

Vysoká škola zdravotnická, o. p. s.

Praha 5

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTKY
S PLASTICKO – CHIRURGICKOU REKONSTRUKCÍ PRSU**

Bakalářská práce

SIMONA KRČKOVÁ

Praha 2010

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTKY
S PLASTICKO – CHIRURGICKOU REKONSTRUKCÍ PRSU**

Bakalářská práce

SIMONA KRČKOVÁ

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s.

PRAHA 5

Vedoucí práce: PhDr. Andrea Pohlová

Stupeň kvalifikace: Bakalář

Studijní obor: Všeobecná sestra

Datum odevzdání práce: 2010-03-31

Datum obhajoby:

Praha 2010

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité zdroje literatury jsem uvedla v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce k studijním účelům.

V Praze dne 31. 3. 2010

.....
Simona Krčková

ABSTRAKT

KRČKOVÁ, Simona. *Ošetrovatelský proces u pacientky s plasticko - chirurgickou rekonstrukcí prsu*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s., stupeň kvalifikace: bakalář. Vedoucí práce: PhDr. Andrea Pohlová. Praha. 2010. s. 70.

Hlavním tématem bakalářské práce je ošetrovatelský proces u pacientky s plasticko - chirurgickou rekonstrukcí prsu.

Teoretická část práce se zabývá problematikou nádorů prsu u žen, jejich příčinami a rizikovými faktory, příznaky, diagnostikou, léčbou. Následně rekonstrukcí prsu, druhy a způsoby rekonstrukce prsu, pooperačním onkologickým sledováním pacientky s rekonstrukcí prsu, psychosociálními aspekty po mastektomii a rekonstrukci prsu.

Praktická část práce se zaměřuje na ošetrovatelský proces u konkrétní pacientky s rekonstrukcí prsu silikonovým implantátem. Za použití ošetrovatelské dokumentace dle M. Gordonové rozpracované do třinácti diagnostických domén jsem zhodnotila problémy dané pacientky, podle kterých jsem vytvořila individuální plán komplexní ošetrovatelské péče. Podle stanovených diagnóz jsem stanovila intervence, realizovala je a zhodnotila. Na závěr jsem pacientku poučila o pooperační péči o operační ránu.

Klíčová slova: Prs. Karcinom. Rekonstrukce. Ošetrovatelský proces. Pacientka.

ABSTRACT

KRČKOVÁ, Simona. *Nursing care of a patient with the plastic - surgical breast reconstruction*. Medical college, o.p.s., qualification level: bachelor. Supervisor: PhDr. Andrea Pohlová. Prague. 2010. s. 70.

In my bachelor thesis I focus to the nursing care of a patient with a breast - reconstruction performed by surgery plastic.

Theoretical part of my bachelor thesis is focused to issues of women breast cancer, its causes, risk factors, symptoms, diagnoses and treatments. Also it is focused to breast reconstruction, types and methods of reconstruction, post-operative oncology surveillance of patients with a breast reconstruction, psychosocial aspects after mastectomy and breast reconstruction.

Practical part of my work deal with the nursing care of a specific patient. Reconstruction of her breast was performed using a silicone implant. With help of nursing documentation according Gordon I assessed all patient issues, and base on these I created an individual, complex plan of her nursing care. According to established diagnoses I provided interventions, implemented and assessed them. Finally I instructed the patient on post-operative wound care.

Key words: A breast. A carcinoma. A reconstruction. A nursing care. A patient.

PŘEDMLUVA

Zhoubný nádor prsu se v dnešní době zařazuje mezi nejčastější onkologické onemocnění postihující ženy. U většiny žen zahrnuje onkologická léčba také operační výkon, při kterém je nutná ablace (chirurgické odstranění) postiženého prsu, čímž dochází k velkému narušení fyzického vzhledu a především psychického stavu. Většina žen však není dostatečně informována o možnostech plastické chirurgie, která celým spektrem rekonstrukčních výkonů dokáže ženě navrátit její fyzický vzhled a duševní pohodu.

Tato práce vznikla ve snaze zaměřit se na problematiku onkologického onemocnění prsu u žen a zprostředkovat co nejvíce informací o možnostech náhrady prsu.

Výběr tématu práce byl ovlivněn studiem oboru ošetrovatelství, při kterém jsem absolvovala odbornou praxi na klinických pracovištích, kde jsem se stále častěji setkávala s ženami postiženými nádorovým onemocněním prsu. Rozšířenost tohoto onemocnění mě inspirovala k vytvoření komplexního ošetrovatelského procesu u pacientky s plasticko – chirurgickou rekonstrukcí prsu.

Práce je určena ženám s tímto onemocněním, kterým musel být odstraněn prs, aby je informovala a ukázala jim cestu do ordinace plastického chirurga. Dále je práce určena studentům a sestřám, které se věnují nebo se zajímají o tuto problematiku.

Na tomto místě bych chtěla poděkovat vedoucí bakalářské práce paní PhDr. Andree Pohlové za podnětné rady, pedagogické usměrnění, podporu, trpělivost a množství času, které mi ochotně poskytla a věnovala při vypracovávání bakalářské práce.

OBSAH

ÚVOD.....	10
TEORETICKÁ ČÁST.....	11
1 Vnímání ženského prsu v historii.....	11
2 Patofyziologie karcinomu prsu	12
2.1 Etiologie a rizikové faktory.....	12
2.2 Symptomatologie	13
2.3 Diagnostika.....	13
2.3.1 Mamografie a mamografický screening.....	13
2.3.2 Ultrasonografie.....	14
2.4 Samovyšetřování prsů pohmatem	14
2.5 Staging.....	15
2.6 Možnosti léčby karcinomu prsu	15
2.6.1 Radioterapie	15
2.6.2 Chemoterapie	16
2.6.3 Hormonální terapie.....	16
2.6.4 Chirurgická léčba	17
3 Rekonstrukce prsu po mastektomii	18
4 Rozdělení rekonstrukčních výkonů.....	19
4.1 Rekonstrukce implantáty.....	20
4.2 Rekonstrukce živou tkání	20
4.2.1 Stopkovaný TRAM	21
4.2.2 Volný TRAM	21
4.3 Rekonstrukce kombinací živé tkáně a implantátů.....	22
4.3.1 Fasciokutánní lalok	22
4.3.2 Muskulokutánní lalok.....	22
4.4 Rekonstrukce areolomammilárního komplexu	22
5 Pooperační onkologické sledování pacientky s rekonstrukcí prsu.....	24
6 Psychosociální aspekty mastektomie a rekonstrukce prsu.....	25
6.1 Psychologická rehabilitace.....	25
6.2 Fyzikální rehabilitace	26
6.3 Sociální rehabilitace	26

7	Role sestry při ošetrovatelské péči o pacientku s rekonstrukcí prsu pomocí implantátu.....	28
	PRAKTICKÁ ČÁST.....	30
8	Lékařská dokumentace.....	30
8.1	Identifikační údaje.....	30
8.2	Lékařská anamnéza.....	30
8.3	Ordinovaná vyšetření.....	32
8.4	Terapie.....	34
9	Ošetrovatelská dokumentace.....	35
9.1	Fyzikální vyšetření sestrou podle Kozierové.....	35
9.2	Ošetrovatelská anamnéza dle M. Gordonové rozpracovaná do 13 – ti diagnostických domén.....	36
9.2.1	Podpora zdraví.....	36
9.2.2	Výživa.....	36
9.2.3	Vylučování a výměna.....	37
9.2.4	Aktivita – odpočinek.....	37
9.2.5	Vnímání – poznávání.....	38
9.2.6	Vnímání sebe sama.....	38
9.2.7	Vztahy.....	38
9.2.8	Sexualita.....	39
9.2.9	Zvládání zátěže – odolnost vůči stresu.....	39
9.2.10	Životní principy.....	39
9.2.11	Bezpečnost – ochrana.....	40
9.2.12	Komfort.....	40
9.2.13	Růst / vývoj.....	40
9.3	Souhrn ošetrovatelských problémů.....	41
9.4	Souhrn ošetrovatelských diagnóz.....	41
9.5	Plán ošetrovatelské péče.....	42
10	Denní péče o pacientku.....	55
10.1	Den první – 7.12. 2009.....	55
10.2	Den druhý – 8.12. 2009.....	56
10.3	Den třetí – 9.12. 2009.....	56
10.4	Den čtvrtý – 10.12. 2009.....	57
10.5	Den pátý - 11.12. 2009.....	57

10.6 Den šestý – 12.12. 2009	57
11 Edukace	58
12 Doporučení pro praxi	61
ZÁVĚR.....	62
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	63
SEZNAM PŘÍLOH	

SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK

Tabulka 1 Krevní obraz.....	32
Tabulka 2 Močový sediment.....	32
Tabulka 3 Biochemické vyšetření krve.....	33

ÚVOD

Nejčastěji diagnostikovaným nádorovým onemocněním u žen je karcinom prsu. Každoročně je v ČR zjištěno okolo 5 000 nových případů tohoto onemocnění. Nejčastěji se vyskytuje u žen ve věkovém rozmezí 40 – 50 let, ale výjimkou není ani u žen mladšího věku. Mnoho žen si vůbec nechce připustit, že by právě je mohlo něco takového postihnout, proto nekladou důraz na preventivní prohlídky a velmi důležité samovyšetřování prsů a k lékaři přicházejí již v pokročilém stadiu onemocnění.

Karcinom prsu výrazně ovlivňuje a omezuje všechny oblasti pacientčina života. Důležitou součástí komplexní péče u pacientek po prodělaném onkologickém onemocnění prsu by měla být plastická chirurgie s celou řadou rekonstrukčních výkonů. Rekonstrukce prsu po mastektomii (chirurgický výkon, při kterém je odstraněn prs nebo jeho část) má velmi kladný dopad na psychický stav pacientek. Zbavuje je psychického trápení kvůli chybějícímu prsu. Po mastektomii ženy často trápí pocity méněcennosti, sníženého sebevědomí, studu a tím narušeného sexuálního života. Plastická chirurgie a její rekonstrukční výkony mohou pacientce opět navrátit hlavní symbol ženské krásy a ztracený pocit ženskosti.

Cílem mojí bakalářské práce bylo komplexně popsat realizaci ošetrovatelského procesu u pacientky s plasticko – chirurgickou rekonstrukcí prsu.

V teoretické části jsme se zaměřily na zprostředkování co nejvíce informací o nádorovém onemocnění prsu, možnostech léčby, rekonstrukčních výkonech prsů, pooperačním onkologickém sledování pacientek, psychosociálních aspektech a neopomněly jsme zdůraznit velmi důležitou roli sestry při ošetrování pacientek s rekonstrukcí prsu.

V praktické části jsme pomocí ošetrovatelské dokumentace dle M. Gordonové rozpracované do třinácti diagnostických domén realizovaly ošetrovatelský proces u konkrétní pacientky. Zhodnotily jsme její problémy, vytvořily individuální plán komplexní ošetrovatelské péče, který jsme se snažily plnit a na závěr zhodnotit.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Vnímání ženského prsu v historii

Ženský prs dnes představuje jeden z nejdůležitějších atributů ženské krásy. Vždy tomu tak nebylo. Jak dokládají historické záznamy, role prsu se měnila od starověku až po současnost.

Nahlédneme – li do dávné minulosti, ženy byly v tomto období uctívány jako bohyně plodnosti, bohyně matky a bohyně živitelky. Do dnešní doby dochovaná soška Venuše z Grimaldi, stará 23 000 let, je ztvárněna jako žena s bujným poprsím vyjadřujícím naději blahobytu. V krajích tzv. Úrodného půlměsíce představovala prsa znak blahobytu, jejich model byl uctíván v domovech a svatyních obdobným způsobem, jakým moderní křesťané uctívají kříž a obrazy Panny Marie. Ve starém Egyptě byli faraonové zpodobňováni u prsu kojící bohyně lásky a plodnosti Aštar při narození, při korunovaci, nebo po své smrti. Podobu kojící bohyně měla také Isis, která byla dávana na úroveň samotnému královskému trůnu. Soška bohyně Isis kojící syna Hóra je považována za pravzor pro vyobrazení Kojící madony ze 14. století.

Z pohledu dějin představují další významný prvek prsa erotická. První záznamy o sexuální symbolice ženského prsu nacházíme z doby bronzové na Krétě. Na zdech paláce v Knóssu, na vázách i sarkofázích jsou vyobrazeny ženy, které mají odhalená ňadra a nohy zakryty zvonovitou suknicí. Bohyně lásky Afrodita (Venuše), byla od počátku 4. století před Kristem znázorňována s jasně se rýsujícími nebo zcela obnaženými prsy. Pro to, jak dalece představovala prsa symbol ženské krásy, svědčí i četné příklady z počátku našeho letopočtu a středověku, kdy byly ženy trestány za různá provinění zohavením prsů, nebo dokonce jejich odříznutím. Ztráta prsu pro jeho vážné onemocnění může u ženy i v dnešní době vyjadřovat krutou analogii, která má však své etické i sociální opodstatnění. Jakákoli snaha zmírňující ženám toto utrpení, by měla být morální povinností (DRAŽAN et al., 2006).

