Zdravotně sociální fakulta
Faculty of Health and Social Sciences

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
University of South Bohemia in České Budějovice

Ošetřovatelská péče o ženy po ablaci prsu z pohledu žen

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: OŠETŘOVATELSTVÍ

Autor: Kristýna Tóthová

Vedoucí práce: Mgr. Alena Polanová

České Budějovice 2017

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem Ošetřovatelská péče o ženy po ablaci prsu z pohledu žen jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské/diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby bakalářské/diplomové práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské/diplomové práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 02. 05. 2017 .....

Kristýna Tóthová

Poděkování

Ráda bych poděkovala vedoucí bakalářské práce paní Mgr. Aleně Polanové za odborné vedení, cenné rady a velmi vstřícnou spolupráci při zpracování práce.

Současně děkuji všem ženám za jejich ochotu a věnovaný čas při poskytování rozhovorů.

Ošetřovatelská péče o ženy po ablaci prsu z pohledu žen

Abstrakt

Název práce:

Ošetřovatelská péče o ženy po ablaci prsu z pohledu žen

Základní teoretická východiska:

V současné době je karcinom prsu jedním z nejzávažnějších nádorových onemocnění u žen. Jde o onemocnění velmi závažné, proto je nutné těmto ženám věnovat zvýšenou pozornost. Tato bakalářská práce se věnuje ženám, které podstoupily ablaci prsu. Je zaměřena na subjektivní pohled pacientek na předoperační a pooperační péči.

V teoretické části je zmíněná anatomie, druhy karcinomu prsu, příčiny a klinické projevy karcinomu prsu. V další části je zmíněna prevence, prognóza, diagnostika a léčba karcinomu prsu. Následující kapitoly se věnují předoperační a pooperační ošetřovatelská péči o ženy po ablaci prsu. V poslední kapitole jsou zmíněny podpůrné skupiny a jejich činnost.

Empirická část zahrnuje výsledky výzkumného šetření, které se zabývá předoperační a pooperační ošetřovatelskou péčí o ženy po ablaci prsu z pohledu žen a informovaností o podpůrných skupinách. Ke zpracování dat byl použit kvalitativní výzkum. Jako metoda výzkumného šetření byl zvolen polostrukturovaný rozhovor a ženám bylo položeno 18 otázek. Rozhovory byly nahrány, přepsány do textové podoby a následně byly kategorizovány a analyzovány.

Tato bakalářská práce byla psána tak, aby přinesla základní přehled ošetřovatelské péče o ženy po ablaci prsu. Jako výstup bakalářské práce je návrh na příručku pro všeobecné sestry (ošetřující personál), které pečují o ženy po ablaci prsu.

Klíčová slova

Onkologie; karcinom prsu; ablace prsu; ošetřovatelská péče; podpůrné skupiny.

Nursing care for the women after breast ablation from the point of view of the women

Abstract

Name of the thesis:

Nursing care for the women after breast ablation from the point of view of the women

Theoretical basis:

Recently, the breast carcinoma is one of the most severe cancers affecting women. It is very serious disease, therefore it is necessary to give these women increased attention. This bachelor thesis focuses on the women, who underwent the breast ablation. It is focused on the subjective view of the patients on the pre-surgery and post-surgery care.

In the theoretical part of the thesis, the anatomy, the kinds, the causes and clinical signs of the breast carcinoma are mentioned. In the other part the prevention, the prognosis, the diagnosis and the cure of breast carcinoma is mentioned. Following chapters deal with the pre-surgery and post-surgery nursing care for the women who undergo breast ablation. In the last chapter, the support groups and their functions are mentioned.

The empirical part of the thesis includes the results of research survey, which deals with pre-surgery and post-surgery nursing care for the women after breast ablation – from the point of view of the women – and also with the awareness of support groups. A qualitative research was used to process the data. As the method of research survey was chosen a half-structured interview, women were asked 18 questions. The interviews were recorded, rewritten to written form and then categorised and analysed.

This bachelor thesis was written in a certain way, to bring basic overview of the nursing care for the women after breast ablation. The result of this bachelor thesis is a proposal for a manual for general nurses (the treating personnel), who treat the women who underwent breast ablation.

Key words

Oncology; breast carcinoma; breast ablation; nursing care; support groups.

