

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

**OŠETROVATEĽSKÝ PROCES U PACIENTKY S
PLASTICKO-CHIRURGICKOU REKONŠTRUKCIOU PO
ABLÁCIÍ PRSNÍKA**

BAKALÁRSKA PRÁCA

MÁRIA PETRIĽÁKOVÁ

Praha 2015

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

**OŠETROVATELSKÝ PROCES U PACIENTKY S
PLASTICKO-CHIRURGICKOU REKONŠTRUKCIOU PO
ABLÁCIÍ PRSNÍKA**

Bakalárska práca

MÁRIA PETRIÁKOVÁ

Stupeň vzdelania: bakalár

Názov študijného oboru: Všeobecná sestra

Vedúci práce: PhDr. Ivana Jahodová

Praha 2015



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

Petril'áková Mária
3. A VS

Schválení tématu bakalářské práce


Na základě Vaší žádosti ze dne 14. 4. 2014 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Ošetrovatelský proces u pacientky s plasticko-chirurgickou
rekonstrukcí po ablaci prsu

*Nursing Process for Female Patients with Plastic-surgical
Reconstruction after Ablation of Breast*

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Ivana Jahodová

V Praze dne: 1. 9. 2014


doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.
rektorka

PREHLÁSENIE

Prehlasujem, že som bakalársku prácu na tému „Ošetrovateľský proces u pacientky s plasticko-chirurgickou rekonštrukciou po ablácií prsníka“ vypracovala samostatne a všetky použité zdroje literatúry som uviedla v zozname použitej literatúry.

Súhlasím s prezenčným sprístupnením svojej bakalárskej práce.

V Prahe dňa

podpis

POĎAKOVANIE

Rada by som poďakovala svojej vedúcej bakalárskej práce PhDr. Ivane Jahodovej za skvelé odborné vedenie práce, trpezlivosť, ochotu, cenné rady a pripomienky.

ABSTRAKT

PETRIĽÁKOVÁ, Mária. *Ošetrovateľský proces u pacientky s plasticko-chirurgickou rekonštrukciou po ablácií prsníka*. Vysoká škola zdravotnícka, o. p. s. Stupeň kvalifikácie: Bakalár (Bc.). Vedúci práce PhDr. Ivana Jahodová. Praha. 2015. 62 s.

V našej bakalárskej práci sa zaoberáme rekonštrukčnými operáciami ženského prsníka u pacientok po ablácií. Teoretická časť začína históriou rekonštrukčných výkonov, nasleduje odôvodnenie príčiny odňatia prsníkov, rozbor nádorového ochorenia, pokračuje mastektómiou a možnosťami rekonštrukcie prsníkov. Operácie k vytvoreniu prsníka patria medzi náročné a bolestivé, ale pre ženu sú často rovnako dôležité ako dobre od operované nádorové ochorenie. Pre ten najlepší výsledok a skoré navrátenie pacientky do bežného života je dôležitá správna ošetrovateľská starostlivosť pred aj po výkone. Podstatné pre pacientky je aby bol konečný výsledok esteticky čo najlepší, preto sa v starostlivosti zameriava na správne ošetrovanie operačnej rany a jazvy. Pacientky majú za sebou náročné obdobie liečby karcinómu a mastektómiu, stratu symbolu ženskosti väčšinou nesú ťažko. Je preto potrebné vedieť s nimi správne komunikovať a poznať psychologické hľadisko tohto problému. Dané ochorenie je v druhej časti práce spracované ako ošetrovateľský proces podľa modelu Marjory Gordon. Zhodnotili sme všetky pacientkine problémy a potreby, ktoré sme spracovali do ošetrovateľských diagnóz podľa NANDA I taxonomie II.

Kľúčové slová:

Mastektómia. Nádor. Ošetrovateľský proces. Rekonštrukcia prs. Všeobecná sestra.

ABSTRAKT

PETRIĽÁKOVÁ, Mária. *Nursing process for Female patients with a Plastic-surgical Reconstruction after Ablation of Breast*. Medical College. Degree: Bachelor (Bc.) Supervisor: PhDr. Ivana Jahodová. Prague. 2015. 62 pages.

Our bachelor's thesis deals with breast reconstruction operations on female patients after ablation. The theoretical part starts with a reconstruction of the operations, which is followed by an explanation of the cause of the breast removal and by an analysis of cancer. It continues with mastectomy and the options of breast reconstruction. The operations to create a breast are difficult and painful, but for the woman they are often of the same importance as a well operated tumour. Correct nursing care before and also after the operation is necessary for the best result and a fast return of the patient to the everyday life. It is essential for the patients to obtain the best possible final result from the aesthetical point of view, and for this reason the care focuses on the correct treatment of the operation wound and scar. The patients have gone through a difficult treatment of the carcinoma and through a mastectomy, and the loss of femininity is usually very hard on them. It is therefore necessary to know how to communicate with them correctly and to get to know the psychological point of view of the issue. The second part of the thesis deals with the disease as a nursing process according to the Marjora Gordon's model. We evaluated all the patient's problems and needs and we transformed them into nursing diagnosis according to NANDA I Taxonomy II.

Keywords:

Breast reconstruction. General nurse. Mastectomy. Nursing process. Tumor.

OBSAH

ZOZNAM SKRATIEK

ZOZNAM ODBORNÝCH VÝRAZOV

ÚVOD.....	11
1 HISTÓRIA CHIRURGIE PRSNÍKA	12
2 ŽENSKÝ PRSNÍK A NÁDOROVÉ OCHORENIE.....	14
2.1 TIPY NÁDOROV	15
2.2 GENETICKÉ TESTOVANIE K DEDIČNEJ DISPOZÍCIÍ KARCINÓMU	17
2.3 MASTEKTÓMIA	18
3 REKONŠTRUKCIA PRSNÍKA	20
3.1 NAČASOVANIE REKONŠTRUKCIE	20
3.2 TIPY REKONŠTRUKCIE	21
3.3 KOMPLIKÁCIE VÝKONU	23
4 ŠPECIFICKÁ OŠETROVATEĽSKÁ STAROSTLIVOSŤ.	25
4.1 PREDOPERAČNÁ STAROSTLIVOSŤ	25
4.2 POOPERAČNÁ STAROSTLIVOSŤ	27
4.3 STAROSTLIVOSŤ O OPERAČNÚ RANU, JAZVU	33
4.4 ŠPECIFICKÁ KOMUNIKÁCIA	35
4.5 PSYCHOLOGICKÉ HĽADISKO.....	36

5 OŠETROVATEĽSKÝ PROCES U PACIENTKY S PLASTICKO-CHIRURGICKOU REKONŠTRUKCIOU PO ABLACIÍ PRSNÍKA	39
5.1 ZÁKLADNÉ INFORMÁCIE O PACIENTKE	39
5.2 ANAMNÉZA	41
5.3 ZHODNOTENIE PACIENTKY PODĽA MODELU MARJORY GORDON ZO DŇA 20.7.2014.....	43
5.4 MEDICÍNSKY MANAGEMENT	54
5.5 SITUAČNÁ ANALÝZA	56
5.6 STANOVENIE OŠETROVATEĽSKÝCH DIAGNÓZ PODĽA NANDA I TAXONOMIE II	57
5.7 CELKOVÉ HODNOTENIE	67
5.8 DOPORUČENIA PRE PRAX	68
ZÁVER.....	69
ZOZNAM LITERATÚRY.....	70
PRÍLOHY	

ZOZNAM POUŽITÝCH SKRATIEK

ATB	antibiotikum
BMI	body mass index
BRCA	breast cancer
Ca	karcinom
D	dychová frekvencia
DNA	deoxyribonukleová kyselina
EKG	elektrokardiogram
GIT	gastrointestinální ústrojenstvo
i.v.	intravenosus
JIP	jednotka intenzívnej starostlivosti
P	srdečný pulz
PŽK	periférny žilný katéter
RTG	röntgen
SpO₂	saturácia krvi kyslíkom
TEN	trombembolická choroba
TK	krvný tlak
TRAM	myokutánný lalok priečneho brušného svalu
TT	telesná teplota
UZ	ultrazvuk

(VOKURKA a kol., 2009)

ZOZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZOV

Angiosarkom – zhubný nádor vyrastajúci z ciev

Cystosarcom phyllodes - lat. nádor prsníku, ktorého väzivová zložka vykazuje značnú proliferáciu aktivitu prejavujúcu sa rýchlym rastom s exulceráciou

Duktálny - vývodový

Erysipeloidny – zápalový nádor

Expandér – nádoba, v ktorej sa znížením tlaku uvoľňuje napríklad teplo, para

Fasciokutánnny – týkajúci sa väzivového obalu svalu a kože

Fibroadenom – tuhé menšie aj väčšie ohraničené bulky v prsníku

Fibrocystická – rôzne benígne stavy prsníka

Fibrosarkom – zhubný nádor vyrastajúci z väzivových tkanív

Genomika - špecializovaný vedný odbor, ktorý usiluje o komplexnú a úplnú identifikáciu a analýzu dedičnej informácie organizmu

Hyperplázia – zväčšenie orgánov spôsobené zmnožením buniek

Karcinosarkom – zmiešaný zhubný nádor

Lipom – tukový nádor s pomalým rastom

Lymfadenektómia – chirurgické odstránenie lymfatických žliaz

Muskulokutánnny – svalovo-kožný

Papilomatóza – virové ochorenie spôsobené papovavirami

Ptotický - poklesnutý

Tetováž- úmyselná pigmentácia kože

(VOKURKA a kol., 2009), (<http://slovník-cizich-slov.abz.cz/>).

ÚVOD

Zameranie našej bakalárskej práce je ošetrovateľský proces u pacientky s plasticko-chirurgickou rekonštrukciou po ablácií prsníka.

V posledných desaťročiach sa plastická chirurgia v oblasti rekonštrukčných výkonov prsníkov posunula veľmi dopredu. Predovšetkým je to vďaka vývoju mikrochirurgie a uplatňovaniu nových moderných pomôcok a postupov. Plastická chirurgia je nezastupiteľná pri chirurgickej liečbe obnovujúcej stratený prsník. Nikdy by sme nemali tieto výkony podceňovať v náročnosti prevedenia a následnom liečebnom režime.

Pre ženy bol fyzický vzhľad a krása vždy veľmi dôležitý, rady sa pekne obliekajú a pýšia sa svojimi prednosťami. Ženský prsník predstavuje symbol jej krásy a ženskosti, aj len malá odchýlka v tvare alebo veľkosti, už môže byť ženou bolestivo vnímaná. Najčastejší problém, pre ktorý dnes žena navštívi plastického chirurga sú kozmetické chyby prs, to svedčí o tom, že ženy prikladajú naozaj veľký význam kráse svojho poprsia. Aký ťažký potom musí byť pre ženu ablačný výkon je viac než jasné. Naša snaha o skvelú rekonštrukciu býva pre ňu rovnako dôležitá ako dobre urobená primárna operácia karcinómu. Našou úlohou je navrátenie sebadôvery a istoty ženy v osobnom aj spoločenskom živote.

Cieľom bakalárskej práce je zistenie a definovanie informácií z odborných zdrojov o rekonštrukčných výkonoch po ablácií prsníka. Potom popisujeme ošetrovateľský proces u pacientky s plasticko-chirurgickou rekonštrukciou prsníka. Bakalárska práca má teoretickú a praktickú časť. Začína prvou kapitolou, ktorá sa zaoberá históriou chirurgie prsníka, druhá je venovaná ženskému prsníku a nádorovému ochoreniu spolu s mastektómiou, tretia rekonštrukčným výkonom prsníka, štvrtá špecifickej ošetrovateľskej starostlivosti o pacientku, špecifickej komunikácií a nakoniec uzatvára teoretickú časť psychologické hľadisko danej problematiky. Praktická časť začína piatou kapitolou a to ošetrovateľským procesom u pacientky s plasticko-chirurgickou rekonštrukciou po ablácií prsníka, kde sme posudzovali stav a potreby pacientky podľa modelu Marjory Gordon. Ošetrovateľské diagnózy sme si stanovili podľa NANDA I taxonomie II.

1 HISTÓRIA CHIRURGIE PRSNÍKA

Medzi najstaršie dochované lekárske dokumenty, ktoré sa vzťahujú k ochoreniu prsníka, sú egyptské papyry z 18. dynastie. Jeden z nich obsahuje 48 prípadov ochorenia prsníka, ktoré boli liečené operatívnym zákrokom. Európske lekárstvo vzťahujúce sa k ochoreniu prsníka má svoj pôvod až o 1000 rokov neskôr v Grécku. Bol to napríklad Hippokrates, Platón a Aristoteles, prikláňali sa k názoru, že muž je dokonalejší a preto je ženské telo náchylnejšie a aby sa vyrovnalo so svojimi nedostatkami potrebuje zvláštne úpravy. Prevládal názor, že ochorenia prsníkov súvisia s menopauzou a že sú náchylnejšie melancholické ženy. Prvý autor podrobného opisu operácie rakoviny prsníka je Aetios z Amidy, pred operáciou detoxikoval telo vyprázdnením čriev, potom začal s rezmi a rany vypaľoval aby zabránil krvácaniu. Až v 13. storočí začal taliansky chirurg Theodoric Borgogne poukazovať na význam vyšetrenia prsníka, začal učiť ženy ako urobiť samo vyšetrenie.

V druhej polovici 19. storočia dochádza k zásadnému kvalitatívnemu posunu v chirurgii v súvislosti s uskutočňovaním operácií a to vďaka zavedeniu anestézie a antisepsie. Do tejto doby bolo ženám pred operáciou podávaný pohár vína alebo ópium. Po dlhé storočia chirurgovia odstraňovali prsia, čo najradikálnejšie, vrátane prsných svalov a uzlín v axile, až behom 90 rokov sa začali používať záchovné operácie. V roku 1920 sú popisované pokusy o úpravu prsníka tukovým tkanivom odobraným zo steny stehien a glutea maxima, ale skončilo to neúspechom, pretože tuk sa skoro vstrebal a spôsoboval zatvrdnutie a asymetriu prsníka. Od roku 1950 sa stále viac začala prejavovať snaha o využitie cudzích materiálov ako polyvinilovej hmoty, injekcií silikónu, hydrónov... Pre všetky ale boli príznačné časté komplikácie ako zápalové reakcie, zápaly prsníka, infekcie a migrácie silikónu do rôznych orgánov. V roku 1953 založila americká spoločnosť pre boj s rakovinou spolok, kde sa mohli obracať pacientky po amputácii prsníka a uskutočňovala sa náhrada prsníka dobre padnúcimi protézami.

Prvý kto použil tkanivovú expanziu bol Neumann v roku 1957, pomocou gumového balónika s implantáciou do záušného priestoru. Expandovanú kožu použil na prekrytie chrupavky pri rekonštrukcii stratového poranenia. Prvý kto začal odporúčať

pre rekonštrukciu prsníka transpozíciou hrudníko-brušného laloku s hornou stopkou bol v roku 1924 Kleinschmit, ktorý ju aj úspešne spravil. Prenos lalokov z podbrušia sa začal používať až v roku 1979, kedy sa ukázalo, že to je najvýhodnejšie odberové miesto na rekonštrukciu prsníka. Za historický obrat moderného veku v rekonštrukčnej chirurgii prsníka považujeme vynález silikónových implantátov a ich uvedenie do praxe, Croningen v roku 1963. Prvé zmienky o ich aplikácií pri rekonštrukčných výkonoch sa objavujú až v roku 1977. Od tej doby sa objavujú ďalšie operačné postupy využívajúce pri rekonštrukciách vlastné tkanivo v podobe fasciokutánných alebo muskulokutánných lalokov, prípadne ich kombináciou.

Zakladateľom plastickej chirurgie v Čechách bol akademik František Burian. Bol to skvelý vedec a vynikajúci chirurg obdarený veľkou zručnosťou, ktorý sa stal plastickým chirurgom svetového formátu. Prvé skúsenosti získal ešte v období prvej svetovej vojny, kedy založil stanicu plastickej chirurgie v Temešváre, ktorú neskôr previedol do nemocnice na Hradčanoch. Niekoľko krát bola premiestňovaná, až v roku 1937 získala svoje definitívne sídlo v štátnej nemocnici na Kráľovských Vinohradoch. Tu sa stala základom Ústavu a neskôr celej Kliniky plastickej chirurgie. Okruh poskytovanej liečebnej starostlivosti sa rozšíril aj o Oddelenie pre liečbu popálenín. Zásluhou prezidenta lekárskej komory, profesora Arnolda Jiráska, s prispáním doktora Buriana bola v roku 1932 v Čechách plastická chirurgia ako prvá na svete uznaná za samostatný odbor a prednášaná študentom Lekárskej fakulty Univerzity Karlovej (WEISS, 2007), (DRAŽAN et al., 2006).

2 ŽENSKÝ PRSNÍK A NÁDOROVÉ OCHORENIE

Karcinóm prsníka je najčastejším ženským zhubným nádorom. Jeho výskyt stále rastie, preto sa stáva veľkým problémom a neustále sa hľadajú nové liečebné postupy. Na základe týchto poznatkov sa začal karcinóm ženského prsníka radiť medzi civilizačné choroby. Dôraz sa kladie hlavne na včasné zistenie karcinómu prsníka, je dôležité aby si ženy robili samovyšetrenie prs a tiež chodili na preventívne mamografické vyšetrenia, hlavne ženy v rizikovom veku. Karcinóm môže vzniknúť v akomkoľvek veku, no do 25 roku života je vzácny. Sú spôsobené nahromadením nádorových buniek. Podľa tkaniva, z ktorého vychádzajú sú rozdelené na duktálne a lobulárne. Najčastejší je duktálny, ktorý vychádza z epitelových buniek mliekovodu, naopak lobulárny vychádza z epitelových buniek mliečnych lalôčikov. Ďalšie rozdelenie je podľa invazívnejší karcinómu a to na neinvazívny a invazívny, ktorý prerastá do okolitého tkaniva. Z nich je najviac rozšírený invazívny duktálny karcinóm, vyznačuje sa tou najhoršou prognózou. Obvyklým príznakom je nebolestivá, hmatateľná rezistencia najčastejšie v hornom vonkajšom kvadrante prsníka, menej časté symptómy sú bolesť, výtok z bradavky, kožné erózie, stiahnutie bradavky, celkové stuhnutie žľazy, deformácia povrchu prsníka s fixáciou kože k nádoru.

Spôsob liečby karcinómu určuje lekár podľa štádia ochorenia. V prípade lokalizovaného ochorenia bez prítomnosti vzdialených metastáz volíme kuratívnu metódu liečby, kde je chirurgicky výkon doplnený ostatnými liečebnými metódami (chemoterapia, rádioterapia, hormonálna liečba, biologická liečba). Pokiaľ sú diagnostikované vzdialene metastázy volíme liečbu paliatívnu, kde sa snažíme pozastaviť alebo obmedziť rast a šírenie nádoru a predĺžiť tak dobu prežitia. Ochorenie ženských prsníkov nie je záležitosť jedného odboru a odborníka. Dôležitá je úzka spolupráca s patologickým anatómom, rádioterapeutom, chemoterapeutom, mammológom, gynekológom, endokrinológom a psychológom. Na základe tímovej spolupráce sa môže stanoviť najvhodnejšia stratégia komplexnej starostlivosti (ADAM et al., 2003),(JANÍKOVÁ et al., 2013).

