

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

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTKY
S KARCINOMEM MLÉČNÉ ŽLÁZY**

Bakalářská práce

LUCIE ŠMEJKALOVÁ, DiS.

Stupeň vzdělání: bakalář
Název studijního oboru: Všeobecná sestra
Vedoucí práce: MUDr. Kristina Nešpolová

Praha 2014



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

Šmejkalová Lucie
3. C VS

Schválení tématu bakalářské práce

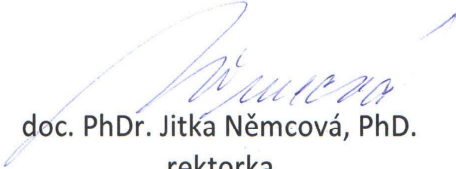
Na základě Vaší žádosti ze dne 25. 9. 2013 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Ošetrovatelský proces u pacientky s karcinomem mléčné žlázy

Nursing Care for Woman Client with Carcinoma of Breast Glands

Vedoucí bakalářské práce: MUDr. Kristina Nešpolová

V Praze dne: 1. 11. 2013


doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.
rektorka

PROHLÁŠENÍ

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

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne

.....
Jméno a příjmení studenta

PODĚKOVÁNÍ

Děkuji MUDr. Kristině Nešpolové za odborné vedení bakalářské práce. Děkuji také za cenné rady při zpracování této práce.

Také děkuji PhDr. Janě Hlinovské, Ph.D., za cenné rady při zpracování ošetrovatelského procesu.

ABSTRAKT

ŠMEJKALOVÁ, Lucie. *Ošetrovatelská péče o pacientku s karcinomem mléčné žlázy*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: MUDr. Nešpolová Kristina. Praha. 2014. 63 s.

Tématem bakalářské práce byla „Ošetrovatelská péče o pacientku s karcinomem mléčné žlázy. Cílem práce bylo zpracovat ošetrovatelský proces o pacientku po operaci karcinomu mléčné žlázy. Práce se rozdělila do 7 kapitol. První kapitola se zaměřila na zmapování onemocnění, dále příčiny vzniku, klinický obraz onemocnění, diagnostiku, možnosti léčby rakoviny prsu a psychosociální potřeby. V druhé kapitole se zmapovala prevence. Ve třetí kapitole se popsaly možné rekonstrukce prsu. Ve čtvrté kapitole byl popsán lymfedém. V páté kapitole byla prezentována prognóza onemocnění. V šesté kapitole byl zpracován ošetrovatelský proces o pacientku po operaci mléčné žlázy pro tumor, které byla provedena tumorektomie s odstraněním lymfatických uzlin. Byl zde popsán ošetrovatelský proces dle modelu V. Hendersonové. Ošetrovatelská péče byla aplikována 0. den operace, 2. den hospitalizace na oddělení jednotky intenzivní péče gynekologicko-porodnického oddělení. Byla zde zpracována ošetrovatelská anamnéza, ošetrovatelské diagnózy, plán ošetrovatelské péče a celkové zhodnocení.

Klíčová slova:

Karcinom prsu. Lymfedém. Ošetrovatelská péče. Prs. Rakovina. Tumor.

ABSTRAKT

ŠMEJKALOVÁ, Lucie. *Nursing Care for Woman Clients with Carcinoma of Breast Glands*. Medical College. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: MUDr. Kristina Nešpolová. Prague. 2014. 63 pages.

The bachelor thesis was „Nursing Care for Woman Clients with Carcinoma of Breast Glands.“ The aim was to prepare the nursing process for a patient after breast cancer surgery. The thesis is divided into seven chapters. The first chapter described the disease, the causes, the clinical findings of the disease, the diagnosis, treatment options for breast cancer, and psychosocial needs. The second chapter described prevention. In the third chapter we described the possible breast reconstruction. In the fourth chapter we described lymphedema. The fifth chapter presented prognosis. The sixth chapter included the nursing process for a patient after surgery for mammary gland tumour which was conducted tumourectomy with removal of lymph nodes. The nursing process described according to V. Henderson’s model. Nursing care was implemented within 0 day of surgery, 2nd day of hospitalization in the intensive care department of gynaecology and obstetrics department. This part also included nursing history, nursing diagnosis, nursing care plan and overall evaluation.

Key words:

Breast Cancer. Lymphedema. Nursing Care. Breast. Cancer. Tumour.

OBSAH

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

SEZNAM TABULEK

ÚVOD.....	13
1 KARCINOM MLÉČNÉ ŽLÁZY	14
1.1 ETIOLOGIE.....	14
1.1.1 RIZIKOVÉ FAKTORY.....	14
1.2 PATOLOGIE A PATOFYZIOLOGIE KARCINOMU PRSU..	15
1.3 KLINICKÝ OBRAZ ONEMOCNĚNÍ.....	16
1.4 MAMOGRAFICKÝ SCREENINGOVÝ PROGRAM.....	16
1.5 DIAGNOSTIKA	18
1.6 KLASIFIKACE TNM.....	18
1.7 LÉČBA.....	20
1.8 PSYCHOSOCIÁLNÍ POTŘEBY	23
2 PREVENCE	24
2.1 SAMOVYŠETŘENÍ PRSU.....	24
3 REKONSTRUKCE PRSU	26
3.1 TYPY REKONSTRUKČNÍCH OPERACÍ.....	26
4 LYMFEDÉM	27
5 PROGNÓZA.....	29
6 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES.....	31
6.1 ZÁKLADNÍ INFORMACE O PACIENTCE	31
6.2 LÉKAŘSKÁ ANAMNÉZA.....	33
6.3 MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT	35
6.4 POSOUZENÍ CELKOVÉHO STAVU PACIENTKY	36

6.5 OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA DLE MODELU V. HENDERSONOVÉ.....	38
6.6 OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY DLE NANDA I. TAXONOMIE I.	44
6.7 ZHODNOCENÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE	54
DOPORUČENÍ PRO PRAXI	56
ZÁVĚR	61
SEZNAM LITERATURY	62
SEZNAM PŘÍLOH	

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

CT	počítačová tomografie
DNA	deoxyribonukleová kyselina, nositelka dědičných informací jedince
DVK	dolní vnitřní kvadrant
i.v.	intravenózně
JIP	jednotka intenzivní péče
MG	mamografie
MRM	magnetická rezonanční mamografie
NMR	nukleární magnetická rezonance
PET	pozitronová emisní tomografie
PMK	permanentní močový katetr
PŽK	periferní žilní katetr
RHB	rehabilitace
TNM	klasifikace Tumor, Nodul, Metastázy
UZ	ultrazvuk

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Ablace - snesení, odnětí.

Aktinoterapie - léčba zářením, ozařování.

Ataxia teleangiectasie - dědičné vrozené onemocnění s poruchou mozečku, patrným rozšířením cév na horní části těla.

Biologická léčba - taktéž - cílená léčba - využívá obranyschopnosti organismu k boji proti rakovině či některým autoimunitním chorobám.

Brachyterapie - druh léčby zářením, kdy je zdroj záření v úzkém kontaktu s ozařovaným nádorem.

Cowdenův syndrom - je charakterizován výskytem mnohočetných hamartomů (benigní tumory) s vysokým rizikem benigních a maligních tumorů štítné žlázy, prsu a endometria.

Disease free survival - bez projevů choroby.

Duktální karcinom - nádor vycházející z mlékovodů.

Epitéza - druh náhrady části těla, mající kosmetický význam.

Extirpace - odstranění.

Exulcerace - zvrhedovatění, vznik vředu, např. u kožního nádoru.

Gama sonda - slouží k vyhledání radioizotopů v lymfatických uzlinách.

Grading - zhodnocení stupně malignity nádoru.

Hyperplazie - zvětšení orgánu či jeho částí, důsledkem zvýšení počtu jeho buněk.

Inhibitory aromatáz - léky zabraňující tělu, vytvářet vlastní pohlavní hormony.

Kvadrantektomie - chirurgické odstranění, vyříznutí kvadrantu prsu.

Lumpektomie - vynětí nádoru z prsu i s bezpečným lemlem zdravé tkáně.

Lymfedém - otok způsobený poruchou odtoku mízy.

Lynchův syndrom - mnohočetné zhoubné nádory většinou v mladém nebo středním věku.

Medulární karcinom - karcinom měkké konzistence, obsahuje více parenchymu než vaziva.

Metastazování - tvorba dceřinných ložisek, šíření se do okolí.

Morfologický typ - týkající se tvaru, resp. morfologie.

Nodul - uzlík, hrbolek.

Padžetův karcinom - rakovinné onemocnění kůže prsu a prsní bradavky.

Parciální mastektomie - částečné odstranění prsu.

Predikce - předpověď.

Putz-Jeghersův syndrom- dědičné onemocnění, charakterizované pigmentovými skvrnkami na rtech, tvářích a nose, konečcích prstů rukou i nohou.

Sentinelová uzlina - strážní uzlina.

Serom - hromadění tekutiny v ráně.

Stratifikovat - vytváření vrstev, vrstvení, rozvrstvení.

Subkutánní mastektomie - pod kůží, podkožní odstranění prsu.

Teleterapie - druh léčby zářením, při němž je zářič umístěn mimo kontakt se zhoubným nádorem, hloubkové terapie zářením.

Topografický - popisující určitou oblast.

(VOKURKA, 2000), (VELKÝ LÉKAŘSKÝ SLOVNÍK, 2008).

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 Lymfatické uzliny	str. 19
Obrázek 2 Různé typy odstranění nádoru	str. 21

ÚVOD

Toto téma je zajímavé především proto, že rakovina mléčné žlázy patří mezi nejčastější zhoubná onemocnění ženského prsu ve věku 45-60 let. Je druhou nejčastější příčinou úmrtí u dospělých po chorobách srdce a cév.

Onemocnění jako je rakovina prsu je v dnešní době nejčastějším maligním onemocněním u žen a čím více budeme o jejích příčinách a možných následcích onemocnění vědět, tím se před ní můžeme částečně chránit. Jejím studiu a léčbě se věnuje mnoho onkologických pracovišť, proto bychom toto téma neměly podceňovat ani my. V dnešní době postihuje onemocnění prsu čím dál mladší ženy, proto je na čase začít s preventivními opatřeními co nejdříve.

Toto onemocnění se samozřejmě netýká pouze žen, v malém množství se karcinom mléčné žlázy vyskytuje i u mužů.

Cílem bakalářské práce je zpracovat ošetrovatelský proces u pacientky po operaci mléčné žlázy, zpracovat diagnostiku tohoto onemocnění. Také zpracovat možnosti léčby a následné možnosti prsních náhrad, při plném či částečném odstranění prsu. Dále navrhnout a realizovat plán ošetrovatelské péče po dobu jednoho dne na jednotce intenzivní péče. Použijeme model Virgnie Hendersonové.

Práce je určena studentům oboru všeobecná sestra na vysokých, i vyšších odborných školách.

1 KARCINOM MLÉČNÉ ŽLÁZY

Rakovina mléčné žlázy patří mezi nejčastější zhoubná onemocnění ženského prsu ve věku 45-60 let. Zhoubné onemocnění prsu se vyskytuje také u mladých žen. U žen do 20ti let je výskyt velmi nízký, ale od 20. roku života je výskyt častější a stoupá s věkem. Řešení tohoto onemocnění není jednoduché zejména proto, že není známa jasná příčina (INSTITUT BIOSTATISTIKY A ANALÝZ, 2013).

1.1 ETIOLOGIE

Není známa příčina, proto jsou podstatné rizikové faktory, které mohou vznik karcinomu ovlivnit (5-10 % onemocnění vzniká v souvislosti s dědičnou zátěží). Po poškození DNA buňky ztrácejí schopnost organizovaného růstu a začínají růst bez kontroly. Ani obranyschopnost organismu je nedokáže zastavit. Buňky začnou prorůstat do krevních a mízních cév a šířit se na další místa v organismu, začnou tzv. metastazovat (tvořit dceřiná ložiska). Z oblasti prsu většina mízních cév vede do mízních uzlin v podpaží, mezižeberních a nadklíčkových uzlin - toto jsou oblasti, kam se zpravidla nádor šíří nejdříve (ABRAHÁMOVÁ, 2009), (FRANKLIN, 1999).

1.1.1 RIZIKOVÉ FAKTORY

Ovlivnitelné:

- faktory životního stylu (užívání alkoholu, skladba stravy, obezita, fyzická aktivita, kouření),
- faktory životního prostředí.

Neovlivnitelné:

- faktory osobní anamnézy (věk 45. až 50. rokem, rasa, geografická oblast, apod.),
- radioterapie na oblast hrudníku do 18. roku věku,
- histologický nález atypické hyperplazie nebo lobulární karcinom in situ,
- hormonální a gynekologické faktory (menarche, menopauza, věk při 1. porodu, počet porodů, kojení, hormonální léčba, apod.),

- genetické faktory (výskyt v rodině, osobní dispozice) - ženy se zárodečnou mutací genů spojené s vysokým rizikem karcinomu prsu (BRCA 1, BRCA 2, TP 53 a dědičné syndromy způsobené mutací jiného genu - ataxia teleangiectasia, Peutz-Jeghersův syndrom, Cowdenův syndrom, Lynchův syndrom) a ženy bez prokázaných genových mutací, u nichž je vzhledem k rodinné a osobní anamnéze riziko vzniku nádoru prsu vyšší než 20 % (riziko stanovuje genetik dle tzv. Clausovy tabulky - *Tyto tabulky slouží k jednoduchému zhodnocení celoživotního rizika ženy pro vznik karcinomu prsu podle závažnosti její rodinné anamnézy. Clausovy tabulky neberou v úvahu další faktory, které mohou riziko malignity ovlivnit, například již preexistující benigní onemocnění prsu. Celoživotní kumulativní rizika jsou vyjádřena v procentech. Nalezenou hodnotu je nutné považovat za orientační a srovnat ji s udávaným rizikem žen v populaci. Toto riziko je pro běžnou populaci celoživotní asi 8 % (MACHÁČKOVÁ, 2006).*

1.2 PATOLOGIE A PATOFYZIOLOGIE KARCINOMU PRSU

Důležité je rozlišení nádorů na: **benigní** - nezhoubné, a **maligní** - zhoubné. **Maligní** nádory se vyznačují agresivním růstem, ničí okolní tkáň a zakládají dceřiná ložiska (metastázy), končí celkovým vyčerpáním organismu a následnou smrtí. Oproti tomu **benigní** nádory neprorůstají do okolní tkáň, nemetastazují (MEDITORIAL, 2013).

Rozeznáváme různé typy karcinomů. Dle toho z jaké tkáň vychází, rozlišujeme: duktální, lobulární, medulární, Padžetův karcinom - na dvorci a bradavce (WALD, 2009).

První záchyt nádorového onemocnění je dán především klinickým obrazem onemocnění, dále může být nálezem při screeningovém vyšetření nebo jako vedlejší či náhodný nález při jiném lékařském vyšetření (MEDITORIAL, 2013).

1.3 KLINICKÝ OBRAZ ONEMOCNĚNÍ

Zpočátku jsou příznaky málo typické. Prvním příznakem bývá hmatná rezistence v prsu. Až později dochází ke klinickým projevům, jako je:

- vtahování kůže v místě nádoru,
- důlkovatění kůže,
- nepravidelnost bradavky - oploštění, vtažení,
- pomerančová kůra - vzhled kůže nad nádorem,
- asymetrie prsu,
- sekrece z bradavky,
- zarudnutí a oteplení kůže prsu,
- rozšířená žilní pleteň,
- exulcerace (MEDITORIAL, 2013).

Lze nahmatat také zatvrdliny v podpažních jamkách a nad klíčkem - postižení lymfatických uzlin. Dále může nádor metastazovat do jater, kostí, mozku, mediastina a plic (VYHNÁNEK, 1997).

1.4 MAMOGRAFICKÝ SCREENINGOVÝ PROGRAM

V České republice byl plošný mamografický screening oficiálně zahájen v září roku 2002. Veřejným tajemstvím je předchozí existence tzv. „skrytého screeningu“ (provádění preventivního vyšetření žen v některých aktivních centrech v době neexistence oficiálního screeningu), jehož důsledky měly zásadní dopad na interpretaci výsledků počátečních fází oficiálního screeningu (INSTITUT BIOSTATISTIKY A ANALÝZ, 2013).

- Ženy s rizikem vzniku zhoubného nádoru prsu dle Clausových tabulek do 10 %, tj. nízké riziko (mají prakticky stejné riziko jako ostatní populace).

