

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Ústav ošetřovatelství



Valerie Škutová

**Ošetřovatelská péče o pacientku se zhoubným
nádorem prsu**

Nursing care of a patient with breast cancer

Bakalářská práce

Praha, 2012

Autor práce: Valerie Škutová

Studijní program: Ošetrovatelství

Bakalářský studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: **Mgr. Milena Vaňková**

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

Odborný poradce: **MUDr. Tomáš Vedral**

Pracoviště odborného poradce: **FNKV, Chirurgická klinika**

Předpokládaný termín obhajoby: září 2012

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.

Prohlašuji, že odevzdaná tištěná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do Studijního informačního systému – SIS 3.LF UK jsou totožné.

V Praze dne 25. června 2012

Valerie Škutová

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucí práce Mgr. Mileně Vaňkové za rady, vedení a připomínky při zpracování mé bakalářské práce a MUDr. T. Vedralovi za odbornou konzultaci a velmi rychlou a vstřícnou spolupráci.

Obsah

1	ÚVOD	6
2	KLINICKÁ ČÁST	7
2.1	ANATOMIE PRSU	7
2.2	VÝVOJ A FYZIOLOGIE PRSU	8
2.3	PŘEHLED NEMOCÍ PRSU	9
2.4	LÉKAŘSKÁ ANAMNÉZA	23
2.5	STAV PŘI PŘIJETÍ	24
2.6	FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ	24
2.7	PRŮBĚH HOSPITALIZACE	25
3	PRAKTICKÁ ČÁST	28
3.1	OŠETŘOVATELSKÝ PROCES.....	28
3.2	OŠETŘOVATELSKÝ MODEL	30
3.3	OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA	31
3.4	LÉKY PODÁVANÉ 3. DEN HOSPITALIZACE (1. POOPERAČNÍ DEN)	34
3.5	KRÁTKODOBÝ OŠETŘOVATELSKÝ PLÁN	36
3.6	DLOUHODOBÝ OŠETŘOVATELSKÝ PLÁN	44
3.7	PSYCHICKÝ STAV NEMOCNÉ.....	46
3.8	EDUKAČNÍ PLÁN NEMOCNÉ	47
4	ZÁVĚR	49
5	SOUHRN	50
6	SUMMARY	51
7	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	52
8	SEZNAM ZKRATEK	54
9	SEZNAM PŘÍLOH	56
10	PŘÍLOHY	57

1 Úvod

Téma pro svou bakalářskou práci jsem si vybrala čistě ze zájmu o chirurgické řešení karcinomu prsu. S touto problematikou jsem se setkala poprvé v lednu roku 2012 na gynekologickém oddělení v ÚVN, kde jsem vykonávala povinnou ošetrovatelskou praxi a kde jsem se také definitivně rozhodla pro téma bakalářské práce. Ošetřovat pacientky se závažnou diagnózou je náročně především po stránce psychické.

Ve své práci popisuji kazuistiku pacientky s karcinomem pravého prsu. U pacientky A. B. byl diagnostikován karcinom prsu při preventivní prohlídce u gynekologa, jednalo se tedy o časný záchyt. Pacientka prodělala prs zachovávající operaci, tumorectomii mammae.

V teoretické části se věnuji obecně onemocněním prsu, léčbě a prevenci. Také zde popisuji průběh hospitalizace pacientky A. B. V praktické části se zaměřuji na ošetřování pacientky po chirurgickém řešení karcinomu prsu. Ošetrovatelský proces zpracovávám ke 3. dni hospitalizace, což je zároveň první pooperační den. Použila jsem model M. Gordonové, který se mi zdá vhodný pro pacienty hospitalizované na standardních odděleních. Závěrem této práce popisuji psychický stav u pacientek s karcinomem prsu a edukaci.

2 Klinická část

2.1 Anatomie prsu

Glandua mammae (mléčná žláza) je největší kožní žláza tvořící vyvýšení zvané **mamma** (prs). Prs je vyklenutí na přední stěně hrudní, v něm je obsažena glandua mammae (6).

Mediální hranicí prsu je sternum, laterálně dosahuje střední axilární linie.

V horním zevním kvadrantu je žláza nejvíce objemná, zde se také nejčastěji vyskytují nádory prsu. V dolním vnitřním kvadrantu se nádory prsu vyskytují nejméně, mají ale horší prognózu oproti jiným lokalizacím (14).

Kůže prsu je světlá a tenká, prosvítají podkožní žíly. **Areola mammae** (dvorec), který se nachází na vrcholku prsu je veliký 3-5 cm, v graviditě je větší, je pigmentovaný (růžový až tmavohnědý). Ve dvorci jsou drobné hrbolky vyztužené malými žlázkami, které jsou shodné s mléčnou žlázou. **Papilla mammae** (bradavka) se nachází uprostřed dvorce, je mírně vyvýšená, někdy lehce vkleslá. Na hrotu bradavky ústí mlékovody, přicházející z mléčné žlázy. Dvorec je z hladké svaloviny, na jeho okraji a na hrotu bradavky se svalovina upíná do kůže, tím smršťuje dvorec a vyzdvihuje bradavku. Reaguje na dotykové podráždění (6).

Corpus mammae (tělo žlázy) se nachází uvnitř prsu, tvoří laločnaté, bělošedé a (mimo graviditu) tuhé těleso s nervovým povrchem. Váží 130 – 200 g mimo graviditu 300 - 500 g v období laktace. Žlázové těleso tvoří laloky mléčné žlázy (*lobi mammae*), které se dále dělí na lalůčky mléčné žlázy (*lobili mammae*) složené ze žlázových alveolů. Mléčné vývody z lalůček (*ductus lactiferi*) se spojují v jeden *ductus lactifer*. V době mimo graviditu se zvětšují a v období laktace se na nich objevují rozšířená místa (*sinus lactiferi*), kde se hromadí mléko před odchodem z papily (6).

Mléčná žláza je apokrinní, v prvních dnech po porodu je sekret žlázy vodnatý, nažloutlý (*colostrum* – mlezivo), později se mění na typické mléko (*lac*) (6).

Mléčnou žlázu prsu obaluje tukový polštář, který tvoří vrstvu **premammární** (vyrovnává jamky mezi žlázovými lalůčky a zaobluje povrch prsu) a vrstvu **retromamární** (tvoří vrstvu silnou 0,5 až 1 cm) (6).

2.1.1 Cévní a nervové zásobení prsu

Cévní zásobení prsu je velmi různorodé. Vnitřní kvadranty prsu zásobují perforující větve **arteria mammaria interna**, které prochází hrudní stěnou nedaleko okraje sternu v prvním až čtvrtém mezižebří. Zevní kvadranty prsu zásobuje **arteria mammaria externa**, která je větví na arteria axilaris, a také laterální kožní větve interkostálních arterií ve 3., 4. a 5. mezižebří. Kraniální část prsu je zásobena dalšími větvemi a. axillaris. Venózní drenáž tvoří síť, která nekoresponduje s artériemi. S průběhem arterií korespondují pouze větší venózní kmeny (14). Nerové zásobení prsu pochází z druhého až šestého interkostálního nervu. Vegetativní nervová vlákna vedou podél krevních cév (14).

2.1.2 Lymfatická drenáž prsu

Mnohočetné podkožní lymfatické pleteně a lymfatické cévy spolu komunikují. Tok lymfy je jednostranný, od povrchních do hlubokých lymfatických pletení a dále do regionálních lymfatických uzlin (14). Objem drenáže do lymfatického řetězce podél vnitřní mamární artérie se pohybuje od 3 do 25%, zbytek lymfy směřuje do axilárních lymfatických uzlin (14).

Sentinelová uzlina je první uzlina, která drénuje nádor. Je to první místo, kam se nádor lymfatickou cestou rozšiřuje. Nachází se obvykle v axile. Nevyskytují-li se v sentinelové uzlině žádné maligní buňky, či shluky, neměly by se tyto nádorové buňky vyskytovat ani v dalších uzlinách (12).

2.2 Vývoj a fyziologie prsu

V 5. až 6. týdnu embryonálního vývoje dochází k vychlípění a zesílení ektodermu ventromediálně na obou stranách těla mezi základy pro obě končetiny (axila-tríslo) (14).

Ve 4. až 5. měsíci fetálního vývoje kůže okolo vyústění ductů tvoří mamární důlek, který v době okolo porodu vytváří definitivní bradavku (14).

Ke konci fetálního období a období okolo porodu jsou již diferencovány lobulo-alveolární struktury, bradavka je pigmentována. Až do puberty probíhá jen kanalizace velkých ductů a jejich postranních větví (14).

V období od telarche do prvního ovulačního cyklu probíhá vývoj prsu převážně pod vlivem estrogenů, které zodpovídají za růst vlastní hmoty prsu a za pigmentaci areoly. Narůstá objem a zvyšuje se elasticita vazivové tkáně a nastává zde hromadění tukové tkáně (14).

Vývoj prsu nastává téměř vždy nesouměrně, nejprve roste jeden prs, později se tato disproporce vyrovná, ale **nikdy nedojde k dokonalé symetrii obou prsů** (14).

Hlavním hormonem v pubertě je **estrogen** (14).

Po 35. roce života převažují involuční procesy, kdy je parenchym žlázy nahrazován tukovou a fibrózní tkání (14).

2.3 Přehled nemocí prsu

2.3.1 Vrozené vady

Hypoplazie a aplazie mammy jednostranné či oboustranné jsou vzácné a mají různé příčiny. Mírné asymetrie prsu jsou normální. Oboustranná hypoplazie mammy může být součástí somatosexuální poruchy provázené hypoestrinismem (Turnetův syndrom).

Amastie unilaterální nebo bilaterální je vrozená absence bradavky a žlázového tělesa (11).

Makromastie je celkové zvětšení prsu. Asymetrické zvětšení prsu je nejčastěji spojeno s přítomností proliferativní léze, nejčastěji benigního či maligního nádoru. Mírná symetrická makromastie je u mladistvých v pubertě a v těhotenství normální (11).

Mamma accessoria je nadpočetná mamma, která se skládá z mléčné žlázy a z mamily. Vyskytuje se u 1 až 6% dospělých žen, často jako jednostranná afekce na hrudi nebo pod mamou v oblasti přední axilární řasy, výjimečně jinde (břicho, vulva) (11).

2.3.2 Regresivní oběhové a postiradiační změny. Trauma.

Lipofagický granulom je ložiskový resorptivně-reparativní proces obvykle navazující na nekrózu tukové tkáně. Jeví se jako solitární nebo vícečetné ložisko, běložlutavé až okrové, nachází se nejčastěji v podkoží nebo v intersticiu prsu. Nejčastěji je příčinou trauma a to i chirurgické (11).

Infarkt v mammě je vzácný, provází výjimečně vaskulitidy. Častěji je ve vazbě na proliferativní léze mammy, nejvíce intraduktální papilom (11).

Hemoragická nekróza s trombózami malých cév v nekrotické tkáni provází některé případy antikoagulační terapie (11).

Amyloid je v mammě vzácný. Je to dobře ohraničený uzel nepřesahující 50mm v průměru (11).

Cizorodé látky v mammě mívají nejčastěji latrogenní původ. Kromě běžných nálezů obrovsko-buněčných granulomů v okolí stehů po předchozích operacích se lze setkat s následky injekce látek nebo implantace pomůcek sloužících ke zvětšení objemu prsů (11).

Iradiace mammy ionizujícím zářením se provádí jako doplňující léčebné ozařování po odstranění zhoubného nádoru, nebo jako součást předoperační léčby velkého nádoru za účelem redukce jeho objemu a zlepšení operability. Postiradiační změny se týkají intersticiálního pojiva (fragmentace elastiky, atypie fibroblastů) a cév (atypie endotelií, produktivní endovaskulitidy) (11).

Změny po chemoterapii nastávají v případě, kdy se maligní nádor vlivem kombinované chemoterapie zmenší, nebo úplně vymizí, na místě zdánlivého vymizení nádoru můžeme nalézt jeho zbytky o snížené buněčnosti s regresivními buněčnými změnami, ale i okrsky nekrózy, po jejíž resorpci může nádor mikroskopicky vymizet. Na místě původního nádoru se vyskytuje vazivo se zvýšenou vaskularizací ektatickými kapilárami, edém a řídký kulatobuněčný zánětlivý infiltrát (11).

2.3.3 Záněty mammy (mastitis)

Záněty mléčné žlázy se nejčastěji vyskytují v souvislosti s **porodní laktací** (*mastitis puerperalis*). Kromě nich sem patří i záněty s méně

zřetelným nebo pochybným vztahem k laktaci, jako je granulomatózní lobulární mastitida, duktektázie a plazmocelulární mastitida (11).

2.3.4 Pseudotumory, metaplazie

Pseudotumory mammy jsou vývojové, progresivní, regresivní i zánětlivé změny, které se uplatňují v klinické, mamografické, makroskopické a mikroskopické onkologické diferenciální diagnostice (11).

Metaplázie postihují žlázo- a vývodový epitel, epitel cyst a proliferující epitel různých benigních i maligních lézí (11).

2.3.5 Nádory mammy

Nádory prsu se vyskytují velice často. **Karcinomy jsou nejčastější zhoubné nádory žen**, u žen do 25 let jsou ale vzácné. S postupujícím věkem jsou stále frekventovanější. Okolo sedmdesáti let připadá na 29 žen jeden případ karcinomu. Umírá přibližně 1/3 pacientek v souvislosti s šířením nádoru (10).

2.3.5.1 Benigní nádory

Jedná se především o epitelové nádory, intraduktální **papilomy** a **adenomy**.

Adenomy mohou být tubulární, apokrinní, laktační (objevují se v laktaci), pleomorfní, často se vyskytuje fibroadenom (10).

Tyto nádory jsou velmi časté u žen do 30 roků. Rostou jako dobře ohraničená, opouzdrěná ložiska tuhé konzistence. Jsou velmi dobře hmatná a nacházejí se nejčastěji v horním zevním kvadrantu (10).

Fyloidní nádor vychází stejně jako fibroadenom z intralobulárního stromatu. Nejčastěji se objevuje u žen okolo 60 let. Může být různě velký, od několika milimetrů až do velikosti celého prsu. Ten je pak výrazně zvětšený. Většina těchto nádorů patří k nízcce maligním, mohou recidivovat, ale netvoří vzdálené metastázy. Histologicky je podobný fibroadenom (10).

2.3.5.2 Maligní nádory

2.3.5.2.1 *Neinvazivní (karcinomy in situ)*

U **intraduktálního karcinomu in situ** (DCIS) dochází k proliferaci nádorových buněk duktálně-lobulárního systému. Růst nádoru bývá solidní a zaplňuje celý duktus, kordonový, kde se centrálně v epitelových masách objevuje nekróza (10).

