

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, O.P.S
PRAHA

OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTKY PO ABLACI PRSU
S NÁSLEDNOU PLASTICKO – CHIRURGICKOU
REKONSTRUKCÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

HELENA NĚMEČKOVÁ

2007

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTKY PO ABLACI PRSU
S NÁSLEDNOU PLASTICKO – CHIRURGICKOU REKONSTRUKCÍ**

Bakalářská práce

HELENA NĚMEČKOVÁ

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, O.P.S V PRAZE

Doc. MUDr. Jan Měšťák, Csc.

Stupeň kvalifikace: Bakalář

Studijní obor: Ošetrovatelství

Datum odevzdání práce: 2008-03-31

Datum obhajoby:

2007

ABSTRAKT

NĚMEČKOVÁ, Helena: Ošetrovatelský proces u pacientky po ablaci prsu s následnou plasticko - chirurgickou rekonstrukcí. (Bakalářská práce) Helena Němečková – Vysoká škola zdravotnická, o.p.s v Praze. Stupeň odborné kvalifikace: Bakalář v ošetrovatelství. Vedoucí práce: Doc. MUDr. Jan Měšťák, Csc.

Hlavním tématem bakalářské práce je ošetrovatelský proces u pacientky po ablaci prsu a následném řešení ztráty prsu plasticko – chirurgickou rekonstrukcí. Teoretická část práce zahrnuje přehled nádorové problematiky prsu, od historie přes charakteristiku onemocnění, detekci, terapii, prevenci , prognostické údaje až po velmi důležité možnosti plasticko – chirurgického řešení možných deformací po ablaci prsu.

Nosnou částí práce je ošetrovatelský proces u pacientky po rekonstrukci prsu, který zahrnuje bio- psycho- sociální potřeby nemocné. Tato část obsahuje rozpracování ošetrovatelského plánu, cílů, intervencí a hodnocení. V praktické části této práce nebylo možné opomenout edukaci klienta, která je součástí léčby a ošetrovatelské péče. Cílem edukace u žen s nádorovým onemocněním prsu je snaha podpořit ženu v osobních i společenských jistotách a zkvalitnění péče o sebe samu.

Klíčová slova: prs, nádorové onemocnění prsu, karcinom, terapie, rekonstrukce prsu, ošetrovatelská péče, ošetrovatelský proces, potřeby klienta, ošetrovatelské diagnózy ošetrovatelské cíle, kriteria, hodnocení, edukace, edukační proces.

PŘEDMLUVA

V České republice každoročně onemocní nádorem prsu pět tisíc žen. Čtyři tisíce z nich se pak musí podrobit operaci prsu. Konzultaci plastického chirurga o možném řešení defektu hrudníku však vyhledává menší počet takto postižených žen, než bychom si představovali.

Téma této práce vzniklo ve snaze zprostředkovat co nejvíce informací o nádorovém onemocnění prsu a nastínit možnosti řešení, které současná medicína takto postiženým ženám může nabídnout.

Výběr tématu práce byl ovlivněn dlouholetou praxí v oboru plastické chirurgie a studiem oboru ošetrovatelství, které mi bylo podnětem k vytvoření komplexního procesu ošetrovatelské péče u takto nemocné klientky.

Materiál jsem čerpala z knižních a časopiseckých publikací. Zdroj informací mi částečně poskytl i webový portál.

Práce je určena všem ženám, které již byly podrobeny operaci prsu, aby se mohla stát pomocníkem v jejich náročném období a napomoci tak při volbě řešení obnovy prsu. Dále je určena všem ženám, které by měly zájem se hlouběji informovat o této problematice. V neposlední řadě je určena všem studentům ošetrovatelství, kteří v této práci mohou nalézt podnětné rady a využít je v praxi.

Touto cestou vyslovuji poděkování vedoucímu bakalářské práce Doc. MUDr. Janu Měšťákovi, Csc., za odborné usměrnění, podnětné rady, za množství poskytnutého odborného materiálu a publikací, za možnost použití poskytnuté fotodokumentace a především za podporu, kterou mi poskytl při vypracovávání bakalářské práce.

Děkuji také své klientce, která byla ochotna svěřit se do mé péče, věnovat mi svůj čas, pozornost a především důvěru.

OBSAH

OBSAH	4
SEZNAM ILUSTRACÍ	7
<i>SEZNAM TABULEK</i>	7
SEZNAM ZKRATEK A SYMBOLŮ	8
1.1 PRS Z POHLEDU HISTORIE	10
1.2 ANATOMICKÁ STAVBA PRSU	11
1.3 CÉVNÍ A NERVOVÉ ZÁSOBENÍ PRSU	12
2. KLINICKÁ CHARAKTERISTIKA ONEMOCNĚNÍ	13
2.1 PRS A NÁDOROVÉ ONEMOCNĚNÍ	13
2.2 KARCINOMY PRSU	13
2.2.1 KARCINOMY IN SITU (NEINVAZIVNÍ)	13
2.2.1.1 Lobulární karcinom in situ	13
2.2.1.2 Duktální karcinom in situ	13
2.2.2 INVAZIVNÍ KARCINOMY	14
2.2.2.1 Invazivní lobulární karcinom	14
2.2.2.2 Invazivní duktální karcinom	14
2.2.2.3 Tubulární karcinom	14
2.2.2.4 Medulární karcinomy	14
2.2.2.5 Erysipeloidní karcinom	14
2.2.2.6 Další možné karcinomy:	14
2.3 KLASIFIKACE KARCINOMŮ	15
2.4 PŘÍČINY	15
2.5 RIZIKOVÉ FAKTORY	16
2.5.1 VĚK A MATEŘSTVÍ	16
2.5.2 FAKTORY ZE VNÍ	16
2.5.3 FAKTORY VNITŘNÍ	16
2.5.4 FAKTORY GENETICKÉ	17
2.5.5 OCHRANNÉ FAKTORY	17
2.6 PŘÍZNAKY	17
2.7 DETEKCE KARCINOMU PRSU	18
2.7.1 KLINICKÉ VYŠETŘENÍ	18
2.7.2 ULTRASONOGRAFIE	18
2.7.3 MAMOGRAFIE	19
2.7.4 DUKTOGRAFIE	19
2.7.5 MAGNETICKÁ REZONANCE	19
2.7.6 BIOPSIE	19
2.7.7 PUNKČNÍ BIOPSIE	20
2.8 DOPLŇUJÍCÍ VYŠETŘOVACÍ METODY	20
2.8.1 SCINTIGRAFIE SKELETU	20
2.8.2 ULTRAZVUK JATER	20
2.8.3 RTG PLIC	20
2.8.4 KREVNÍ TESTY	20
3. TERAPIE	21
3.1 CHIRURGICKÁ LÉČBA	21
3.1.1 BIOPTICKÁ EXCISE	21
3.1.2 LUMPEKTOMIE	21
3.1.3 KVADRANTEKTOMIE	21
3.1.4 MASTEKTOMIE	21
3.1.5 SUBKUTÁNNÍ MASTEKTOMIE	22
3.1.6 ABLACE PRSU	23
3.2 REKONSTRUKCE PRSU	23
3.2.1 Rekonstrukce prsu s využitím cizího materiálu	24
3.2.2 Rekonstrukce prsu s využitím autologní tkáně a cizího materiálu	24
3.2.3 Rekonstrukce prsu autologní tkání	25
3.2.4 Rekonstrukce prsu břišním lalokem	25

3.2.5	Rekonstrukce prsu torakodorzálním lalokem	25
3.2.6	OBNOVA DVORCE A BRADAVKY	27
3.2.6.1	Rekonstrukce areomamilárního komplexu	27
3.2.7	MOŽNÉ POOPERAČNÍ KOMPLIKACE	28
3.2.7.1	Hematomy	28
3.2.7.2	Infekce v ráně	28
3.2.7.3	Nedostatečná výživa torakodorzálního laloku	29
3.2.7.4	Tromboembolie	29
3.2.8	PREVENCE POOPERAČNÍCH KOMPLIKACÍ	29
3.2.8.1	Profylaxe	29
3.2.8.2	Prevence komplikací hojení	30
3.3	KONZERVATIVNÍ LÉČBA	30
3.3.1	RADIAČNÍ LÉČBA	30
3.3.1.1	Teleradioterapie	30
3.3.1.2	Brachyterapie	30
3.3.2	NEŽÁDOUCÍ ÚČINKY RADIOTERAPIE	31
3.3.2.1	Postradiační syndrom	31
3.3.2.2	Poškození krevetvorby	31
3.3.2.3	Kožní reakce	31
3.3.3	CHEMOTERAPIE	32
3.3.4	HORMONÁLNÍ LÉČBA	32
3.3.5	PODPŮRNÁ LÉČBA	33
3.3.6	FARMAKOLOGICKÁ LÉČBA	33
3.3.7	DIETOTERAPIE	33
3.3.8	POHYBOVÝ REŽIM	33
3.3.9	PSYCHOTERAPIE , PSYCHOSOCIÁLNÍ PROBLEMATIKA	34
3.4	FUNKČNÍ DŮSLEDKY	35
3.4.1	PSYCHICKÉ ZMĚNY	35
3.4.2	TĚLESNÉ ZMĚNY	36
3.5	PREVENCE	37
3.5.1	PRIMÁRNÍ PREVENCE	37
3.5.2	SEKUNDÁRNÍ PREVENCE	38
3.5.3	CHEMOPREVENCE	38
3.7	STATISTIKA	39
3.8.1	NĚKTERÉ ORGANIZACE NA ÚZEMÍ ČESKÉ REPUBLIKY	40
4.	ošetřovatelská péče po rekonstrukci prsu metodou torakodorzálního laloku	41
4.1	OŠETŘOVÁNÍ NEMOCNÝCH PŘIJATÝCH K REKONSTRUKČNÍ OPERACI PRSU	41
4.1.1	PŘÍJEM NA ODDĚLENÍ	41
4.1.2	SLEDOVÁNÍ NEMOCNÝCH	41
4.1.3	MOŽNÉ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY	42
5.	POSOUZENÍ STAVU PACIENTA	43
5.1	LÉKAŘSKÁ DOKUMENTACE	44
5.1.1	LABORATORNÍ VYŠETŘENÍ	45
5.1.2	ZÁVĚR PŘI PŘÍJMU	46
5.2	FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ SESTROU	46
5.2.1	Schopnost soběstačnosti po výkonu	47
5.2.2	Objektivní pozorování	47
5.2.3	Hodnoty fyziologických funkcí	47
5.3	POSOUZENÍ STAVU POTŘEB KLIENTA	48
5.3.1	Vnímání zdraví	48
5.3.2	Výživa a metabolismus	48
5.3.3	Vylučování	48
5.3.4	Aktivita a cvičení	49
5.3.5	Spánek a odpočinek	49
5.3.6	Vnímání, smysly, poznání, bolest	49
5.3.7	Sebepojetí	49
5.3.8	Role, mezilidské vztahy	50
5.3.9	Sexualita a reprodukční schopnost	50

5.3.10	Stres a zátěžové situace	50
5.3.11	Víra, přesvědčení, životní hodnoty	51
5.1	PLÁN OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE	52
5.3.1	OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA Č.1	52
5.3.2	OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA Č.2	54
5.3.3	OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA Č.3	56
5.3.4	OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA Č.4	58
5.3.5	OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA Č.5	60
5.3.6	OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA Č. 6 potenciální	62
5.3.7	OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA Č.7 potenciální	63
6.	EDUKACE PACIENTA	64
6.1.	EDUKAČNÍ LIST	65
6.2	EDUKAČNÍ PLÁN	65
6.2.1	Téma: POOPERAČNÍ DECHOVÁ REHABILITACE	66
6.2.2.	Téma: POOPERAČNÍ PÉČE O POSTIŽENOU OBLAST, FYZICKÁ AKTIVITA	67
6.2.3.	Téma: PITNÝ REŽIM	68
6.2.4.	Téma: BOLEST A JEJÍ TLUMENÍ	69
6.2.5.	Téma: NÁSLEDNÉ DOPLŇUJÍCÍ OPERACE	70
6.2.6.	Téma: PREVENCE KARCINOMU PRSU (reedukace) SAMOVYŠETŘENÍ PRSU	71
7.	ZÁVĚR	72
8.	SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZŮ	73
8.1	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	73
8.2	Internetové zdroje	74
9.	PŘÍLOHY	75
9.1	SEZNAM PŘÍLOH	75
9.2	SEZNAM POUŽITÝCH ŠKÁL	75
9.1.1	Příloha 1	76
9.1.2	Příloha 2	77
9.1.3	Příloha 3	78
9.1.4	Příloha 4	78
9.1.5	Příloha 5	79
9.1.6	Příloha 6	80
9.1.7	Příloha 7	82
9.1.8	Příloha 8	84
9.2.1	Příloha 9	85
9.2.2	Příloha 10	86
9.2.3	Příloha 11	88
9.2.4	Příloha 12	90
9.2.5	Příloha 13	91

SEZNAM ILUSTRACÍ

Fotografie 1 Nákres plánovaného laloku.....	26
Fotografie 2 Seštípnutí šířky laloku.....	26
Fotografie 3 Dutina pro impantát.....	26
Fotografie 4 Výsledný efekt.....	26
Obrázek 5 Návčik břišního dýchání	66

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Identifikační údaje	43
Tabulka 2 Laboratorní vyšetření, biochemie.....	45
Tabulka 3 Laboratorní vyšetření	45
Tabulka 4 Laboratorní vyšetření, krevní obraz	45
Tabulka 5 Laboratorní vyšetření, moč, sediment.....	46
Tabulka 6 Hodnoty fyziologických funkcí.....	47
Tabulka 7 Identifikační údaje.....	65
Tabulka 8 Procentuální míra přežití u karcinomu prsu příloha 3.....	78

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 Nádory prsu, incidence, mortalita	příloha 4.....	78
--	----------------	----

SEZNAM ZKRATEK A SYMBOLŮ

Ca prsu – karcinom prsu

TNM – klasifikace nádorů prsu

BRCA 1, BRCA 2 – geny ovlivňující možný výskyt onemocnění prsu

SLOVNÍK TERMÍNŮ

Adjuvantní - pomocná

Alopecie - ztráta vlasového porostu a ochlupení

Arterie - žíla

Areola mammae - prsní dvorec

Axila - podpaží

Diferenciace - rozlišení, odlišení

Exenterace - vynětí

Fascie - povázka

Fibróza - zmnožení, zhuštění vaziva ve tkáni

Glandula mammae - mléčná žláza

Karcinom - zhoubná nádor prsu

Lymfom - zhoubný nádor v lymfatických uzlinách

Mamilla - bradavka

Mamma - latinsky prs

Mammografie - vyšetření prsu rentgenem

Mastektomie - celkové odstranění prsu

Metastáza - dceřiný nádor vzniklý rozšířením nádorových buněk

Rakovina - choroba abnormálního a nekontrolovatelného buněčného růstu

Relaps - opětovný vznik nádoru

Remise - vymizení příznaků choroby, dočasné či trvalé

Resekce - operativní odstranění části orgánu

Staging - testy sloužící k posouzení rozsahu onemocnění

Screening - metoda vyhledávání časných forem nemocí ,odchylek od normy v dané populaci

Tumor - nádor

ÚVOD

Krása je velmi relativní pojem a vnímání ženské krásy je individuální záležitostí. Ženský prs, jako jeden z nejreprezentativnějších symbolů ženství, musíme do tohoto pojmu zahrnout. Je tedy zřejmé, jak velice může ovlivnit psychiku ženy změna tvaru prsu, asymetrie, deformity a především odstranění prsu pro nádorové onemocnění.

Rakovina prsu je ČR mezi onkologickými diagnózami na prvním místě a incidence nádorového onemocnění bohužel stále roste. V současné době se však důrazně apeluje na prevenci onemocnění a s ní souvisí časná detekce onemocnění, která je základem úspěchu pro léčbu nádorového onemocnění prsu.

Léčba nádorového onemocnění prsu již zahrnuje komplexní péči. Jedním z oborů, rozšiřující tuto komplexní péči léčby karcinomu prsu je plastická chirurgie. Většina laické veřejnosti si pod pojmem plastická chirurgie představí pouze chirurgii estetickou. To je ve skutečnosti pouze část velmi rozmanitého oboru. Jedním z mnoha odvětví plastické chirurgie je rekonstrukční chirurgie. Plastická rekonstrukční chirurgie nabízí ženám, které onemocněly nádorovým onemocněním prsu, či již byly podrobeny ablačnímu výkonu, rekonstrukční operace prsu. Tyto operace mají za snahu opětovně navrácení symbolu ženství, navrácení ztracených jistot žen v osobním i společenském životě.

Významem jednotlivých kapitol je snaha komplexně pojmout problematiku nádorového onemocnění prsu a možnosti využití plastické chirurgie v řešení možných pooperačních deformit po ablaci prsu nejen po stránce lékařské, ale hlavně z pohledu ošetrovatelské péče.

Cílem mé práce je ošetrovatelská péče, která nabízí co nejširší škálu řešení dané problematiky, realizace ošetrovatelského procesu a tím kompletní řešení problému.

Zaměřila jsem se na důkladný odběr ošetrovatelské anamnézy, získaný pozorováním klienta a rozhovorem s ním, následné rozpracování ošetrovatelského plánu, realizaci ošetrovatelské péče a její zhodnocení.

Nesměla jsem opomenout ani důležitost edukační činnosti, která je součástí léčby a základem prevence. Na klienta jsem pohlížela jako na osobnost, u které se prolínají jeho bio- psycho- sociální potřeby.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1.1 PRS Z POHLEDU HISTORIE

V současné době představuje prs nejen biologický znak, zdroj laktace jako hlavní funkce ženského prsu, ale také symbol ženství, který je bohužel vystaven velkému procentu nádorového onemocnění.

Nádorové onemocnění však není problémem pouze současnosti. Choroby prsu se vyskytovaly již ve středověku. Jedním z prvních záznamů o onemocnění prsu je dochovaný lékařský dokument na egyptském papyru z let 1587 – 1328 před Kristem.

Staří Egypťané však rakovinu prsu léčili vypalováním zasažených tkání rozžhaveným železem. Tato metoda byla dokonce podrobně popsána kompilátorem jménem Áetios z Amidy a považována za operační postup. V pozdější době se onemocněním prsu zabýval i Hippokrates. Původ lékařství k onemocnění prsu vznikl tedy v klasickém Řecku. Léčbou se zabýval také Galén. Hlavní příčinu onemocnění viděl v nadbytku melancholie. V léčbě doporučoval speciální diety a zařikávání. Zmíněné zařikávání však můžeme chápat tak, že již staří Římané považovali tělesnou schránku úzce spjatou se schránkou duševní.

Právě toto propojení bio – psycho – sociálních potřeb a posun společnosti, vědy a techniky směrem vpřed, dopomohlo ženám, že se operace nádorů prsů ubírají směrem k pokud možno zachovné variantě, což umožňuje zachování symbolu ženství.

Významným posunem v léčbě nádorů prsu byl objev německého chirurga Wilhelma Fabryho (1560 – 1634), který zavedl odstraňování zduřenin v podpaží.

Protagonistou v léčbě nádoru prsu a prvně uskutečněné zachovné operace byl holandský lékař Adrian Helvétius (1661 – 1741), který se snažil zachovat části zdravého prsu.

Napříč tomu se v 19. století zavádí co nejradikálnější odstranění prsu a s tím i radikální zásah do psychiky žen. Profesor HASTEAD v roce 1894 začal používat techniku radikální mastektomie. Tato koncepce byla založena na poznání, že nádorové buňky metastazují přímým šířením lymfatickými cestami. Cílem bylo zabránění systémového rozšíření. Proto resekoval v jednom bloku postižený prs, svalstvo hrudní stěny i axilární uzliny. Tento způsob vedl k těžké deformitě a brzy se objevil požadavek na méně agresivní přístup.

Až v 90. letech můžeme mluvit o systémové léčbě nádorového onemocnění prsu a postupnému rozvíjení rekonstrukční chirurgie, která umožňuje postiženým ženám velké možnosti v řešení jejich onemocnění. Tím měla být technika, kterou zavedl v roce 1948 dr. Patey.

Prováděla se amputace prsu, ablace, kdy byl m.pectoralis major (velký prsní sval) odtažen a odstranil se pouze m. pectoralis minor (malý prsní sval), čímž se dobře zpřístupnila axila.

Ještě před zahájením programu rekonstrukcí prsu po ablacích americká Společnost pro boj s rakovinou založila v roce 1953 spolek Reach to Recovery. Ten se obracel na pacientky po amputaci prsu s informacemi o možnostech náhrady prsů protézami.

Za historický mezník moderního věku v rekonstrukční chirurgii ženského prsu lze považovat objev silikonových implantátů a jejich uvedení do klinické praxe Croninem v roce 1963. Od té doby se objevují další operační postupy využívající při rekonstrukci nejen cizí materiály ale i vlastní tkáň.