2.1 TIPY NÁDOROV

Z prsníka sa odoberá vzorka podozrivého tkaniva pomocou biopsie. Ďalej sa posielajú na špeciálne vyšetrenie na oddelení patológie. Ak výsledok indikuje pozitívny nález nádorového ložiska, môže to byť dôvod na ďalšiu biopsiu. Detaily o type nádoru, jeho veľkosti a šírení nám pomáhajú vybrať tú najlepšiu liečbu. Všetky podrobnosti o náleze obsahuje histologická správa.

MEZENCHÝMOVÉ NÁDORY

V mliečnej žľaze sa z benígnych mezenchýmových nádorov môže vyskytnúť lipom a hemangiom, neepitelové nádory malígni, napríklad angiosarkom, fibrosarkom a karcinosarkom sú vzácne a majú zlú prognózu.

ZMIEŠANÉ NÁDORY

Fibroadenom je najčastejší benígny útvar prsníka, vyskytuje sa prevažne u mladých žien, obvyčajne medzi 25 až 35 rokom života. Môžu byť obrovské, ktoré majú v priemere viac ako 10 cm. Cystosarcoma phyllodes je ohraničený rýchle rastúci tumor, ktorý vďaka svojej veľkosti môže spôsobiť výrazné zväčšenie prsníka a môže viesť až k nekróze kože.

KARCINÓMY IN SITU

Sú to neinvazívne nádory, ktorých spoločným znakom je, že epitelové bunky vykazujú zmeny charakteru karcinómu. Duktálny karcinóm in situ je charakteristicky nádorovými zmenami epitelu v duktoch. Môžu byť hmatateľné, najčastejšie vznikajú s centrálnymi nekrotizáciami. Terapia tohto karcinómu je kontroverzná. Podľa charakteru nádoru sa rozhoduje o následnom liečebnom postupe, no u väčšiny je doporučený chirurgický výkon s následnou rádioterapiou. V prípade, že nález má klasifikáciu invazívneho nádoru, je potrebné urobiť aj vyšetrenie na sentinelovú uzlinu. Druhý typ tohoto karcinómu je lobulárny karcinóm in situ, ktorý sa vyskytuje väčšinou u žien v menopauze. Často je úplne asymptomatický a preto býva nájdený náhodne pri biopsii, mamograficky je veľmi ťažko detekovateľný. Frekvencia a riziko invazívneho nádoru je v tomto prípade rovnaká pre oba prsníky. Preto je tento typ nádoru považovaný za marker potenciálneho vývoja invazívneho nádoru. Interval od diagnostikovania tohoto

nádoru do jeho vývoja v invazívny karcinóm býva 15 až 20 rokov. Najlepšia terapia je obojstranná subkutálna mastektómia s okamžitou rekonštrukciou. Prípadný alternatívny postup je prísne sledovanie stavu pacientky.

INVAZÍVNY KARCINÓM

Delia sa do niekoľkých skupín, ktoré sa odlišujú histológiou a typom rastu nádoru. Najviac ich vzniká zo stredných duktov a sú invazívne. Až 75 percent tvorí invazívny duktálny karcinóm. Makroskopická charakteristika tohoto nádoru sú sivo-biele tuhé ložiská s nepravidelným ohraničením. Tento nádor často metastázuje do kostí, pečene, pľúc a mozgu. Invazívny lobulárny karcinóm naopak nemá charakteristickú veľkosť, môže mať od niekoľkých milimetrov až po infiltráciu celého prsníka. Metastázuje do meningialnych priestorov, GIT, retroperitonea, ovarií a maternice. Nevyhranené typy karcinómov sú mucinózne, ktoré sa predovšetkým líšia tým, že produkujú hlien. Vznikajú prevažne u starších žien, majú želatinóznú konzistenciu a dobrú prognózu.

ŠPECIÁLNE TIPY KARCINÓMU

Zvláštnou formou je Pagetov karcinóm, kde je infiltrovaný epitel bradavky, ale nádor nemusí byť vôbec hmatný. Prvým príznakom tohto nádoru býva pálenie a svrbenie bradavky s nasledujúcou eróziou a ulceráciou. V začiatočnom štádiu býva často diagnostikovaný ako dermatitída alebo bakteriálna infekcia a preto býva neskoro detekovaný. Najmalignejším nádorom prsníka je zápalový karcinóm, inflamatorný, erysipeloidný, ktorý sa objavuje u žien v období postmenopauzy. Prejavuje sa ako sčervenanie pokožky a presiaknutie kože rôzneho rozsahu. Tento nádor veľmi rýchlo metastázuje a má nepriaznivú prognózu. Ďalší zvláštny typ karcinómu je počas tehotenstva alebo laktácie, objavuje sa u 1-2 percentách žien. Veľmi ťažko sa diagnostikuje, pretože sa jeho príznaky objavujú neskoro. Patria k nim fyziologické zmeny na prsníkoch počas tehotenstva a laktácie. Súčasné tehotenstvo a karcinóm veľmi sťažujú liečbu tohoto karcinómu a priebeh choroby, zhoršená je aj jeho prognóza (DRAŽAN et al., 2006).

2.2 GENETICKÉ TESTOVANIE K DEDIČNEJ DISPOZÍCII KARCINÓMU

Je to najmodernejší spôsob v prevencii vzniku nádorového ochorenia ženského prsníka. Ma veľký význam z hľadiska určovania rizikových pacientok pre vznik karcinómu prsníka na základe rodinnej anamnézy. Zisťuje sa prítomnosť mutácii génov pomenovaných BRCA1 a BRCA2 s označením breast cancer. Jedná sa o onkosupresorové gény, ktoré regulujú bunkový cyklus a opravu chýb v DNA. Žena, ktorá zdedila od svojich rodičov zárodočnú mutáciu v jednom z týchto génov, má túto chybu vo všetkých svojich bunkách. Táto bunka potom môže rýchle akumulovať ďalšie mutácie a vyvrcholiť v malígný nádor. Tieto ženy majú 10-krát vyššiu pravdepodobnosť vzniku karcinómu prsníka. Dedičnosť nádoru prsníka je autozomálne dominantný znak, prenášačom môže byť žena aj muž, ich deti majú 50 percentnú pravdepodobnosť, že získali túto mutáciu. Okrem nádoru prsníka sa u nosičiek mutácii v týchto génoch môžu objaviť aj iné nádory a preto je potrebné zamerať onkologickú prevenciu aj na ne. Častý je ovariálny karcinóm, ktorý sa objaví až u 60 percent nosičiek mutácie na géne BRCA1 a u 20 percent nosičiek mutácie génu v BRCA2. Odporúčanie ku genetickému testovaniu môže žene dať akýkoľvek lekár, ktorý uzná jej rodinnú anamnézu za rizikovú. Klinický genetik indikuje testovanie predispozičných génov po osobnej konzultácii a podrobenému vyhodnoteniu rodinnej anamnézy. Testovanie prebieha tak, že sa pacientke odoberie 10 ml krvi, kde sa z bielych krviniek izoluje genomická DNA a na nej sa vyšetrujú úseky génu BRCA1 a BRCA2. Výsledok môže byť takýto: Nájdená mutácia je jednoznačne patogénna, Nájdená mutácia nemá jednoznačný klinický význam alebo Nie je nájdená žiadna mutácia. Ak je mutácia jednoznačne patogénna a potvrdená, môže sa žena rozhodnúť pre preventívnu operáciu, jedna sa o profylaktickú mastektómiu s okamžitou rekonštrukciou. Dnes sú to žiadane operácie a sú najefektívnejšou metódou primárnej prevencie karcinómu prsníka (DRAŽAN et al., 2006).

FAKTORY SPOJENÉ SO ZVÝŠENÝM RIZIKOM KARCINÓMU PRSNÍKA:

- Familiárny výskyt v rodine, najrizikovejší je karcinóm u matky, sestry.
- Dlhá stimulácia estrogénny alebo dlhodobá liečba pomocou nich.

- Výskyt karcinómu vagíny alebo ovarií.
- Výskyt karcinómu prsníka na jednej strane, znamená 4-5 krát vyššiu pravdepodobnosť, že v budúcnosti sa vyskytne karcinóm aj v druhom prsníku.
- Menštruačná anamnéza, prvá menštruácia pred 12 rokom života, menopauza po 50 roku života.
- Vyšší vek, 75% ochorenia sa manifestuje po 40 roku, zvýšené riziko je okolo 35 roku života.
- Bezdetnosť alebo prvé tehotenstvo po 35 roku.
- Nezdravý životný štýl, potrava s veľkým obsahom tukov a mäsa, málo fyzickej aktivity, fajčenie, zvýšená konzumácia alkoholu.
- Radiácia na oblasť hrudníka vo vysokých dávkach v mladšom veku do 25 rokov (MĚŠŤÁK, 2007).

2.3 MASTEKTÓMIA

Doslova tento výraz znamená chirurgické odstránenie teda ablácia prsníka. Jedná sa o chirurgický zákrok, kde sa odstraňuje celá mliečna žľaza. Podľa onkologického stavu pacientky odstraňujeme aj dvorec s bradavkou a rôzne veľké časti kože prsníka. Patrí medzi najčastejší operačný výkon pri diagnostikovaní karcinómu mliečnej žľazy. Skoro vždy je súčasťou výkonu aj odstránenie uzlín z podpazušia a to buď z rovnakého alebo zvláštneho rezu. Zákrok obvykle trvá dve až tri hodiny a pacientka je hospitalizovaná zhruba jeden týždeň, záleží na jej zdravotnom stave a či nenastali komplikácie. Po operácii potom obvykle nasleduje ďalšia forma liečby karcinómu. Pokročilé štádia nádoru sa najskôr musia zaliečiť konzervatívne chemoterapiou alebo ožiareními a chirurgický výkon nasleduje až po zmenšení nádoru. Mastektómie sa líšia rozsahom odstráneného tkaniva (DRAŽAN et al., 2006).

DRUHY MASTEKTÓMIE

Radikálna mastektómia – je podľa Halsteda a Mayera. Okrem prsníka sa odstráni obidva pektorálne svaly, fascie, tukové a lymfatické tkanivo všetkých troch stupňov axily, nervový cievny zväzok a dlhý hrudníkový nerv. Používa sa ak nádor infiltruje do veľkého prsného svalu a pri nádoroch 3. štádia.

Modifikovaná radikálna mastektómia – okrem odstránenia žľazy s kožou prsníka a fascii pektorálneho svalu sa tiež robí komplexná axilárna lymfadenektómia so zachovaním oboch prsných svalov. Pokiaľ je tumor uložený dostatočne hlboko pod kožou je možné ju urobiť vo forme kožu šetriacej mastektómie. Pri nej sa odstráni žľaza spolu s dvorcem a bradavkou a cez predĺžený rez sa pokračuje v axilárnej disekcii. Pokiaľ je prsník ptoticky je možné zbytkovú kožu modelovať a vytvoriť kryt pre okamžitú rekonštrukciu.

Totálna (prostá) mastektómia – odstraňuje sa celý prsník a ponechávajú sa axilárne lymfatické uzliny. Indikuje sa predovšetkým pri multicentrickom duktálnom nádore in situ, niekedy aj pri vysoko rizikových pacientkach s BRCA pozitívnou mutáciou. Môže sa použiť aj pri menších karcinómoch v prípade spoľahlivo dokázaných negatívnych axilárnych uzlín. Rovnako ako pri modifikovanej radikálnej mastektómii je možné ju urobiť ako prsník šetriacu mastektómiu s modeláciou.

Subkutálna (profylaktická) mastektómia – odstraňuje celú prsnú žľazu pri zachovaní kože prsníka a dvorca s bradavkou. Chirurg sa snaží urobiť túto mastektómiu z čo najkratšieho rezu a dosiahnuť tak esteticky, čo najlepšieho výsledku. Konečný výsledok ale závisí viac na tvarovej a veľkostnej symetrii prsníka ako na dĺžke jazvy. Podľa tukovej vrstvy ponechanej v podkoží prsníka môžeme subkutálnu mastektómiu rozdeliť na limitovane alebo radikálne urobenú. Pri limitovanej sa žľaza preparuje v rozhraní s podkožím, podkožná vrstva po tomto výkone ostáva silná 1-2cm. Pri radikálne urobenej sa žľaza preparuje v podkožnej vrstve tuku a koža je preto hrubá 0,5-1cm (MĚŠŤÁK, 2007), (COUFAL et al., 2011).

3 REKONŠTRUKCIA PRSNÍKA

Účelom každej rekonštrukcie je znovuoobnovenie celistvosti hrudníku, teda odstránenie deformácie vzniknutej predchádzajúcim resekčným výkonom. Cieľom je dosiahnuť symetriu hrudníku ako v objeme tak v tvare obidvoch prsníkov. V posledných desaťročiach prešla rekonštrukcia prsníka veľkým rozvojom. V žiadnej nádorovej problematike neprešla chirurgická liečba takými revolučnými zmenami ako je to pri karcinóme prsníka. Aj cez dokonale osvojenie si veľa operačných postupov hraje významnú úlohu pre konečný estetický výsledok radikalita mastektómie. Čím menšia je radikalita výkonu, tým priaznivejšie sú pooperačné výsledky rekonštrukcie. Samozrejme liečba rakoviny prsníka je vždy prioritná. Rekonštrukcia prsníka zahŕňa výkony ako náhrada kože, rekonštrukcia tvaru prsníka, rekonštrukcia dvorca a bradavky a korekcia symetrie prípadnou modeláciou druhej strany. Pred rekonštrukciou sa celkovo zvažuje stav kože, svalov hrudnej steny, veľkosť prsníka, telesný vzhľad a dostupnosť k darcovským miestam pre odber laloku kože. Prvotná úvaha pred voľbou spôsobu rekonštrukcie vždy vychádza z analýzy zostávajúcej kože, jej množstva a kvality. Dôležitou otázkou je koľko kože na prsníku chýba a koľko kože bude treba dodať k dosiahnutiu symetrie hrudníku. Druhotná úvaha sa týka rekonštrukcie objemu prsníka, kde sa rozhoduje o použití implantátu alebo kožného laloku. Na voľbu operácie majú samozrejme vplyv aj iné faktory ako fajčenie, obezita, predchádzajúce ožarovanie hrudnej steny (MĚŠŤÁK et al., 2005).

3.1 NAČASOVANIE REKONŠTRUKCIE

Rekonštrukciu je možné urobiť počas tej istej operácie ako je mastektómia, nazýva sa okamžitá rekonštrukcia. Druhá varianta je oneskorená rekonštrukcia, ktorá sa robí po týždňoch, mesiacoch alebo rokoch. Ktorá z týchto možností sa bude robiť je ovplyvnené faktormi ako zdravotný stav pacientky, typ jej tela, veľkosti prsníka, možnosti ostávajúcej kože a tkaniva.

Okamžitá - hlavným dôvodom, prečo lekári usilujú o tento typ rekonštrukcie je psychologické hľadisko. Pacientka vôbec nepocíti nepríjemnú fázu, kde je bez prsníka a ma zdeformovaný hrudník. Je podmienená vážnosťou onkologického nálezu v dobe

mastektómie. Nález by nemal vyžadovať pooperačnú chemoterapiu alebo rádioterapiu, pretože ožiarenie by mohlo zrekonštruovaný prsník zdeformovať, posunúť implantát alebo ho obnažiť. Využíva sa tiež pri preventívnom odstránení prsnej žľazy u BRCA pozitívnych pacientok.

Odložená - Dôvodom je plánovaná rádioterapia, chemoterapia alebo neistá prognóza s vysokým rizikom recidívy. S rekonštrukčným výkonom sa čaká 2-5 rokov od chirurgického výkonu, je to podmienené dobrou prognózou na trvale vyliečenie. Hlavnými podmienkami, ktoré musí pacientka spĺňať sú, že nemá metastázy, má ukončenú chemoterapiu a rádioterapiu, hodnoty krvného obrazu sú v norme (SLEZÁK, 2007), (DRAŽAN et al., 2006).

3.2 TIPY REKONŠTRUKCIE

REKONŠTRUKCIA IMPLANTÁTMI

Je to najjednoduchšia metóda rekonštrukcie prsníkov. Predstavuje jednu až dve operácie bez potreby odberu kožného laloku a teda odpadajú rizika spojené s morbiditou odberového miesta. Táto metóda je vďaka svojej jednoduchosti prvou voľbou na mnohých klinikách. Tento druh rekonštrukcie je výhoda u pacientok s malými prsami s obojstrannou mastektómiou. V súčasnej dobe majú najväčšie uplatnenie silikónové implantáty plnené gélom alebo fyziologickým roztokom. Pokiaľ má pacientka príliš tenkú kožu s chabým podkožím, je najlepšie dolnú časť voľného implantátu prekryť preklopenou fasciou priameho brušného svalu. Po modifikovaných radikálnych a totálnych mastektómiách nie je možná jednoduchá priama implantácia protézy, ale je nutné miesto pre implantát pripraviť tkanivovou expanziou. Expander sa volí podľa šírky požadovanej rekonštrukcie, ktorá musí súhlasiť so základným priemerom druhého prsníka. Ďalšou možnosťou je využitie permanentných expandérov/ implantátov, ktorých objem je možné regulovať a nie je nutné ich odstraňovať.

REKONŠTRUKCIA IMPLANTÁTMI A MIESTNYMI LALOKMI

Jedna zo základných metód v rekonštrukcií prsníka je kombinácia autologného tkaniva so silikónovým implantátom. Uplatňuje sa u pacientok s nedostatkom kože, jej zlou kvalitou alebo ak je prsník nepostihnutej strany hmotnostne väčší a pokleslý.

Najčastejšie sa ako autológne tkanivo využíva pretočený kožný lalok zo strany hrudníka, ktorým sa doplní a zväčší nedostatočný kožný kryt jeho prednej strany. Tým sa získa priestor pre implantát, ktorý sa vkladá pod veľký prsný sval. Ďalším spôsobom je posunutie brušného laloka, ktorým získame dostatočný kožný kryt na prekrytie implantátu vysunutím brušnej steny hore. Iným spôsob využitia autologného tkaniva s implantátom je ešte pretočenie chrbtového svalu s kožným ostrovčekom na prednú stranu hrudníka. Táto metóda je vhodná aj pre pacientky fajčiarky, trpiace obezitou alebo diabetické pacientky. Funkčné straty po odberu laloku nie sú pri bežných denných aktivitách viditeľne. Výkon je časovo náročný, ale v zahraničí veľmi preferovaný.

REKONŠTRUKCIA AUTOLÓGNYM TKANIVOM

Jedná sa o rekonštrukciu prsníka, kde využívame len autológne tkanivo. Jej výhodou je, že objem prsníka nemusí byť doplnený implantátom, koža brucha na to skvelo vyhovuje pretože má približne rovnakú textúru a hrúbku ako koža prsníka. U žien je typický nahromadený tuk pod pupkom, preto je to najlepšie miesto pre odber. Nevýhodou sú vysoká náročnosť a dĺžka operácie, tiež možné následne doplňujúce operácie ku korekcií tvaru a veľkosti rekonštruovaného prsníka. Ako autológne tkanivo pre odber laloku používame prednú stenu brušnú. Táto metóda poskytne dostatok kože a tuku pre rekonštrukciu veľkého prsníka. Nie je vhodná pre štíhle pacientky s nízkym množstvom tuku na bruchu, tiež s napätou kožou na bruchu, ďalej pre pacientky, ktoré sú vo svojom zamestnaní alebo športe závislé na svalovej sile brucha.