K **lobulárnímu karcinomu in situ** (LCIS) dochází plynulým přechodem z atypické lobulární hyperplazie. Proliferující buňky jsou u obou lézí podobné (10).

2.3.5.2.2 *Invazivní karcinomy*

Invazivní duktální karcinom je velmi častým nádorem, tvoří 70-80% všech karcinomů. Na pohmat nacházíme tuhé až tvrdé ložisko o velikosti 1-2 cm. Může být fixován k okolním strukturám, ale i k hrudní stěně. Může se objevovat i jako vpáčená bradavka, nebo jako dolíček vtahující kůži. Starší ženy někdy přijdou na vyšetření kvůli otoku paže, aniž by věděli o nádoru prsu. Histologicky tvoří nádorové buňky pruhy, solidní ložiska a tubuly obklopené vazivem (10).

Invazivní lobulární karcinom představuje 5 až 10% karcinomů prsu, bývá až ve 20% případů oboustranný. Ve žláze se vytváří multicentrická ložiska. Roste difuzně a je těžké rozpoznat primární ložisko od metastázy. Šíří se do vzdálených míst, ovarií, dělohy, kostní dřeni a do mozku. Histologicky nacházíme ojedinělé malé nádorové buňky nebo řádky buněk (10).

Medulární karcinom patří k 5-10 % všech karcinomů prsu. Často se vyskytují u mladších žen. V nádoru se netvoří tak velké množství vaziva a je měkké konzistence. Buňky tvoří solidní ložiska tvořená velkými buňkami s vezikulárními, často pleomorfními jádry a zřetelnými jadérky (10).

Sarkom je mezenchymálního původu, roste expanzivně, komplikace působí až útlakem okolní tkáně. Nemocná obvykle pozoruje nádorové vyklenutí, ložisko bývá nebolestivě, může se projevit mírným tlakem (3).

Další typy nádorů jsou například **koloidní karcinom, tubulární karcinom, invazivní papilární karcinom** (10).

Metastatický karcinom prsu pochází nejčastěji z karcinomu plic, dále následuje maligní melanom, karcinom děložního hrdla, měchýře, ovaria a žaludku. Frekvence všech metastáz je velmi nízká (19).

2.3.6 Klinické příznaky onemocnění

Většina potíží prsu, se kterými přicházejí pacientky k lékaři, nejsou spojené s přítomností karcinomu. Příznaky karcinomu se neliší od příznaků benigní léze. Obvyklým příznakem karcinomu je **rezistence**, která se často nachází v horních zevních kvadrantech prsu. Většinou ji nalezne sama žena, asi v 70% případů, také může být objevena partnerem, rutinním vyšetřením u lékaře, či při mamografii. Asi v 15% případů může být karcinom prsu spojen s **citlivostí nebo i s bolestivostí** dané oblasti. Jen okolo 2% případů se objevuje **výtok z bradavky**. Dále se může vyskytovat **zduření prsu, zčervenání kůže prsu, důlky v kůži, vtažení bradavky, uzlíky v podpaží** (14).

2.3.7 Rizikové faktory karcinomu prsu

Rakovina prsu je onemocnění, u kterého nebyla pravá příčina vzniku doposud vysvětlena (2).

Jako rizikové faktory pro vznik rakoviny prsu rozumíme události v životě ženy, které zvyšují nebo snižují pravděpodobnost rozvoje onemocnění během života. Snížení počtu žen, které každým rokem onemocní, nebo zemřou v souvislosti s tímto onemocněním, může být dosaženo jen vhodnou prevencí a úspěšnější léčby (2).

Jedním z nejvýznamnějších rizikových faktorů je **věk**. Při vývoji karcinomu hraje velkou roli oxidační poškození buněčné DNA způsobené degenerativními procesy stárnutí (2).

Ionizující záření je častou příčinou vývoje karcinomů u lidí. Riziko karcinomu prsu je přímo úměrné dávce záření. Také je důležitá kumulativní dávka, kterou dostane člověk v průběhu celého života. V kmenových buňkách dochází k mutacím specifických genů (2).

Významným rizikovým faktorem je **výskyt karcinomu prsu u přímých příbuzných** (rodiče, sourozenci, děti) v mladém věku a při bilaterálním postižení příbuzného karcinomem prsu. Je-li postižen jeden příbuzný nebo při postižení více příbuzných v druhé linii se pohybuje riziko mezi 1,0 až 2,7. Při postižení dvou příbuzných v přímé linii se riziko probanda pohybuje mezi 4,2 až 5,7 (2).

Nadváha, obezita, životospráva a riziko karcinomu prsu jsou stále jedním z kontroverzních témat. Doposud nebyl podán přímý důkaz o příčinném vztahu mezi stavem a typem stravovacích návyků a rizikem karcinomu prsu. Můžeme předpokládat, že tyto faktory tvoří přibližně 1/3 z celkového rizika karcinomu prsu (2).

Alkohol mírně zvyšuje riziko karcinomu prsu, nám ale ne zcela jasným mechanismem účinku (2).

Kouření se považuje za významný rizikový faktor karcinomu prsu (2).

Anamnéza Hodgkinovy choroby je rizikovým faktorem pro výskyt karcinomu prsu. Děti starší než 10 let, které byly léčeny zářením nebo chemoterapií, bylo riziko karcinomu prsu až 75krát vyšší než u obecné populace (2).

Výskyt jedné malignity, zvyšuje výskyt další malignity. U karcinomu prsu platí vyšší riziko při gynekologických malignitách a při kolorektálním karcinomu (11).

Dlouhodobé užívání **hormonální antikoncepce** (do 5 let od vysazení) může o 20% zvýšit riziko premenopauzální rakoviny prsu. Některé studie ale neprokazují vliv orální antikoncepce na riziko karcinomu prsu. Je známé, že

nádor prsu u uživatelek HA je časně diagnostikovaný a lépe ohraničený. Vliv HA na rakovinu prsa není dodnes zcela jednoznačně uzavřen (18).

2.3.8 Diagnostika nemocí prsu

2.3.8.1 Klinické vyšetření prsu

Technika klinického vyšetření není složitá, **pohledem** se hodnotí **symetrie prsu** (nikdy není dokonalá symetrie), **stav kůže** (otok, zarudnutí, pomerančová kůže). Zarudnutí bývá příznakem zánětu, ale u žen po menopauze je to nejčastější příznak karcinomu. Diagnózu potvrdíme provedením **biopsie kůže**, kde nalézáme nádorové buňky (14).

Sledujeme **bradavky a jejich sekreci**, enantém a retrakci (14).

Palpačně vyšetřujeme prs podle jednotlivých kvadrantů prsu. Nejčastější výskyt patologií se nachází v horním zevním kvadrantu. Na konec vyšetřujeme bradavku a střed prsu. Vyšetřujeme také **spádové lymfatické uzliny v axile**. Někdy se nehmatný nádor projevuje zvětšením lymfatických uzlin (14).

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 (14).

2.3.8.2 Zobrazovací metody

Cílem vyšetřování zobrazovacími metodami je snížit mortalitu na karcinom prsu. Víme, že nejvíce pozitivně ovlivňuje mortalitu detekce malých (do 10mm) karcinomů (12).

Mamografie umožňuje nalézt tzv. minimální karcinomy, které mají ještě velmi dobrou prognózu. Je také základní diagnostickou metodou u žen nad 30 let. Je to speciální rentgenová metoda, která používá měkké záření. K vyšetření se používá speciální přístroj, mamograf, který určuje velikost nádoru s přesností +/- 5mm (12,14,20).

Duktografie je modifikace mamografie. Zde jsou mlékovody naplněny kontrastní látkou, která umožňuje zobrazit duktální strom a jeho případné patologické procesy, především papilomy a papilokarcinomy. Provádí u žen s patologickou sekrecí (14).

Ultrasonografie je doplňující metodou v diagnostice karcinomu prsu. Využívá se především mladých pacientek k cílené biopsii, ke kontrole axily. Ultrasonografie nám umožňuje zjistit velikost nádoru prsu s přesností +/- 5 mm (14,20).

Magnetická rezonance mamografie je relativně novou metodou. Provádí se na specializovaných pracovištích magnetické rezonance. Jde o poměrně drahé vyšetření a další nevýhodou je aplikace kontrastní látky intravenózně. Využívá se u žen s implantáty (14).

Počítačová tomografie (CT) není volena jako primární diagnostická metoda, mezi nevýhody patří horší rozlišovací schopnost, relativně vysoká dávka radiační zátěže a aplikace velkého množství kontrastní látky intravenózně. Používá se u žen s implantáty (14).

Pozitronová emisní tomografie je nová metoda nukleární medicíny. Využívá se k určení skrytých vzdálených metastáz (14).

Scintigrafie je metodou nukleární medicíny. Používá se k označení sentinelové uzliny a k vyloučení metastáz skeletu (14).

2.3.8.3 Biopsie prsu

Biopsie prsu je rozhodující metodou, pro určení biologických vlastností nálezu v prsu. V současné době používáme dvě techniky biopsie, **otevřenou a punkční biopsii** tlustou jehlou (1).

Cílené jehlové biopsie jsou prováděné pod ultrazvukem (1).

Aspirační, neboli punkční biopsie tenkou jehlou slouží k získávání buněk z podezřelého útvaru. Punkční biopsie ulehčuje diagnostiku nejistých útvarů v prsu a v některých případech se tak vyhneme operačnímu výkonu, který vyžaduje otevřená biopsie (1).

2.3.9 Léčba karcinomu prsu

2.3.9.1 Operační léčba

Operační léčba karcinomů prsu je důležitou součástí celkové onkologické léčby, je to léčba lokální a šanci na úspěch má jen u včasně diagnostikovaných nádorů (12).

Chirurgická léčba karcinomu prsu byla vždy prvotní, nyní se léčba díky včasné mamografické diagnostice a velmi drobných kosmetických výsledků operací směřuje k méně radikálním výkonům. Chirurgickou léčbou chceme dosáhnout maximální lokální kontroly s minimalizací rizika lokální rekurence, s nezměněnou kvalitou života, určit staging a prognózu onemocnění. Chirurg musí zároveň odstranit nádor s dostatečným lemem zdravé tkáně a zároveň uvažovat o kosmetickém výsledku. Z onkologického hlediska je lepší odstranění nádoru s co největším lemem zdravé tkáně, aby se předešlo případné rekurenci nádoru. **Úkolem chirurga je optimalizovat nebezpečí rekurence a kosmetický výsledek operativního výkonu** (12).

Mastektomie se v léčbě karcinomů prsu používá od počátku. Radikální mastektomie byla dlouhou dobu standardním výkonem při léčbě karcinomů prsu a zahrnovala odstranění prsu, pektorálního svalu a ipsilaterární exenteraci axily. Tento výkon způsoboval těžkou invaliditu pacientek. Operační techniky jsou různé, mastektomie lze provést jedním, nebo dvěma řezy. Nejčastěji se prováděla prostá mastektomie, kdy se prs odstranil bez axilárních uzlin. Dnes je mastektomie indikována jen u pacientek s **difúzním intraduktálním karcinomem** a u pacientek s kontraindikací prs zachovávající operace (12).

Prs zachovávající operace jsou zákroky, kde je kompletně odstraněn nádor i s koncentrickým lemem zdravé tkáně. Prs je zachován s kosmeticky uspokojivým výsledkem. Tyto operace jsou **vždy následovány radioterapií postiženého prsu**. U invazivních karcinomů, kde se provádí prs zachovávající operace se často vyskytují recidivy nebo nové primární karcinomy (12).

Tyto operace se dnes používají u solitárních tumorů stadia T1 a malých tumorů stadia T2. Výsledky přežití jsou srovnatelné s pacientkami po mastektomii (12).

Onkoplastické operace jsou zvláštním druhem prs šetřících výkonů, využívají techniky a prostředky plastické chirurgie. Provádí se tkáňové přesuny v prsu, rotační plastiky, mastopexie i redukční mastoplastiky. Tyto operace umožňují resekovat větší část žlázy z prsu s lepším kosmetickým

výsledkem. Indikací k onkoplastickým operacím je nepoměr velikostí prsu a tumoru (12).

Rekonstrukční operace prsu po mastektomii je důležitou součástí léčby po mastektomii a měla by být nabídnuta pacientce ještě před samotnou chirurgickou léčbou. Bezprostřední rekonstrukce zároveň s mastektomií může být provedena u pacientek se stadii karcinomu 0, I, a II. Odložená rekonstrukce se provádí zpravidla 6 měsíců po skončené chemoterapii nebo radioterapii (12).

2.3.9.2 Onkologická léčba

Onkologická léčba začíná vždy chirurgickým výkonem, kdy se upřednostňují prs zachovávající operace, především z estetických a psychologických důvodů (12).

Radiační léčba byla dlouhou dobu zkoumána, je-li opravdu ještě po odstranění karcinomu nutná. Z radioterapie profitují všechny pacientky bez ohledu na klinické nebo mamografické vlastnosti karcinomu. Zdroji radiační léčby jsou ozařovače kruhové a lineární. Ozařování zdrojem z venku mimo organismus se říká **teleterapie**. Je-li zdroj záření umístěn na, nebo přímo v nádoru mluvíme o **brachyterapii** (12, 16).

Hormonální léčba může být **ablační**, kdy vyřadíme funkci endokrinních žláz hypofýzektomií, nebo **aditivní**, kdy podáváme androgeny při karcinomu prsu s metastázami do kostí, nebo **antihormonální** podáním antiestrogenní látky tamoxifenu je vhodná pro léčbu karcinomu s přítomností hormonálních receptorů na povrchu (16). Tamoxifen se podává většinou zároveň s radioterapií a snižuje výskyt kontralaterálních karcinomů o 3,3% a 1,4% (12).

Adjuvantní chemoterapie je systémová chemoterapie a hormonoterapie. Je přínosná hlavně pro pacientky s postižením i axilárních uzlin. Považuje se za nepřínosnou pouze pro pacientky s velmi nízkým rizikem. Aplikuje se po radikální operaci, či radioterapii. Tato léčba snižuje možnost recidivy a úmrtí žen (3, 12).

Neoadjuvantní chemoterapie umožňuje zmenšení nádoru, podáním cytostatik. To znamená, že 30% původně velkých invazivních nádorů můžeme operovat konzervativní metodou (12).