Obsah

Úvod ... 9
1 Současný stav ... 10
1.1 Anatomie prsu ... 10
1.2 Druhy nádorů prsu ... 11
1.2.1 Benigní nádory ... 11
1.2.2 Maligní nádory ... 12
1.3 Příčiny karcinomu prsu ... 13
1.4 Klinické projevy karcinomu prsu ... 13
1.5 Prevence karcinomu prsu ... 14
1.5.1 Primární a sekundární prevence ... 14
1.5.2 Terciální a kvartérní prevence ... 15
1.6 Prognóza karcinomu prsu ... 15
1.7 Diagnostika karcinomu prsu ... 16
1.7.1 Anamnéza ... 16
1.7.2 Fyzikální vyšetření ... 17
1.7.3 Laboratorní vyšetření ... 17
1.7.4 Speciální diagnostická vyšetření ... 18
1.8 Druhy léčby karcinomu prsu ... 19
1.8.1 Chirurgický zákrok ... 19
1.8.2 Radioterapie a chemoterapie ... 20
1.8.3 Hormonální léčba ... 21
1.9 Ošetřovatelské péče o ženy před a po ablaci prsu ... 21
1.9.1 Komunikace se ženami po ablaci prsu ... 22
1.9.2 Předoperační péče u žen před ablací prsu ... 23
1.9.3 Pooperační péče o ženy po ablaci prsu ... 24
1.10 Podpůrné skupiny pro ženy s karcinomem prsu ... 27
2 Cíle práce a výzkumné otázky ... 29
2.1 Cíle práce ... 29
2.2 Výzkumné otázky ... 29
2.3 Operacionalizace ... 29
3 Metodika ... 30
3.1 Metody získávání a vyhodnocování dat ... 30

3.2 Charakteristika výzkumného souboru 30
4 Výsledky 32
4.1 Kategorizace výsledků rozhovorů se ženami po ablaci prsu 32
5 Diskuze 39
6 Závěr 50
7 Seznam použitých zdrojů 52
8 Přílohy 56

Úvod

Bakalářská práce se věnuje ošetřovatelské péči o ženy po ablaci prsu z pohledu žen. Hlavním důvodem, proč jsem si zvolila tématiku ošetřovatelské péče o ženy po ablaci prsu, je skutečnost, že bych do budoucna chtěla pracovat na onkologickém oddělení.

V současné době je karcinom prsu jedním z nejzávažnějších nádorových onemocnění u žen. Díky včasné diagnostice a včasné léčbě stále více žen i po zjištěné rakoviny prsu žije plnohodnotným životem. Ablace prsu bývá součástí celkové léčby rakoviny prsu. Je to nepříjemná a náročná operace, kdy je pacientce odstraněn prs nebo jeho část. Tento výkon může poškodit ženu i psychicky. Většina žen, které podstoupí mastektomii, potřebuje dokonalou lékařkou, tak i ošetřovatelskou péči. Sestra by měla mít odborné vědomosti o dané problematice, znát ošetřovatelské postupy, efektivně komunikovat, umět navázat s pacientkou terapeutický vztah a být oporou v její nelehké životní situaci.

Bakalářská práce je rozdělena na část teoretickou a empirickou. V teoretické části je zmíněná anatomie, druhy karcinomu prsu, příčiny a klinické projevy karcinomu prsu. Práce se dále zabývá prevencí, prognózou, diagnostikou a léčbou karcinomu prsu. Následující kapitoly se věnují předoperační a pooperační ošetřovatelská péči o ženy po ablaci prsu. V poslední kapitole jsou zmíněny podpůrné skupiny a jejich činnost.

V empirické části jsou popsány výsledky získané prostřednictvím kvalitativního výzkumu. Cílem bakalářské práce bylo zmapovat ošetřovatelskou péči předoperační a pooperační u žen po ablaci prsu. Na základě dalšího stanoveného cíle byla zjišťována informovanost o podpůrných skupinách žen. Informace byly získávány prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů. Získaná data byla převedena do písemné podoby a zpracována metodou „tužka a papír“. Získané údaje byly kategorizovány a analyzovány.

Jako výstup bakalářské práce je návrh na příručku pro všeobecné sestry (ošetřující personál), které pečují o ženy po ablaci prsu.