REKONŠTRUKCIA ČASTI PRSNÍKA

V poslednej dobe sa uplatňujú stále viac konzervatívnejšie prístupy k chirurgickej liečbe prsníka, patria k nim predovšetkým prsník šetriace výkony. Pri týchto výkonoch sa odstráni len nádor a je ponechaná väčšia časť prsníka, ktorá je neporušená. Samozrejme podľa veľkosti nádoru a jeho umiestnenia dochádza ku zmene prsníka v rôznom rozsahu. Rekonštrukcie po týchto výkonoch sú veľmi pestré, všetko súvisí s veľkosťou defektu a s miestom, kde sa nádor nachádzal. Jedným zo spôsobov je modelácia prsníka, ktorá sa používa pri odstránení malého nádoru a to ako súčasť okamžitej rekonštrukcie. Je tiež nutné upraviť aj prsník na druhej strane hrudníka.

REKONŠTRUKCIA DVORCA A BRADAVKY

Je to konečná etapa rekonštrukcie prsníka po mastektómii. Vytvorením komplexu dvorca a bradavky dotvoríme rekonštruovanému prsníku prirodzený vzhľad a symetriu. Pri rekonštrukcii dvorca rozlišujeme niekoľko techník a to prenesenie častí dvorca z druhej strany, odber kožného implantátu z miesta so sýtejšou pigmentáciou a s využitím umelej tetováže. Rekonštrukciu bradavky delíme na prenesenie časti bradavky z druhého prsníka, rekonštrukciu bradavky miestnymi lalokmi, umelá tetováž (MĚŠŤÁK, 2007), (DRAŽAN et al., 2006).

3.3 KOMPLIKÁCIE VÝKONU

Po rekonštrukcii prsníka robenej po mastektómii môžu nastať komplikácie a to z niekoľkých rôznych príčin. Prvou je nevhodná voľba spôsobu rekonštrukcie, ktorá mohla byť spôsobená buď práním pacientky aplikovať určitú metódu, ktorá sa ukázala nesprávna alebo nedostatočnou skúsenosťou operátora. Samozrejme veľmi záleží aj na zdravotnom stave, pretože každá pacientka reaguje inak. Tiež nesmieme zabúdať vziať do úvahy pacientkinu telesnú konštitúciu a podľa toho sa snažiť vybrať ten najvhodnejší spôsob rekonštrukcie. Aj napriek tomu však väčšina pacientok dosiahne veľmi pekný výsledok akoukoľvek metódou. Špecificky pri prenose brušných lalokov padajú ischemické komplikácie do chýb v operačnej technike pri preparácii. Tá mohla nastať nedostatočným predvídaním anatomických pomerov alebo je priestorovou mechanickou chybou. Niektorým chybám je veľmi ťažké sa vyhnúť hlavne vtedy, keď má pacientka neobvykle anatomické cievne pomery.

Najčastejší faktor, ktorý vedie k poruchám hojenia je poškodené tkanivo predchádzajúcim ožiaraním. Zánik ciev a útlm metabolickej aktivity ciev môže viesť k samovoľnému rozpadu tkaniva, toto poškodí elasticitu kože a uzatváranie defektov. Môže nastať zhoršenie prekrvovania tkaniva a následná nekróza. Aby sa tomu predchádzalo potrebujeme vedieť presnú pacientkinu anamnézu a zdravotnícku dokumentáciu, z ktorej je dôležité zistiť v akých dávkach a kam presne bolo žiarenie aplikované. Do úvahy sa samozrejme musí brať aj celkový stav a prípadné pridružené ochorenia. Všeobecne známa skutočnosť je, že ak pacientka trpí obezitou alebo má diabetes mellitus, tak má vyššie percento chirurgických komplikácií. Predovšetkým sa

jedná o spomalene hojenia rán a častejší výskyt infekcii. Pacientka je vždy o pravdepodobnosti komplikácií informovaná v prípade obéznej pacientky by sa mal zväziť aj prípadný odklad rekonštrukcie s pokusom o redukciu hmotnosti. Podobne to je aj s fajčením, ak pacientka fajčí viac ako 10 cigariet denne môže to byť dôvodom na odloženie rekonštrukcie, hlavne ak sa jedná o rekonštrukcie brušnými lalokmi. Ďalšie rizikové skupiny sú pacientky s poruchami imunity, endokrinologické ochorenia, kardiovaskulárne ochorenia, vyšším vekom. Nedostatočná rekonvalescencia po chemoterapii a rádioterapii môže byť zdroj zhoršenej tolerancie dlhého zákroku v anestézii. Pokiaľ chce pacientka ísť na rekonštrukciu musí mať minimálne 3 mesiace po ukončení chemoterapie a rádioterapie, pripravenosť sa overuje laboratórnymi krvnými testami, ktoré musia mať fyziologické hodnoty. Ďalšie komplikácie, ktoré môžu nastať sú infekcia v rane, zostávajúce pooperačné jazvy, opuch, posun alebo rotácia implantátu, obnaženie implantátu a krvácanie (DRAŽAN et al., 2006).

4 ŠPECIFICKÁ OŠETROVATEĽSKÁ STAROSTLIVOSŤ

V prvom rade si musíme uvedomiť, že každá pacientka je individuálna osobnosť a preto sa líšia aj jej potreby v nami poskytovanej starostlivosti. Celý ošetrovateľský proces plánujeme podľa týchto potrieb, neustále ho aktualizujeme podľa daného stavu a situácie. Získavame od pacientky informácie, stanovujeme ošetrovateľské diagnózy a hodnotíme efektivitu celého ošetrovateľského procesu. Na základe individuálneho prístupu vyberáme najvýhodnejší postup a vždy dodržiujeme všetky predpoklady bezpečného poskytovania starostlivosti. Naším cieľom je navrátenie zdravia, rozvinutie samostatnosti a nadobudnúť u pacientky psychickú pohodu. Vždy pacientku informuje o všetkých postupoch a opatreniach. Dôraz kladieme na poskytnutie kvalitnej a efektívnej starostlivosti, pomôže nám to vyhnúť sa možným komplikáciám a ku skorému navráteniu zdravia. Počas celého procesu by sme mali poskytovať oporu a mať empatický prístup k potrebám pacientky. Významná je predoperačná aj pooperačná starostlivosť a úzko na nich závisí konečný výsledok rekonštrukcie (VYTEJČKOVÁ et al., 2011).

„Podstatu práce sestier tvoria tri zložky. Rozum, srdce a jej ruka. Rozum vedie ruku, srdce jej dáva jemnosť. Žiadna z týchto zložiek nesmie prerastať, nesmie miznúť“ (JIRÁSEK, 1946).

4.1 PREDOPERAČNÁ STAROSTLIVOSŤ

Pacientka najskôr chodí na konzultácie k plastickému chirurgovi, ktorý sa snaží vybrať to správne obdobie, kedy je pacientkine telo už pripravené k operačnému výkonu po prekonanej liečbe nádoru. Pred operáciou musí pacientka priniesť súhlas onkológa a musí byť už po rádioterapii a chemoterapii, jediná liečba, ktorá nezasahuje do výkonu je podporná hormonálna. Tesne pred hospitalizáciou je pacientke urobený laboratórny screening, ktorého výsledky by mali mať fyziologické hodnoty. Okrem toho pacientka ešte absolvuje EKG, RTG, interné vyšetrenie a gynekologické vyšetrenie. Dĺžka predoperačnej starostlivosti je ovplyvnená celkovým zdravotným stavom pacientky, prípadnými pridruženými ochoreniami a typom rekonštrukcie.

Pri príchode pacientky na oddelenie sa jej predstavíme a uvedieme ju na izbu. Ako prvá pacientka podpíše informovaný súhlas s hospitalizáciou, potom ju zoznámime s oddelením, denným režimom na oddelení, predpismi oddelenia a pacientkinými právami a povinnosťami. Pacientku požiadame o odovzdanie všetkých liekov, ktoré má pri sebe a vysvetlíme jej, že ich bude mať odložené na sesterni a počas doby hospitalizácie, bude celú medikáciu dostávať od nás. V priebehu dňa príde za pacientkou lekár, ktorý ju edukuje o priebehu operácie a všetkých jej rizikách. Tiež za pacientkou príde anesteziológ, ktorý jej urobí predoperačné anesteziologické vyšetrenie, vysvetlí jej celý priebeh narkózy a určí premedikáciu. Všetky informácie sú pacientke podávané ústnou aj písomnou formou, zrozumiteľným jazykom. Pacientka svoj súhlas a pochopenie edukácie vyjadrí podpisom daného informovaného súhlasu.

Večer pred výkonom dostane ľahkú večeru, okrem pacientok, ktoré idú na rekonštrukciu autologným tkanivom z oblasti brušnej. Po večeri by sa mali dôkladne osprchovať a umyť sa mydlom bez krému, tiež si umyť vlasy. Nesmú používať žiadne telové krémy, nechty nesmú mať gélové, či umelé a majú byť odlakované, tak isto tvár musí byť odlícená. Pacientka sa dôkladne oholí v oblasti zákroku, ako aj v oblasti odberu prípadného autológneho tkaniva alebo laloku. Pri rekonštrukciách je riziko vzniku tromboembolických komplikácií alebo pľúcnej embólie, ktorá sa zvyšuje s dĺžkou a rozsahom výkonu. Ako prevenciu proti týmto ochoreniam, každá pacientka zaháji večer pred výkonom preventívnu antikoagulačnú liečbu, najčastejšie aplikovaním prípravku fraxiparine. Tiež pacientku poprosíme aby si odložila všetky cennosti, šperky a kovové ozdoby buď do svojej skrinky na izbe alebo do nemocničného trezoru. Pacientka obvykle večer pred výkonom nedostáva žiadnu premedikáciu, na svoju vlastnú žiadosť, ale môže dostať lieky na ukludnenie a lepší spánok. Informujeme ju aby si preventívne pripravila tašku na oddelenie JIP, kde by bola uložená v prípade väčšieho krvácania alebo komplikácii počas operácie. V taške by mala mať zabalené len najnutnejšie veci ako hygienické potreby, uterák, okuliare alebo knižku, tiež aby mohla dať vedieť rodine tak telefón, ktorý ale musí byť vypnutý. Od polnoci už pacientka nesmie piť, jesť a fajčiť. Cieľom obmedzenia príjmu tekutín a potravy je eliminácia rizika aspirácie a regurgitácie žalúdočného obsahu počas výkonu a narkózy. Pacientke je aplikované ľahké klyzma alebo sa jej perorálne podá vyprázdňovací roztok.

V deň operácie skoro ráno zmeriame hodnoty krvného tlaku, pulz, teplotu a u diabetičky glykémii. Pacientka by si mala dať ešte rýchlu sprchu a my skontrolujeme,

či je operačné pole dobre oholené. Dlhé vlasy si musí zviazať gumičkou bez kovových spojov. Všetky osobné veci si odloží do skrinky, ktorá sa uzamkne a kľúčik sa uschová na oddelení. Potom zaistíme pacientke intravenóznny vstup, periférny žilný katéter a aplikujeme jej preventívnu antibiotickú liečbu podľa ordinácii lekára. Ako prevenciu TEN spolu s aplikáciou nízkomolekulárneho heparínu urobíme bandáže pomocou elastických krátkoŕažných obvínadiel alebo elastických punčoch. Pacientku upokojíme, že sa nemá čoho báť a upozorníme aby pred odvozom na sál ešte išla na toaletu. Oblečíme ju do bielej nemocničnej košeľe, anjela, pod ktorým nemá žiadne spodné prádlo, je nahá. Uistíme sa, že pacientka na sebe nemá žiadne šperky ani kovové predmety, prípadne vytiahnutú zubnú náhradu. Pred odvezením na sál pacientke zmeriame ešte raz vitálne funkcie a podáme premedikáciu podľa ordinácie anestéziológa. Jej cieľom je zmierniť úzkosť, znížiť sekréciu slín a žalúdočných štiav, prevencia alergických reakcií. V rámci premedikácie patria medzi podávané indikačné skupiny analgetiká opiatoveho typu alebo vagolytika (ČOUPKOVÁ et al., 2010).

4.2 POOPERAČNÁ STAROSTLIVOSŤ

Bezprostredná starostlivosť po operácii je ukončenie a doznievanie účinkov anestézie, obnovenie bdelosti, vedomia a navrátenie obranných reflexov. Sesterská práca je tu veľmi dôležitá, pretože sa jedná o rizikové obdobie. Starostlivosť je predovšetkým zameraná na pravidelne sledovanie vitálnych funkcií a prejavov prípadných pooperačných komplikácií, zvládnutie bolesti a starostlivosť o psychický stav pacientky. V prípade nutnosti kontinuálneho sledovania pacientky alebo komplikácii počas operácie býva prevezená z operačného sálu ihneď na jednotku JIP. Na štandardnom oddelení je pacientka počas prvých hodín po výkone na dospávajúcej izbe. Do pacientkinho chorobopisu urobí operatér ihneď po operácii zápis, ktorý sa týka príslušnej ordinácie liekov, infúzných roztokov, transfúzií a pokyny ohľadom polohy pacientky, ktorými sa riadime po privezení pacientky zo sálu na oddelenie. Z operačného sálu prichádza už extubovaná, pri vedomí a mala by reagovať na oslovenie. Bezprostredne pri predávaní pacientky na oddelenie musíme skontrolovať operačnú ranu, teda zrekonštruované prsníky pohľadom aj pohmatom a prípadne odberové miesto. Pacientka má zavedenú Redonovu drenáž, ktorá odvádza prebytočnú sekréciu z operačných rán, po príchode skontrolujeme priechodnosť drénov a označíme ich podľa

príslušnej strany, ku ktorej patria. Pri odbere laloku z brušnej steny pacientku uložíme do polohy na chrbte so zvýšenou polohou dolných končatín a hrudníka, takzvanéj sklapovačky. Dôvodom je aby nedošlo k veľkému napätiu v suture brušnej steny po odbere. V prípade, kde nebol odobraný brušný lalok, pacientku dáme do polohy na chrbte len so zvýšenou pozíciou trupu. Pacientka má už zo sálu oblečené sťahovacie elastické prádlo, ktoré slúži k ochrane odberového miesta (JANÍKOVÁ et al., 2013).

PODPORA ZDRAVIA

Keď už pacientka po narkóze vníma a je orientovaná informujeme ju o priebehu operácie a všetkých opatreniach, ktoré je potrebné aby dodržiavala. Zdôrazníme jej, že nemôže sama vstávať, vždy zavolá sestru. Dáme jej na dosah ruky signalizačné zariadenie aby nás mohla v prípade potreby zavolať. Vysvetlíme jej, že najbližších 24 hodín bude jej stav monitorovaný. Sledujeme vedomie, tep, dych, telesnú teplotu, krvný tlak, saturáciu krvi kyslíkom v pravidelných intervaloch. Prvé dve hodiny meriame, čo 15 minút, potom čo 30 minút a následne do 24 hodín každú hodinu. Všetky údaje sú podrobne zaznamenávané do dokumentácie pacientky. Ľahké výkyvy fyziologických funkcií v prvých pooperačných hodinách sú časté, kvôli zaťaženiu organizmu narkózou. Ďalej informujeme pacientku o podávanej infúznej terapii a že sa ma na nás v prípade bolesti ihneď obrátiť. Tiež zisťujeme jej očakávania a požívanie škodlivých látok ako cigarety a alkohol, edukujeme ju o ich nepriaznivých účinkoch. Staráme sa aby bol celý liečebný režim efektívny a pacientkou chápaný a dodržiavaný (JANÍKOVÁ et al., 2013).

VÝŽIVA

Prijímanie potravy a tekutín má najväčší vplyv na zdravie, je podmienkou správneho fungovania organizmu. Potrava ma zaistiť fyziologicky stav organizmu, musí mať dostatočnú energetickú hodnotu a dodávať do tela všetky potrebné látky. Pacientka je po operácií na tekutej alebo kašovitej diéte. Začína piť dve hodiny po privezení na oddelenie. Podávame jej teplý čaj po malých dúškoch s prestávkami, najčastejšie cez slamku alebo čajovou lyžičkou. Obvykle už podávame kašovitú večeru alebo čaj s piškótami, výnimku tvoria rekonštrukcie brušnými lalokmi, kde je 1-2 dni parenterálny príjem tekutín. Pacientke sa podávajú potrebné tekutiny a živiny intravenózne vo forme náhradných roztokov, ako aj antibiotika a analgetika. Neustále sledujeme hydratáciu, denný príjem tekutín by mal tvoriť 2,5-3 litra. Pozornosť

venujeme aj kožnému turgoru, stavu a farbe pokožky. Ako následok premedikácie, anestézie a podávaných analgetík sa môže v prvom pooperačnom dni objaviť nauzea a zvracanie. Zvratky môžu spôsobiť aspiráciu, hlavne u pacientky, ktorá je ešte ospala po narkóze. Pri zvracaní uvedieme klientku do mierneho predklonu, zaistíme emitnú miskú podľa potreby odsávame zvratky katétrom z dutiny ústnej. Parenterálnou cestou aplikujeme podľa ordinácie lekára lieky na tlmenie nauzei a zvracania. Pokiaľ sa zvracanie objaví neskôr, môže to byť následok poruchy elektrolytickej rovnováhy (VYTEJČKOVÁ et al., 2011), (ČOUPKOVÁ et al., 2010).

VYLUČOVANIE A VÝMENA

V niektorých prípadoch sa pacientke pred operačným výkonom zavedie permanentný močový katéter. Ruší sa väčšinou prvý operačný deň, záleží na stave pacientky. Do 6-8 hodín po výkone by sa mala pacientka spontánne vymočiť, obvykle to býva pri prvej mobilizácii. Ak sa tak nestane, je nutné urobiť katetrizáciu močového mechúra alebo ju jednorazovo vycievkujeme. Keď pacientka močí, informujeme sa o bežných spôsoboch vylučovania moču, frekvencii močenia, vzhľadu moču a iných prípadných zmenách. K prechodným pooperačným stavom patrí aj zástava plynov a stolice. Príčinou býva zastavenie črevnej peristaltiky, prejavujúcej sa plynatosťou. Pacientka môže mať nafúknuté brucho, cítiť nevoľnosť alebo bolesť brucha. Peristaltika by sa tiež mala obnoviť pri mobilizácii pacientky, ak sa tak nestane môžeme obtiaže zmierniť zavedením rektálnej rúrky, ktorá uľahčí odchod plynov alebo aplikovať lieky k jej podpore. Vždy rozhovorom zistíme normálne defekačné návyky, popis stolice a jej zmien. Po celú dobu je nutné sledovať bilanciu tekutín v tele. Z organizmu sa voda stráca dychom, potom, močom, stolicou, odtokom do drénov je nutné zásobu vody v tele neustále obnovovať. Monitorujeme denný príjem a výdaj tekutín, ktorý podrobne zaznamenáme. Príjem by mal byť vždy vyšší ako výdaj. Redonova drenáž sa ponecháva 3-5 dni, do množstva dreňovej tekutiny 30ml za 24 hodín (MIKŠOVÁ et al., 2006).

