Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., Praha 5

OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U ŽENY PO KASTRAČNÍM VÝKONU Z POHLEDU PORODNÍ ASISTENTKY

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

JIŘÍ OSSENDORF

Praha 2014

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

OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U ŽENY PO KASTRAČNÍM VÝKONU Z POHLEDU PORODNÍ ASISTENTKY

Bakalářská práce

JIŘÍ OSSENDORF

Stupeň kvalifikace: bakalář

Název studijního oboru: Porodní asistentka

Vedoucí práce: PhDr. Ivana Jahodová

Praha 2014

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

Ossendorf Jiří
3. A PA

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 3.4.2013 Vám oznamuji schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Ošetřovatelský proces u ženy po kastračním výkonu z pohledu porodní asistentky

Nursing Process of Women after Castration from Midwife's Perspective

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Ivana Jahodová

V Praze dne: 2.9.2013

prof. MUDr. Zdeněk Seidl, CSc.
rektor

PROHLÁŠENÍ

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

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne 31. 3. 2014

……

Podpis

PODĚKOVÁNÍ

Rád bych touto cestou poděkoval PhDr. Ivaně Jahodové za vedení bakalářské práce, za mnoho poskytnutých rad a množství věnovaného času. Rovněž bych také rád poděkoval za řadu užitečných informací MUDr. Marii Bendové, CSc. Věnování patří také pacientce, s níž jsem prošel celé období operace.

ABSTRAKT

OSSENDORF, Jiří. *Ošetřovatelský proces u ženy po kastračním výkonu z pohledu porodní asistentky*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: PhDr. Ivana Jahodová. Praha. 2014. 68 s.

Tématem bakalářské práce je ošetřovatelský proces u ženy po kastračním výkonu z pohledu porodní asistentky. Teoretická část je věnována metodám ženské kastrace, indikacím, které vedou k provedení kastrační operace. V teoretické části jsou dále popsány možné operační přístupy, jejich indikace a kontraindikace, popis pooperačního období a vliv kastrační operace na psychiku ženy. Praktická část bakalářské práce je vypracována formou kazuistiky ošetřovatelské péče o ženu, která podstoupila kastrační výkon jako preventivně zabezpečovací proces z důvodu předchozího onemocnění karcinomem prsu. Ošetřovatelská péče byla vytvořena dle koncepčního modelu o 13 doménách dle Marjory Gordon. Skládá se z efektivních ošetřovatelských postupů, stanovení ošetřovatelských diagnóz, plánování ošetřovatelské péče a následně realizace a hodnocení ošetřovatelské péče o ženu po kastračním výkonu.

Klíčová slova:
Kastrační výkon. Operace. Zhoubné onemocnění.

ABSTRACT

OSSENDORF, Jiří. *Nursing Process for Woman after Castration from Midwife's Perspective.* Medical College. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: PhDr. Ivana Jahodová. Prague. 2014. 68 pages.

The topic of bachelor's thesis is the nursing process for a woman after castration from midwife's perspective. The theoretical part deals with the methods of female castration and the indications leading to surgery. The theoretical part also describes possible surgical procedures, indications and contraindications, pre-surgical period due to the woman's mental state. The practical part of the thesis deals with casuistry about the nursing process for a woman who has undergone castration as a preventive security because of previous breast cancer. Nursing care was created according to 13 domains of M. Gordon's model including effective nursing practice, determination of nursing diagnoses, planning nursing care and subsequent implementation and evaluation of nursing care.

Key words :
Castration Performance. Operations . Malignant Disease

OBSAH

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ÚVOD 11

1 KASTRAČNÍ OPERACE U ŽEN 12

1.1 METODY KASTRACE 12

1.2 ZMĚNY PO CHIRURGICKÉ KASTRACI V ENDOKRINNÍM ŽIVOTĚ ŽENY 13

2 HLAVNÍ INDIKACE K PROVEDENÍ KASTRAČNÍCH OPERACÍ U ŽEN 14

2.1 SYNDROM HEREDITÁRNÍHO ONEMOCNĚNÍ KARCINOMEM PRSU A VAJEČNÍKU 14

2.1.1 INDIKACE K VYŠETŘENÍ BRCA GENU 15

2.1.2 PÉČE O ŽENU S MUTACÍ BRCA GENU 15

2.1.3 VZNIK KARCINOMU PRSU U PACIENTEK S MUTACÍ BRCA GENU 16

2.1.4 VZNIK KARCINOMU OVARIA U PACIENTEK S MUTACÍ BRCA GENU 16

2.2 ZHOUBNÉ NÁDOROVÉ ONEMOCNĚNÍ OVARIÍ 17

2.2.1 DIAGNOSTIKA OVARIÁLNÍHO KARCINOMU 18

2.2.2 CHIRURGICKÁ TERAPIE OVARIÁLNÍHO KARCINOMU 19

2.2.3 CHEMOTERAPIE 19

2.2.4 RADIOTERAPIE 20

2.3 ZHOUBNÉ ONEMOCNĚNÍ KARCINOMEM PRSU 20

2.3.1 RIZIKOVÉ FAKTORY KARCINOMU PRSU 22

2.3.2 VYŠETŘOVACÍ METODY 22

2.3.3 CHIRURGICKÁ TERAPIE KARCINOMU PRSU 23

2.3.3.1 MODIFIKOVANÁ RADIKÁLNÍ MASTEKTOMIE 24

2.3.3.2 KONZERVATIVNÍ CHIRURGIE PRSU 24

2.3.4 RADIOTERAPIE 25
2.3.5 CHEMOTERAPIE 25
2.3.5.1 DRUHY PODÁVÁNÍ CHEMOTERAPIE 25
2.3.6 HORMONÁLNÍ TERAPIE 26
2.3.6.1 DRUHY POUŽITÍ HORMONÁLNÍ LÉKOVÉ TERAPIE 26
3 PERIOPERAČNÍ OBDOBÍ 27
3.1 PŘÍPRAVA PACIENTA PŘED OPERACÍ 27
3.1.1 ANESTEZIOLOGICKÉ VYŠETŘENÍ 28
3.1.2 PODÁVÁNÍ ANTIBIOTIK 29
3.1.3 PROFYLAXE TROMBOEMBOLICKÉ NEMOCI 29
3.2 LAPAROSKOPICKÉ PROVEDENÍ OPERACE U VNITROBŘIŠNÍCH PROCESŮ 30
3.3 LAPAROTOMICKÉ PROVEDENÍ OPERACE 31
3.4 POOPERAČNÍ PÉČE O ŽENU PO KASTRAČNÍ OPERACI . 32
3.5 VLIV GYNEKOLOGICKÝCH OPERACÍ NA PSYCHIKU ŽENY 32
4 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTKY PO KASTRAČNÍ OPERACI 34
ZÁVĚR 64
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY 65
PŘÍLOHY

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

BRCA……..……..breast cancer antigen
GNRH……..… gonadoliberin
LAVH ……..…..…….laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie
TEN……...……...… tromboembolická nemoc
TLH…….…..…totální laparoskopická hysterektomie

ÚVOD

Téma kastračních operací je aktuálním tématem například v léčbě zhoubného onemocnění prsu a vaječníku, často jsou kastrační operace prováděny s operacemi odstraňujícími dělohu. Kastrační operace jsou i u personálu na gynekologických a porodnických odděleních a klinikách často zaměňovány se sterilizací. Volbu tohoto tématu ovlivnila odborná praxe.

Cílem bakalářské práce bylo přiblížení tématu kastračních operací. Popis způsobů kastrace u žen a indikace, které vedou ke kastračním výkonům, popisu změn a prožívání, které vznikají u žen onkologicky nemocných a po kastračních operacích i průběhu ošetřovatelské péče. Vypracovaná práce bude sloužit studentům a porodním asistentkám jako zdroj informací. A budeme rádi, pokud povede i ke zkvalitnění ošetřovatelské péče.

V praktické části jsme se věnovaly ošetřovatelskému procesu u ženy po operaci, při které jí byly oboustranně odňaty vaječníky a děloha. V ošetřovatelském procesu byly získány informace a zpracovány do 13. domén dle Marjory Gordon. Stanovili jsme základní ošetřovatelské diagnózy dle Kapesního průvodce NANDA taxonomie II a následně vypracovali plán ošetřovatelské péče.

1 KASTRAČNÍ OPERACE U ŽEN

Kastrace – odstranění pohlavních žláz, vaječníku nebo varlat. Způsobuje sterilitu a nedostatek pohlavních hormonů. Důsledky tohoto výpadku závisejí na době, kdy byla k. provedena (je-li před pubertou, nevyvíjejí se druhotné pohlavní znaky, vzniká eunuch). V dospělosti nemusí nutně znamenat pokles pohlavního pudu (VOKURKA, 2008, s. 228).

1.1 METODY KASTRACE

Ablační metoda kastrace: byla uvedena do lékařské praxe provedením první operační (chirurgické) abdominální kastrace roku 1896. Následkem této operace je rychlé zastavení produkce ovariálních hormonů. Operaci je možné kombinovat s odstraněním dělohy např. při přítomnosti myomu. Možnost přístupu je laparotomicky či laparoskopicky. Cena laparoskopické adnexetomie je přibližně 16 000,- Kč (STANKUŠOVÁ, 2006), (CIBULA, 2009).

Radiační metoda kastrace: první radiační kastrace byla provedena roku 1922. Je jednou z nejjednodušších a nejbezpečnějších metod kastrace, provádí se ambulantně. Jednou z indikací je u pacientek v premenopauzáním věku s karcinomem prsu hormonálně závislým. Radiační kastrace přispívá i ke snížení rizika ovariálního karcinomu u žen s genetickou predispozicí. Radiační metoda se uskutečňuje v 5–6 krocích v nichž se radioterapeutické hodnoty pohybují od 4–5 Gy až po 10–20 Gy. Při radiační metodě není ozářena pouze oblast malé pánve, ale záření zasáhne I střeva a zdravé orgány. K poklesu hladin hormonů dochází za 3–4 týdny. Jsou známa selhání, nebo oddálení účinnosti této metody, proto se provádějí biochemická ověření příslušných hormonů v plazmě. Cena radiační kastrace se pohybuje přibližně okolo 11 000,- Kč. I při příznivé ceně se od radiačního způsobu ustupuje zejména z důvodu nástupu jiných možných metod kastrace a především snaze snížit vystavování obyvatelstva ionizujícímu záření (STANKUŠOVÁ, 2006), (CIBULA, 2009), (FÍNEK, 2005).

Medikamentózní (tzv. chemická) kastrace: je velmi finančně náročná, její cena se pohybuje zhruba 149 160,- Kč za 2 roky. Tato metoda kastrace je reverzibilní. Medikamentózní kastrace je docíleno podáváním hormonální terapie, tím přerušíme tvorbu ovariálních hormonů na úrovni hypotalamu. Podáváním hormonální terapie je docíleno kastrace, které můžeme dosáhnout přerušením tvorby hormonů. Existují možnosti hormonální manipulace s předpokladem přerušení fertility (STANKUŠOVÁ, 2006), (STRNAD, 2008).

1.2 ZMĚNY PO CHIRURGICKÉ KASTRACI V ENDOKRINNÍM ŽIVOTĚ ŽENY

U žen ve fertilním věku po provedení chirurgické kastrace dochází rychle k poklesu hladin estrogenu. Již první den po operaci k podobnému procesu dochází i u perimenopauzálních pacientek. Kastrace provedená u žen po menopauze ovlivní hladiny estrogenu zanedbatelně, ale dochází ke snížení hladiny androgenu (DONÁT, 2001).

Postkastrační syndrom se vyskytuje asi u 60–80 % pacientek. U žen premenopauzálních nebo perimenopauzálních je intenzita obtíží po kastrační operaci vyšší, kastrační operace není bezriziková ani u pacientek po menopauze. Hlavním důvodem vzniku postkastračního syndromu je snížená hladina hodnot estrogenu, jehož následkem bývá například: osteoporóza, atrofické změny v oblasti kůže, podkoží, svalstva, vaziva. Dalším příznakem je také například kardiovaskulární onemocnění nebo celková únava s možnými psychickými poruchami. Prokázané je taky zvýšené riziko Alzheimerovy choroby (DONÁT, 2001).

2 HLAVNÍ INDIKACE K PROVEDENÍ KASTRAČNÍCH OPERACÍ U ŽEN

Hlavními onemocněními, pro která jsou prováděny kastrační operace, jsou například nosičství genetické mutace pro onemocnění hereditární, zhoubné onemocnění karcinomem prsu, zhoubné nádorové onemocnění vaječníků.

2.1 SYNDROM HEREDITÁRNÍHO ONEMOCNĚNÍ KARCINOMEM PRSU A VAJEČNÍKU

Nosičstvím mutací onkogenu způsobuje celoživotní zvýšené riziko nádorového onemocnění především karcinomu prsu a ovarií. Geny se zvýšeným rizikem pro svého nositele se nazývají geny s vysokou penetrací. Geny nízce penetrující mají jen menší navýšení rizika. Za většinu hereditárních gynekologických karcinomů prsu a vaječníku jsou zodpovědné mutace genů BRCA1 asi v 70%, ve 20% BRCA2, zbývajících 10% jsou geny ATM, PTEN-tyto geny jsou vzácné a většinou s nižší penetrací. U pacientek s mutací genu BRCA nebyl nalezen rozdíl snížení rizika vzniku karcinomu u žen rodících a nerodících. Rizikové faktory neovlivní umělé ukončení těhotenství a ani spontánní potrat, zároveň nebyl zaznamenán ani pozitivní nebo negativní přínos kojení na karcinom prsu. Přenos genetické mutace z rodičů na děti je 50 %. V rodinách testovaných na genetickou mutaci se využívá multidisciplinárních specializovaných center, kde se na terapii podílí onkolog, gynekolog, psycholog, genetik, plastický chirurg. Péče o pacientky dosud zdravé je velmi důležitá. Cílem této prevence je rozpoznání karcinomu v brzkém stádiu. Podávání hormonální antikoncepce a její vliv je stále předmětem studií. Je však možné snížení rizika nádoru ovarií do doby, než je vhodné jejich chirurgické odstranění (FORETOVÁ, 2010), (PLEVOVÁ, 2009), (ZIKÁN, 2009).