1 Současný stav

Karcinom prsu je nejčastějším nádorovým onemocněním u žen v České republice. S věkem žen stoupá i riziko onemocnění. U mladých žen se nádorové onemocnění prsu vyskytuje ojediněle. U žen kolem padesátého roku se diagnostikuje nejčastěji. Rakovina prsu postihuje i muže, ale jen zřídka. Poměr tohoto onemocnění mezi ženami a muži je 100:1. Nádor prsu může být benigního i maligního charakteru (viz podkapitoly 1.2.1 a 1.2.2). Je známo, že nejvyšší výskyt tohoto onemocnění je ve vyspělých zemích, jako je Amerika nebo Evropa. V Evropě se karcinom prsu objevuje častěji na západě, na východě je výskyt až pětinásobně menší (Valenta, 2007). V rámci výzkumu se za posledních 30 let výrazně zvýšil počet žen, u kterých bylo diagnostikováno nádorové onemocnění prsu. K častější diagnostice přispívá zejména zodpovědný přístup žen k prevenci. Jedná se zejména o samovyšetřování prsů a pravidelné prohlídky u svého gynekologa. Dochází tak ke včasnému diagnostikování nádoru a brzkému zahájení léčby, které snižuje úmrtnost. Každý rok je u žen v České Republice diagnostikováno nádorové onemocnění prsu v 6500 případech. V roce 2013 bylo celosvětově léčeno 70 000 žen s karcinomem prsu, kterým již v minulosti bylo nádorové onemocnění prsu diagnostikováno. V roce 2003 bylo zaznamenáno jen 44000 takových případů. Léčba karcinomu prsu je tedy v současné době velmi úspěšná (Dušek et al., 2005).

Podle části prsu, ze které nádor vyrůstá, rozlišujeme duktální a lobulární karcinom. Duktální karcinom vyrůstá z buněk mlékovodů, zatímco lobulární vzniká z buněk mléčných lalůčků. Nádory se dále dělí podle povahy růstu na invazivní (rychlý) a neinvazivní (pomalý). Nejvíce vyskytovaným karcinomem prsu u nás je invazivní duktální karcinom. Invazivní duktální karcinom se vyskytuje ve více než 70 % zaznamenaných případů (Slezáková et al., 2010).

1.1 Anatomie prsu

Prs (mamma) je párový orgán. Jeho základní částí je mléčná žláza a tukový polštář. Mléčná žláza se vyvíjí z ektodermu v oblasti IV. mezižebří medioklavikulární roviny. Mléčná žláza se skládá z 15-20 laloků, které jsou složeny z menších lobulů. Lobule se spojují do společného mlékovodu, jenž ústí do středu bradavky, tzv. prsního dvorce. V období kojení produkují mléko (Slezáková et al., 2010). Tuková tkáň vyplňuje prostor mezi laloky a okolí mlékovodu. Na povrchu mammy se nachází prsní bradavka a prsní dvorec. Prsní žlázy jsou velmi dobře zásobeny lymfou a krví. Mízní uzliny

fungují jako filtr a korigují zásobení mléčné žlázy lymfou. Složitý systém lymfatických uzlin a cév pro zásobení mléčné žlázy se skládá z uzlin v podpaží, uzlin podklíčkových, mezisvalových a mezižeberních (Abrahamová et al, 2009). Cévní zásobení je ze tří zdrojů. První z nich je arteria thoracica interna, která přechází v arteria subclavia a u konce se rozdvojuje na arteria musculophrenica a arteria epigastrica superior. Další arteria thoracica lateralis a poslední cévní pleteň je ze čtyř mezižeberních tepen, které ústí do prsní bradavky tzv. Pietova papilární tepna. Cévy zásobují zejména svaly v okolí prsu. Základní svalovou soustavou prsu je m. pectoralis major (velký prsní sval), m. pectoralis minor (malý prsní sval), m. serratus anterior (přední pilovitý sval), m. rectus abdominis (přímý břišní sval), m. obligus externus abdominis (zevní šikmý břišní sval) a m. latissimus dorsi (široký zádový sval). Další důležitou součástí je nervový systém, zejména nervus thoracicus longus, který při poranění může způsobit dočasnou parézu horní končetiny. Pod mammou se nachází submammární rýha. Prsa žen v průběhu života prochází změnami, které jsou podmíněny hormony. Nejvýraznější jsou to změny v období pubescence, těhotenství, kojení a v období klimakteria, kdy prsa prochází tvarovou, hmotnostní a velikostní změnou (Coufal, 2011).

1.2 Druhy nádorů prsu

1.2.1 Benigní nádory

Do skupiny benigních (nezhoubných), nádorů patří fibrózní cystická mastopatie, fibroadenom, fyloidní nádor, intraduktální papilom a mastitis (Valenta, 2007).