AKTIVITA, ODPOČINOK

Pacientka ma po výkone nariadený prísny kľudový režim. Je potrebné aby sme jej vysvetlili nutnosť jeho dodržania. Má obmedzenú pohyblivosť, takže pri všetkých činnostiach potrebuje pomoc zdravotníckeho personálu. Pacientka musí byť v polohe v ľahu na chrbte s eleváciou trupu. Horné končatiny sú položené voľne pozdĺž tela, ramená sú v abdukcií, lakte a prsty v miernej flexií. Pri rekonštrukcii tram lalokmi sú

nohy vo zvýšenej polohe, pacientka leží v takzvanej polohe sklapovačky. Prvý deň po operácií je pacientka uložená do postele bez vankúša kvôli zmierneniu nevoľnosti po narkóze. Pravidelne kontrolujeme a zaisťujeme funkčnosť polohy. Pohyb je aktivita, pri ktorej sa predchádza vzniku tromboembolickej choroby a komplikáciám z imobility. Medzi základne pohyby patrí polohovanie, sedenie, vstávanie a chôdza. Prvý pooperačný deň najneskôr v poobedňajších hodinách začíname s pacientkou včasnú mobilizáciu. Pri prvom vstavaní ju edukujeme o jeho správnom postupe. Je dôležité aby vždy vstávala cez bok, nechytala sa hrazdičky nad posteľou, nesmie sa predkláňať, ani zdvíhať ruky hore alebo zdvíhať záťaž. Ak bola urobená rekonštrukcia pomocou TRAM laloku tak prvý deň má len rehabilitáciu na lôžku a až druhý je prvá mobilizácia. Pri vstávaní dbáme na to aby bol brušný pás dobre pritiahnutý a pacientka si jednou rukou pridržiavala pás v oblasti podbrušia (ČOUPKOVÁ et al., 2010).

Pohyblivosť je obmedzená, preto je dôležité aby sme pacientke dopomohli pri každodenných činnostiach. Doprevádzame ju na toaletu, pomáhame jej pri rannej hygiene a obliekaní. Hygienickú starostlivosť robíme s ohľadom na pacientkin momentálny stav. Patrí k najosobnejším ošetrovateľským výkonom, preto musíme stále dbať na zachovanie intimity pacientky. Behom očisty si všimame celkový stav a operačnú ranu. Činnosť samo starostlivosti je ovplyvnená vekom pacientky, jej celkovým stavom, schopnosťami a sociokultúrnym prostredím. Každý deň dozeráme aby bola dodržaná osobná čistota pacientky a mala čisté posteľné a osobné prádlo. Pred zahájením hygieny zhodnotíme klinický stav spolu s vedomím a fyziologickými funkciami. Ak nastane náhla zmena zdravotného stavu alebo sa pacientka zamotá hlava, ihneď ju uložíme spať na lôžko do polohy v ľahu (VYTEJČKOVÁ et al., 2011).

Počas hospitalizácie sledujeme aj odpočinok, je možné, že spánok pacientky bude narušený, preto kontrolujeme jeho kvalitu a dĺžku. Príčiny sú najčastejšie telesné obmedzenie a pre pacientku neobvyklá stála poloha na chrbte. Operačná rana je často bolestivá a spánok v neznámom prostredí môže byť náročný. Vždy sa snažíme bolesť utíšiť a úplne potlačiť. Pacientky sa denne pýtame na jej spokojnosť so spánkom, pri problémoch môžeme podať hypnotika na jeho zlepšenie, samozrejme podľa ordinácie lekára. Je dôležité pacientku uložiť do teplého prostredia, aby sa novo vymodelované prsia dobre prekrvovali. Tak isto ostatní pacienti môžu pôsobiť zle svojim chovaním na spánok pacientky. Je dobré, ak na izbe sústredíme pacientky podobného veku a rovnakej diagnózy (ČOUPKOVÁ et al., 2010).

VNÍMANIE, POZNÁVANIE

Ako následok narkózy je po príchode zo sálu pacientka spavá, miestami môže byť zmätená. Prvé zisťujeme reakcie na podnety, či reakcie odpovedajú danému podnetu a či sú okamžité alebo oneskorené. Rozumové uvažovanie môže byť v prvých pooperačných hodinách ovplyvnené stresom z operácie a pooperačnou bolesťou, preto je potrebné aby sme všetko niekoľko krát zopakovali a uistili sa, že pacientka chápe. Pozorujeme, akým spôsobom vníma problémy a zmeny okolia. Zvýšenú pozornosť venujeme pacientkam s poruchami zmyslového vnímania. Neustále kontrolujeme orientáciu pacientky, ak je dezorientovaná tak ju miestne aj časovo reorientujeme a naučíme ju poznávať prostredie, v ktorom sa nachádza (JANÍKOVÁ et al., 2013).

SEBAPOCHOPENIE, SEBAÚCTA

Rozhovorom zisťujeme ako pacientka hodnotí samú seba a zvládanie situácie. Vzhľadom na predchádzajúce onkologické ochorenie majú často tendenciu preháňať negatívne výsledky. Sú citlivejšie a krehkejšie, zničené z onkologického liečenia a straty prsníka. Väčšina užíva psychofarmaka, preto s nimi musíme jednať opatrne. Snažíme sa pacientke pomáhať oceňovaním aj toho najmenšieho pokroku. Pravidelne vyhodnocujeme jej liečebnú snahu, zdôrazňujeme úspechy, ktoré dosiahla. Pozorujeme ako vníma v situáciách samú seba a opravujeme jej negatívne postoje. Vytvoríme u nej snahu o zlepšenie stavu aktívnym povzbudzovaním (VOJÁČKOVÁ, 2003).

VZŤAHY MEDZI ROLAMI

V tejto oblasti nás hlavne zaujímajú medziľudské vzťahy, ktoré pacientka má. Všímame si, či ju niekto navštevuje počas hospitalizácie, rodinné problémy, ako rodina prežíva hospitalizáciu. Mala by cítiť, že je súčasťou svojho okolia a že na zvládanie problémov a obmedzení, ktoré plynú z výkonu nie je sama. Vždy je tam niekto, kto jej rád kedykoľvek pomôže. Mnoho pacientok môže trpieť pocitom osamelosti v súvislosti s prekonávacími následkami ochorenia. Našou úlohou je povzbudiť ich, ukázať im že v tom samy určite nie sú, dať kontakty na organizácie, združenia pacientok s rekonštrukciami prsníka po rakovine (MAMMAHELP, 2014).

SEXUALITA

Pacientky, ktoré idú na rekonštrukčné výkony väčšinou majú naordinovanú podpornú hormonálnu liečbu, raz denne vo forme tabletiiek. Veľmi časté nežiaduce účinky tejto liečby sú pocity nevoľnosti, návaly tepla, krvácanie z vagíny, nepravidelná menštruácia alebo jej úplný útlm, zadržovanie tekutín a kožné vyrážky. Pri jej užívaní by mali pacientky absolvovať raz za 6 mesiacov gynekologické kontroly. Na nás je aby sme rozpoznali, kedy sa jedná o vedľajší účinok tejto liečby alebo ide o pooperačné komplikácie, či alergickú reakciu na medikáciu. Preto by sme mali na pacientke sledovať aj tie najmenšie zmeny, všetko podrobne dokumentovať a hlásiť lekárovi.

ZVLÁDANIE / TOLERANCIA ZÁŤAŽE

Každá operácia a hospitalizácia je náročná a vyčerpáva pacientku po telesnej aj psychickej stránke. Každá pacientka je individuálna osobnosť odlišne sa prejavujúca v záťažových situáciách. Niektoré pacientky reagujú podráždením, sú neprijemné na okolie, iné sa skôr uťahujú do seba a odmietajú komunikovať s okolím. My sa snažíme pomáhať prekonať toto obdobie, navrátiť psychickú rovnováhu. Zisťujeme kto alebo čo jej najviac pomáha pri zvládaní problémových situácií, či má túto osobu alebo vec k dispozícii. Vytvárame atmosféru spolupráce, ukazujeme jej postupy riešenia náročných situácií (VENGLÁŘOVÁ et al., 2006).

ŽIVOTNÉ PRINCÍPY

Podľa presvedčení a hodnôt vyberáme tú správnu stratégiu starostlivosti. Pre nás je dôležité vedieť čomu pacientka verí že jej pomáha, čo ju robí šťastnou. Ak je to napríklad viera zabezpečíme duchovného, ak je to rodina môžeme pri návšteve naznačiť ako ich prítomnosť zlepšuje jej stav. Myseľ a telo spolu úzko súvisia, pozitívne myslenie má obrovský vplyv na zdravotný stav.

BEZPEČNOSŤ A OCHRANA

Z dôvodu zavedených invazívnych vstupov a oslabenia tela operáciou je pacientka ohrozená vypuknutím infekcie. Denne kontrolujeme permanentný močový katéter, periférny žilný katéter, Redonove drény a operačnú ranu, pretože sú to najrizikovejšie miesta. Sledujeme príznaky infekcie ako sčervenanie pokožky, bolestivosť, opuch, zvýšená teplota, zmena laboratórnych hodnôt. Dodržujeme pri

každom preväze aseptický postup a monitorujeme rizikové faktory pre vznik infekcie. Pacientka je po operácií v riziku pádu, preto je nutné zaistiť v jej okolí bezpečné prostredie. Zhodnotíme stupeň funkčnej poruchy a všetky rizikové faktory a podľa nich prispôsobujeme našu starostlivosť (ČOUPKOVÁ et al., 2010).

KOMFORT

Veľkú pozornosť venujeme bolesti pacientky. Býva častým prejavom v operačnej rane, ktorý sa dostavuje po vymiznutí účinkov anestézie. Pokiaľ sa jedná o nekomplikovaný priebeh hojenia, bolesť sa po pár dňoch stratí. Nikdy bolesť nepodceňujeme. Ak je intenzívna a pretrvávajúca môže znamenať zápal v rane, ranné krvácanie alebo rozostúp rany. Najčastejšou metódou hodnotenia bolesti je verbálna škála. Pacientka vyjadruje svoju bolesť na stupnici od 1 po 10, teda od slabej po neznesiteľnú. Je potrebné aby sme sledovali aj neverbálne prejavy bolesti ako mimiku, vzdychy, grimasy a plač. Pacientka sa môže hanbiť ukázať svoju slabosť a požiadať o lieky, preto keď na nej pozorujeme jeden z neverbálnych prejavov, okamžite jej ponúkame analgetiká. Bolesť sledujeme vždy súčasne s fyziologickými funkciami. Pre pacientku je takýto stav tiesňou a veľkým stresom, preto sa ho snažíme čo najrýchlejšie odstrániť. Podľa ordinácie lekára aplikujeme analgetika, dobre je ak ich pacientke v pooperačnom období pravidelne ponúkame. Všetko zaznamenávame, sledujeme ich účinok a možné vypuknutie alergickej reakcie. Najbolestivejšie bývajú rekonštrukcie implantátmi, pretože sa vkladajú pod prsný sval, pri tram lalokoch je bolestivé skôr miesto odberu laloku. Vždy pacientku uvedieme ihneď do úľavovej polohy, pravidelne kontrolujeme intenzitu bolesti (JANÍKOVÁ et al., 2013).

RAST A VÝVOJ

Zhodnotíme, či je pacientkin rast a vývoj fyziologický. Preskúmame anamnézu, urobíme fyzikálne vyšetrenie, zaujímajú nás hlavne odchýlky a patologické zmeny.

4.3 STAROSTLIVOSŤ O OPERAČNÚ RANU, JAZVU

Hojenie rán a jaziev je zložitý fyziologický proces, pri ktorom dochádza k obnove porušenej štruktúry tkaniva a funkcie kože. Hojenie je ovplyvňované veľkým množstvom faktorov, tie sa rozdeľujú na vonkajšie a vnútorné. Medzi vnútorné faktory

patrí celkový stav výživy pacientky, dostatok kyslíka v tkanivách, zápalové reakcie organizmu a vek pacientky. Poruchy výživy ako obezita alebo malnutícia môžu negatívne ovplyvniť celý proces hojenia. Je dôležité aby mala pacientka dostatočný príjem bielkovín, vitamínu A a C, zinku a železa. Energetické nároky tela pacientky sú pri procese hojenia zvýšene, a preto by s tým malo byť rátané v diétnych opatreniach. Vyšší vek súvisí so stratou elasticity kože a spomalenou regeneračnou schopnosťou, takéto pacientky vyžadujú našu zvýšenú pozornosť. Svoj vplyv má aj odstránenie bolesti a psychického stresu, pretože ak je pacient v strese tak sa mu sťahujú cievy a proces hojenia je narušený. Vonkajšie faktory sú napríklad prítomnosť infekcie, užívanie farmak, mechanické vplyvy alebo nevhodné ošetrenie rany. Dostatok spánku má tiež nezanedbateľné miesto v procese hojenia, pretože telo sa počas neho regeneruje. Hlavnou úlohou je predovšetkým pacientku edukovať a podporovať v zdravých návykoch. Z liekov nepriaznivo pôsobiacich na rany a proces hojenia sú cytostatika, imunosupresíva, kortikoidy a antikoagulancia (ČURDOVÁ et al., 2012).

Prvé operačné krytie zo sálu, je možné ponechať jeden až dva dni. Rana je vždy prekrytá sterilným krytím, ktoré je suché, savé a prievzdušné. Pri každom preväze postupujeme asepticky, máme dopredu pripravené potrebné pomôcky. Pred jeho začatím informujeme pacientku o priebehu, zistíme alergie a uložíme pacientku do vhodnej polohy. Ako prvé odstraňujeme pôvodné krytie rany a očistíme okolie rany. Vždy musíme udržiavať čerstvú jazvu v čistote. Pohľadom zhodnotíme stav operačnej rany a jazvy, zisťujeme príznaky infekcie a prípadnej sekrécie. Ak sa vytvorila chrasta tak ju nikdy nestrhávame, ale čakáme až sa sama uvoľní a odlúči. Na každej jazve meníme podľa ordinácie lekára fixačné náplasti z netkaného textilu, ktoré slúžia na krásne zhojenie rany s čo najlepším estetickým výsledkom. Potom sa rana a jej okolie vydezinfikuje, štandardne sa používa dezinfekčný sprej Cutasept F alebo sa na sterilný štvorček aplikuje Braunol a rana sa ním dôkladne pretrie. Počkáme kým dezinfekcia zaschne, potom obložíme operačné rany studenými obkladmi s nitrofurantoinom. Samozrejme vždy postupujeme podľa ordinácie lekára, ktoré sa môžu líšiť, záleží na štandardoch a zvykoch oddelenia. Ak bola pri operácii urobená aj rekonštrukcia bradaviek, ich okolie sa ešte mierne premasíruje aby boli dobre prekrvené. Nakoniec dáme na ranu suché krytie, obviažeme hydrofilným obvínadlom a prsia ešte zafixujeme sťahovacím elastickým obvazom. Na odberové miesta prikladáme mastný tyl, ktorý slúži k šetrnému ošetreniu plošných rán. Pri rekonštrukcii TRAM lalokmi vypoďložíme

sťahovací pás látkovou podložkou pre dobrú kompresiu a pohodlie pacientky. Je nutné aby bol pás dobre stiahnutý, hlavne pri vstávaní. Každý preväz musíme starostlivo zaznamenať do dokumentácie. 4.-5. deň použijeme prsný sťahovací pás a špeciálnu elastickú podprsenu so zapínaním vpredu, aby sa nám novo vymodelovane prsia symetricky v správnej polohe uložili na hrudníku. Pacientka sa nesmie kúpať, len sprchovať, ranu a jej okolie môže umývať len čistou vlažnou vodou a to prvé dva až štyri týždne. Tiež by sa mala aspoň tri mesiace vyhýbať soláriu, saunám a chladu. Zo svojho šatníka by mala vynechať tesné oblečenie zo syntetických materiálov. Jazva sa musí chrániť pred slnečným žiarením a to po dobu minimálne troch mesiacov, pacientka má tiež zakázanú športovú aktivitu. Po ukončení hospitalizácie chodí na pravidelné preväzy do ambulancie (SMIČKOVÁ, 2011).

4.4 ŠPECIFICKÁ KOMUNIKÁCIA

Schopnosť interakcie s pacientkou má významné miesto v ošetrovateľskej starostlivosti. Sestra by mala používať schopnosť komunikácie ako súčasť profesionálneho vybavenia. Zdeľujeme pacientke dôležité fakty o priebehu výkonu, motivujeme ju k liečbe a pôsobíme edukačne. Hovoríme jej informácie o postupoch liečenia, spôsobe stravovania a rizikách, ktoré musia byť povedané prijateľnou formou a zrozumiteľne. Dôležité je aby sme počúvali jej individuálne potreby a vždy zachovávali dôstojnosť. Je potrebné vysvetliť, prečo je nutné dodržiavať odporúčenia a liečebný režim. Pacientke necháme priestor na otázky, snažíme sa vybudovať dôveru v profesionalitu celého personálu. Povzbudzujeme ju v samostatnosti a zároveň vysvetľujeme kedy sa ma radšej obrátiť na odborníkov. Pacientka musí vedieť, že s akýmikoľvek pochybnosťami sa na nás môže obrátiť. Mali by sme vždy ostávať sami sebou, byť ku problémom pacientky empatický, načúvať jej, pretože je v tomto období veľmi zraniteľná.

Hovoríme konkrétne a jednoznačne, nechávame pacientke priestor. Snažíme sa vyhýbať cudzím slovám a odborným výrazom, hovoríme v krátkych vetách, ktoré neodvádzajú pozornosť od obsahu. Pacientka pociťuje po operácii strach a bolesť, čo ovplyvňuje jej schopnosť s nami komunikovať, pochopiť situáciu a význam

povedaného. Musíme byť trpezlivý, hovoriť a pôsobiť ukludňujúco, vždy zopakovať niekoľkokrát informácie aby sme mali istotu, že sú pochopené. Najriskynejšie je rozhodnúť sa v danej chvíli o správnej stratégii komunikácie. Radostné správy má pacientka tendenciu vnímať pozitívne a okamžite ju dobre naladia, ale komplikácie vidí veľmi kriticky a beznádejne. Snažíme sa potlačiť negatívne situácie a akékoľvek správy hovoriť opatrne. Pacientka musí cítiť náš záujem o ňu, našu ochotu, láskavý a citlivý prístup k nej ako ku individuálnej bytosti. Komunikácia je nástrojom k uspokojovaniu potrieb človeka, udržanie kontaktu, poskytuje pacientke oporu. Je potrebné sledovať jej výšku hlasu, pretože je odrazom pacientkiných emócií. Podmienky pre zdieľanie informácií sú súkromie a nerušený priestor. Našu komunikáciu vždy prispôbujeme reakciám pacientky. Dávame jej najavo, že ju počujeme a tiež že jej rozumieme a chápeme. Najlepšia cesta ako to vyjadriť je zopakovanie toho, čo nám pacientka povedala. Musí cítiť našu ochotu pomôcť jej v akejkoľvek situácii, pomáhame jej prekonať všetky rozpaky. Za najúprimnejší spôsob komunikácie je považovaná reč tela. Niekedy je chytenie za ruku viac ako tisíc slov. Snažíme sa pôsobiť pozitívne, usmievať sa, venovať jej úprimný pohľad a používať vhodné dotyky. Priateľské dotyky slúžia k podpore komunikácie, sú to napríklad pohladenie po ruke, ramene alebo podržanie pod pazuchu. Ďalší významný aspekt je naša poloha. Najlepšie sa ľuďom hovorí pri sedení. Pokiaľ chceme získať informácie alebo uskutočniť rozhovor v kooperatívnej atmosfére je dôležitá vzájomná rovnocenná poloha. Ak obidve sedíme vyhne sa konfrontačnej polohe tvárou v tvár, ktorá býva pre pacientku nepríjemná. Každá sestra by mala prispieť ku skrásleniu a zdomácneniu prostredia pacientky, bude sa tak cítiť bezpečnejšie. Ako sestry vstupujeme do intímnej zóny pacientky a preto by sme mali vždy zachovať profesionálny prístup, akceptovať jej potreby a nikdy žiadnu pacientku neprehliadať (VENGLÁŘOVÁ et al., 2006), (VOJÁČKOVÁ, 2003).