Biologická terapie nám nabízí léčbu pacientek zatím pouze pomocí monoklonální protilátce namířené proti extracelulární doméně. Již brzy bude používána biologická léčba lipatinibem, což je perorálně účinné léčivo s malou molekulovou hmotností, které zasahuje na úrovni intracelulární doméně. V klinických studiích se ukázal jako účinné léčivo u pacientek s metastatickým onemocněním (3).

Paliativní chemoterapie se využívá u pokročilých a metastazujících nádorů, kde již nepočítáme s vyléčením, ale jen se zlepšením stavu a prodloužením života (16).

2.3.10 Prognóza

Prognóza může být různá, záleží na klinickém stadiu. Nejsou-li postiženy axilární uzliny, dosahuje přežití 5 let až 82% pacientek a to i pacientky s objemným nádorem prsu. Je-li nádor veliký do 5 cm a zároveň je postižení 1 až 3 axilárních uzlin, klesá přežití 5 let na 73% a v případě postižení více než 3 axilárních uzlin klesá přežití 5 let dokonce na 45%. Pacientky s přítomností vzdálených metastáz mají medián přežití jen 24 měsíců, pacientky s kostními metastázami a metastázami měkkých tkání přežívají déle než pacientky s viscerálními metastázami. U některých pacientek se objevují metastázy i po 10 až 20 letech od předchozí léčby (3).

Některé pacientky s nepříznivou prognózou 24 měsíců žily i několik let. Proto tato prognostická čísla nemusejí být vždy pravidlem a jsou pouze orientační (9).

2.3.11 Prevence karcinomu prsu

Prevence je vyhýbání nebo odstranění příčiny, která danou nemoc vyvolává. Vzhledem k nejasné příčině vzniku karcinomu prsu jsou možnosti primární prevence velmi omezené. V 70 % případů karcinomu prsu se dokonce nevyskytují ani rizikové faktory. Proto jsou pro nás v současné době

dostupné pouze možnosti sekundární prevence (časná diagnóza, to znamená samovyšetřování, sledování rizikových skupin žen, mamografie) (14).

Dramatický vzestup karcinomu prsu v rozvinutých zemích a neuspokojivý stav primární prevence vedl ke konceptu chemoprevence (14).

Chemoprevence tamoxifenem

Tamoxifen je velmi často používán jako chemopreventivní látka pro jeho málo výrazné vedlejší účinky. Redukuje riziko vzniku kontralaterálního karcinomu prsu až o 30 % (14).

Chemoprevence vitaminy

Vitamin A a jeho deriváty mají důležitou roli při buněčné proliferaci, diferenciaci a apoptózy. Mnoho karotenoidů jsou silné antioxidanty a ochraňují buněčnou DNA proti poškození (14).

Karoten má schopnost vychytávat volné radikály, inhibovat peroxidaci lipidů a tím i inhibovat poškození DNA (14).

Kyselina retinolová respektive retinoly mají různý protinádorový účinek. Fenretinid má slibné výsledky v prevenci karcinomu prsu (14).

Životospráva a prevence karcinomu prsu

Asi 35 % všech úmrtí na karcinom můžeme připsat špatné životosprávě. K nízké incidenci karcinomu prsu přispívá východní životní styl v jihovýchodní Asii (nízkotučná strava, převážně vegetariánská strava s vysokým obsahem vlákniny) (14).

Životospráva má nepochybně veliký podíl na vývoji karcinomu prsu i jiných nádorů. Doporučuje se maximální podíl tuku ve stravě okolo 25% z celkového energetického příjmu množství vlákniny by nemělo klesnout pod 25g za den. Důležitý je dostatek ovoce a zeleniny ve stravě (14).

2.3.12 Samovyšetřování prsu

Samovyšetřování pomáhá ženám včas zjistit změnu ve struktuře žlázy. Většinou ale ženy nejsou schopny diferencovat nález dřív, než od jeho průměrné velikosti kolem 2 cm (14).

Ženy by měly provádět samovyšetřování prsu po skončení menstruace, protože jen tehdy je prs nejlépe přístupný pro vyšetření. Nejprve se sleduje symetrie prsů před zrcadlem ve stoje, v mírném předklonu a při zvednutých pažích. Dále by si ženy měli všímat změn kůže, sekrece z bradavek nebo enantému. Následuje samovyšetřování v leže, kdy žena kruhovými prohyby bříšky prstů ruky systematicky vyšetřuje oba prsy. Je možné vyšetřovat ve směru vertikálním, nebo ve směru od kraje k centru prsu, nebo i směrem cirkulárním. Doporučuje se užívat indiferentní masti, lotio nebo lubrikans. Vyšetření je vhodné provádět také ve sprše, kdy na mokřém namydleném prsu lépe vyhmatáme případné patologické útvary (14).

2.4 Základní údaje o nemocné

1. Jméno: A. B.
2. Pohlaví: žena
3. Věk: 60 let
4. Rodinný stav: vdaná
5. Bydliště: Praha
6. Zaměstnání: Všeobecná sestra
7. Datum přijetí: 2. 1. 2012
8. Datum propuštění: 6. 1. 2012
9. Délka hospitalizace: 5 dnů
10. Důvod přijetí: plánované operační řešení biopticky
vertifikovaného nálezu dobře diferencovaného duktálního
karcinomu pravé mammy z oblasti dolního zevního kvadrantu
o velikosti asi 1*1 cm
11. Lékařská diagnóza: Zhoubný nádor - dolní zevní kvadrant prsu

2.5 Lékařská anamnéza

Rodinná anamnéza:

Otec zemřel v 79 letech na CMP, měl rakovinu tlustého střeva.

Matka zemřela v 87 letech na ICHS, měla karcinom prsu, cirhózu jater, DM 2.

Sourozenci: Bratr měl karcinom prostaty

Děti: 3, zdravé

Osobní anamnéza:

Běžné dětské nemoci, vážněji nestonala.

Operace: Hysterektomie: 2002

Cholecystektomie: 1990

Apendektomie: 1972

Úrazy: 0, Bezvědomí: 0, DM: 0, IM: 0

Sociální anamnéza:

Žije v bytě s manželem

Gynekologická anamnéza:

Menarché ve 14 letech.

Menopausa v 50 letech.

Porody: 3

Potravy: 1 UPT

Gynekologické výkony: Hysterektomie (karcinom cerv. uteri), UPT

Farmakologická anamnéza:

Monopril 20 p.o. tbl. 1 -0-0

Hypohylin 5mg p.o. tbl. ½-0-0

Alergologická anamnéza:

Neudává alergie

Abusus:

Kuřačka: 5 cigaret/den

Alkohol: příležitostně

Káva: 1/den

2.6 Stav při přijetí

Pacientka je při vědomí, spolupracuje, je klidná.

Bolesti neudává.

Plná soběstačnost, 100b. dle Barthel test.

TK: 160/70 mmHg

P: 72/min

TT: 36,2°C

D: 16/min

Výška: 160cm

Váha: 71kg

BMI: 27.73 (nadváha)

2.7 Fyzikální vyšetření

Hlava, krk, hrudník: bez patologického nálezu

Břicho: měkké, nebolestivé, bez rezistence

Končetiny: bez otoků, na dolních končetinách klidné varixy vpravo

Kůže: čistá, bez patologických změn

Prsy: v pravém prsu hmatný ohraničený nález o velikosti 1*1cm, levý prs bez patologického nálezu, prsy jsou symetrické, nebolestivé

2.8 Průběh hospitalizace

Paní A. B. byla přijata k plánované tumorectomii biopticky vertifikovaného zhoubného tumoru pravého prsa na standardní gynekologické oddělení. Hospitalizace trvala 5 dní. Operace proběhla druhý hospitalizační den.

2. 1. 2012 v 10.30 hod byla pacientka přijata na gynekologické oddělení. Byly provedeny všechny potřebné formality, seznámení s chodem oddělení a právy pacientů, změřily se fyziologické funkce- teplota 36,2 °C, tlak krve 160/70 mmHg, puls 72/min. Subjektivně se pacientka cítí dobře. Proběhlo poučení o předoperační přípravě- od půlnoci nic nejíst, nepít ani nekouřit. Následně pacientka absolvovala předoperační přípravu a vyšetření anesteziologem. V 18.00 byla opětovně změřena teplota- 36,4°C, aplikoval se Fraxiparine inj. 0,3ml s.c. Dále se provedla příprava operačního pole (oholení pravého podpaží) a ve 22.00 hodin byla podána premedikace 1 tbl. Hypnogen 10mg p.o.

Ráno v den operace pacientka provedla ranní hygienu: před podáním premedikace se došla vymočit, poté bylo podáno Dormicum 7,5mg 1tbl p.o. Nasadily se elastické punčochy a pacientka byla odvezena na sál. Operace proběhla bez komplikací, po operaci ležela pacientka 1 hodinu na dospávacím pokoji, následně byla přeložena zpět na standardní gynekologické oddělení. Zkontrolovalo se krytí operační rány (suché), fyziologické funkce (TK, P), byly vyvedeny 2 Redonovy drény, které odvádí minimum tekutiny. Pacientka uvádí bolest stupně 5 dle VAS, proto jsme podali analgetika dle ordinace lékaře Tralgit 100 inj. 2mml/100mg i. m. Ve večerních hodinách se odstranil PŽK, kontroloval se odpad z drénů a okolí drénů- klidné, nebolestivé.

První pooperační den je stav pacientky stabilizovaný, bez pooperačních komplikací. Pacientka se cítí dobře. Ráno provedla hygienu, poté jsme asepticky převázali ránu a redony. Rána byla suchá, bez sekrece, okolí bez známek infekce. Aplikován byl tekutý obvaz. Pacientka pociťovala

bolesti stupně 3 dle VAS, proto jsme podali analgetika dle ordinace lékaře Novalgin 500mg 1 tbl. p. o. Dále jsme jí podali její chronickou medikaci (Monopril 20 1 tbl, Hypohylin 5mg ½ tbl). Tělesná teplota ráno činila 36,4°C. V odpoledních hodinách přišla za pacientkou fyzioterapeutka, která pomáhala procvičit pohyblivost pravé ruky. Pacientka dodržovala pitný a pohybový režim. Čas jí dnes vyplnila návštěva. Večer je pacientka bez bolesti, bez obtíží, tělesná teplota činí 36,6 °C.

Druhý pooperační den zůstal stav beze změn, pacientka se cítila dobře. Ráno provedla hygienu, včetně osprchování se. Tělesná teplota činila 36,6°C. Byl proveden asepticky převaz drénů, kontrola operační rány a okolí- vše je klidné, bez sekrece. Redon č. 1 odvedl 50ml, redon č. 2 odvedl 5ml čiré tekutiny. Hybnost pravé horní končetiny byla normální. Pacientka dodržovala pitný i pohybový režim. Nepociťovala bolest. Byla jí podána její chronická medikace (Monopril 20 1 tbl, Hypohylin 5mg ½ tbl). V 18 hodin odstranil lékař redony, ranky po redonech se překryly sterilním krytím. Večer je pacientka bez bolesti, bez obtíží, tělesná teplota činí 36,4°C.

Třetí pooperační den byl stav stejný, pacientka se cítí dobře, bolesti ani jiné obtíže neudává. Ráno jsme provedli kontrolu rány- je nebolestivá, bez sekrece. Pacientce jsme ránu a ranky po drénech asepticky ošetřili tekutým obvazem. Následně byla podána chronická medikace. Po vizitě ošetřující lékař propustil pacientku domů. Pacientka byla poučena o péči o ránu a domluvena s lékařem ke kontrole.

2.8.1 Léky podávané pacientce během hospitalizace

Analgetika:

Novalgin 500 mg p.o. – při VAS 2 až 4

Tralgit 2 ml/100 mg i.m. – při VAS 5 a více

Antikoaguancia:

Fraxiparin 0,3 ml s.c. – prevence TEN, 1.-4. den hospitalizace.

Diuretika:

Hypotylin 2,5 mg p.o. – chronická medikace k léčbě hypertenze

Látky působící na renin-angiotensinový systém:

Monopril 20mg p.o.- chronická medikace k léčbě hypertenze

Psycholeptika:

Dormicum 7,5 mg p.o. – premedikace před operací

Hypnogen 10mg p.o. – medikace k léčbě nespavosti

3 Praktická část

3.1 Ošetrovatelský proces

Pro realizaci cílů v ošetrovatelství je základním metodickým rámcem ošetrovatelský proces, který nám umožňuje systematický způsob individuálního přístupu k ošetrování každého nemocného/klienta v nemocniční i terénní péči (13).

Sestra poskytuje nemocnému aktivní ošetrovatelskou péči, sama hodnotí jeho stav a možný deficit potřeb, především u pacientů se sníženou schopností dostatečně dávat najevo své potřeby (13).

Význam ošetrovatelského procesu:

- Individuální péče přisívá ke zvýšení kvality poskytované péče (13).
- Prohlubuje vztah mezi sestrou a pacientem (13).
- Zlepšuje spolupráci s pacientem (13).
- Umožňuje komplexní pohled na pacienta (13).
- Přináší samostatnost a vlastní řízení práce sester (13).
- Dává sestram odpovědnost za vykonanou práci (13).

Ošetrovatelský proces se uskutečňuje v 5 fázích. Každá tato fáze je samostatná, ale výsledná péče musí být vždy komplexní (13).

Fáze ošetrovatelského procesu

1. Zhodnocení nemocného

Cílem této fáze je získání dostatku informací dle vybraného teoretického modelu ošetrovatelství. Sestra sepisuje ošetrovatelskou anamnézu a hodnotí aktuální stav pacienta. Sběr informací a následné hodnocení probíhá rozhovorem, pozorováním, testováním a měřením (13).

2. Ošetrovatelská diagnóza

Ošetrovatelské diagnózy stanovujú potreby nemocného, ktoré jsou narušeny onemocněním nebo jsou onemocněním vyvolány. Sestra hodnotí získané informace a stanovuje aktuální a potenciaální problémy pacienta. Sestra řadí tyto ošetrovatelské diagnózy podle závažnosti, je-li to možné, ve spolupráci s pacientem (13).

3. Ošetrovatelský plán

Nejprve sestra stanovuje cíle a očekávané výsledky péče, poté vypracovává tzv. plán ošetrovatelské péče, který obsahuje ošetrovatelské intervence (činnosti). Tyto činnosti pak povedou k dosažení cílů (13).

4. Realizace plánu

V této části ošetrovatelského procesu plní členové ošetrovatelského týmu úkoly, které si stanovili ošetrovatelským plánem (13).