2.1.1 INDIKACE K VYŠETŘENÍ BRCA GENU

Jako indikace slouží výskyt karcinomu prsu nebo ovaria u 3 přímých příbuzných nebo u 2 příbuzných, z nichž u jednoho bylo onemocnění diagnostikováno před 50. rokem života. Další indikací je: pokud je nádorové onemocnění diagnostikováno o 10 – 15 let před průměrným věkem výskytu daného nádorového onemocnění. Vyšetření je prováděno genetikem vždy se souhlasem pacientky (PLEVOVÁ, 2009), (ZIKÁN, 2009).

2.1.2 PÉČE O ŽENU S MUTACÍ BRCA GENU

U pacientek s mutací genu je vhodné dodržovat preventivní opatření. Od 18. roku života by si pacientka měla alespoň jedenkrát měsíčně provádět samovyšetření prsu. Celkově jedenkrát ročně fyzikální a ultrazvukové vyšetření doplněné o magnetickou rezonanci je doporučováno od 25. roku věku. Mamografické vyšetření je doporučováno ženám od 30. roku života. Ultrazvukové vyšetření dutiny břišní je prováděno jedenkrát ročně. Odběr krve na vyšetření marker CA 125, CA 15–3, CA 19–9 záleží na uvážení gynekologa, dále je prováděno od 18. roku gynekologické vyšetření doplněné o ultrazvukové vyšetření transvaginální sondou. Od 40. roku života je zahájeno testování na okultní krvácení, od 45. roku života jedenkrát za tři roky provedení kolonoskopie a gastroskopie. Vyšetření kožní a oční je doporučováno od 30. roku života. Pokud byla provedena profylaktická mastektomie, je doporučováno vyšetření jedenkrát ročně vhodnou zobrazovací metodou. Vědci studují možnost využití chemoprevence a její vliv na karcinom prsu. Středem zájmu je nyní tamoxifen a jeho generika, ochranný účinek tamoxifenu byl pozorován pouze u pacientek s mutací BRCA2. Docílíme snížení rizika karcinomu prsu, je však vhodné zvážit i možná rizika jeho užívání. Jako chirurgická profylaxe je doporučována bilaterální mastektomie, která je prováděna u pacientek, které po konzultaci s onkologem o provedení mají zájem. Dalším chirurgickým výkonem, který je prováděn, je adnexektomie. Vhodný věk pro provedení operace je 35–40 let. Je vhodné zvážení rizika a možné rozšíření operace o odstranění dělohy včetně děložního hrdla. Profylaktická adnexectomie sníží riziko karcinomu vaječníku o 97 % a riziko karcinomu prsu o 50 % (v důsledku snížení hladiny ovariálních hormonů). Způsob provedení kastrační operace je preferován laparoskopicky nebo laparovaginální techniky, pokud pacientka souhlasí

s hysterektomií, operace se pak provede způsobem LAVH (laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie), nebo TLH (totální laparoskopická hysterektomie). Při operaci odebraný materiál je zaslán na hystologické vyšetření, kde je mikroskopicky vyšetřen. Snížení karcinomu prsu o 90–95 % dosáhneme provedením bilaterální mastektomie (PLEVOVÁ, 2009), (ZIKÁN, 2009).

2.1.3 VZNIK KARCINOMU PRSU U PACIENTEK S MUTACÍ BRCA GENU

Riziko, které vzniká pacientkám s mutací genu, je velmi shodné pro oba geny a tendence k brzkému vzniku onemocnění je zhruba o 10 let dříve, než je průměrný věk onemocnění pro běžnou populaci. Tumory pacientek s mutací genu BRCA1 mají častěji negativní estrogenové a progesteronové receptory. Domníváme se, že geny BRCA1 jsou nezávislé na estrogenní stimulaci receptorů. Kontraindikovány nejsou ani prs záchovné operace u pacientek se zárodečnou mutací. Horší přežití je popisováno u pacientek s mutací genu BRCA1. Pokud byla pacientce podána adjuvantní terapie, procenta přežití poté jsou stejná, jako u pacientky se sporadickým karcinomem. Přežití u pacientek s mutací genu BRCA2 má stejnou prognózu jako u pacientek se sporadickým karcinomem (ZIKÁN, 2009).

2.1.4 VZNIK KARCINOMU OVARIA U PACIENTEK S MUTACÍ BRCA GENU

Riziko ovariálního karcinomu se u pacientek s hereditárním onemocněním dosti liší, riziko je závislé na lokalizaci mutace zejména u genu BRCA2. Diagnostika karcinomu u pacientek s mutací genu BRCA1 je průměrně o 7–10 let dříve oproti průměrnému výskytu sporadického nádoru pro danou populaci, u případů s mutací genu BRCA2 se diagnostikuje ve shodném věku jako sporadický nádor (ZIKÁN, 2009).

2.2 ZHOUBNÉ NÁDOROVÉ ONEMOCNĚNÍ OVARIÍ

Symptomy nádorového onemocnění nejsou vzhledem k lokalizaci často zjevné. Pokud se objeví příznaky, projevují se ve formě ascitu, zvětšeného břicha, bolesti či gastrointestinálními obtížemi. Tyto příznaky se objevují především u onemocnění v pokročilém stádiu. Zhoubné onemocnění ovarií je časté a věková hranice výskytu není určena. Ovariální nádor je často zaměňován za onemocnění jako je například endometrióza, ohraničený zánět adnex. Nádory ovarií mají tendenci rychle metastazovat do okolních orgánů a to jak hematogenní, tak i lymfogenní cestou. Rizikové faktory pro vznik zhoubného nádoru ovaria jsou časná menarche a pozdní menopauza, výskyt karcinomu prsu a kolorektální karcinom, působení azbestu a další (ROB, 2008), (KUDELA, 2011), (FREITAG, 2001).

Jedním ze základních dělení ovariálních nádorů je podle jejich základní složky při vzniku:

Nádory potencionálně maligní (borderline)

Do skupiny hraničních nádorů se řadí nádory s atypickým růstem. Nádory jsou většinou serózní nebo mucinozní (epitelové). Biologické chování těchto nádorů je nejisté, proto je terapie určována individuálně především podle hystologického výsledku, požadavků a stavu pacientky (SÁK, 2010).

Nádory z germinálních buněk

Výskyt těchto nádorů tvoří pouhé 2 % ovariálních zhoubných nádorů. Výsledky léčby jsou dobré z důvodu chemosenzitivity nádorů. Nádory se vyskytují především u mladých žen, kdy je vhodné provést konzervativní operační výkon se zachováním fertility, na který navazuje chemoterapie. Péče o pacientku je individuální (SÁK, 2010).

Nádory tvořené pruhy stromatu

Výskyt tohoto onemocnění je 5–10 %. Nádorová ložiska je možné rozdělit na neproliferující (benigní) a na nádory s nejasnou povahou a nádory vysoce maligní. Především se jedná o nádory hormonálně aktivní. Nádory jsou složeny převážně z buněk granulózy. Nádory z buněk granulózy produkují estrogeny. Dopad tohoto

nádoru je ovlivněn věkem (mladá dívka díky působení nádoru má vyvolanou předčasnou pseudopubertu, abnormální krvácení se může vyskytnout u žen ve fertilním věku, hyperplazie endometria nebo i karcinom endometria u žen postmenopauzálních). Chirurgický výkon a chemoterapie jsou indikovány individuálně – jako u většiny onkologických onemocnění (SÁK, 2010).

Zhoubné epitelové nádory

Ročně v České republice na zhoubné nádory ovaria umírá téměř 75 % žen s touto diagnózou. Nejčastěji postižená věková skupina žen je mezi 50. – 70. rokem. Za takto špatnou prognózu může fakt, že onemocnění je u žen diagnostikováno většinou pozdě, často až ve 3. – 4. stádiu. Zhoubné ovariální karcinomy často tvoří implantační metastázy na peritoneu a následně prorůstají do okolních orgánů, především do močového měchýře nebo do oblasti tlustého střeva přecházejícího do esovité kličky, nazývané také jako rektosigmoideum. Dalším způsobem šíření je lymfatickou cestou do spádových uzlin pánevních a paraaortálních, ale i do vzdálenějších uzlin. Ne příliš časté je šíření hematogenní cestou do jater a plic, ojediněle do mozku. Terapie u zhoubných nádorů ovaria je především chirurgická, při které se provádí úplné odstranění nádoru s odstraněním všech nádorem potenciálně nejčastěji zasahovaných struktur (děloha, tuba, omentum, lymfatické uzliny, apendix) – operace má být vždy provedena co nejradikálněji – optimální debulking bez nádorového residua (SÁK, 2010).

2.2.1 DIAGNOSTIKA OVARIÁLNÍHO KARCINOMU

Diagnostika karcinomu ovarií je velmi obtížná a zatím nebyla objevena žádná jednoduchá screeningová metoda, která by nám pomohla odhalit časná stádia tohoto nádorového onemocnění. Je velmi důležité, aby ženy pravidelně podstupovaly gynekologické preventivní prohlídky, při kterých se může onemocnění odhalit. Při podezření na karcinom vejcovodu nebo vaječníku se lékař snaží zjistit informace jako například pravidelnost a délka menstruace, počet porodů, užívání hormonální terapie, aktuální obtíže. Vyšetření, které provede lékař, je primárně ultrazvukové vyšetření vaginální sondou a odběr krve na marker CA-125, HE4. Jako další vyšetřovací metoda je používaná počítačová tomografie v oblasti malé pánve nebo magnetická rezonance. Další vyšetření, která jsou prováděna, jsou například rentgenový snímek plic, vyšetření

u pacientek se doplní o kolonoskopii, cystoskopii. Pro upřesnění diagnostiky poslouží odebraný hystologický vzorek přímo na operačním sále – peroperační biopsie (ROB, 2008), (FÍNEK, 2006).

2.2.2 CHIRURGICKÁ TERAPIE OVARIÁLNÍHO KARCINOMU

Cílem chirurgické terapie je odstranění celého nádoru a všech nádorových hmot + děloha, apendix, omentum, lymfatické uzliny. Odebraný materiál při operaci by měl být co nejméně poškozen – to znamená neporušené pouzdro tumoru ovaria, aby bylo možné provést hystopatologické vyšetření. Na základě výsledků je možné zařazení pacientky do skupiny podle rizikovosti a zvolit optimální terapii. Rozsah operace při karcinomu ovaria by měl být radikální. Pokud má žena zájem zachovat fertilitu a nádor je omezen pouze na jedno ovarium, je možné postupovat konzervativním způsobem – tedy zachováním kontralaterálních adnex, ponecháním dělohy. Radikální způsob operace zahrnuje přístup z dolní střední laparotomie s rozšířením nad pupek. Při operaci je prováděn chirurgický staging, při kterém se odebírá vzorek ascitu nebo vzorek výplachu na cytologické vyšetření, proveden je i stěr z bránice. Lékař pohledem zkontroluje peritoneální dutinu a povrch orgánů v dutině břišní, dále vyšetření povrchu jater vizuálně i pohmatem. Po odebrání vzorků následuje oboustranná adnexetomie spojená s hysterektomií a omentektomií, apendektomií, následuje kontrola lymfatických uzlin (pánevní a paraaortální lymfadenektomie). Při pokročilém rozsevu není občas možné úplné odstranění nádorové hmoty (nádorové reziduum) například z důvodů možného poranění jiných orgánů (suboptimální operace), (ROB, 2008), (FÍNEK, 2006).

2.2.3 CHEMOTERAPIE

Chemoterapii můžeme rozdělit na dvě skupiny. První skupina je adjuvantní terapie, především využívána u pacientek, u kterých byl chirurgicky odstraněn celý nádor. Tento druh chemoterapie nám pomůže zničit zhoubné buňky, které byly nedotčeny i ty neviditelné (mikrometastázy). Druhou skupinou je chemoterapie neadjuvantní. Tento druh chemoterapie je podáván u pacientů, u kterých byl nádor příliš velký, a nebylo by ho možné odstranit primárně operačně. Použijeme metodu

cytoredukce po 2–4 cyklech chemoterapie je ve většině případů nádor zmenšen a je tedy možné jej kompletně odstranit. Ovariální nádory patří mezi nádory chemosenzitivní z důvodu jejich citlivosti na množství cytostatik. Léčba je pacientkám ordinována individuálně dle druhu nádoru, jeho pokročilosti, zdravotního stavu. Způsoby aplikace jsou nejčastěji intravenózním podáním nebo aplikací přímo do dutiny břišní. Mezi nežádoucí účinky chemoterapie patří například vypadávání vlasů, které není trvalé. Vlasy po skončení chemoterapie dorostou. Dalším nežádoucím účinkem je zvracení, kterému se snažíme zamezit podáním léků, popisuje se i hematotoxicita, nefrotoxicita a další (ROB, 2008), (FÍNEK, 2006).

2.2.4 RADIOTERAPIE

Radioterapie se u ovariálních zhoubných nádorů neprovádí, proto se dá říct, že podání chemoterapie je vhodnější z důvodu systémového účinku. Pokud je zvolena radioterapie, je nečastěji využívána při recidivách. Využíváno je vnějších zdrojů záření – teleterapie a vnitřních zdrojů záření – brachyterapie (TOMANCOVÁ, 2009).

2.3 ZHOUBNÉ ONEMOCNĚNÍ KARCINOMEM PRSU

Karcinom prsu je v současné době jeden z nejčastěji se vyskytujících zhoubných nádorů u žen. Výskytem onemocnění prsu se již v historii zabýval Hippokrates a v pozdějších dobách i Galén. Velký rozvoj zdravotnictví se projevil rozvojem znalostí v oboru chirurgie. Dále se rozvíjela léčba biologická, hormonální i chemická. Vlivem rozvoje zdravotnictví se začal prodlužovat věk a kvalita života hlavně ve dvacátém století. Výsledkem rozvoje medicíny bylo zjištění přítomnosti hormonálních receptorů v prsní tkáni. Tyto receptory dokáží reagovat na vnitřní a vnější účinky sexuálních steroidů (ABRAHÁMOVÁ, 2000), (STRNAD, 2008).

Mezi invazivní karcinomy prsu dle hystologického typu řadíme:

- Duktilní karcinom prsu, je přítomný v 47–80 %. Jak již název karcinomu napovídá, karcinom se šíří převážně duktem, je doprovázen změnami v podobě fibróz.

- Medulární karcinom je přítomen v 5–7 %. Má dobrou prognózu, zřídka postihuje regionální spádové lymfatické uzliny v axile.

- Mucinózní karcinom je přítomný v 1–6 %. Charakteristický je svým pomalým růstem, označuje se také jako koloidní nebo geletinózní.

- Papilární karcinom je typický retrakcí bradavky, častým projevem je krvavá sekrece vytékající z bradavky. Nádor je uložen ve většině případu v centrální části prsu.

