

**UNIVERZITA KARLOVA**

**3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA**

*Ústav Ošetrovatelství*



**Romana Cunevová**

**Ošetrovatelská péče o pacientku po mastektomii**

*Nursing care of a patient after mastectomy*

**Bakalářská práce**

**Praha, září 2018**

Autor práce: **Romana Cunevová**

Studijní program: **Ošetrovatelství**

Bakalářský studijní obor: **Všeobecná sestra / kombinovaná forma**

Vedoucí práce: **Mgr. Jana Holubová**

Pracoviště vedoucího práce: **Ústav ošetrovatelství 3. LF UK**

Odborný konzultant: **MUDr. Lucie Zárubová**

Pracoviště odborného konzultanta: **Klinika plastické chirurgie  
ve FNKV a Chirurgická klinika ve FNKV**

Předpokládaný termín obhajoby: **září 2018**

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci vypracovala samostatně a použila výhradně uvedené citované prameny, literaturu a další odborné zdroje. Současně dávám svolení k tomu, aby má bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací. Potvrzuji, že tištěná i elektronická verze v Studijním informačním systému UK je totožná.

V Praze dne 6. září 2018

Romana Cunevová

## **Poděkování**

Na tomto místě bych ráda poděkovala Mgr. Janě Holubové za cenné rady a vstřícnost při vedení mé bakalářské práce. Poděkování také patří MUDr. Lucii Zárubové za věcné a odborné připomínky.

<b>Obsah</b> .....	5
Úvod.....	7
1 Teoretická část.....	8
1.1 Epidemiologie onemocnění.....	8
1.2 Etiologie.....	8
1.3 Popis onemocnění.....	9
1.3.1 Anatomie prsu.....	9
1.3.2 Vývoj prsu.....	10
1.3.3 Nádorová onemocnění prsu.....	10
1.3.3.1 Základní typy nádorů.....	11
1.3.3.2 Stádia rakoviny prsu.....	12
1.3.3.3 Klasifikace nádorů.....	12
1.3.4 Klinické příznaky.....	13
1.3.5 Vyšetřovací metody.....	14
1.3.5.1 Neinvazivní metody.....	14
1.3.5.2 Laboratorní vyšetření.....	14
1.3.5.3 Zobrazovací techniky.....	14
1.3.5.4 Invazivní metody.....	16
1.3.5.5 Samovyšetření prsu.....	17
1.3.6 Terapie.....	18
1.3.6.1 Operační terapie.....	19
1.3.7 Komplikace onemocnění.....	19
1.3.8 Prognóza.....	20
1.3.9 Augmentace prsu.....	21
2 Kazuistika.....	22
2.1 Anamnéza.....	23
2.1.1 Lékařská anamnéza.....	23
2.1.2 Ošetrovatelská anamnéza dle M. Gordon.....	25
2.2 Průběh hospitalizace.....	30
2.3 Ošetrovatelské problémy.....	37

2.3.1 Lymfedém.....	38
2.3.2 Bolest.....	42
2.3.3 Péče o psychiku.....	45
2.3.4 Dlouhodobá péče.....	52
3 Diskuze.....	54
4 Závěr.....	59
Seznam použité literatury a dalších zdrojů.....	61
Seznam zkratk.....	64
Příloha č. 1.....	66

## Úvod

Tato bakalářská práce je případová studie, která se věnuje péči o pacientku, jež podstoupila modifikovanou radikální mastektomii bilaterálně bez zachování bradavek a dvorců, včetně odebrání axilární uzliny vlevo. Pacientka G. R. 49 let je sportovně založená nekuřačka, která dbá na zdravou výživu a zdravý životní styl. Po ukončení mateřské dovolené a následném navrácení do pracovního procesu si chtěla udělat radost tím, že si nechá upravit, nikoli zvětšit, svá prsa pomocí kosmetického zákroku. Proto v roce 2000 podstoupila augmentaci prsů pomocí implantátů.

Každé dva roky chodila na pravidelnou kontrolu prsů ultrazvukem. Na mamografii nedocházela a samovyšetření prsů neprováděla s vědomím, že pravidelné gynekologické prohlídky a UZ prsou jsou dostatečnou prevencí. V roce 2016 si pacientka nahmatává bolestivou bulku při implantátu vlevo. Po nezbytných lékařských vyšetřeních byla vyřčena diagnóza - lobulární karcinom „in situ“.

Již několik let pracuji na chirurgické klinice Fakultní nemocnice Královské Vinohrady v Praze, kde se setkávám s podobnou problematikou.

Nádorové onemocnění prsu považuji za onemocnění, které je pro ženy velmi stresující. Vzhledem k její incidenci a skutečnosti, že jsem sama žena, rozhodla jsem dané téma zpracovat ve své bakalářské práci.

Pacientky s touto diagnózou potřebují jak lékařskou tak i ošetrovatelskou péči, porozumění a empatii. Péče je náročná a vyžaduje komplexní přístup, který je založený na vybudování úzkého vztahu, opoře a důvěře v ošetrovatelský personál.

V teoretické části této práce se věnuji epidemiologii a obecnému popisu onemocnění prsu. Dále pokračuji kazuistikou, kde se zabývám hlavně třemi ošetrovatelskými problémy. Bakalářská práce je zakončena diskuzí a závěrem.

# 1 Teoretická část

## 1.1 Epidemiologie onemocnění

Maligní karcinom prsu je dnes nejčastějším zhoubným nádorovým onemocněním u žen v České republice a jeho incidence stále stoupá. Závažnost onemocnění se tak stává celospolečenským problémem. Na základě těchto zjištění se karcinom prsu řadí do kategorie civilizačních chorob. (17)

Karcinom prsu postihuje nejčastěji ženy po 40. roce věku, ale incidence poukazuje, že ve vyspělých západních zemích, postihuje stále častěji i ženy v mladším věku, a to přibližně ve 3 – 4 decenniu. Každý rok podléhá tomuto onemocnění přibližně 37 žen ze 100 000. Příznivou skutečností však je, že mortalita tohoto zákeřného onemocnění stagnuje. Příčinou je včasný a důsledný screening. (5)

## 1.2 Etiologie

Příčina vzniku karcinomu však není zcela jasná. Existuje mnoho rizikových faktorů, které souvisí s tímto onemocněním. Nejvýrazněji se podílejí hormonální a genetické faktory, časný nástup menstruace nebo naopak pozdní menopauza, snížená porodnost či kratší doba kojení.

Častou příčinou onemocnění bývá špatný životní styl, zvláště pak zvýšený příjem alkoholu, který nepříznivě ovlivňuje hladinu estrogenu, mnohdy se podílejícím na rozvoji nemoci.

U pasivního nebo aktivního kouření není jednoznačně prokázán vztah vzniku karcinomu prsu, ale je třeba zdůraznit, že kouření celkově škodí zdraví a zvyšuje riziko vzniku mnoha jiných nádorových a srdečních onemocnění. Dalším důležitým faktorem pro vznik onemocnění je obezita. Množství tělesného tuku, jeho rozložení v organismu a věk v době nadváhy ovlivňují metabolismus estrogenů a tak mohou zvýšit riziko vzniku karcinomu. (2)



## 1.3 Popis onemocnění

### 1.3.1 Anatomie prsu

Mléčná žláza (glandula mammaria) je největší párový orgán v lidském těle, její plná funkce je rozvinutá až v závěrečném období těhotenství. Laločnatá žláza je situována na přední straně hrudníku, mezi 3. až 7. žebrem. Mediální hranicí prsů je sternum, laterálně dosahují ke střední axilární linii. (9)

Žláza se skládá z 15 až 20 laloků (lobi mammae), které se člení do menších lalůčků (lobulli mammae) jejich vývody se postupně spojují do společných mlékovodů (ductus lactiferi), ústících na prsní bradavce (papila mammae).

Bradavka se nachází uprostřed růžového až tmavohnědého prsního dvorce (areola mammae) širokého 3 až 5 centimetrů. Během gravidity a laktačního období mění dvorec svou velikost i pigmentaci. (7)

Hladká svalovina, která je uložena ve dvorci a je vlastní vůlí neovladatelná reaguje na podráždění a tím zapříčiní ztuhlost dvorce a vyzdvižení bradavky. Tento jev je uplatněn především při kojení. (5)

Mezi základní cévní zásobení prsní žlázy řadíme tři hlavní zdroje, a to arteria thoracica interna, arteria axilaris a anterolaterální a laterální perforátory.

Další důležitou součástí prsu je nervový systém, zejména nervus thoracicus a lymfatické cévy, sloužící k zásobení mléčných žláz. Míza proudí cévami hluboko v lymfatických pleteních, poté je filtrována v mízních uzlinách, které jsou rozmístěny v podpaží, mezižebří a pod i nad klíční kostí. (5, 7)

### 1.3.2 Vývoj prsu

Mléčná žláza se vyvíjí již v embryonálním věku na mléčné liště, která vede od podpaží do třísel. Základ žlázy se vytváří u obou pohlaví stejně. V dětském věku jsou malá, v dospělosti u mužů zůstává prakticky v nezměněné podobě. Naopak u žen dochází během života k velkým změnám. (9)

Prsy mění svou velikost, tvar i hmotnost a nejsou vždy úměrné velikosti vlastní žlázy. Oba prsy nemusí být umístěny stejně vysoko. Dost často se stává, že jeden z nich je umístěn výše než druhý. Tvar prsu je individuální. Může být, plochý, kuželovitý a polokulovitý. Závisí na rase a mění se s přibývajícím věkem. Základem je polokulovitý tvar, který je častější. (7, 9)

Tyto změny jsou převážně podmíněny steroidními pohlavními hormony estrogeny za přispění inzulínu a prolaktinu. Nejvýrazněji se prsa mění v období puberty, kdy dochází díky estrogenu k růstu a větvení ductů a tím i zvětšování objemu tkáně.

V těhotenství žláznatá část zmohtní a tvoří převážnou část prsu, při laktaci se nejvíce uplatní prolaktin hormon adenohipofýzy a oxytocin při sekreci mateřského mléka při podráždění bradavky při sání kojence. (7)

Po skončení kojení žláznatá část postupně zaniká, prs se zmenšuje a převažuje pojivová tkáň. Během menopauzy se markantně zmenšuje počet lalůčků, vazivová tkáň se redukuje a je nahrazena tukem. (9)

### 1.3.3 Nádorová onemocnění prsu

Nádor rozlišujeme podle rozsahu na ohraničený, „*in situ*“, nebo invazivní. „*In situ*“ se nachází v místě, kde vznikl, je ohraničený a malého rozsahu. Naopak invazivní nádor nekontrolovatelně roste a expanduje do okolní tkáně či orgánů a může proniknout mizní lymfou až do uzlin. (3, 5)

Nádory dále dělíme na nádory primární, vzniklé prvotně v určitém orgánu, sekundární, které vznikají metastázou z primárního nádoru, benigní, u kterých

je nízká pravděpodobnost možné malignity a maligní, které mohou snadno metastazovat. (3, 5)

Pro lepší klinickou topografii prsu existují termíny, které jsou v medicíně zažité pro orientaci a určování lokalizace nádoru a patologických ložisek. Prs je rozdělen na kvadranty a segmenty. Protneme-li tedy pomyslně sagitální a transverzální rovinu středem bradavky, získáme tak 4 základní kvadranty.(5)

HZQ – zevní horní kvadrant

HVQ – vnitřní horní kvadrant

DZQ – vnitřní dolní kvadrant

DVQ – zevní dolní kvadrant (5)

#### 1.3.3.1 Základní typy nádorů

**Duktální karcinom** pocházející z duktů, tedy vývodů, které odvádějí mléko z prsu do bradavky. Asi 80 % je právě tohoto typu. Nádory rostou zprvu více ohraničeně a dají se nahmatat jako malé bulky v prsou.

**Lobulární karcinom** pocházející z lobulů (lalůček) produkujících mléko. Tvoří kolem 15 % nádorů a jeho nalezení je obtížnější než u duktálního karcinomu, neboť tento typ nádoru tvoří méně tuhá a ohraničená ložiska.

**DCIS** – duktální karcinom „*in situ*“, čili intraduktální karcinom, je lokalizován ve vnitřní epitelové vrstvě duktů. Pokud není zahájena léčba, může progredovat do invazivní podoby.

**LCIS** - lobulární karcinom „*in situ*“, se vyvíjí v lalůčkách, není zhoubný, je však velkým rizikem pro vznik invazivního karcinomu v jednom nebo obou prsech.

Z benigních nádorů prsu známe mezenchymové nádory, jako je lipom nebo hemangiom v mléčné žláze, nebo smíšené nádory, nejčastější fibroadenom, případně juvenilní fibroadenom, nebo rychle rostoucí ohraničený tumor cystosarcom phyllodes, který někdy může malignizovat. Z neepitelových nádorů prsu se nejčastěji vyskytuje fibrosarkom, angiosarkom a karciosarkom. Tyto nádory mají špatnou prognózu, ale naštěstí bývají vzácné. (5, 18)

### 1.3.3.2 Stádia rakoviny prsu

**in situ** - duktální karcinom „in situ“ nebo lobulární karcinom „in situ“

**Stádium 1** - nádor je velký maximálně 2 cm, axilární uzliny nejsou postiženy

**Stádium 2** - velikost nádoru je v rozmezí 2 až 5 cm, axilární uzliny mohou být již postiženy nádorem.

**Stádium 3** - velikost nádoru přesahuje 5 cm, axilární uzliny jsou již postiženy nádorem, vzdálené metastázy chybí.

**Stádium 4** - metastázy jsou již kdekoliv po těle, nejčastěji v játrech, plicích, pleuře, kostech, nebo v mozku. (3, 5)

### 1.3.3.3 Klasifikace nádorů

Klasifikace „*staging*“ se užívá k určení rozsahu nádoru. Mezinárodní **TNM** klasifikace, je termín, který přehledně, univerzálně a jednoznačně určí rozsah onemocnění. Je hlavním vodítkem pro určení nejúčinnější léčby.

**Tumor** – nádor, velikost tumoru

**Nodus** – uzlina, postižení spádových uzlin

**Metastasis** – metastáze a jejich přítomnost či nepřítomnost. (5, 27)

### 1.3.4 Klinické příznaky

Mezi příznaky, které lze odhalit, patří zejména zvýraznění kožních žil, sekrece z bradavky, vyklenutí či změna tvaru, asymetrie, změna barvy kůže, vtažení kůže, vtažení bradavky, tuhé kožní léze a zvětšené axilární mízní uzliny. Zápach, krvácení či bolest se objevují u pokročilých nádorů. (5)

Vtahování kůže - tento příznak je způsoben infiltrujícím nádorem. Na základě infiltrace drobných lymfatických cév, může vzhledově kůže připomínat pomerančovou kůru. Oploštění, nebo vtažení bradavky je způsobené infiltrací nádoru umístěného pod bradavkou. Asymetrie ze zvětšeného objemu prsu je velmi častým jevem u většiny populace. Pokud ale dojde postupně ke zvětšení a zatuhnutí jednoho prsu, je důležité myslet na možnost výskytu tumoru. Patologická sekrece z bradavky může být serózní, bělavá, šedozelená, nahnědlá. Nejvíce alarmujícím příznakem je sekrece krvavá. Zarudnutá a horká kůže značí zánět, ale zarudnutí teplejší kůže bez jasné rezistence, která připomíná růži, může být erysipeloidním karcinomem. (5)

Počáteční stádium nemoci lze zachytit screeningem, karcinom prsu bývá asymptomatický. Základní symptomy onemocnění si žena mnohdy zjistí sama při samovyšetření prsu, které by mělo být nedílnou součástí hygienických návyků. Ubývání na váze, únava, bolesti kostí a horečka patří mezi celkové příznaky, které se objevují zejména u nádorů v pokročilém stádiu tvořící metastázy. Pokud si žena během vyšetření nahmatá tuhou bulku nebo některý z výše uvedených příznaků, měla by co nejdříve navštívit svého obvodního nebo gynekologického lékaře, který odebere s pacientkou anamnézu a s doporučením ji pošle ke specialistovi stanovit definitivní diagnózu. (20)

### 1.3.5 Vyšetřovací metody

#### 1.3.5.1 *Neinvazivní metody*

Klinická vyšetřovací technika je jedna z velmi zodpovědných metod. Fyzikální vyšetření se provádí především pohmatem a pohledem lékaře. Palpačně se určují hmatné změny na prsou. Lékař kontroluje změny na kůži, sleduje bradavku a její sekreci, otoky nebo zarudnutí, které bývá příznakem zánětu hlavně u žen po menopauze. Palpačně vyšetřuje prs podle jednotlivých kvadrantů včetně spádové axilární uzliny.

