

# OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U PACIENTKY S REKONSTRUKCÍ PRSU

**Bakalářská práce**

KATEŘINA ŠPICNEROVÁ

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, O.P.S. V PRAZE

MUDr. Martin Ralbovský, PhD.

Stupeň kvalifikace: Bakalář  
Studijní obor: Všeobecná sestra

Datum odevzdání práce: 31.3.2008  
Datum obhajoby:

Praha 2008

## Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma ošetrovatelská péče u pacientky s rekonstrukcí prsu vypracovala samostatně a použité prameny jsem uvedla podle platného autorského zákona v seznamu použité literatury a zdrojů informací. Souhlasím s tím, aby moje bakalářská práce byla půjčována ve Středisku vědeckých informací Vysoké školy zdravotnické o.p.s. Duškova 7, Praha 5, 150 00.

V Praze dne .....

.....

Špicnerová Kateřina

## Abstrakt

Špicnerová Kateřina: Ošetrovatelská péče u pacientky s rekonstrukcí prsu

Vysoká škola zdravotnická o.p.s. v Praze

Vedoucí bakalářské práce: MUDr. Martin Ralbovský PhD.

Bakalářská práce na téma ošetrovatelská péče o pacientku s rekonstrukcí prsu se zabývá ve své teoretické části nádory prsu u žen, jejich příčinami, diagnostikou a léčbou. Chirurgická léčba karcinomu prsu s sebou přináší kromě pozitivního efektu odstranění nádoru také zásah do struktury těla pacientky. Pacientky se cítí méněcenné a bývají často depresivní. Plastická chirurgie dokáže tyto pocity pomocí rekonstrukčních výkonů zmírnit nebo zcela odstranit. Praktická část popisuje ošetrovatelskou kazuistiku u pacientky, která po ablaci prsu podstupuje rekonstrukci prsu pomocí silikonového implantátu. Závěrečná část patří edukaci.

## Klíčová slova

prs, nádory, plastická chirurgie, rekonstrukce prsu, ošetrovatelská péče, ošetrovatelské diagnózy, edukace

## Abstract

The bachelor thesis with the subject of “Care for a Patient with Breast Reconstruction” deals in its theoretical part with breast tumors in women, their causes, diagnostics and treatment. Surgical treatment of breast carcinoma, apart from the benefit of removing the tumor, also brings about the violation of the patient’s body structure. Patients suffer from feelings of inferiority and often depression. Plastic surgery is capable of mitigating or even eliminating these feelings through reconstructive operations. The practical part of the thesis provides a case study of care for a patient, who after breast ablation underwent breast reconstruction by means of a silicone implant. The final part of the thesis is focused on patient education.

## Key words

breast, tumors, plastic surgery, breast reconstruction, care, nursing diagnoses, education

## Předmluva

V průběhu života postihne maligní onemocnění každého třetího obyvatele naší republiky. Jak uvádí odborná literatura každý čtvrtý obyvatel České republiky na zhoubné onemocnění zemře. Jsou nádory, u kterých je vyšší nárůst incidence i velké zvýšení prevalence. Mezi nejčastější onkologické diagnózy u žen patří zhoubný nádor prsu a kůže. Každá onkologická léčba ovlivní fyzický i psychický stav pacienta. Ablací výkony při chirurgické léčbě karcinomu prsu jsou značně mutilující a zátěžové pro psychiku pacientky. Plastická chirurgie a rekonstrukční výkony dokáží pacientce navrátit nejen její fyzický vzhled, ale také duševní rovnováhu a mnohdy jsou tyto výkony přínosnější než roky strávené užíváním antidepresiv a psychického strádání ze ztraceného pocitu ženství. Téma mé bakalářské práce jsem si zvolila po absolvování odborné praxe na klinice plastické chirurgie v nemocnici Na Bulovce. Na tomto oddělení provádějí nejen klasické operační výkony spadající do kompetencí plastické chirurgie, ale probíhá zde i komplexní léčebný a poradenský program pro onkologické pacientky s rekonstrukcí prsu po mastektomii. Teoretickou část jsme věnovali zhoubným nádorům prsu s důrazem na rizikové faktory, diagnostiku a screening. V kapitolách věnovaných rekonstrukci jsme se snažili zaměřit na většinu rekonstrukčních postupů, které se v dnešní době v České republice provádějí. Kapitola ošetrovatelská péče se zaměřuje na předoperační a pooperační ošetrovatelskou péči o pacientky s rekonstrukcí prsu pomocí silikonového implantátu. V praktické části mé bakalářské práce se zabýváme ošetrovatelskou kazuistikou u pacientky s rekonstrukcí prsu po ablaci. Ošetrovatelské diagnózy jsme sestavili podle aktuálních potřeb pacientky. Nedílnou součástí práce je edukace. Tato bakalářská práce spojuje námi vybrané poznatky z oboru onkologie, plastické chirurgie a ošetrovatelství.

Na zpracování mé bakalářské práce se jako vedoucí podílel MUDr. Martin Ralbovský PhD., kterému bych ráda touto cestou poděkovala.

# Obsah

<b>Úvod</b>	<b>7</b>
<b>1 Anatomie a vývoj ženského prsu</b>	<b>8</b>
1.1 Prs (mamma, mastos)	8
1.2 Vývoj prsů	9
<b>2 Karcinom prsu</b>	<b>10</b>
2.1 Etiologie a rizikové faktory	10
2.2 Klinické projevy	11
2.3 Vyšetření prsů pohmatem	11
2.4 Zobrazovací metody v diagnostice nádorů prsu	11
2.5 Histopatologie	12
2.6 Staging	12
2.7 Současné možnosti léčby karcinomu prsu	13
2.7.1 Chirurgická léčba	13
2.7.2 Radioterapie	14
2.7.3 Chemoterapie	14
2.7.4 Hormonální léčba	14
2.8 Dispenzarizace a organizovaný screening v České republice	15
<b>3 Rekonstrukce prsu po mastektomii</b>	<b>16</b>
3.1 Volba rekonstrukce pomocí silikonových implantátů	16
3.2 Volba rekonstrukce živou tkání	16
3.3 Rekonstrukce kombinací implantátu a místního laloku	17
<b>4 Rozdělení rekonstrukčních výkonů</b>	<b>18</b>
4.1 Rekonstrukce implantáty	18
4.2 Rekonstrukce implantáty a místními laloky	18
4.3 Rekonstrukce lalokem latissimus dorsi	19
4.4 Rekonstrukce prsu břišními laloky	20
4.5 Rekonstrukce areolomamilárního komplexu	20
<b>5 Pooperační onkologické sledování pacientky s rekonstruovaným prsem</b>	<b>21</b>
<b>6 Psychologické aspekty zjištění a léčení onkologického onemocnění</b>	<b>22</b>

6.1 Vliv mastektomie a rekonstrukce prsu na psychiku pacientky	22
6.2 Psychická příprava pacientů na bolestivé výkony a na operaci	23
<b>7 Ošetrovatelská péče o pacientky s rekonstrukcí prsu pomocí implantátu</b>	<b>24</b>
7.1 Předoperační ošetrovatelská péče	24
7.2 Pooperační ošetrovatelská péče a rekonvalescence	25
7.3 Péče o rány a jizvy	26
<b>8 Identifikační údaje pacientky, lékařská anamnéza</b>	<b>27</b>
8.1 Identifikační údaje	27
8.2 Lékařská anamnéza	27
<b>9 Provedená vyšetření a fyzikální vyšetření sestrou</b>	<b>29</b>
9.1 Laboratorní vyšetření	29
9.2 Fyzikální vyšetření sestrou	30
<b>10 Ošetrovatelská anamnéza podle Nanda domén</b>	<b>31</b>
<b>11 Stanovené ošetrovatelské diagnózy</b>	<b>37</b>
<b>12 Plán ošetrovatelské péče</b>	<b>38</b>
<b>13 Edukace pacientky</b>	<b>47</b>
13.1 Vyjádření intenzity a charakteru bolesti pomocí měřící techniky	47
13.2 Péče o rekonstruovaný prs v domácím prostředí	48
13.3 Spánková hygiena a zlepšení kvality spánku	49
13.4 Dechová relaxace a zmírnění strachu	50
<b>14 Zhodnocení ošetrovatelské péče</b>	<b>52</b>
<b>15 Prognóza</b>	<b>54</b>
<b>16 Závěr pro praxi</b>	<b>55</b>
<b>Závěr</b>	<b>56</b>
<b>Seznam použité literatury</b>	<b>57</b>
<b>Seznam příloh</b>	<b>59</b>

## Úvod

Karcinom prsu patří k nejčastějším nádorovým onemocněním u žen. V České republice je každoročně zjištěno přes pět tisíc nových případů rakoviny prsu. V posledních třiceti letech je stále častěji diagnostikován ve věkové skupině 40 – 45 let, výjimkou nejsou ani ženy, které onemocněly touto chorobou ve třiceti letech. Dříve bohužel přicházely ženy ke svému lékaři často až v pokročilých stádiích. I dnes mnoho žen váhá s návštěvou lékaře a přicházejí ve III. nebo IV. stádiu onemocnění. V těchto stádiích bývá léčba často jen symptomatická a paliativní. Se zlepšením zdravotnické osvěty, všeobecného povědomí o rakovině prsu a zavedením screeningových programů pro ženy od 45 let se tato situace zlepšuje. Chirurgická léčba karcinomu prsu se odklání od přílišné radikality a stále více se uplatňují prs zachovávající operační výkony. Plastická chirurgie patří se svými rekonstrukčními výkony do komplexní péče o pacientky po prodělaném onkologickém onemocnění. Rekonstrukce prsu po mastektomii má dopomoci znovuzískání symetrie hrudníku a tvarové integrity. Nejdůležitější je ale pozitivní dopad rekonstrukce prsu na psychiku ženy. Po ablačním výkonu se u žen vyskytují psychické problémy spojené s pocity méněcennosti, porušeným vnímáním vlastního těla a sníženým sebevědomím. Některé ženy vyhledají po ablaci pomoc psychologa, ale velká část z nich si nese svá psychická traumata v sobě. Nošení různých vycpávek a epitéz může vyřešit tento problém jen navenek a na určitou dobu. Rekonstrukce prsu tak může napomoci znovunabytí pocitu ženství i zmírnění deprese. Rekonstrukční plastická chirurgie využívá k náhradě chybějícího prsu syntetické materiály jako jsou silikonové implantáty nebo silikonové expandéry, plněné dále fyziologickým roztokem. Dále se používá odebraná vlastní tkáň pacientky, nebo kombinace obou možností, použití syntetického materiálu a vlastní tkáně. Všechny tyto možnosti by měly být před provedením výkonu s pacientkou dostatečně probrány. Operatér většinou volí takový postup, který bude bezpečný po fyzické a zdravotní stránce pacientky a splní také estetické požadavky rekonstrukce.

## 1. Anatomie a vývoj ženského prsu

Prs je párový orgán. Od nepaměti je znakem ženství a ženské krásy. Prsy procházejí během života ženy různými změnami, které jsou podmíněny hormony, zejména v pubertě, dále v šestinedělí, během kojení a v přechodu. S věkem mění prsy svůj tvar i váhu. Nejvlastnějším fyziologickým úkonem prsu je produkce mléka.

### 1.1 Prs (mamma, mastos)

Prsy jsou párový orgán, v němž je uložena mléčná žláza (glandula mammae) obklopená vazivovou a tukovou tkání pod kůží hrudi, dorzální hranicí je m. pectoralis major. Mediálním směrem přesahuje zevní okraj sternu, laterálně dosahuje ke střední axilární čáře. Prs klinicky rozdělujeme na čtyři kvadranty, centrální část a mamiloareolární komplex. Horní zevní kvadrant obsahuje největší masu žlázy a směrem k axile vyběhá v tzv. Rieffelův (také Spenceho) výběžek. Mamiloareolární komplex se skládá z dvorce (areola mammae), který je více pigmentován než jeho okolí a ohraničen věnečkem glandula areolares (Montgomeryho žlázy). Uprostřed dvorce je prsní bradavka (papilla mammae či mamilla). Prs je fixován k přední stěně hrudníku povrchovou fascií, která tvoří jakousi kapsu, v níž je umístěno vlastní žlázové těleso. Povrchový list fascie leží bezprostředně pod kůží, hluboký list tvoří bázi prsu a je řídkým vazivem fixován k fascii m. pectoralis major. Mezi oběma listy probíhají žlázovým tělesem vazivové pruhy, které fixují kůži prsu, areolu, mamilu i vlastní tkáň žlázy. Vlastní mléčná žláza (glandula mammae) se skládá z 15 až 20 laloků (lobi), které se dále člení v lalůčky (lobuli). Lalůček se svým terminálním duktem tvoří tzv. terminální duktolobulární jednotku, zvanou acinus. Vývody z jednoho laloku se spojují do společného mlékovodu – duktus lactiferi, který vyústí na mamile. Laloky jsou obklopeny tukem, který tvoří premamální a retromamální obal, ten dává prsu jeho charakteristický tvar. Cévní zásobení prsu je z a. thoracica interna (rami perforantes), z a. axillaris (a. thoracica suprema a a. thoracoacromialis), z a. thoracica lateralis a z větví aa. thoracoacromialis), z a. thoracica lateralis a z větví aa. intercostales. Žíly se sbíhají do stejnojmenných kmenů. Pod areolou tvoří tzv. circulus venosus Halleri a okolo mamily circulus venosus Luschke. Pleteně lymfatických cév jsou v interlobulárním vazivu a komunikují se



subareolární pletení. Hlavní odtok mízy směřuje přes skupinu pektorálních uzlin do axily (asi 75 % drenáže), dále do uzlin supraklavikulárních, podél perforujících cév do uzlin mediastinálních a transdiafragmaticky i do uzlin jaterních. Senzitivní inervace je z 2. až 6. interkostálního nervu (*1*).

## 1.2 Vývoj prsů

Mléčné žlázy jsou vlastně specifickými kožními žlázami. Vyuvíjejí se z epitelového ztlustění, které jde od axily až do tříselního ohbí jako tzv. mléčná lišta. V ní se vytvářejí skupinky apokrinních žlázek, z nichž se u člověka vyvinou zpravidla jen dvě mléčné žlázy. Rozvoj a utváření prsu je výrazně závislé na hormonech, jeho vývoj se v pubertě klasifikuje podle Tannera (*1*).

## 2. Karcinom prsu

Karcinom prsu je nejčastějším zhoubným nádorem žen. Ročně se v celém světě zjišťuje více než 580 000 nových případů této choroby. V naší republice je karcinom prsu rovněž nejčastějším zhoubným nádorem žen, stejně jako na celém světě. Nejprudší vzestup je po 50. roce věku. Před 20. rokem je výskyt karcinomu prsu vzácný. U nás se během 28 let pozoruje přesun incidence do mladších věkových kategorií, což začíná být patrné již ve věkové skupině 40-44 let. Nejvyšší výskyt je ve vyspělých zemích Evropy a Ameriky (17).