Lze s potěšením konstatovat, že v posledním desetiletí dochází v Čechách k velkému nárůstu počtu úspěšně provedených operací prsu po ablacích. Tento trend je způsoben osvojením si celé řady nových operačních postupů na mnoha pracovištích plastické chirurgie a pozitivním posunem ke komplexní péči o takto postižené ženy.

(Dražan, L. 2006)

1.2 ANATOMICKÁ STAVBA PRSU

Mléčná žláza (Glandula mammae) je největší kožní žláza v lidském těle. Je to velká párová apokrinní žláza uložená v tukovém polštáři, s nímž tvoří vyvýšeninu – prs Mamma.

Prs je uložen mezi 3. až 6. mezižebřím. Hranice prsu je v horizontální rovině od čáry parasternální do střední části axilární. Největší objem žlázy je v horním zevním kvadrantu prsu, kde směrem k axile tvoří Spenceho axilární výběžek.

Vlastní tělo prsu leží mezi dvěma listy povrchové fascie (fascia superficialis), mezi kterými probíhají vazivové pruhy (retinaculum Cooperi), které fixují žlázu k fascii pektorálního svalu. Mezi hlubokým listem povrchové a pektorální fascie je řídké vazivo. Submamární prostor umožňuje prsu volnou pohyblivost. Na vrcholu prsu je dvorec – areola mammae s vývody drobných potních žlázek – Montgomeriho žlázy. Ve středu dvorce je mamilla – bradavka, na jejímž vrcholu ústí mlékovody – ductus latiferi. Hladká svalovina vyskytující se v areole a v mamile způsobuje reakci na dotykové podráždění. Pak dochází k smrštění dvorce a prominenci bradavky. (příloha č.1)

Mléčná žláza je složena z 15 – 20 laloků (lobi mammae), které se dále dělí na menší žlázy - lalůčky (lobulli mamae) - složené ze žlázových alveolů. Z každého lalůčku vycházejí mlékovody, které se spojují v ductus lactifer, jež ustí na bradavce. Tuto síť podpírá spodnější

vrstva pojivové tkáně, která se nazývá stroma. Sekreční alveoly se objevují v těhotenství pod vlivem estrogenu a progesteronu. Pokles hladin těchto hormonů ke konci těhotenství při porodu stimuluje sekreci prolaktinu hypofýzou. V posledních dnech těhotenství a v prvních dnech po porodu produkuje mléčná žláza kolostrum (mlezivo), které je dále vystřídáno produkcí mateřského mléka období laktace. Žláza je obklopena tukovým polštářem, který se výrazně podílí na velikosti prsu. (Fiala et al., 2004)

1.3 CÉVNÍ A NERVOVÉ ZÁSOBENÍ PRSU

Cévní zásobení žlázy je velmi variabilní a odlišné podle umístění kvadrantu. Vnitřní kvadranty prsu jsou zásobovány perforantními větvemi z arteria thoracica interna, zevní kvadranty zásobí a. mammaria externa a větve interkostálních arterií. Žilní zásobení pak představuje kruhovitá síť pod areolou.

Nervové zásobení pochází ze druhého až šestého interkostálního nervu, které je důležité pro senzitivní inervaci centrální části prsu včetně dvorce a bradavky.

Nesmíme však opomenout mnohočetné podkožní lymfatické pleteně lymfatické cévy, které spolu komunikují ve vazivové tkáni. Tok lymfy je jednostranný, od povrchních a hlubokých pletení a dále směřuje do lymfatických a regionálních uzlin. Prs je drénován především do axily. Mléčná žláza se vyvíjí ze základu tzv. mléčné lišty jdoucí od axily směrem do třísla. V této čáře se mohou vyskytovat nadpočetné dvorce s bradavkou nebo i nadpočetné mléčné žlázy. (Dražan, L. 2006)

2. KLINICKÁ CHARAKTERISTIKA ONEMOCNĚNÍ

2.1 PRS A NÁDOROVÉ ONEMOCNĚNÍ

Mezi nejzávažnější onemocnění prsu patří nádorová onemocnění. Nádory jsou benigní (nezhoubné) a maligní (zhoubné).

Nezhoubné nádory rostou lokálně, nešíří se organizmem a tvoří většinu z nádorových onemocnění prsu. Často jde o nádory vyrůstající ve vazivové tkáni. V některých případech však může dojít ke zvratu v nádor maligní. Maligní rakovinné buňky se šíří lymfatickou cestou do axilárních mízních uzlin. Nádory se šíří i krevní cestou do celého těla, kde napadají další orgány jako játra, plíce, kosti apod.. Některé nádory zůstávají v prsní žláze, jiné prorůstají do tukové tkáně, třetí běžnější typ roste v lalocích a šíří se do organismu. Nádory mediálních částí mléčné žlázy mohou metastazovat i do nitrohručních uzlin.

2.2 KARCINOMY PRSU

Karcinom prsu klasifikujeme 1) podle invaze do stromatu

2) podle buňky, z které karcinom vychází

ad 1) karcinomy dle invaze dále dělíme na neinvazivní a invazivní

ad2) karcinomy podle buňky, z které vychází, dělíme na lobulární a duktální.

2.2.1 KARCINOMY IN SITU (NEINVAZIVNÍ)

2.2.1.1 Lobulární karcinom in situ

vyskytuje se převážně u žen v menopauze, bývá objeven náhodně. U lobulárního karcinomu je zvýšené riziko zvratu v invazivní karcinom pro oba prsy. Navrhuje se chirurgická léčba, přísné sledování, radioterapie není přínosná.

2.2.1.2 Duktální karcinom in situ

má nádorově změněný epitel v duktech. Může být hmatný. Riziko invazivního karcinomu pouze pro jednu stranu. Zahrnuje celou škálu léčebných postupů a je doporučen konzervativní chirurgický výkon.

2.2.2 INVAZIVNÍ KARCINOMY

2.2.2.1 Invazivní lobulární karcinom

vyskytuje se převážně v horních zevních kvadrantech. Jeho velikost může být různá. Od několika milimetrů po zasažení celého prsu. Tento typ nádoru neobsahuje kalcifikace. Tvoří asi 10% karcinomů. Klinicky je často léze nehmátná a velmi často je pozdě diagnostikován. Nejčastěji metastazuje do gastrointestinálního traktu a kostí, dále postihuje ovaria a dělohu.

2.2.2.2 Invazivní duktální karcinom

Tento typ nádoru představuje až 75% invazivních karcinomů. Je charakteristický svým složením. Nádorové buňky tvoří široké pruhy, mezi kterými se množí stroma, což je podpůrná vazivová tkáň orgánu nazývané také trámčina. Tento nádor se podobá skirhu. Skirhus je tvrdý karcinom obsahující velké množství vaziva.

Pro invazivní duktální karcinom jsou typická šedobělavá tuhá ložiska, která nemají pravidelné ohraničení. Nejčastěji metastazuje do kostí, jater, plic a mozku.

2.2.2.3 Tubulární karcinom

je zvláštní forma invazivního karcinomu prsu s velmi dobrou prognózou při velikosti pod 1 cm. Je vzácný, tvoří asi 2% karcinomů.

2.2.2.4 Medulární karcinomy

tento typ nádoru je dále rozdělen pro různost povahy nádoru na typický a atypický. Typický metastazuje vzácně, kdežto atypický svým růstem spíše připomíná invazivní duktální karcinom.

2.2.2.5 Erysipeloidní karcinom

je nejmalignější formou karcinomu prsu. Je charakterizován šířením nádorových buňek v lymfatických kapilárách kůže prsu. Kůže je zarudlá a změněna do vzhledu pomerančové kůry. Při rozšíření nádoru jsou kromě útvaru v prsu hmatné i lymfatické uzliny v podpaží. Nádor velmi rychle metastazuje do regionálních lymfatických uzlin a má velmi špatnou prognózu. Objevuje se převážně u žen po menopauze.

2.2.2.6 Další možné karcinomy:

- Papilokarcinom

- Mucinózní karcinom
- Pagetův karcinom
- Metaplastický karcinom

2.3 KLASIFIKACE KARCINOMŮ

Pro všechny typy nádoru vypracoval v roce 1943- 1952 francouzský lékař Pierre Denoix celý systém klasifikace zhoubných nádorů. TNM. Tato klasifikace prošla od té doby řadou změn a byla rozdělena podle daných onemocnění. Svou TNM klasifikaci, která je velmi důležitá pro stanovení diagnózy a následných léčebných postupů mají i nádory prsu. Pravidla klasifikace se používá pouze pro karcinomy. Diagnóza by měla být histologicky ověřena. U oboustranného výskytu nádoru prsu by měl být každý klasifikován samostatně.

Klasifikace T - stanoví přesný rozsah primárního nádoru, označuje základní charakteristiku tumoru, jeho velikost, postižení kůže a postižení hlubokých struktur prsu.

Klasifikace N - stanoví stav regionálních axilárních uzlin. Určuje jejich velikost, počet postižených uzlin a stav k okolí.

Klasifikace M - stanovuje přítomnost metastáz (příloha č.2)

(Vorlíček, J. et al., 2006)

2.4 PŘÍČINY

Přesné příčiny vzniku nádorových onemocnění dodnes neznáme. Učebnice přesto dělí tyto příčiny do tří skupin:

- faktory zevní,
- faktory vnitřní,
- faktory genetické

Tudíž nejsme u příčin, nýbrž u faktorů, které se na vzniku tohoto onemocnění podílejí a mohou být i příčinou.

2.5 RIZIKOVÉ FAKTORY

Největším rizikovým faktorem je být ženou. Nádor prsu u muže je vzácný, ale možný.

2.5.1 VĚK A MATEŘSTVÍ

Riziko vzniku nádoru prsu se zvyšuje přibývajícím věkem. Potíže mladších žen jsou tak trochu daní za odkládané mateřství, mnohdy i rezignace na ně. Oproti tomu porod u ženy před 20. rokem věku snižuje riziko rakoviny prsu o polovinu proti ženám, které nerodily.

2.5.2 FAKTORY ZE VNÍ

- Tabák, kouření - je obecně známo, že kouření zdraví neprospívá a vědecky dokázáno, že významně přispívá ke vzniku nádorových onemocnění. U kuřáček, se riziko zvyšuje obecně o 35 %.
- Výživa – nadměrný příjem potravin a obezita způsobují rychlejší stárnutí metabolického systému. Unavený systém je pak odpovědný za poměrně značnou část nádorových onemocnění. Nadváha a nezdravý životní styl může také ovlivnit vznik nádorového onemocnění prsu. Mezi potraviny působící nepříznivě patří zejména tuky a cukry. Vlivu diety podporuje fakt, že se rakovina prsu vyskytuje častěji v zemích, které mají vyšší obsah tuku v potravě.
- Alkohol – konzumace alkoholických nápojů je také prokazatelnou příčinou nádorových onemocnění

2.5.3 FAKTORY VNITŘNÍ

- Léčba zářením – u žen, které byly v dětství či mládí léčeny zářením, je riziko onemocnět nádorem prsu vyšší
- Ženské hormony, estrogeny – ty mají růstový vliv na prsní tkáň. Roli zde hraje zejména délka expozice nezralé tkáně prsu těmto hormonům.
- Menstruační cyklus – je prokázáno, že riziko vzniku rakoviny prsu u žen s časným začátkem menstruačního cyklu před 12. rokem je vyšší.
- Hormony po menopauze – dlouhodobé užívání hormonální substituční léčby rovněž zvyšuje riziko vzniku zhoubného nádoru prsu.
- Antikoncepce – u hormonálních preparátů ve formě antikoncepce se o riziku spekuluje, ale prokazatelně riziková není.

2.5.4 FAKTORY GENETICKÉ

Karcinomy prsu mají familiární výskyt. Výskyt nádoru prsu u přímé příbuzné výrazně zvyšuje riziko onemocnění. V některých rodinách lze vysledovat výskyt nádoru prsu v několika generacích. Bývají způsobeny genetickou predispozicí. V 5 - 10 % žen z celkového počtu diagnostikovaných žen se tato diagnóza projeví v relativně mladistvém věku. Výzkumy potvrdily, že u jedné třetiny žen s nádorovým onemocněním prsu jsou přítomny mutované geny, které způsobují predispozici ke vzniku nádoru nejen prsa ale i ovaria. Výskyt těchto genů zvyšuje pravděpodobnost rozvoje rakoviny prsu i v mladším věku. Tyto geny jsou označovány jako BRCA 1, BRCA 2. Jejich přítomnost může zapříčinit mutační změnu v buňce a může vyústit v její maligní zvrát.

2.5.5 OCHRANNÉ FAKTORY

- Kojení – kojení v délce 1 až 2 let může zmírnit riziko nádoru prsu.
- Pohybová aktivita – přiměřená fyzická zátěž stimuluje aktivitu imunitního systému, tudíž snižuje riziko vzniku nádorových onemocnění.

Studie však poukazují na skutečnost, že procento žen s rizikovými faktory, které se mohou podílet na vzniku tohoto onemocnění, je relativně malé. 80% žen, postižených karcinomem prsu, nemá v anamnéze rizika žádná.

2.6 PŘÍZNAKY

V počátečních fázích onemocnění se rakovina prsu nemusí nijak projevit. Nejběžnějším příznakem nádoru prsu je přítomností různě velkého hmatatelného útvaru v prsu (hmatné rezistence) nebo v jeho okolí. Útvar může být tvrdý, nemusí mít vždy pravidelné okraje. Jsou i takové nádory , které mají jemnou, měkkou či kulatou strukturu. Nádor může tvar prsu deformovat a měnit jeho ohraničení. Často způsobuje změnu vzhledu, asymetrie prsu, zarudnutí, vtažení bradavky či vtaženou kůži. Některé typy nádorů se mohou projevovat sekretem z bradavky povětšinou krvavým. Zhoubný nádor prsu většinou v počátku nebývá bolestivý a nezpůsobuje ani žádné jiné potíže.

- Lobulární karcinom in situ - bývá objeven náhodně, nebývá hmatná rezistence.
- Duktální karcinom in situ - příznakem může být hmatná rezistence.
- Invazivní lobulární karcinom - rezistence často nehmatná, velmi často je pozdě diagnostikován.

- Invazivní duktální karcinom – hmatná většinou tvrdá rezistence.
 - Papilokarcinom - u tohoto typu karcinomu se vyskytuje výtok z bradavky.
 - Pagetův karcinom – tento karcinom postihuje kůži bradavky. Povrch bradavky připomíná ekzém, může být přítomna krvavá sekrece z bradavky. Prvním příznakem bývá svědění a pálení bradavky.
 - Mucinózní karcinom - tento karcinom je charakteristický velkou produkcí hlenu.
 - Erysipeloidní karcinom – kůže je zarudlá, připomíná pomerančovou kůru. Při rozšíření nádoru jsou kromě útvaru v prsu hmatné i lymfatické uzliny v podpaží.
- (Abrahámová, J. 2000)

2.7 DETEKCE KARCINOMU PRSU

Detekce neboli zjišťování, odhalování. V tomto případě se jedná o časnou diagnózu karcinomu prsu. Časný záchyt se významně podílí na snížení mortality u pacientek s nádorovým onemocněním prsu. Nejjednodušším, nejlevnějším, mnohdy i velmi efektivním je samovyšetření prsu. Samovyšetřování však nenahrazuje jiné varianty časně detekce karcinomu prsu.

2.7.1 KLINICKÉ VYŠETŘENÍ

Lékař gynekolog či mamolog vyšetřuje prsy pohmatem, pohledem. Vždy se vyšetřují oba prsy včetně podpažní jamky a pozornost se věnuje nejenom zatuhnutím v prsu, ale také změnám kůže, dvorce a bradavky. Je třeba zachytit i případný výtok z bradavky, varovný je zejména krvavý či vodový. Ošetrovatelská příprava není nutná.

2.7.2 ULTRASONOGRAFIE

Ultrasonografie je jednoznačně metodou první volby u žen do 30let, u mužů, dětí a u těhotných a kojících žen. Je nejcennější doplňkovou metodou pro posouzení velikosti a okrajů patologického nálezu zjištěného na mamografických snímcích. Ultrasonografie je méně spolehlivá v odhalení nádorů do velikosti 1 cm. Její výhodou však je absence ionizujícího záření. Ultrazvukem vyšetřujeme uzliny v axile, nadklíčku a při lokalizaci nehmatných lézí v prsu.

2.7.3 MAMOGRAFIE

Mamografie je vyšetření prsu pomocí rentgenu. Jde o kvalitní rentgenový záznam prsu. Využívá se preventivně, neboť dopomáhá k přesné lokalizaci nádoru. Dokáže odhalit i minimální a nehmatnou rezistenci. Provádí se ženám od 45 let věku. Mladší ženy jsou vyšetřovány mamografem pouze v případě nejasného nálezu či u pacientek rizikových.

Ošetřovatelská příprava: toto vyšetření nevyžaduje speciální přípravu. Vyšetření může být nepříjemné u žen, které mají pevné prsy. Je totiž nutné prs stisknout mezi dvě desky.

2.7.4 DUKTOGRAFIE

Modifikací mamografie je takzvaná duktografie. Mamografickému vyšetření předchází nástřik kontrastní látky do mlékovodu prsu tenkou kanylou. Po podání kontrastní látky následuje provedení obvyklé mamografie s lehce menším stlačením prsu. Snímek zobrazuje vnitřek mlékovodů. Provádí se u žen se sekrecí z bradavky, zejména pokud je výrazná, krvavá a jednostranná.

Ošetřovatelská příprava: toto vyšetření nevyžaduje speciální přípravu.

2.7.5 MAGNETICKÁ REZONANCE

Magnetická rezonance je omezena indikacemi vzhledem k ceně vyšetření. Jedná se o vyšetření s použitím kontrastní látky. Mezi důležité indikace patří recidiva karcinomu po rekonstrukci, detekce primárního nádoru při metastázách či odlišení jizvy od malignity.

Ošetřovatelská příprava a doporučení: toto vyšetření se nedoporučuje u žen v prvních třech měsících těhotenství. Nelze také vyšetřovat nemocné s implantovaným kardiostimulátorem a nemocné, kteří mají strach ve stísněných prostorech (klaustrofobie). Zvláštní příprava k vyšetření nutná není, doporučuje se však 4 - 5 hod. před vyšetřením nejíst a nepít. Někdy je potřebné podat kontrastní látku injekcí do žíly k lepšímu znázornění. Vzácně se může objevit nevolnost.

2.7.6 BIOPSIE

Biopsie je odběr tkáně pomocí speciální bioptické jehly z patologického ložiska pod UZ kontrolou. Biopsii provádíme v lokální anestezii, odebrané vzorky tkáně jsou zasílány k histologickému vyšetření patologem, bez nějž by diagnóza nebyla možná. Toto vyšetření probíhá za sterilních podmínek, aby se zamezilo následné infekci. Je to malý nebolestivý zákrok.

Ošetřovatelská příprava: toto vyšetření nevyžaduje speciální přípravu. Pacientky jsou vyšetřovány ambulantně.

2.7.7 PUNKČNÍ BIOPSIE

Punkční biopsie slouží k odběru tkáně pro histologické vyšetření u nejednoznačných a podezřelých nálezů. Výkon se dnes provádí výhradně za kontroly zobrazovacími metodami, ultrasonografií či mamografií, jehlu je tak možné zavést přesně do místa, které potřebujeme.

Ošetřovatelská příprava: toto vyšetření nevyžaduje speciální přípravu. Pacientky jsou vyšetřovány ambulantně. (Petráková, Masarykův onkologický ústav,2004)

2.8 DOPLŇUJÍCÍ VYŠETŘOVACÍ METODY

2.8.1 SCINTIGRAFIE SKELETU

Prvotní postižení kostí je velmi řídké a vyskytuje se jen u velmi pokročilých, zanedbaných onemocnění a kostní scintigrafie je velmi senzitivním screeningovým vyšetřením ke stanovení kostních metastáz. Ošetřovatelská příprava: je nutné dodržovat maximální pitný režim, jak před vyšetřením, tak po vyšetření, pro rychlé vyplavení radioaktivní látky. Provádí se ambulantně.

2.8.2 ULTRAZVUK JATER

Ultrazvuk jater se provádí se pro detekci metastáz v játrech.

Ošetřovatelská příprava: toto vyšetření nevyžaduje speciální přípravu. Pacientky jsou vyšetřovány ambulantně.

2.8.3 RTG PLIC

Rtg plic je spolehlivou metodou v detekci plicních metastáz.

Ošetřovatelská příprava: toto vyšetření nevyžaduje speciální přípravu. Pacientky jsou vyšetřovány ambulantně.