Fibrózní cystická mastopatie je hormonální onemocnění, pří kterém se z vazivových tkání mléčných žláz tvoří cysty. Mastopatie se vyskytuje až u 50 % žen. Mléčná žláza je při nahmatání zduřelá, v podobě bulky či hrudky. Zejména v období před menstruací se projevuje citlivostí a bolestivostí prsou. K léčbě se používají především hormonální přípravky, zejména progesteron nebo antiestrogen, které se indikují v období před menstruací (Valenta, 2007).

Fibroadenom je pohyblivý, ohraničený nádor. Nepřesahuje velikost 5 cm. Nejčastější výskyt je u žen do 30 let. V období gravidity se nádor vlivem hormonů může zvětšit až na 15 cm, zatímco v období menopauzy se nádor spíše zmenšuje. Fyloidní nádor nevytváří metastázy, ale velmi rychle roste. Po odstranění často dochází k recidivě. Léčba je především chirurgická. Operativně se odstraňuje nádor nebo i celý prs (Valenta, 2007).

Intraduktální papilom je nádor menší velikosti, který je lokalizován v mléčném vývodu. Projevuje se nejčastěji výtokem z bradavky (Kobilková et al., 2005). Kvůli náročnosti přesné diagnostiky, zda se jedná o benigní či maligní nádor, je doporučována mastektomie (Valenta, 2007).

Mastitis je zánět mléčné žlázy, jenž se nejčastěji projevuje u kojících matek v šestinedělí. Charakteristickým příznakem je zatvrdlá, zarudlá a bolestivá boule na prsu, kterou mnohdy provází zvýšená teplota či horečka. Častěji se vyskytuje akutní forma než chronická. Základní léčba spočívá v znehybnění (stáhnutí) prsou a podání antibiotik (Valenta, 2007).

1.2.2 Maligní nádory

Maligní nádory (karcinomy) jsou známé tím, že se rychle šíří do okolí a vytvářejí metastázy. Jedná se o velmi závažné onemocnění, u kterého je nutná včasná diagnostika a léčba (Vorlíček et al., 2006).

Existují tři druhy růstu nádoru. První druh růstu je expanzivní. Projevuje se mechanickým útlakem do okolní tkáně, která následně odumírá. Druhým typem je infiltrativní růst. Jeho podstatou je růst nádoru v prostoru mezi buňkami tkáně, ale okolní tkáň neničí. Třetí druh růstu je destruktivní. Tento růst je typický a nejčastější pro maligní nádor. Nádorové buňky se dostávají do buněk okolních tkání, které ničí či poškodí a působí destruktivně (Vorlíček et al., 2006).

Maligní nádor se rozšiřuje pokračujícím místním růstem (postihuje i rozsáhlé partie těla), metastázemi lymfatických cest (nádorové buňky postihují lymfatické cesty, které následně ústí do krevního systému) nebo hematogenními metastázemi (Vorlíček et al., 2006).

Kategorizace zhoubných nádorů, dále jen TNM, se rozděluje dle buněčné struktury, lokalizace nádoru a podle vlastnosti nádoru. Existuje mezinárodní klasifikační systém, který hodnotí rozsah nádorového onemocnění. Hlavní záměr TNM systému je léčba, prognóza, vyhodnocení léčby, komunikace mezi lékaři a využití zkušeností při výzkumu maligních nádorů (Vorlíček et al., 2006).

TNM kategorizace vymezuje anatomický rozsah onemocnění ve třech třídách. První třída T určuje rozsah nádoru. Především se vymezuje palpační metodou a dalšími zobrazovacími technikami (například mamograf, sonograf nebo ultrazvuk). Druhá třída N určuje, v jakém stavu jsou axilarní uzliny, jejich velikost a vztah k okolní tkáni. Třetí třída M zaznamenává, zda jsou či nejsou přítomny metastázy. Ke každé třídě se dle

rozsahu přiřadí číslo nebo písmeno. Vyšší číslo znamená vyšší rozsah nebo šíření nádoru. Při použití symbolu X za danou třídou, není dostatek informací o šíření a rozsahu. Je nutno podstoupit určitá vyšetření, která určí informace o nádorovém bujení (Vorlíček et al., 2007).

1.3 Příčiny karcinomu prsu

Příčiny vzniku nejsou zcela známé, ale existují faktory, které mohou být rizikovými pro vznik onemocnění karcinomu prsu (Slezáková et al., 2010). Toto onemocnění mohou ovlivnit vnitřní, vnější a genetické faktory (Vorlíček et al., 2007).