2 Patofyziologie karcinomu prsu

Karcinom prsu je nejčastějším zhoubným nádorem u žen a zaujímá druhé místo v žebříčku příčin úmrtnosti na karcinom. Nádor je tvořen bez kontroly rostoucími buňkami, které mohou ničit okolní tkáň a orgány. Růst nádoru je zapříčiněn nekontrolovatelným růstem buněk, které se vymkly kontrolním mechanismům organismu pacientky. Nejprve nádor roste pomalu a jen na jednom místě, nazývá se neinvazivní. Později však může pronikat agresivně do okolní tkáň, nazýváme jej invazivním. Pokud nejsou zhoubné nádorové buňky zničeny obrannými mechanismy organismu, pronikají mizní cestou do mizních (lymfatických) uzlin, usazují se zde a vytváří dceřiná ložiska – lymfatické metastázy. Nejčastěji se lymfatické metastázy vyskytují v axilárních (podpažních) lymfatických uzlinách. Hovoříme o místním (lokoregionálním) postižení. Zhoubné buňky se však do orgánů hostitele mohou šířit také krevními cévami a vytváří vzdálená dceřiná ložiska – hematogenní metastázy. V tomto případě se jedná o onemocnění systémové. Krevní cestou se karcinomy nejčastěji šíří do plic, jater, kostí, mozku (VORLÍČEK et al., 2006).

„Počet hlášených nových onemocnění zhoubnými novotvory prsu výrazně vzrůstá, ale úmrtnost od roku 1990 (s výjimkou roku 1995) zůstává prakticky nezměněna” (DRAŽAN et al., 2006, s. 23).

2.1 Etiologie a rizikové faktory

Příčiny vzniku karcinomu prsu nejsou známé a zatím nelze přesně předpovídat, koho postihne. Jsou známy určité rizikové faktory, které se mohou podílet na vzniku karcinomu prsu:

- a) genetické faktory – výskyt karcinomu prsu v rodině
- b) vyšší věk – zvýšené riziko od 35. roku života
- c) životní styl – alkohol, kouření, fyzická aktivita, stravovací návyky
- d) hormonální stimulace – dlouhodobá léčba estrogeny, obezita, bezdětnost, první těhotenství po 35. roce života, první menstruace před 12. rokem života, vyšší věk přechodu

2.2 Symptomatologie

Zhoubný nádor se zprvu nemusí vůbec projevit a ženě nezpůsobuje žádné obtíže. Nejčastější varovné příznaky, které mohou upozornit na přítomnost karcinomu prsu jsou: a) hmatatelná rezistence v prsu

b) bolestivost, zarudnutí, otok prsu

c) vtažení či oploštění bradavky

d) sekrece z bradavky

e) nápadné zvětšení jednoho prsu

f) tvorba hrbolků a důlků na prsu

g) rozšířená žilní pleteň na prsu

h) odlišnost v souhybu postiženého prsu (SLEZÁKOVÁ a kol., 2008).

2.3 Diagnostika

Pro úspěšnou léčbu karcinomu prsu je nejdůležitější jeho včasná diagnostika. Mezi hlavní diagnostické metody patří řádný odběr anamnézy ženy, samovyšetřování prsů, klinické vyšetřování prsů lékařem, krevní vyšetření příslušných nádorových markerů (ukazatelů) a dále zobrazovací metody, jako jsou mamografické vyšetření, ultrasonografie, CT (komputerová tomografie), magnetická rezonance (KONOPÁSEK et al., 1997).

2.3.1 Mamografie a mamografický screening

Jedná se o základní zobrazovací metodu u většiny žen. Většinou se neprovádí u mladých žen, které mají prsy bohaté a hutné. Při vyšetření je potřeba prs dostatečně stlačit, aby bylo možné dosáhnout co nejvyšší kvality snímků. Obvykle se provádí čtyři snímky. K mamografickému vyšetření prsů slouží speciální přístroj, nazývaný **mamograf**.

V České Republice byl dnem 1. 9. 2002 zahájen **mamografický screening**, tzn. preventivní mamografické vyšetřování ženské populace ve věku od 45 do 69 let.

Ženy v tomto věkovém rozmezí by měly každé dva roky bezplatně absolvovat preventivní mamografické vyšetření prsů. Na doporučení lékaře mohou toto vyšetření absolvovat také ženy jiné věkové kategorie, které si ovšem vyšetření musí uhradit.

2.3.2 Ultrasonografie

Při vyšetřování prsů je druhou nejhlavnější zobrazovací diagnostickou metodou. U mladých žen s příznaky onemocnění prsu, je metodou číslo jedna. Pro starší ženy je vhodnou doplňkovou metodou. K tomuto vyšetření je potřebný velmi kvalitní přístroj se speciální sondou, která umožní ukázat prs a jeho tkáně s vysokým rozlišením (KONOPÁSEK et al., 1997).

2.4 Samovyšetřování prsů pohmatem

Samovyšetřování vlastních prsů se řadí mezi nejjednodušší a jednu z nejučinnějších metod pro včasné odhalení nemoci prsu. Vyšetření prsů si většinou žena provádí sama opakovaně každý měsíc ve stejnou dobu. Nejvhodnější období bývá 2 - 3 dny po skončení menstruace, protože prsy nejsou napjaté. Samovyšetřování prsů se provádí několika způsoby.

Samovyšetřování prsů je pro většinu žen velmi složité a trvá dlouhou dobu, než se žena naučí své prsy správně vyšetřovat. Velmi důležitá je edukace (poučení) a praktický nácvik lékařem! Ženě by měl být nabídnut dostatek informačních brožur či videozáznamů s praktickou ukázkou a řádným vysvětlením technik samovyšetřování prsů. V případě potřeby, by žena měla vědět, že se kdykoli může obrátit o pomoc na svého gynekologa či jiný zdravotnický personál, který by měl techniky samovyšetřování prsů ovládat a být ženě nápomocný (ABRAHÁMOVÁ et al., 2009; ŽALOUĐÍK, 2008).

„Samovyšetřování nikdy nemůže nahradit vyšetření lékařem a v žádném případě nemůže nahradit mamografický screening” (ABRAHÁMOVÁ et al., 2009, s. 52)!

2.5 Staging

Po potvrzení diagnózy karcinomu prsu, je zapotřebí provést ještě řadu dalších vyšetření, která určí, jestli se nádor nachází jen v prsu, nebo zda se onemocnění nerozšířilo také mimo prs. Cílem těchto vyšetření je určit tzv. stádium onemocnění, které nám napomáhá stanovit rozsah onemocnění a velikost nádoru. V případě, že se nádorové buňky šíří do jiných míst v těle, mohou zakládat dceřiná ložiska (metastázy).

Staging, nebo – li zařazení onemocnění do určitého stadia se značí čísly 0 - IV. Určení stadia onemocnění je nápomocné lékařům, při zvolení nejvhodnějšího léčebného postupu a odhadu prognózy onemocnění (BECKER et al., 2005).

„Každá pacientka má právo ptát se na stádium svého onemocnění“ (ABRAHÁMOVÁ et al., 2009, s. 66).

2.6 Možnosti léčby karcinomu prsu

Ztráta nebo deformace prsu při léčbě zhoubného nádoru prsu postihuje ženu ve dvou rovinách. Vedle obav z dalšího osudu, léčby a zdravotního stavu, trápí většinu žen obavy z toho, jak jejich život ztráta dominantního symbolu ženskosti změní. Většina žen přijme své onemocnění daleko vstřícněji, když se s informací o nutnosti odstranění prsu dozví také o možnosti plasticko - chirurgické rekonstrukce prsu.

Péče o ženy se zhoubným nádorem prsu je mezioborová! Podílí se na ní mamolog, chirurg, onkolog, radiodiagnostik, patolog, gynekolog a významnou funkci má také psycholog.

2.6.1 Radioterapie

Principem radioterapie je cílené ozařování nádoru, které způsobí ve všech ozářených buňkách nevratné změny, v opakovaných cyklech. Tyto změny vedou ke smrti nádoru, ale i k poškození všech tkání ozářených zároveň s ním. Proto se ozařování důkladně plánuje, aby nádorové buňky dostaly co největší dávku záření,

zatímco zdravá tkáň byla co nejvíce ušetřena. Požadovanou dávku záření nelze nádoru podat najednou, proto se celková dávka rozdělí do jednotlivých malých dávek – frakcí. Pacientka je ozařována opakovaně, z různých směrů a v různém rozsahu (CIBULA et al., 2009).

2.6.2 Chemoterapie

Principem protinádorové chemoterapie je nitrožilní podávání toxických látek, které narušují buněčné dělení – cytostatik. Cytostatika poškozují hlavně ty buňky v organismu, které se rychle dělí. Kromě nádorových buněk, pro které je nekontrolovatelné dělení charakteristické, jsou to dále zejména buňky výstelky trávicího traktu, dále krvetvorné buňky kostní dřeně a buňky vlasových váčků, zodpovědné za růst vlasů. Cytostatika jsou ze své podstaty látky velmi toxické. Po jejich podání do organismu se tedy objevují nepříjemné vedlejší příznaky, jako jsou nevolnost, zvracení, nechutenství, hubnutí, kožní reakce, vypadávání vlasů, obočí, řas, neplodnost, osteoporóza (CIBULA et al., 2009).

2.6.3 Hormonální terapie

Hormonální terapie připadá v úvahu u nádorů, které pro svůj růst potřebují ženské pohlavní hormony. Často platí, že čím pokročilejší nádor je, tím více jeho hormonální závislost klesá. Hormonální terapie může být dvojitá.

Chirurgická hormonální terapie – u žen před přechodem se někdy odstraňují vaječníky, protože jsou hlavním zdrojem ženských pohlavních hormonů.

Medikamentózní hormonální terapie – podávají se látky, které blokují účinek estrogenů (ženských pohlavních hormonů), nebo tzv. inhibitory aromatáz, což jsou léky, které tělu zabraňují vytvářet vlastní pohlavní hormony (KLENER et al., 2010).

2.6.4 Chirurgická léčba

Podle velikosti, typu a rozšíření nádoru je možné přistoupit k některé ze tří operací, které odebírají různé množství tkáně prsu.

- **Parciální mastektomie** – prs zachovávající zákrok, při kterém se vyjme jen nádor, část okolní tkáně, případně i část uzlin z podpaží. Jizva po operaci je velmi malá a prs zůstává zachován.
- **Totální mastektomie** – při operaci se odebere celý prs, případně uzliny z podpaží.
- **Radikální mastektomie** – při operaci se odebere celý prs a všechny uzliny z podpaží (BECKER et al., 2005).

3 Rekonstrukce prsu po mastektomii

Každý operační výkon prsů, ať už částečné či úplné odstranění přináší určitou deformaci prsů, s kterou se většina žen velmi špatně a dlouho vyrovnává. Dochází k velkému zásahu do tělesné citlivosti. Ženy sužují představy o ztrátě ženské přitažlivosti, atraktivnosti, sexuální méněcennosti, strachu z odmítnutí, ztráty životního partnera či přátel a obavy z dalšího osudu. Mnoho žen přijme svou diagnózu mnohem vstřícněji, když jsou od lékaře informovány o možnosti plasticko - chirurgické rekonstrukce postiženého prsu.

Rekonstrukční výkony prsů je možné provádět u žen postižených nádorovým onemocněním, kterým bylo nutné odstranit prs či jeho část z léčebného důvodu. Možnosti rekonstrukce se odvíjí od rozsahu chirurgicky odstraněné tkáně. Při rekonstrukčních výkonech je možnost použití vlastních svalových laloků, umělých prsních implantátů nebo kombinaci obou metod. Rozhodnutí o tom, kdy a jak výkon provést závisí především na onkologovi, psychologovi a genetikovi, přestože samotný výkon provádí plastický chirurg.

První zmínky o rakovině prsů a její chirurgické léčbě se hledají daleko ve středověku, ovšem toto se netýká rekonstrukčních výkonů prsů. V roce 1953 byl americkou Společností pro boj s rakovinou založen spolek Reach to Recovery, který informoval ženy po odstranění prsů o možnostech náhrady protézami. Obrovský přínos pro rekonstrukční výkony prsů byl zaznamenán v roce 1963, kdy byly Croninem objeveny a do klinické praxe uvedeny silikonové implantáty, ale pro rekonstrukci prsu byly použity poprvé v roce 1977. Dále se objevovala řada dalších druhů a způsobů operačních výkonů, které při prsních rekonstrukcích využívají jak umělé implantáty, tak vlastní laloky či propojení obou metod (DRAŽAN et al., 2006; MĚŠŤÁK, 2007).

4 Rozdělení rekonstrukčních výkonů

Hlavním cílem všech rekonstrukcí prsů je dosažení obnovení celistvosti hrudníku, snaha o symetrii hrudníku v objemu a tvaru prsů. Při rozhodování o způsobu rekonstrukce prsu hraje důležitou roli zbývající množství a kvalita kůže prsu. Hlavní potaz při volbě způsobu rekonstrukce prsu je brán na to, zda se bude či nebude muset rekonstruovat kožní kryt lalokem. Poté je důležité rozhodnutí, zda rekonstruovat také implantátem, nebo využít k doplnění objemu prsu pouze lalok či kombinaci obou metod. Neméně důležitou roli hraje také vhodné načasování rekonstrukce prsu.

Okamžitá rekonstrukce prsu je varianta, kdy při jednom výkonu dochází jak k odstranění části či celého prsu, tak k okamžité rekonstrukci postiženého prsu. Nejčastěji se tento postup využívá u tzv. profylaktických operací, kdy se odebírá potencionálně nebezpečná tkáň. K rekonstrukci prsu se nejčastěji užívá silikonových implantátů.

Odložená rekonstrukce prsu je výkon, který se provádí po absolvování všech vyšetření potřebných ke zjištění stadia a druhu nádoru, nejčastěji za několik týdnů až měsíců. Provádí se velmi vzácně v případech, kdy je dostačující pouze chirurgický výkon, který není potřeba doplnit onkologickou léčbou.

Rekonstrukce prsu se nejčastěji provádí po absolvování vyšetření zaměřených na případné druhotné šíření nádoru a onkologické léčby. Výkon je možný provést nejdříve po jednom roce od odstranění prsu.