Klinické vyšetření prsu by se mělo provádět při preventivních prohlídkách u gynekologa od 30. roku života. Při pozitivní rodinné anamnéze na karcinom prsu již od 25. roku života. (21)

#### 1.3.5.2 *Laboratorní vyšetření*

Využívá se pro upřesnění diagnózy a rozsahu onemocnění. Odebraný biologický materiál je odeslán do laboratoře s řádně vyplněnou žádankou. Biochemické vyšetření krve se používá k upřesnění diagnózy. Histologické vyšetření se provádí po odebrání vzorku ze sentinelové uzliny. Na základě tohoto vyšetření se rozhoduje o odebrání uzlin v axilární části. (20)

#### 1.3.5.3 *Zobrazovací techniky*

##### *Mamografie*

Umožňuje odhalit karcinomy, které mají ještě velmi dobrou prognózu. Je to speciální screeningová metoda, která používá měkké rentgenové záření. Pozitivem na mamografii je to, že umožňuje přehledný obraz prsu a ukazuje ukládání vápníku v tkáni. Pokud se na snímku objeví, vždy jde o podezření na nádorové onemocnění. Je také základní diagnostickou metodou u žen nad 40 let a mělo by přímo navazovat na vyšetření klinické.

K vyšetření se používá speciální přístroj, mamograf, který určuje velikost nádoru s maximální přesností. Toto vyšetření, je nebolestivé snad jen nepříjemné pouze při stlačení prsu. (16)

#### *Ultrasonografie (US)*

Je doplňující plošná metoda v diagnostice karcinomu prsu. Předností tohoto vyšetření je rozpoznání solidní léze od cystického útvaru. Další výhodou je, že tělo ženy nejsou zbytečně zatíženy radiací. Zásadní však je, že nedokáže spolehlivě odhalit nádory „in situ“ na původním místě a nádory do 1 cm. (5)

#### *Počítačová tomografie (CT)*

Není primární diagnostickou metodou. Mezi nevýhody patří horší rozlišovací schopnost a relativně vysoká dávka radiační zátěže spolu s aplikací velkého množství kontrastní látky intravenózní cestou. (16)

#### *Duktografie*

Vyšetření, které se řadí mezi rentgenová vyšetření. Toto vyšetření se provádí u žen s výtokem z bradavky. Tekutina, může být způsobena malým nádorem, který se nachází v mlékovodu.

Při tomto vyšetření se zavede kanyla do postiženého místa na bradavce. Poté se aplikuje kontrastní látka do mlékovodů. A výsledkem je rentgenový snímek, zvaný duktogram. (21)

#### *Magnetická rezonance prsu (MR)*

Je prováděna na specializovaných pracovištích. Toto vyšetření, by nemělo být vyměněno za mamografické či ultrazvukové vyšetření.

Pacientky nejsou při tomto vyšetření vystavené rentgenovému záření. Vyšetření je kontraindikováno u žen trpících klaustrofobií dále u žen, které prodělaly před šesti měsíci operaci prsu, nebo ukončily před 12, až 18 měsíci radioterapii. (21)

#### *1.3.5.4 Invazivní metody*

Invazivní metodou je tkzv. biopsie, která slouží pro určení biologických vlastností nálezu v prsu. V současné době se provádí výhradně techniky core cup a vakuová biopsie SVAB. Cílené jehlové biopsie jsou prováděné pod ultrazvukem. (21)

#### *Aspirační biopsie*

Punkce tenkou jehlou slouží k získávání buněk z podezřelého útvaru. Biopsie ulehčuje diagnostiku nejistých útvarů v prsu a v některých případech se tak vyhneme operačnímu výkonu, který vyžaduje otevřená biopsie. (21)

#### *Punkční biopsie*

Toto vyšetření volíme v případě, že není jistota, zda se jedná o nezhoubný nádor. Vyšetření se provádí pomocí tlusté jehly, která je zavedena do těla s pomocí ultrazvuku, nebo stereotaktickým zařízením mamografu. Získaná tkáň je poslána na histologii k rozboru. V současnosti je punkční biopsie řazena ke standardním diagnostickým metodám u karcinomů. (21)



### 1.3.5.5 Samovyšetření prsu

Nejjednodušší metodou pro včasný záchyt karcinomu je samovyšetření prsu. Jak už z názvu vyplývá, žena si vyšetření provádí sama v domácím prostředí, pokud možno každý měsíc.

Stávající studie doporučují nejvhodnější vyšetřovací dobu dva až čtyři dny po skončení menstruace. Tedy v první části menstruačního cyklu. V případě, že žena nemenstruuje, je vhodné zvolit si například k pravidelnému vyšetřování první den v měsíci, nebo jiný pro ni snadno zapamatovatelný den. (2)

Se samovyšetřením by ženy měly začít již v mladém věku. Laické vyšetření samozřejmě neodhalí například nehmatné léze poranění, nebo poškození tkáně, ani nesníží mortalitu žen s karcinomem prsů.

Na druhou stranu, ženy, které provádějí pravidelně a správně samovyšetření, přicházejí k lékaři s menšími nádory. Jediným problémem při vyšetřování je technika. Ne každá žena ji zná a provádí ji bez chyby. Správnou techniku provádí jen malé procento žen. (2)

Pro samovyšetření prsů je nejlepší používat bříška tří prostředních prstů horní končetiny. Pro vyšetření se zvolí jeden postup, který se opakuje každý měsíc. Ženy si mohou vybrat z vertikálního, krouživého nebo klínovitého postupu. Záleží na nich, který jim bude nejvíce vyhovovat. Pomalu, se začnou dělat malé krouživé pohyby, které by se měly překrývat, aby nedošlo k vynechání žádného místa. Správně by se měl střídát lehký, střední a silný tlak, aby se dobře vyšetřily veškeré vrstvy prsní tkáně. Samovyšetření se většinou provádí před zrcadlem ve stoje. Poté se celý postup zopakuje vleže. Vleže se vyšetření provádí z důvodu změny rozložení prsní tkáně. Ženy by si měly všimnout viditelných změn, které jsou patrné pouhým pohledem. Sledují, jestli se na prsou neobjevilo něco neobvyklého nebo netypického. Pokud si žena vybrala postup pro vyšetření, zvedne jednu ruku nad hlavu a druhou rukou si postupně vyšetří celý prs. Tímto postupem pak vyšetří i druhý prs. Poté si jemně stiskne bradavku, aby mohla odhalit případný výtok nebo krvácení. Takto bude vyšetřovat i druhou bradavku. Po vyšetření si žena

prohmatá lymfatické uzliny v podpaží a nakonec i oblast kolem klíční kosti, nad hrudní kostí i mezi prsy. (1)

### 1.3.6 Terapie

Z odborných časopisů víme, že dříve byla péče o karcinom prsu součástí všeobecné chirurgie. Operace prsů se výhradně prováděla na gynekologických pracovištích. V našich zemích je tomu dnes již jinak. (12)

Léčba nádorů prsu vždy vyžaduje multidisciplinární přístup. Na základě individuálního zhodnocení nálezu je týmem odborníků zvolena optimální kombinace léčebných metod. Léčba onkologicky nemocných je lokoregionální chirurgie a aktinoterapie a potom systémová – chemoterapie, hormonální terapie a biologická léčba. Tyto metody se mohou navzájem kombinovat. Velmi důležitá je i psychologická péče. (2, 27)

Ve dvacátém století a zejména v jeho druhé polovině, došlo k zásadním změnám. Změnil se přístup péče vůči karcinomu prsu. Dříve byl karcinom identifikován spíše náhodně. A bohužel již v době, kdy dosáhl příliš velkého rozsahu. Radikální chirurgická léčba deformovala ženské tělo a často tento dost svérázný zákrok neměl dlouhého efektu. Současná chirurgická léčba nabízí mnohé varianty a možnosti léčit pacientky individuálně. Proto je nezbytně nutné, aby lékař znal jednotlivé výkony a jejich indikaci. (12)

MUDr. Jiří Gráf, říká: „*Chirurgie je nedílnou a nenahraditelnou součástí komplexní péče o karcinom prsu, která na rozdíl od jiných onkologických disciplín velmi často přináší úplné vyléčení, takže má jistě cenu se mammologii věnovat a jako obor ji rozvíjet.*“

Onemocnění karcinomu prsu je velmi závažné a komplikované. Proto potřebuje dlouhodobou a intenzivní péči. Léčba karcinomu prsu je závislá na poměrně široké multioborové spolupráci, při které vzájemně spolupracuje tým

složený z onkologů, patologů, gynekologů, chirurgů, a samozřejmě i z plastických chirurgů.(12, 27)

Úplná péče o pacienta s benigním nebo maligním nádorem zahrnuje i péči o bio - psycho - sociální a spirituální potřeby. Je tedy velmi prospěšné začlenit do mamárního týmu také klinického psychologa, který posoudí zdraví na mnoha úrovních a přičiní se o dobrý psychický stav. Povzbudí nejen pacienta samotného, ale i jeho rodinu a blízké. (4, 19)

#### *1.3.6.1 Operační terapie*

Operační léčba karcinomů prsu je důležitou součástí celkové onkologické léčby. Zpravidla se provádí na začátku léčby.

Je několik technik mastektomie. Podle Maddena, mastektomie simplex, konzervativní chirurgické výkony a rekonstrukční plasticko- chirurgické výkony.

Radikální mastektomií se odstraňuje prsní žláza, prsní svaly a axilární uzlina. Prosté odstranění prsní žlázy se nazývá mastektomie simplex, konzervativní chirurgické výkony se provádějí zejména u mladých žen, které si přejí zachování prsu. Nádor je malý, volně umístěný a liší se zejména rozsahem. (5)

### **1.3.7 Komplikace onemocnění**

#### *Pooperační bolest*

Můžeme očekávat bezprostředně po operaci, nebo po několika dnech, týdnech či měsících. Patientky mohou mít pocit pálení a stahování v oblasti hrudní stěny a v okolí operační jizvy.

#### *Pooperační hematoma*

Nejčastěji difúzní krvácení zejména v nočních hodinách, prevencí je bandáž hrudníku na 24 hod.

### *Infekční komplikace*

Nejčastějším projevem je zarudnutí operační rány a jejího okolí. Může jej doprovázet výtok, který se v operační ráně hromadí. Rizikem pro vznik infekce je zavedení drénu a narušení kožní integrity. Nejčastějším původcem je *Staphylococcus aureus*.

### *Lymfedém*

Samotný chirurgický zákrok na prsu i v axile způsobí narušení lymfatického systému. Tento zákrok může vést k překážce v odtoku lymfy. Ze stejnostranné horní končetiny prsu i přilehlé strany hrudní stěny přes axilární uzliny. Míza je drénována i z kraniální části trupu asi do úrovně pupku. Lymfa tak stagnuje pod překážkou a vzniká sekundární lymfedém.

### *Omezení hybnosti*

Příčinou bývá dlouhá pooperační imobilita, zánětlivé procesy v operační ráně, nebo v jejím okolí. Na operované straně se může vyskytovat syndrom zmrzlého ramene, který je charakterizován ztuhnutím a bolestí ramenního kloubu. Riziko vzniku syndromu se zvyšuje při onemocnění, které brání v pohybu paže nebo důsledkem axilární direkce. (5, 10)

## **1.3.8 Prognóza**

V období pěti let bez progresu není pacientka zcela vyléčená, onemocnění může recidivovat v pozdní fázi, a to i po deseti až dvaceti letech. Podmínky, kterými je určena terapeutická léčba a na jejím základě i lepší prognóza, zahrnují klinická vyšetření, zobrazovací metody, laboratorní vyšetření a histologické vyšetření. Na základě těchto faktorů a studií kontrolovaných výzkumů lze vybrat nejvhodnější léčbu. Udává se více než 776 faktorů souvisejících s prognózou karcinomu prsu. Nejvýznamnějším faktorem je rozsah

nádoru a jeho biologický charakter. S rostoucí velikostí primárního nádoru roste i pravděpodobnost vzniku metastáz, přičemž nádor o průměru 1 cm má až ve 20 % založené regionální mikrometastázy. (23)

V oblasti nádorových onemocnění prsu zatím stále neexistuje primární prevence. Sekundární prevencí lze zabránit progresi. Účelem mamografického screeningu je potvrdit nepřítomnost patologického nálezu v prsu, popřípadě objevit karcinom ve stádiu, kdy je ještě malý, nehmatný a neměl šanci se rozšířit, tím pádem je i dobře léčitelný. Prioritní metodou pro zobrazení prsní žlázy je mamografie, která je jako jediná schopná zobrazit mikrokalcifikace, tedy malá zrnka vápníku, která se vychytávají ve žlázových vývodech prsu a jsou nejčastějším projevem neinvazivních nádorů. (19, 23)

### **1.3.9 Augmentace prsů**

Tímto zákrokem se převážně zaobírá plastická estetická chirurgie. Cílem augmentace je zvětšení malých prsou nebo znovu nabytí objemu po ukončeném kojení, kdy dochází k výrazným objemovým změnám. Také se tímto způsobem řeší pokles nebo případná asymetrie prsou.

Pokud si klientka sama nezvolí implantát, plastický chirurg ji doporučí vhodný typ i tvar. (25)

## 2 Kazuistika

V Empirické části práce se budu věnovat vlastní případové studii. Zkoumaným subjektem je čtyřiceti devítiletá žena, kterou označuji iniciály G. R. Poprvé, se setkáváme při příjmu k hospitalizaci na chirurgické klinice Fakultní nemocnice Královské Vinohrady v Praze 8. 1. 2017. Pacientku čeká plánovaná bilaterální mastektomie. Pacientka vypadá, že je se skutečností smířená a je ochotna o své diagnóze otevřeně mluvit. Po navázání vzájemného vztahu s pacientkou ji seznamuji s účelem své práce a žádám ji o svolení se jejím případem zaobírat. Paní G. R. bez výhrad souhlasí.

Získávání potřebných dat probíhalo 5 dní, a to od 8. 1. 2017 od data přijetí pacientky až po dobu propuštění 12. 1. 2017.

Cílem praktické části je podrobně popsat průběh celé hospitalizace pacientky tak, aby byla vnímána jako osoba s bio-psycho-sociálními potřebami.