2.8.4 KREVNÍ TESTY

Krevními testy se sledují nádorové markery CA15-3 a CEA.CEA = carcinoembryonální antigen, který je přítomen u nádorů prsu. (Vorlíček, J., 2006)

3. TERAPIE

Velmi důležitý je rozsah, typ, umístění a rozšíření nádoru. Terapie nádorového onemocnění prsu není výsadou pouze onkologů. Na plánování léčby by se měl podílet celý tým specialistů včetně s integrovanými odborníky mamologické péče. Takto sestavený tým je pak zárukou tzv.komplexní péče o ženu s karcinomem prsu. Tým těchto odborníků tvoří specialisté v oborech mamologie, onkologie, radiodiagnostiky, genetiky, endokrinologie, patohistologie a v neposlední řadě také chirurgové, plastičtí chirurgové, gynekologové a psychologové.

3.1 CHIRURGICKÁ LÉČBA

Chirurgická léčba spočívá v odstranění části tkáně s nádorem nebo celého prsu včetně spádových uzlin. Jejím cílem je úplné odstranění nádoru i s částí zdravé tkáně. Pokrok v medicíně je velice znát i na chirurgických metodách řešení nádorových onemocnění prsu. Operační postup dělíme: parciální, částečný - prs zachovávající, šetřící operace, radikální – odstranění celého prsu. V současnosti se zavádí trend k výkonům prs šetřícím a následné rekonstrukční operace. O načasování operačního výkonu v rámci dalších metod protinádorové léčby rozhoduje tým lékařů pod vedením onkologa , radiodiagnostika, radioterapeuta , mamologa a specializovaný chirurg .

Nejčastěji prováděné parciální operace:

3.1.1 BIOPTICKÁ EXCISE

vyříznutí ložiska a odstranění útvaru, ložiska s lemem zdravé tkáně.

3.1.2 LUMPEKTOMIE

chirurgické odstranění nádoru jen s minimem zdravé tkáně.

3.1.3 KVADRANTEKTOMIE

(*cisegmentální mastektomie*) představuje výkon, kdy je odstraněna čtvrtina tkáně prsu kolem patologického ložiska.

3.1.4 MASTEKTOMIE

odstranění celé prsní žlázy, podle závažnosti možné odstranění velké části kůže včetně dvorce a bradavky. Proto je mastektomie dělena podle radikality výkonu.

- Radikální
- prostá mastektomie

- subkutánní mastektomie

3.1.5 SUBKUTÁNNÍ MASTEKTOMIE

Subkutánní mastektomie představuje odstranění celé prsní žlázy při zachování kůže, dvorce i bradavky. Prsní žláza se při výkonu separuje od svalové spodiny.

Ošetrovatelská péče u výkonů prs šetřící se shoduje. Cílem ošetrovatelské péče je kompletní ošetrovatelský proces v celém peroperačním období. Zahrnuje péči předoperační, intraoperační a pooperační. Důležitý je souhlas pacienta s operací s anestezií a celým terapeutickým procesem. (Dražan. L, 2006)

Ošetrovatelská péče před operací

Před operací je nutné posoudit zdravotní stav pacienta k prevenci možných následných komplikací. Musíme být seznámeni o stavu kardiovaskulárního, respiračního aparátu, dále pak stavu metabolismu, krevním vyšetření, stavu tekutin, posoudit lékovou medikaci a posoudit duševní a celkové zdraví.

Všeobecná předoperační příprava zahrnuje psychickou a fyzickou přípravu. Je nutné zjistit, zda je pacient dobře informován. U pacientek před výkonem operace prsu je vhodné zkontrolovat stav pokožky, čistotu operovaného místa, popřípadě doplnit hygienickou přípravu (omytí, oholení podpaží). Patientka je seznámena s průběhem operace a s následnou pooperační péčí. Dále pacienta seznámíme s cviky pro lepší pooperační průběh. Jedná se o cvičení dolních končetin z důvodu prevence imobilizačního syndromu a tromboembolie, nácvik dýchání, dechové rehabilitace.

Bezprostřední příprava zahrnuje: odstranění protetických náhrad, očních čoček, šperků. Bandáž dolních končetin v podobě antiembolických punčoch, aplikaci premedikace dle ordinace anesteziologa 30 minut před výkonem. Kontrolu dutiny ústní, kontrolu vyprázdnění močového měchýře.

Ošetrovatelská péče po operaci

Sledování zotavení z anestezie, zda je pacient ospalý, dezorientovaný či probuzený a orientovaný, kontrola krevního tlaku, pulsu, popřípadě celková monitorace, sledování dýchání, pravidelnost, práci dýchacích svalů. Důležité je rovněž sledování polohy pacienta a příjem tekutin. Nutností je pak sledování operační rány, krytí, intravenózní kanyly a v neposlední řadě sledování bolesti. Ošetřování operační rány musí probíhat za naprosto sterilních podmínek. Úplná asepsa je velice důležitá. Sestra pracuje šetrně a zajistí klid k hojení rány. U pacientky po operaci prsu je doporučena včasná mobilizace. Patientky vstávají obvykle do 8 hodin z lůžka za pomoci sestry. Do 12 hodin pak sestra doprovází pacientku na toaletu. Doporučen je klidový režim. (Mikšová, Z.2006)

3.1.6 ABLACE PRSU

Ablace prsu je radikální odstranění celého prsu a lymfatických uzlin v podpaží. Podle operačního nálezu se rozhoduje o vhodnosti dalšího léčebného postupu. Ošetrovatelská péče u ablace prsu je specifická v pooperační fázi. Předoperační fáze u ablaci prsu se shoduje s péčí u výkonů prs šetřící.

Ošetrovatelská péče po operaci.

Prevence vzniku lymfedému: pokud je odebrán celý prs, je nutné provést preventivní opatření otoku horní končetiny pomocí speciálního cvičení a bandážování na operované straně. Při operaci se odstraňují i lymfatické uzliny v podpaží. Tím dochází k narušení lymfatických cest a odvodu lymfy z končetiny a možného vznik lymfedému. V pooperační péči se tedy snažíme eliminovat vznik lymfedému. Edukujeme pacienta o vhodných cvičích v následném rekonvalescenčním období. Velmi důležitá je poloha pacienta. Pacient leží na zádech. Nutné vyloučit polohu pacienta na operované straně. Sestra dále edukuje pacienta o vhodných cvičích prováděných k zamezení ztuhlosti ramenního kloubu na operované straně. Povzbuzuje pacienta k pohybu a zajišťuje příchod rehabilitačního pracovníka, fyzioterapeuta.(příloha 4), (Mikšová, Z.2006)

3.2 REKONSTRUKCE PRSU

OPERAČNÍ ŘEŠENÍ PRO ZNOVUOBNOVENÍ ŽENSKÉHO PRSU

Rekonstrukce prsu prošla v posledních letech nebývalým rozvojem. Žádná jiná nádorová problematika, na které se podílí chirurgická léčba, neprošla takovými revolučními změnami, jako je to u karcinomu prsu. Změna je především v ústupu od přílišné radikality primární operace, kterou nahrazují stále více konzervativněji vedené výkony. Na základě studií bylo potvrzeno, že méně radikální chirurgická léčba může pro ženu znamenat ekvivalentní šanci na přežití, aniž by to muselo být spojeno s frustrující deformitou hrudníku.

Názory na dobu rekonstrukce prsu se liší stejně tak jak na radikalitu primární operace. Podle této doby rozdělujeme okamžitou rekonstrukci či opožděnou.

Okamžitá rekonstrukce - neboli kůži šetřící mastektomie - přináší nejlepší výsledky. Provádí se v jedné době a u operace by měl spolupracovat plastický chirurg s onkochirurgem. Významný dopad této operace dopadá především na psychiku ženy, která je ušetřena psychologickému dopadu ze ztráty prsu. V případech, kdy není možná okamžitá

rekonstrukce, lze za 6 až 24 měsíců zvážit rekonstrukci *opožděnou*. Cílem rekonstrukce je náhrada veškeré chybějící tkáně s maximální snahou o vytvoření symetrie a příznivého tvaru postiženého prsu.

Pro volbu rekonstrukce jsou důležité psychologické aspekty ze strany ženy, které mnohdy rozhodují při výběru operačního postupu. V rámci přípravy se také musí zvážit stav kůže, stav svalů hrudní stěny, velikost prsu, dřívější ozařování hrudní stěny, tělesný vzhled a v neposlední řadě se posuzuje obezita, kouření a diabetes melitus.

Prováděné typy rekonstrukčních operací :

3.2.1 REKONSTRUKCE PRSU S VYUŽITÍM CIZÍHO MATERIÁLU

Tato metoda je díky své jednoduchosti a rychlému zotavení metodou první volby, pokud to rozsah postiženého prsu dovolí. V současné době mají z cizích materiálů největší uplatnění silikonové implantáty. Po totálních mastektomiích však není možné pouze užití implantátu, ale je nutné lůžko pro implantát připravit pomocí tkáňové expanze.

3.2.2 REKONSTRUKCE PRSU S VYUŽITÍM AUTOLOGNÍ TKÁNĚ A CIZÍHO MATERIÁLU

Tato metoda je jednou ze základních metod v rekonstrukční chirurgii prsu. Jde o kombinaci autologní tkáně (kůže a svalu) a silikonového implantátu. Zjednodušeně jde o přenos kožního laloku na stopce, v které prochází dobré cévní zásobení. Typy těchto laloků závisí na velikosti prsu, přiměřené ptosy prsu, měkkost a symetrii tvaru prsu. Předností u těchto metod je příznivé vytvarování prsu, relativní jednoduchost zákroku a časová nenáročnost operačního výkonu.

Mezi nejčastěji používané laloky patří :

- laterální torakodorzální lalok
- lalok musculus latissimus dorsi
- musculofasciální lalok

3.2.3 REKONSTRUKCE PRSU AUTOLOGNÍ TKÁNÍ

Tyto formy rekonstrukce patří již mezi náročné operace jak pro pacienta tak operátora. Jedná se o laloky, které mají dostatečný objem tkáně k vytvoření nového prsu, tudíž náhrada se obejde bez použití silikonového implantátu.

3.2.4 REKONSTRUKCE PRSU BŘIŠNÍM LALOKEM

Přední břišní stěna je výhodným odběrovým místem pro lalok ze dvou důvodů. Poskytuje dostatek kůže a tuku v množství, které je dostatečné k rekonstrukci běžně velkého prsu a spolehlivé hluboké cévní zásobení. Mezi tyto metody patří:

- stopkovaný TRAM - rekonstrukce pomocí stopkovaného transverzálního muskulárního laloku na svalu abdominis
- volný TRAM - rekonstrukce pomocí volného transverzálního muskulárního laloku na přímém svalu břišním.

3.2.5 REKONSTRUKCE PRSU TORAKODORZÁLNÍM LALOKEM

OPERAČNÍ VÝKON

Každá sestra pečující o pacienta na chirurgickém oddělení by měla znát rozsah operačních zákroků, popřípadě techniku, a to pro lepší představitelost a maximální empatii vůči pacientovi jí ošetřovanému. Samozřejmě, že není povinností sestry znát přesný operační postup, zvědavost a touha po vědění dodá sestře větší pochopení pro klienta a dokáže i lépe sestavit ošetřovatelské diagnózy na chirurgickém oddělení.

Rekonstrukce prsu torakodorzálním lalokem je jednou z možností vytvoření nového prsu. Zde je nutné, aby pacientka předem věděla, jaký typ rekonstrukční operace podstoupí, neboť sama může cvičením podpořit budoucí odběr laloku.

Několik měsíců před vlastním operačním zákrokem je pacientce ukázána kožní řasa v postranních partiích hrudníku (Obr.1) Tuto řasu, šířku plánovaného laloku, pacientka seštipne. Toto seštipnutí se doporučuje pacientce provádět již několik měsíců před operací. (Obr.2)



Obrázek 1 Nákres plánovaného laloku



Obrázek 2 Seštípnutí šířky laloku

V rozsahu nakreslené předlohy se provádí řez a následné postupné uvolňování a zvedání laloku. Současně s otáčením laloku se protínají perforátory interkostální arterie. Pod kůží se nachází pectorální sval, pod kterým vytváříme dutinu pro implantát. (Obr.3)



Obrázek 3 Dutina pro implantát



Obrázek 4 Výsledný efekt

Uvolňuje se kůže s podkožím spolu s fascií laterálně a mediálně se pak odpojuje vyživovaný úpon prsního svalu. Tento sval se nad implantát nefixuje, aby mohl vytvořit přirozenější dolní záhyb nového prsu. Zavádí se dva Redonovy drény pro odvod možné hromadějící se krve. Šije se ve třech vrstvách fascie, podkoží a kůže (Obr.4).

Toto je velmi zjednodušeně a stručně nastíněna operace pacientky, která byla přijata k výkonu torakodorzálního laloku.

(Dražan. L, 2006)

Ošetrovatelská péče

Pro všechny typy rekonstrukčních operací platí zásady ošetrovatelské péče. Předoperační fáze se shoduje s péčí u výkonů prs šetřících.

Pooperační péče

Pacientka je po operaci umístěna na JIP. Tyto rekonstrukční operace jsou rozsáhlé svým výkonem, proto je sledování pacientů zajištěno intenzivněji. Sestra sleduje: zotavení z anestezie, zda je pacient ospalý, dezorientovaný či probuzený a orientovaný. Kontrola krevního tlaku, pulsu, popřípadě celková monitorace. Dále sleduje dýchání, pravidelnost, práci dýchacích svalů. Důležité je rovněž sledování polohy pacienta a příjem tekutin. Nutností je pak sledování operační rány, krytí, intravenózní kanyly a v neposlední řadě sledování bolesti. Ošetrování operační rány musí probíhat za naprosto sterilních podmínek. Úplná asepse je velice důležitá. Sestra pracuje šetrně a zajistí klid k hojení rány. Pooperační ošetrovatelská péče však má svá specifika. Je zaměřena především na sledování výživy použité tkáně. Sestra sleduje barvu a návratnost prokrvení v místě laloku.

U pacientky po operaci Tram rekonstrukce není vhodná včasná mobilizace. Klidový režim je nutný pro maximální hojení a dobrou průchodnost cév v operovaném laloku.

3.2.6 OBNOVA DVORCE A BRADAVKY

Po rekonstrukční operaci prsu je neméně důležitá jako vlastní obnova prsu i korekce tvaru a velikosti prsu druhého. Tyto operace pak řadíme mezi přídatné operace ke korekci druhé strany. Tyto operace docílí potřebné velikosti a symetrie obou stran.

Konečnou etapou rekonstrukce prsu představuje rekonstrukci dvorce a bradavky neboli rekonstrukce areomamilárního komplexu.

3.2.6.1 Rekonstrukce areomamilárního komplexu

Pro převážnou většinu žen je tato rekonstrukce jakýmsi symbolem kompletní obnovy prsu s možností jejich opětovného návratu do plnohodnotného osobního a společenského života. Vytvořený komplex dvorce a bradavky propůjčuje rekonstruovanému prsu přirozený vzhled a tím podporuje u žen vnímání jejich těla jako nenarušeného celku.(příloha 6)

Ošetrovatelská péče před operací :

U pacientek před tímto výkonem je vhodné zkontrolovat stav pokožky, čistotu operovaného místa, popřípadě doplnit hygienickou přípravu. Omytí, oholení nejen podpaží, ale i místa kde lékař odebere kožní transplantát. Pacientka je seznámena s průběhem operace a s následnou pooperační péčí.

Pooperační péče se shoduje s péčí po rekonstrukcích prsu. Úkolem sestry je i zde kontrola prokrvení a vyživení nově vzniklého dvorce a bradavky. Sestra sleduje operační ránu, krytí, intravenósní kanylu a bolest. Ošetřování operační rány musí probíhat za naprosto sterilních podmínek. Úplná asepse je velice důležitá.

(Měšťák, J. 2007)

3.2.7 MOŽNÉ POOPERAČNÍ KOMPLIKACE

V pooperační péči se můžeme setkat s nepříjemnými komplikacemi. Každý chirurgický zákrok nese určitou nejistotu a riziko. Příčiny komplikací zahrnují neočekávané faktory jako je snížení hojivé schopnosti organismu, alergické reakce, apod.. Ze strany pacienta může jít o nedodržení či nepochopení podaných instrukcí, ze strany lékaře o špatné vyhodnocení stavu, nezkušenost či technická chyba operátora, nedostatečná pooperační péče . Komplikace mohou být časně či pozdní.

3.2.7.1 Hematomy

Hematomy představují nahromadění většího množství krve v ráně. Nejen u rekonstrukčních operací se mohou objevit drobnější podkožní hematomy v oblasti preparované dutiny a místa rotace laloku. Tyto hematomy jsou nezávažné a během několika dní se vstřebají. Závažnější je rozsáhlé nahromadění krve v operované dutině, kolem implantátu nebo samotné krvácení z rotovaného laloku z důvodu uvolnění cévy, která nebyla dostatečně zkoagulována. Projeví se otokem, bolestivostí. Menší množství krve se může vstřebat, větší je třeba drénovat, popřípadě provést reoperaci a kontrolu krvácení. Proto je zaváděn speciální drén, Redonův, (v případě operace torakodorzálního laloku, jeden pod sval, jeden nad sval), který zbytkovou krev odvádí. Ošetrovatelská péče spočívá především v kontrole obvazu, kontrole množství krve hromadící se v Redonovu drénu. Sestra nesmí podcenit ani bolest či tlak, které může pacient verbalizovat. Bolest, tlak může být příznakem počínajícího hematomu.

3.2.7.2 Infekce v ráně

Riziko infekce se může vyskytovat po jakékoli operaci. Příčiny mohou být různé. Zejména vznikají nedodržáním aseptických podmínek či nepřiměřenou reakcí organismu. Většinou se rozvíjí několik dní po operaci. Ranné infekce u pacientek po torakodorzálním laloku jsou velmi vzácné, protože se operace provádí pod antibiotickou clonou (profylaxe), za přísných aseptických podmínek a pečlivého pooperačního sledování. V mizivých případech může

nastat zánět v dutině kolem implantátu. Je to zapříčiněno obranným mechanismem, kdy tělo implantát nepřijme. Tato komplikace je spíše raritou. Infekce s přítomností cizího tělesa se léčí mnohem obtížněji než prostá infekce v měkkých tkáních. Pokud organismus nereaguje na terapii antibiotiky, je nutné implantát (alespoň dočasně) odstranit.

3.2.7.3 Nedostatečná výživa torakodorzálního laloku

Je jednou z nejobávanějších komplikací vůbec při všech prsních rekonstrukčních náhradách. Jedná se o nedostatečný přísun krve do rotovaného či přeneseného laloku. U rekonstrukcí torakodorzálním lalokem je tato komplikace spíše vyjimečná. Příčina tkáňové nedostatečnosti může spočívat v předešlém ozařování tkáně. Je nutné sledovat prokrvení laloku, kontrolovat operační ránu, popřípadě místa válečkovat pro lepší prokrvení. Tato kontrola se provádí obvykle po 2 hodinách. Pokud nedojde k obnovení dostatečného přísunu krve, je nutná reoperace.

3.2.7.4 Tromboembolie

Tromboembolie neboli embolie plicnice je zanesení krevní sraženiny z krevního řečiště do plic, kde embolus (vmetek) ucpe plicní tepnu nebo její větve a zabrání tak okysličování krve. Zdrojem plicní embolie je nejčastěji trombóza pánevních žil nebo hlubokých žil dolních končetin. Hluboká žilní trombóza dolních končetin se zpočátku projevuje jen mírným otokem lýtky, případně tupou bolestí, která se zvětšuje při tlaku na lýtko nebo při zvednutí špičky nohy. Většinou bývá mírně zvýšená teplota. Tyto počáteční příznaky mohou snadno ujít pozornosti. Nejsou-li rozpoznány, může dojít k uvolnění krevní sraženiny (trombu) a zanesení krve do plic (embolizaci). Větší embolizace se projevuje bolestí na hrudi, zrychleným a ztíženým dýcháním, poklesem tlaku a zrychlením tepu. Řešení tromboembolie je rozpouštění trombu pomocí tromboembolitických léčiv a intenzivní sledování pacienta.

3.2.8 PREVENCE POOPERAČNÍCH KOMPLIKACÍ

3.2.8.1 Profylaxe

Velmi důležitou prevencí pooperačních komplikací je profylaxe. Profylaxe zahrnuje konkrétní opatření k zamezení případných pooperačních komplikací.

- profylaxe infekce: podávání antibiotik. Při menších výkonech může být toto podání pouze peroperční, kdy se během operace podávají 2 g antibiotik. V ostatních případech se užívají antibiotika dle rozpisu lékaře a to po 6 nebo 8 hodinách.

- profylaxe tromboembolie: podávání antikoagulancií jako Fraxiparin, Clexan

3.2.8.2 Prevence komplikací hojení

Zásady prevence pooperačních komplikací operační rány:

- správná příprava operačního pole
- jemná operační technika
- dokonalá hemostáza (stavění krvácení)
- správný materiál k podvazu cév
- drenáž operační rány Redonovým drénem
- drén odstranit při sekreci do 30 ml/24 hodin
- klidový režim horní končetiny na operované straně první dny

3.3 KONZERVATIVNÍ LÉČBA

3.3.1 RADIAČNÍ LÉČBA

Pojem radiační léčby zahrnuje ozařování. Ozařování patří k základním prostředkům protinádorové léčby. Ozařování patří spolu s chirurgickou léčbou k metodám, které působí pouze lokálně na nádor. Zářením lze vyléčit téměř třetinu zhoubných nádorů. V současné době se používají dvě základní techniky radiační léčby.