### 2.1 Etiologie a rizikové faktory

Existuje řada faktorů, které jsou spojeny se zvýšeným rizikem vzniku karcinomu prsu u žen. Patří sem faktory genetické, hormonální, nutriční faktory a faktory zevního prostředí. Nejzávažnějším rizikovým faktorem u nádorů prsu je věk. Jejich výskyt začíná výrazně stoupat v období kolem 30 roku a nádory objevující se ve věku nad 45 let představují více než 85 % z celkového počtu. Z hormonálních vlivů je to především dlouhodobé působení estrogenních hormonů na prsní žlázu, které zvyšuje riziko vzniku karcinomu. Z genetických faktorů je to zejména výskyt karcinomu prsu u přímých příbuzných ženského pohlaví (matka, sestra, dcera). Pro odhad rizika vzniku hereditární podmíněného karcinomu prsu má v současnosti největší význam detekce mutací genů BRCA1 a BRCA2 (breast cancer antigen). BRCA1 gen je lokalizován na chromozomu 17 a jeho autozomálně přenosná mutace je spojena se zvýšenou incidencí karcinomu prsu, vaječníků a v menší míře též prostaty. U přenašečky této mutace je celoživotní riziko pro karcinom prsu 55-85 % a pro karcinom vaječníků 15-45 %. BRCA2 gen je lokalizován na chromozomu 13 (12). K rizikovým faktorům dále patří také obezita a nadbytek tuků v potravě, především pak nasycených mastných kyselin, zdvojené riziko pro karcinom prsu bylo pozorováno u žen, které byly v dětském věku pod vlivem ionizujícího záření, význam kouření a užívání alkoholu v etiologii karcinomu prsu není dosud jednoznačně objasněn. Současná kontraceptiva nemají časný kancerogenní efekt. Podle řady studií užívání hormonální substituční terapie zvyšuje riziko karcinomu prsu až o 50 %, ale až po 10 až 15letém užívání (17).

Hormonální a genetické změny jsou zřejmě příčinou vzniku i benigního onemocnění prsu, které zahrnuje různé stupně fibroepiteliální cystické dysplazie prsní žlázy. Toto onemocnění je přednádorovým stavem s výrazně zvýšeným rizikem vzniku karcinomu (12).

## 2.2 Klinické projevy

Nejčastějším klinickým projevem je hmatná nebolestivá bulka v prsu, která je prvním projevem onemocnění u tří čtvrtin nemocných. Většinou si ji vyhmatá žena sama nebo je zjištěna při fyzikálním vyšetření lékařem. Z hlediska časné diagnostiky je optimální objevení nehmatné léze při mamografickém vyšetření. Ostatní symptomy se vyskytují méně často. Jedná se o bolest prsu (5 %), zvětšení prsu (1 %), vtažení kůže nebo bradavky (5 %), výtok z bradavky (2 %) a povrchové změny na bradavce (šupinatění nebo eroze) (1 %). Zvětšení uzlin v axile nebo nadklíčku je projevem regionálního šíření. Méně než 10 % onemocnění se manifestuje příznaky vzdálených metastáz (12).

## 2.3 Vyšetření prsů pohmatem

Pro většinu nádorů prsu je pohmatové vyšetření tím základním. Při fyzikálním vyšetření se popisuje velikost rezistence, její pohyblivost proti hrudní stěně a kůži, ohraničení a konzistenci. Hodnotí se též změny na kůži prsu, sekrece z bradavky nebo její vtažení. Součástí pohmatového vyšetření prsů je palpační kontrola nálezu v axile a nadklíčku (12). Při nejistém nálezu se vyšetření opakuje, nejlépe těsně po menstruaci. Důležitá je edukace ženy o nutnosti samovyšetřování (5).

## 2.4 Zobrazovací metody v diagnostice nádorů prsu

Mamografie je rentgenové vyšetření, které umožní diagnostiku i pohmatem nezjistitelných lézí. Charakteristickým nálezem v ložisku karcinomu bývají mikrokalcifikace. Rovněž cípaté okraje solidního ložiska a ztlustění kožního reliéfu jsou charakteristickými známkami malignity. Vhodným doplňkem mamografie je ultrasonografické vyšetření, které umožní rozlišení solidní nebo cystické složky. Samostatná ultrasonografie není dostačující metodou pro skríningu.

Při nejednoznačných nálezech zvláště při předchozím ozáření prsu je vhodná nukleární magnetická rezonance (12). Při výtoku z bradavky je možné použít duktografii. Příslušný mlékovod je nesondován a po nástřiku kontrastní látkou je proveden RTG snímek. Hodnotí se defekty v náplni, které mohou odpovídat intraduktálnímu papilomu či karcinomu (5).

## 2.5 Histopatologie

V odborné literatuře jsou uváděny dva typy neinvazivního karcinomu, které se nesmějí v žádném případě směřovat, neboť se liší jak co do výskytu, tak co do biologického chování. Duktální karcinom in situ (Ductal Carcinoma In Situ - DCIS), který vychází z epitelových buněk mlékovodů (duktů) a lobulární karcinom in situ (Lobular Carcinoma In Situ – LCIS), který vychází z epitelových buněk mamárních lobulů. Invazivní duktální karcinom vycházející z duktů (mlékovodů), je nejčastějším typem karcinomu prsu a činí asi 70 % všech případů karcinomu prsu (17). Mezi duktální invazivní karcinomy patří dále karcinomy: papilární, kribriformní, tabulární, Pagetův karcinom bradavky, erysipeloidní a další (5). Invazivní lobulární karcinom (vychází z mléčných lalůček) reprezentuje 10-20 % všech karcinomů prsu. Ostatní méně obvyklé typy invazivního karcinomu tvoří asi 10 % (17).

## 2.6 Staging

Neméně důležité než histologické vyšetření je stanovení rozsahu onemocnění.

Základním krokem před stanovením definitivního léčebného postupu je určení rozsahu onemocnění podle pravidel tumor, uzlina, vzdálené metastázy (TNM) klasifikace (17). K určení rozsahu onemocnění se provádí tato základní vyšetření: rentgen (RTG) hrudníku, ultrasonografie břicha, scintigrafie skeletu dále pak rentgenový snímek skeletu, výpočetní tomografie (CT), magnetická rezonance (MR). Pomocí ultrazvuku lze vyšetřit uzliny v axile a v nadklíčku. Při podezření na metastatické postižení kostní dřeně nebo ke stanovení zbytkové choroby se provede sternální punkce nebo trepanobiopsie (12).

Stav nemocné dokresluje základní vyšetření hematologická a biochemická. Jde především o vyšetření krevního obrazu a krevní sedimentace. Součástí základního

vyšetření jsou sérové hodnoty Na, K, Cl, Ca, P, Fe, urey, kreatininu, bilirubinu, alaninaminotransferáza (ALT), aspartátaminotransferáza (AST), alkalická fosfatáza (ALP), gamaglutamylansferáza (GMT), laktátdehydrogenáza (LD) a event. dalších. Chemické vyšetření moče a močového sedimentu je nezbytností. V séru pacientek se dále zjišťují hodnoty nádorových markerů. Mohou dokreslovat diagnózu, ale uplatňují se spíše v detekci aktivity nádoru, v časně detekci metastáz a v monitorování onkologické léčby. Nejdůležitější jsou tumorové markery karcinomu prsu. Karcino antigen (Ca 15-3) referenční hodnota je do 27 U/ml a karcinoembryonální antigen (CEA) referenční hodnota je do 3ug/l. K dalším důležitým vyšetřením patří vyšetření estrogenových receptorů (ER) a progesteronových receptorů (PgR) (17).

## 2.7 Současné možnosti léčby karcinomu prsu

Jak uvádí odborná literatura klinické stádium je rozhodujícím faktorem pro léčebný výsledek a určující pro volbu léčebného záměru. Volba léčebného postupu závisí na věku, hormonálním stavu, výkonnostním stavu, lokalizaci a počtu metastaticky postižených míst (17).

### 2.7.1 Chirurgická léčba

Chirurgické postupy se rozdělují na diagnostické a terapeutické. Pro diagnostický a terapeutický výkon je důležité označení ložiska. Nejpřesnější je lokalizace pomocí stereotaktické mamografie nebo 3D sonografie. Nejbezpečnějším diagnostickým postupem je operační biopsie provedená jako exstirpace celého nádoru.

Základní metodou léčby časných lokalizovaných stádií je chirurgický výkon.

Operační postup je dnes dvojitý: buď parciální (částečný) – prs zachovávající operace, nebo radikální – odstranění celého prsu (17). Modifikovaná radikální mastektomie se stala zlatým standardem. Jde o snesení prsu bez výkonu na prsních svalech. V posledních desetiletích se prosazují konzervativní chirurgické postupy, jejichž podstata tkví v odstranění tumoru ve zdravé tkáni nebo v kvadrantektomii s vždy připojenou exenterací axily a s pooperačním ozářením (5). Podle rozsahu chirurgického výkonu je potom upravena radioterapie. U obou chirurgických postupů se zvažuje

resekce axilárních uzlin. Amputační operace s odstraněním podpažních uzlin mohou představovat zásah do dynamiky horní končetiny. Může se objevit postmastektomický bolestivý syndrom. Pacientky si stěžují pocity stahování a pálení zejména v oblasti hrudní stěny v okolí operační jizvy, v podpaží a zadní partii paže. Na straně souhlasné s operací prsu se může objevit lymfatický mízní otok - lymfedém (17).

### 2.7.2 Radioterapie

Indikace radioterapie s radikálním záměrem je zcela jednoznačná po konzervativním, prs šetřícím výkonu. Riziko lokální recidivy je stejné jako po standardním ablačním chirurgickém výkonu. Po ablaci prsu s exenterací axily je závislá indikace pooperační radioterapie na rozsahu a lokalizaci primárního ložiska a stavu postižení axilárních uzlin. Obecně je přijímána indikace k ozáření regionálních uzlin při vícečetném postižení axilárních uzlin a při prorůstání nádoru mimo pouzdro uzliny. Správně indikovaným a provedeným paliativním ozařováním se může dosáhnout výrazné úlevy od symptomů zejména při metastatickém kostním postižení a přispět ke zlepšení kvality života i v pokročilém stádiu onemocnění (12).

### 2.7.3 Chemoterapie

V odborné literatuře se uvádí následující základní kombinace cytostatik: cyklofosamid, metotrexát a 5-fluorouracil nebo stále více upřednostňované kombinace s antracykliny 5-fluorouracil, adriamycin (epirubicin) cyklofosamid. Výrazné zlepšení znamenalo zavedení nových cytostatik často s unikátními mechanismy účinku jako jsou taxany (paklitaxel a docetaxel), vinorelbin. V současnosti lze při kombinované chemoterapii metastazujícího karcinomu prsu dosáhnout 50-85 % léčebných odpovědí při léčbě první řady s 10-20 % kompletních odpovědí. Při chemoterapii druhé řady je 30-50 % léčebných odpovědí. Nejmenší počet léčebných odpovědí je při kostní diseminaci (12).

### 2.7.4 Hormonální léčba

Indikace hormonální léčby je založena na průkazu hormonálních receptorů. Hormonální léčba je stejně jako chemoterapie léčbou systémovou. Je rozdílná u žen

před a po menopauze. U žen před menopauzou se v některých případech provádí blokáda vaječnickové funkce, a to odstraněním vaječníků, nebo jejich ozáření. V současné době lze stejného efektu dosáhnout aplikací léků (nekrvavá medikamentózní kastrace). U žen po menopauze se zcela běžně aplikují tablety. Nejvýznamnějším antiestrogenem je tamoxifen. Blokáda vaječnickové činnosti v době před klimakteriem má za následek „umělý přechod“. K vedlejším účinkům hormonální léčby patří zvýšené pocení, návaly horka a podrážděnost (17).

## 2.8 Dispenzarizace a organizovaný screening v České republice

Zhoubný nádor prsu je chronickým onemocněním s možností eventuálních recidiv. Ošetřující lékař ordinuje v pravidelných intervalech rentgenový snímek plic, laboratorní rozbor krve a moči, mamografii a scintigrafii skeletu (17). V prvním roce po ukončení terapie dochází pacientky na kontroly každé 3 měsíce. V dalším období se interval kontrol může prodloužit na 6 měsíců (5). V naší republice bylo ještě nedávno kolem 40 % všech případů karcinomu prsu diagnostikováno ve stadiu III a IV, následkem čehož byla indikována minimálně v 18,1 % léčba pouze paliativní či symptomatická. Na tomto stavu se podílela zejména nízká úroveň zdravotnické výchovy. Mnoho žen váhá s návštěvou lékaře řadu týdnů až měsíců. V posledních letech se tato situace zlepšuje vlivem zvýšené možnosti navštívit včas mamografii a zejména pak zavedením státem garantovaného screeningu. Nejjednodušší metodou včasného záchytu karcinomu prsu je samovyšetřování. Vyšetřování si žena provádí sama, a to pravidelně každý měsíc. Nejlepším obdobím pro samovyšetřování je druhý nebo třetí den po skončení menstruace, kdy jsou prsy bez veškerého napětí. Samovyšetřování ale nemůže odhalit nehmotné léze ani nemůže nahradit mamografický screening. Cíle screeningu jsou: snížení úmrtnosti na karcinom prsu ve sledované populaci, snížení stágingu v kategoriích T a N u screeningové populace oproti ženám mimo screening, zvýšené zastoupení Ca in-situ ve stejném porovnání. Od podzimu roku 2002 u nás platí možnost bezplatného mamografického vyšetření pro všechny ženy od 45 let, a to ve dvouletých intervalech (17).

### 3. Rekonstrukce prsu po mastektomii

Indikace k rekonstrukci by měla být konzultována s onkologem a pacientce by taková možnost měla být nabídnuta již před operací, zejména z psychologických důvodů. Rekonstrukční výkon nezvyšuje riziko recidivy. Nejpoužívanější metodou rekonstrukce je přenos muskulokutánního laloku na cévní stopce. Pokud tuto metodu není možno použít, lze využít náhradní materiály. Jde jednak o protézy se silikonovými gely a protézy vyplněné fyziologickým roztokem (5). Cílem rekonstrukčních postupů v plastické chirurgii je rekonstrukce formy (tvaru) a funkce. Obě složky by měly být v rovnováze, tak, aby bylo dosaženo nejenom dobrého funkčního výsledku, ale i přijatelného efektu kosmetického (6).

#### 3.1 Volba rekonstrukce pomocí silikonových implantátů

Rekonstrukce prsu implantáty je atraktivní především proto, že představuje jednu až dvě kratší operace bez potřeby odběru laloku na vzdáleném místě. Rizika spojená s operací a bezprostředně po ní jsou malá (infekce kolem implantátu, obnažení implantátu, posun implantátu). Implantáty jsou výhodné zejména u menších pevných prsů s minimální ptózou a zejména u pacientek s oboustrannou mastektomií. Nevýhodou je tvorba vaziva kolem implantátu, možnost jeho svrašťování s následnou změnou tvaru, velikosti a polohy prsu (3).

