘÍLOHY | 93 |
| | Příloha A, Žádost o povolení výzkumu | 93 |
| | Příloha B, Informovaný souhlas | 94 |
| | Příloha C – Tvarový diagram potřeb | 95 |

SEZNAM OBRÁZKŮ

| | |
|---|----|
| Obrázek 1 - Tvarový diagram jednotlivých kódů | 50 |
| Obrázek 2 - Kategorie Fyziologické potřeby..... | 55 |
| Obrázek 3 - Kategorie Jistota a bezpečí..... | 58 |
| Obrázek 4 - Kategorie Lásky a sounáležitost..... | 61 |
| Obrázek 5 - Kategorie Sebeúcta a uznání..... | 64 |
| Obrázek 6 - Kategorie Kognitivní potřeby..... | 67 |

SEZNAM TABULEK

| | |
|--|----|
| Tabulka 1 - Fyzilogické potřeby..... | 53 |
| Tabulka 2 - Potřeby jistoty a bezpečí..... | 56 |
| Tabulka 3 - Potřeba lásky a sounáležitosti | 59 |
| Tabulka 4 - Potřeba sebeúcty a uznání | 62 |
| Tabulka 5 - Kognitivní potřeby | 65 |

SEZNAM ZKRATEK

AIS – adenokarcinom in situ

apod. – a podobně

atd. – a tak dále

BOZP – bezpečnost a ochrana zdraví při práci

CGIN – cervikální glandulární intraepiteální neoplazie

CIN – cervikální intraepiteální neoplazie

CT – výpočetní tomografie

DNA – deoxyribonucleic acid

FIGO – International Federation of Gynecology and Obstetrics

HG SIL – high grade skvamózní intraepiteální léze

HPV – Human papillomavirus

HR – high risk

HSIL – high grade squamous intraepithelia lesion

LAST – lower anogenital squamous terminology

LBC – liquid based cytology

LEEP – loop electrosurgery excision procedure

LSIL – low grade squamous intraepithelia lesion

MR – magnetická rezonance

MUDr. – medicianae universae doctor

mRNA – messenger ribonucleic acid

např. – například

P1 – participantka číslo 1

P2 – participantka číslo 2

P3 – participantka číslo 3

P4 – participantka číslo 4

P5 – participantka číslo 5

PET/CT – pozitronová emisní tomografie/výpočetní tomografie

Prof. – profesor

STD – Sexual transmitted diseases

TMN – Classification of Malignant Tumors, mezinárodní klasifikace zhoubných novotvarů

tzv. – takzvaně

UZ – ultrazvukové vyšetření

WHO – World Health Organization, Světová zdravotnická organizace

ÚVOD

Karcinom děložního hrdla patří mezi nejčastější onemocnění, které postihuje ženy mezi 35. až 44. rokem života. Řadí se na čtvrté místo nejčastějších onemocnění po celém světě. Ročně se tumor děložního hrdla odhalí až u půl miliónů žen. V současnosti existují účinné diagnostické a terapeutické metody, které umožňují ženu vrátit zpět do života. I přes kvalitní provádění preventivních prohlídek, ke kterému řadíme například screening děložního hrdla, se v některých případech může onemocnění objevit. Období od zjištění závažnosti zdravotního stavu do doby podstoupení účinné léčby, může být pro ženu náročné po fyzické i psychické stránce. Klade si otázky ohledně budoucnosti rodiny, zda zvládne operaci, zda bude mít po operaci komplikace a mnoho dalšího. V rámci ošetrovatelské péče sestra klade důraz na zmapování a uspokojení jejích potřeb.

Tato bakalářská práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. V teoretické části bakalářské práce jsou popsány prekancerózy, druhy maligních tumorů děložního hrdla, rizikové faktory, příčina a příznaky vzniku onemocnění. Dále se teorie zabývá různými diagnostickými, preventivními a terapeutickými metodami, které se využívají pro odhalení maligního onemocnění cervixu. Na závěr teorie je popsána předoperační, intraoperační a pooperační péče, úloha všeobecné a perioperační sestry v ošetrovatelské péči o ženu s karcinomem děložního hrdla. V neposlední řadě jsou popsány potřeby ženy s tímto onemocněním a jejich uspokojování ze strany zdravotnického personálu.

V praktické části jsou stanoveny dva cíle. Prvním cílem bylo zmapovat nižší potřeby ženy s karcinomem děložního hrdla od doby sdělení diagnózy do doby podstoupení operačního zákroku na gynekologickém oddělení. Stanovením druhého cíle mělo vést ke zmapování vyšších potřeb ženy s tímto onemocněním od doby sdělení diagnózy do doby podstoupení operačního zákroku.

Se ženami byl veden hloubkový rozhovor, který byl nahráván na diktafon a následně pomocí otevřeného kódování byly analyzovány jejich potřeby.

Pro snadnější vyhledávání literatury byla pomocí klíčových slov zpracována rešerše ve Studijní a vědecké knihovně v Plzni.

TEORETICKÁ ČÁST

1 TEORETICKÁ VÝCHODISKA – KARCINOM DĚLOŽNÍHO HRDLA

Zhoubné nádory děložního hrdla jsou jedním z nejčastějších maligních onemocnění ženských pohlavních orgánů. Tyto karcinomy se celosvětově řadí ke čtvrtému nejčastějšímu onemocnění postihující ženskou populaci především v mladém věku, které mají zpočátku asymptomatický průběh. Může se ovšem objevit krvácení po pohlavním styku, vodnatý až krvavý páchnoucí výtok, bolestivé pocity ženy během pohlavního styku. U pokročilejšího stádia onemocnění například bolest v podbřišku, poruchy peristaltiky nebo úbytek hmotnosti. Každoročně se onemocnění odhalí až u půl miliónu žen po celém světě. Na karcinom děložního hrdla zemře přibližně 270 000 žen (Vorlíček, 2012, s. 30; Roche Czech Republic, © 2022; Novotný, 2016, s. 382; Dubová, 2019, s. 335).

V České republice se ročně zachytí 15 případů karcinomu na 100 000 žen. I když je zavedeno pravidelné provádění gynekologických screeningů, přibližně u 50 % žen se odhalí rakovina děložního čípku v operabilním stádiu (Šálková, 2021, s. 108).

Karcinom děložního čípku se vyskytuje obvykle u žen v rozmezí 35 až 44 let. U 20 % případů se nádor diagnostikuje u žen po 65. roce života z důvodu nepravidelného provádění screeningů cervikálních buněk. Míra přežití s rakovinou děložního hrdla závisí na věku a etnické příslušnosti. U žen bílé rasy je pětiletá míra přežití kolem 71 %, u žen afrického původu to je přibližně 58 % (American Society of Clinical Oncology, © 2005-2022).

Karcinomy děložního hrdla můžeme vyšetřovat pomocí různých metod, ke kterým řadíme anamnézu, fyzikální vyšetření, onkologickou cytologii, kolposkopii, biopsii, HPV test a různé zobrazovací metody (Slezáková, 2017, s. 75).

Ke správnému a účinnému typu léčby se rozhodujeme podle několika faktorů, ke kterým řadíme typ nádoru, stádium karcinomu, vedlejší účinky terapie a celkový zdravotní stav ženy. Důležité jsou informace ošetřujícího lékaře o všech dostupných typech terapie, o jejich cílech a co může žena od léčby očekávat. K léčbě rakoviny děložního hrdla řadíme chirurgickou léčbu, z které se využívá konizace, hysterektomie a trachelektomie. Dále k terapii řadíme chemoterapii, radioterapii a biologickou léčbu (American Society of Clinical Oncology, © 2005-2022; Roche Czech Republic, © 2022).

1.1 Prekancerózy děložního hrdla

„Prekanceróza (přednádorový stav) je chorobný stav, který se vyznačuje růstovou aktivitou a proliferací, ale nemá nádorový charakter“ (Rob, 2019, s. 213).

Prekancerózy cervixu se dříve řadily dle třístupňové klasifikace CIN, která se ovšem stále používá a objevuje se v odborné literatuře. V roce 2014 WHO – Světová zdravotnická organizace přijala novou klasifikaci s názvem **LAST**. Tato klasifikace rozděluje prekancerózy děložního hrdla do dvou stupňů (Špaček, 2018, s. 415).

Léze nízkého stupně **LSIL** se shodují s dříve používaným označením CIN I. U tohoto typu je možná regrese tkáně s HPV infekcí. Léze vysokého stupně **HSIL**, které se shodují s označením CIN II a III, mají výraznější morfologické změny, častěji progredují a jsou považovány za pravé prekancerózy (Špaček, 2018, s. 415).

Prekancerózy děložního hrdla se rozdělují na **dlaždicové a žlázové**. Ke dlaždicovým prekancerózám řadíme skvamózní intraepiteální léze, které třídíme dle klasifikace LAST. LSIL léze, dříve CIN I, postihují dolní třetinu epitelu cervixu a objevují se zde například jaderné atypie. HSIL léze, dříve CIN II a III, jsou změny ve střední třetině děložního epitelu nebo v celé jeho šíři. Za žlázové prekancerózy považujeme adenokarcinom in situ, dříve označovaný CGIN. Tento typ má menší zastoupení než dlaždicové léze, ale jejich relativní podíl na celkovém množství postupně stoupá (Špaček, 2018, s. 415; Dubová, 2019, s. 385).

Žlázové a dlaždicové léze prekanceróz karcinomu děložního hrdla se mohou hodnotit dle klasifikace. Zahrnuje histologické, cytologické a kolposkopické hodnocení lézí. Dle histologického a cytologického vyšetření jsou žlázové léze vyhodnoceny jako AIS neboli adenokarcinom in situ. Kolposkopické vyšetření nemá určenou nomenklaturu. Pro dlaždicové léze se užívá název LSIL neboli nízký stupeň léze a HSIL, označení vysokého stupně lézí u histologického i cytologického vyšetření. U kolposkopické diagnostiky dlaždicových lézí je výsledek GRADE 1 – minor nebo GRADE 2 – major (Dubová, 2019, s. 385).

Dominantní příčinou prekancerózy je **infekce lidským papilomavirem**. Dále to může být časný začátek s pohlavním stykem, promiskuita, sexuálně přenosné nemoci, kouření nebo imunosuprese. Prekancerózy děložního hrdla mají většinou **asymptomatický průběh**. Může se ovšem objevit například **krvácení po pohlavním styku, fluor, vzácně spotting** (Slezáková, 2017, s. 73).

K diagnostice se využívá **onkologická cytologie, kolposkopie a HPV test**. Metody jsou podrobněji popsány v druhé kapitole. Pro definitivní stanovení typu prekanceróz se provádí **minibiopsie**, kdy se vzorek tkáně z exocervixu odebere pomocí speciálních bioptických kleští pod kolposkopickou kontrolou. K získání materiálu se používá také **endocervikální kyretáž, excize elektrofrequenční kličkou nebo skalpelem**. Existuje možnost provedení diagnosticko-terapeutického výkonu, ke kterému patří **konizace děložního čípku nebo cylindrická disekce** (Špaček, 2018, s. 422; Slezáková, 2017, s. 73).

1.2 Histopatologická klasifikace karcinomů děložního hrdla

1.2.1 Epiteální zhoubné nádory

Benigní epitelové nádory se vyskytují vzácně. Řadíme k nim dlaždicobuněčný papilom, fibroepiteliální a skvamózní polyp. U dětí se vyskytuje mülleriánský papilom. Většina epitelových nádorů děložního hrdla je tvořena maligními nádory, kterými jsou dlaždicobuněčný karcinom a adenokarcinom. (Čepický, 2018, s. 98)

První skupinou epiteálních zhoubných nádorů je spinocelulární karcinom, taktéž nazvaný karcinom dlaždicobuněčný. Tento nádor má původ v buňkách dlaždicobuněčného epitelu, jak už jeden z názvu napovídá. Typicky se vyskytuje na povrchu děložního hrdla a v současné době v České republice zastupuje více než 80 % nádorů hrdla děložního. Tento karcinom má jasně detekované přednádorové léze HG SIL, u kterých je detekována HR HPV infekce více než 99 % (Špaček, 2018, s. 452).

Existují i různé typy tohoto druhu nádoru. Prvním typem je rohovějící, který je z nich nejčastější. Dále je to nerohovějící typ, který se dělí na velkobuněčný a malobuněčný nerohovějící typ spinocelulárního karcinomu (Dubová, 2019, s. 335).

Druhá skupina epiteálních zhoubných nádorů jsou adenokarcinomy, jinak též nazýváme žlázo- nebo glandulární karcinomy. Tento typ nádoru má původ v buňkách žlázo-vého epitelu a nachází se hlouběji uvnitř endocervikálního kanálu. V České republice je v ženské populaci zastoupen okolo 15 % invazivních karcinomů. Prekancerózy tohoto typu nádoru se obtížně detekují a tvoří histopatologicky různorodou skupinu s různým zastoupením HR HPV. U 10-15 % adenokarcinomů také není možné prokázat HR HPV infekce (Špaček, 2018, s. 452, 453).

Do této skupiny zhoubných nádorů patří endocervikální typ, který je nejčastější. Velice agresivní je viloglandulární a serózní typ. Vyskytuje se také adenokarcinom clear cell nebo endometriodní adenokarcinom (Dubová, 2019, s. 336).

Existují maligní nádory, které se nezahrnují mezi dlaždicobuněčné karcinomy či adenokarcinomy. Jedná se o **adenoskvamózní karcinom**, který je nejčastější. Tvoří ho maligní složka se žlázovou nebo dlaždicobuněšnou diferenciací. Agresivní nádor se špatnou prognózou, který tvoří 1-2 % karcinomů děložního hrdla, se nazývá „**glassy cell**“, neboli karcinom z „matnicových buněk“. Karcinomy, které vznikají z rezervních buněk je **adenoidně cystický karcinom**, který má špatnou prognózu a histologicky připomíná nádor slinných žláz. Dále je to **adenoidně bazocelulární karcinom**, který má dobrou prognózu a vzácně metastazuje. Mezi **neuroendokrinní nádory** řadíme karcinoid, malobuněčný nebo velkobuněčný neuroendokrinní karcinom. Tyto typy se svým chováním odlišují od ostatních karcinomů děložního hrdla. Často metastazují lymfogenní nebo hematogenní cestou (Čepický, 2018, s. 99, Rob, 2019, s. 234).

1.2.2 Mezenchymové nádory

Benigní mezenchymové nádory se vyskytují vzácně. Jedná se o **leiomyom, rabdomyom, lipom a neurofibrom**. Maligní mezenchymové nádory se chovají poměrně agresivně a nemají moc příznivou prognózu. Vyskytují se velmi vzácně, a proto vyžadují histopatologickou expertízu a konzultaci s patologem specializující se na gynekologickou patologii (Čepický, 2018, s. 99; Špaček, 2018, s. 453-454).

Nejčastější maligní mezenchymový nádor je **leiomyosarkom**, který rychle metastazuje a prognóza není zcela příznivá. **Embryonální rhabdomyosarkom**, který se vyskytuje vzácně u dětí. Dalšími jsou **endometriální stromální sarkom, nediferencovaný sarkom**. Smíšené epitelové a mezenchymové nádory jsou **maligní smíšený mülleriánský nádor a adenosarkom**. Existují nádory lymfoidní a hematopoetické tkáně, které se vyskytují zcela výjimečně (Čepický, 2018, s. 99; Špaček, 2018, s. 453-454).

Maligní melanom se v lokalizaci děložního hrdla objevuje zcela zřídka. Častěji se nachází v proximální části pochvy. Základní chirurgickou metodou je radikální odstranění dělohy s poševní manžetou a pánevní lymfadenektomií (Špaček, 2018, s. 454).

1.3 Rizikové a protektivní faktory karcinomu děložního hrdla

„Rizikový faktor je činitel, jehož přítomnost zvyšuje nebezpečí vzniku nemoci.“ Protektivní faktor je faktor ochranný. Některé protilátky mají protektivní vliv před určitou infekcí“ (Vokurka, 2015, s. 315-336).

1.3.1 Rizikové faktory

Jasná příčina vzniku karcinomu není známá, ale máme povědomí o poměrně veliké skupině rizikových faktorů (Vorlíček, 2012, s. 30).

Jedním z hlavních a nejvýznamnějších rizikových faktorů je **perzistující HR HPV infekce** trvající déle než dva roky. Tato infekce je spojena s rizikem rozvoje všech karcinomů cervixu. Lidský papilomavirus se považuje za nejčastějšího původce sexuálně přenosných chorob. Napadá sliznici nebo epitel kůže anogenitální oblasti. Bylo popsáno okolo 130 genotypů viru HPV a z toho 30 těchto virů působí na dolní oblast genitálního traktu. U karcinomů hrdla se nejčastěji detekuje HPV 16 a 18. Tyto typy genotypů jsou dle WHO uznány jako lidské karcinogeny. Za bránu vstupu lidského papilomaviru jsou považována mikrotraumata kůže a sliznice způsobená během koitu, inokulace neboli proniknutí infekčního agens například z kontaminovaného prádla nebo prstů. Možný je i orální přenos HPV viru (Špaček, 2018, s. 219).

HPV infekce postihuje okolo 80 % žen s aktivním sexuálním životem, které mají více než jednoho partnera. Ve většině případů, díky působení přirozené imunity, jsou infekce HPV viru přechodné. K perzistující infekci dochází pouze u 5–10 % žen. Pro upřesnění určitého genotypu HPV infekce se využívá HPV test (Špaček, 2018, s. 454).

Jako dalším rizikovým faktorem je považována promiskuita, rizikové chování sexuálního partnera, přítomnost STD nemocí v anamnéze ženy, časné zahájení pohlavního styku před 17. rokem života, multipara neboli vícerodička nebo nízký sociální a ekonomický status. K rizikovým faktorům se řadí také kouření tabáku, imunosuprese, imonodeficienze, nedostatečná nutriční nebo hormonální antikoncepce (Marešová, 2018, s. 474; Slezáková, 2017, s. 75).

1.3.2 Protektivní faktory

V dnešní době je nejvýznamnějším protektivním faktorem aplikace **profylaktické vakcíny** před zahájení pohlavního života. Tato vakcína se v České republice aplikuje zdarma u dívek, které dosáhly věku 13 – 14 let. Lze ji také zařadit jako primární prevenci proti vzniku viru HPV. Za další faktor je považována **pravidelná účast v kvalitním screeningu**,

nekouřit, nebýt promiskuitní a dodržovat **pravidla bezpečného sexu**. Očkováním je možné eliminovat vznik HPV infekce. Používáním kondomu se snižuje riziko vzniku přenosu papilomaviru, ale neeliminuje se (Špaček, 2018, s. 455).

2 DIAGNOSTICKÉ, PREVENTIVNÍ A TERAPEUTICKÉ MOŽNOSTI U KARCINOMU DĚLOŽNÍHO HRDLA

Diagnostika se zabývá vyšetřováním pacienta pomocí různých metod, které slouží ke stanovení diagnózy (Vokurka, 2015, s. 73).

Prevence zahrnuje soubor opatření, které mají předcházet vzniku nežádoucích jevů, ke kterým můžeme zařadit různá nádorová onemocnění nebo infekční choroby, drogové závislosti, poruchy příjmu potravy a jiné (Hamplová, 2019, s. 520, 521).

Terapie neboli léčba se zaměřuje na příčinu nemoci, na zmírňování symptomů choroby, využívá léčbu pomocí chirurgického zákroku, pomocí ozáření nebo podáváním medikace (Vokurka, 2015, s. 376).

2.1 Diagnostické metody provádějící se u karcinomu děložního hrdla

Anamnéza neboli rozhovor s pacientkou je důležitou metodou k získání informací o celkovém zdravotním stavu ženy a navázání důvěry. V anamnéze zjišťujeme nynější onemocnění – co ženu přivádí k lékaři, výsledky předešlých vyšetření atd. Ptáme se na osobní anamnézu, do které jsou zahrnuty osobní údaje, informace o zdravotním stavu od narození po současnost (vrozené vady, přidružená onemocnění, dětské nemoci, dieta, alergie atd.). Dále zjišťujeme výskyt nemocí v rodině, sociální zázemí, rodinné poměry, zaměstnání a jeho dopad na psychickou a fyzickou stránku ženy. Důležitá je gynekologická anamnéza, ve které zjišťujeme menarche, poslední menses, hodnocení menstruačního cyklu, prodělané gynekologické zákroky a záněty, počet těhotenství, jejich průběh a ukončení, průběh šestinedělí, užívání hormonální léčby, sexuální život ženy atd. (Slezáková, 2017, s. 28).

Fyzikální vyšetření provádí gynekolog s případnou asistencí sestry. K fyzikálnímu vyšetření řadíme **aspekci** neboli pohled. Gynekolog sleduje stav břicha, pánve, vulvy, pubického ochlupení a prsů. **Perkuse**, poklepem zjišťuje ohraničení rezistence malé pánve. **Auskultací**, poslechem vyšetřuje peristaltiku střev. Gynekolog využívá metodu **palpace**, která se dělí na tři způsoby. **Per vaginam** je vyšetření v zrcadlech, při kterém zjišťuje přítomnost výtoků, stav sliznice pochvy a děložního čípku. **Bimanuální palpační vyšetření** následuje po vyšetření per vaginam. Gynekolog vyšetřuje jednou rukou přes břišní stěnu a druhou rukou zavedenou do pochvy vyšetřuje velikost dělohy a ovaria, či rezistenci. Třetí možností je doplňující **per rectum**. (Slezáková, 2017, s. 28-29)

Onkologická cytologie se používá pro diagnostiku cervikálních lézí. Tato metoda patří k základnímu screeningovému vyšetření a je součástí sekundární prevence. Cervikální stěr se provádí z exocervixu pomocí špachtlí. Pro odebrání vzorku buněk z endocervikálního kanálu se využívají kartáčky, na které se může zachytit až 80 % všech buněk při správné technice odběru. Pro cytologickou klasifikaci existují dva způsoby odebrání buněk (Špaček, 2018, s. 402).

