

# OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O ŽENU PO OPERACI PRO KARCINOM PRSU

Bakalářská práce

INNA BOGAČUKOVÁ

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s.  
PRAHA 5

Vedoucí práce: PhDr. René Hanušová

Komise pro studijní obor: Porodní asistentka

Stupeň kvalifikace: bakalář

Datum předložení: 18.04.2011

Praha 2011



**VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s.**  
*se sídlem v Praze 5, Duškova 7, PSČ 150 00*

**BOGAČUKOVÁ Inna**  
**3. A PA**

**Schválení tématu bakalářské práce**

Na základě Vaší žádosti ze dne 19. 4. 2010 Vám oznamuji  
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Ošetrovatelská péče o ženu po operaci pro karcinom prsu

*Nursing Care of the Woman after Breast Cancer Surgery*

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. René Hanušová

V Praze dne: 29. 10. 2010

prof. MUDr. Zdeněk Seidl, CSc.  
rektor

## **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 18.04.2011

*podpis*

## **ABSTRAKT**

BOGAČUKOVÁ, Inna. *Ošetrovatelská péče o ženu po operaci pro karcinom prsu*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s., stupeň kvalifikace: bakalář. Vedoucí práce: PhDr. René Hanušová. Praha. 2011. 56 s.

Teoretická část práce je zaměřena na anatomii prsu, popsání patologií spojených s karcinomem prsu, diagnostiku onemocnění a následnou léčbu. Nedílnou součástí jsou také rizikové faktory způsobující rakovinu prsu a její prevenci. V praktické části práce je kazuistika ošetrovatelské péče o ženu s karcinomem prsu, která se skládá z efektivních ošetrovatelských postupů, stanovených individuálních ošetrovatelských diagnóz, plánování ošetrovatelské péče a následné realizace a hodnocení ošetrovatelské péče o ženu po chirurgické léčbě pro karcinom prsu.

Klíčová slova: Chirurgická léčba. Karcinom prsu. Ošetrovatelská péče. Patientka.

## **ABSTRACT**

BOGAČUKOVÁ, Inna. *Nursing care of the women after breast cancer surgery*. Nursing College, o.p.s., qualification degree: Bachelor. Supervisor: PhDr. René Hanušová. Prague 2011. 56 pages

The focus of the theoretical part is breast anatomy, a description of breast cancer pathology, diagnosis and subsequent treatment. Integral to this are all risk factors causing breast cancer and its prevention. The focus of the practical part is casuistry of nursing care for women with breast cancer, which consists of effective nursing procedure, provide an individual nursing diagnosis, nursing care planning and subsequent implementation and assessment of nursing care for women after surgical treatment for breast cancer.

Key words: Surgical treatment. Breast cancer. Nursing care. Patient.

## **PŘEDMLUVA**

Při vypracovávání bakalářské práce jsem si uvědomila závažnost onemocnění karcinomem prsu a léčbu s ním spojenou. Každá žena se s onemocněním vyrovnává individuálně a lze se jen domnívat, jaké přijdou reakce na situace, které přijdou v průběhu léčby. Na všechny reakce musíme být připraveny a být pro ženu oporou. Je třeba si také uvědomit dlouhodobé následky, se kterými se ženy musí srovnat a přizpůsobit dosavadní život.

Výběr tématu byl ovlivněn vysokým výskytem karcinomu prsu v České republice a absolvováním praxe po dobu studia oboru porodní asistentky na oddělení pooperační gynekologie v Ústavu pro péči o matku a dítě v Praze – Podolí. Již po dobu studií na Střední zdravotnické škole v Děčíně, jsem přednášela na téma „prevence rakoviny prsu“ u dívek ve věku od 16 – 18 let a docela mne zaujalo, že dívky nemají dostatek informací. V průběhu praxe jsem si proto začala všimnout žen, které absolvovaly jakýkoliv chirurgický výkon pro karcinom prsu, a zajímalo mě, jakým způsobem se s novou situací vyrovnávají. Téma jsem si zvolila po absolvování klinické praxe na operačním sále, kde se operace prsu provádějí.

Tato práce by mohla být jako studijní materiál pro studentky oboru porodní asistentka, všeobecná sestra, ale i pro další nelékařské profese v klinické praxi, které se dané problematice věnují.

Touto cestou děkuji vedoucí bakalářské práce PhDr. Reně Hanušové za užitečné rady, trpělivost a podporu při vypracování práce, MUDr. Jiřímu Hanušovi, CSc. za korekci teoretické části práce. Také bych chtěla poděkovat pacientce a personálu zdravotnického zařízení.

# OBSAH

ÚVOD.....	11
TEORETICKÁ ČÁST .....	12
1 ANATOMIE PRSU .....	12
1.1 Prs (mamma, mastos).....	12
1.2 Cévní a nervové zásobení prsu.....	13
1.3 Lymfatický systém prsu .....	13
2 DĚLENÍ KARCINOMU PRSU .....	14
2.1 Karcinom.....	14
2.2 Fibrocystická choroba prsu .....	17
3 DIAGNOSTIKA .....	19
3.1 Anamnéza.....	19
3.2 Fyzikální vyšetření .....	20
3.3 Zobrazovací metody vyšetření .....	20
3.4 Určení rozsahu onemocnění pomocí TNM systému .....	22
4 LÉČBA .....	23
4.1 Chirurgická léčba .....	23
4.2 Systémová léčba.....	24
4.2.1 Chemoterapie .....	24
4.2.2 Hormonální léčba.....	25
4.3 Biologická léčba.....	25
4.4 Radiační léčba .....	25
5 RIZIKOVÉ FAKTORY A PREVENCE .....	26
PRAKTICKÁ ČÁST .....	27
6 OŠETŘOVATELSTVÍ.....	27
6.1 Model funkčního typu zdraví Marjory Gordon.....	29

6.2	Ošetrovatelský proces .....	30
7	KAZUISTIKA .....	31
7.1	Ošetrovatelská anamnéza dle Marjory Gordon.....	33
7.2	Průběh hospitalizace.....	36
7.2.1	Den příjmu na oddělení – 03.02.2011.....	36
7.2.2	Den operace – 04.02.2011 .....	38
7.2.3	1. pooperační den – 05.02.2011 .....	41
7.3	Stanovení ošetrovatelských diagnóz .....	44
7.3.1	Vypracování ošetrovatelský diagnóz v den příjmu.....	46
7.3.2	Vypracování ošetrovatelských diagnóz v den operace .....	47
7.3.3	Vypracování ošetrovatelských diagnóz první den po operaci .....	49
7.4	Doporučení pro praxi .....	53
	ZÁVĚR .....	54
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....	55
	SEZNAM PŘÍLOH	



## SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

BDK.....	bandáž dolních končetin
BMI.....	body mass index
BRCA – 1.....	lidský gen
BRCA – 2 .....	lidský gen
cm .....	centimetr
D .....	dech
DCIS .....	duktální carcinom in situ
DIC .....	invazivní carcinom in situ
DK .....	dolní končetiny
gtt. ....	kapky
HK .....	horní končetina
i. m. ....	intramuskulárně
i. v. ....	intravenózně
inf. ....	infuze
kg .....	kilogram
KS .....	krevní skupina
LCIS.....	lobulární carcinom in situ
min. ....	minuta
MR .....	magnetická rezonance
P .....	pulz
p. o. ....	per os
p. r. ....	per rektum

tbl. ....tableta

TNM.....tumor, noduli, metastázy

RTG .....rentgen

TK .....tlak krve

TT.. .....tělesná teplota

UICC.....union internationale contre le cancer

UPT.....umělé přerušení těhotenství

UZ .....ultrazvuk

## ÚVOD

Karcinom prsu patří v České republice k nejrozšířenějšímu onemocnění zhoubného původu u žen ve všech věkových kategoriích. Závažnost tohoto onemocnění je velmi vysoká a příčiny vzniku nejsou zcela jasné. Jen se můžeme domnívat, které rizikové faktory mají na vzniku karcinomu prsu vliv. Karcinom prsu můžeme rozdělit podle lokalizace, podle typu bujení, a zda došlo k metastázám do okolních orgánů či nikoliv. Velmi důležitý je včasný záchyt karcinomu a zahájení léčby. Bohužel mnoho žen s karcinomem prsu vyhledá pomoc příliš pozdě a léčba je potom nejen náročnější a zdoluhavější, ale často „marná“. Pozdní návštěva u lékaře je často založena na strachu z diagnózy a strachu z dalších událostí.

Práce je založena na aplikaci správné, důkladné a efektivní ošetrovatelské péče vedoucí k uzdravení ženy nejen po fyzické stránce, ale i po stránce psychické. Ošetrovatelská péče je individuální. Každý „krok“ je třeba pečlivě zvážit a v celém zdravotnickém týmu postupovat jednotně a úzce spolupracovat.

# 1 ANATOMIE PRSU

## 1.1 Prs (mamma, mastos)

Prs je párový orgán, který je uložen na přední straně hrudníku před velkým prsním a pilovitým svalem. Většinou má polokulovitý tvar a různou velikost. Je tvořen kůží, mléčnými žlázami, tukovým vazivem a na vrcholu bradavkou, která je obklopena dvorcem (13, 18).

Tvar a velikost prsu závisí na celé řadě faktorů. Mění se v průběhu života s věkem. Velký vliv má také těhotenství a počet porodů. Rozlišujeme mnoho tvarů: kulovitý, plochý, polokulovitý, hruškovitý, v pozdějším věku je prs ochablý. Asymetrie velikosti prsů je běžným jevem (6).

Mléčná žláza (*glandula mammaria*) se řadí k největším kožním žlázám lidského organismu. U ženy vyvinutá mléčná žláza tvoří podklad pro ženské prso. Skládá se z 15 až 20 laloků (*lobi glandulae mammariae*) kyjovitého tvaru, z každého laloku vystupuje mlékovod. Žlázové laloky uložené ve společném tukovém vazivu tvoří terčovitě těleso (*corpus mammae*). Povrch mléčných žláz je velmi členitý a nerovný. Funkce mléčné žlázy se vyvíjí v průběhu těhotenství pod vlivem pohlavních hormonů a prolaktinu. Plně vyvinuté jsou žlázy ke konci těhotenství a během kojení. Ze žláz se již koncem těhotenství produkuje vodnaté nažloutlé mlezivo, po dvou až třech dnech po porodu se mění na mateřské mléko (6, 9).

Tuková tkáň, která tvoří premamální a retromamální vrstvu, obklopuje laloky mléčné žlázy. Tato vrstva je individuální. Charakteristicky zaoblený tvar prsu dává premamální vrstva. Retromamární tuk je silný až 1 cm a uložen mezi *corpus mammae* a *m. pectoralis major*. Na povrchu prsu je tenká a světlá kůže. Vrchol prsu je zakončen mamiloareolárním komplexem, který je složen z dvorce (*areola mammae*) a prsní bradavky (*papilla mamilla*). Prsní dvorec má kruhovitý tvar o průměru 3 – 5 cm, je více pigmentován než okolní kůže a po obvodu jsou vidět drobné hrbolky (*glandulae areolares*). Prsní bradavka je uprostřed dvorce, je vystouplá nad povrch kůže. Do hrotu bradavky ústí mlékovody (18).

## 1.2 Cévní a nervové zásobení prsu

Prs je cévně zásoben z více zdrojů: *a. thoracica interna*, *a. thoracica lateralis*, *a. thoracica superficialis* a z *aa. intercostales posteriores*. Tepny probíhají podél mlékovodů a centrálně se shlukují k prsní bradavce. Bradavka je zásobena přímou papilární tepnou (Pietova papilární tepna). Pod prsním dvorcem žíly tvoří kruhovou pletěň (*circulus venosus Helleri*) a ústí do *v. thoracica lateralis*, *v. thoracica interna* a *vv. intercostales*. Inervace prsu pochází z *nn. intercostales*, *nn. supraclaviculares* (6).

## 1.3 Lymfatický systém prsu

Funkcí lymfatického systému je absorpce nadměrného množství tekutiny v organismu a jejího návratu do krevního řečiště, absorpce tuků a účastní se i na funkci imunitního systému.

Míza z prsu odtéká cestou mnoha lymfatických cév několika směry. Pleteně odvádějící mízu jsou tvořeny subareolární pletení, podél mlékovodů a mezi jednotlivými laloky. Laterální kvadranty odvádějí mízu do *nodi lymphatici axillares pectorales*, dále do *nodi lymphatici axillares centrales* a *nodi lymphatici axillares infraclaviculares*. Část mízy odtéká také přes hrudní stěnu. Z mediálních kvadrantů prsu odtéká míza do *nodi lymphatici parasternales*. Míza z centrální části prsu odtéká do *nodi lymphatici infraclaviculares* a do *nodi lymphatici supraclaviculares* (6).

## 2 DĚLENÍ KARCINOMU PRSU

Karcinom prsu patří k nejčastějším zhoubným onemocněním ženy. V dnešní době postihuje nejen ženy kolem 50 let, ale i ženy mladší ve fertilním věku. Onemocnění může být také zřídka diagnostikováno i u mužů. Na vzniku onemocnění se podílí široké spektrum faktorů. Při tomto onemocnění je velmi důležitá včasná diagnóza a začátek léčby (4,7).

### 2.1 Karcinom

Maligní nádory jsou rychle rostoucí útvary, které prorůstají i do okolních tkání a jsou složeny z atypických buněk. Mohou metastazovat lymfatickou či hematogenní cestou i do vzdálených orgánů. Velmi často recidivují a jejich léčba je náročná, složitá, dlouhá a psychicky zatěžující. Třídění nádoru prsu závisí na biologickém chování a histologickém nález. Můžeme je rozdělit do třech stádií. V **neinvazivním** stádiu se nádorové buňky nešíří do okolních tkání. Buď je postižen pouze mlékovod (DCIS – duktální karcinom in situ), nebo jen lalůček (LCIS – lobulární karcinom in situ). Při **invazivním** stádiu se nádorové buňky šíří do okolí. **Metastatické** stádium je stadium při kterém se krví a lymfou šíří nádorové buňky do celého těla (3).