#### 3.2 Volba rekonstrukce živou tkání

Jejich výhoda je především v tom, že prs vytvořený lalokem se navždy stává integrální součástí těla pacientky a že nemohou nastat komplikace s kontrakturou vaziva kolem implantátu. Rekonstrukce vlastní živou tkání umožňuje vytvořit ptotický prs přirozeného tvaru včetně možnosti rekonstruovat kůži, ztracenou při mastektomii. Mezi nevýhody autologní rekonstrukce patří především větší operační zátěž (jednostranná rekonstrukce implantátem trvá 1-2 hodiny, zatímco lalokem z břicha 4-5 hodin), riziko ztráty laloku nebo jeho části při poruchách cirkulace lalokem, riziko pooperačních komplikací v místě odběru laloku (3). K zamezení vzniku pooperačních komplikací, je nutné kompletní vyšetření a vyřazení nemocných s rizikovými faktory. Mezi ně patří



obezita, kouření, autoimunitní onemocnění, diabetes mellitus, nadměrné užívání alkoholu, anatomické změny vrozené či získané po předešlých operacích (13).

### 3.3 Rekonstrukce kombinací implantátu a místního laloku

Představuje výhodnou variantu rekonstrukce pro jednoduchost zákroku s možností nahradit do určité míry chybějící kůži. Nevýhodou tohoto postupu je možnost vytvoření kapsulární kontrakce a relativně omezená možnost rekonstruovat prs libovolné velikosti, tvaru a přirozené ptózy. K přednostem operačního postupu patří, že při správném směru laloku mohou být jizvy uloženy buď přímo v inframamární rýze nebo laterálně poblíž tak, že je jizva zcela zakryta spodním prádlem (3).

## 4. Rozdělení rekonstrukčních výkonů

Cílem rekonstrukce by měla být náhrada veškeré chybějící tkáně s maximální snahou o vytvoření symetrie a příznivého tvaru prsu. Za tímto účelem se provádějí tyto výkony:

- a) Náhrada kůže.
- b) Rekonstrukce tvaru prsu.
- c) Rekonstrukce krajiny přední axilární řasy v případě ztráty prsního svalu.
- d) Rekonstrukce areolomamilárního komplexu (AMK).
- e) Rekonstrukce symetrie případnou modelací druhého prsu (4).

### 4.1 Rekonstrukce implantáty

Užití prsních implantátů, případně v kombinaci s tkáňovými expandéry, představuje nejjednodušší metodu rekonstrukce prsu. Tato metoda je díky své jednoduchosti, eliminaci nutnosti využití dárcovského místa a rychlému zotavení metodou první volby na mnoha pracovištích zaměřených na rekonstrukce prsu po mastektomii. V současné době mají z cizích materiálů jednoznačně největší uplatnění silikonové implantáty plněné gelem nebo fyziologickým roztokem. Při rekonstrukci prsu využívající pouze cizího materiálu lze provést přímou subpektorální implantaci po záchovné, kůži šetřící nebo subkutánní profylaktické mastektomii. Po modifikovaných radikálních nebo totálních mastektomiích není zpravidla možná jednoduchá přímá implantace protézy, ale je nutné lůžko pro implantát připravit tkáňovou expanzí (3).

### 4.2 Rekonstrukce implantáty a místními laloky

Kombinace autologní tkáně s implantací silikonového implantátu představuje jednu ze základních metod v rekonstrukční chirurgii prsu.

- Torakoepigastrický lalok

Výhodou laloku je snadné uzavření sekundárního defektu s výslednou jizvou na nenápadném místě. Hlavní nevýhodou je nemožnost vytvoření přirozeného tvaru v laterálních partiích rekonstruovaného prsu.

- Kontralaterální epigastrický lalok (epigastria rectus abdominis muskulocuta neous flap – ERAM flap)

Lalok umožňuje rekonstruovat prs vlastní tkání, kdy po deepitelizaci přetočeného laloku sloužícího k augmentaci prsu je získán dostatečný kožní kryt kraniálním posunem mobilizované stěny břišní.

- Laterální torakodorzální lalok

Předností použití tohoto laloku je kromě příznivého vytvarování prsu v jeho laterálních partiích i relativní jednoduchost a časová nenáročnost operačního výkonu. Nejvhodnějšími kandidátkami na rekonstrukci prsu tímto způsobem jsou pacientky s menšími nebo středně velkými prsy bez ptózy, které nemají dostatek tuku na břiše.

- Posuvný břišní lalok

Principem rekonstrukce pomocí posuvného břišního laloku je získání až 7 cm kožního krytu mobilizací kůže hrudní a břišní stěny na postižené straně téměř do úrovně pupku a její následné vysunutí kraniálně.

- Svalový lalok překlopený

Bývá s výhodou využíván při okamžité rekonstrukci prsu implantátem, kdy překrývá implantát v dolní oslabené části novotvořeného prsu (3).

### 4.3 Rekonstrukce lalokem latissimus dorsi

Výhodou tohoto laloku je především jeho spolehlivost a výborné cévní zásobení. Lalok je vhodný i pro pacientky s možnými poruchami mikrocirkulace. Hlavní nevýhodou rekonstrukce LDM lalokem je jeho omezený objem. Další nevýhodou je esteticky nepříznivá jizva na zádech a také změna zevní kontury zad po odběru podkožního tuku. Z komplikací při rekonstrukci jsou nejčastější hematomy v odběrovém místě.

- Autologní rekonstrukce muskulokutánním lalokem latissimus dorsi

Autologní rekonstrukci bez použití implantátů provádíme u prsů menších až středně velkých. Pro tento způsob rekonstrukce se lze rozhodnout u pacientek, které z nějakého důvodu nechtějí chirurgický zásah do stěny břišní, ať již pro možný funkční svalový deficit nebo pro výslednou jizvu na břiše a kolem pupku.

- Rekonstrukce muskulokutánním lalokem latissimus dorsi v kombinaci s implantátem

Jde o techniku druhé volby, pokud není možné použití některé z forem břišního laloku

nebo laterálního torakodorzálního laloku s implantátem. Používá se hlavně tam, kde je nedostatek tkáně na břiše a zádech k vytvoření prsu pouze živou tkání (3).

#### 4.4 Rekonstrukce prsu břišními laloky

- Rekonstrukce pomocí transversálního břišního myokutánního laloku (TRAM flap – transverse abdominal island flap)

Využití myokutánního laloku z podbřišku poskytuje dostatek měkkých tkání k rekonstrukci prsní žlázy, ale není vhodné po každé mastektomii. Důležitými faktory při rozhodování o použití tohoto laloku jsou anatomické poměry na břiše, to znamená adekvátní množství tkání v podbřišku. V současné době je možné přenést tento lalok pomocí stopky na m. rectus abdominis klasickou metodou nebo mikrochirurgickou technikou. Je možno jej použít i u radikální mastektomie, kde je absolutní nedostatek tkáně. Kontraindikací je chirurgické nebo radiační poškození stopky, velká obezita a porucha mikrocirkulace při diabetu a u silných kuřáků (13).

- Rekonstrukce DIEP lalokem – deep inferior epigastric artery flap

Při odběru tohoto laloku se preparuje intramuskulární segment dolní epigastrické arterie a žíly. Získáme kožně tukový lalok, do něhož vede prostřednictvím 1-3 perforátorů přímo dolní epigastrická arterie a žíla. Pooperační funkční výsledky přední stěny břišní po odběru jednostranných perforátorových laloků jsou lepší než u odběru stopkovaného či volného laloku (3).

#### 4.5 Rekonstrukce areolomamilárního komplexu

Po dosažení symetrie a ustálení tvaru rekonstruovaného prsu se provádí rekonstrukce bradavky a areoly. Podle šířko-výškového poměru se zpravidla odeberá polovina zdravé bradavky nebo menší horní část. Odebranou část bradavky se přišije do centra plánovaného areolomamilárního komplexu a areola se pak vytvoří z odebrané kůže zdravé strany nebo z oblasti vnitřní strany steh, axily, z těch míst, kde je větší množství pigmentu. Často bývá disproporce mezi barvou rekonstruované areoly a druhou stranou. V tomto případě je vhodné užít tetování a vybrat pigment s co nejbližším zbarvením (13).

## 5. Pooperační onkologické sledování pacientky s rekonstruovaným prsem

Pro onkologické sledování pacientky je důležité:

- Pro jaký onkologický stav měla pacientka provedenou mastektomii.

Pokud byla pacientka již léčena pro invazivní karcinom, bude mít komplexní onkologické sledování stejné, jako by rekonstrukci neměla. Bude laboratorně monitorována na markery onemocnění a vyšetřována na diseminaci procesu (RTG plic, UZ, scintigrafie event. PET vyšetření).

- Jaký typ mastektomie byl proveden a zda v rekonstruovaném prsu zůstává část mléčné žlázy.

Prsy se vyšetřují pohmatem a ultrazvukem na povrch prsu, resp. hluboké podkoží, a to jedenkrát za půl roku až rok.

- Jakou metodou byl prs rekonstruován, tedy implantátem nebo lalokem.

U klinických příznaků svědčících pro možnou rupturu implantátu se provádí ultrazvukové vyšetření, pokud by bylo negativní tak vyšetření magnetickou rezonancí. Klinicky bezpříznakový lalok (bez hmatné rezistence) nevyžaduje žádné vyšetřování.

- U profylaktické subkutánní mastektomie je důležité vědět, zda byla provedena limitovaně nebo radikálně.

Vyšetření se zaměřuje na oblast pod bradavkou a dvorcem. Vedle pohmatu a ultrazvuku může být přínosem i mamografie s odtlačněním implantátu nebo laloku dozadu (3).

## 6. Psychologické aspekty zjištění a léčení onkologického onemocnění

Zjištění onkologické diagnózy je faktem, s nímž se pacient musí vyrovnat. Jde přitom nejen o přijetí tohoto faktu, ale i o zvládnutí toho co přichází po stanovení diagnózy. Průběh rekonvalescence po chirurgickém zásahu je u onkologických pacientů poměrně pomalejší. V emocionální sféře pacienta se často objevuje výrazná emocionální odezva. Zjišťujeme projevy deprese a úzkosti. Onkologická terapie má obvykle řadu negativních vedlejších účinků. Příkladem může být nauzea a zvracení, popáleniny u radiační terapie, změna tělesného vzezření, únava, sterilita. Toho jsou si mnozí pacienti vědomi a obávají se toho. Pacienti bývají často v sociální izolaci, někteří se bojí, že budou rodině přítěží (16). Na některých klinikách se osvědčila skupinová setkání onkologických pacientů s možností skupinové kognitivně-behaviorální psychoterapie (7).

### 6.1 Vliv mastektomie a rekonstrukce prsu na psychiku pacientky

Z řady studií vyplývá, že u řady pacientek po mastektomii, kdy byl zjištěn maligní nádor, bylo potřeba psychologické pomoci (7). Pro ženy jde o velmi traumatizující zákrok, často si bez prsu připadají méněcenné, mají potíže v partnerském životě či deprese. Ještě před několika lety byly prakticky jediným dostupným řešením různé „vycpávky“ a plastové či silikonové vycpávky podprsenek (tzv. epitézy). Problém chybějícího prsu se tak vyřešil pouze navenek, ale žena si sebou traumata nesla dál. Ztráta prsu působí na psychiku každé ženy jinak. Zatímco některé ženy se s následkem operace bez problému vyrovnají, na jiných může zanechat hluboké duševní následky. Rekonstrukce prsu se stává důležitou složkou v psychické rehabilitaci nemocné. Vzhledem k rozsahu operace a časové náročnosti především u pacientek, které podstupují rekonstrukční výkon s použitím vlastní tkáně je pro konečný výsledek nezbytný pohovor s pacientkou. Důležité je vysvětlení postupu při operaci a pooperační péče. Pacientka by měla po veškerém poučení důkladně zvážit své rozhodnutí. Operace se provádějí i v několika etapách a to vyžaduje nejen aktivní přístup a spolupráci pacientky, ale především její trpělivost (13).

## 6.2 Psychická příprava pacientů na bolestivé výkony a na operaci

Řada výkonů, které pacient musí v nemocnici podstoupit, je u něho spojena s nepříznivými pocity, bolestí, obavami a strachem. Pacienti, kteří jsou před operací podrobně informováni o tom, co se s nimi bude dít, jsou lépe psychicky připraveni. Psychická příprava před diagnostickým nebo terapeutickým výkonem má své opodstatnění, zlepšuje zdravotní stav, snižuje míru bolesti a spotřebu analgetik. Pacienti by měli být instruováni nejen o průběhu vyšetření či operace, ale měli by mít i možnost podívat se den předem na místa, kde budou druhý den vyšetřováni či operováni, seznámit se nejen s prostředím, ale zeptat se i na různé přístroje a věci, s nimiž se setkají. Někdy můžeme v předoperační přípravě a edukaci použít videofilmy. Na filmech jsou záběry z průběhu operace i to, co se děje s pacientem po operaci v době rekonvalescence. U všech nemocných, ale nelze postupovat stejně, při edukaci musíme postupovat individuálně. Existují tři různé formy přípravy pacienta na bolestivé a pro ně těžké zdravotní výkony, které lze využívat jednotlivě, raději však v kombinaci. Sem patří: informování pacientů před výkonem, relaxace např. dechová relaxace nebo relaxační cviky známé z jógy a modelování. Modelem v situaci přípravy pacienta k vážnému lékařskému výkonu se rozumí možnost pozorování vzorového (modelového) pacienta, který například ve filmu prochází tím, co daného pacienta čeká (7).

## 7. Ošetrovatelská péče o pacientky s rekonstrukcí prsu pomocí implantátu

Sestra odpovídá za předoperační přípravu pacientek a za sledování v pooperačním období. Fáze předoperační začíná rozhodnutím o chirurgické zásahu a končí převozem pacientky na operační sál. V tomto období připravuje sestra na oddělení pacientku fyzicky a psychicky k operaci, zajišťuje ordinace lékaře a poskytuje informace. Předoperační příprava pacientky k rekonstrukci prsu pomocí silikonového implantátu se v zásadě neliší od klasické předoperační přípravy u plánovaných operačních výkonů v plastické chirurgii.