- Lobulární karcinom je přítomný v 7–14 %. Velmi obtížně detekovatelný na mamografu, často multifokální.

- Speciální typy nádoru: do této skupiny se řadí (Pagetův karcinom) – výskyt tohoto karcinomu je 1–5 %. Pagetův karcinom se projevuje ekzematózní nebo erozivní lézí na bradavce a prsním dvorci. Tento projev je téměř vždy spojen s karcinomem prsu, především intraduktálním, nejedná se ve většině případů o hlavní nádor, ale spíše o jeho projev. Prognóza, jako u většiny nádorů, je závislá na velikosti tumoru. Není-li karcinom hmatný, pak je šance na přežití 5–10 let 92 %. Pokud je rezistence hmatná, procento přežití se sníží na 45 %. Inflamatorní karcinom je přítomný v 1–4 %. Projevem tohoto karcinomu je zčervenání kůže, nárůstem lokální teploty, zvětšení a ztuhnutí prsu v důsledku zmnožení vaziva. Inflamatorní karcinom netvoří pevně ohraničený útvar, ale rozšiřuje se na celý prs. Diagnostika inflamatorního karcinomu spočívá z počátku v biopsii kůže a následně bývá zahájena chemoterapie. Po regresi karcinomu přichází nutnost radikálního chirurgického řešení, přežití 5 let bývá pouze ve 30 % (STRNAD, 2001), (STRNAD, 2008).

2.3.1 RIZIKOVÉ FAKTORY KARCINOMU PRSU

Dědičný výskyt ze strany matky, sestry, dcery. Brzké menarché před 12. rokem života (především záleží na začátku produkce progesteronu, který se začíná produkovat začátkem ovulace, účinkem progesteronu dochází k dělení buněk prsní tkáně). Parita má určitý vliv na riziko karcinomu prsu. Porod do 20. roku života snižuje riziko karcinomu prsu na polovinu. Příčinou je zkrácení doby stimulace žlázy, která není ještě zralá. Docílí se trvalého snížení prolaktinu. Ženy, u nichž byla menopauza mezi 50. – 52. rokem života, mají riziko vzniku karcinomu prsu až o polovinu nižší, než ženy s nástupem menopauzy ve věku nad 55 let. Faktory výživy jsou také značným rizikovým faktorem pro vznik karcinomu prsu. Řadíme sem například obezitu, příjem živočišných saturovaných (nasycených) tuků, abúzus alkoholu, nedostatek ovoce, zeleniny a kyseliny listové. Dále mezi rizikové faktory řadíme vliv životního prostředí, ionizující záření a xenoestrogeny (látky s podobným účinkem jako estrogen). Riziko karcinomu je u žen po předčasném ukončení těhotenství vyšší než u nulipar. Zvýšené riziko karcinomu je způsobeno působením estrogenní produkce, jehož následkem je velký nárůst prsní tkáně v prvním trimestru po přerušení gravidity. Prsní tkáň bez laktace není diferencovaná. Při kojení minimálně 1 rok se uvádí 20% snížení rizika vzniku premenopauzálního karcinomu, není však jasné, jaký vliv má laktace na postmenopauzální karcinom. Při krátkodobém užívání hormonální antikoncepce či hormonální substituční terapie nejsou doložené žádné důkazy, které by dokládaly zvýšení rizika karcinomu prsu. Dle studií, je za bezpečnou dobu užívání hormonální antikoncepce považována doba 10 let před plánovaným prvním porodem, nebo užívání hormonální antikoncepce do 25. roku života. Mírně zvýšené riziko je popisováno při dlouhodobém užívání hormonální antikoncepce nebo kombinované hormonální substituční terapie – toto tvrzení je stále předmětem dalších výzkumů (SÁK, 2010), (STRNAD, 2008).

2.3.2 VYŠETŘOVACÍ METODY

Mezi vyšetřovací metody řadíme samovyšetření, které patří mezi základní vyšetřovací metody. Provádí se pohledem (vzhled kůže, bradavek) a pohmatem (struktura prsů). Je vhodné jej provádět každý měsíc, po skončení menstruace. Další vyšetřovací metodou je klinické vyšetření a mamografické, ultrasonografické vyšetření.

Klinické vyšetření je prováděno lékařem. Při tomto vyšetření se sleduje tvar obou prsů a celkový vzhled bradavek a kůže. Vyšetření pohmatem je provedeno ve všech kvadrantech prsu, s vyšetřením centrální části prsu, axily, s vyšetřením podklíčkových a nadklíčkových uzlin. Mamografické vyšetření je provedeno za pomoci rentgenového záření, které dokáže odhalit nádory již od 1–3 milimetrů. Při mamografickém vyšetření je vytvořen přehledný snímek z různých úhlů, na kterém je možné odhalit mikrokalcifikace. Mamografické vyšetření je prováděno od 45 let věku ženy, jako screeningová metoda se plošně používá od roku 2002. Mamografické vyšetření se provádí u asymptomatických žen každé dva roky. Ultrazvuková metoda se řadí jako doplňující vyšetření k mamografickému vyšetření, při kterém je možné rozpoznat solidní a cystické útvary. Ultrazvukové vyšetření je primárně doporučováno u mladých žen z důvodu absence zátěže radiačním zářením. K nevýhodám ultrazvukového vyšetření patří horší přehlednost a nemožnost zobrazení celého terénu. Zhoršené je i odhalování menších karcinomů. Je totiž vysoce subjektivní. Speciální zobrazovací metody v oblasti diagnostiky karcinomu prsu jsou počítačová tomografie, magnetická rezonance nebo duktografie (SÁK, 2010), (SKOVAJSOVÁ, 2010).

2.3.3 CHIRURGICKÁ TERAPIE KARCINOMU PRSU

Chirurgická léčba je primární terapií při onemocnění časných stádií karcinomu prsu. Díky rozvoji v oborech radioterapie a chemoterapie zaznamenala i chirurgická léčba mnoho změn v podobě ústupu od radikálních operací. Všímá si i kosmetického efektu. V 60. - 70. letech našeho století se onemocnění karcinomem prsu začalo chápat jako onemocnění systémové, nikoli jako onemocnění lokální. Odstranění lymfatických uzlin přestalo být bráno za účinné zabránění šíření rakovinných buněk (STRNAD, 2008).

Kontraindikace chirurgického výkonu:

- *lokálně pokročilý tumor, infiltrace kůže nebo hrudní stěny,*
- *vzdálené metastázy,*
- *axilární lymfadenopatie,*
- *inflamatorní karcinom (STRNAD, 2008, s. 264).*

2.3.3.1 MODIFIKOVANÁ RADIKÁLNÍ MASTEKTOMIE

Výkon spočívající v odstranění prsu i s nádorem, s lemem zdravé tkáně, je brán jako optimální. Dále je proveden odběr axilárních lymfatických uzlin, zachován je prsní sval. Chirurgickou léčbu je možné doplnit o radioterapii, chemoterapii a hormonální terapii, biologickou terapii (PAFKO, 2000), (STRNAD, 2008).

2.3.3.2 KONZERVATIVNÍ CHIRURGIE PRSU

Při konzervativní operaci je prs zachován. Provádí se pouze odstranění nádoru s lemem zdravé tkáně. O velikosti lemu zdravé tkáně se stále diskutuje, vzhledem k publikovaným informacím se zdá nezbytný minimální lem zdravé tkáně. Následně se provede samostatný řez v oblasti axily a disekce axilárních lymfatických uzlin nebo exstirpací sentinelové uzliny. Posledním krokem je radioterapie postiženého prsu. Studie, kde bylo prováděno srovnání v počtu přeživších po modifikované radikální mastektomii ve srovnání s konzervativní terapií, byly totožné. Indikací pro konzervativní výkony jsou nádory do velikosti až 3 cm. Druhy konzervativních operací jsou kvadrantektomie, lumpektomie (PAFKO, 2000), (STRNAD, 2008), (PAVLIŠTA, 2011).

Kontraindikace konzervativního výkonu:

- *Očekávaný špatný kosmetický efekt po operaci s radioterapií (ozářenou tkáň prsu již nelze plasticky upravit).*
- *Nepoměr ve velikosti tumor – prs (gigantomastie, mammae pendulue). V těchto případech je konzervativní chirurgický výkon snadný, avšak radioterapeuta stavíme do situace, kdy nemůže prs homogenně ozářit, a vzniká tak riziko lokální recidivy. Provedení mastektomie u těchto pacientek má za následek poruchy statiky páteře a vertebrogenní symptomatologii. Výkonem volby je v těchto případech oboustranná redukční mamoplastika s exstirpací tumoru a lymfonodektomií.*
- *Multifokální typ nádoru.*
- *Převaha intraduktální komponenty tumoru (STRNAD, 2008, s. 264).*

2.3.4 RADIOTERAPIE

Radioterapie ovlivňuje počet lokálních recidiv, ale bohužel nemá vliv na délku přežití. Podání radioterapie je možné provést u primárně inoperatibilního nádoru, kdy je ozáření prováděno u větších karcinomů. Pokud se později k operaci přistoupí, je nutné provést odstranění celého prsu. Ozáření po operačním výkonu se provádí především po konzervativních výkonech, tím docílíme snížení rizika recidivy. Po provedení konzervativního výkonu nebo mastektomie se používá dávka ozáření 45–50 Gy (gray). I u podání radioterapie je nutné přistupovat ke každé pacientce a jejímu onemocnění individuálně, závisí totiž na velikosti nádoru, věku pacienta, lokalizaci a druhu nádoru, jeho histologických parametrech (ABRAHÁMOVÁ, 2009), (STRNAD, 2008).

2.3.5 CHEMOTERAPIE

K chemoterapeutické léčbě se používají cytostatika, jejichž systémový účinek zasáhne tkáň karcinomu, ale bohužel i zdravé tkáně. Pokud chceme docílit dobrého výsledku, je vhodné kombinovat alespoň dva druhy cytostatik. Tento postup je běžně používán v praxi (ABRAHÁMOVÁ, 2009), (STRNAD, 2008).

2.3.5.1 DRUHY PODÁVÁNÍ CHEMOTERAPIE

Adjuvantní chemoterapie slouží jako doplňková léčba k léčbě chirurgické, pokud je možné očekávat rozsev mikrometastáz. Adjuvantní chemoterapii obyčejně podáváme u pacientů s primárním tumorem o větší velikosti (STRNAD, 2008).

Chemoterapie u pokročilých nebo generalizovaných stavů.

Při nádorovém onemocnění, které je rozšířené na celý organismus, není možná chirurgická terapie. Pokud se jedná o tumor, který reaguje na podání chemoterapie, je pak možné podáváním cytostatik prodloužit a zkvalitnit život. Šance na úplné vyléčení je 10–20 % (STRNAD, 2008).

Neadjuvantní chemoterapie – cílem této metody je zničení mikrometastáz před chirurgickým výkonem a zmenšení stávající velikosti karcinomu. Před chirurgickým

výkonem jsou aplikovány 1–3 cykly, někdy je potřeba i 8 cyklů. Zastánci této metody říkají, že zlepšuje a prodlužuje život ve všech stádiích nemoci. Při delším užívání chemoterapie se nádor stává rezistentním, je nutná změna terapie, jelikož dochází k častým recidivám (STRNAD, 2008).

2.3.6 HORMONÁLNÍ TERAPIE

Hormonální terapie je jedním z nejstarších druhů terapie karcinomu prsu. Jde o přerušení tvorby estrogenu za pomoci chirurgické kastrace, účinek je téměř okamžitý. Jedním z dalších způsobů kastrace je podání lékové terapie, snížení hladiny hormonů není okamžité. Podáním léků tzv. agonistů GnRH, docílíme zastavení funkce na úrovni hypotalamu (ABRAHÁMOVÁ, 2009), (STRNAD, 2008), (BENDOVÁ, 2011).

2.3.6.1 DRUHY POUŽITÍ HORMONÁLNÍ LÉKOVÉ TERAPIE

Blokády estrogenových receptorů pomocí antiestrogenu např. Tamoxifen.

Blokádou tvorby estrogenů pomocí inhibitoru aromatázy např. Orimeten, Anastrozol, Aromasin a další.

Pomocí vysokých dávek progesteronu. Díky vysokým dávkám se sníží počet estrogenových a progesteronových receptorů, progesterony mají cytostatický účinek (STRNAD, 2008), (BENDOVÁ, 2011).

Použití hormonální terapie u žen v premenopauzálním věku, u nichž eventuálně předpokládáme i možnost gravidity v budoucnu, je spíše používána přechodná – reverzibilní kastrace, pomocí GnRH agonistů. Kastrace chirurgická se používá spíše u žen s recidivujícím onemocněním a u žen, které další dítě neplánují. Po provedení chirurgické kastrace je možné aplikovat inhibitory aromatazy, progestiny nebo antiestrogeny. U žen v postmenopauzálním věku jsou lékem první volby antiestrogeny (Tamoxifen), následují inhibitory aromatáz a progestiny (STRNAD, 2008).

3 PERIOPERAČNÍ OBDOBÍ

Perioperační péče zahrnuje péči o pacientku před operací při operaci a po operaci.

Během předoperační péče jsou pacientce podávány informace o průběhu léčby onemocnění a průběhu operačního výkonu, druhu operačního přístupu a možných komplikacích při výkonu. Pacientka v době před operací podepisuje informovaný souhlas – tímto podpisem stvrzuje, že souhlasí s operací.

Perioperační péče zahrnuje provedení operace a je ukončena přeložením z operačního sálu.

Během pooperační péče by měla být pacientka sledována ošetřujícím lékařem a chirurgem, který pacienta operoval. Informaci o rozsahu operačního výkonu by měl podávat chirurg, operatér, případně ten, který byl při operaci přítomen. Před propuštěním pacientky domů chirurg informuje pacientku o dalším plánu léčby a vhodných a nevhodných aktivitách, a kdy je teprve možné (a pokud je vůbec možné) nastoupit do zaměstnání. Po propuštění pacientky chirurgova péče o pacientku nekončí, většinou následují ambulantní prohlídky, kde chirurg sleduje další průběh léčby a pacientčin stav. Pokud byl operační výkon z důvodu onkologického onemocnění, chirurg s onkologem zajistí další dispenzarizaci (ŠEFR, 2006).