První způsob odběru je realizován **konvenčním způsobem**. Odebrané buňky z povrchu děložního hrdla lékař přeneše nátěrem na podložní sklíčko a fixují se nejlépe 95% alkoholem. Podložní sklo se barví dle Papanicolaoua. Obsahuje hematoxylin na obarvení jádra a oranž G pro zbarvení cytoplazmy buňky (Rob, 2019, s. 230).

Druhou možnou metodou je tzv. **LBC (liquid based cytology)** neboli cytologie v tekutém médiu. Tímto způsobem lékař odebrané povrchové buňky vloží přímo do lahvičky s tekutinou obsahující fixační složku. Následně se v laboratoři odstředí buňky od krve a zá-
nětlivých markerů pomocí filtrů. Díky této tekutině jsou buňky chráněné i 6 týdnů. Výhodou této metody odběru je možnost dalšího vyšetření, například diagnostika HPV infekce (Ma-
rešová, 2018, s. 481; Ondruš, 2013 s. 24-25)

Systém Bethesda se využívá pro vyhodnocení výsledku cervikálního stěru, vytvořený roku 2001. Jeho základem je zhodnocení buněčných změn žlázo-
vého a dlaždicového epitelu. Buněčné změny dlaždicového epitelu se dělí na normální nález, neurčité epitelové změny vyžadující kontroly, neurčité epitelové atypie podezřelé na závažnější změny. Patří
sen také nízký a vysoký stupeň dlaždicové intraepitelové léze nebo karcinom. U buněčných
změn žlázo-
vého epitelu se hodnotí normální nález endocervikálních a endometriálních bu-
něk, neurčité epitelové atypie podezřelé z neoplazie nebo neurčité epitelové změny vyžadu-
jící kontrolu. Hodnotí se, zda se jedná o adenokarcinom endometriální, endocervikální
nebo adenokarcinom in situ. Tento systém hodnotí i kvalitu nátěru, hormonální stav ženy,
popis infekce a doporučení. Kvalita nátěru může být optimální, suboptimální nebo nehod-
notitelná. U popisu infekce se hodnotí identifikovatelné znaky infekce. Hormonální stav od-
povídá, popřípadě neodpovídá menstruačnímu cyklu a věku ženy. Systém Bethesda doporu-
čuje například přeléčení zánětu či další kolposkopickou kontrolu (Rob, 2019, s. 230).

Kolposkopie je binokulární optické vyšetření umožňující prohlížet změny na dělož-
ním hrdle pomocí kolposkopu, který umožňuje přímé prohlížení cervixu.

Některými kolposkopy můžeme v průběhu vyšetření provést dokumentaci pomocí zabudované kamery nebo fotoaparátu (Rob, 2019, s. 227).

Kolposkopie se rozděluje na typ základní a expertní. Základní typ kolposkopie je součástí preventivní gynekologické prohlídky a měl by ji ovládat každý gynekolog. Expertní kolposkopii provádí zkušený lékař (kolposkopista) s licencií udělenou Českou lékařskou komorou. Tento typ se indikuje pacientkám například se suspektní přítomností závažné skvamózní nebo žlázové léze. Kolposkopista dokáže odhadnout závažnost léze děložního hrdla (Špaček, 2018, s. 403, 404).

Jako první se provádí nativní kolposkopie, u které se vyšetřují základní změny na děložním hrdle nebo zdroj krvácení. Poté následuje rozšířená kolposkopie, při které se na děložní čípek aplikuje 3% roztok kyseliny octové. Tento roztok umožňuje rozpustit hlen a zobrazit patologické změny epitelu cervixu. Na závěr kolposkopického vyšetření se provádí Schillerův test, který umožňuje přesné vymezení plochy léze. U této metody se na děložní hrdlo aplikuje Lugolův roztok, pomocí něho lze identifikovat jód-pozitivní oblast epitelu, který obsahuje glykogen od jód-negativního epitelu bez glykogenu (Rob, 2019, s. 227; Špaček, 2018, s. 403, 404).

Výsledky kolposkopického vyšetření se klasifikují dle **mezinárodní kolposkopické terminologie nálezů** vytvořená v Riu de Janeiru roku 2011. Tato klasifikace obsahuje obecné zhodnocení, normální a abnormální kolposkopické nálezy, suspekce na invazivní karcinom nebo různé nálezy (Špaček, 2018, s. 405-406).

Obecné zhodnocení zahrnuje adekvátnost nebo neadekvátnost kolposkopie. Krvácení nebo zánět může být příčinnou neadekvátnosti. Dále obsahuje přehlednost skvamokolumnární junkce, zda je nepřehledná či plně přehledná. Také můžeme hodnotit typ transformační zóny, která může být plně viditelná, částečně viditelná či neviditelná (Špaček, 2018, s. 405-406; Čepický 2021, s. 114)

Normální kolposkopické nálezy zahrnují hodnocení dlaždicového epitelu, který může být buď originální – zralý a atrofický, cylindrický – ektopie a ektopium nebo metaplastický – ovula Naboti, otevřená ústí žlázových krypt. Zahrnuje i decíduózu v těhotenství (Špaček, 2018, s. 405-406; Čepický 2021, s. 114).

Abnormální kolposkopické nálezy zahrnují jejich obecné zhodnocení, do kterého patří lokalizace – uvnitř nebo vně transformační zóny, rozsah léze dle ciferníku a velikost

léze. U méně významných lézí se hodnotí epitelové znaky, které jsou jemně sytě bílé po kyselině octové, nepravidelné a mají geografický okraj. Cévní znaky méně významných lézí mají jemnou mozaiku a jemné puntíčkování. Epitelové znaky u významných lézí mají například sytý bílý epitel po kyselině octové, rychlý nástup zbledení a ostrý okraj. Cévní znaky mají hrubou mozaiku a hrubé puntíčkování (Špaček, 2018, s. 405-406; Čepický 2021, s. 114).

K nespecifickým změnám řadíme leukoplakie, eroze, jód-negativní výsledek Schillerova testu po aplikaci Lugolova roztoku (Čepický 2021, s. 114).

Kolposkopická klasifikace zahrnuje i podezření na invazivní karcinom. Tato kategorie hodnotí atypické cévy, vřed, výrůstek a jiné (Čepický 2021, s. 114).

Různé nálezy zahrnují zúžení hrdla, zánět, pooperační změny, polyp nebo kondylomata (Špaček, 2018, s. 405-406).

Biopsie patří ke stěžejní metodě definitivního určení závažnosti prekancerózy nebo invazivního karcinomu. Toto vyšetření spočívá v odběru tkáně děložního hrdla pomocí několika technik. Jedna z technik odběru tkáně se nazývá minibiopsie. Vzorek tkáně z exocervixu se odebere pomocí speciálních bioptických kleští pod kolposkopickou kontrolou. Dalšími technikami jsou cílená excize pod kolposkopickou kontrolou nebo kyretáž z endocervikálního kanálu. Je možné také provádět tzv. LEEP techniku, při níž se provádí konizace radiofrekvenční kličkou. Tato metoda se provádí například u cytologického nálezu dysplázie vyššího stupně nebo malignity (Rob, 2019, s. 230).

HPV test umožňuje určit typ rizikových skupin virů. Testování se uplatňuje ve screeningovém vyšetření, které je součástí sekundární prevence. Provádí se u žen po 30. roce života, kdy narůstá prevalence perzistentních infekcí. U imunokomprimovaných osob, lidí po transplantacích a HIV pozitivních jedinců, se tento test může provádět i v nižším věku. Také se využívá u žen s abnormálními cytologickými nálezy k přesnější detekci viru. Lépe upřesní vážnější stupeň léze než cytologie (Rob, 2019, s. 230-231; Špaček, 2018, s. 220-221).

Molekulárně biologické metody testů prokazují HPV-DNA, které dokládají jakoukoli HPV infekci. Biologicky aktivní transformující infekci dokládá metoda HPV-mRNA. Tento typ má význam pouze v třídění abnormálních cytologických nálezů, zatímco HPV-DNA se může uplatnit ve všech klinických situacích. Nejagresivnějšími typy HPV infekce

jsou HPV 16, 18 a 45. Odběr buněk se provádí kartáčkem pomocí metody LBC. V případě pozitivního nálezu je možná přítomnost nerozpoznatelná léze či rychlý vznik a progresse prekancerózy. Pokud v testu vyjde negativní výsledek, neměli bychom přehlížet možnost vzniku onemocnění a rizika s tím spojená (Rob, 2019, s. 230-231; Špaček, 2018, s. 220-221).

Pro detekci onemocnění se využívají i různé druhy zobrazovacích metod. Těmi jsou například CT břicha a malé pánve k vyloučení vzdálených ložisek v dutině břišní. Dále se využívá MR malé pánve k zhodnocení infiltrace parametrií. Vaginální UZ vyšetření nám posuzuje velikost, rozsah infiltrace a objem nádoru. U pokročilejších tumorů se doplňuje kombinace vyšetření PET/CT k upřesnění rozsahu nádoru. Při podezření na invazi nádoru do okolních orgánů dle výsledků z CT či MR vyšetření se používá rentgenové vyšetření hrudníku, cystoskopie či rektoskopie (Büchler, 2020, s. 91, 92; Novotný, 2016, s. 382).

2.1.1 Úloha sestry při provádění HPV testu a ultrasonografickém vyšetření ženy

Před provedením **HPV testu** není zapotřebí speciální příprava. Sestra edukuje ženu o několika pokynech, které by měla dodržet, aby byl odebraný vzorek co nejkvalitnější. Je dobré dva dny před testem dodržet sexuální abstinenci a nepoužívat vaginální léky či krémy. Je lepší provést stěr mimo období menses, vzorek bude mnohem kvalitnější než vzorek odebraný během období menstruace. Po provedení testu není potřeba dodržovat určitá opatření, žena se může věnovat svým každodenním činnostem (Novotný, 2016, s. 382).

Při **ultrasonografickém vyšetření** sestra pacientce vysvětlí účel výkonu. Při vyšetření vaginální sondou edukuje sestra pacientku o nutnosti vymočení před začátkem vyšetření. Při vyšetření pomůže ženě zaujmout vhodnou polohu. Po vyšetření sestra očistí břicho ženy od ultrasonografického gelu. (Slezáková, 2017, s. 30)

2.2 Preventivní opatření využívající se u karcinomu děložního hrdla

2.2.1 Primární prevence

Podstatou primární prevence je zabránit vzniku onemocnění, eliminací rizikových faktorů. K této prevenci řadíme očkování proti HPV viru, programy o správném sexuálním chování, ke kterému radíme mít jednoho sexuálního partnera, používat kondom, nebo nebyť promiskuitní. Dále do primární prevence zahrnujeme odvykací programy nebo prevenci obezity a kouření (Dubová, 2019, s. 480).

Očkování je účinnou metodou zabránění vzniku HPV infekcí a patří mezi nejvýznamnější kroky primární prevence. První vakcína byla představena v roce 2006 a bylo

aplikováno 205 miliónů dávek po celém světě. Očkování proti HPV viru doporučují praktičtí lékaři, pediatři, gynekologové. K očkování se přiklání také Světová zdravotnická organizace a Evropská lékařská agentura, která má kontrolu nad bezpečností vakcín (HPV College, © 2010-2022).

Mechanismem účinku vakcíny proti viru HPV je vznik paměti imunity na infekci a následným rozvojem rakoviny. Vakcínu vynalezl německý virolog profesor Harald zur Hausen, který za objev získal Nobelovu cenu. Profesor Hausen dokázal, že HPV virus rozvíjí karcinom děložního čípku. Po zavedení očkování se výrazně snížil výskyt HPV infekce a následný rozvoj nemoci (HPV College, © 2010-2022).

Očkování proti lidskému papilomaviru je od začátku ledna 2022 plně hrazeno zdravotní pojišťovnou pro dívky i chlapce ve věku 13-14 let. Očkování je nejúčinnější před zahájením sexuálního života, a proto se nejčastěji stává součástí preventivní prohlídky. Třináctileté děti očkuje jejich dětský praktický lékař, ženám může vakcínu poskytnout jejich gynekolog. Existuje také možnost nechat se naočkovat v očkovacím centru. Vakcína se nejčastěji aplikuje do deltového svalu. V době očkování by pacient neměl trpět akutním onemocněním. Po podání očkovací látky je dobré vynechat fyzickou zátěž a počkat 15 minut pod dohledem zdravotnického personálu z důvodu mdloby či anafylaktické reakce na látku. Mohou se objevit nežádoucí účinky jako zarudnutí v místě vpichu, otok, bolestivost paže nebo bolest hlavy (Merck Sharp & Dohme, © 2022; Mediclinic, © 2022).

V současné době existují tři typy vakcín proti viru HPV. Všechny vakcíny hradí zdravotní pojišťovna dívkám i chlapcům věku 13-14 let. Vakcína Gardasil 9, která je na trhu od roku 2016, chrání proti viru HPV typu 16, 18, 31, 33, 45, 52, 28, 6 a 11. Zabraňuje vzniku prekanceróz, abnormálních stavů děložního hrdla, chrání proti rakovině pochvy, řitního otvoru a zevních rodidel. Ve věku 9 až 14 let se podávají dvě dávky očkovací látky. Dívkám a chlapcům starších 14 let se podávají tři dávky. Druhá dávka se aplikuje jedem měsíc po první a třetí dávka se aplikuje 3 měsíce po druhé dávce. Všechny vakcíny se aplikují v průběhu jednoho roku. Vakcína Gardasil chrání proti čtyřem typům viru HPV (16, 18, 6, 11). HPV typy 16 a 18 způsobují 70 % případů rakoviny cervixu a prekanceróz zevních pohlavních orgánů. Typy 6 a 11 způsobují vznik genitálních bradavic. Vakcína je nejúčinnější před kontaktem s HPV virem typu 16, 18, 6 a 11. Je určena pro ženy a dívky od 9 do 45 let. Třetím typem je vakcína **Cervarix**, která chrání proti viru HPV 16 a 18 (Gynclin, © 2022; Merck Sharp & Dohme, © 2022).

2.2.2 Sekundární prevence

Sekundární prevence je včasné zachycení prvotních příznaků nemocí a zároveň navrhnout léčebné postupy k zabránění komplikacím a zhoršením stávajících projevů. Zahrnujeme sem screeningové programy a preventivní prohlídky (Hamplová, 2019, s. 520-521).

Screening karcinomu děložního hrdla je součástí sekundární prevence. V České republice je zahájen od roku 2008. Ke screeningu zahrnujeme cytologické vyšetření, u kterého gynekolog odebere vzorek buněk na podložní sklíčko. Screening mohou podstoupit všechny ženy, které chodí na pravidelné preventivní prohlídky ke gynekologovi. Tento program je ženám od 25 let hrazen zdravotní pojišťovnou. Problémem cervikálního vyšetření je vysoké procento falešně negativních výsledků, které se pohybuje okolo 20 %. V dnešní době existuje přímé vyšetření HR-HPV, které je pravděpodobně průkaznější. Od roku 2021 je součástí screeningu HPV test, který je hrazený zdravotní pojišťovnou ženám ve věku 35 a 45 let. Dle WHO může tento krok zajistit eliminaci vážných následků a eradikaci onemocnění v budoucnu. V roce 2021 byla ukončena studie LIBUŠE, které se zúčastnilo přes 2000 žen z České republiky. Dle slov prof. MUDr. Jiřího Slámy se výrazně snížil výskyt závažných prekanceróz a snížila se potřeba odeslat pacientky na kolposkopické vyšetření. Data potvrdila, že kombinace HPV testu a cervikálního vyšetření zvýšila bezpečnost preventivních prohlídek. HPV testu se mohou zúčastnit i ženy mimo kategorii 35 a 45 let, avšak si ho musejí uhradit samy (Hamplová, 2019, s. 543; Čepický, 2021, s. 114; Komerční sdělení, 2022; Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra ČR, © 2020).

2.2.3 Terciární prevence

Do terciární prevence zahrnujeme sledování ženy s vyléčeným karcinomem děložního hrdla. Jejím cílem je včas odhalit recidivu (návrat) onemocnění, relaps příznaků nemoci, která byla v remisi, v tzv. klidovém stádiu (Slezáková, 2017, s. 68).

2.2.4 Kvartérní prevence

Tento druh prevence předchází důsledkům progredujícího nevléčitelného onemocnění v psychické, sociální a somatické rovině. K této kategorii můžeme zahrnout například léčbu bolesti u tumoru děložního hrdla (Hamplová, 2019, s. 520-521).

2.3 Terapeutické metody provádějí se u karcinomu děložního hrdla

Stádia nádoru se rozdělují dle FIGO klasifikace, která uvádí čtyři kategorie. FIGO IA-IIA2 se využívá pro časná stádia rakoviny. Pokročilá stádia rakoviny řadíme k FIGO IIB-IVB. Můžeme použít i TMN klasifikaci (Chovanec, Náležinská, 2014).

Konizace je diagnostický a zároveň terapeutický výkon, při kterém se operativně odstraní léze nádoru a minimálně 5 mm zdravé tkáně. Zákrok se provádí formou LEEP, při které se používá elektrický proud procházející tenkým háčkem. Konizace se provádí u přetrvávající a symptomatické LSIL léze a u žen plánující těhotenství s karcinomem děložního čípku stádia T1A1 (American Society of Clinical Oncology, © 2005-2022; Chovanec, Náležinská, 2014; Dubová, 2019, s. 207).

Trachelektomie je chirurgický výkon využívající u žen, které si přejí zachovat fertilitu. Provádí se trachelektomie prostá a radikální. U prosté trachelektomie se odstraňuje větší část cervixu. Dle klasifikace FIGO se tento zákrok indikuje u karcinomu ve stádiu IA2. Radikální trachelektomie se využívá u karcinomu stádia IB1 do 2 cm velikosti tumoru a provádí se abdominální nebo vaginální cestou. Při radikální trachelektomii se odstraňuje koncová část vaginy a parametrií. Zákrok je doplněn o odstranění lymfatických uzlin pánve. Při tomto výkonu se odstraňuje celý nádor a bezpečná část zdravé tkáně (American Society of Clinical Oncology, © 2005-2022; Dubová, 2019, s. 208).

Hysterektomie je chirurgická léčba tumorů děložního hrdla. Prostá hysterektomie zahrnuje odstranění celé dělohy. Operativní zákrok je možné provést vaginální nebo abdominální cestou. Možný je také laparoskopický přístup (Chovanec, Náležinská, 2014).

Radikální hysterektomie zahrnuje odstranění dělohy, cervixu a tkáň kolem něho. Také se odstraňuje horní část pochvy a lymfatické uzliny. Provádí se pomocí laparoskopie nebo laparotomie. Existují čtyři typy radikální hysterektomie. Typ A zahrnuje odstranění dělohy, pericervikální tkáně po úpon klenby pochvy. Odstranění přibližně 2 cm postranních a zadních závěsných aparátů dělohy je Radikální hysterektomie typu B. U typu C se odstraňují zadní a postranní parametrie na hranici stěny pánve a přední parametrie u stěny vesica urinaria. U místních pokročilých tumorů a recidiv karcinomů cervixu v pánvi se indikuje radikální hysterektomie typu D. U tohoto typu se odstraňují i všechny větve kyčelní tepny (Chovanec, Náležinská, 2014).

Léčba chemoterapií spočívá v podání cytostatických látek, které se uplatňují v dělení metabolicky aktivních látek. Nejčastější cytostatickou látkou používající pro léčbu karcinomu děložního hrdla je cisplatina. Tato látka patří mezi platinové deriváty, které působí přímo na strukturu DNA. Cytostatika se nejčastěji podávají intravenózní cestou. Cisplatina se využívá k monoterapii i v kombinované terapii. U tohoto typu cytostatik je nežádoucím účinkem nefrotoxicita, nauzea a zvracení (Zikán, 2019, s. 157).

Uplatňují se tři typy chemoterapie k léčbě nádorů cervixu. Prvním typem je konkomitantní podání cytostatik společně s radioterapií, která se indikuje u žen od stádia T1b2 a výš. Obvykle se chemoterapie aplikuje jednou za týden po celou dobu radioterapie. Nežádoucími účinky jsou toxicita krevního řečiště a trávicího ústrojí. Neadjuvantní chemoterapie se využívá ke zmenšení nádoru pro zlepšení výsledku následného chirurgického výkonu a aplikuje se ve třech cyklech v desetidenních intervalech. Výhodou této chemoterapie je snížený výskyt metastáz lymfatických uzlin. Paliativní typ chemoterapie se využívá u metastáz a recidiv karcinomů děložního hrdla. Používá se monoterapie nebo v kombinace více cytostatických látek. Při výběru záleží na celkovém zdravotním stavu ženy, předchozí použité léčbě a umístění recidivy (Chovanec, Náležinská, 2014).

Při radiační terapii se používá pro zničení rakovinových buněk vysokoenergetické rentgenové paprsky. Radioterapie se podává buď před operací, nebo místo operace pro zmenšení nádoru. Zevní radioterapie je léčba pomocí externího paprsku ze zařízení mimo tělo. Brachyterapie je léčba pomocí implantátů. Je možné kombinovat externí a interní radiační ošetření. Tento postup je účinnější pro snížení pravděpodobnosti recidivy (American Society of Clinical Oncology, © 2005-2022).

Nežádoucí účinky radiační terapie jsou únava, mírné kožní reakce, žaludeční nevolnost. Většina nežádoucích účinků odezní po jejím ukončení. Po podstoupení radiační terapie ženy ztrácí schopnost otěhotnění, a pokud nebyly vaječníky chirurgicky přesunuty z pánve ženy, mají předčasně menopauzu. Někdy je doporučeno během radioterapie vyloučit pohlavní styk, běžná sexuální aktivita se může obnovit po několika týdnech po léčbě (American Society of Clinical Oncology, © 2005-2022).