### 7.1 Předoperační ošetrovatelská péče

Při přijetí k operaci je pacientka vyšetřena lékařem a sestra ji uloží na pokoj na oddělení. Je vyžadován souhlas nemocné s operací, to znamená, že nemocná svým podpisem potvrdí, že byla poučena o typu operace, riziku operace, možných alternativních postupech a možných komplikacích operačního výkonu. Před operací se pacientka vykoupe (použije obyčejné mýdlo, ne sprchový gel). Sestra vyčistí pupečnickovou jizvu, zkontroluje kůži v oblasti operačního pole i čistotu povrchu těla. Večer podá sestra očistné klyzma nebo mikroklyzma. Od půlnoci pacientka nejí, nepije, nekouří. Pacientka, připravovaná k operaci podle operačního programu na následující den dostává večer léky podle ordinace anesteziologa, případně léky podle ordinace svého ošetřujícího lékaře. Ráno před operací sestra zjistí podle operačního programu pořadí pacientky k operaci a podle ordinace anesteziologa aplikuje premedikaci, kterou zapisuje do dekursu. V operační den ráno si pacientka sama nebo s pomocí sestry navlékne kompresivní punčochy nejlépe ještě než vstane z lůžka. Má-li umělý chrup, odevzdá ho sestře stejně jako případné ozdoby (řetízek, prsteny). Před odvezením na operační sál se pacientka vymočí, svlékne veškeré oblečení a převlékne se do čisté košile. Sestra se ještě jednou přesvědčí, zda pacientka opravdu nejedla nebo nepila a zkontroluje její kompletní dokumentaci, se kterou je odvážena na operační sál. Sestra předává pacientku anesteziologické sestře i s dokumentací. Operační pole si již připravuje operační skupina, oblečená do sterilních plášťů, rukavic, ústenek a čepic. Dezinfikují operační pole sterilními nástroji za dodržení přísné asepsy. Dezinfekce se provádí dezinfekčními roztoky, nejčastěji roztokem jodu. Vždy je však třeba před



operací zjistit, zda není pacientka na použitý roztok alergická. V případě nesnášenlivosti, je třeba volit jiný dezinfekční roztok. V předoperačním období se vyskytují ošetrovatelské diagnózy týkající se strachu, spolupráce či neznalosti pojmů. Ošetrovatelská dokumentace z operačního sálu obsahuje všechny informace týkající se operace, identifikační data, účastníky operace, diagnózu, anestezii, časy jednotlivých fází operace, polohu, použití přístrojů, druhů dezinfekce, invazivní vstupy, rtg, preparáty, implantáty, drenáže, použitý mulový materiál, léky, indikátory sterilizace, druhy obvazů. Po operačním výkonu se stává součástí chorobopisu a je přístupná ošetrovatelskému personálu, čímž by měla být zachována kontinuita ošetrovatelské péče. V intraoperační fázi se diagnózy týkají bezpečnosti, prevence, snižováním rizik ve spojení s operačním výkonem. Po určité době, kdy jsou snížena akutní pooperační rizika, obnoveno vědomí, stabilizovány základní životní funkce a pacientka již nevyžaduje monitoraci, je přeložena zpět na standardní oddělení. Některé pacientky (záleží na druhu operace, akutním stavu) jsou ihned po operaci předávány na chirurgickou JIP. Během transportu je důležité zajistit, aby pacientka v případě zvracení (po anestézii dosti časté) zvratky neaspirovala. V případě zvracení se otočí hlava na stranu, pacientka se sklopí hlavou dolu (Trendelenburgova poloha), aby zvratky nezatékaly do plic, ale vytékaly ven. Způsob uložení závisí na druhu provedené operace.

## 7.2 Pooperační ošetrovatelská péče a rekonvalescence

Pacientku přebírá sestra s kompletní dokumentací a ordinacemi, které jsou uvedeny v anesteziologickém záznamu nebo v dekurzu. Uloží pacientku na pokoj a zapíše čas převzetí do dekurzu. Změří jí TK a P a zkontroluje obvaz operační rány a drény. Prs má pacientka zajištěný kompresí z elastických obinadel. Sestra zajistí vhodnou polohu pacientky, poloha na zádech může být lehce zvýšená pod hlavou. Pacientku pravidelně sleduje a vždy kontroluje obvaz na operační ráně, pravidelně měří TK a P dle ordinace lékaře. Nejčastěji v 15 minutových intervalech většinou 1 hodinu, po stabilizování TK po intervalech 30 minut několik hodin po výkonu. Sestra upozorní pacientku, že nesmí jíst ani pít. Podle ordinace aplikuje tišící léky, infuzní terapii a antibiotika jako profylaxi bakteriální infekce po dobu ponechání drénů. Každou změnu stavu dokumentuje a hlásí lékaři. Sleduje se příjem a výdej tekutin. Dbá, aby se pacientka sama v den operace

vymočila. Sestra si všímá, jak odvádějí drény a zapisuje výdej z drénů. Drény se ponechávají obvykle 3-5 dní, množství drénované tekutiny do 30 ml za 24 hodin. Tlumení bolesti opiátovými analgetiky je nutné zejména při vkládání implantátů pod velký prsní sval. Ošetrovatelské diagnózy týkající se pooperačního období se zabývají bolestí, rizikem aspirace, rizikem infekce, snížením sebepéče, snížením pohyblivosti, poruchou spánku, případným krvácením. Důležité je co nejdříve pacientku mobilizovat, nejlépe odpoledne nebo večer operačního dne. Včasná mobilizace zajišťuje prevenci tromboembolie. Doba hospitalizace se kryje s délkou ponechání drénů a trvá tedy 3-5 dní. Po propuštění by měla pacientka omezit abdukcii paží nad úroveň ramene po dobu 3 týdnů a plný rozsah pohybů se dovoluje po 5 týdnech. Pro pooperační rehabilitaci se doporučuje např. plavání. Stehy se odstraňují většinou 7 – 10 den po operaci. Pracovní neschopnost kolísá od 6 do 10 týdnů, pokud není pacientka v invalidním důchodu pro základní onemocnění.

### 7.3 Péče o rány a jizvy

Přestože výsledný vzhled jizvy záleží na mnoha faktorech, je kvalitní péče o chirurgické rány jednou z podmínek pro dobrý kosmetický efekt. S převazem rány se nespěchá a rána se převazuje podle zvyklostí operátora obvykle nejdříve 2. den. Pokud je krytí prosáklé krví, převazuje se rána dříve spolu s pečlivým očištěním rány od všech krevních koagul nebo krust, které mohou být živnou půdou pro infekci a mohou prodloužit hojení rány. Pokud je okolí kožních stehů zarudlé, aplikují se lokálně antibiotické masti (Framykoin). Pro lepší vzhled jizvy se lepší sterilní náplasti bez polštářku přímo na ránu. Náplast se ponechává většinou 10 dní a odstraňuje se s odstraněním stehů. Pacientky po rekonstrukci pomocí silikonových implantátů nebo expandérů nosí po dobu 4 – 8 týdnů speciální elastickou podprsenku. Podprsenka se nosí stále, přes den i noc. Tato podprsenka slouží jako bandáž a má za úkol fixovat prs, dosáhnout správného tvaru a zabránit posunu implantátu. Důležitá je jemná masáž jizvy, aby se předešlo kosmeticky nepěkným jizvám.

## 8. Identifikační údaje pacientky, lékařská anamnéza

Pacientka J.W. byla přijata 19.11. 2007 na oddělení plastické chirurgie nemocnice Na Bulovce. Pacientka prodělala v minulém roce terapii karcinomu prsu, je onkologicky sledována. Onkolog rekonstrukční výkon doporučil. Byl jí proveden operační výkon rekonstrukce prsu pomocí silikonového implantátu. Silikonový implantát byl vložen přímo subpektorálně. U pacientky nedošlo k žádným komplikacím během operačního výkonu ani po dobu hospitalizace. Po šesti dnech 24.11. byla propuštěna domů, na kontrolu přijde za týden po propuštění.

### 8.1 Identifikační údaje

Jméno, příjmení: J.W.

Pohlaví: žena

Věk: 58 let

Stav: vdaná

Povolání: všeobecná sestra (zubní ambulance)

Výška, váha: 162 cm, 58 kg, BMI: 22,1 – hmotnost v mezích normy

Oddělení: klinika plastické chirurgie, Nemocnice Na Bulovce

Hospitalizace: 19.11. – 24.11.2007

Dieta: 3

Vztah k zařízení: hospitalizace, 1. přijetí

Důvod přijetí: plánovaný operační výkon

Sociální situace: žije s manželem, 2 dospělé děti

### 8.2 Lékařská anamnéza

Z lékařské anamnézy vyplynuly tyto informace:

Nynější onemocnění (NO): pacientka je nyní onkologicky sledována v nemocnici Na Bulovce v mamologické poradně a svým onkologem. Poslední kontrola byla provedena před měsícem. Pacientka je nyní zcela bez potíží a bez recidivy nádorového onemocnění.

Osobní anamnéza (OA): v dětství prodělala pacientka běžná dětská onemocnění, vážněji nestonala. Koncem roku 2006 navštívila pro bolest v levém prsu svého gynekologa. Po provedených vyšetřeních v lednu 2007 jí byl diagnostikován karcinom prsu. Začátkem března byla operována na chirurgické klinice nemocnice Na Bulovce. Byla jí provedena kůži šetřící subkutánní mastektomie. Následovala chemoterapie a ozařování také v nemocnici Na Bulovce.

Gynekologická anamnéza (GA): 2 fyziologické porody, potrat 0, manarché ve třinácti letech, menstruace pravidelná, hormonální antikoncepci neužívala, nyní klimakterium.

Rodinná anamnéza (RA): otec- zemřel v 69 letech na karcinom prostaty, matka – zemřela v 78 letech cévní mozková příhoda.

Farmakologická anamnéza (FA): Novadex D (antiestrogen, cytostatikum) 0-0-1  
Seropram (antidepresivum) 1-0-0

Alergická anamnéza (AA): alergie neudává.

Pracovní anamnéza (PA): pacientka pracuje celý život jako zdravotní sestra, nyní v zubní ambulanci.

Sociální anamnéza (SA): pacientka žije společně s manželem, má dvě dospělé děti, dceru a syna.

## 9. Provedená vyšetření a fyzikální vyšetření sestrou

Fyziologické funkce při přijetí:

TK: 120/75

P: 76/min

Dech: 16/min

TT: 36,4

### 9.1 Laboratorní vyšetření

Hematologie: KO (krevní obraz): všechny hodnoty v referenčním rozmezí

FW (sedimentace): 18/34

Srážlivé faktory: APTT: 27 sec, Quick: 10sec (1,2 INR)

Biochemie: sérové hodnoty: Na, K, Cl, Ca, P, Fe, urea, kreatinin, bilirubin, ALT, AST, ALP, GMT, LD, celková bílkovina, CRP, glykémie. Všechny hodnoty v referenčním rozmezí.

Moč chemicky a sediment: bez patologického nálezu

Nádorové markery: Ca 15-3: 30 U/ml, CEA: 4ug/l

Další pomocná vyšetření: RTG, UZ, CT, mamografie

Závěr interního vyšetření: pacientka je schopna operačního výkonu v CA

### 9.2 Fyzikální vyšetření sestrou

Fyzikální vyšetření jsem u pacientky provedla při přijetí spolu s odebíráním ošetřovatelské anamnézy. Fyzikální vyšetření mnou uvedené je zkrácené a vychází z kompetencí všeobecné sestry. Jako vzor pro jednotlivé položky mi posloužila monografie: Fyzikální vyšetření pro sestry (9).

Pacientka je při vědomí, orientovaná místem, časem, osobou.

Hlava: lebka je normocefalická, pokleповě nebolestivá, inervace n. facialis správná, kůže na obličeji je suchá, vlasy čisté, upravené.

Oči: oční bulby ve středním postavení, pohyblivé, spojivky růžové, skléry bílé.

Uši, nos: bez výtoku.

Chrup: vlastní.

Krk: krční páteř je dobře pohyblivá, krční uzliny a štítná žláza nezvětšené.

Hrudník: astenický, chybí levý prs.

Břicho: měkké nebolestivé, bez hmatné rezistence, slyšitelná peristaltika.

Páteř: pohyblivá, nebolestivá, zakřivení fyziologické.

Klouby: pohyblivost dobrá, nebolestivé.

Dolní končetiny: varixy drobné, kůže prokrvená, suchá, bez vyrážky a kožních defektů.

## 10. Ošetřovatelská anamnéza podle Nanda domén

K odebrání ošetřovatelské anamnézy jsem používala ošetřovatelskou dokumentaci, kterou mám k dispozici v rámci odborné praxe. Jednotlivé položky jsou formulovány podle Nanda domén (8). Ke zpracování ošetřovatelské anamnézy a plánu ošetřovatelské péče jsem si vybrala ošetřovatelský model podle Marjory Gordon. Tento model je odvozený z interakcí osoba – prostředí. Cíl ošetřovatelství spočívá v zodpovědnosti jedince za své zdraví a v rovnováze bio-psycho-sociálních interakcí (11).

### Doména: Podpora zdraví

Při přijetí: 19.11. 2007

Pacientka popisuje svůj zdravotní stav jako částečně dobrý vzhledem k prodělanému onemocnění (nádorové onemocnění prsu). Pro udržení fyzické kondice chodí na procházky a pravidelně plave. Z onemocnění za poslední rok uvádí konec roku 2006, kdy pro bolest v levém prsu navštívila svého gynekologa. Po provedených vyšetřeních v lednu 2007 jí byl diagnostikován karcinom prsu. Začátkem března byla operována a následovala chemoterapie a ozařování v nemocnici Na Bulovce. Pro pacientku bylo zjištění nemoci velkým emocionální stresem. Pacientka říká, že onemocnění se jí podařilo překonat za pomoci rodiny a její silné vůle a trpělivosti. Důležitým faktorem bylo i to, že včas navštívila lékaře a je zvyklá o svoje zdraví pečovat.

Druhý pooperační den (3. den hospitalizace): 22.11. 2007

Nyní pacientka aktivně spolupracuje a podílí se na pooperační péči. Léčebný režim zvládá a dodržuje bez potíží. Zajímá se o způsob rekonvalescence a způsoby prevence možných komplikací.

### Doména: Výživa

Při přijetí: 19.11.2007

Pacientka má stabilní hmotnost. V poslední době u sebe nepozoruje žádné větší výkyvy tělesné hmotnosti. Tělesná hmotnost je 58 kg. Výška: 162 cm. BMI je 22,1 – hmotnost v mezích normy. Chut' k jídlu má dobrou, doma jí přiměřeně, spíše se snaží zahrnovat do stravy čerstvé ovoce, zeleninu a ryby a celozrnné pečivo. Nemá žádné dietní omezení. Obvykle doma vypije 2 – 2,5 l tekutin/den. Preferuje čistou neperlivou vodu,

ovocné čaje, džusy. Alkohol nepije. Kožní turgor má v normě, sliznice růžové, stav vlasů a nehtů je dobrý.

Druhý pooperační den (3. den hospitalizace): 22.11. 2007

Pacientka byla před operačním výkonem a v operační den lačná. Nyní může přijímat lehkou nenadýmavou stravu. Pacientka má dietu č. 3 racionální. Snaží se dostatečně pít. Dnes vypila 2 litry tekutin. K dispozici má ovocný čaj a neperlivou minerální vodu. Riziko dehydratace u pacientky nehrozí.

Doména: Vylučování a výměna

Při přijetí: 19.11.2007

Pacientka je bez potíží při močení. Močení je spontánní, neobsahuje žádné příměsí. Stolicí má pravidelnou, 1x denně, bez příměsí. Poslední stolice dnes ráno. Frekvence dechu je 16/min, dech je pravidelný. Zabarvení pokožky: růžové, bez cyanózy.