5. Zhodnocení efektu poskytované péče

V poslední fázi ošetrovatelského procesu sestra zjišťuje, zda dosáhla svého cíle. Zjistí tak, zda byla poskytnutá péče účinná, či nikoliv. Toto hodnocení provádí sestra průběžně během realizace ošetrovatelského procesu, a na závěr pak provede souhrnné hodnocení (často při ukončení hospitalizace). Na tomto hodnocení se podílí i pacient/klient (13).

3.2 Ošetřovatelský model

V ošetřovatelském procesu můžeme aplikovat mnoho typů modelů. Pro svou práci jsem zvolila model **Marjory Gordon**.

Marjory Gordon představila svůj model poprvé v 80. letech 20. století ve Spojených státech amerických, v Evropě se začal aplikovat v letech 90. (11).

Tento ošetřovatelský model se jinak nazývá Model fungujícího zdraví. Pacient/klient je tu vnímán jako holistická bytost se svými biologickými, vývojovými, psychologickými, sociálními, kulturními, duchovními a spirituálními potřebami, tedy jako člověk s funkčním nebo dysfunkčním stavem zdraví. Ošetřovatelským cílem je co nevyšší úroveň zdraví a přijetí odpovědnosti jedince za své zdraví (4).

Při použití modelu M. Gordon získáváme komplexní informace k sestavení ošetřovatelské anamnézy. Základní strukturu modelu tvoří dvanáct oblastí, z nichž každá představuje funkční nebo dysfunkční součást zdravotního stavu člověka (15).

Jednotlivé oblasti modelu:

1. Vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdraví.
2. Výživa, metabolismus.
3. Vylučování.
4. Aktivita, cvičení.
5. Spánek, odpočinek.
6. Vnímání, poznávání.
7. Sebepojetí, sebeúcta.
8. Plnění rolí, mezilidské vztahy.
9. Sexualita, reprodukční schopnost.
10. Stres, zátěžové situace, jejich zvládnutí, tolerance.
11. Víra, přesvědčení, životní hodnoty.
12. Jiné (15).

3.3 Ošetřovatelská anamnéza

Ošetřovatelská anamnéza byla sestavena k 3. dni hospitalizace (1. pooperační den)

1. Vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdraví

Před dvěma měsíci objevila pacientka náhodně při sprchování malý ohraničený útvar v pravém prsu. Navštívila tedy svého gynekologického lékaře, který ji odeslal na mamografické vyšetření. Zde byl potvrzen karcinom mammae. Paní A. B. bylo doporučeno nádor odoperovat. Pacientka s provedením operace souhlasila.

Paní A. B. zná své onemocnění z vlastní zkušenosti, starala se o svou matku se stejným onemocněním, proto studovala hodně literatury, aby mohla o matku dobře pečovat. Se svým onemocněním se snaží vyrovnat, nepopírá, že strach z budoucna.

Dříve prodělala apendektomii a umělé přerušování těhotenství, cholecystektomii a hysterektomii, v současné době se léčí s hypertenzí; žádné další zdravotní problémy neudává.

2. Výživa, metabolismus

Pacientka měří 160 cm a váží 71 kg, její BMI činí 27,7, což spadá do kategorie nadváhy. V poslední době se její váha nezměnila. Svou hmotnost vnímá pacientka jako vyšší, ráda by zhubla 5 kg. Před hospitalizací neměla problémy s příjmem potravy. Z potravin upřednostňuje libové maso, ovoce a zeleninu, z tekutin pak čistou chlazenou vodu a kávu. Celkově vypije denně přibližně 1,5l vody a 250ml kávy. Výrazné změny v dutině ústní nemá, zuby má stále vlastní. Pokožka je hydratovaná, stav vlasů a nehtů je dobrý.

Nynější onemocnění nijak neovlivňuje příjem potravin ani tekutin.

3. Vylučování

Pacientka chodí na stolicí pravidelně, stolice je formovaná, příměsí krve či hlenu pacientka nepozoruje. Laxativa neužívá. Močení je nebolestivé, pálení či řezání při močení neudává. Inkontinencí netrpí, nadměrné pocení nepozoruje.

4. Aktivita, cvičení

Paní A. B. má celý život ráda sport, především plavání, turistiku a jízdu na kole. Hodně času věnuje rodině, nejvíce vnoučatům. Zajímá se o současné dění, ráda čte noviny a časopisy.

Před operací byla pacientka soběstačná. Protože zákrok byl proveden v blízkosti dominantní ruky (pravé), potřebovala pacientka pomoci s hygienou, mytím, oblékáním a stravováním. Samostatně bez pomoci zvládala oblékání spodního prádla a kalhot i vyprazdňování.

5. Spánek, odpočinek

Paní A. B. potřebuje 8 hodin spánku denně, aby se cítila svěží a odpočinitá. Před hospitalizací nemá problémy s usínáním a spánkem. Zde v nemocnici udává zhoršení usínání z důvodu nočních prací sester na oddělení. Přes den nespí.

6. Vnímání, poznávání

Pacientka je při vědomí, orientovaná osobou, místem, časem i prostorem. Komunikace s ní je bez obtíží.

Nosí brýle na čtení, na levém oku má 1,5 dioptrie, na pravém oku 2 dioptrie, do dálky vidí dobře, sluch v pořádku.

Paměť hodnotí jako velmi dobrou, hůř se ale učí. Říká, že učení je pro mladé.

Bolesti před příchodem do nemocnice pacientka nepocítovala. Nyní hodnotí bolest stupněm 3 dle VAS.

7. Sebepojetí, sebeúcta

Pacientka se hodnotí jako klidná, přátelská osoba, v poslední době se ale často rozčiluje v souvislosti se zaměstnáním. Působí dojmem vyrovnané, asertivní, o sebe pečující ženy.

8. Plnění rolí, mezilidské vztahy

Paní A. B. bydlela v dětství s rodiči a bratrem v panelovém domě, kde prožila spokojené dětství. Vystudovala střední zdravotnickou školu a po maturitě začala pracovat jako zdravotní sestra. Práce zdravotní sestry ji naplňovala velmi dlouho, nyní ale pracuje jako staniční sestra, tato práce ji nebaví tolik jako práce u lůžka, a jak říká, mrzí ji, že se musí neustále

rozčilovat se stávajícím systémem zdravotnictví. V rodině mají prý dobré vztahy. Pacientka bydlí s manželem v bytě. Má 3 dospělé děti, které mají své rodiny. Často se navzájem navštěvují. Paní A. B. ráda zaujímá roli babičky, vnoučata jí dělají největší radost.

Starala se o matku, která onemocněla karcinomem prsu, bylo to velmi těžké období, ale manžel a děti jí velmi pomáhali.

9. Sexualita, reprodukční schopnost

Pacientka je od 50 let v menopauze, kdy jí provedli hysterektomii. Současné onemocnění prsu ji ze sexuálního hlediska netrápí, vzhled se nemění. V partnerském vztahu s manželem je spokojená. Více jsem se paní A. B. nedotazovala.

10. Stres, zátěžové situace, jejich zvládnání, tolerance

Paní A. B. stresem nikdy netrpěla. Až změna pracovní pozice ze sestry u lůžka na staniční sestru jí přinesla stres. Nervové vypětí řeší cigaretami (5/den), které jí pomáhají. Za nejlepší relaxaci považuje čas strávený s rodinou, především vnoučaty.

Nyní pociťuje stres z onemocnění. Má strach z opakování karcinomu nebo růstu případných metastáz. V tomto ohledu jí velmi pomáhá manžel, s ním se cítí v bezpečí.

11. Víra, přesvědčení, životní hodnoty

Pacientka je bez vyznání. Za největší životní hodnoty považuje zdraví a rodinu. Se svým životem je spokojená. Teď je jejím cílem být rodině nablízku a pomáhat vychovávat vnoučata.

12. Jiné

Žádné jiné informace pacientka neudává.

3.4 Léky podávané 3. den hospitalizace (1. pooperační den)

FRAXIPARIN: 0,3 ml, s.c., v 18:00 hodin

Účinná látka: Nadroparinum calcicum

Indikace: Prevence TEN, léčba krevních sraženin.

Indikační skupina: Antitrombotikum, antikoagulant

Kontraindikace: přecitlivělost na nadroparin, porucha krevní srážlivosti, infekční onemocnění srdce, při předchozí léčbě

Fraxiparinem došlo ke klesnutí počtu krevních destiček, mrtvice způsobená krvácením do mozku, onemocnění způsobující krvácení, onemocnění srdce, onemocnění ledvin, léčba plicní embolie, léčba hluboké žilní trombózy.

Nežádoucí účinky: Alergická reakce, vyrážka, svědění kůže, otoky, kožní nekróza, malé krevní výrony (21).

HYPNOGEN: 10 mg, 1 tbl., p.o., v 22.00 hodin

Účinná látka: Zolpidemi tartras

Indikace: léčba nespavosti

Indikační skupina: Hypnotikum

Kontraindikace: Přecitlivělost na zolpidem, obstrukční spánková apnoe, myastenia gravis, těžká jaterní nedostatečnost, akutní nebo těžká respirační nedostatečnost

Nežádoucí účinky: amnezie, neklid, nervozita, zuřivost, noční můry, agresivita, náměsíčnost, závislost (21).

HYPOTYLIN: 2,5 mg, ½ tbl. p.o., v 8:00 hodin

Účinná látka: Metipamidum

Indikace: léčba vysokého krevního tlaku

Indikační skupina: Antihypertenzivum

Kontraindikace: Přecitlivělost na účinnou látku, porucha funkce jater nebo ledvin, gravidita, laktace.

Nežádoucí účinky: Bolesti hlavy, slabost, únava, pocení, bušení srdce, mravenčení v prstech, nauzea, zvracení (21).

MONOPRIL: 20 mg, 1 tbl., p.o., v 8:00 hodin

Účinná látka: Fosinoprilum natricum

Indikace: Léčba vysokého krevního tlaku, léčba srdeční nedostatečnosti.

Indikační skupina:

Kontraindikace: přecitlivělost na fosinopril, stenóza ledvinných tepen, angioneurotický edém, gravidita.

Nežádoucí účinky: suchý dráždivý kašel, hypotenze, únava, bolest hlavy, závratě, ztráta vědomí, chrapt, nauzea, zvracení, průjem, zácpa, bušení srdce, tlak na hrudi, vyrážky, bolest svalů (21).

NOVALGIN: 500 mg, 1 tbl., p.o., při VAS 2 až 4

Účinná látka: Metamizolum natricum monohydricum

Indikace: Léčba bolesti, horečky

Indikační skupina: Analgetikum, antipyretikum

Kontraindikace: přecitlivělost na účinnou látku, zhoršená funkce kostní dřeně, přecitlivělost na analgetika, metabolická onemocnění, gravidita, laktace.

Nežádoucí účinky: Alergie, kulaté fialové až temně červené puchýře, hypotenze, snížení počtu bílých krvinek, krevních destiček, oligurie, anurie (21).

3.5 Krátkodobý ošetrovatelský plán

Pro ošetrovatelské diagnózy jsem získávala informace o pacientce rozhovorem, pozorováním, prostudováním dokumentace a dotazováním ošetřujícího lékaře.

Ošetrovatelské diagnózy jsem stanovila k 3. dni hospitalizace (1. pooperační den)

Ošetrovatelské diagnózy ke dni 4. 1. 2012

Aktuální diagnózy:

1. Akutní bolest z důvodu operační rány.
2. Porucha soběstačnosti z důvodu bolesti.
3. Strach z návratu onemocnění.

Potencionální diagnózy:

4. Riziko TEN z důvodu operačního výkonu.
5. Riziko infekce z důvodu poruchy integrity kůže (operační rána, drény).

3.5.1 Aktuální diagnózy:

1. Akutní bolest pravého prsu a podpaží z důvodu operační rány.

Cíl

Pacientka bude udávat zmírnění bolesti minimálně o 2 stupně VAS do 20 min po podání analgetik p.o.

Plán

- Pouč pacientku o možnosti podání analgetik.
- Aktivně se dotazuj pacientky na přítomnost bolesti.
- Urči stupeň bolesti dle VAS a její charakter.
- Sleduj nonverbální projevy pacientky.
- Podej analgetika dle ordinace lékaře (Novalgin 500 mg tbl p.o.).
- Zaznamenávej intenzitu bolesti do záznamu bolesti.
- Sleduj účinek analgetik 20 min po jejich podání.
- Doporuč úlevovou polohu vhodnou pro pacientku.
- Sleduj operační ránu.
- Odpoutej pozornost od bolesti (TV, četba).
- Dej signalizační zařízení na dosah nemocné.

Realizace

Pacientka byla informována o možnosti podání analgetik, jejich způsobu podání a o časovém intervalu, kdy mohou být podána.

Dále byla pacientka poučena o úlevové poloze.

Po dotázání udává pacientka tupou bolest v oblasti operační rány, dle analogové stupnice VAS (0 = žádná bolest, 10 = nesnesitelná bolest) konkretizuje její intenzitu na stupeň 3.

Dle ordinace lékaře byla podána analgetika Novalgin 500mg tbl p.o.

Pacientka zaujímá doporučenou úlevovou polohu, pravou ruku má podloženou polštářem.

Pro odpoutání pozornosti si pacientka vybrala sledování TV.

Po 30 minutách udává zmírnění bolesti na hodnotu 1.

Signalizační zařízení má pacientka na dosah levé ruky. Později již bolest neudává.

Hodnocení

Cíle bylo dosaženo. Pacientka udává do 30 min po podání analgetik zmírnění bolesti na stupeň 1 dle VAS. Hodinu po podání a po celý zbytek dne je již bez bolesti i bez aplikace analgetik.

2. Porucha soběstačnosti při hygieně, mytí, oblékání, stravování z důvodu bolesti a zhoršení pohyblivosti PHK.

Cíl

Rozpoznat u pacientky její individuální potřeby a uspokojit je. Pacientka bude provádět péči o sebe sama na úrovni svých schopností (nedojde ke zhoršení).

Plán péče

- Vyhodnot' Barthel test základních denních činností, posud' stupeň závislosti.
- Zajisti potřebnou asistenci při hygieně, mytí, oblékání a stravování.
- Zajisti pacientce odborné rehabilitační cvičení.
- Zajisti vhodné podmínky pro rehabilitaci s fyzioterapeutem.
- Dohlédni na správnost cvičení, bude-li pacientka provádět cviky bez dozoru fyzioterapeuta.
- Podporuj pacientku v péči o sebe sama.

Realizace

Vyhodnotila jsem Barthel test základních všedních činností s výsledkem 90 b. - lehká závislost (viz příloha č. 9).

Pacientce byla poskytnuta asistence při hygieně, mytí, oblékání a stravování.