Vyšetřovací metody jsou stejné jako u běžné populace: samovyšetření prsů 1x měsíčně, screeningová mamografie od 45 let věku (INSTITUT BIOSTATISTIKY A ANALÝZ, 2013).

- Ženy s rizikem vzniku zhoubného nádoru prsu dle Clausových tabulek do 10-20 %, tj. střední riziko.

Vyšetřovací metody: samovyšetření prsů 1x měsíčně, začátek dispenzarizace o 10 let dříve, než byl nejčasnější výskyt zhoubného nádoru prsu v rodině. Dále klinické vyšetření prsů 1x ročně od 25 let věku, nebo o 10 let dříve, než byl nejčasnější výskyt karcinomu prsu v rodině.

Zobrazovací metody: Mamografie (dále MG) nebo ultrazvukové (dále UZ) vyšetření prsů 1x ročně. Zobrazovací metody určuje radiodiagnostik, podle charakteru prsní žlázy a věku pacientky (začátek sledování pomocí zobrazovacích metod o 10 let dříve, než byl nejčasnější výskyt zhoubného nádoru v rodině). Iniciální mamografie ve věku 35 let - určí typ prsní žlázy. Dále MG od 40 let věku MG pravidelně po 1-2 letech (dle typu prsní žlázy), u denzního typu prsu Tabár IV, V se střídá MG/UZ (INSTITUT BIOSTATISTIKY A ANALÝZ, 2013).

Poznámka: kontroly hrazené ze zdravotního pojištění vhodné od 20 % rizika. U nižších rizik si klientka/klient hradí preventivní kontroly jako samoplátce.

- Ženy s rizikem vzniku zhoubného nádoru prsu dle Clausových tabulek nad 20 %, tj. vysoké riziko a ženy s genovou mutací.

Vyšetřovací metody: samovyšetření prsů 1x měsíčně, začátek dispenzarizace o 10 let dříve, než byl nejčasnější výskyt zhoubného nádoru prsu v rodině. Dále klinické vyšetření prsů 1x za 6 měsíců od 5ti let věku, nebo o 10 let dříve, než byl nejčasnější výskyt karcinomu prsu v rodině.

Zobrazovací metody: MR mamografie (dále MRM) od 25 let do 50 let věku 1x ročně. Ultrazvukové vyšetření prsů 1x za 6 měsíců od 25 let věku. Iniciální mamografie ve věku 30 let - určí typ prsní žlázy. Dále MG od 40 let věku 1x ročně, u Tabár 4 a 5 lze MG provádět po 2 letech - střídá se MG/UZ (INSTITUT BIOSTATISTIKY A ANALÝZ, 2013).

Např.: tukový typ prsu: každoročně MRM + MG + UZ (UZ po 6 měsících)
denzní typ prsu: 1. rok MRM + MG + UZ (UZ po 6 měs), 2. rok MRM+UZ (UZ po 6 měsících) (INSTITUT BIOSTATISTIKY A ANALÝZ, 2013).

V lednu 2014 bylo v České republice zahájeno adresné zvaní části populace, která patří do rizikového věku a dosud se neúčastnila screeningového programu zaměřeného na časnou detekci ca děložního hrdla, prsu a kolorektálního karcinomu. Metodiku adresného zvaní vypracoval Institut biostatistiky a analýz Masarykovy univerzity ve spolupráci s plátcí zdravotní péče. Spuštění projektu „Systém podpory prevence vybraných nádorových onemocnění v ČR - screeningové programy“, bylo oznámeno na tiskové konferenci, která se konala 3.12.2013 a byla pořádaná Ministerstvem zdravotnictví (INSTITUT BIOSTATISTIKY A ANALÝZ, 2013).

1.5 DIAGNOSTIKA

K hlavním diagnostickým metodám patří:

- anamnéza - zejména rodinná anamnéza,
- pohled - linie mléčné lišty, anomálie vývoje, velikost, tvar a pevnost prsů, vzhled bradavky, zbarvení dvorce, barva kůže, hladkost, sekrece apod.,
- palpační vyšetření prsu, postupuje se od periferie ke středu prsu + pohmat podpažní jamky a nadklíčkové lymfatické uzliny,
- mamografie (MG) - rtg vyš. nativní,
- sonografie,
- krevní vyšetření - tumorové markery CA - 15-3,
- punkce (histologický nález),
- rtg hrudníku, event. CT vyšetření (JUŘENÍKOVÁ, 1999), (MEDITORIAL, 2013).

Základní charakteristikou nově diagnostikovaného nádoru je jeho morfológický typ, biologické chování (maligní x benigní), přesná lokalizace (topografie) a stadium pokročilosti onemocnění (MEDITORIAL, 2013).

1.6 KLASIFIKACE TNM

TNM klasifikace určuje klinické stadium nádoru, což je zásadní pro určení jeho prognózy a volby strategie léčby. Tato klasifikace se používá pouze pro karcinomy a zahrnuje jak mužský, tak ženský prs. Diagnóza by měla být ověřena histologicky.

T (tumor) - velikost tumoru, jeho šíření do kůže, svalů hrudní stěny,

N (nodul) - postižení lymfatických uzlin,

M (metastázy) - informace o rozsahu nádorovém postižení do vzdálených orgánů krevní cestou (ABRAHÁMOVÁ, 2009).

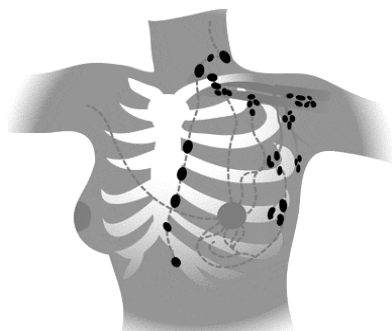
Regionální lymfatické uzliny jsou:

Axilární (stejnostranné) - interpektorální (Rotterovy) uzliny a podél žíly axilární.

Infraklavikulární (subklavikulární) - stejnostranné.

Vnitřní mamární (stejnostranné) - uzliny v mezižeberním prostoru podél okraje sterna.

Supraklavikulární (stejnostranné).



Zdroj: MEDITORIAL, 2012

Obrázek 1 Lymfatické uzliny

Jakékoliv jiné metastázy v mizních uzlinách se klasifikují jako vzdálené metastázy (M1). Taktéž mizní uzliny krční či druhostranné vnitřní mamární uzliny (SOBIN, 2004).

Stadia onemocnění:

TX: primární nádor nelze hodnotit,

T0: bez známek primárního nádoru,

Tis: karcinom in situ

T 1: tumor průměr 2 cm a méně,

T 2: tumor průměr 2-5 cm,

T 3: tumor průměr více než 5 cm,

T 4: šíření nádoru do okolí, tvorba metastáz

NX: regionální uzliny nelze hodnotit (např. dříve odstraněné),
N0: v regionálních uzlinách nejsou metastázy,
N1: metastázy v pohyblivé stejnostranné axilární uzlině,
N2: metastázy ve fixované stejnostranné axilární uzlině,
N3: metastázy ve stejnostranných infraklavikulárních mízních uzlinách.

MX: vzdálené metastázy nelze hodnotit,
M0: nejsou vzdálené metastázy,
M1: vzdálené metastázy (SOBIN, 2004). (WALD, 2009).

Na základě této klasifikace se **klinická stadia** onemocnění rozdělují na **časné** (klinická stadia 1 a 2) s dobrou prognózou a dobrou úspěšností léčby, a na **pokročilá** (klinické stadium 3 a 4) s horší prognózou (SOBIN, 2004).

1.7 LÉČBA

Léčba se odvíjí od typu nádorového bujení a jeho schopnosti pronikat do okolí. U maligních nádorů je více možností léčby - místní a celková (JUŘENÍKOVÁ, 1999).

MÍSTNÍ LÉČBA

1. Ozařování (aktinoterapie)

Užívá se teleterapie a brachyterapie. Při brachyterapii se do prsu implantují tenké trubičky s obsahem zářiče, které se po několika dnech opět vyjmou. Při teleterapii je zdrojem záření přístroj mimo tělo pacienta, který zvnějšku a přes kůži ozařuje cílový nádor (MEDITORIAL, 2013), (STRNAD, 2009).

2. Chirurgická léčba

Podle typu, velikosti a rozšíření nádoru se přistupuje k chirurgické léčbě:

- **Lumpektomie** - odstranění chorobného ložiska s lemem prsní tkáně - lokální excize.
- **Parciální mastektomie** - prs zůstane zachován, vyjme se nádor s částí okolní tkáně a část uzlin z podpaží - kvadrantektomie.

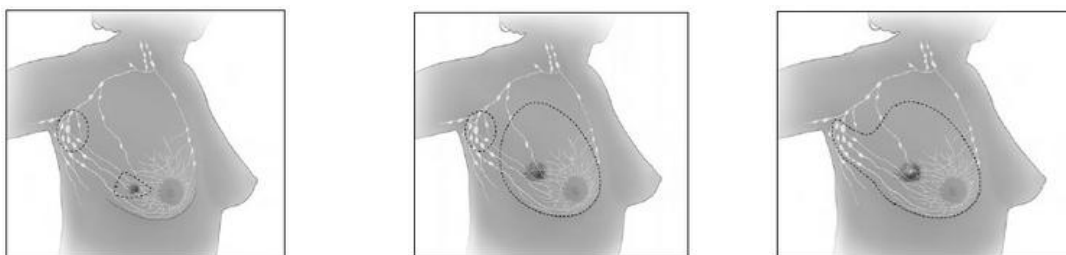
- **Subkutánní mastektomie** - odstranění celého žlazového tělesa, ponechá se kožní kryt, popř. bradavka.
- **Radikální mastektomie** - odstranění celého prsu, bývá obvykle provázena exenterací uzlin z axily (MEDITORIAL, 2013).

O rozsahu operačního výkonu rozhoduje rozlišení uzlin (histologický typ nádoru) a dle operatéra. Nedílnou součástí je odstranění Sentinelové uzliny.

Extirpace (odstanění) sentinelové uzliny (= Strážní uzliny):

Po extirpaci sentinelové uzliny, která se najde pomocí označení izotopu na sále, se najde pomocí GAMA sondy. Poté se pošle na peroperační histologii, na patologii. Při pozitivním nálezu nádoru v sentinelové uzlině, následuje extirpace axilárních lymfatických uzlin. Při negativním nálezu, je odstraňován samotný nádor, bez extirpace axilárních lymfatických uzlin.

Různé typy odstranění nádoru a lymfatických uzlin:



Zdroj: MEDITORIAL, 2013

Obrázek 2 Různé typy odstranění nádoru

Nejčastější pooperační komplikace: hematom či serom - hromadění tekutiny nebo krve v ráně, infekce, lymfedém - při odstranění lymfatických uzlin, postmastektomický bolestivý syndrom (VYHNÁNEK, 1997), (WALD, 2009).

CELKOVÁ LÉČBA (SYSTÉMOVÁ)

1. Chemoterapie

Chemoterapii lze provádět i ambulantně. Jde o nitrožilní podávání cytostatik, které narušují buněčné dělení. Cytostatika poškozují především rychle dělící se buňky

v organismu (což jsou i buňky trávicího traktu, či krvetvorné buňky kostní dřeně). Účinnost cytostatické léčby je zvýšena jejich kombinací (ABRAHÁMOVÁ, 2009).

Léčba cytostatiky není bez rizika. Po podání se mohou objevit vedlejší příznaky bezprostředně po podání: nauzea, místní nekróza v místě vpichu, kožní reakce - přecitlivělost kůže na sluneční světlo, celková alergická reakce - anafylaktický šok, zvýšení hladin kyseliny močové v krvi - způsobeno náhlým rozpadem velkého množství nádorových buněk (ABRAHÁMOVÁ, 2009).

Přechodné následky podávání cytostatik: nevolnost, zvracení, horečka, zimnice, zánět dutiny ústní, zažívací obtíže, paralytický ileus, vypadávání vlasů, poruchy menstruačního cyklu apod. (ABRAHÁMOVÁ, 2009), (MEDITORIAL, 2013).

2. Hormonální terapie

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

a, chirurgická terapie - u žen před menopauzou se odstraňují vaječníky, které jsou hlavním zdrojem ženských pohlavních hormonů (tj. kastrace),

b, medikamentózní terapie - podávají se látky, blokující účinek estrogenů, nebo tzv. inhibitory aromatáz, což jsou léky, které tělu zabraňují vytvářet vlastní pohlavní hormony (ABRAHÁMOVÁ, 2009), (KARCINOM PRSU, 2013), (VYHNÁNEK, 1997).

3. Biologická terapie

Biologická terapie napomáhá buňkám vlastního imunitního organismu rozpoznat a zničit nádorové buňky. Nádorové buňky mají více receptorů na povrchu, které má biologická léčba za cíl zablokovat. Užívá se k ochraně a povzbuzení krvetvorby. Používají se kombinace hormonů, vitaminů a lithia (FRANKLIN, 1999), (MEDITORIAL, 2013).

Léčbu cytostatiky dělíme dle indikace:

I. adjuvantní léčba

- aplikace po chirurgické léčbě,

II. neadjuvantní léčba

- primární chemoterapie, radioterapie za účelem zmenšení nádoru, aby byl operabilní,

III. paliativní léčba

- cílem je usnadnění života s chorobou a prodloužení života (ABRAHÁMOVÁ, 2009).

1.8 PSYCHOSOCIÁLNÍ POTŘEBY

Toto období je pro ženu velmi náročné na psychiku. Strach, úzkost a emoční napětí zapříčiňují konflikty mezi ženou a okolím. Některé ženy se vyrovnají s oznámením o nádorovém onemocnění rychleji, jiné se neustále vrací k otázce „proč právě já“ a „co bude se mnou dále“. Čím méně žena přemýšlí a vyčítá osudu co se jí stalo, tím více prospěje sama sobě. Důležité je komunikovat se ženou a zajímat se o její pocity a zodpovědět dotazy, které ji trápí. Motivovat ji do dalšího života. Po operaci vystupují otázky přijetí vlastního vzhledu, postoj k další léčbě, přijetí rodinou. Důležité jsou dotazy ohledně vzhledu, informovat ženu o možnostech kompenzace by měl lékař. Strach a obavy z rakoviny v ženě stále přetrvávají, i když je v dnešní době mnoho možností léčby. (DIENSTBIER),

Rakovina má vliv i na rodinu, muž by měl pochopit důsledky onemocnění své ženy a podle toho se k ní i chovat. Soužití s manželem nebo partnerem záleží na vzájemném pochopení a pevnosti citového a rozumového vztahu. Pro ženu operace znamená nejen fyzickou zátěž, ale také psychickou. Mnohé ženy po ablaci prsu mají trauma ze sexuálního styku, odmítají se obnažit, odmítají něžnosti a laskání partnera. Předpokladem udržení manželství je otevřeně si vyříkat vzájemné pochyby a skutečné překážky jak citové, tak tělesné. To chce samozřejmě čas, trpělivost a ohleduplnost z obou stran. Některá manželství se po ženě ablaci prsu rozpadají. Muž opouští ženu v nejkritičtějších obdobích, kdy potřebuje podporu a pomoc (DIENSTBIER).

Žena se dostává do období, kdy se nemůže naplno zapojit do práce, musí šetřit operovanou končetinu. Často odchází do invalidního důchodu (DIENSTBIER).

2 PREVENCE

Primární prevence ovlivnitelných rizikových faktorů vzniku nádoru prsu zahrnuje: a, kouření, b, nedostatek fyzické aktivity, c, nevhodné stravovací návyky. U žen se známou genetickou poruchou, která podmiňuje vysoké riziko karcinomu prsu je účelné provádět chemoprevenci a primární profylaktické výkony (JUŘENÍKOVÁ, 1999).

Prevenčí jsou pravidelná samovyšetřování prsů jedenkrát měsíčně. Pravidelné kontroly u odborného lékaře. Nejdůležitější je mamografie. Je určena bezpříznakovým ženám od 45 do 69 let a mají nárok každé 2 roky na mamografické vyšetření hrazené pojišťovnou. Každé jiné vyšetření si žena hradí sama (DIENSTBIER), (JUŘENÍKOVÁ, 1999).

2.1 SAMOVYŠETŘENÍ PRSU

Samovyšetření prsu (Příloha B) je vhodné provádět pravidelně jedenkrát měsíčně. Nejlepší období pro samovyšetření je druhý nebo třetí den po menstruaci, v této době jsou prsy bez napětí. U žen, které již menstruaci nemají, je vhodný kterýkoliv pravidelný termín 1x za měsíc (ABRAHÁMOVÁ, 2009).