#### Duktální karcinom in situ

Jedná se o neinvazivní karcinom, vznikající nejčastěji ve větších vývodech a šíří se dále do menších vývodů. Je tvořen z velkých uniformních buněk. Tento karcinom se rozděluje do několika základních histologických typů a to podle způsobu růstu nádorových buněk. Kubický tvar buněk se vyskytuje u **solidního typu**, a pokud je přítomna nekróza, která postupem času kalcifikuje, označujeme jej jako **komedonový karcinom**. Krajkovitá struktura buněk je typická pro **kribriformní intraduktální karcinom**. Pro **papilární intraduktální karcinom** jsou specifické intraduktálně rostoucí papily mající na povrchu atypické nádorové buňky (3, 14, 17).

Méně časté jsou intracystické **apokrinní duktální karcinomy**. Nejvzácnější je **mucinózní duktální karcinom**, pro který je charakteristická hlenovitá vyplň duktu (3, 14, 17).

### **Lobulární karcinom in situ**

Lobulární karcinom je stejně jako DCIS neinvazivní karcinom. Postihuje především ženy před menopauzou. Výskyt v prsu je multicentrální i kontralaterální. Charakteristický je nález distendovaných acinů a terminálních ductů tvořených uniformními kulatými buňkami (3, 14).

### **Invazivní duktální karcinom (DIC)**

Jde o nejčastější maligní nádor prsu. Vyskytuje se jako samostatný, hmatný uzel, který je fixován k okolí. Velikost uzlu se pohybuje od několika milimetrů až po infiltraci celého prsu. Okraje mohou být cípaté, někdy může být obklopen vazivovou pseudokapsulou. Složení DIC je především z větších buněk. U poloviny lze zjistit intracytoplazmatické hlenové vakuoly, které lze prokázat barvicími technikami. Histologické určení je založeno na vyzrálosti žlazových formací, hyperchromazii jader, mitotickém indexu, přítomnosti angioinvaze, nekróze tkáně, cévního zásobení. Na všech těchto faktorech je založena prognóza onemocnění. Vznik DIC na podkladě neinvazivního karcinomu nelze vyloučit (3, 14).

### **Invazivní lobulární karcinom**

Karcinom se vyskytuje v prsu unicentricky, unilaterálně i multicentricky a bilaterálně. V 70% případech je přítomen také lobulární karcinom in situ. Agresivita lobulárního karcinomu je vyšší než u karcinomu duktálního. Nádorové buňky rostou samostatně nebo v jednobuněčných řadách. Rozlišujeme několik variant lobulárního karcinomu (3, 14).

Karcinom z prstenčitých buněk vzniká odtlačením jádra buněk na periferii velkou hlenovou vakuolou. Histocystoidní typ karcinomu je tvořen velkými buňkami, které jsou vyplněny hlenovými vakuolami. Trabekulární typ je tvořen dvěma až třemi řadami nádorových buněk. Při solidní variantě buňky vytvářejí velká ložiska. Alveolární typ je tvořen menším solidním ložiskem a připomíná lobulární karcinom in situ (3, 14).

### **Medulární karcinom**

Medulární karcinom postihuje nejčastěji ženy do 35let. Je dobře ohraničený a nevykazuje známky infiltračního růstu. Pokud nádor svou velikostí nepřesáhne 3 cm a nejsou prokázány metastázy, tak je prognóza velmi příznivá. Buňky nádoru mají velké vezikulární jádro s nezřetelnou cytoplazmatickou membránou. Periferní lem po obvodu ložiska tvoří lymfoplazmacytární infiltrát (3, 14).

### **Mucinózní karcinom**

Mucinózní karcinom tvoří 2% karcinomů prsů. Charakteristická je přítomnost extracelulární hlenové hmoty. Karcinom je měkký není opouzdřen, ale je ohraničen od okolní tkáně. Postihuje spíše ženy nad 50 let (3, 14).

### **Papilární invazivní karcinom**

Vyskytuje se u žen v postmenopauzálním věku a tvoří 2% karcinomů. Jedná se o formu intraduktálního karcinomu vyskytující v cystických lézích, nebo v menších vývodech. Nádor je velmi dobře opouzdřen či ohraničen a často prokrváčený. Buňky nádoru mají cylindrický nebo kubický tvar a obsahují atypické jádro (3, 14).

### **Tubulární invazivní karcinom**

Tubulární karcinom mívá nejčastěji hvězdicovitý tvar o velikosti 10 mm. Uložení v prsu je většinou multicentrické. Histologicky je tvořen dediferencovanými žlázkami, nebo tubuly. Karcinom musí být tvořen 75 % tubulárními žlázkami, pokud tomu tak není, tak je použito označení *smíšený tubulární karcinom* (3, 14).

### **Adenoidně cylindrický karcinom**

Karcinom se vyskytuje po celou dobu dospělosti. Uzel má kulovitý ohraničený tvar o velikosti 10 – 30 mm. Skládá se z proliferačních epitelových buněk s cylindrickou strukturou (3, 14).

### **Pagetova choroba bradavky**

Projevem této choroby je svědění, pálení, nebo ulcerace bradavky. Výskyt onemocnění je vzácný a je většinou přidružený k jinému malignímu onemocnění prsu (např.: duktální karcinom in situ, invazivní duktální karcinom). Pagetovy buňky jsou



velké, světlé a obsahují velké jádro. U tohoto typu nádoru je velmi důležitá časná a správná diagnóza. Velmi často bývá tento nádor léčen jako infekce nebo ekzém (3, 14).

Mezi další méně časté invazivní karcinomy patří např. apokrinní karcinom, sekreční karcinom, karcinom bohatý na lipidy a glykogen, karcinom s endokrinní diferenciací (3, 14).

## **2.2 Fibrocystická choroba prsu**

Fibrocystická choroba prsu je souhrnné označení různých regresivních, poliferativních a architektonických změn mléčné žlázy. Hmatné patologické změny mohou imitovat zhoubné nádorové onemocnění (3, 14).

### **Cysty**

Cysty vznikají nepravidelnou dilatací vývodů a jsou vystlány cylindrickými, nebo apokrinními buňkami. Dosahují velikostí mikroskopických až makroskopických (v průměru i několik centimetrů), hranice je 3 mm. Jsou vyplněny serózní, vazkou tekutinou s příměsí krve. Vyskytují se samostatně, nebo mnohotně (3, 14).

### **Epitelióza**

Epitelióza – duktální epiteliální hyperplazie, je intraduktálně různě vystupňovaná proliferace epitelu a myoepitelií vývodu a jsou přítomny intraduktální papilární výrůstky. Rozlišujeme 3 stupně duktální hyperplazie. U lehkého stupně jsou přítomny 3 – 4 vrstvy epitelu, střední stupeň obsahuje 5 a více vrstev epitelu a u floridní hyperplazii (těžký stupeň) je lumen obklopeno fenestrovanými ložisky epitelu (3, 14).

### **Adenóza**

Jedná se o zmnožení lobulů – lobulární epiteliální hyperplazie, ve kterých dochází k zmožení a zvětšení epitelových, myoepitelových a stromálních komponentů. Při těchto změnách dochází k deformaci původní tkáně. Lobulární hyperplazie se rozdělují do několika variant např.:

### **Prostá adenóza a floridní adenóza**

Při prosté adenóze dochází vlivem hormonálních stimulů k zvětšení lobulů, bez jakéhokoliv strukturálního poškození. Většinou k tomuto ději dochází u dívek v období menarche. Floridní adenóza je zmnožení žlázek a dochází k strukturálnímu poškození buněk. Tvoří hmatné, nebo mikroskopické uzle (3, 14).

### **Sklerozující adenóza**

Struktura ložiska je narušena zmnožením vaziva stromatu a je ohraničena vazivovým lemem. Často bývá při mamografickém vyšetření suspektní. Až histologické vyšetření prokáže zachovalou lobulární úpravu. Ložiska mohou také obsahovat buňky lobulárního a duktálního karcinomu in situ (3, 14).

## 3 DIAGNOSTIKA

Pro správnou a včasnou diagnostiku karcinomu prsu je velmi důležité včasné vyšetření lékařem, ihned po zjištění jakéhokoliv příznaku spojeného s karcinomem prsu. Lékař sepiše podrobnou anamnézu, provede vizuální a palpační vyšetření prsu a lymfatických uzlin. Následně rozhodne o dalších vyšetření, která potvrdí, nebo vyvrátí diagnosu karcinomu prsu. Vyšetření jsou založena na přesných zobrazovacích metodách, které mohou být spojeny s biopsií ložiska (2).

### 3.1 Anamnéza

Při tomto onemocnění je důležité odebrání onkologické anamnézy. Rodinná anamnéza musí obsahovat veškerá onkologická onemocnění, která prodělali blízcí příbuzní. Pokud je v rodině výskyt rakoviny prsu, je potřeba upřesnit, zda se jedná o přímé příbuzné (matka, sestra, dcera) nebo o vzdálené příbuzné (teta, sestřenice, neteř) a v kolika letech se u nich onemocnění vyskytlo. V gynekologické anamnéze zjišťujeme menarché, trvání a typ menstruačního cyklu, hormonální léčbu, menopauzu, gynekologické zákroky, porody, potraty. Součástí anamnézy je také informace zda žena provádí pravidelné samovyšetření prsu a jestli někdy prodělala záněty prsu (2).

Nejčastěji žena k vyšetření přichází pro zjištěné nepravidelnosti v prsu:

- vyhmátání bulky v prsu – může docházet i k vtahování kůže v místě ložiska
- důlek v prsu
- tzv. pomerančová kůra, povrch prsu je podobný struktuře povrchu pomeranče
- nepravidelnosti bradavek – oploštění, vtažení bradavky
- vytékající sekret z bradavky
- výrazná asymetrie prsu, která dříve nebyla přítomna
- zarudnutí a teplá kůže
- exulcerace (zvrhedovatění) – jedná se o velmi pozdní příznak (1,2).

## **3.2 Fyzikální vyšetření**

Při fyzikálním vyšetření pacientka sedí, nebo stojí a lékař sleduje nejprve tvar obou prsů v klidu se spuštěnými pažemi a posléze tvar prsů po založení paží za hlavu. Palpačně (krouživými pohyby) vyšetří postupně všechny kvadranty prsu (horní zevní a vnitřní, dolní zevní a vnitřní) a zjišťuje, zda nejsou přítomny rezistence. Stisknutím dvorce a bradavky zjistí, zda nedochází k výtoku sekretu z prsu. Součástí je také palpační vyšetření přední axilární řasy, axily a zadní axilární řasy. Také se vyšetří oblast pod a nad klíčními kostmi. Součástí je také vyšetření pacientky vleže, kdy má založenou ruku vyšetřovaného prsu za hlavou. V této poloze se prs „rozlije“ a při vyšetření se snadněji odhalí přítomné patologie. Při tomto vyšetření je postup stejný jako při vyšetření pacientky vsedě nebo ve stoje (2, 3).

## **3.3 Zobrazovací metody vyšetření**

### **Mamografie**

Jedná se o neinvazivní rentgenovou metodu, která se využívá nejčastěji. Při tomto vyšetření se zobrazí změny v měkkých tkáních prsu, které nemusí být rozpoznány pohmatem. Provádí se v návaznosti na klinické vyšetření, avšak se používá i u tzv. rizikových pacientek bez klinického nálezu. Mamografická technika je založena na vysokém stupni rozlišovací schopnosti. Vyšetření se provádí na mamografu, při kterém se vyšetřované prso vloží mezi dvě destičky a provede se snímek. Nejvhodnější doba na provedení vyšetření je první polovina menstruačního cyklu, v tomto období je prs méně citlivý. Vyšetření provádí speciálně školená laborantka. U žen po 40 – 45 roce života se mamografie provádí preventivně jednou za dva roky a je hrazena pojišťovnou. Mamogram vyhodnocuje specialista – rentgenolog (1, 2, 3).

### **Duktografie**

Vyšetření je zaměřeno na odhalení intraduktálních nádorů. Do mlékovodů se pomocí kanyly aplikuje kontrastní látka a provede se mamografie. Na snímku se hodnotí průběh, šíře a ohraničení stěn. Indikací k tomuto vyšetření je serózní, nebo krvavý výtok z bradavky. Správně provedené vyšetření odhalí intraduktální léze – papilomy, papilokarcinomy (1, 2, 3, 18).

## **Sonografie**

Ultrazvukové vyšetření patří rovněž mezi neinvazivní vyšetření. Sonografie je založena na principu průniku ultrazvuku jednotlivými tkáněmi. V dnešní době je sonografie jednou z nejcennějších vyšetřovacích metod, při kterém lze odhalit karcinomy, které mamograf nerozlišil. Sonografie je indikována pro mladé ženy (do 30 let), těhotné ženy, kojící ženy a po mamografickém vyšetření jako doplňující. U tohoto vyšetření může být k dispozici instrumentárium pro punkci ložiska a odběru materiálu (1, 2, 3, 18).

## **Magnetická resonance (MR)**

Princip MR je založen na magnetickém poli. Lidské tělo je v počítači zobrazeno jako pláty. Vyšetření je velmi citlivé na prokázání maligních tumorů. Využívá se k prokázání recidivujících tumorů a zjišťuje se, zda nedošlo k metastázám do okolních orgánů (1, 2, 3, 18).

## **Biopsie**

Biopsie je odběr postižené tkáně k histologickému ověření. Provádí se punkční biopsie. Provádí se také punkce silnou jehlou pomocí tzv. incizní biopsie. Získaný materiál je zaslán k histologickému vyšetření patologem, který určí typ nádoru (1, 2, 3, 18).