Za pacientkou docházela fyzioterapeutka dvakrát denně a učila ji vhodné pohyby pro snížení bolestivosti pravé ruky a zvýšení soběstačnosti.

Při nácviku rehabilitace s fyzioterapeutem byly zajištěny vhodné podmínky (soulkromí, klid).

Hodnocení

Cíle bylo dosaženo. Spolu s pacientkou jsme pomocí Barthel testu zjistily, v čem bude potřebovat dopomoci. Pacientka je spokojená, že většinu úkonů dokáže sama.

3. Strach z důvodu nejisté budoucnosti

Cíl

Pacientka bude hovořit o svých pocitech.

Plán péče

- Lékař pacientce vysvětlí léčbu onemocnění po operačním výkonu, nastíní jí možnosti prevence a rizikové faktory návratu onemocnění.
- Dej možnost pacientce projevat svůj strach.
- Dej pacientce možnost klást otázky, na které dostane adekvátní odpověď.
- Doporuč pacientce webové stránky sdružení žen s rakovinou prsu.

Realizace

Při ranní vizitě lékař mluvil s pacientkou o léčbě a všech možnostech a rizicích návratu onemocnění.

Pacientka po vizitě vyslovovala obavy. Kladla otázky, na které se členové zdravotnického týmu snažili odpovědět co nejsprávněji.

Doporučila jsem pacientce navštívit webové stránky www.rakovinaprsu.cz, kde může nalézt spoustu dobrých rad.

Hodnocení

Cíle bylo dosaženo. V průběhu dne zdravotnický tým s pacientkou rozmlouval o zdravotním stavu a vyhlídkách do budoucna.

3.5.2 Potencionální diagnózy:

4. Riziko TEN (tromboembolické nemoci) z důvodu operačního výkonu

Cíl

Minimalizovat riziko vzniku TEN.

Plán

- Pouč pacientku o riziku TEN a o nutnosti prevence TEN.
- Aplikuj antikoagulancia dle ordinace lékaře (Fraxiparine 0,3ml s.c.).
- Dej elastické punčochy dle ordinace lékaře.
- Sleduj možné příznaky TEN (stenokardie, dušnost, tachypnoe, hemoptoe).
- Pouč pacientku o nutnosti včasné mobilizace.
- Kontroluj fyziologické funkce (TK, P).
- Dej signalizační zařízení tak, aby bylo na dosah pacientky.
- Při změně stavu informuj lékaře.

Realizace

Pacientka byla poučena o možnosti vzniku TEN, o projevech a způsobu prevence TEN. Před výkonem byly nasazeny elastické punčochy, které pacientka nosila až do dnešního večera (3. den hospitalizace).

Již brzy po operaci byla pacientka mobilizovaná a nyní je jí doporučováno mobilizaci udržovat - přibližně každé 2 hodiny se procházela po oddělení.

U pacientky byly sledovány příznaky TEN (stenokardie, dušnost, hemoptoe, tachykardie).

Fyziologické funkce byly měřeny dvakrát denně TK, P (ráno TK 115/70 mmHg, P 65/min, večer TK 123/80 mmHg, P 78/min).

Dle ordinace lékaře byl aplikován Fraxiparine 0,3ml s.c. v 18.00 hod.

Hodnocení

Cíle bylo dosaženo. K TEN nedošlo.

Ve večerních hodinách mohla pacientka již sundat elastické punčochy, dle ordinace lékaře se aplikoval Fraxiparine 0,3 s.c. Pacientka dbala na mobilizaci.

5. Riziko vzniku infekce z důvodu poruchy integrity kůže (operační rána, drény)

Cíl

Minimalizovat riziko vzniku infekce.

Plán

- Pouč pacientku o možnosti vzniku infekce a jejích příznacích.
- Sleduj rány (pravý prs, pravá axila) a jejich okolí.
- Sleduj příznaky místní infekce (bolest, otok, zčervenání, teplo, porucha funkce).
- Převazuj asepticky.
- Dodržuj hygienicko-epidemiologický režim oddělení.
- Sleduj odpad z drénů, jeho množství a barvu.
- Měř tělesnou teplotu dle ordinace lékaře.
- Informuj lékaře při známkách infekce.

Realizace

Pacientka byla poučena o riziku vzniku infekce a o jejích projevech (bolest, otok, zčervenání, teplo, porucha funkce).

Při ošetřování pacientky jsem používala jednorázové rukavice a dodržovala hygienicko-epidemiologický režim oddělení.

Provedli jsme asepticky převaz rány, která nejeví známky infekce.

Redonův drén č. 1 odvedl 10 ml, Redonův drén č. 2 odvedl 5 ml, okolí vstupu drénu nejeví známky infekce. Ve večerních hodinách byly lékařem Redonovy drény vytaženy.

Tělesná teplota naměřená v 17. 00 hod byla 36,2 °C.

Hodnocení

Cíle bylo dosaženo. Operační rána a okolí drénů nejeví známky infekce.

3.6 Dlouhodobý ošetrovatelský plán

V dlouhodobém plánu péče se u pacientky A. B. zaměřuji především na rehabilitaci. Dále nesmíme zapomínat na potencionální rizika, která hrozí po celou dobu hospitalizace, tj. riziko vzniku infekce a riziko TEN.

Snížená soběstačnost, rehabilitace

Pacientce byla poskytována asistence při oblékání, stravování, hygieně a nošení těžkých věcí. Dvakrát denně za pacientkou docházel fyzioterapeut, se kterým nacvičovala rehabilitaci pravé horní končetiny, vždy 30 min.

Pacientka sama procvičovala pravou horní končetinu ráno a večer, vždy cca 15 min. Při propouštění z nemocnice jsem vyhodnotila u pacientky Barthel test 100 body - plně soběstačná

Riziko vzniku infekce z důvodu poruchy integrity kůže (operační rána, drény)

V průběhu hospitalizace sledujeme příznaky infekce (otok, začervenání, teplota). Od 1. pooperačního dne provádíme každý den převazy, dbáme přísného aseptického postupu, používáme sterilních nástrojů a sterilního krytí. Rána a okolí drénů po celou dobu hospitalizace nejevily známky zánětu. Od 1 pooperačního dne byla rána ošetřována jen tekutým obvazem. Drény byly odstraněny 2. pooperační den, ranky po drénech jsme překryli sterilním krytím. 3. pooperační den se ranky po drénech ošetřily tekutým obvazem. Pacientce byla doporučena hygiena okolí ran (sprchování čistou vodou a promašťování okolí).

Riziko TEN (tromboembolické nemoci) z důvodu operačního výkonu

Během celé doby hospitalizace sledujeme příznaky TEN (stenokardie, dušnost, tachypnoe, hemoptoe). Pacientka byla poučena o riziku TEN, o projevech a způsobu prevence TEN. Před výkonem byly nasazeny elastické punčochy, které pacientka nosila až do večera prvního pooperačního dne. Po

celou dobu hospitalizace pacientka dodržovala pohybový režim. Pravidelně se aplikoval Fraxiparine inj. 0,3ml s.c., vždy v 18 hodin dle ordinace lékaře.

K TEN po dobu hospitalizace nedošlo.

3.7 Psychický stav nemocné

Onemocnění rakoviny prsu významně ovlivňuje psychiku ženy. Nejprve se dostavuje šok ze závažné diagnózy, ten může trvat několik hodin. Po jeho překonání však zpravidla zůstávají pocity úzkosti, spojené s myšlenkami na smrt, bolestivou léčbu, vypadávání vlasů, dostavují se návaly sebelítosti, výčitek i vzteku. Těmto pohnutkám musí dát žena volný průchod, neudělá-li tak, vystavuje se riziku vážných depresí (17).

Depresemi trpí přibližně jedna třetina žen s onemocněním karcinomu prsu. Jedná se o stav, kdy pacientka cítí sebelítost a méněcennost, má pocit svírání na hrudi, ztrácí zájem o přátele, o koníčky a o sex. Má závažné problémy se spánkem, každé 2 až 3 hodiny se budí, projevuje se únava, až dojde ke stavu vyčerpanosti. Tím se výrazně komplikuje její léčba. Na takový stav pacientka sama nestačí, a to ani za pomoci přátel, proto je vhodné v těchto situacích vyhledat psychologa (17).

Strach je obranná reakce organismu, říká nám „uteč“ nebo „bojuj“. Obecně platí, že lidé, kteří nerezignují a přijmou svou nemoc jako výzvu, mají větší šanci uzdravení. Touha bojovat, žít a přizpůsobit se vzniklé situaci dodává tělu sílu k uzdravení. Jsou známy případy, kdy ženy se špatnou prognózou, ale s přesvědčením bojovat, nad nemocí nakonec zvítězily (17).

Paní A. B. se pokládá za klidnou a vyrovnanou osobu, při hospitalizaci ale projevuje známky strachu. Nejprve měla velký strach z operačního výkonu v celkové anestezii, ten po operaci pominul. Poté se potýkala se strachem ze zhoubné nemoci, z možného opětovného růstu nádoru, vzniku metastáz a z následné léčby. Po rozmluvě s lékařem se její psychický stav zlepšil, byla klidnější, veselejší. Velkou oporou je jí manžel, který ji podporuje v léčbě a dodává jí odvahy. Velkým „hnacím motorem“ pro úspěšné vyléčení jsou pacientce vnoučata, která se nedávno narodila. Na roli babičky se velmi těší. Při propuštění byla pacientka veselá, těšila se domů.

3.8 Edukační plán nemocné

„ Pojem edukace lze definovat jako proces soustavného ovlivňování chování a jednání jedince s cílem navodit pozitivní změny v jeho vědomostech, postojích, návycích a dovednostech“ (7).

Edukace má 5 základních fází. Na prvním místě je fáze počáteční pedagogické diagnostiky, kdy se edukátor snaží odhalit míru vědomostí pacienta a potřebu edukace a jeho edukační potřeby. V další fázi edukátor plánuje rozsah, metodu a časový rámec edukace. Následuje fáze realizace, kde je důležité pacienta motivovat a předávat mu nové poznatky. Čtvrtá fáze, prohlubování a upevňování učiva, napomáhá ukládat nové vědomosti do dlouhodobé paměti. V poslední fázi, kterou je zpětná vazba, se ujistíme, že pacient porozuměl novým poznatkům, což je pro nás hodnocením, jak byla edukace provedena (7).

Cíl edukačního plánu

Cílem edukace bylo srozumitelně vysvětlit pacientce průběh předoperační a pooperační péče, důležitost spolupráce se zdravotnickým personálem, především bude-li chtít pacientka ulevit od bolesti. Stručně a pro pacienta srozumitelně vysvětlit průběh hospitalizace a informovat o zásadách péče o ránu a důležitosti rehabilitace.

Realizace

Při příjmu byla pacientka informována lékařem o průběhu operačního výkonu, riziku vzniku pooperačních komplikací a pooperační péči.

Já jsem pacientce vysvětlila předoperační přípravu, která spočívala v dodržení lačnění, zákazu příjmu tekutin a kouření od půlnoci před operací. Dále jsem pacientce vysvětlila nutnost přípravy operačního pole. Podala jsem informace o způsobu podání premedikace před spaním den před operací, provedení hygieny a podání premedikace po výzvě ze sálu v den operace, přičemž jsem zdůraznila riziko pádu po podání premedikace, a tím i zákaz vstávání z lůžka. Vysvětlila jsem důležitost prevence TEN, kterou jsem provedla pomocí elastických punčoch a aplikací antikoagulancia.

Seznámila jsem pacientku s hodnocením bolesti dle VAS. Také jsem pacientku poučila o důležitosti mobilizace. Vše jsem zakončila otázkami, které ověřily, zda pacientka informacím rozumí.

Po operaci byla pacientka seznámena s péčí o ránu- bylo jí doporučeno ránu oplachovat jen čistou vodou, prozatím bez mýdla, než se rána zhojí.

Fyzioterapeut naučil pacientku správné rehabilitaci, viz příloha č. 6. Doporučil pacientce nezatěžovat pravou ruku velkými břemeny a každý den alespoň dvakrát 30 min rehabilitovat.

Před propuštěním lékař informoval pacientku o následných kontrolách, které se budou odehrávat v ambulanci nemocnice.

Pacientka byla upozorněna na důležitost samovyšetřování prsu a pravidelných preventivních návštěv gynekologa.

4 Závěr

Ve své práci popisuji kazuistiku pacientky se zhoubným nádorem prsu. Pacientka přišla na gynekologické oddělení k plánovanému výkonu tumorectomia mammae. Hospitalizace trvala 5 dní, druhý den hospitalizace prodělala pacientka operační výkon, který proběhl bez komplikací. Pacientka po celou dobu hospitalizace spolupracovala se všemi členy zdravotnického personálu. Hospitalizace proběhla bez komplikací. Pacientka byla propuštěna domů stabilizovaná, plně soběstačná.

Onemocnění prsu zhoubným nádorem je pro ženy vždy velmi těžké. Přináší jim to nejen fyzické, ale i psychické potíže. V léčbě velmi záleží na psychickém stavu nemocné. Ženy odhodlané se svou nemocí bojovat mají větší šanci na uzdravení. Vyrovnat se se závažnou diagnózou se paní A.B. díky značné podpoře rodiny povedlo. Při propouštění byla paní A.B. veselá, odhodlaná nad nemocí zvítězit.

Ve své praxi jsem se setkala s pacientkou se zhoubným nádorem prsu poprvé. Velmi mě překvapila rychlost chirurgické léčby, která vyžadovala jen 5 dní hospitalizace.

Chirurgickým zákrokem ale boj s rakovinou nekončí. Pacientka bude muset ještě podstoupit radioterapii a adjuvantní chemoterapii, aby léčbu úspěšně dokončila.

Preventivní opatření, jak předcházet zhoubným nádorům prsu, jsou spíše obecná doporučení, jak předcházet všem zhoubným chorobám. V prevenci rakoviny prsu je nejdůležitější včasný záchyt, kterého docílíme správným a pravidelným samovyšetřováním a pravidelnými preventivními návštěvami gynekologa. Včasné zahájení léčby je jedním z nejdůležitějších faktorů, jak boj s rakovinou vyhrát.

5 Souhrn

Tato bakalářská práce popisuje kazuistiku pacientky se zhoubným nádorem prsu, paní A. B., která byla plánovaně přijata na gynekologické oddělení k výkonu tumorectomia mammae. Její stav byl po celou dobu hospitalizace bez komplikací.

Teoretická část popisuje onemocnění prsu, možnosti léčby, prevence a popis průběhu hospitalizace paní A. B.