3.1 PŘÍPRAVA PACIENTA PŘED OPERACÍ

Úkolem předoperačního vyšetření je pokud možno odhalit možná onemocnění pacientky, která mohou zhoršit průběh anestezie nebo celé operace. Pacientky jsou zařazovány do skupin ASA I–IV dle hrozícího rizika. Na předoperačním vyšetření se podílí obvodní lékař nebo internista, popřípadě se provádějí další konsiliární vyšetření, například kardiologem, alergologem a dalšími specialisty dle

specifického onemocnění pacienta. Předoperační vyšetření by nemělo být starší než 14 dní-1 měsíc před operací, délka platnosti předoperačního interního vyšetření záleží na zdravotním stavu pacientky a zvyklostech nemocnice. Při předoperačním vyšetření musí být pacientka seznámena s možnými riziky operace nebo anestezie, proto musí pacientka také podepsat informovaný souhlas s anestezií. S pacientkou je sepsána anamnéza (v anamnéze nás zajímá celkový stav pacientky, psychické naladění pacientky, choroby, které pacientka prodělala dříve i nyní, současná farmakologická léčba, alergie, abúzus, předchozí anestezie a její snášení a komplikace, podání krevních derivátů a případné komplikace). Dále lékař provede fyzikální vyšetření, toto vyšetření se zaměřuje především na vyšetření orgánů v dutině břišní, zejména na stav pánevních orgánů a probíhá co možná nejpřesnější vyšetření pro co nejlepší popsání nálezu s posouzením eventuálního vývoje onemocnění. Lékař má pacientku seznámit s účelem a popisem a rozsahem operace a případnými následky ve vztahu k peroperačnímu nálezu. Lékař má zároveň pacienta seznámit s operačním přístupem, to je laparotomie nebo operace vaginální cestou. Součástí předoperačního vyšetření je laboratorní vyšetření: je běžné vyšetření krve a moče zaměřené hlavně na hematologické a biochemické parametry, které může byt rozšířeno o podrobnější stanovení dalších parametrů jako je například hemokoagulační vyšetření dle uvážení internisty nebo jiných lékařů. Současně k předoperačnímu vyšetření patří snímek srdce a plic, EKG, další vyšetření se provádějí s ohledem k onemocnění pacientky (PILKA, 2012), (MÁLEK, 2009), (DRÁBKOVÁ, 2005).

3.1.1 ANESTEZIOLOGICKÉ VYŠETŘENÍ

Pacientka je anesteziologem navštěvována většinou den před operací. Anesteziolog posoudí výsledky všech dosud provedených vyšetření, včetně laboratorních. Anesteziolog po rozhovoru s pacientkou rozhodne o nejideálnějším typu anestezie (a analgezie): pacientovi je navrhnuta celková nebo spinální anestezie a následně se anesteziolog vyjádří o premedikaci i o pooperačním tlumení bolesti (PILKA, 2012).

3.1.2 PODÁVÁNÍ ANTIBIOTIK

Zánět vzniká na základě vstupu infekčního agens do operační rány. Dle množství infekčního agens pak vzniká lokální nebo celková obranná reakce organismu, záněty mohou vzniknout těsně po operaci nebo i v delším odstupu od operace anebo při dlouhodobém pobytu v nemocničním prostředí (nozokomiální infekce). Pochvu nelze úplně důkladně zbavit všech mikrobů, které mohou proniknout přes operační ránu do dutiny břišní. Takovémuto zánětu se snažíme zabránit profylaktickým podáním tří dávek širokospektrých antibiotik před i během a po operaci. O počtu dávek antibiotik rozhoduje i druh a rozsah operačního výkonu, mnohdy stačí jedna dávka antibiotik nitrožilně (PILKA, 2012), (KUDELA, 2011).

3.1.3 PROFYLAXE TROMBOEMBOLICKÉ NEMOCI

Tromboembolická nemoc je vážnou, život ohrožující pooperační komplikací. Je způsobena hlubokou žilní trombózou s následnou plicní embolizací. Každá pacientka má být posouzena individuálně, každé pacientce je následně přiřazena optimální strategie. U pacientek s nízkým rizikem je jako prevenci dostačující procvičování dolních končetin na lůžku a časná vertikalizace. U pacientek se středním, vyšším a nejvyšším rizikem je nutná edukace o procvičování dolních končetin, brzká vertikalizace, nasazení kompresivních elastických punčoch na dolní končetiny. V nynější době se používá jako profylaxe tromboembolické nemoci podání nízkomolekulárního heparinu v dávkách, které odpovídají míře rizika. U pacientek s antikoagulační terapií (Warfarin, heparin, aspirin) bude muset být tato antikoagulační léčba v dostatečně dlouhé době před operací vysazena, a nahrazena jiným typem. V pooperačním období bude pacientce terapie opět nasazena, bude jen záležet na rozsahu operace, a indikacích k antikoagulační léčbě (PILKA, 2012), (ADAMÍK, 2005).

3.2 LAPAROSKOPICKÉ PROVEDENÍ OPERACE U VNITROBŘIŠNÍCH PROCESŮ

Laparoskopické operace jsou méně zatěžující pro pacientku ve srovnání s operací laparotomickou, proto se laparoskopie nazývá operací minimálně invazivní. Pomocí laparoskopického přístupu se sníží i invazivita operace, možné operační riziko a následně i množství operačního traumatu. Při použití laparoskopického výkonu se sníží ekonomické nároky operace a pooperační následné péče a dosáhneme lepšího kosmetického efektu. Rozvojem laparoskopických přístupů se i zvyšuje náročnost operací. Laparoskopické operace je vhodné spojit s vaginálním přístupem. K provedení laparoskopické operace je nezbytné vytvoření kapnoperitonea, kterého docílíme pomocí insuflační jehly a následného naplnění dutiny břišní plynem CO2. Dalším rizikovým faktorem je Trendelenburgova poloha pacientky na operačním stole. Zvyšují se nároky na provedení předoperačního vyšetření, anesteziologa a vedení anestezie. Hranice indikací k laparoskopickému výkonu nelze přesně určit, protože se posouvají s novými operačními postupy, technickým rozvojem operačního vybavení a instrumentária, především ale záleží na schopnostech operatéra. Jak již bylo zmíněno, ani u kontraindikací není možné úplné stanovení limitů. Záleží na vybavení pracoviště, schopnostech operatéra a anesteziologa. Hlavní kontraindikace jsou rozděleny do dvou hlavních skupin. Absolutní kontraindikací je například velikost tumoru, ileus mechanický či paralytický, srdeční selhávání, hemoperitoneum. Relativní kontraindikace nastávají při zhoršeném stavu pacienta a není-li možné podání celkové anestezie nebo umístění pacientky do Trendeleburgovy polohy. Pacientka s rozsáhlým zánětem v dutině břišní nebo rozsáhlé tumorové procesy, nebo při graviditě s průměrnou velikostí plodu nad 12 týdnů. Další kontraindikací je vysoký stupeň rizika tromboembolické nemoci, při velké obezitě pacientky. Je samozřejmé, že s modernizací pracovišť a zvyšujícím se počtem laparoskopií si budou jednotlivá pracoviště individualizovat uvedené skupiny rizik. Nejrozšířenějším způsobem provedení operace je proniknutí Veresovy jehly a následné zavedení trokaru do dutiny břišní naslepo. Tento přístup s sebou nese rizika jako je například poranění střev nebo větších cév. Nejčastějším místem, které je používáno, je v dolním okraji pupeční jizvy, kde je zavedení nejsnazší z důvodu tenké kůže. Další místem, kde je možné zavedení, je levý

horní kvadrant. Místo zavedení trokaru záleží na zkušenostech operatéra. Pravidlem je neprovádět vpich přímo v místě tumoru (HOLUB, 2005), (MACKŮ, 1995), (ADAMÍK, 2005).

3.3 LAPAROTOMICKÉ PROVEDENÍ OPERACE

Při laparotomické operaci je provedeno otevření dutiny břišní, při kterém má operatér dobrý pohled a přístup do dutiny břišní. Laparotomické operace jsou vhodné především u radikálních operací. Nevýhodou laparotomických operací je například riziko hernií a snížená pohyblivost pacienta v závislosti na velikosti rány. Díky rozvoji a zpřesnění diagnostických metod byl v posledních 10 letech ovlivněn a upraven i rozsah laparotomických gynekologických operací. Některé z operací rutinně prováděných byly přesunuty do oblasti laparoskopických operací. Pro úspěšné provedení gynekologické operace jsou nutné dva aspekty, jako je indikace k operaci a zajištění lidského faktoru. Klinická indikace je především zvážení všech faktorů, jako je například důvod operace, zvážení všech možných alternativ a postupů, které s operací souvisí. Dalšími faktory jsou, zajištění znalostí fyziologických i patologických odchylek, operační dovednosti chirurga, zodpovědnost a schopnost předvídat, dostatečně vybavené instrumentárium. Dva typy operačních řezů, které se nejčastěji používají: jako první je dolní střední laparotomie, je to klasický řez ve střední čáře provedený od symfýzy k pupeční jizvě, pokud je však potřeba, je možné prodloužení incize nad pupeční jizvu. Tento přístup je pro operatéra snazší z hlediska časové náročnosti a další výhodou tohoto přístupu je i snížení krvácení při prostupu tkáněmi. Druhým typem řezu je příčný řez nad symfýzou dle Pfanennstiela, tento operační přístup má mnoho modifikací. Výhodou incize dle Pfanennstiela je například dobrý kosmetický efekt a menší riziko vzniku hernií. Nevýhodou je například větší krvácení a zvýšená časová náročnost. Cílem každé provedené operace je zhojení operační rány per primam, zajištění co nejšetrnějšího a atraumatického operačního postupu (KOBILKOVÁ, 2000), (CITTERBART, 2008).

3.4 POOPERAČNÍ PÉČE O ŽENU PO KASTRAČNÍ OPERACI

Pacientky jsou po dokončení operace převáženy na jednotky intenzivní péče (JIP) nebo dospávací pokoj. Pooperační péče je zajišťována trvalým dohledem zdravotních sester většinou se specializací v oboru interní a resuscitační péče. Po převezení pacientky jsou sledovány základní životní funkce, stav operační rány, příjem a výdej tekutin. Zdravotní sestra plní požadavky operatéra a anesteziologa dle rozsahu operačního výkonu. Krevní ztráta je nahrazována infuzními roztoky nebo transfuzí, kterou podá lékař. Zdravotní sestry dále dohlížejí na vyprazdňování močového měchýře, při gynekologických operacích je pravidlem zavedení permanentního močového katetru. Dále je kontrolováno krvácení a jeho množství, pokud jsou zavedeny drény, tak je nutné sledování druhu a množství odvedené tekutiny a především kontrola jejich funkčnosti. Nultý den po operaci po doznění anestezie je nutné tlumení bolesti dle potřeby, na noc jsou pacientkám ordinovány opiáty. Druhý den po operaci dle zdravotního stavu pacientky je možné, aby pacientka vstala z lůžka a došla si na toaletu. Po celou dobu hospitalizace jsou u pacientky sledovány hodnoty krevního tlaku. Dle zdravotního stavu je možné druhý nebo třetí den umožnit pacientce osprchování s dohledem zdravotní sestry. V pooperačním období je u pacientek snížená obranyschopnost proti infekci, je proto důležitá péče a ošetřování operační rány. Při brzké vertikalizaci pacientky snížíme riziko tromboembolické nemoci. Strava pacientek je: během prvního dne je podáván pacientce čaj po doušcích, příjem tekutin je doplňován infuzními roztoky, během druhého a třetího dne pacientka dostává tekutou stravu, čtvrtý den začíná být pacientce podávána strava kašovitá. Celý plán péče je určován individuálně dle rozsahu operace a zdravotního stavu pacientky. Pokud se nevyskytnou komplikace, je pacientka přeložena na standardní pooperační oddělení (SLEZÁKOVÁ, 2011), (MACKŮ, 2002), (FAIT, 2013).

3.5 VLIV GYNEKOLOGICKÝCH OPERACÍ NA PSYCHIKU ŽENY

Ženy, které jsou nuceny podstoupit operaci na zevních či vnitřních gynekologických orgánech či prsech, bývají často ve špatném psychickém stavu a

mohou se cítit méněcenné, izolované, podrážděné, špatně soustředěné. Ženy si mohou připadat jako životní ztroskotanci, mohou být paranoidní nebo trpět sebevražedným sklonem. Mnoho žen se však obává a upadá do stavu depresí, že po kastrační operaci již nebudou sexuálně přitažlivé a budou mít sexuální potíže, které by mohly vést k zániku intimních vztahů. Dojde však pouze k vymizení menstruačního krvácení a je možné, že budou ženy pociťovat sníženou lubrikační schopnost. Je však dokázáno, že odstranění dělohy či vaječníků nemá vliv na sexuální život ženy. Velkou psychickou zátěží pro ženy ve fertilním věku, které nechtějí přijít o možnost otěhotnění, je velmi obtížné se vyrovnat s následnou sterilitou. Bylo však zjištěno, že mnoho žen po podstoupení kastrace se cítí vyrovnanější a klidnější a dochází ke zlepšení jejich životního stylu a výkonnosti (KOBILKOVÁ, 2000), (FAIT, 2013).

4 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTKY PO KASTRAČNÍ OPERACI

IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE

Jméno a příjmení:	P. S.
Pohlaví:	Žena
Datum narození:	22. 1. 1966
Věk:	48 let
Rodné číslo:	665122/XXXX
Číslo pojišťovny:	XXX
Adresa bydliště a telefon:	U Plynárny 1031/31, Praha 7, 170 00
Vzdělání:	Středoškolské
Zaměstnání:	Prodejce
Stav:	Vdaná
Státní příslušnost:	CZ
Datum přijetí:	28. 1. 2014
Typ přijetí:	Plánované
Oddělení:	Standardní gynekologie
Ošetřující lékař:	M. B.

Důvod přijetí udávaný pacientem:

Zítra mi budou odstraňovat dělohu i s vaječníky.

Medicínská diagnóza – hlavní:

Preventivně bezpečnostní proces abdominální Hysterektomie s bilaterální adnexektomií.

Medicínské diagnózy vedlejší:

Stav po operaci tumoru v levém prsu nyní terapie Tamoxifenem.

Hypofunkce štítné žlázy.

HODNOTY ZJIŠŤOVANÉ PŘI PŘÍJMU

Krevní tlak:	128/78 – normotenze
Pulz:	76/min – normokardie (pravidelný)
Dech:	16/min – eupnoe
Tělesná teplota:	36,6 ºC – normotermie
Krevní skupina:	B Rh+
Výška:	161 cm
Hmotnost:	78 kg
BMI:	30,1

Pohyblivost: pacientka nemá problém s pohyblivostí a nestěžuje si na bolesti či obtíže.