Ráda bych poukázala na to, jak je důležité k člověku přistupovat komplexně a individuálně. Dobře znát jeho celkovou životní situaci a nevímat si jen samotné diagnózy, protože jedině tak lze pacienta přimět ke spolupráci, snížit jeho už tak závažné utrpení a blahodárně tak ovlivnit celý proces léčebného režimu. (4)

Zvláště se pak chci věnovat ošetrovatelským problémům bolesti lymfédému a psychice, které považuji za stěžejní při daném onemocnění.

## 2.1 Anamnéza

**Jméno:** G. R.

**Věk:** 49 let

**Pohlaví:** žena

**Rodinný stav:** rozvedená

**Zaměstnání:** Státní zaměstnanec

**Datum přijetí:** 8. 1. 2017

**Datum operace:** 9. 1. 2017

**Datum propuštění:** 12. 1. 2017

**Délka hospitalizace:** 5 dní

**Důvod hospitalizace:** CA mammy I. sin.

**Základní diagnóza:** C509ZN – prs NS

### 2.1.1 Lékařská anamnéza

#### **Rodinná anamnéza:**

Otec zemřel v 75 letech na IM

Matka 75 let v roce 2000 operace cysty v pravém prsu

Matka matky zemřela 2003 na ca prsu

#### **Osobní anamnéza:**

Pacientka prodělala běžné dětské choroby. V dospělosti vážněji nestonala, pouze v roce 1998 sledována na kardiologii pro bušení srdce, kontroly jedenkrát za 5 let, nevýznamné změny.

**Operace:** v roce 2000 ledvinová kolika a také augmentace prsů bilaterálně, implantáty (Emauzy), v roce 2006 appendektomie. V roce 2016 diagnostická biopsie.

**Nynější onemocnění: (důvod hospitalizace)**

Pacientka přichází k plánované operaci pro ca mammy I. sin., bilaterálně, asi dva měsíce zpět si pacientka hmatá při implantátu bulku citlivou na pohmat. Navštívila praktického lékaře, který klientku poslal na sonografické vyšetření a magnetickou rezonanci do Thomayerovy nemocnice, byla provedena biopsie bez komplikací, pacientka je propuštěna do domácí péče. Biopsie prokázala karcinom mléčné žlázy – lobulární karcinom „*in situ*“.

Klientka byla odeslána na onkologickou ambulanci do Fakultní nemocnice Královské Vinohrady, kde byla následně mamárním týmem pro diagnostiku a terapii chorob mléčné žlázy indikována k mastektomii s exstirpací uzliny v levé axilární jamce a profylaxí mastektomie vpravo.

**Pracovní anamnéza:**

Státní zaměstnanec

**Alergická anamnéza:**

Neguje

**Farmakologická anamnéza:**

Neguje

**Sociální anamnéza:**

Rozvedená, žije v rodinném domku se svým synem.

**Gynekologická anamnéza:**

Menarche ve 12 letech, menstruace pravidelná, bez obtíží, porody/potraty 2/1 UPT.

**Abusus:** nekuřák 5 let, alkohol příležitostně, káva třikrát za den.



**Status praesens:**

Pacientka při vědomí, orientovaná místem, časem, osobou, poloha aktivní chůze přirozená, třes nula, výška 172 cm, váha 60 kg, BMI 20, TK 110/70 mmHg, P 75, D 18, eupnoická, TT 36,7°C, řeč plynulá.

**Hlava:** mesocefalická na poklep nebolestivá, vlasy husté, krátké.

**Oči:** bulby ve středním postavení, pohyb všemi směry, spojivky růžové, skléry bílé, zornice izokorické.

**Uši, nos:** bez výpotku

**Rty:** růžové, souměrné, jazyk plazí středem, chrup vlastní.

**Krk:** šíje volná, náplň žil přiměřená, ŠŽ nezvětšená.

**Hrudník:** souměrný, pokleповě a palpačně nebolestivý.

**Prsy:** souměrné, jizvy klidné, nebolestivé, bulka v levém horním zevním kvadrantu, citlivá na dotek.

**Srdce:** srdeční krajina bez vyklenutí, ozvy dvě bez vedlejších fenoménů, bez šelestu.

**Plíce:** dýchání čisté, sklípkovité.

**Břicho:** měkké, prohmatné, nebolestivé,

**Končetiny:** symetrické bez patologických změn.

(Zdroj informací chorobopis pacientky)

**2.1.2 Ošetřovatelská anamnéza dle M. Gordon****Ošetřovatelská anamnéza**

Ošetřovatelská anamnéza byla odebrána v 17:00 hodin v den příjmu pacientky na chirurgické oddělení ve FNKV. Informace ke zpracování anamnézy o celkovém stavu a vzorcích chování v běžném životě pacientky byly získány rozhovorem, pozorováním a změřením fyziologických funkcí. Sestra při rozhovoru s klientkou zjistila funkční či dysfunkční oblasti zdraví. K tomuto účelu byla použita fakultní ošetřovatelská anamnéza užívaná na 3. LF UK.

## **Vnímání zdraví – udržování zdraví**

Pacientka G. R. své zdraví vnímala doposud jako velmi dobré. Prodělala běžné dětské nemoci. Nekouří již pět let, chuť na cigaretu nemá a alkohol pije pouze příležitostně na rodinných nebo pracovních sešlostech. Pacientka pravidelně dochází na všechna periodická vyšetření, včetně návštěv stomatology i gynekologie.

V roce 2000 podstoupila paní G. R. kosmetickou úpravu prsů. Po augmentaci docházela jednou za dva roky na ultrazvuk. Samovyšetřování prsů, jak sama pacientka říká, neměla potřebu provádět. Bolestivou bulku v levém prsu si náhodně nahmatala při večerní hygieně. Po absolvování všech potřebných odborných vyšetření byla stanovena diagnóza – lobulární karcinom *in situ*, prorostlý do implantátu. Pacientce se v tu chvíli zhroutil celý svět, celé tři týdny probrečela a stále hledala odpověď „proč právě já“.

Pacientka si uvědomuje závažnost tohoto onemocnění a chápe důvod radikálního operačního řešení oboustranné mastektomie bez zachování prsů.

V současné chvíli se pacientka nemůže dočkat, až ta „věc“ bude z jejího těla pryč.

## **Výživa – metabolismus**

Pacientka nemá problém s příjmem potravy, snaží se jíst pravidelně. Svou váhu si hlídá tím, že jí malé porce pětkrát denně. Den začíná snídaní v 6:00 hodin. Večeří nejpozději v 17:30 hodin. Pacientka nikdy dietu nedržela. Váží 60 kg a její váha je stabilní téměř dvacet let. Tento model stravování jí plně vyhovuje a se svou váhou je spokojená. Pacientka měří 172 cm a její BMI činí 20 b. Tento výsledek ukazuje ideální hodnotu. Pitný režim pacientky je také uspokojivý, snaží se denně vypít dva litry tekutin, nejraději má čaj ze šalvěje vypěstované

na své vlastní zahrádce. Také má ráda zázvorovou limonádu s citronem a medem. Kávu pije rozpustnou třikrát denně s mlékem bez cukru.

Pacientka má vlastní zdravý chrup, sliznice růžové, známky dehydratace nejví, kůže je bez viditelných defektů. Vlasy paní G., jsou černé, husté, čisté

a na krátko střižené. Nehty jsou upravené a nalakované světle růžovým lakem. Pacientka v předvečer operace nechtěla večeřet, pouze pila neslazený nemocniční čaj.

### **Vylučování**

Pacientka je plně kontinentní, s vyprazdňováním problému nemá. Defekuje většinou jednou denně během dopoledne. Močí přibližně čtyřikrát za den, slámově žlutou moč, pálení nebo bolest neudává. Poslední stolicí měla ráno v den nástupu do nemocnice, konzistence formovaná, světle hnědá, bez příměsí krve či hlenu. Laxativa nepoužívá. Pocení je dle pacientky v normě, není si vědoma zvýšené produkce potu.

### **Aktivita – cvičení**

Pacientka, jak sama o sobě říká, je velmi aktivní člověk. V přírodě tráví téměř veškerý svůj volný čas. Ke každodenním aktivitám neodmyslitelně patří běh a jízda na kole. V zimním období vyráží na běžky.

Paní G., je státní zaměstnanec, udržování své kondice má v popisu práce. Jednou ročně musí projít zatěžkávací zkouškou a prokázat svou tělesnou zdatnost. Do této doby s tím neměla nejmenší problém. Jako relaxaci paní G., udává práci na zahrádce a dlouhé procházky se svým mazlíčkem, šestiletým kokršpanělem Brunem. Poslední měsíc se pacientka cítí unavená, proto svou aktivitu snížila jen na krátké procházky.

### **Spánek – odpočinek**

Pacientka spí běžně kolem šesti až sedmi hodin denně. S usínáním dříve problém neměla. Chodila spát mezi desátou a jedenáctou hodinou noční. Před spaním si čte knížku a pije bylinou směs pro „*sladký spánek*“. Po vyřčení diagnózy má pacientka potíže s usínáním, důvodem jsou její vlastní myšlenky. Léky na spaní však užívat nechce. Relaxační pomůcka je pro paní G., teplá sprcha, večerní telefonický hovor se sestrou, která je pro ni velkou oporou a v neposlední řadě i její chlupatý přítel „Bruno“.

### **Vnímání – pozorování (citlivost)**

Pacientka je plně při vědomí, spolupracuje, odpovídá přiléhavě, je orientovaná časem, místem i osobou. Komunikuje bez problému, má dobré vyjadřovací schopnosti, slovní projev je ucelený a logicky uspořádaný. Zrak i sluch jsou bez problémů, nepoužívá žádné kompenzační pomůcky.

Bolest vnímá jako nedílnou součást svého onemocnění. Analgetika užívá jen v krajním případě, přesto jí byl praktickým lékařem naordinován **Novalgin 1g tbl. p. o.** při bolesti nad 2/10 (VAS), max. čtyřikrát za 24 hod.

Při odebírání ošetřovatelské anamnézy hodnotí pacientka bolest stupněm 1/10 (VAS). Dle ordinace lékaře má pacientka k tlumení bolesti ordinován **Novalgin i. v. 1g do 100ml/FR** kapat 25 min., při bolesti nad 2/10 (VAS), min. int. 6 hodin, max. 4 amp./24 hodin a **Paracetamol 1g i. v.** kapat na 30 min., při bolesti 3/10 (VAS) max. 4/24 hodin.

### **Sebepojetí – sebeúcta**

Paní G. R. se popisuje jako sebevědomá, klidná a vyrovnaná žena. Přesto že podstoupí radikální zákrok, odejmutí obou prsů ji ve skutečnosti tolik netrápí. Paní G. R., říká: „*Prsa jsem měla stejně malá, tak to nebude velký rozdíl*“. Při hovoru udržovala oční kontakt, seděla zpříma, hlas měla přiměřeně tlumený. Se svou situací je nyní smířená. Velkou oporu má ve své rodině.

### **Role – vztahy**

Paní G., je rozvedená již šest let. Má dvě děti, žije v rodinném domku se svým dvacetiletým synem, který v současné době studuje právnickou školu. Dceři je dvacet pět let a žije se svým manželem ve vedlejší vesnici. Paní G., se společně s mladší sestrou starají o svou osmdesátiletou matku. Svou rodinu hodnotí velmi kladně. Všichni jsou si navzájem oporou. Nikdy se necítila osamocená. V práci je spokojená, s kolegy má dobré vztahy i společné zájmy.

### **Sexualita – reprodukce**

Menarche měla pacientka ve 12 letech. Menstruace byla pravidelná, bez obtíží. Porodila dvě zdravé děti v termínu přirozenou cestou.

Pacientka měla od přírody malá prsa, nevnímala to jako komplex méněcennosti, ale přesto se po mateřské dovolené rozhodla pro lepší pocit a větší sebevědomí k augmentaci implantátů. Paní G., je rozvedená a v současné době bez stálého partnera. Muži jí nechybí, ale novému vztahu se do budoucna nebrání.

### **Stres – zátěžová situace, jejich zvládání a tolerance**

Paní G., svůj stres z onemocnění zvládá díky své skvělé rodině. Z prvotního šoku jí pomohli její nejbližší, kterým je za jejich oporu vděčná. Nyní se cítí dobře a těší se, až to bude mít za sebou.

### **Víra – životní hodnoty**

Pacientka věří ve spravedlnost, v dobrou vůli, šťastnou a spokojenou rodinu i ve své uzdravení. Svou práci má ráda a těší se na brzký návrat do pracovního procesu.

## 2.2 Průběh hospitalizace

### 1. den hospitalizace

Pani G. R. přichází v podvečerních hodinách na chirurgickou kliniku ve FNKV, kde je následně přijata v 17:00 hodin na oddělení H1 k plánované operaci pro lobulární karcinom „*in situ*“.

Pacientka dodala kompletní předoperační vyšetření již 6. 1. 2017, které zahrnuje interní vyšetření, včetně EKG a RTG S+P, laboratorní výsledky krve i koagulace, propouštěcí zprávu z Thomayerovy nemocnice ze dne 16. 12. 2016 i závěrečnou zprávu mammologického týmu o nezbytnosti operace. V ambulanci chirurgické kliniky byla sepsána kompletní dokumentace včetně před anesteziologické přípravy.

V den příjmu, byla pacientka uložena na trojlůžkový pokoj, byla seznámena s vnitřním řádem i s režimem oddělení. Poté byla odebrána ošetřovatelská anamnéza.

**Riziko pádu** dle Juráskové **1 b.**, **základní nutriční screening 1 b.**, **riziko vzniku dekubitů** dle Nortonové **33 b.**, **test základních všedních činností** dle Barthelové **100 b.** Bolest mírná na stupnici VAS 2/10 analgetika nevyžaduje. Dietu má číslo **3 racionální**. Z výše uvedených hodnot je patrné, že je pacientka zcela soběstačná bez výrazné bolesti a bez jakýchkoliv rizik.

Po odebrání anamnézy následovala rutinní předoperační příprava. Na hřbet pravé horní končetiny, byla pacientce zavedena růžová periferní žilní kanyla s křídélky a portem 20 G zajištěna mandrémem, který brání vzniku krevních sraženin a překryta sterilní náplastí z netkaného materiálu. Paní G., si odlakovala nehty na obou rukách. Dále byla pacientka poučena o dietním i pitném režimu. Lehkou večeři odmítla s tím, že povečeřela cestou do nemocnice. Z nabízených tekutin si vybrala hořký teplý čaj. Také byla informována o uložení ceností během její nepřítomnosti a byl jí sdělen přibližný čas operace a ranní harmonogram příprav.

Ve 22:00 byl pacientce noční směnou aplikován Fraxiparine 0,4 ml s. c. do oblasti břicha, jako prevence tromboembolické nemoci (TEN). Jedná se o nízkomolekulární heparin, který je dnes neodmyslitelnou součástí téměř každého operačního výkonu. Dle ordinace anesteziologa byla v rámci premedikace podána jedna tbl. Oxazepamu 10 mg per os. Tento lék patří mezi benzodiazepinové léky, které zmírňují napětí, nervozitu a úzkost. Pacientka po požití tabletky usíná okolo 23:00 hodiny a probouzí se kolem páté hodiny ranní.

## **2. den hospitalizace**

V 5:45 jsou pacientce změřeny fyziologické funkce (FF), **krevní tlak (TK) 125/75 mm/ Hg, puls (P) 69'** a **tělesná teplota (TT) 36,7 °C**. Sestra zkontrolovala obě podpaží a na sucho oholila operační pole. Před podáním **premedikace Dormikum 3,75 mg** per os vykonala pacientka potřebu na toaletě a ranní hygienu ve sprše, poté si nasadila elastické kompresní punčochy jako prevence TEN a oblékla si otevřenou nemocniční košili. Sestra si dotazem na pacientku ověřila, zda nemá kontaktní čočky a zubní protézu. Poté byla pacientka poučena, aby po požití premedikační tablety již sama nevstávala.