Druhý pooperační den (3. den hospitalizace): 22.11.2007

Pacientka po operaci močí spontánně. Žádné potíže s močením neuvádí. Dech je pravidelný, frekvence je 14/min. Zabarvení pokožky je růžové.

Doména: Aktivita – odpočinek

Při přijetí: 19.11.2007

Pacientka udává problémy s usínáním. Sama uvádí možnou souvislost s klimakteriem a stresem před hospitalizací. Pokud nemůže usnout užívá Hypnogen ½ tablety. Většinou se cítí odpočatá. Větší únavu pociťovala především v souvislosti s chemoterapií. Pohybová aktivita je dostatečná, pacientka chodí na procházky a ráda plave. Pacientka je soběstačná ve všech denních aktivitách.

Druhý pooperační den (3. den hospitalizace): 22.11.2007

Nyní se pacientka cítí odpočatá, nepociťuje únavu. Přes den si čte, odpočívá v lůžku. Spánek není stále dostatečně uspokojivý. Hůře usíná a v noci se několikrát budí.

Aktuální ošetřovatelská diagnóza:

Porušený spánek - 00095



Doména: Vnímání – poznávání

Při přijetí: 19.11.2007

Pozornost úmyslná, stálá. Pacientka je plně orientovaná, vědomí má jasné. Slyší dobře. Zrak má zhoršený. Nosí brýle na blízko. Paměť je neporušená, styl učení logický, řeč je plynulá. Kontakt udržuje otevřený.

Druhý pooperační den (3. den hospitalizace): 22.11.2007

U pacientky nepozoruji žádné změny ve vnímání. Pacientka je orientovaná, kontakt je otevřený a stálý.

Doména: Vnímání – sebe sama

Při přijetí: 19.11.2007

Pacientka se vnímá jako schopná optimistka. Plně si důvěřuje. Pracuje jako zdravotní sestra v zubní ambulanci. Práce ji velmi baví a naplňuje. Nyní má strach, aby neměla pooperační komplikace a mohla jít co nejdříve domů. Svůj tělesný obraz vnímá jako narušený po ablaci levého prsu. Již při operaci prsu pro zhoubný nádor se rozhodla pro rekonstrukci prsu. Po konzultaci s onkologem a plastickým chirurgem jí byla doporučena rekonstrukce pomocí silikonového implantátu.

Druhý pooperační den (3. den hospitalizace): 22.11.2007

Pacientka se cítí po operaci dobře. Je pozitivně naladěná a těší se domů.

Aktuální ošetřovatelská diagnóza:

Porušený obraz těla – 00118

Doména: Vztahy

Při přijetí: 19.11.2007

Pacientka je vdaná, má dvě dospělé děti dceru a syna. Žije s manželem. Celá její rodina je jí po celou dobu jejího onemocnění oporou. Kontakty s přáteli má časté, je přátelská a vstřícná. V zaměstnání je velmi spokojená.

Druhý pooperační den (3. den hospitalizace): 22.11.2007

Pacientka má naplánovanou hospitalizaci na 6 dní, tudíž její kontakty s rodinou a přáteli nejsou narušeny. Dnes byli za pacientkou na návštěvě její dcera a manžel.

Doména: Sexualita

Při přijetí: 19.11.2007

Pacientka začala menstruat ve 13ti letech. Menstruace byla pravidelná, někdy bolestivá. Počet porodů: 2, potraty 0. Těhotenství bez komplikací, antikoncepci neužívala. Nyní klimakterium. Udává mírné potíže, především návaly horka a nespavost. V oblasti sexuality je bez potíží.

Druhý pooperační den (3. den hospitalizace): 22.11.2007

Stav v oblasti sexuality stejný. Beze změn.

Doména: Zvládání zátěže – odolnost vůči stresu

Při přijetí: 19.11.2007

Změny prostředí zvládá pacientka bez potíží. Napětí a stres prožívá nejčastěji v souvislosti s vlastním onemocněním nebo onemocněním člena rodiny. Stresové situace zvládá většinou sama nebo s pomocí rodiny.

Snaží se relaxovat poslechem hudby a procházkami v přírodě. Nyní má strach před operačním výkonem z možných komplikací.

Druhý pooperační den (3. den hospitalizace): 22.11.2007

Pacientka je klidná. Stres pociťuje mírný.

Aktuální ošetřovatelská diagnóza:

Strach - 00148

Doména: Životní princip

Při přijetí: 19.11.2007

Pacientka je nevěřící. Nejdůležitější hodnotou v jejím životě je zdraví a její rodina. Ostatních hodnoty dále seřadila v tomto pořadí: práce, záliby, cestování, peníze.

Doména: Bezpečnost – ochrana

Při přijetí: 19.11.2007

Pacientka neudává žádnou alergii na léky nebo jiné látky. Bez zvýšené teploty.

Druhý pooperační den (3. den hospitalizace): 22.11.2007

Pacientka je dále afebrilní, má porušenou tkáňovou integritu a z toho vyplývající riziko infekce. Má zavedenou i.v. kanylu z důvodu antibiotické profylaxe infekce při zavádění syntetických implantátů.

Aktuální ošetřovatelská diagnóza:

Porušená tkáňová integrita – 00044

Potencionální ošetřovatelská diagnóza:

Riziko infekce - 00004

Doména: Komfort

Při přijetí: 19.11.2007

Pacientka nepocítuje žádnou bolest. Cítí se dobře.

Druhý pooperační den (3. den hospitalizace): 22.11.2007

Pacientka pociťuje po operaci silnou tupou bolest v místě rány. Po operaci označila bolest na škále bolesti číslo 3. Nyní má střední tupou bolest v místě operační rány. Na škále bolesti číslo 2. Záznam kontroly bolesti za každý den hospitalizace je uveden v příloze v tabulce č.1. Po přivezení z operačního sálu pociťovala pacientka nauzeu. Nezvracela, nauzea do jedné hodiny sama odezněla. Nyní nauzeu nepocítuje, cítí se dobře.

Aktuální ošetřovatelská diagnóza:

Akutní bolest – 00132

Použitá měřicí technika:

Jednoduchá škála bolesti (15)

Intenzita bolesti

0 – žádná bolest                      3 – silná, stresující bolest

1 – mírná bolest                      4 – velmi silná bolest

2 – obtěžující bolest                5 – nesnesitelná bolest

Doména: Růst, vývoj

Růst a vývoj měla pacientka fyziologický. V rodině pacientky se nevyskytuje žádná odchylka od normálního růstu a vývoje.

## 11. Stanovené ošetřovatelské diagnózy

### Aktuální ošetřovatelské diagnózy:

#### **Dg.č.1**

**Akutní bolest** – 00132 z důvodu poškozujícího agens (operační rána) projevující se vyhledáváním úlevové polohy, verbalizací bolesti a bolestivým výrazem ve tváři.

#### **Dg.č.2**

**Nauzea** – 00134 z důvodu farmaceutických vlivů (anestezie při operaci) projevující se verbalizací nevolnosti a pocitu na zvracení, bledostí v obličeji.

#### **Dg.č.3**

**Porušená tkáňová integrita** – 00044 z důvodu vnějších vlivů (operační rány) projevující se pocity napětí a bolestivostí.

#### **Dg.č.4**

**Porušený spánek** – 00095 z důvodu hormonálních změn (probíhající klimakterium) projevující se verbalizací potíží s usínáním a nespokojeností se spánkem.

#### **Dg.č.5**

**Strach** – 00148 z důvodu možných komplikací pooperačního hojení rány projevující se verbalizací obav a zvýšenou tenzí.

#### **Dg.č 6**

**Porušený obraz těla** – 00118 z důvodu chybějící části těla (levý prs po mastektomii) projevující se verbalizací roztrpčení ze svého zevnějšku a sníženou možností účastnit se všech aktivit společenského života.

### Potencionální ošetřovatelská diagnóza:

#### **Dg.č.7**

**Riziko infekce** – 00004 z důvodu invazivní procedury (operační rána, i.v. kanyla).

## 12. Plán ošetrovateľskej péče

Ošetrovateľské diagnózy jsem stanovila podle priorit pacientky, cíle jsem formulovala, tak aby odpovídali reálným možnostem v dané problematice. Některé cíle a výsledná kritéria jsou upravena podle kapesního průvodce zdravotní sestry (2). V intervencích vycházím z vlastních praktických zkušeností.

### **Dg.č.1**

**Akutní bolest** – 00132 z důvodu poškozujícího agens (operační rána) projevující se vyhledáváním úlevové polohy, verbalizací bolesti a bolestivým výrazem ve tváři.

**Cíl:** Pacientka je zcela bez bolesti do 30 dní.

#### **Výsledná kritéria:**

- Pacientka zaujímá úlevovou polohu na zádech, mírný polosed. Do 1 hodiny.
- Pacientka má sníženou bolest ze stupně 3 (na škále bolesti) na stupeň 2. Do 2 dní.
- Pacientka verbalizuje snížení bolesti ze silné bolesti na bolest střední, nepříjemnou. Do 3 dní.
- Pacientka má klidný výraz v obličeji. Do 6 hodin.

#### **Sesterské intervence:**

- Podávej analgetickou medikaci dle ordinace lékaře 3x denně a podle potřeby pacientky. Sestra ve službě, primární sestra.
- Měř fyziologické funkce pacientky: TK, P, TT 2x denně a dle ordinací lékaře. Sestra ve službě.
- Nauč pacientku vyjádřit bolest pomocí numerické škály bolesti 0 – 5. Jednorázová edukace. Primární sestra, sestra ve službě.
- Sleduj intenzitu bolesti u pacientky před a po podání analgetik pomocí numerické škály bolesti a vše zapiš do záznamu kontroly bolesti. Primární sestra.
- Pomož pacientce zaujmout úlevovou polohu na lůžku dle potřeby pacientky. Sestra ve službě.
- Snaž se odvést pozornost od bolesti hovorem při každé návštěvě pokoje. Primární sestra, sestra ve službě.

**Realizace: od 20.11. – 24.11.2007**

Pacientka je po přivezení z operačního sálu uložena na svůj pokoj. Je při vědomí, chvílemi pospává po anestezii. Na škále bolesti udává číslo 3, silnou bolest v místě operační rány. Po zapsání do záznamu bolesti jsem podala dle ordinace lékaře 1 amp. Novalginu i.v. do infuze Hartman 1/1 500 ml kapající ze sálu. Po třech hodinách se bolest snížila na stupeň č. 2. Pacientku jsem poučila o pohybovém režimu. Fyziologické funkce jsem měřila první hodinu po 15ti minutách a další 2 hodiny po 30ti minutách až do stabilizace TK a P. Tělesná teplota je fyziologická, nezvýšená. Odpoledne se snaží pacientka odvést pozornost od bolesti četbou a poslechem hudby. Druhý den po operaci je bolest opět na stupni č. 3. Do konce hospitalizace popisuje bolest jako střední, nepříjemnou.

**Hodnocení:**

Pacientka zaujímá úlevovou polohu na zádech, mírný polosed. Verbalizuje snížení bolesti ze silné na střední. Má klidný výraz v obličeji.

Pacientka má pátý den při propouštění do domácí ošetřování bolest na stupni č. 2. Silnou bolest č. 3 na stupnici bolesti měla jen bezprostředně po operaci. Bolest po celou dobu hospitalizace hodnotila jako střední. Pacientka se cítí dobře.

**Dg.č.2**

**Nauzea** – 00134 z důvodu farmaceutických vlivů (anestezie při operaci) projevující se verbalizací nevolnosti a pocitu na zvracení, bledostí v obličeji.

**Cíl:** Pacientka nemá nauzeu do 2 hodin.

**Výsledná kritéria:**

- Pacientka si nestěžuje na nepříjemné pocity spojené s nevolností. Do 2 hodin.
- U pacientky nedojde ke zvracení. Do 1 hodiny.
- Pacientka má přirozenou barvu v obličeji. Do 2 hodin.

**Sesterské intervence:**

- Měř fyziologické funkce dle ordinace lékaře, první hodinu po návratu ze sálu každých 15 minut potom po dobu tří hodin každých 30 minut. Sestra ve službě.

- Pokud by se stav nevolnosti zhoršil a pacientka začala zvracet podej medikaci dle ordinace lékaře a proved' zápis do dokumentace. Primární sestra, sestra ve službě.
- Sleduj stav pacientky po návratu z operačního sálu při každém měření fyziologických funkcí. Sestra ve službě.
- Zabezpeč klid a ticho na pokoji pacientky. Sestra ve službě.
- Pobízej pacientku k hlubokému, pomalému dýchání, podporujícímu relaxaci. Při každé návštěvě pokoje. Primární sestra, sestra ve službě.
- Přiměřeně vyvětrej pokoj pacientky, otři obličej obkladem namočeným ve studené vodě. Při každé návštěvě pokoje. Sestra ve službě.
- Zabav pacientku poslechem hudby, rozhovorem s rodinou, přáteli, sledováním televize, aby odpoutala pozornost od nepříjemných pocitů. Při každé návštěvě pokoje. Primární sestra, sestra ve službě.

#### **Realizace: 20.11.2007**

Pacientka udává asi hodinu po návratu z operačního sálu nepříjemné pocity spojené s nevolností. Pacientku jsem poučila, že pokud by se její stav zhoršil dostane medikaci proti zvracení a nauze. Pacientka musí vzhledem k umístění operační rány ležet na zádech, hlavu má na stranu jako prevenci proti aspiraci. U své ruky má signalizační zařízení a misku s buničinou. Jednorázově jsem vyvětrala pokoj a přiložila pacientce na čelo studený obklad. Fyziologické funkce jsem měřila dle rozpisu a zapsala do dokumentace. pacientku jsem se snažila odpoutat od nepříjemných pocitů rozhovorem, odpoledne za ní přišla návštěva.

#### **Hodnocení:**

Nauzea sama do 2 hodin odezněla. Nebyla třeba žádná medikace. Pacientka se cítí lépe. Pacientka nezvracela, barva pokožky v obličejí je přirozená.

#### **Dg. 3**

**Porušená tkáňová integrita** – 00044 z důvodu vnějších vlivů (operační rány) projevující se pocity napětí a bolestivostí.



**Cíl:** Pacientka bude mít operační ránu zhojenou per primam a bez komplikací do 14 dní.

**Výsledná kritéria:**

- Rána nevykazuje známky sekrece do 24 hod.
- Pacientka neudává pocit napětí a bolestivost v místě operační rány do 10 dní.
- Pacientka dodržuje léčebné a preventivní opatření ke zhojení operační rány do 24 hodin.