3.3.1.1 Teleradioterapie

zdroj záření se nachází mimo pacienta ve vzdálenosti několika desítek centimetrů. Běžné ozařování trvá 4 - 7 týdnů. Teleradioterapie je výkonem ambulantním a provádí se každý pracovní den. Výkon trvá několik minut. Samotné záření není doprovázeno žádnými nepříjemnými pocity a nevyžaduje ošetřovatelskou přípravu. Skládá se z jedné až deseti dávek.

3.3.1.2 Brachyterapie

je metoda, kdy zdroj záření těsně naléhá na nádorové ložisko. Nejčastěji se podává v jedné až třech dávkách a to jednou týdně. Výkon trvá několik desítek minut. Tato metoda se při nádorovém onemocnění prsu uplatňuje méně. Radiační léčba je spojována s nežádoucí účinky.

3.3.2 NEŽÁDOUCÍ ÚČINKY RADIOTERAPIE

Nežádoucí účinky záření rozdělujeme na:

- celkové a místní
- časně a pozdní.

3.3.2.1 Postradiační syndrom

Projevuje se celkovými příznaky jako je únava, malátnost, snížení chuti k jídlu, bolest hlavy, průjmy. Někdy se vyskytnou nevolnosti a zvracení. Ošetrovatelská péče se řídí převládajícími obtížemi. Doporučuje se:

- úprava denního režimu
- dostatek odpočinku, spánku
- dietetická opatření
- antiemetika
- analgetika.

3.3.2.2 Poškození krevtvorby

Toto poškození se týká pacientů, kteří jsou ozařováni ve větší ploše. Je-li zasažena oblast krevtvorné tkáně kostní dřeně, pak dochází k závažným změnám v krevním obraze. Doporučuje se pravidelná kontrola krevního obrazu. Při výrazném zvýšení počtu leukocytů a trombocytů je nutno léčbu přerušit.

3.3.2.3 Kožní reakce

Kožní reakci řadíme do nežádoucích účinků místních. Objevují se dle lokalizace nádoru. Kůže bývá suchá, může docházet k zarudnutí ozářených míst, zvýšené pigmentaci až puchýřkům. Na ozařovaných místech se ztrácí ochlupení. Radioterapie je vedena lokálně, poškozují tedy určité okrsy kůže.

Ošetrovatelské péče:

Pacientům je doporučeno nosit vhodné oblečení. Mělo by být volné a nedráždivé. Kůži nevystavovat slunečnímu záření. Doporučujeme omezit či zcela vynechat kosmetické přípravky, parfémovaná mýdla . Na ošetření pokožky je možné preventivně použít speciální mastičku Droserin. Pokožce je v době ozařování zapotřebí věnovat zvýšenou pozornost.

3.3.3 CHEMOTERAPIE

Chemoterapeutika jsou „protinádorové léky“ ničící rakovinné buňky. Způsobují zastavení růstu nebo smrt zasažených buněk.

V chemoterapii se používají látky:

- cytotoxické – pro buňku
- toxické cytostatické – pro buňku smrtící

Cytostatika útočí na buňky při jejich dělení. Narušují jejich jádro a membrány. Výsledné buňky pak odumírají. Proto jsou rychle dělící buňky rakovinného nádoru vystaveny působení jedů daleko více než buňky ostatní. Bohužel není možné cytostatika nasměrovat pouze na buňky rakovinné. Jsou narušeny i buňky vlasových kořínků nebo krvetvorné buňky kostní dřeně. Chemoterapie má proto řadu nežádoucích účinků (změny v krevním obrazu, změny na sliznicích, zažívacího traktu, alopecie, průjem atd.). Chemoterapie probíhá v cyklech a přestávky v léčbě umožňují znovu zregenerování zdravé tkáně.

Používají se dva typy chemoterapeutické léčby:

- adjuvantní – neboli pomocná léčba. Má za úkol likvidaci zbytkové nemoci.
- neoadjuvantní – znamená použití cytostatické léčby jako první před operací z důvodu odložení operace na dobu, kdy se vlivem cytostatické léčby nádor zmenší a vytvoří tak lepší podmínky pro úspěšnou radikálnější operaci. Velmi důležitým aspektem při péči o pacienta s chemoterapií je převážně komunikace. Sestra se snaží tlumit strach pacienta, napomáhá při úzkosti a stresu, pomáhá zmírnit bolesti a eliminovat nežádoucí účinky. V neposlední řadě se snaží o zlepšení spolupráce s pacientem.

3.3.4 HORMONÁLNÍ LÉČBA

Již před několika desítkami let bylo zjištěno, že růst některých nádorů lze zpomalit hormonálními léky. V současné době má hormonální léčba své nezastupitelné místo v léčbě nádorů prsu. Chemoterapie a hormonální léčba zvyšují v dlouhodobém horizontu míru přežití u žen s rakovinou prsu.

Nejčastější léky hormonální terapie:

- Zoladex (analoga gonadoliberinů) - výrazně snižují hladiny mužských i ženských pohlavních hormonů v těle. Proto se za určitých okolností uplatňují při léčbě nádorů prsu a prostaty. Lék se podává jednou za jeden až tři měsíce, je velmi dobře snášen.
- Tamoxifen - (antiestrogen) zpomaluje růst nádorů prsu. Ročně jsou těmito preparáty léčeny desetitisíce žen po celém světě. Lék se u některých žen používá v pooperačním období po odstranění nádoru prsu s cílem snížit riziko recidivy onemocnění. Použití

tamoxifenu je spojeno s mírným zvýšením rizika zánětů hlubokých žil dolních končetin, cévních mozkových příhod a nádorů dělohy.

- Provera, Megace (gestageny) - používají se při léčbě pokročilého nádoru prsu a nádorů dělohy.

Ošetrovatelská péče spočívá především v edukaci pacienta o možných výskytech nežádoucích účinků. Nežádoucí účinky nejsou nikterak výrazné.

(Vorlíček, J. 2006)

3.3.5 PODPŮRNÁ LÉČBA

Podpůrná léčba je komplexním shrnutím celé terapeutické léčby. Je nesmírně důležitá a pokud je dobře prováděná, přispívá k optimálnímu výsledku a k dobré kvalitě života v průběhu léčby. Mezi podpůrnou léčbu patří např.:

- Imunoterapie- neboli podávání léků, které posilují organismus v boji proti nádorům.

3.3.6 FARMAKOLOGICKÁ LÉČBA

Hlavní kurativní léčbou u operabilních nádorů je chirurgický výkon. Ten sebou přináší množství rizik a nepříjemných symptomů po operaci. Symptomatologická léčba zahrnuje léky proti bolesti – analgetika a to zejména Dolsin, Novalgin. Léky proti zvracení –antiemetika (Cerucal, Degan, Zofran,Casopitant)

Velmi důležitá jsou antibiotika k zamezení případné infekce. V případě, že pacientka není alergická, se užívají nejčastěji ATB cefalosporinové řady. Kefzol, Augmentin a to 2 až 3 dny formou intravenózní aplikace a dále se převádí na perorální ATB např. Duracef 500 mg po 12 ti hodinách.

3.3.7 DIETOTERAPIE

Toto onemocnění nevyžaduje speciální dietu. Doporučujeme stravování dle zásad správné výživy. V období chemoterapeutické léčby se však můžeme setkat s nechutenstvím, nauzeou i zvracením. Některé ženy udávají i ztížené polykání. Ošetrovatelská péče spočívá především v edukaci pacienta o možnostech změny dietního režimu a o výhodách maximální hydratace. Dostatečný přísun tekutin jsou až 3 litry /den.

3.3.8 POHYBOVÝ REŽIM

Pohybový režim u pacientek s karcinomem prsu musíme rozdělit podle následné terapie. Pacientky po operačním zákroku zůstávají 2 až 3 dny v klidu na lůžku. Jsou však schopné

soběstačně si dojit na toaletu a zvládat základní hygienu. Samozřejmě první vstávání po operaci absolvují za dopomoci sestry. Možnost se osprchovat mají 3 až 4 den, když již nemají Redonovy drény. U pacientek po exenteraci axily je důležitá včasná rehabilitace ramenního kloubu. Ztuhlost ramenního kloubu nemá anatomické důvody a znamená vždy pouze zanedbanou pooperační rehabilitaci. Doporučujeme tedy pozvolné upažování a mírné vzpažování horní končetiny. Vše samozřejmě postupně s ohledem na bolestivost a to tahovými nikoliv švihovými pohyby.

Dalším rizikem po operačním zákroku a odstranění uzlin, je možnost vzniku lymfedému. Riziko lymfedému není radno podceňovat - vzniká na horní končetině narušením průtoku mízy. Zde je velmi důležité speciální cvičení, bandážování, manuální nebo přístrojová lymfodrenáž.(příloha 5)

Pohybový režim se však liší při právě probíhající chemoterapii. Pacientky jsou slabé, unavené. Zde je zapotřebí odpočinek, spánek, relaxace. Doporučuje se 2 x týdně rehabilitace a skupinový tělocvik. Každý organismus reaguje na chemoterapii jiným způsobem. Pohybový režim tedy doporučujeme spíše dle momentálních schopností jednotlivé pacientky s ohledem na zatížení daného organismu.

3.3.9 PSYCHOTERAPIE , PSYCHOSOCIÁLNÍ PROBLEMATIKA

Psychoterapie je u pacientek s nemocněním prsu nedílnou součástí komplexní léčby. Nejen při operativních zákrocích mohou vznikat změny, týkající se vzhledu pacientky (vypadávání vlasů a ochlupení po chemoterapii), které jsou z psychologického hlediska provázeny daleko hlubšími problémy. Náhle vzniklý defekt je pro většinu nemocných velmi náročnou situací bolestně prožívanou a doprovázenou úzkostí či depresemi. Nemocný se musí vyrovnat se změnou vzhledu, má negativní pocity nad vlastním tělem.

U pacientek po operačním zákroku zejména po ablaci mammy je psychoterapie nedílnou součástí. Zde se pojí s možností řešení daného problému a tím je rekonstrukce prsu, tedy plasticko – chirurgická operace. Vazba mezi chirurgem a psychologem či psychiatrem je velmi těsná. Stejně jako je těsný vztah mezi pacientovou psychikou a zjevem. Napravení vzniklého defektu tedy může dopomoci k navrácení sebe sama, k navrácení symbolu ženství, který je pro mnohé pacientky nezbytný. Přestávají zaujímat negativní postoj, pláže a koupaliště již nemusejí být zakázaným potěšením a rovněž tak společenský kontakt. Zvládnutí této náročné situace závisí na osobnosti nemocné a na předchozím vývoji onemocnění. Také záleží na individualitě postižených žen. Na tom, jak zvládají vyrovnání se s náročnými

životními situacemi. Někteří nemocní se poměrně dobře vyrovnávají s novou situací, jiní zas podléhají depresím, smutku a nechtějí spolupracovat. Zde je pak velmi důležitá a potřebná pomoc nejen psychologická, ale také psychologická pomoc spojená s edukací celé rodiny. Je nutné přistupovat k nemocnému s empatií pro jeho prožívání. Nepodceňujme tedy psychologickou podporu nemocného ani odbornou psychologickou péči.
(Čechová, V. 1997)

3.4 FUNKČNÍ DŮSLEDKY

Návrat do aktivního života má i po úspěšně vyléčeném karcinomu prsu určitá úskalí. Kvalita života nemocného může být ovlivněna léčebnými postupy, které nejen u nádorového onemocnění prsu mohou zanechat trvalé změny.

3.4.1 PSYCHICKÉ ZMĚNY

Při ošetřování onkologicky nemocných je třeba mít na paměti psychické reakce nemocného na nemoc, které jsou velmi náročné pro ošetřovatelský personál i rodinu nemocného.

Reakce nemocného na zhoubné onemocnění je ovlivněna somatickými obtížemi, náročnou a dlouhodobou léčbou s mnoha nežádoucími účinky a nepříjemnými vyhlídkami do budoucna .

Psychické změny u nemocných s nádorovým onemocněním prsu :

- Popření: nemocný chce být ujišťován, že nemá rakovinu. Nedokáže si připustit a odůvodnit, proč zrovna on má být onkologicky nemocný
- Strach, zoufalství: dostavuje se pocit nepřekonatelného strachu a úzkosti z budoucnosti. Nemocný si často pokládá otázky typu. Co bude dál? Já chci žít!!! Po stanovení diagnózy je třeba mluvit s nemocným o jeho nemoci, naplánovat podávání informace po částech, aby měl možnost je dostatečně zpracovat, snažíme se nemocného aktivizovat, motivovat k léčbě, vysvětlujeme jednotlivé postupy, oceňujeme jeho aktivitu.
- Stadium léčby: v období léčby narůstají nepříjemné pocity. Tyto pocity souvisí s náročnou léčbou. Pacientky podstupují náročnou operaci a prožívají nepříjemné pocity spojené s chemoterapií, radioterapií. Mnohé ženy trpí sociální izolací, diskriminací a depresí. Pacientky jsou traumatizovány nevolnostmi, ztrátou vlasů, ztrátou prsu, pociťují odpor k vlastnímu tělu .

V této fázi onemocnění je velice důležitý citlivý přístup ošetřovatelského personálu zejména sester, které napomohou k ventilaci negativních pocitů, strachu a úzkosti z budoucnosti. Sestra

má nemocnému poskytnout útěchu, povzbudit naději, vyvést z deprese. Velice podstatná je spolupráce s rodinou nemocného. Toto období je pro pacientku velmi náročné. Pověštinou dochází k přestavbě životních hodnot:

- Ztráta prsu: ztráta prsu může způsobit, že si žena připadá nahá, ponížená, zjizvená. Vnímání ženskosti a sexuality je velice poničeno. V této fázi je velmi důležitá edukace sestrou či lékařem o možnostech následné léčby, dostatek informací o náhradách, zajištění intimity a respektování studu pacientky.
- Rekonstrukce prsu: napomáhá k navrácení ztráty ženství. Mnohé pacientky právě tato možnost psychicky velmi podpoří.

3.4.2 TĚLESNÉ ZMĚNY

Tělesná poškození jsou často zdrojem pocitů méněcennosti a podmiňují vznik již zmíněného psychického stresu. Některé změny jsou však pouze dočasné a po ukončení léčby postupně odezní.

Patří mezi ně dočasný pokles krvetvorby, náchylnost ke vzniku infekčního onemocnění, nevolnost a zvracení, poruchy trávicího a vylučovacího systému. Rovněž nežádoucí vedlejší účinky hormonální terapie ,nevolnost, pocení, příznaky přechodu – menopauzy, zpravidla postupně vymizí a léčba je dobře snášena.

Ztráta vlasů (alopecie) je také dočasná, po ukončení chemoterapie dochází k obnovení vlasového porostu a mnohdy jsou nové vlasy kvalitnější a silnější než ty původní. Po ukončení ozařování v místě vlasového porostu však může být ztráta trvalá. Radioterapie a funkční změny po ní jsou závislé na síle ozařování. V některých případech však může vést k přechodným změnám v reprodukci nebo k trvalé sterilitě. Časté jsou také poruchy v sexuální oblasti. Chemoterapie může snižovat sexuální touhu. Obnovení normálního sexuálního života je většinou možné, i když si někdy vyžádá delší čas. Někdy je vhodná konzultace s psychologem, sexuologem, případně s psychiatrem.

Pozůstatky chirurgické léčby, jizvy či plně odstraněné prsní žlázy (parciální mastektomie, ablace), které ovlivňují psychiku a mohou vyústit v poruchu v sexuální oblasti a pocitu méněcennosti co do atraktivitu pro partnera, nemusí být trvalé.

3.5 PREVENCE

Prevence karcinomu prsu v pravém slova smyslu neexistuje. Každá žena by však měla svým prsům věnovat dostatečnou pozornost. Zdravotní pozornost. Nejlevnější a jednou z velmi efektivních metod je samovyšetření prsu.

Samovyšetření prsu je nezbytné a mělo by se stát zcela běžným návykem, prováděným stejně samozřejmě jako každodenní hygiena. Prsa by si žena měla vyšetřovat jednou za měsíc, aby včas rozpoznala změny v prsní tkáni. Přitom je důležité, aby věděla, jak se prsa mění během menstruačního cyklu. Prsní tkáň může mít jinou strukturu v době menstruace, může být zduřelá či hrbolatá, protože obsahuje více ženského hormonu estrogenu. Nejvhodnější dobou pro samovyšetření prsu je pár dní po menstruaci. Samovyšetření by však nemělo nahrazovat preventivní prohlídky, mezi které patří mamografické vyšetření. Mamografické vyšetření dokáže vyhledat postižené tkáně, které by při samovyšetření prsu žena jen těžko zjistila. (příloha 7)

Prevenci rozdělujeme:

- Primární – zkoumá příčinu vzniku nádorů
- Sekundární - vyhledává jedince a skupiny obyvatelstva s vyšším rizikem vzniku nádorů

3.5.1 PRIMÁRNÍ PREVENCE

mezi základ primární prevence patří :

- kvalitní životospráva - pod pojmem kvalitní životospráva bychom si měli představit např. omezení konzumace alkoholu, nekuřáctví, věnování se pravidelnému pohybu, snažit se o udržení přiměřené tělesné hmotnosti a s tím související omezení tuků a cukrů v potravě, dostatek pravidelné fyzické aktivity, prevence stresu.
- antioxidanty, kterými jsou vitaminy C a E, provitamin A neboli betakaroten, antioxidantní enzymy obsahující atom selenu či zinku. Vitamin C je jeden z nejdůležitějších ochranných faktorů v potravě. U kuřáků dochází k rychlému vyčerpání dostupnosti vit. C, proto je jeho spotřeba mnohem vyšší než u nekuřáků.
- preventivní operace - tyto preventivní operace jsou důležitou možností u žen, u kterých bylo prokázáno, že jsou nositelkami mutace v genech BRCA 1, BRCA 2 (o těchto genech více v kapitole Screening geneticky zatížených žen). Ne však pro každou nositelku tohoto genu je tato metoda akceptovatelná. Jedná se totiž o odstranění prsní žlázy chirurgicky. Tato metoda je nazývána profylaktickou

mastektomií. Je to sice metoda, která může snížit riziko onemocnění, ale mnohé ženy si nedokáží představit takovou operaci podstoupit.

3.5.2 SEKUNDÁRNÍ PREVENCE

Sekundární prevence se týká žen, které mají v genetickém základě riziko rozvoje karcinomu prsu. Tato prevence by měla začít již kolem 20. roku života ženy. Podle zjištěné anamnézy určuje genetik počet a frekvenci preventivních kontrol.

3.5.3 CHEMOPREVENCE

Chemoprevence karcinomu prsu je diskutovaným tématem. Bylo sice prokázáno snížené riziko vzniku ca prsu při podávání Tamoxifenu u nosiček geneticky pozitivních genů, ale prozatím nebylo potvrzeno že by se riziko snižovalo i u žen, které nejsou nositelkami těchto genů. [<http://www.breastcancer.cz/>]

3.6 PROGNÓZA

Za jednu z nejdůležitějších věcí u prognózy tohoto onemocnění považujeme již tolikrát zmíněnou brzkou a rychlou diagnostiku, která je prospěšná jak pro pacienty tak pro lékaře. Základem prognostických faktorů je histologický typ nádoru a klasifikace TNM.(příloha č. 2) Prognosticky důležitá je také velikost a uložení nádoru. U nádorů menších než 2 cm, kde nejsou postiženy spádové uzliny, přežívá více než 90% žen 5 let. S postižením uzlin se prognóza bohužel rychle zhoršuje. Přes všechny možné dostupné léčebné metody musíme konstatovat, že se i zdánlivě vyléčená rakovina prsu ráda vrací. Největší riziko je do 2 let, dalším mezníkem je 5 let a projev po 7 letech se považuje za nový výskyt, ne recidivu. Při léčbě metastatického rozsevu prakticky neexistuje naděje na vyléčení a i při využití všech současných léčebných možností se přežití pohybuje mezi 18–24 měsíci.

Analýzy také ukazují, že chemoterapie a hormonální léčba vede zhruba k polovičnímu snížení rizika úmrtí na rakovinu v intervalu 15 ti let. Také křivka přežití byla odlišná u žen, kterým byly tyto terapie poskytovány oproti ženám neléčeným.

Takzvané pětileté přežití udává, kolik žen, u nichž byl zjištěn nádor, je naživu ještě za pět let od zjištění nemoci. Ale ani u vzorku zcela zdravých žen, není pětileté přežití 100% .