### **3.4 Určení rozsahu onemocnění pomocí TNM systému**

Za konečné stanovení diagnózy karcinomu prsu je zodpovědný patolog. Základem ke stanovení diagnózy je tzv. vyšetřovací tripl – klinické vyšetření, zobrazovací vyšetření a morfologie. K určení rozsahu rakoviny se používá dle mezinárodní unie proti rakovině (UICC) klasifikace TNM (T – tumor, N – noduli, uzliny, M – vzdálené metastázy) (2, 3, 18).

#### **Stanovení kategorie T**

Stanovení velikosti v cm a umístění nádoru v prsu podle jednotlivých kvadrantů. Primárně vychází z palpačního vyšetření a zobrazovacích metod. Skutečný nález, který byl zjištěn při operačním výkonu, musí být zaznamenán v operačním protokolu. Další informace o velikosti a vztahu k okolí určí vyšetření patologem (2, 3, 18).

#### **Stanovení kategorie N**

Regionální uzliny mohou být také postiženy metastázami, proto je důležité určit jejich velikost a vztah k okolí. Přesný popis a počet postižených uzlin musí obdržet patolog od chirurga, který operaci provádí (2, 3, 18).

#### **Stanovení kategorie M**

Tato kategorie prokazuje přítomnost vzdálených metastáz v okolních orgánech. K potvrzení nebo vyloučení metastáz je potřeba provést další vyšetření: RTG hrudníku, UZ břišní dutiny, scintigrafii skeletu, RTG skeletu, CT, MR (2, 3, 18).

## 4 LÉČBA

Léčba karcinomu prsu je komplexní a velmi náročná. Na léčbě se podílí mnoho odborníků: onkolog, chirurg, rentgenolog, patolog, a pokud je to nutné tak i další odborníci. Obecně se léčba rozděluje do třech způsobů a to chirurgická léčba, systémová léčba a radiační. Všechny uvedené typy léčby se mohou prolínat a navzájem se doplňovat (1,3).

### 4.1 Chirurgická léčba

Chirurgická léčba patří k nejčastěji využívanému prvotnímu řešení karcinomu prsu. Provádí se buď radikální výkon (amputace celého prsu), nebo částečný výkon, při kterém se odstraní pouze postižená část a prs se ponechá. Rozsah výkonu se odvíjí od velikosti, rozsahu, umístění a typu nádoru. Při chirurgickém výkonu se odstraňují také axilární uzliny (1, 18).

Typy chirurgických operací:

- a) **radikální mastektomie** – při výkonu se odstraní kůže prsu, bradavka, dvorec, veškerá tkáň prsu, velký i malý prsní sval a axilární uzliny. Tento typ výkonu se v dnešní době pro přílišnou radikalitu většinou neprovádí.
- b) **modifikovaná radikální mastektomie (podle Pateyho)** – při výkonu se odstraní kůže, bradavka, dvorec, veškerá tkáň prsu, malý prsní sval a axilární uzliny. Výkon se provádí, pokud je nádor větší než 2 cm.
- c) **totální mastektomie** – při výkonu se odstraní kůže prsu, bradavka, dvorec, tkáň prsu. Provádí se u nádorů in situ a event. jako profylaxe u nositelek genetické mutace.
- d) **subkutánní mastektomie** – při výkonu se odstraní žlázatá tkáň prsu a zachová se kůže, bradavka a dvorec prsu. Tento typ výkonu se v dnešní době pro riziko ponechání reziduí částí mamární tkáň a retroareolárních ductů většinou již neprovádí.
- e) **mastektomie šetřící kůži** – při výkonu se odstraní z areolární incize tkáň prsu s bradavkou a dvorcem. Provádí se u nádorů in situ a jako profylaxe u nositelek genetické mutace (1, 18).

- f) **kvadrantektomie, segmentální mastektomie** – při tomto výkonu se odstraní kůže, prsní tkáň pod ní ležící s nádorem. Resekce se provádí minimálně 1 cm od okraje nádoru. Odstranění axilárních uzlin se provádí u nádorů o průměru 3 cm.
- g) **lumpektomie, tumorektomie** – při výkonu se odstraní prsní tkáň které obklopují nádor a nádor samotný. Resekce se provádí 1 cm od okraje nádoru. Odstranění axilárních uzlin se provádí u nádorů do průměru 2 cm.
- h) **lumpektomie, tumorektomie, široká axcize, kvadrantektomie** – při výkonu se postupuje stejně jako u předchozích dvou výkonů, bez odstranění axilárních uzlin. Provádí se často u nezhoubných nádorů (1, 18).

## 4.2 Systémová léčba

Při této formě léčby se léky aplikují nejčastěji intravenózně ve formě injekcí, nebo infuzí a ovlivňují buňky celého těla. Rozlišujeme tři indikační skupiny.

- a) **adjuvantní systémová léčba** – tento typ je podáván pacientkám, které již podstoupily chirurgickou léčbu nádoru a jsou bez lokálních známek nádoru. Léčba má za úkol zničit možná nádorová mikroložiska.
- b) **neoadjuvantní systémová léčba** – ta se aplikuje u pacientek, které ještě nepodstoupily primární chirurgickou léčbu, a je třeba zmenšit nádor. Cílem je docílit stavu operability nádoru.
- c) **paliativní systémová léčba** – u pacientek, které mají metastázy v okolních orgánech, a stádium onemocnění není indikováno k operační léčbě. Má za úkol usnadnění a prodloužení života (1, 18).

### 4.2.1 Chemoterapie

Chemoterapie je léčba cytostatiky. Cytostatika můžeme rozdělit do dvou skupin: cytostatika účinná v průběhu celého buněčného cyklu a cytostatika účinná pouze v některých fázích buněčného cyklu. V praxi se cytostatika podávají i kombinovaně a mají za cíl ničit nádorové buňky (1, 18).



#### 4.2.2 Hormonální léčba

Hormonální léčba je založena na přítomnosti hormonální receptorů v tkáni karcinomu. Pokud tomu tak není, tak hormonální léčba je neúčinná. **Ablativní** hormonální léčba se provádí chirurgickým odstraněním zdroje produkující sexuální hormony. Nejčastěji se jedná o blokování funkce ovarií a to buď chirurgicky (ovarektomie), ozářením nebo medikamentózně. **Kompetitivní** hormonální léčba je založena na principu soutěžení přirozeného hormonu s antihormonem. Zablokováním receptorů je vazba estrogenů znemožněna a blokuje tak proliferaci a růst nádoru. Při **inhibiční (blokující)** hormonální léčbě jsou využity látky, které blokují tvorbu estrogeneru (1, 18).

#### 4.3 Biologická léčba

Při biologické léčbě se podávají látky, které ovlivňují přežívání, růst a množení buněk a krevních cév. Léky existují ve dvou formách – protilátky proti receptorům na povrchu buněk (podávané intravenózně) a malé molekuly (ve formě tablet) proti nitrobuněčným komponentům. Léčba se podává dlouhodobě (rok a déle) a v kombinaci s cytostatiky, nebo hormony (1, 18).

#### 4.4 Radiační léčba

Jedná se o jednu z nejstarší, neinvazivní léčebnou metodu. Je založena na principu využití paprsků ze zářiče (kobaltová bomba) nebo z uměle vytvořených vln v tzv. lineárních urychlovačích. Radiační vlny se využívají při léčbě malých nádorů v počátečním stádiu a po chirurgickém odstranění nádoru. Tato léčba snižuje pravděpodobnost lokální recidivy karcinomu. Také se využívá při léčbě nádoru, který je větší než 5 cm (1, 18).

## 5 RIZIKOVÉ FAKTORY A PREVENCE

Rizikové faktory, které ovlivňují vznik rakoviny prsu, jsou individuální. Jedná se o soubor rizik, které si žena za svůj život „nasbírání“. Studium rizikových faktorů pomáhá rozšiřovat možnosti prevence vzniku rakoviny a snižovat úmrtnost na karcinom prsu. Rizikové faktory, které byly objeveny, jsou jen pravděpodobné a nejisté, ale některé z nich napomáhají ke vzniku karcinomu prsu. Faktory se rozdělují do dvou skupin: na faktory **dispoziční** a faktory **ovlivněné změnou životního prostředí** (1, 2).

Dispoziční faktory:

- genetické faktory – výskyt nádorových onemocnění v rodině
- hormonální a gynekologické faktory – věk menarché, věk prvního porodu, počet porodů, zda žena kojila po porodu, prodělání gynekologických zákroků, hormonální léčba a antikoncepce, věk menopauzy
- osobní anamnéza – věk, váha, krevní tlak, nezhoubné onemocnění prsu

Faktory ovlivněné změnou životního prostředí:

- návyky – kouření, alkohol, strava, drogy
- fyzická aktivita – pohyb, denní režim, obezita
- ostatní – vzdělání, bydliště, životní prostředí, psychologické aspekty (1, 2).

Prevence vzniku rakoviny prsu není v současné době jednoznačně jasná. Dnešní studie jsou zaměřené na nositelky mutací genu BRCA-1 a BRCA-2 a na chemoprevenci pomocí tamoxifenu či raloxifenu. Nejúčinnější zbraní prevence vzniku rakoviny prsu zůstává časný záchyt tohoto onemocnění. Karcinom prsu se dá „zachytit“ pravidelným prováděním samovyšetření prsu a včasným vyšetřením (1, 2).

## 6 OŠETŘOVATELSTVÍ

Hlavním cílem ošetřovatelství je péče o pacienty, zdravé jedince a sociální skupiny a uspokojování jejich základních lidských potřeb. V dnešní době lze říci, že je ošetřovatelství velmi vyvinutý a stále se rozvíjející obor, oproti tomu co se dělo před několika desítkami let. Ošetřovatelskou péči provádíme nejen u pacientů, ale i u zdravých jedinců všech věkových skupin a to nejen v nemoci, ale i ve zdraví. Ošetřovatelství je založeno na principu prevence, diagnostiky a terapie. Vychází z jednotlivých medicínských oborů. Je důležité vědět také výchozí sociální, etické, humánní, společenské, ekonomické podmínky pacienta. V ošetřovatelství se klade velký důraz na individuální přístup k pacientům a má velký význam pro pokrok v jednotlivých medicínských oborech (5, 10, 11, 16, 19).

Cílem ošetřovatelství je podpora a upevnění zdraví, podílet se na navrácení zdraví. Zmírnit utrpení a bolesti při umírání a zajistit tak důstojnou smrt. Předcházíme případným komplikacím, které se mohou během onemocnění projevit. Celkově směřuje komplexní ošetřovatelskou péči k tomu, aby pacient byl dostatečně edukován o svém onemocnění a co nejrychleji, nejefektivněji byl uzdraven a zařazen do běžného života. Také se podílí na podporování a udržování dobrého zdravotního stavu. Sledujeme potřeby u jednotlivců a zajišťujeme jejich podporu (5, 8, 16).

Charakteristické rysy ošetřovatelství se skládají z několika částí, které je pro tento obor potřeba dodržovat. Je v tom zahrnut preventivní charakter ošetřovatelské péče, holistický přístup k jedincům, poskytování ošetřovatelské péče na základě vědeckých poznatků podložených výzkumem, poskytování ošetřovatelské péče individuálně na základě ošetřovatelského procesu, poskytovat aktivní ošetřovatelskou péči, a pokud je potřeba, tak je důležité poskytovat ošetřovatelkou péči týmem pracovníků, kteří jsou kvalifikováni v různých oborech (5, 8, 10, 11, 19).

*Koncepční modely jsou kombinací pohledů, názorů a vědomostí na jevy světa. Soustřeďují pozornost na některé poznatky, skutečnosti a hlediska, poskytují systém pro myšlení, pozorování a interpretaci, ukazují směr hledání, poznávání a praktického řešení a mají na naše vnímání světa (8).*

Jednotlivé koncepční modely poskytují rozdílný pohled na koncepcí metaparadigmatu. Autoři modelů zkoumají určité jevy, vidí zkoumané věci v různých souvislostech. Koncepční modely poskytují přínos pro praxi, vzdělávání a výzkum. Koncepční modely se začaly vyvíjet už v rané civilizaci Egypta a Číny a postupem času se začaly zdokonalovat. Teprve Florence Nightingale začala jako první prosazovat myšlenku ošetrovatelského procesu a tak vznikly i koncepční modely ošetrovatelství (8, 10, 11, 16, 19).

Koncepční modely ošetrovatelství definují osobu, prostředí, zdraví a ošetrovatelství. Koncepční modely se uplatňují v praxi pomocí ošetrovatelského procesu. Užší třídění koncepčních ošetrovatelských modelů je:

- a) Humanitní modely – k těmto modelům se řadí: Moderní ošetrovatelství, Teorie základní ošetrovatelské péče, Dvacet jedna ošetrovatelských pojmů, Teorie deficitu sebepéče, Koncepční model ošetrovatelství, Model životních aktivit, Filozofie a věda ošetrovatelství, Teorie transkulturní péče.
- b) Modely interpersonálních vztahů – řadíme sem: Psychodynamické ošetrovatelství, Teorie ošetrovatelského procesu, Model umění pomoci, Vztahy člověka k člověku, Model funkčních vzorců zdraví, Dosahování mateřské role, Symbolický interakcionalismus.
- c) Systémové metody: Adaptační model, Systémový model, Model behaviorálního systému, Systém a teorie cíle.
- d) Modely energetických polí: Model zdraví, Perspektivní model života, Model jednotlivých lidí, Teorie čtyř konzervačních principů.

Všechny z uvedených modelů mají svého autora, který je zkoumal a následně popsal. Pro vypracování kazuistiky jsem si vybrala Model funkčních vzorců zdraví (r. 1987) – autorky Marjory Gordon (8, 10, 11, 16, 19).