V 7:00 byla dle operátora podána antibiotika i. v. **Amoksiklav 1,2 g do 100 ml FR 1/1** na 20 min. Po dokapání ATB se v doprovodu sestry došla pacientka vymočit.

V 7:35 odjela paní G. R. vleže na přepravním lůžku v doprovodu sálového sanitáře.

V 8:50 započal operační výkon v celkové anestezii. Při operaci byl vyndán implantát a poté snesen prs vlevo včetně odstranění uzlin v levé axile. Mezi musculus pectorales major a minor bylo aplikováno 10 ml 0,5% Marcainu - PECS blok jako profilaxe bolesti. Do spodního operačního pole byl vložen Redonův podtlakový drén 14 Ch. Poté byl proveden identický postup bez exenterace uzliny v axile vpravo, také s vložením Redonova drénu 14 Ch. Operační výkon skončil v 9:55. Během operace byla podána antiemetika **Ondansetron 4mg i. v.**

V 10:30 přebírá sestra pacientku na prvním operačním sále od anesteziologické sestry. Jsou předány důležité informace, pacientka je stabilizovaná, nyní ji kape čistý infúzní roztok Hartmann. Při operaci byly zavedeny dva Redonovy drény. Paní G. R. je připojena na pulzní oxymetr se **saturací 92%** a **P 99'**.

V 10:35 příjezd na oddělení, pacientka je šetrně uložena do čistého upraveného lůžka. Ihned jsou změřeny vitální funkce, **TK 145/95 mm Hg**, **P 99'**, **D 15'**, **SpO2 93%** a **TT 36,9 °C**. Veškerá měření jsou prováděna na méně zatížené pravé horní končetině. Lůžko je zajištěno zábranou, sníženo, horní část je upravena do zvýšené polohy a signalizace je dána do blízkosti pacientky. Obě paže jsou podloženy měkkým molitanem. Obvaz je suchý, drény průchozí pod tlakem s minimálním odpadem. Paže jsou bez otoku. Dle ordinace lékaře je provedena bandáž hrudníku z elastických obinadel, která brání otoku a rozsáhlému hematomu.

Signalizaci má pacientka v dosahu, je ujištěna, že ji může bez obav kdykoli použít. Pacientka je ospalá a vyčerpaná. Kývnutím hlavy potvrdí, že informaci rozumí. Veškeré úkony a poznatky jsou pečlivě zaznamenány do dokumentace a nadále sledovány a měřeny vitální funkce každých 15 minut celkem 2 hodiny včetně projevů bolesti.

V 11:00 je pacientce podána první ze dvou naordinovaných infuzí **i. v. Plasmalyte 1000 ml 150 ml/hod.**, opět jsou změřeny FF a zkontrolován obvaz. Sestra se ujišťuje, jestli má pacientka pohodlí, zda je vše v pořádku a ověřuje si stupeň bolesti dle VAS. Paní G. R., má bolest na stupnici VAS 9/10. Sestra aplikuje opiát **Dolsin 50 mg s. c.** na pravou zevní stranu stehna v oblasti musculus quadriceps femoris. Po 30 minutách je intenzita bolesti přehodnocena dle stupnice VAS. Bolest se dle pacientky snížila, ale úplně neodezněla. Nyní je hodnota VAS 4/10, FF v normě, PŽK funkční, průchozí A bez známek infekce.

V 12:00 pacientka přivolává sestru pomocí signalizace a stěžuje si na intenzivní bodavou bolest na levé operační straně na stupnici VAS 8/10.

**TK 165/95 mm Hg**, **P 98'**, **SpO2 96 %**, **TT 36,8 °C**, **D 17'**. Operační rána je klidná a bez prosaku. Sestra provedla kontrolu bandáže hrudníku. Pomohla



pacientce zaujmout příjemnější polohu. Bolest je stále intenzivní. Poté byl kontaktován lékař konající službu a informován o pooperační bolesti pacientky.

V 12:10 sestra podává **Paracetamol 1g i. v.** dle ordinace lékaře. Po 30 minutách bolest na stupnici VAS 4/10. Jsou změřeny FF, TK 140/94 mm Hg, P 98', SpO2 96 %, D 15'. Dále se bude provádět měření TK+ P po jedné hodině do stabilizace a v 18:00, 21:00, 24:00, 04:00, 06:00.

V 13:00 se může pacientka s dopomocí sestry poprvé napít, malého doušku čaje, který dobře toleruje. Vymočila se do podložní mísy. Sestra zkontrolovala obvaz a množství odpadu v drénech. Drén vlevo odvedl 30 ml, a drén vpravo 10 ml. Pacientka je stále velmi unavená, snaží se usnout.

V 15:00 přichází za pacientkou operátérka zkontrolovat aktuální stav a osobně pacientku ujistit, že operace proběhla bez komplikací.

V 18:00 je podán druhý infuzní roztok, změřen TK 135/85 mm Hg, P 89', dle stupnice VAS zjištěna bolest 6/10. Následně byl pacientce aplikován Dolsin 50 mg s. c., maximum podání je 4 /24 hodin. Po třiceti minutách bolest dle VAS 4/10.

Noční směna pokračuje v měření FF, aplikuje Fraxiparin 0,4 s. c. a podává během noci další Paracetamol 1g i. v. ve 20:00, Dolsin 50 mg s. c. ve 23:00, Novalgin 1 g i. v. v 100 ml FR 1/1 ve 2:00.

Ve 3:45 pacientka pociťovala prudkou bolest na stupnici VAS 9/10. Byly změřeny vitální funkce, TK 160/95 mm Hg, P 90', D 18, poté byl přivolán lékař konající službu, který pacientku zkontroloval a ve 4:00 naordinoval jednorázové podání Dolsinu 100 mg. s. c. Dále byl sledován TK + P + D včetně bolesti v půl hodinovém intervalu do 7:00 hod.

### **3. den hospitalizace**

V 6:00 sestra provádí u pacientky ranní hygienu. Pacientka má strach z propuknutí další bolesti, a proto se odmítá hýbat.

**Odpad z drénů:** Redonův drén vlevo 100 ml, Redonův drén vpravo 80 ml.

V 6:55 jsou na ranní sesterské vizitě předány důležité informace, které se udály u paní G. R., během noční směny.

Při předání ranní směny byla pacientka o poznání klidnější, vitální funkce se pohybovaly v normálních hodnotách, TK 129/75 mm Hg, P 84', D 16, bolest byla na stupnici VAS 2/10.

V 7:00 během lékařské vizity byl zkontrolován obvaz, který byl bez prosaku. Bandáž hrudníku byla ponechána a lékař ponechal oba drény. Na 8:00 hodinu ranní byl naordinován Plasmalyte 1000 ml i. v. 150 ml/hod.

V 11:30 dostala pacientka **první stravu**, měla pooperační dietu **1A**. Tento typ diety ve FNKV znamená, že pacientka dostala k obědu a večeři čirý masový vývar a ke snídani pouze tekutiny. Pacientka dietu bez problému tolerovala. Při jídle zůstala v lůžku ve zvýšené poloze. Smírnou dopomocí sestry zvládla sníst pár lžic polévky.

V 14:00 přichází za pacientkou fyzioterapeutka na první cvičení po operaci. Paní G. R. má strach z bolesti, ale přesto se pouští do cvičení. Nejdříve protahovací a uvolňovací cviky na lůžku, poté je pacientka vyzvána k sedu. Paní G. R. se s dopomocí fyzioterapeutky postavila a udělala čtyři kroky okolo lůžka.

V 14:30 pacientka pociťuje bolest 5/10 na stupnici VAS, proto sestra aplikuje Dolsin 50 mg s. c.. Sestra v 15:00 hodin bolest přehodnotila dle stupnice VAS 3/10. Fyziologické funkce se již měří po osmi hodinách, dle ordinace lékaře. V 16:00 jsou naměřeny již běžné fyziologické hodnoty TK 120/75 mm Hg, P 68', D 16, TT 36,7 °C a bolest 2/10 VAS.

V 17:00 při podávání večeře pacientka sama projevila zájem posadit se k jídlu. S pomocí sestry tak učinila a byla viditelně spokojená, jaké dělá pokroky.

V 18:00 byl zkontrolován odpad z drénů, je o poznání menší, do levého drénu přibylo 40 ml a do pravého drénu 20 ml. Paní G. R., odchází na toaletu v doprovodu sestry.

V 19:00 je aplikován Paracetamol 1g., bolest 4/10 na stupnici VAS.

Nadále noční směna pokračuje s aplikací Fraxiparinu 0,4 ml s. c. ve 20:00 hod.

Ve 22:00 byl pacientce podán Dolsin 50 mg. s. c. dle VAS 5/10. Po přehodnocení bylo VAS 2/10. Ve 24:00 byly změřeny FF. Pacientka celou noc spala klidně, probudila se až s příchodem sestry v 5:30 hod., kdy přišla sestra zkontrolovat odpady z drénů. Za 24 hodin odvedl levý drén 50 ml a pravý drén 30 ml serózní tekutiny.

#### **4. den hospitalizace**

V 6:00 provedla pacientka ranní hygienu vsedě na lůžku s dopomocí sestry.

V 7:00 při ranní vizitě byla zkontrolována operační rána a byly odstraněny oba redonovy drény. Operační rána byla opět asepticky převázána. Na kůži byla použita dezinfekce Cutasept, na operační ránu byly přiloženy sterilní mulové čtverce a hrudník byl opět stažen elastickým obinadlem dle doporučení operátéra.

V 10:00 opět přichází za pacientkou fyzioterapeutka. Po krátkém rozcvičení na lůžku a ukázce uvolňovacích cviků na horních končetinách společně odešly na chodbu k další pohybové aktivitě. RHB také zahrnuje chůzi po schodech, kterou pacientka zvládá bez větších komplikací.

V 11:30 pacientka **dostává k obědu dietu 1C pooperační kašovitou.**

V 14:00 sestra nabídla paní G. R. celkovou sprchu. Pacientka tuto nabídku uvítala se slovy: „*Cachtání v umyvadle je prima, ale tekoucí vodě se to nevyrovná!*“. Sestra edukovala pacientku o správné teplotě vody a o nepoužívání mýdla na operační ránu. Zajistila soukromí, koupací židli jako prevenci pádu a pomohla pacientce s mytím míst, zatím pro ni nedosažitelných. Po osprchování se pacientka cítila mnohem lépe.

V 16:00 pacientka pociťuje bolest na stupnici VAS 4/10. Sestra podává Paracetamol 1 g. i. v. Při kontrole účinku analgetik je bolest na stupnici VAS 2/10. Během noci byla pacientka klidná a spala až do 6:00.

## **5. den hospitalizace**

V 6:00 pacienta provádí sama, bez problémů ranní hygienu v koupelně. Močení i defekace probíhá bez komplikací. Lékař zkontroloval na ranní vizitě operační ránu, která je klidná, bez zarudnutí či sekrece. Poté nabídl pacientce odchod v doprovodu do domácí péče v případě, pokud se pacientka cítí dobře. Paní G. R. neváhala a odpovídá, že půjde ráda: „*Jen si zajistím odvoz a budu pryč*“.

V 8:00 přichází sestra pacientku informovat a edukovat o aplikaci Fraxiparinu 0,4 s. c., ve kterém bude i nadále sama doma pokračovat ještě následující týden.

Ujistí se, že pacientka techniku ovládá a na důkaz pochopené edukace si pacientka sama pod dozorem sestry Fraxiparine 0,4 ml s. c. aplikuje. Také jsou pacientce zopakovány zásady nezatěžování horní končetiny těžkým břemenem, nošením těsného oblečení nebo šperků. V případě G. R. je to o to obtížnější, jelikož operace proběhla bilaterálně. Sestra podává pacientce tašku s osobními věcmi a pomáhá jí s oblékáním.

Pacientka je klidná a vyrovnaná. S úsměvem sestru ujišťuje, že se domu těší. Syn, se kterým má společnou domácnost, zajistí těžké práce doma i na zahradě a její dcera se sestrou se zase dokonale postarají o ní samotnou.

V 10:00 dostává pacientka propouštěcí zprávu, se kterou se má do tří dnů dostavit k praktickému lékaři. Návštěvu u operátorky má naplánovanou na 19. 1. 2017. V případě jakýchkoliv obtíží má do nemocnice přijet ihned. Zároveň dostává i recept na Fraxiparine 0,4 ml a Novalgin 1 g., analgetikum v tabletkách při bolesti VAS 3/10 max. čtyřikrát za den.

Dále je zde doporučení od operátorky ohledně sprchování operační rány vlažnou vodou bez mýdla. V případě nošení podprsenky je doporučena pouze hladká sportovní, bez košíčků a kostic. Spodní prádlo má mít pouze ochranný zpevňující charakter. Dietní režim má bez omezení návrat k běžným stravovacím návykům pacientky.

V 11:00 přijíždí syn i sestra pacientky, aby si paní G. R. odvezli domů. Ošetřující sestra se ještě ujistí, jestli pacientka všemu porozuměla a nemá doplňující otázky. Poté se spolu rozloučí s přáním všeho dobrého.

### **2.3 Ošetrovatelské problémy**

Během pooperační péče byly u pacientky zjištěny některé aktuální i potencionální problémy a rizika vzniku komplikací z důvodu operačního výkonu. Akutní bolest z důvodu porušení tkáně po prodělané mastektomii. Také byla porušena tkáňová integrita, ze které vyplývá potencionální riziko vzniku infekce z důvodu operačního výkonu, zavedení periferního žilního katétru nebo Redonova drénu. Po bilaterálním odnětí prsou, byla pacientka v riziku narušení psychiky s nepřijetím sebe sama i v potencionálním riziku vzniku pooperačního lymfedému.

Z těchto ošetrovatelských problémů jsem si vybrala k podrobnému zpracování psychiku, která má velký vliv na nemocného, bolest, která byla významným problémem po dobu hospitalizace a potencionálním rizikem nevyváženého objemu tělesných tekutin v podobě hrozícího lymfedému.

### 2.3.1 Lymfedém

Lymfedém neboli mízní otok, je obávanou komplikací v mammární chirurgii. V klinické praxi se s ním setkáváme nejčastěji. Samotný chirurgický zákrok na prsu i v podpažní jamce (axile) způsobí narušení lymfatického systému a může vést k překážce v odtoku lymfy ze stejnostranné horní končetiny, prsu i přilehlé strany hrudní. Lymfa tak stagnuje pod překážkou a vzniká sekundární lymfedém. (8)

Studie udávají četnost pooperačních otoků na horních končetinách okolo 25%. Tímto nežádoucím post operačním projevem se snižuje kvalita života pacientek. Je to onemocnění, které může vést k porušení hybnosti horní končetiny v ramenním kloubu. Také může způsobovat bolest a tím narušovat pacientkám běžný aktivní život.

Výrazně působí i na jejich psychiku, která následně ovlivňuje jejich pracovní zařazení. Z těchto důvodů je kladen důraz na pooperační prevenci lymfedému pomocí vhodné rehabilitace. S cvičením je třeba začít pozvolna. (2,10)

Lymfa je čirá, bezbarvá tekutina vznikající z tkáňového moku. Ten je tvořen částečně buňkami a částečně je filtrován z plazmy přes stěnu krevních kapilár. Společně s plazmou jsou z kapilár filtrovány i některé bílkoviny, steroidní hormony, železo, měď a vápník, kromě výše zmíněných látek obsahuje také cholesterol a mastné kyseliny. To způsobuje její mléčné zakalení.