Praktická část je zaměřena na ošetrovatelský proces u této pacientky první pooperační den (3. den hospitalizace). Ke zpracování ošetrovatelského procesu jsem použila model M. Gordonové. V této části je také uveden krátkodobý a dlouhodobý plán péče, aktuální a potencionální ošetrovatelské diagnózy. Na závěr je v této části uveden psychický stav pacientky a edukační plán.

6 Summary

This bachelor thesis describes a case report of a patient with breast cancer, Mrs. A.B., who was scheduled for gynecological department taken to perform tumorectomia mammae. Her condition was throughout the hospital without complications.

Theoretical describes breast disease, treatment options, prevention, and description of the hospital Mrs. A.B.

The practical part is focused on the nursing process in this patient the first postoperative day (3rd day of hospitalization). The process I used the nursing process model M. Gordon. This section also shows the short-and long-term care plan, actual and potential nursing diagnoses. Finally, this section gives a patient's mental status and educational plan.

7 Seznam použité literatury

Celá kniha:

1. ABRAHÁMOVÁ, J. *Atlas nádorů prsu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2000, 328 s. ISBN 80-7169-771-0
2. ABRAHÁMOVÁ, J. *Možnosti včasného zachytu rakoviny prsu*. 1. vyd. Praha: Grada 2003, 227 s., ISBN 80-247-0499-4
3. ADAM, Z. *Speciální onkologie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2010. 417 s., ISBN 978-80-7262-648-9
4. ARCHALOUSOVÁ, A. *Aplikace vybraných ošetrovatelských modelů do klinické a komunitní praxe*. 1. vyd. Hradec Králové: Nucleus HK, 2005, 108 s. ISBN 80-86225-63-1
5. CASAAN, A. *Anatomie člověka*. 1. vyd. Překlad Kateřina Orlová. Havlíčkův Brod: Fragment, 2005, 96 s. ISBN 80-253-0080-3.
6. ČIHÁK, R. *Anatomie 3*. 2. upravené a doplněné vyd. Praha: Grada, 2004, 675 s., ISBN 80-247-1132-
7. JUŘENÍČKOVÁ, P. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, s. 9. ISBN 978-80-247-2171-2
8. KITTLEROVÁ, O., HRADIL, V., VACEK, J. *Rehabilitace pacientů s onkologickou diagnózou*. 1. vyd. Praha: TRITON, 2004, 87 s. ISBN: 80-725-4485-3
9. LOVE, R. *Manual of clinical oncology*. 6th ed. Berlin: Springer-Verlag, c1994, 605 s. ISBN 35-405-8193-6.
10. MAČÁK, J. *Patologie*. 1. vyd. Praha: Grada 2004, 384 s. + 24 s. barevné přílohy, ISBN 80-247-0785-3
11. MOTLÍK, K. *Patologie v ženském lékařství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2001, 552 s. + 36 s. přílohy, ISBN 80-7169-460-6
12. PAVLIŠTA, D. *Neinvazivní karcinomy prsu*. 1. vyd. Praha: Maxdorf Jessenius, 2008, 181 s., ISBN 978-80-7345-172-8

13. STAŇKOVÁ, M. *Jak provádět ošetrovatelský proces*. 1. vyd.- dotisk. Brno“ Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2009. 66 s. ISBN 80-7013-283-3
14. STRNAD, P. *Nemoci prsu pro gynekologii*. 1. vyd. Praha: Grada, 2001. 324 s. ISBN 80-7169-714-1.
15. TRACHTOVÁ, Eva. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2001. 186 s. ISBN 80-7013-324-8.
16. ZEMAN, Miroslav. *Chirurgická propedeutika*. 2. přepracované a doplněné vyd. Praha: Grada, 2003, 524 s. ISBN 80-7169-705-2

Internetové zdroje:

17. Rakovina prsu: Nejsi na to sama, Psychologická pomoc. [online]. [cit. 2012-06-02]. Dostupné z: 17. <http://www.rakovinaprsu.cz/nejsi-na-to-sama/psychologicka-pomoc/>

Odborné časopisy:

18. HABÁNOVÁ, M., J. ŠVIKRUHOVÁ a E. SLÁVIKOVÁ. Hormonálna antikoncepcia a jej vzťah k rakovine prsníka. *Klinická onkologie*. 2010, roč. 23, č. 6, s. 428-432. ISSN 18025307.
19. SUCHÁ, B. Karcinom prsu a péče o pacientky po operaci. *Diagnóza v ošetrovatelství: Odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky*. 2011, roč. 7, leden/únor, s. 17-18. ISSN 18011349.
20. VRTĚLOVÁ, P., O. COUFAL, V. FAIT a V. CHRENKO. Přesnost předoperačního stanovení velikosti invazivního mamárního karcinomu ultrasonografií a mamografií. *Rozhledy v chirurgii: Odborný časopis české chirurgické společnosti*. 2010, roč. 89, č. 10, s. 599-603. ISSN 00359351.

Jiné zdroje:

21. KAŠPAROVSKÁ, L., NOVOTNÁ, H. *Breviř*. 18. vyd. Praha: Medical tribune, 2009, 1246 s. ISBN 978-80-87135-14-3.

8 Seznam zkratek

a. - arteria
b. - bod
BMI - body-mass index
°C - stupně Celsia
cm - centimetr
CMP - cévní mozková příhoda
CT - počítačová tomografie
č. - číslo
D - dechy
DCIS - ductální karcinom in situ
DNA - deoxyribonukleová kyselina
DM 2 - diabetes mellitus 2. Typu
g - gram
hod - hodina
i.m. - intramuskulárně (do svalu)
ICHS - ischemická choroba srdeční
IM - infarkt miokardu
inj - injekční
kg - kilogram
l - litr
LCIS - lobulární karcinom in situ
mg - miligram
min - minuty
ml- mililitr
mm - milimetr
mmHg- milimetr sloupce rtuti
P - pulz
PHK - pravá horní končetina
PŽK- periferní žilní katétr
s.c. - subkutánně, pod kůží

T 1,2,... - typing

tbl. - tablety

TEN - tromboembolická nemoc

TK - tlak krve

TT - tělesná teplota

TV - televize

tzv. - takzvaně

UPT - umělé přerušování těhotenství

ÚVN - Ústřední vojenská nemocnice

VAS - Vertebrogenní algický syndrom

9 Seznam příloh

Příloha č. 1: Prsy, pohled zepředu

Příloha č. 2: Mléčná žláza, sagitální řez

Příloha č. 3: Frekvence výskytu karcinomu prsu v jednotlivých kvadrantech prsu

Příloha č. 4: Samovyšetřování prsu

Příloha č. 5: Nádor prsu

Příloha č. 6: Rehabilitace pacientek po chirurgickém řešení karcinomu prsu

Příloha č. 7: TNM klasifikace

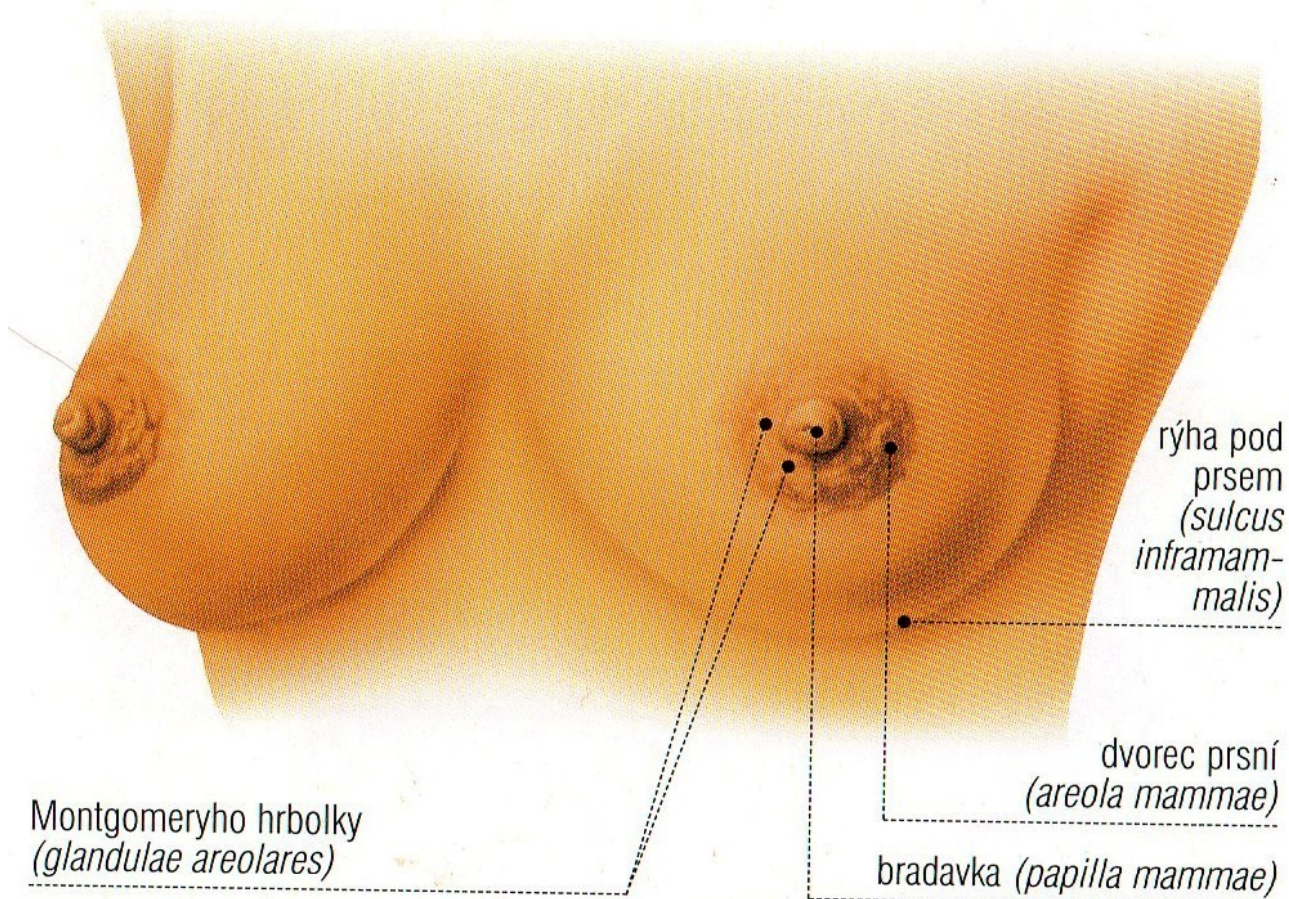
Příloha č. 8: Ošetřovatelská anamnéza

Příloha č. 9: Barthel test

10 Přílohy

Příloha č. 1

Prsy, pohled zepředu

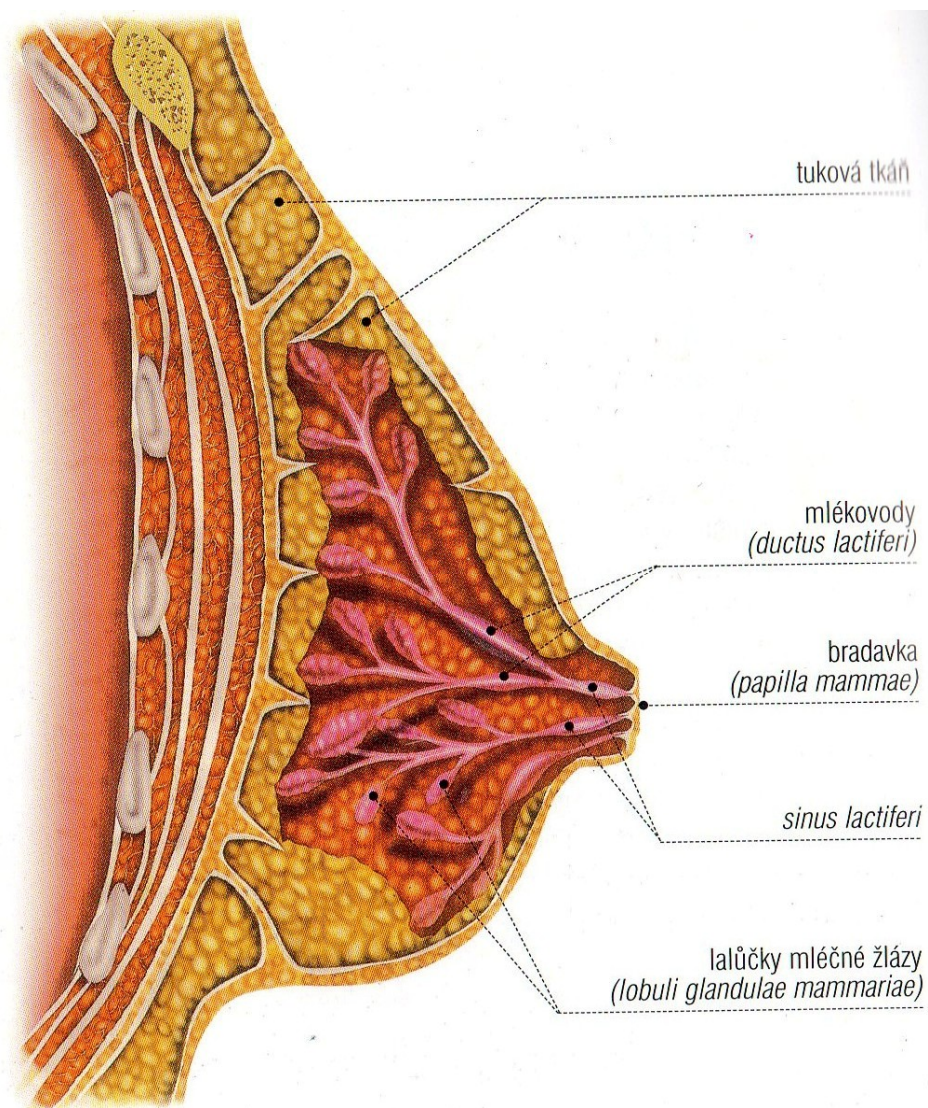


Zdroj: CASAAN, A. *Anatomie člověka*. 1. vyd. Překlad Kateřina Orlová.

Havlíčkův Brod: Fragment, 2005, s. 76. ISBN 80-253-0080-3.