## 6.1 Model funkčního typu zdraví Marjory Gordon

Model ošetrovatelské péče se vyvinul v 80. letech v USA Model, vychází z toho, že všechny lidské bytosti jsou holistické a mají společné určité typy chování související se zdravotním stavem a kvalitou života. Hlavním cílem v ošetrovatelství je: zdraví, zodpovídání jednotlivce za své zdraví, rovnováha mezi bio-psycho-sociálními potřebami. Pacienty vnímáme jako holistickou bytost s individuálními biologickými, psychologickými, sociálními, kulturními, behaviorálními, kognitivními a spirituálními potřebami. Sestra získává informace podle standardních metod: pozorováním, rozhovorem, fyzikálním vyšetřením a díky získaným informacím ohodnotí zdraví jako funkční nebo dysfunkční. Některé zdroje obtíží vycházejí z bio-psycho-sociálních potřeb. Podle tohoto modelu je zdraví rovnováhou mezi bio-psycho-sociálními potřebami a je ovlivněno kulturními, duchovními a dalšími faktory (8, 16).

Vzorce zdraví jsou úseky chování jedince v určitém čase. Jsou tvořeny dvanácti základními oblastmi (8, 16):

1. **vnímání zdraví – řízení zdraví**, popis vnímání zdraví jedince a způsob starání o zdraví
2. **výživa – metabolismus**, popisuje způsob příjmu tekutin a potravin jedincem
3. **vylučování**, popisuje vylučování střev a močového měchýře
4. **aktivita – cvičení**, popisuje aktivitu a cvičení v průběhu dne jedince
5. **spánek – odpočinek**, popisuje způsob spánku, odpočinku a relaxace jedince
6. **vnímání – poznávání**, popisuje stav vědomí, vnímání bolesti, orientaci, řeč, paměť, pozornost, atd.
7. **sebepojetí – sebeúcta**, popisuje, jak vnímá jedinec sám sebe
8. **role – vztahy**, popisuje, v jaké mezilidské roli se jedinec nachází
9. **reprodukce – sexualita**, popisuje reprodukční období a sexualitu jedince
10. **stres – zátěžové situace**, popisuje, zvládnutí stresu a zátěžových situací jedince
11. **víra – životní hodnoty**, popisuje, vnímání životních hodnot a náboženské vyznání jedince
12. **jiné**

## 6.2 Ošetřovatelský proces

Dříve než vznikl ošetřovatelský proces (50. léta dvacátého století), tak se sestry přikláněly pouze k plnění lékařských ordinací. Ošetřovatelský proces je založen na principu systematického, racionálního poskytování ošetřovatelské péče a následné dokumentace provedené péče. Sestra musí mít holistický přístup k pacientům a odhalovat nedostatky pacientových potřeb (5, 8, 16).

Pro správné využívání ošetřovatelského procesu musí sestra splňovat několik dovedností. Interpersonální dovednost obsahuje schopnost komunikace, naslouchání, musí mít dostatečné znalosti v oboru a aktuální informace. Také je důležité získat důvěru pacientů. Technické dovednosti jsou třeba k využití ovládnutí přístrojů a nástrojů potřebných k provádění procedur. Intelektové dovednosti vedou sestru k řešení aktuálního problému rychle a bez paniky (5, 8, 16).

Při tvoření ošetřovatelského procesu je potřeba dodržet 5 zásad (5, 8, 16):

- shromáždit veškeré informace týkající se pacienta, kterého budu ošetřovat
- provést rozbor získaných informací a stanovit ošetřovatelské diagnózy
- naplánovat plnění ošetřovatelských diagnóz
- realizovat provedení potřebných úkonů
- zhodnotit výsledky ošetřovatelské péče

## 7 KAZUISTIKA

V této části bakalářské práce předkládám ošetrovatelský proces o pacientku, která byla přijata k plánovanému chirurgickému odstranění karcinomu pravého prsu. Ošetrovatelská péče byla prováděna na oddělení pooperační gynekologie v Ústavu pro péči o matku a dítě v Praze – Podolí.

### **Identifikační údaje pacientky:**

Žena, 44 let

Pojišťovna: 111

Adresa bydliště: Praha

Kontaktní osoba: manžel

Nejvyšší dosažené vzdělání: středoškolské s maturitou

Zaměstnání: referent

Datum přijetí: 03.02.2011

Důvod přijetí: pacientka přichází k plánované operaci pravého prsu pro karcinom prsu na doporučení gynekologa

### **Vitální funkce při příjmu:**

TK: 115/70, P: 80', D: 16', TT: 36,7 °C

Výška: 164 cm

Hmotnost: 70 kg

BMI: 26 – nadváha

KS: B Rh pozitivní

Pohyblivost: samostatná, bez omezení

Stav vědomí: při vědomí, orientována časem a místem

**Anamnéza:**

R.A.: bezvýznamná

O.A.: běžné dětské choroby

Úrazy: 2007 – zlomenina zápěstí levé ruky

Transfuze: 1992 – po porodu pro silné krvácení, pro neodlučování placenty

F.A.: Aescin – TEVL tbl. 2 – 2 – 2 p. o. (antiflogistikum, venofarmakum)

Hydrochlorothiazid tbl. p.o. ½ při obtížích s otoky HK a DK (diuretikum)

A.A.: neudává

G.A.: menarché v 15 letech, cyklus pravidelný 28/3

poslední menstruace byla v srpnu 2010, před chemoterapií

1989 – spontánní porod, bez komplikací

1992 – spontánní porod, po porodu velká krevní ztráta pro neodlučující se placentu – krevní ztráty hrazeny transfuzí

1996 – UPT – bez komplikací

Hormonální antikoncepce: 18 let užívala Cilest tbl., od srpna 2010 neužívá z důvodu chemoterapie

Poslední gynekologické vyšetření: 23.01.2011

Samovyšetření prsu si provádí nepravidelně. Od roku 1996 docházela na pravidelné ultrazvukové kontroly po půl roce pro zjištěné cysty v levém prsu. Udává, že na kontroly nechodila pravidelně. V prosinci 2009 si zjistila na pravé bradavce prasklinku, gynekolog ji léčil mastičkou (pacientka si název nepamatuje) a doporučil ji chodit na pravidelné ultrazvukové kontroly. V červenci 2010 byly zjištěny na mamogramu změny tkáně v pravém prsu v oblasti bradavky a byla odeslána na biopsii. Uvedené vyšetření diagnostikovalo zhoubné bujení a byla doporučena neoadjuvantní chemoterapie a následná chirurgická léčba.



### **Sociální anamnéza:**

Bydlí v bytě s manželem a se dvěma dětmi. Její aktuální sociální zázemí ji vyhovuje a nechce ho v nejbližší době měnit.

### **Abúzy:**

Alkohol: neužívá

Kouření: nekouří

Káva: 1 – 2 šálky/den

Léky: užívá pouze předepsané od lékaře – Aescin TEVL tbl. p. o., Hydrochlorothazid tbl. p. o.

Drogy: neužívá

## **7.1 Ošetřovatelská anamnéza dle Marjory Gordon**

### **Vnímání zdraví**

Pacientka vnímá svůj zdravotní stav, již od prvního zjištění závažnosti své choroby, velmi optimisticky. Svoji nemoc vnímá jako jakoukoliv jinou, kterou by mohla kdykoliv prodělat. Cítí se být zdravá a vůbec si nepřipouští, že by její nemoc mohla skončit trvalými následky, nebo dokonce smrtí. Jediná věc, která ji aktuálně vadí, je zvýšená únava po prodělaných chemoterapiích, celkem jich absolvovala od srpna 2010 osm. Po prvních čtyřech dávkách chemoterapie pociťovala nechutenství a únavu. K dalším chemoterapiím se přidala bolest svalů a kloubů. S bolestí se vypořádává bez větších problémů, stáčí ji vyhledat úlevovou polohu. Pokud úlevová poloha nezabere, tak užije analgetika, léky většinou účinkují do 45 minut. Analgetika užívá velmi málo a snaží se jim spíše vyhnout.

Dle jejích slov: „Takto optimistickou mne udržuje rodina a přátelé, o které se mohu kdykoliv a bez obav opřít“.

## **Výživa a metabolismus**

V poslední době si pacientka nevšimla žádných výrazných změn na váze. Sama se sebou je spokojena a váhu si do budoucna upravovat nechce. Stravuje se spíš nepravidelně, přibližně třikrát denně a nepreferuje žádné stravovací návyky. V poslední době má nechutenství, a to především vždy po chemoterapii, to se za nějakou dobu vždy zlepšilo. Vybírá si pouze jídla, na která má chuť, nedrží žádnou dietu. Za den vypije přibližně 2 litry tekutin, preferuje pouze čistou vodu. S příjmem jídla a pití nemá žádné problémy. Kůže je na pohled bez defektů a dostatečně hydratována, sliznice růžové.

## **Vylučování**

Nemá žádné problémy s vylučováním moči. Má problém s vylučováním stolice, trpí zácpou, na stolici dojde jednou až dvakrát za týden. Tento problém se snažila řešit dlouho a mnoha způsoby: změna jídelníčku, vyhledávání projímavých jídel, dostatečný přísun tekutin a vlákniny, ale bohužel jí nic nepomohlo. Začala užívat dle ordinace lékaře Dalfin 1 tbl. p. o. ráno a problém se vyřešil. Na stolici nyní dojde pravidelně jednou za dva dny.

## **Aktivita, cvičení**

V důsledku absolvování chemoterapie, po které se cítí být unavená, nemůže dostatečně věnovat procházkám, které do té doby absolvovala bez jakýchkoliv potíží. Jinému sportu a cvičení se nikdy nevěnovala. Uvedenou zálibu si vynahrazuje četbou knížek a časopisů. Už teď se nemůže dočkat dne, kdy zas bude moci chodit, jak dlouho bude chtít a nebude ji to vyvolávat potíže.

## **Úroveň soběstačnosti**

Je plně soběstačná a nepotřebuje při žádných činnostech pomoci.

## **Spánek a odpočinek**

Problémy se spánkem nikdy neměla. Prospí celou noc bez probuzení a ráno se cítí být odpočatá. Nyní má lehké obavy z toho, že z důvodu změny prostředí a lehkých obav z výkonu bude mít problémy s usínáním a spánkem.

## **Vnímání**

Vědomí je jasné, sluch je dobrý, zrak normální, řeč plynulá, paměť neporušená, pozornost úmyslná a je plně orientována časem, osobou a místem. V současné době bolest nevnímá.

## **Sebepojetí**

Považuje se za optimistu i přesto, že ví, jakým onemocněním trpí. Za žádnou cenu si pesimismus nepřipouští, už se těší, až bude mít po operaci a bude se moci věnovat naplno všem aktivitám, kterým se do teď věnovat nemohla.

## **Role – mezilidské vztahy**

Zastává roli matky a manželky, aktuálně spíš převažuje role matky. Rodinné vztahy se nezměnily ani po sdělení její choroby dětem a manželovi. Naopak byla mile překvapena jakou oporu a pochopení od nich může čekat. Celou situaci ustáli všichni překvapivě dobře. Jen jí trochu mrzelo, že její dcera po zjištění onemocnění matky byla smutná a plakala u své babičky. Dozvěděla se to s odstupem času. Je ráda, že to neviděla, jelikož by ji to moc zranilo a byla by smutná. Na pracovišti se nesečkala s negativní reakcí na onemocnění, také tam našla oporu a pochopení jak ze strany spolupracovníků, tak ze strany nadřízených.

## **Sexualita, reprodukční schopnost**

Porodila dvakrát spontánně. Otázky o sexualitě jsem nekladla – pro ošetrovatelskou péči, pokud žena sama nechce o této problematice hovořit, nemají informace vliv.

## **Stresové a zátěžové situace**

Stres a psychickou zátěž zažívá zřídka. Většinou se snaží řešit stresové situace v klidu a domluvou.

## **Víra, životní hodnoty**

Není věřící a v životě je pro ni nejdůležitější rodina a zdraví.

## 7.2 Průběh hospitalizace

Čtyřiceti čtyř letá žena byla hospitalizována od 03.02.2011 do 08.02.2011 z důvodu chirurgického výkonu pro zjištěný karcinom pravého prsu. Onemocnění jí bylo diagnostikováno v srpnu 2010, nejdříve jí bylo doporučeno podstoupit chemoterapie a poté chirurgickou léčbu. I přes zjištěnou chorobu je velmi optimistická a pozitivně naladěna, jen se obávala výkonu, který jí čekal. Pacientka byla velmi příjemná a spolupracující. Pod dobu hospitalizace se u ní neprojevyly žádné závažné komplikace spojené s provedeným výkonem.

### 7.2.1 Den příjmu na oddělení – 03.02.2011

Pacientka přichází v 10:00 hodin k plánovanému příjmu na oddělení pooperační gynekologie v Ústavu pro péči o matku a dítě v Praze – Podolí. Důvodem je podstoupení chirurgického zákroku z důvodu zjištění karcinomu pravého prsu. Po jejím příchodu na oddělení jsem se jí představila a zavedla na sesternu. S pomocí sestry ve službě jsme začaly odebírat ošetrovatelskou dokumentaci potřebnou pro hospitalizaci a zjišťovat, zda má kompletní předoperační interní vyšetření potřebné pro anesteziologa. Daly jsme jí podepsat souhlas s hospitalizací na oddělení a prohlášení o tom, že si za cennosti, které po dobu hospitalizace má u sebe, ručí sama. Změřila jsem ji fyziologické funkce a zapsala do dokumentace:

- TK: 115/70
- P: 80‘
- D: 16‘
- TT: 36,7 °C
- Váha: 70 kg
- Výška: 164 cm
- BMI: 26 – nadváha

KS: B Rh pozitivní

Dále jsem ji seznámila s oddělením, zavedla na pokoj a ukázala lůžko, ve kterém bude ležet. Zároveň jsme ji požádala o spolupráci při vyplňování ošetrovatelské dokumentace potřebné k vypracování práce. Kladně mi odpověděla a po dobu hospitalizace spolupracovala.