Stav vědomí: při vědomí, orientovaná časem, prostorem i osobou.

NYNĚJŠÍ ONEMOCNĚNÍ

Pacientka se nyní lečí s onemocněním karcinomu prsu, koncem roku 2013 podstoupila operaci, při které byl tumor odstraněn. Pacientce je podávána terapie Tamoxifenem. Pacientka se dále dlouhodobě lečí s hypofunkcí štítné žlázy, užívá Euthyrox.

Informační zdroje:

rozhovor s pacientkou, dokumentace pacientky, fyzikální vyšetření sestrou

ANAMNÉZA

Rodinná anamnéza:

Matka: po operaci srdce od roku 2008 – bypass, jinak zdráva.

Otec: zemřel na zhoubné onemocnění jater v 60 letech.

Sourozenci: nemá

Děti: dcera – zdravá; pouze běžné dětské nemoci.

Osobní anamnéza:

Překonaná onemocnění: běžné dětské choroby, v dospělosti interně nestonala, léčena s hypofunkcí štítné žlázy.

Chronická onemocnění: hypofunkce štítné žlázy.

Hospitalizace a operace: fraktura levé DK (2013) a operace levého prsu pro tumor mammae (2013), hospitalizována na hysteroskopické vyšetření (2014).

Úrazy: fraktura levé DK, jiné úrazy neudává.

Transfuze: neguje.

Očkování: běžná dětská povinná očkování.

Léková anamnéza:

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
Euthyrox	tbl.	100 mg	1 - 0 - 0	hormon štítné žlázy
Tamoxifen	tbl.	20 mg	1 - 0 - 0	antiestrogenní cytostatikum

Alergologická anamnéza:

Léky: Mydocalm (emesis)

Potraviny: neguje

Chemické látky: neguje

Jiné: srst, pyl

Abúzy:

Alkohol: příležitostně červené a bílé víno

Kouření: neguje

Káva: 2 x denně turecká káva v dopoledních hodinách

Léky: neguje

Jiné drogy: neguje

Gynekologická anamnéza:

Menarche: od 13 let, pravidelná

Poslední menstruace: začátkem roku 2013

Porody: 1 (dcera)

Aborty: 0

Poslední gynekologická prohlídka: při hospitalizaci pro hysteroskopické vyšetření (20. 1. 2014)

Samovyšetřování prsou: neprováděla pravidelně, po operaci tumoru v levém prsu začala provádět pravidelně každý měsíc

Sociální anamnéza:

Stav: vdaná

Bytové podmínky: bydlí s manželem v panelovém bytě

Vztahy, role, a interakce:

V rodině: Pacientka žije ve společném bytě s manželem, dcera žije sama, udržují dobré vztahy, pacientka říká, že se v rodině občas vyskytne nějaký problém, ale vždy se ho snaží vyřešit, manželé jsou si oporou.

Mimo rodinu: Pacientka působí příjemně a klidně, sama přiznává, že se snaží vyhýbat konfliktům, které ji stresují.

Záliby: vaření, pečení, ruční práce

Volnočasové aktivity: televizní pořady o vaření a pečení, čtení knih

Pracovní anamnéza:

Vzdělání: středoškolské s maturitou

Pracovní zařazení: prodejce vín, dříve pracovala jako degustátor

Čas působení, čas odchodu do důchodu: pacientka ještě není v důchodovém věku a na důchod se ještě necítí.

Vztahy na pracovišti: nyní pacientka pracuje jako osoba samostatně výdělečně činná, pacientce vyhovovala práce v kolektivu, má již zkušenost z předchozího povolání.

Ekonomické podmínky: dobré

Spirituální anamnéza:

Religiózní praktiky: ateistka (pacientka dodává, že věří na něco nadpozemského, co vede naše kroky správným směrem).

UTŘÍDĚNÍ INFORMACÍ DLE DOMÉN NANDA I TAXONOMIE II

1 Podpora zdraví

Subjektivně: *Zdraví mé a zdraví rodiny je pro mě na prvním místě. Po podstoupení operace tumoru v levém prsu se mi změnil život i pohled na něj. Člověk si začal víc uvědomovat, že není na tomto světě navždy. Proto jsem si začala život užívat a snažím se předcházet onemocněním, která mě mohou postihnout. I proto chodím na preventivní prohlídky ke svému obvodnímu i zubnímu lékaři a gynekologovi. Nyní chodím i na pravidelné kontroly k paní doktorce do prsní ambulance. Ta mě léčí od doby, kdy mi byl zjištěn karcinom prsu. Před tímto zjištěním jsem si samovyšetřování prováděla jen občas, s žádnou pravidelností. Od doby po operaci ho provádím již zcela pravidelně. Tuto operaci podstupuji taky jen kvůli svému zdraví a jsem moc ráda, že můj manžel a dcera jsou zdraví a podporují mě.*

Objektivně: Pacientka se snaží eliminovat možná rizika vzniku dalších onemocnění, navštěvuje pravidelně lékaře a dodržuje pravidelné kontroly. Kastrační operaci podstupuje jako metodu pro snížení rizika. Pacientka při hospitalizaci spolupracuje a pozitivně přistupuje k léčbě.

Ošetřovatelský problém: nenalezen.

2 Výživa

Subjektivně: *Jak moje postava napovídá, žádnou dietu nedržím. Se svou postavou příliš spokojená nejsem. Ještě před několika lety jsem se snažila hubnout, teď už se ale hubnutím netrápím. Jsem, jaká jsem. Často jím ve spěchu nebo se i zapomenu najíst, záleží na tom, jak mám čas při práci. Díky koníčkům (pečení a vaření) nemám problém, pokud je chuť, něco si upéct nebo uvařit. Jídlo a přípravu jídla jsem nikdy nebrala jako povinnost. Vaření a pečení je pro mě opravdovou vášní, ráda v kuchyni zkouším nové věci. V nemocnici mi moc nechutná, dneska jsem měla nějakou polévku, i proto se už moc těším domů. S trávením nemám žádné problémy, občas mě trápí pálení žáhy, ale přišla jsem na to, že je nejspíš způsobené tím, že si dám něco tučnějšího k večeři, proto se tomu snažím vyhýbat. Příjem tekutin: doma i při práci se snažím neustále dodržovat pitný režim, průměrně vypiju tak litr a půl až dva litry čisté vody a dvakrát denně si dám kafíčko. Vzhledem ke své práci si dám občas i trochu lepšího vínka, není to však pravidlo. Tady v nemocnici dostávám kapačky a včera a dneska jsem dostala čaj. Ten ale není moc dobrý. Snad mi manžel přinese nějakou minerálku, až ke mně budou smět návštěvy.*

Objektivně: Pacientka při příjmu udala, že dietu nedrží výška: 161 cm a váha: 78 kg – BMI: 30,1 – obezita. V minulosti vyzkoušela několik diet bez dlouhodobého efektu. Během hospitalizace se dietní režim mění. Tekutiny jsou pacientce těsně po operaci hrazeny infuzními roztoky (dle ordinace lékaře). Po operaci smí pacientka přijímat po doušcích čaj, den po operaci je pacientce podáván čaj v množství, které pacientka požaduje. Rty pacientky jsou souměrné, bez cyanóz. Dutina ústní a jazyk jsou vlhké a růžové, jazyk plazí ve střední čáře. Chrup má vlastní, ošetřovaný. Tonzily hladké nezvětšené. Břicho na pohmat měkké, bez hmatných rezistencí, poklep bubínkový. Vlasy husté, nepoškozené a nehty upravené. Stravu a příjem tekutin v domácím prostředí nelze objektivně posoudit.

Ošetřovatelský problém: nenalezen.

3 Vylučování a výměna

Subjektivně: *Doma chodím na záchod celkem často, díky častému pití. Močení mi nečiní žádný problém, žádné řezání nebo pálení. Netrápí mě ani inkontinence. Teď mám cévku, takže na záchod nechodím vůbec. Ale mám takový pocit, že potřebuju pořád na záchod. S vylučováním stolice nemám problémy, ale při stresu občas trpím průjmem. Mám naučený režim chození na záchod, chodím celkem pravidelně po ranní kávě a občas odpoledne nebo navečer. V nemocnici jsem byla na záchodě před operací a zároveň jsem dostala i klystýr. Po operaci jsem na záchod ještě nepotřebovala. Na kůži jsem měla pár znamének, ta jsem si nechala vyříznout. Chodila jsem do solária, ale od doby, kdy se začalo říkat, že solárium způsobuje rakovinu, už nechodím. Ale v létě se opaluji normálně. Po koupání se mažu tělovým krémem a obličej krémem proti vráskám. Kůži mám suchou, takže se snažím aplikovat krémem i přes den. Dýchání mi při zvýšené námaze dělá občas problém, protože se zadýchávám. Žádný jiný problém nemám.*

Objektivně: Pacientce byl zaveden na operačním sále permanentní močový katétr velikost číslo 16. Do dokumentace je zaznamenáván příjem a výdej tekutin během prvního pooperačního dne. Močový katétr odvádí moč barvy jantaru. Ledviny oboustranně nehmatné nebolestivé. V den před operací bylo pacientce aplikováno očistné klyzma. Druhý pooperační den byl obnoven odchod střevních plynů. Kůže je prokrvená, bez patologických defektů Jsou vidět drobné jizvičky po odstraněných znaménkách, kožní turgor je snížený, bez otoků. Hrudník souměrný, bez deformit, prsty bez tvarových odchylek, na levém prsu je jizva po operaci tumoru, jizva bez zarudnutí. V levém podpaží je jizva po odstranění sentinelové uzliny, bradavky bez výtoku, nevpáčeny. Poslechově je dýchání čisté, sklípkové, bez pískotů a vrzotů. Vylučování stolice a moče, stav kůže a dýchací funkce doma nelze objektivně hodnotit. Čerstvá rána po provedené kastrační operaci bez známek zánětu, játra a slezina nebolestivé a nehmatné.

Ošetřovatelský problém:

- Riziko zácpy.

4 Aktivita-odpočinek

Subjektivně: *Doma ráda dlouho spím, pokud mi to práce dovolí. Večer si někdy dlouho čtu knížku a ráno nemám problém si přispat. Žádné léky na spaní neberu, doma spím celou noc bez problému a po probuzení se cítím odpočinutá. V nemocnici jsem se ještě moc dobře nevyspala. První noc po operaci jsem se vzbudila bolestí, tak jsem si řekla o něco na bolest, a pak se mi spalo už celkem dobře. Jinak ty postele tady nejsou moc příjemný a v noci tu není žádný klid, na který jsem zvyklá z domova. Aktivita během dne? Pokud jsem doma, snažím se starat o domov nebo koukám na televizi, vařím nebo peču. Občas si taky dopřeju trochu času a přečtu si nějakou tu knihu nebo jdu na procházku. Doma zvládám téměř všechny práce, pokud něco nezvládám, manžel mi s tím pomůže. V nemocnici jsem prozatím na jednotce intenzivní péče, dodržuji klidový režim. To celodenní ležení je teda opravdu nuda, nemůžeme tu mít ani knihu, ani televize tady není, takže se snažím opravdu odpočívat a spát. Snažím se nebýt nikomu na obtíž, proto se pokouším vše v rámci možností zvládat.*

Objektivně: V nemocnici pacientka první noc po operaci požadovala analgetika z důvodu zvýšené bolesti. Po podání analgetik usnula. Pacientka pospává i během dne. Pacientka má kvůli zdravotnímu stavu naordinovaný klidový režim. V rámci lůžka je téměř soběstačná, s dohledem je schopna vstát a pohybovat se. Pacientka se snaží spolupracovat a být co nejsamostatnější. S ohledem na operační výkon je však potřeba pacientce občas pomoci. Srdeční krajina bez vyklenutí, úder hrotu neviditelný, poklep ztemnělý. V rámci předoperačního vyšetření byl natočen EKG záznam, který byl v normě. Srdeční rytmus pacientky je pravidelný (86/min), dobře hmatný na arterii radialis na obou horních končetinách. Tlak 128/78. Krční páteř pohyblivá, pulzace obou karotid a jejích náplň není zvětšena. Páteř je pohyblivá, její zakřivení je fyziologické, klouby jsou ušlechtilé a nebolestivé. Dolní končetiny bez varixů a známek flebotrombózy, lýtka nebolestivá, pulzace dobře hmatná. Aktivitu, odpočinek, spánek, samostatnost a osobní péči v domácím prostředí nelze posoudit objektivně.

Ošetřovatelský problém: nenalezen.

5 Vnímání – poznávání

Subjektivně: *Jsem orientovaná, dnes je 31. 1. 2014, jsem v nemocnici a jsem po operaci, tak snad dobrý, ne? Jsem moc ráda, že jsem po operaci, že žiju a teď už se jen*

těším domů na manžela. Myšlení mám snad normální, myslím si, že jsem ještě celkem mladá, ledacos jsem již prožila, ale snažím se myslet stále pozitivně, život si užívat a na každém dni hledám něco hezkého.

Objektivně: Pacientka je orientovaná místem časem i osobou i prostorem, uvědomuje si souvislosti. Pacientka je ráda, že je po operaci, která proběhla bez komplikací. Pacientka je při vědomí. Myšlení je logické, otázky chápe, odpovídá věcně, řeč je plynulá. Sluch, zrak, chuť, čich, bez zjevné patologie.

Ošetřovatelský problém: nenalezen.

6 Vnímání sebe sama

Subjektivně: *Po operaci prsu se mi změnilo vnímání života. Bála jsem se, že mi paní doktorka bude muset odstranit celý prs a nebude možné odstranit pouze nádor. Vše se ale povedlo a prs mi zůstal. Po dohodě s paní doktorkou o kastrační operaci jsem se nebála operace ani jejich následků. Při zjišťování informací na internetu jsem se dozvěděla o možných rizicích, jako je sexuální nechuť atd. Operaci jsem podstoupila a mám dobrý pocit. Možná jsem si tím prodloužila život. Nyní mám sice jizvu na prsu i na břiše, ale to mi nevadí, nikde se nevystavuju. A pokud jdu plavat, tak stejně už chodím plavat v plavkách vcelku, takže není nic vidět.*

Objektivně: Uvědomuje si změny vznikající po provedení operace, pooperační změny akceptuje. Obraz těla pacientky nemá vliv na její psychiku.

Ošetřovatelský problém: nenalezen.