Vnitřní predispozice je zejména genetická. Nejčastější výskyt je v rodinné linii, a to z matky na dceru nebo matčiny sestry. Pokud se v rodinné anamnéze objevil karcinom prsu, ženy jsou více sledovány a kontrolovány než ženy, u kterých se familiární linie nádorového onemocnění nevyskytuje. Mezi vnitřní vlivy patří i pohlaví, rasa, imunologické a hormonální přeměny. Dále velký vliv na výskyt karcinomu prsu má menstruace v útlém věku nebo pozdní menopauza. Zvýšené riziko představují ženy, které nikdy nerodily, ale i ženy, které rodily po 35. roce života (Slezáková et al., 2010).

Hlavním vnějším faktorem je životní styl ženy. Ženy, které kouří a konzumují alkohol, jsou náchylnější k onemocnění karcinomu prsu. Nedostatek pohybu a obezita má také vliv na výskyt tohoto onemocnění. Další nemoc, která zvyšuje výskyt karcinomu prsu v populaci, je diabetes mellitus, nejčastěji 2. typ. U těchto žen je výskyt až čtyřikrát vyšší z důvodu vysoké hladiny C – peptidu, uvádí autorka Anne McTiernan© (2010). Samozřejmě jsou v ohrožení ženy, u kterých se již v minulosti vyskytl benigní nádor prsu. Hormonální terapie v menopauze je dalším rizikovým faktorem pro vznik nádorového onemocnění (Slezáková et al., 2010).

1.4 Klinické projevy karcinomu prsu

Zprvu jde o nebolestivou nenahmatatelnou bulku, která se neprojeví na zdravotním stavu ženy. Postupem času, vlivem růstu nádoru, se může objektivně projevovat vtahováním kůže. Bulka je v prsu je fixována a při zvednutí paže se kůže vtáhne. Důlkovatěním na prsu vznikají viditelné jamky. Nádor se může projevovat nesouměrností prsou, která je viditelná zejména při upažování, kdy se zdravé prso hýbe dynamicky a pružně, zatímco u nemocného prsa jsou viditelné zábrany a staženiny. Dalším projevem může být zploštění nebo vtažení bradavky. Také by se neměl podceňovat výměšek z bradavky, který může signalizovat nádor. Zarudlá, teplá kůže

často bývá známkou zánětu prsu. Zároveň je možné, že se jedná o zánětlivý karcinom. Nádor by se také mohl projevovat rozšířenou žilní pletení nebo zvředovatěním (Nejsi na to sama, ©2015). Při pozdním záchytu jsou dalším klinickým projevem metastázy do kostí, plic, pohrudnice, často také do mozku a vaječníků. Za nespecifický příznak nádorového onemocnění bývá považován výrazný pokles tělesné hmotnosti. V prvotních fázích žena prožívá velké psychické napětí, které způsobuje pocit beznaděje, úzkosti, deprese a bezmocnost (Repková, 2006).

1.5 Prevence karcinomu prsu

1.5.1 Primární a sekundární prevence

V současné době stále není znám jednoznačný vznik karcinomu prsu, proto se nedá této nemoci stoprocentně zabránit. Přesto je možné v rámci *primární prevence* vznik onemocnění ovlivnit. Důležitým faktorem prevence nádorového onemocnění je zdravý životní styl, vhodná strava, dostatek pohybu a odpočinku. Je tedy důležité omezit rizikové faktory jako je kouření, užívání alkoholu, drog, obezita, stres, málo pohybu. V rámci primární prevence se také doporučuje naplánovat první těhotenství do třiceti let a následné kojení půl roku (Repková, 2006).

Hlavním cílem *sekundární prevence* je včasné odhalení nádorového onemocnění a zamezení jeho rozvoje. Důležité je věnovat pozornost signálům, které mohou být varováním pro nádorové onemocnění. Nejčastějším příznakem u nádorového onemocnění prsu je objevení bulky na prsu nebo zvětšení axilárních uzlin. Pokud žena nějakou změnu zjistí, měla by ihned navštívit svého gynekologa. Ve zdravotnictví jsou programy, které podporují sekundární prevenci. Jedná se zejména o mamografický skríning, vyšetření ultrazvukem, magnetická rezonance a poradny pro choroby prsu. Mamografický skríning je rentgenové vyšetření prsu. Jeho hlavní cíl je včasné diagnostikování ještě nenahmatatelné léze. Další metody sekundární prevence jsou samovyšetření prsu a vyšetření lékařem (Sovová, 2006).