Příloha č. 2

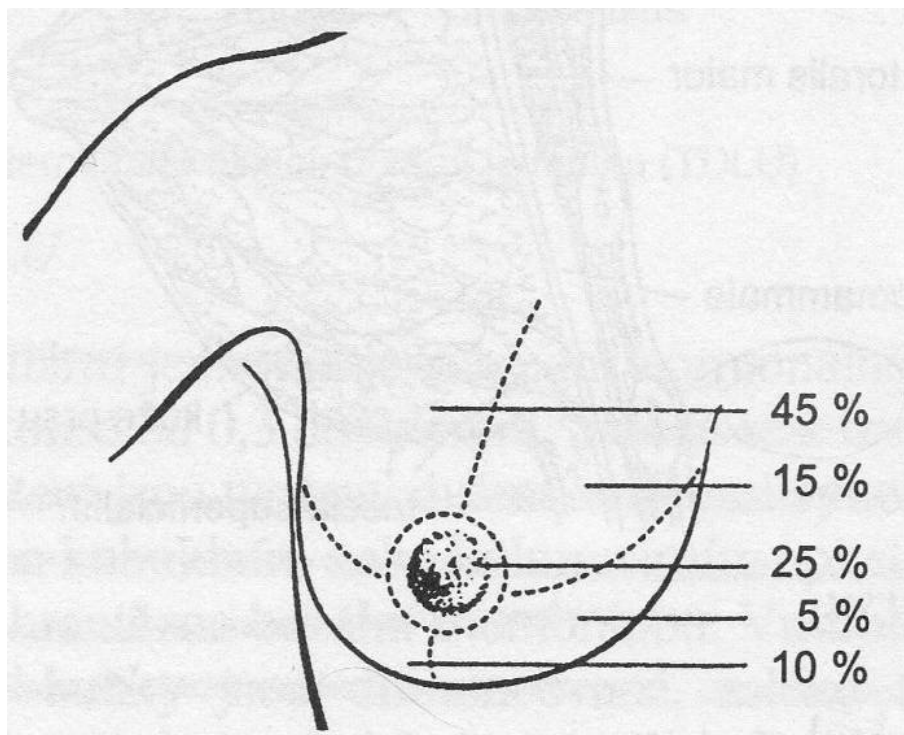
Mléčná žláza, sagitální řez a



Zdroj: CASAAN, A. *Anatomie člověka*. 1. vyd. Překlad Kateřina Orlová. Havlíčkův Brod: Fragment, 2005, s. 76. ISBN 80-253-0080-3.

Příloha č. 3

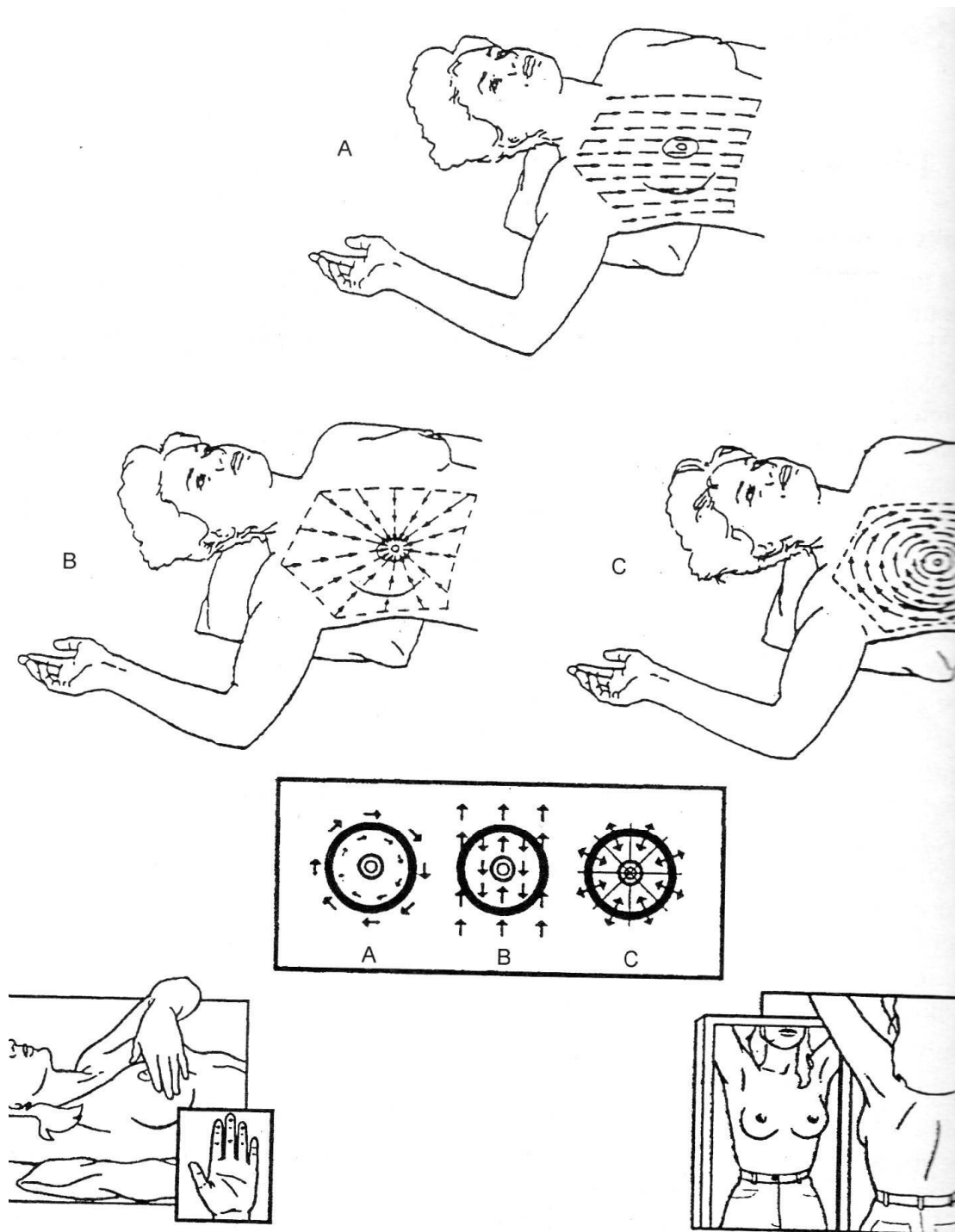
Frekvence výskytu karcinomu prsu v jednotlivých kvadrantech prsu



Zdroj: STRNAD, P. *Nemoci prsu pro gynekologii*. První vydání Praha: Grada, 2001. s. 13. ISBN 80-7169-714-1.

Příloha č. 4

Samovyšetřování prsu



Zdroj: STRNAD, P. *Nemoci prsu pro gynekologii*. První vydání Praha: Grada, 2001. s. 260. ISBN 80-7169-714-1.

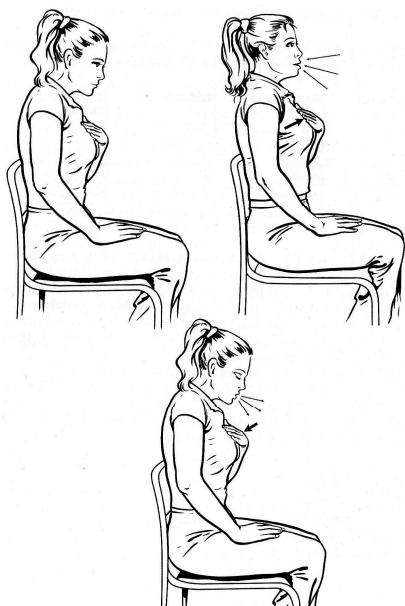
Příloha č. 5
Nádor prsu



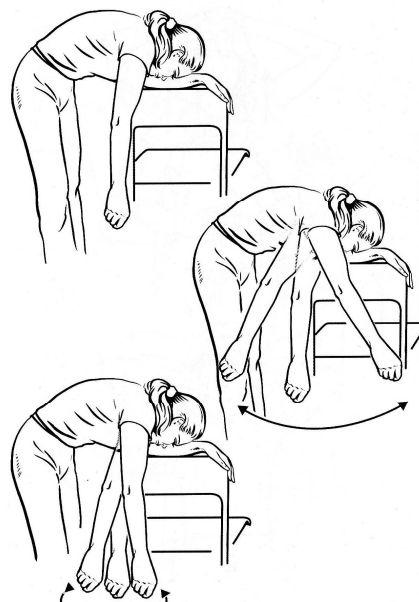
Zdroj: ABRAHÁMOVÁ, J. *Atlas nádorů prsu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2000, s. 242.
ISBN 80-7169-771-0

Příloha č. 6

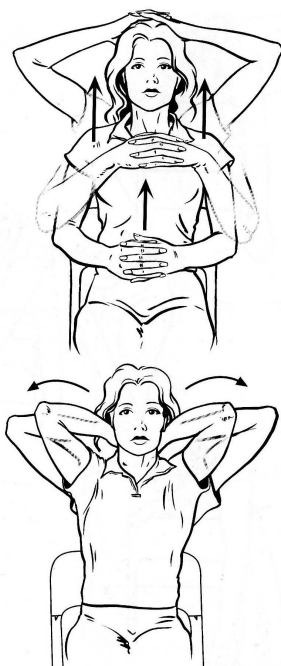
Rehabilitace patientek po chirurgickém řešení karcinomu prsu



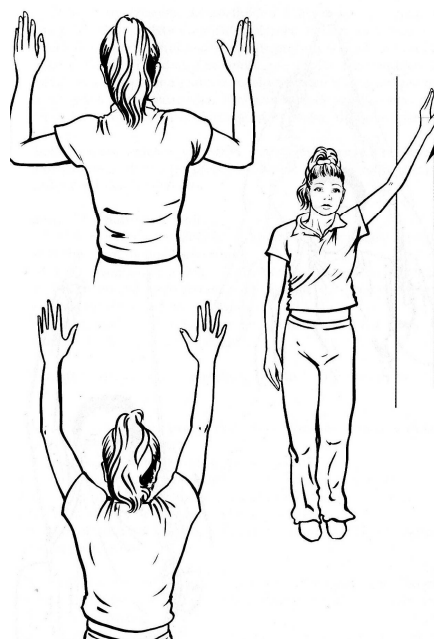
1. Hluboké dýchání



2. Kyvadlový pohyb



3. Dosah a roztahování



4. Šplhání po zdi

Zdroj: KITTLEROVÁ, Olga, Vítězslav HRADIL a Jan VACEK. *Rehabilitace pacientů s onkologickou diagnózou*. 1. vyd. Praha: TRITON, 2004, s. 42-45.

ISBN 80-725-4485-3

Příloha č. 6

TNM klasifikace

T	Primární nádor
TX	Primární nádor nelze hodnotit.
T0	Bez známek primárního nádoru.
Tis	Karcinom <i>in situ</i> .
Tis (DCIS)	Duktální karcinom <i>in situ</i> .
Tis (LCIS)	Lobulární karcinom <i>in situ</i> .
Tis (Paget)	Pagetova choroba bradavky bez nádoru.
T1	Nádor o průměru 2 cm nebo menší.
T1mic	(mikroinvaze) Nádor o průměru 0,1 cm nebo menší.
T1a	Nádor o průměru větším než 0,1 cm, ne však více než 0,5 cm.
T1b	Nádor o průměru větším než 0,5 cm, ne však více než 1 cm.
T1c	Nádor o průměru větším než 1 cm, ne však více než 2 cm.
T2	Nádor větší než 2 cm, ne však více než 5 cm.
T3	Nádor větší než 5 cm.
T4	Nádor prorůstající do kůže nebo hrudní stěny.
T4a	Nádor prorůstající do hrudní stěny.
T4b	Kožní edém, ulcerace, satelitní uzly v kůži téhož prsu.
T4c	T4a + T4b
T4d	Zánětlivý (inflamatorní) karcinom prsu.
N	Regionální mízní uzliny
NX	Regionální mízní uzliny nelze hodnotit.
N0	V regionálních mízních uzlinách nejsou metastázy.
N1	Metastázy ve stejnostranných axilárních pohyblivých mízních uzlinách.
N2	Metastázy ve stejnostranných axilárních fixovaných mízních uzlinách (N2a), nebo v stejnostranných vnitřních mamárních uzlinách bez metastáz v axilárních uzlinách (N2b).
N3	Metastázy ve stejnostranných infraklavikulárních uzlinách (N3a), nebo ve stejnostranných vnitřních mamárních uzlinách v přítomnosti klinicky evidentních metastáz v axilárních uzlinách (N3b), nebo v stejnostranných supraklavikulárních uzlinách (N3c).
M	Vzdálené metastázy
MX	Vzdálené metastázy nelze hodnotit.
M0	Nejsou vzdálené metastázy.
M1	Vzdálené metastázy přítomné.

Zdroj: ADAM, Zdeněk. *Speciální onkologie*. První vydání. Praha: Galén, 2010.

s.186, ISBN 978-80-7262-648-9

Příloha č. 8

Ošetřovatelská anamnéza

Ošetřovatelský záznam

Jméno a příjmení: A. B.
Věk: 60 let
Vyznání: —
Povolání: zdravotní sestru
Národnost: česka
Osoba, kterou lze kontaktovat: manžel
Oslovení: Pani

Datum přijetí: 2.1.2012
Hlavní důvod přijetí: plánovaný výkon tumorrektomie maminky
Datum a kam propuštěn: 6.1.2012, domů

Lékařská diagnóza:
1. karcinom prsu - dolní zóna, evokovat
2. hypertenze
3.
4.

Jak je nemocný informován o své diagnóze? nemocný zna o svou diagnózu

Osobní anamnéza: Běžně děláke namoci
Hysterektomie - 2002, cholecystektomie 1990, Apandektomie 1992

Zodiakální anamnéza: Otec t. 49 let - CMP, rakovina Hruštko strava
Motek t. 84 let - ICHS, karcinom prsu, cirhóza jater, DM2
Bratr - karcinom prostaty
vyšetření genologického vyšetření

Terapie: tumorrektomie maminky
analgetika dle VAS
rehabilitace

Důležité informace o stavu nemocného: pacientka je stabilizována,
spolapravena je, orientována, při vědomí

Alergie: jídlo Ano pokud ano, které
 léky Ano pokud ano, které
 jiné Ano pokud ano, které

Zdroj: 1LF UK

nemocný má u sebe tyto léky *A*

poučení, že je nemá brát Ano Ne
Jak je má brát Ano Ne

psychický stav (vědomí, orientace, neklid, nálada) *při vědomí, orientována,
klidná, spolupracuje*

sociální situace (bydlení, příbuzní, kontakt se sousedy, sociální pracovníci...)