**Sesterské intervence:**

- Sleduj stav hydratace pacientky a kontroluj příjem tekutin, sleduj příjem tekutin za/24 hodin. Primární sestra, sestra ve službě.
- Pouč pacientku, jak předcházet komplikacím hojení a jak pečovat o ránu po propuštění domů. Po prvním převazu rány. Primární sestra.
- Sleduj proces hojení rány při každém převazování operační rány. Primární sestra, sestra ve službě.
- Asistuj při převazech rány. 1x denně. Postupuj asepticky. Sestra ve službě.
- Zaměř se na vznik možných komplikací při každém převazování rány. Sestra ve službě.

**Realizace: od 20.11. – 24.11.2007**

Pacientka uvádí v operační den pocity napětí a bolestivosti v místě operační rány.

V operační den nevykazoval ob vaz na operační ráně krvácení. Rána byla převázána první den po operaci podle zvyklosti oddělení. Rána nevykazuje známky zánětu. Drény odvádějí přiměřeně. Pacientku jsem pobízela k dostatečnému příjmu tekutin. Provedla jsem edukaci o péči o operační ránu.

**Hodnocení:**

Operační rána se hojí per primam. Pocit napětí je třetí den po operaci mírnější, bolestivost stále přetrvává. Pacientka vypije 2 litry tekutin/den, nemá známky dehydratace. Pacientka je poučena o péči o operační ránu a edukaci rozumí

#### **Dg.č. 4**

**Porušený spánek** – 00095 z důvodu hormonálních změn (probíhající klimakterium) projevující se verbalizací potíží s usínáním a nespokojeností se spánkem.

**Cíl:** Pacientka udává zlepšení kvality spánku do 14 dní.

#### **Výsledná kritéria:**

- Pacientka zná pravidla spánkové hygieny. Do 24 hodin.
- Pacientka verbalizuje zkrácení doby usínání na 30 minut. Do 5 dní.
- Pacientka je spokojená s kvalitou spánku a cítí se odpočatá. Do 7 dní.

#### **Sesterské intervence:**

- Podávej medikaci dle ordinace lékaře, ½ tablety Hypnogen na noc dle potřeby pacientky. Sestra ve službě.
- Edukuj pacientku o pravidlech spánkové hygieny. Jednorázová edukace. Primární sestra.
- Promluv s pacientkou o situacích, které jí stresují při každé návštěvě pokoje. Primární sestra, sestra ve službě.
- Podej jí co nejvíce informací, které se týkají pooperační péče a rekonvalescence. Edukace v průběhu hospitalizace. Primární sestra.
- Zajisti dobré podmínky pro kvalitní spánek: vyvětraný pokoj, klid a přiměřené ticho na oddělení při noční službě. Sestra ve službě.

#### **Realizace: od 19.11. – 24.11.2007**

Pacientka si již při příjmu stěžovala na zhoršený spánek. Pacientku jsem poučila nejen o léčebném režimu, ale i o způsobech zlepšení spánku. Žádné kofeinové nápoje po 16.00 hodině, snížit spánek přes den, pokud je to možné snížit stres a neřešit žádné složité problémy před spaním. V první operační den spala pacientka dobře, ještě dospávala anestezii. Druhý den nemohla usnout, byl jí podán Hypnogen ½ tbl. na který je zvyklá z domova. Pacientku jsem poučila o pooperačním režimu rekonvalescenci.

**Hodnocení:** Do konce hospitalizace se spánek mírně zlepšil, ale není stále dostatečně uspokojující. Pacientka edukaci o spánkové hygieně pochopila.

#### **Dg.č. 5**

**Strach** – 00148 z důvodu možných komplikací pooperačního hojení rány projevující se verbalizací obav a zvýšenou tenzí.

**Cíl:** Pacientka nepociťuje strach do 4 dní.

#### **Výsledná kritéria:**

- Pacientka je plně edukovaná o pooperační péči a režimu. Do 24 hod.
- Pacientka verbalizuje zmírnění strachu. Do 2 dní.
- Pacientka se snaží snížit stres pomocí relaxace. Do 6 hodin.

#### **Sesterské intervence:**

- Pouč pacientku o pooperačním režimu, poskytni ústní i písemné informace a přesvědč se jestli všemu rozumí. Jednorázová edukace. Primární sestra.
- Snaž se zmírnit strach rozhovorem a uklidněním pacientky při každé návštěvě pokoje. Primární sestra, sestra ve službě.
- Porad' pacientce jakým způsobem může relaxovat v nemocnici. Jednorázová edukace. Primární sestra.
- Naslouchej aktivně obavám pacientky při každé návštěvě pokoje. Primární sestra, sestra ve službě.
- Porad' pacientce způsob relaxace. Jednorázová edukace. Čtení, poslech hudby, dechová cvičení z jógy.

#### **Realizace: 20.11. – 23.11.2007**

Pacientka udává mírný strach z možných komplikací a snášenlivosti silikonového implantátu. Pacientku jsem poučila jak budou probíhat převazy a jak pečovat o jizvy v domácím ošetřování. Pacientka byla poučena i o komplikacích rekonstrukce implantátem a jejich rozpoznání. Pacientku jsem poučila o možnostech relaxace v nemocnici.

**Hodnocení:** Pacientka je klidná, verbalizuje porozumění edukaci, čte si časopisy, poslouchá hudbu, povídá si se spolupacientkami na pokoji.

### **Dg.č. 6**

**Porušený obraz těla** – 00118 z důvodu chybějící části těla (levý prs po mastektomii) projevující se verbalizací roztrpčení ze svého zevnějšku a sníženou možností účastnit se všech aktivit společenského života.

**Cíl:** Pacientka verbalizuje spokojenost s výsledkem rekonstrukce prsu. Do 10 dní.

#### **Výsledná kritéria:**

- Pacientka verbalizuje lepší pocit ze svého těla. Do 10 dní.
- Pacientka se těší na nový vzhled a návrat do společenského života do 5 dní.
- Pacientka má pocit většího sebevědomí do 20 dní.

#### **Sesterské intervence:**

- Poskytni pacientce prostor k vyjádření jejích obav, vyslechni jí a dodej jí emocionální podporu při každé návštěvě pokoje. Primární sestra, sestra ve službě.
- Poskytni pacientce přesné informace o péči o rekonstruovaný prs.jednorázová edukce s ověřením pochopení pacientkou. Primární sestra, sestra ve službě.
- Komunikuj s pacientkou přátelsky a vstřícně, prober s ní její psychické problémy při každé návštěvě pokoje. Sestra ve službě.
- Oceň a podporuj pozitivní snahu pacientky směřující ke zlepšení fyzického vzhledu a psychické pohody. Během celé hospitalizace. Primární sestra, sestra ve službě.

#### **Realizace: 19.11. – 24.11.2007**

Pacientka se při příjmu svěřila, že měla psychické problémy nejen v souvislosti se zjištěním a léčbou karcinomu, ale i potom kdy byla bez prsu. Pro rekonstrukci se rozhodla brzy po mastektomii, ale dodržela časový odstup 1 rok, aby předešla případným komplikacím. S pacientkou jsem o jejích problémech mluvila. Pacientce jsem poskytla informace o péči o rekonstruovaný prs. S pacientkou jsem komunikovala maximálně vstřícně a přátelsky.

**Hodnocení:**

Pacientka verbalizuje zlepšení postoje a pocitu ze svého těla. S estetickým výsledkem rekonstrukce je velmi spokojená. Pacientka se těší na návrat do společenského života, který jí rekonstrukce prsu poskytla.

**Dg.č.7**

**Riziko infekce** – 00004 z důvodu invazivní procedury (operační rána, i.v. kanyla).

**Cíl:** Pacientka nemá projevy infekce po celou dobu hospitalizace.

**Sesterské intervence:**

- Dle ordinace lékaře prováděj profylaktické podávání antibiotik 2x denně po dvanácti hodinách. Sestra ve službě.
- Pátrej po místních známkách infekce v místě vstupu kanyly a operační rány. Při každém převazu operační rány a i.v. kanyly. Primární sestra, sestra ve službě.
- Převazy operační rány prováděj přísně asepticky 1x denně. Sestra ve službě.
- Pouč pacientku o ochraně pooperační rány při hygieně, jak chránit kůži, bránit rozšíření infekce, opatrné manipulaci s drény. Jednorázová edukace. Primární sestra, sestra ve službě.
- Převazuj i.v. kanylu asepticky, sleduj případné známky zánětu: bolest, zarudnutí, otok 1x za 2 dny. Sestra ve službě.
- Pouč pacientku o příznacích zánětu a o nutnosti informovat sestru. Jednorázová edukace. Primární sestra, sestra ve službě.

**Realizace: 20.11. – 24.11.2007**

Operační rána byla převázána první pooperační den. Pacientku jsem poučila o ochraně pooperační rány a příznacích zánětu. Pacientka měla zavedenou i.v. kanylu od operačního dne do třetího pooperačního dne. Kanylu jsem sledovala a převázala, čtvrtý den hospitalizace byla vyjmuta beze známek zánětu.

**Hodnocení:**

Během celé hospitalizace nedošlo u pacientky k infekci. Operační rána je klidná, bez známek zánětu, hojí se dobře. I.v. kanyla byla také bez známek zánětu.

### 13. Edukace pacientky

Na základě ošetřovatelské anamnézy a z ní vyplývajících ošetřovatelských diagnóz jsem u pacientky zjistila potřebu edukace v oblastech jako je:

- Vyjádření intenzity a charakteru bolesti pomocí měřicí techniky.
- Péče o rekonstruovaný prs v domácím prostředí.
- Spánková hygiena a zlepšení kvality spánku.
- Dechová relaxace a zmírnění strachu.

#### 13.1 Vyjádření intenzity a charakteru bolesti pomocí měřicí techniky

Pacientce jsem nabídla ke sledování a měření její bolesti kombinaci verbální a vizuální škály, obě se dobře uplatňují ve sledování především akutní bolesti po operačních výkonech. Tato metoda je rychlejší a umožní rychlejší intervenci proti bolesti. Záznam kontroly bolesti u pacientky je uveden v příloze č.1.

K nejčastějším hodnotícím metodám bolesti patří:

- Verbální škály: pocit bolesti se vyjádří číselně od 1 do 10, nebo od 0 až 5. Čím nižší je číslo, tím je bolest slabší.
- Neverbální škály se uplatňují spíše v péči o děti a seniory.
- Vizuální škály, měřící spíše intenzitu bolesti.
- Dotazníky, měřící intenzitu i charakter bolesti (15).

Forma edukace: verbální

Reakce na edukaci: verbální pochopení edukace

Doporučení/ řešení: pro lepší pochopení ukázat např. přímku bolesti

Příjemce edukace: pacientka

Edukaci provedla: s. Kateřina Špicnerová

## 13.2 Péče o rekonstruovaný prs v domácím prostředí

Pacientku jsem poučila o ošetřování prsu po propuštění do domácího prostředí. Lékařem byla poučena o možných komplikacích a jejich prevenci.

Doporučuje se nosit elastickou podprsenku. Většinou je k dostání na klinice. Dobu jejího nošení určí operatér. Obvykle je to po dobu 4-8 týdnů a dále pak při sportovních aktivitách. Někdy chirurg může doporučit i zdravotní pás. Používá se častěji při přístupu z podpaží, aby tlačil na vytvořený kanál. Dále ho lze indikovat také při vložení implantátu pod sval, aby ho tlačil směrem dolů a všeobecně v situacích, kdy podprsenka není dostačující. Nutnost jeho použití stanoví opět operatér. Doporučení pooperačních masáží prsou jsou různá, podle pracoviště a typu použitých implantátů. Někteří je vůbec nedoporučují. Naopak dlouhodobé tlakové masáže jizev jsou vhodné. Sprchování prsu je doporučováno až po zhojení rány. První týden po propuštění z nemocnice se doporučuje klidový režim, polehávat. Na několik prvních dnů je dobré zajistit si výpomoc rodiny nebo blízkých osob k zajištění domácnosti. Pokračovat v běžných denních aktivitách a vykonávat lehčí domácí práce se může za 10 - 14 dnů. Vše záleží také na pociťované bolesti. Do 6 týdnů je doporučováno vyvarovat se zvedání paže nad horizontálu. Těžší práce, zvedání břemen, cvičení, posilování a jiné sportovní aktivity je nejlépe zařadit postupně až po dvou měsících po operaci a v elastické podprsence. Navštívit solárium a opalovat se je možné 14 dnů po operaci, je však lepší s těmito aktivitami příliš nespěchat. Jizvy musí být kryty náplastí nebo ošetřeny krémem s vysokým ochranným faktorem a to po dobu minimálně půl roku po zákroku.

Forma edukace: verbální

Reakce na edukaci: verbální pochopení edukace

Doporučení/ řešení: pro lepší zapamatování nabídnout informační letáček

Příjemce edukace: pacientka

Edukaci provedla: s. Kateřina Špicnerová



### 13.3 Spánková hygiena a zlepšení kvality spánku

Po zjištění problému v oblasti spánku jsem zahájila edukaci na téma spánková hygiena. Pacientka jí pochopila, nebylo třeba edukaci opakovat. Mnoho z bodů této edukace se může provádět také v domácím prostředí.

#### **Obecné informace o spánku:**

Doba trvání spánku je velmi individuální, s přibývajícím věkem se zkracuje, spánková porucha nutně nemusí znamenat přítomnost závažného onemocnění, i fyziologický spánek je přerušován probouzením (při přechodech mezi jednotlivými spánkovými cykly).

#### **Pravidla spánkové hygieny:**

- 1) Postel nepoužíváme k ničemu jinému než ke spánku a sexu. V posteli je striktně zakázáno číst, sledovat TV, jíst či vykonávat jakékoli další činnosti.
- 2) Uléháme jen a pouze, cítíme-li se ospalí.
- 3) Jestliže se po 15–20 minutách ležení v posteli spánek nedostaví, vstaneme, přejdeme do jiné místnosti, kde se věnujeme klidné, nenáročné činnosti. Do postele se vrátíme, pouze pokud se cítíme znovu ospalí.
- 4) Uvedený postup zopakujeme tolikrát za noc, kolikrát je třeba, dokud se spánek nedostaví. Pokud se nám nepodaří usnout celou noc, je důležité si uvědomit, že jednu noc nespát není pro organizmus nebezpečné a následující den usneme o to lépe.
- 5) Nikdy si neleháme přes den ani cítíme-li se velmi ospalí. Vydržíme až do doby předem stanovené k ulehnutí.
- 6) Dodržujeme pevně stanovenou dobu uléhání a vstávání, a to i ve dnech volna. Používáme při vstávání budík.
- 7) Vytvoříme si vlastní rituály předcházející ulehnutí – tyto činnosti budou po určité době „učení“ samy asociovány se spánkem.
- 8) Po 15.–16. hodině se vyhneme konzumaci kávy, černého i zeleného čaje, čokolády, coca-coly a dalších nápojů obsahujících stimulanty. Naopak je vhodné vytvořit si např. rituál pití vhodného bylinkového čaje nebo teplého mléka.

9) V období 4–6 hodin před ulehnutím se vyhneme též konzumaci alkoholu, nikdy nepijeme alkohol „na spaní“.