Do lymfatického systému vstupují i buňky lymfocyty, leukocyty a makrofágy. Během maligního onemocnění do lymfatického systému vstupují a šíří se jím i rakovinné buňky.(8)

Sekundární lymfedém je otok, u kterého je známa příčina, bývá způsobený pooperačně, po ozařování, zánětu, posttraumaticky nebo při přítomnosti parazitů. Pooperační lymfedém je proměnlivý. Nejdříve se projevuje otokem venózním pro oko neviditelným, proto ho nelze dost dobře hodnotit. Nastoupení skutečného otoku může dojít až po několika týdnech po propuštění z nemocnice. Dokonce

i po několika letech od operace. Dochází, k selhání lymfatické pumpy, která má za úkol rozvod lymfy celým lymfatickým systémem. Nahromaděné tekutiny i proteiny stagnují ve tkáních. (5, 8, 10)

Výskyt lymfedému stoupá v souvislosti s použitím radioterapie a v závislosti na rozsahu chirurgického výkonu v axile. Důvodem otoku u žen po léčbě pro karcinom prsu může být také nemoc samotná.

Při zjištění otoku je nutné pečlivé vyšetření pro vyloučení recidivy onemocnění, ošetřujícím lékařem či onkologem. (5)

Lymfedém se může objevit i za řadu let po lokální léčbě. Ženy, které prodělaly axilární direkci, by si měli pravidelně přeměřovat obvod končetiny v oblasti zápěstí, lokte i v oblasti pod ramenem. Rehabilitační režim by měl nastat ihned po operaci. Úlohou sestry v prevenci lymfedému, je hodnocení končetiny. Cíleným dotazováním pacientky na subjektivní pocity tlaku či napětí kůže, může přispět k časně diagnostice. Subjektivní pocity jsou totiž přítomné ještě ve fázi, kdy otok není pouhým okem viditelný. (2)

Pacientka byla v této oblasti edukována a na možné symptomy dotazována. V tomto ohledu беру tento druh péče za běžnou rutinu uvedenou do praxe. K projevům lymfedému u pacientky nedošlo.

Intervence v oblasti rehabilitační a fyzikální medicíny může být u pacientek po operaci prsu velmi prospěšná, protože umožní předejít příznakům, které snižují kvalitu jejich života, omezují jim pohyb nebo mohou ztratit soběstačnost v aktivitách denního života a následně pak vedou u onkologických pacientek ke vzniku deprese a s ní i souvisejícímu poklesu imunity. Léčbaje pro pacientky extrémně náročná po fyzické i psychické stránce. (2, 10)

Rehabilitace po této léčbě proto musí být v moderním zdravotnictví na vysoké úrovni. Důležitou úlohu má také praktický lékař, který může včas zachytit první příznaky komplikací, jako je syndrom zmrzlého ramene a lymfedém. (10)

## *Stádia lymfedému*

Stádia lymfedému dělíme do skupin od 0 do 3

### Stádium 0 – Latentní lymfedém

Lymfatická drenáž je narušena, transport je snížen, v této fázi nemusí být otok patrný, nemocný však může pociťovat na postižené končetině tlak či napětí.

### Stádium 1 – Reverzibilní

Edém není trvalý, při zvýšené fyzické námaze operované končetiny je již viditelný, otok po elevaci končetiny opět vymizí.

### Stádium 2 – Ireverzibilní

Edém se stává trvalým, měkký otok se zvětšuje, tlak prstů zanechává po sobě důlek, kůže může být chladná i bledá bez žilní kresby.

### Stádium 3 – Elefantíáza

Postižená končetina ztrácí svůj tvar, podkoží tvrdne, je tvořeno vazivo a nelze již vytvořit důlek, končetina nabývá na hmotnosti. (5)

### *Předcházení lymfatickým otokům*

Vznik otoků závisí na mnoha okolnostech. Některým můžeme předcházet a vyvarovat se jejich škodlivým účinkům. Je důležité chránit postiženou končetinu před vším, co zužuje mízní cesty a brání volnému odtoku mízy z podkoží a vším, co by mohlo tyto cesty poškodit. O těchto postupech informujeme pacientku během hospitalizace v průběhu i při propuštění do domácí péče.

Edukace pacientky by měla být důkladná a včasná. Nejlépe ihned po náročné operaci. Edukace vyžaduje empatii a porozumění všech členů ošetrovatelského týmu. Pravidelné cvičení, neustálá edukace a získaná důvěra



pacientky jsou dobrým základem pro částečné zmírnění komplikací souvisejících se složitou léčbou rakoviny prsu. (22, 23)

Pacientka byla edukována o důležitosti a včasnosti rehabilitačního cvičení. Pacientka byla v kontaktu s rehabilitační pracovníci v pooperačním období, během kterého se naučila vhodným cvikům. Pacientka byla poučena, aby vždy upozornila osoby, které v budoucnu, budou provádět měření TK, aby ho měřily na pravé končetině, kde byl operační zákrok menšího rozsahu. Pacientce bylo vysvětleno, že by bylo vhodné, aby nespala na operovaných stranách a spíše volila polohu na zádech. Pacientce bylo řečeno, aby se vyvarovala horké sprše, koupeli a sauně, jelikož přehřátá končetina se více prokrvuje a zhoršuje otok, což platí i pro dlouhodobý pobyt na slunci a opalování. (2)

Pacientce bylo dále vysvětleno, že je vhodné vyvarovat se dráždivým mýdlům a vybírat vhodné oblečení, které by nemělo být těsné. Což také platí i pro hodinky, prstýnky či náramky. Bylo poukázáno na nebezpečí přetěžování horních končetin v podobě ručních prací, žehlení či jiné fyzicky náročné manuální práci. S pacientkou byla probrána důležitost vyvarování se poranění kůže, a to i od domácích zvířat nebo v podobě zastřihávání kůžičky kolem nehtů. Pacientka byla poučena o dodržování pitného režimu a přiměřeném množství používání soli a na nutnost okamžité návštěvy lékaře při známkách otoku. V průběhu hospitalizace jsem s pacientkou několikrát na toto téma hovořila. Vždy jsem si udělala čas na zodpovězení všech dotazů. U pacientky G. R. po oboustranné mastektomii je nutné dodržovat preventivní doporučení na obou horních končetinách zároveň. Následná péče a sebeobsluha je o to náročnější.

Pani G. R. je cílevědomá vitální žena s milující rodinou. V průběhu hovoru pacientka nepocítovala žádnou obavu, vyjádřila se: „*Nebude problém dodržovat jakákoli opatření, která mě dovedou k uzdravení, jsem připravena bojovat*“.

Pacientka byla poučena v oblasti preventivních opatření týkajících se lymfedému, rozumí nutnosti preventivních opatření a prokazuje znalost v této oblasti, je schopna provádět cviky samostatně před dimisí. Paní G. R. odchází domů bez známek otoku.

### 2.3.2 Bolest

Bolest je subjektivní pocit, který pacientům vždy věříme a naší povinností je tuto skutečnost respektovat a také včas řešit. Bolest je častá komplikace operačních výkonů a každý člověk na ni reaguje jinak. V takovou chvíli nebereme v úvahu návykovost na určitý typ léku a analgetika aplikujeme dle potřeby pacienta. (23)

Bolest je důležitý ochranný faktor, který upozorní na hrozící nebezpečí nebo poškození tkáně. Bolest je vedena vzruchy do CNS, kde je vjem bolesti zpracován. Intenzita vnímané bolesti nemusí vždy odpovídat závažnosti onemocnění. Ta může být dána četností receptorů bolesti v určitém orgánu. Dalším důvodem může být rozdílné vnímání bolesti jednotlivých pacientů a jejich emocionální zpracování. (13)

Bolest se dělí podle různých kritérií. Jedním kritériem je délka trvání bolesti. Základní rozlišení je na akutní a chronickou bolest.

Akutní bolest je nejčastější příznak tkáňového poškození. Jedná se o symptom informující organismus o vzniklém tkáňovém porušení. Trvá omezenou dobu hodin či dnů, odezní velmi rychle, málokdy trvá déle než jeden měsíc. Podnět bolesti se dá dobře identifikovat, po zhojení poraněné tkáně či orgánu utichá. Velkým rizikem akutní bolesti je přechod do bolesti chronické, která se léčí velmi složitě. (15)

Chronická bolest je dlouhodobá, trvá měsíce, až roky často se opakuje. Pomalu se rozvíjí a progresivně se zhoršuje. Chronická bolest má negativní význam pro organismus. Narušuje jedinci kvalitu rodinného i pracovního života. (13)

Pooperační bolest řadíme mezi bolestivé stavy, které vznikají akutně. Tento typ bolesti vzniká v souvislosti s chirurgickým výkonem. Je to následek tepelného či mechanického poškození tkáně. Včasná analgezie tak sníží výskyt pooperačních komplikací, zkrátí dobu hospitalizace a nenaruší psychiku pacienta. (13)

Doc. MUDr. J. Málek, CSc., ve své knize z roku 2006 udává, že „18,5 % pacientů označilo bolest za nejhorší zážitek v pooperačním období, proto bolest představuje velkou psychickou zátěž, jedinec trpící akutní bolestí může jevit známky podráždění až agrese. U třetiny, až poloviny pacientů v jednadvacátém století v pooperačním období není bolest tlumená v dostačující míře. Dobrá analgezie je nejenom potřebná, ale je i základním právem každého pacienta s bolestí“.

Ke správné diagnostice bolesti je potřebný profesionální odborný přístup, ale také přístup po stránce psychologické či etické.

Nemocný musí pociťovat zájem ze strany zdravotníka. Jen tak je možné dosáhnout optimálního cíle analgezie, snesitelného tlaku v operační ráně a minimální počet nežádoucích účinků. V léčbě pooperační bolesti má neodmyslitelnou roli rozsah chirurgického výkonu, typ anestezie a výskyt komplikací. V neposlední řadě i kvalita ošetrovatelské péče a řádný zápis do dokumentace. K vyšetření akutní bolesti slouží anamnéza, měření FF a další specifická vyšetření. Lokalizujeme bolest, její vyzařování, intenzitu a rychlost nástupu analgetik. Zjišťují se doprovodné symptomy jako pocení, třes, nauzea či zvracení. (15)

Zkušenost každého jedince s vnímáním bolesti je do jisté míry ovlivněná jeho duševním stavem. Bolest je emocionální prožitek, který každý člověk vnímá odlišně. Když pomíneme věk, tak způsob, jakým individuální jedinec zvládá bolest, závisí na jeho osobnosti a prostředí, ze kterého vzešel. Zdravotníci musí brát v potaz úlohu psychologie v chování nemocných. (3, 13, 15)

Měření bolesti neverbální metodou určenou k hodnocení intenzity bolesti je vizuální analogová stupnice VAS. Tato metoda je nejvíce používaná na celém území ČR. Pomocí této škály pacient hodnotí intenzitu bolesti, kterou právě pociťuje. Pacient hodnotí bolest pomocí horizontální úsečky, na níž jsou uvedena čísla od 0 do 10.

**Číslice 0** - pacient nepociťuje žádnou bolest. **Číslice 10** - představuje maximální možnou bolest. Nejvyšší přípustná bolest, na kterou není nutné léčebně reagovat, je VAS 3. Po podání analgetik je nutné bolest přehodnotit.

Další z mnoha alternativ neverbální vizuální analogové stupnice bolesti je škála obličejů bolesti (Faces Pain Scale). Tato stupnice znázorňuje výrazy obličejů od stavu naprosté pohody, až do stavu totálního utrpení. Tato stupnice se nejčastěji používá k hodnocení bolesti u dětí, které ještě nezvládají hodnotit intenzitu bolesti slovy nebo čísly.

Verbální metody hodnocení bolesti používají k vyjádření intenzity bolesti slovní projev. Výhoda těchto metod tkví ve snadném a rychlém vyšetření bolesti u lidí starších, dezorientovaných, nebo také nevidomých. Mezi nejčastěji používané verbální škály patří intenzita současné bolesti (Present Pain Intensity), ve které znázorňuje:

**0 – žádnou bolest, 1 – mírnou bolest, 2 – středně silnou bolest, 3 – silnou bolest, 4 – krutou bolest, 5 – nesnesitelnou bolest. (13, 15)**

Pacientka G. R. byla v pravidelných intervalech kontrolována. Byla seznámena s využitím stupnice VAS, na které byla schopna bolest určit. FF byly kontrolovány, při zvýšené bolesti se tyto funkce rovněž zvyšovaly. Pacientka měla dostatek prostoru na posouzení své bolesti a byla poučena o možnostech přivolání sestry v případě jejího zhoršení. S pacientkou byla aktivně vyhledávána úlevová poloha s ohledem na operační ránu. Bolest pacientky byla pravidelně posuzována a zapisována do dokumentace. Byly splněny ordinace lékaře.

Při změně intenzity bolesti byl lékař informován a úprava medikace splněna. Farmaka byla podávána s efektem zhruba do půl hodiny. Bolest měla vliv na kvalitu spánku první pooperační noc, kdy se pacientka pro intenzitu bolesti budila. Pacientce bylo dle potřeby upravováno ložní a osobní prádlo, bylo zajištěné klidné prostředí. Pacientka byla edukována o účincích farmaka a jejich užívání v domácím prostředí. Pacientce byla korigována bolest analgetiky a opiáty. V den po operaci nebyl cíl naplněn, během dne dosahovala bolest stupně 6 – 8/10 na škále VAS, ovšem po podání medikace se stupeň upravil na hodnotu 4/10. První den po operaci vyběhla pocíťovaná bolest na stupeň 9/10, ale po podané medikaci bylo už cíle dosaženo a bolest dosahovala stupně 2/10,

na kterém se držela i následující dny. Pacientka chápe příčiny bolesti a je schopna dodržovat léčebný režim, byla schopna svoji bolest hodnotit a nalézt úlevovou polohu za pomoci ošetřovatelského personálu bezprostředně po operaci. Pacientka kromě první noci po operaci spala dobře. Cíle bylo dosaženo jen částečně, pacientka odchází domů s mírnou intenzitou bolesti okolo 1-2/10 VAS. Na cestu je vybavena analgetiky, o jejichž užívání a účinku je edukována.

Později, když jsem s pacientkou hovořila na toto téma, svěřila se, že takovou bolest ještě v životě nezažila. Netušila, že něco takového je vůbec možné: „*Myslela jsem, že mě přejel parní válec a to nejsem žádný cimprlín*“ Pacientka do konce hospitalizace takovou bolest již nepocítila.