4.5 PSYCHOLOGICKÉ HLADISKO

Žena je omnoho citlivejšia a náchylnejšia ako muž, týka sa to predovšetkým nedostatkov telesnej krásy a vzhľadu. Najdôležitejší atribút ženskej krásy je už od nepamäti ženský prsník. Jeho akúkoľvek odchýlku v tvare, či veľkosti pociťuje žena bolestivejšie než iné nedostatky. K najzávažnejším problémom modernej medicíny týkajúci sa žien patri práve karcinóm prsníka. Už len samotná diagnóza zhubného

nádoru vyvolá, v každom človeku strach a úzkosť. Toto ochorenie ohrozuje ženu nielen na živote ale rovnako aj sklamaním z vlastného tela. Pacientky ochorenie opisujú ako najhorší moment ich života, často ostávajú mentálne a emocionálne ochromené. Protinádorová liečba je sprevádzaná mnohými nežiaducimi účinkami. Je to napríklad strata vlasou, poškodenie pohlavných orgánov a ich funkcie cytostatikmi, nevoľnosť, zvracanie, ktoré ale po liečbe vymiznú, to sa však nedá povedať o strate prsníka. Vzhľad ženy sa teda drasticky zmení a to má často na jej psychiku zničujúce účinky. Pre ženu to predstavuje obrovský hendikep v spoločenskom aj osobnom živote. Majú pochopiteľné obavy ako bude reagovať na zmenu vonkajšku ich okolie a rodina. V tomto období sú veľmi zraniteľné, neisté, v šoku zo straty prsníka a deformácie hrudníka. Hlavne u mladších žien môžeme pozorovať fenomén dysmorfobie, strach z vlastnej škaredosti. Práve mladšie skupiny žien berú toto poškodenie tela veľmi negatívne, často trpia úzkosťou, depresiami a užívajú psychofarmaka. Veľmi sa obávajú odsúdenia spoločnosti a rozpadu vzťahu alebo manželstva. Stávajú sa pre ne náročné každodenné činnosti. Hanbia sa akokoľvek obnažiť svoje telo, boja sa obliecť si priliehavé tričká alebo tielka, aby si niekto nevšimol jazvy a chýbajúci prsník. Náročné to je hlavne počas leta, kedy im hendikep bráni ísť s rodinou na kúpalisko alebo k moru, pretože sa boja obnaženia v plavkách. V zime je pre nich zasa nepredstaviteľné zúčastniť sa plesu v spoločenských šatách. Vyhybajú sa verejným akciám a uťahujú sa do seba. Často sa ľutujú a odmietajú zmenené telo prijať. Je nutné aby sme s pacientkou v tomto období zachádzali a komunikovali veľmi citlivo, prípadne zaistili pomoc odborníka (FIŠAROVÁ et al., 2012), (BANOVČINOVÁ et al., 2012).

Dokonale urobená rekonštrukcia je veľmi dôležitá, pretože vedie k navráteniu istoty žene v osobnom a spoločenskom živote. Pre pacientky je možnosť rekonštrukcie prsníka akýmsi svetlom na konci dlhej cesty plnej pochybností a nepríjemnosti vychádzajúcich z primárnych liečebných zákrokov. Výkon dodáva pacientke späť stratené sebavedomie a pocit ženskosti, konečne po rekonštrukcii môže znova robiť predtým nemysliteľné veci. Rozdiel medzi prírodným a novo vymodelovaným prsníkom často nespozná ani odborník. Rekonštrukcia prsníka je neoddeliteľnou súčasťou liečby rakoviny prsníka. Samozrejme nie každá sa podarí na prvý krát, stáva sa že napríklad prvá zvolená možnosť nebola pre danú pacientku vhodná a operácia sa musí opakovať. Tak isto predstava ženy a výsledku sa môže líšiť a preto môžu byť niektoré pacientky sklamané. Všetko záleží na individuálnych podmienkach

rekonštrukcie a predchádzajúcej mastektómií, ktoré sú pri každej žene rozdielne (MĚŠŤÁK, 2007).

ORGANIZÁCIE POMÁHAJÚCE ŽENÁM S RAKOVINOU PRSNÍKA

Ženy sa tu môžu stretnúť s ostatnými, ktoré majú rovnaké problémy ako oni. Tieto spoločnosti poskytujú psychickú podporu, ukazujú postihnutým ženám, že v tom nie sú sami. Môžu sem prísť ženy s diagnostikovanou rakovinou prsníka, podstupujúce liečbu ale aj po absolvovanej liečbe a ženy po mastektómii. Sú tu vítaní aj rodinní príslušníci a priatelia. Poskytujú tiež kvalitné odborné informácie o ochorení a ďalšom riešení. Pravidelne tu organizujú stretnutia, prednášky, kurzy a cvičenia. Spolupracujú s rádioterapeutmi, onkológmi, chirurgmi, psychológmi, fyzioterapeutmi a genetikmi. Všetky služby, ktoré tieto spoločnosti ponúkajú sú zadarmo. Rovnako sa tu vzdelávajú terapeutky pre pomoc onkologicky chorým ženám (MAMMAHELP, 2014).

Príklady organizácií: Mamma HELP, Benkon, Arcus, Onko-nadeje, Liga proti rakovine, Onko-amazonky, Alen, Jantar, Onko klub Area, Violka, Klub Marie, Klub onkologicky nemocných (BREASTCANCER, 2015).

5 OŠETROVATEĽSKÝ PROCES U PACIENTKY S PLASTICKO-CHIRURGICKOU REKONŠTRUKCIOU PO ABLÁCIÍ PRSNÍKA

Ošetrovateľský proces je spracovaný u 36 ročnej pacientky vo Fakultnej nemocnici Kráľovské Vinohrady. Prekonala malígne ochorenie prs a podstúpila operáciu, pri ktorej boli prsníky odstránené. Pacientka podstúpila rekonštrukciu prsníkov.

V rámci ošetrovateľského procesu sme stanovili ošetrovateľské diagnózy a následne sme zostavili ošetrovateľský plán.

Zdroj: lekárska, sesterská dokumentácia, zdravotnícky personál, rozhovor s pacientkou.

5.1 ZÁKLADNÉ INFORMÁCIE O PACIENTKE

Meno a priezvisko: X.Y.

Dátum narodenia: 25.4.1979

Vek: 36

Pohlavie: žena

Adresa bydliska a telefón: XX

Adresa príbuzných: XX

Rodné číslo: XXXXXX/XXXX

Číslo poisťovne: XXX

Vzdelanie: vysokoškolské

Zamestnanie: architektka

Stav: vydatá

Štátna príslušnosť: ČR

Dátum prijatia: 19.7.2014

Typ prijatia: plánovaná hospitalizácia

Oddelenie: Plastická chirurgia

Ošetrojúci lekár: MUDr. F.R.

Dôvod prijatia udávaný pacientkou:

„V roku 2011 mi diagnostikovali karcinóm prsníkov. Musela som podstúpiť obojstrannú mastektómiu s následnou chemoterapiou. Dva roky som potom čakala, kým bude liečba ukončená, aby som mohla podstúpiť rekonštrukciu prsníkov.“

Medicínska diagnóza hlavná:

Obojstranná rekonštrukcia prsníkov okrúhlymi implantátmi Siltex s nízkym profilom

Medicínske diagnózy vedľajšie: \emptyset **Hodnoty a údaje získané pri prijatí:**

TK: 135/87 mmHg

P: 82/min

D: 17/min

TT: 36,2 °C

Stav vedomia: pri vedomí

Reč, jazyk: bez problémov

Výška: 165 cm

Hmotnosť: 62 kg

BMI: 22,77 – v norme

Pohyblivosť: bez obmedzenia

Orientácia miestom, časom, osobou: orientovaná

Krvná skupina: A Rh negatívna

Momentálne ochorenie: Obojstranná rekonštrukcia prsníkov

Informačné zdroje: pacientka, ošetrovateľská dokumentácia, chorobopis, zdravotnícky personál

5.2 ANAMNÉZA

RODINNÁ ANAMNÉZA

Matka: 57 rokov, tachykardia, momentálne liečená pre karcinóm ovaria

Otec: 62 rokov, diabetes mellitus 2. typu, obezita

Súrodenci: nemá

Deti: pacientka má 8 ročného syna, ktorý je úplne zdravý

OSOBNÁ ANAMNÉZA

Prekonané a chronické ochorenia: bežné detské infekčné ochorenia,

V roku 2011 si pacientka objavila na pravom prsníku bulku. Bola odporúčaná na UZ vyšetrenie prsníkov, kde bolo nájdených 8 ložísk nádoru. Nasledovala mamografia a biopsia. Pacientke bol diagnostikovaný: Ca mammae T2NxMx.

Chronické ochorenia: neguje

Hospitalizácie a operácie:

Dňa 4. 6. 2011 hospitalizovaná z dôvodu výkonu totálnej obojstrannej mastektómie s následnou chemoterapiou a ožarovaním pooperačnej jazvy. Ďalej bez komplikácií.

Úrazy: 0

Transfúzie: 0

Očkovania: Bežné očkovania Tetanus, Hepatitída B.

LIEKOVÁ ANAMNÉZA

Názov	Forma	Sila	Dávkovanie	Skupina
Tamoxifen Ebewe	Tbl.	20mg	1-0-0	cytostatikum

ALERGOLOGICKÁ ANAMNÉZA

Lieky: 0

Potraviny: jahody

Chemické látky: 0

Iné: peľ, prach

ABÚZUS

Alkohol: príležitostne

Fajčenie: 0

Káva: 1x denne

Lieky: 0

Iné návykové látky: 0

GYNEKOLOGICKÁ ANAMNÉZA

Menses od 12 rokov, cyklus bol pravidelný. Teraz, pre užívanie Tamoxifenu nepravidelný, tehotenstvo 1x, potrat 0, návšteva gynekologických prehliadok 2x ročne, posledná prehliadka pred 1 mesiacom, bpn. Antikoncepciu neužíva.

SOCIÁLNA ANAMNÉZA

Stav: vydatá

Bytové podmienky: Býva s manželom a 8 ročným synom v 3-izbovom panelovom byte.

Vzťahy, role a interakcie: Svoje manželstvo hodnotí ako veľmi dobré, síce si prešli aj ťažkou dobou, ale navzájom sa stále podporujú. Manžel bol pre ňu oporou hlavne v čase choroby, rodina je pre ňu na prvom mieste. So synom hodnotí svoj vzťah tiež kladne, kvôli nemu chce byť čo najrýchlejšie zase doma.

Záľuby: Rada číta knihy s detektívnou tematikou a sleduje staré filmy.

Voľnočasové aktivity: Výlety do prírody na bicykli s manželom a synom.

PRACOVNÁ ANAMNÉZA

Vzdelanie: vysokoškolské

Pracovné zaradenie: architektka

Čas pôsobenia, čas odchodu do dôchodku, akého: pôsobila 7 rokov ako architektka

Vzťahy na pracovisku: dobré, kolegovia ju hodnotia ako priateľskú a zodpovednú osobu

Ekonomické podmienky: dobré

SPIRITUÁLNA ANAMNÉZA

Ateistka

5.3 HODNOTENIE PACIENTKY PODĽA MODELU MARJORY GORDON ZO DŇA 20. 7. 2014

1 PODPORA ZDRAVIA (UVEDOMOVANIE SI ZDRAVIA, MANAGEMENT ZDRAVIA)

Subjektívne doma:

„Celý život som bola zdravá, mala som len úplne bežné choroby a potom prišla rakovina. Odstránenie prsníkov a náročnú chemoterapiu mám už za sebou, teraz zostáva už len rekonštrukcia a dúfam, že všetko bude tak ako predtým. Už sa cítim dobre, myslím že mám to najhoršie za sebou. Doma mi pomáha prítomnosť blízkych, ktorí ma veľmi podporujú. Snažím sa dodržiavať všetky odporúčenia lekárov, pravidelne navštevujem onkológa a gynekológa.“

Subjektívne pri hospitalizácií:

„Nie som v nemocnici prvý krát a nemám ich veľmi v láske, ale verím, že mi tento zákrok pomôže, aby som sa zasa cítila ako úplná žena. Inak myslím že hospitalizáciu zvládam dobre, všetci sú tu na mňa milí.“

Objektívne pri hospitalizácii:

Pacientka zvláda hospitalizáciu dobre, chodí ju pravidelne navštevovať manžel so synom, jej rodičia a známi. Je vydatá, má jedného syna, rodina ju pravidelne navštevuje. Má dobré rodinné vzťahy, rodina ju plne podporuje a pomáha jej. Syn je zdravý, pacientkina matka trpí na tachykardiu, momentálne je liečená pre karcinóm ovaria, otec pacientky má diabetes mellitus 2. typu a tiež trpí obezitou. Súrodencov nemá. Je nefajčiarka, alkohol pije príležitostne. Prekonala bežné detské ochorenia, v roku 2011 jej bol diagnostikovaný karcinóm prsníkov. Musela podstúpiť obojstrannú mastektómiu s následnou chemoterapiou. Momentálne je už dva roky po liečbe, užíva už len hormonálnu terapiu. Pravidelne chodí na kontroly ku gynekológovi a onkológovi.

Použitá meracia technika: 0

Ošetrovateľský problém: 0

2 VÝŽIVA (PRÍJEM POTRAVY, TRÁVENIE, VSTREBÁVANIE, METABOLIZMUS, HYDRATÁCIA)**Subjektívne doma:**

„Doma sa snažím jesť zdravo a pravidelne a to päť krát denne. Každý deň raňajkujem a to do pol hodiny po prebudení. Väčšinou si dám ovsenú kašu alebo celozrnné pečivo s tvarohovou pomazánkou, k raňajkám som zvyknutá vypiť jednu kávu. Na desiatu mám sušienky alebo ovocie. Môj typický obed je kuracie mäso alebo ryba s prílohou. Na olovrant sa snažím jesť čerstvé ovocie. Večere mám už len ľahké, obvykle nejaký šalát alebo polievku. Celý deň sa snažím dostatočne piť vodu, aspoň 2 až 2,5 litra za deň. S trávením som mala problémy, keď som podstupovala chemoterapiu, pociťovala som nevoľnosť, občas som zvracala a mávala som zápchu.“

Subjektívne pri hospitalizácii:

„Jedlo v nemocnici mi veľmi nechutí ale človek si musí zvyknúť, nič iné mu neostáva. Na druhej strane vždy je tu možnosť ísť si kúpiť niečo navyše, tiež manžel mi stále nosí potraviny z domu. Teraz po operácii nemôžem jesť ale nevádi mi to, pretože ani na nič nemám chuť.“

Objektívne pri hospitalizácii:

Pacientka váži 62 kg a je vysoká 165cm s BMI 22,77, ktoré je v norme. Nemá žiadne diétne obmedzenia. Výživa a hydratácia organizmu je dostatočná, všetky potrebné a dôležité látky prijíma v potrave. Stravuje sa pravidelne, snaží sa dodržiavať zdravý životný štýl. V nemocnici jej strava nechutí, preto sa stravuje aj individuálne. Jedlo aj vodu prijíma samostatne bez pomoci. Denný príjem tekutín 2 000– 2500 ml. Pokožka pacientky je v norme, kožný turgor je primeraný, sliznice sú vlhké, pacientka je dostatočne hydratovaná. Chrup má zdravý, bez problémov. Momentálne je po operačnom výkone, preto má pacientka nariadený prísny kludový režim a je na diéte Os čajovej. Podľa ordinácie lekára sú pacientke podávané tekutiny i. v.

Použitá meracia technika: BMI kalkulátor, BMI: 22, 77 – normálna váha

Ošetrovateľský problém: 0

3 VYLUČVANIE A VÝMENA (FUNKCIA MOČOVÉHO SYSTÉMU, FUNKCIA GASTROINTESTINÁLNEHO SYSTÉMU, FUNKCIA KOŽNÉHO SYSTÉMU, FUNKCIA DÝCHACIEHO SYSTÉMU)**Subjektívne doma:**

„Každé ráno keď sa prebudím idem hneď na malú a potom ešte asi tak tri krát do večera. S trávením problémy nemávam. Niekedy ma bolí brucho alebo páli žáha, ale býva to spôsobené tým, že som zjedla niečo ťažké alebo pokazené. Na ukludnenie žalúdka mi pomáha sóda bikarbóna. Na stolicu chodím každý deň, občas keď som v strese, tak mám zápchu. S pokožkou problémy nemám, netrpím žiadnou vyrážkou, ani ekzémom. Používam hydratačné krémy na telo, tvár a oči. S dýchaním nemám žiadne problémy. Jedine mám problémy na jar, pretože trpím alergiu na peľ.“

Subjektívne pri hospitalizácii:

„Žiadne problémy nemám, akurát by som povedala, že chodím na záchod častejšie, ale to bude asi tým, že tu celý deň ležím a pijem čaj.“

Objektívne pri hospitalizácii:

Denná diuréza pacientky je 1600 ml za 24 hodín, v norme. Mikciu má pravidelnú, bez zápachu, peny a zákalu. Farba moču je číra, príjem a výdaj tekutín v norme. U pacientky sa čaká na prvú pooperačnú mikciu, ktorá by mala nastať do 6-8 hodín po výkone. Stolica je fyziologická, hnedej farby, bez prímiesí. Posledná stolica bola 23. 7. 2014. Brucho je mäkké, bez patologickej rezistencie, poklep a pohmat nebolestivý. Pacientka je oboznámená s diétou, preto bude vylučovanie stolice zmenené. Koža je ružová, hydratovaná, kožný turgor fyziologický, prsty a nechty bez tvarových odchýlok. Potenie primerané, o pokožku sa pacientka pravidelne stará. Riziko vzniku dekubitov je 0. Dýchanie ma pacientka čisté, poklep jasný a plný, 16 dychov/min. Po operácii je pacientke pravidelne meraná aj pulzná oxymetria, jej hodnota je 98 % SpO₂.

.Použitá meracia technika: Hodnotenie rizika vzniku dekubitov, podľa stupnice Northon - pacientka získala 31 bodov, nemá riziko vzniku dekubitov.