Jednou z možností náhrady chybějícího prsu je také tzv. epitéza, imitace prsu, která se vyrábí na míru. Epitéza není pevně připevněna k tělu, pouze se vkládá do podprsenky. Tento způsob náhrady prsu může být pouze přechodný, v období před rekonstrukčním výkonem (REMEŠ, R. 2009. *Rekonstrukce prsu* [online]. [cit. 2010-15-03 v 13:50h]. Dostupné z WWW: <<http://www.plasticka-chirurgie.info/zakroky/rekonstrukce-prsu>>.

4.1 Rekonstrukce implantáty

Rekonstrukce prsu implantáty zahrnuje jeden až dva výkony, při nichž není zapotřebí odebírat lalok na vzdáleném místě. Aplikace implantátů je vhodnou variantou především u menších pevných prsů, při subkutánních (podkožních), kůži šetřících nebo prsní tkáň šetřících výkonech. Při rekonstrukci větších prsů, je možnost využití zvláštního druhu implantátu, tzv. expandér, což je silikonový vak s plnicím ventilkem. Expandér se v období 6 týdnů po výkonu naplňuje injekční stříkačkou přes kůži gelem nebo fyziologickým roztokem. Plnění expandéru se uskutečňuje v rozmezí 1 – 2 týdnů, kdy je pokaždé naplněn o 50 – 100 ml. Postupným naplňováním expandéru se natahuje kůže nad ním, čímž se dosáhne dostatečného množství tkáně, kterým se dá následně překrýt implantát potřebné velikosti. V čase 1 - 5 měsíců po celkovém naplnění expandéru, je možnost náhrady expandéru silikonovým implantátem, nebo ponechání naplněného expandéru trvale. Nejčastěji využívaný je **Beckerův expandér**, který se skládá z vnějšího obalu naplněného silikonem a vnitřní expanzní komory.

Jako každý výkon i rekonstrukce implantáty může mít určité nevýhody. Nejčastěji vytváření vazivového pouzdra a svrašťování implantátu. Následkem svrašťování dochází ke změnám tvaru, velikosti a polohy prsu. Svrašťování se může objevit kdykoli po operaci, také až v odstupu několika let, avšak nejsou známy jeho příčiny. Velmi často se objevuje u pacientek, kterým byla po mastektomii aplikována radioterapie na hrudník (MĚŠŤÁK, 2007).

4.2 Rekonstrukce živou tkání

Při této rekonstrukční metodě je využívána živá tkáň – laloky, které je možno odebírat z okolí prsu i ze vzdálenějších míst. Hlavní výhodou rekonstrukce prsu pomocí laloku je, že prs se navždy stává součástí těla pacientky a nedochází ke vzniku vazivového pouzdra okolo implantátu. Laloky jsou složeny z tukové tkáně s vlastní cirkulací (oběhem), proto nedochází k pooperačním tvarovým změnám, tkáň nemůže být odloučena. Pouze mohou nastat změny velikosti prsu při změně hmotnosti (DRAŽAN et al., 2006).

Hlavními nevýhodami rekonstrukce využívající živou tkáň jsou déletrvající operační výkon cca 4 – 5 hodin. Může se vyskytnout riziko ztráty laloku nebo jeho části, pokud by došlo k poruše cirkulace lalokem, dále riziko komplikací v místě, kde byl lalok odebrán, např. vyklenutí stěny břišní.

Nejčastěji se využívá tzv. **TRAM lalok** (transverse rectus abdominis musculocutaneous flap), což je lalok z příčného břišního svalu, odebírán z podbřišku ženy (DRAŽAN et al., 2006).

4.2.1 Stopkovaný TRAM

Stopkovaný TRAM je nejstarší metodou využívanou k rekonstrukci prsu živou tkání. Výkon se provádí pomocí stopkovaného transverzálního muskulokutánního laloku na přímém břišním svalu. Při použití této rekonstrukční metody, je nutno oddělit s lalokem také 60 – 100% přímého břišního svalu, což má za následek oslabení břišní stěny. Prevencí vytvoření pooperační kýly v oblasti defektu stěny břišní je krytí sítkou.

4.2.2 Volný TRAM

Volný TRAM znamená přenos tkáně podbřišku, jehož kožní a tuková složka je stejná jako u stopkovaného TRAMU. Výkon se provádí pomocí volného transverzálního muskulokutánního laloku na přímém břišním svalu. Po připravení se lalok kompletně oddělí od stěny břišní, volně se přenesse na hrudník, kde za použití mikroskopu dojde ke spojení přírodních a odvodných cév, čímž se v laloku obnoví cirkulace (krevní oběh). Nespornou výhodou volného TRAMU je menší zásah do přímého břišního svalu, čímž se minimalizuje riziko pooperační kýly a oslabení svaloviny stěny břišní. (DRAŽAN et al., 2006).

4.3 Rekonstrukce kombinací živé tkáně a implantátů

Rekonstrukce kombinací živé tkáně a implantátů je označována za jednu ze základních metod. Výhoda spočívá v jednoduchém výkonu, který umožňuje v určité míře nahradit chybějící kůži. Jako živá tkáň je většinou používán z nadbřišku fasciokutánní (povázkový) lalok nebo muskulokutánní (svalový) lalok *musculus latissimus dorsi*.

4.3.1 Fasciokutánní lalok

Tento způsob rekonstrukce prsu byl v roce 1985 publikován Holmstromem, který jej nazval jako laterální (postranní) torakodorzální (na hrudníku směrem na zadní stranu zad) lalok. Při rekonstrukci torakodorzálním lalokem je nutné myslet na velikost prsu, měkkost a symetrii tvaru prsu. Výhody tohoto postupu spočívají v jednoduchosti výkonu, snadném vytvarování prsu a skoro neviditelné jizvě. Výkon není doporučován provádět u žen, kterým chybí velký prsní sval a pokud podstoupily ozařování postižené oblasti.

4.3.2 Muskulokutánní lalok

Způsob rekonstrukce lalokem za použití kůže a širokého svalu zádového byl poprvé využit v roce 1977 Muhlbauerem a Olbrischem. Široký sval zádový (*musculus latissimus dorsi*) má na zádech podobné vějířovité rozložení jako v oblasti hrudníku velký prsní sval (*musculus pectoralis major*), proto je možné jednoduché přemístění k náhradě prsním svalem, díky jeho silné a dlouhé cévní stopce. Tímto širokoplošným svalem je možné pokrýt celou přední hrudní stěnu od klíční kosti až k podprsní jamce a také od hrudní kosti k podpažní čáře. Tento lalok se hojně používá u rekonstrukce prsu po radikální mastektomii nebo u méně rozsáhlých defektů (DRAŽAN et al., 2006; MĚŠŤÁK, 2007).

4.4 Rekonstrukce areolomamilárního komplexu

Rekonstrukce areolomamilárního komplexu znamená rekonstrukci prsního dvorce a bradavky, což je závěrečnou částí rekonstrukce prsu po mastektomii.

Vytvoření dvorce a bradavky dodává rekonstruovanému prsu přirozený vzhled, kdy dochází k obnovení symetrie prsu. Hlavním úkolem tohoto výkonu je správné umístění, vzhled, velikost a barva, vždy v porovnání s druhým prsem.

Vhodný způsob rekonstrukce prsního dvorce je za pomoci kožního štěpu, který je nejčastěji odebírán z horní vnitřní strany stehna v třísle nebo z druhého dvorce. V oblasti stydkých pysků a zadní části třísel je tmavší kůže než na ostatních místech. Po přenosu obvykle dochází ke ztmavnutí transplantátu a vytvoření pigmentace. V případě, že by došlo k vyblednutí transplantátu, nabízí se řešení umělou tetovází.

Nejnáročnějším úkolem se stává rekonstrukce prsní bradavky. Nutností je vymodelovat barevně stejnou a prostorově symetrickou bradavku. Tento výkon může být proveden nejdříve s odstupem 3 měsíců od rekonstrukce prsní tkáně. Prsní tkáň musí být zcela zhojena a tvarově stabilní (DRAŽAN et al., 2006; MĚŠŤÁK, 2007).

5 Pooperační onkologické sledování pacientky s rekonstrukcí prsu

Pro onkologické sledování pacientky s rekonstruovaným prsem jsou velmi důležité informace, pro jaký onkologický stav byla mastektomie nezbytná a jakým způsobem byla mastektomie a následující rekonstrukce provedena. V případě, že byla pacientka již léčena pro invazivní karcinom, bude se u ní provádět komplexní onkologické sledování, což znamená laboratorní vyšetřování onkologických ukazatelů, ultrasonografie, scintigrafie, rentgenový snímek plic. Pokud byla pacientka léčena pro neinvazivní karcinom, sledují se jen prsy.

Důležité je vědět, jaký byl proveden typ mastektomie. Podstoupila – li pacientka provedení radikální či parciální mastektomie, neměla by se v prsu vyskytovat žádná část mléčné žlázy a není potřeba provádět mamografii. Jinak se provádí jedenkrát za rok. Vyšetřování prsů se provádí pohmatem, eventuálně ultrasonografie jedenkrát za půl roku až rok. V případě, že byla provedena profylaktická subkutánní (podkožní) mastektomie se vyšetření zaměřuje na oblast pod prsní bradavkou a dvorcem. Vedle vyšetření pohmatem a ultrasonografie, se může provádět také mamografie s odtlačení implantátu či laloku dozadu.

Zajímá nás také metoda provedené rekonstrukce, zda byl použit implantát či lalok. U klinicky bezpříznakového laloku, bez hmatné rezistence není vyžadováno žádné vyšetřování, stejně tak jako u prsu rekonstruovaného implantátem, pokud je klinicky bezpříznakový (bez rezistence v podkoží, beze změny tvaru a velikosti, měkký, nebolestivý). Je – li přítomný některý z klinických příznaků, je indikováno ultrasonografické vyšetření nebo magnetická rezonance (VORLÍČEK et al., 2006; DRAŽAN et al., 2006).

6 Psychosociální aspekty mastektomie a rekonstrukce prsu

Léčebná rehabilitace pacientky s karcinomem prsu se zahajuje již při první návštěvě u lékaře. Rozdělujeme ji na psychologickou, fyzikální a sociální.

6.1 Psychologická rehabilitace

Psychologická rehabilitace začíná okamžitě při podezření na zhoubné onemocnění, které se stává velmi závažným zásahem do lidského života a přináší nejen obtíže a obavy související s přítomností nádoru, ale je velmi složité také ze sociálního a psychického hlediska.

Lékař je povinen pacientku velmi přesně, srozumitelně, pravdivě a šetrně informovat o diagnóze a léčebných postupech. Pro pacientku jde o psychologicky velmi složité životní období, kdy se musí sžít s onemocněním, které ji bude ve vzpomínkách provázet celým dalším životem. Nejdůležitějším a velmi obtížným úkolem je přijetí a zvládnutí diagnózy jako nevyhnutelného faktu. Okamžitě se objevuje strach z onemocnění, léčby a léčebných postupů, bolesti, strádání, soběstačnosti, budoucnosti, pacientka se bojí, že bude na obtíž svému okolí (OPATRŇÁ, 2008; KUTNOHORSKÁ, 2007).

Nejlepším způsobem, jak se od počátku vyrovnat s diagnózou a danou skutečností, je komunikace s ošetřujícím lékařem. Pacientka si klade spoustu různých otázek, na které si není schopna sama odpovědět. Měla by mít možnost všechny otázky sdělit svému ošetřujícímu lékaři, který jí podá co nejvíce informací. „Mnohem horší je strach z neznámého, než zvládnutí obav z již vyslovené skutečnosti“ (ABRAHÁMOVÁ et al. ,2009, s. 120).

Další rada je komunikovat o sobě a svých problémech s rodinou a blízkými, neuzavírat se do sebe, nevzdávat se svého zaměstnání a neztrácet běžný život. Velmi osvědčená je také komunikace s ostatními pacientkami se stejným onemocněním, které mají již za sebou léčbu a sdružují se ve spoustě organizací (TSCHUSCHKE, 2004; VOJÁČKOVÁ, 2003).

Dojde – li k situaci, že pacientka situaci nezvládá ani s pomocí rodiny a přátel, je nutné sdělit svůj stav ošetřujícímu lékaři, který pacientce pomůže opakovanou konzultací u psychologa. „I duše stůně a je třeba jí pomoci” (ABRAHÁMOVÁ et al., 2009, s. 121).

6.2 Fyzikální rehabilitace

Fyzikální rehabilitace je soustava různých cviků, jejichž cílem je předejít možným nepříznivým pohybovým následkům operačního výkonu. Měla by být zahájena ihned po operačním výkonu. Zahrnuje se do ní také správné používání prsních epitéz, které napomáhají správnému držení těla. Pokud je to možné, doporučuje se cviky provádět před zrcadlem kvůli kontrole symetrie pohybu nemocné a zdravé paže alespoň třikrát denně, vždy 10 – 15 minut. Cviky určené k provádění po zhojení jizvy je nutné provádět dále, i po kompletním rozcvičení paže.

Od prvního pooperačního dne se začínají nacvičovat aktivní pohyby prstů, zápěstí, lokte na straně operované i neoperované a také dechová rehabilitace. Vhodné je začít s procvičováním stisku ruky, za pomoci měkkého míčku, který pacientka opakovaně stiskne dlaní, kdy dochází k procvičování nejen prstů, ale také svalů celé paže. Od druhého pooperačního se začíná cvičit v sedě s podloženou paží na stole. Postupně se přidávají náročnější cviky, např. kyvadlový pohyb paže ve stoje s opřením předloktí o čelo židle, cviky pažemi v leže, trénování dosahu a roztahování paží (KOPECKÝ, 2000).