(přílohy, tabulka 3)

Je třeba zdůraznit, že diagnostika a léčba zhoubných nádorů zaznamenává v posledních letech překotný rozvoj, diagnostikou počínaje a cílenou terapií konče. Díky tomu nejsou dnes vzácností i zcela vyléčení pacienti. Onkologie již dávno není samostatnou lékařskou disciplínou, ale prostupuje všemi obory.

3.7 STATISTIKA

Karcinom prsu je nejčastější formou rakovinného onemocnění u žen. Představuje asi 32 % všech maligních nádorů a je druhou nejčastější příčinou úmrtí na nádorové onemocnění u žen. V naprosté většině je ženským problémem, nevyhýbá se však ani opačnému pohlaví. Jedno procento nádorů prsu postihuje také muže.

Incidence rakoviny prsu každoročně roste o 1 – 2 %. Riziko, že žena v průběhu života onemocní je asi 8% a riziko, že na tento nádor zemře je 3,6%.

Česká republika je co do výskytu nádorových onemocnění žen na 17. místě v Evropě.

Zaměříme-li se na celosvětové měřítko, pak v četnosti nádorů prsu vede USA před Skandinávií a Velkou Británií. Incidence nádorového onemocnění prsu je v rozvojových zemích a v zemích Dálného východu až pětinasobně nižší. Za dobrou zprávu v posledních letech můžeme považovat zpomalení úmrtnosti v poměru k rostoucímu výskytu karcinomu prsu. (příloha, graf 1)

3.8 SDRUŽENÍ DOBROVOLNÝCH ONKOLOGICKÝCH ORGANIZACÍ

V České republice existují dobrovolné onkologické organizace vznikající na základě zákona č.83/1990 Sb. O sdružování občanů. Tyto organizace napomáhají nejen ženám bojujícím s rakovinou prsu, ale vytvářejí edukační programy pro preventivní osvětu široké veřejnosti..

Jejich cílem je:

- vzájemně si pomáhat a překonávat tak trauma vyplývající ze zdravotního stavu
- vytvořit informační a edukační centrum pro veřejnost a onkologicky nemocné
- poskytovat metodickou pomoc organizacím onkologicky nemocných
- koordinovat projekty a kampaně ve prospěch prevence a léčby nádorového onemocnění prsu
- zastupovat české onkologické pacientky v mezinárodních strukturách.

3.8.1 NĚKTERÉ ORGANIZACE NA ÚZEMÍ ČESKÉ REPUBLIKY

- Projekt EVA 35, je dobrovolné sdružení onkologicky nemocných žen
- Česká onkologická společnost
- Síť Mamma Help center
- Avon linka proti rakovině prsu
- Aliance českých organizací a žen s rakovinou prsu o.p.s., sdružení pacientek s nádorovým onemocněním prsu
- Alliance of Czech Breast Cancer Associations
- Asociace, projekty zdravotních pojišťoven zdravotní pojišťovny zaštiťují mnoho preventivních programů. Ty jsou zaměřeny především na screeningová vyšetření
- Liga proti rakovině, občanské sdružení usilující o potlačení rakoviny

4. OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE PO REKONSTRUKCI PRSU METODOU TORAKODORZÁLNÍHO LALOKU

4.1 OŠETŘOVÁNÍ NEMOCNÝCH PŘIJATÝCH K REKONSTRUKČNÍ OPERACI PRSU

Pacient přijat na plánovanou rekonstrukční operaci prsu je hospitalizován na oddělení plastické chirurgie. Tuto operaci může postoupit až po schválení onkologem, mamologem, který ať již externě nebo trvale s tímto pracovištěm spolupracuje. Ošetrovatelská péče zahrnuje komplexní péči o pacienta nejen ve formě samotného ošetřování a sledování, ale měla by zahrnout kompletní bio-psycho-sociální péči.

4.1.1 PŘÍJEM NA ODDĚLENÍ

Pacient je přijat na lůžkové oddělení. Je seznámen s režimem oddělení a edukován o následných přípravách a péči před i po operaci. Pokoj musí být světlý, čistý a vždy dobře větratelný. Po operaci je pacient zprvu sledován na JIP . Poloha pacienta po operaci rekonstrukce prsu je na zádech s lehce vyvýšeným podhlavníkem. Bolest na hrudi často zapříčiní pocit nedostatečného nadechnutí. V této poloze má pacient nejen subjektivní pocit lepšího dodechnutí.

4.1.2 SLEDOVÁNÍ NEMOCNÝCH

V následném pooperačním období je nutno sledovat:

- sledování kardiovaskulárního systému - sledujeme krevní tlak, hodnoty systolického a diastolického tlaku, náplň a pravidelnost pulsu, teplotu a prokrvení periferie, monitorace srdeční frekvence a saturace
- sledování dýchání – sledujeme, zapojení pomocných dýchacích svalů, hloubku dýchání a techniku dýchání
- sledování polohy - poloha pacientky vleže s mírně zvýšeným podhlavníkem
- sledování dynamiky bolesti - sledujeme, kdy je nejvýraznější, délku jejího trvání, intenzitu, faktory, které ji zhoršují, nebo naopak pomáhají jejím překonání
- sledování stavu pooperační rány - sledujeme stav pooperační rány, prokrvení a výživu laloku, obvazy, hodnoty odvádějících Redonových drénů
- sledování rovnováhy příjmu a výdeje tekutin

- správné podání léků a infuzí, kontrola intravenózní kanyly
- sledování přítomnosti nauzei či zvracení související s podáním narkotik při operaci
- sledování přítomnosti únavy, dopad únavy na životosprávu a navyklý životní rytmus
- sledování spánkových a odpočinkových návyků, zvýšenou spavost či nespavost
- sledování přítomnosti psychické vyčerpanosti, zda li je přítomna deprese, strach, a úzkost

Všímavá a zodpovědná sestra umí dobře naslouchat a vnímat pacientovy potřeby. Je tedy důležité stanovit možné ošetrovatelské diagnózy. Některé ošetrovatelské diagnózy nemusí projevovat příznaky, jelikož se prozatím nestaly skutečností. Tyto ošetrovatelské zákroky jsou pak zaměřeny především na prevenci.

4.1.3 MOŽNÉ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY

Seznam ošetrovatelských diagnóz dle kapesního průvodce:

- 1 BOLEST AKUTNÍ (střední) v oblasti hrudníku na pravé straně z důvodu základního onemocnění, operačního výkonu rekonstrukce prsu v pravo projevující se verbalizací ,neverbálními projevy, vyhledáváním úlevových poloh
- 2 DÝCHÁNÍ NEDOSTATEČNÉ z důvodu operačního zákroku v oblasti hrudníku, projevující se mělkým dýcháním, bolestivostí při nádechu a oslabenými dýchacími pohyby hrudníku
- 3 SPÁNEK PORUŠENÝ z důvodu základního onemocnění, projevující se verbalizací, častým probouzením, pocitem únavy
- 4 KOŽNÍ INTEGRITA PORUŠENÁ z důvodu operačního zákroku, rekonstrukce prsu, projevující se operační ranou, Redonovou drenáží
- 5 OBRAZ TĚLA PORUŠENÝ z důvodu primární operace ablace mamy, projevující se verbalizací a neúplností části těla
- 6 INFEKCE, RIZIKO VZNIKU z důvodu operační rány, Redonových drénů
- 7 TĚLESNÉ TEKUTINY, RIZIKO DEFICITU z důvodu deficitních informací týkajících se objemu tělesných tekutin

II.PRAKTICKÁ ČÁST

5. POSOUZENÍ STAVU PACIENTA

Tabulka 1 Identifikační údaje

Pohlaví: žena	Jméno a příjmení: H.G
Bydliště: Praha	Kontaktní osoba: matka
Datum narození: 14.11 1957	Věk: 51 let
Stav: vdaná	Den pobytu: 3.den
Sociální stav: v domácnosti	Pojišťovna: VZP
Přijata: 5.11 ve 10:30 hod	Ošetřovatelské dny: 16.9 2007 – 25.9 2007

Důvod přijetí: Pacientka H.G. přijata k plánované operaci torakodorzálního laloku s implantátem po ablaci pravého prsu a exenteraci axily v pravo

Fyzikální vyšetření:

Výška: 165 cm

FF – Dech: 16/ min.

Hmotnost: 58 kg

Tep: 82/ min.

Dieta: racionální

Tělesná teplota: 37.4 °C

Pohybový režim: klidový

TK: 130/70

Lékařská diagnóza: plánovaný výkon, rekonstrukce prsu po ablaci mamy v pravo

Léky (včetně indikačních skupin): Letrox 50 mg/ den (hormon štítné žlázy), Zoladex 3.6 mg (analoga gonadoliberinů), Novalgin (analgetikum), Kefzol 1g a8hod.

5.1 LÉKAŘSKÁ DOKUMENTACE

Pacientka H.G. přijata k plánované operaci torakodorzálního laloku s implantátem po ablaci pravého prsu a exenteraci axily. Narozena v Praze 1957, bydliště Praha

Pacientka po ablaci pravého prsu v roce 2004, dále podrobena kombinované léčbě v podobě ozařování a hormonální léčby, v současné době na hormonální léčbě Zoladexem

Hlava: mezocefalická na poklep nebolestivá, zornice izokorické, reagují na světlo symetricky, výstupy hlavových nervů intaktní

Krk: bez omezení hybnosti, struma nehmatná, uzliny nezvětšeny, jinak bez patologického nálezu

Hrudník: vlevo stav po ablaci, jizva klidná lpí ke spodině, dostatečná elasticita i dostatek tkáně, spádové uzliny nehmatné

Břicho: klidné, dýchá v celém rozsahu, nebolestivé, játra k oblouku žebernímu, slezina nenaráží, peristaltika klidná

Horní a dolní končetiny: bez omezení hybnosti, bez otoků, bez varixů

Osobní anamnéza: běžné dětské nemoci, APPE 1983, varixy vpravo 1995, hysterektomie vaginálně pro myomy 1998, ablace pravého prsu pro invazivní duktální karcinom 2004

Rodinná anamnéza: matka otce zemřela na ca prsu, matka melanom, otec matky chronická leukemie

Gynekologická anamnéza: menses od 12 let do operace: vaginální hysterektomie pro myomyů porody 1989 spontánní. 1992 klešťový

TA: káva 4/den, nekuřák před tím 15 let 20 cigaret/den alkohol příležitostně

Sociální anamnéza: rozvedená 2 děti

Pracovní anamnéza: zdravotní sestra , již léta nepracuje ve zdravotnictví, nyní v domácnosti

Trvalé medikace: Letrox 50 mg/ den (hormon štítné žlázy), Zoladex 3,6 mg (analoga gonadoliberinů

Stav při přijetí: pacientka momentálně bez obtíží, přijata k plánované operaci torakodorzálního laloku s implantátem po ablaci prsu pro karcinom vpravo

5.1.1 LABORATORNÍ VYŠETŘENÍ

Tabulka 2 Laboratorní vyšetření, biochemie

Biochemie	Hodnoty	Referenční interval
Urea	3,0 mmol/l	(2.58.3)
Kreatinin	64.6 umol/l	(5.3115.0)
Bilirubin	12.4 umol/l	(0.0 24.0)
AST	0.23ukat/l	(0.08 0.92)
ALT	0.28 ukat/l	(0.12 0.82)
ALP	0.63 ukat/l	(0.74 2.10)

Tabulka 3 Laboratorní vyšetření

	Hodnoty	Referenční interval
GMT	0.19 ukat/l	
Glykemie	5.4 mmol/l	(3.5.....5.6)
Anti HIV 1 / 2	Negativní	–
APTT	27.1 s.	(31.047.0)
120 Raptt	0.81	(0.801.20)

Tabulka 4 Laboratorní vyšetření, krevní obraz

Krevní obraz	Hodnoty	Referenční interval
WBC	6.0	(3.5 10.1)
Erythrocyty	4.21	(3.505.50)
Hemoglobin	129.0 g/l	(120.0 ...168.0)
Hematokrit	0.388	(0.350 ... 0.460)
Objem Ery.	92 fl	(8095)
Str. mn. Hemoglob.	30.6 pg	(27.032.0)
Str. barev.konc.	332.0 g/l	(320.0370.0)
trombocyty	183	(120 400)

Tabulka 5 Laboratorní vyšetření, moč, sediment

U- bílkovina	kv. Stopa	Epitelie dlažd.	11- 20
U- glukosa	0.arb.j	Epitelie ostatní	0
U- ketolátky	0.arb.j	Bakterie	3 arb.j
U- urobilinogen kv.	0.arb.j	Kvasinky	0 arb.j
U krev kv.	1.arb.j	Hlen	4 arb.j
U- erythrocyty	0- 4	Krystaly	0 arb.j
U- leukocyty	0- 4	Uraty	0 arb.j
Válce hyalinní	0	Oxaláty	0 arb.j
Válce leukocyt.	0	Krystalyostatní	0 arb.j
Válceostatní	0		

5.1.2 ZÁVĚR PŘI PŘÍJMU

Z našeho hlediska není námitek k rekonstrukčnímu výkonu, souhlas onkologa.

5.2 FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ SESTROU

Provedeno 16.9 2007

Celkový vzhled pacientky je dobrý. Pacientka je upravena, hygienické návyky pečlivé. Při rozhovoru je klidná, velmi se na operaci těší, ale má lehké obavy ze samotného výkonu i výsledku. Je otevřená, působí milým dojmem. Příznává, že doposud nosila epitézu.

Obličej: pod očima drobné kruhy z nevyspání, pacientka to přikládá lehkému stresu z operace

Oči: bez patologických změn, bulvy ve středním postavení, brýle pouze na čtení.

Uši: bez patologie

Dutina ústní: bez patologických změn, jazyk i sliznice bez povlaku, růžové, vlhké

Chrup: ve výborném stavu

Nos: bez patologických změn

Krk: struma nehmatná, uzliny nezvětšeny, nehmatné

Puls: 82/min, pravidelný, plný

Dýchání: pravidelné, hluboké

TK: 125/75

Stisk ruky: pevný

Rozsah pohybu kloubů: bez omezení

Kůže: teplá, normálního zbarvení

Riziko dekubitů: žádné

Chůze: bez omezení Držení těla: postava vzpřímená, lehce se hrbící jinak pevné držení těla

Chybějící části těla: pravý prs po ablaci

Výška: 168 cm

Hmotnost: 58 kg

BMI: 21.3

5.2.1 SCHOPNOST SOBĚSTAČNOSTI PO VÝKONU

Kód pro funkční úroveň 0- 5

Schopnost najíst se: 4

Schopnost dojit si na toaletu: 4

Schopnost hygieny (sprchování): 3

Schopnost obléknout se: 3

Celkový pohyb: 2

5.2.2 OBJEKTIVNÍ POZOROVÁNÍ

Pacientka je orientována prostorem i časem. Odpovídá na všechny otázky. Rozumí abstraktním výrazům i konkrétním pojmům. Mluví pomalu, klidně, vyjadřuje se výstižně. Hlas spíše tichý. Při rozhovoru hledí přímo do očí, barvitě líčí i její dosavadní zkušenosti z jiných zdravotnických pracovišť. Na operaci se velmi těší, ale strach pocítuje. Vzájemná spolupráce a součinnost rodiny je dobrá.

5.2.3 HODNOTY FYZIOLOGICKÝCH FUNKCÍ

Tabulka 6 Hodnoty fyziologických funkcí

DATUM	TLAK	PULS	TEPLOTA	DÝCHÁNÍ	DRÉNY
16.9 2007	125/75	82/min	36,4°C	16/min	nemá
17.9 2007	120/70	80/min	36,4°C	18/min	1. 30ml 2. stopa
18.9 2007	115/65	78/min	36,9°C	18/min	1. 120ml 2. 40 ml
19.9 2007	120/70	82/min	37,2°C	16/min	1. 230ml 2. 60 ml
20.9 2007	120/70	84/min	37,2°C	16/min	1. 350ml 2. EX

5.3 POSOUZENÍ STAVU POTŘEB KLIENTA

Model fungujícího "zdraví" M. Gordonová

5.3.1 VNÍMÁNÍ ZDRAVÍ

Pacientka vnímá svůj zdravotní stav dnes již jako relativně dobrý. Dopad onemocnění na její životní styl a zdraví si však nedokázala představit. Neuvědomovala si váhu zdraví až po dobu označení diagnózy CA prsu. Nyní se snaží udržovat své zdraví i tím, že přestala kouřit a snaží se dodržovat zásady správné výživy. Rizika vyplývající ze zdravotního stavu si maximálně uvědomuje. Každodenní pohled na chybící prs při tělesné hygieně a oblékání ji v uvědomování si zdravotního stavu vždy připomíná. Dodržuje veškerá lékařská a ošetřovatelská doporučení. Za poslední rok bylo vnímání zdraví narušeno z důvodu ozařování. Úrazy neprodělala.

5.3.2 VÝŽIVA A METABOLISMUS

Pacientka se stravuje 5x denně. Preferuje malé porce. Zakládá si na dodržování zdravého životního stylu. Její strava obsahuje převážně ovoce a zeleninu. Preferuje kuřecí maso a těstoviny. Přiznává, že je zatížena na hořkou čokoládu. Pitný režim pacientky není dostatečný. Vypije max.0,5 litru tekutin a 2 kávy za den. Příležitostně si dá ráda sklenici vína. Užívá vitaminové přípravky v podobě tablet ale ne pravidelně. Pokožka je růžová, sliznice nevykazuje dostatečnou vlhkost. Stav chrupu výborný. Má obavy z jizev po zákroku, jelikož má na zádech 2 hypertrofické jizvy, jizvy zbytnělé, vyvýšené, tužší, nápadnější. Rána po primární operaci zahojena bez komplikací. Nynější příjem tekutin 0.5 litr /den, dieta č.3 racionální .Váha pacientky je stabilní. Chuť k jídlu dobrá. Stav výživy přiměřený. Poruchy polykání neudává. BMI: 21.3 (škála, příloha 9)

5.3.3 VYLUČOVÁNÍ

Vylučování moče bez problémů. Po operačním výkonu nutná pomoc na WC. Obtíže, pálení neudává. Moč bez příměsí, hustého charakteru z důvodu nedostatečné hydratace. Permanentní katetr nemá zaveden z důvodu dobrého pooperačního stavu a časného vstávání z lůžka. Pravidelnost stolice souvisí se změnou jídelníčku, neboť dříve při změně stravy či prostředí trpěla zácpou. Stolic 1x den bez příměsí.Stolice pravidelná, poslední stolic udává před den před operací. Barva hnědá. Pacientka neužívá preparáty na vyprazdňování. Obtíže při vyprazdňování neverbalizuje.

5.3.4 AKTIVITA A CVIČENÍ

V minulosti pacientka aktivně sportovala, upřednostňovala zejména plavání. Vzhledem k onemocnění a ke ztrátě prsu na plavání zanevřela. Nyní se však těší a doufá, že po rekonstrukčním zákroku bude moci opět nosit přiléhavější oblečení. Svou kondici udržuje převážně chůzí. Oblíbila si procházky a výlety s dětmi do přírody. Posílením kondice je však pro pacientku i provádění běžných činností. Nynější faktory bránící aktivitě souvisí s pooperačním klidovým režimem. Důležitým pooperačním preventivním opatřením je včasná mobilizace a rehabilitace dolních končetin k prevenci tromboembolie a imobilizačního syndromu. Při následné rekonvalesci je nutno omezit pohybový režim a aktivní cvičení z důvodu dobrého hojení operační rány.

5.3.5 SPÁNEK A ODPOČINEK

Pacientka se snaží dodržovat spánkový režim. Při pocitu únavy se snaží odpočívat. Unavená začala být hlavně v době ozařování. Únava má negativní dopad na psychiku pacientky a vyvolával u pacientky pocit depresí a beznaděje. Pacientka uvádí, že v době ozařování trpěla pocitem nepřekonatelné únavy neustupující ani po odpočinku. V domácím prostředí má pacientka spánek dostatečný. V pooperačním stadiu verbalizuje únavu a spánek přerušovaný, který je povrchního charakteru z důvodu bolesti po operačním výkonu. Léky na spaní neživá.

5.3.6 VNÍMÁNÍ, SMYSLY, POZNÁNÍ, BOLEST

Pacientka je dobře orientována prostorem i časem. Je přátelská a komunikativní. Mluví tišším, klidným hlasem, řeč plynulá. Sluch, zrak, čich je v pořádku. Paměť neporušená, pozornost stálá. Vědomí jasné. Plně orientována v čase i prostoru. Styl učení mechanické. V pooperačním stadiu udává pacientka pocit nedostatečného nadechnutí, které souvisí s bolestí na hrudníku při nádechu. Bolest je akutní, intenzita střední stupně 3 z důvodu porušení kožní integrity po operačním výkonu.

Po operaci prokázala Biensteinova škála (příloha 10) 8 bodů, riziko v oblasti dýchání.