### **2.3.3 Péče o psychiku**

I přesto, že jsou medicínské pokroky v léčbě rakoviny patrné, vliv nemoci na psychickou stránku žen je nemalý. Prožívání obav z budoucnosti, deprese, strach, zoufalství, vina, přecitlivělost a hněv je častým jevem, který nemoc doprovází. Pacientky by měly být motivovány a zapojovány do zvládání své nemoci mnohem aktivněji, než je tomu doposud. Velkou roli hraje i rychlost sdělovaného výsledku a nastíněním dalších postupů, které umožní pacientce realistický přístup k nemoci. Je dokázáno, že psychický stav pacientky má velký vliv na výsledky léčby nádorového procesu. Ženy, které se ke své nemoci stavěly „bojovně“, přežily o 10 a více let déle, než ženy, které rezignovaly. (4, 6)

Lékař je povinen sdělit pacientce co nejpřesněji, pravdivě a šetrně její diagnózu. Srozumitelně ji vysvětlit rozsah chirurgického zákroku. Jde o náročnou životní situaci, kdy pacientce sděluje nepříjemnou zprávu. Lékař by měl být v tomto ohledu profesionálně zručný. Kromě sdělení informace se v tomto okamžiku utváří vztah mezi pacientkou a lékařem, který je důležitý pro dodržování léčebného plánu. Žena právě vstupuje do složitého období, kdy se sžívá se svojí nemocí a bude muset čelit několika okolnostem. (2)

Je nezbytné si uvědomit, že onkologičtí pacienti neztrácejí jen zdraví. Také ztrácí tělesné funkce, mentální schopnosti, ale především sociální role ve společnosti. Mění se potřeby člověka a profesní zařazení. Zhoršuje se ekonomické zabezpečení a mění se i vztahy mezi členy rodiny. Vlivem neustálého léčebného procesu dochází k izolaci pacienta od ostatních a tím i ztráta sebeúcty. Proto je důležitá v této fázi psychická a sociální podpora od kvalifikovaných pracovníků, obzvláště od ošetřujících sester, které jsou v těsném kontaktu s pacientem. (6, 19)

Mnohdy nemocní uvažují o sebevraždě. Obzvláště mladé ženy po ablaci prsu získávají dojem, že jsou jako ženy méněcenné a nepřitažlivé. Je nutné jim poskytnout mnoho informací týkající se nových náhrad epitéz nebo modelací v plastické chirurgii a motivovat je k novému životu. V poslední fázi pak nastává smíření s onemocněním a celou léčbou. (6)

Ať už jsou reakce jakékoli, jsou vzhledem k prožívané situaci naprosto přirozené. Žena prožívá psychický zmatek a emoce se prudce střídají. Některé pacientky diagnózu popírají a zlobí se na lékaře, jiné ochromí zloba a hněv vůči sobě samé nebo svým blízkým. Přicházejí stavy bezmocnosti, úzkosti a lítosti. Každá žena potřebuje určitý časový prostor, aby v sobě dokázala zpracovat, co právě prožívá. Obtížnější situace nastává většinou u žen, které nejsou zvyklé se svými pocity svěřovat. Současná společnost nás vychovává k tomu, aby žena byla schopna veškeré své problémy vyřešit sama. A tak i v době nemoci své potřeby odsouvá na poslední místo v řadě a raději mlčí. (6)

Nemoc však musí pochopit rodina i přátelé, jimiž je nemocná obklopena. Mohou se tak stát velkou oporou v dané situaci a dokonce vzájemným prožíváním prohloubit současný vztah. Na druhou stranu přijmout tento fakt není pro rodinného příslušníka či známého vždy jednoduchou záležitostí a mohou se sami potýkat s většími emočními problémy než nemocný sám. Nevládnutí této situace pak může vést k vzájemnému odcizení. (2)

Je obecně známé, že pouhý fakt, že jedinec dokáže o svém strachu, obavách a úzkostech hovořit, mu umožňuje dosáhnout psychické úlevy. Řada pacientů se však, ale raději svěří osobě cizí, tomu koho se diagnóza nijak netýká

anebo vyhledává oporu u někoho, kdo již nemocí prošel. Zde je pak na místě kontaktovat specializované poradny pro onkologické pacienty nebo vyhledat jinou psychologickou pomoc. (4)

Pacientka během celého léčebného procesu musí zvládnout několik etap. V první řadě musí zvládnout samotnou léčbu – chirurgickou, systémovou a radiační. Pacientka musí přijmout svou diagnózu, přidává se pocit strachu z léčebných postupů a bolesti, také strach ze strádání z nemoci či léčby. Následuje strach z budoucnosti, obavy, že bude člověk na obtíž, strach o rodinu, vyvstávají otázky sociálního zabezpečení sebe i rodiny. (2)

Shrneme-li všechny tyto poznatky dohromady, můžeme říci, že rakovina prsu narušuje vnímání vlastní hodnoty. Ženy se mohou považovat za neatraktivní, přišly o prsa, možná i vlasy, je ohrožena jejich plodnost. Snížené sebevědomí ovlivňuje jejich chování – stydí se, provází je strach, úzkost, straní se okolí, partnera i sexu. Organismus na vzniklou situaci reaguje ztrátou vnitřní energie a žena pak přestává dbát o svůj zevnějšek a problémy se nadále prohlubují. V takových chvílích je třeba bludný kruh přerušit a znovu nalézt své vnitřní já. Je třeba se zamyslet nad tím, co je na ženě krásné a péči o sebe sama rozvíjet. Fyzická aktivita zlepší kondici a sebevědomí a zároveň umožní i odpoutání se od starostí. (6, 19)

Lidé jsou různí, někteří se po vyřčení diagnózy hroučí, jiní se rozhodnou bojovat. Psychika je však poznamenána vždy. Pokud na to člověk nestačí sám, je vhodné vyhledat pomoc u odborníka. Vyhledat psychologa není projevem slabosti, ale odhodláním se své problémy řešit. Psychoterapie pomůže ženě vyrovnat se s diagnózou i příznaky onemocnění, může napomoci vyřešit rodinné či sexuální problémy nebo napomoci s návratem do zaměstnání. Odborníci kladou důraz na komplexní přístup k psychice nemoci, který by měl propojovat různé metody, jako jsou krizové intervence, existenciální terapie, progresivní relaxace, meditace, vizualizace či jógový dech a jiné. Pacientky se učí zvládat bolest, jak snášet život v nejistotě či před samotnou smrtí. (4, 19)

V rámci hospitalizace je nutné k pacientkám přistupovat šetrně a citlivě. Před operací je to naprosto soběstačná žena. Ale po výkonu je zcela závislá na sestře a její péči.

Pacientka může trpět z nedostatku informací, neznalosti cizích odborných pojmů a ošetrovatelských postupů. Sestra provádí okolo pacientky mnoho rozličných úkonů, které jsou potřeba pacientce vysvětlit. Seznámit jí a informovat s následujícím pooperačním průběhem, které dodá pacientce klid.

Je nesmírně důležité pacientku obeznámit s každým výkonem. Informovat ji o každém léku, který jí sestra aplikuje, zasvětit ji do funkce redonova drénu.

Upozornit ji na veškeré invazivní vstupy. Pacientka musí mít přehled o veškerém dění kolem ní a všem úkonům rozumět. (24)

Při hospitalizaci máme stále na paměti, aby pacientka zůstala v dobrém psychickém stavu. Neměli bychom dopustit, aby se emocionálně zhroutila. Proto je důležité aktivní zapojení do léčebného procesu. (24)

Důležitou a neodmyslitelnou součástí v péči o onkologicky nemocné je komunikace jak s pacientem, tak i s rodinou. Komunikace je specifická a velmi náročná. Její nedílnou součástí je i neverbální komunikace a samotný přístup sestry. Tyto tak důležité aspekty mohou pozitivně i negativně ovlivnit psychické rozpoložení pacientky, nebo posílit důvěru v ošetřující personál. Každá žena bere toto onemocnění velmi citlivě, protože prsy se považují za symbol ženskosti a mateřství. Citlivé zacházení, vhodně zvolená slova i adekvátní výraz v obličejí jsou na místě. (2, 24)

Důležitá výbava každé sestry v péči o pacientky kromě jiného, je také znalost otázek základních principů psychologie a dostatečná míra empatie. Znalost jak se vyrovnat se závažnou životní situací a uměním pomoci.

Model doktorky Kübler-Rosové, která popsala pět fází smutku, nám při správném vyhodnocení může pomoci v komunikaci s vážně nemocnými pacientkami. Tento model se dá zobecnit na všechny závažné a těžko zvládnutelné fáze běžného života. Důležitou roli hraje také věk pacientky, její osobnostní vlastnosti, zdravotní uvědomění a vztah k vlastnímu zdraví.



Úkolem ošetrovateľského tímu je, aby pacientka cítila podporu svého okolí, spoluúčasť a zájem ze strany ošetrojúceho personálu a především úctu, empatii, individuální přístup a pozitivní vztah k ní.

Každý člověk reaguje na danou situaci odlišně. Projít fázemi může bez chronologické posloupnosti, a některými i opakovaně, zvláště pokud se jeho stav změní. Většinou pacientů se podaří projít všemi fázemi a tak se smířit se svou nelehkou životní situací. (14)

### **Šok, popření**

Velmi silná odezva na sdělení závažné diagnózy, projevuje se pláčem, ztíženým dechem, silným neklidem či naopak strnulostí. Pacienti se ptají, proč se to stalo, proč právě mně, proč právě teď. Trvá různě dlouhou dobu a většinou sama odezní. Pacienti se nechtějí smířit s diagnózou a hledají racionální vysvětlení a pochybnosti vyjadřují větami: To nemůže být pravda, jedná se o omyl, nic mi není.“ Tato fáze může trvat po celou dobu léčby a tím ji i ztížit.

### **Agrese**

Pacienti se ocitají v emoční pasti, projevují zlost vůči všem zdravým. Přestávají komunikovat, jsou nespokojení, hádají se, odmítají pomoc.

### **Smlouvání**

Tady se pacienti uchylují k pomyslné autoritě boží, přírodní či k autoritě lékaře a pak je od nich slyšet. „Chci se dočkat vnuků, musím dostavět dům, chci vychovat své děti.“

### **Deprese**

Nejtěžší fáze psychické odezvy, kdy se pacienti zcela ponoří do beznaděje, strachu a úzkosti, přemrštěně komunikují s okolím, nebo se naopak uzavírají do sebe.

## Smíření

Fáze psychického uvolnění, kdy vypjaté emoce převáží rozumový přístup k nemoci i k léčbě. Pacientky se zklidní a mohou tak spolupracovat na své léčbě.

(14, 24)

Každá žena bere toto onemocnění velmi citlivě, protože prsy se považují za symbol ženskosti a mateřství. Citlivé zacházení, vhodně zvolená slova i adekvátní výraz v obličeji jsou na místě. (2)

Nemoc jako taková, vyvolává v ženě negativní emoční prožitky a před operací i po operačním zákroku vzbuzuje strach a úzkost. Myslím si, že na tyto reakce by sestra měla být připravená a již při příjmu pacientky na oddělení dát pacientce najevo svůj zájem o ni a zvolit efektivní komunikaci. (4)

Sestra, pečuje o onkologicky nemocnou pacientku na lůžku, je jí nejbližší jak fyzicky tak i psychicky. Bývá často první a někdy i jediná, které pacientka svěří své pocity. Je třeba se s tímto nelehkým údělem vyrovnat a zvolit dobrou komunikační techniku. Hlavní pilíře komunikace jsou naslouchání, respekt, empatie a projev porozumění. Jedině tak je možné navázat důvěrný vztah a předejít sociální izolaci. (4)

Pacientky zdůrazňují důležitost dostatečné informovanosti před výkonem. Proto je také důležité dát pacientkám možnost klást otázky o možných komplikacích a jejich řešení. Prodiskutovat varianty léčby a nechat si popsat postup léčebných metod. „*Mnohem horší je strach z neznámého než zvládnutí obav z již vyslovené skutečnosti*“. (4)

Paní G. R., přijetí do nemocnice nesla velmi statečně. Svěřila se mi však, že když se o nemoci dozvěděla, cítila se velmi „*mizerně*“, hodně se uzavírala do sebe a prý proplakala téměř tři neděle. Nechácala, čím si to zasloužila. Velkou oporou jí byla po celou dobu její rodina. Komunikovala, bez obtíží na konkrétní otázky odpovídala klidně a přiléhavě. Od své lékařky byla informována o možnosti rekonstrukce prsů a dočasném nošení prsních epitéz. Pacientka byla o všech postupech v průběhu léčby

informována. V důsledku toho byla klidná, smířená a rozhodnutá bojovat. Strach ustoupil do pozadí, zaměřila se spíše na naději v uzdravení. Své nejbouřlivější emoce prožila doma, vzhledem k tomu, že nemá životního partnera, mohl by zde být nápomocen psycholog.

Při pozdějším setkání se paní G. R. svěřila, že jí toto onemocnění velmi zasáhlo. Její život byl natolik ovlivněn, aby si uvědomila, že pomoc bližnímu v nouzi je velmi důležitá. Proto se rozhodla sama pomáhat těm, kteří to potřebují nejvíce.

Nezdráhala se, vyhledala nadaci „**Dobry Anděl**“ a měsíčně přispívá na onkologicky nemocné děti, aby mohly lépe překonávat obtížné období a jejich rodiče se nedostávali do finanční tísně. *„Protože jsem to sama zažila a není to nic příjemného“*, říká paní G. R.

Další pomoci pro pacientky v těžké životní situaci, jsou i svépomocné spolky a sdružení, která se zaměřují na onkologicky nemocné pacientky s karcinomem prsu. Dnes je celá řada spolků, kam si můžou díky on-line internetovým stránkám zajít pro radu, pomoc nebo načerpat novou sílu do života. Ráda bych se touto cestou zmínila o jednom, z prvních sdružení svého druhu v České republice.

### **Klub Diana Brno**

Je neziskové sdružení onkologicky nemocných a jejich přátel. Tento klub, byl založen roku 1988 a pomáhá ženám neuvěřitelných 29 let. Vznikl z iniciativy pacientek, které prodělaly operaci karcinomu prsu. Klub nabízí pomocnou ruku všem pacientkám, které mají zájem zapojit se do kolektivu a společenského života. Hlavním posláním je pomáhat a prohlubovat kvalitu života, najít odvahu znovu naplno žít. Cílem klubu je pomoci pacientkám po ukončení léčby se znovu aktivně zapojit a prožívat svůj život v maximální kvalitě.

Klub je dobrovolná pomoc členkám, které úspěšně prošly léčením. Zde mohou volně bez ostychu hovořit o svých starostech a problémech. Ženy zde dostanou mnoho informací o dalších zdravotnických zařízeních a službách. Také o volnočasových aktivitách, jako jsou například společné zájezdy, rehabilitační cvičení, plavání, turistika.

Klub se také věnuje šíření osvěty hlavně mladým dívkám a ženám o samovyšetřování prsu. Poskytuje informace o prevenci nemoci a její léčbě. Klub Diana má v současné době 165 členů a jeho předsedkyní je od roku 2008 Eva Nojvarová. (28)

#### **2.3.4 Dlouhodobá péče**

Po ukončení hospitalizace měla paní G., naplánované preventivní kontroly v ordinaci své operátorky na specializovaném pracovišti plastické chirurgie ve FNKV v termínech 19. 1. a 31. 1. 2017.

Paní G., byla v pořádku, operační rána byla klidná bez sekretu či zarudnutí. Pacientka je bez bolesti a odcházela ve stabilizovaném stavu. Tudíž nic nebránilo v další terapii. Další krok byla chemoterapie, kterou pacientka zvládala v ambulantním režimu. Trvala od února do září 2017, vždy v předem pevně domluvených termínech. PŽK byla vždy zavedena do pravé horní končetiny a následně aplikována premedikace v podobě infuzních roztoků a účinných látek. FR 1/1 100 ml. Quamatel 20 ml. + Dexametason 20 ml + Kytril 3 mg i. v. na 30 min. A FR 1/1 100 ml. Dithiaden 2 ml. i. v. na 15 min. Poté byl podán Paclitaxel 300 mg. i. v. ve FR 1/1 500 ml/3 hod. Po dokapání PŽK ex. A v doprovodu své sestry odjížděla domů.