6.3 Sociální rehabilitace

Sociální rehabilitace představuje znovuzařazení pacientky do společnosti. Týká se návratu do zaměstnání a společenských aktivit. Velmi citlivou situací je, pokud to zdravotní stav vyžaduje, zavedení důchodového řízení, kde mohou významně napomoci sociální pracovníci. Okolnosti návratu k běžnému způsobu života po prodělaném onemocnění jsou u každé pacientky individuální a závisí na mnoha faktorech (ABRAHÁMOVÁ et al., 2009).

Velmi záleží na druhu onemocnění a momentálním zdravotním stavu. V případě, že byl karcinom prsu diagnostikován včas a není potřeba razantní léčby, nemusí do běžného života pacientky příliš významně zasáhnout. Karcinom již v pokročilém stadiu vyžaduje velmi intenzivní léčbu, která pacientku omezuje ve společenských aktivitách a představuje větší sociální dopad. Pacientka se musí vzdát svého zaměstnání, čímž dochází k omezení finančních možností jejích a její rodiny, strádá z pocitu nemožnosti dalšího uplatnění při invalidním důchodu, i když může být jen na přechodnou dobu. Vzniklou situaci by se měla snažit společně s pacientkou řešit také její rodina, ve které obvykle nachází největší oporu.

Pro většinu pacientek je z hlediska psychického a sociálního lepší, pokud to zdravotní stav dovoluje, snaha o návrat do zaměstnání. Setrvání v invalidním důchodu po skončení léčby pacientku vyřazuje ze společnosti, což může mít negativní dopad na její psychiku. Pokud má pacientka dobré rodinné zázemí a snaží se spolupracovat s ošetřujícím lékařem, je její situace o mnoho ulehčena (ABRAHÁMOVÁ et al., 2009).

7 Role sestry při ošetrovatelské péči o pacientku s rekonstrukcí prsu pomocí implantátu

Sestra je zodpovědná za řádné provedení předoperační přípravy, v jejímž rámci připravuje pacientku na oddělení po fyzické i psychické stránce a poskytuje pacientce dostatek informací a také následné pooperační péče.

Předoperační příprava začíná už rozhodnutím podstoupit operační výkon. Při přijetí k operačnímu výkonu je pacientka nejprve vyšetřena lékařem a poté ji sestra doprovodí na oddělení a uloží na pokoj. Nutností je, aby pacientka podepsala souhlas s operací, kde svým podpisem potvrdí, že byla poučena o typu operačního výkonu, možných rizicích a komplikacích a je ochotna tento výkon podstoupit. V předvečer operačního výkonu se pacientka osprchuje a sestra vyčistí pupečník a zkontroluje kůži v oblasti operačního pole. Večer pacientce v rámci předoperační přípravy podá léky dle ordinace anesteziologa, popřípadě ošetřujícího lékaře. Od půlnoci by pacientka neměla jíst, pít, kouřit. Ráno, v den operačního výkonu sestra podle časového plánu, kdy pacientka bude odvezena na operační sál, sestra podle ordinace anesteziologa aplikuje premedikaci (uklidňující příprava) a provede záznam do dokumentace. Dále pacientce pomůže navléci stahovací punčochy, sundat všechny šperky, popřípadě vyjmout a uložit umělou zubní protézu. Před odjezdem na operační sál se pacientka vymočí a převlékne do čisté košile. Sestra ještě jednou provede kontrolu dokumentace a odváží pacientku na operační sál, kde ji spolu s dokumentací předává anesteziologické sestře (WORKMAN et al., 2006).

Pooperační péče a rekonvalescence začíná v okamžiku, kdy si sestra pacientku přebírá společně s dokumentací, ve které by měly být uvedeny veškeré ordinace od lékaře z operačního sálu. Po příjezdu na oddělení sestra uloží pacientku na pokoj, zapíše čas převzetí do dokumentace, změří jí TK (krevní tlak), P (pulz), zkontroluje drény a stav obvazu operační rány. Pacientka má obvykle provedenou kompresi (stažení) hrudníku elastickými obinadly, proto jí sestra pomůže vyhledat vhodnou úlevovou polohu, která pro ni bude nejpříjemnější. Pacientku sestra pravidelně sleduje, měří TK, P, kontroluje obvaz na operační ráně a drény, nejčastěji v intervalech 15 minut podobu 1 hodiny a následně po 30 minutách několik hodin po

operačním výkonu podle ordinace anesteziologa. Sestra pacientku poučí, že do úplného probuzení nesmí jíst ani pít, podle ordinací lékaře aplikuje léky proti bolesti, preventivní dávky antibiotik jako profylaxi (prevenci) bakteriální infekce a infuzní terapii. Každou změnu zdravotního stavu pacientky zapisuje do dokumentace a ihned oznamuje lékaři. Po úplném probuzení pacientky sestra sleduje příjem a výdej tekutin a dbá, aby pacientku ještě v den operačního výkonu mobilizovala a doprovodila ji na toaletu, aby se vymočila. Denně kontroluje a zaznamenává do dokumentace výdej z drénů. Doba hospitalizace se odvíjí od délky ponechání drénů, obvykle 3 – 5 dní. Pacientka se po propustění dostaví ambulantně na vyndání stehů, většinou 7. – 10. pooperační den. Po dobu 3 týdnů po operačním výkonu by pacientka měla omezit zdvihání paže nad úroveň ramene (ZACHAROVÁ, 2007).

Péče o rány a jizvy je velmi důležitá pro výsledný kosmetický efekt. Výsledný vzhled jizvy se odvíjí od širokého spektra faktorů, přičemž jednou z podmínek je kvalitní chirurgické ošetřování a převazy. První převaz operační rány se obvykle provádí nejdříve 2. pooperační den, podle zvyklostí oddělení a stavu obvazu. Po dobu 4 – 8 týdnů po operačním výkonu je nutné, aby pacientka nosila speciální elastickou podprsenku ve dne i v noci. Tato podprsenka nahrazuje bandáž hrudníku elastickými obinadly, fixuje prs, napomáhá dosáhnout správného tvaru a zabraňuje posunu implantátu (SLEZÁKOVÁ et al., 2008).

PRAKTICKÁ ČÁST

8 Lékařská dokumentace

8.1 Identifikační údaje

Jméno: paní I. K.

Datum narození: 1959

Věk: 50 let

Zdravotní pojišťovna: VZP

Bydliště: Zvoleněves

Hospitalizována: Nemocnice Slaný

Vzdělání: středoškolské – všeobecná sestra

Stav: svobodná

Datum přijetí: 6. 12. 2009

Kontaktní osoba: matka V.

Ošetřovatelské dny: 7. 12. – 12. 12. 2009

Pacientka paní I. K. narozena v roce 1959, byla přijata na chirurgické oddělení Nemocnice Slaný dne 6. 12. 2009 k plánované rekonstrukci pravého prsu silikonovým implantátem po parciální mastektomii pro karcinom v roce 2007. Kompletní předoperační vyšetření absolvovala ambulantně dva týdny před nástupem k operačnímu výkonu.

8.2 Lékařská anamnéza

Osobní anamnéza: pacientka prodělala běžná dětská onemocnění, nikdy vážněji nestonala, v roce 2007 karcinom pravého prsu – st. p. mastektomii, osteoporóza, deprese, únava

Operace: mastektomie pravého prsu v roce 2007

adnexetomie v roce 2008

Úrazy: neudává

Alergická anamnéza: neudává

Rodinná anamnéza: matka 75 let – karcinom prsu

otec zemřel ve věku 68 let na akutní infarkt myokardu

syn 21 let – zdrav

Pracovní anamnéza: pracovala 27 let jako instrumentářka na operačních sálech chirurgického oddělení, později staniční sestra operačních sálů, nyní částečný invalidní důchod

Sociální anamnéza: pacientka žije ve vlastním bytě ve třetím patře panelového domu společně s matkou a synem

Farmakologická anamnéza: Aromazin tbl. (tablety)

Citalec 20 mg tbl.

Apo – Ibuprofen tbl.

Abusus: kouří 10 cigaret denně, pije 3 kávy denně, alkohol pije příležitostně

Fyzikální vyšetření: TK 120/70, P 76', D 18', TT 36,7°C, hlava pokleповě nebolestivá, bez patologického nálezu, náplň krčních žil nezvýšena, hrudník – st. p. mastektomii pravého prsu, srdce normální velikosti, srdeční akce pravidelná, ozvy ohraničené, dýchání čisté, plíce bez patologického nálezu, břicho měkké, palpačně a pokleповě nebolestivé, klidná jizva po adnexetomii, dolní končetiny bez otoků, varixy, nebolestivé, páteř palpačně nebolestivá v celém rozsahu

Subjektivní obtíže: pacientka se cítí velmi unavená, má strach, mírný otok pravé horní končetiny při větší námaze, jizva po ablaci pravého prsu ji nebolí

Objektivní posouzení stavu: obvod hrudníku 80 centimetrů, klíček – dvorec vlevo 22 centimetrů, prs velikosti B – C košíček. Vpravo klidná rána, normálního vzhledu, zcela zhojena jdoucí napříč prsním dvorcem až do axily. Zachován je prsní dvorec, prsní žláza zcela odstraněna.

Závěr: St. p. subkutánní mastektomii s následnou chemoterapií a ozařováním 2007

St. p. adnexektomii 2008

Osteoporóza

8.3 Ordinovaná vyšetření

Pacientka ambulantně podstoupila veškerá potřebná předoperační vyšetření dva týdny před plánovaným operačním výkonem a kompletní výsledky přinesla s sebou, když byla přijímána k operačnímu výkonu.

Během hospitalizace byly provedeny laboratorní vyšetření.

Tabulka číslo 1 - Krevní obraz

Datum odběru	9.12.2009	Referenční hodnoty
Leukocyty	9,4*10 ⁹ /l	4.0 – 10.0 *10 ⁹ /l
Erytrocyty	4.9 *10 ¹² /l	4.0 – 5.2 *10 ⁹ /l
Hemoglobin	151 g/l	120 – 160 g/l
Hematokrit	0.467	0.370 – 0.480
Trombocyty	207 *10 ⁹ /l	150 – 400 *10 ⁹ /l

Tabulka číslo 2 - Močový sediment

Datum odběru	9.12.2009	Referenční hodnoty
Leukocyty	1	Arb. j.
Erytrocyty	neg.	Arb. j.
Ph moče	8	6 - 7

Tabulka číslo 3 - Biochemické vyšetření krve

Datum odběru	9.12.2009	Referenční hodnoty
Natrium	138	136 - 145 mmol/l
Kalium	3.9	3.8 – 5.3 mmol/l
Chloridy	101	96 – 106 mmol/l
Urea	4.0	2.5 – 6.5 mmol/l
Kreatinin	52	49 – 90 umol/l
Bilirubin	16	0 – 17 umol/l
ALP	1.74	0.58 – 1.74 ukat/l
AST	0.39	0.00 – 0.53 ukat/l
ALT	0.43	0.12 – 0.58 ukat/l
GMT	0.22	0.00 – 0.67 ukat/l
Glykémie	5.5	3.3 – 5.6 mmol/l
CRP	1.3	0.0 – 5.0 mg/l

8.4 Terapie

Pacientka po celou dobu hospitalizace pravidelně užívala svou vlastní medikaci. Po operačním výkonu byla pacientce preventivně nasazena antibiotická léčba a analgetika.

Pohybový režim: zpočátku klid na lůžku, postupně normální pohybový režim

Převazy: od 2. pooperačního dne denně – Cutasept, sterilní krytí, bandáž (stažení) hrudníku elastickým obinadlem

Medikace:

Aromazin tbl. p. o.	1 – 0 – 0	Cytostatikum
Citalec 20 mg tbl. p. o.	1 – 0 – 0	Antidepressivum
Apo – Ibuprofen tbl. p. o.	dle potřeby	Nesteroidní antirevmatikum
Augmentin 1,2 g i. v.	á 8 hodin	Širokospektré antibiotikum
Dolsin inj. i. m., Veral inj. i. m.	dle potřeby	Opiáty, analgetika

9 Ošetrovatelská dokumentace

Pacient: paní I. K.

Datum narození: 1959

Oddělení: Chirurgické oddělení

Důvod hospitalizace: plasticko – chirurgická rekonstrukce prsu

Den hospitalizace: 2

Sociální situace: Pacientka žije společně se svou matkou a synem ve vlastním bytě ve třetím patře panelového domu. Nyní má udělený částečný invalidní důchod, jinak pracuje jako staniční sestra chirurgických operačních sálů. Kontaktní osobou je její matka V.

Lékařské diagnózy: 1) St. p. subkutánní mastektomii s chemoterapií a ozařováním

2) St. p. adnexetomii (odstranění vaječnicků)

3) Osteoporóza

9.1 Fyzikální vyšetření sestrou podle Kozierové

Hlava: normální velikosti, volně pohyblivá, nebolestivá, zornice a skléry normálního vzhledu, chrup kompletní, jazyk plazí ve střední čáře, vlhký, sliznice bledé

Krk: tonzily nezvětšené, krční uzliny nehmatné, štítná žláza nehmatná

Hrudník: vpravo zhojená jizva po mastektomii, dýchání čisté, sklípkové, pravidelné

Břicho: měkké, prohmatné, nebolestivé, zhojená jizva po adnexetomii

Končetiny: pravá horní končetina mírně oteklá, levá horní končetina bez otoku, pohyblivé, dolní končetiny bez otoků, pohyblivé

Genitál: vyprazdňování moče i stolice bez obtíží

Fyziologické funkce: TK (krevní tlak): při příjmu 120/70, nyní 120/80 torrů

P (pulz): při příjmu: 76', nyní 72'

D (dech): při příjmu: 18', nyní 22'

TT (tělesná teplota: při příjmu 36,7°C, nyní 36,5°C

Invaze: periferní žilní katetr zaveden na předloktí levé horní končetiny, funkční, okolí klidné, bez známek infekce

Ordinace lékaře: Léky: viz kapitola terapie

Předoperační příprava, pooperační péče

9.2 Ošetrovatelská anamnéza dle M. Gordonové rozpracovaná do 13 – ti diagnostických domén

9.2.1 Podpora zdraví

Pacientka vnímá svůj zdravotní stav nyní již jen jako mírně narušený. Pro podporu zdraví se o sebe snaží starat sama. Společně s matkou se starají o domácnost. Důsledně dodržuje lékařská doporučení a pravidelně chodí na kontroly k praktickému lékaři a onkologovi. Při objevení současných obtíží se snažila je překonat za podpory rodiny a přátel. Od okamžiku sdělení diagnózy karcinomu prsu věřila ve své uzdravení. Velmi uvítala, když jí praktický lékař informoval a nabídl možnost plasticko – chirurgické rekonstrukce postiženého prsu. K operačnímu výkonu nastoupila plánovaně.