Ošetrovateľský problém: 0

4 AKTIVITA, ODPOČINOK (SPÁNOK A ODPOČINOK, AKTIVITA A CVIČENIE, ROVNOVÁHA ENERGIE, KARDIOVASKULÁRNE-PULMONÁLNE REAKCIE, SEBA STAROSTLIVOSŤ)

Subjektívne doma:

„Povedala by som, že spánok mám dobrý. Väčšinou prespím bez prebudenia celú noc. Najčastejšie sa dostanem do postele pred polnocou a vstávam okolo ôsmej ráno. Mám pravidelný pohyb, sú to buď prechádzky s naším psom alebo výlety na bicykloch s manželom a synom. Energie mám dostatok, samozrejme záleží na pracovnom a rodinnom vyt'ažení.“

Subjektívne pri hospitalizácii:

„Určite nie je môj spánok taký kvalitný ako doma vo vlastnej posteli. Nie je príjemné spať v miestnosti s cudzími ľuďmi, v neznámom prostredí a ešte k tomu mám plnú hlavu toho, či bude výsledok podľa mojich očakávaní. Neuľahčuje mi to ani bolesť

po výkone a nariadenie polohy na chrbte. Operácia mi dala zabrat', cítim sa slabá. Nemôžem zdvíhať ruky, sama sa ani neosprchujem, nemôžem tiež nič zdvíhať ani sa predkláňať.“

Objektívne pri hospitalizácii:

Behom hospitalizácie pacientka pociťuje zníženú kvalitu spánku. Dôvodom je hlavne pooperačné obdobie, bolesti v operačnej rane a pre pacientku neobvyklá stála poloha na chrbte. Má nariadený prísny kľudový režim, pohyblivosť je čiastočne obmedzená z dôvodu operačného výkonu. Poloha je v ľahu na chrbte s eleváciou trupu, vstávanie cez bok. Nesmie sa predkláňať, zdvíhať ruky nahor, ani zdvíhať záťaž. Cíti únavu a slabosť. DK má bez opuchu. 1x denne ju navštevuje fyzioterapeutka. Hodnoty FF sú: TK : 135/87 mmHg, P : 82´.

Použitá meracia technika: Digitálny tonometer

Ošetrovateľský problém: *narušený spánok, nezvládnutie vykúpať sa, zhoršená pohyblivosť*

5 VNÍMANIE, POZNÁVANIE (POZORNOSŤ, ORIENTÁCIA, KOGNÍCIA, KOMUNIKÁCIA)

Subjektívne doma:

„So sústredeníím nemám problémy, občas myslím na viac vecí naraz. Pamätám si všetko, občas však zabudnem, kde som dala kľúče alebo telefón ale to sa niekedy stáva každému. V kruhu ľudí ktorých poznám som celkom urozprávaná. S cudzími sa ale len tak sama od seba nezačnem rozprávať, samozrejme je to iné pokiaľ ide o prácu.“

Subjektívne pri hospitalizácii:

„V nemocnici, rovnako ako doma, nemám problém sa sústrediť, jedine ak má niečo silne bolí. Pretože som tu prvý krát, občas sa ešte dole v nemocnici stratím, ale svoju izbu, skrinku, aj posteľ si pamätám dobre. Nikoho tu moc dobre nepoznám, takže nie som taká uvoľnená a zhovorčivá, ako doma.“

Objektívne pri hospitalizácii:

Pacientka je v súčasnej dobe kvôli pooperačnému obdobiu po narkóze spavá. Spolupracuje bez problémov. Pacientka je orientovaná osobou, miestom aj časom. Plne pri vedomí. Dianie okolo seba si plne uvedomuje, všetkému rozumie. Pacientka má pamäť bez problémov. S pacientkou sa komunikuje tiež bez obťažní, vie vyjadriť svoje potreby.

Použitá meracia technika: 0

Ošetrovateľský problém: 0

6 VNÍMANIE SAMA SEBA (SEBAPOJATIE, SEBAÚCTA, OBRAZ TELA)

Subjektívne doma:

„Samu seba by som opísala ako milú a priateľskú osobu. Nemám rada konflikty, vždy sa im snažím vyhýbať. Snažím sa mať s každým dobré vzťahy. Sebaúctu a sebavedomie kvôli chýbajúcim prsníkom nemám vysoké. Nenosím výstrihy, ani oblečenie na telo aby si nikto nevšimol chýbajúce prsníky. Takýto život je veľmi obmedzujúci, kvôli tomuto hendikepu. Nemôžem ísť napríklad len tak do bazéna alebo na dovolenku k moru či s manželom na ples. Nemyslím si, že som pekná, určite nie takto. Dlho som mala problém sa obnažiť aj pred svojím manželom. Pred ostatnými ľuďmi sa snažím svoj problém skrývať. Keď mi chýba taký podstatný kúsok ženskosti, tak je ťažké vnímať samú seba ako krásnu ženu.“

Subjektívne pri hospitalizácii:

„Rovnako ako doma sa snažím byť na všetkých milá, aj keď to je niekedy ťažké hlavne keď mám bolesti. Mám trochu strach, či všetko dopadne dobre. Cítim sa tu dobre, pred ostatnými pacientkami sa nehanbím, pretože sme tu väčšinou kvôli rovnakému problému. Aj u personálu sa cítim príjemne, chovajú sa tu ku mne pekne. Dúfam, že operácia dopadla dobre a ja získam späť stratený život a sebavedomie. Ale teraz ešte neviem, ako to všetko vyzerá, snáď bude všetko tak, ako predtým.“

Objektívne pri hospitalizácii:

Pacientka je mierne nervózna z výsledku operácie, podráždená kvôli pooperačnej bolesti a nepohode. Pacientka vzhľadom na chýbajúce prsníky nemá sebaúctu vysokú. Má negatívne pocity nad vlastným telom. Vyhýba sa pohľadu na danú časť. Vzhľadom k tomu, že ešte neviem ako nové prsníky vyzerajú a či operácia vyšla podľa jej predstáv, tak nemá pocit znovu obnovenia stratenej časti tela.

Použitá meracia technika: θ

Ošetrovateľský problém: *zlý pohľad na samu seba*

7 VZŤAHY MEDZI ROLAMI (ÚLOHA OŠETROVATEĽA, RODINNÉ VZŤAHY, PLNENIE ÚLOH)

Subjektívne doma:

„Väčšinou sa o seba dokážem postarať sama, ak mi je veľmi zle tak sa o mňa stará manžel. Naše rodinné vzťahy sú veľmi dobré. Aj keď mi diagnostikovali rakovinu, tak celá rodina stála pri mne a podporovala ma. Mám skvelého manžela aj syna, sú pre mňa všetko. Celá rodina sa často stretávame. Mojou hlavnou úlohou je byť dobrá matka a manželka. Snažím sa, aby som v tom bola čo najlepšia. Záleží mi, aby bol manžel so synom šťastný.“

Subjektívne pri hospitalizácii:

„Situáciu sa snažím zvládať v rámci svojich momentálnych možností. Snažím sa všetko dodržiavať tak, aby som bola, čo najrýchlejšie doma. Rodina ma vo všetkom podporuje a navštevuje, tiež ma chcú mať čo najskôr doma. Teraz som hlavne pacient, tak som si vedomá toho, že musím dodržiavať nariadenia lekárov a personálu nemocnice.“

Objektívne pri hospitalizácii:

Pacientka je s liečebným režimom plne zoznámená, všetkému rozumie. Liečebný režim dodržiava. Pacientka žije v byte spoločne s manželom a synom, svoje

bytové podmienky hodnotí ako dobré. Rodina pacientku často navštevuje, majú spolu dobré vzťahy. Pacientka spolupracuje dobre, neboli s ňou žiadne problémy.

Použitá meracia technika: θ

Ošetrovateľská problém: θ

8 SEXUALITA (SEXUÁLNE FUNKCIE, REPRODUKCIA)

Subjektívne doma:

„S manželom máme zdravý sexuálny vzťah, samozrejme to už nie je také ako keď sme boli mladý a mali sme trochu problémy. Doma mám jedného syna, viac detí už asi mať nebudem. Menštruáciu mám teraz nepravidelnú.“

Subjektívne pri hospitalizácii:

„Keďže som hospitalizovaná tak intímny život nemám. Menštruáciu momentálne tiež nemám a antikoncepciu neberiem.“

Objektívne pri hospitalizácii:

Pacientka svoj sexuálny život hodnotí ako dobrý, momentálne obmedzený z dôvodu pooperačného stavu a hospitalizácie pacientky. Menzes od 12 rokov, cyklus pre užívanie Tamoxifenu nepravidelný, tehotenstvo 1, potrat 0, pravidelne navštevuje gynekologické prehliadky 2x ročne, antikoncepciu neužíva.

Použitá meracia technika: θ

Ošetrovateľská problém: θ

9 ZVLÁDANIE TOLERANCIE ZÁŤAŽE (POSTTRAUMATICKÁ REAKCIA, REAKCIA NA ZVLÁDANIE ZÁŤAŽE, NEUROBEHAVIORÁLNY STRES)

Subjektívne doma:

„Najviac som sa bála keď mi diagnostikovali rakovinu. Mala som strach že by som mohla umrieť. Teraz som už z toho vonku. Už som si toho veľa prežila, takže myslím že som silnejšia, ako som bývala. V strese niekedy reagujem prehnane a

podráždene, ale potom mi to je hned ľúto. Inak nie som si vedomá žiadnych takýchto komplikácií.“

Subjektívne pri hospitalizácií:

„Momentálne sa jedine bojím ako to všetko vyzerá pod tými obväzmi, či to splní moje očakávania. Myslím, že hospitalizáciu zvládam dobre. Samozrejme, už by som mala rada všetko za sebou. Mám strach, či sa všetko podarilo a ako budú nové prsia vyzerat’.“

Objektívne pri hospitalizácií:

Pacientka si prežila traumatizujúcu udalosť, keď jej diagnostikovali v roku 2011 karcinóm prsníkov. Momentálne je už v dobrom psychickom a fyzickom stave. Prejavuje obavy vzhľadom k neznámemu, konečnému výsledku rekonštrukcie. Pacientka zvláda hospitalizáciu dobre, podporuje ju manžel aj syn. Ak sa jej niečo nepáči, vyjadruje to slovným protestom a mimikou tváre. Pacientka má strach z výsledku rekonštrukcie. Pacientka má funkcie mozgu a nervovej sústavy v poriadku, reflexy bez problémov. Saturácia krvi kyslíkom 98 % SpO₂. Ako prevenciu tromboembólie má pacientka bandáže na dolných končatinách a sú je podávané antikoagulancia.

Použitá meracia technika: θ

Ošetrovateľský problém: *cíti strach*

10 ŽIVOTNÉ PRINCÍPY A HODNOTY (HODNOTY, PRESVEDČENIE, SÚLAD HODNÔT)

Subjektívne doma:

„Na prvom mieste je pre mňa rodina, potom zdravie a práca. Som ateista, verím v osud. To najdôležitejšie v mojom živote je môj syn. Snažím sa mu zabezpečiť pekný život a dobrú budúcnosť. Potom je pre mňa dôležité mať pekné manželstvo a dobrý vzťah so svojím manželom.“

Subjektívne pri hospitalizácií:

„Teraz je pre mňa najdôležitejšie sa po operácií, čo najrýchlejšie zotaviť a získať späť silu. To, že som ateistka, nezmení ani hospitalizácia, aj keď si začínam viacej vážiť hodnoty svojho života. Stále pre mňa zostávajú najdôležitejší manžel so synom a hlavne kvôli nim sa budem snažiť rýchlo uzdraviť.“

Objektívne pri hospitalizácií:

Pacientka pokladá za najdôležitejšie skoré uzdravenie a vrátenie sa späť k rodine. Pacientka je ateistka, potrebu duchovnej starostlivosti počas hospitalizácie nemá. Pre pacientku je dôležité aby sa čoskoro uzdravila a mohla byť doma so synom a s manželom. Rodina je pre ňu všetko.

Použitá meracia technika: \emptyset

Ošetrovateľský problém: \emptyset

11 BEZPEČNOSŤ A OCHRANA (INFEKCIA, FYZICKÉ POŠKODENIE, NÁSILIE, ENVIROMENTÁLNE RIZIKÁ, OBRANNÉ PROCESY, TERMMOREGULÁCIA)**Subjektívne doma:**

„Žiadnu infekčnú chorobu som asi nikdy nemala. Čo sa týka fyzického poškodenia, okrem bežných, malých nehôd v kuchyni pri varení alebo úrazoch na bicykli ako odreniny o ničom neviem. Celkovo násilie rada nemám, ani som sa s ním nestretla. Imunitu som mala v poriadku. Udržovala som si ju pravidelným príjmom vitamínov a minerálov. Teplotu nemávam často.“

Subjektívne pri hospitalizácií:

„Myslím, že je všetko v poriadku, dávam si pozor. V nemocnici by malo byť všetko bezpečné. I tu sa snažím dodržiavať si dobrú imunitu, aby som po operácii predišla komplikáciám.“

Objektívne pri hospitalizácii:

Pacientka je bez infekcie. 0 deň po operácii. Má zavedený PŽK a dva Redónove drény, každý pri jednom prsníku. Miesto zavedenia katétru kľudné, bez opuchu a začervenania. Drény sú priechodné, majú podtlak, pravý drén obsahuje 20ml a ľavý 50ml. Pacientka je po rekonštrukčnom výkone. Má obmedzenú pohyblivosť a prísny kľudový režim. U pacientky hrozí riziko pádu, je nutné na ňu dozerat' pri činnostiach. Neprejavuje agresiu ani násilie voči sebe, ani ostatným. Nepatrí medzi týrané ženy. Pacientka je alergická na jahody, peľ a prach. Pacientke je pravidelne sledovaná telesná teplota. Dnes TT 36,4 °C.

Použitá meracia technika: Posúdenie rizika pádu podľa bodovacieho skóre, digitálny teplomer

Ošetrovateľský problém: *ohrozenie infekciou, možnosť spadnutia*

12 KOMFORT (TELESNÝ KOMFORT, KOMFORT PROSTREDIA, SOCIÁLNY KOMFORT)

Subjektívne doma:

„Občas mávam nejaké tie bolesti hlavy, ale nejaké náročné to nebýva. Doma je všetko super, máme to urobené podľa našich predstáv. Tam mám asi najväčšie pohodlie. Čo sa týka vzťahov, mám dobré vzťahy doma aj v práci. Myslím, že som v kolektíve obľúbená. Mám aj veľa kamarátok, ale neznámych ľudí si nepúšťam hneď k telu.“

Subjektívne pri hospitalizácii:

„Teraz po operácii mám bolesti hlavne v operačnej rane. Dúfam, že to rýchlo prejde. Komfort, no, nie je to tu ako doma. Ale posteľ je polohovateľná a to je príjemné. Vadí mi, že musím teraz stále ležať na chrbte. Inak v nemocnici je milý personál a pán doktor mi všetko pekne vysvetľuje. Ostatné slečny na izbe sú rovnako v pohode.“

Objektívne pri hospitalizácii:

Pacientka je dnes 0 deň po operácii. Má bolesti v operačnej rane, vyjadruje to verbálne a mimikou. Pacientka leží v izbe pre tri osoby so sociálnym zariadením. Má polohovateľné, elektrické lôžko. Po výkone musí ležať na chrbte s eleváciou trupu. Pacientka je komunikatívna, spolupracuje.

Použitá meracia technika: Vizuálna analógová škála VAS

Ošetrovateľský problém: *bolesť*

13 RAST/VÝVOJ (RAST, VÝVOJ)

Subjektívne doma:

„Chodím na každoročné, pravidelné kontroly k svojmu obvodnému lekárovi. Vo vývoji už nie som.“

Subjektívne pri hospitalizácii:

„Všetko v poriadku.“

Objektívne pri hospitalizácii:

Výška 165 cm, hmotnosť: 62 kg, BMI: 22,77 – v norme

Použitá meracia technika: θ

Ošetrovateľský problém: θ

5.4 MEDICÍNSKY MANAŽMENT

Ordinované vyšetrenia: TK, P, D, TT, SpO₂

Výsledky:

TK	P	D	TT	SpO₂
112/75mmHg	72´	16´	36,4°C	98%

Zdroj: Lekárska dokumentácia

Konzervatívna liečba:

Diéta: OS čajová

Výživa: plnohodnotná

Pohybový režim: prísny, kľudový režim

Rehabilitácia: 1x denne

MEDIKAMENTÓZNA LIEČBA ku dňu 20. 7. 2014

Názov lieku	Forma	Spôsob podania	Sila	Dávkovanie	Skupina
Tamoxifen Ebewe	Tbl.	p.o.	20mg	1-0-0	Cytostatikum
Amoxiklav + 100ml FR	Infúzia	i.v.	1,2mg	1,2mg+100ml FR 6-14-22	Antibiotikum
Novalgin +100ml FR	Infúzia	i.v.	500mg/ml	2ml+100ml FR, d.p.	Analgetikum
Hartmanov roztok	Infúzia	i.v.	∅	1000ml/ 24 h	Krystaloidy
Fraxiparine	Inj.	s.c.	0,2	0-0-1	antikoagulantium

Zdroj: Lekárska dokumentácia

CHIRURGICKÁ LIEČBA

Dňa 20. 7. 2014 bola pacientke X.Y. urobená obojstranná rekonštrukcia v celkovej anestézii. Pri rekonštrukcii boli použité dva okrúhle implantáty Siltex s nízkym profilom, ktoré boli vložené pod sval.

5.5 SITUAČNÁ ANALÝZA

Tridsaťšesť ročná pacientka X.Y. bola dňa 19. 7. 2014 prijatá na oddelenie Plastickej chirurgie vo Fakultnej nemocnici Kráľovské Vinohrady z dôvodu plánovaného operačného výkonu. Pacientka pravidelne navštevovala kliniku z dôvodu predoperačných vyšetrení plastickým chirurgom. Pri príchode pacientky na oddelenie bola spísaná ošetrovateľská anamnéza. Pri prijíme boli pacientke namerané hodnoty TK: 135/87 mmHg, P: 82/min, D: 17/min, TT: 36,2 °C. Pacientka je orientovaná, spolupracuje, jej výška 165 cm a váha 62 Kg a BMI 22,77 v norme. Pri prijatí pacientku vyšetřil lekár a anesteziológ.

20. 7. 2014 bola pacientke urobená obojstranná rekonštrukcia v celkovej anestézii. Pri rekonštrukcii boli použité dva okrúhle implantáty Siltex s nízkym profilom, ktoré boli vložené pod sval. Operačný výkon prebehol bez komplikácií. Momentálne je 0. deň po operácii.

Pacientka je už pri vedomí, orientovaná osobou, miestom aj časom. Pohyblivosť pacientky je obmedzená. Pacientka musí byť v polohe v ľahu na chrbte s eleváciou trupu. Horné končatiny sú položené voľne pozdĺž tela, ramená sú v abdukcii, lakte a prsty v miernej flexii. Pacientka má po výkone nariadený prísny kľudový režim, je poučená o riziku pádu. Prvých 24 hodín bude jej stav monitorovaný. Sledujeme vedomie, tep, dych, telesnú teplotu, krvný tlak, saturáciu krvi kyslíkom v pravidelných intervaloch. Prvé dve hodiny meriame, čo 15 minút, potom čo 30 minút a následne do 24 hodín každú hodinu. Po privezení zo sálu boli pacientke namerané hodnoty TK - 112/75 mmHg, P- 72', D - 16 ', TT - 36,4 °C, SpO2 - 98 %. Pacientka je na diéte OS čajovej, začína piť 2 hodiny po operácii, po malých dúškoch, parenterálny príjem tekutín. Operačná rana je kľudná, bez krvácania. Pacientka má zo sálu zavedená periferný žilný katéter na pravej hornej končatine a dva Redonove drény, jeden na pravej strane hrudníka, druhý na ľavej. Drény majú podtlak a sú funkčné. V pravom je 20ml a v ľavom je 50ml čirej, vodnatej tekutiny s prímiesou krvi. Bolesť bola zhodnotená podľa stupnice VAS ako 4. Pacientke bolo podané analgetikum Novalgín 2ml v 100 ml FR. Pacientke je podávaná preventívna antibiotická liečba Amoksiklav 1,2g v 100 ml FR, najbližšie v 22:00 hodine. Ako prevencia tromboembolickej choroby bude v 18:00 podaný Fraxiparine 0,2 ml. Pacientka je o liečebnom režime edukovaná.