2.3.1 Úloha sestry při chemoterapeutické a radioterapeutické léčbě

Při **chemoterapeutické léčbě** sestra provádí ošetrovatelskou péči o pacientku. Všeobecná sestra aplikuje cytostatickou látku dle ordinace lékaře. Při přípravě a aplikaci používá osobní ochranné pomůcky a provádí odběr krve pro laboratorní vyšetření dle ordinace lékaře. Během aplikace chemoterapeutické léčby sleduje a zaznamenává intravenózní podávání cytostatik. Sleduje a zaznamenává nežádoucí účinky chemoterapie, ke kterým patří nechutenství, anemie, alopecie, zvracení nebo změna hmotnosti. Dle ordinace lékaře včas aplikuje antiemetika při zvracení. Edukuje pacientku o dietním opatření, ke kterému řadíme studené jídlo a tekutiny, jíst pomalu a v malých dávkách. Dále podporuje psychickou stránku pacientky a motivuje ji k pokračování léčby (Libová, 2022, s. 96).

Ošetrovatelská péče u **radioterapeutické léčby** zahrnuje edukaci o nežádoucích účincích léčby, kterými jsou zarudnutí či mokvání. Sestra edukuje o lokálních reakcích, ke kterým zahrnujeme teplo, sluneční záření a těsný oděv. Během radioterapie sestra udržuje ozařovanou oblast čistou a suchou. Pozoruje a zaznamenává postradiační reakce a příznaky postradiačního syndromu. Při projevu realizuje opatření ordinované lékařem (Libová, 2022, s. 96).

Biologická léčba se zaměřuje na specifické rakovinové geny, proteiny nebo tkáň přispívající k růstu a šíření rakoviny. Tato léčba omezuje růst a šíření rakovinných buněk a omezuje poškození buněk zdravých. Prostředky cílení terapie se zaměřují na signály zajišťující růst a dělení rakovinných buněk nebo omezují životnost rakovinných buněk nebo rakovinné buňky ničí. Nejvhodnější cílená léčba konkrétního nádoru vyžaduje, nebo může vyžadovat genové a proteinové testy. Nejběžnější typ cílení terapie je podání monoklonálních protilátek a látek s malou molekulou. Vedlejšími účinky cílené léčby mohou být problémy s kůží, vlasy nebo očima (American Society of Clinical Oncology, © 2005-2022).

3 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTKU S KARCINOMEM DĚLOŽNÍHO

„Ošetrovatelská péče je komplexní odborná zdravotní péče, systém typicky ošetrovatelských činností týkajících se jednotlivce, rodiny a společenství, v němž žijí, který jim pomáhá, aby byli schopni pečovat o své zdraví a pohodu. Zaměřena na udržení a podporu zdraví, navrácení zdraví, rozvoj soběstačnosti, zmírnění utrpení nevyлéčitelně nemocného člověka a zajištění klidného umírání a smrti“ (Wagnerka, © 2022).

Sestra v ošetrovatelské péči o ženu s karcinodem děložního hrdla zastává několik důležitých rolí. **Sestra-pečovatelka** poskytuje základní ošetrovatelskou péči a samostatně pečuje o pacientky, identifikuje jejich ošetrovatelské problémy a realizuje plán jejich řešení. **Sestra-edukátorka** upevňuje zdraví ženy a předchází jeho poruchám, rozvíjí soběstačnost, sebeobslužné činnosti, edukuje ženu i její rodinu. **Sestra-obhájkyně** v případě omezené schopnosti projevu je její mluvčí a plní její přání a potřeby. **Sestra-koordinátorka** společně s ostatními členy zdravotnického týmu plánuje a realizuje ošetrovatelskou péči. **Sestra-asistentka** připravuje ženu a pomůcky na vyšetření a asistuje při něm lékaři, zajišťuje terapeutické činnosti dle ordinace lékaře. **Sestra-výzkumnice** se podílí na využití nových poznatků v ošetrování ženy v gynekologii, získává nové informace z odborných tiskopisů, spolupracuje a podílí se na tvorbě nových standardů v péči o pacientku (Plevová, 2018, s. 85).

3.1 Perioperační péče

„Perioperační péče je péče o pacienta před, v průběhu a bezprostředně po operačním výkonu. Je rozdělena na péči předoperační, intraoperační a pooperační“ (Wichsová, 2013, s. 133).

3.1.1 Předoperační péče

Předoperační péče zahrnuje ošetrovatelskou péči od doby rozhodnutí se k operaci a končí předáním pacientky na operační sál. Cílem této péče je vytvořit pro pacientku co nejlepší podmínky pro zvládnutí operační zátěže a předejít komplikovaným pooperačním stavům (Janíková, 2013, s. 26).

Dlouhodobá předoperační příprava se provádí zhruba čtrnáct dnů před plánovaným operačním výkonem. U gynekologických výkonů je vhodná doba zákroku po menstruaci. Před menstruací bývá větší ztráta krve z důvodu překrvení orgánů. Sestra pacientce zajistí interní vyšetření, ke kterému radíme anamnézu a fyzikální vyšetření. Při interním

vyšetření sestra změří a zhodnotí vitální funkce, kterými jsou krevní tlak, tělesná teplota, saturace, tepová a dechová frekvence. Dle ordinace lékaře sestra odebere krev a moč na laboratorní vyšetření. Při odběru sestra pacientku edukuje o důvodu a způsobu odběru krve a moči. Sestra odebere biologický materiál dle zásad správného odběru a BOZP. Poté zajistí odeslání materiálu do laboratoře a informuje lékaře o výsledcích vyšetření. Dále pacientce zajistí echokardiografické a rentgenové vyšetření srdce a plic. Sestra zajistí ženě gynekologické vyšetření podle ordinace lékaře a na vyšetření ženu řádně připraví (Janíková, 2013, s. 27; Slezáková, 2017, s. 30,34).

Sestra poučí pacientku a dohlédne na řádné vymočení a hygienu genitálu před samotným vyšetřením, vyzve ji k odložení kalhot a spodního prádla dolní poloviny těla a zajistí ženě soukromí. Poté sestra pacientku poučí a pomůže jí zaujmout vhodnou polohu na gynekologickém křesle. Edukuje ženu o hlubokém dýchání a uvolnění břišních svalů při vyšetření. U dívek v nízkém a mladistvém věku je důležitý ohleduplný přístup, který zahrnuje psychickou přípravu na vyšetření, motivaci dívky ke spolupráci, možnost přítomnosti matky či zákonného zástupce. Dále sestra připraví lékaři všechny potřebné pomůcky k samotnému vyšetření. Používají se sterilní vaginální zrcadla, stetoskop, buničitá vata, sterilní lubrikační gel a sterilní rukavice. Rovněž sestra připraví pomůcky k odběru biologického materiálu, například zkumavku či podložní sklíčko. Posledním a důležitým úkolem sestry je asistence lékaři při jednotlivých úkonech během vyšetření nebo asistence při odběru vzorku biologického materiálu (Slezáková, 2017, s. 29).

V rámci dlouhodobé předoperační přípravy je dobré se u ženy s karcinomem děložního hrdla zaměřit na výživu a zvládnutí bolesti. „*Studie dokazují, že aplikace enterální či parenterální výživy u podvyživených pacientů v období operace snižuje výskyt pooperačních komplikací, apod. Bolest je pak příznak, který si vyžaduje zvláštní pozornost a případnou spolupráci s dalšími odborníky v týmu (ambulance bolesti)*“ (Janíková, 2013, s. 32).

Krátkodobá předoperační příprava se provádí dvacet čtyři hodin před plánovanou gynekologickou operací. Pacientka je přijata na gynekologické lůžkové oddělení. Sestra provede pacientku po oddělení a seznámí ji s organizačním řádem oddělení, který zahrnuje např. dobu vizity, dobu návštěv nebo dobu roznášení jídla. Sestra vyzve pacientku k převléknutí z civilního oblečení a zajistí uložení věcí do šatny se šatním lístkem. Poté s pacientkou sepíše ošetřovatelskou anamnézu, kterou vloží do ošetřovatelské dokumentace. Ošetřovatelská dokumentace zahrnuje například ošetřovatelskou anamnézu, ošetřovatelský plán,

překladovou a propouštěcí zprávu, záznam o bolesti, osobní údaje pacientky a edukační kartu. Sestra provede zápis co nejdříve poté, co provedla ošetrovatelský výkon u pacientky. Zaznamená datum, čas výkonu a podepíše se. Sestra zajistí konzultaci s anesteziologem, který navrhne druh anestezie, popřípadě doplní medikaci s ohledem na plánovanou anestezii. V průběhu anesteziologického vyšetření sestra asistuje lékaři. Pacientka podepíše informovaný souhlas s anestézií, který sestra vloží do dokumentace spolu s naordinovanou premedikací. Sestra edukuje pacientku o nutnosti důkladné celkové očisty těla (včetně vyčištění pupku a genitálu). Podle soběstačnosti pomůže ženě s hygienou. Dále poučí ženu o lačnění minimálně šest hodin před operací. Večer před operací podá hypnotika dle ordinace lékaře a kontroluje, zda pacientka spí. Dle potřeby doprovodí pacientku na toaletu z důvodu zvýšeného rizika pádu. Sestra zkontroluje, zda dokumentace obsahuje potřebné podepsané souhlasy (Schneiderová, 2014, s. 24-25; Burda, 2016, s. 147; Česká asociace sester, © 2017).

Bezprostřední předoperační příprava se provádí v den operace přibližně dvě hodiny před výkonem. V rámci bezprostřední předoperační přípravy sestra zajistí oholení pubického ochlupení a zkontroluje provedení celkové očisty těla včetně genitálií, pupku a kožních záhybů. Zkontroluje i čistotu, délku nehtů a odlíčení obličeje. Dále zajistí intravenózní přístup zavedením intravenózní kanyly, zavede permanentní močový katétr a zkontroluje hodnoty vitálních funkcí, které zapíše do dokumentace. Dle ordinace lékaře aplikuje léky a zajistí infuzní terapii. Vyzve pacientku k odložení šperků, nočního úboru a popřípadě vynutí zubní protézy. Zajistí přiložení bandáží či elastických punčoch v rámci prevence tromboembolické nemoci. Před aplikací premedikace edukuje ženu o vymočení a poté na vyzvání lékaře aplikuje premedikaci naordinovanou anesteziologem. Cílem premedikace je zmírnění úzkosti a snížení sekrece slin. Před odjezdem na operační sál zkontroluje splněné úkony ordinované lékařem. Řádně připravená pacientka je vleže odvezena na operační sál a předána odpovídající sálové sestře s celou dokumentací. Po přijetí na sál sálová sestra zkontroluje identifikační náramek pacientky, zda je pacientka vymočená, bez šperků, zda je vyjmuta zubní protéza. Dále zkontroluje oholení pubického ochlupení, vyčištění pupku a aplikaci premedikace před výkonem. Společně se sanitářem pomůže ženě zaujmout vhodnou polohu a vypořádá predilekční místa jako prevence vzniku dekubitů. Sestra zkontroluje zavedení a funkčnost permanentního močového katétru (Schneiderová, 2014, s. 26; Janíková, 2013, s. 36-37; Wichsová, 2013, s. 134-135).

Psychická příprava je důležitou složkou předoperační péče. Žena, která je přijata pro plánovaný gynekologický zákrok, může mít jisté problémy související se sebepojetím,

přijmutím svého fyzického vzhledu, osobní identity a plnění rolí. Prožívá nervozitu, strach i úzkost. Nezáleží přitom na velikosti, náročnosti nebo typu anestezie. Strach je chápán jako nelibá emoce projevující se zrychleným dýcháním, bušením srdce, zvýšením krevního tlaku a pohotovosti k obraně. Oproti úzkosti se jedná o normální reakci na skutečné nebezpečí. Úzkost je nepříjemný citový stav, ve kterém pacientka prožívá strach a obavy bez neurčitého obsahu. Má pocit, že by měla něco udělat, ale neví přesně co. Vlivem úzkosti má žena silnější bolesti a může ovlivnit průběh terapie i délku hospitalizace. Pacientka má strach z neznáma, ztráty důstojnosti, ztráty kontroly nad událostmi, nedostatku soukromí, strach z předčasné menopauzy, konce sexuální aktivity, změna vnímání vlastní sexuální role a ztráty „ženskosti“ (Slezáková, 2017, s. 34-35; Janíková, 2013, s. 84-93).

Sestra může tyto pocity zmírnit různými metodami. **Poskytování informací** snižuje předoperační úzkost. Ke každé ženě musí přistupovat individuálně a poskytovat informace dle jejích kompetencí a zdravotního stavu ženy. Informace poskytuje i rodině, která prožívá úzkost s nemocnou ženou a má o edukaci zájem. Zapojení rodiny sníží jejich obavy a jsou pro ni velkou oporou. Nejvhodnější je přímý kontakt pacientky se sestrou, který umožňuje navázat vztah a vytvořit vzájemnou důvěru. Při komunikaci sestra působí příjemně a klidným dojmem. Je trpělivá, přívětivá, jedná laskavě a dle potřeby několikrát opakuje potřebné informace. Jsou vhodné otevřené otázky a empatický přístup k ženě. Poskytuje informace od přijetí po propuštění z hospitalizace, o režimu na oddělení, seznámí pacientku s prostředím a dalšími pacientkami na pokoji. Poskytne pacientce všechny potřebné informace o analgezi, hygienické péči o genitál, péči o operační ránu nebo rehabilitaci. Dále ji edukuje o možných vedlejších účincích anestezie a rekonvalescenci po ukončení hospitalizace. Před přijetím do nemocnice nabídne ženě edukační materiály, které si může přečíst a připravit si doplňující otázky. Další metou na zmírnění strachu a úzkosti před operací je **periooperační rozhovor**, který zajišťuje sestra pracující na operačním sále před, v průběhu a po operačním výkonu. V předoperačním období se sestra setká s pacientkou den před operací. Poskytne ženě informace o organizaci operačního dne a výkonu dle svých kompetencí, popíše převoz na operační sál, přesun na operační stůl, seznámí ji s bezpečnostním provozem na sále, složením operačního týmu a jejich činnostmi, popíše pooperační průběh a péči. Pro zklidnění pacientky a snížení strachu před operací se podává premedikace dle ordinace lékaře. **Premedikace** usnadní úvod do anestezie, sníží úroveň metabolismu, výskyt pooperační nauzey a zvracení, sekreci dýchacích cest. Po podání sestra sleduje její účinek a stav pacientky. Pro snížení úzkosti se využívá i muzikoterapie, nejčastěji poslech anxiolytické

hudby. Ta pomáhá snižovat vnímání bolesti a zvýšit její práh. Terapie poskytovaná zdravotnickým personálem spočívá v pasivním poslouchání nahrané hudby. Muzikoterapie poskytovaná školenými terapeuty zahrnuje poslech živé hudby a hraní na hudební nástroj nebo kombinace hudby a pohybu. Také využití humoru, aromaterapie nebo relaxace může pomoci ke snížení strachu a úzkosti (Slezáková, 2017, s. 34-35; Janíková, 2013, s. 84-93; Plevová, 2019, s. 59-60; Dostálová, 2016 s. 60).

Operace spojená s léčbou karcinomu děložního hrdla může mít vliv na **vnímání obrazu těla**. Pro každou ženu je těžké se vyrovnat se změnami svého těla. Změna tělesného obrazu má vliv na emoční stránku zdraví. Ovlivní její chování, sebepojetí, sebedůvěru, vnímání vlastní hodnoty, sexualitu a míru sebeúcty. Žena se snaží tuto situaci zvládnout, například použitím vhodného oblečení na zakrytí těla, změnou postoje či popíráním malignity. V této chvíli může být sestra velice nápomocná. Ženu podporuje, poskytuje jí zpětnou vazbu uznáním a oceněním, doporučí a zajistí odbornou konzultaci s psychologem, doporučí navštívit svépomocnou skupinu, sleduje její chování a spánek. Zajistí sociální podporu zapojením rodiny a přátel, kteří poskytnou útěchu, úctu, pochválí ji a vyjádří zájem o ženu. Dosáhnutí uspokojivého vnímání svého těla má pozitivní dopad na sebepojetí a vnímání vlastní hodnoty. Důležité je, aby měla žena hluboký zájem, pro který jí stojí s rakovinou bojovat. Ten může zajistit láskyplný vztah s rodinou. Je to dobré, pokud má pacientka někoho, komu může dát svou lásku a city jsou jí opětovány. Také důvěra a naděje může pozitivně ovlivnit průběh onemocnění. „Naděje je očekávání pozitivní budoucnosti, a to bez ohledu na aktuální situaci (Ptáček, 2020, s. 72).“ Pokud je má, prožívá své onemocnění daleko lépe (Slezáková, 2017, s. 34-35; Janíková, 2013, s. 84-93; Dostálová, 2016 s. 61-66).

3.1.2 Intraoperační péče

Intraoperační péče začíná po zarouškování pacientky, kdy jsou všichni členové operačního týmu přítomni. **Perioperační sestra** má v této části péče důležitou roli. Před operací připravuje sterilní a nesterilní zdravotnické prostředky, dodržuje zásady chirurgické desinfekce rukou, připravuje instrumentační stolek pro gynekologickou operaci. Sestra před začátkem, v průběhu a na konci operačního výkonu počítá všechny nástroje a použité roušky. Dále obléká operujícího gynekologa do sterilního pláště a rukavic. Během operace podává perioperační sestra na vyzvání nástroje, respektuje pokyny operujícího lékaře, uchovává nástroje čisté, suché a funkční. Udržuje pořádek na instrumentačním stole a podává nástroje ve správném postavení, aby je operatér nemusel upravovat. Tampony a sušení nikdy nenechává volně na stolku, ale vždy v misce nebo sáčku. Roztoky používá ve fyziologické teplotě

a ostré předměty (jehly, čepelky) dává do speciálních magnetických pouzder. Po skončení operace sestra provede závěrečné ošetření operační rány, odesinfikuje ji a sterilně kryje. Všechny použité nástroje, roušky a ostré předměty znova pečlivě spočítá a uloží do dekontaminačních kontejnerů. Poté vše ohlásí lékaři, který je odpovědný za operaci. Perioperační a obíhající sestra zajistí odsun pacientky, úklid a desinfekci operačního sálu (Wichsová, 2013, s. 13-138; Jedličková, 2021, s. 88-93).

Obíhající sestra má také mnoho důležitých povinností. Kontroluje funkčnost zdravotnických přístrojů, přepočítává nástroje a roušky před operací i po operaci. Dále kontroluje totožnost pacientky, dokumentaci a pomáhá uložit ženu do správné polohy. V průběhu operace nabízí a sterilně podává instrumentační sestře potřebné pomůcky. Také dbá na bezpečný pohyb personálu na operačním sále a ručí za aseptický provoz. Vyplňuje dokumentaci perioperační ošetrovatelské péče a zajišťuje případná vyšetření, například histologické. U odběru biologického materiálu odpovídá za správné uložení a odevzdání do příslušné laboratoře. Po operaci připraví žádanky na sterilizaci a pomáhá instrumentační sestře s ošetřením operační rány. Dále ukončí vyplnění perioperačního bezpečnostního protokolu a uloží ho dle zvyklosti pracoviště. Po ukončení operačního výkonu odpojí použité přístroje a provede jejich desinfekci. Spolu s instrumentační sestrou zajistí úklid a kontrolu operačního sálu, doplní vše potřebné pro následnou gynekologickou operaci (Wichsová, 2013, s. 13-138; Jedličková, 2021, s. 88-93).

3.1.3 Pooperační péče

Bezprostředně po operaci je pacientka přeložena na dospávací pokoj k monitoraci vitálních funkcí a stabilizaci stavu. V této době o pacientku pečuje anesteziologická sestra. Po stabilizaci stavu je pacientka přeložena zpět na gynekologické oddělení, kde o ni pečuje odpovědná sestra, která zajistí pacientku proti pádu z důvodu přetrvání anestezie a opět změří vitální funkce, ke kterým řadíme krevní tlak, puls, dech, saturaci a stav vědomí. Sestra v pravidelných intervalech sleduje krvácení z rodidel, operační rány a pravidelně pacientce mění vložky. Pravidelně kontroluje verbální a neverbální projevy bolesti, lokalizaci, intenzitu, charakter, délku trvání a vyvolávací faktor bolesti. Dle ordinace lékaře sestra pacientce podá analgetika a sleduje jejich účinek. Všechno zapíše do dokumentace. Kontroluje i kvalitu spánku, kterou může narušit například pooperační bolest rány. Zajistí infuzní terapii dle ordinace lékaře. Dále poučí pacientku o nevstávání z lůžka a režimu pití po zákroku. Pacientka nesmí dvě hodiny po operaci pít z důvodu aspirace a zvracení. Po dobu snížené pohyblivosti sestra předchází vzniku dekubitů a tromboembolické nemoci. Příkládá elastické

bandáže, podle fyzioterapeuta a celkového stavu ženy se provádí včasná mobilizace z lůžka a pasivní cvičení dolních končetin. Dle stavu pacientky sestra dohlédne na zvýšenou hygienu genitálu, operační ránu, výměnu vložek a osobního prádla. Dle soběstačnosti sestra s hygienou ženě pomůže. (Slezáková, 2017, s. 35-36; Burda, 2016, s. 150-151; Málek, 2014 s. 24).

Sestra pečuje o zavedený močový katétr. Dle ordinace lékaře odebere standardním způsobem vzorek moči na příslušné laboratorní vyšetření, pravidelně sleduje množství, barvu, zápach a příměsi moči. Dle potřeby převlékne znečištěné ložní prádlo, dodržuje gravitační spád a kontinuitu odtoku moči. Společně s příjmem tekutin sleduje bilanci ordinovanou lékařem. Edukuje pacientku o informování nepříjemných pocitů, bolesti, pálení či řezání, apod. O všech skutečnostech informuje lékaře a zapíše do dokumentace (MZČR, 2020, s. 4-5).

Další úlohou sestry v pooperační péči je péče o zavedený periferní žilní katétr. Pravidelně kontroluje místo a okolí vpichu, kontroluje a pečuje o katétr dle pokynů výrobce. Provádí pravidelné převazy katétru dle doporučení výrobce, zajišťuje pravidelnou výměnu zátky, pravidelně proplachuje katétr fyziologickým roztokem metodou START – STOP. Hodnotí periferní žilní katétr podle škály, která se používá na gynekologickém oddělení, minimálně 1x za směnu a při každé aplikaci. Provede záznam do dokumentace o funkčnosti a průchodnosti katétru, místa zavedení a záznam o kontrole nebo převazu (MZČR, 2020, s. 3).