Ošetrovatelský problém: 0

9.2.2 Výživa

Stav výživy je přiměřený. Pacientka měří 165 cm a váží 60 kg. BMI = 22,04, normální hmotnost. V poslední době pacientka váhu výrazně nezměnila. Chuť k jídlu vždy měla dobrou, nikdy jí nechyběla. Nyní jí má poněkud omezenou, ale spíše z nervozity před operačním výkonem. Stravu přijímá per os (ústní podání) v normální formě. Dietu má číslo 3 – racionální strava. Chrup má kompletní, žádné problémy s příjmem potravy nebo s polykáním. Její typický denní příjem potravy je 5 – 6 krát

denně porce různorodé potravy. Denně vypije 3 - 4 kávy a přijme kolem 2 litrů tekutin. Přestože má k dispozici čaj na pokoji, odmítá ho, preferuje spíše ochucené vody, nebo obyčejnou vodu. Kožní turgor má fyziologický, sliznice fyziologicky prokrvené. Vlasy čisté, jemné, nehty krátké a upravené.

Ošetrovatelský problém: 0

9.2.3 Vylučování a výměna

Pacientka moč vylučuje spontánně bez obtíží, nikdy žádné problémy neměla. Moč je čirá, fyziologické barvy, bez příměsí. Pacientka udává, že nikdy problémy s vyprazdňováním stolice neměla a nemá ani v současné době. Vyprazdňuje se obvykle jednou za 1 – 2 dny. Barva stolice je fyziologická, bez příměsí, konzistence normální.

Ošetrovatelský problém: 0

9.2.4 Aktivita – odpočinek

Pacientka doma trpí nespavostí v noci, přes den se pak cítí unavená a spí přes den. Pacientka se občas cítí unavená, nemá takovou životní sílu jako dříve. Tělesnou aktivitu ze začátku musela omezit z důvodu svého onemocnění, nyní se postupně snaží navrátit k normálnímu životu. Vlastní potřeby si dokáže plnit sama, společně s matkou a synem se stará o domácnost. Po nástupu do nemocnice má strach z operačního výkonu, ale těší se, že bude mít opět celý prs. Pravá horní končetina ji občas mírně oteče, většinou při větší zátěži, ale otok zase sám vymizí.

Ošetrovatelský problém: porušený spánek, únava

9.2.5 Vnímání – poznávání

Pacientka je plně při vědomí. Pacientka nosí brýle na čtení, jedna dioptrie na každé oko. Řeč je plynulá, pacientka udržuje velmi otevřený a přátelský kontakt. Je zcela orientovaná osobou, místem, časem. Krátkodobá i dlouhodobá paměť zcela neporušena. Styl učení má logický, stále udrží pozornost. Pacientka komunikuje velmi otevřeně, přátelsky, postoj i mimika jsou otevřené, spolupráce je výborná.

Ošetřovatelský problém: 0

9.2.6 Vnímání sebe sama

Pacientka je velmi optimistická, přestože má strach z operačního výkonu. Ve všech činnostech si důvěřuje. Po plánované rekonstrukci prsu bude se svým vzhledem zcela spokojená. Nervozitou trpí málo kdy, nyní je nervózní z operačního výkonu, ale jak sama říká: „To k tomu patří“.

Ošetřovatelský problém: 0

9.2.7 Vztahy

Pacientka bydlí společně se svou matkou a synem v bytě panelového domu. Rodinné problémy většinou nemají, a když se přece jen nějaký vyskytne, snaží se jej všichni společně v klidu vyřešit. Pacientka má spoustu přátel, se kterými se pravidelně navštěvuje. V nemocnici ji pravidelně navštěvuje matka, syn a samozřejmě všechny kolegyně a kolegové z nemocnice. Nyní je pacientka v částečném invalidním důchodu, ale co nejdříve to její zdravotní stav dovolí, plánuje návrat do zaměstnání. Pracuje jako staniční sestra chirurgických operačních sálů. Pacientka je svobodná, vdaná nikdy nebyla, vždy měla pouze přítele. Pacientka se chová velmi vstřícně a přátelsky, proto je u všech velmi oblíbená.

Ošetřovatelský problém: 0

9.2.8 Sexualita

Pacientka menstruovala od svých 12 let. Menstruace byla mírně bolestivá, pravidelná, cyklus asi 28 dní. Pacientka přišla do přechodu ve 44 letech. Přechod proběhl bez větších obtíží, občas měla návaly. V mládí prodělala 1 těhotenství, které probíhalo bez obtíží. Nikdy neužívala antikoncepci, pouze měla zavedeno nitroděložní tělísko. Po odstranění prsu pacientka používala umělou prsní epitézu, kterou si vkládala do podprsenky a za svůj vzhled se nikdy nestyděla! V loňském roce prodělala adnexetomii (odstranění vaječnicků) a dnes již nemenstruuje. Od mládí chodila pravidelně na kontroly ke gynekologovi, které absolvuje dodnes.

Ošetrovatelský problém: 0

9.2.9 Zvládání zátěže – odolnost vůči stresu

Pacientka udává, že nikdy žádnou příliš velkou nervozitu nepocítovala. Vždy byla spíše flegmaticka a nechávala věcem volný průběh. Při sdělení diagnózy karcinomu prsu, se začala obávat o svůj život, bála se, zda se onemocnění podaří vyléčit, ale po celou dobu věřila, že bude opět v pořádku. Měla strach a trpěla depresi, proto navštívila psychologa a psychiatra, který ji předepsal léky na uklidnění. Při zvládání této těžké životní stresové situace jí byla velkou oporou rodina a přátelé. Přestože už se psychický stav pacientky zlepšil, stále občas přijde chvíle, kdy má strach a je rozrušená. Nyní je pacientka mírně nervózní a bojí se operačního výkonu. O svých pocitech otevřeně komunikuje se sestrami, které jí vždy ochotně vyslechnou a povídají si s ní, což pacientce pomáhá. Pacientka se těší, až bude propuštěna z nemocnice domů a bude mít zrekonstruovaný prs.

Ošetrovatelský problém: strach

9.2.10 Životní principy

Pacientka vždy byla bez vyznání, v boha nikdy nevěřila a dodnes nevěří. Přesto se občas ráda zajde jen tak podívat do kostela, když jdou s kamarádkami na procházku. V nemocnici nevyžaduje žádné spirituální služby. V žebříčku životních

hodnot pacientka na první místo řadí rodinu, protože podle ní, i kdyby byla zdravá a neměla rodinu, tak by život za nic nestál. Na druhé pak zdraví. Další příčku zaujímá práce a poté peníze. Nakonec by zařadila cestování a záliby, protože při obojím si odpočine a odreaguje se, ale k životu to nutně nepotřebuje.

Ošetrovatelský problém: 0

9.2.11 Bezpečnost – ochrana

Pacientka má zaveden periferní žilní katetr na předloktí levé horní končetiny. Zaveden je první den, funkční, okolí klidné, bez známek infekce. Tělesná teplota je fyziologická.

Ošetrovatelský problém: riziko infekce, porucha kožní integrity

9.2.12 Komfort

Pacientka se velmi těší, až bude odcházet z nemocnice domů s úplně novým, vlastním prsem.

Ošetrovatelský problém: 0

9.2.13 Růst / vývoj

Pacientka měří 165 cm a váží 60 kg, prospívá dobře. Pacientka je bez růstových anomálií. Tělesně i duševně odpovídá svému věku, nikdy neměla žádné obtíže.

Ošetrovatelský problém: 0

9.3 Souhrn ošetrovatelských problémů

1. porucha spánku
2. únava
3. **deficit sebepéče – ošetrovatelský problém vzniklý až v pooperačním období**
4. strach
5. riziko infekce
6. porucha kožní integrity
7. **porucha pohyblivosti pravé horní končetiny – ošetrovatelský problém vzniklý až v pooperačním období**
8. **akutní bolest – ošetrovatelský problém vzniklý až v pooperačním období**

9.4 Souhrn ošetrovatelských diagnóz

1. 00132 Akutní bolest v oblasti pravého prsu v souvislosti s mechanickým narušením kůže, projevující se stěžováním si na problém, intenzitou stupně 6 VAS (VAS 0 – 10), bolestivou mimikou obličeje, neklidem, žádostí o podání analgetik. **(Ošetrovatelská diagnóza vzniklá až v pooperačním období).**

2. 00046 Porušená kožní integrita z důvodu mechanického narušení kůže v souvislosti s operačním výkonem projevující se operační ránou v oblasti pravého prsu.

3. 00108, 00109 Deficit sebepéče při koupání a hygieně, oblékání a úpravě zevnějšku v souvislosti s operačním výkonem a omezením hybnosti pravé horní končetiny, projevující se stěžováním si na problém, neschopností si samostatně provést celkovou hygienu, obléci si oděv, žádostí o pomoc. **(Ošetrovatelská diagnóza vzniklá až v pooperačním období)**

4. 00085 Zhoršená pohyblivost pravé horní končetiny v souvislosti s operačním výkonem, projevující se omezenou pohyblivostí končetiny, nutností elevace končetiny

na šátkovém závěsu, žádostí o pomoc. **(Ošetrovatelská diagnóza vzniklá až v pooperačním období)**

5. 00148 Strach z operačního výkonu a pooperačního průběhu v souvislosti s velkou psychickou i fyzickou zátěží na organizmus, projevující se stěžováním si na problém, nervozitou.

6. 00095 Porušený spánek v souvislosti s pocitem narušené psychické a fyzické pohody a změnou prostředí, projevující se stížnostmi na problém, častým probouzením v noci, spánkem během dne.

7. 00093 Únava v souvislosti s pocitem snížené životní síly a neschopností načerpat energii spánkem, projevující se sníženým výkonem, zvýšenou potřebou odpočinku během dne.

8. 00004 Riziko infekce v souvislosti se zavedením periferního žilního katetru, Redonových drénů a mechanického poškození kůže.

9.5 Plán ošetrovatelské péče

A) 00132 AKUTNÍ BOLEST v oblasti pravého prsu v souvislosti s mechanickým narušením kůže, projevující se stěžováním si na problém, intenzitou stupně 6 VAS (VAS 0 – 10), bolestivou mimikou obličeje, neklidem, žádostí o podání analgetik. (Ošetrovatelská diagnóza vzniklá až v pooperačním období).

Cíl: Pacientka nepocítuje bolest do 3 dnů.

Priorita: střední

Výsledná kritéria:

Pacientka umí sledovat intenzitu na VAS a charakter do 30 minut.

Pacientka zná techniky napomáhající zaujímat úlevovou polohu do 30 minut.

Pacientka má informace o možnosti užití analgetik do 1 hodiny.

Pacientka má dostatek informací o prevenci bolesti do 2 hodin.

Pacientka udává zmírnění bolesti a je klidná do 3 hodin.

Intervence:

Požádej pacientku, aby klasifikovala charakter svojí bolesti do 30 minut (primární sestra).

Měř a zaznamenávej intenzitu a charakter bolesti po celou dobu hospitalizace (primární sestra).

Komunikuj s pacientkou při každém kontaktu a výkonu a vše jí řádně vysvětli, vždy (primární sestra).

Informuj lékaře o stavu pacientky, ihned (primární sestra).

Podávej medikamenty dle ordinace lékaře, vždy (primární sestra).

Sleduj účinek, popřípadě nežádoucí účinky analgetik, vždy (primární sestra).

Sleduj a zaznamenávej vitální funkce pacientky, stále (primární sestra).

Doporuč pacientce a pomáhej jí provádět vhodné relaxační a rehabilitační činnosti do 1 dne (primární sestra, fyzioterapeut).

Pokus se společně s pacientkou najít vhodnou úlevovou polohu do 1 hodiny (primární sestra).

Realizace:

Pacientce jsem podávala medikamenty dle ordinace lékaře a sledovala jejich účinek. Měřila a zaznamenávala intenzitu a charakter bolesti. Komunikovala s pacientkou, řádně jí vždy vše vysvětlila. Informovala jsem jí o technikách napomáhajících zmírnění bolesti. Sledovala a zaznamenávala fyziologické funkce.

Hodnocení:

Pacientka je propuštěna z nemocnice domů, bude se následně léčit ambulantně. Bolest se jí zmírnila ze stupně 6 na stupeň 3 (VAS 0 – 10) do konce hospitalizace. Pacientka udává zmírnění bolesti.

B) 00046 PORUŠENÁ KOŽNÍ INTEGRITA z důvodu mechanického narušení kůže v souvislosti s operačním výkonem, projevující se operační ránou v oblasti pravého prsu.

Cíl: Pacientka má zhojenou operační ránu do konce hospitalizace.

Priorita: střední

Výsledná kritéria:

Pacientka zná a vyjmenuje vhodné složky stravy bohaté na bílkoviny a vitamíny do 2 hodin.