1. krok: vyšetření pohledem

Nejprve se žena postaví před zrcadlo s pažemi podél těla. Všímá si tvaru, symetrie a jakýchkoliv změn na prsou. Pak pomalu zvedá paže nad hlavu a prohlíží oba prsy ze všech stran. Některé změny mohou být nápadné (jako třeba krvácení z bradavky nebo zarudnutí kůže), jiné je nutné aktivně odhalovat pohyby paží. Totéž provede s rukama v bok, kdy svěsí ramena a lokty vysune mírně dopředu. Sleduje opět symetrii a tvar obou prsů. Jakékoliv patologické změny vyžadují konzultaci lékaře (ABRAHÁMOVÁ, 2009), (JUŘENÍKOVÁ, 1999).

2. krok: vyšetření pohmatem

Žena zvedne levou paži a bříšky prstů pravé ruky velmi pečlivě a opatrně prohmatá levý prs. Postupuje pomalými krouživými pohyby od horního vnitřního okraje směrem

k vnějšímu okraji prsu. Prsty prohmatá bradavku, okolí prsního dvorce a dvorec. Totéž opakuje na pravém prsu. K odhalení jemných změn je možné vyšetřit oba prsy naráz. Krouživými pohyby zkoumá stejná místa obou prsů. Speciální pozornost je nutné věnovat oblasti mezi prsem a podpažím až do podpažní jamky. Zde se nachází velké množství mízních uzlin, které jsou za normálních okolností nehmatné. Pokud se objeví bulka nebo nepravidelnost v podkoží, je na místě vyhledat lékaře (ABRAHÁMOVÁ, 2009), (JUŘENÍKOVÁ, 1999).

3. krok: vyšetření bradavek

Žena jemně uchopí bradavku mezi dva prsty a sledujeme jakékoliv nepravidelnosti. Totéž provedeme na druhé straně. Všimá si především výtoku z bradavky (ABRAHÁMOVÁ, 2009), (JUŘENÍKOVÁ, 1999).

4. krok: vyšetření vleže

Žena se položí na záda na rovnou podložku. Pravou paží si dá za hlavu a rameno si lehce podloží např. polštářkem. V této poloze se prs zploští a rozprostře. Tím se také zjednoduší jeho prohmatání. K vyšetření žena použije stejné krouživé pohyby jako v poloze vestoje. Totéž opakuje na straně levé (ABRAHÁMOVÁ, 2009), (JUŘENÍKOVÁ, 1999).

3 REKONSTRUKCE PRSU

Odstranění prsu nemusí být nevratným řešením karcinomu prsu. Často lze provést rekonstrukci prsu a vrátit ženě její sebevědomí.

Tři důležité podmínky před rekonstrukcí prsu:

- základní onemocnění je dobře vyléčeno a nehrozí recidiva,
- od odstranění prsu uběhla již nějaká doba (cca dva roky), během které se neobjevila recidiva zhoubného nádoru. Tato podmínka neplatí absolutně a kromě těchto takzvaných odložených rekonstrukcí se provádějí i rekonstrukce primární, to znamená zároveň s odstraněním původního prsu,
- s rekonstrukcí souhlasí onkolog (MEDITORIAL, 2013).

3.1 TYPY REKONSTRUKČNÍCH OPERACÍ

- **rekonstrukce silikonovým implantátem** - prs částečně odstraněn nebo po odstranění zůstala část původní kůže. Rekonstrukce vložením silikonového implantátu pod prsní sval,
- **rekonstrukce za pomoci tkáňového expandéru** - není-li k dispozici dostatek volné a nepoškozené kůže ke vložení implantátu,
- **rekonstrukce prsu vlastní tkání** - užívá se v případě větších prsů, které se špatně vytvářejí pomocí silikonových implantátů. Obvykle se používá tkáň z břicha pod pupkem (MEDITORIAL, 2013).

Po rekonstrukci prsu jakoukoli technikou je často nutné **upravit druhý prs** tak, aby oba vypadaly symetricky. Na novém prsu se provádí i rekonstrukce bradavky a prsního dvorce (MEDITORIAL, 2013).

4 LYMFEDÉM

Lymfedém je otok paže a je jednou z možných pooperačních komplikací. Týká se hlavně žen, u kterých byly odstraněny lymfatické uzliny z podpaží. Riziko takového otoku se zvyšuje ozářením. Otok se může objevit i několik let po operaci (DIENSTBIER).

Prevencí otoku je omezení námahy - nošení těžkých tašek a nedoporučují se ani koupele v horké vodě. Na operované končetině neměříme tlak, neodebíráme krev. Důležité je pacientku edukovat, že kamkoli půjde na kontrolu, aby zdůraznila, že je po operaci s odnětím lymfatických uzlin (DIENSTBIER).

Zvýšený průtok krve zatěžuje již omezený odtok, lymfa a krev se hromadí v paži, proto je potřeba ukládat paži do výšky - nad úroveň srdce. Doporučují se „pumpovací“ cviky: zatnout pěst, napnout všechny svaly na paži a udržet toto napětí. Poté ponechat paži odpočinout na vysoko uložené podložce. Důležitý je také oděv, který by se neměl zařezávat do paže, nenosit ani hodinky, řetízky, prsteny, které se zařezávají. Kabelky lépe nosit na druhém rameni (DIENSTBIER), (WALD, 2009).

Doporučené rehabilitační cviky (Příloha C) prováděné po operaci prsu - v prvních pooperačních dnech se začíná pasivní, jemnou mobilizací v ramenním kloubu. Poté se trénují aktivní pohyby prstů, zápěstí a lokte na operované končetině. Dechová cvičení a nácvik správného držení těla. Procvičování stisku ruky pomocí míčku v dlani, kyvadlový pohyb paže prováděný ve stoje s předloktím opřeným o opěradlo židle, poté i cvičení s pažemi vleže. Většinu cviků je nejlépe provádět před zrcadlem - pro kontrolu symetrie pohybů. Po dobu 10-15 minut, 3x a vícekrát denně, ale nikdy necvičit přes bolest. Cvičení je vhodné provádět i jako udržovací a mělo by se cvičit 10 minut denně. Cviky je lépe provádět pomalu a s tahem (DIENSTBIER).

Vhodné jsou masáže jizvy při kontrakturách svalů. Masírovat se nesmí uvnitř nebo na okrajích podpaží a nad klíční kostí na operované straně. S masážemi se začíná po ukončení léčby (DIENSTBIER).

Také se používá polohová drenáž. Pro vysoké uložení paže je vhodné zhotovit si klínový polštář z pěnové hmoty, na který se zdvižená paže ukládá. Pokud to pacientce nečiní obtíže, je vhodné spát na boku na neoperované straně a operovanou stranu uložit volně na polštář (DIENSTBIER).

Elastický návlek se užívá při oteklé končetině pouze přes den a po konzultaci s lékařem (ABRAHÁMOVÁ, 2009), (JUŘENÍKOVÁ, 1999).

5 PROGNOZA

Prognózu onemocnění karcinomem prsu je ovlivněna přítomností nebo absencí standardních prognostických faktorů, mezi které jsou řazeny:

1. Velikost nádoru je nejdůležitějším prognostickým údajem u karcinomu prsu (BIOPTICKÁ LABORATOŘ, 2012).

U pacientek s tumorem menším než 1 cm je frekvence uzlinových metastáz 10-20 %. U pacientek s karcinomem menším než 1 cm a bez uzlinových metastáz, 10letý disease free survival rate 90 % (BIOPTICKÁ LABORATOŘ, 2012).

2. Stav axilárních lymfatických uzlin (s uvedením počtu odebraných, vyšetřených a postižených uzlin), je nejdůležitějším samostatným určujícím faktorem pro disease-free survival a celkové přežití (BIOPTICKÁ LABORATOŘ, 2012).

U pacientek bez uzlinových metastáz, vznikne recidiva během 10 let u 20-30 %, zatímco u pacientek s metastázou v axilární uzlině vznikne recidiva v 70 % (BIOPTICKÁ LABORATOŘ, 2012).

3. Histologický grading nádoru je podstatný pro predikci prognózy a současně dovoluje stratifikovat pacientky v rámci daného stadia nemoci.

Dle histologického typu:

- **Klasický lobulární karcinom** tvoří jej asi 4 % všech invazivních karcinomů a má lepší prognózu nežli duktální karcinom. Je potřeba striktně dodržovat kritéria WHO (Světová zdravotnická organizace).
- **Tubulární karcinom** má velmi dobrou prognózu.
- **Čistý mucinózní karcinom** představuje velmi dobrou prognózu (více než 90 %).

- **Medulární karcinom** bývá vzácný případem (asi 0,5 %) a má u pacientek, bez nálezu v lymfatických uzlinách, excelentní prognózu (BIOPTICKÁ LABORATOŘ, 2012).

4. Mitotický index, definovaný jako počet mitóz v dané oblasti nádoru. Stanovuje se jím proliferační aktivita karcinomu a prezentuje jedno z kritérií pro stanovení gradu (Nottinghamská modifikace Bloom-Richardsonova systému). Vysoký počet mitóz pozitivně koreluje se špatnou prognózou (BIOPTICKÁ LABORATOŘ, 2012).

5. Status hormonálních receptorů. Stanovením estrogenních a progesteronových receptorů je součástí diagnostiky všech karcinomů prsů. Představuje faktor pro odpověď na hormonální terapii (BIOPTICKÁ LABORATOŘ, 2012).

Agresivnější průběh onemocnění u mladších žen je způsoben především přítomností více výše uvedených nepříznivých charakteristik než věkem samotným. Přesto je věk do 35 let považován za samostatný nepříznivý prognostický faktor (BIOPTICKÁ LABORATOŘ, 2012).

6 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES

Pacientka byla přijata na oddělení gynekologicko-porodnické jednotky intenzivní péče (dále JIP). Ošetrovatelskou péči jsem prováděla v průběhu jednoho dne od 6.00 do 18.00 hodin. Především z důvodu příjmu pacientky na jednotku intenzivní péče po perineálním výkonu, souvisejícím akutním stavem pacientky a plánovaným překladem pacientky následující den, na standardní ošetrovatelská lůžka. Pro získání informací o pacientce a provedeném operačním výkonu, který byl proveden, jsem nahlížela do ošetrovatelské dokumentace, informace jsem též získávala anamnestickým rozhovorem s pacientkou, ošetrovatelským týmem a ošetřujícím lékařem, fyzikálním vyšetřením, pozorováním. Zhodnotila jsem celkový zdravotní stav a aktuální zdravotní stav pacientky. Pomocí modelu Virginie Hendersonové jsem sestavila ošetrovatelskou anamnézu a na základě zjištěných údajů jsem vytvořila aktuální a potencionální ošetrovatelské diagnózy, které jsem seřadila dle priorit. Ošetrovatelské diagnózy jsem vytvářela dle NANDA I. Taxonomie I., dle Kapesního průvodce zdravotní sestry. Pracovala jsem metodou ošetrovatelského procesu.

Ošetrovatelský proces je systematická, racionální metoda plánování, poskytování a dokumentování ošetrovatelské péče. Jeho cílem je zhodnotit pacientův zdravotní stav, skutečné nebo potenciální problémy péče o zdraví, vytýčit plány na posouzení potřeb a poskytnout konkrétní pečovatelské zásahy k uspokojení těchto potřeb (BOROŇOVÁ, 2010, s. 66).

6.1 ZÁKLADNÍ INFORMACE O PACIENTCE

Jméno a příjmení: X. X.

Pohlaví: žena.

Datum narození: xx. xx. 1947.

Věk: 66 let.

Adresa bydliště: xxxxx.

Adresa příbuzných: manžel - DTTO.

Rodné číslo: 47xxxx/xxx.

Číslo pojišťovny: 111 - VZP.

Vzdělání: vyučená.

Zaměstnání: důchodkyně.

Stav: vdaná.

Státní příslušnost: ČR.

Datum přijetí: 10.9.2009.

Typ přijetí: plánované.

Oddělení: Gynekologicko-porodnická JIP.

Ošetřující lékař: MUDr. X.Y.

Důvod přijetí udávaný pacientkou:

„Protože jsem si nahmatala bulku a teď jdu na operaci.“

Medicínská diagnóza hlavní:

Tumor mammae l. dx. susp. povahy (provedena biopsie s nejasným histologickým závěrem).

Medicínské diagnózy vedlejší:

Hypertyreóza Hashimotova typu,
varixy DK bilaterálně,
porucha glomerulární filtrace,
monocytární anémie,
časté uroinfekce,
prodělala běžná dětské onemocnění,
stp. appendektomie - 1958,
stp. abdominální hysterektomii s oboustrannou adnexektomií a pánevní lymfadenektomií pro ca endometrii - 2004.

Nynější onemocnění:

Pacientka přišla k lékaři poté, co si nahmatala bulku v dolním vnitřním kvadrantu (dále DVK) pravého prsu. Byla odeslána na mamografii, kde se potvrdil nález (vpravo v DVK rezistence cca 2 cm) a byla doporučena operace. Byla přijata 10.9.2009 na gynekologické oddělení k plánovanému operačnímu výkonu.

6.2 LÉKAŘSKÁ ANAMNÉZA

Rodinná anamnéza:

Matka: zemřela v 70ti letech na karcinom tlustého střeva.

Otec: zemřel v 65ti letech na infarkt myokardu.

Sourozenci: žádné nemá.

Děti: 1 syn, zdrav.

Osobní anamnéza:

Překonané a chronické onemocnění:

hypertyreózu Hashimotova typu,
varixy dolních končetin bilaterálně,
porušená glomerulární filtrace,
normocytární anemie,
často trpí uroinfekcemi,
prodělala běžná dětská onemocnění.

Hospitalizace a operace:

Stp. appendectomii v r. 1958,
stp. abdominální hysterektomii s oboustranou adnexektomií a pánevní
lymfadenektomií pro karcinom endometrii v r. 2004.

Úrazy: 0.

Transfúze: ano.

Očkování: běžná očkování.

Léková anamnéza:

Užívá chronickou medikaci:

Digoxin 0,125 mg tbl. 1 - 0 - 0 p.o. (kardionikum),

Micardis 80 tbl. 1 - 0 - 0 p.o. (antihypertenzivum),

Lokren 20 tbl. 1 - 0 - 0 p.o. (antihypertenzivum),

Thyrosol 10 tbl. ½ - 0 - ½ p.o. (thyreostatikum),

Warfarin 3 mg tbl. 1x denně p.o. tč. ex - Fragmin 5 000 j inj. 1x denně s.c.
(antikoagulancium).

Alergická anamnéza:

Léky: Penicilin.

Potraviny: neguje.

Chemické látky: neguje.

Jiné: neguje.

Abúzy:

Alkohol: příležitostně.

Kouření: nekuřačka.

Káva: 1x denně.

Léky: neguje.

Jiné drogy: neguje.

Gynekologická anamnéza:

Menarche: 18 let.

Cyklus: pravidelný.

Trvání: 5 dní.

Těhotenství: 1.

Porody: 1, spontánní.

Intenzita, bolesti: 0.

PM: 60.

UPT: 0.

Antikoncepce: 0.

Menopauza: v 60ti letech.

Obtíže klimakteria: neudává.

Samovyšetření prsou: provádí pravidelně 1x za měsíc.

Poslední gynekologická prohlídka: před nástupem do nemocnice.

Sociální anamnéza:

Stav: vdaná.

Bytové podmínky: žije v rodinném domě s manželem.

Vztahy, role a interakce v rodině: v rodině mají dobré vztahy, vycházejí spolu dobře.

Vztahy, role a interakce mimo rodinu: s okolím je spíše uzavřená, není konfliktní člověk.

Záliby: vnoučata, práce na zahrádce.

Pracovní anamnéza:

Vzdělání: vyučená švadlena.

Pracovní zařazení: důchodkyně.

Čas odchodu do důchodu, jakého: do důchodu odešla 60 let, starobní důchod.

Vztahy na pracovišti: není aktuální.

Ekonomické podmínky: dobré, pobírá důchod.

Spirituální anamnéza:

Religiózní praktiky: pacientka je bez vyznání.

6.3 MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT

Ordinované vyšetření: odběry krve - KO, bio, INR, QUICK - ve fyziologickém rozmezí krevních hodnot. Po operačním výkonu měla pacientka naordinován odběr glykémie.