Sestra pečuje a kontroluje funkčnost zavedeného drénu, množství a charakter odpadu a fixaci drénu. V případě více zavedených drénů i jejich označení. Pravidelně převazuje ránu s drénem za dodržení aseptických podmínek a seznámí pacientku s typem drénu a edukuje ji o opatrném pohybu a hygienickém režimu, který je prevencí kontaminace. Vše zaznamená do dokumentace (Vytejková, 2015, s. 253-254).

Velice důležitá je i psychická péče po výkonu. Například žena po hysterektomii zažívá pocity „neúplnosti“ a může si připadat „méněcenná“ z důvodu neschopnosti počít dítě. U této ženy se může rozvinout posthysterektomický syndrom, kdy po odnětí dělohy pacientka cítí zvýšenou únavu, bolesti hlavy, závratě nebo má poruchy spánku. V tomto případě by ji měla sestra věnovat větší pozornost a pomoci ji se vyrovnat s touto skutečností (Slezáková, 2017, s. 36).

Před propuštěním z nemocnice má sestra za úkol správně edukovat pacientku o zásadách životosprávy, sexuální problematice a následné léčbě. K zásadám životosprávy řadíme fyzický a psychický klid, spíše sprchování než koupání, péči o ránu, neprovádění koitu po dobu 6 týdnů, zahrnutí do svého jídelníčku více vitamínů. V sexuální problematice se zaměřit na hygienické návyky pohlavního života, užívání antikoncepce nebo na změny na kůži po operaci. K informacím o následné léčbě patří například pracovní neschopnost, další léčba u nádorových onemocnění nebo možnost lázeňské léčby (Slezáková, 2017, s. 36).

3.2 Uspokojování potřeb u ženy s karcinomem děložního hrdla

Karcinom děložního hrdla je velmi svízelné onemocnění. Žena někdy ani netuší, že je nemocná. Tumor se projeví až v pozdějším stádiu. Žena nepocítuje žádné subjektivní projevy, co by ji mohlo upozornit, ani v jejím blízkém okolí na ní lidé nevidí nic neobvyklého. To je záludnost maligního tumoru děložního hrdla. Prožívání a reagování na určité situace během choroby budou u každého pacientky jiné. Starší ženy mají už většinu života za sebou a něco ve svém životě zažily. U těchto žen nemusí být tumor jediným problémem, protože mohou mít různá přidružená onemocnění. Většina z nich se vyrovnala z odchodu ze světa a moc o tom nemusí mluvit. Pacientky ve středním věku a zejména mladé ženy se s touto situací potýkají těžko. Ženy ve středním věku mají své povinnosti, závazky, představy o určitých činnostech a najednou musí své plány zastavit. Mladé ženy si teprve budují své postavení ve společnosti, vztahy, mají představy o rodině a například studují. Při zjištění této skutečnosti se jim obrátí život „vzhůru nohama“ a myslí si, že jim osud bere jejich sny ideálního dospělého života. Sestra je v této situaci klíčovou osobou, protože s pacientkami tráví nejvíce času, hledá způsob, jak být pro ně oporou. Její úlohou v ošetrovatelské péči je vnímat pacientku jako celek, jako holistickou bytost, a nejen její porušenou část či funkci. *„Holistická ošetrovatelská péče zohledňuje tělesné, psychosociální a spirituální potřeby člověka. Cílem holistického ošetrovatelství je zajistit somatickou a psychickou rovnováhu, uspokojit biologické, psychosociální a spirituální potřeby“* (Knapová, 2019, s. 1). Z této definice vyplývá, že porucha jedné části je poruchou celého systému. Každá pacientka je jedinečná bytost, která má vlastní názory, postoje k životu a hlavně **potřeby** (Trachtová, 2018, s. 9; Plevová, 2018, s. 61; Dostálová, 2016, s. 60-61).

Potřebu chápeme jako projev nějakého nedostatku nebo chybění něčeho, což jedince vede k vyhledání určité podmínky, která je nezbytná pro život. Projev nedostatku ovlivňuje psychickou činnost člověka a zásadně vytváří vzorec chování. V průběhu života se potřeby

jedinice mění kvalitou i kvantitou a každý je uspokojuje svým vlastním způsobem (Trachtová, 2018, s. 10).

V ošetrovatelské péči se využívá organizovaný systém, tzv. pyramida potřeb, kterou sestavil americký psycholog A. H. Maslow. Pyramida je rozdělena do dvou částí – nižší a vyšší potřeby. K nižším potřebám řadíme fyziologické potřeby a potřebu jistoty a bezpečí. Do vyšších potřeb zahrnujeme potřebu sounáležitosti, potřebu uznání, či sebeúcty a potřebu seberealizace. Všechny tyto potřeby jsou v systému organizovány dle své naléhavosti. Pokud nejsou uspokojeny potřeby nižší, převládnu a zvítězí nad vyššími potřebami. Teprve po uspokojení nižších potřeb, následuje uspokojení potřeb vyšších. Existují zde faktory, které uspokojení potřeb znesnadňují či narušují. Zahrnujeme k nim nemoc, osobnost člověka, sociálně-kulturní prostředí, vztahy k příbuzným a blízkým, vývojové stádium a okolnosti, za kterých nemoc vzniká (Trachtová, 2018, s. 13-17).

Fyziologické potřeby řadíme k tzv. nižším potřebám. Jsou nejmocnější ze všech potřeb. „*Pokud bude lidská bytost ve svém životě v extrémní míře postrádat všechno, je nejpravděpodobnější, že její hlavní motivací budou spíše fyziologické, než kterékoli potřeby* (Maslow, 2021, s. 60)“. Jedna z nich, která může být karcinomem děložního hrdla ovlivněna je potřeba **sexuální**. Období nemoci je pro ženu velice fyzicky i psychicky náročné. Provázejí ho pocity beznaděje, strachu, úzkosti, klesá sexuální apetence, mění se její potěšení ze sexu, rovnováha ve vztahu, má bolesti při koitu a narušuje pocit bezpečí a jistoty. Má porušené vnímání „sebe sama“, pro svého partnera se cítí „nečistá“ a „neatraktivní“. Toto může být umocněno více, pokud žena musí kvůli zachování zdraví podstoupit například hysterektomii. Jakýkoliv citový projev ze strany partnera, pohlazení, objetí, slovo, představuje pro ženu velikou podporu a lepší adaptaci na nemoc. V tomto ohledu by sestra měla mít dostatek taktu a empatie (Šrámková, 2013, s. 367-373; Knapová, 2019, s. 10).

Každé onemocnění i tumor děložního hrdla doprovází **bolest**, která má vliv na emoční a tělesnou stránku ženy. Vlivem prožívání strachu, úzkosti či smutku z nemoci, může žena pociťovat bolest intenzivněji než předtím. Dobré vztahy s rodinou, její přítomnost a podpora, pozitivně ovlivňují vnímání bolesti. V rámci ošetrovatelské péče sestra může zmírnit bolest svým chováním a jednáním. Kladný vliv má empatie neboli vcítit se do pocitů a pochopit problémy, uznání přítomnosti bolesti a naslouchání, podání dostatečného množství informací o bolesti, zajištění dostatečného odpočinku, projednání s pacientkou a rodinou

metody odstranění bolesti například relaxací, teplou lázní nebo masáží a v neposlední řadě podání analgetik dle ordinace lékaře (Trachtová, 2018, s. 137-150).

Žena s tumorem cervixu může pociťovat nedostatek **jistoty a bezpečí**, která patří do nižších potřeb na druhé místo Maslowovy pyramidy potřeb. A. H. Maslow (2021) ve své knize píše: „*Potřeba bezpečí bývá u zdravého člověka a spokojeného dospělého člověka v naší kultuře převážně uspokojená. Stejně jako se nasycený člověk necítí hladový, člověk, který je v bezpečí, se necítí v ohrožení. Jinak se potřeba bezpečí obvykle bere jako aktivní a převládající mobilizující faktor ve zdrojích organismu pouze ve skutečně naléhavých situacích, např. v nemoci.*“ U takto nemocné ženy se většinou jedná o ztrátu životní jistoty. V takové situaci žena cítí výrazný strach a úzkost. „*Strach je reakcí na stávající nebo hrozící nebezpečí. Jedná se o vrozený a velmi složitý cit typický výraznou mobilizací organismu, která má vést k úniku z ohrožení. Úzkost vyjadřuje obavy, které nemají předmět, jsou nejasné, tušené, specificky lidské a souvisí s existenciální nejistotou člověka. Člověk se necítí dobře a neví přesně proč* (Pugnerová, 2019, s. 139-140).“ Pacientka s úzkostí prožívá více bolesti, která ovlivňuje délku hospitalizace, průběh léčby a vyžaduje větší dávku analgetik. S úzkostí souvisí také věk ženy, předchozí zkušenosti, vzdělání a prožívání úzkosti jejich blízkých. Prožívání ovlivňuje nedostatek soukromí a doba čekání na operaci. Toto dává prostor na zamyšlení a obavy například z nevyléčitelnosti, má nedostatek informací o svém zdraví, nedůvěru ke zdravotnickému personálu, obavy z další terapie, zda pomůže a má potřebu navrácení zdraví hlavně kvůli své rodině (Trachtová, 2018, s. 156; Janíková, 2013, s. 84-93).

V této chvíli může být sestra velice nápomocná, ale komunikace v této situaci je velice náročná a měla by dodržovat určitá doporučení, která ji pomohou navázat kontakt. V první řadě je dobré podávat pravdivé informace, pokud to pacientka požaduje. Sestra i lékař by měli nechat pacientce dostatek času na rozhodnutí a zvážení určitých věcí. Sestra je schopná vytvořit ideální prostředí, ve kterém se pacientka i její rodina budou cítit spokojeně a mohou sdílet své pocity. Měla by mluvit pomalu a klidně, dodržovat oční kontakt, umožnit vyjádřit pocity, nepřikazovat ani nežádat ji o rozhodnutí, podporovat pacientku, respektovat její obavy a strach z neznámého. Je dobré v rozhovoru používat otevřené otázky a přistupovat k pacientce s empatií. Je důležité zapojit do ošetřování ji, její rodinu a blízké. Pokud nastane situace, že pacientka zemře, měla by sestra pomoci i rodině vyrovnat se se ztrátou (Plevová, 2019, s. 59-60; Trachtová, 2018, s. 163-164).

Na třetím místě hierarchie potřeb je **sounáležitost a láska**, kterou žena s karcinomem děložního hrdla může postrádat více než předtím. Cítí absenci rodiny a přátel intenzivněji než kdy dřív. Má touhu po svém místě ve společnosti a bude ho chtít dosáhnout více než čehokoli jiného. Má větší potřebu milovat a být milována ze strany partnera, dětí i blízkých přátel. Pokud žena nemá dostatečně uspokojenou tuto potřebu, prožívá smutek, lítost, osamocení, bolest srovnatelnou s fyzickou bolestí i pocity zbytečnosti a prázdnoty. Sestra tyto projevy sleduje, nebagatelizuje subjektivní pocity, spolupracuje s lékařem a snaží se vytvořit prostor a kontakt s rodinou, aby došlo k uspokojení potřeby lásky a sounáležitosti. Pokud nemá nikoho z blízkých, kdo by ji lásku poskytl, může tento cit nahradit terapeutický vztah vytvořený se sestrou. Není to úplné uspokojení, ale pacientka cítí, že není sama a ví, že záleží na ni samotné (Knapová, 2019, s. 14; Maslow, 2021, s. 66; Dostálová, 2016, s. 66).

Sebeúcta, či sebekoncepce zastupuje čtvrté v pyramidě potřeb a je součástí potřeb vyšších. Je to touha po úspěchu, dostatečnosti a nezávislosti, po respektu a úctě druhých. Uspokojení vede k sebedůvěře, pocitům síly a hodnosti. Naopak při neuspokojení se může projevit pocit méněcennosti, slabosti a bezmoci. Sebekoncepce se skládá ze čtyř vzájemně propojených částí: obraz těla, výkon role, osobní identita a sebeúcta. Vlivem nemoci mohou být tyto části narušeny a projevit se na jejím individuálním postoji a hodnotách. Pacientka odmítá pohled na své tělo a dotknout se ho, zakrývá nebo záměrně vystavuje určitou část těla, má negativní pocity o těle, je zaujatá a neustále se zabývá změnou či ztrátou, změní nebo popírá svou vlastní roli ve společnosti, projevuje známky úzkosti a strachu, je více citlivá na kritiku. V rámci ošetrovatelské péče sestra pozoruje její reakce, chování, oblékání, jak mluví o určité části těla a pomáhá jí se vyrovnat s touto skutečností. Podporuje ji ve vyjádření obav, pocitů, poskytuje zpětnou vazbu, doporučí odbornou konzultaci, návštěvu svépomocných skupin a vypracuje plán denních aktivit. Do péče zapojí i rodinu a přátele pacientky (Maslow, 2021, s. 68; Trachtová, 2018, s. 185-195; Janíková, 2013, s. 84-93).

Na vrcholu pyramidy potřeb je **sebeaktualizace**. *„I když jsou uspokojeny všechny tyto potřeby, můžeme stále často očekávat, že se brzy vyvine nový pocit nespokojenosti a neklidu, pokud člověk nedělá to, k čemu je on sám jako jednotlivec vybaven. Čím člověk může být, tím být musí (Maslow, 2021, s. 68).“* Úroveň sebeaktualizace zahrnuje také potřeby kognitivní a potřeby estetické. Ke kognitivním potřebám řadíme potřeby poznávat, vědět a rozumět. Estetické potřeby zahrnují potřeby symetrie a krásy. Jedna z možností pro naplnění sebeaktualizace je práce, která přináší existenční hodnotu a potenciál se rozvíjet. Dává ženě možnost se osamostatnit. Z důvodu nemoci je někdy žena nucena změnit

nebo ukončit svou současnou práci, a to může mít dopad na vnímání svého „já“. Tuto potřebu ovlivňuje i délka pobytu v nemocnici, doba čekání na operaci a délka rekonvalescence. V době hospitalizace je izolována od rodiny, dělá věci, které neovládá a nezná, což může mít dopad na sebedůvěru. U ženy se může objevit strach, úzkost, obavy a nejistota spojená s pohledem do budoucnosti. Sestra se snaží vytvořit příjemné a motivující prostředí, poskytnout porozumění, oporu, pocit naděje, respektovat prožívání nemoci, vhodnými komunikačními metodami odhalit, co ženu baví, podporovat její dovednosti a schopnosti, zajistit pozitivní myšlení v době nemoci (Knapová, 2019, s. 16; Plevová, 2019, s. 97; Trachtová, 2018, s. 15).

PRAKTICKÁ ČÁST

4 FORMULACE VÝZKUMNÉHO PROBLÉMU

Karcinom děložního hrdla patří mezi nejčastější maligní onemocnění u žen mezi 35. až 44. rokem života. Existují účinné možnosti, jak této nemoci předcházet nebo ji zastavit v určitém stádiu. Ovšem v některých případech prevence nestačí nebo se onemocnění objeví znovu. Proto existuje možnost postoupit různé druhy operačních výkonů k navrácení zdraví pacientky.

Na gynekologickém oddělení jsou nejčastěji hospitalizované ženy s karcinomem děložního hrdla, u kterých je jediným možným řešením na uzdravení podstoupit operační zákrok. V období od zjištění zdravotního stavu do doby podstoupení operačního zákroku je pro ženu velice fyzicky i psychicky náročné. Má hlavu plnou otázek, má strach, bolesti, zažívá úzkost, přemýšlí o budoucnosti své rodiny, zda to zvládne ona sama i rodina, jak dopadne operace, zda bude vše v pořádku a mnoho dalšího. Před operačním zákrokem má pacientka různé nižší a vyšší potřeby. Proto je velice důležité věnovat jejím potřebám pozornost už v předoperačním období a snažit se je uspokojit prostřednictvím kvalitní ošetrovatelské péče.

Hlavní výzkumná otázka zní: Jaké potřeby (I) má pacientka s karcinomem děložního hrdla (P) v předoperačním období během hospitalizace na gynekologickém oddělení (Co)?

5 CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY/PŘEDPOKLADY

5.1 Hlavní cíl

Hlavním cílem je zmapovat potřeby pacientky s karcinomem děložního hrdla v předoperačním období hospitalizované na gynekologickém oddělení.

5.2 Dílčí cíle a výzkumné otázky/předpoklady

5.2.1 Dílčí cíle

1. Zmapovat nižší potřeby pacientky s karcinomem děložního hrdla hospitalizované na gynekologickém oddělení od sdělení diagnózy do podstoupení operačního výkonu.
2. Zmapovat vyšší potřeby pacientky s karcinomem děložního hrdla hospitalizované na gynekologickém oddělení od sdělení diagnózy do podstoupení operačního výkonu.

5.2.2 Výzkumné otázky

1. Jaké nižší potřeby má pacientka s karcinomem děložního hrdla hospitalizovaná na gynekologickém oddělení od sdělení diagnózy do podstoupení operačního výkonu?
2. Jaké vyšší potřeby má pacientka s karcinomem děložního hrdla hospitalizovaná na gynekologickém oddělení od sdělení diagnózy do podstoupení operačního výkonu?

6 METODIKA KVALIFIKAČNÍ PRÁCE

K výzkumu byl použit kvalitativní výzkum. „*Kvalitativní studie pomáhají s formulováním hlubšího porozumění vybranému jevu. Kvalitativní výzkum je orientován na popis, objevování a zjišťování jevů, má vysvětlující a popisný charakter. K vysvětlení a rozšířenému porozumění fenoménu využívá více slova, méně kvantifikuje a většinou zasazuje zkoumaný fenomén do širšího kontextu*“ (Metodika ke zpracování závěrečné práce pro vybrané nelékařské obory, © 2019).

Pro sběr dat byl použit hloubkový rozhovor, také označovaný in-depth interview. „*Jež můžeme definovat jako nestandardizované dotazování jednoho účastníka výzkumu zpravidla jedním badatelem pomocí několika otevřených otázek.*“ Tímto rozhovorem lze zkoumat členy určitého prostředí a určité specifické skupiny. Uplatňují se zde otevřené otázky, díky kterým badatel porozumí pohledu jiných lidí bez omezení výběru položek, jako v dotazníku. Umožňuje zachytit odpovědi lidí v jejich přirozené podobě. Hloubkový rozhovor není jen ze dvou částí, ale skládá se z výběru metody, přípravy rozhovoru, analýzy dat, z psaní a prezentace výzkumné zprávy (Švaříček, 2014, s. 159-160).

Získaná data byla nahrávána na diktafon a zpracována formou otevřeného kódování a metodou tužka/papír. U otevřeného kódování výzkumník odhaluje v datech určitá témata, které mají vztah k položeným výzkumným otázkám. K nim výzkumník přiřazuje kódy, které pozoruje v textu a jsou voleny tak, aby zobecňovaly konkrétní jevy (Hendl, 2016, s. 251-260).

7 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU

Výběr participantek pro bakalářskou práci byl záměrný. Do výzkumu bylo zahrnuto celkem pět participantek s karcinomem děložního hrdla, které byly hospitalizované na gynekologickém oddělení z důvodu podstoupení operačního výkonu, od prosté hysterektomie po radikální. Věk a přidružená onemocnění nebyly limitujícím kritériem pro výběr.

První participantkou, dále jen P1, je žena ve věku 35 let. Od svých 21 let je šťastně vdaná. Má dvě děti, chlapce věku 6 let a dívku věku 12 let. Před pár lety ji lékaři objevili prekancerózu děložního hrdla a měla podstoupit konizaci. Operační zákrok stále odkládala z toho důvodu, že mladší syn byl malý a na ni velice fixovaný. Když dospěl do věku, že může nastoupit do mateřské školy a manžel se o něj postará sám, začala krvácet po pohlavním styku. Krvácení neustávalo, navštívila tedy svého gynekologa, který ji vyšetřil. Z histologického vyšetření bylo zjištěno, že se P1 na děložním hrdle objevil maligní tumor. Byla ji indikována hysterektomie z důvodu zabránění vzniku metastáz v děloze a pozdějších komplikací.

Druhá participantka, dále jen P2, je žena věku 42 let, šťastně vdaná, má dvě dospělé dcery věku 23 a 25 let. P2 pravidelně chodila na preventivní prohlídky a neměla žádné příznaky, které by naznačovaly přítomnost onemocnění. Při jedné preventivní prohlídce gynekolog objevil útvar na děložním hrdle, odebral vzorek na histologické vyšetření a zařídil magnetickou rezonanci. Vyšetření ukázalo přítomnost maligního nádoru na děložním hrdle. Lékař P2 indikoval chemoterapii pro zmenšení nádoru a zlepšení výsledku operačního zákroku, kterým byla radikální hysterektomie.

Třetí žena, dále jen P3, je žena ve věku 38 let. Žije ve spokojeném manželství se dvěma dětmi, pětiletá dívka a patnáctiletý chlapec. Chodila na pravidelné preventivní prohlídky. U P3 se objevilo silné krvácení po koitu. Výsledek histologického vyšetření ukázal maligní tumor na děložním hrdle. Pro zabránění vzniku pozdějších komplikací a recidivy onemocnění ji byla indikována prostá hysterektomie jako u P1.

Čtvrtá pacientka, dále jen P4, je žena věku 40 let, šťastně vdaná a bezdětná. Při preventivní prohlídce byl zjištěn nález na děložním hrdle. Byl odebrán vzorek tkáně na histologické vyšetření, ze kterého vyšla přítomnost maligního tumoru cervixu. Před podstoupením operačního zákroku, radikální hysterektomie, byla ženě indikována chemoterapie z důvodu velikosti nálezu a lepší operability jako u P2.

Pátá žena, dále jen P5, je žena věku 37 let. Je rozvedená a má syna ve věku 12 let. Kvůli pracovní a osobní vytíženosti žena nedodržovala pravidelnost preventivních prohlídek. Z důvodu častějšího krvácení navštívila gynekologa. Při vyšetření a odebrání vzorku tkáně z děložního hrdla byl prokázán maligní tumor. Pro zabránění pozdějších komplikací a recidivy onemocnění ji byla indikována prostá hysterektomie, stejně jako u P1 a P3.