10) Večeříme lehce stravitelná jídla v malých porcích.

11) Ve večerních hodinách se nevěnujeme žádné činnosti, která by nás mohla rozrušit.

12) Místnost, kde spíme, bychom měli subjektivně vnímat jako klidnou, příjemnou a bezpečnou, dbáme na zajištění optimální teploty, zatemnění a minimalizaci vnějších rušivých vlivů (14).

Forma edukace: verbální

Reakce na edukaci: verbální pochopení edukace

Doporučení/ řešení: pro lepší zapamatování nabídnout informační letáček

Příjemce edukace: pacientka

Edukaci provedla: s. Kateřina Špicnerová

#### 13.4 Dechová relaxace a zmírnění strachu

Pacientka udávala strach především z komplikací hojení operační rány. Prožitý stres z léčení nádoru prsu se jí někdy vrací prostřednictvím nepříjemných pocitů. Pacientce jsem kromě uvedených dechových cvičení doporučila odpoutat pozornost četbou příjemné knihy nebo časopisu, poslechem hudby, konverzací se spolupacientkami.

#### **Obecné informace o dýchání:**

Dýchání ovlivňuje řadu tělesných funkcí i psychiku. Dechový proces lze zhruba rozdělit na dýchání brániční (břišní) a dýchání hrudní (žeberní). Při bráničním dýchání se bránice (plochý sval oddělující břišní a hrudní dutinu) pohybuje během nádechu jako píšť dolů. Tím se do plic nasává vzduch a břišní stěna se vyklenuje. Při výdechu se naopak břišní svaly stahují a vytlačují bránici nahoru, čímž se vzduch z plic vypuzuje.

#### **Nácvik bráničního dýchání:**

Výchozí polohou je leh na zádech, nohy jsou pokrčené v kolenou a opřené chodidly o zem. Jedna ruka se volně dotýká horní části břicha, druhá hrudníku, lokty spočívají na podložce. V této poloze si nejprve uvědomujte přirozený dech. Horní část břicha se s

nádechem nadzdvihuje, s výdechem klesá. Pak vnešte do dýchání vědomé řízení. Hrudník nechte pokud možno nehybný. S nádechem břišní stěnu vyklenujte o něco víc než obvykle, s výdechem nechte břicho dlouze, úplně a plynule klesat. Dýchání se tak prohloubí a hlavně ve výdechové fázi zvolní. Břišní dýchání spíš zklidňuje. Opakujte 8-12x i vícekrát.

### **Nácvik hrudního dýchání:**

Ve stejné poloze jako u předchozího cviku s nádechem rozšiřujete hrudník do stran a rozpínejte ho i ve směru předozadním. Výdech je spíš pasivní, prodloužený a úplný. Břišní stěna se pokud možno nepohybuje. Hrudní dýchání působí víc aktivačně (10).

Forma edukace: verbální

Reakce na edukaci: verbální pochopení edukace

Doporučení/ řešení: pro lepší zapamatování nabídnout informační letáček

Příjemce edukace: pacientka

Edukaci provedla: s. Kateřina Špicnerová

## 14. Zhodnocení ošetrovatelské péče

Ošetrovatelskou péči u pacientky jsem realizovala na standardním oddělení kliniky plastické chirurgie v nemocnici Na Bulovce. Pacientka byla přijata 19.11.2007 odpoledne. Hospitalizace trvala šest dní do 24.11.2007. Ošetrovatelskou anamnézu jsem odebrala v den přijetí a potom 2. pooperační den pro srovnání ošetrovatelských problémů a změny potřeb v průběhu hospitalizace. K odebrání ošetrovatelské anamnézy jsem použila ošetrovatelskou dokumentaci, kterou používám v rámci odborné praxe. Ošetrovatelské diagnózy jsem formulovala v Nanda doménách. Při stanovování ošetrovatelských diagnóz jsem se řídila podle aktuální potřeb pacientky, které vyplynuly z ošetrovatelské anamnézy při přijetí a z probíhajících terapeutických zásahů. Cíle a výsledná kritéria jsou nastavena tak, aby byly realistické k dané problematice. Ošetrovatelské intervence jsou seřazeny od závislých přes nezávislé k souběžným. V ošetrovatelských intervencích jsem vycházela ze své praktické zkušenosti s ošetřováním žen s rekonstrukcí prsu. Realizace ošetrovatelského plánu je časově omezena, vždy podle trvání ošetrovatelské diagnózy. Pacientka se mnou spolupracovala po celou dobu, kdy jsem o ní pečovala bez problémů. Komunikace mezi námi byla otevřená a přátelská.

### Dg.č.1

**Akutní bolest** – 00132 z důvodu poškozujícího agens (operační rána) projevující se vyhledáváním úlevové polohy, verbalizací bolesti a bolestivým výrazem ve tváři.

**Cíl** – splněn částečně, pacientka měla při propuštění bolest střední, nepříjemnou. Bolest, kterou pociťovala první dva dny po operačním výkonu jako silnou na škále bolesti č. 3 klesala na stupeň č. 2. Bolest po rekonstrukčním výkonu většinou přetrvává několik týdnů. Pacientka bude ještě v domácím ošetřování v případě potřeby užívat analgetika v tabletách.

### Dg.č.2

**Nauzea** – 00134 z důvodu farmaceutických vlivů (anestezie při operaci) projevující se verbalizací nevolnosti a pocitu na zvracení, bledostí v obličeji.

**Cíl** – splněn úplně. Pacientka byla bez nauzey do 2 hodin.

### **Dg.č.3**

**Porušená tkáňová integrita** – 00044 z důvodu vnějších vlivů (operační rány) projevující se pocity napětí a bolestivostí.

**Cíl** – splněn částečně. Pacientka dodržela léčebná a preventivní opatření ke zhojení operační rány. Operační rána nevykazovala známky zánětu ani sekreci. Další hojení probíhalo v domácím ošetřování.

### **Dg.č.4**

**Porušený spánek** – 00095 z důvodu hormonálních změn (probíhající klimakterium) projevující se verbalizací potíží s usínáním a nespokojeností se spánkem.

**Cíl** – splněn částečně. Spánek během hospitalizace nebyl zcela uspokojivý. Pacientka edukaci o spánkové hygieně pochopila a bude se snažit tyto pravidla dodržovat i doma.

### **Dg.č.5**

**Strach** – 00148 z důvodu možných komplikací pooperačního hojení rány projevující se verbalizací obav a zvýšenou tenzí.

**Cíl** – splněn úplně. Pacientka byla při propouštění naprosto klidná. Během hospitalizace se její strach výrazně zmírnil.

### **Dg.č 6**

**Porušený obraz těla** – 00118 z důvodu chybějící části těla (levý prs po mastektomii) projevující se verbalizací roztrpčení ze svého zevnějšku a sníženou možností účastnit se všech aktivit společenského života.

**Cíl** – splněn úplně. Pacientka je spokojená s výsledkem operace. Celkový výsledek rekonstrukce se projeví s odstupem několika dalších dní.

### **Dg.č.7**

**Riziko infekce** – 00004 z důvodu invazivní procedury (operační rána, i.v. kanyla).

**Cíl** – splněn úplně. Pacientka byla po celou dobu hospitalizace bez známek infekce.

## 15. Prognóza

Operační výkon proběhl bez komplikací. Pacientka má velmi mírný hematoma v místě operační rány, který je zcela běžný a sám se upraví do několika dní. Za celou dobu hospitalizace nedošlo u pacientky k infekci. Pacientka byla poučena lékařem před propuštěním do domácího ošetřování o péči o operační ránu a byla pozvána na kontrolu stavu za jeden týden po propuštění. Při bolesti bude doma užívat běžná analgetika v tabletách. Bolest by měla odeznít úplně pravděpodobně za jeden měsíc. Pacientku dále čekají kontroly a sledování na onkologii. Pokud by u pacientky nedošlo k nějakým pozdním reakcím jako jsou např. tvorba vaziva kolem implantátu nebo kapsulární kontraktury považují prognózu pacientky za dobrou.

## 16. Závěr pro praxi

Z uvedených poznatků z lékařství a ošetrovatelství vyplývá důležitost a závažnost včasného rozpoznání a léčení rakoviny prsu. Krok správným směrem v prevenci rakoviny prsu bylo zařazení mamografického screeningu. Včasná diagnóza znamená záchyt v I. a II. stádiu nemoci. Představuje vysoké šanci na vyléčení a to způsobem, který zaručí nejlepší možnou kvalitu života. Často je onemocnění zjištěné pozdě, proto má vysokou úmrtnost. Primární prevence spočívá v omezení nebo vyloučení rizikových faktorů, často ale bývá bezvýsledná. Tato prevence znamená žít zdravým životním stylem, s omezením tuků ve stravě, prevenci obezity a kouření. Rizikové faktory týkající se genových mutací ovlivnit nelze. Sekundární prevence znamená včasné zjištění nemoci a léčbu jako jedinou možnost snížení úmrtnosti. Sekundární prevenci lze provázet těmito způsoby:

- 1) Mamografické vyšetřování prsů, bezpříznakových žen, v nejrizikovějším období věku /45-69 let/, v 2 letých intervalech (mammografický screening).
- 2) Dispenzarizace rizikových žen (s kumulací rizikových faktorů).
- 3) Klinické vyšetření prsů žen, jako součást vyšetření gynekologem 1 x ročně.
- 4) Samovyšetřování prsů (SVP) u každé ženy, kvalitně a pravidelně prováděné. Zvyšuje šanci záchytu včasného stádia onemocnění.
- 5) Stálé a vyvážené informování populace o sekundární prevenci rakoviny prsu. Vyvážené znamená způsobem, který nevyvolává karcinofóbiu a zvyšuje motivaci k účasti na preventivních postupech.

Rekonstrukce prsu s sebou nepřináší žádná rizika recidivy onkologického onemocnění. Dosud nebyla prokázána příčinná souvislost mezi rekonstruovaným prsem silikonovým implantátem a následným onemocněním. Pacientky jsou dále zvány na kontroly svým onkologem, pravidelně se sledují nádorové markery, stav vnitřního prostředí a stav obou prsů mamografií nebo ultrazvukem.

## Závěr

Ošetrovatelský proces u pacientky s rekonstrukcí prsu jsem prováděla na klinice plastické chirurgie nemocnice Na Bulovce v rámci své odborné praxe absolvované na Vysoké škole zdravotnické. K realizaci ošetrovatelského procesu a jeho zaznamenání jsem si vybrala model ošetrovatelské péče Marjory Gordon. Tento model se často používá v ošetrovatelské péči na standardních interních a chirurgických odděleních. Z ošetrovatelské anamnézy, kterou jsem u pacientky odebrala vyplynuly tyto ošetrovatelské diagnózy: akutní bolest, nauzea, porušená tkáňová integrita, porušený spánek, strach, porušený obraz těla a potencionální ošetrovatelská diagnóza riziko infekce. Většinu stanovených cílů se mi podařilo splnit úplně a některé částečně. Pooperační bolest a hojení ran není jednorázový proces proto se stanovené cíle posouvají dál do domácího ošetrování. S pacientkou jsem mluvila po třech týdnech od propuštění z nemocnice a operační výkon její očekávání splnil. Pro celý ošetrovatelský proces byla velmi důležitá velká motivace pacientky ke zlepšení jejího stavu a vzhledu po mastektomii. Spolupráce mezi pacientkou a mnou byla po celou dobu hospitalizace bezproblémová.



## Seznam použité literatury

1. CITTERBART, K. et al.: Gynekologie, Praha: Galén, 2001, ISBN 80-7262-094-0
2. DOENGES, M.E., MOORHOUSE, M.F.: Kapesní průvodce zdravotní sestry, Praha: Grada Publishing s.r.o., 2001, ISBN 80-247-0242-8
3. DRAŽAN, L., MĚŠŤÁK, J.: Rekonstrukce prsu po mastektomii, Praha: Grada Publishing a.s., 2006, ISBN 80-247-1123-0
4. FRAJER, L.: Rekonstrukce prsu po mastektomii [on line] dostupné na:  
„[http://www.sanquis.cz/clanek.phpid\\_clanek=865.htm](http://www.sanquis.cz/clanek.phpid_clanek=865.htm)“
5. HOCH, J., LEFFLER, J.: Speciální chirurgie, Praha: Maxdorf Jessenius, 2003, ISBN 80-85912-06-6
6. HRABOVSKÝ, J.: Chirurgie – učebnice pro zdravotnické školy, 2.vyd. Praha: Eurolex Bohemia, 2006, ISBN 80-86861-49-X
7. KŘIVOHLAVÝ, J.: Psychologie nemoci, Praha: Grada Publishing s.r.o., 2002, ISBN 80-247-0179-0
8. MAREČKOVÁ, J.: Ošetrovatelské diagnózy v Nanda doménách, Praha: Grada Publishing a.s., 2006, ISBN 80-247-1399-3
9. NEJEDLÁ, M.: Fyzikální vyšetření pro sestry, Praha: Grada Publishing a.s., 2006, ISBN 80-247-1150-8
10. NEŠPOR, K.: Nácvik břišního a hrudního dýchání [on line] dostupné na:  
„<http://www.volny.cz/satyananda/index.htm>“
11. PAVLÍKOVÁ, S.: Modely ošetrovatelství v kostce, Praha: Grada Publishing a.s., 2006, ISBN 80-247-1211-3
12. PETRUŽELKA, L. a kol.: Klinická onkologie, Praha: Nakladatelství Karolinum, 2003, ISBN 80-246-0395-0
13. PINTÉR, L.: Estetická chirurgie, Hradec Králové: Nukleus HK, 2004, ISBN 978-80-87009-23-9
14. PRAŠKO, J.: Pravidla spánkové hygieny [on line] dostupné na:  
„<http://www.tigis.cz/PSYCHIAT/SUPL0401/11.htm>“
15. STAŇKOVÁ, M.: Hodnocení a měřicí techniky v ošetrovatelské praxi, Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů NCO NZO, 2004, ISBN 80-7013-323-6

16. VÁGNEROVÁ, M.: Psychopatologie pro pomáhající profese, Praha: Portál s.r.o., 2004, ISBN 80-7178-802-3

17. VORLÍČEK, J., ABRAHÁMOVÁ, J.: Klinická onkologie pro sestry, Praha: Grada Publishing a.s., 2006, ISBN 80-247-1716-6

## Seznam příloh

- Příloha 1** Záznam kontroly bolesti, (Staňková,M.: Hodnocení a měřicí techniky v ošetrovatelské praxi, 2004, s.15)
- Příloha 2** Složení mléčné žlázy (Dražan,L., Měšťák,J.: Rekonstrukce prsu po mastektomii, 2006, s.18)
- Příloha 3** Procentuální výskyt karcinomu v jednotlivých kvadrantech prsu (Dražan,L., Měšťák,J.: Rekonstrukce prsu po mastektomii, 2006, s.25)
- Příloha 4** Vývoj hlášení nových karcinomů prsu ve vztahu k počtu zemřelých na 100 000 žen v ČR (Dražan,L., Měšťák,J.: Rekonstrukce prsu po mastektomii, 2006, s.23)
- Příloha 5** Karcinom prsu („<http://www.czweb.info/nadory/karcinom-prsu.htm>“)
- Příloha 6** Rekonstrukce prsu expandérem a implantátem (Dražan,L., Měšťák,J.: Rekonstrukce prsu po mastektomii, 2006, s.62)
- Příloha 7** Silikonové implantáty a expandéry (reklamní leták společnosti Mentor)

## Příloha č. 1

### Záznam kontroly bolesti

Jméno pacienta:.....J.W.....