Výsledky: ↑ glykémie ze sálu 6,8 mmol/l (norma: 3,9-5,6 mmol/l).

Další ordinace lékaře: sledovat krevní tlak, srdeční frekvenci á 30 minut po dobu 2 hodin ze sálu, posléze á 1 hodina, měřit příjem a výdej tekutin za 24 hodin.

Konzervativní léčba:

Dieta: nic per os, po 2 hodinách po operaci tekutiny per os.

Pohybový režim: klidový režim na lůžku.

RHB: 0.

Medikamentózní léčba:

Per os: 0.

Intravenózní: Dipidolor 5 amp. v 50 ml FR - rychlostí 2 ml/hod.

Hartmannův roztok 1 000 ml - nechat dokapat ze sálu 200 ml - rychlostí 100 ml/hod.

Glukoza 10% 500 ml + 8j HMR + 10 ml KCl + 10 ml MgSO₄ + 10 ml CaCl₂ - rychlostí 60 ml/hod.

Glukoza 10% 500 ml + xj HMR dle glykémie + 10 ml KCl + 10 ml MgSO₄ - rychlostí 60 ml/hod.

Ringerův roztok 1 000 ml + 2 amp. Cerucal - rychlostí 100 ml/hod.

Subkutánní: Fragmin 5 000 j inj. 1x denně s.c.

Per rectum: 0.

Jiná: 0.

Chirurgická léčba: provedeno plánované operační řešení tumorektomie vpravo s disekcí lymfatické sentinelové uzliny.

6.4 POSOUZENÍ CELKOVÉHO STAVU PACIENTKY

Fyzikální vyšetření:

TK: 130/80 Torr.

Puls: 86/min., pravidelný, dobře hmatný.

Dech: 12/min., pravidelný, hloubka - mělká.

TT: 36,5 °C.

Vědomí: plné, jasné.

Výška: 175 cm.

Váha: 70 kg.

BMI: 22,8.

Celkový nález:

Vyšetření hlavy a krku:

Hlava mezocefalická, pokleповě nebolestivá, držení hlavy fyziologické. Oční bulby ve středním postavení, pohyblivé. Spojivky růžové. Zornice izokorické. Nos průchodný, bez zvýšené sekrece. Slyší dobře, nepoužívá naslouchátka. V dutině ústní chrup kariézní a sanován. Barva dutiny ústní růžová a vlhkost sliznic je fyziologická. Tonzily klidné, bez zánětu. Jazyk plazí ve střední čáře. Štítná žláza zvětšená, hmatná. Arteria carotis

dobře hmatná a pulzace symetrická. Náplň krčních žil nezvýšená. Lymfatické uzliny nezvětšené. Krční páteř dobře pohyblivá.

Vyšetření hrudníku a dýchacího systému:

Hrudník souměrný, bez změn tvaru, na pohmat nebolestivý. Dýchání čisté, spontánní, bez dušnosti, cyanózy a kašle, či vedlejších fenoménů. Frekvence je 12/min.

Vyšetření cévního a srdečního systému:

Srdeční akce pravidelná, ozvy ohraničené, bez šelestů. TK 130/80 Torr. Puls 86 tepů/min. Tep pravidelný a dobře hmatný. Varixy přítomny bilaterálně. Bez otoků.

Vyšetření břicha:

Břicho měkké, nebolestivé, souměrné. Poklep diferencovaně bubínkový. Povrchová i hluboká palpace bez hmatné rezistence, bez známek peritoneálního dráždění. Přítomny jizvy po laparotomii. Játra nehmatná. Slezina nehmatná. Pacientka pocítovala mírnou nauzeu. Nezvracela. Peristaltika přítomna, plyny odchází.

Vyšetření močového systému:

Moč jantarově žlutá, čirá, bez příměsí. Zaveden permanentní močový katetr 1. den (dále PMK). Měříme diurézu za 24 hod.

Vyšetření pohybového aparátu:

Držení těla a chůzi nelze posoudit - pacientka byla po operačním výkonu a měla klid na lůžku. Koordinace pohybů dobrá. Kloubní rozsah ve fyziologickém rozsahu. Pacientka soběstačná v rámci lůžka.

Vyšetření kůže:

Barva kůže fyziologická. Kožní turgor v normě. Bez otoků. Pacientka měla jizvy na břiše po appendektomii laparotomií a abdominální hysterektomii s oboustrannou adnexektomií. Přítomny operační rány 1. na hrudníku, o velikosti cca 5 cm, po tumorektomii a 2. po odstranění uzlin, o velikosti cca 5 cm. Z operačních polí v axile a na hrudníku vyvedeny 2 Redonovy drény. Na levé horní končetině měla zaveden 2. den periferní žilní katetr (dále PŽK).

Vyšetření nervového systému:

Vědomí plné. Pacientka orientovaná časem, místem, svou osobou, i prostorem.

6.5 OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA DLE MODELU V. HENDERSONOVÉ

Ošetrovatelské modely zahrnují ty koncepce, které autor modelu pokládá za důležité a které přispívají k jeho pochopení. Koncepce je abstraktní představa, teoretický obraz jevu nebo reality. Nejvýznamější koncepce ovlivňují a determinují ošetrovatelství a v praxi zahrnují osobu přijímající ošetrovatelskou péči, prostředí, ve kterém žije, zdraví, ošetrovatelskou činnost (ARCHALOUSOVÁ, 2003).

Dle modelu V. Hendersonové má každý jedinec má základní potřeby ovlivnitelné kulturou či jeho vlastní osobností. Uspokojování potřeb provádí jedinci různými způsoby života. Jedinec soběstačný a zcela nezávislý při uspokojování vlastních potřeb, žije plnohodnotný život. Pokud dojde k porušení nezávislosti a neuspokojení potřeb jedince, to bývá často důsledkem poruchy zdraví s příznaky nemoci, setkává se jedinec se zdravotnickým pracovníkem. Sestra poté zhodnotí rozsah nesoběstačnosti v oblasti 14 potřeb, ve kterých bude potřeba pomoci. Současně hodnotí podmínky a patologické stavy ovlivňující potřeby pacienta. Dále plánuje vhodné zásahy, které poté i realizuje. Sestra uplatňuje svou jedinečnou funkci, po celou dobu interakce mezi sestrou a pacientem. Při aplikaci ošetrovatelské péče vznikají vzájemné vztahy mezi: sestrou - pacient, sestra - lékař, sestra - členové ošetrovatelského týmu, kteří mají za společný cíl, obnovení plné soběstačnosti pacienta či ho doprovázet k jeho klidné a důstojné smrti (PAVLÍKOVÁ, 2006).

1. Dýchání

Subjektivně: Doma: „Dřív sem nikdy potíže s dýcháním neměla.”

V nemocnici: „Dýchá se mi dobře.”

Objektivně: Doma: Nemohu hodnotit.

V nemocnici: Dýchání spontánní, bez dušnosti, cyanózy a kašle. Hloubka a typ dýchání normální. Dýchací šelesty nepřítomné. Frekvence 12/min. Pacientka zaujímalá polohu

vleže na zádech, se zvýšenou polohou pravé horní končetiny. Emocionální stres pociťovala, měla obavy, jak se bude dále postupovat. Lékař ji informoval, jak nejlépe postupovat, ale i přesto měla pacientka obavy.

Použitá měřicí technika: Měření dechové frekvence, fyzikální vyšetření, rozhovor s pacientkou.

Ošetrovatelský problém: Emocionální stres v souvislosti s op. výkonem, obavy z budoucnosti, zvýšená poloha pravé horní končetiny.

2. Příjem potravy a tekutin

Subjektivně: Doma: „Doma jím pravidelně 5x denně, 3x hlavní jídla a mezitím svačinu. Nejrádší mám vepřo-knedlo-zelo. Nejčastejc piju neochucenou vodu nebo čaj. Za den vypiju asi tak 1,5 litru. Nevím o tom, že bych teď zhubnula.”

V nemocnici: „Dnes můžu pít až mi to dovolíte, protože jsem byla na tý operaci. Jíst dneska nesmim vůbec.”

Objektivně: Doma: Nemohu hodnotit.

V nemocnici: Pacientka měla dietu nic per os. Po 2 hodinách z operačního sálu pacientka směla tekutiny per os. V posledních 3 měsících výrazně nezhubla. Výška 175, váha 70kg. BMI měla pacientka 22,8. Měla naordinovaný klid na lůžku po operačním výkonu. Pacientka měla zaveden 2. den PŽK na levé horní končetině. Měla naordinovanou infuzní terapii, která byla aplikována ihned po příjmu z operačního sálu. Pacientka směla přijímat tekutiny per os po 2 hodinách od operace, tj. 11.00 hodin. Pila samostatně. Sledovali jsme příjem a výdej tekutin za 24 hodin.

Použitá měřicí technika: Příjem a výdej tekutin - příjem 2 550 ml, výdej 2 500 ml, BMI index - 22,8 (norma), fyzikální vyšetření, rozhovor s pacientkou.

Ošetrovatelský problém: Zavedený 2. den PŽK na levé horní končetině, infuzní léčba, související nic per os, a příjem tekutin po 2 hodinách od operace.

3. Vylučování

Subjektivně: Doma: „Doma chodím pravidelně na velkou po 3 dnech a čurám bez problémů.”

V nemocnici: „Na záchod dneska nemohu vstát a na čurání mám tu hadičku. Naštěstí se mi na velkou nechce.”

Objektivně: Doma: Nemohu hodnotit.

V nemocnici: Pacientka měla zaveden 1. den PMK a moč odcházela volně bez obtíží, bez příměsí. Za den vymočila 2 350 ml. Na stolicí nebyla. Redonova drenáž 2x odvádí krev z operačního pole, odvedl 150 ml/24 hodin.

Použitá měřicí technika: Příjem a výdej tekutin - příjem 2 550 ml, výdej 2 500 ml, fyzikální vyšetření.

Ošetrovatelský problém: zaveden 1. den PMK, 2 redonovy drény - na hrudníku a v axile, operační rána.

4. Pohyb a udržování vhodné polohy - držení těla při chůzi, sezení, ležení a změně polohy

Subjektivně: Doma: „Doma všecko vzládám sama.”

V nemocnici: „Dnes si ani sama snad nesednu, naštěstí se stejně nesmím postavit. Dneska musím mít ruku nahoru, ale prý bych od zítra měla vstávat. Navíc je mi špatně od žaludku a když se špatně pohnu, tak mě bolí ta rána.”

Objektivně: Doma: nemohu hodnotit.

V nemocnici: Pacientka ležela v poloze na zádech, se zvýšenou polohou pravé horní končetiny. Měla doporučené RHB cviky jako prevenci tromboembolické nemoci. Pacientka se snažila příliš nepohybovat na lůžku. Barthelův test 60 bodů - střední závislost. Pacientka pociťovala pooperační nauzeu a bolesti při špatném pohybu. Na numerické škále bolesti pacientka udávala stupeň 4 (0-10, 0 - žádná bolest, 10 - maximální bolest).

Použitá měřicí technika: Barthelův test 60 bodů – střední závislost, numerická škála bolesti stupeň 4 (0-10, 0 - žádná bolest, 10 - maximální bolest), rozhovor s pacientkou, pozorování.

Ošetrovatelský problém: Zhoršená mobilita s pravou horní končetinou, porucha soběstačnosti, nauzea, bolest stupeň 4.

5. Spánek a odpočinek

Subjektivně: Doma: „Doma spím normálně celou noc a to bez prášků.”

V nemocnici: „Tady se mi spí hůř, nemůžu usnout a když usnu, tak jen na chvíli, většinou mě probudí bolest po tý operaci a při pohybech ruky. Dneska sem víc unavená, než kdy jindy.”

Objektivně: Doma: Nemohu hodnotit.

V nemocnici: Pacientka po operaci spíše pospávala, stěžovala si na časté probuzení se bolestí, při mírném natáčení se na bok. Cítila se unavená.

Použitá měřicí technika: Rozhovor s pacientkou, numerická škála bolesti 0-10, pozorování.

Ošetrovatelský problém: Časté probouzení, bolest, únava.

6. Výběr vhodné oblečení, oblékání a svlékání

Subjektivně: Doma: „Doma všechno zvládám sama.“

V nemocnici: „Dneska bych se sama nezvládla ani obléct.“

Objektivně: Doma: Nemohu hodnotit.

V nemocnici: Pacientka byla unavená. Při oblékání potřebovala lehce dopomoci. Barthelův test soběstačnosti 60 bodů - střední závislost.

Použitá měřicí technika: Barthelův test soběstačnosti 60 bodů - střední závislost, pozorování, rozhovor s pacientkou.

Ošetrovatelský problém: Dopomoc při oblékání, únava.

7. Udržování fyziologické tělesné teploty

Subjektivně: Doma: „Žádný problémy nemám.“

V nemocnici: „Po tom, jak mě přivezli ze sálu mi byla zima, ale teď už je to dobrý.“

Objektivně: Doma: Nemohu hodnotit.

V nemocnici: Pacientka měla tělesnou teplotu ve fyziologickém rozmezí po celou dobu péče, od příjmu z operačního sálu.

Použitá měřicí technika: Měření tělesné teploty.

Ošetrovatelský problém: 0.

8. Udržování upravenosti a čistoty těla, ochrana pokožky

Subjektivně: Doma: „Doma sem byla ve všem soběstačná.“

V nemocnici: „Teď, je pravda, že je to trochu horší především s tím oblékáním. Na prsu mám tu ránu a taky v podpaždí a eště ty hadičky.“

Objektivně: Doma: Nemohu hodnotit.

V nemocnici: Po operačním výkonu měla pacientka zhoršenou mobilitu s pravou horní končetinou. Barthelův test 60 bodů - střední závislost. Operační rána na hrudníku o velikosti cca 5 cm a v axile o velikosti cca 5 cm.

Použitá měřicí technika: Barthelův test soběstačnosti 60 bodů - střední závislost, rozhovor s pacientkou, pozorování.

Ošetrovatelský problém: Zhoršená mobilita s pravou horní končetinou, operační rány na hrudníku cca 5 cm, v axile cca 5 cm.

9. Odstraňování rizik z životního prostředí a zabraňování vzniku poškození sebe i druhých

Subjektivně: Doma: „Nejsem doslova nešikovná. Sem tam se doma říznu nebo se někde škrábnu, ale to je přeci normální.”

V nemocnici: „ Přeci na sebe budu dávat pozor, když už mám tu operaci za sebou Dohlížet na mě snad nikdo nemusí, ne?”

Objektivně: Doma: Nemohu hodnotit.

V nemocnici: Pacientka byla při vědomí, orientovaná místem i časem, odpovídala souvisle. Nepotřebovala dohled.

Použitá měřicí technika: Rozhovor s pacientkou.

Ošetrovatelský problém: 0.

10. Komunikace s jinými osobami, vyjadřování emocí, potřeb, obav, názorů

Subjektivně: Doma: „Sem spíš málomluvná, jak by řek manžel...”

V nemocnici: „Tady mám hlavně strach, jak dopadla ta moje operace.”

Objektivně: Doma: Nemohu hodnotit.

V nemocnici: Pacientka byla v komunikaci s ostatními lidmi spíše introvertní. Se zdravotnickým personálem však komunikovala bez obtíží. Dokonce se při rozhovoru svěřila, že se bojí výsledku operace a zda nebude muset na operaci znovu.

Použitá měřicí technika: Rozhovor s pacientkou.

Ošetrovatelský problém: Strach, obavy z výsledku operace.

11. Vyznávání vlastní víry

Subjektivně: Doma: „Sem nevěřící, ale nejvíc hlavní jsou pro mě vnoučátka a jejich zdraví. A celá rodina, aby držela při sobě.”

V nemocnici: „Ráda bych, aby rodina mohla za mnou přijít.”

Objektivně: Doma: Nemohu hodnotit.

V nemocnici: Pacientka si nejvíce zakládala na rodině, která za ní bohužel neměla přístup z důvodu zákazu návštěv na oddělení. Proto byla pacientce doporučeno kontaktní telefonní číslo na oddělení.

Použitá měřicí technika: Rozhovor s pacientkou.

Ošetrovatelský problém: 0.

12. Smysluplná práce

Subjektivně: Doma: „Doma pořád něco dělám, hlavně na zahrádce ráda dělám. Potom ráda hlídám mladým vnoučátka.”

V nemocnici: „Tady toho moc nesmím dělat, tak spíš jen odpočívám, stejně sem unavená.”