Bydlí v bytě s manželkou

k pacient vnímá svou nemoc a hospitalizaci, co očekává :

1. Proč jste přišel do nemocnice (k lékaři) ? *č. plánované operaci*
2. Co si myslíte, že způsobilo vaši nemoc? *neví*
3. Změnila tato nemoc nějak váš způsob života? Pokud ano, jak? *zatím ne*
4. Co očekáváte, že se s Vámi v nemocnici stane? *odoperuje se nádor*
5. Jaké to pro Vás je být v nemocnici? *snáší to dobře*
6. Jak dlouho tu podle Vás budete? *5 dní*
7. S kým doma žijete? Je na Vás někdo závislý? *s manželkou, nitelo
nemí závislý*
8. Kde je pro Vás nejdůležitější (nejbližší) člověk? *manžel*
9. Jaký dopad má vaše přijetí do nemocnice na Vaši rodinu? *žádný*
10. Může Vás někdo z rodiny (nebo blízkých) navštěvovat? *ano, všichni*
11. Co děláte rád ve volném čase? *kvůli zdravotní, čte si*
12. Jak očekáváte, že se vám bude po propuštění doma dařit? *doufá, že dobře*

Zdroj: 1LF UK

- Potřebujete pomoc při čištění zubů? Ano Ne
- Máte obvyklé kůži suchou mastnou normální
- Pokud máte problémy, jak si ošetřujete doma pleť?
- Potřebujete pomoc při koupání? Ano Ne
- Kdy se obvykle koupáte? ráno odpoledne večer je těžké

Hodnocení sestry: *Pacientka je lehce závislá dle Bartel test (90b.)*

3. Bezpečí

a) lokomotorické funkce

- Máte potíže s chůzí? Ano Ne
- pokud ano, upřesněte:
- Měl jste potíže s chůzí už před přijetím? Ano Ne
- pokud ano, upřesněte:
- Řekl Vám zde v nemocnici někdo, abyste nechodil? Ano Ne
- pokud ano, upřesněte:
- Očekáváte nějaké problémy s chůzí po propuštění? Ano Nevím
- pokud ano, jak očekáváte, že je zvládnete?

b) zrak

- Máte nějaké potíže se zrakem? Ano Ne
- pokud ano, upřesněte: *dalekozrakost*
- Nosíte brýle? Ano Ne
- pokud ano, máte s nimi nějaké problémy? *ne*

c) sluch

- Slyšíte dobře? Ano Ne
- Pokud ne, užíváte naslouchadlo? Ano Ne
- Jak jinak si pomáháte, abyste rozuměl?

Hodnocení sestry: *Pacientka používá brýle jen na čtení*

4. Strava/dutina ústní

- a) Jak vypadá váš chrup? *dobry* vadný
- Máte zubní protézu? horní dolní *žádnou*
- Dělá Vám stav Vašeho chrupu při jídle potíže? Ano Ne
- pokud ano, upřesněte:

Zdory: 1LF UK

- Máte rozbolavělá ústa?
pokud ano, ruší Vás to při jídle? Ano Ne

b) Myslíte, že máte tělesnou váhu přiměřenou? Ano Ne
- pokud vyšší (o kolik?) 5 kg
- Pokud nižší (o kolik?)

c) Změnila se Vaše váha v poslední době? Ano Ne
- pokud ano, o kolik kg jste zhubnul přibral

d) Změnila nemoc Vaši chuť k jídlu? Ano Ne
- Co obvykle jíte?

- Je něco, co nejíte? Ano Ne
- Pokud ano, co a proč?

- Máte zvláštní dietu? Ano Ne
- Pokud ano, jakou?

- Měli jste nějakou dietu, než jste přišel do nemocnice? Ano Ne
- Pokud ano, upřesněte

- Co by mohlo Vaš problém vyřešit?

- Čekáte, že po návratu z nemocnice budete mít speciální dietu? Ano Ne
- Pokud ano, očekáváte, že ji budete schopni dodržovat?

ocení sestry: *Pacientka nemá problémy se stravou.*

Tekutiny

- Změnil jste příjem tekutin, od té doby, co jste onemocněl?

Zvýšil snížil nez~~měnil~~

- Co rád pijete?

~~voda~~ mléko ovocné šťávy
~~káva~~ ~~čaj~~ nealkoholické nápoje

- Co nepijete rád? *pivo*

- Kolik tekutin denně vypijete? *asi 2 l*

- Máte k dispozici dostatek tekutin? Ano Ne

ocení sestry: *Pacientka nemá problémy s tekutinami.*

Zdorj: 1LF UK

6. Vyprazdňování

a) Střeva

- Máte obvykle normální ~~stolici~~ zácpu průjem
- Jak často chodíte obvykle na stolici? 1 x denně
- Kdy se obvykle vyprazdňujete? odpoledne
- Berete projímadlo? pravidelně často příležitostně nikdy
- Pomáhá Vám něco, abyste se vyprazdnil? Ano Ne
Pokud ano, co je to?
- Máte nyní problémy se stolicí? Ano Ne
Pokud ano, jak by se daly řešit?

b) Močení

- Měl jste potíže s močením před příchodem do nemocnice? Ano Ne
Pokud ano, upřesněte
Jak jste je zvládal/a?
- Co by Vám pomohlo řešit potíže s močením v nemocnici?
- Očekáváte potíže s močením po návratu z nemocnice? Ano Ne
Pokud ano, myslíte, že to zvládnete?
- Hodnocení sestry: *Pacientka nemá problémy s vyprazdňováním.*

7. dýchání

- Měl jste před onemocněním nějaké problémy s dýcháním? Ano Ne
Pokud ano, upřesněte
- Měl jste potíže před příchodem do nemocnice? Ano Ne
Pokud ano, upřesněte
Jak jste je zvládal/a?
- Máte nyní potíže s dýcháním? Ano Ne
Pokud ano, co by Vám pomohlo?
- Očekáváte, že budete mít potíže po návratu domů? Ano Nevim
Pokud ano, zvládnete to?
- Kouříte? Ne
Pokud ano, kolik? 5 cigaret/den
- Hodnocení sestry: *s dýcháním nemá pacientka problémy*

Zdorzj: 1LF UK

8. Kůže

- Pozorujete změny na kůži? Ano Ne
- Svědí Vás kůže? Ano Ne Někdy

Hodnocení sestry: *Pacientka nemá problémy s kůží.*

9. Aktivita, cvičení, záliby

- Chodíte do zaměstnání? Ano Ne
Pokud ano, co děláte? *edukovatní sestru*

- Máte potíže pohybovat se v domácnosti? Ano Ne

- Máte doporučeno nějaké cvičení? Ano Ne
Pokud ano, upřesněte: *rehabilitace po operaci prsu*

- Víte, jaký je Váš pohybový režim v nemocnici? Ano Ne

- Jaké máte záliby, které by Vám vyplnily volný čas v nemocnici? *čtení, třížovky*

- Můžeme něco udělat v jejich uskutečnění? *ne*

Hodnocení sestry: *Pacientka v nemocnici rehabilituje, volný čas vyplňuje čtením a luštěním třížovek.*

10. Sexualita (otázky závisí na tom, zda pacient považuje za potřebné o tom mluvit)

- Způsobila Vaše nemoc nějaké změny ve Vašem pohlavním životě? Ano Ne
Pokud ano, upřesněte:

- Očekáváte, že se Váš pohlavní život změní po odchodu z nemocnice? Ano Ne
Pokud ano, upřesněte:

Hodnocení sestry: *Pacientka neočekává změny v sexuálním životě.*

Různé

- Jakou školu jste ukončil? *střední zdravotnická škola*

- Očekáváte, že se po odchodu z nemocnice změní Vaše role manžela (manželky), otce (matky), nebo jiné sociální vztahy? Ano Ne
Pokud ano, upřesněte:

- Jak velká je Vaše rodina?
- S kým společně žijete? *s manželem*
- Kdo se o Vás může postarat? *manžel, děti*

Zdroj: 1LF UK

- V jakém bytě žijete? *byť b+1*
- Máte dostatek informací o Vašem léčebném režimu? Ne
- Máte dostatek informací o nemocničním režimu? Ne
- Máte nějaké specifické problémy týkající se Vašeho pobytu v nemocnici? *ne*
- Chcete mi ještě něco říci, co by nám pomohlo v ošetrovatelské péči? *ne*

Hodnocení sestry: *Pacientka má dobré sociální zázemí!*

Jak sestra nemocného souhrnně vidí




Snaží se odpovídat	Odpovídá váhavě
Neptá se	Mlčenlivý
Hebouný	Společákuje
Úzkostlivý	Vyděšený
Nejistý	Nedůvěřivý
Rozzlobený	Smutný
Rychle chápe	Pomalu chápe
Nechápe	Aktivní
Přizpůsobivý	Nepřizpůsobivý
Psychicky stabilní	Psychicky labilní
Dobře se ovládá	Špatně se ovládá

Shrnutí závěrů důležitých pro ošetrovatelskou péči:

- Pacientka je při vědomí, orientovaná, spolupracuje.*
- Pacientka trpí bolestmi dle VAS na stupni 3, po podání analgetiky bolest ustupuje na stupeň 1.*
- Pacientka má problémy se spaním v souvislosti s pobytem v nemocnici, po konzultaci s lékařem dostává na spaní Hypnosin.*
- Pacientka je celice zvládná dle Barthel test (90%), potřebuje pomoci s hygienou, stravou a nosnými záležitostmi.*
- Pacientka používá bytla na čtení.*
- Pacientka nemá problémy se stravou.*
- Pacientka nemá problémy s tekutinami.*
- Pacientka nemá problémy s vyprazdňováním.*
- Pacientka nemá problémy s dýcháním.*
- Pacientka nemá problémy s říší.*
- Pacientka v nemocnici rehabilituje, volný čas vyplňuje čtením a kartami trápí se.*
- Pacientka neochotná změny v sexuální životě.*
- Pacientka má dobré soc. zázemí.*



Zdroj: 1LF UK

ALTRŽIVNÍ DIAGNÓZY

Datum	Ošetrovatelská diagnóza	Cíle (krátkodobé, dlouhodobé)	Plán ošetrovatelské péče	Efekt poskytnuté péče	Podpis sestry
4.1.12	Altržní bolest praveho prsu a podpaží z důvodu operativní výhy	Pacientka bude udávat zmiňovaná bolest o 2 st. VAS do 30 min po podání analgetik p.o.	<ul style="list-style-type: none"> -pouč pacientka o účinnosti -pokřimí analgetik -aktivně se účastnit na léčbě -uvést stupně bolesti ale VAS -přijí častěji -sleduj rovnováhu plynů -podlej analgetika dle ord. úč. -zachovánuj intenzitu bolesti -sleduj účinné analgetik -doporuč účinnou polohu -slyšuj operativní výhy -odpočívaj pozicemi (TV, čtení) -odj signál. zav. na otřah 	cíl byl splněn.	
4.1.12	Porušená soběstačnost z důvodu bolesti	Pacientka bude uvést relativnítovat a tím si zvyknout soběstačnost	<ul style="list-style-type: none"> -vyhodnot Barthelemy -zajistí dopomoc -zajistí režim. cvičení -zajistí podávání pro cvičení -při bolesti podlej analgetika -léčbu pacientke uvésth léčbu -doporuč pacientke program -střech -dij účinnost pne. tlakst oběh -doporuč pne. vobore stříh -odmčeni žien s intenzivou -psu 	cíl byl splněn.	
4.1.12	strach z návratu onkologické	Pacientka je lidka, ma dostatek informací o onkologické léčbě	<ul style="list-style-type: none"> -dij účinnost pne. tlakst oběh -doporuč pne. vobore stříh -odmčeni žien s intenzivou -psu 	cíl byl splněn.	

Zdroj: 1LF UK

POTENCIONÁLNÍ 'DIAGNÓZY

Datum	Ošetrovatelská diagnóza	Cíle (kritické, dlouhodobé)	Plán ošetrovatelské péče	Efekt poskytnuté péče	Podpis sestry
4.1.12	Riziko TEN z důvodu opožděného vyšetření	Minimalizovat riziko vzniku TEN	<ul style="list-style-type: none"> - Počet pacientů o věku TEN a nutnosti pumace TEN - Apility, nifedipin, nifedipin - Apility, eluvice, pumace - Sledy, měsíce, pumace, TEN - Může pac. vidět zrakem svalstvo dolních končetin - Kontrahy, Fyziol. Ten - Měsí signifikantem, zářivá abnorm. pac. - Při změně stavu informuj lékaře 	Cíl byl splněn.	
4.1.12	Riziko vzniku infekce z důvodu poruchy integrity kůže	Minimalizovat riziko vzniku infekce	<ul style="list-style-type: none"> - Počet Pac. o věku TEN, vzniku infekce a jejich přeznání - Sledy, vany a jejich otok - Sledy, příznaky infekce - Průtoky, de, potrubí a průtoky, pravděpodobně a správně - Sledy, hygiena, opoždění, veziv, ošetrovaní - Sledy, de, pac. z důvodu jeho imunity, a barvy - Může T. ote om. ac. - Informuj lékaře přiznání infekce 	Cíl byl splněn.	

Zdorj: 1LF UK

Příloha č. 9

Barthel test

Barthel test základních všedních činností. (ADL-activity daily living)

	Činnost:	Provedení činnosti:	Bodové skóre
01.	Najedení, napití	Samostatně bez pomoci	10
		S pomocí	05
		Neprovede	00
02.	Oblékání	Samostatně bez pomoci	10
		S pomocí	05
		Neprovede	00
03.	Koupání	Samostatně nebo s pomocí	05
		Neprovede	00
04.	Osobní hygiena	Samostatně nebo s pomocí	05
		Neprovede	00
05.	Kontinence moči	Plně kontinentní	10
		Občas inkontinentní	05
		Trvale inkontinentní	00
06.	Kontinence stolice	Plně kontinentní	10
		Občas inkontinentní	05
		Inkontinentní	00
07.	Použití WC	Samostatně bez pomoci	10
		S pomocí	05
		Neprovede	00
08.	Přesun lůžko-židle	Samostatně bez pomoci	15
		S malou pomocí	10
		Vydrží sedět	05
		Neprovede	00
09.	Chůze po rovině	Samostatně nad 50 metrů	15
		S pomocí 50 metrů	10
		Na vozíku 50 metrů	05
		Neprovede	00
10.	Chůze po schodech	Samostatně bez pomoci	10
		S pomocí	05
		neprovede	00

Hodnocení stupně závislosti

906.

Hodnocení:	Závislost	Body
	Vysoce závislý	00 – 40 bodů
	Závislost středního stupně	45 – 60 bodů
	Lehká závislost	65 /95 bodů
	nezávislý	96 – 100 bodů

Zdroj: TRACHTOVÁ, Eva. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu.*

Druhé nezměněné. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2001. s. 23. ISBN 80-7013-324-8.