5.6 STANOVENIE OŠETROVATEĽSKÝCH DIAGNÓZ PODĽA NANDA I TAXONOMIE II (S POUŽITÍM NANDA INTERNATIONAL, OŠETROVATEĽSKÉ DIAGNÓZY, DEFINÍCIA A KLASIFIKÁCIA 2012-2014)

- Aktuálne diagnózy:**
1. Akútna bolesť 00132
 2. Zhoršená telesná pohyblivosť 00085
 3. Deficit seba starostlivosti pri kúpaní 00108
 4. Narušený vzorec spánku 00155
 5. Strach 00148
 6. Narušený obraz tela 00118
- Rizikové diagnózy:**
1. Riziko pádu 00155
 2. Riziko infekcie 00004

Vypracovali sme štyri aktuálne ošetrovateľské diagnózy a jednu rizikovú.

- AKTUÁLNE OŠETROVATEĽSKÉ DIAGNÓZY

AKUTNÁ BOLEŠŤ 00132

Doména 12: *Komfort*

Trieda 1: *Telesný komfort*

Definícia: *Neprijemný zmyslový a emociálny zážitok spôsobený skutočným alebo možným poškodením tkaniva alebo popisovaný v pojmoch takého poškodenia. Nástup je náhly alebo pomalý, intenzita od miernej po závažnú, môžeme predvídať odoznenie po dobe kratšej než šesť mesiacov.*

Určujúce znaky:

- Pacientka zaujíma úľavovú polohu.
- Pacientka verbálne prejavuje bolesť.
- Pacientka má bolestivý výraz v tvári.

Súvisiace faktory: Stav po operácií. Polohovanie a manipulácia s pacientkou.

Ciel': Dlhodobý - Pacientka nemá kľudovú bolesť pri prepustení z nemocnice.

Krátkodobý - Pacientka má zmiernenú bolesť do hodiny.

Priorita: stredná

Očakávané výsledky:

Pacientka chápe príčiny bolesti do jedného dňa.

Pacientka dokáže o bolesti hovoriť a hodnotiť jej intenzitu do 24 hodín.

Pacientka udáva, že je bolesť zmiernená do hodiny.

Plán intervencií:

1. Zisti lokalizáciu, zmeny a charakter bolesti - do 2 hod., všeobecná sestra.
2. Akceptuj bolesť, ihneď, všeobecná sestra.
3. Zhodnot' intenzitu bolesti podľa stupnice na oddelení, denne, všeobecná sestra.
4. Nauč pacientku hodnotiť bolesť, do hodiny, všeobecná sestra.
5. Zaisť signalizačné zariadenie v dosahu pacientky, ihneď, všeobecná sestra.
6. Podaj analgetiká podľa ordinácie lekára, všeobecná sestra.
7. Sleduj účinky liečby, do 30 min., všeobecná sestra.
8. Zaisť pacientke pohodlie a úľavovú polohu, podľa potreby, všeobecná sestra.
9. Sleduj nežiadúce účinky a alergické reakcie liečby, do 30 minút po podaní, všeobecná sestra.

10. Monitoruj fyziologické funkcie - pulz, krvný tlak, telesná teplota, dych, denne, všeobecná sestra.

11. Edukuj pacientku o metódach k zmierneniu bolesti, do hodiny, všeobecná sestra.

12. Pozoruj častosť výskytu, vyvolávajúce alebo zhoršujúce faktory, denne, všeobecná sestra.

13. Sleduj pacientkine reakcie na bolesť, vývoj príznakov bolesti, denne, všeobecná sestra.

14. Zaznamenaj do zdravotnej dokumentácie, denne, všeobecná sestra.

Realizácie 20. 7. 2014

11:45 pacientka dostala signalizačné zariadenie na dosah ruky

13:00 zistenie lokalizácie bolesti a jej charakteru

13:10 naučenie pacientku hodnotiť bolesť na stupnici VAS

13:15 pacientka zhodnotila intenzitu bolesti ako VAS 4

13:20 pacientke podané analgetika podľa naordinovania lekára

13:30 sledovanie možných nežiadúcich účinky alebo alergických reakcií po analgetikách

14:00 zmernie pacientkiných fyziologických funkcií – pulz, krvný tlak, dych

14:30 zaznamenanie do dokumentácie

Hodnotenie: Cieľ bol splnený, pacientka má zmiernenú bolesť. Chápe príčiny bolesti a dokáže o nej hovoriť a hodnotiť jej intenzitu na vizuálnej analógovej škále. Pokračujú intervencie 5, 10, 12,13.

DEFICIT SEBA STAROSTLIVOSTI PRI KÚPANÍ 00108

Doména 4: *Aktivita/odpočinok*

Trieda: *Samostarostlivosť*

Definícia: *Zhoršená schopnosť samostatne urobiť alebo dokončiť aktivity týkajúce sa kúpania.*

Určujúce znaky: - Neschopnosť umyť si telo.

- Neschopnosť osušiť si telo.

- Nariadený prísne kludový režim.

Súvisiace faktory: Prekážky z prostredia, slabosť, bolesť.

Cieľ: Krátkodobý - Pacientka spolupracuje pri hygienickej starostlivosti a robí hygienu na úrovni svojich schopností do 24 hodín.

Dlhodobý - Pacientka robí hygienu samostatne, do konca hospitalizácie.

Priorita: stredná

Očakávané výsledky:

Pacientka je čistá a upravená počas hospitalizácie.

Pacientka dokáže znalosť ako robiť hygienu v rámci svojich možností do jedného dňa.

Pacientka sa sama podieľa na vykonávaní hygienickej starostlivosti do jedného dňa.

Plán intervencií :

1. Zabezpeč pacientke signalizačné zariadenie na dosah ruky, ihneď, všeobecná sestra.
2. Edukuj pacientku o postupoch o dopomoci pri hygiene a prevencii pádov a zranení, ihneď, všeobecná sestra.
3. Zabezpeč bezbariérový prístup a bezpečné prostredie, ihneď, všeobecná sestra.
4. Venuj pozornosť ďalším faktorom ako emočný stav a zraková ostrosť, denne, všeobecná sestra.

5. Zabezpeč súkromie pri hygiene, denne, všeobecná sestra.
6. Poskytni pacientke oporu, denne, všeobecná sestra.
7. Zaisti potrebné pomôcky pri hygiene, denne, všeobecná sestra.
8. Rešpektuj pacientkine rituály a zvyklosti, denne, všeobecná sestra.
9. Povzbudzuj pacientku k samostatnej činnosti, denne, všeobecná sestra.
10. Umožni pacientke aktívne zapojenie sa pri hygiene, denne, všeobecná sestra.
11. Sleduj stav hydratácie a výživy, denne, všeobecná sestra.
12. Predchádzaj pádu a zraneniam, denne, všeobecná sestra.
13. Zabezpeč čisté osobné a posteľné prádlo, podľa potreby, všeobecná sestra.
14. Zaznamenaj do dokumentácie, denne, všeobecná sestra.

Realizácia 20. 7. 2014

- 7:00 – zabezpečenie signalizačného zariadenia v dosahu ruky
- 8:00 – dopomoc pacientke pri rannej hygiene
- 15:30 – edukovanie pacientky o dopomoci pri hygiene a prevencii pádov a zranení
- 16:00 - zabezpečenie bezpečného prostredia v kúpeľni
- 16:15 – zaistenie potrebných pomôcok k hygiene
- 16:30 – zhodnotenie stavu pacientky
- 17:00 – odvezenie pacientky do sprchy a pomoc s umývaním
- 18:00 – povzbudenie pacientky k samostatnej činnosti
- 18:30 – vymenenie osobného prádla

Hodnotenie: Pacientka má dostatok potrebných informácií o dopomoci pri hygiene a prevencii pádov a zranení. Má zaistenú dostatočnú hygienickú starostlivosť a čistý vonkajšok. Cieľ bol splnený, v naplánovaných intervenciách je potreba ďalej pokračovať. Ďalej pokračujú intervencie 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10.

NARUŠENÝ VZOREC SPÁNKU 00198

Doména 4: *Aktivita/ Odpočinok*

Trieda 1: *Spánok/odpočinok*

Definícia : *Časovo obmedzené narušenie množstva a kvality spánku vplyvom vonkajších faktorov.*

Určujúce znaky: Zmena normálneho vzorca spánku.

Nespokojnosť so spánkom.

Súvisiace faktory: telesné obmedzenie, neznáme prostredie

Cieľ: Krátkodobý - Pacientka má kvalitný spánok behom 48 hodín.

Dlhodobý - Pacientka si zlepši pocit celkovej pohody a oddýchnutia do konca hospitalizácie.

Priorita: stredná

Očakávané výsledky: Pacientka bude oddýchnutá do konca hospitalizácie.

Pacientka hodnotí spánok ako dostatočný do dvoch dní.

Plán intervencií:

1. Zaisťuje nočný pokoj, všeobecná sestra.
2. Podaj pacientke hypnotikum podľa ordinácie lekára, všeobecná sestra.
3. Sleduj priemernú dĺžku spánku, denne, všeobecná sestra.
4. Zisti rizikové faktory spôsobujúce narušenie spánku, všeobecná sestra.
5. Eliminuj množstvo zvukových a rušivých elementov, denne, všeobecná sestra.
6. Sleduj účinnosť liekov, denne, všeobecná sestra.
7. Sleduj fyziolog. funkcie – tlak, pulz, telesná teplota, 3x denne, všeobecná sestra.
8. Zaisťuje príjemné a vyhovujúce prostredie podľa pacientkiných potrieb, denne, všeobecná sestra.

9. Zaisti rozhovor s lekárom/psychiatrom, podľa potreby, všeobecná sestra.
10. Pozoruj pacientku pri spánku a zaznamenávaj, denne, všeobecná sestra.
11. Sleduj dôsledky poruchy spánku, denne, všeobecná sestra.
12. Eliminuj konzumáciu nevhodnej stravy a povzbudzujúcich nápojov, denne, všeobecná sestra.
13. Zoznam pacientku s relaxačnými metódami, do hodiny, všeobecná sestra.
14. Zaznamenaj do dokumentácie, denne, všeobecná sestra.

Realizácie 20. 7. 2014

- 6:30 – zmeranie fyziologických funkcií, tlak, pulz a telesnú teplotu
- 7:00 – zistenie aké je príjemné a vyhovujúce prostredie pre pacientku
- 10:30 – obmedzenie konzumácie nevhodných povzbudzujúcich nápojov
- 11:30 – zaistenie rozhovoru so psychiatrom
- 14:00 – edukovanie pacientky o relaxačných metódach k lepšiemu spánku
- 15:30 – sledovanie dôsledkov narušeného spánku
- 18:00 – eliminácia zvukových a rušivých elementov
- 19:00 – rozhovor s pacientkou o jej pocitoch a návrhoch ako zlepšiť spánok

Hodnotenie: Cieľ bol splnený, pacient hodnotí svoj spánok ako dostatočný. Pacientka má pocit celkovej pohody a oddýchnutia. Pokračujú intervencie 3, 5, 8, 10, 11.

NARUŠENÝ OBRAZ TELA 00118

Doména 6: *Sebapercepcia*

Trieda 3: *Obraz tela*

Definícia: *Zmätok v mentálnom obraze fyzického ja človeka.*

Určujúce znaky: Vyhybavé chovanie k vlastnému telu.

Chovanie monitorujúce vlastné telo.

Uvádza pocity, ktoré odrážajú zmenený pohľad na vlastné telo.

Súvisiace faktory: ochorenie, operácia

Cieľ: Krátkodobý - Pochopenie telesných zmien do týždňa.

Dlhodobý - Pacientka zahrnie zmeny obrazu tela do sebapojatia realistickým spôsobom bez pocitov menejcennosti, do prepustenia z hospitalizácie.

Priorita: stredná

Očakávané výsledky: Pacientka sa nevyhyba pohľadu na danú časť tela do týždňa.

Pacientka neskrýva danú časť tela do konca hospitalizácie.

Plán intervencií:

1. Posúď pacientkinu znalosť situácie a mieru úzkostí, denne, všeobecná sestra.
2. Pozoruj chovanie ukazujúce na silné znepokojenie telom, denne, všeobecná sestra.
3. Pozoruj známky príznakov depresie, denne, všeobecná sestra.
4. Posúď súčasnú úroveň adaptácie a pokroku, denne, všeobecná sestra.
5. Vytvor terapeutický vzťah naplnený starostlivosťou a vzájomnou dôverou, denne, všeobecná sestra.
6. Pomôž pacientke so starostlivosťou o seba, denne, všeobecná sestra.
7. Edukuj pacientku o liečebných postupoch (relaxačné techniky) aby sa jej čo najrýchlejšie dostalo podpory, do 24 hodín, všeobecná sestra.

8. Zapoj pacientku do rozhodovania a riešenia problémov, denne, všeobecná sestra.
9. Oceň a podpor pozitívnu snahu pacientky, denne, všeobecná sestra.
10. Odporuč pacientke vhodné podporné skupiny, do 24 hodín, všeobecná sestra.
11. Zaznamenaj do dokumentácie, denne, všeobecná sestra.

Realizácie 20.7.2014

- 11 :00 – posúdenie rozhovorom pacientkinej znalosti situácie
- 11:30 – pozorovanie pacientkineho chovania vzhľadom k danej časti tela
- 12:00 – rozhovorom vytvorenie terapeutického vzťahu s pacientkou
- 14:00 – zapojenie pacientky do rozhodovania a riešenia problémov
- 14:15 – ocenenie a podpora pozitívnej snahy pacientky

Hodnotenie: Cieľ bol čiastočne splnený. Pacientka chápe telesné zmeny a nevyhýba sa pohľadu na danú časť tela. Pokračujú intervencie 1, 2, 3, 4, 8, 9.

RIZIKOVÉ OŠETROVATEĽSKÉ DIAGNÓZY

RIZIKO PÁDU 00155

Doména 11: *Bezpečnosť a ochrana*

Trieda 2: *Fyzické poškodenie*

Definícia: *Riziko zvýšenej náchylnosti k pádom, ktoré môžu spôsobiť fyzickú ujmu.*

Rizikové faktory: Zhoršená fyzická pohyblivosť.

Pooperačný stav.

Cieľ: Krátkodobý - Pacientka pozná rizikové faktory a bezpečnostné opatrenia do 24 hodín.

Dlhodobý - Pacientkine prostredie je bezpečné, jej chovanie a jednanie prispieva k prevencii pádov a zranení, počas hospitalizácie.

Priorita: nízka

Očakávané výsledky:

Pacientka dodržiava bezpečnostné opatrenia, do konca hospitalizácie.

Pacientkine chovanie prispieva k prevencii pádov a zranení, počas hospitalizácie.

Plán intervencií:

1. Zhodnot' všetky rizikové faktory vo vzťahu k prevencii pádov, denne, všeobecná sestra.
2. Zhodnot' stupeň funkčnej poruchy pacientky, denne, všeobecná sestra.
3. Sleduj emocionálny stav pacientky, denne, všeobecná sestra.
4. Zabezpeč bezpečné prostredie v okolí pacientky, denne, všeobecná sestra.
5. Zabezpeč bezpečnosť pri ošetrovateľských výkonoch, denne, všeobecná sestra.
6. Edukuj pacientku o bezpečnostných opatreniach a režime, denne, všeobecná sestra.
7. Zaznamenaj do dokumentácie, denne, všeobecná sestra.

Realizácia 20.7.2014

12:30 – Zhodnotenie rizikových faktorov v prostredí

13:00 – Zabezpečenie bezpečného prostredia

13.30 – Edukovanie pacientky o bezpečnostných opatreniach a režime

13:45 – Zaznamenanie do dokumentácie

Hodnotenie: Cieľ bol splnený, pacientka má zabezpečené bezpečné prostredie a dodržiava všetky bezpečnostné opatrenia. Pokračujú intervencie 1, 2, 4, 5.

5.7 CELKOVÉ HODNOTENIE

Pacientka X.Y. bola prijatá na Kliniku plastickej chirurgie dňa 19. 7. 2014 z dôvodu plánovanej obojstrannej rekonštrukcie prsníkov.

20. 7. 2014 pacientka podstúpila plánovanú operáciu v celkovej anestézii. Operácia prebehla bez komplikácií, trvala dve hodiny. Rekonštrukcia bolo urobená pomocou dvoch okrúhlych implantátov Siltex s nízkym profilom.

Po privezení zo sálu bola pacientka stabilizovaná, pri vedomí a orientovaná osobou, časom a miestom. Po privezení boli pacientke namerané hodnoty TK - 112/75 mmHg, P - 72', D - 16', TT - 36,4 °C, SpO2 - 98 %, bola tiež urobená kontrola dokumentácie a stavu pacientky. Potom sme skontrolovali funkčnosť periférneho žilného katétru a priechodnosť a podtlak v Redonových drénoch. Pacientka uvedená do polohy v ľahu na chrbte s eleváciou trupu. Operačná rana bez komplikácií a krvácania.

V rámci ošetrovateľského procesu sme stanovili plán ošetrovateľskej starostlivosti. Podľa stanovených ošetrovateľských diagnóz sme si zostavili plán intervencií, ktoré sme realizovali. Efekt starostlivosti bol čiastočný, očakávané výsledky boli splnené, ošetrovateľské intervencie naďalej pokračujú. Pacientka má po zahájení analgetickej terapie zmiernenú bolesť. Po operačnom výkone a pre obmedzenú pohyblivosť je v riziku pádov. Akceptuje všetky preventívne opatrenia zamedzujúce vzniku pádov a zranení. Pacientka dodržiava nariadený kľudový režim. Celkovo je možno zhodnotiť starostlivosť za efektívnu, pacientka aktívne spolupracuje pri liečbe. Dodržiava všetky dohodnuté postupy, chce ísť čo najrýchlejšie domov. Rodina ju v nemocnici denne navštevuje.

Odporúčame naďalej pokračovať u každej ošetrovateľskej diagnózy v stanovenom pláne vybraných ošetrovateľských intervencií až do ukončenia stanovených diagnóz podľa NANDA I taxonomie II.

5.8 DOPORUČENIA PRE PRAX

Odporúčenia pre ženy:

- pravidelne robiť samovyšetrenie prsníkov,
- pravidelné návštevy gynekológa a s tým spojené pravidelné mamografické vyšetrenie,
- viesť zdravý životný štýl s dostatkom fyzickej aktivity,
- neužívať škodlivé látky ako alkohol, cigarety, drogy.