Objektivně: Doma: Nemohu hodnotit.

V nemocnici: Pacientka přes den pospávala. Sděluje úvanu.

Ošetrovatelský problém: Únava.

Použitá měřicí technika: Rozhovor s pacientkou, pozorování.

13. Hry nebo účast na různých formách odpočinku a rekreace

Subjektivně: Doma: „Už sem řekla, že doma ráda pracuju na zahrádce.”

V nemocnici: „Tady toho moc nemůžu, ani dneska nechci.”

Objektivně: Doma: Nemohu hodnotit.

V nemocnici: Pacientka tento den dost pospávala po operačním výkonu.

Použitá měřicí technika: Rozhovor s pacientkou, pozorování.

Ošetrovatelský problém: 0.

14. Učení, objevování nového, zvědavost, která vede k normálnímu vývoji a zdraví a využívání dostupných zdravotnických zařízení

Subjektivně: Doma: „Nikdy sem nebyla moc studijní typ. Ani sem nikdy moc do nemocnice nechodila.”

V nemocnici: „Mám hlavně strach, jak mi to všechno dopadlo.”

Objektivně: Doma: Nemohu hodnotit.

V nemocnici: Pacientka byla vyučená švadlena. Paměť měla pacientka neporušenou, pamatovala si informace z dětství, i ze současnosti. Byla informována o svém

současném zdravotním stavu. Měla především v současném stavu strach z výsledků operace. Také měla obavy, v jakém rozsahu byla operace provedena.

Použitá měřicí technika: Rozhovor s pacientkou.

Ošetrovatelský problém: Strach, obavy o rozsahu operačního výkonu.

Situační analýza

66-ti letá žena X. X. byla přijata 2. den hospitalizace a 0. den operační na gynekologicko-porodnickou JIP dne 11.9. po plánovaném operačním řešení - tumorectomia mammae l. dx., disectio nodi lymphat. sentineli. Pacientka byla přivezena na gynekologicko-porodnickou JIP v 9.00 hodin z operačního sálu s operační ránou na hrudníku, o velikosti 5 cm, po tumorektomii. Operační ránou v podpaží po exenteraci uzlin, , o velikosti 5 cm. Z operačních polí vyvedeny 2 Redonovy podtlakové drény, oba drény odváděly krev. Drén z operační rány odvedl asi 50 ml, z axily 20 ml. Pacientka měla zaveden 2. den periferní žilní vstup na levé horní končetině, funkční. Ze sálu zbylo 200 ml Hartmannova roztoku. Měla zaveden 1. den permanentní močový katetr, který odváděl jantarově žlutou moč, bez příměsí. PMK odvedl 200 ml. Dnes měla pacientka naordinovaný klid na lůžku. Dietu měla nic per os, po 2 hodinách ze sálu směla začít přijímat tekutiny per os. Pacientka pociťovala mírnou nauzeu. Pacientka se cítila unavená a udávala bolest na numerické škále bolesti stupeň 0-10, 0 - žádná bolest, 10 - maximální bolest) především při špatném pohybu na ůžku. Pacientka měla také přerušovaný spánek vlivem bolestí po operaci. Pacientka také udávala obavy z další možné léčby, komplikací a následků.

6.6 OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY DLE NANDA I. TAXONOMIE I.

Ošetrovatelské diagnózy byly stanoveny dle NANDA I. Taxonomie I., dle Kapesního průvodce zdravotní sestry. Pro získávání informací byly použity informace od pacientky, ošetrovatelského personálu, lékaře a také z fyzikálního vyšetření pacientky. Dle stanovených diagnóz jsem vytvořila ošetrovatelský proces, který jsem realizovala. Ošetrovatelský proces by měl končit uspokojením potřeb pacientky.

Ošetrovatelské diagnózy dle NANDA I. Taxonomie I. - dle Kapesního průvodce zdravotní sestry seřazené podle priorit:

Aktuální ošetrovatelské diagnózy:

1. Bolest, akutní v souvislosti s traumatickým poškozením tkání, projevující se verbálním sdělením pacientky - na numerické škále bolesti stupeň 4 (0-10, 0 - žádná bolest, 10 - maximální bolest), bolestivými grimasami, zaujímáním úlevové polohy, únavou, přerušovaným spánkem, zhoršenou hybností na operované končetině.

2. Péče o sebe sama nedostatečná s upřesněním úrovně 2 [problémy v příjmu tekutin] v souvislosti s naordinovaným klidovým režimem, projevující se zhoršenou mobilitou pravé horní končetiny, dopomocí v dolévání tekutin u lůžka.

3. Tkáňová integrita porušená, v souvislosti s poškozením struktur, projevující se poškozením tkání (operační ránou na hrudníku vpravo velikost rány 5 cm, v axile o velikosti 5 cm), poruchou mobility pravé horní končetiny.

4. Strach [z výsledků operace, budoucnosti] v souvislosti s odloučením od podpory v potencionálně stresující situaci (hospitalizace), projevující se slovním sdělením obav.

5. Nausea v souvislosti se stavem po anestezii, projevující se verbálním sdělením „pocitu na zvracení“.

6. Neznalost, potřeba poučení (informace o péči po operaci a možných změnách) v souvislosti s nedostatkem zkušeností s daným problémem, mylným výkladem informací, projevující se slovním vyjádřením problému.

Potencionální ošetrovatelské diagnózy:

1. Infekce, riziko vzniku v souvislosti se zavedeným periferním žilním katetrem (dále PŽK) na levé horní končetině na předloktí.

2. Infekce, riziko vzniku v souvislosti se zavedeným permanentním močovým katetrem (dále PMK).

Rozpracované ošetřovatelské diagnózy dle NANDA I. Taxonomie I. - Kapesního průvodce zdravotní sestry. Rozpracovala jsem 5 aktuálních ošetřovatelských diagnóz s nejvyšší prioritou:

Aktuální ošetřovatelské diagnóza č.1:

Bolest, akutní v souvislosti s traumatickým poškozením tkání, projevující se verbálním sdělením pacientky - na numerické škále bolesti stupeň 4 (0-10, 0 - žádná bolest, 10 - maximální bolest), bolestivými grimasami, zaujímáním úlevové polohy, únavou, přerušovaným spánkem, zhoršenou hybností na operované končetině.

Priorita: střední.

Cíl: dlouhodobý - pac. nemá žádné bolesti (na numerické škále bolesti 0-10) - do 1 týdne,

krátkodobý - pac. se zmírní bolesti na numerické škále bolesti 0-10 (0 - žádná bolest, 10 - maximální bolest) ze stupně 4 na stupeň 2 - do 2 hodin.

Výsledná kritéria:

- pac. zná úlevové polohy na zádech či na boku na neoperované straně, zaujímá je při potřebě - ihned,
- pac. zná rychlost podávané analgetické terapie, ví, o možnosti aplikace bolusových dávek při bolesti (bolus 0,2 ml á 2 hodiny), popř. sama upozorní na zhoršení bolesti - ihned,
- pac. zná příčiny bolesti - ihned,
- pac. verbálně sdělí zmírnění bolesti na numerické škále bolesti 0-10 (0 - žádná bolest, 10 - maximální bolest) ze stupně 4 na stupeň 2 - do 30 minut,
- pac. se umí vyvarovat pohybům zhoršujících bolesti - do 1 hodiny,
- pac. chápe potřebu vertikalizace horní končetiny - do 1 hodiny,
- pac. verbálně sdělí, že je odpočatá - do 1 dne.

Ošetrovatelské intervence:

- (1) sleduj a posuď lokalizaci bolesti, stupeň bolesti, popř. vystřelování bolesti, účinky podaných léků - každou hodinu - sestra ve službě, ošetrovatelka,
- (2) sleduj neverbální projevy bolesti (výraz obličeje, držení se za op. ránu...) - 1x denně, sestra ve službě,
- (3) sleduj aktivity zhoršující bolestivost a polohu zmírňující bolesti - denně - sestra ve službě, ošetrovatelka,
- (4) sleduj spánkové obtíže - 1x denně - sestra ve službě,
- (5) monitoruj TK, P - á 2 hodiny dle ordinací lékaře - sestra ve službě,
- (6) aplikuj analgetika dle lékaře - ihned - sestra ve službě,
- (7) komunikuj s pacientkou za účelem odvedení pozornosti od bolesti - při potřebě - sestra ve službě, ošetrovatelka,
- (8) edukuj pac. o úlevové poloze, o potřebě vertikalizace horní končetiny - do 1 hodiny - sestra ve službě,
- (9) informuj pac. jak hodnotit bolest na numerické škále bolesti 0-10 - ihned - sestra ve službě,
- (10) zaznamenávej změny do ošetrovatelské dokumentace a dle potřeby informuj lékaře - denně - sestra ve službě.

Realizace dne 11.9.:

V 9.00 hod. byla pacientka přivezena z operačního sálu. Pacientka byla při vědomí, bez bolesti, komunikující se zdravotnickým personálem. Od 9.00 hod. jsme začaly s monitorováním TK 125/80, P 68/min - dle ordinace lékaře 2 hodiny á 30 minut, poté á 1 hodina. Po celou dobu měla pacientka fyziologické rozmezí TK, P. V 9.10 hodin jsem připravila a aplikovala kontinuální analgosedace i. v. - dle ordinací ošetřujícího lékaře, do kontinuálního lineárního dávkovače. Edukovala jsem pac. o úlevové poloze a o důvodech vertikalizace pravé horní končetiny.

V 10 hodin jsem edukovala pacientku o hodnocení bolesti na numerické škále bolesti 0-10 (0-10, 0 - žádná bolest, 10 - maximální bolest). Pacientka poté uvedla bolest na numerické škále bolesti stupeň 4. Bolesti vystřelovaly do pravé horní končetiny. Po konzultaci s ošetřujícím lékařem byla aplikována bolusová dávka analgezie. Po 20 minutách pacientka udala zmírnění bolesti na numerické škále bolesti na stupeň 1. Vše bylo zaznamenáno do dokumentace.

Pacientka poté udávala bolesti na numerické škále bolesti stupeň 2. Bolesti se zhoršovaly při otáčení a pohybu pravé horní končetiny. Bolesti vystřelovaly do pravé horní kočety.

K večeru pacientka udávala bolest na numerické škále bolesti stupeň 1 - pacientka popisovala bolest, jako mírný tlak v oblasti operačních ran. Pacientka věděla, že bolest byla vázána především na špatný pohyb pravé horní končetiny. Pacientka celý den spíše spávala. Pacientka věděla, že bolest se vázala především na špatný pohyb pravé horní končetiny. Pacientka znala příčiny způsobující bolest a uměla bolesti předcházet. Nepostačila-li aplikace analgetik dle doporučení lékaře, po konzultaci s ošetřujícím lékařem byla aplikována další analgetika. Pacientka chápala, že bolest, je stav doprovázející každý operační výkon a ještě ji může nějakou dobu pociťovat, proto s ní musela částečně počítat. Bolest na různé úrovni mohla pociťovat ještě poté nějakou dobu (zejména při pohybu) i po propuštění z nemocnice.

Hodnocení dne 11.9.: Cíl byl splněn. Ošetřovatelské intervence pokračovaly do následujících dní, dále pokračovaly ošetřovatelské intervence číslo 1, 2, 3 4, 6, 7, 10. Pacientka celý den spíše spávala. Měla měřeny pravidelně TK, P dle ordinace lékaře, hodnoty byly ve fyziologických mezích.

Aktuální ošetřovatelské diagnóza č.2:

Péče o sebe sama nedostatečná s upřesněním úrovně 2 [problémy v příjmu tekutin] v souvislosti s naordinovaným klidovým režimem, projevující se zhoršenou mobilitou pravé horní končetiny, dopomocí v dolévání tekutin u lůžka.

Priorita: střední.

Cíl: dlouhodobý - pacientka zvládá péči o sebe sama - do 10 dnů,

krátkodobý - pacientka zvládá péči s mírnou dopomocí druhé osoby - do 2 dnů.

Výsledná kritéria:

- pacientka se zvládá sama napít - do 2 hodin,
- pacientka si při potřebě řekne o dolítí tekutin - ihned,
- pacientka má dostatek tekutin na stolku, při potřebě si řekne o doplnění - ihned,

- pacientka leží v suchém a čistém ložním prádle - ihned,
- pacientka verbálně sdělí, že zvládá hygienickou péči s mírnou dopomocí druhé osoby - do 1 dne.

Ošetřovatelské intervence:

- (1) zjistí míru soběstačnosti dle Barthelova testu - 1x denně - sestra ve službě,
- (2) zjistí ochotu pacientky spolupracovat - denně - sestra ve službě,
- (3) dopomož pacientce při potřebě - ihned - sestra ve službě, ošetřovatelka,
- (4) aktivizuj pacientku v rámci lůžka (zapojení do běžných denních činností) - denně - sestra ve službě,
- (5) motivuj pacientku ke zlepšení sebe péče, především samostatnosti - 1x denně - sestra ve službě,
- (6) dej pacientce dostatek času k nácviku běžných denních činností - denně - sestra ve službě,
- (7) nabízej aktivně tekutiny - po 2 hodinách po operaci - sestra ve službě, ošetřovatelka,
- (8) zaznamenávej změny do dokumentace - ihned - sestra ve službě.

Realizace dne 11.9.:

V 9 hod. pacientka byla přivezena z operačního sálu. Poté jsem hodnotila pacientku dle Barthelova testu soběstačnosti: 60 bodů - střední závislost.

Od 11. hod. dostala pacientka tekutiny na noční stolek a byla informována, že již směla přijímat tekutiny per os. Již v dopoledních hodinách se pacientka sama aktivně otáčela na lůžku a levou horní končetinou byla plně mobilní. Pravou horní končetinu měla ve zvýšené poloze a příliš s ní nepohybovala, aby si sama nezhoršovala bolesti.

Pacientce jsem v průběhu dne doplňovala tekutiny na stolku pacientky za nové a motivovala jsem ji k dalšímu pití tekutin. Pacientka spíše pospávala, ale tekutiny přijímala dle svých možností. Tento jen prováděla RHB cviky v rámci prevence tromboembolické nemoci (pohyby s dolními končetinami).

V 18 hod. vyměňuji močový sáček pacientka vymočila 2 350 ml za 24 hodin. Proveden také záznam do dokumentace. Pacientka za 1 den tedy přijmula 2 500 ml tekutin a vymočila 2 350 ml za 24 hodin, odpad z drénů byl 150 ml za den. Pacientku jsme předali noční směně ve stabilizovaném stavu.

Hodnocení dne 11.9.: Cíl krátkodobý byl splněn. Ošetrovatelské intervence pokračují do dosažení dlouhodobého cíle - plné soběstačnosti pacientky, pokračovaly ošetrovatelské intervence číslo 1, 3, 4, 5, 6, 8. Protože byla pacientka tento den po operaci, měla dnes naordinován klid na lůžku. Pacientka byla sebeobslužná v rámci lůžka. Pacientka byla dostatečně zavodněná. Další ráno měla pacientka pokračovat v RHB cvičení - vstáváním z lůžka.

Aktuální ošetrovatelské diagnóza č.3:

Tkáňová integrita porušená, v souvislosti s poškozením struktur, projevující se poškozením tkání (operační ránou na hrudníku vpravo velikost rány 5 cm, v axile o velikosti 5 cm), poruchou mobility pravé horní končetiny

Priorita: střední.

Cíl: dlouhodobý - pacientka má zhojenou op. ránu per primam - do 14 dnů,

krátkodobý - pacientky je plně informovaná o zásadách péče o ránu - do konce hospitalizace.

Výsledná kritéria:

- pacientka chápe potřebu časně RHB - do 1 dne,
- pacientka má op. ránu bez zarudnutí, sekrece - do 2 dnů,
- pacientka se zapojí do léčebného procesu, dodržuje léčebný proces - do 2 dnů,
- pacientka zná péči o op. ránu - 3 dnů,
- pacientka sama aktivně provádí prevenci komplikací (rehabilituje s pravou horní končetinou, dodržuje léčebný režim) - do 3 dnů.