Pacientka zná a používá vhodné hygienické návyky do 2 dnů.

Pacientka udává zmírnění citlivosti do 4 dnů.

Pacientka má viditelné známky hojení do 5 dnů.

Pacientka má pravý prs bez projevů infekce po celou dobu hospitalizace.

Intervence:

Prováděj vždy přísně sterilně převazy operační rány dle ordinace lékaře, denně (primární sestra, lékař).

Pravidelně hodnot' vzhled a velikost operační rány, denně (primární sestra).

Přesně zaznamenávej všechny informace o operační ráně do dokumentace, vždy (primární sestra).

Udržuj operační ránu, její okolí a lůžko v čistotě a suchu, vždy (primární sestra).

Dbej na správnou výživu pacientky a dostatečný příjem tekutin, vždy (nutriční terapeut, ošetřující personál).

Dbej na správnou a důkladnou hygienickou péči pacientky, vždy (ošetřující personál).

Ber ohled na pocity pacientky (strach, stud, bolest) a snaž se jim předcházet, vždy (primární sestra, ošetřující personál).

Posuzuj pacientku komplexně, o jakýchkoli změnách informuj lékaře, vždy (primární sestra, ošetřující personál).

Vysvětli a pomáhej pacientce provádět vhodné rehabilitační cviky (fyzioterapeut).

Povzbuzuj pacientku při snaze o zlepšení svého zdravotního stavu, vždy (primární sestra, ošetřující personál).

Edukuj pacientku a její rodinu o nutnosti dodržování léčebného režimu po propuštění z nemocnice do 4 dnů (primární sestra).

Spolupracuj se všemi členy ošetrovatelského a lékařského týmu a s rodinou pacientky, vždy (primární sestra).

Edukuj pacientku o vhodných složkách stravy bohaté na bílkoviny a vitamíny do 1 hodiny (primární sestra, nutriční terapeut).

Realizace:

Od 2. pooperačního dne jsem pacientce denně prováděla sterilní převazy operační rány. Vzhled a velikost operační rány jsem pravidelně zaznamenávala do dokumentace. Od 2. pooperačního dne jsem každý den prováděla celkovou hygienu pacientky ve sprše. Pacientku navštívila nutriční terapeutka, probrala s ní její stravovací návyky a byla jí podávána strava bohatá na bílkoviny a vitamíny, také byla poučena o nutnosti dostatečného příjmu tekutin. Dbala jsem, aby byla rána a její okolí vždy v čistotě. Pacientku pravidelně navštěvovala fyzioterapeutka, která pacientce vysvětlila rehabilitační techniky a pomáhala jí s rozvíčováním pravé horní končetiny. Pacientce i její rodině byla vysvětlena nutnost dodržování léčebného pooperačního režimu po propuštění z nemocnice. Na pacientku měl ošetřující personál vždy dostatek času a ochotně jí napomáhal při zlepšení zdravotního stavu.

Hodnocení:

Operační rána se hojila bez komplikací a projevů infekce. Pacientka udávala snížení citlivosti a bolestivosti. Pacientka byla propuštěna do domácího léčení, stehy na operační ráně byly ponechány, přijde na vyndání 10. pooperační den ambulantně, čímž nebylo dosaženo fyziologické integrity kůže.

C) 00108, 00109 DEFICIT SEBEPÉČE PŘI KOUPÁNÍ A HYGIENĚ, OBLÉKÁNÍ A ÚPRAVĚ ZE VNĚJŠKU v souvislosti s operačním výkonem a omezenou pohyblivostí pravé horní končetiny, projevující se stěžováním si na problém, neschopností si samostatně provést celkovou hygienu, obléci si oděv, žádostí o pomoc.

Cíl: Pacientka je soběstačná ve všech základních denních činnostech.

Priorita: střední

Výsledná kritéria:

Pacientka s pomocí sestry aktivně provádí nácvik sebeobsluhy a cviků na posílení pravé horní končetiny do 1 dne.

Pacientka si sama provede celkovou hygienu do 4 dnů.

Pacientka si sama dokáže obléci oděv do 4 dnů.

Pacientka sama ovládá a aktivně provádí cviky na posílení pravé horní končetiny do 4 dnů.

Pacientka má v maximální možné míře obnovenou sebepěči do 5 dnů.

Intervence:

Ber ohled na pacientčin zdravotní a psychický stav, vždy (primární sestra, ošetřující personál).

Zapojuj pacientku do plánování rehabilitačních cviků a nácviku sebeobsluhy, vždy (primární sestra, fyzioterapeut).

Snaž se o aktivní spolupráci pacientky při sebepěči, vždy (primární sestra, ošetřující personál).

Dbej na dodržování rehabilitačního plánu, vždy (primární sestra, fyzioterapeut).

Dopřej pacientce dostatek času při nácviku sebepěče, vždy (primární sestra, ošetřující personál).

Dávej pacientce jen splnitelné úkoly od nejjednodušších ke složitějším, vždy (primární sestra).

Dbej, aby pacientka dodržovala stanovený léčebný plán, vždy (primární sestra).

Hodnoť úroveň sebepěče, vždy (primární sestra).

Dbej na bezpečné prostředí při nácviku sebepěče, vždy (primární sestra, ošetřující personál).

Doporuč pacientce odpočinkové aktivity při únavě, vždy (primární sestra).

Vyslechni a zodpověz pacientčiny připomínky a dotazy k péči a snaž se jim vyhovět a zodpovědět je, vždy (primární sestra).

Spolupracuj s rodinou pacientky, vždy (primární sestra).

Realizace:

Při ošetřování pacientky jsem brala ohled na její zdravotní a psychický stav. Pacientka aktivně spolupracovala při plánování rehabilitační péče a nácviku sebepéče, aktivně prováděla určené cviky. Pacientce vždy byly dávány reálné úkoly, od nejjednodušších ke složitějším a vždy na ně měla dostatečné množství času. Svědomitě dodržovala léčebný plán a byla zaznamenávána a hodnocena úroveň její sebepéče.

Hodnocení:

Pacientka si sama dokázala provést celkovou hygienu ve sprše. Sama si oblékla oděv a upravila se podle svých představ. Stupeň soběstačnosti 1 (1 – 5)– nepotřebuje pomoc.

D) 00085 ZHORŠENÁ POHYBLIVOST pravé horní končetiny v souvislosti s operačním výkonem, projevující se omezenou pohyblivostí končetiny, nutností elevace končetiny na šátkovém závěsu, žádostí o pomoc.

Cíl: Pacientka bude mít fyziologickou pohyblivost pravé horní končetiny.

Priorita: střední

Výsledná kritéria:

Pacientka zná a umí používat vhodné pomůcky k rehabilitaci do 2 hodin.

Pacientka s pomocí sestry a fyzioterapeuta provádí rehabilitační cviky do 1 dne.

Pacientka má zlepšeny úchopové funkce pravé horní končetiny do 2 dnů.

Pacientka sama aktivně provádí rehabilitační cviky do 3 dnů.

Pacientka nemusí mít pravou horní končetinu na šátkovém závěsu do 3 dnů.

Pacientka udává zlepšení pohyblivosti pravé horní končetiny do 4 dnů.

Intervence:

Zapojuj pacientku do plánování rehabilitace, vždy (fyzioterapeut, primární sestra).

Dbej na dodržování rehabilitačního plánu, vždy (fyzioterapeut, primární sestra).

Informuj pacientku a poskytni jí vhodné pomůcky (měkký míček, pružná guma) k rehabilitaci, vždy (fyzioterapeut, primární sestra).

Prováděj s pacientkou rehabilitační cviky od nejjednodušších ke složitějším, vždy (fyzioterapeut, primární sestra).

Dbej, aby pacientka sama aktivně prováděla rehabilitační cviky, vždy (fyzioterapeut, primární sestra).

Dopřej pacientce dostatek času na rehabilitaci, vždy (fyzioterapeut, primární sestra).

Dbej na bezpečné prostředí při rehabilitaci, vždy (fyzioterapeut, primární sestra).

Vyslechni a zodpověz pacientčiny otázky a připomínky k rehabilitaci, vždy (fyzioterapeut, primární sestra).

Všechny informace o průběhu rehabilitace zaznamenávej do dokumentace, vždy (fyzioterapeut, primární sestra).

Pouč pacientku o nutnosti provádění rehabilitačních cviků nadále v domácím prostředí, vždy (fyzioterapeut, primární sestra).

Realizace:

Společně s fyzioterapeutem jsme s pacientkou sestavili rehabilitační plán a snažili se jej dodržet. Pacientka byla informována a byly jí poskytnuty pomůcky (měkký míček, pružná guma) k rehabilitaci pravé horní končetiny. Zprvu s fyzioterapeutem a sestrou, postupně sama aktivně prováděla rehabilitační cviky a postupně nemusela nosit pravou horní končetinu na šátkovém závěsu. Na rehabilitaci vždy měla dostatek času a bylo zajištěno bezpečné prostředí. Vždy byly vyslechnuty a zodpovězeny pacientčiny připomínky a otázky. Všechny informace o rehabilitaci a rehabilitační postupy byly zaznamenávány do dokumentace.

Hodnocení:

Pacientka se naučila provádět všechny rehabilitační cviky, které aktivně sama prováděla a používala pomůcky k rehabilitaci. Obnovila si úchopové funkce a výrazně se jí zlepšila pohyblivost pravé horní končetiny před propuštěním do domácího léčení.

E) 00148 STRACH z operačního výkonu a pooperačního průběhu v souvislosti s velkou psychickou i fyzickou zátěží na organismus, projevující se sdělováním problému, nervozitou.

Cíl: Patientka nepocítuje strach.

Priorita: střední

Výsledná kritéria:

Pacientka otevřeně komunikuje o svých pocitech a obavách do 1 hodiny.

Pacientka má dostatek informací o operačním výkonu a pooperační péči do 2 hodin.

Pacientka reálně hodnotí danou situaci a všechny okolnosti do 3 hodin.

Pacientka udává zmírnění strachu do 2 dnů.

Pacientka popisuje a projevuje psychickou pohodu do 5 dnů.

Intervence:

Hodnot' pacientčiny pocity, vždy (primární sestra).

Komunikuj s pacientkou o jejích pocitech a problémech, vždy (primární sestra).

Pozorně pacientce naslouchej, odpovídej na její dotazy jednoduše a srozumitelně, vždy (primární sestra).

Buď pacientce oporou, nejen fyzickou, ale především psychickou, vždy (primární sestra).

Zacházej s pacientkou opatrně a s respektem, vždy (primární sestra, ošetřující personál).

Všímej si verbálních a neverbálních reakcí pacientky, vždy (primární sestra, ošetřující personál).

Udělej si na pacientku dostatek času, vždy (primární sestra, ošetřující personál).

Vysvětli pacientce, jak bude probíhat operační výkon a pooperační péče, ihned (lékař).

Hodnot' s pacientkou míru strachu, vždy (primární sestra).

Podávej léky dle ordinace lékaře, vždy (primární sestra).

Zapoj do léčebného procesu rodinu, popřípadě přátele, vždy (primární sestra).

Spolupracuj se všemi členy zdravotnického týmu, vždy (primární sestra).

Nabídni pacientce možnost návštěvy psychologa, vždy (primární sestra).

Realizace:

K pacientce jsem se chovala velmi vlídně, opatrně, s respektem a vždy si na ni udělala dostatek času. S pacientkou jsem otevřeně komunikovala o jejích pocitech a problémech, pozorně jí naslouchala a snažila se srozumitelně odpovídat na její dotazy. Pacientka udávala, že pociťovala psychickou podporu. Lékař pacientku informoval, jak bude probíhat operační výkon a pooperační péče. Při operačním výkonu byl pacientce zrekonstruován postižený prs, čímž se opět stal nedílnou součástí jejího těla. Pacientce jsem dle ordinace lékaře podávala Antidepressivum, které pravidelně a dlouhodobě užívá. V nemocnici pacientku denně navštěvovala rodina a přátelé, což jí nesmírně psychicky podpořilo. Přestože byla pacientce nabídnuta možnost návštěvy psychologa, odmítla ji.

Hodnocení:

Pacientčin psychický stav se během hospitalizace výrazně zlepšil. Denně přijímala návštěvy, jak rodiny, tak přátel. Po celou dobu hospitalizace byla v psychické pohodě a měla ohromnou radost, ze svého nového prsu. Neudávala a neprojevovala známky strachu.

F) 00095 PORUŠENÝ SPÁNEK v souvislosti s pocitem narušené psychické a fyzické pohody a změnou prostředí, projevující se stížnostmi na problém, obtížemi s usínáním, častým probouzením v noci, spánkem během dne.

Cíl: Pacientka má fyziologický spánek dle svých zvyklostí.

Priorita: střední

Výsledná kritéria:

Pacientka chápe příčiny způsobující poruchy spánku do 2 hodin.

Pacientka zná a využívá relaxační činnosti během dne do 2 dnů.

Pacientka udává zmenšenou potřebu spánku během dne do 3 dnů.

Pacientka udává zmírnění obtíží s usínáním do 4 dnů.

Pacientka má zlepšenou kvalitu spánku do 5 dnů.

Intervence:

Zjistí a sleduj průměrnou délku spánku pacientky přes noc do 1 dne (primární sestra, ošetřující personál).

Zjistí a sleduj potřebu spánku pacientky během dne do 1 dne (primární sestra, ošetřující personál).

Pouč pacientku o rovnováze mezi aktivitou a spánkem během dne, vždy (primární sestra).

Vysvětlí a umožni pacientce provádět relaxační činnosti během dne, vždy (primární sestra, ošetřující personál).