5.3.7 SEBEPOJETÍ

Pacientka nepřízeň osudu již zvládá lépe než dřív. Nyní se velmi těšila na obnovu prsu. Doposud pacientka používala prsní epitézu. Pacientka však verbalizuje strach z výsledku. Nyní se považuje za optimistu, v době diagnózy karcinomu prsu byla pesimistická. Pacientka si méně důvěřuje, vzhledem k fyzické indispozici. Není spokojena se svým vzhledem. Na operaci se velice těšila, verbalizuje strach z výsledku.

Beckova sebesposuzovací stupnici deprese, pro přesnější zjištění sebepojetí pacientky a prevenci rozvoje psychické zátěže. Výsledek 8 b. norma.(příloha 11)

K lepší představě rovněž napomohla i stupnice hodnocení psychického zdraví, která nám výsledkem 7,5 bodu prokázala poruchu psychického zdraví. (příloha 12)

5.3.8 ROLE, MEZILIDSKÉ VZTAHY

Pacientka je matkou dvou synů. Vždy si přála ještě holčičku. Nyní je ráda, vzhledem k onemocnění, že má chlapce, neboť nejsou přímo ohroženy genetickou zátěží pro rozvoj CA prsu. Je rozvedená, má početnou rodinu a mnoho přátel, kteří ji pomáhají. Bydlí sama se syny. O bývalém manželovi se nezmiňuje. Rodina prožívá onemocnění pacientky velmi empaticky, nelitují ji, ale snaží se ji lehce zaměstnávat pro rozptýlení od daného problému. Před syny se ale stydí z důvodu chybějící části těla.

5.3.9 SEXUALITA A REPRODUKČNÍ SCHOPNOST

Menses od 12 let do operace: vaginální hysterektomie pro myomy 2000. Pacientka dvakrát porodila. První porod byl fyziologický 1989. Druhý porod komplikovaný. Pro nepostupující porod byl proveden porod klešťový 1992. Další těhotenství pacientka z důvodu špatného zážitku z porodu zamítla. Posléze se manželství rozpadlo. Má dlouhodobě partnera, ale spíše než o sexuálním vztahu, mluví o přátelském vztahu. Vzhledem k onemocnění sexualitu nepovažuje za podstatnou. Ač je ve všech bodech rozhovoru sdílná, tomuto tématu se vyhýbá. Pacientka nepřikládá sexuálnímu životu velký význam vzhledem k jejím tělesným změnám. Antikoncepci neužívá.

5.3.10 STRES A ZÁTĚŽOVÉ SITUACE

Stres zažívala pacientka od chvíle, kdy jí byla sdělena diagnóza. První reakcí bylo sebeobviňování. Vytýkala si kouření, nepřilíš zdravý životní styl. Možnost vzniku tohoto onemocnění přikládá i stresu s rozvodem a jiné příčiny. Velice obtížné bylo pro pacientku sdělení své diagnózy rodinným příslušníkům, zejména pak dětem a mamince. Věděla, že oznámením této nově vzniklé závažné situace není stresována pouze ona ale všichni blízcí. Sama se začala informovat o nemoci a o možných způsobech léčby. Navštěvovala Mamma help centrum a vyhledávala psychickou podporu od lidí, kteří se již s touto nemocí setkali. I díky tomu zvládala nově vzniklou situaci únosnou měrou. V současné době není pacientka vážněji stresována, pouze doufá, že se rekonstrukční operace zdaří a pomůže jí navrátit do plnohodnotného života.

5.3.11 VÍRA, PŘESVĚDČENÍ, ŽIVOTNÍ HODNOTY

Následkem onemocnění pacientka přehodnotila svůj dosavadní postoj k životním hodnotám. Zdraví a rodina však stála na první příčce i před onemocněním. Pacientka je nevěřící. Věří však na určitý osud.

5.1 PLÁN OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

5.3.1 OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA Č.1

BOLEST AKUTNÍ (střední) v oblasti hrudníku na pravé straně

z důvodu základního onemocnění, operačního výkonu rekonstrukce prsu vpravo projevující se verbalizací , neverbálními projevy, vyhledáváním úlevových poloh

Cíl dlouhodobý:

- pacientka je bez bolesti do 7 dnů

Cíl krátkodobý:

- pacientka má neverbální projevy dle Vizuelní analogové škály ze stupně 2 na stupeň 1 do 2 dnů

Výsledná kritéria:

- pacientka zná úlevové polohy do 2 hodin
- pacientka plně využívá úlevových poloh neustále
- pacientka zná příčinu svých obtíží do 2 hodin
- pacientka neverbalizuje bolest do 3 dnů

Intervence:

- zapisuj týdenní intenzitu a charakter bolesti na vizuelní analogové škále 3x denně
- proveď důkladné posouzení bolesti verbalizované dle škály bolesti(stupnice 1- 5) do 30 minut
- pobízej pacientku k vyjádření pocitů související s bolestí
- posuď bolest znovu vždy, kdykoli se objeví
- pouč pacientku o možnostech tlumení bolesti do 2 hodin
- podej léky dle ordinace lékaře
- sleduj jejich možné nežádoucí účinky (hypotenze, nauzea, bolest hlavy) neustále
- edukuj pacientku o úlevových polohách do 1 hodiny
- posuď pacientovu znalost úlevových poloh do 1 hodiny
- posuď pacientovu znalost relaxačních technik do 1 hodiny
- pátrej po specifických změnách související s bolestí, vyžadující kontrolu lékaře (velký tlak)

Realizace:

u pacientky jsem sledovala bolest a její verbální i neverbální projevy. Důkladně jsem posoudila bolest dle stupnice od 1- 5. Dále jsem posoudila neverbální projevy bolesti na Vizuelní analogové škále (příloha č.9) Pacientku jsem poučila o možnostech relaxačních technik , podala analgetika dle ordinace lékaře a edukovala ji o úlevových polohách.

Hodnocení :

pacientka hodnotí bolest jako mírnější, stále však cítí mírný tlak a pocit lehce velice zhmožděné pravé strany hrudníky. Velice kladně hodnotí možnost úlevových poloh.

Pacientka i nadále verbalizuje mírnou bolest a tlak na pravé straně hrudníku v místech operačního zákroku. Dokáže maximálně využívat úlevových poloh. Částečně se podařilo eliminovat faktory vyvolávající bolest. Efekt částečný.

5.3.2 OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA Č.2

DÝCHÁNÍ NEDOSTATEČNÉ

z důvodu operačního zákroku v oblasti hrudníku projevující se mělkým dýcháním, oslabenými dýchacími pohyby hrudníku a bolestivostí při nádechu.

Cíl dlouhodobý:

- pacientka dosáhne normálního účinného dýchání do 3 dnů

Cíl krátkodobý:

- pacientka má na hodnotící škále v oblasti rizik dýchání z 8 bodů 6(není riziko)do 5 dnů

Výsledná kritéria:

- pacientka si uvědomuje příčinné faktory nedostatečného dýchání do 2 hodin
- zapisuj riziko dýchání dle Biensteinovi škály hodnotící riziko v oblasti dýchání 1x den
- pacientka zná možnost dechové rehabilitace a nutnost břišního dýchání do 1 hodiny
- pacientka zná příčinu bolesti při nádechu do 30 minut
- pacientka eliminuje bolest při nádechu do 2 hodin
- pacientka je poučen o významu dechové rehabilitace do 2 hodin
- pacientka využívá techniku břišního dýchání do 2 hodin

Intervence:

- dbej o správnou polohu pacientky neustále
- zohledni případnou bolest, nepohodlí
- edukuj pacientku o významu dechové rehabilitace do 2 hodin
- proved' nácvik efektivního dýchání do 2 hodin
- sleduj správnou techniku břišního dýchání neustále
- kontroluj zda je místnost dobře větraná průběžně
- pobídní pacientku k vědomé kontrole frekvence dýchání do 1 hod.

Realizace:

u pacientky jsem se zaměřila především na správnou techniku dýchání, pacientka nevyužívala možnosti břišního dýchání. Zvolila jsem pacientce vhodnou polohu a provedla nácvik břišního dýchání. Poučila jsem pacientku o významu dechové rehabilitace. 1x den jsem změřila škálu rizika v oblasti dýchání.

Hodnocení :

klientka hodnotí dechovou rehabilitaci velmi kladně, verbalizuje úplný efekt, pocit dostatečného dýchání. Vzhledem k mírnější bolesti v oblasti hrudníku klientka dýchá plnohodnotně. Klientka plně využila možnosti břišního dýchání. K úspěšnému hodnocení rovněž přispěla úlevová poloha klientky a velmi dobrá spolupráce při nácviku břišního cvičení. Efekt úplný.

5.3.3 OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA Č.3

SPÁNEK PORUŠENÝ

z důvodu pooperačního stavu projevující se verbalizací, nárůstem potřeby odpočinku, únavou, častým nočním buzením

Cíl dlouhodobý:

- pacientka spí bez probuzení do 1 měsíce

Cíl krátkodobý:

- pacientka má pocit odpočatosti do 7 dnů

Výsledná kritéria:

- pacientka spí bez probuzení do 3 dnů
- pacientka zná příčinu nespavosti do 3 hodin
- pacientka slovně vyjádří pochopení poruchy spánku do 3 hodin
- pacientka má pocit celkové odpočatosti a pohody do 3 dnů

Intervence:

- zjisti přítomnost faktorů ,přispívajících k nespavosti(bolest) do 2 hodin
- sleduj frekvenci probouzení se v noci
- před spaním se postarej o klidné prostředí
- před spaním dobře vyvětrej místnost
- ptej se a zapisuj subjektivní stížnosti pacientky na kvalitu spánku 2 hod. po probuzení
- edukuj pacientku o možných příčinách nespavosti
- zjisti usínací návyky do 2 hodin
- pozoruj známky fyzické únavy (třes rukou, ospalost) nepřetržitě
- edukuj pacientku o spánkové hygieně do 2 hodin

Realizace:

u pacientky jsem se postarala o dostatečně klidné prostředí a dobře vyvětranou místnost před spaním. Zjistila jsem přítomnost faktoru ovlivňující poruchu spánku (bolest). Edukovala jsem pacientku o možných příčinách nespavosti a o spánkové hygieně.

Hodnocení:

pacientka hodnotí efekt jako částečný. Únavu již nepocítuje, ale v noci se stále probouzí. Přes maximální snahu o nápravu usínacích návyků a dodržení doporučení se stále 1x budí. Únavu již nepocítuje. Probouzení nyní přikládáme hospitalizaci. Pacientka udává, že v domácím prostředí se probouzet již nebude. Efekt částečný.

5.3.4 OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA Č.4

KOŽNÍ INTEGRITA PORUŠENÁ

z důvodu operačního zákroku rekonstrukce prsu projevující se operační ránou, Redonovou drenáží

Cíl dlouhodobý:

- operační rána je zhojena bez komplikací do 10 dnů

Cíl krátkodobý:

- pacientka rozumí významu Redonova drénu do 1 hodiny

Výsledná kritéria:

- pacientka dodržuje zásady klidového režimu neustále
- pacientka umí pečovat o operační ránu do 5 dnů
- pacientka si uvědomuje nutnost aseptické péče o operační ránu
- pacientka je edukován o prevenci komplikací do 2 hodin
- pacientka zná zásady péče o ránu do 2 hodin

Intervence:

- kontroluj obsah Redonova drénu po 2 hodinách
- zapisuj hodnoty obsahu Redonova drénu 2x během 24 hodin
- sleduj barvu kůže a okolí operovaného místa 2x den
- sleduj stav operační rány, kůže 2x den
- proved' sterilní převaz 1/den
- používej vhodný obvazový materiál vždy
- edukuj pacientku o nutnosti udržovat operované místo v suchu do 2 hod

Realizace:

u pacientky byly prováděny převazy 1x den, vždy přísně asepticky. Dále byla sledována barva kůže a stav operační rány. Pacientka byla edukována o péči o operační ránu a o její ochranu.

Hodnocení :

Pacientka považuje efekt za úplný. Rána po operaci se hojí per primam (bez komplikací). Operační rána klidná bez známek infekce, velmi pěkně se hojí. Pacientka velice dobře spolupracovala, udržovala ránu v čistotě a suchu a nevystavovala jí fyzické zátěži. Redonovy drény odváděly přiměřené množství krve. Barva kůže v okolí rány a defekt samotný nejevil známky infekce. Efekt úplný.

5.3.5 OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA Č.5

OBRAZ TĚLA PORUŠENÝ

z důvodu primárního výkonu (ablace mammae) projevující se chybějící částí těla, pravého prsu a verbalizací a studem

Cíl dlouhodobý:

- pacientka chápe narušený obraz těla do 2 měsíců

Cíl krátkodobý:

- pacientka akceptuje sebe samu do 1 měsíce

Výsledná kritéria:

- pacientka chápe tělesné změny do 14 dnů
- pacientka nemá pocit méněcennosti do 3 měsíců
- pacientka neverbalizuje narušený obraz těla do 14 dnů
- pacientka přijímá změnu vzhledu do 7 dnů(s tím související chirurgický výkon rekonstrukce prsu)
- pacientka chápe důležitost primární operace

Intervence:

- prodiskutuj pacientovu fyziologickou změnu do 4 hodin
- projevuj empatii neustále
- seznam klientku s s vhodným plánováním a časováním doplňující rekonstrukce dvorce
- snaž se klientku získat pro spolupráci
- vysvětli pojem rekonstrukce areomamilárního komplexu
- zhodnoť vědomosti klientku a situaci do 2 hodin
- posuzuj pacientův emoční stav průběžně
- prodiskutuj s pacientem význam ztráty části těla do 4 hodin
- doporuč pacientovi vhodný oděv do 4 hodin
- zhodnoť pacientovo psychické zdraví na stupnici psychického zdraví (příloha 14)
- vyhodnoť možnou přítomnost deprese dle Beckovi sebesposuzovací stupnice deprese (příloha 13)

Realizace:

s pacientkou jsem prohovořila fyziologickou změnu obrazu těla a snažila se pacientku získat pro spolupráci. Zhodnotila jsem emoční a fyzický stav klienta a jeho projevy k narušenému obrazu těla. Dále jsem vysvětlila vhodné načasování a plánování doplňujících operací. Zhodnotila jsem přítomnost možné deprese a provedla test na stupnici psychického zdraví.

Hodnocení :

pacientka udává, že chápe své tělesné změny a netrpí pocitem méněcennosti. Svůj emoční stav posuzuje jako dobrý a maximálně spolupracuje. Přijímá změnu vzhledu a snaží se pojmout co nejvíce informací o následných možnostech řešení dvorce a bradavky. Pacient přestává verbalizovat obraz těla porušený. Vzhledem k neúplnosti nového prsu (dvorce) zatím nemá pocit úplné obnovy. I tak se ale pacient jeví jako spokojený. Dle provedeného testu stupnice psychického zdraví nebyla prokázána porucha. Dle Beckovi sebesuzovací stupnice přítomnosti deprese, nebyla prokázána deprese avšak hodnota 8 bodů již lehce hraničí s mírnou depresí. Efekt tudíž nemohu považovat za úplný ale částečný.

5.3.6 OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA Č. 6 POTENCIÁLNÍ

INFEKCE, RIZIKO VZNIKU

z důvodu operační rány, Redonových drénů

Cíl dlouhodobý

- pacientka nejeví známky infekce do 2 dnů

Cíl krátkodobý:

- pacientka dodržuje farmakologickou terapii po 8 hodinách

Výsledná kritéria: potenciální diagnóza, nejsou projevy

Intervence:

- zhodnot' stav kůže v místě zavedených Redonových drénů
- sleduj a měř tělesnou teplotu pacienta 2x den
- edukuj pacientku o prvních příznacích možné infekce (bolest, zarudnutí) do 3 hodin
- vždy převazuj přísně asepticky
- podej antibiotika dle ordinace lékaře
- edukuj pacientku o prevenci komplikací související s infekcí do 2 hod.
- vysvětli důvod možného prvního sprchování až po odstranění drénů do 1 dne
- pouč pacientku o způsobech ochrany kůže do 3 hodin

Realizace:

u pacientky jsem převazovala operační ránu přísně asepticky. Pacientka byla edukována o možnostech vzniku infekce a o prevenci těchto komplikací. Dále jí byla vysvětlena možná pooperační hygiena a význam Redonových drénů.

Hodnocení :

pacientka hodnotí efekt jako úplný. Je spokojena s maximální informovaností spojenou s rizikem infekce. Operační rána klidná bez známek infekce, velmi pěkně se hojí. Pacientka velice dobře spolupracovala, udržovala ránu v čistotě a suchu a nevystavovala jí fyzické zátěži. Redonovy drény odváděly přiměřené množství krve. Barva kůže v okolí rány a defekt samotný nejevily známky infekce. Efekt úplný.

5.3.7 OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA Č.7 POTENCIÁLNÍ

TĚLESNÉ TEKUTINY, RIZIKO DEFICITU

z důvodu deficitních informací týkajících se objemu tělesných tekutin

Cíl dlouhodobý:

- pacientka je dostatečně hydratována do 7 dnů

Cíl krátkodobý:

- pitný režim je zvýšen o 1 litr tekutin /24 hodin

Výsledná kritéria: potenciální diagnóza

Intervence:

- odhal individuální rizikové faktory při nedostatku tekutin do 2 hodin
- poskytni dostatek tekutin do 30 minut
- pobízej pacientku k častému pití neustále
- kontroluj příjem tekutin á 2 hodiny
- zapisuj příjem tekutin / den
- edukuj pacientku o významu pitného režimu do 1 hodiny
- edukuj pacientku o možných rizicích při nedostatečné hydrataci do 1 hodiny
- edukuj pacientku o důležitosti dostatečné hydratace do 2 hodin
- vysvětli riziko deficitu tělesných tekutin do 1 hodiny
- doporuč denní příjem tekutin do 1 hodiny
- pouč pacientku o riziku dehydratace do 2 hodin

Realizace:

pacientce byl poskytnut dostatek informací o významu dostatečné hydratace, doporučená dávka pitného režimu a také vysvětlena rizika spojená s dehydratací. Pacientka byla neustále pobízena k pití v malém množství ale častěji.

Hodnocení :

pacientka hodnotí efekt jako úplný, ale udává, že nebyla zvyklá vypít takové množství tekutin. Dále se zmiňuje o nevědomosti možných rizik dehydratace.

Pacientka vypila až 1, 5 litr tekutin denně. Velmi dobře spolupracovala a přislíbila, že i nadále bude pokračovat ve změně svého pitného režimu. Efekt úplný.

6. EDUKACE PACIENTA

neboli působení na pacienta formou výuky, učení. Informuje pacienta o onemocnění způsobu léčby, léčebném režimu i prevenci. Pacientovi je poskytnuto dostatek informací, aby se mohl svobodně rozhodnout o léčbě. Při dostatku informací předpokládáme větší ochotu spolupracovat při léčbě. Edukace také může působit na psychiku pacienta, jelikož má dostatečný zdroj informací a podporuje pacientovu samostatnost. Na procesu edukace se podílejí nejen zdravotní sestry ale i lékaři a ostatní pracovníci, kteří bývají ve styku s pacienty. Osoba, jež má za úkol aktivně poučit pacienta formou vyučování, poučování, je nazýván edukátorem. Oproti němu stojí edukant, většinou pacient vyučován zdravotníkem. Edukace prováděna sestrou je zahrnuta do celého edukačního procesu. Tento proces má být plánovaný, záměrný a velmi cílevědomě vedený.

Edukační proces se člení do 5 fází (Kozierová , 1995):

1. sběr údajů – posouzení
2. stanovení edukační diagnózy
3. příprava edukačního plánu
4. realizace edukačního plánu
5. kontrola a vyhodnocení vědomostí pacienta, efektivnost edukačního plánu

Snažíme se vždy o to, aby byla edukace úspěšná. Měla by být srozumitelná, důrazná, citlivá. Zde nesmím opomenout ani základní formu výchovného učení, kterou je opakování. K edukaci pacientky nám mohou být nápomocny i různé materiály ve formě letáčků, instruktáží, videa a televize.

6.1. EDUKAČNÍ LIST

Tabulka 7

Pohlaví: žena	Jméno a příjmení: H.G
Bydliště: Praha	Kontaktní osoba: matka
Datum narození: 14.11 1957	Věk: 51 let
Stav: vdaná	Den pobytu: 3.den
Sociální stav: v domácnosti	Pojišťovna: VZP
Přijatý: 5.11 ve 10:30 hod	Ošetřovatelské dny: 16.9 2007 – 24.9 2007

Důvod přijetí: Pacientka H.G. přijata k plánované operaci torakodorzálního laloku s implantátem po ablaci pravého prsu a exenteraci axily

Edukace: zaměřena jako jednorázové vzdělávání a také forma reedukace

Medikace: neovlivňují edukaci

Forma edukace: verbální, dále také formou letáčku

Reakce na edukaci: verbální pochopení, dotazy

Existující komunikační bariéra: není

Edukační potřeba v oblasti: vnímání zdraví, smysly, prevence

Edukant: primární sestra

6.2 EDUKAČNÍ PLÁN

Vzhledem ke skutečnosti, že je má klientka přijata k rekonstrukčnímu výkonu, který nebude jediným prováděným rekonstrukčním výkonem, je potřeba klientku edukovat nejen v oblasti budoucích výkonů, které rovněž jako nyní provedený výkon pozitivně ovlivní narušenou psychiku pacientky, ale také v oblasti pooperační péče a dále v edukaci týkající se preventivní péče o nepostížený prs. Témata vyplývají z jednotlivých ošetřovatelských problémů zjištěných v ošetřovatelské anamnéze. Metodou edukace byla zvolena metoda verbální komunikace a metoda nácviku a použití pomůcek ve formě fotografií a letáčků.