Samovyšetření prsu je zcela jednoduché, nenáročné a nebolestivé. Doporučuje se realizovat alespoň 1x za měsíc. Provádí se ve stoje před zrcadlem a následně vleže. Nejvhodnější je období, kdy končí menstruace, nebo nejdéle sedm dní po menstruaci. Vyšetřují se obě prsa. Zprvu žena pohledem zjistí, zda nedochází k patologickým změnám na povrchu levého i pravého prsu. Všímá si zejména vpáčení bradavek a souměrnosti prsou. Druhým krokem lze odhalit bouličku či hrudku v prsu. Žena při

samovyšetření pohybuje prsty od dvorce kolem celého prsu ve směru hodinových ručiček. Pozornost také věnuje pažní jamce, kde může pohmatem objevit zvětšené uzliny, které mohou signalizovat nádorové onemocnění. Stejnou techniku zopakuje i na druhém prsu. V dalším kroku žena uchopí bradavku mezi prsty a sleduje, zda z ní nevytéká sekret nebo jestli nejsou změny v okolí bradavky. Poslední krok vyšetření se provádí vleže, kdy dojde k rozlití prsou. Pravou ruku žena položí za hlavu a levou rukou si prohmatá pravé prso ve stejném krouživém pohybu jako ve stoje. Stejný postup pak provede vleže i na druhé straně (Sovová, 2006).

1.5.2 Terciální a kvartérní prevence

Terciální prevence má význam ve sledování nemocných s vyléčeným nádorovým onemocněním. Jejím cílem je včas odhalit návrat nemoci, která již byla zaléčena nebo u které již vymizely příznaky. K zajištění terciální prevence významně přispívá soustavná péče o ženu, která dochází v pravidelných intervalech na prohlídky ke svému gynekologovi a onkologovi (Pospíšilová, 2015).

Kvartérní prevenci můžeme označovat jako terminální péči o pacientku, která se nachází ve stádiu nemoci, kdy, již byly vyčerpány všechny možnosti onkologické léčby a zbývá pouze léčba symptomatická. Důležitou součástí této péče je zajištění důstojného a bezbolestného umírání pacientky (Pospíšilová, 2015).

1.6 Prognóza karcinomu prsu

Postižené axilové uzliny a jejich počet nosí základní informace o tom, zda bude prognóza pro pacientku pozitivní, či nikoli. Pokud nejsou zasaženy uzliny v axile, ženy přežívají až pět let v 83 % případech. Jsou- li zasaženy tři uzliny, pak se snižuje přežití na 73 %. Pokud jsou postiženy více než tři uzliny, pak přežívá jen 28 % pacientek. Jsou i případy výskytu karcinomu v těhotenství, které jsou ve 3 % případů. Prognóza se liší dle stadia onemocnění. Pacientky po klimakteriu mají lepší prognózu (Kobilková, 2005). Pacientky, u kterých nádor metastazuje, mají průměrně dobu přežití 24 měsíců. V období pěti let bez progrese 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 (Prausová, ©2010).

Prognóza dle studií v časopise Journal of Clinical Oncology se zaměřuje na rizikové faktory a jejich vliv na onkologickou léčbu. Obézní ženy, kuřačky, či ženy s

diabetes mellitus mají až pětkrát vyšší riziko k recidivám karcinomu prsu (McTiernan, ©2010).

Ze zdrojů ÚZIS bylo v roce 1977 onemocnění karcinomem prsu zjištěno méně než 500 případů. V roce 2013 se zvýšil počet pacientek na více než 4000 (Dušek et al., 2005).

1.7 Diagnostika karcinomu prsu

Nádor si často diagnostikuje žena sama nahmatáním bulky nebo lékař při preventivním vyšetření prsou. V případě, že si žena nahmatá bulku v prsu, navštíví gynekologa, který jí zkontroluje nález na prsu. Většinou odešle pacientku na mamografické vyšetření. Mamograf je základní jednotkou při diagnostice karcinomu prsu (Zeleníková a Janíková, 2013). Diagnostika dále zahrnuje pět základních kroků v období, kdy žena nebo lékař objevili bulku v prsu. Prvním diagnostickým krokem je anamnéza, druhým krokem je fyzikální vyšetření, třetí krok spočívá v základním laboratorním vyšetření a čtvrtým krokem je speciální diagnostické vyšetření. Posledním pátým krokem je základní gynekologické vyšetření (Repková, 2006).

Diagnostické metody usnadňují stanovení diagnózy, určují stádium nemoci a hodnotí úspěšnost prozatímní léčby. Díky těmto metodám lze zjistit, zda nedochází k relapsu onemocnění. Tyto metody dále pomáhají v plánování radioterapie a zjištění komplikací (Vorlíček et al., 2006).