Aktivizuj pacientku během dne, vždy (primární sestra, ošetřující personál).

Spolupracuj s rodinou pacientky, vždy (primární sestra).

Umožni pacientce před spaním provádět činnosti a návyky, na které je zvyklá, vždy (ošetřující personál).

Odstraň rušivé faktory z okolí pacientky, vždy (primární sestra, ošetřující personál).

Vyvětrej pokoj a urovnej pacientce lůžko před spánkem, vždy (ošetřující personál).

Zajisti klidné a tiché prostředí během spánku pacientky, vždy (primární sestra, ošetřující personál).

Informuj lékaře o problému pacientky se spánkem, vždy (primární sestra).

Podávej a zaznamenávej do dokumentace léky dle ordinace lékaře, vždy (primární sestra).

Sleduj a zaznamenávej do dokumentace účinek, popřípadě nežádoucí účinky léků, vždy (primární sestra).

Realizace:

Zjistila jsem pacientčinu průměrnou potřebu spánku přes noc a během dne. Vysvětlila a umožnila jsem pacientce provádět relaxační činnosti během dne, čímž se aktivizovala a nespávala přes den. Každý den ji navštěvovala rodina a přátelé, čímž se pacientka zabavila. Před spaním jsem pacientce vyvětrala pokoj a urovnala a převlékla celé lůžko. Pacientka před spaním není zvyklá provádět žádné návyky. Dle ordinace lékaře jsem pacientce podávala léky na spaní, Diazepam 10 mg per os (Hypnotikum) a zaznamenávala jejich podání do dokumentace. Sledovala jsem a zapisovala do dokumentace jejich účinky.

Hodnocení:

Pacientka výrazně omezila spánek během dne, ke konci hospitalizace již přes den nespala vůbec. Pacientka usínala bez problémů, ale nevydržela klidně spát celou noc, několikrát za noc se probouzela.

G) 00093 ÚNAVA v souvislosti s pocitem snížené životní síly a neschopností načerpat energii spánkem, projevující se sníženým výkonem, zvýšenou potřebou odpočinku během dne.

Cíl: Pacientka nepocítuje únavu.

Priorita: střední

Výsledná kritéria:

Pacientka umí zhodnotit míru únavy do 12 hodin.

Pacientka projevuje ochotu k aktivitě přes den do 1 dne.

Pacientka vykonává aktivizační činnosti přes den do 2 dnů.

Pacientka udává menší potřebu odpočinku přes den do 3 dnů.

Pacientka se cítí méně unavená do 4 dnů.

Intervence:

Zhodnoť míru únavy, ihned (primární sestra).

Ber při hodnocení v úvahu zdravotní stav pacientky, ihned (primární sestra).

Snaž se společně s pacientkou určit příčiny únavy, ihned (primární sestra).

Prober s pacientkou vhodné aktivizační činnosti přes den, aby nespávala, vždy (primární sestra).

Spolupracuj s rodinou pacientky, vždy (primární sestra).

Dbej, aby měla pacientka pomůcky k aktivizačním činnostem, vždy (primární sestra).

Zajisti pacientce klidné a tiché prostředí během spánku přes noc, vždy (primární sestra, ošetřující personál).

Dbej, aby pacientka přijímala dostatečné množství tekutin a vyváženou stravu, vždy (primární sestra, ošetřující personál).

Realizace:

Společně s pacientkou jsme probrali její oblíbené denní aktivizační činnosti, které přes den prováděla a zabavily jí. Každý den pacientku navštěvovala rodina a přátelé, kteří ji nosili různé časopisy a knihy a také jí přinesli sluchátka do mobilního telefonu, aby mohla poslouchat hudbu. V noci jsme se snažily zajistit pacientce dostatečný klid na spánek.

Hodnocení:

Pacientka vykonávala oblíbené denní činnosti, čímž se zabavila a neměla potřebu spánku přes den. Po dlouhé době si v klidu přečetla knihu a poslouchala oblíbenou hudbu. Přes den skoro vůbec nespávala, přesto se necítila unavená.

H) 00004 RIZIKO INFEKCE v souvislosti se zavedením periferního žilního katetru, Redonových drénů a mechanického narušení kůže.

Cíl: Pacientka nemá projevy infekce.

Priorita: nízká

Intervence:

Věnuj pozornost okolí operační rány a invazivních vstupů, vždy (primární sestra).

Pouč pacientku o důvodech možnosti vzniku infekce, ihned (primární sestra).

Vysvětli pacientce, jak vypadají první známky infekce a pouč jí o nutnosti o nich informovat sestru nebo lékaře, ihned (primární sestra).

Sleduj fyziologické funkce pacientky pravidelně (primární sestra).

Dbej na správné dodržování hygienické péče u pacientky, vždy (primární sestra).

Dbej na čistotu pacientky a jejího okolí, vždy (primární sestra).

Operační ránu převazuj přísně sterilně, vždy (primární sestra).

Kontroluj a vyměňuj periferní žilní katetr a Redonovy drény v pravidelných intervalech (primární sestra).

Sleduj a zaznamenávej odvod z drénů vždy za 24 hodin (primární sestra).

Dbej na dostatečnou hydrataci a výživu pacientky, vždy (primární sestra).

Podávej léky dle ordinace lékaře, vždy (primární sestra).

Pouč pacientku o úkonech, které mohou vznik infekce ovlivnit, vždy (primární sestra).

Spolupracuj s rodinou pacientky a celým zdravotnickým týmem, vždy (primární sestra).

Informuj lékaře o případných známkách infekce, vždy (primární sestra).

Realizace:

Pacientce jsem od 2. pooperačního dne přísně sterilně prováděla převazy operační rány. Kontrolovala jsem funkčnost a okolí periferního žilního katetru a Redonových drénů a podle potřeby je vyměňovala. Dbala jsem o dostatečnou hygienickou péči u pacientky. Vysvětlila jsem jí příčiny vzniku infekce a první projevy a poučila jí, kdyby pociťovala nebo pozorovala známky infekce, aby okamžitě informovala sestru nebo lékaře. Pacientce jsem podávala léky dle ordinace lékaře a zaznamenávala jejich podání do dokumentace.

Hodnocení:

U pacientky se po celou dobu hospitalizace neobjevily žádné známky infekce.

10 Denní péče o pacientku

O pacientku jsem pečovala od 7. 12. 2009 do 12. 12. 2009. V následujících podkapitolách jsou popsány jednotlivé ošetrovatelské dny a jejich specifika.

10.1 Den první – 7. 12. 2009

2. den hospitalizace, den operačního výkonu. Pacientka byla od 24:00 na lačno, nic nejedla, nepila a nekouřila. Ráno po probuzení si provedla celkovou koupel ve sprše a poté u pacientky proběhla lékařská vizita, při které jí lékař ještě jednou vysvětlil, jak bude probíhat operační výkon a následná pooperační péče. Pacientka měla strach z operačního výkonu a pooperačního průběhu. V 9:00 jí byl podán Diazepam 10 miligramů tableta per os, na celkové zklidnění, jako součást premedikace před operačním výkonem, který zapila malým množstvím vody. Pacientka byla připravována k operačnímu výkonu. Sundala si všechny šperky, oblékla nemocniční košili a byly jí provedeny bandáže (obvázání) obou dolních končetin od prstů až do oblasti třísel. Zdravotnický personál s pacientkou neustále komunikoval a snažil se jí psychicky podpořit. V 11:00 byla pacientce dle ordinace anesteziologa aplikována premedikace, Dolsin 100 miligramů 1 ampule + Atropin 0,5 miligramů obojí intramuskulárně (aplikace do svalů) a vše bylo zaznamenáno do dokumentace. Poté byla odvezena na operační sál, kde si ji převzala anesteziologická sestra společně s dokumentací. V 14:00 byla pacientka převezena z operačního sálu zpět na oddělení. Byla u ní prováděna celková pooperační péče, více kapitola č. 7. Z operační rány v oblasti pravého prsu měla vyvedeny dva Redonovy drény a měla provedenou stahovací bandáž hrudníku elastickými obinadly. Ordinován byl Augmentin 1,2 gramu intravenózně (aplikace do krevního oběhu) po 8 hodinách a na pacientčinu žádost byly dle ordinace lékaře aplikovány analgetika. Po úplném probuzení byly pacientce po malých dávkách podávány tekutiny a kontrolovalo se močení. Pacientka byla sestrou vertikalizována, v podvečer už společně došly na toaletu. V 24:00 byl poprvé změřen výdej z Redonových drénů. Výdej z drénů se měřil každý den ve 24:00 a zapisoval se do dokumentace.

Redonův drén č. 1 = 20 ml, Redonův drén č. 2 = 5 ml.

10.2 Den druhý – 8. 12. 2009

3. den hospitalizace, 1. pooperační den. Pacientka si již sama docházela na toaletu. Převaz se dnes neprováděl, naplánován byl na 9. 12. Stále byly ponechány dva Redonovy drény a stahovací bandáž hrudníku, pacientka měla omezenou pohyblivost pravé horní končetiny, měla ji na šátkovém závěsu. Pacientku navštívil fyzioterapeut společně se sestrou, aby jí ukázali a aktivně s ní prováděli nácvik úchopu končetiny, rehabilitační cviky na rozcvičování pravé horní končetiny a nácvik sebeobsluhy. Nadále byl podáván Augmentin 1,2 g i. v. a na žádost analgetika dle ordinace lékaře. Svoje léky měla u sebe a sama je užívala. Aktivně sama začala provádět jednoduché cviky na rozcvičování horní končetiny. V 24:00 změřen výdej z Redonových drénů a zapsán do dokumentace.

Redonův drén č. 1 = 80 ml, Redonův drén č. 2 = 50 ml.

10.3 Den třetí – 9. 12. 2009

4. den hospitalizace, 2. pooperační den. Pacientce byl ráno proveden kontrolní odběr krve na vyšetření krevního obrazu a biochemické krevní vyšetření a odběr moči na vyšetření moči a močového sedimentu. Všechny výsledky měla pacientka v normě. Pacientce byla sundána elastická bandáž hrudníku a s pomocí sestry si pacientka provedla celkovou hygienu ve sprše čistou vlažnou vodou. Po osprchování byl proveden sterilní převaz operační rány, desinfekce Cutasept + sterilní čtverce a byla znovu provedena elastická bandáž hrudníku. Pacientka dále pokračovala s fyzioterapeutem a sestrou v nácviku sebeobsluhy a procvičovala složitější cviky s horní končetinou. Sama se aktivně pohybovala a udávala zmírnění bolesti. Přijímala návštěvy, kterým vyprávěla o operačním výkonu a ukazovala jim, jak cvičí s horní končetinou. Nadále byl podáván Augmentin 1,2 g i. v. dle ordinace lékaře. Výdej z Redonových v 24:00 byl: Redonův drén č. 1 = 40 ml, Redonův drén č. 2 = 20 ml.

10.4 Den čtvrtý – 10.12. 2009

5. den hospitalizace, 3. pooperační den. Pacientka opět byla ve sprše a byl jí proveden sterilní převaz operační rány obdobně jako předešlý den a udělána nová bandáž hrudníku. Redonovy drény ještě dnes byly ponechány. Pacientka aktivně rehabilitovala a nacvičovala sebeobsluhu. Měla zlepšenou pohyblivost horní končetiny. Stále byl podáván Augmentin 1,2 g i. v. dle ordinace lékaře. Výdej z Redonových drénů v 24:00 byl: Redonův drém č. 1 = 20ml, Redonův drén č. 2 = cca 2 ml.

10.5 Den pátý - 11. 12. 2009

6.den hospitalizace, 4. pooperační den. Pacientce byly ráno odstraněny oba Redonovy drény a výrazně se u ní zmenšila citlivost a bolestivost. Pacientka si sama provedla celkovou hygienu ve sprše a dokázala se pomalu sama obléci. Na stehy jí byla nalepena sterilní náplast bez polštářku, která napomáhala, aby byla jizva po operační ráně méně výrazná a byla pacientce nasazena speciální elastická podprsenka, kterou bude nosit po dobu 6 týdnů neustále, ve dne, i v noci. V 8:00 byla podána poslední dávka Augmentinu 1,2 g i.v. a odstraněn periferní žilní katetr. Pacientka byla ve fyzické i psychické pohodě, sama se dokázala obsloužit, pravá horní končetina neměla problémy s pohybem. Na 12. 12. 2009 bylo pacientce slíbeno propuštění.

10.6 Den šestý – 12. 12. 2009

7. den hospitalizace, 5. pooperační den. Pacientce byl naposled proveden sterilní převaz a opět si nasadila elastickou podprsenku. Pacientce byly ponechány stehy na operační ráně, na vyndání přijde 10. pooperační den do ambulance k ošetřujícímu lékaři. Pacientce byla vysvětlena nutnost dodržování volnějšího denního režimu a byla poučena, jak se má starat o operační ránu po vyndání stehů. Pacientka byla propuštěna do domácího léčení.

11 Edukace

Edukace by měla být jednou z hlavních činností sestry. Hlavním cílem edukace je podávání srozumitelných informací, podpoření pacientky, osvojení problematiky onemocnění, zdůraznění prevence a chápání odpovědnosti za své zdraví.

Nejprve si sestra u pacientky vytvoří edukační anamnézu, poté si stanoví edukační diagnózu, sestaví edukační plán, který se snaží realizovat a na závěr zhodnotit.

A) Edukační anamnéza

Datum: 12. 12. 2009

Jméno a příjmení: paní I. K.

Oddělení: chirurgické oddělení

Lékařská diagnóza: rekonstrukce pravého prsu silikonovým implantátem.

Příjemce edukace: pacientka paní I. K.