7 Vztahy

Subjektivně: *Bydlím s manželem, dcera s námi již nežije, žije a bydlí sama, ale stavuje se na jídlo a návštěvy a občas u nás přespí. S manželem si užíváme života, rádi jezdíme v létě k moři, chodíme na procházky, občas si dojedeme na dobrou večeři. Běžné rodinné komplikace se snažíme řešit v klidu, s chladnou hlavou. Po zjištění a v průběhu mého onemocnění (prsu) jsem vždy cítila plnou podporu manžela i dcery a ani nyní se necítím sama.*

Objektivně: Pacientka žije s manželem, její sociální role jsou: manželka, matka, nyní pacientka. Rodinné vztahy nebyly nemocí pacientky negativně ovlivněny. Další

role, které pacientka plní, jsou odvozeny od již zmíněných koníčků, a to je například role kuchařky a cukrářky. Vztah mezi manželi se nezměnil, manžel pacientky je chápavý a plně pacientku podporuje.

Ošetřovatelský problém: nenalezen.

8 Sexualita

Subjektivně: *Jsem celkem stydlivá, rozebírat s někým tohle téma mi není moc příjemné a nerada se o něm bavím. Ale nikdy jsem žádný problém tohoto druhu neřešila.*

Objektivně: Sexualitu není možné objektivně posoudit. Pacientce bylo téma nepříjemné.

Ošetřovatelský problém: nenalezen.

9 Zvládání/tolerance zátěže

Subjektivně: *Psychická zátěž se v souvislosti s onemocněním projevila například pří sdělování diagnózy, že mám nádor prsu. Byla jsem poslána přímo z mamografického vyšetření k paní doktorce, která mi sdělila, co bylo nalezeno na mamografickém snímku, a ještě tentýž den mě poslala na ultrazvuk prsu. Den to byl naprosto hrozný, zhroutil se mi celý svět. Ale paní doktorka mě uklidnila, ať se nebojím, že je možné tento problém řešit. Po příchodu domů jsem se podělila o tuto nepříjemnou zprávu s rodinou a ucítila jsem okamžitou podporu manžela i své dcery. Samozřejmě jsem i brečela, ale nedalo se nic dělat. Na operaci jsem šla se strachem, ale dopadla dobře. Na nynější kastrační operaci jsem šla s mírným strachem, ale s jistou důvěrou ve velmi dobré paní doktorky. Jinak stres nezvládám úplně dobře, jsem celkem často ve stresu a při něm občas trpím průjmem a pocením.*

Objektivně: Pacientka se s vyslovením diagnózy snažila co nejlépe vyrovnat, byla podpořena rodinou a ošetřující lékařkou. Stresové situace jsou pro pacientku psychicky náročné, většinou provázeny průjmem a nadměrným pocením.

Ošetřovatelský problém: nenalezen.

10 Životní principy

Subjektivně: *V celém svém životě jsem si dávala cíle postupně. Vždy jsem se držela při zemi: chtěla jsem dítě, práci, která mě baví, a manžela, se kterým budu šťastná a s kterým se budeme vzájemně podporovat. Všechny mé životní cíle dosud byly splněny, tedy už jen chci být rychle zdravá a moci se vrátit do práce a následně jít s manželem do důchodu, který si snad budeme společně dlouho užívat v relativním zdraví. Myslím si, že si život užívám a netrpím, jsem se svým životem spokojená.*

Objektivně: Pacientka svůj dosavadní život a způsob života hodnotí jako šťastný, cítí se spokojeně, ničeho nelituje, se životem nekončí, má ještě celou řadu dalších životních cílů.

Ošetřovatelský problém: nenalezen.

11 Bezpečnost a ochrana

Subjektivně*: Mám zavedenou cévku, ta mě tlačí, a kanylu, tu naštěstí necítím. Ještě mám jizvu v břiše, která mě také bolí, ale dostávám léky na bolest. K tomu všemu jsou tady v nemocnici všichni nějak nemocní, proto je možnost infekce velmi pravděpodobná. Od operace mi měří teplotu, naštěstí ji nemám. Mám alergii na Mydocalm, po kterém zvracím, a ještě mám alergii na srst a pyl, o žádné jiné alergii nevím.*

Objektivně: U pacientky je měřena tělesná teplota z důvodu prevence zánětu a sledování termoregulace po operaci. Pacientka má zaveden periferní žilní katetr a permanentní močoví katetr, dosud se neobjevily žádné známky infekce, uzliny nehmatné. Stěžuje si bolestí v operační ráně, dostává analgetickou terapii. Při příjmu ohlásila alergii na Mydocalm, srst a pyl.

Ošetřovatelský problém:

- narušená integrita tkáně
- riziko infekce

12 Komfort

Subjektivně: *Bydlím v bytě s manželem, byt je pro nás akorát, zařídili jsme si ho podle svého při rekonstrukci, takže jsme spokojení. Doma trávím dost času v kuchyni nebo v obývacím pokoji v křesle a koukám na televizi nebo si čtu nějakou knihu. V práci využívám dost auto nebo sedím v kanceláři, s pracovním prostředím jsem spokojena. Teď po operaci se mi špatně pohybuje, hlavně se mi špatně vstává z postele. Tím, že tu nejsem sama, není tu moc soukromí a já jsem celkem stydlivá.*

Objektivně: Pacientka je spokojena s charakterem domácího i pracovního prostředí, přijde jí vyhovující, nemá potřebu změny. Pacientka po operaci udává sníženou schopnost pohybu z důvodu operační rány. Pacientka si stěžuje na nedostatek soukromí a nepohodlné lůžko.

Ošetřovatelský problém:

- zhoršený comfort
- akutní bolest

13 Růst a vývoj

Subjektivně: *Můj tělesný růst není moc složitý, již od malička jsem byla spíše ta kulička, nikdy jsem nebyla extra hubená. Nynější váhu si celkem držím od posledního porodu. Můj studijní vývoj, naposledy jsem studovala na střední škole, kde jsem i odmaturovala, od té doby jsem navštívila jen nějaký kurz, jinak se už moc nevzdělávám. S mluvením nemám problém, nikdy jsem se nějak extra nezadrhávala, vždy jsem i dobře a ráda četla.*

Objektivně: Pacientka označuje svoji váhu a postavu za neměnící se již od porodu. Vzdělávání pacientka nepovažuje za potřebné a nejdůležitější. Pacientka netrpí specifickou poruchou učení či poruchou chování. Tělesný vývoj pacientky je normální. Pacientka se považuje za přátelského člověka.

Ošetřovatelský problém: nenalezen.

MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT

ORDINOVANÁ VYŠETŘENÍ:

Vyšetření krve ze dne 30. 1. 2014 (CHJIP)

Biochemie:

- Na 139 mmol/l
- K 4,49 mmol/l
- Cl 101 mmol/l
- CB 63,1 mmol/l

Krevní obraz:

- WBC: 18,4 x 10^ 9/1
- RBC 4,14 x 10^12/1
- HGB 134 g/l
- HCT 0,396 l
- MCV 95,7 fl
- MCH 32,4 pq
- MCHC 338 g/l
- RDW 13,1%
- PLT 267 x 10^ 9/1
- MPV 11 fl
- PDV 12,5 fl
- PCT 0,29 x 10^-3

Monitorace:

- TK á 12 hod.
- P á 12 hod.
- Teplota á 12 hod.

KONZERVATIVNÍ LÉČBA:

Dieta: 2. pooperační den naordinována dieta 1B – polévka. (Pokud se nevyskytnou komplikace, dá se předpokládat dietní režim pro následující dny: 3. pooperační den kaše a 4. pooperační den šetřící strava).

Pohybový režim: Pacientka včera s doprovodem vstala k umyvadlu, pohyb na lůžku zvládá.

RHB: Aktivní polohovací režim.

Výživa: Enterální.

Medikamentózní léčba:

Per os:

- Euthyrox 100 mg 1 - 0 - 0
- Tamoxifen 20 mg 1 - 0 - 0

(Terapie Tamoxifenem byla dnem operace prozatím přerušena.)

Infuzní terapie

- Fyziologický roztok 500 ml i. v. kapat 2 hod.
- Hartmanův roztok 500 ml i. v. kapat 2 hod.
- Fyziologický roztok 500 ml i. v. kapat 2 hod.

Intravenózní terapie

- Novalgin 1amp. i. v. do inf. max 3x denně á 3 hod. při VAS 3

Intramuskulární terapie

- Tralgit 100 mg i. m. max. 3x denně á 3 hod. při VAS 3
- Dolsin 50 mg i. m. p. p. při VAS 4

Antikoagulační terapie

- Clexane 0,4 ml s. c. ve 20 hod., dále á 24 hod.

CHIRURGICKÁ LÉČBA:

Další chirurgická léčba prozatím neindikována.

SITUAČNÍ ANALÝZA

Pacientka ve věku 48 let byla přijata na gynekologické oddělení dne 28. 1. 2014 k plánované operaci, při které budou preventivně odstraněna adnexa s dělohou. Operace bude provedena jako preventivně bezpečnostní proces. Pacientce byl při mamografickém vyšetření objeven tumor v levém prsu. Koncem roku 2013 pacientka podstoupila operaci, při které byl odstraněn tumor a prs byl zachován. Před týdnem byla pacientka opět hospitalizována a byla provedena hysteroskopie, při které byla odebrána peroperační biopsie (endometriálního polypu a sliznice děložního hrdla, biopsie děložního těla). Po konzultaci s lékařem o výsledcích histologických vzorků a aktuálním zdravotním stavu byl pacientce naplánován nynější operační výkon. Pacientka byla při příjmu klidná, orientovaná v čase i prostoru, spolupracovala. Druhý den hospitalizace byl pacientce zaveden periferní žilní katetr, pacientka byla odvezena na operační sál. Operace byla zahájena v 9:30 hod. a byla ukončena v 11:15 hod. bez komplikací, s krevní ztrátou 200 ml. Pacientce byl na operačním sále zaveden

permanentní močový katétr. Po operaci byla pacientka převezena na jednotku intenzivní péče gynekologicko-porodnické kliniky, kde byly podávány infuzní roztoky, sledovány hodnoty krevního tlaku, příjem a výdej tekutin. Následně byla pacientce tlumena bolest, které na stupnici zobrazující intenzitu bolesti přiřazovala číslo 4 (bolí to trochu víc). První pooperační den byl proveden převaz a kontrola operační rány, byly sledovány hodnoty krevního tlaku, třikrát denně byl sledován příjem a výdej tekutin, pacientka popíjela čaj. Dle ordinací lékaře byly podávány infuzní roztoky a léky na bolest, dále byly provedeny odběry krve. Pacientka s dohledem porodní asistentky vstala a došla k umyvadlu. První pooperační den – pacientka je nyní orientovaná, při vědomí, stěžuje si na bolest v místě operační rány a nedostatek soukromí.

STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ DLE NANDA I, TAXONOMIE II A JEJICH USPOŘÁDÁNÍ PODLE PRIORIT

Ošetřovatelské diagnózy byly stanoveny dle NANDA INTERNATIONAL, 2013. *Ošetřovatelské diagnózy. Definice a klasifikace 2012–2014.* Praha: Grada. ISBN 978–80-247–4328-8.

Aktuální diagnózy

- Akutní bolest 00132
- Narušená integrita tkáně 00044
- Zhoršený komfort 00214

Potenciální diagnózy:

- Riziko infekce 00004 (periferní žilní katetr)
- Riziko infekce 00004 (permanentní močový katetr)
- Riziko zácpy 00015

Akutní bolest (00132)

Doména 12: Komfort

Třída 1: Tělesný komfort

Definice: Nepříjemný smyslový a emoční zážitek vycházející z aktuálního nebo potencionálního poškození tkáně nebo popsaný pomocí termínů pro takové poškození (mezinárodní asociace pro studium bolesti); náhlý nebo pomalý nástup libovolné intenzity od mírné po silnou, s očekávaným nebo předvídatelným koncem a s trváním kratším než 6 měsíců.

Určující znaky:

- výraz obličeje (fixní pohled)
- bolest
- narušený vzorec spánku

- vyhledávání analgetické polohy
- expresivní chování (sténání)
- ochranné chování (hlavně při polohování či pohybu pacientky)
- kódovým číselným záznamem (slovní vyjádření hodnocení pacientky intenzity 4 – na desetistupňové stupnici bolesti, kdy 10 [maximum], 0 [žádná bolest]

Související faktory:

- průvodci zranění (chirurgicky výkon)

Priorita: vysoká

Cíl dlouhodobý: Pacientka při propuštění do domácího ošetřování necítí klidovou bolest v místě operační rány.

Cíl krátkodobý: Pacientka pociťuje po zahájení analgetické terapie snížení bolesti ze 4. na 1. stupeň do 1 hodiny.

Výsledná kriteria:

- Pacientka má sníženou bolest na intenzitu 0 nebo 1 do 1 hodiny po aplikaci analgetik.
- Pacientka je schopna sledovat intenzitu bolesti, celý den.
- Pacientka zná a je schopna zaujmout analgetickou polohu, do 1 dne.
- Pacientka dodržuje farmakologický, dietní, pohybový režim, do 1 dne.
- Pacientka neudává únavu a nedostatek spánku v důsledku bolesti, do 1 dne.

Plán intervencí:

- Sleduj společně s pacientkou intenzitu, lokalitu a charakter bolesti a zaznamenávej do dokumentace – porodní asistentka, denně.
- Podávej analgetika dle ordinace lékaře, sleduj jejich účinek a zaznamenej do dokumentace – porodní asistentka denně.
- Edukuj pacientku o vhodných úlevových polohách na lůžku a pokud je

potřeba pomož pacientce s jejím zaujmutím – porodní asistentka, do 1 dne.

- Snaž se pacientce zajistit co možná nejpohodlnější a nejintimnější prostředí.
- Večer podej pacientce analgetika pro kvalitnější spánek a dokonalý odpočinek.
- Edukuj pacientku o nutnosti dodržování farmakologického, dietního, pohybového režimu.
- Zaznamenávej do dokumentace všechny projevy bolesti u pacientky – porodní asistentka, denně.
- Prováděj pečlivý záznam do dokumentace – porodní asistentka, denně.
- Sleduj neverbální projevy pacientky, monitoruj fyziologické funkce a při výskytu patologických hodnot informuj lékaře – porodní asistentka, denně.