Ošetrovatelské intervence:

- (1) zhodnot' stav kůže - turgor - do 1 hodiny - sestra ve službě,
- (2) zhodnot' stav op. rány, okolí op. rány - zarudnutí, sekrece z rány - 1x denně - sestra ve službě,
- (3) sleduj pravidelně odpad z Redonových drénů, a dle potřeby vyměňuj - 1x denně - sestra ve službě,

- (4) asistuj lékaři při převazu, pečuj asepticky o op. ránu i zavedenou drenáž z operačních polí - denně - sestra ve službě,
- (5) pobízej aktivně pacientku k RHB úkonům, popř, prováděj RHB s pacientkou - 2x denně - sestra ve službě, fyzioterapeut,
- (6) edukuj pacientku o léčebném režimu, preventivních opatřeních, o potřebě spolupráce při časně RHB - do 1 dne - sestra ve službě,
- (7) zaznamenej do dokumentace všechny změny - ihned - sestra ve službě.

Realizace dne 11.9.:

V 9 hod. pacientka byla přivezena z operačního sálu. Poté jsem zhodnotila stav kůže - kůže hydratovaná, turgor normální.

V odpoledních hodinách jsem asistovala lékaři při převazu operačních ran - krytí ran neprosakovalo, operační rány byly klidné, bez známek zarudnutí nebo infekce. Operační rány byly kryty s Betadine roztokem a sterilními čtverci. Odpad z drénů z operačních polí byl 150 ml za den. Zapsali jsme vše do dokumentace převaz, vzhled rány při převazu, i odpad z drénů do příjmu a výdeje, který se má měřit.

Pacientka byla edukována o nutnosti od zítra začít s RHB cviky - nácvik běžných denních činností. Další den měl dorazit fyzioterapeut a poradit pacientce s vhodnými cviky po operaci. Pacientka byla předána noční směně ve stabilizovaném stavu.

Hodnocení dne 11.9.: Cíl splněn částečně. V ošetrovatelských intervencích bylo pokračováno v číslech 2, 3, 4, 5, 6, 7 - do celkového zhojení operační rány. Rány byly bez známek infekce. Operační rány byly kryty sterilními čtverci s desinfekcí a krytí ran neprosakovalo. Pacientka se pohybovala v rámci možností na lůžku. Pacientka zvládala v průběhu dne sama aktivně přijímat tekutiny per os.

Aktuální ošetrovatelské diagnóza č.4:

Strach [z výsledků operace, budoucnosti] v souvislosti s odloučením od podpory v potencionálně stresující situaci (hospitalizace), projevující se slovním sdělením obav.

Priorita: střední.

Cíl: dlouhodobý - pacientka nemá strach - do 14 dnů,

krátkodobý - pacientka je schopna verbálně vyjádřit své pocity - do 7 dnů.

Výsledná kritéria:

- pacientka zná postupy péče o své tělo po operaci - do 2 dnů,
- pacientka ví, kde získat informace - do 3 dnů,
- pacientka verbálně sdělí zmírnění strachu - do 3 dnů
- pacientka se aktivně ptá na problematiku, co jí tíží - do 4 dnů,
- pacientka je schopna verbálně vyjádřit své pocity nejen zdravotnickému personálu, ale i rodině - do 6 dnů,

Ošetřovatelské intervence:

- (1) posuď příčiny a vyvolávající faktory a schopnost pacientky se aklimatizovat - do konce hospitalizace - sestra ve službě,
- (2) posuď psychický stav pacientky - 1x denně - sestra ve službě,
- (3) všiměj si znepokojivého chování u pac. - denně - sestra ve službě,
- (4) sleduj interakci mezi pac. a rodinou - denně - sestra ve službě,
- (5) motivuj pac. ke slovnímu vyjádření obav, nejen zdravotnickému personálu, ale i rodině - denně - sestra ve službě,
- (6) informuj pacientku o možnosti kontaktu svépomocných skupin v jejím okolí - do konce hospitalizace - sestra ve službě,
- (7) zaznamenej změny do dokumentace, popř. informuj lékaře - při potřebě - sestra ve službě.

Realizace dne 11.9.:

V 9 hod. byla pacientka přivezena z operačního sálu.

V 10 hod. jsem odebírala anamnézu od pacientky a pacientka se svěřila s obavami z budoucnosti, změny vzhledu. Udávala obavy, aby se nezměnilo i chování rodiny k ní. Nechtěla, aby vnoučata věděla, na jaké byla operaci.

Pacientka byla celý den spíše unavená, celý den pospávala po proběhlém operačním výkonu, proto o této problematice příliš nehovořili a bylo by lépe se na toto téma zaměřit v dalších dnech. Promlouvat s pacientkou o jejích pocitech a problémech, co jí tíží. Měly by se proto na toto téma zaměřit i další rozmluvy s pacientkou. U pacientky jsem si během dne nevšimla dalších jiných znepokojivých náznaků

chování. Bohužel jsem nemohla sledovat interakci pacientky s rodinou, protože na jednotce intenzivní péče byl zákaz návštěv. Dobré by bylo, kdyby byly pacientce doporučeny možné svépomocné skupiny v jejím okolí, aby věděla, že v tomto problému není sama.

Hodnocení dne 11.9.: Cíl nebyl splněn - efekt byl tedy částečný. V ošetrovatelských intervencích pokračují čísla 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7. Především, je zapotřebí se dále věnovat pacientce formou rozhovoru.

Aktuální ošetrovatelské diagnóza č.5:

Nauzea v souvislosti se stavem po anestezii, projevující se verbálním sdělením „pocitu na zvracení“.

Priorita: nízká.

Cíl: dlouhodobý - pacientka nemá nauzeu - do konce hospitalizace,
krátkodobý - pacientka zná možnosti tišení nauzey - do 1 dne.

Výsledná kritéria:

- pacientka zná postup léčby a možnosti tišení nauzey - do 1 hodiny,
- pacientka zná příčiny nauzey - do 1 hodiny,
- pacientka verbálně sdělí zmírnění nauzey po podání antiemetik - do 1 hodiny,
- pacientka přijme dostatek tekutin - 2 500 ml za 24 hodin.

Ošetrovatelské intervence:

- (1) posuď, zda nauzea ovlivňuje příjem tekutin per os za 1 den u pac. - denně - sestra ve službě,
- (2) sleduj účinky podaných léků - á 1 hodina - sestra ve službě,
- (3) zajisti klid na pokoji, čisté, klidné prostředí, bez zápachů - ihned - sestra ve službě, ošetrovatelka,
- (4) přikládej mokrou žínku na čelo - při potřebě - sestra ve službě, ošetrovatelka,
- (5) komunikuj s pacientkou o jejích pocitech - při potřebě - sestra ve službě,
- (6) edukuj pac. o příčinách nauzey - do 1 hodiny - sestra ve službě,

- (7) aplikuj léky (antiemetika) dle ordinace lékaře - při potřebě - sestra ve službě,
- (8) zaznamenávej změny do dokumentace - při potřebě - sestra ve službě.

Realizace dne 11.9.:

V 9 hod. byla pacientka přivezena z operačního sálu.

Kolem půl 11 pacientka sděluje pocit nauzey, proto jsme zkusili čerstvý vzduch a přiložit pacientce mokrou žínku na čelo. O půl hodiny déle pacientka verbálně sdělila neústup nauzey. Po konzultaci s ošetřujícím lékařem bylo podáno antiemetikum. Po 20 minutách po podání antiemetika pacientka sdělila ústup nauzey. Dále již pacientka nauzeu nepocítovala a přijímala tekutiny per os dle plánu z operačního sálu. Za 24 hodin pacientka přijmula 2 500 ml tekutin (infuzní terapie + tekutiny per os).

Po celou dobu směny jsem komunikovala s pac. a při obtížích jsem byla poblíž.

Hodnocení dne 11.9.: Cíl splněn. Ošetřovatelské intervence dále nepokračují. Pacientka udala zmírnění nauzey po podání antiemetik - dle ordinace lékaře. Pacientka dále neudávala pocit nauzey.

6.7 ZHODNOCENÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

V rámci chirurgické léčby a ošetřovatelské péče se stav pacientky zlepšil. Celková pooperační léčba proběhla bez obtíží. Pacientka byla poučena o svém zdravotním stavu a jak dále pečovat o operační ránu, což se dozvěděla v následujících dnech, ve kterých jsem o ni již nepečovala.

Hospitalizaci pacientka snášela po dobu mé ošetřovatelské péče velmi dobře, jen bylo ještě třeba s pacientkou probrat její problémy ohledně strachu spojeného s operačním výkonem a možnými následky či nucenou změnou životního stylu, které příliš pacientka nepochopila.

Stanovila jsem si ošetřovatelské diagnózy a pomocí ošetřovatelských intervencí jsem je i realizovala. Bolest, akutní u pacientky byla omezena na minimum v průběhu hospitalizace a cíl byl splněn. Protože však šlo o pooperační stav bylo tedy potřeba

v ošetrovateľských intervenciách pokračovať. U péče o seba sama nedostatečné byl splnen krátkodobý cíl. Pacientka byla soběstačná v rámci lůžka, popř. s mírnou dopomocí druhé osoby. U tkáňové integrity porušené byl cíl splněn částečně, vzhledem k hojení operačních ran. Avšak operační rána nejevila známky infektu, ani nekrvácela. Bylo však nutné pokračovat nadále v ošetrovateľských intervenciách. Sestra ve službě i nadále sledovala okolí operačních ran, popř. sekreci z ran. Při převazech asistovala lékaři a postupovala vždy asepticky. U strachu cíl nebyl splněn, především proto, že k tomuto cíli je zapotřebí hodně času, komunikace s pacientkou a také je podstatná podpora rodiny. Především tedy dostatek času na individuální rozhovor s pacientkou, ohledně rozmluvy témat, co pacientku tíží. V rámci jednoho dne toto tedy nelze vyřešit. U nauzey byl cíl splněn. Pacientka po podání antiemetik sdělila ústup nauzey. A poté mohla pacientka bez obtíží přijímat tekutiny per os.

V průběhu mé ošetrovateľské péče se nevyskytly žádné infekční komplikace v operačních ranách ani v souvislosti se zavedenými Redonovy drény. Při zavedeném PŽK a PMK také nedošlo k rozvoji infekce.

Pacientka se sama aktivně podílela na pooperační ošetrovateľské péči a rekonvalescenci. V pooperační den byla pacientka soběstačná v rámci lůžka, plně pohybovala s levou horní končetinou.

Pro pacientku by byla vhodná další podrobná edukace o operační ráně. Také velmi důležitá psychická podpora rodiny, na které jí záleží nejvíce.

DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Doporučení pro pacientku po operaci - obecné:

Žena odchází z nemocnice po částečném zhojení operační rány a v této době již zná základní prvky sebeobslužnosti. Poučena je také o hygienické péči operační rány, kdy je pacientce doporučeno sprchování rány vlažnou vodou, která by měla mít 37-38 °C. Nedoporučuje se používání sprchových gelů, či mýdla, které působí spíše dráždivě na kůži. Po celkovém zhojení rány, pacientka smí začít opět používat sprchové gely či mýdlo dle libosti. Začíná také provádět tlakové masáže jizvy, kdy se stlačí kůže do zbělání a poté se opět pustí. Toto se provádí v průběhu celé jizvy. Jizva se při pravidelných masážích uvolní a není tolik zatuhlá.

Dále žena chodí na pravidelné kontroly. Nejdříve jde na vynětí stehů po operaci 10. den po operaci a k výsledku histologie. Za tímto účelem žena navštíví mamologickou ambulanci. Po vynětí stehů pacientka dochází na pravidelné kontroly již na onkologii. Pravidelné kontroly po půl roce, po dobu 5 let, kdy se provádí MG a UZ prsu. Při obtížích přichází dříve.

Při nošení spodního prádla se doporučuje především, aby nedráždilo ránu po operaci či jizvu. Doporučuje se volné spodná prádlo, které se nebude ženě zařezávat do ramene ani nebude příliš obepínat hrudník ženy.

V této práci není popsán případ pacientky, která by potřebovala nějakou prsní náhradu nebo následnou operační úpravu, protože byl odstraněn pouze tumor a lymfatické uzliny z podpaží. Pacientka nemá prs o moc menší než-li druhý, protože tumor měl malý rozměr a nebylo zapotřebí odstraňovat příliš tkáně.

Operační rána se doporučuje neslunit minimálně po dobu 1 roku, především jako preventivní opatření alergických reakcí kůže na sluneční záření. Ženě se spíše doporučuje tyto plochy zakrývat oblečením, pokud se chce slunit, nebo použít krém s UV faktorem 50-60.

Ženě se dále doporučuje další aktivní vyhledávání onemocnění. V rodinné anamnéze - informovat vlastní rodinu, aby se zaměřili na prevenci onemocnění (samovyšetřování prsů, účast v rámci mamografického screeningu) a nepodceňovali toto onemocnění, nemusí to být ojedinělý výskyt. I žena sama chodí na pravidelné kontroly, proto by neměla doufat, že po odstranění se jí nemůže toto onemocnění nikdy vrátit. Je zde také možnost duplicitního výskytu tumoru v druhém prsu, proto by tuto možnost neměla žena podceňovat.

Další problematikou bývá stres, který je po operaci přítomný ve většině případů. Proto je samozřejmě lépe, když o tomto problému žena je schopná hovořit otevřeně a nestydět se za to, že má strach a to ji stresuje, protože to poté dostává do stresu i celou rodinu. Je možné samozřejmě problémy ženy probrat nejen s ošetřujícím lékařem, ale i zdravotnickým personálem, rodinou, nebo i odborníkem - psychologem. Důležitá je také edukace rodiny, o potřebě ženu nenechat dělat ani dříve běžné denní domácí práce, např. nošení nákupu je naprosto nevhodná aktivita u žen po odstranění uzlin z podpaží, nebo mytí oken, věšení záclon, prádla do výšky, apod. V tomto případě je zapotřebí, aby si rodina domácí práce rozdělila a převzala, za ženu, takového aktivity. Dost podstatné je, aby byla edukována rodina, již z nemocničního zařízení a nechtěla o tomto doma se ženou diskutovat, „že to přeci zvládne“. Protože poté, by to nemělo na ženu nijak kladný vliv. Vhodní by mohli být v této chvíli dobrovolníci, kteří by mohli v domácnosti ženě vypomoci. Vhodní by byli především u žen, které nemají žádnou rodinu, nebo rodina pro toto nemá pochopení, by to bylo obrovské pozitivum a bylo by to i řešením problému.

Žena má mít také možnost kontaktovat svépomocné skupiny (Příloha E), ve kterých jsou organizovány ženy s podobnými či dokonce stejnými problémy a mohou se navzájem podporovat nejen psychicky, ale i si poradit se zkušenostmi.

Po odstranění uzlin:

Po operaci vzniká porušení lymfatické drenáže horní končetiny a je tedy zapotřebí včas zahájit rehabilitační cvičení (Příloha C) s operovanou končetinou. Začíná se dechovými cvičeními a nácvikem správného držení těla. V prvních pooperačních dnech jsou cviky zaměřeny na jemnou mobilizaci oblasti ramene, paže, lokte, zápěstí

a prstů ruky operované končetiny. Doporučuje se začít se cviky prstů ruky jako je opozice palce (palec se dotkne všech prstů). Doporučují se tzv. „pumpovací“ cviky - což je zatnutí pěsti, napnutí všech svalů na paži a držení tohoto napětí. Procvičování stisku ruky pomocí míčku v dlani či mačkání papíru. Postupně se začíná se cviky, kdy se zvedá končetina - přes rozcvičení lokte, otáčení dlaně vzhůru a dolů, po zvedání celé horní končetiny nad hlavu. Cviky vleže: žena leží na pohodlé podložce a zvedá končetiny za hlavu, kmitá končetinami ve vzduchu nad hlavou, protahuje končetiny za hlavu. Cviky v sedu: s podloženou končetinou a pomalu pročesává vlasy na stejné straně hlavy. Dále cviky ve stoji: kyvadlový pohyb paže prováděný ve stoje, v předklonu, s předloktím opřeným o opěradlo židle, kdy se rukami nedjříve kmitá a posléze se vytváří kruhy. Návčik šplhu končetiny po zdi. Zvedání končetin nad hlavu. Většinu cviků je nejlépe provádět před zrcadlem - pro lepší kontrolu symetrie pohybů. Po dobu 10-15 minut, 3x a vícekrát denně, ale nikdy necvičit přes bolest. Cvičení by se mělo provádět jako udržovací a mělo by se cvičit 10 minut denně. Cviky by měly být prováděny pomalu a tahem. Vhodné je provádět masáže jizvy. Masírovat se nesmí uvnitř nebo na okraji podpaží na operované straně. S masážemi se začíná vždy až po ukončení léčby. Po odstranění stehů se masíruje okolí jizvy, směrem k řezu. Po zhojení rány se může masáž provádět i přes jizvu - tlakové masáže, samozřejmě pouze mírným tlakem. K promazávání kůže je nejlépe používat čerstvé sádlo bez soli nebo měsíčkovou mast. Operovaná končetina se má vyvarovat okamžité zvýšené námaze, postupným tréninkem činností, je možné se k některým úkonům časem vrátit. Vhodné je také vyvarovat se nejen vysoké teplotě, ale i chladu - na dané končetině.