#### Melzackova škála stupně bolesti:

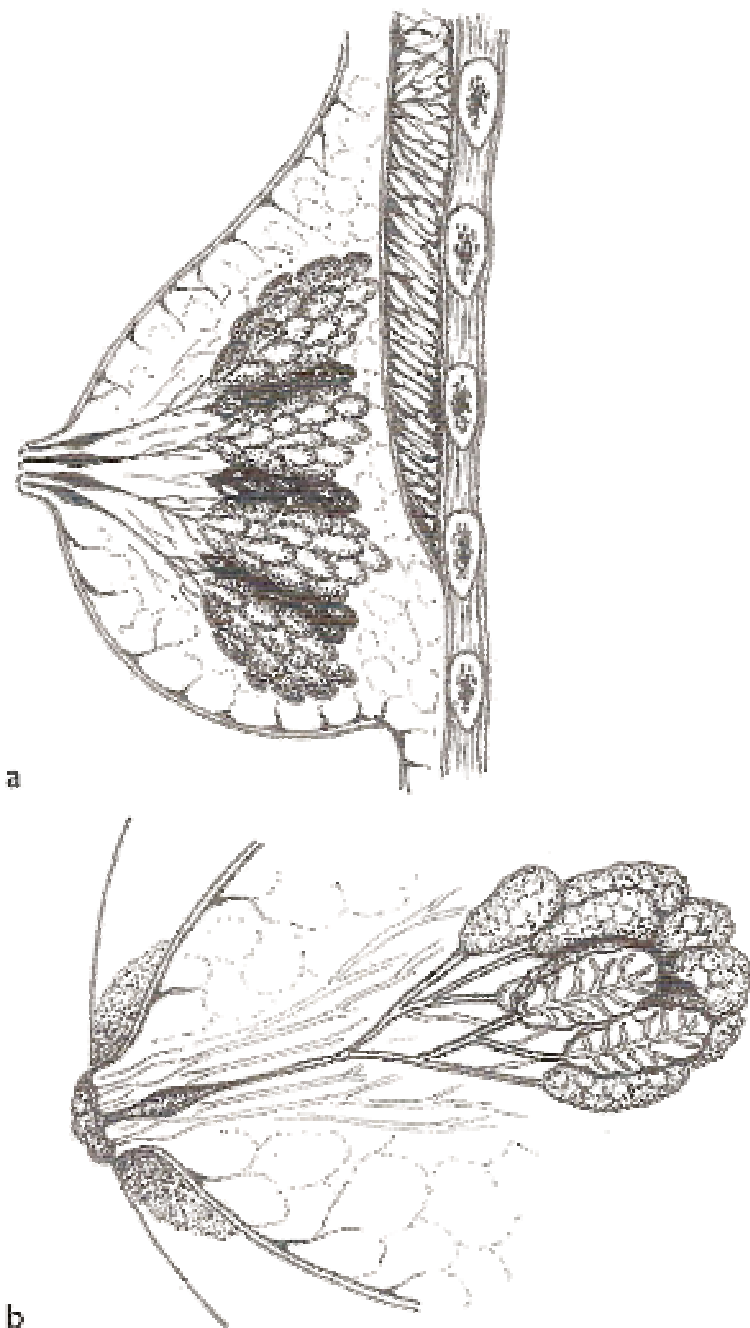
žádná    mírná    nepříjemná    intenzivní    krutá    nesnesitelná

0-----1-----2-----3-----4-----5-----/

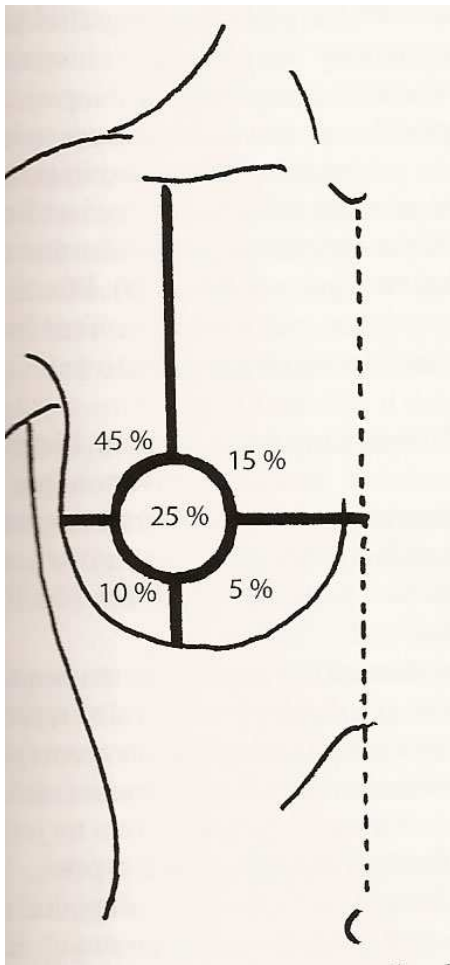
datum	čas	stupeň bolesti	úlevový zákrok – jiné opatření	název léku	dávka	čas podání	stupeň bolesti po podání, účinek za 30 minut	podpis sestry
20.11.07	10.00	3	úlevová poloha na zádech, podání analgetika, odvedení pozornosti od bolesti hovorem, relaxací	Novalgin i.v.	2 ml, 1 amp.	10.10	2	s.Špicnerová
	14.00	3	--/--	Tramal i.m.	1 amp.	14.05	2	s.Špicnerová
	19.45	3	--/--	Tramal i.m.	1 amp.	19.50	2	s.Špicnerová
21.11.07	08.00	2	--/--	Tramal i.m.	1 amp.	08.05	1	s.Špicnerová
	13.00	2	--/--	--/--	1 amp.	13.05	1	s.Špicnerová
	19.00	2	--/--	--/--	1 amp.	19.05	1	s.Špicnerová
22.11.07	07.30	2	--/--	Tramal p.o.	1 tbl.	07.35	1	s.Špicnerová
	12.30	2	--/--	--/--	1 tbl.	12.35	1	s.Špicnerová
	19.00	2	--/--	--/--	1 tbl.	19.05	1	s.Špicnerová
23.11.07	07.45	2	--/--	Tramal p.o.	1 tbl.	07.50	1	s.Špicnerová
	19.00	2	--/--	--/--	1 tbl.	19.05	1	s.Špicnerová
24.11.07	07.30 dopoledne dimise	2	--/--	Tramal p.o.	1 tbl.	07.35	1	s.Špicnerová

(Staňková, M: Hodnocení a měřicí techniky v ošetrovatelské praxi, 2004, s.15)

**Příloha č. 2 - Složení mléčné žlázy (Dražan, L., Měšťák, J.: Rekonstrukce prsu po mastektomii, 2006, s.18)**



Složení mléčné žlázy: a – mléčná žláza se skládá z 15 – 20 laloků, b – laloky se dále větví v lalůčky mléčné žlázy složené ze žlázových alveolů



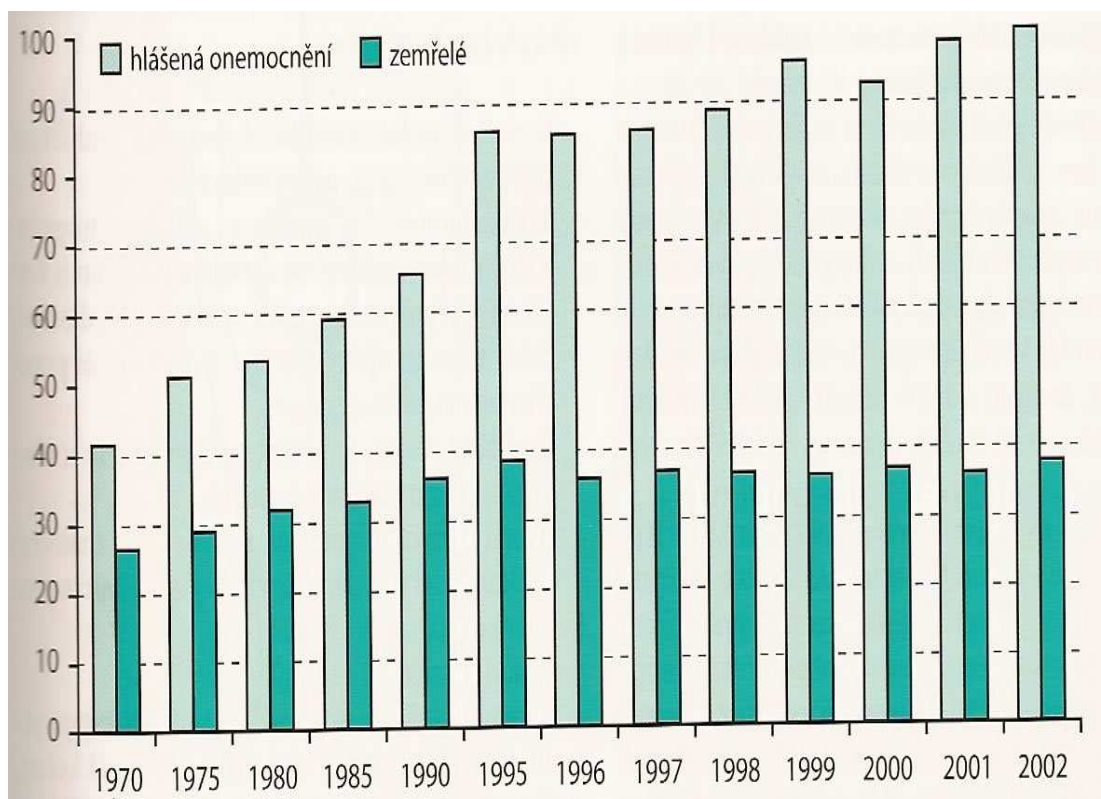
**Příloha č. 3**

Procentuální výskyt karcinomu v jednotlivých kvadrantech prsu

(Dražan, L., Měšťák, J.: Rekonstrukce prsu po mastektomii, 2006, s.25)

#### Příloha č. 4

Vývoj hlášení nových karcinomů prsu ve vztahu k počtu zemřelých na 100 000 žen v ČR



(Dražan, L., Měšťák, J.: Rekonstrukce prsu po mastektomii, 2006, s.23)

**Příloha č. 5**

Karcinom prsu („<http://www.czweb.info/nadory/karcinom-prsu.htm>“)

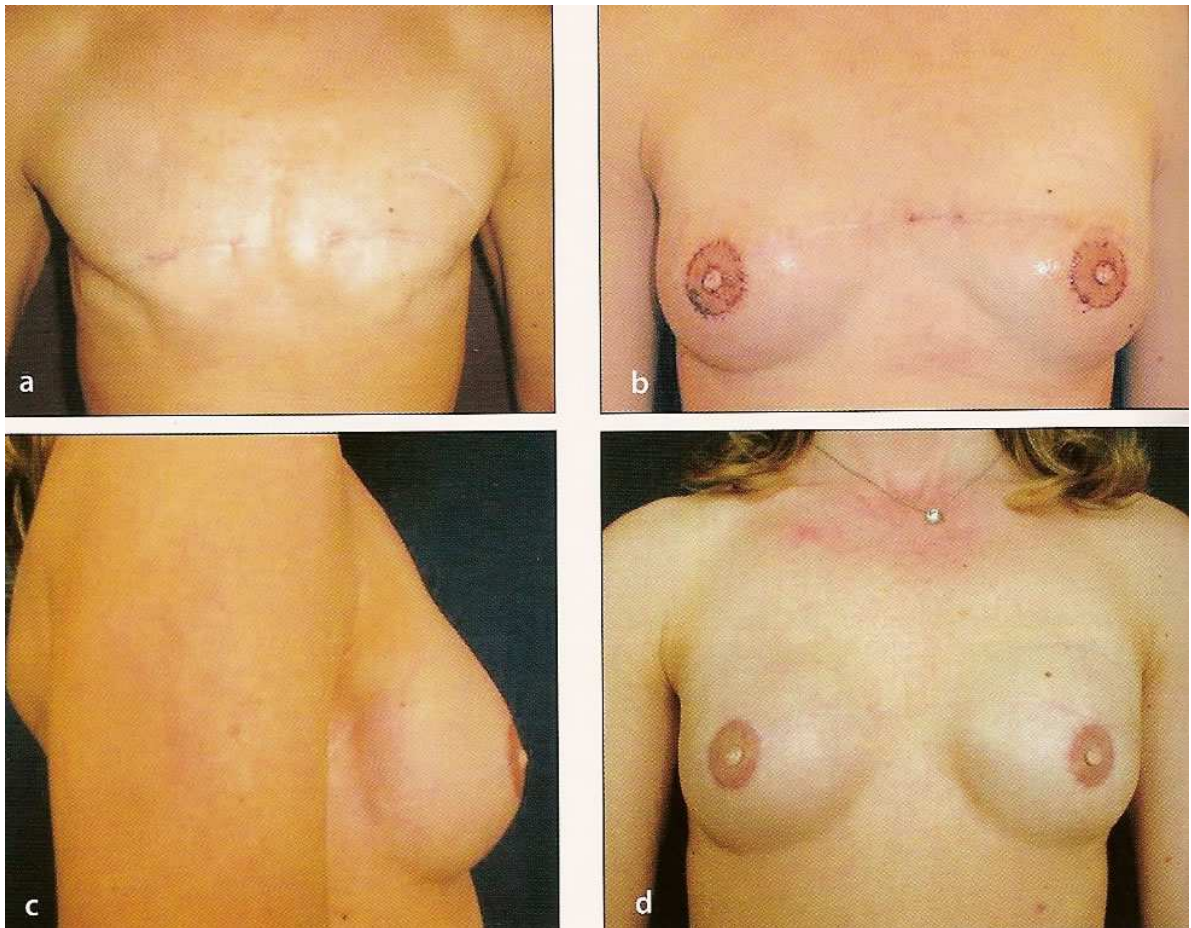




## Příloha č. 6

Rekonstrukce prsu expandérem a implantátem

(Dražan, L., Měšťák, J.: Rekonstrukce prsu po mastektomii, 2006, s.62)



a – pacientka po oboustranné mastektomii

b, c – 14 dní po dokončení rekonstrukce expandérem a anatomicky tvarovanými implantáty Eurosilikon 250 ml

d – 1 rok po rekonstrukci

**Příloha č. 7**

Silikonové implantáty a expandéry – (reklamní leták společnosti Mentor)