Ve 12:00 hodin přichází ke konzultaci před operačním výkonem anesteziologický lékař.

### **Ošetrovatelská péče:**

12:30 hodin

- Podání oběda – donesla jsem jí pouze polévku a poučila jsem ji, že dnes je to její poslední jídlo a už nebude nic jíst. Od půlnoci už nebude pít, ale může si vyplachovat ústa vodou. K pití preferuje čistou vodu.

13:30 hodin

- Poučila jsem ji o správném navlékání elastických punčoch, které slouží jako bandáže DK, ráno před výkonem, kdy nesmí ráno vstát z postele dříve, než si je navlékne. Informovala jsem ji o nutnosti sundání šperků a odlíčení se.
- V rámci přípravy operačního pole jsem ji oholila podpaží. V průběhu rozhovoru jsem zjistila, že má strach ze zítřejšího výkonu. Pacientce jsem vysvětlila postup, který ji v průběhu operačního dne čeká.

15:00 hodin

- Pacientku jsem předala sestře ve službě. Edukovala jsem ji o chodu oddělení, poučila jsem ji o přípravě k operaci. Pacientka má stále strach ze zítřejšího operačního výkonu.

## 7.2.2 Den operace – 04.02.2011

Po příchodu na oddělení v 6:45, jsem si „převzala“ pacientku od sestry ve službě. Pacientka v noci moc nespala a cítí se být unavena. Zkontrolovala jsem BDK, pacientka už má elastické punčochy oblečené, jelikož vstávala dřív. Podívala jsem se, zda nemá šperky a jestli je odličena. Operační košili má převlečenou. Cennosti, které měla připravené, jsem označila jejím jménem a uložila do trezoru. Po rozhovoru s pacientkou jsem zjistila, že se stále bojí výkonu, vysvětlila jsem ji opět postup a snažila jsem se ji uklidnit.

### **Ordinace anesteziologického lékaře před výkonem:**

- BDK – ráno před výkonem
- Dormicum 1 tbl. p.o. (hypnotikum) – ráno před výkonem
- Dipidolor 1 amp i.m. (opioid, analgetikum) – aplikovat po kontaktování anesteziologickou sestrou z operačního sálu

### **Ošetrovatelská péče:**

6:55 hodin

- Podala jsem Dormicum 1 tbl. p. o. dle ordinace lékaře, zkontrolovala jsem BDK a zda je pacientka připravena k operačnímu výkonu. Pacientka se mi svěřila, že má stále strach před výkonem.

8:15 hodin

- Na žádost z operačního sálu jsem pacientku premedikovala – aplikace Dipidolor 1 amp. i. m. a změřila jsem ji krevní tlak a pulz, údaje jsem zapsala do dokumentace. Sdělila jsem jí, ať už nevstává z lůžka.

8:25 hodin

- Sanitář odváží pacientku v leže na sál.
- Po odvozu jsem upravila její lůžko dle zvyklosti oddělení: zkontrolovala jsem, zda je lůžko v čistotě, narovнала jsem podložku, připravila jsem elevující podložku pro podložení PHK, zajistila jsem vyhřátí lůžka (jelikož v místnosti bylo dostatečné teplo, tak se termodeka nepoužívá).

- Na noční stolek jsem připravila emitní misku s buničinou, pro případnou projevující se nauzeu u pacientky po celkové anestezii, fonendoskop a tonometr na měření krevního tlaku, infuzní stojan a obal na recipienty.

10:45 hodin

- Pacientku jsem přijala z operačního sálu s dokumentací zpět na oddělení, která je po výkonu: segmentectomia mammae centralis extensiva l. dex., exenteratio axillae l. dx. cum SLNS. Výkon byl proveden v celkové anestezii, operační rána je sterilně kryta a krev neprosakuje.
- Z operační rány jsou vyvedeny dva Redonovy drény – jeden v axile kraniálně a jeden v prsu kaudálně, oba vedeny vpravo od operační rány. Redonův drén veden z prsu nebyl funkční, donesla jsem nový recipient a s přítomností sestry ve službě na oddělení jsem jej asepticky nahradila za nový funkční. Recipientky jsem uložila mimo lůžko v připraveném obalu.
- V levé horní končetině je zaveden periferní žilní katétr – růžové barvy, který je sterilně kryt. Na operačním sále byla podána i.v. infuze Hartmanova roztoku, zbývá asi 50 ml, v aplikaci jsme na oddělení pokračovaly.
- Při kontrole operační rány a krytí se krvácení prosakováním neprojevuje. Pacientka je při vědomí a komunikuje.
- TK: 125/85, P: 90‘
- Dodržovaly jsme **ordinace lékaře**:
  - sledování vitálních funkcí (TK a P) po 30 min. 4x, dále po 1 hodině do stabilizace, kontrola krvácení
  - Fragmin 2500 mj. s. c. ve 20:00 hodin
  - analgezie: Dicloream 100 mg supp. p. r.  
Dipidolor 15 mg i.m. dle potřeby
  - inf. H1/1 1000 ml + Celascon 1 amp. i. v.
  - volně pije tekutiny za 2 hodiny po výkonu (ve 13:00 hodin)

10:50 hodin

- Jelikož pacientka udává řezavou bolest v operační ráně, tak ji aplikuji Dikloream 100 mg supp. p. r. a Dipidolor 1 amp. i. m. dle ordinace lékaře.
- Na doporučení lékaře ukládám PHK do elevující podložky.

11:00 hodin

- TK: 120/70, P:78<sup>o</sup>
- Pacientka udává, „že je jí zima“ s projevem třesavky, donesla jsme ji termodeku a přikryla jsem ji.
- Aplikuji inf. H1/1 1000 ml. + Celascon 1 amp. i. v. dle ordinace lékaře.

11:30 hodin

- TK: 110/70, P: 82<sup>o</sup>
- Pacientka pospává, projevy zimnice pomalu mizí.

12:00 hodin

- TK: 110/80, P:80<sup>o</sup>
- Projevy zimnice zcela vymizely a pospává.

12:30 hodin

- TK: 120/80, P: 78<sup>o</sup>
- Pacientka udává úlevu od bolesti. Všimla jsem si, že jí slzí oči a po zeptání mi bylo řečeno, že jí oči pálí. Podala jsem ji navlhčené tampony na oči a po dohodě s lékařem jsme aplikovala Ophtalmo Septonex gtt. do očí.

13:00 hodin

- TK: 110/70, P: 76<sup>o</sup>
- Podala jsem jí skleničku s ovocným čajem a brčkem a po doušcích popíjí, nauzea se neprojevuje. Pálení očí ustupuje.

14:00 hodin

- TK: 120/80, P: 78<sup>o</sup>
- Oči jí již zcela nepálí a slzení ustoupilo.

15:00 hodin

- TK: 115/80, P:80<sup>o</sup>, TT: 37,2 °C
- Pacientku jsem předala sloužící sestře. Je při vědomí, orientována časem a místem. Vitální funkce jsou v normě a příjem tekutin je 200 ml. Infuzní



terapie pokračuje dle ordinace lékaře. Permanentní žilní katétr je průchodný a místo vpichu je bez známek infekce. Drény jsou funkční s minimálním odpadem. Pacientka ještě nevstala a spontánně nemočila. Udává mírnější bolest v operační ráně.

### **7.2.3 1. pooperační den – 05.02.2011**

Epikryza: stav po segmentectomii mammae centralis extensivam laterales dextra,  
1. pooperační den, bez komplikací

Po příchodu na oddělení v 6:45 hodin, jsem si „převzala“ pacientku od sestry ve službě. Pacientka včera v 18:30 hodin vstala a spontánně močila. Ve 22:00 hodin byl podán Diclorem 100 mg supp. p. r. dle ordinace lékaře. V noci se moc nevyspala a neustále se budila. Redonovy drény jsou průchozí, funkční a odvádějí sekret s příměsí krve (v 7:00 hodin drén z prsu odvedl 30 ml a drén z axily 35 ml). Místo vpichu po zavedení permanentního žilního katétru nejeví známky zánětu, žilní katétr je průchodný. Pacientka má kašovitou dietu a k pití preferuje spíš vodu, nebo ovocný čaj.

#### **Ordinace lékaře:**

- Diclorem supp. p. r. dle potřeby
- Fragmin 2500 mj s. c. ve 20:00 hodin
- kontrola TK a P 3x denně
- chronické medikace: Aescin – TEVL tbl. 2 – 2 – 2 p. o.

#### **Ošetrovatelská péče:**

7:00 hodin

- Při kontrole pacientky jsem zjistila, že je unavená, protože se celou noc budila a nemohla usnout. Řekla mi také, že jí bolí operační rána, tak jsem ji podala Diclorem supp. p. r. dle ordinace lékaře.
- Změřila jsem ji fyziologické funkce TK: 110/70, P: 76', TT: 36,7 °C a zapsala do dokumentace.

8:00 hodin

- Po dohodě s pacientkou jsem jí pomohla vstát z lůžka, připomněla jsem jí, že si musí s sebou nosit obal s recipienty drénů, jinak by mohlo dojít k jejich vyndání.
- Pomohla jsem jí s přípravou hygienických pomůcek k vykonání ranní hygieny a pomohla jsem jí s úkony, které nezvládala provést sama.
- Připomněla jsem jí užití chronických léčiv, které má pacientka u sebe.

8:30 hodin

- Přinesla jsem pacientce snídani – piškoty a ovocný čaj.
- Udává únavu.

9:30 hodin

- Asistovala jsem u převazu operační rány a místa zavedení Rodonových drénů, operační rána je klidná bez sekrece a projevů známek zánětu. Rána je dezinfikována, otřena sterilním tampónem, kryta sterilními čtverci a náplastí Cosmopor.
- Redonovy drény jsou funkční a odvádějí sekret z rány.
- Pravou horní končetinu jsem jí pomohla uložit do elevující položky, na doporučení lékaře.

12:00 hodin

- Pacientka se snažila dopoledne pospávat, ale cítí se být stále unavena.
- Přinesla jsem jí oběd – polévka a bramborová kaše (nesnědla všechno). Popíjí neperlivou vodu.

14:30 hodin

- Udává bolesti o oblasti operační rány, dle ordinace lékaře podán Dicloreum 100 mg supp. p. r.
- Odstranění permanentního žilního katétru (místo vpichu dezinfikováno a sterilně kryto) z důvodu ukončení infuzní terapie.

15:00 hodin

- Pacientku jsem předala sestře ve službě, vitální funkce jsou v normě. Permanentní žilní katétr odstraněn z důvodu ukončení infuzní terapie. Operační rána klidná, bez prosáknutí krytí. Redonovy drény jsou funkční a odvádějí sekret z rány (drén z prsu odvedl 40 ml a drén z axily odvedl 50 ml). Pacientka udává bolesti – ve 14:30 hodin podán Diclorem 100 mg supp. p. r. dle ordinace lékaře. Pacientka je chodící a samostatná, potřebuje jen lehkou pomoc při provádění hygieny a převlékání. Z psychického hlediska se cítí dobře.

## 7.3 Stanovení ošetrovatelských diagnóz

### Akutní ošetrovatelské diagnózy:

**1. 00132 Akutní bolest**

Akutní bolest z důvodu provedení operačního výkonu, projevující se verbalizací a mimikou v obličeji.

**2. 000108 Deficit sebekpěče při koupání a hygieně**

Deficit sebekpěče z důvodu operačního výkonu a zavedených Redonových drénů, projevující se verbalizací.

**3. 000109 Deficit sebekpěče při oblékání a úpravě zevnějšku**

Deficit sebekpěče z důvodu operačního výkonu a zavedených Redonových drénů, projevující se verbalizací.

**4. 00126 Deficit znalosti**

Deficit znalostí chodu pooperačního oddělení, projevující se verbalizací.

**5. 00046 Porušená kožní integrita**

Porušená integrita kůže z důvodu operačního výkonu, projevující se suturou operační rány.

**6. 00044 Porucha tkáňové integrity**

Porušená tkáňová integrita z důvodu operačního výkonu, projevující se suturou operační rány.

**7. 00095 Porucha spánku**

Porucha spánku z důvodu bolesti po operačním výkonu a změny prostředí, projevující se verbalizací a mimikou v obličeji.

**8. 000148 Strach**

Strach z důvodu operačního výkonu, projevující se verbalizací.

## **9. 00093 Únava**

Únava z důvodu poruchy spánku, projevující se verbalizací, lhostejností a pospávání v průběhu dne.

## **10. 00085 Zhoršená pohyblivost**

Zhoršená pohyblivost pravé horní končetiny z důvodu operačního výkonu, projevující se limitovanou schopností vykonávat schopnosti ovlivněné jemnou motorikou.

### **Potencionální ošetřovatelské diagnózy:**

#### **1. 00004 Riziko infekce**

Riziko vzniku infekce z důvodu porušení tkáňové integrity v důsledku operačního výkonu, zavedení Redonových drénů a zavedení permanentního žilního katétru.

#### **2. Riziko krvácení**

Riziko vzniku krvácení z důvodu operačního výkonu.

#### **3. 00153 Riziko situačně snížené sebeúcty**

Riziko vzniku snížení sebeúcty z důvodu porušeného obrazu těla (vznik jizvy na pravém prsu v budoucnosti).

#### **4. Riziko nauzei**

Riziko vzniku nauzei z důvodu celkové anestézie.

#### **5. Riziko vzniku otoků.**

Riziko vzniků otoků pravé HK z důvodu operačního výkonu, při kterém byl přerušen lymfatický systém.

### 7.3.1 Vypracování ošetrovatelský diagnóz v den příjmu

#### Akutní ošetrovatelské diagnózy:

- **00126 Deficit znalosti**  
Deficit znalostí chodu pooperačního oddělení, projevující se verbalizací.
- **000148 Strach**  
Strach z důvodu operačního výkonu, projevující se verbalizací.

Pro den příjmu pacientky na oddělení jsem si zvolila k vypracování akutní ošetrovatelské diagnózy: deficit znalosti a strach.