1.7.1 Anamnéza

Anamnéza je v překladu rozpomínání. Součástí anamnézy je osobní, pracovní, rodinná a sociální anamnéza. Je to jeden z nejdůležitějších kroků a přiblížení současného zdravotního stavu pacienta. Využívá se metoda rozhovoru. Rozhovor s pacientkou by měl být co nejdůvěryhodnější, aby nastala vzájemná interakce mezi pacientem a lékařem či sestrou a naopak (Zeman, 2011).

Osobní anamnéza se zaměřuje především na gynekologickou problematiku, dobu trvání potíží, operace gynekologického původu v minulosti, zda proběhlo období menopauzy, v kolika letech měla žena první menstruaci, kolikrát byla těhotná či nikoliv. V neposlední řadě je třeba zjistit, zda žena podstoupila interrupci či proběhly samovolné potraty. Osobní anamnéza dále obsahuje i způsob životního stylu, nemoci v dětství i v dospělosti. Dále se zabývá obtížemi pacientky, se kterými přichází k lékaři.

Zaznamenávají se i subjektivní pocity pacientky. Součástí osobní anamnézy je současná medikace pacientky (Zeman, 2011).

Do rodinné anamnézy se zapisuje zdravotní stav rodičů, sourozenců a dalších rodinných příslušníků. Otázkami klademe důraz na výskyt nádorového onemocnění v rodině (Zeman, 2011).

Sociální a pracovní anamnéza se zaměřuje na pracovní postavení, denní režim a stravování. V této anamnéze se určuje také sociální stav (zda bydlí pacientka sama, s rodinou, s partnerem, rodinná pohoda, a další) uvádí Zeman (2011).

1.7.2 Fyzikální vyšetření

Základní fyzikální vyšetření spočívá v pohledu, pohmatu, poslechu, poklepu a vyšetření per rektum (Nejedlá, 2015). Fyzikální vyšetření se provádí především palpačně a pohledem lékaře. Palpačně se určují hmatné změny na prsou. Pohmatem se vyšetřují žlázy, axily a nadklíček. Zejména se hledají zvětšené uzliny. Důležitým elementem je vyšetření pohledem, kdy se zjišťuje, zda na prsou nejsou výrazné změny jako asymetrie prsou, sekret z bradavek či zarudlý vzhled kůže (Ferko, 2015). Poslech a poklep jsou spíše doplňujícím fyzikálním vyšetřením u žen s podezřením na karcinom prsu. Patří zejména k celkovému vyšetření pacientky při příjmu. Poslech se provádí fonendoskopem. Vyšetřuje se funkce srdce a dýchacích cest (Nejedlá, 2015).

Dalším krokem je vyšetření celkového stavu pacientky. Pozorujeme vědomí, dýchání, polohu nebo postoj, chůzi, hybnost, abnormální pohyby, abnormality na kůži, vlasy, nehty, výživu, výraz tváře, čití, hlas a řeč. Vše zapisuje sestra do ošetřovatelské dokumentace. Další vyšetření jsou zaměřena na části těla – fyzikální vyšetření hlavy, hrudníku, břicha, končetin, postavení páteře a vyšetření lymfatických uzlin. V případě podezření či prokázání karcinomu prsu se zejména při fyzikálním vyšetřením zaměřuje lékař na vyšetření hrudníku a vyšetření lymfatických uzlin (Nejedlá, 2015).

1.7.3 Laboratorní vyšetření

Laboratorní vyšetření je velmi významné pro upřesnění diagnózy a rozsah onemocnění. Odebírá se požadované množství biologického materiálu, které se následně odesílají do laboratoře s řádně vyplněnou žádankou. Jedná se zejména o hematologické, biochemické a histologické vyšetření. Hematologickým vyšetřením se vyšetřuje počet erytrocytů, leukocytů, trombocytů, hematokrit, množství hemoglobinu a kostní dřeně. U maligních nádorů je důležitá sedimentace, tedy rychlost klesání

červených krvinek nesrážlivé krve, která je při tomto onemocnění mnohem rychlejší. Porucha krevního obrazu může být způsobená nádorovým onemocněním. Biochemické vyšetření krve se používá k upřesnění diagnózy, věnuje zvláště pozornost hodnotám tumorových markerů Ca 15–3 a CEA. Dalším vyšetřením je biochemické vyšetření moči a sedimentu. Histologické vyšetření se provádí po odebrání vzorku ze sentilové uzliny. Na základě tohoto vyšetření se rozhoduje o odebrání uzlin v axilární části (Slezáková et al., 2010).