Zvolené oblasti které považují za deficitní:

- Pooperační dechová rehabilitace
- Pooperační péče o postiženou oblast, fyzická aktivita
- Pitný režim
- Bolest a její tlumení
- Následné doplňující operace
- Prevence ca prsu (reedukace)

6.2.1 TÉMA: POOPERAČNÍ DECHOVÁ REHABILITACE

Cíl edukačního plánu: seznámení klienta s významem dechové rehabilitace, nácvik správných cviků břišního dýchání

Význam: v pooperačním průběhu u pacientky po rekonstrukční operaci prsu má dechové cvičení dva významy. Jedním z nich je zlepšení průtoku krve v hlubokém žilním systému dolních končetin a tím související prevence trombotických komplikací. Druhým významem při provádění břišního dýchání je úleva od bolesti na hrudníku.

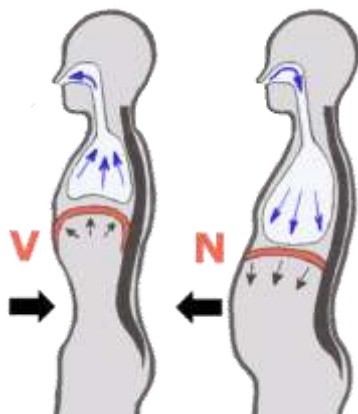
Forma edukace: verbální, technika nácviku

Postup při zaškolení klienta

- zhodnot' vědomosti klienta a situaci
- seznam klienta s významem dechové rehabilitace
- vysvětlí rozdíl mezi hrudním a břišním dýcháním
- snaž se klienta získat pro spolupráci
- uprav polohu klienta
- předved' správnou techniku dýchání
- zkontroluj správný nácvik cviků tím, že je klient sám předvede
- přezkoumej zda klient všemu dobře porozuměl
- dej prostor pro dotazy a upřesnění nejasností
- případně pooprav zvládnání techniky

Příjemce: klient

Reakce na edukaci: verbální pochopení, správný nácvik



Obrázek 5 Nácvik břišního dýchání

6.2.2. TÉMA: POOPERAČNÍ PÉČE O POSTIŽENOU OBLAST, FYZICKÁ AKTIVITA

Cíl edukačního plánu: seznámení klienta s významem pooperační péče ,péče o jizvu, vhodné prádlo, vhodná fyzická aktivita

Význam: v pooperačním průběhu je velice důležitá komplexní péče o pooperační jizvu. Nesmíme opomenout ani na možnost případných komplikací týkajících se především zdroje infekce v operované oblasti. Důležité je též doporučit klientovi vhodné prádlo a upozornit ho na prozatím mírnou fyzickou aktivitu . Velký význam má i edukace o péči o jizvu a to formou tlakových masáží. Ty podporují hojení ran a minimalizují velikost jizev.

Forma edukace: verbální,výklad, technika nácviku , rozhovor, informační leták

Postup při zaškolení klienta

- zhodnot' vědomosti klienta a situaci
- seznam klienta s významem pooperační péče
- seznam klienta s možným rizikem infekce
- vysvětlí možné komplikace a jejich prevenci
- snaž se klienta získat pro spolupráci
- uprav polohu klienta
- předved' správnou techniku tlakových masáží
- vysvětlí frekvenci tlakových masáží a dobu, kdy je vhodné s masáží začít
- zkontroluj správný nácvik cviků tím, že je klient sám předvede
- doporuč vhodné prádlo po propuštění z nemocnice
- upozorni klienta na riziko fyzické aktivity v prvních týdnech po operaci
- informuj, kdy a s jakou fyzickou aktivitou má klient začít
- přezkoumej, zda klient všemu dobře porozuměl
- dej prostor pro dotazy a upřesnění nejasností
- případně pooprav zvládání techniky

Příjemce: klient , rodina

Reakce na edukaci: verbální pochopení, správný nácvik

Příklad výkladu:

Důležitou součástí pooperační péče jsou tlakové masáže. Je dobré se zaměřit nejen na viditelnou část jizev ale i na jizvy vnitřní, tedy po celé ploše. V místech, kde je vložen implantát a rotovaný lalok s tlakovými masážemi, počkáme do úplného zhojení. Masáže lze dělat nasucho, ale je lepší

je kombinovat s aplikací některé z masť, které urychlují hojení. Masáže provádíme tak, že jedním nebo více prsty (podle plochy, na kterou chceme působit) kolmo stlačíme kůži tak, že zbělá a chvilku podržíme. Tímto způsobem postupujeme po celé ploše. Při nadměrné bolestivosti některých míst s masáží raději chvíli počkejte, mírná bolest je ale běžným jevem i po delší době po operaci

6.2.3. TÉMA: PITNÝ REŽIM

Cíl edukačního plánu: seznámení klientky s potřebou dostatečného množství příjmu tekutin a dále seznámení klientky riziky spojenými s dehydratací

Význam: kvalitní hydratace má velký význam pro celý organismus. Pozitivně ovlivňuje nejen stav pokožky, vlasů a zažívání ale podporuje fungování celého organismu, tím i lepší pooperační průběh a hojení ran. Kůže a tkáně následkem dehydratace ztrácejí svoji pružnost. Jelikož je lidský organismus tvořen ze 70% vody, je zřejmé, že se voda významně uplatňuje v metabolismu na všech úrovních.

Forma edukace: verbální

Postup při zaškolení klienta :

- zhodnot' vědomosti klienta a situaci
- seznam klienta s významem kvalitní hydratace
- informuj klienta o doporučeném denním množství přijatých tekutin
- vysvětli význam vody v organismu
- připrav plán k doplnění tekutin každé 2 hod.
- upozorni klienta na riziko dehydratace
- snaž se klienta získat pro spolupráci
- přezkoumej, zda klient všemu dobře porozuměl
- dej prostor pro dotazy a upřesnění nejasností

Příjemce: klient

Reakce na edukaci: verbální pochopení

6.2.4. TÉMA: BOLEST A JEJÍ TLUMENÍ

Cíl edukačního plánu: seznámení klienta s farmakologickou terapií bolestí, s úlevovými polohami , se související dechovou rehabilitací

Význam: edukace o bolesti jako takové má významů mnoho. Klient dokáže lépe chápat příčinu bolesti, uvědomí si, že je bolest jakýmsi varovným signálem k obraně organismu. Klient pak dokáže samostatněji určit míru bolesti a napomoci tak v jejím odstranění či výrazném zmírnění. Odstraněním bolestí můžeme napomoci v lepší kvalitě života nemocného.

Forma edukace: verbální, technika nácviku

Postup při zaškolení klienta :

- zhodnot' vědomosti klienta a situaci
- urči a posud' stupeň bolesti
- vyzoruj klientovy reakce na bolest
- vysvětlí pojem bolest a její možné řešení
- seznam klienta s farmakologickou terapií
- seznam klienta s vhodnými léky , popřípadě s nežádoucími účinky
- zkontroluj účinek edukace v dechové rehabilitaci a jejím následném zmírnění bolesti
- snaž se klienta získat pro spolupráci
- uprav polohu klienta
- informuj klienta o úlevových polohách
- předved' správnou techniku dýchání
- zkontroluj správnost úlevové polohy tím, že ji klient sám předvede
- přezkoumej zda klient všemu dobře porozuměl
- dej prostor pro dotazy a upřesnění nejasností
- případně pooprav zvládání techniky

Příjemce: klient

Reakce na edukaci: verbální pochopení, správný nácvik, mírná úleva od bolesti změnou polohy

6.2.5. TÉMA: NÁSLEDNÉ DOPLŇUJÍCÍ OPERACE

Cíl edukačního plánu: seznámení klienta s následnými možnostmi řešení kompletní obnovy prsu

Význam: pro převážnou většinu žen je samotná obnova nového prsu teprve prvním krokem k návratu kompletního prsu. Proto je nutné dostatečně vysvětlit klientovi možnosti řešení obnovy dvorce a bradavky. Vytvořený komplex dvorce a bradavky propůjčuje rekonstruovanému prsu přirozený vzhled a obnovuje symetrii obou prsou.

Forma edukace: verbální, fotodokumentace , letáček

Postup při zaškolování klienta :

- zhodnot' vědomosti klienta a situaci
- seznam klienta s významem doplňující operace
- vysvětlí pojem rekonstrukce areomamilárního komplexu
- snaž se klienta získat pro spolupráci
- předved' klientce fotodokumentaci pro lepší představivost
- nachystej letáček o způsobu a možnostech operace
- podej klientce přednášku k vysvětlení letáčku (příloha 6)
- vlastní přednáška
- informuj klienta třech základních operačních technikách
- seznam klienta s s vhodným plánováním a časováním rekonstrukce dvorce a bradavky
- ujasni postoj klienta vůči dalšímu plánovanému výkonu
- přezkoumej zda klient všemu dobře porozuměl
- dej prostor pro dotazy a upřesnění nejasností

Příjemce: klient

Reakce na edukaci: verbální pochopení , spokojenost klientky

6.2.6. TÉMA: PREVENCE KARCINOMU PRSU (REEDUKACE)
SAMOVYŠETŘENÍ PRSU

Cíl edukačního plánu: reedukace problematiky o důsledné prevenci karcinomu prsu

Význam: každá žena by měla svým prsům věnovat dostatečnou pozornost, pokud je tato žena již pacientkou s nádorovým onemocněním prsu, je třeba znovu zdůraznit preventivní vyšetření týkající se prsu druhého karcinomem nezasaženého.

Forma edukace: verbální, technika nácviku ,letáček (příloha 7)

Postup při zaškolování klienta :

- zhodnot' vědomosti klienta a situaci
- seznam klienta s významem preventivního vyšetření druhého prsu
- vysvětlí klientce nutnost osvojení si návyku samovyšetření prsu dlouhodobě
- snaž se klienta získat pro spolupráci
- předved' správnou techniku
- zkontroluj správný postup tím, že je klient sám předvede
- přezkoumej, zda klient všemu dobře porozuměl
- dej prostor pro dotazy a upřesnění nejasností
- případně pooprav zvládání techniky

Příjemce: klient

Reakce na edukaci: verbální pochopení, správný nácvik

7. ZÁVĚR

Úspěšnost léčby rakoviny prsu z hlediska onkologického, kosmetického a z hlediska spokojenosti nemocné s léčbou je více než u jiných onemocnění ovlivněna ženou samotnou. Setkání s diagnózou karcinom prsu je pro každou ženu (výjimečně muže) naprosto nečekané a šokující. Většinou nálezu nepředcházejí žádné zjevné potíže (symptomy choroby) ženy, zjednodušeně se dá říci, že onemocnění přichází bez varování. Bývá zachyceno, samovyšetřením, screeningem a dalšími vyšetřeními. Pochopitelně den, kdy lékař ženě tuto diagnózu sdělí, je jedním z jejich nejtěžších dnů v životě. Velmi pozvolna projde všemi etapami vnitřního přijetí takové zprávy, jakou je obávaná rakovina. Nejlépe bych tuto situaci přirovnala k atentátu na všech úrovních osobnosti. Klíčovým slovem vystihujícím stav myslí takto postižené ženy bývá nezměrná úzkost, existenciální strach. Přesto se povětšinou od začátku snaží nepustit vlastní osud ze svých rukou. To považuji za nejdůležitější moment celé léčby. Toto úsilí je pak provází jak v týdnech před očekávanou operací, tak i po ní. Není to vůbec jednoduché, nejistota, čekání na výsledky, nejistota... úleva po naplánování – v závislosti na histologickém nálezu - následné léčby, ablace, psychická zátěž spojená s radikálním výkonem, pocit méněcennosti. A právě v tuto chvíli má plastická chirurgie a její rekonstrukční operace nezastupitelnou roli. Nabízí ženám dobře provedeným rekonstrukčním výkonem účast na psychosomatické rehabilitaci a znovuzískávání osobních jistot.

Na této nelehké cestě je pro mnohé z takto postižených žen setkání s kvalitními lékaři a sestrami, pro které není komunikace s pacientem prázdným pojmem. To, že jsou jí partnerem a že respektují její odpovědnost za vlastní život, ženě nesmírně pomůže dostat se přes zoufalé období pochybností až k určité vyrovnanosti. Tyto ženy podnikají vlivem své nemoci velmi dlouhou a mnohdy tu nejdobrodružnější cestu svého života. CESTU K SOBĚ.

„Pamatujte si, že tělo a psychika jsou úzce propojeny, nikoli odděleny“.

(Mastiliáková, D., Holistické přístupy v péči o zdraví, str. 53)

8. SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZŮ

8.1 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- 1) Adams, B., Harold, C. E. : Sestra a akutní stavy od A do Z. Praha: Grada Publishing 1999. ISBN
- 2) Čechová, V., Mellanová, A., Rozsypalová, M.: Speciální psychologie. Brno: Institut pro další vzdělávání zdravotníků. 1997. ISBN 80-7013-243-4
- 3) Daneš, J., Morhoose, M.: Základy ultrasonografie prsu. Praha: Maxdorf 0, 2000. ISBN 80-858-00-34-9
- 4) Daneš, J.: Základy mamografie. Praha: Maxdorf 0, 2002. ISBN 80-7199-062-0
- 5) Dienstbier, Z.: Kdy je rakovina léčitelná?. Praha: Grada Publishing, 2003. ISBN 80-7169-303-0
- 6) Doeges, M.: Kapesní průvodce zdravotní sestry. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 2001. ISBN 80-247-0242-8
- 7) Dražan, L., Měšťák, J.: Rekonstrukce prsu po mastektomii. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1123-0
- 8) Fiala, P., Valenta, J., Eberlová, L.: Anatomie pro bakalářské studium ošetrovatelství. Praha: Nakladatelství Karolinum, 2004. ISBN 80-246-0804-9
- 9) Havlíková, J.: Péče o pacienty s příznaky vedlejších účinků chemoterapie. In: Sestra, 2004, č. 7.22s., ISSN
- 10) Marečková, J.: Ošetrovatelské diagnózy v nanda doménách. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1399-3
- 11) Mastiliáková, D.: Úvod do ošetrovatelství. I. Díl. Praha: Nakladatelství Karolinum, 2004. ISBN 80-246-0429-9
- 12) Mastiliáková, D.: Holistické přístupy v péči o zdraví. Brno: IDVPZ, 1999.
- 13) Měšťák, J.: Prsa očima plastického chirurga. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1834-7
- 14) Minaříková, B., Jedináková, P.: Mamografie v otázkách a odpovědích. In: Sestra, 2004, č. 1.24s., ISSN
- 15) Mikšová, Z., Froňková, M., Zajíčková, M.: Kapitoly z ošetrovatelské péče II. Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1443-4
- 16) Mikšová, Z., Froňková, M., Hernová, R., Zajíčková, M.: Kapitoly z ošetrovatelské péče I. Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1442-6

- 17) Říčková, H.: Můžeme vyžrát nad rakovinou prsní tkáň?. In: Sestra, 2005,č.1.35s., ISSN
- 18) Trachtová, ed at.: Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu. Brno: Institut pro další vzdělávání ,1996. MŠMT ČR pod č.j.10 093/98-23
- 19) Trávníčková- Kitlerová, O.: Rehabilitace pacientů s onkologickou diagnózou. Praha: Triton, 2004. ISBN 80- 7254-485-3
- 20) Vorlíček, J., Abrahámová, J., Vorlíčková, H.: Klinická onkologie pro sestry. Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1716-6
- 21) Zacharová, E., Hermanová, M., Šrámková, J.: Zdravotnická psychologie. Grada Publishing, 2006. ISBN 80-7169-705-2
- 22) Zeman, M., a kolektiv.: Chirurgická propedeutika. Grada Publishing, 2000. ISBN 80-7169-705-2

Citování monografie:

Dagmar Mastiliáková

Holistické přístupy v péči o zdraví

Brno

Institut pro další vzdělávání zdravotníků

IDVPZ

1999, str.53

8.2 INTERNETOVÉ ZDROJE

- 1) Ryznarová, Z.: Ultrasonografie hrudníku [on line] dostupné na [:http://portal.lf1.cuni.cz/clanky,html](http://portal.lf1.cuni.cz/clanky,html)
- 2) Nádory prsu, incidence, mortalita.: [dostupné on line] na [http:// www.svob.cz/](http://www.svob.cz/)
- 3) Procentuální míra přežití karcinomu.: [dostupné on line] <http://ser.cancer.gov/>
- 4) Anatomie prsu.: <http://www.liposukce.cz/editor/str.3/galerie/obrazek/242.jpg>
- 5) Zentiva, a.s.: Ošedg v abecedním pořadí [dostupné on line] na <http://www.zdravcentra.sk/3141.html>
- 6) mamotomie ,: mammahelp [dostupné on line] na [http:// www.mammahep.cz/php](http://www.mammahep.cz/php)
- 7) Ošetrovatelské škály.: [dostupné on line] na [http://www.uzs.vslib.cz/index.cgi?fun=soubory,](http://www.uzs.vslib.cz/index.cgi?fun=soubory)

9. PŘÍLOHY

9.1 SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 Anatomická stavba prsu.....	76
Příloha 2 TNM – klasifikace nádorů.....	77
Příloha 3 Procentuální míra přežití u karcinomu prsu.....	78
Příloha 4 Graf 1 Nádory prsu, incidence, mortalita.....	78
Příloha 5 Cviky vhodné k prevenci lymfedému.....	79
Příloha 6 Rekonstrukce areomamilárního komplexu.....	80-81
Příloha 7 Samovyšetření prsu.....	82-83
Příloha 8 Fotografická dokumentace rekonstrukce prsu před a po operaci.....	84

9.2 SEZNAM POUŽITÝCH ŠKÁL

Příloha 9 Vizuální analogová škála.....	85
Index tělesné hmotnosti BMI.....	85
Analogová škála bolesti.....	85
Příloha 10 Bienstein škála k hodnocení situace a rizik v oblasti dýchání.....	86- 87
Příloha 11 Beckova sebesuzovací stupnice deprese.....	88- 89
Příloha 12 Stupnice hodnocení psychického zdraví.....	90
Příloha 13 Hodnocení infekce v ráně.....	91

9.1.1 Příloha 1

Anatomie prsu



<http://www.liposukce.cz/editor/str.3/galerie/obrazek/242.jpg>.