Deficit znalosti chodu oddělení pro pacientku znamená zhoršení orientace a zanedbávání základních lidských potřeb.

**Diagnóza: 00126 Deficit znalosti.** Deficit znalostí chodu pooperačního oddělení, projevující se verbalizací.

**Cíl:** Pacientka bude dostatečně informována o chodu oddělení.

**Intervence:** Při příjmu pacientky na oddělení provedme pacientku a ukažme jí kde najde koupelnu a záchod, konve s čajem a vodou, sesternu. Po příchodu na pokoj ukažme, kde nalezne lůžko, ve kterém bude ležet, kam si může odložit osobní věci a signalizaci na sestry.

**Realizace:** Po příchodu pacientky na oddělení jsem ji provedla a ukázala, kde nalezne potřebné věci.

**Hodnocení:** Pacientka je dostatečně edukována o chodu oddělení.

Akutní ošetrovatelská diagnóza **strach** je pro pacientku velmi důležitá, proto se musíme zaměřit na její řešení.

**Diagnóza: 000148 Strach.** Strach z důvodu operačního výkonu, projevující se verbalizací.

**Cíl:** Redukce strachu.

**Intervence:** Vyslechněme pacientku z jakého důvodu má strach. Sledujme u pacientky změny chování spojené se strachem. Dostatečně edukujme pacientku o výkonu, který ji čeká a snažme se ji uklidnit a být pro ni oporou.

**Realizace:** S pacientkou jsem si promluvila a dozvěděla jsem se, že má strach z výkonu, který ji čeká. Vysvětlila jsem jí postup, který jí zítra čeká. Dala jsem jí prostor na dotazy a snažila jsem se jí být oporou a povzbuzovat ji.

**Hodnocení:** Pacientka byla ráda, že jsem si s ní v klidu promluvila a vysvětlila jsem jí postup, který jí zítra čeká. Strach z operace sice pociťuje nižší, ale úplně nevymizel.

### 7.3.2 Vypracování ošetrovatelských diagnóz v den operace

**Akutní ošetrovatelské diagnózy:**

- **00132 Akutní bolest**  
Akutní bolest z důvodu provedení operačního výkonu, projevující se verbalizací a mimikou v obličeji.
- **00046 Porušená kožní integrita**  
Porušená integrita kůže z důvodu operačního výkonu, projevující se suturou operační rány.
- **00044 Porucha tkáňové integrity**  
Porušená tkáňová integrita z důvodu operačního výkonu, projevující se suturou operační rány.
- **000148 Strach**  
Strach z důvodu operačního výkonu, projevující se verbalizací.
- **00085 Zhoršená pohyblivost**  
Zhoršená pohyblivost pravé horní končetiny z důvodu operačního výkonu, projevující se limitovanou schopností vykonávat schopnosti ovlivněné jemnou motorikou.

### **Potencionální ošetrovatelské diagnózy:**

- **00004 Riziko infekce**

Riziko vzniku infekce z důvodu porušení tkáňové integrity v důsledku operačního výkonu, zavedení Redonových drénů a zavedení permanentního žilního katétru.

- **Riziko krvácení**

Riziko vzniku krvácení z důvodu operačního výkonu.

- **Riziko nauzei**

Riziko vzniku nauzei z důvodu celkové anestézie.

Pro operační den jsem zvolila k rozepsání ošetrovatelské diagnózy: **akutní bolest a riziko krvácení.**

Ošetrovatelskou diagnózu **akutní bolest** jsem zvolila z toho důvodu, že pro pacientku bylo velmi důležité snížit bolest po operaci. Snížením bolesti se cítila lépe a mohla tak klidně odpočívat.

**Diagnóza: 00132 Akutní bolest.** Akutní bolest z důvodu provedení operačního výkonu, projevující se verbalizací a mimikou.

**Cíl:** Pacientka pocítí úlevu od bolesti.

**Intervence:** Ptejme se jí na lokalitu a intenzitu bolesti. Všimějme si chování pacientky spojeného s projevem bolesti. Podejme analgetika dle ordinace lékaře a snažme se udržet sníženou bolest po celý den. Poučme a pomozme při vyhledání úlevové polohy.

**Realizace:** Pacientce jsem podala analgetika dle ordinace lékaře hned po překladi z operačního sálu, jelikož udávala řezavou bolest v operační ráně. Zajistila jsem jí klidné prostředí a pohodlí. Pomohla jsem pacientce s uložením horní končetiny do elevující podložky.

**Hodnocení:** Pacientka po účinku analgetik pocítuje mírnou úlevu od bolesti, ale bolest v průběhu dne zcela nezmizela.



Potencionální ošetrovatelskou diagnózu **riziko krvácení** jsem zvolila z toho důvodu, že po operaci se jedná o jednu ze závažných komplikací a může vést k ohrožení na životě. Proto je velmi důležité projevy spojené s krvácením pečlivě sledovat.

**Diagnóza: Riziko krvácení.** Riziko vzniku krvácení z důvodu operačního výkonu.

**Cíl:** U pacientky se neprojeví příznaky spojené s krvácením.

**Intervence:** Pravidelně kontrolujeme, zda nedochází k prosakování krytí rány krví. Sledujeme, zda se nemění hodnoty fyziologických funkcí (TK, P), pozorujeme barvu sliznic a kůže akrálních částí těla.

### 7.3.3 Vypracování ošetrovatelských diagnóz první den po operaci

**Akutní ošetrovatelské diagnózy:**

- **00132 Akutní bolest**  
Akutní bolest z důvodu provedení operačního výkonu, projevující se verbalizací a mimikou v obličeji.
- **000108 Deficit sebeděže při koupání a hygieně**  
Deficit sebeděže z důvodu operačního výkonu a zavedených Redonových drénů, projevující se verbalizací.
- **000109 Deficit sebeděže při oblékání a úpravě zevnějšku**  
Deficit sebeděže z důvodu operačního výkonu a zavedených Redonových drénů, projevující se verbalizací.
- **00046 Porušená kožní integrita**  
Porušená integrita kůže z důvodu operačního výkonu, projevující se suturou operační rány.
- **00044 Porucha tkáňové integrity**  
Porušená tkáňová integrita z důvodu operačního výkonu, projevující se suturou operační rány.
- **00095 Porucha spánku**  
Porucha spánku z důvodu bolesti po operačním výkonu a změny prostředí, projevující se verbalizací a mimikou v obličeji.

- **00093 Únava**  
Únava z důvodu poruchy spánku, projevující se verbalizací, lhostejností a pospávání v průběhu dne.
- **00085 Zhoršená pohyblivost**  
Zhoršená pohyblivost pravé horní končetiny z důvodu operačního výkonu, projevující se limitovanou schopností vykonávat schopnosti ovlivněné jemnou motorikou.

**Potencionální ošetřovatelské diagnózy:**

- **00004 Riziko infekce**  
Riziko vzniku infekce z důvodu porušení tkáňové integrity v důsledku operačního výkonu, zavedení Redonových drénů a zavedení permanentního žilního katétru.
- **00153 Riziko situačně snížené sebeúcty**  
Riziko vzniku snížení sebeúcty z důvodu porušeného obrazu těla (vznik jizvy na pravém prsu v budoucnosti).
- **Riziko vzniku otoků**  
Riziko vzniků otoků pravé HK z důvodu operačního výkonu, při kterém byl přerušen lymfatický systém.

Pro první pooperační den jsem zvolila k vypracování ošetřovatelské diagnózy: **akutní bolest, deficit sebepečce při koupání a hygieně a riziko infekce.**

Ošetřovatelskou diagnózu **akutní bolest** jsem zvolila z toho důvodu, že pro pacientku bylo velmi důležité snížit bolest po operaci. Snížením bolesti, se cítila lépe a mohla tak bez potíží vykonávat denní činnosti a odpočívat.

**Diagnóza: 00132 Akutní bolest.** Akutní bolest z důvodu provedení operačního výkonu, projevující se verbalizací a mimikou.

**Cíl:** Pacientka pocítí úlevu od bolesti.

**Intervence:** Všimějme si chování pacientky spojeného s projevem bolesti. Podávejme v průběhu dne analgetika dle ordinace lékaře. Poučme a pomozme při vyhledání úlevové polohy. Zhodnoťme vliv bolesti na spánek a odpočinek.

**Realizace:** Pacientce jsem pravidelně v průběhu dne podávala analgetika dle ordinace lékaře, aby nedošlo ke zvýšení intenzity bolesti v průběhu dne. Pomohla jsem jí vyhledat úlevovou polohu. Zajistila jsem jí klidné prostředí a pohodlí.

**Hodnocení:** Pacientka po účinku analgetik pociťuje mírnou úlevu od bolesti, ale bolest zcela nezmizela. Při změně polohy spíše udávala zvýšení intenzity bolesti v operační ráně. Nej pohodlněji jí bylo v poloze na zádech s uloženou pravou horní končetinou v elevující podložce.

Vypracování akutní ošetrovatelské diagnózy **deficit sebepéče při koupání a hygieně**, jsem zvolila z důvodu, že je pro pacientku důležité pocít „čistoty“. Při provádění hygieny se pacientka také vertikalizuje, což vede k zlepšení celkového fyzického stavu.

**Diagnóza: 000108 Deficit sebepéče při koupání a hygieně.** Deficit sebepéče z důvodu operačního výkonu, projevující se verbalizací.

**Cíle:** Pacientka bude zcela soběstačná při provádění hygieny.

**Intervence:** Edukujme o péči o operační ránu a nutnosti nošení obalu s recipienty s sebou. Dohodněme se na pomoci s úkony, které pacientka sama nezvládne provést a potřebuje pomoc. Při pomoci provádění hygienické péče dbejme na soukromí a na rituálech při provádění hygieny, které preferuje.

**Realizace:** Edukovala jsem pacientku o nutnosti v prvních dnech se nesprchovat celá z důvodu operační rány a provádění hygieny u umyvadla. Po dohodě s pacientkou jsem jí pomohla při vykonávání ranní hygieny a doporučila použít bidet k oplachu genitálu.

**Hodnocení:** Pacientka je již první den po operaci samostatnější. Nebylo jí moc příjemné, že jí musím pomáhat s hygienou, ale nakonec byla ráda že jí pomůžu. Zjistila totiž, že některé úkony ještě opravdu nezvládne provést sama.

Potencionální ošetrovatelskou diagnózu **riziko infekce** jsem zvolila z toho důvodu, že se jedná o závažnou komplikaci, která ovlivní celkový stav pacientky.

**Diagnóza: 00004 Riziko infekce**

**Cíl:** Místa, kde je porušená tkáňová integrita budou bez projevů zánětu.

**Intervence:** Dodržujeme preventivní opatření vzniku nozokomiální nákaz. Dodržujeme aseptické postupy při převazech operačních ran. Edukujeme pacientku o správné péči o operační ránu. Pečlivě sledujeme případné projevy infekce.

## 7.4 Doporučení pro praxi

V této části práce bych se chtěla zmínit o tom, jak je velmi důležité si uvědomit, že ženy, o které se v danou chvíli po operaci staráme, potřebují individuální a vstřícný přístup. Jedná se o onemocnění, které ovlivní jejich ženskost a ne každá žena se s tím dokáže vyrovnat optimisticky a s nadhledem. Musíme si uvědomit, že toto onemocnění dokáže rozvrátit celý její život, který doposud žila. Může přijít o životního partnera, o práci, o přátele a rodina se k ní „otočí zády“. Problémy mohou vzniknout nejen před výkonem, ale hlavně po výkonu.

Ošetrovatelský proces musí být založen a postaven na aktuálních potřebách ženy. Ošetrovatelská péče se také odvíjí od stádia karcinomu prsu a způsobu léčby. Jinak se budou chovat ženy po chirurgickém zákroku, při kterém došlo pouze k odstranění nádorového bujení a jinak se budou chovat ženy po mastektomii. Velkou roli hraje také věk ženy a její sociální a ekonomické zázemí. Všeobecně ženy ve fertilním věku onemocnění snáší hůře, než ženy starší.

Doporučuji mít k dispozici dostatečné množství informací, ze kterých žena bude čerpat před i po operaci důležité vědomosti. Při odchodu z nemocnice musí být dostatečně edukovaná o péči o jizvu po operačním výkonu. Měla by mít dostatečné znalosti o nabídce protetických pomůcek a měla by znát místa, kde nalezne psychickou pomoc.

## ZÁVĚR

Cílem této práce, bylo stanovení správných a efektivních ošetrovatelských diagnóz a hlavně jejich realizace v praxi. Na prvním místě bylo zjištění psychického stavu pacientky, o kterou jsem se po dobu její hospitalizace starala. Při prvním setkání s pacientkou jsem měla pocit, že se jedná o ženu zarmoucenou, smutnou a zhroucenou z choroby, kterou právě prodělává. Jenže opak byl pravdou.

Žena, které jsem se představila a požádala ji o spolupráci při vyhotovování mé bakalářské práce, byla milá a plná optimismu. Při zodpovídání dotazů potřebných k vypracování ošetrovatelské dokumentace jsem byla velmi mile překvapena. Myslela jsem si, že ženy postižené touto chorobou jsou většinou uzavřené, smutné, nevyrovnané a nechtějí o chorobě moc mluvit. Při dotazu, zda se choroby bojí, mi odpověděla: „Vůbec si nepřipouštím závažnost mé choroby, prostě jsem přesvědčena o tom, že operace, kterou podstoupím zítra, dopadne velmi dobře. Karcinom prsu vnímám jako jakoukoliv jinou chorobu, která mě mohla potkat. A smrt, která by mohla následkem neúspěšné léčby nastat, si vůbec nepřipouštím“. Tato slova ve mně zanechala velmi pozitivní dojem. Žena, které jsem poskytovala ošetrovatelskou péči, by mohla optimismus na oddělení rozdávat.