V případě odstranění uzlin je důležitá prevence pooperačního otoku paže (lymfedému). Lymfedém se může objevit i několik let po operaci. Proto by se žena měla vyhýbat úkonům na dané končetině - jako jsou odběry krve, měření krevního tlaku, nošení nákupu, hodinky či prstýnky zařezávající se do ruky. Kabelku nosit na druhém rameni. Volit vhodný oděv - neobepínající, prodyšný oděv. Důležitá je volba i vhodného spodního prádla - podprsenky. Volba se řídí především dle toho, jestli materiál, či švy oblečení nedráždí operační ránu nebo jizvu. Je také lépe nespát na operované končetině, ani si ji nepodkládat za hlavou, během spánku nebo odpočinku. Vhodná je také polohová drenáž, kdy se končetina ukládá nad úroveň srdce, za účelem snížení otoku končetiny, např. při lehu na zádech je horní končetina na polštáři vedle

těla (dlaň je výš nežli rameno). Při otoku paže nereagujícím na rady a cviky výše uvedené, je také možnost použití elastického návleku na končetinu. Tento návlak se užívá při oteklé končetině, pouze přes den a jen po konzultaci s odborným pracovníkem, zabývajícím se léčbou otoků. Za účelem odstranění otoků, je možné také navštívit odborné pracoviště na léčbu lymfedému, tedy pracoviště provádějící lymfodrenáže. Samozřejmě je třeba o tomto problému informovat lékaře při kontrole.

Doporučení pro rodinu:

Pro duševní klid ženy je zapotřebí i rodinná psychická pohoda. Jsou-li spolu schopni partneři hovořit otevřeně, o problémech, o potřebách a vzájemně se podporovat, poté je toto ideální scénář, aby zhojení bylo bez následků.

Žena má mít další plány do života. To je také takový poháněcí motor, co ženu postrkuje do další pozitivní budoucnosti a víru v lepší zítřek.

Důležitá je již zmíněná informovanost rodiny o možnosti dalšího rodinného výskytu takového onemocnění a zapojení se do preventivních opatření. Mezi taková patří účastnit se mamografického screeningu - pravidelné kontroly u gynekologa, pravidelné samovyšetřování prsů - 1x měsíčně.

Podpora v běžných denních činnostech od rodiny je pro ženu velmi důležitá. Rodina by si měla být schopna poradit i bez přispění ženy k dílu. Protože žena potřebuje čas na rekonvalescenci a toto si rodina musí uvědomit. Doted' se žena starala o ně, nyní nastal čas jí to oplatit a nechat ji pečovat o své zdraví.

Důležitou roli v péči o pacienty/tky po operačním řešení hrají také nelékařští zdravotničtí pracovníci (všeobecné sestry, zdravotničtí asistenti...), jsou totiž nedílnou součástí nemocniční péče. Ti jsou totiž s pacienty/tkami v každodenním kontaktu a je tedy třeba, aby byli náležitě informováni a mohli pacienty/tky dále edukovat o dalších potřebných procedurách, čemu by se měli naučit a čemu naopak vyvarovat. Možných pooperačních změnách a následcích a jak se takovým možným následkům lze vyvarovat. Proto je také důležité **doporučení pro zdravotnický personál:**

Důležitá je motivace ženy - především další plány do budoucna. Co ještě zvládne a dokáže. Zažije s vnoučaty ještě jejich další důležité pokroky jako: nástup do školky, chození na výlety do přírody.

Edukace ženy v RHB cvičeních, které začínají v rámci hospitalizace po operaci a pacientka jsou vhodné a které pohyby a činnosti nedělat. Začít cviky s mírným tahem, a „pumpovacími“ cviky, přes mobilizaci v lokti a rameni. I zdravotnický personál by měl tato cvičení znát a mít možnost pacientku opravit při užití nevhodného cviku.

Edukace ženy o nevhodných zákrocích na operované končetině. Nenechat si na dané končetině odebírat krev, měřit krevní tlak, zvolit vhodný oděv, který nebude nikde tísnit. Zvolit vhodné spodní prádlo, které neškrtí.

Také by byli vhodní dobrovolníci, kteří by s pacientkou během hospitalizace hovořili a motivovali ji dál.

Edukovat pacientku o možnosti kontaktu svépomocných skupin ve svém okolí.
(Příloha D).

ZÁVĚR

Rakovina je druhá nejčastější příčina úmrtí (po chorobách srdce a cév), onemocnění prsu je v dnešní době nejčastějším maligním onemocněním žen u nás. Proto je důležité se zajímat o aktuální témata, abychom o nich více věděli a mohly se před nimi chránit, jejich prevencí.

Cílem bakalářské práce bylo zpracovat ošetrovatelský proces u pacientky po operaci mléčné žlázy, poukázat na důležitost včasné diagnostiky tohoto onemocnění. Také na možnou léčbu a následné možnosti náhrad, při plném či částečném odstranění prsu. Dále navrhnout a realizovat plán ošetrovatelské péče. Zde byl použit model Virgnie Hendersonové a tento model i vyhovoval potřebám a možnostmi celkového zhodnocení stavu pacientky. Myslím si, že byl použit vhodně tento model a byly popsány i zhodnoceny všechny systémy pacientky.

Aplikovala jsem ošetrovatelskou péči o pacientku po operaci, dobu jednoho dne. Pacientka byla v akutním stavu po operaci přivezena na JIP, kde jsem plnila všechny ordinace lékaře. A pečovala o pacientku s cílem celkového uspokojení pacientky. Pacientka vše zvládala, jak nejlépe mohla a obdivuji ji za to, jak se snažila, co nejdříve aktivizovat na lůžku. Přes občasný pocit bolesti se snažila vše zvládnout, aby mohla brzy odejít do domácího léčení. Pro pacientky stav by bylo dobré, kdyby v následujících dnech za pacientkou měla přístup rodina, aby jí mohla být psychickou podporou v dalších pooperačních dnech a při dalších RBH cvičeních.

SEZNAM LITERATURY

ABRAHÁMOVÁ, J. a kol., 2009. *Co byste měli vědět o rakovině prsu*. Praha: Grada Publishing. 138 s., ISBN 978-80-247-3063-9.

Anatomie prsu [online]. XO, NEJSI NA TO SAMA (Copyright © 2012) [cit.2013-22-11]. Dostupné na: <http://www.rakovinaprsu.cz/prsa-a-rakovina/anatomie-prsu/> .

ARCHALOUSOVÁ, A., 2003. *Přehled vybraných ošetrovatelských modelů*. Nukleus HK. s. 3-17, 21-23. ISBN 80-86225-33-X.

BIOPTICKÁ LABORATOŘ. *Prognostické faktory u karcinomu prsu* [online]. (Copyright © 2002-2012), [cit.2013-22-11]. Dostupné na: <http://www.mamma.cz/progno/progno-01.html>

BOROŇOVÁ, J., 2010. *Kapitoly z ošetrovatelství I*. Plzeň: Maurea. S. 66. ISBN 978-80-902876-4-8.

DOENGES, M. E. a kol., 2001. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. Grada Publishing. 451 s. ISBN 80-247-0242-8.

DIENSTBIER, Z. *Rakovina prsu u žen*. Praha: Liga proti rakovině. 18 s. ISBN neuvedeno - brožurka.

FRANKLIN, C. a kol., 1999. *Jak předcházet rakovině prsu*. Praha: Pragma. 175 s. ISBN 80-7205-639-5.

HŮSKOVÁ, J. a kol., 1999. *Ošetrovatelství chirurgie, pediatrie, gerontologie 2.část*. Uherské Hradiště: Středisko služeb školám. S.119-126.

INSTITUT BIOSTATISTIKY A ANALÝZ. *Nádory prsu u mladých žen* [online]. (Copyright © 2013) [cit.2013-27-10]. ISSN 1804-0861. Dostupné na: <http://www.mamo.cz/index.php?pg=pro-lekare--epidemiologie-karcinomu-prsu#top>

KOCINOVÁ, S. a kol., 2003. *Přehled nejužívanějších léčiv*. Praha: Informatorium. 93 s. ISBN 80-7333-012-1.

MACKŮ, F. a kol., 2012. *Gynekologie*. Praha: Informatorium. S. 25-26, 36, 49-50, 70, 132. ISBN 80-7333-001-6.

MACHÁČKOVÁ, E. a kol. Příloha č.1. In: *Klinická onkologie*. Ročník 19, číslo duben 2006, s. 105-108. ISSN 0862-495 X.

MEDITORIAL. *Karcinom prsu* [online]. (Copyright © 2013) [cit. 2013-05-12]. ISSN 1803-5450. Dostupné na: <http://www.lecba-rakoviny.cz/lecba-prs>

MICHNIVICZ, J. J., 2002. *Rakovina prsu a zdravá výživa*. Praha: Pragma. S. 13-102. ISBN 80-7205-910-6.

NĚMCOVÁ J. a kol., 2013. *Skripta k předmětům Výzkum v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci* Plzeň: Maurea. 106 s. ISBN 978-80-902876-9-3.

PAVLÍKOVÁ, S. 2006. *Modely ošetrovatelství v kostce*. Praha: Grada Publishing. S. 43-51. ISBN 978-80-247-1211-6.

SOBIN, L. H. a kol., 2004. S. *TNM klasifikace zhoubných novotvarů*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky. S. 111-119. ISBN 80-7280-391-3.

Velký lékařský slovník [online]. Praha: Maxdorf (Copyright © 2008) [cit. 2014-05-02]. Dostupné na: <http://lekarske.slovniky.cz/>

VOKURKA, M. a kol., 2000. *Praktický slovník medicíny*. Praha: Maxdorf. ISBN 80-85912-38-4.

VYHNÁNEK, F. a kol., 2003. *Chirurgie II*. Praha: Informatorium. S. 96. ISBN 80-7333-007-5.

WALD, M. a kol., 2009. *Komplexní ošetrovatelská péče o pacientky s nádorovým onemocněním prsu*. Přednáška: 2. LF UK v Praze a FN Motol.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A - Prsní kvadranty a procentuelní postižení, Vyhnánek, 2003, s. 96	I
Příloha B - Samovyšetření prsu, Hůsková, 1999, s. 120-121	II
Příloha C - Cvičení po operaci prsu, Jak dál po léčbě rakoviny, Masarykův onkologický ústav, dostupné na: http://www.mammahelp.cz/jak-dal-po-lecbe-rakoviny12.php , 2012	III
Příloha D - Seznam patientských organizací a kontaktů, Projekt 35, dostupné na: http://projekt35.cz/organizace.php	VII
Příloha E - Čestné prohlášení	XIII

Příloha A

Prsní kvadranty a procentuelní postižení

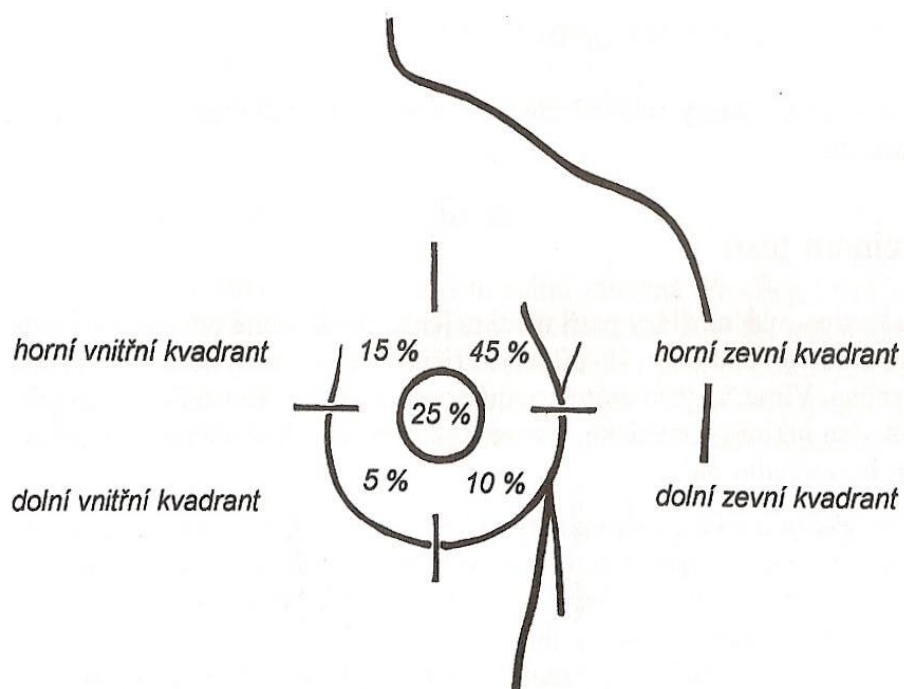
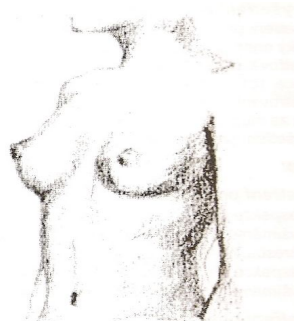
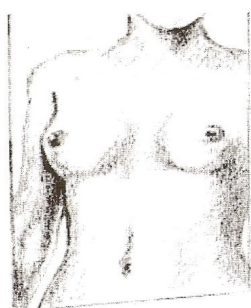


Schéma prsních kvadrantů, procenta udávají výskyt rakoviny mléčné žlázy v jednotlivých prsních segmentech

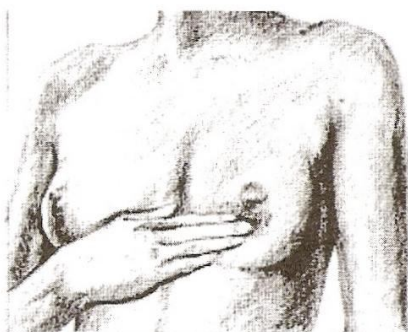
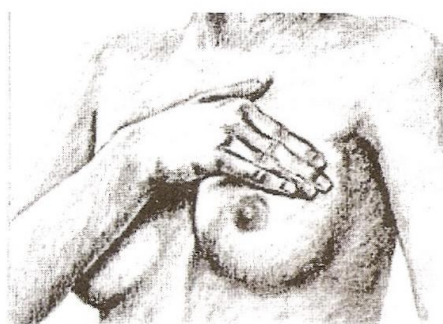
Zdroj: VYHNÁNEK, 2003, s. 96.

Příloha B

Samovyšetření prsu



Vyšetření pohledem vestoje před zrcadlem.



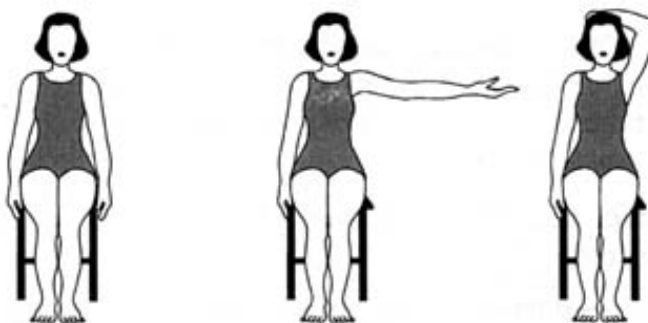
Zdroj: HŮSKOVÁ, 1999, s. 120-121.

Příloha C

Cvičení po operaci prsu

Cvik č. 1

Posadte se vzpřímeně na stoličku. Uchopte rukou na neoperované straně sedadlo. Upažte paži na operované straně dlaní vzhůru a velkým obloukem se snažte uchopit ucho na opačné straně. Paži zpětným obloukem vraťte zpět. Cvik opakujte šestkrát. Mezi každým cvičením si odpočiňte.