Realizace:

31. 1. 2014

- 10:40 pacientka si stěžuje na bolest v místě rány o intenzitě 3 (0–10)
- 10:43 změřeny fyziologické funkce (TK 131/82, P 76, TT 36,6 °C)
- 10:44 aplikován Novalgin 1 ampule i. v. do infuze, dle ordinace lékaře
- 10:50 pacientka zaujala analgetickou polohu na doporučení porodní asistentky
- 11:20 kontrola intenzity bolesti, pacientka udává mírné snížení bolesti, infuze pokračuje
- 11:55 kontrola intenzity bolesti, pacientka udává bolest o intenzitě 2 (0–10), infuze pokračuje.
- 12:40 konec infuze, pacientka popisuje zmírnění bolesti na stupnici (0–10) ji hodnotí číslem 1–2, pacientka zaujala polohu vleže na zádech
- 14:50 Pacientka se probudila zvýšenou bolesti o intenzitě bolesti 3 (0–10) žádá něco na bolest.
- 15:00 Po konzultaci s lékařem aplikován Tralgit 100 mg i. m.
- 15:15 pacientka popisuje snížení bolesti na intenzitu 1 (0–10) pacientka leží na levém boku

- 15:35 kontrola intenzity, bolesti pacientka spí na levém boku, není buzena

Realizace:

1. 2. 2014

- Pacientka při ranní vizitě informovala lékaře o zmírnění bolesti a o dobrém efektu analgetické terapie.
- Fyziologické funkce při měření před ranní vizitou v normě.
- Analgetická terapie pokračuje dle ordinací lékaře (při výskytu bolesti o intenzitě vyjádřené číslem 3 a vice podat 3 krát denně Tralgit 100 mg i. m.).

Hodnocení:

2. 2. 2014

- Pacientka po podání analgetické terapie nebo zaujmutí úlevové polohy, kterou je schopna zaujmout, udává snížení bolesti.
- Pacientka sleduje intenzitu a charakter bolesti.
- Pacientka v případě bolesti informuje sestru a žádá analgetika.
- Po podání analgetické terapie je intenzita bolesti snížena na 1–2 ve škále bolesti (0–10).

Krátkodobý cíl byl splněn, dlouhodobý cíl nebyl splněn, intervence pokračují.

<u>Narušená integrita tkáně (00044)</u>

Doména 11: Bezpečnost/ochrana

Třída 2: Fyzické poškození

Definice: Poškození sliznice, rohovky, kůže nebo podkožních tkání.

Určující znaky

- poškozená tkáň (chirurgickým výkonem)

Související faktory

- zhoršená tělesná mobilita
- nedostatečné znalosti

Cíl dlouhodobý: U pacientky nejsou po celou dobu hospitalizace přítomny žádné známky infekce, operační rána se hojí per primám.

Cíl krátkodobý: Pacientka má po celou dobu hospitalizace operační ránu v čistotě a v suchu.

Výsledná kriteria:

- Pacientka má operační ránu dostatečně prokrvenou a vyživovanou po celou dobu hojení.
- Pacientka nemá v okolí operační rány žádné známky zánětu a okolí operační rány a její krytí je čisté po celou dobu hojení.
- Pacientka má informace o vhodné péči o operační ránu i o správném pohybovém režimu do přeložení na standardní oddělení.
- Pacientka se snaží zapojit do léčebných opatření po celou dobu hospitalizace.

Plán intervencí:

- Sleduj okolí operační rány, jeho barvu, bolestivost a krvácení – porodní asistentka, denně.
- Dbej na čisté a suché krytí, popřípadě proveď převaz – porodní asistentka, denně.
- Při péči o operační ránu dodržuj aseptické postupy dle standardu pracoviště – porodní asistentka, denně.
- Edukuj pacientku o správném pohybovém režimu a o vhodné péči o operační ránu, proveď o edukaci záznam do dokumentace – porodní asistentka, při překladu na standardní oddělení.
- Nezapomeň na prevenci nozokomiálních nákaz – porodní asistentka, vždy při kontaktu s operační ránou.
- Proveď převaz dle ordinace lékaře – porodní asistentka.
- Všímej si přítomnosti možných zánětlivých procesů – porodní asistentka,

po celou dobu hospitalizace.

- Sleduj psychický dopad operační rány na psychiku ženy – porodní asistentka, po celou dobu hospitalizace.
- Pokud se vyskytnou komplikace, jako například krvácení, infekce, rozpad rány, informuj ihned lékaře – porodní asistentka po celou dobu hospitalizace.
- Vše zapisuj do dokumentace – porodní asistentka po celou dobu hospitalizace.

Realizace:

31. 1. 2014

Při ranní vizitě byla operační rána zkontrolována lékařem. Po vizitě jsem provedl převaz, rána byla kryta sterilními čtverci a přelepena. Po provedení převazu jsem pacientku edukoval o vhodném pohybovém režimu, dále jsem pacientku informoval o správné péči o operační ránu.

1. 2. 2014

Před ranní vizitou jsme odstranili sterilní čtverce. Odstraněné krytí bylo čisté. Rána bez známek infekce, dle ordinace lékaře byla rána překryta čtverci a přelepena.

2. 2. 2014

Dle ordinace lékaře jsme po ranní vizitě již operační ránu ponechali bez krytí. Operační rána je krytá, bez známek infekce. Poučil jsem pacientku o nutnosti udržování operační rány v čistotě. Výsledkem je dobré hojení a kosmetický efekt.

Hodnocení:

- operační rána nekrvácí, bez známek infekce.
- Při péči o operační ránu bylo postupováno asepticky.
- Pacientka se snaží přispívat k léčbě, zná zásady hygieny a pohybového režimu po laparotomické operaci.
- Nevšiml jsem si žádné změny psychiky pacientky, pacientka je po

psychické stránce v pořádku.

Krátkodobý cíl byl splněn, cíl dlouhodobý nesplněn z důvodu pokračujících intervencí, v kterých je nutné pokračovat.

Riziko infekce 00004

Doména 11: Bezpečnost/ochrana

Třída 1: Infekce

Definice: Zvýšené riziko napadení patogenními organismy.

Rizikové faktory:

- Nedostatečná primární obrana.
- Porušení kůže invazivním vstupem (periferním žilním katétrem).
- Prostředí se zvýšeným výskytem patogenů.

Priorita: střední

Cíl dlouhodobý: U pacientky nejsou přítomny celkové ani lokální známky infekce po celou dobu zavedení periferního žilního katétru.

Cíl krátkodobý: Pacientka je edukována o vhodné péči o periferní žilní katétr, pacientka je schopna rozpoznat příznaky počínající infekce.

Výsledná kriteria:

- Pacientka pečuje po celou dobu hospitalizace o periferní žilní katétr dle rad porodní asistentky.

- Pacientka nemá známky infekce (lokální, celkové) v důsledku zavedení periferního žilního katétru po dobu hospitalizace.
- Pacientka dokáže identifikovat včasné příznaky počínající infekce, ihned.

Plán intervencí:

- Sleduj denně známky infekce periferního žilního katétru – porodní asistentka každý den.
- Při péči a převazech periferního žilního katétru dodržuj aseptické postupy dle standardu pracoviště. Nezapomeň na prevenci nozokomiálních nákaz – porodní asistentka, vždy při kontaktu.
- Edukuj pacientku o rozpoznání infekce u periferního žilního katétru – porodní asistentka, při překladu z jednotky intenzivní péče.
- Sleduj funkčnost periferního žilního katétru – porodní asistentka, při každém použití.
- Sleduj tělesnou teplotu – porodní asistentka, ráno a večer.
- Při výskytu známek zánětu, jako je například zčervenání, bolest, otok nebo změny fyziologických funkcí, informuj lékaře – porodní asistentka, při zjištění.
- Dle ordinace lékaře proveď odstranění periferního žilního katétru – porodní asistentka dle ordinace lékaře.
- Pečlivě vše zapisuj do dokumentace – porodní asistentka, celý den.

Realizace:

31. 1. 2014

Po ranní vizitě před podáním infuzního roztoku jsem zkontroloval místo vpichu, funkčnost a stav krytí periferního žilního katétru. Podal jsem fyziologický roztok dle ordinace lékaře. Při manipulaci s periferním žilním katétrem jsem dodržoval zásady aseptických postupů. Edukoval jsem pacientku o prvních příznacích infekce a o základní péči o periferní žilní katétr. Vše bylo zaznamenáno do dokumentace.

1. 2. 2014

Dle ordinace lékaře jsem odstranil periferní žilní katétr. Při odstraňování periferního žilního katétru jsem měl jednorázové rukavice, místo vpichu bylo ošetřeno desinfekcí, dále byl přiložen gázový tampon, který byl přelepen. Místo vpichu bylo čisté, bez známek zánětu. Vše bylo zaznamenáno do dokumentace.

Hodnocení:

31. 1. 2014

- Pacientka nemá známky celkové infekce ani lokální infekce v místě zavedení periferního žilního katétru.
- Funkčnost permanentního žilního katétru je zachována, krytí je čisté a drží pevně na svém místě.
- Pacientka pozná příznaky příznaky počínající infekce.
- Pacientka dodržuje základní hygienická opatření.

1. 2. 2014

- Pacientka nemá známky celkové infekce ani lokální infekce v místě zavedení periferního žilního katétru.
- Periferní žilní katétr byl odstraněn, vše bylo zaznamenáno do dokumentace.

Krátkodobé i dlouhodobé cíle byly zcela splněny.

Riziko infekce 00004

Doména 11: Bezpečnost/ochrana

Třída 1: Infekce

Definice: Zvýšené riziko napadení patogenními organismy.

Rizikové faktory:

- Nedostatečná primární obrana.
- Katetrizace močového měchýře permanentním močovým katétrem.
- Prostředí se zvýšeným výskytem patogenů.

Priorita: střední

Cíl dlouhodobý: U pacientky nejsou přítomny celkové ani lokální známky infekce z důvodu zavedeného permanentního močového katétru po celou dobu zavedení permanentního močového katétru.

Cíl krátkodobý: Pacientka umí rozpoznat příznaky, které jsou způsobeny počínající infekcí.

Výsledná kriteria:

- Pacientka zná možnosti, jak předcházet vzniku infekce a dodržuje všechna preventivní opatření, která zamezují vzniku infekce nebo snižují riziko infekce do jednoho dne.
- Pacientka pozná první příznaky infekce v důsledku zavedení permanentního močového katétru a dokáže o nich informovat ošetřující personál do 3 hodin.
- Pacientka nemá žádné známky počínající infekce po celou dobu hospitalizace.

Plán intervencí:

- Kontroluj pacientku a sleduj příznaky infekce – porodní asistentka průběžně.
- Sleduj množství odvedené moči, kvalitu a možné příměsi – porodní asistentka, alespoň 2 krát denně.
- Při péči o permanentní močový katétr dbej důsledně aseptických postupů a ošetřovatelských standardů pracoviště – porodní asistentka vždy.
- Vše zaznamenávej do zdravotní dokumentace pacientky – porodní asistentka, alespoň jedenkrát denně.
- Proveď odstranění permanentního močového katétru – porodní asistentka, při ordinaci lékařem.
- Změř tělesnou teplotu – porodní asistentka, ráno a večer.

Realizace:

31. 1. 2014

Ráno před vizitou jsem pacientce změřil tělesnou teplotu, která byla 36,7 ºC. Pacientka si nestěžuje na počínající známky infekce. Permanentní močový katétr je funkční, odvádí moč barvy jantaru. Edukoval jsem pacientku o správné péči a pohybu s permanentním močovým katétrem. Vše bylo zaznamenáno do dokumentace.

1. 2. 2014

Po ranní vizitě jsem dle ordinace lékaře provedl odstranění permanentního močového katétru, močový katétr by funkční. U pacientky se dosud neprojevily známky infekce z důvodu zavedeného permanentního močového katétru. Po dvou hodinách jsem pacientku požádal, aby se pokusila spontánně vymočit a informovala mne o případných dysurických obtížích. Do dokumentace jsem provedl záznam**.**

Hodnocení:

31. 1. 2014

- U pacientky nejsou přítomny žádné zjevné známky infekce.
- Pacientka dodržuje základní pravidla o pohybu s permanentním močovým katétrem, pacientka dbá hygienických zásad a snaží se redukovat riziko vzniku infekce.
- Pacientka ví, že při subjektivním výskytu známek infekce má informovat všeobecnou sestru nebo porodní asistentku.

1. 2. 2014

- u pacientky nebyli přítomny známky infekce. Permanentní močový katétr byl odstraněn dle ordinace lékaře, odstranění proběhlo dle hygienických standardů pracoviště. Po dvou hodinách pacientka spontánně močí bez dysurických obtíží.

Krátkodobé i dlouhodobé cíle byly zcela splněny.

Zhoršený komfort (00214)

Doména 12: Komfort

Třída 2: Komfort prostředí

Definice: Vnímaný nedostatek uvolnění, úlevy a transcendentnosti ve fyzických, psychospirituálních, environmentálních, kulturních a sociálních dimenzích.

Určující znaky

- Pocit diskomfortu
- Nespokojenost se situací
- Nelehkost situace

Související faktory

- Nedostatek soukromí
- Škodlivé stimuly z prostředí

Cíl dlouhodobý: Pacientka nemá pocit diskomfortu po celou dobu pobytu v nemocnici a po propuštění z nemocnice.

Cíl krátkodobý: Snaž se dopřát dostatek soukromí pacientce po celou dobu hospitalizace.

Výsledná kriteria:

- Pacientka si uvědomuje bezvýchodnost situace do 1 hodiny
- Pacientka nemá pocit nedostatečného soukromí do 1 dne
- Pacientka důvěřuje ošetřujícímu personálu do 1 dne
- Pacientka nemá pocit diskomfortu do 3 hodin

Plán intervencí:

- Snaž se pacientce dopřát vice soukromí – porodní asistentka, po celou dobu hospitalizace.
- Snaž se získat si důvěru pacientky – porodní asistentka, po celou dobu hospitalizace.
- Zjisti, zda má pacientka po přeložení na oddělení standardní gynekologie zájem o nadstandardní pokoj – porodní asistentka, 3. pooperační den.
- Pokud má pacientka zájem o nadstandardní pokoj, zjisti, zda je volný a je možné jeho zamluvení pro pacientku – porodní asistentka, 3. pooperační den.

Realizace:

Při vizitách jsme se snažili zachovat soukromí a intimnější prostředí, ostatní

ošetření probíhalo na vyšetřovně. Pacientka má zájem o nadstandardní pokoj, který je momentálně obsazen. Dohodli jsme, že pacientka bude přeložena na dvoulůžkový standardní pokoj.