Při vykonávání praxe na pooperačním oddělení, zaměřené na ošetrovatelský proces o ženy po operaci pro karcinom prsu, jsem si uvědomila jak je důležitý individuální přístup. Velmi důležité je správné stanovení priorit ošetrovatelských diagnóz. Nezáleží jen na fyzickém stavu ženy po operaci, ale důležitý je stav psychický. Pokud se fyzický a psychický stav vzájemně nedoplňují, tak se úspěšná léčba vedoucí k uzdravení nezdaří.

Pomocí všech získaných informací, jsem zjistila, že ne každá žena postižená karcinomem prsu „trpí depresi“, „je zakomplexovaná“ a má pocit, že se jí zhroutil celý svět. Žena, se kterou jsem měla možnost spolupracovat a ošetřovat ji v průběhu hospitalizace, je příkladem, jak lze s karcinomem prsu bojovat. Její přístup k tomuto onemocnění byl naprosto optimistický. Podle jejích slov: „Nic jiného mi ani v tuto chvíli nezbyvá, musím se dokázat postarat o dospívající děti a ty nepotřebují zhroucenou matku“. Při vyslovení této věty jsem si uvědomila, že ženy postižené karcinomem prsu, jsou velmi statečné a odvážné. „Klobouk dolů“ před všemi ženami, které musí bojovat s touto zákeřnou chorobou.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. ABRAHAMOVÁ, J. aj. 2009. Co byste měli vědět o rakovině prsu. Praha : Grada, 2009, 143 s., ISBN: 978-80-247-3063-9.
2. ABRAHAMOVÁ, J., DUŠEK, L. aj. 2003. *Možnosti včasného záchytu rakoviny prsu*. Praha : Grada, 2003, 227 s., ISBN 80-247-0499-4.
3. ABRAHAMOVÁ, J.; POVÝŠIL, C.; HORÁK, J. aj. 2000. *Atlas nádorů prsu*. Praha : Grada, 2000, 326 s., ISBN 80-7169-771-0.
4. BÁRTOVÁ, J. 2007. *Patologie pro bakaláře*. Praha : Karolinum, 2007, 170 s., ISBN 978-80-246-0794-8.
5. BOROŇOVÁ, J. 2010. *Kapitoly z ošetrovatelství I*. Plzeň : Maurea, 2010, 193 s., ISBN 978-80-902876-4-8.
6. ČECH, E.; HÁJEK, Z.; MARŠÁL, K. aj. 2006. *Porodnictví*. 2 přepracované a doplněné vydání. Praha : Grada, 2006, 544 s., ISBN 80-247-1313-9.
7. FAKAN, F. 2005. *Přehled patologie pro bakalářské zdravotnické obory*. Praha : Karolinum, 2005, 112 s., ISBN 80-246-1054-X.
8. FARKAŠOVÁ, D. aj. 2006. *Ošetrovatelství teorie*. Martin : Osveta, 2006, 211 s., ISBN 80-8063-227-8.
9. KOPECKÝ, J.; SUMEROVÁ, J.; KOPECKÁ, P. aj. 2000. *Rehabilitace po operaci prsu*. Ostrava : Zdravotně-sociální fakulta Ostravské univerzity, 2000, 62 s., ISBN 807 042-322-6.
10. KOZIEROVÁ, B. 1995. *Ošetrovatelstvo*, 1. díl. Martin : Osveta, 1995, 836 s., ISBN 80-217-04528-0.
11. KOZIEROVÁ, B. 1995. *Ošetrovatelstvo*, 2. díl. Martin : Osveta, 1995, 1474 s., ISBN 80-217-04528-0.
12. MAREČKOVÁ, J. 2006. *Ošetrovatelské diagnózy v nanda doménách*. Praha : Grada, 2006, 264 s., ISBN 80-247-1399-3.
13. MERKUNOVÁ, A.; OREL, M. 2008. *Anatomie a fyziologie člověka pro humanitní obory*. Praha : Grada, 2008, 302 s., ISBN 978-80-247-1521-6.
14. MOTLÍK, K.; ŽIVNÝ, J. 2001. *Patologie v ženském lékařství*. Praha : Grada, 2001, 550 s., ISBN 80-7169-460-6.
15. NĚMCOVÁ, J.; MAURITZOVÁ, I. 2009. *Skripta k tvorbě bakalářských a magisterských prací*. Plzeň : Maurea, 2009, 75 s., ISBN 978-80-902876-0-0.

16. PAVLÍKOVÁ, S. 2006. *Modely ošetrovatelství v kostce*. Praha : Grada, 2006, 150s., ISBN: 80-247-1211-3.
17. PAVLIŠTA, D. aj. 2008. *Neinvazivní karcinomy prsu*. Praha : Maxdorf, 2008, 181 s., ISBN 978-80-7345-173-8.
18. ROB, L.; MARTAN, A.; CITTERBART, K. 2008. *Gynekologie*, 2. doplňující a přepracované vydání. Praha : Galén, 2008, 319s., ISBN 978-80-7262-501-7.
19. ŽIAKOVÁ, K.; JAROŠOVÁ, D.; ČÁP, J. aj. 2005. *Ošetrovatelství koncentruptuální modely a teorie*. Ostrava : Zdravotně sociální fakulta, Ostravská univerzita v Ostravě, 2005, 232 s., ISBN 80-7368-068-8.



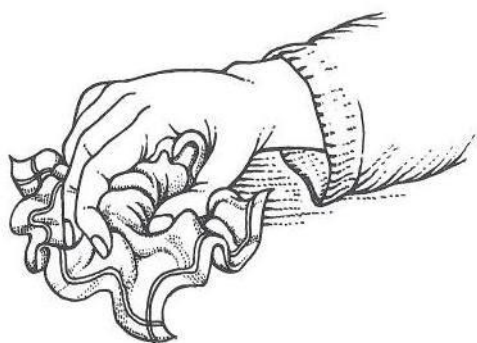
## **SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha A – Příklady doporučených cviků prováděných po operaci prsu..... I

Příloha B – Žádost o svolení pracovat s ošetrovatelskou dokumentací..... IX

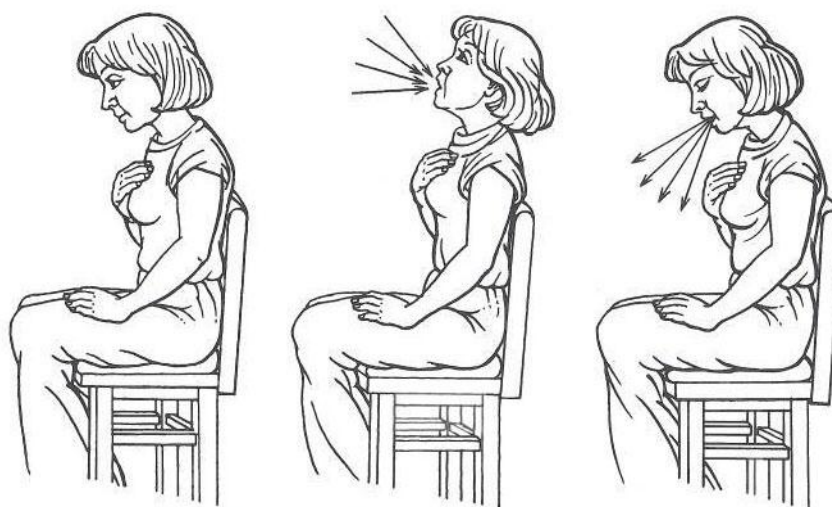
## Příloha A

Níže zobrazené obrázky nám ukazují, jak se dá provádět rehabilitace již od druhého pooperačního dne.



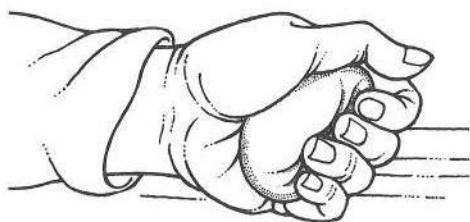
Paži opřeme o stůl,  
pod dlaň vložíme kapesník  
nebo zmačkaný list papíru.  
Prsty vytváříme za pomoci svalů  
paže celé ruky formovanou kouli.

Zdroj: ABRAHAMOVÁ, J. aj. 2009. *Co byste měli vědět o rakovině prsu*. Praha : Grada, 2009, 143 s., ISBN: 978-80-247-3063-9.



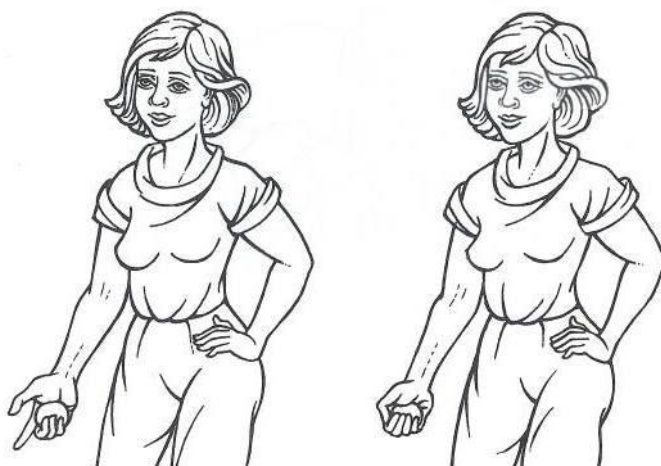
Od prvního pooperačního dne se provádějí dechová cvičení, která kromě jiného pomáhají rozvíjet hrudník i na operované straně.

Zdroj: ABRAHAMOVÁ, J. aj. 2009. *Co byste měli vědět o rakovině prsu*. Praha : Grada, 2009, 143 s., ISBN: 978-80-247-3063-9.



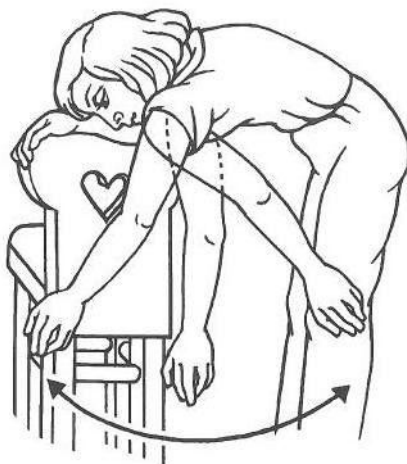
Cvičení s gumovým míčkem – míček uchopíme do dlaně a všemi prsty silou stlačujeme a střídavě prsty opět uvolňujeme.

Zdroj: ABRAHAMOVÁ, J. aj. 2009. *Co byste měli vědět o rakovině prsu.* Praha : Grada, 2009, 143 s., ISBN: 978-80-247-3063-9.



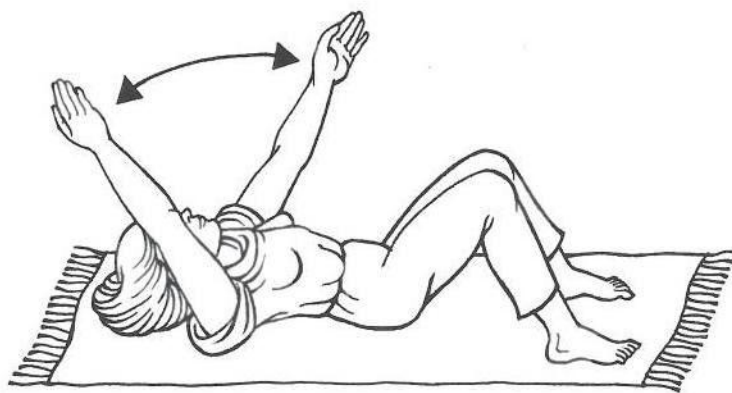
Při práci s gumovým míčkem zapojujeme nejen prsty ruky, ale i svaly celé paže.

Zdroj: ABRAHAMOVÁ, J. aj. 2009. *Co byste měli vědět o rakovině prsu.* Praha : Grada, 2009, 143 s., ISBN: 978-80-247-3063-9.



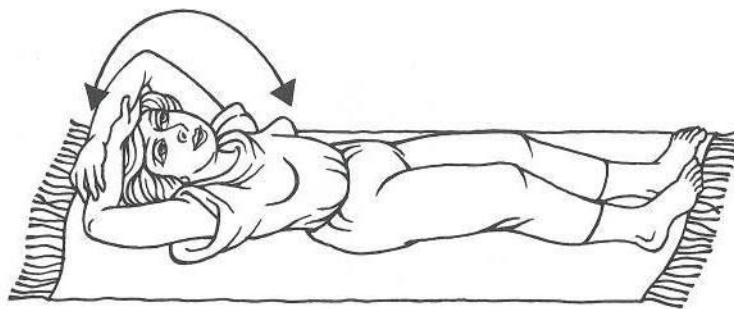
Od druhého až třetího pooperačního dne je vhodné provádět kyvadlový pohyb paže. Provádíme ho ve stoje s opřením předloktí druhé (nepostižené) paže o lenoch židle.

Zdroj: ABRAHAMOVÁ, J. aj. 2009. *Co byste měli vědět o rakovině prsu.* Praha : Grada, 2009, 143 s., ISBN: 978-80-247-3063-9.



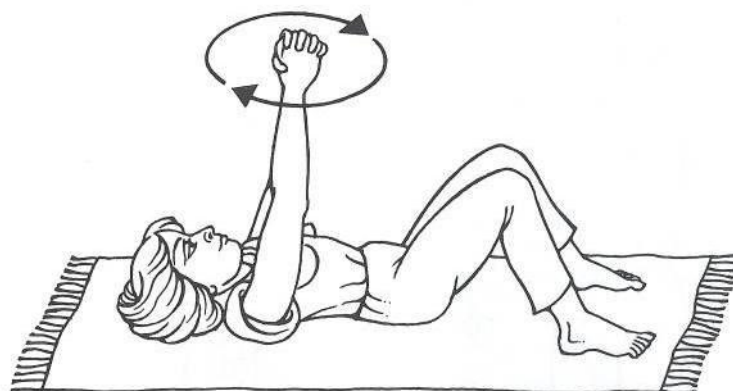
Od čtvrtého dne po operaci se provádějí cviky vleže. Vleže na zádech zvedneme obě paže, kterými kmitáme střídavě dopředu a dozadu.