Pacientka byla opakovaně edukována, v případě jakýchkoliv, obtížích má zavolat svému ošetřujícímu onkologovi, nebo přijet ke konzultaci.

Paní G., se svěřila, že se obtíže objevily vždy až druhý den po chemoterapii. Nejvíce pak nauzea a bolest žaludku, které zaháněla bylinkovým čajem na zklidnění žaludeční nevolnosti. Druhý den obvykle obtíže ustoupily,

ale pocit únavy a slabosti přetrvávaly téměř celý týden. V tyto chvíle jí byla oporou celá rodina. Adjuventní radioterapie skončila dle plánu. Pacientka bude nadále dispenzarizovaná. Další kontrola ji čeká za 3 měsíce. Pacientce byl předepsán Tamoxifen Ebewe 20 mg tbl. p. o. jedenkrát denně.

### 3 Diskuze

Karcinom prsu je nejrozšířenějším zhoubným nádorem u žen. Nejčastěji se toto onemocnění vyskytuje v období mezi 60. a 70. rokem života, v posledních letech dochází i k nárůstu počtu pacientek v mladších věkových skupinách.

Incidence karcinomu prsu má celosvětově vzestupný charakter, zejména ve Spojených státech a západní Evropě. Jeho mortalita má díky screeningovému programu a pokročilým léčebným metodám spíše sestupnou tendenci. Rakovina prsu je nejčastějším nádorovým onemocněním, které se u žen vyskytuje. Jeho dopad je markantního rozměru. Zasahuje do života ženy, její rodiny a v důsledku do celé společnosti. (2).

O neblahém prvenství v žebříčku výskytu rakoviny prsu rovněž hovoří J. Měšťák 2007. Díváme-li se tedy na statistiky zhruba o 10 let zpět, zjistíme následující data. Statistika z období 2009 – 2013 stanovuje novotvary prsu u žen již na druhé místo, hned po novotvarech kůže. Stejně pořadí pak můžeme sledovat i v následujících letech. I přes pokles v žebříčku na druhé místo má však incidence zhoubného novotvaru prsu vzestupnou tendenci.

M. Skovajsová v roce 2010 píše o 6000 ročně nově diagnostikovaných nádorů prsu u žen. Pozitivně však můžeme vnímat fakt, že i přes rostoucí tendenci incidence naopak stagnuje, až klesá mortalita na toto onemocnění což shodně popisuje i O. Coufal a V. Fait 2011.

Celosvětově je výskyt rakoviny prsu značně rozdílný. Velký výskyt tohoto onemocnění lze sledovat v západní a severní Evropě. O něco nižší incidenci prokazuje východní Evropa a Amerika. O nízkém výskytu můžeme hovořit např. v Japonsku, ovšem na druhou stranu je prokázáno, že Japonky žijící v USA onemocní nádorem prsu mnohem častěji než ty, které žijí ve své domovině. Obecně je incidence rakoviny vyšší v rozvinutých zemích než v zemích rozvojových. Co se týče České republiky i zde se projevuje určitý trend výskytu nádoru prsu spíše ve velkých městech a jejich oblastech, jako je Praha a naopak nižší např. na Vysočině nebo Zlínském kraji. Důvody rostoucího výskytu rakoviny jsou i přesto nejisté. Nejspíše se na jejím vzniku podílejí kancerogenní

vlivy prostředí, nezdravý životní styl, hormonální vlivy, vyšší expozice estrogenů, omezené kojení, chronické psychické zátěže a další faktory. Rakovině prsu předcházet neumíme, ale můžeme ji zachytit ve včasném a vyléčitelném stádiu. (12, 11, 26)

Abrahámová (2009) nepovažuje karcinom prsu za civilizační chorobu, jak by se to mohlo zdát u J. Žaloudíka (2008). Poměrně rozsáhle mluví o starobylé historii výskytuchoroby od počátků lidských dějin. Důkazem jsou papyry uložené v Britském muzeu v Londýně, z období 3000 let před Kristem.

Onemocněním se zabýval i Hippokrates a Galén. V devatenáctém století se objevují snahy o účinnou léčbu a ve dvacátém století, zvláště v jeho druhé polovině, se zaměřuje na časně rozpoznání choroby a komplexní přístup. Důležitost včasného záchytu potvrzují v podstatě všichni uvedení autoři. (7, 19)

Rakovinný nález u paní G. R. byl již hmatný, což zdůrazňuje nutnost pravidelného podstupování mamografie, která napomůže k odhalení nádoru v časném stádiu. Ze 100 diagnostikovaných je u 70 pacientek zjištěn nádor malý, který je téměř vždy léčen bez nutnosti odejmutí prsa. O pravidelnosti kontrol na mamografii se vedou spory. Někteří doporučují rok, jiní interval delší. Pojišťovna běžně hradí vyšetření na mamografii jednou za 2 roky, pro ženy starší 49 let bez omezení horní věkové hranice. Což je v České republice unikátní. Např. v Británii je screening hrazen ženám pouze do 60 let. Ženy, které mají genetickou dispozici k onemocnění nebo jsou hormonálně substituovány, by měly mamografem projít jednou ročně a i za cenu, že si vyšetření uhradí samy. Důležitá je rychlost následné péče. Pacientka se k operaci dostala až po 2 měsících, což považuji za velmi dlouhou dobu, která neblaze působí na psychiku ženy. (12, 19)

Aby byly výsledky léčby co nejlepší, je nutná kvalitní spolupráce radiodiagnostika, chirurga, mamárního onkochirurga, klinického a radiačního onkologa, patologa a lékaře z oddělení nukleární medicíny. Tato úzká mezioborová spolupráce je nezbytnou podmínkou pro optimální výsledky léčby i u pacientek s časnými stadii maligních onemocnění prsu. (6, 17)

Léčba nádorového onemocnění prsu patří nejen do rukou chirurgů a onkologů, ale také do rukou rehabilitačních fyzioterapeutů, kteří mají nezastupitelné místo v následné léčbě. Cílem léčby je zajistit co nejrychlejší uzdravení a včasným předcházením všem možným komplikacím. Hlavně těm, které vznikají v pohybovém aparátu. Rehabilitační péče by měla být zahájena co nejdříve po operaci a měla by pokračovat ve všech fázích léčby do zotavení a stabilizace stavu.(10,11)

Karcinom prsu má velmi pestrý průběh, a tak i budoucnost pacienta má velmi široké rozpětí. Prognóza se odvíjí, jak už se autoři zmínili několikrát, od včasnosti záchytu. Čím časnější nález, tím příznivější prognóza. Oproti jiným nádorovým onemocněním má karcinom prsu jistou výhodu. Možnosti jeho léčení jsou poměrně široké, a tak i výsledky léčby úspěšnější. V současné době se daří i pokročilá stadia poměrně dobře zvládnout a významně prodloužit ženám plnohodnotný život o několik let. (2)

Shrnutí poznatky, ke kterým jsem během psaní bakalářské práce došla, mohu souhlasit se slovy J. Žaloudíka (2008), který ve své knize píše, že čím menší nádor je objeven, tím je menší riziko, že dojde k jeho metastázám, tím snadněji probíhá léčba, snižuje se riziko, že žena o prs přijde a tím vyšší je naděje na úplné uzdravení pacientky. Podíváme-li se na problém i ekonomicky - čím časněji je nádor zachycen, tím je léčba levnější a zátěž pro celý zdravotnický systém výrazně nižší. Podle slov J. Žaloudíka (2008) by úmrtnost na rakovinu prsu klesla téměř na nulovou hranici, kdybychom dokázali všechny zhoubné nádory zachytit včas, což by šlo ruku v ruce s úsporou potřeby vyvíjet nové a stále nákladnější léky a zvláště by ubylo případů s tragickým osudem žen a jejich rodin.

Pro úplnost je nezbytné také zmínit, že rakovina prsu se netýká jenom žen, ale i mužů. Onemocnění je ale u nich vzácné, jeho výskyt se odhaduje okolo 5 případů ročně. V případě takového nálezu by se muž měl dostavit stejně jako žena na mamografické oddělení, kde se provede biopsie a zjistí se příčina vzniku této bulky. Provádí se ultrazvuk prsu i podpaží, v případě potřeby je možné provést mamografii. Ta postačí v šikmé projekci, která dostatečně zobrazí žlázu pod bradavkou. (4, 19)



V případech, kdy je rakovina pokročilá, nastává situace o mnoho vážnější a s mnohem markantnějším dopadem na psychiku ženy a jejího okolí. J. Abrahámová (2009) popisuje několik kroků, kterými žena prochází od vyřčení diagnózy, až po léčbu chirurgickou, systémovou a radiační. Během celého procesu může prožívat pocity strachu z nemoci, léčebných postupů či bolesti. Obává se budoucnosti, své nadbytečnosti, bojí se o rodinu, o její sociální zabezpečení. V neposlední řadě myslí i na smrt. Zmiňuje se i o dalších poznacích, jako je prožívání vlastní neatraktivity v důsledku ztráty prsou, vlasů, narušení plodnosti. Tyto problémy mohou mít dopad na partnerský život.

Dále se pokračuje v současné době rekonstrukcí prsu, kterou vnímáme jako poslední fázi terapie. Výsledek rekonstrukce významně závisí na stavu tkáně, v pooperačním místě odstranění prsu a na tom, zda pacientka podstoupila radioterapii. Odloženou rekonstrukci provádí zpravidla s odstupem minimálně 6 měsíců od mastektomie. Použití implantátu při rekonstrukci prsu patří mezi nejméně náročné techniky rekonstrukce. Délka operace a čas rekonvalescence jsou obvykle kratší než u jiných typů zákroků. Po vytvoření úvodního tvaru a objemu prsu následují další operace, které se snaží vylepšit tvar, symetrii nebo obnovit dvorec s bradavkou. (18, 19)

Po oboustranné mastektomii jsou rekonstruované prsy častěji vnímány jako součást vlastního těla. Ženy hodnotí svůj zevnějšek před zrcadlem výrazně lépe v oblečení, než pokud jsou vysvlečené. Ohledně pocitu ženství si samy před sebou připadají výborně nebo velmi dobře.

Pooperační úleva týkající se snížení rizika vzniku karcinomu prsu je tak veliká a pro ženy natolik důležitá, že převyšuje ostatní negativní dopady těchto profylaktických výkonů. (6)

Pani G. R. bylo doporučeno s rekonstrukcí počkat nejméně jeden rok, vzhledem k náročnosti operace a následné chemoterapii. Což paní G. R. uvítala, nikam nespěchá. „*Radši si počkám, než abych to uspěla*“. Pacientka odcházela

domů s vírou, že existuje účinná terapie, která bude dlouhá, ale ona jí určitě ve spolupráci s rodinou zvládne.

## Závěr

V klinické části této práce se věnuji epidemiologii a obecnému popisu onemocnění prsu. V ošetrovatelské části se věnuji pak vlastní péči o pacientku.

Paní G. R. přišla na chirurgické oddělení k plánovanému výkonu totální mastektomie bilaterálně. Hospitalizace trvala 5 dní. Operační výkon byl naplánován na druhý hospitalizační den, který proběhl bez komplikací.

Po celou dobu hospitalizace paní G., spolupracovala se všemi členy zdravotnického týmu. Po ukončení hospitalizace byla propuštěna do domácí péče. Odcházela veselá a odhodlaná nad nemocí zvítězit.

Chirurgickým zákrokem ale její boj s rakovinou nekončil. Paní G. R. ještě podstoupila chemoterapii, která trvala dalších šest měsíců. V současné době má již léčbu za sebou, ale dalších pět let však bude užívat substituční lék Tamoxifen "Ebewe". Tento hormonální lék působí tlumivě na estrogeny prsní tkáně a vede k zástavě množení nádorových buněk. Tento lék má i negativní účinky, například ženám způsobuje předčasnou menopauzu, což se v případě paní G., také stalo.

Paní G., byla již na chirurgickém oddělení informována o vhodném spodním prádle a po důkladném zhojení operační rány možnosti nošení i prsní epitézy. Paní doktorkou byl předán edukační materiál o prodejních místech, které se věnují této problematice. Také byla upozorněna na vypadání vlasů po chemoterapii. Velmi důležité je upozornit nemocnou, že vlasy po léčbě opět narostou a do této doby může nosit paruku. V dnešní době jsou již vyráběny z velmi kvalitního materiálu. Což můžu potvrdit.

S paní G. R. jsem se setkala dva měsíce po úspěšně dokončené chemoterapii. Na hlavě měla na krátko střižené blond vlasy. Moc jí to slušelo. A jen stěží se dalo rozpoznat, že vlasy nejsou pravé. Paní G. R. jsem pochválila střih i barvu. Do nemocnice totiž přišla jako tmavovláska s vlasy na ramena.

Také se mi svěřila, že navštívila obchod, kde prodávají epitézy. Několik si jich vyzkoušela a došla k závěru, že jsou moc těžké a nepřírozené a že je vlastně vůbec nepotřebuje. Nedalo mi a musela jsem se zeptat,

čím si vyplnila svůj výstřih. Odpověď byla překvapující, své jemné rysy zdůraznila tak zvanou „*push up podprsenkou*“, s nejmenší velikostí.

I když této konkrétní pacientce epitéza nevyhovuje, tak jsem přesvědčena, že pro jiné ženy je velkou výhodou. Abrahámová (2009) přikládá epitéze velký význam a to nejen kosmetický, ale i co se vlastního zdraví týče. Epitéza napomáhá ke správnému držení těla a správné dynamice páteře u žen s jednostrannou mastektomií. To však u paní G. R. není pro oboustrannou mastektomii žádným problémem.

Dále se paní G., svěřila, že by ráda opět nastoupila do zaměstnání. Po kolezích se jí prý stýská a oni se na ni také již těší. Háček je v tom, že paní G. R. je státní zaměstnanec, jak již bylo dříve zmíněno, tudíž podmínkou pro nástup do pracovního procesu je přinejmenším ucházející kondice, ale hlavně vstupní běh na jeden kilometr, který musí uběhnout v limitu za méně než pět minut. Paní G., se vyjádřila „*Jak jen to bude možné, začnu pozvolna trénovat a nikdo mě už nezastaví*“.

A jak to dopadlo, od 1. 12. 2017 opět začala pracovat. Nejdříve na zkrácený úvazek a v současné době již na celý. O rekonstrukci prsou má také již reálnou představu. Chtěla by si udělat radost a nadělit si nová prsa pod stromeček. Nyní je již v kontaktu s lékaři plastické chirurgie ve FNKV, kde si domlouvají vhodný termín. Paní G. R. ani nyní neuvažuje o zvětšení prsů, prý zůstane věrná svým oblíbeným „*jedničkám*“.