Odporúčenia pre rodinu:

- trezivosť,
- nevytvárať tlak na ženu,
- informovať sa o probléme a jeho riešení u odborníkov,
- podpora a pozitívna motivácia,
- vyhľadať odbornú pomoc.

Odporúčenia pre zdravotnícky personál:

- vždy dbať na súkromie a intimitu,
- podrobne edukovať pacientku a rodinu o problematike,
- vytvoriť si s pacientkou terapeutický vzťah naplnený vzájomnou dôverou,
- sledovať emocionálny stav,
- odporúčať podporné skupiny,
- dbať na bezpečnosť a ochranu.

ZÁVER

Táto bakalárska práca sa venovala ošetrovateľskej starostlivosti o pacientku s plasticko-chirurgickou rekonštrukciou po ablácií prsníka. Cieľom práce bolo zistiť informácie o príčinách, možnostiach, komplikáciách, špecifickej starostlivosti a psychologickom hľadisku rekonštrukčných výkonov prs. V teoretickej časti sme sa podrobne zoznámili s celou problematikou od jej histórie až po priebeh liečby. V praktickej časti sme na konkrétnom prípade predviedli ošetrovateľský proces u pacientky s plasticko-chirurgickou rekonštrukciou po ablácií prsníka. Veríme, že sa tento hendikep nebude podceňovať a že budeme veľmi citlivo posudzovať každú pacientku s touto diagnózou.

Na základe získaných informácií by mala práca priniesť cenné informácie pre prax na oddeleniach plastickej chirurgie. Vďaka tejto práci sme sa dozvedeli veľa nových faktov a zaujímavostí o tejto problematike. Dúfame, že v budúcnosti bude čím ďalej tým menej žien musieť podstupovať rekonštrukciu stratených prsníkov.

Ciele bakalárskej práce, zistenie a definovanie informácií z odborných zdrojov, ktoré boli na začiatku stanovené, sme dosiahli. Tiež sme demonštrovali celú problematiku na konkrétnom ošetrovateľskom procese. Stanovené ciele tejto práce boli splnené.

ZOZNAM LITERATÚRY

ADAM, Z., J. VORLÍČEK a J. KOPÍTKOVÁ, 2003. *Obecná onkologie a podpůrná léčba*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-0677-6.

BÁNOVČINOVÁ, Ľ., K. BAČIAKOVÁ a L. KOVÁČOVÁ, 2012. Vplyv onkogynekologického ochorenia na kvalitu života pacientok. In: *Ošetrovatelství a porodní asistence*. 3(4), 468-474. ISSN 1804-2740.

Breastcancer [online]. [cit. 8.12.2014]. Pacientské organizace. Dostupné z <http://www.breastcancer.cz/>

COUFAL, O. a V. FAITH a kolektiv, 2011. *Chirurgická léčba karcinomu prsu*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3641-9.

ČOUPKOVÁ, H. a L. SLEZÁKOVÁ, 2010. *Ošetrovatelství v chirurgii I*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3129-2.

ČURDOVÁ, K. a D. ŠKOCHOVÁ, 2012. Špecifika fázového hojení ran v chirurgii. In: *Diagnóza v ošetrovatelství*. 8(4), 14-14. ISSN 1801-1349.

DOENGES M. E. aj., 2001. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. Z angl. orig. přel. Ivana Suchardová. 2. přeprac. a rozšíř. vyd. Praha : Grada. ISBN 80-247-0242-8.

DRAŽAN, L. a J. MĚŠŤÁK, 2006. *Rekonstrukce prsu po mastektomii*. 1.vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-1123-0.

Esthe Plastika [online]. [cit. 10.2.2015]. Rekonstrukce prsu po nadorovem ochorení. Dostupné z <http://www.esthe-plastika.cz/>

FIŠAROVÁ, L. a M. PACHROVÁ, 2012. Vliv karcinomu prsu na psychiku ženy. In: *Sestra*. 22(12), 45-46. ISSN 1210-0404.

NANDA INTERNATIONAL, 2013. *Ošetrovatelské diagnózy : definice a klasifikace: 2012-2014*. 1. české vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4328-8.

JANÍKOVÁ, E. a R. ZELENÍKOVÁ, 2013. *Ošetrovatelská péče v chirurgii pro bakalářské a magisterské studium*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-247-4412-4.

Mammahelp [online]. [cit. 8.12.2014]. Rekonstrukce prsu. Dostupné z <http://www.mammahelp.cz/>

MĚŠŤÁK, J., 2007. *Prsa očima plastického chirurga*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1834.

MĚŠŤÁK, J. a kolektiv, 2005. *Úvod do plastické chirurgie*. 1. vyd. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-1150-3.

MIKŠOVÁ, Z. aj., 2006. *Kapitoly z ošetrovatelské péče I*. Aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-1442-6.

Moje Medicina [online]. [cit. 10.2.2015]. Súčasnú možnosť rekonštrukcie prsu. Dostupné z <https://www.mojemedicina.cz/>

Multimediální тренажер plánování ošetrovatelské péče [online]. [cit. 10.2.2015]. Dostupné z: <http://ose.zshk.cz/>

NĚMCOVÁ, J., a kol., 2014. *Skripta k předmětům Výzkum v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci. Text pro posluchače zdravotnických oborů..* 2 dopl. vyd. Praha: Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. ISBN 978-80-904955-9-3.

Ošetrovatelská dokumentace [online]. [cit. 8.2.2015]. Dostupné z: <http://www.vszdrav.cz/>

SLEZÁK, J., 2007. *Plastická chirurgie : praktický průvodce světem chirurgického zkrášlování těla*. Frýdek-Nístek: Alpress. ISBN 978-80-7362-395-1.

Slovník cizích slov [online]. [cit. 10.3.2015]. Dostupné z: <http://slovník.cizichslov.abz.cz/>

SMIČKOVÁ, E., 2011. Péče o jizvy. In: *Medicína pro praxi*. 8(1), 31-33. ISSN: 1214-8687.

VENGLÁŘOVÁ, M. a G. MÁROVÁ, 2006. *Komunikace pro zdravotní sestry*. vyd. neuvedeno. Praha: Grada. ISBN 80-247-1262-8.

VOJÁČKOVÁ, Z., 2003. *Kromě prsu mi nic nechybí*. Praha: Triton. ISBN 80-7254-354-7.

VOKURKA, M. a J. HUGO a kolektiv, 2009. *Velký lékařský slovník*. 8. vyd. Praha: Maxdor. ISBN: 978-80-7345-166-0.

VYTEJČKOVÁ, R. aj., 2011. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3419-4.

WEIS, V., 2007. *Dějiny chirurgie v Čechách*. 1. vyd. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1281.

PRÍLOHY

Príloha A - Obojstranná rekonštrukcia prsníkov pomocou expandérov a implantátov	I
Príloha B - Rekonštrukcia prsníka laterálnym torakodorsálnym lalokom a implantátom	II
Príloha C - Rekonštrukcia prsníka posuvným brušným lalokom a implantátom	III
Príloha D - Rekonštrukcia prsníka pomocou muskulokutánneho laloku, m. latissimus dorsi a implantátu	IV
Príloha E - Rekonštrukcia prsníka stopkovým brušným lalokom	V
Príloha F - Rekonštrukcia dvorca a bradavky	VI
Príloha G - Priebeh rekonštrukcie po odstránení prsníku	VII
Príloha H - Rešerš	VIII
Príloha I - Čestné prehlásenie študenta k získaniu podkladov pre spracovanie bakalárskej práce	IX

Príloha A – Obojstranná rekonštrukcia prsníkov pomocou expandérov a implantátov



Zdroj: <http://www.esthe-plastika.cz/knihy/prsa-ocima-plastickeho-chirurga/rekonstrukce-prsu-po-nadorovem-onemocneni.htm>

Príloha B – Rekonštrukcia prsníka laterálnym torakodorsálnym lalokom a implantátom

Obrázek 1 Schéma rekonstrukce prsu laterálním torakodorsálním lalokem a implantátem
(Převzato se souhlasem vydavatele: Nakladatelství Karolinum, Jan Měšťák a kolektiv: Úvod do plastické chirurgie, 2005)



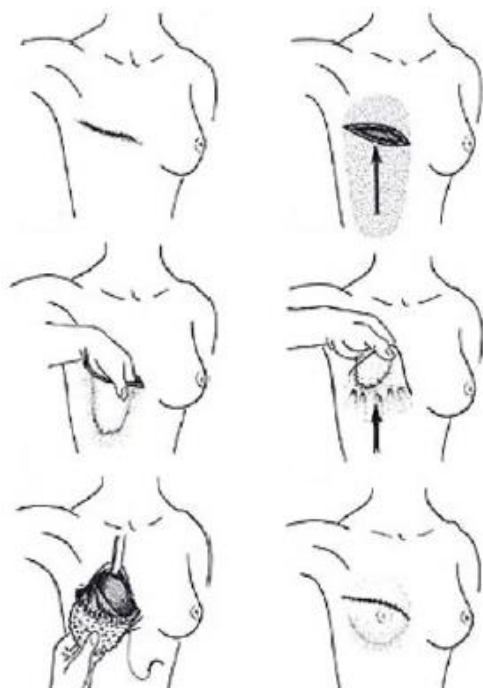
Obrázek 2 Rekonstrukce prsu laterálním torakodorsálním lalokem a implantátem



Zdroj: <https://www.mojemedicina.cz/pro-lekare/vzdelavani/knihovna/breast-cancer-news/breast-cancer-news-duben-2012-roc-2-c-2/soucasne-moznosti-rekonstrukce-prsu-po-mastektomii/>

Príloha C – Rekonštrukcia prsníka posuvným brušným lalokom a implantátom

Obrázek 3 Schéma rekonstrukce prsu posuvným břišním lalokem a implantátem (Převzato se souhlasem vydavatele: Grada, Luboš Dražan a Jan Mešák: Rekonstrukce prsu po mastektomii)



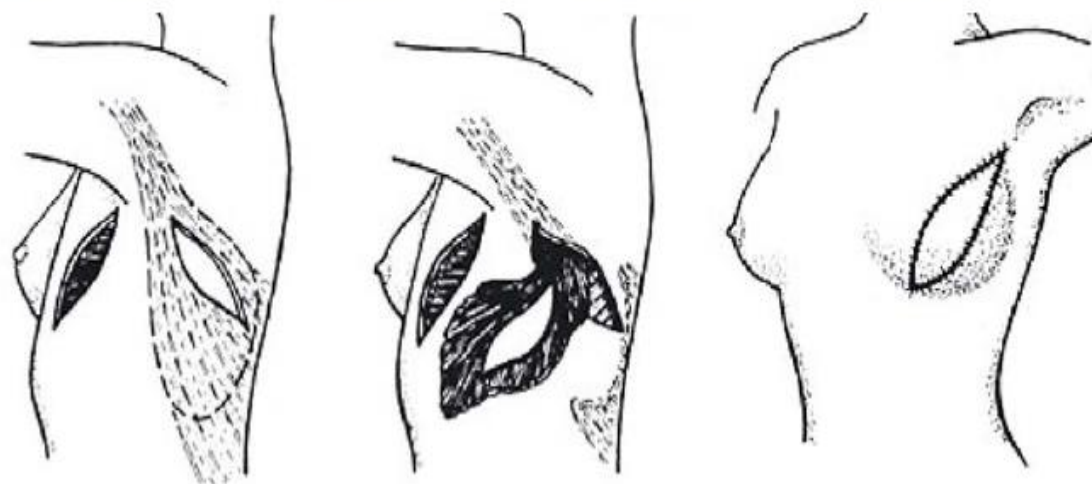
Obrázek 4 Rekonstrukce levého prsu posuvným břišním lalokem a implantátem. Rekonstrukce pravého prsu implantátem po odstranění prsní žlázy.



Zdroj: <https://www.mojemedicina.cz/pro-lekare/vzdelavani/knihovna/breast-cancer-news/breast-cancer-news-duben-2012-roc-2-c-2/soucasne-moznosti-rekonstrukce-prsu-po-mastektomii/>

Príloha D – Rekonštrukcia prsníka pomocou muskulokutánného laloku, m. latissimus dorsi a implantátu

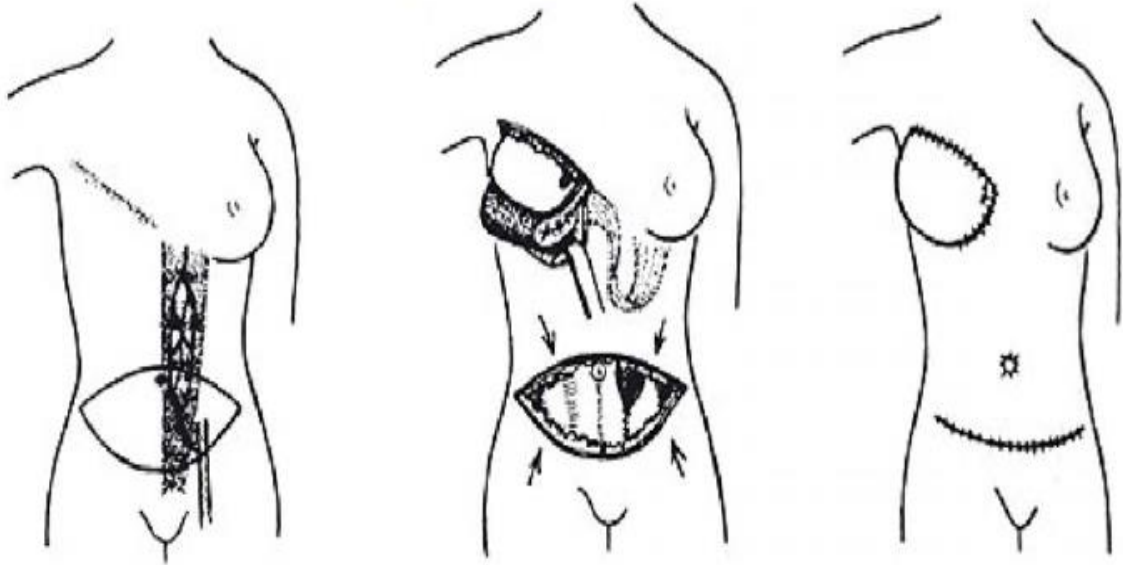
Obrázek 5 Schéma rekonstrukce prsu pomocí muskulokutánního laloku, m. latissimus dorsi a implantátu
(Převzato se souhlasem vydavatele: Nakladatelství Karolinum, Jan Měšák a kolektiv: Úvod do plastické chirurgie, 2005)



Zdroj: <https://www.mojemedicina.cz/pro-lekare/vzdelavani/knihovna/breast-cancer-news/breast-cancer-news-duben-2012-roc-2-c-2/soucasne-moznosti-rekonstrukce-prsu-po-mastektomii/>

Príloha E – Rekonštrukcia prsníka stopkovým brušným lalokom

Obrázek 7 Schéma rekonstrukce prsu stopkovým břišním lalokem (Převzato se souhlasem vydavatele: nakladatelství Karolinum, Jan Měšák a kolektiv: Úvod do plastické chirurgie, 2005)



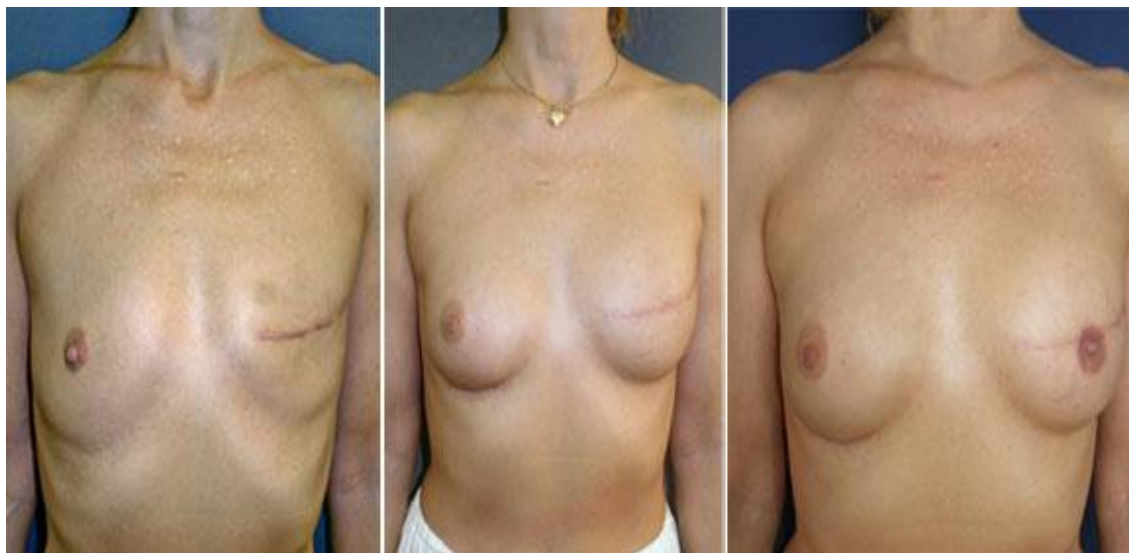
Zdroj: <https://www.mojemedicina.cz/pro-lekare/vzdelavani/knihovna/breast-cancer-news/breast-cancer-news-duben-2012-roc-2-c-2/soucasne-moznosti-rekonstrukce-prsu-po-mastektomii/>

Príloha F – Rekonštrukcia dvorca a bradavky



Zdroj: <http://www.vipstory.cz/lifestyle/2022-ztratou-prsu-zivot-nekonci-rekonstrukce-uz-neni-zadne-sci-fi-ale-bezna-realita.html>

Priloha G – Priebeh rekonštrukcie po odstránení prsníku



Zdroj: <http://www.vipstory.cz/lifestyle/2022-ztratou-prsu-zivot-nekonci-rekonstrukce-uz-neni-zadne-sci-fi-ale-bezna-realita.html>

Príloha H – Rešerš

Ošetrovateľský proces u pacientky s plasticko-chirurgickou rekonštrukciou po ablácií prsníka

Mária Petriľáková

Jazykové vymedzenie: čeština, slovenčina

Kľúčové slová: Mastektómia, Nádor, Ošetrovateľský proces, Rekonštrukcia pŕs,
Všeobecná sestra

Časové vymedzenie: 2006-2015

Druhy dokumentov: knihy, články a príspevky v zborníku, elektronické zdroje

Počet záznamov: 48 (knihy: 22, články a príspevky v zborníku: 16, elektronické
zdroje: 10)

Použitý citačný štýl: Harvardský, ČSN ISO 690-2:2011 (česká verzia medzinárodných
noriem pre tvorbu citácií tradičných a elektronických dokumentov)

Základné pramene:

- katalóg Národnej lekárskej knihovne (www.medvik.cz)
- ošetrovateľská databáza CINAHL
- katalóg OVI
- databáza MEDLINE complete
- databáze Bibliographia Medica Slovaca

**Príloha J – Čestné prehlásenie študenta k získaniu podkladov pre spracovanie
bakalárskej práce**

Čestné prehlásenie

Prehlasujem, že som spracovala údaje/podklady pre praktickú časť bakalárskej práce s názvom Ošetrovateľský proces u pacientky s plasticko-chirurgickou rekonštrukciou po ablácií prsníka v rámci štúdia/odbornej praxe realizovanej v rámci štúdia na Vysokej škole zdravotníckej, o. p. s., Duškova 7.

V Prahe dňa

.....

Mária Petriľáková