Zdroj: ABRAHAMOVÁ, J. aj. 2009. *Co byste měli vědět o rakovině prsu.* Praha : Grada, 2009, 143 s., ISBN: 978-80-247-3063-9.



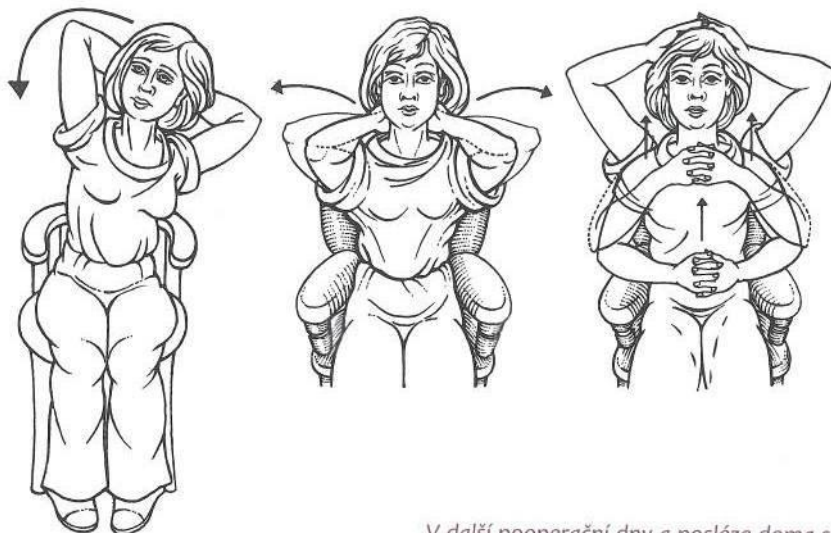
Vleže na zádech spojíme ruce za hlavou a lokty přitahujeme k sobě a od sebe.

Zdroj: ABRAHAMOVÁ, J. aj. 2009. *Co byste měli vědět o rakovině prsu.*  
Praha : Grada, 2009, 143 s., ISBN: 978-80-247-3063-9.



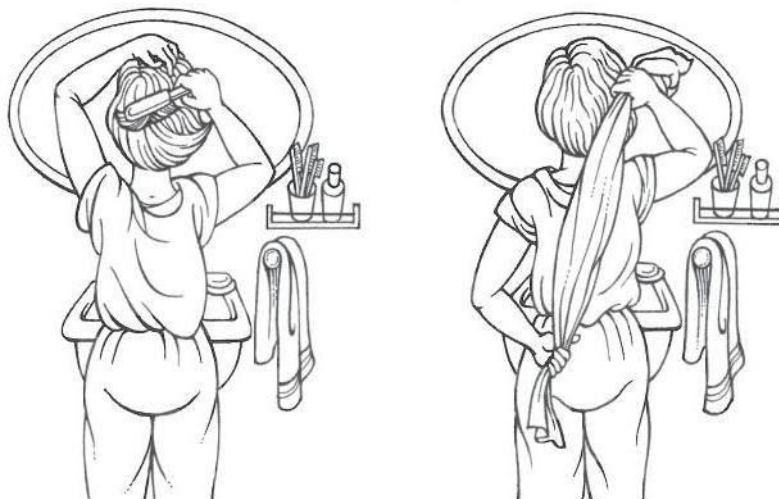
V poloze vleže kroužíme sepnutýma rukama střídavě na obě strany.

Zdroj: ABRAHAMOVÁ, J. aj. 2009. *Co byste měli vědět o rakovině prsu.*  
Praha : Grada, 2009, 143 s., ISBN: 978-80-247-3063-9.



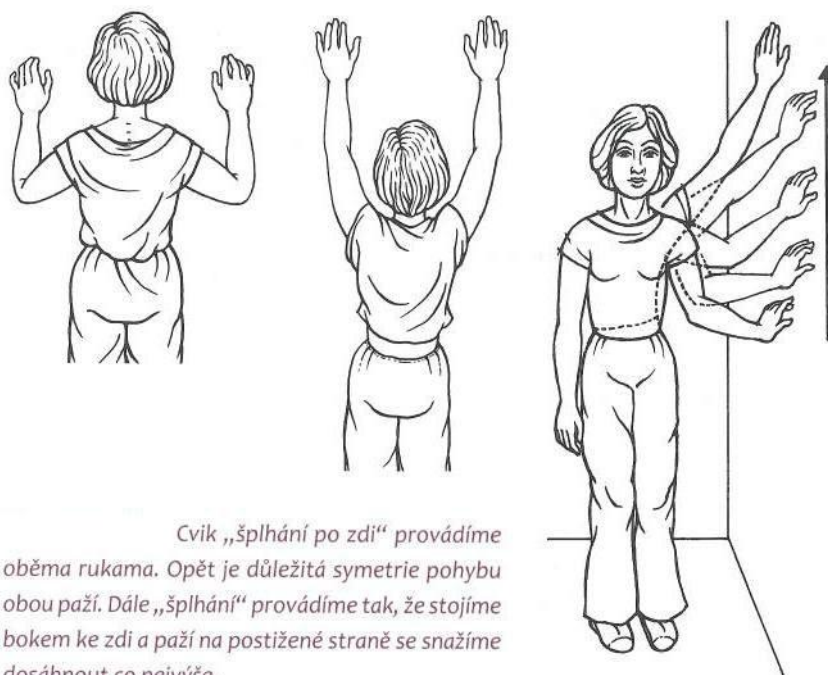
V další pooperační dny a posléze doma se procvičuje dosah a roztahování. Cvičíme před zrcadlem, abychom měli kontrolu nad symetrií zdravé a postižené paže.

Zdroj: ABRAHAMOVÁ, J. aj. 2009. *Co byste měli vědět o rakovině prsu.*  
 Praha : Grada, 2009, 143 s., ISBN: 978-80-247-3063-9.



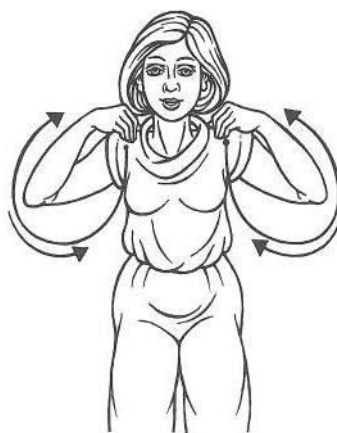
Doma v koupelně před zrcadlem je třeba denně

Zdroj: ABRAHAMOVÁ, J. aj. 2009. *Co byste měli vědět o rakovině prsu.*  
 Praha : Grada, 2009, 143 s., ISBN: 978-80-247-3063-9.



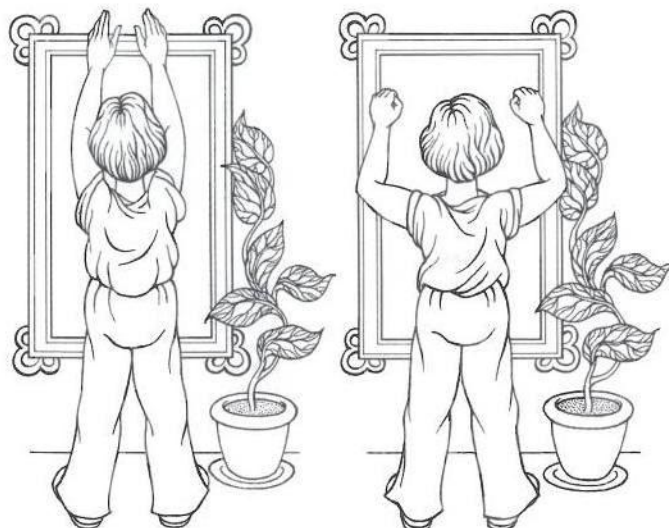
Cvik „šplhání po zdi“ provádíme oběma rukama. Opět je důležitá symetrie pohybu obou paží. Dále „šplhání“ provádíme tak, že stojíme bokem ke zdi a paží na postižené straně se snažíme dosáhnout co nejvýše.

Zdroj: ABRAHAMOVÁ, J. aj. 2009. *Co byste měli vědět o rakovině prsu.* Praha : Grada, 2009, 143 s., ISBN: 978-80-247-3063-9.



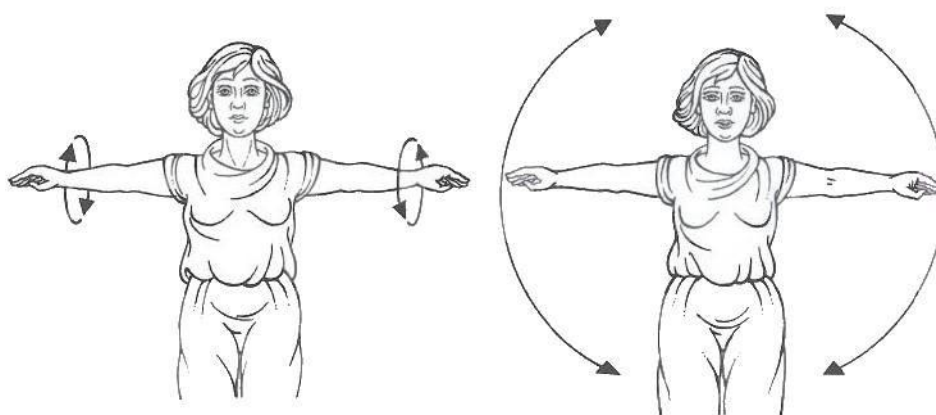
Cvik kroužení a přitahování v ramenou provádíme pro uvolnění ramenních kloubů.

Zdroj: ABRAHAMOVÁ, J. aj. 2009. *Co byste měli vědět o rakovině prsu.* Praha : Grada, 2009, 143 s., ISBN: 978-80-247-3063-9.



Znázorněné cviky provádíme před zrcadlem – jejich cílem je rovněž procvičování a uvolňování ramenních kloubů. Důležitá je opět kontrola symetrie pohybu obou stran.

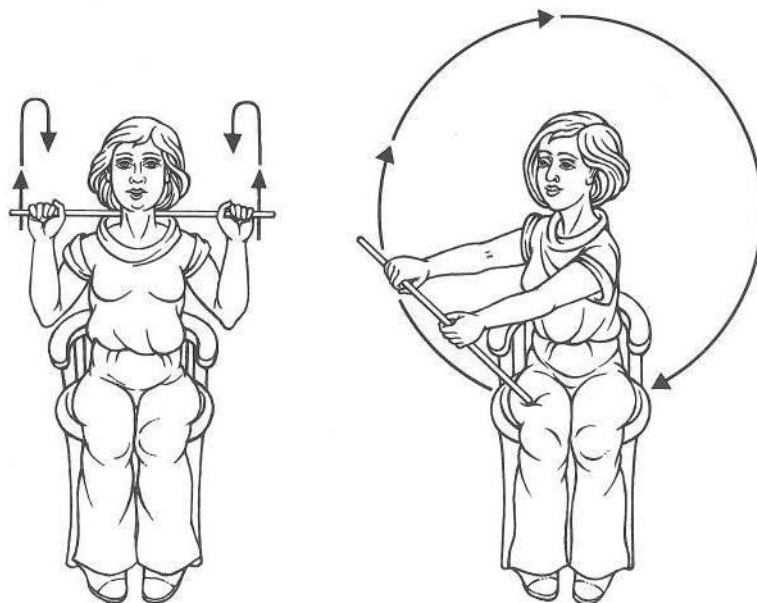
Zdroj: ABRAHAMOVÁ, J. aj. 2009. *Co byste měli vědět o rakovině prsu.* Praha : Grada, 2009, 143 s., ISBN: 978-80-247-3063-9.



Upaženými pažemi provádíme malé kroužky a posléze velké kruhy s pohybem až do vzpažení.

Zdroj: ABRAHAMOVÁ, J. aj. 2009. *Co byste měli vědět o rakovině prsu.* Praha : Grada, 2009, 143 s., ISBN: 978-80-247-3063-9.





Cvičení s pomocí tyče, kterou doma lehce nahradíme např. vařečkou.  
Tyč uchopíme na obou okrajích a zvedáme ji přes hlavu dopředu a dozadu a posléze ji kroužíme zleva doprava a naopak.

Zdroj: ABRAHAMOVÁ, J. aj. 2009. *Co byste měli vědět o rakovině prsu*.  
Praha : Grada, 2009, 143 s., ISBN: 978-80-247-3063-9.

**Příloha B**

Paní  
Gabriela Kalousková  
Hlavní sestra  
Ústav pro péči o matku a dítě  
Podolské nábřeží 157  
147 10 Praha 4

**Věc:** Žádost o schválení pracovat s ošetrovatelskou dokumentací.

Vážená hlavní sestro paní Kalousková,

Žádám Vás o schválení k nahlížení do ošetrovatelské dokumentace patientek hospitalizovaných po operaci pro karcinom prsu na pooperačním gynekologickém oddělení v Ústavu pro péči o matku a dítě – Praha 4.

Téma mé bakalářské práce je: Ošetrovatelská péče o ženu po operaci pro karcinom prsu. Zvolila jsem si jej na základě odborné praxe v rámci studia a aplikace ošetrovatelské péče u těchto žen.

Děkuji za spolupráci Inna Bogačuková – studentka Vysoké školy zdravotnické o.p.s., Duškova 7, Praha 5.

V Praze dne 28.1.2011

GABRIELA KALOUSKOVÁ

Podpis

ÚSTAV PRO PÉČI O MATKU A DÍTĚ  
Podolské nábřeží 157  
PSC 147 10 PRAHA 4 - PODOLÍ

IX

IX