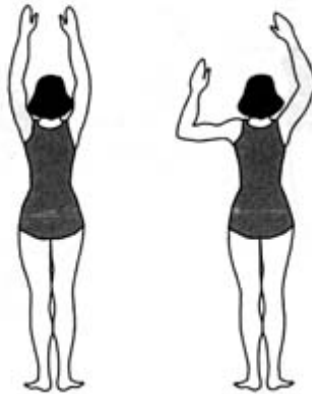
Cvik č. 2

Postavte se rozkročmo s napnutými koleny, vztyčenou hlavou a ruce si spojte před tělem. Spojené ruce předpažte a vztyčte nad hlavu a stále spojené položte za hlavu. Spojené ruce vraťte opačným cvikem zpět před tělo. Přidávejte postupně počet cviků do šesti opakování. Mezi cviky si odpočiňte.



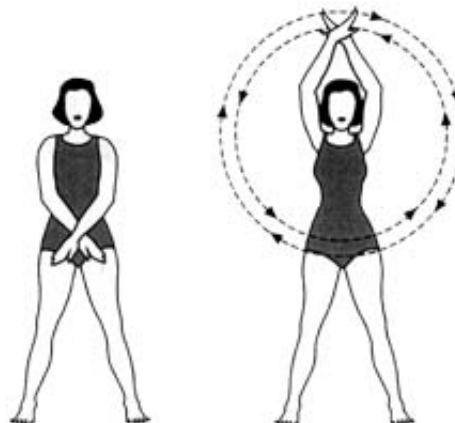
Cvik č. 3

Postavte se obličejem proti stěně. Ohněte paže v loktech a opřete se dlaněmi ve výši ramen o stěnu. Posunujte paže po stěně vzhůru do rozpažení. Pomalu posuňte ruce po stěně zpět. Nechte ruce spuštěné. Odpočiňte si. Hlavu můžete opřít o stěnu. Opakujte šestkrát.



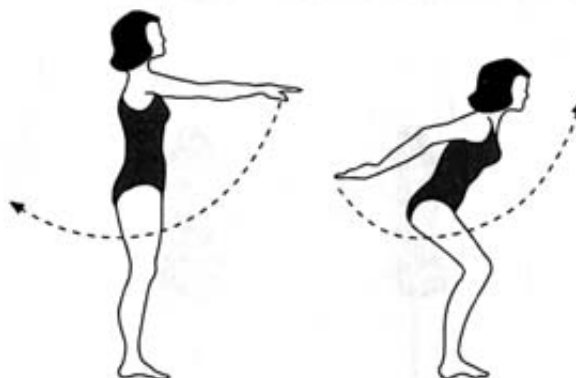
Cvik č. 4

Ve vzpřímeném postoji překřížte paže před tělem. Vysuňte ramena vpřed. Oběma pažemi kroužíte před tělem v protisměru pomalými a rychlými pohyby. Kroužíte zprvu zvolna a později můžete zrychlovat. Zpomalte a odpočiňte si.



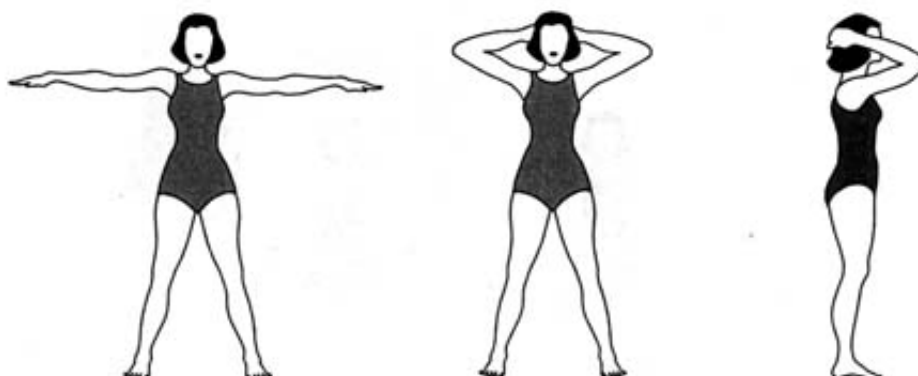
Cvik č. 5

Začínáte vestoje se svěšenými pažemi. Švihejte pažemi vpřed a vzad až do výše ramen v mírném předklonu s mírně pokrčenými koleny. Opakujte opět šestkrát.



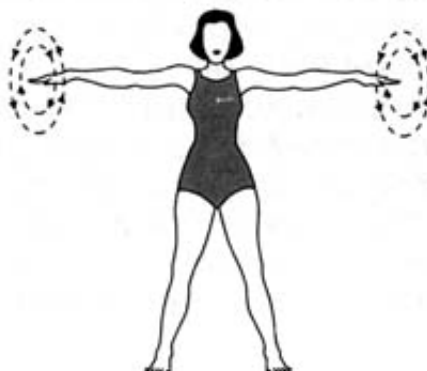
Cvik č. 6

Ve stoji rozkročmo upažíte do výše ramen. Pokrčte paže v loktech a spojte si ruce za hlavou. Tlačte paže lokty vpřed a zpět. Rozpojte ruce a upažte. Ruce dejte opět za hlavu a lokty s rameny tlačte vpřed. Provedete šestkrát. Uvolníte paže a upažením připažíte. Mezi cviky si můžete udělat klidovou pauzu.



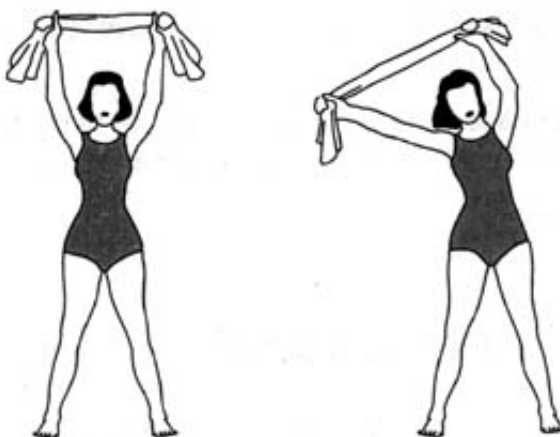
Cvik č. 7

Stojíte zpříma s roznoženýma nohama. Upažíte, zdvihnete ramena a kroužíte pažemi v malých a postupně se zvětšujících kruzích. Kruhy opět zmenšujete. Po ukončení kroužení připažíte a paže necháte volně viset. Cvičíte cvik tak dlouho, abyste se nevysílila.



Cvik č. 8

V základním vzpřímeném postoji rozkročmo vzpažíte a v rozpažených rukou asi 60 až 80 cm od sebe držíte ručník. Ukláníte se s rukama nad hlavou v horní polovině těla na obě strany. Cvik opakujte šestkrát.



Zdroj: Jak dál po léčbě rakoviny, Masarykův onkologický ústav, 2012.

Příloha D

Seznam patientských organizací a kontaktů

ALEN, Vratislavova 156/22, 128 00, Praha 2

Kontaktní osoba: Daniela Kelišová

Telefon: 224 916 216, e-mail: d.kelisova@seznam.cz

AMA - sdružení onkologických pacientů a přátel, Fr. Malíka bl.730/997/12, 434 01, Most

Kontaktní osoba: Eva Vrkoslavová

Telefon: 476 172 212, e-mail: ama.sop@seznam.cz

ARCUS - ONKO CENTRUM, Nám. Osvobození 451, 470 01, Česká Lípa

Kontaktní osoba: Jana Koželská

Telefon: 487 522 259, e-mail: info@arcus-oc.org

ARCUS ONKO LYMFO CENTRUM, 603 00, Brno

Kontaktní osoba: Miroslava Slezáková

Telefon: 543 184 240

ARCUS Liberec SOP, Šimáčkova 451, 460 01, Liberec

Kontaktní osoba: Marie Plischková

Telefon: 485 122 842, e-mail: arcus.liberec@seznam.cz

ARCUS - Život, Budivojova 14, 370 04, České Budějovice

Kontaktní osoba: Edith Šrámková

Telefon: 386 359 464, e-mail: sramkovi@email.cz

BENKON, Vnoučkova 1600, 256 01, Benešov

Kontaktní osoba: Hana Beranová

Telefon: 317 791 008, e-mail: ips_mrac@volny.cz

CENTRUM nezávislého života v Českém ráji a Podkrkonoší, Sv. Čecha 889, P.O. Box 99, 506 01, Jičín

Kontaktní osoba: Věra Pourová

Telefon: 493 522 018

CENTRUM PORTUS, Baarova 1287/5, 415 01, Teplice

Kontaktní osoba: Eva Mžourková

Telefon: 417 534 073, 417 538 604, e-mail portus@tiscali.cz

Českolipská VESNA, Brněnská 2559, 470 06, Česká Lípa

Kontaktní osoba: Milada Sedláčková

Telefon: 487 825 988, e-mail cl.vesna@atlas.cz

JAKOP, Na Výšině 15, 466 01, Jablonec n. Nisou

Kontaktní osoba: Libuše Slámová

Telefon:

483 320 533, e-mail jakop.onko@seznam.cz

JANTAR, Na Balkáně 94, 130 00, Praha 3

Kontaktní osoba: Marie Koudelková

Telefon: 224 915 666, 266 315 297, e-mail marie.koudelkova@centrum.cz

KAPKA 97, Kochova 1185, 430 01, Chomutov

Kontaktní osoba: Marcela Vorosová

Telefon: 474 621 010, e-mail mvorosova@seznam.cz

Klub DIANA, Žlutý kopec 7, 656 53, Brno

Kontaktní osoba: Jana Barvínková

Telefon: 543 134 314, e-mail dianaklub@post.cz

Klub MARIE, Dukelská 685/13, 739 61, Třinec

Kontaktní osoba: Marie Adamusová

Telefon: 558 304 501, e-mail klubmarie@tv.trinec.cz

Klub NADĚJE, Třebíčská 56a, 594 01, Velké Meziříčí

Kontaktní osoba: Květa Doležalová

Telefon: 566 522 442

Klub ONKO DUHA, Družstevní 1169, Vsetín

Kontaktní osoba: Bpžena Rašková

Telefon: 571 414 508, e-mail zmajanov@volny.cz

Klub ZVONEK, sdružení zdravotně postižených v ČR, Plzeňská 104, 267 01, Králův Dvůr u Berouna

Kontaktní osoba: Jarmila Dolejší

Telefon: 311 693 529

Klub ŽAP - ženy s nádorovým onemocněním, Kladrubská 305, 199 00, Praha 9

Kontaktní osoba: Dana Hybšová

Telefon: 283 920 891, e-mail klub.zap@seznam.cz

KON (Klub onkologicky nemocných), Husitská 621, 530 06, Pradubice

Kontaktní osoba: Alena Nováková

Telefon: 466 265 368, e-mail ajka.novakova@seznam.cz

Liga proti rakovině Brno, Žlutý kopec 7, 656 53, Brno

Kontaktní osoba: Milada Šachlová

Telefon: 543 136 205, e-mail sachlova@mou.cz

Liga proti rakovině Náchod, Masarykovo nám. 1, 547 01, Náchod

Kontaktní osoba: Ina Mikšová

Telefon: 491 405 266, e-mail lpr@atlas.cz

Liga proti rakovině, sdružení onkologických pacientů a přátel, Horova 1184, 500 02, Hradec Králové 2

Kontaktní osoba: Pavlína Petříková

Telefon: 495 539 006, e-mail svoboda.vaclav.hk@seznam.cz

Liga proti rakovině Šumperk, Nám. republiky 4, 787 01, Šumperk

Kontaktní osoba: Jiřina Koutná

Telefon: 583 213 873, e-mail lpr.koutna@seznam.cz

Mamma HELP, U Vinohradské nemocnice 2256/4, 130 00, Praha 3

Kontaktní osoba: Jana Drexlerová

Telefon: 272 731 000, e-mail praha@mammahelp.cz

Mamma HELP, Nerudova 7, 602 00, Brno

Kontaktní osoba: Jana Zrnečková

Telefon: 549 216 595, e-mail brno@mammahelp.cz

Mamma HELP, Wonkova 432, 500 02, Hradec Králové

Kontaktní osoba: Renata Koutná

Telefon: 495 221 947, e-mail hradec@mammahelp.cz

Mamma HELP, nám Přerovského povstání 2803/1, 750 02, Přerov

Kontaktní osoba: Marta Metelková

Telefon: 739 018 868, e-mail prerov@mammahelp.cz

Občanské sdružení OÁZA, Tř. Tomáše Bati, 2132, 760 01, Zlín

Kontaktní osoba: Maděžda Chytíková

Telefon: 577 225 129, e-mail oaza-zlin@volny.cz

ONKO KLUB, Zářečná 1522, 347 01, Tachov

Kontaktní osoba: Jana Sobotková

Telefon: 374 728 474, e-mail edit.p@quick.cz

ONKO KLUB AREA, Dostojevského 3, 568 02, Svitavy

Kontaktní osoba: Zdena Brandejsová

Telefon: 461 535 325, e-mail zbrendy@seznam.cz

ONKO-Naděje, SOP Karviná, KHN, a.s., Zakladatelská 975/22, 734 01, Karviná –

Nové Město

Kontaktní osoba: Blažena Monczková

Telefon: 596 312 487, 596 338 177, e-mail onko.nadeje@quick.cz

ONKO klub SLUNEČNICE, Na etné 47, 779 00, Olomouc

Kontaktní osoba: Miluška Chalupová

Telefon: 585 311 679, e-mail karla.halouzkova@centrum.cz

ONKO Rokycany, Zeyerova 347/II., 337 01, Rokycany

Kontaktní osoba: Anna Šimová

Telefon: 371 723 419, e-mail onko.rokycany@seznam.cz

ONKO-AMAZONKY Ostrava, SOP, Ostrčilova 19, 702 00 Mor. Ostrava

Kontaktní osoba: Ludmila Váchová

Telefon: 595 136 383, e-mail onko.amazonky@volny.cz

ONKO-NIKÉ Krnov, OD Prior-Zámecké nám. 4, 794 01, Krnov

Kontaktní osoba: Jarmila Novotná

Telefon: 554 605 173, e-mail jarkaa@centrum.cz

REZONANCE, o.s., Horova 962/7, 400 01, Ústí nad Labem

Kontaktní osoba: Květa Roubíčková

Telefon: 475 201 430, e-mail rezonance@volny.cz

SPCCH v ČR, ZO INNA, Erbenova 5, 736 01, Havířov

Kontaktní osoba: Anna Stráníková

Telefon: 596 812 300, e-mail innahavirov@seznam.cz

SPCCH v ČR, ZO NADĚJE, Jabůrkové 1602, 738 02, Frýdek - Místek

Kontaktní osoba: Eva Kosturová

Telefon: 558 431 889, e-mail czudkova@vuhz.cz

SPCCH v ČR, ZO ONKO DIANA, Dolní 26, 796 01, Prostějov

Kontaktní osoba: Ivana Pařízková

Telefon: 582 351 440, e-mail onko-diana@email.cz

SPCCH v ČR, ZO ONKO ZLÍN, Dlouhá 164, 760 01, Zlín

Kontaktní osoba: Marie Schneiderová

Telefon: 577 226 676, e-mail zo.onkozlin@centrum.cz

SPCCH v ČR, ZO ONKO ISI, B. Němcové 43, 746 06, Opava 6

Kontaktní osoba: Marie Laníková

Telefon: 553 718 549, e-mail ivos@centrum.cz

SPCCH v ČR, ZO REHA ONKO, Koperníkova 15, 301, 00, Plzeň

Kontaktní osoba: Jana Pechlátová

Telefon: 377 221 964

Ústecký ARCUS, budova Podzemních staveb, Velká Hradební 2800/54, 400 01, Ústí
n. Labem

Kontaktní osoba: Margareta Jaglová

Telefon: 475 211 513

VIKTORIA – Liga proti rakovině, Purkyňova 4, 412 01, Litoměřice

Kontaktní osoba: Jana Otevřelová

Telefon: 416 733 560, e-mail milada.otevrelova@lovochemie.cz

Violka Třebíč, Vltavínská 1376, 674 01, Třebíč

Kontaktní osoba: Alžběta Konečná

Telefon: 568 821 147, e-mail czp.tr@volny.cz

ZO ONKO HYGIE, Severní 3, 360 05, Karlovy Vary

Kontaktní osoba: Milada Benešová

Telefon: 353 566 202

Zdroj: PACIENTSKÉ ORGANIZACE A KONTAKTY, 2013

Příloha E

Čestné prohlášení

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem zpracovala údaje/podklady pro zpracování praktické části bakalářské práce s názvem Ošetřovatelský proces u pacientky s karcinmem mléčné žlázy v rámci studia/odborné praxe realizované v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické, o.p.s., Duškova 7, Praha 5.

V Praze dne

.....
Jméno a příjmení studenta