Všechny participantky mají pozitivní rodinou anamnézu na maligní onemocnění děložního hrdla.

8 ORGANIZACE VÝZKUMU

Výzkum probíhal od 15.12. 2022 do 31. 1. 2023 na gynekologicko-porodnickém oddělení Nemocnice Strakonice, a, s. Na základě písemné žádosti bylo výzkumné šetření schváleno hlavní sestrou Nemocnice Strakonice (příloha A).

S každou ženou proběhlo jedno setkání, které trvalo zhruba hodinu. Rozhovory probíhaly v zasedací místnosti na gynekologickém oddělení. Na začátku proběhlo seznámení a byl podepsán informovaný souhlas o provedení rozhovoru (příloha B). Poté přišel na řadu samotný rozhovor, který byl nahráván na diktafon.

Během rozhovoru se P1 rozplakala, když hovořila o své dceři. P2 a P3 se ke konci rozhovoru na 2 minuty odmlčely a měly slzy v očích. Rozhovor s P4 byl na chvíli odložen z důvodu telefonického rozhovoru, po ukončení telefonátu jsem ihned pokračovala v rozhovoru s P4. Když P5 vyprávěla o svém synovi, na chvíli se rozplakala. Na konci rozhovoru jsem participantkám poděkovala za sdílení jejich prožitků a popřála jsem jim do budoucnosti jen to nejlepší.

9 ZPRACOVÁNÍ DAT

Hlubkový rozhovor byl nahrán na diktafon. Získaná data byla zpracována formou otevřeného kódování a metodou tužka/papír.

9.1 Analýza údajů

Hlubkové rozhovory s participantkami jsou zaměřeny na potřeby v období od sdělení diagnózy do doby podstoupení operačního zákroku, kterým je hysterektomie. V tomto období se objeví různé nižší a vyšší potřeby, které ženě naruší životní stabilitu. Dle stanovených dílčích cílů byly určeny dvě oblasti. První oblast zahrnuje potřeby nižší, druhá oblast se zaměřuje na potřeby vyšší. Rozhovory byly nahrány na diktafon a pomocí otevřeného kódování a metodou tužka/papír byly záznamy analyzovány. Ze záznamů byly určeny kódy, dle kterých byly určeny jednotlivé kategorie. Pro výzkum bylo použito pět úrovní, které popisuje Maslowova pyramida potřeb.

První oblastí jsou **nižší potřeby**, ke kterým řadíme kategorie fyziologické potřeby a potřeby jistoty a bezpečí.

První kategorie zahrnuje potřeby **fyziologické**. Tyto potřeby jsou na spodní úrovni hierarchie potřeb. Provádíme základní úkony, které vedou k přežití organismu. Řadíme k nim potřebu výživy, spánku a odpočinku, vylučování, čistoty, sexuální potřebu. V ošetrovatelské péči je uspokojení fyziologických potřeb zásadní. Dřívější a kvalitnější uspokojení těchto potřeb vede k uspokojení potřeb, které se řadí na vyšší úroveň hierarchie.

K této kategorii byly přiřazeny kódy: potřeba nekrvácet, vyčerpanost, sexualita, potřeba být bez bolesti

Druhá kategorie zahrnuje potřebu **jistoty a bezpečí**. Žena po zjištění svého zdravotního stavu ztrácí pocit životní jistoty, což vede k touze po důvěře, naději, stabilitě, vzniku pocitů strachu a úzkosti a obavám z budoucnosti. V období nemoci se tato potřeba dostává do popředí a ovlivňuje i další úrovně potřeb. Proto je důležité se jí v ošetrovatelské péči věnovat.

K této kategorii byly přiřazeny kódy: strach a obavy, nejistota, pocit klidu, víra a naděje

Druhá oblast se věnuje **potřebám vyšším**, ke kterým řadíme potřebu lásky a sounáležitosti, potřebu sebeúcty a uznání a potřeby kognitivní.

Třetí kategorie zahrnuje potřebu **lásky a sounáležitosti**. Při vzniku nemoci má žena potřebu být něčí součástí, být milována svými blízkými a lásku jim oplácet. Potřebuje vědět, že není sama a je podporována těmi, na kterých jí záleží. Sestra by měla tuto potřebu předvídat a v ošetrovatelské péči se ji snažit uspokojit.

K této kategorii byly přiřazeny kódy: láska a podpora rodiny, afiliace, ošetřování

Čtvrtá kategorie zahrnuje potřebu **sebeúcty a uznání**. Zahrnuje touhu po úspěchu, dostatečnosti, respekt od druhých, vytváří obraz sebe sama. Tato potřeba zvyšuje ženě sebevědomí, její postavení ve společnosti a utváří hodnoty.

K této kategorii byly přiřazeny kódy: ztráta ženství, výčitky, soběstačnost

Pátou pozici hierarchie potřeb zastupuje potřeba **kognitivní**, která patří do nejvyšší úrovně potřeb sebeaktualizace. Zahrnujeme sem touhu porozumět, vědět a poznávat. Kvalitní komunikací a dostatečným množstvím informací uspokojujeme zároveň i potřebu jistoty a bezpečí. V ošetrovatelské péči by měla sestra dbát na správný výběr slov, tón hlasu, neverbální komunikaci a postoj. V období nemoci si žena všímá věcí, které by za jiných okolností mohla přehlédnout.

K této kategorii byly přiřazeny kódy: komunikace, informace, explorace

9.2 Seznam četností jednotlivých kódů

Obrázek 1 – Tvarový diagram jednotlivých kódů



Zdroj – vlastní

Tvarový diagram znázorňuje, kolikrát se jednotlivý kód vyskytl. Je rozdělen do dvou oblastí dle stanovených dílčích cílů. Ze záznamů byly určeny kódy, dle kterých byly určeny jednotlivé kategorie.

První oblast zachycuje **nižší potřeby**, které jsou označeny zelenou barvou. Tato oblast je rozdělena do dvou kategorií. První kategorie **fyziologické potřeby** je označena červenou barvou a obsahuje čtyři kódy:

- potřeba nekrvácet – 3x (použit u P1, P3 a P5)
- vyčerpanost – 5x (použit u P1, P2, P3, P4 a P5)
- sexualita – 4x (použit u P1, P2, P3 a P4)
- potřeba být bez bolesti – 2x (použit u P2 a P4)

Druhá kategorie **potřeba jistoty a bezpečí** je zabarvena žlutou barvou a obsahuje čtyři kódy:

- strach a obavy – 5x (použit u P1, P2, P3, P4 a P5)
- nejistota – 5x (použit u P1, P2, P3, P4 a P5)
- pocit klidu – 5x (použit u P1 P2, P3, P4 a P5)
- potřeba víry a naděje – 2x (použit u P3 a P5)

Druhá oblast zachycuje **vyšší potřeby**, které jsou označeny modrou barvou. Ta je rozdělena do tří kategorií.

První kategorie obsahuje **potřeby lásky a sounáležitosti**, která je zabarvena růžovou barvou a obsahuje tři kódy:

- láska a podpora rodiny – 5x (použit u P1, P2, P3, P4 a P5)
- afiliace – 3x (použit u P2, P3, a P5)
- ošetřování – 2x (použit u P1 a P3)

Druhá kategorie zabarvena fialově obsahuje **potřeby sebeúcty a uznání**. Tato kategorie obsahuje tři kódy:

- ztráta ženství – 5x (použit u P1, P2, P3, P4 a P5)
- výčitky – 4x (použit u P1, P2, P3, a P5)
- soběstačnost – 3x (použit u P2, P4 a P5)

Třetí kategorie oblasti vyšších potřeb jsou **kognitivní potřeby** zabarveny modře a obsahuje tři kódy:

- komunikace – 5x (použit u P1, P2, P3, P4 a P5)
- informace – 5x (použit u P1, P2, P3, P4 a P5)
- explorace – 2x (použit u P2 a P4)

9.3 Grafické znázornění analýzy rozhovoru

9.3.1 První oblast – Nižší potřeby

Tabulka 1 – Fyziologické potřeby

| |
|--|
| Kategorie: Fyziologické potřeby |
| <i>Kód: potřeba nekrvácet</i> |
| P1: „Stále jsem krvácela a krvácela, to bylo to dost nepříjemné.“ „Neustále měnit vložky, to bylo něco.“ |
| P3: „Měla jsem krvácení po styku a neustávalo to, proto jsem šla k lékaři. Měla jsem ho i potom. Bylo to otravné, jako bych furt měla menstruaci.“ |
| P5: „Krvácela jsem dost. Jako bych měla menstruaci celý měsíc a nebylo to dvakrát příjemné.“ |
| <i>Kód: vyčerpánost</i> |
| P1: „V této době jsem byla a hodně unavená a vyčerpaná, protože člověk myslí na to, co bude hlavně a jak to dopadne.“ |
| P2: „Byla jsem unavená a chemoterapie byla náročná, musela jsem si vždy lehnout. Ale stejně jsem byla nevyspalá. Pronásledovaly mě myšlenky, zda to zabere a bude to k něčemu.“ |
| P3: „Byla jsem hodně unavená, protože jsem měla málo železa z toho, jak jsem krvácela. Cítila jsem se fyzicky slabá, ale díky dietě v nemocnici jsem se cítila mnohem lépe.“ |
| P4: „Chemoterapie byla dost vyčerpávající. Po ní jsem měla jen „sílu“ ležet, ale stále to nebylo ono, v hlavě stále otázka, zda to bude k něčemu.“ |
| P5: „Cítila jsem se hodně unavená, protože stále jsem přemýšlela, co bude dál.“ |
| <i>Kód: sexualita</i> |
| P1: „Měla jsem absenci, protože mi to doktor nedoporučoval, abych ještě víc nekrvácela, ale nějak moc mě to neovlivnilo. Ani na to nemám chuť a energii.“ „Manžel byl a je úžasný. Jsem v klidu, vím, že mě nepodvede a aspoň se máme na co těšit.“ |
| P2: „Doktor mi to zakázal už při preventivní prohlídce a potom nemůžu po operaci, to už vím. I když bych chtěla, tak to nejde, chuť na to ani není z toho všeho. „Ale manžel je v pohodě více než já, což se docela divím. Musím to hold vydržet.“ |
| P3: „Tím, jak jsem krvácela jsem nechtěla mít sex, aby to nebylo horší. Manžel byl velice tolerantní a nenaléhal na mě. Tím jsem byla více v pohodě.“ |

P4: „Při sexu to bylo nepříjemné, protože mě to bolelo a ani jsem si to neužívala. Bylo to a je to na nic. Ale manžel byl a je úžasný, uklidňoval mě slovy, že si to vynahradíme až to všechno bude za námi.“

Kód: potřeba být bez bolesti

P2: „Měla jsem bolest v podbříšku, nebyla nijak veliká, ale dobře jsem se necítila, protože to bolelo vlastně neustále. Sestra byla super, pomohla mi bolest zmírnit“

P4: „Docela dost mě bolel podbříšek i když jsem odpočívala. Takže jsem si vlastně moc neodpočinula, ale díky sestře se mi trochu ulevilo.“

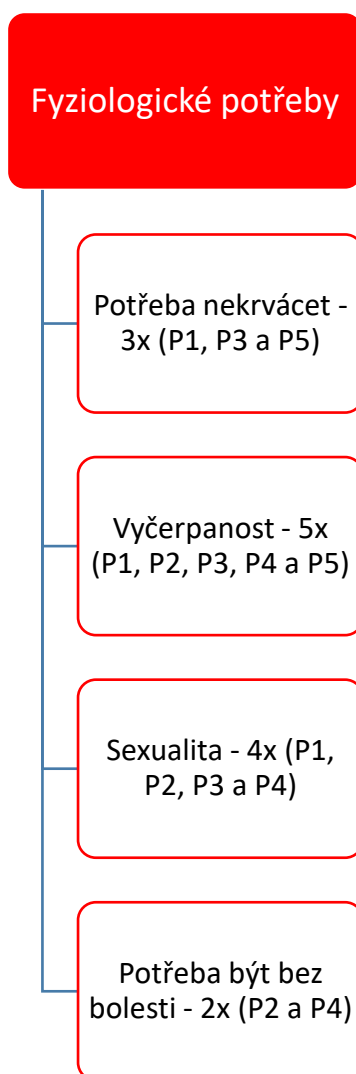
Vznik fyziologických potřeb narušilo jejich životní komfort. To mělo negativní dopad na psychickou stránku ženy.

U P1 a P3 a P5 neustálé krvácení narušovalo jejich náladu a komfort. To mělo dopad na snížení psychické pohody a umocnění potřeby sebeúcty a uznání. U P2 a P4 psychickou pohodu narušovala potřeba být bez bolesti, která se částečně saturovala ošetrovatelskou péčí ze strany sestry.

P1, P2, P3, P4 i P5 cítily zvýšenou potřebu spánku a odpočinku. U P1 vznik této potřeby způsobila nejistota z budoucnosti, u P2 a P4 se potřeba spánku objevila podstoupením chemoterapie a vznikem obavy z neúspěšnosti této terapeutické metody. P3 se cítila unavená z důvodu nedostatečného množství železa, které bylo následkem krvácení. Potřeba spánku se u P3 zmírnila úpravou diety bohatou na železo.

Sexuální potřeba byla saturována podporou a chováním ze strany partnera. U P2 a P4 se tato potřeba projevila více než u P1 a P3. P5 o tomto tématu nechtěla hovořit.

Obrázek 2 –Kategorie Fyziologické potřeby



Zdroj – vlastní

U kategorie Fyziologické potřeby byly stanoveny čtyři kódy. První kód potřeba nekrvácet se vyskytl celkem 3krát, u P1, P3 a P5. Druhý kód vyčerpání se vyskytl u všech pěti participantek, tedy u P1, P2, P3, P4 a P5. Kód sexualita se vyskytl u P1, P2, P3 a P4. Poslední kód potřeba být bez bolesti se vyskytl 2krát, u P2 a P4.

Tabulka 2 – Potřeby jistoty a bezpečí

| |
|--|
| <p>Kategorie: Jistota a bezpečí</p> |
| <p>Kód: strach a obavy</p> <p>P1: „Abych neumřela, protože maminka na rakovinu umřela, měla ozařování a problémy potom z toho.</p> <p>„Bojím se, že to může potkat i mojí holku, je to hodně dědičné.“</p> <p>P2: „Měla jsem takovou otázku umřu nebo neumřu. Na to mi nikdo neodpoví.“</p> <p>„Bála jsem se, že mi slezou vlasy, že nechci abych zvracela.“</p> <p>P3: „Cítila jsem prázdnotu a beznaděj. Obava, aby všechno dobře dopadlo kvůli rodině.“</p> <p>„Měla jsem strach ze smrti samozřejmě asi jako každého to vyleká, když zjistí o sobě tohle.“</p> <p>P4: „Hned mě napadla otázka o smrti. To vyděsí asi každého a nepovolí to do té doby, než budete mít jistotu, že přežijete.“</p> <p>„Bála jsem se, že budu plešatá kvůli té chemošce a bude mi špatně.“</p> <p>P5: „Měla jsem strach a stále mě to pronásleduje, že tu nechám svého pubertálního syna. Když nepočítám své rodiče, má jen mě.“</p> <p>Kód: nejistota</p> <p>P1: „Dlouhé čekání na výsledky, jak dopadnou, jak dopadne operace, jestli bude nějaké ozařování.“</p> <p>„Jestli z toho bude chemo nebo něco. Slezou mi vlasy, a aby děti nezůstaly samy jen s tátou.“</p> <p>P2: Vrtalo mi hlavou, co bude dál. Zda ta chemoterapie a operace pomůžou a znova neomocním.“</p> <p>P3: „Neuměla jsem si představit, že bych odešla a děti a manžel by zůstali sami.“</p> <p>P4: „Po každé absolvované chemošce jsem si stále dokola opakovala, jestli tahle zabrala a ta další bude taky k něčemu.“</p> <p>P5: „Nevěděla jsem pořádně co bude, sice mi všechno řekli, ale stejně ten pocit toho, že ještě nemáte vyhráno je hodně nepříjemný. To bych nikomu nepřála.“</p> <p>Kód: pocit klidu</p> <p>P1: „Pan doktor mi pověděl, že ten čípek tam byl, a to už jedno, jestli velkej nebo malej. Výsledek by vyšel tak jako tak, že mi vezmou dělohu jako pojistku, aby se to neobjevilo znovu.“</p> <p>„Potěšilo mě, že potom nebudu muset užívat tampony, že nebudu mít menstruaci. To je o starost méně.“</p> |

„Naštěstí žádné ozařování a chemoterapie být nemusela ani potom.“

P2: „Bylo dobré být s rodinou celou dobu, chodit spolu na procházky se psem.“

„Dopadlo to dobře, chemoterapie zabrala a můžu jít na zákrok.“

P3: „Velkou úlevu na duši mi udělalo zjištění, že nebudu mít komplikace za pár let třeba, když mi vezmou i dělohu. Že to potom zmizí. Děti už mám, víc bych jich asi stejně nezvládla.“

P4: „Naštěstí chemoška nebyla k ničemu a můžu jít na operaci.“

„Trávit čas na zahradě bylo hodně uklidňující, hlava se trochu uvolnila“

P5: „Doktor mi řekl, že když mě vyndají celou dělohu, bude to lepší z důvodu toho, abych neměla komplikace v budoucnu a nevrátilo se mi to zpátky.“

„Aspoň neutratím za vložky a tampóny.“

Kód: potřeba víry a naděje

P3: „Musím věřit, že se uzdravím. Říkala jsem si, že se musím vyléčit kvůli dětem a muži, musím žít pro ně.“

P5: „Modlila jsem se každou noc, aby to dopadlo dobře. Nemůžu tu kluka ani svoje rodiče nechat samotné.“

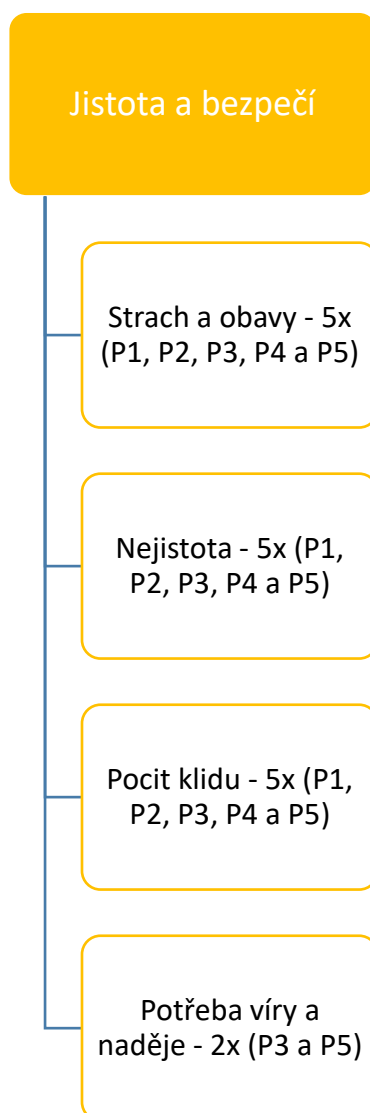
V období onemocnění lidé potřebují mít víru, že všechno dobře dopadne. Tato potřeba je propojena s potřebami na vyšší úrovni Maslowovy hierarchie potřeb.

Všechny participantky zažívaly strach z odchodu ze světa, měly obavy a pocit nejistoty z toho, co je čeká. Podáním dostatečného množství informací o zdravotním stavu, o dalším postupu, možnostech řešení a následků do budoucnosti zvyšovalo satureování této potřeby.

K uspokojení potřeby jistoty a bezpečí u P1, P2, P3, P4 a P5 vedla komunikace a dostatečné podání informací. Taktéž projevy lásky a podpory ze strany rodiny vedlo k saturaci této potřeby u P1, P2, P3, P4 i P5.

Pocitem víry a naděje na uzdravení se u P3 a P5 částečně satureovala potřeba jistoty a bezpečí.

Obrázek 3 – Kategorie Jistota a bezpečí



Zdroj – vlastní

Druhá kategorie Jistota a bezpečí obsahuje čtyři kódy. U všech pěti participantek, P1, P2, P3, P4 a P5, se vyskytly tři kódy, strach a obavy, nejistota a pocit klidu. Kód potřeba víry a naděje se vyskytl u P3 a P5.