## Seznam literatury a dalších zdrojů

- 1) Abrahámová, J., Dušek, L. a kolektiv. *Možnosti včasného záchytu rakoviny prsu*. Grada Avicemum. Praha 2003, 227 str. ISBN 80 – 247 – 0499 – 4
- 2) Abrahámová, J., a kolektiv. *Co byste měli vědět o rakovině prsu*. Grada Publishing, a. s., Praha 2009. 144 str. ISBN 978 – 80 – 247 – 3063 – 9
- 3) Abrahámová, J., Pospíšil, C., Horáček, J., a kolektiv. *Atlas nádorů. Léčebná péče*. Brno 2007. 143 str. NCO NZO, ISBN 978 – 80 – 7013 – 455 – 9
- 4) Ayers, S., de Visser, R. *Psychologie v medicíně*. Grada Publishing, a. s., Praha 2015, 562 str. ISBN 978 – 80 – 247 – 9734 – 2
- 5) Coufal, O., Fait, V., a kolektiv. *Chirurgická léčba karcinomu prsu*. Grada Publishing, a. s., Praha 2011. 416 str. ISBN 978 – 80 – 247 – 3641 – 9
- 6) Dostálová, O. *Péče o psychiku onkologicky nemocných*. Grada Publishing, a. s., Praha 2016, 168 str. ISBN 978 – 80 – 271 – 9256 – 4
- 7) Dražan, L., Měšťák, J. *Rekonstrukce prsu po mastektomii*. Grada Publishing, a. s., Praha 2006. 168 str. ISBN 80 – 247 – 1123 – 0
- 8) Dylevský, I., *Lymfa míza*. Poznání, Olomouc 2006. 110 str. ISBN 80 – 86608 – 42 – 2
- 9) Dylevský, I., *Somatologie. (Učebnice pro zdravotnické školy a bakalářské studium)*. Epava. Olomouc 2000. 480 str. ISBN 80 – 86297 – 05 – 5
- 10) Formanová, P. *Fyzioterapie po operaci prsu. Praktická gynekologie*. (Print), 2016, roč. 20. ISSN: 1211- 6645
- 11) Gatěk, J. *Vývoj mamologie v Čechách - editorial. Rozhledy v chirurgii*, 2017, ISSN 0035 – 9351
- 12) Graf, J., a kolektiv. *Rozhledy v chirurgii*. Česká lékařská společnost J. E. Purkyně. Print 2017. ISSN 0035 – 9351
- 13) Hakl, M., a kolektiv. *Léčba bolesti. Současné přístupy k léčbě bolesti a bolestivých syndromů*. Mladá fronta a. s., 2011, str. 231. ISBN 978 – 80 – 204 – 2473 – 0

- 14) Heřmanová, J., Vácha, M., Svobodová, H., Zvoničková, M., Slovák, J. *Etika v ošetrovatelské praxi*. Grada Publishing, a. s. Praha 2012. str. 200. ISBN 978 – 80 – 247 – 3469 – 9
- 15) Málek, J., Ševčík, P., a kolektiv. *Léčba pooperační bolesti*. Mladá Fronta a. s., 2014, str. 149. ISBN 978 – 80 – 204 – 3522 – 4
- 16) Májek, O. et al. *Mammo.cz – Program mamografického screeningu v České republice*. [Online] Verze 1. 4 c, Masarykova univerzita, Brno, 2017. [Citace: 8. červen 2018.] <http://www.mamo.cz>. 1804 - 0861.
- 17) Měšťák, J. *Prsa očima plastického chirurga*. Grada Publishing, a. s., Praha 2007. 168 str. ISBN 80 – 247 – 1123 – 0
- 18) Měšťák, J. Molitor, M., Měšťák, O. Kalinová, L. *Základy plastické chirurgie*. Vydání druhé. V Praze: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum 2015, ISBN 978 – 80 – 246 – 2839 – 4
- 19) Skovajsová, M., *O rakovině prsu beze strachu*. 1 vyd., Mladá Fronta 2010, 53 str. ISBN 978 – 80 – 204 – 2184 – 5
- 20) Slezáková, L., a kolektiv. *Ošetrovatelství v chirurgii*. Grada Publishing, a. s., Praha 2010, 308 str. ISBN 978 – 80 – 247 – 3130 – 8
- 21) Strnad, P. *Nemoci prsu pro gynekologii 1*. Grada Publishing, a. s., Praha 2011. 324 str. ISBN 80 – 7169 – 714 – 1
- 22) Vinglářová, M., Mahrová, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Grada Publishing, a. s. Praha 2006, 144 str. ISBN 80 – 247 – 1262 – 8
- 23) Vorlíček, J. Abrahámová, J. Vorlíčková, H., a kolektiv. *Klinická onkologie pro sestry*. Grada Publishing, a. s. 2006, 269 str. ISBN 80 – 247 – 1716 – 6
- 24) Zacharová, E., Heřmanová, M., Šrámková, J. *Zdravotnická psychologie, terapie a praktická cvičení*. Grada Publishing, a. s. Praha 2007, 232 str. ISBN 978 – 80 – 247 – 2068 – 5
- 25) Záruba, D., Doležal, T. *Chirurgie pro krásu*. Praha: Maxdorf, s.r.o. 1999, 181 str. ISBN 80 – 85800 – 16 – 0
- 26) Žaloudík, J., *Vyhňte se rakovině: aneb prevence zhoubných nádorů pro každého*. Grada Publishing, a. s., Praha 2008, str. 192. ISBN 978 – 80 – 247 – 2307 – 5

27) Bland, K., Copeland, E., Klimberg, S., Gradishar, W. *The Breast "Comprehensive Menegement of Benign and Malignant Diseases"*. Elsevier, vydání 5/2017, 1136 str. ISBN 13 – 978 – 0323 – 35955 – 9

28) Klub Diana Brno. „Sdružení onkologicky nemocných a přátel“. [Online] [Citace: 20. 2. 2018] <http://www.klubdiana.wz.cz/kontakt.php>

## Seznam použitých zkratk

amp.	ampule
ATB	antibiotika
BMI	body mass index
b.	bod
°C	stupeň Celsia
CA 15 – 3	glykoprotein v buňkách výstelkových žláz
CEA	karcinoembrionální antigen
cm.	centimetr
CNS	Centrální nervová soustava
CT	výpočetní tomografie
ČR	Česká republika
D	dech
EKG	elektrokardiograf
ex.	ukončení
FF	fyziologické funkce
FNKV	Fakultní nemocnice Královské Vinohrady
FR	fyziologický roztok
G	gauge
g.	gram
hod.	hodiny
Ch	charriérova stupnice
IM	infarkt myokardu
int.	interval
i. v.	intravenosně
kg.	kilogram
max.	maximálně
mg.	miligram
min.	minuta
mm Hg	milimetr rtuťové stupnice



ml.	mililitr
P	pulz
per os	per orálně
PŽK	periferní žilní katétr
RHB	rehabilitace
RTG S+P	rentgen srdce + plíce
s. c.	subkutánně
SpO2	saturace hemoglobinu kyslíkem
%	procenta
ŠŽ	štítná žláza
TEN	trombo embolická nemoc
TT	tělesná teplota
tbl.	Tableta
TK	tělesný tlak
tkzv.	tak zvaně
UPT	uměle přerušené těhotenství
UZ	ultrasonografie
VAS	vizuální analogová škála





**5) Vnímání zdraví**

Celková úroveň zdraví (nemocnost, vleklá choroba): Biopsie 2016  
Doposud, vimala své zdraví jako velmi dobré  
leží se, až bude nutné po operaci

Úrazy:  ano  ne jaké: .....

**6) Výživa, metabolismus**

Dieta: 3 Nutriční skóre: .....

Hmotnost: 60 kg Výška: 172 BMI: 20

Chuť k jídlu:  ano  ne

Potíže s přijímáním potravy:  ano  ne jaké: .....

Užívá doplňky výživy:  ano  ne jaké: .....

Enterální výživa ..... Parenterální výživa .....

Denní množství tekutin: ..... Druh tekutin: .....

Úbytek nebo zvýšení hmotnosti v poslední době:  ano  ne o kolik: .....

Umělý chrup:  ano  ne  horní  dolní

Potíže s chrupem:  ano  ne

**7) Vyprazdňování**

problémy s močením:  ano  pálení  fezáni  retence  inkontinence

ne

problémy se stolicí:  ano  průjem  zácpa  inkontinence

ne

stolice pravidelná:  ano  ne

datum poslední stolice: 8.1.

Způsob vyprazdňování: podložní mísa/močová láhev  
Inkontinenční pomůcky  
Toaletní křeslo  
Močový katétr počet dní zavedení: .....

Rektální odvodný systém: .....

Stomie: .....

**8) Aktivita, cvičení**

Pohybový režim: III

Barthel test: 1006

Riziko pádu: ANO skóre: 30

Pohyblivost:  chodící samostatně  chodící s pomocí

pomůcky jaké : .....

**9) Spánek, odpočinek**

počet hodin spánku : 6-7 hodina usnutí : 22-23

poruchy spánku :  ano  ne jaké : .....

hypnotika :  ano  ne

návkyk související se spánkem : čte knížku, pije bylinkový čaj

společně,

**10) Vnímání, poznávání**

potíže se zrakem :  ano  ne jaké : .....

potíže se sluchem :  ano  ne jaké : .....

porucha řeči :  ano  ne jaká : .....

kompenzační pomůcky :  ano  ne jaké : .....

orientace :  orientován

dezorientovaný  místem  časem  osobou

**11) Orientační zhodnocení psychického a sociálního stavu**

Emocionální stav :  klidný  rozrušený .....

Pocit strachu nebo úzkosti :  ano  ne .....

Úroveň komunikace a spolupráce :  dobrá  obtížná .....

**Plánování propuštění**

Bydlí doma sám :  ano  ne

kdo bude o klienta pečovat po propuštění : Syn, Dcera

kontakt s rodinou :  ano  ne

**12) Invazivní vstupy**

Drény :  ano  ne jaké : ..... Datum zavedení : .....

Permanentní močový katétr :  ano  ne

i.v. vstupy :  ano  periferní datum zavedení : ..... kde : .....

Stav : .....

centrální datum zavedení : ..... kde : .....

stav : .....

ne

Ústav ošetřovatelství, 3. LF UKO

Sonda :  ano  ne      jaká : .....      datum zavedení : .....

Stomie :  ano  ne      jaká : .....      stav : .....

Endotracheální kanyla :  ano  ne      č.ETR : ..... datum zavedení : .....

Tracheotomie :  ano  ne      č. : .....      od kdy : .....

Arteriální katétr :  ano  ne

Epidurální katétr :  ano  ne

Jiné invazivní vstupy : .....

## Základní hodnotící škály pro identifikaci rizik

### 1. Barthelové test základních všedních činností ( ADL - activities of daily living )

Činnost	Provedení činnosti	Bodý
1. najezení, napítí	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
2. oblékání	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
3. krpání	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
4. osobní hygiena	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
5. kontinence moči	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
6. kontinence stolice	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
7. použití WC	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
8. přenos nářko- židle	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
9. chůze po rovině	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
10. chůze po schodech	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0

Zdroj: Staříková, M.: České ošetřovatelství 6- Hodnotící a měřicí techniky v ošetřovatelské praxi. Brno: IDVPZ 2001. ISBN 80-7013-323-6

#### Hodnocení stupně závislosti v základních denních činnostech:

0-40 bodů: vysoce závislý

45-60 bodů: závislost středního stupně

65-95 bodů: lehce závislý

100 bodů: nezávislý

## 2. Hodnocení rizika vzniku dekubitů - rozšířená stupnice dle Nortonové

Schopnost spolupráce	Věk	Stav pokožky	Přítučená onemocnění	Fyzický stav	Vědomí	Aktivita	Mobilita	Inkontinence
Úplná 4	< 10 4	Normální 4	Žádné 4	Dobry 4	Běží 4	Chodí 4	Úplná 4	Nemí 4
Částečně omezená 3	< 30 3	Alergie 3	DM, vysoká TT, anémie, kachexie 3	Zhoršený 3	Apatický 3	S doprovodem 3	Částečně omezená 3	Občas 3
Velmi omezená 2	60 2	Vlhká 2	Trombóza, obětná 2	Špatný 2	Zraněný 2	Sedačka 2	Velmi omezená 2	Převážně moč 2
Žádná 1	> 60 1	Suchá 1	Karcinom 1	Velmi špatný 1	Bezvědomí 1	Lež 1	Žádná 1	Moč+stolica 1

Zdroj: Staňková, M.: České ošetřovatelství 6- Hodnotící a měřicí techniky v ošetřovatelské praxi. Brno: IDVPPZ 2001. ISBN 80-7013-323-6

Nebezpečí vzniku dekubitu je významné při 25 bodech a méně.

## 3. Hodnocení nutričního stavu

### NRS – Nutritional Risk Screening

Je BMI (kg/m <sup>2</sup> ) pod 20,5?	ANO	NE
Zhubl pacient za poslední 3 měsíce?	ANO	NE
Omezil pacient příjem stravy v posledním týdnu?	ANO	NE
Je pacient závažně nemocen (např. intenzivní péče)?	ANO	NE

Hodnocení:

Jsou-li všechny odpovědi NE, opakujte hodnocení 1x týdně.

Je-li jedna odpověď ANO, zavolejte nutričního specialistu.

Zdroj: Grofová, Z., Nutriční podpora – praktický rádce pro sestry, Grada 2007

## 4. Zhodnocení rizika pádu u pacienta

### Dle Conleyové upraveno Juráskovou 2006 – doporučeno ČAS

Rizikové faktory pro vznik pádu		
<b>Anamnéza</b>		
<input type="checkbox"/> DDD (dezorientace, demence, deprese)		3 body
<input type="checkbox"/> věk 65 let a více		2 body
<input type="checkbox"/> pád v anamnéze		1 bod
<input checked="" type="checkbox"/> pobyt prvních 24 hodin po přijetí nebo překladi na lůžkové odd.		1 bod
<input type="checkbox"/> zrakový/slyškový problém		1 bod
<input type="checkbox"/> užívání léků ( diuretika, narkotika, sedativa, psychotropní látky, hypnotika, tranquilizery, antidepresiva, laxativa)		1 bod
<b>Výletní</b>		
<input checked="" type="checkbox"/> Soběstačnost		
- úplná	0b	
- částečná	2b	
- nesoběstačnost	3b	
<input checked="" type="checkbox"/> Schopnost spolupráce		
- spolupracující	0b	
- částečně	1b	
- nepodporující	2b	
<b>Přijímá datazem pacienta ( informace od příbuzných nebo ošetřovatelského personálu)</b>		
<input type="checkbox"/> Míváte někdy závrať?	ANO	3 body
<input type="checkbox"/> Máte v noci narušení na močení?	ANO	1 bod
<input type="checkbox"/> Budíte se v noci a nemůžete usnout?	ANO	1 bod
<b>Celkem</b>		
0-4 body		Bez rizika
5 - 13 bodů		Střední riziko
14 - 19 bodů		Vysoké riziko

Ústav ošetřovatelství, 3. LF UKČ

## 5. Hodnocení vědomí

### Glasgow Coma Scale

Hodnocení parametr	Reakce	Body
Otevření očí	spontánně otevřeno	4
	na slovní výzvu	3
	na bolestivý podnět	2
	oči neotevře	1
Slovní odpověď	příběhová	5
	zmataná	4
	jednoslovná slova	3
	hlásky, sírnění	2
	neodpovídá	1
Motorická reakce	pohyb podle výzvy	6
	na bolestivý podnět účelný pohyb	5
	na bolestivý podnět obranný pohyb	4
	na bolestivý podnět jen flexe	3
	na bolestivý podnět jen extenze	2
	na bolestivý podnět nereaguje	1
Hodnocení:	15 bodů - pacient plně vědomý 3 body - pacient v hlubokém bezvědomí	15b.

Zdroj: NEUWIRTH, J. Spánková a hodnocení fyziologických funkcí. In: KOLEKTIV AUTORŮ Základy ošetrovatelské praxe. Praha: Karolínka, 2005, s. 46-56. ISBN 80-246-0645-6

### Ošetrovatelské zhodnocení

Pacientka přijata na oddělení pro plánovanou operaci, při jízdě chodící, sděluje, má spontánní, rýč zavedena bez im. infuze, přechod, příprava k OP. Ale lékař, pacientka, povinná rozum. chápání jednotlivých TF v nůžce, Analgetika nefunkční