Hodnocení:

- Pacientce se zvýšil pocit soukromí.
- Zároveň je pacientka vděčná za ochotný a intimní přístup personálu.

Krátkodobý cíl byl splněn. Dlouhodobý cíl doposud nebyl splněn, pacientka je stále hospitalizována a intervence pokračují.

CELKOVÉ HODNOCENÍ

Pacientka P. S. byla přijata 28. 1. 2014 na plánovaný kastrační výkon na oddělení standardní gynekologie, den před operací navštívil pacientku anesteziolog. Pacientka byla oholena, bylo aplikováno očistné klyzma, byla podána večerní premedikace (Oxazepam – 1 tableta perorálně).

Rádo v den operace 29. 1. 2014 byly pacientce nasazeny kompresní punčochy. Pacientce byla podána chronická medikace a ranní premedikace (Dormicum – 1 tableta perorálně). Pacientka byla převezena na operační sál, kde byl zaveden periferní žilní katétr. Operace byla zahájena v 9:30, výkon byl ukončen v 11:30 bez komplikací, krevní ztráta byla do 200 ml. Během operace byl aplikován hyalobarrier gel, na konci operace byl pacientce zaveden permanentní močový katétr. Pacientka byla převezena na jednotku intenzivní péče. Byla napojena na monitor životních funkcí, oběhové hodnoty byli stabilní. Hodnoty krevního tlaku se celí den pohybovali v hodnotách 140/85, pulz 75 min saturace krve kyslíkem byla na hodnotách 95 %. Všeobecné sestry a porodní asistentky sledovaly intenzitu bolesti dle ordinace lékaře, podávaly analgetickou léčbu. Pacientce byly hrazeny tekutiny v podobě infuzních roztoků. Terapie tamoxifenem prozatím ukončena.

První pooperační den 30. 1. 2014 byla operační rána klidná, neprosakovala, bez zarudnutí, břicho pohmatem měkké, nebolestivé, peristaltika obnovena, pacientka vstala z lůžka. Hodnoty krevního tlaku byl stabilní 138/70 pulz v hodnotách 80 min. U pacientky byl zaznamenáván příjem a výdej tekutin 1300 ml za 24 hodin. Byl odebrán

krevní obraz, celková bílkovina. Pacientce byly podávány infuzní roztoky a analgetická terapie, dle ordinace lékaře.

Dne 31. 1. 2014 byla pacientka přeložena na oddělení standardní gynekologie. Operační rána bez zarudnutí pohmatem měkké a citlivé odchod střevních plynů obnoven. Během dne byla pacientce podávána analgetická terapie dle potřeby pacientky. Dieta pooperační, tekutá, s klidovým režimem. Hodnoty krevního tlaku byl stabilní 138/70 pulz v hodnotách 80 min.

Dne 1. 2. 2014 se pacientka cítí dobře, operační rána je klidná, břicho měkké a citlivé, střevní plyny odcházejí. Dle ordinace lékaře byl odstraněn permanentní močoví katétr i periferní žilní katétr. Při bolesti podána analgetická terapie. Dietní režim pooperační kašovitá strava. Hodnoty fyziologických funkcí jsou stabilní.

Dne 2. 2. 2014 se pacientka cítí dobře, operační rána je klidná, břicho měkké a nebolestivé, střevní plyny odcházejí a odchod stolice obnoven. Při bolesti podána analgetická terapie. Dietní režim pooperační bezezbytková strava. Hodnoty fyziologických funkcí jsou stabilní.

DOPORUČENÍ PRO PRAXI

- Při péči o ženy po kastrační operaci, ale i dalších gynekologických operacích, je potřeba především milý, lidský a individuální přístup, zejména ze strany všeobecných sester a porodních asistentek. Důvodem je jejich permanentní přítomnost, při které udržují kontakt s pacientem, sledují potřeby pacienta, vzhled operační rány.
- Pro zlepšení psychiky pacientky je dobré zapojení rodiny do procesu léčby, pokud je to možné a pacient souhlasí.
- Je vhodné pacientkám udělovat rady, které jsou v danou chvíli pro pacientku přínosem.
- Všeobecná sestra nebo porodní asistentka by se měla snažit zajistit dostatečný komfort prostředí (dostatek soukromí), ale také komfort tělesný (tlumení bolesti farmakologické či nefarmakologické).

ZÁVĚR

Bakalářská práce se zabývá tématem kastračních výkonů u žen. Motivací pro zvolení tématu byla zkušenost s pacientkami, které absolvovaly kastrační operaci. V teoretické části jsou informace o metodách kastrace a indikacích, pro které jsou kastrační operace prováděny. Tyto indikace představují mnohokrát velmi vážné onemocnění, které při neprovedení operace může ohrozit ženu na životě. Bakalářská práce je dále zaměřena na perioperační péči o pacientku a vliv operace na psychiku ženy.

Součástí bakalářské práce je praktická část, která obsahuje ošetřovatelský postup péče o pacientku po kastrační operaci. V ošetřovatelském procesu jsme si díky rozhovoru s pacientkou, informacím z anamnézy, fyzikálních vyšetření a operačního protokolu stanovili ošetřovatelské diagnózy, následně vytvořili požadované cíle a z nich vyplívající intervence. Následně byla provedena realizace a zhodnocení cílů. Všechny cíle naší práce byly alespoň z části splněny.

Bakalářská práce měla za cíl vytvoření souhrnné práce, která bude informovat čtenáře, studenty a porodní asistentky o tématu kastračních operací u žen.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ABRAHÁMOVÁ, J. a C. POVÝŠIL a J. HORÁK a kol., 2000. *Atlas nádorů prsu*. Praha: Grada Publishing, 326 s. ISBN 80-7169-771-0.

ABRAHÁMOVÁ, J., 2009. *Co bysteměli vědět o rakovině prsu*. Praha: Grada Publishing, 143 s. ISBN 978-80-247-3063-9.

ADAMÍK, Z.. 2005. Podmínky, indikace a kontraindikace laparoskopie, příprava pacientek. In: HOLUB, Z a D, KUŽEL a kol., *Minimálně invazivní operace v gynekologii*. Praha: Grada Publishing, 36-39 s. ISBN 80-247-0834-5.

BENDOVÁ, M., 2011. Hormonální terapie paciente s nádory prsui z pohledu gynekologa. In*: Moderní gynekologie a porodnictví, nádory prsu,* vol. 20, č.4, 471-482 s. ISBN 978-80-87070-58-1.

CIBULA, D. a L. PETRUŽELKA a kol., 2009. *Onkogynekologie*. Praha: Grada Publising, 503 s. ISBN 978-80-247-2665-6.

CITTERBART, K., 2008. Gynekologické operace. In: CITTERBART, K, *Gynekologie.* Praha: Galén, 61-68 s. ISBN 978-80-7262-501-7.

DONÁT, J., 2001 (2). *Endokrinologický pohled na profylaktickou kastraci*. In: *Gynekolog časopis ženských lékařů* [online]. 51-54 s. [cit. 7. 2. 2014]. Dostůpné z: http://www.gyne.cz/clanky/2001/201cl2.htm

DRÁBKOVÁ, H., 2005. Anestezie a minimálně invazivní operace v gynekologii. In: HOLUB, Z a D, KUŽEL a kol., *Minimálně invazivní operace v gynekologii*. Praha: Grada Publishing, 18-24 s. ISBN 80-247-0834-5.

FAIT, T., 2013. Hysterektomie – odstranění dělohy. In: *Stránky o menopause*, [online]. JS Partner s.r.o., [cit. 2. 2. 2014] Dostupné z: http://www.strankyomenopauze.info/hysterektomie.php

FÍNEK, J., 2006. Nádory vaječníků a vejcovodů [online]. In: *Česká onkologická společnost*. [cit. 28. 1. 2014] Dostupné z: http://www.linkos.cz/gynekologicke-nadory-c51-54-c56-57/nadory-vajecniku-a-vejcovodu/

FÍNEK, J. a L. HOLUBEC jr., a L. ELGROVÁ, 2005. Hormonální léčba časného karcinomu prsu. In: *Klinická farmakologie a farmacie.* [online]. FN v Plzni. s. 216-220. [cit. 26. 2. 2014]. Dostupné z: klinickafarmakologie.cz/savepdfs/far/2005/04/05.pdf

FORETOVÁ, L., 2010. Hereditární syndrom nádoru prsu a/nebo ovaria [online]. In: *Česká onkologická společnost*. [cit. 29. 1. 2014] Dostupné z: http://www.linkos.cz/nadorove-syndromy/hereditarni-syndrom-nadoru-prsu-a-nebo-ovaria/

FREITAG, P., 2001. *Onkogynekologie*. Praha: Triton, 105 s. ISBN 80-7254-196-X.

HOLUB, Z., 2005. Laparoskopický vstup do břišní dutiny, komplikace,technika a technologie. In: HOLUB, Z a D, KUŽEL a kol., *Minimálně invazivní operace v gynekologii*. Praha: Grada Publishing, 40-47 s. ISBN 80-247-0834-5.

KOBILKOVÁ, J a J, ŽIVNÝ a J, BOCHMAN, 2000. *Technika gynekologických abdominálních operací*. Praha: Grada Publishing, 283 s. ISBN 80-7169-494-0.

KUDELA, M., 2011. *Základy gynekologie a porodnictví*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, Lékařská fakulta. 89 s. ISBN 80-244-0837-6.

MACKŮ, F. a kol., 1995. *Kompendium gynekologických operací*. Praha: Grada Publishing. 146 s. ISBN 80-7169-154-2.

MACKŮ, F. a E. ČECH, 2002. *Gynekologie*. Praha: Informatorium, 171 s. ISBN 80-7333-001-6.

MÁLEK, J. a J. ŠTURMA, 2009. Příprava pacienta před operací. In: MÁLEK, J. a A. DVOŘÁK a kol., *Základy anesteziologie.* [online]. Praha. 3. Lékařská fakulta Univerzity Karlovy, s. 32-35 [cit.20. 12. 2013]. Dostupné z: http://www.lf3.cuni.cz/cs/pracoviste/anesteziologie/vyuka/studijni-materialy/zaklady-anesteziologie/

NANDA INTERNATIONAL, 2013. *Ošetřovatelské diagnózy. Definice a klasifikace 2012-2014.* Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4328-8.

PAFKO, P., 2000. Chirurgická terapie karcinomu mléčné žlázy. In: ABRAHÁMOVÁ, J. a C. POVÝŠIL a J. HORÁK a kol., *Atlas nádorů prsu*. Praha: Grada Publishing, 230-236 s. ISBN 80-7169-771-0.

PLEVOVÁ, P. a kol., 2009. Syndrom hereditárního karcinomu prsu a ovarií. In: FORETOVÁ, L. a K. PETRÁKOVÁ, *Klinická onkologie* [online]. Praha: Česká lékařská společnost J. E. Purkyně ve spolupráci s nakladatelstvím Medica healthworld, a. s., 8-11 s. [cit. 30. 1. 2014]. ISSN 1802-5307. Dostupné z: http://www.eonkologie.cz/cs/images/stories/KO_2009/KO_2009-suppl/_pdf/KO_2009_Suppl_Plevova_D.pdf

PAVLIŠTA, D. a J. GETĚK, 2011. Operační léčba DCIS, In*: Moderní gynekologie a porodnictví, nádory prsu,* vol. 20, č.4, 461-470 s. ISBN 978-80-87070-58-1.

PILKA, R. a M. PROCHÁZKA a kol., 2012. *Gynekologie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, Lékařská fakulta. 155 s. ISBN 978-80-244-3019-5.

ROB, L., 2008. Prekancerózy a nádory. In: CITTERBART, K., *Gynekologie.* Praha: Galén, 179-212 s. ISBN 978-80-7262-501-7.

SÁK, P., 2010. *Vybrané kapitoly z gynekologie pro porodní asistentky*. České Bud., Jihočeská Univerzita v Českých Budejovicích Zdravotně sociální fakulty, 70 s. ISBN 978-80-7394-235-9.

SKOVAJSOVÁ, M., 2010. *O rakovině prsu beze strachu.* Praha: Mladá Fronta, 53 s. ISBN 978-80-204-2184-5.

SLEZÁKOVÁ, L. a kol., 2011. *Ošetřovatelství v gynekologii a porodnictví.* Praha: Grada Publishing. 267 s. ISBN 978-80-247-3373-9.

STANKUŠIVÁ, H. et al., 2006. Indikace pro ovariální ablaci v managementu léčby karcinomu prsu [online]. In*: Abstrakt č. 025*. Česká onkologická společnost. [cit. 30. 10. 2013] Dostupné z: http://www.linkos.cz/po-kongresu/databaze-tuzemskych-onkologickych-konferencnich-abstrakt/abstrakta/cislo/1024/

STRNAD, P., 2008. Nemoci prsu. In: CITTERBART, K, *Gynekologie*. Praha: Galén, 251-266 s. ISBN 978-80-7262-501-7.

STRNAD, P., 2001 Nemoci prsu. In: CITTERBART, K, *Gynekologie.* Praha: Galén, 197-203 s. ISBN 80-7262-094-0.

ŠEFR, R., 2006. Onkologická chirurgie. [online]. In: . Česká onkologická společnost. [cit. 26. 2. 2014] Dostupné z: http://www.linkos.cz/onkochirurgie/onkologicka-chirurgie/

TOMANCOVÁ, V., 2009. Nádory ovária. In: CIBULA, D. a L. PETRUŽELKA a kol., *Onkogynekologie*. Praha: Grada Publising, 503-569 s. ISBN 978-80-247-2665-6.

VOKURKA, M. a J. HUGO, 2008. *Praktický slovník medicíny*. Praha: Maxdorf s.r.o., 518 s. ISBN 978-80-7345-1592.

ZIKÁN, M., 2009. Hereditární syndrom. In: CIBULA, D. a L. PETRUŽELKA a kol., *Onkogynekologie*. Praha: Grada Publising, 69-80 s. ISBN 978-80-247-2665-6.

PŘÍLOHY

Příloha A – Čestné prohlášení studenta k získání podkladů pro zpracování bakalářské práce

Příloha A

Čestné prohlášení studenta k získání podkladů pro zpracování bakalářské práce

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem zpracoval údaje/podklady pro praktickou část bakalářské práce s názvem Ošetřovatelský proces u ženy po kastračním výkonu z pohledu porodní asistentky v rámci studia/odborné praxe realizované v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické, o. p. s., Duškova 7, Praha 5.

V Praze dne 31. 1. 2014

……...

Jiří Ossendorf