9.3.2 Druhá oblast – Vyšší potřeby

Tabulka 3 – Potřeba lásky a sounáležitosti

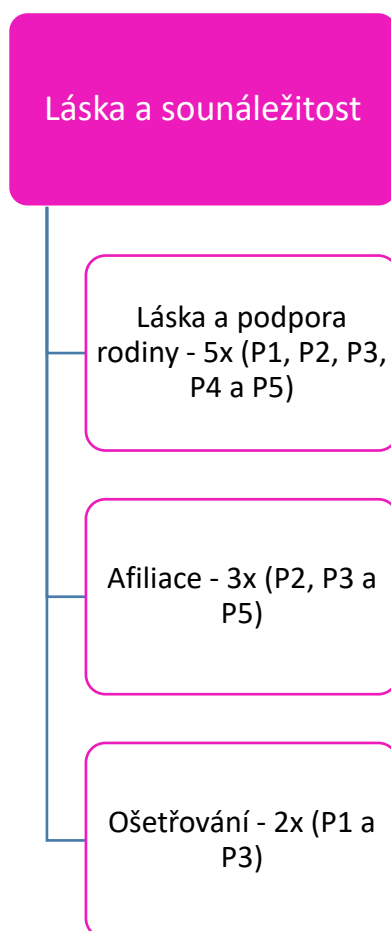
| |
|---|
| Kategorie: Láska a sounáležitost |
| <i>Kód: láska a podpora rodiny</i> |
| P1: „Manžel byl velikou oporou a děti jsou malé, ale objetí je úžasné a jsem za ně ráda. Chodili se mnou do nemocnice, brali mě na výlety, byli se mnou 24/7, když to tak řeknu a za to jsem strašně vděčná.“ |
| P2: „Hodně mě drží rodina našťestí, pes, manžel a holky. Stále říkal, že to zvládneme. Můžu mu poděkovat, co všechno pro mě dělá.“ „Díky tomu jsem poznala, že při mně stojí.“ |
| P3: „Hodně mě rodina podporovala slovy útěchy a to, co pro mě dělali. Určitě to zvládnu, že to dobře dopadne. Všechno jsme dělali spolu, abych nebyla sama, to mi pomáhalo.“ |
| P4: „Manžel byl a je velkou oporou, děti nejsou, ale máme jeden druhého. Podporujeme se navzájem.“ |
| P5: „Můj syn je statečný kluk a říká mi, že tu s ním budu ještě hodně let. Podle něj budu stále krásná.“ „Rodiče jsou úžasní, pomáhají mi, kde se dá a jsem za ně strašně vděčná.“ |
| <i>Kód: afiliace</i> |
| P2: „V čekárně jsem si povídala s jednou paní, která měla už dělohu venku a její vyrovnanost mě překvapila, a to byla mladší než já. Řekla jsem si, že to zvládnu taky jako ona.“ |
| P3: „Chodím se spolužačkou na kávu každý týden, teď sice vynechám nějaký to setkání, ale aspoň se mám na co těšit ne.“ |
| P5: „Mám super kamarádku, která to se mnou prožívá od první chvíle.“ |
| <i>Kód: ošetřování</i> |
| P1: „Když je manžel v práci trávím hodně času s dětmi, hrajeme si a zpíváme. Mám aspoň pozitivnější myšlenky.“ |
| P3: „Jsem více s dětmi i se starším klukem, který to moc pozitivně nebere, ale zase mě má rád a drží se kvůli mně.“ |

V době onemocnění je pro ženu důležité mít po svém boku někoho, komu věří a sdílí s ním svůj strach a obavy. Žena má potřebu milovat a být milována, potřebuje dát najevo přítomnost ze strany milované osoby.

Všechny participantky se shodly, že projevy lásky a podpory ze strany rodiny mělo velice pozitivní dopad na saturaci potřeby lásky a sounáležitosti. To vedlo k pocitům jistoty a bezpečí a saturaci potřeb sebeúcty a uznání.

Ze strany P2, P3 a P5 byla tato potřeba saturována navazováním nových vztahů, to mělo za následek zmírnění potřeby jistoty a bezpečí. U P1 a P3 se potřeba lásky a sounáležitosti saturovala i prostřednictvím zvýšeného starání se o potomky. Taktéž tato potřeba zmírnila potřebu jistoty a bezpečí.

Obrázek 4 – Kategorie Lásky a sounáležitosti



Zdroj – vlastní

U třetí kategorie Lásky a sounáležitosti byly stanoveny tři kódy. První kód láska a podpora rodiny se vyskytl u P1, P2, P3, P4 a P. Kód afiliace se vyskytl 3krát, u P2, P3 a P5. Kód ošetřování se vyskytl 2krát, u P1 a P3.

Tabulka 4 – Potřeba sebeúcty a uznání

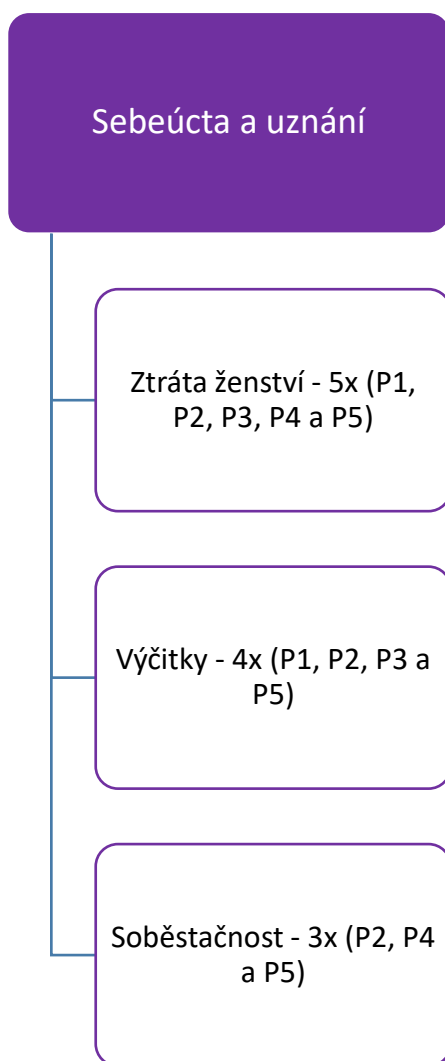
| |
|--|
| <p>Kategorie: Sebeúcta a uznání</p> |
| <p><i>Kód: ztráta ženství</i></p> <p>P1: „Připadám si neúplná už teď, i když ještě dělohu mám. Přijde mi, že mi kousek chybí.“</p> <p>„Bylo mi trapně, když jsem krvácela, několik vložek mezi nohama. Bylo mi z toho hamba, hlavně u vyšetřeních, u nich jsem se musela svléknout.“</p> <p>P2: „Přišla jsem si taková nahá, jako když mi něco chybí. I když to není vidět navenek, ale já to tak cítila.“</p> <p>P3: Cítila jsem se méněcenná, že potom pro může nebudu atraktivní, nebudu mít kousek svého já. Jako by mi něco chybělo.“</p> <p>P4: „Cítila jsem se divně, jako když mi něco chybí. Sice to není vidět, ale myslím na to.“</p> <p>P5: „Cítím se jak rozbitá panenka, které něco sebraly a vrátit ji to nemůžou.“</p> <p><i>Kód: výčitky</i></p> <p>P1: „Udělala jsem chybu, měla jsem na ten čípek jít už dřív. Zase tu byl můj malinkej kluk a nevydržel by to beze mě.“</p> <p>P2: „Byla jsem smutná a naštvaná zároveň. Taky jsem si pořád opakovala, proč právě já. Žila jsem hektický život a měla jsem se asi zastavit.“</p> <p>P3: „Že to nějak není možný. Proč se to děje zrovna mě. Udělala jsem něco špatně. Asi že, ... nevím.“</p> <p>P5: „Byla jsem hloupá, že jsem to nechala zajít takhle daleko. Měla jsem na tu gyndu chodit pravidelně.“</p> <p><i>Kód: soběstačnost</i></p> <p>P2: „Měla jsem strach z toho, že se o mě budou muset starat. Jako, že nebudu moct sama.“</p> <p>P4: „Bála jsem se, že se o mě manžel bude muset starat.“</p> <p>P5: „Napadlo mě taky, abych potom nezůstala na krku synovi a rodičům.“</p> |

Sebeúcta a uznání podporuje naše sebevědomí a utváří obraz našeho já. Umocňuje se našimi úspěchy v životě. Pokud je žena zasažena tumorem děložního hrdla, může být narušen pohled na ní samotnou, cítí se méně atraktivní, a to má za následek zvýšení této potřeby. Zásadní je cítit se ve svém těle příjemně a mít pocit, že je ženou. Závažnost nemoci a indikace k hysterektomii mělo za následek narušení tohoto pocitu u P1, P2, P3, P4 i P5. Tím vzniklo narušení sebeúcty a uznání k sobě samé.

P1, P2, P3 a P5 měly vůči sobě výčitky z důvodu rozhodnutí, které udělaly v minulosti. Tím se narušilo jejich sebevědomí, které mělo za následek vzniku potřeby sebeúcty a uznání. Tudíž se nenaplnovala ani potřeba jistoty a bezpečí.

P2, P4 a P5 měla obavy, že se o sebe v budoucnu nedokáže postarat. Tím se snížilo její sebevědomí a zvýšila se jak potřeba sebeúcty, tak i potřeba jistoty a bezpečí.

Obrázek 5 – Kategorie Sebeúcta a uznání



Zdroj – vlastní

Čtvrtá kategorie Sebeúcty a uznání obsahuje tři kódy. Kód ztráta ženství se vyskytl u všech participantek, tedy u P1, P2, P3, P4 a P5. Kód výčitky se vyskytl 4krát, U P1, P2, P3 a P5. Kód soběstačnost se vyskytl u P2, P4 a P5.

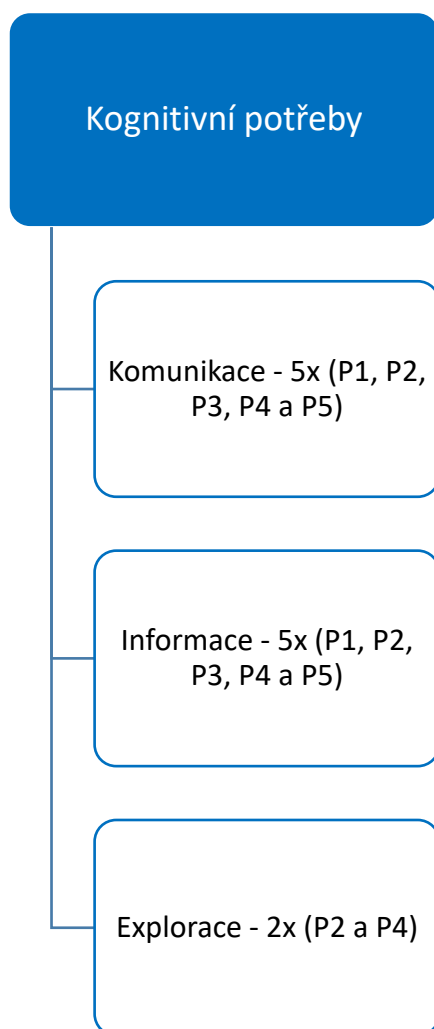
Tabulka 5 – Kognitivní potřeby

| |
|--|
| <p>Kategorie: Kognitivní potřeby</p> |
| <p>Kód: komunikace</p> <p>P1: „Doktoři i sestřičky byli a jsou perfektní i teď. Ke mně personál úžasný na ambulancích i tady na oddělení.“</p> <p>„Chci jim vyplnit dotazník, jak jsem spokojená. Na jedničku tady.“</p> <p>P2: „Se všemi mám krásný vztah. Za celou dobu se mi nestalo, že nikdo na mě nebyl milej.“</p> <p>„Nemůžu říct, že bych se s nějakou negativní sestrou setkala.“</p> <p>P3: „Doktor mi tu diagnózu oznámil, jaký vyšetření budu muset podstoupit kvůli operaci a kdy na ni nastoupím a tím to končilo.“</p> <p>„Sestra mi oznámila, že se musím zeptat doktora. Moc mi nevysvětlila, co bude.“</p> <p>P4: „Doktor mi narovinu řekl, co mě čeká a co musím podstoupit, to je sice dobře, ale neřekl mi to úplně vhodně, bylo to trochu neslušné mi přišlo. Lepší to bylo tady na oddělení, úplně jiný přístup.“</p> <p>P5: „S doktorem i sestrou jsem spokojená, nic na mě nehráli, nelhali mi a řekli všechno, co se dá dělat.“</p> <p>Kód: informace</p> <p>P1: „Všechno mi vysvětlili, všechno mi řekli, na všechno mě připravili, na vyšetření i na operaci.“</p> <p>P2: „Chtěla jsem znát všechno. Já to všechno narovinu chtěla a nebyl problém, doktor mi to řekl.“</p> <p>P3: „Musela jsem se doptávat na plno věcí a potom mi odpověděli, ale jinak by mi nic moc neřekli.“</p> <p>P4: „Kdybych se nezeptala, věděla bych asi jen půlku z toho, co bych potřebovala vědět.“</p> <p>P5: „Doktor mi vysvětlil a připravil na všechny vyšetření, které musím kvůli operaci podstoupit. Sestřičky taky milé, všechno vysvětlili.“</p> <p>Kód: explorace</p> <p>P2: „Hledala jsem si věci na internetu, to jsem taky dělat neměla, na internetu najdete lecos. To mě vystrašilo ještě víc.“</p> <p>P4: „Měla jsem tendenci hledat informace na internetu, hlavně o chemoterapii, co to způsobuje a bylo mi špatně už z toho, že jsem to četla.“</p> |

Jedna z úloh sestry v ošetrovateľskej péči o onkologickú pacientku je kvalitní verbální i neverbální komunikace. Vytvářením příjemného prostředí, výběrem slov, postojem a gesty může sestra odstranit pocit nejistoty, strachu a obav. V některých případech sestra netuší, jak má s takovou ženou mluvit. To u pacientky vede ke zvýšené potřebě mít jistotu. Neuspokojení má negativní vliv na psychickou stránku ženy a včasné uzdravení. Tímto nedostatkem se projevila kognitivní potřeba a zvýšila se potřeba jistoty a bezpečí u P3 a P4. Naopak u P1, P2 a P5 se naplněním kognitivních potřeb saturovala potřeba jistoty a bezpečí.

Saturace kognitivní potřeby u P1, P2 a P5 mělo za následek podání dostatečného množství pravdivých informací. Tím se naplnila potřeba jistoty a bezpečí. U P2 a P4 se potřeba kognitivní a potřeba jistoty a bezpečí zvyšovala hledáním si informací na internetu. U P3 a P4 se doptáváním na svůj zdravotní stav zvyšovala potřeba kognitivní, což vedlo k nenaplnění potřeby jistoty a bezpečí. Až po podání dostatečného množství informací se u P3 a P4 saturovaly potřeby jistoty a bezpečí a potřeby kognitivní.

Obrázek 6 – Kategorie Kognitivní potřeby



Zdroj – vlastní

Poslední kategorie Kognitivní potřeby obsahuje celkem tři kódy. Kód komunikace a kód informace se vyskytl u všech pěti participantek, tedy u P1, P2, P3, P4 a P5. Kód explorace se vyskytl u P2 s P4.

10 PREZENTACE A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

10.1 Shrnutí rozhovoru participantky číslo 1

Dílčí cíl číslo 1: zmapovat nižší potřeby pacientky s karcinomem děložního hrdla hospitalizované na gynekologickém oddělení od sdělení diagnózy do podstoupení operačního výkonu.

Výzkumná otázka číslo 1: *Jaké nižší potřeby má pacientka s karcinomem děložního hrdla hospitalizovaná na gynekologickém oddělení od sdělení diagnózy do podstoupení operačního výkonu?*

Nižší potřeby zahrnují potřeby fyziologické a potřeby jistoty a bezpečí.

Psychickou pohodu u P1 narušovalo krvácení, které neustávalo a permanentní výměna vložky. Tím měla P1 stále špatnou náladu. Tato nepříjemnost narušila uspokojení sexuální potřeby. Podporou ze strany manžela a vzájemnou důvěrou mezi nimi, neměla tato potřeba zásadní vliv na narušení psychické pohody a byla částečně saturována. Nejistými plány do budoucnosti byla P1 vyčerpaná a zvýšila se potřeba spánku a odpočinku.

Potřeba jistoty a bezpečí se u P1 umocňovala strachem ze smrti, obavou o onemocnění dcery stejným onemocněním a nejistotou, jak dopadne operace, zda bude muset postoupit ozařování či chemoterapii. Saturace této potřeby byla způsobena informacemi, že radioterapii ani chemoterapii nebude muset podstupovat. Taktéž zjištěním, že se díky operaci uzdraví a nebude po operaci menstruovat. Tímto se naplnila i potřeba spánku a odpočinku.

Dílčí cíl číslo 2: zmapovat vyšší potřeby pacientky s karcinomem děložního hrdla hospitalizované na gynekologickém oddělení od sdělení diagnózy do podstoupení operačního výkonu.

Výzkumná otázka číslo 2: *Jaké vyšší potřeby má pacientka s karcinomem děložního hrdla hospitalizovaná na gynekologickém oddělení od sdělení diagnózy do podstoupení operačního výkonu?*

Do vyšších potřeb zahrnujeme potřebu lásky a sounáležitosti, potřebu sebeúcty a uznání a kognitivní potřeby.

Stejně jako u P2 a P3 byla naplněna potřeba lásky a sounáležitosti podporou a projevem lásky ze strany rodiny. Tato potřeba byla naplněna i zvýšenou potřebou starání se o své potomky.

Výčitkami z rozhodnutí, které učinila v minulosti a ztrátou ženství způsobenou neustálým krvácením a pocitem trapnosti, se objevila potřeba sebeúcty a uznání. Tím byl narušen pocit jistoty a bezpečí. Naplněním potřeb lásky a sounáležitosti došlo k saturaci této potřeby a tím i snížení pocitu nejistoty.

Kognitivní potřeby byly saturovány kvalitní komunikací mezi ní, lékařem a sestrou. To vedlo k uspokojení potřeby jistoty a bezpečí. Stejně tak dostatečné množství informací mělo pozitivní dopad na snížení pocitů nejistoty.

10.2 Shrnutí rozhovoru participantky číslo 2

Dílčí cíl číslo 1: zmapovat nižší potřeby pacientky s karcinomem děložního hrdla hospitalizované na gynekologickém oddělení od sdělení diagnózy do podstoupení operačního výkonu.

Výzkumná otázka číslo 1: *Jaké nižší potřeby má pacientka s karcinomem děložního hrdla hospitalizovaná na gynekologickém oddělení od sdělení diagnózy do podstoupení operačního výkonu?*

Nižší potřeby zahrnují potřeby fyziologické a potřeby jistoty a bezpečí.

Z fyziologických potřeb měla P2 potřebu být bez bolesti, která narušovala její psychickou pohodu. Ta se uspokojila intervencemi, které sestra v rámci ošetrovatelské péče použila. Vlivem podstoupení chemoterapie a pocitem nejistoty, zda tento typ terapie pomůže, měla za následek zvýšenou potřebu spánku. Ta byla uspokojena po zjištění úspěchu léčby. Sexuální potřeba je narušena sexuální absencí, ale částečně saturována podporou manžela.

P2 měla strach z odchodu ze světa a obavy, zda bude chemoterapie úspěšná. Za uspokojení této potřeby byla zodpovědná její rodina, která ji projevovala lásku a podporu. Úspěšností chemoterapie a možností podstoupení hysterektomie byla taktéž tato potřeba uspokojena.

Dílčí cíl číslo 2: zmapovat vyšší potřeby pacientky s karcinomem děložního hrdla hospitalizované na gynekologickém oddělení od sdělení diagnózy do podstoupení operačního výkonu.

Výzkumná otázka číslo 2: *Jaké vyšší potřeby má pacientka s karcinomem děložního hrdla hospitalizovaná na gynekologickém oddělení od sdělení diagnózy do podstoupení operačního výkonu?*

Do vyšších potřeb zahrnujeme potřebu lásky a sounáležitosti, potřebu sebeúcty a uznání a kognitivní potřeby.

Potřeba lásky a sounáležitosti se u P2 saturovala podporou rodiny a navazováním nových přátelských vztahů. Tím se umocnil i pocit jistoty a bezpečí.

Ztráta ženství, výčitky z minulých rozhodnutí a obavy ze ztráty soběstačnosti, vedla ke snížení sebevědomí a vznikem potřeby sebeúcty a uznání. Projevy podpory a lásky rodiny se tato potřeba částečně saturovala a současně s ní i pocit jistoty a bezpečí.

Dostatečnou komunikací i množstvím informací se kognitivní potřeba částečně saturovala už od sdělení diagnózy. To mělo velice pozitivní dopad na uspokojení potřeby jistoty a bezpečí.

10.3 Shrnutí rozhovoru participantky číslo 3

Dílčí cíl číslo 1: zmapovat nižší potřeby pacientky s karcinomem děložního hrdla hospitalizované na gynekologickém oddělení od sdělení diagnózy do podstoupení operačního výkonu.

Výzkumná otázka číslo 1: *Jaké nižší potřeby má pacientka s karcinomem děložního hrdla hospitalizovaná na gynekologickém oddělení od sdělení diagnózy do podstoupení operačního výkonu?*

Nižší potřeby zahrnují potřeby fyziologické a potřeby jistoty a bezpečí.

Krvácení narušovalo P3 psychickou pohodu. Následkem krvácení měla snížené množství železa. Tím se zvyšovala základní fyziologická potřeba spánku. Ta se podařila částečně uspokojit úpravou diety o potraviny bohaté na železo. Sexuální potřeba byla narušena stálým krvácením, ale byla částečně saturována podporou ze strany partnera.

Strachem ze smrti, pocitem beznaděje a nejistotou z budoucnosti se vytvořila potřeba jistoty a bezpečí, která se umocňovala nedostatečným podáním informací od lékaře a sestry. Projevem lásky a podpory ze strany rodiny a podáním dostatečného množství informací se saturovala potřeba jistoty a bezpečí. Uspokojení této potřeby způsobila i naděje a víra na uzdravení kvůli rodině.

Dílčí cíl číslo 2: zmapovat vyšší potřeby pacientky s karcinomem děložního hrdla hospitalizované na gynekologickém oddělení od sdělení diagnózy do podstoupení operačního výkonu.

Výzkumná otázka číslo 2: *Jaké vyšší potřeby má pacientka s karcinomem děložního hrdla hospitalizovaná na gynekologickém oddělení od sdělení diagnózy do podstoupení operačního výkonu?*

Do vyšších potřeb zahrnujeme potřebu lásky a sounáležitosti, potřebu sebeúcty a uznání a kognitivní potřeby.

U P3 se objevila potřeba lásky a sounáležitosti, která byla uspokojována podporou a projevy lásky ze strany rodiny, staráním se o potomky a vytvářením přátelských vztahů. To mělo pozitivní dopad na obnovení pocitu jistoty a bezpečí.

Pocit méněcennosti, nepřítalivosti a vyčítání si rozhodnutí z minulosti, mělo za následek snížení sebevědomí a vzniku potřeby sebeúcty a uznání. Podporou rodiny byla tato potřeba částečně saturována a snížena i potřeba bezpečí a jistoty.

Nedostatečnou komunikací a nedostatečnými informacemi ohledně zdravotního stavu se u P3 zvýšila kognitivní potřeba. Tím se zvyšovala i potřeba jistoty a bezpečí. Poté, co se P3 podařilo svými dotazy zjistit všechny potřebné informace o svém zdravotním stavu a dalším postupu, byla kognitivní potřeba uspokojena a následně snížena potřeba jistoty a bezpečí.