9.1.2 Příloha 2

TNM klasifikace nádorů prsu

T- Primární nádor

- TX Primární nádor nelze posoudit
- T0 Žádné známky primárního nádoru
- Tis Karcinom in situ, Pagetova choroba bradavky bez prokazatelného tumoru
- T1 Nádor 2 cm nebo méně v největším průměru
- T1mic S mikroinvazí 0,1 cm nebo méně v největším průměru
- T1a Větší než 0,1 cm, ale ne více než 0,5 cm v největším průměru
- T1b Větší než 0,5 cm, ale ne více než 1,0 cm v největším průměru
- T1c Větší než 1,0 cm, ale ne více než 2,0 cm v největším průměru
- T2 Nádor větší než 2,0 cm, ale ne více než 5,0 cm v největším průměru
- T3 Nádor větší než 5,0 cm v největším průměru
- T4 Nádor jakékoliv velikosti s přímým šířením na stěnu hrudní nebo kůži
- T4a Šíření na hrudní stěnu
- T4b Edém (včetně peau d'orange), ulcerace kůže prsu nebo satelitní kožní metastázy
- T4c Jak 4a tak 4b dohromady
- T4d Zánětlivý (inflamatorní) karcinom

N - Regionální mízní uzliny

- NX Regionální mízní uzliny nelze posoudit (např. již byly dříve odstraněny)
- N0 Žádné metastázy v regionálních mízních uzlinách
- N1 Metastázy v pohyblivých stejnostranných mízních uzlinách
- N2 Metastázy ve stejnostranných mízních uzlinách, které jsou fixované k sobě navzájem nebo k okolním strukturám
- N3 Metastázy ve stejnostranných mízních uzlinách podél arteria mammaria interna

M - Vzdálené metastázy

- MX Přítomnost vzdálených metastáz nelze posoudit
- M0 Nejsou vzdálené metastázy
- M1 Vzdálené metastázy
(Dražan, L. 2006)

9.1.3 Příloha 3

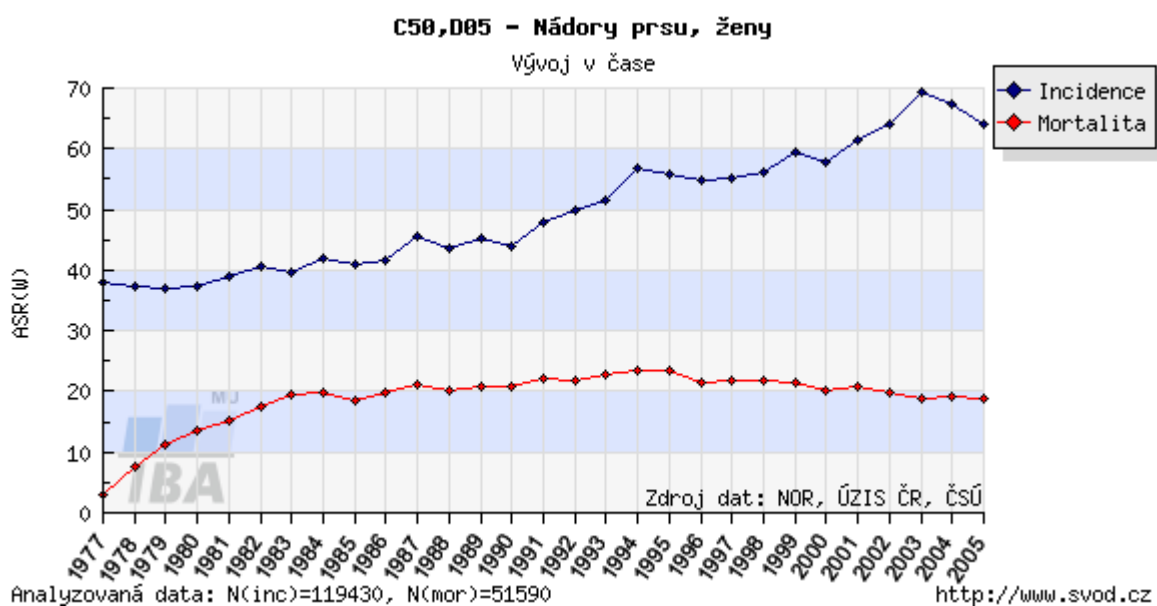
Tabulka 8 **Procentuální míra přežití u karcinomu prsu**

	lokalizovaný nádor	zasažené uzliny	vzdálené metastázy
začátek	100.0%	100.0%	100.0%
1-rok	100.0%	98.3%	67.7%
2-roky	100.0%	94.1%	50.6%
3-roky	99.6%	89.6%	39.1%
4-roky	98.8%	85.3%	31.4%
5-let	98.1%	81.5%	26.0%
6-let	97.2%	78.2%	22.1%
7-let	96.5%	75.1%	19.6%
8-let	95.7%	72.8%	17.6%
9-let	94.9%	70.5%	15.9%
10-let	94.2%	68.5%	14.4%

[<http://seer.cancer.gov/>]

9.1.4 Příloha 4

Graf 1 **Nádory prsu, incidence, mortalita**



9.1.5 Příloha 5

Cviky vhodné k prevenci Lymeému



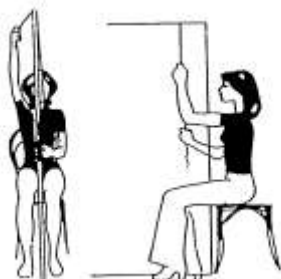
1.



2.



3.



4.



5.



6.(Trávníčková, 2004)

9.1.6 Příloha 6

REKONSTRUKCE AREOLOMAMILÁRNÍHO KOMPLEXU

Tato rekonstrukce dvorce a bradavky představuje konečnou etapu rekonstrukce prsu. Pro převážnou většinu žen je tato rekonstrukce symbolem kompletní obnovy prsu s možností jejich opětovného návratu do plnohodnotného osobního a společenského života. Znovu vytvořený komplex dvorce a bradavky propůjčuje rekonstruovanému prsu přirozený vzhled a tím podporuje u ženy vnímání jejího těla jako již nenarušeného celku.

Cílem rekonstrukce AMK je jeho správné umístění, vzhled, velikost barva a to vždy v porovnání s druhým prsem. I druhý prs se v druhé operační fázi může upravit do velikosti nově rekonstruovaného prsu a to formou modelace. Ne však každé klientce je to doporučeno. Ženy s menšími ňadry mají povětšinou po rekonstrukci prsu oba prsy přiměřeně stejně velké. Velmi záleží na kvalitě kůže a podkoží a na faktu zda je prs ptotický (povislý) či nikoli.

a) rekonstrukce dvorce

1. přenesení části dvorce kontralaterální strany.
2. Odebrání kožního transplantátu z míst se sytější pigmentací
3. Využití umělé tetováže

Osvědčenou metodou rekonstrukce dvorce je použití kožního štěpu(transplantátu) v plné tloušťce z horní vnitřní strany v oblasti třísel. Transplantát po přenosu na nové místo obvykle ztmavne a postupně získá pigmentaci.

b) rekonstrukce bradavky

1. Přenesení části bradavky druhé strany
2. Rekonstrukce bradavky místními laloky
3. Využití umělé tetováže

obr. a) kožní řez





Obr. b) vytvoření bradavky a našíť kožního transplantátu s tmavší pigmentací



obr. c) výsledek po 14 dnech

(Měšťák, . J, 2006 str.114)

9.1.7 Příloha 7

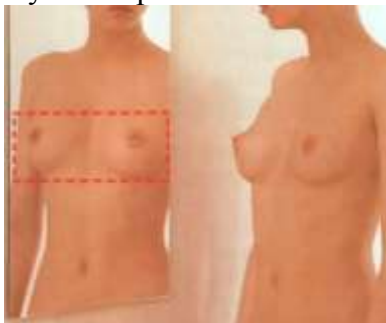
Prevence, která vás nic nestojí

Samovyšetření prsu by mělo být součástí osobní hygieny každé ženy. Opakovaným vyšetřením se naučíte dokonale poznat svoje prsa a můžete tak velmi brzy zjistit jakoukoliv chorobnou odchylku od předchozího stavu.

Samovyšetření by měly provádět všechny ženy starší 25 let a to pravidelně jedenkrát měsíčně, nejlépe 7 den po ukončení menstruace, kdy se prsní žláza dobře prohmatává.

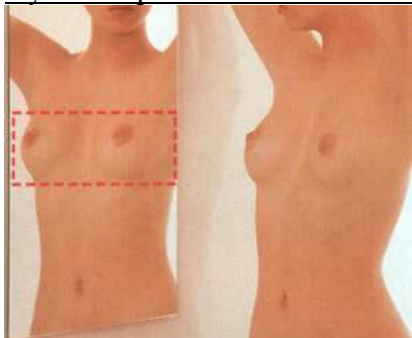
Jak samovyšetření provádět?

Vyšetření pohledem



První částí je vyšetření pohledem. Paže nechte volně podél těla. Sledujte změny ve velikosti či tvaru prsů. Prohlédněte i změny na kůži prsů. Rovněž si všimněte obrysů prsů.

Vyšetření pohledem obě ruce nad hlavou



Dejte obě ruce nad hlavu a prohlížejte si prsa z různých úhlů. Prohlédněte si dvorec a bradavku a všimněte si, neobjevuje-li se výtok, krvácení či vpáčení bradavky.

Vyšetření pohmatem



Vizuálně si rozdělte prs na čtyři části. Vyšetření začněte v horní vnitřní části. Prsty pravé ruky položte naplocho na kůži levého prsu a pomalými krouživými pohyby s mírným tlakem prohmatejte tuto část prsu.

Okolí dvorce, dvorec a bradavku



Vyšetřete okolí dvorce, dvorec a bradavku. Po stisknutí dvorce pečlivě pozorujte, neobjeví-li se výtok či krvácení z bradavky.



Stejným způsobem vyšetřete všechny prsní kvadranty.

Na závěr vyšetření pečlivě prohmatejte celé podpaží.



Prsy byste měla vyšetřit stejným způsobem ještě v leže.

Jak rozeznám normální žlázu od chorobné změny?

Při vyšetření je nutné si všimnout jakékoliv bulky v prsu, neobvyklých útvarů a tvaru prsů. Prsy každé ženy jsou jiné, pohmatový vjem závisí na struktuře mléčné žlázy a podílu tukové tkáně. Prsní žláza může být hrbolatá, v zevních částech je často objemnější. Platí, že ve stejných částech prsů na obou stranách je žláza na pohmat přibližně stejná. V podpaží by za normálních okolností neměl být hmatný žádný útvar.

Pokud si nahmatáte jakoukoli "bulku" v prsu, neváhejte a navštivte ihned svého lékaře nebo přímo specializovanou poradnu pro onemocnění mléčné žlázy. Rozhodně nepodléhejte panice. V prsní žláze se mohou objevit útvary různého druhu, které tam nepatří, a nemusí to být právě zhoubný nádor. Je však úkolem odborníka, aby vyloučil závažnější změnu v prsu.

(zpracováno z materiálů FONS VITAE a Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR)p

9.1.8 Příloha 8

Fotografická dokumentace rekonstrukce prsu torakodorzálním lalokem, před a po zákroku

obr. a) před operací



obr. b) po kompletní rekonstrukci



(soukromý archiv Doc. MUDr. Jana Měšťáka)

9.2.1 Příloha 9

ANALOGOVÉ ŠKÁLY

Vizuální analogová škála

- 0- žádná
- 1- mírná bolest
- 2- střední bolest
- 3- silná bolest
- 4- velmi silná bolest
- 5- nesnesitelná bolest



(info@vnl.xf.cz)

Index tělesné hmotnosti (BMI)

INDEX TĚLESNÉ HMOTNOSTI (BMI)		
BMI = hmotnost (kg) / výška ² (m)		
BMI	Kategorie (podle WHO IOTF)	Zdravotní rizika
<18,5	Podváha	Malnutrice
18,5 – 24,9	Normální rozmezí	Minimální
25,0 – 29,9	Nadváha	<26,9 lehce zvýšená >27,0 zvýšená
30,0 – 34,9	Obezita – I.stupeň	Středně vysoká
35,0 – 39,9	Obezita – II.stupeň	Vysoká
>40,0	Obezita – III. stupeň	Velmi vysoká

Analogová škála intenzity bolesti

INTENZITA BOLESTI: 0- žádná	1- nepatrná	2- mírná
3- střední	4- strašná	5- nesnesitelná

9.2.2 Příloha 10

Biensteinova škála k hodnocení situace a rizik v oblasti dýchání.

Ochota spolupracovat	Ochoten kontinuálně spolupracovat	0
	Spolupracuje na požádání	1
	Občas spolupracuje	2
	Nechce nebo nemůže spolupracovat	3
Současné plicní onemocnění	Nemá žádné	0
	Lehké infekce v oblasti nosu a úst	1
	Infekce v průduškách	2
	Plicní onemocnění	3
Prodělané plicní onemocnění	Neprodělal žádné	0
	V posledních 3 měsících prodělal lehké plicní onemocnění	1
	V posledních 3 měsících prodělal plicní onemocnění s těžkým průběhem	2
	Plicní onemocnění s následky na dýchacích cestách	3
Porucha imunity	Není	0
	Lehké oslabení imunity, které nesouvisí s generalizovanou infekcí	1
	Výraznější porucha imunity	2
	Úplné selhání imunity	3
Protracheální manipulace	Žádné výkony v dýchacích cestách	0
	Ošetřovatelské výkony v nose a v ústech	1
	Oronasální odsávání	2
	Endotracheální odsávání	3
Kuřák/pasivní kuřák	Nekouří a nebývá v zakouřené místnosti	0
	Méně než 6 cigaret denně/bývá v zakouřené místnosti	1
	Kouří denně 6-15 cigaret denně/v blízkém okolí jsou kuřáci	2
	Intenzivní kuřák	3
Bolest	Nemá	0
	Lehké trvalá bolest	1
	Silnější bolest bez vlivu na dýchání	2
	Silná bolest ovlivňující dýchání	3
Porucha polykání	Žádná	0
	Porucha polykání tekutin	1
	Porucha polykání tekuté a kašovitě stravy	2
	Porucha polykání veškeré stravy a slin	3
Omezení pohybu	Žádné	0
	Porucha kompenzovaná holí či změnou držení těla	1
	Pobyt na lůžku, klidový režim	2
	Úplné omezení pohybu, pouze na lůžku	3
Povolání ohrožující plíce	Nevykonává takové povolání	0
	Pracoval 1-2 roky v zaměstnání ohrožující plíce	1
	Pracoval 2-10 let v zaměstnání ohrožující plíce	2
	Více než 10 let ve zvlášť exponovaném prostředí	3
Intubační narkóza/respirátor	Nebyly v posledních 3 týdnech	0
	Krátká intubační narkóza (do 2 hodin)	1

	Déletrvající narkóza (nad 2 hodiny)	2
	Několik narkóz nebo napojení delší než 12 hodin	3
Stav vědomí	Při vědomí	0
	Somnolence	1
	Sopor	2
	Koma	3
Hloubka dechu	Dýchá bez námahy	0
	Dýchá namáhavě,povrchově	1
	Těžká dušnost	2
Dechová frekvence	14-20 dechů/min.	0
	Přechodně nepravidelná tachypnoe / bradypnoe	1
	Pravidelná trvalá tachypnoe / bradypnoe	2
	Pravidelné patologické,hluboké nebo povrchní dýchání / střídání tachypnoe a bradypnoe	3
Léky tlumící dýchání	Žádné nedostává	0
	Občas dostává léky tlumící dýchání	1
	Pravidelně dostává léky tlumící dýchání	2
	Dostává léky s výrazným tlumícím účinkem např. morfin,barbituráty	3

Hodnocení:

Bodové vyhodnocení	
00-06	Není ohrožen
07-15	Ohrožen
16-45	Vysoce ohrožen (eventuálně poruchy dýchání jsou již přítomny)

Zápis:

Datum:	Celkem Bodů:	Podpis sestry:
16.9 2007	1	Němečková
17.9 2007	9	Kočová
18.9	8	Němečková
21.9	4	Němečková

<http://www.uzs.vslib.cz/index.cgi?fun=soubory>.

9.2.3 Příloha 11

Beckova sebeposuzovací stupnice deprese

01.	Nálada		
		0	-nemám smutnou náladu
		1	-cítím se poněkud posmutnělý, sklíčený
		2	-jsem stále smutný nebo sklíčený a nemohu se z toho dostat
		3	-jsem tak smutný nebo nešťastný, že to nemohu už snést
02.	Pesimismus		
		0	-do budoucnosti nepohlížím nijak pesimisticky nebo beznadějně
		1	-poněkud se obávám budoucnosti
		2	-vidím, že se už nemám na co těšit
		3	-vidím, že budoucnost je zcela beznadějná a nemůže se zlepšit
03.	Pocit neúspěchu		
		0	-nemám pocit nějakého životního neúspěchu
		1	-mám pocit, že jsem měl v životě více smůly a neúspěchu než obvykle lidé mívají
		2	-podívám-li se zpět na svůj život, vidím, že je to jen řada neúspěchů
		3	-vidím, že jsem jako člověk (otec, manžel a pod) v životě zcela zklamal
04.	Neuspokojení z činnosti		
		0	-nejsem nijak zvlášť nespokojený
		1	-nemám z věcí takové potěšení, jako jsme mívávali
		2	-už mne netěší skoro vůbec nic
		3	-ať dělám cokoli, nezbudí to ve mně sebemenší potěšení
05.	Vina		
		0	-necítím se nijak provinile
		1	-občas cítím, že jsem méněcenný, horší než ostatní
		2	-mám trvalý pocit viny
		3	-ovládá mne pocit, že jsem zcela bezcenný, zlý provinilý člověk
06.	Nenávist k sobě samému		
		0	-necítím se zklamán sám sebou
		1	-zklamal jsem se sám v sobě
		2	-jsem dost znechucen sám sebou
		3	-nenávidím se
07.	Myšlenky na sebevraždu		
		0	-vůbec mi nenapadne na mysl, že bych si měl něco udělat
		1	-mám někdy pocit, že by bylo lépe nežít
		2	-často přemýšlím jak spáchat sebevraždu
		3	-kdybych měl příležitost, tak bych si vzal život
08.	Sociální izolace		
		0	-neztratil jsem zájem o lidi a okolí
		1	-mám poněkud menší zájem o společnost lidí než dříve

	2	-ztratil jsem většinu zájmu o lidi a jsou mi lhostejní
	3	-ztratil jsem veškerý zájem o lidi a nechci s nikým nic mít
09.	Nerozhodnost	
	0	-dokážu se rozhodnou v běžných situacích
	1	-někdy mám sklon odkládat svá rozhodnutí
	2	-rozhodování v běžných věcech mi dělá obtíže
	3	-vůbec v ničem se nedokážu rozhodnout
10.	Vlastní vzhled	
	0	-vypadám stejně jako dříve
	1	-mám starosti, že vyhlížím staře nebo neatraktivně
	2	-mám pocit, že se můj zevnějšek trvale zhoršil, takže vypadám dosti nepěkně
	3	-mám pocit, že vypadám hnusně až odpudivě
11.	Potíže při práci	
	0	-práce mi jde od ruky jako dříve
	1	-musím se nutit, když chci něco dělat
	2	-dá mi velké přemáhání, abych cokoliv udělal
	3	-nejsem schopen jakékoliv práce
12.	Únavnost	
	0	-necítím se více unaven než obvykle
	1	-unavím se snáze než dříve
	2	-všechno mne unavuje
	3	-únava mne zabraňuje cokoli udělat
13.	Nechutenství	
	0	-mám svou obvyklou chuť k jídlu
	1	-nemám takovou chuť k jídlu jak jsem míval
	2	-mnohem hůře mi teď chutná jíst
	3	-zcela jsem ztratil chuť k jídlu

Hodnocení:

Hodnocení:	00 – 08 event. 09	Norma
	09 - 24	Lehká až střední deprese
	25 a více	Těžká deprese

<http://www.uzs.vslib.cz/index.cgi?fun=soubory>.

9.2.4 Příloha 12

Stupnice hodnocení psychického zdraví

Položky:		Odpověď:	
01.	Cítíte se většinu času dobře?	ano	ne
02.	Máte často obavy o své zdraví?	ano	ne
03.	Trpíte často bolestmi hlavy?	ano	ne
04.	Měl-a jste v poslední době závratě?	ano	ne
05.	Často se Vám třesou ruce při práci?	ano	ne
06.	Míváte záškuby ve svalech?	ano	ne
07.	V poslední době jste měl bolesti jen zřídka nebo vůbec ne?	ano	ne
08.	Vnímáte necitlivost v jedné nebo více částech těla?	ano	ne
09.	Máte vždy ruce a nohy dostatečně teplé?	ano	ne
10.	Je Váš spánek přerušovaný, povrchní nebo jinak narušený?	ano	ne
11.	Jdete většinou spát bez myšlenek, které by Vás trápily?	ano	ne
12.	Máte rád společnost, jste rád mezi lidmi?	ano	ne
13.	Často Vás něco trápí?	ano	ne
14.	Jste často plný elánu či energie?	0.5 bodu	ano
			Ne vždy
15.	Cítíte se často neúčinný?	ano	ne
Součet:			7.5 B

Hodnocení:

1 bod za odpověď „ano“ u otázek		2	3	4	5	6		8		10		13		15
1 bod za odpověď „ne“ u otázek	1						7		9		11	12		14
Skóre 6 a více svědčí pro poruchu psychického zdraví														

(Kolibiáš a spol.1993)

9.2.5 Příloha 13

Hodnocení infekce v ráně

I.Tradiční ukazatelé

I	Erytém
II	Otok
III	Lokální bolestivost
IV	Zvýšená teplota v místě rány
V	Celulitis
VI	Absces
VII	Výpotek
VIIa	Serózní výpotek se známkami zánětu
VIIb	Seropurulentní exudát
VIIc	Hemopurulentní exudát
VIIId	Hnis

II.Další kriteria

I	Zpomalené hojení
II	Změna barvy rány
III	Křehká granulační tkáň, která snadno krvácí
IV	Tvorba „Kapes“ na bázi rány
V	Tvorba můstků v epitelizační tkáni
VI	Abnormální zápach
VII	Rozpad rány

III. Výpočet doby hojení rány

Doba hojení u laparotomie = $(WD \times 1,19) + 3,6$ dnů
Doba hojení u excise pilonidálního sinu = $(WD \times 1,23) + 4,3$ dnů
Doba hojení u axilární excise = $(WD \times 0,76) + 6,7$ dnů (U axilárních excizí rozměr rány znamená velikost vertikálního řezu při zdvižené paži)
(WD je rozměr rány a je to buď šířka nebo hloubka rány podle toho který tento rozměr je větší)

(Sestra 3/97 Tématický sešit str.4)