Vztah k zařízení: hospitalizace

Zaměření edukace: edukace v oblasti správné péče o operační ránu po odstranění stehů

Komunikační bariéry: nejsou přítomny

Forma edukace: ústní, názorná

Reakce na edukaci: kladná, verbální pochopení

Edukační potřeba v oblasti: 11. bezpečnost – ochrana

Edukátor: sestra Simona Krčková

Zdroje informací: knihy, letáky

B) Edukační diagnóza

00162 Ochota ke zlepšení léčebného režimu v souvislosti s potřebou pacientky se zdokonalit v činnostech léčby a prevence komplikací, projevující se žádostí o doplnění potřebných informací.

Cíl: Pacientka zná léčebný režim a prevenci komplikací porušené kožní integrity v souvislosti s mechanickým narušením kůže, ale svou činností chce jejich zvládnání zlepšit.

C) Edukační plán

Téma edukace: správné techniky péče o operační ránu po odstranění stehů

Edukátor: sestra Simona Krčková

Edukant: pacientka paní I. K.

Podmínky edukace: zájem a motivace pacientky, klidné prostředí, dostatek času

Čas: od 8:00 do 9:00

Organizační forma: individuální

Didaktické pomůcky: textový materiál

Výukové cíle: kognitivní

Použité metody: slovní (vysvětlení, rozhovor), názorné (letáky)

Obsah materiálu: seznámení pacientky se správnými technikami péče o operační ránu po odstranění stehů

Cíl edukačního plánu: naučit pacientku správnou péči o operační ránu po odstranění stehů

D) Edukační záznam (realizace)

Datum: 12. 12. 2009

Edukační potřeba v oblasti: 11. bezpečnost – ochrana

Téma edukace: edukace v oblasti správné péče o operační ránu po odstranění stehů

Forma edukace: slovní, názorná

Reakce na edukaci: kladná, verbální pochopení

Doporučení: před propuštěním do domácího léčení pacientce znovu vysvětlit techniky správné péče o operační ránu po odstranění stehů

Příjemce edukace: pacientka paní I. K.

Edukátor: sestra Simona Krčková

E) Zhodnocení

Pacientka spolupracuje, má zájem o vysvětlení správných technik péče o operační ránu po odstranění stehů, slovně verbalizuje pochopení.

Kontrolní otázky:

- 1) Můžete prosím slovně popsat správnou techniku masáže jizvy po operační ráně?
- 2) Můžete prosím prakticky ukázat na druhém prsu , jak budete provádět masáže jizvy po operační ráně?

12 Doporučení pro praxi

Z důvodu velmi rozšířeného výskytu onkologického onemocnění prsu u žen je velmi důležité klást velký důraz na prevenci, ať už primární či sekundární.

Do primární prevence se řadí zdravý životní styl, bohatá strava s omezením tuků, optimální tělesná hmotnost, nekouřit, nepít alkohol, dostatečný odpočinek a spánek, vyvarovat se stresu. Mnohdy všechna tato doporučení v dnešní společnosti není možné dodržovat, proto bychom větší důraz měli klást na sekundární prevenci. Sekundární prevence znamená včasný záchyt onkologického onemocnění prsu a co nejrychlejší zahájení léčby. Sekundární prevenci lze provádět pravidelným, důkladným samovyšetřováním prsů, pravidelnými návštěvami gynekologa, ultrasonografií, mamografií. Velkým přínosem bylo zavedení mamografického screeningu v ČR.

Ženy všech věkových kategorií by měly pečlivě dbát o své zdraví a nepodceňovat prevenci. Pravidelně provádět samovyšetřování prsů, docházet na preventivní prohlídky, ale lékaře vyhledat také ihned při sebemenších pochybnostech. V případě, že dojde ke zjištění nádorového onemocnění prsu a je nutné jeho odstranění, ženy by měly být ihned informovány o možnostech rekonstrukčních výkonů plastické chirurgie, aby věděly, že existuje možnost opětovného navrácení odstraněného prsu.

Sestry by měly být těmto ženám oporou, komunikovat s nimi, vyslechnout je a snažit se, co nejlépe jim odpovědět na jejich otázky a poradit s problémy, které je tíží. Také je informovat o možnosti navštívení spolků pro ženy se stejným problémem, kde si mohou s ostatními ženami popovídat o svých problémech a pocitech a vzájemně sdělit své zkušenosti.

Plastická chirurgie a její rekonstrukční výkony v žádném případě nemají nic společného s možností navrácení onemocnění. Pacientky po rekonstrukčních výkonech jsou dále preventivně onkologicky sledovány, což je považováno za běžný postup.

ZÁVĚR

Ošetrovatelský proces u pacientky s plasticko – chirurgickou rekonstrukcí prsu jsem realizovala na chirurgickém oddělení Nemocnice Slaný v období od 7. 12. do 12. 12. 2009. Ošetrovatelský proces jsem realizovala pomocí modelu komplexní ošetrovatelské péče M. Gordon. Z ošetrovatelské anamnézy, kterou jsem s pacientkou sepisovala 7. 12. 2009 jsem zjistila určité její ošetrovatelské problémy, které udávala v období před operačním výkonem, ze kterých jsem stanovila ošetrovatelské diagnózy. Následné problémy a ošetrovatelské diagnózy jsem stanovila až v pooperačním období po rekonstrukčním výkonu. Rekonstrukce prsu pomocí implantátu a následná rekonvalescence je dlouhodobější proces, který se přesouvá také do domácího prostředí. Spolupráce a komunikace mezi mnou a pacientkou byla po celou dobu hospitalizace velmi otevřená a přátelská. Realizace ošetrovatelského procesu probíhala bez jakýchkoli problémů, i díky tomu, že pacientka byla velmi ukázněná, spolupracovala, dodržovala léčebný režim a velkou motivací jí bylo navrácení jejího ztraceného symbolu ženskosti.

S pacientkou jsem byla nadále v kontaktu i po propuštění z nemocnice do domácího ošetrování. Jizva po rekonstrukčním výkonu na pravém prsu se jí velmi dobře zhojila a pacientka byla nadšená z výsledného vzhledu zrekonstruovaného prsu.

Při psaní této práce a realizování ošetrovatelského procesu s pacientkou jsem získala spoustu rad a cenných informací. Velmi si vážím a děkuji pacientce, paní I. K., že jsem se mohla podílet na jejím ošetrování a trávit s ní čas v nemocničním prostředí.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. ABRAHÁMOVÁ, J. a kol. 2009. *Co byste měli vědět o rakovině prsu*. Praha: Grada Publishing, 2009. ISBN 978-80-247-3063-9.
2. BECKER, H. D.; HOHENBERGER, W.; JUNGINGER, T.; SCHLAG, P. M. 2005. *Chirurgická onkologie*. Praha: Grada Publishing, 2005 ISBN 978-80-247-0720-4
3. CIBULA, D.; PETRUŽELKA, L. a kol. 2009. *Onkogynekologie*. Praha: Grada Publishing, 2009. ISBN 978-80-247-2665-6.
4. ČERVINKOVÁ, E. a kol. 2005. *Ošetrovatelské diagnózy*. Brno: NCO NZO, 2005. ISBN 80-7013-358-9.
5. DOENGES, M. E.; MOORHOUSE, M. F. 2001. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. 2.přepřac. a rozšířené vyd. Praha: Grada, 2001. ISBN 80-247-0242-8.
6. DRAŽAN, L.; MĚŠŤÁK, J. 2006. *Rekonstrukce prsu po mastektomii*. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1123-0.
7. KLENER, P.; KLENER, P. jr. 2010. *Nová protinádorová léčiva a léčebné strategie v onkologii*. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-2808-7
8. KONOPÁSEK, B.; HOUDEK, L.; PETRUŽELKA, L. 1997. *Karcinom prsu: manuál diagnostiky a léčby*. Praha: Galén, 1997. ISBN 80-85824-66-3.
9. KOPECKÝ, J. 2000. *Rehabilitace po operacích prsu*. Ostravská univerzita, 2000. ISBN 978-80-7042-322-6.
10. KOZIEROVÁ, B.; ERBOVÁ, G.; OLIVIERIOVÁ, R. 1995. *Ošetrovatel'stvo I*. Osveta: Martin, 2005. ISBN 80-217-0528-0.

11. KUTNOHORSKÁ, J. 2007. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-2069-2.
12. MAREČKOVÁ, J. 2006. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1399-3.
13. MĚŠŤÁK, J. 2007. *Prsa očima plastického chirurga*. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1834-7
14. NĚMCOVÁ, J.; MAURITZOVÁ, I. 2009. *Skripta k tvorbě bakalářských a magisterských prací*. Praha: Maurea, s.r.o., 2009. ISBN 978-80-902876-0-0.
15. OPATRNÁ, M. 2008. *Etické problémy v onkologii*. Praha: Mladá Fronta a.s., 2008. ISBN 978-80-204-1876-0.
16. SLEZÁKOVÁ, L. a kol. 2008. *Ošetrovatelství v chirurgii II*. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 80-2473-130-4.
17. TSCHUSCHKE, V. 2004. *Psychoonkologie*. Praha: Portál, s.r.o., 2004. ISBN 80-7178-826-0.
18. VOJÁČKOVÁ, L. 2003. *Kromě prsu mi nic nechybí*. Praha: Triton, 2003. ISBN 80-7254-354-7.
19. VORLÍČEK, J.; ABRAHÁMOVÁ, J.; VORLÍČKOVÁ, H. a kol. 2006. *Klinická onkologie pro sestry*. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1716-6.
20. WORKMAN, B.; BENNETT, C. L. 2006. *Klíčové dovednosti sester*. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1714-X.
21. ZACHAROVÁ, E. 2007. *Zdravotnická psychologie – teorie a praktická cvičení*. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-2068-5.
22. ŽALOU DÍK, J. 2008. *Vyhněte se rakovině aneb prevence zhoubných nádorů pro každého*. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-2307-5.

23. *Pravidla českého pravopisu : s Dodatkem Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy České republiky*. 1. vydání. Praha : Academia, 2003. ISBN 80-200-0475-0.

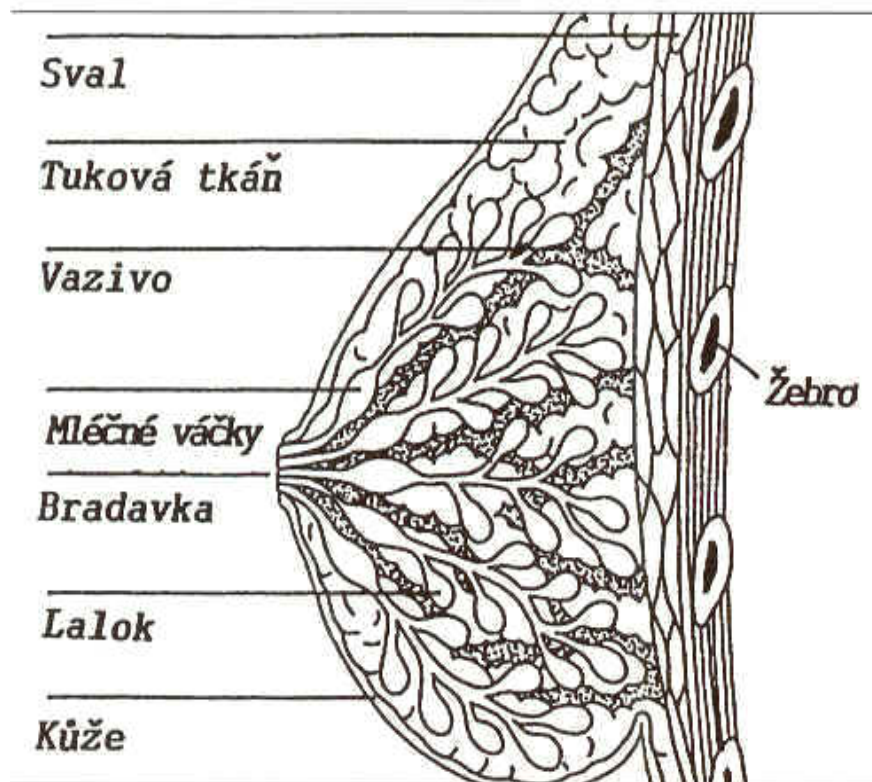
24. REMEŠ, R. 2009. *Rekonstrukce prsu*. [online].[cit. 2010-15-03 v 13:50h].
Dostupné z WWW: <<http://www.plasticka-chirurgie.info/zakroky/rekonstrukce-prsu>>.

25. SKOVAJSOVÁ, M. 2009. *Rakovina prsu: Preventivní samovyšetřování prsů* [online]. [cit. 2010-18- 02 v 19:22h].
Dostupné z WWW: <<http://www.mamo.cz/index.php?pg=pro-verejnost--rakovina-prsu--samovysetreni-prsu>>.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A – Stavba prsu.....	LXVII
Příloha B – Techniky samovyšetřování prsů.....	LXVIII
Příloha C – Prsní epitéza.....	LXIX
Příloha D – Silikonové prsní implantáty.....	LXX

Příloha A – Stavba prsu



(Slezáková, L. a kol. 2008)

Příloha B – Techniky samovyšetřování prsů



SKOVAJSOVÁ, M. 2009. *Rakovina prsu: Preventivní samovyšetřování prsů* [online]. [cit. 2010-18- 02 v 19:22h]. Dostupné z WWW: <<http://www.mamo.cz/index.php?pg=pro-verejnost--rakovina-prsu--samovysetreni-prsu>>.

Příloha C – Prsní epitéza



Vlastní fotodokumentace pacientky (12.1.2010) – pacientka poskytla fotografie ze svého archivu a souhlasila s uveřejněním v bakalářské práci.

Příloha D – Silikonové prsní implantáty

Siltex™ Round Gel Implant Family

Cohesive I™



Informační leták společnosti Mentor