10.4 Shrnutí rozhovoru participantky číslo 4

Dílčí cíl číslo 1: zmapovat nižší potřeby pacientky s karcinomem děložního hrdla hospitalizované na gynekologickém oddělení od sdělení diagnózy do podstoupení operačního výkonu.

Výzkumná otázka číslo 1: *Jaké nižší potřeby má pacientka s karcinomem děložního hrdla hospitalizovaná na gynekologickém oddělení od sdělení diagnózy do podstoupení operačního výkonu?*

Nižší potřeby zahrnují potřeby fyziologické a potřeby jistoty a bezpečí.

Z fyziologických potřeb se u P4 objevila potřeba být bez bolesti, která narušovala psychickou pohodu. Kvalitní ošetrovatelskou péčí se potřeba částečně saturovala. Následkem podstupování chemoterapie a obav, zda tato léčba bude úspěšná, měla P4 zvýšenou potřebu spánku a odpočinku. Ta byla uspokojena po zjištění úspěšnosti léčby. Sexuální potřebu narušila bolest při koitu, tato potřeba byla částečně saturována podporou manžela.

Potřeba jistoty a bezpečí se u P4 projevila strachem ze smrti a nejistotou z úspěšnosti chemoterapie. Ta byla saturována zjištěním, že terapie zabrala a žena mohla podstoupit hysterektomii. Možností se věnovat svému koníčku přispělo k uspokojení potřeby jistoty a bezpečí. Také manželova podpora měla pozitivní vliv na uspokojení této potřeby.

Dílčí cíl číslo 2: zmapovat vyšší potřeby pacientky s karcinomem děložního hrdla hospitalizované na gynekologickém oddělení od sdělení diagnózy do podstoupení operačního výkonu.

Dílčí otázka číslo 2: *Jaké vyšší potřeby má pacientka s karcinomem děložního hrdla hospitalizovaná na gynekologickém oddělení od sdělení diagnózy do podstoupení operačního výkonu?*

Do vyšších potřeb zahrnujeme potřebu lásky a sounáležitosti, potřebu sebeúcty a uznání a kognitivní potřeby.

Podporou manžela byla naplněna potřeba lásky a sounáležitosti a tím částečně uspokojena potřeba jistoty a bezpečí.

Zjištění, že P4 bude muset podstoupit hysterektomii vyvolalo pocit ztráty ženství a vznik potřeby sebeúcty a uznání. Strachem z neschopnosti se o sebe postarat tuto potřebu

umocnilo. Podporou ze strany manžela se potřeba sebeúcty saturovala. Tím se částečně saturovala i potřeba jistoty a bezpečí.

Nevhodnou komunikací ze strany lékaře a doptávání se informací ohledně svého zdravotního stavu, mělo za následek vzniku kognitivní potřeby. Ta se zvýšila hledáním si informací na internetu. Až po podání dostatečného množství informací se kognitivní potřeba saturovala a s ní i potřeby jistoty a bezpečí.

10.5 Shrnutí rozhovoru participantky číslo 5

Dílčí cíl číslo 1: zmapovat nižší potřeby pacientky s karcinomem děložního hrdla hospitalizované na gynekologickém oddělení od sdělení diagnózy do podstoupení operačního výkonu.

Výzkumná otázka číslo 1: *Jaké nižší potřeby má pacientka s karcinomem děložního hrdla hospitalizovaná na gynekologickém oddělení od sdělení diagnózy do podstoupení operačního výkonu?*

Nižší potřeby zahrnují potřeby fyziologické a potřeby jistoty a bezpečí.

Neustálé krvácení způsobilo narušení psychické pohody u P5. Obavou z nejasné budoucnosti byla P5 velice unavená a zapříčinila vznik zvýšené potřeby spánku a odpočinku. Tato potřeba byla saturována po podání dostatečného množství informací. O sexuální potřebě se P5 nezmiňovala.

Potřeba jistoty a bezpečí byla narušena strachem z odchodu a vědomím, že by tu nechala svého syna samotného. Pocit nejistoty byl uspokojen podáním informací o zdravotním stavu a projevem lásky ze strany syna a rodičů. Tím se částečně saturovala potřeba jistoty a bezpečí. Pocit víry a naděje na uzdravení způsobil uspokojení potřeby jistoty a bezpečí.

Dílčí cíl číslo 2: zmapovat vyšší potřeby pacientky s karcinomem děložního hrdla hospitalizované na gynekologickém oddělení od sdělení diagnózy do podstoupení operačního výkonu.

Dílčí otázka číslo 2: *Jaké vyšší potřeby má pacientka s karcinomem děložního hrdla hospitalizovaná na gynekologickém oddělení od sdělení diagnózy do podstoupení operačního výkonu?*

Do vyšších potřeb zahrnujeme potřebu lásky a sounáležitosti, potřebu sebeúcty a uznání a kognitivní potřeby.

Potřeba lásky a sounáležitosti byla uspokojena podporou a projevem lásky ze strany syna a jejích rodičů. Prožívání svých pocitů s přítelkyní mělo pozitivní vliv na uspokojení této potřeby.

P5 se cítila jako „rozbitá panenka“ z důvodu podstoupení hysterektomie. Měla výčitky z rozhodnutí, které udělala v minulosti a strach z neschopnosti se o sebe postarat. To způsobilo vznik potřeby sebeúcty a znání a zvýšila se potřeba jistoty a bezpečí. Vlivem projevu lásky a podpory ze strany rodiny, byla potřeba sebeúcty a potřeba jistoty saturována.

Kvalitní komunikací a podáním dostatečného množství informací o svém zdravotním stavu a dalším postupu, měla P5 uspokojenou kognitivní potřebu. Tím byla saturována i potřeba jistoty a bezpečí.

DISKUZE

Tématem této bakalářské práce je Ošetrovatelská péče o ženu s karcinomem děložního hrdla. V období, kdy je ženě sdělena závažnost jejího zdravotního stavu, dochází na různá vyšetření, je jí indikován operační zákrok nebo čeká na výsledky vyšetření, je pro ni velice fyzicky i psychicky náročné. Ženu provází nejrůznější myšlenky a klade si otázky, zda zvládne operační zákrok, zda výsledky dopadnou v pořádku, co bude s rodinou, co bude se mnou a mnoho dalších. Je dobré se v rámci ošetrovatelské péče o ženu s karcinomem děložního hrdla zaměřit i na její potřeby, kterých má žena od doby sdělení diagnózy do podstoupení operačního zákroku mnoho. V literatuře od paní doktorky Plevové (2018) je uvedeno, že v rámci ošetrovatelské péče sestra přistupuje k pacientce jako k celku, pohlíží na ni jako na holistickou bytost, tedy se stará o bio-psycho-sociální stránku ženy, a nezaměřuje se jen na její porušenou část či funkci.

Praktická část bakalářské práce je zaměřena na zmapování potřeb pacientky v období od sdělení diagnózy do podstoupení operačního zákroku. K výzkumnému šetření byla použita metoda kvalitativního výzkumu, která byla zprostředkována formou hloubkového rozhovoru. Tento rozhovor umožní zkoumat členy určitého prostředí a specifické skupiny. Díky tomu lze zachytit odpovědi participantek v jejich přirozené podobě. Pro hloubkový rozhovor bylo vybráno pět pacientek, které byly hospitalizované na gynekologickém oddělení Nemocnice Strakonice, a. s. Oblasti nižší a vyšší potřeby byly určeny dle stanovených dílčích cílů. Rozhovory byly nahrány na diktafon a pomocí otevřeného kódování a metodou tužka/papír byly záznamy analyzovány. Ze záznamů byly určeny kódy, dle kterých byly určeny jednotlivé kategorie. Ze získaných dat z hloubkového rozhovoru lze zodpovědět dva dílčí cíle, které byly předem stanoveny.

Prvním stanoveným dílčím cílem je – zmapovat nižší potřeby pacientky s karcinomem děložního hrdla hospitalizované na gynekologickém oddělení od sdělení diagnózy do podstoupení operačního výkonu. V něm byla stanovena oblast nižší potřeby. Ta byla rozdělena na dvě kategorie, které popisuje Maslowova pyramida potřeb. Ke každé kategorii je přiložen tvarový diagram, který ukazuje, u kolika pacientek se daný kód vyskytl.

První kategorií jsou fyziologické potřeby. Ta je umístěna na nejspodnější úrovni Maslowovy hierarchie potřeb. Uspokojení těchto potřeb nám pomáhá k přežití organismu. Tato subkategorie obsahuje čtyři kódy, kterými jsou potřeba nekrvácet, vyčerpanost, sexualita a potřeba být bez bolesti. První kód potřeba nekrvácet narušil u třech participantek, (P1,

P3 a P5) jejich náladu a komfort. To mělo negativní dopad na psychickou stránku ženy a tím se umocnila vyšší potřeba, potřeba sebeúcty a uznání. Kód, který se vyskytl u všech pěti participantek byla vyčerpanost, která zapříčinila vzniku potřeby spánku a odpočinku. U P1 a P5 se tato potřeba objevila nejistotou a strachem, co bude v budoucnosti. Jak je uvedeno v literatuře od Trachtové (2018): „*Spánek je narušován negativními emocemi. Člověk, který prožívá osobní problémy, ztrácí schopnost uvolnění a potíže s usínáním.*“ P2 a P4 byly vyčerpané z indikované terapie před operací a měly obavy, zda chemoterapie zabere. Tato potřeba se částečně uspokojila zjištěním, že indikovaná léčba před operací zabrala, a P2 a P4 mohly podstoupit hysterektomii. P3 se cítila unavená z důvodu sníženého množství železa v krvi, které bylo způsobeno neustálým krvácením. Úpravou diety se u P3 částečně uspokojila potřeba spánku. Při ošetrovatelské péči se sestra snaží únavu zmírnit a zvýšit kvalitu spánku různými intervencemi, například úpravou diety, která obsahuje potraviny bohaté na železo. Toto se shoduje s názorem paní doktorky Zajícové (2012), která ve svém článku uvádí, že jeden ze způsobů podání železa, je doplnění diety o potraviny bohatých na železo, ke kterým řadíme například játra, brokolice, také luštěniny a sušené ovoce – rozinky.

Třetí kód sexualita se vyskytl u čtyř participantek. P5 o tomto tématu nechtěla hovořit. P1 – P4 pociťovaly potřebu sexuálního uspokojení. Ta byla narušena vzniklým onemocněním, apetencí, a krvácením. Sexuální potřeba se částečně saturovala chováním a podporou ze strany manžela. Dokazuje to i kniha Šrámkové (2013), která uvádí, že v dobře fungujícím vztahu je přirozené poskytnout citovou a morální podporu onkologicky nemocnému jedinci. Kód potřeba být bez bolesti se vyskytl u P2 a P4. Pociťovaly bolest v podbříšku, která způsobila únavu a narušovala psychickou pohodu. S tímto se shoduje bakalářská práce Pokorné (2016), ve které jeden z respondentů uvádí, že má narušenou kvalitu spánku a z důvodu bolesti nemůže doprovázet partnera na společenské akce. V rámci ošetrovatelské péče se sestra snaží o to, aby byl pacient bez bolesti. Mezi ošetrovatelské činnosti patří například hodnocení intenzity bolesti dle vizuální analogové škály nebo učení neinvazivních kroků pro zmírnění bolesti. O tomto se zmiňuje i Trachtová (2018), která v knize uvádí, že pro hodnocení intenzity bolesti můžeme využít vizuální analogovou škálu a pro zmírnění bolesti naučit pacienta relaxovat masáží nebo teplou lázní.

Druhá kategorie je zaměřena na potřeby jistoty a bezpečí. Ta patří na druhou úroveň pyramidy potřeb. Je to touha po stabilitě, důvěře a naději, že vše dobře dopadne. V období nemoci se tato potřeba dostává na první místo. Dle výpovědí participantek byly určeny čtyři kódy. První dva kódy – strach a obavy a kód nejistota, se vyskytly u všech pěti participantek,

(P1 – P5). Shodly se, že měly strach ze smrti, měly pocity nejistoty, zda to všechno dobře dopadne a bály se o svou rodinu. Tímto se potřeba jistoty a bezpečí dala do popředí. Ve zdravotnických zařízeních vidíme, že potřeba jistoty a bezpečí se řadí na jedno z předních míst Maslowovy hierarchie potřeb. I v knize Trachtové (2018) je uvedeno: „*Pokud nejsou potřeby jistoty a bezpečí uspokojeny, nemocný psychicky a fyzicky strádá, neuspokojení potřeb pociťuje jako ohrožení své existence z vnějšku.*“ Třetí kód pocit klidu se vyskytl u P1 – P5 a byl zprostředkován dostatečným množstvím podaných pozitivních informací. Všechny participantky se shodly, že možnost uzdravení a přítomnost rodiny, jim dávalo zvýšený pocit jistoty. To mělo za následek saturování potřeby jistoty a bezpečí. U P3 a P5 se vyskytla potřeba mít naději a věřit, že se uzdraví. Tento pocit pomáhal P3 a P5 lépe se vyrovnat se svým zdravotním stavem, což mělo pozitivní vliv na uspokojení potřeby jistoty a bezpečí. Toto zjištění popisuje paní doktorka Dostálová (2016), která uvádí, že důvěra a naděje u pacienta umožňuje lépe snášet jeho současný zdravotní stav, sestra jeho naději podporuje a ponechává ji v míře, kterou si nemocný sám určí.

Druhým stanoveným dílčím cílem je – zmapovat vyšší potřeby pacientky s karcinodem děložního hrdla hospitalizované na gynekologickém oddělení od sdělení diagnózy do podstoupení operačního výkonu. V něm byla stanovena oblast vyšší potřeby, která byla rozdělena na tři kategorie popisující Maslowova pyramida potřeb. V tvarovém diagramu (obrázek 1) je zobrazena četnost kódů vyšších potřeb, tedy číslo udávající, kolikrát se jednotlivý kód vyskytl.

Třetí kategorii tvoří potřeba lásky a sounáležitosti, ve které byly stanoveny celkem tři kódy. V období nemoci má žena potřebu být něčí součástí, být milována svou rodinou a lásku jim oplácet. Potřebuje ujištění, že není v tomto období sama a má někoho, kdo ji podpoří. Kód láska a podpora rodiny se vyskytl u všech participantek (P1 – P5). Shodly se, že v období od sdělení diagnózy do podstoupení operačního zákroku je pro ně velice důležité mít po boku svou rodinu, cítit jejich lásku a podporu. To mělo velice pozitivní vliv na uspokojení potřeby lásky a sounáležitosti. O tomto se ve své knize zmiňuje i Knapová (2019), která uvádí, že: „*Potřeba být přijat a spjat se skupinou, být pozitivně přijímán, podílet se na týmové práci a být v týmu užitečný, přináší jedinci uspokojení.*“ Naplněním potřeby lásky a sounáležitosti se saturovala potřeba sebeúcty i potřeba jistoty a bezpečí, která byla pro všechny participantky prioritou.

U tří participantek, (P2, P3 a P5) se vyskytl kód afiliace neboli potřeba navazovat nové kontakty a vztahy s lidmi. P2 se seznámila s další pacientkou, která měla stejný problém jako ona. Její vyrovnání se s nemocí zapříčinilo P2 zvýšené sebevědomí a uspokojení potřeby sebeúcty i potřeby jistoty a bezpečí. P3 a P5 uspokojovalo potřebu lásky a sounáležitosti přítomnost blízké osoby. Tím se zvýšilo jejich sebevědomí a uspokojovala se potřeba sebeúcty a uznání i potřeba jistoty a bezpečí. U P1 a P3 se vyskytl kód ošetřování. Ty si potřebu lásky a sounáležitosti kompenzovaly zvýšeným staráním se o své potomky, a to zmírnilo potřebu jistoty a bezpečí.

Čtvrtá kategorie je tvořena potřebou sebeúcty a uznání, které patří čtvrté místo na Maslowově pyramidě potřeb. V této subkategorii byly stanoveny tři kódy. Nejvíce se vyskytl kód ztráta ženství a projevil se u participantek P1 – P5. V rámci léčebného procesu byla všem pacientkám indikována hysterektomie. Z tohoto důvodu se všechny participantky cítily méně atraktivní a připadaly si neúplné. To mělo negativní dopad na jejich sebevědomí, což zapříčinilo vznik potřeby sebeúcty a uznání. O tomto se ve své knize zmiňuje Knapová (2019), která uvádí, že: „*Neuspokojení této potřeby má za následek vznik pocitu méněcennosti, slabosti a beznaděje, závislosti a pasivity.*“ Projevem lásky a podpory ze strany rodiny mělo pozitivní vliv na saturování potřeby sebeúcty. Tím se zvýšilo i uspokojení potřeby jistoty a bezpečí. Kód výčitky se vyskytl u čtyř participantek. P1, P2, P3 a P5 si vyčítaly rozhodnutí, které udělaly v minulosti. To způsobilo narušení sebevědomí a umocnění potřeby sebeúcty a uznání. P2, P4 a P5 měly obavy, že se o sebe v budoucnu nedokáží postarat a vyskytl se u nich kód soběstačnost. Tím se snížilo jejich sebevědomí, zvýšila se potřeba sebeúcty, i potřeba jistoty a bezpečí. Vědomím, že mají podporu a lásku ze strany rodiny se naplnila potřeba sebeúcty a následně potřeba jistoty a bezpečí. I v nemocnici můžeme vidět, že pokud je poskytována podpora a láska ze strany rodiny, má to velice pozitivní dopad na psychickou stránku pacientek. Toto tvrzení uvádí i Dostálová (2016): „*Je dobře, má-li pacient někoho, koho může milovat a kdo mu jeho lásku opětuje. Pacient cítí, že není opuštěný, že se někdo o něho zajímá, že někomu na něm záleží a chce mu pomoci.*“

Pátou kategorií tvoří kognitivní potřeby, která je součástí nejvyšší úrovně hierarchie potřeb. Zahrnujeme sem touhu porozumět, vědět a poznávat. V této subkategorii byly určeny tři kódy. U všech participantek, u P1 – P5, se nejčastěji projeví kódy komunikace a informace. Právě tyto dva kódy velice ovlivňovaly uspokojení kognitivní potřeby a zároveň uspokojení potřeby jistoty a bezpečí, která se pro ně stala prioritou. Tři z pěti participantek (P1, P2 a P5) měly velice dobrý vztah s lékaři i sestrami, kteří podáním všech informací a kvalitní

komunikací přispěli k uspokojení kognitivní potřeby a zároveň pocitům jistoty a bezpečí. U P2 a P4 se vyskytl kód explorační nebo dotazování se a uspokojení zvědavosti. Vznik tohoto kódu zapříčinila potřeba hledání si informací o svém zdravotním stavu na internetu. P3 a P4 se shodly, že komunikace s lékaři a sestrami nebyla tak věcná, aby uspokojila kognitivní potřebu. Tím se nepodařilo saturovat ani potřebu jistoty a bezpečí. Hledáním odpovědí na své otázky si P4 kompenzovala uspokojení kognitivní potřeby a zároveň potřebu jistoty a bezpečí. U P3 a P4 se kognitivní potřeba saturovala až po podání dostatečného množství informací a zároveň se uspokojila potřeba jistoty a bezpečí. Z toho vyplývá, že kvalitní komunikace a podání všech potřebných informací vede k uspokojení touhy po jistotě a stabilitě v životě. Jak uvádí Zacharová (2016): „Komunikací člověk uspokojuje smysl života. Je-li výsledkem uspokojivé komunikace životní spokojenost, naplňuje svůj životní úkol. Komunikujeme, abychom se udrželi psychicky zdraví a lidsky celiství.“

Hlavním cílem bylo zmapovat potřeby pacientky s karcinomem děložního hrdla v předoperačním období hospitalizované na gynekologickém oddělení. Z výzkumného šetření vyplývá, že se pro účastnici stala nižší potřeba jistoty a bezpečí prioritou a umocnily se potřeby na vyšší úrovni Maslowovy hierarchie potřeb. Projevy lásky a podpora rodiny zapříčinila uspokojení potřeby lásky a sounáležitosti. Tím se uspokojovala i potřeba sebeúcty a uznání, která se projevila hlavně ztrátou pocitu být ženou. Vznik kognitivní potřeby způsobila hlavně touha po kvalitní komunikaci a dostatečném množství informací. Po naplnění těchto potřeb se mohla zcela saturovat potřeba jistoty a bezpečí. Neboli jak uvádí Trachtová (2018): „Kde chybí v životě pořádek a řád, stojí uspokojení potřeby jistoty a bezpečí na prvním místě.“

DOPORUČENÍ PRO OŠETŘOVATELSKOU PRAXI

Z výzkumného šetření vyplývá, že je pro ženy zásadní uspokojení potřeby jistoty a bezpečí. Tato potřeba je uspokojována tím, jak jsou uspokojeny potřeby vyšší, ke kterým řadíme potřeby lásky a sounáležitosti, potřeby sebeúcty a uznání a kognitivní potřeby. Pokud má žena podporu rodiny, cítí se ve svém těle dobře, funguje komunikace mezi ní a zdravotnickým personálem a dostane potřebné množství informací, je potřeba jistoty a bezpečí zcela uspokojena. Doporučením pro praxi je zaměřit se na uspokojení této potřeby. Saturaci potřeby jistoty a bezpečí můžeme uskutečnit zapojením rodiny a blízkých do léčebného procesu, zajistit konzultaci s psychologem a podávat dostatečné množství pravdivých informací o zdravotním stavu ženy. Také můžeme doporučit zapojení se do jedné z partnerských

organizaci Veronica, která sdružuje pacientky s onkogynekologickými nádory. Organizace pořádá například workshopy, setkání s ostatními pacientkami, konzultace s lékaři a dává relevantní informace o nemoci. Má vlastní webové stránky www.pacientka-organizace.cz, které si žena může prohlédnout a dozvědět se něco nového nebo si přečíst příběhy jiných pacientek. Je tu také obrovský prostor pro další výzkumné šetření, do kterého můžeme zařadit, jaké potřeby pacientky staví na první místo v pooperačním období. Specifikem pooperační péče o pacientky po gynekologické operaci se zabývá Slezáková (2017).

Na základě zjištěných výsledků a žádosti vedení gynekologicko-porodnického oddělení Nemocnice Strakonice, a. s., byl vytvořen tvarový diagram potřeb (příloha C), který znázorňuje, jaké nižší a vyšší potřeby má pacientka s karcinomem děložního hrdla od doby sdělení diagnózy do podstoupení operačního výkonu.

ZÁVĚR

Tématem této bakalářské práce je ošetrovatelská péče o ženu s karcinomem děložního hrdla.

Cílem práce bylo zmapovat potřeby pacientky s karcinomem děložního hrdla v předoperačním období hospitalizované na gynekologickém oddělení. Z tohoto cíle byly určeny dva dílčí cíle. Prvním cílem bylo zmapovat nižší potřeby pacientky s karcinomem děložního hrdla hospitalizované na gynekologickém oddělení od sdělení diagnózy do podstoupení operace. Druhým bylo zmapovat vyšší potřeby pacientky s tímto onemocněním hospitalizované na gynekologickém oddělení od sdělení diagnózy po dobu podstoupení operačního zákroku.

V teoretické části jsou popsány prekancerózy cervixu a typy maligních tumorů děložního hrdla. Dále jsou popsány metody, které se využívají pro diagnostiku, prevenci a terapii různých prekanceróz a maligních tumorů cervixu. Závěr teoretické části je věnován ošetrovatelské péči a potřebám o ženu s karcinomem děložního hrdla, je popsána předoperační, intraoperační, pooperační péče a úloha všeobecné a perioperační sestry v ošetrovatelství.

V praktické části jsem zmapovala potřeby pěti pacientek od doby sdělení jejich diagnózy po dobu podstoupení operačního výkonu. Pro získání dat jsem zvolila metodu kvalitativního výzkumu formou hloubkového rozhovoru. Dle stanovených dílčích cílů byly určeny dvě oblasti. Rozhovory byly nahrány na diktafon a pomocí otevřeného kódování a metodou tužka/papír byly záznamy analyzovány. Ze záznamů byly určeny kódy, dle kterých byly určeny jednotlivé kategorie. Z výzkumného šetření vyplývá, že se pro pacientky stala nižší potřeba jistoty a bezpečí prioritou. Po naplnění potřeb, které jsou na vyšší úrovni Maslowovy hierarchie potřeb, se mohla zcela saturovat potřeba jistoty a bezpečí.

Doporučením pro praxi je se v rámci ošetrovatelské péče zaměřit na uspokojení potřeb jistoty a bezpečí. Saturaci potřeby jistoty a bezpečí můžeme uskutečnit zapojením rodiny a blízkých do léčebného procesu, zajistit konzultaci s psychologem a podávat dostatečné množství pravdivých informací o zdravotním stavu ženy. Také můžeme doporučit zapojení se do jedné z partnerských organizací Veronica, která sdružuje pacientky s onkogynekologickými nádory. Je tu také obrovský prostor další výzkumné šetření, do kterého můžeme zařadit, jaké potřeby jsou prioritní pro pacientky v pooperačním období. Součástí

příloh je vytvořený tvarový diagram, který znázorňuje, jaké nižší a vyšší potřeby má pacientka s karcinomem děložního hrdla od doby sdělení diagnózy do podstoupení operačního výkonu.

SEZNAM LITERATURY

1. BÜCHLER, T. *Speciální onkologie*. 2. aktual. a dopl. vyd. Praha: Maxdorf, 2020. 296 s. ISBN 978-80-7345-651-1.
2. BURDA, P., ŠOLCOVÁ, L. *Ošetrovatelská péče 2. díl*. Praha: Grada Publishing, 2016. 234 s. ISBN 978-80-5334-8.
3. ČEPICKÝ, P. *Gynekologické minimum pro praxi*. Praha: Grada Publishing, 2021. 159 s. ISBN 978-80-271-4450-1.
4. ČEPICKÝ, P. a kol. *Kapitoly z diferenciální diagnostiky v gynekologii a porodnictví*. Praha: Grada Publishing, 2018. 232 s. ISBN 978-80-5604-2.
5. DOSTÁLOVÁ, O. *Péče o psychiku onkologicky nemocných*. Praha: Grada Publishing, 2016. 166 s. ISBN 978-80-247-5706-3.
6. DUBOVÁ, O., ZIKÁN, M. *Praktické repetitorium gynekologie a porodnictví*. Praha: Maxdorf, 2019. 863 s. ISBN 978-80-7345-599-6.
7. FAIT, T., ZIKÁN, M. a MAŠATA, J. *Moderní farmakoterapie v gynekologii a porodnictví*. Praha: Maxdorf, 2019. 624 s. ISBN 978-80-7345-607-8.
8. HAMPLOVÁ, L. *Veřejné zdravotnictví a výchova ke zdraví*. Praha: Grada Publishing, 2019. 132 s. ISBN 978-80-271-0568-7.
9. HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: základy metody a aplikace*. 4. přeprac. a roz. vyd. Praha: Portál, 2016, 440 s. ISBN 978-80-262-0982-9.
10. JANÍKOVÁ, E., ZELENÍKOVÁ, R. *Ošetrovatelská péče v chirurgii*. Praha: Grada Publishing, 2013. 265 s. ISBN 978-80-247-4412-4.
11. JEDLIČKOVÁ, J., SVOBODA, T. a WICHSOVÁ, J. *Perioperační zásady v kostce*. Praha: Grada Publishing, 2021. 152 s. ISBN 978-271-1727-7.
12. LIBOVÁ, I. a kol. *Ošetrovatelský proces v chirurgii II*. Praha: Grada Publishing, 2022. 136 s. ISBN 978-80-271-3514-1.

13. MÁLEK, J., ŠEVČÍK, P. a kol. *Léčba pooperační bolesti*. Praha: Mladá fronta, 2014. 196 s. ISBN 978-80-204-3522-4.
14. MASLOW, H., A., *Motivace a osobnost*. Praha: Portál, 2021. 376 s. ISBN 978-80-262-1728-2.
15. MAREŠOVÁ, P., FIALA, L. *Moderní postupy v gynekologii a porodnictví*. 2. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Mladá fronta, 2018. 542 s. ISBN 978-80-204-4852-1.
16. NOVOTNÝ, J., KLEIK, Z. a VÍTEK, P. a kol. *Onkologie v klinické praxi*. 2. vyd. Praha: Mladá fronta, 2016. 589 s. ISBN 978-80-204-3944-4.
17. ONDRUŠ, J. et al. *Screening karcinomu děložního hrdla*. Praha: Maxdorf, 2013. 77 s. ISBN 978-80-7345-322-0.
18. PLEVOVÁ, I. a kol. *Ošetrovatelství I*. 2. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada Publishing, 2018. 288 s. ISBN 978-80-271-0888-6.
19. PLEVOVÁ, I. a kol. *Ošetrovatelství II*. 2. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada Publishing, 2019. 200 s. ISBN 978-80-271-0889-3.
20. PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P. a kol. *Naděje v medicíně*. Praha: Grada Publishing, 2020. 440 s. ISBN 978-80-271-3077-1.
21. PUGNEROVÁ, M. a kol. *Psychologie*. Praha: Grada Publishing, 2019. 280 s. ISBN 978-80-271-0532-8.
22. ROB, L., MARTAN, A., a VENTRUBA, P. et. al. *Gynekologie*. 3. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Galén, 2019. 356 s. ISBN 978-80-7492-426-2.
23. SCHNEIDEROVÁ, M. *Perioperační péče*. Praha: Grada Publishing, 2014. 368 s. ISBN 978-80-247-4414-8.
24. SLEZÁKOVÁ, L. et al. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví*. 2. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada Publishing, 2017. 272 s. ISBN 978-80-271-9795-8.
25. ŠÁLKOVÁ, J. a kol. *Intenzivní péče v porodní asistenci*. Praha: Grada Publishing, 2021. 200 s. ISBN 978-80-271-0844-2.

26. ŠPAČEK, J., KALOUSEK, I. a JÍLEK, P. a kol. *Vybrané kapitoly z gynekologie*. Praha: Mladá fronta, 2018. 676 s. ISBN 978-80-204-4646-6.
27. ŠRÁMKOVÁ, T. *Poruchy sexuality u somaticky nemocných a jejich léčba*. Praha: Grada Publishing, 2013. 232 s. ISBN 978-80-247-4453-7.
28. ŠVAŘÍČEK, R. ŠEĎOVÁ, K. a kol. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2014. 384 s. ISBN 978-80-262-0644-6.
29. TRACHTOVÁ, E. a kol. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 4. roz. vyd. Brno: NCO NZO, 2018. 261 s. ISBN 978-80-7013-590-7.
30. VOKURKA, M., HUGO, J. *Praktický slovník medicíny*. 11. aktual. vyd. Praha: Maxdorf, 2015. 435 s. ISBN 978-80-7345-464-7.
31. VOKURKA, S., TESAŘOVÁ, P. *Onkologie v kostce*. Praha: Current Media, 2018. 271 s. ISBN 978-80-88129-37-0.
32. VORLÍČEK, J., ABRAHÁMOVÁ, J., a VORLÍČKOVÁ, H. a kol. *Klinická onkologie pro sestry*. 2. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada Publishing, 2012. 448 s. ISBN 978-80-247-3742-3.
33. VYTEJČKOVÁ, R. a kol. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné III*. Praha: Grada Publishing, 2015. 308 s. ISBN 978-80-247-3421-7.
34. WICHSOVÁ, J., PŘIKRYL, P., POKORNÁ, R. a BITTNEROVÁ, Z. *Sestra a perioperační péče*. Praha: Grada Publishing, 2013. 192 s. ISBN 978-247-3754-6.
35. ZACHAROVÁ, E. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing, 2016. 128 s. ISBN 978-80-271-0156-6.

Internetové články

1. CHOVANEC, Josef a NÁLEŽINSKÁ, Monika. *Přehled diagnostiky a léčby karcinomu děložního hrdla*. *Onkologie*. 2014, roč. 8, č. 6, s. 269-274. ISSN 1803-5345. ISSN 1802-4475. Dostupné z: <https://www.onkologiecs.cz/pdfs/xon/2014/06/07.pdf>

2. ZAJÍCOVÁ, Marie. *Farmaceutická péče u pacientů se substitucí železa při anémii*. Prakt. lékáren. 2012, roč. 8, č. 5, s. 225-226. ISSN 1801-2434. ISSN 1803-5329. Dostupné z: <https://www.praktickelekarenstvi.cz/pdfs/lek/2012/05/05.pdf>

On-line zdroje

1. BEHARKOVÁ, N. a kol. *Metodika ke zpracování závěrečné práce pro vybrané nelékařské zdravotnické obory* [online]. Masarykova univerzita, 22. 03. 2019. [cit. 2023-11-20]. Dostupné z: https://is.muni.cz/do/rect/el/estud/lf/js19/metodika_zp/web/pages/06-kvalitativni.html
2. Cervical Cances: Statistics. In: *cancer.net* [online]. American Society of Clinical Oncology (ASCO), ©2005-2021. [cit. 2022-09-25]. Dostupné z: <https://www.cancer.net/cancer-types/cervical-cancer/statistics>
3. Cervical Cancer: Types of Treatment. In: *cancer.net* [online]. American Society of Clinical Oncology (ASCO), ©2005-2021. [cit. 2022-09-25]. Dostupné z: <https://www.cancer.net/cancer-types/cervical-cancer/typetreatment>
4. KNAPOVÁ, Jaroslava. *Ošetrovatelský proces a potřeby člověka* [online]. Creative Commons BY-SA 4.0, 28.05.2019. [cit. 2022-10-15]. Dostupné z: <https://www.vovcr.cz/odz/zdrav/499/page00.html>
5. Již rok mohou ženy ve věku 35 a 45 let podstoupit zdarma HPV DNA test In: *ceskenoviny.cz* [online]. Copyright ČTK, 26.4.2022. [cit. 2022-11-20]. Dostupné z: <https://www.ceskenoviny.cz/tiskove/zpravy/jiz-rok-mohou-zeny-ve-veku-35-a-45-let-podstoupit-zdarma-hpv-dna-test-u-kazde-desate-byly-odhaleny-rizikove-lidske-papilomaviry-ktete-mohou-vest-k-rakovine-delozniho-cipku/2197449>
6. Léčba rakoviny děložního čípku. In: *mojemedicina.cz* [online]. Praha: Roche Czech Republic, 16.1.2019. [cit. 2022-09-25]. Dostupné z: <https://www.mojemedicina.cz/pruvodce-pacienta/diagnozy/zhoubne-nadorydelozniho-cipku/lecba.html>
7. *Národní ošetrovatelský postup zavedení a péče o periferní žilní katétr*. In: *mzcr.cz* [online] 28.4.2020. [cit. 2022-09-27]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/wp->

- [content/uploads/wepub/18576/41068/NOP%20Zave-
den%C3%AD%20a%20p%C3%A9%20C4%8De%20o%20peri-
fern%C3%AD%20%C5%BEiln%C3%AD%20kat%C3%A9tr.pdf](https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/18576/41068/NOP%20Zave-den%C3%AD%20a%20p%C3%A9%20C4%8De%20o%20peri-fern%C3%AD%20%C5%BEiln%C3%AD%20kat%C3%A9tr.pdf)
8. *Národní ošetřovatelský postup katetrizace močového měchýře*. In: *mzcr.cz* [online]. 21.2.2020. [cit. 2022-09-27.] Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/18576/40359/NOP%20Katetri-zace%20mo%C4%8Dov%C3%A9ho%20m%C4%9Bch%C3%BD%C5%99e.pdf>
 9. Očkování proti HPV. In: *hpv-college.cz* [online]. HPV College ©2010-2022. [cit. 2022-09-24]. Dostupné z: <https://www.hpv-college.cz/ockovani-proti-hpv>
 10. Očkování proti HPV virům hrazené zdravotními pojišťovkami. In: *mediclinic.cz* [online]. Copyright Mediclinic, © 2022. [cit. 2022-11-20]. Dostupné z: <https://www.mediclinic.cz/aktuality/ockovani-proti-hpv-virum-hrazene-zdravotnimi-pojistovkami#:~:text=%C5%BEe%20od%201.-.1.,pozd%C4%9Bji%20dle%20dohody%20s%201%C3%A9ka%C5%99em>.
 11. Ošetřovatelská a zdravotní péče. In: *wagnerka.cz* [online]. CAP-NET S. R. O., © 2022. [cit. 2022-09-24]. Dostupné z: <https://www.wagnerka.cz/osetrovatelska-a-zdravotni-pece-o-seniory>
 12. Otázky a odpovědi. In: *ockovaniprotihpv.cz* [online]. Merck Sharp & Dohme, © 2022. [cit. 2022-09-24]. Dostupné z: <https://ockovaniprotihpv.cz/otazky-a-odpovedi-hpv/>
 13. POKORNÁ, Lucie. *Bolest jako ošetřovatelský problém*. Plzeň. 2016. Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni. Fakulta zdravotnických studií.
 14. Prevence proti HPV infekci. In: *hpv-college.cz* [online]. HPV College, ©2010-2022. [cit. 2022-09-24]. Dostupné z: <https://www.hpv-college.cz/prevence>
 15. Understanding Targeted Therapy. In: *cancer.net* [online]. American Society of Clinical Oncology (ASCO), © 2005-2022. [cit. 2022-09-25]. Dostupné z: <https://www.cancer.net/navigating-cancer-care/how-cancer-treated/personalized-and-targeted-therapies/understanding-targeted-therapy>
 16. Vedení ošetřovatelské dokumentace. In: *cnna.cz* [online]. Česká asociace sester, © 2017. [cit. 2022-09-24]. Dostupné z: <https://www.cnna.cz/vedeni-osetrovatelske-dokumentace>

17. Základní informace o očkování. In: *ockovaniproti-hpv.cz*. [online]. Merck Sharp & Dohme, © 2022. [cit. 2022-09-24]. Dostupné z: <https://ockovaniproti-hpv.cz/ockovani-proti-hpv/#:~:text=O%C4%8Dkov%C3%A1n%C3%AD%20se%20doporu%C4%8Duje%20chlape%C5%AFm%20a,pln%C4%9B%20hrazeno%20ve%2013%20letech>
18. Zhoubné nádory děložního čípku. In: *mojemedicina.cz* [online]. Praha: Roche Czech Republic, 18.9.2019. [cit. 2022-09-24.]. Dostupné z: <https://www.mojemedicina.cz/pruvodce-pacienta/diagnozy/zhoubne-nadory-delozniho-cipku.html>

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A – Žádost o povolení výzkumu

Příloha B – Informovaný souhlas

Příloha C – Tvarový diagram potřeb

PŘÍLOHY

Příloha A, Žádost o povolení výzkumu

ŽÁDOST O POVOLENÍ VÝZKUMU BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O ŽENU S KARCINOMEM DĚLOŽNÍHO HRDLA

STUDENT

Denisa Matysová
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence
Fakulta zdravotnických studií ZČU Plzeň
Email: deni.matysova@seznam.cz

VEDOUcí BP:

Mgr. Jana Krivková
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence
Fakulta zdravotnických studií ZČU Plzeň
Email: krivkova@kos.zcu.cz

Jmenuji se Denisa Matysová a jsem studentkou 3. ročníku Fakulty zdravotnických studií ZČU v Plzni. V rámci studia zpracovávám bakalářskou práci na téma Ošetrovatelská péče o ženu s karcinomem děložního hrdla. Tímto bych Vás chtěla požádat o spolupráci za účelem sběru dat pro praktickou část bakalářské práce ve vaší Nemocnici Strakonice, a. s. na gynekologicko-porodnickém oddělení. Se získanými daty nahraných na diktafon bude zacházeno dle platných etických norem a bude zachována jejich anonymita.

Děkuji za Váš čas a ochotu.

Ve Strakonících dne.....

Podpis statutárního zástupce:

Podpis studenta:

Zdroj: vlastní

Příloha B, Informovaný souhlas

INFORMOVANÝ SOUHLAS

OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O ŽENU S KARCINOMEM DĚLOŽNÍHO HRDLA

STUDENT

Denisa Matysová
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence
Fakulta zdravotnických studií ZČU
Email: deni.matysova@seznam.cz

VEDOUCÍ BP:

Mgr. Jana Krivková
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence
Fakulta zdravotnických studií ZČU Plzeň
Email: krivkova@kos.zcu.cz

CÍL STUDIE

Cílem studie je zmapovat potřeby pacientky s karcinomem děložního hrdla v předoperačním období hospitalizované na gynekologickém oddělení.

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

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

SOUHLAS S VÝZKUMEM

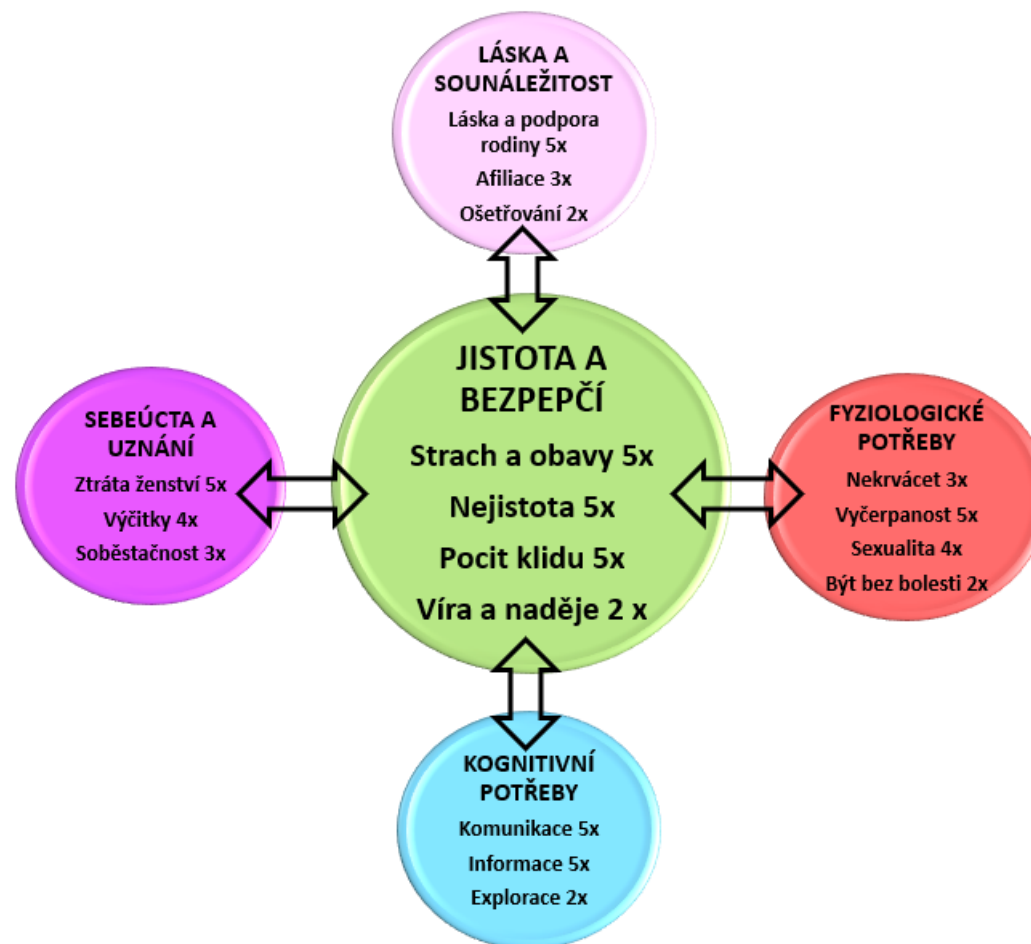
Já
souhlasím s účastí ve výzkumné studii. Souhlasím se záznamem rozhovoru na diktafon. Rozumím, že mohu kdykoliv od rozhovoru nebo studie odstoupit a že citace rozhovoru budou použity anonymně, nebudu ve studii identifikována.

Podpis účastníka výzkumu:Datum:

Podpis studenta:Datum:

Zdroj: vlastní

Příloha C – Tvarový diagram potřeb



Zdroj – vlastní