1.7.4 Speciální diagnostická vyšetření

Do speciálních diagnostických vyšetření patří mamografie, galaktografie, ultrasonografie, CT vyšetření, mamotermografie, biopsie prsu, RTG hrudníku a vyšetření kostí na metastázy (Repková, 2006).

Mamografie je rentgenové vyšetření prsu, které je využíváno zejména k ranému diagnostikování rakoviny prsu. Galaktografie je RTG vyšetření mléčné žlázy, při němž je do mlékovodů vpravena kontrastní látka. Mamotermografie je termografické vyšetření prsu. Ultrasonografie je vyšetření ultrazvukem, kterým lze zkoumat neinvazivně útvary v prsu. CT vyšetření je computerová tomografie, kdy metodou rotace detektoru kolem pacienta získáme trojrozměrný údaj o tělesné soustavě v určité hloubce a zacíleného místa k diagnostice. Xeroradiografie poskytuje modré, tedy patologické znázornění mléčné žlázy, které může být příznakem karcinomu prsu. Termografie se využívá k diagnostice zánětlivého ložiska. Biopsie prsu je vyšetřeni, při němž je odebrána tkáň určená k diagnostice (Pafko, 2008).

Mamografie je RTG vyšetření prsu. Mamografie se rozděluje na klinické a skríningové vyšetření. Klinické se využívá při ložiskovém nálezu nádoru z předchozích vyšetření, zatímco skríningové vyšetření se využívá pro včasný záchyt karcinomu prsu. Dávka záření je 0,3 Gy. Jedná se o malé množství záření, které ženě neublíží. Ženám od 45 do 55 let, které jsou bez příznaků, vyšetření hradí pojišťovna jednou za dva roky (Kobilková, 2005). Provádí se v kraniokaudální (směrem shora dolů) a mediolaterární (šikmé) projekci. Šikmá projekce je prospěšnější. Znázorní část axily a prakticky celý prs. Při zajištění snímku se prs stlačuje kompresí a snímky jsou poté kvalitnější. Mamografie se provádí ve specializovaných, akreditovaných pracovištích. Kontraindikací mamografie je první trimestr gravidity. Při zjištění nálezu karcinomu prsu v těhotenství se při vyšetření využívá speciální ochranná zástěra (Krška, 2011).

1.8 Druhy léčby karcinomu prsu

Na způsobu léčby karcinomu prsu spolupracují chirurg, onkolog a radiodiagnostik. Strategie léčby se rozhoduje dle klasifikace TMN, stagingu (stadia choroby), biologicko- histologického druhu nádoru a dle genetického typu (Pafko, 2008).

Terapie onkologicky nemocných zahrnuje chirurgické a konzervativní léčení, které se zároveň mohou kombinovat. Léčba je komplexní a dle stadia a druhu nádoru se doporučí způsob léčby. Chirurgické léčení zahrnuje radikální operace a paliativní výkony. Do konzervativního léčení patří radioterapie, chemoterapie, imunoterapie, podpůrná a symptomatická léčba. Velmi důležitá je i psychologická péče (Šafránková a Nejedlá, 2006).

Léčba nádorového onemocnění je různorodá, záleží na stadiu karcinomu. Je pět stupňů stádií, které jsou označeny římskými číslicemi 0, I, II, III, IV. Stupně se liší v rámci rozšíření karcinomu, jeho velikosti a případných metastáz. 0 a I stupeň určuje nádor o velikosti menší než 2 cm. Axilové uzliny nejsou napadeny karcinogenními buňkami. II stupeň označuje nádor o velikosti větší než 2 cm. Uzliny nejsou napadeny a metastázy se také nevyskytují. Ve III stádiu onemocnění je nádor větší než 5 cm. Uzliny jsou postiženy, ale nevyskytují se metastázy. IV stupeň onemocnění se vyznačuje přítomností metastáz a nádory mají různou velikost (Kobilková,2005). V 0, I, II stadiu se především využívá léčba chirurgická. Většinou je doplněná radioterapií nebo chemoterapií. Ve III stadiu onemocnění se využívá zprvu radioterapie a chemoterapie. Jejich cílem je zmenšit nádor a poté provést chirurgický výkon. Ve IV stádiu je nutné ověření nádoru cytologicky. U žen před menopauzou je nutné vyřadit funkci ovarií, následně je doporučen postup chemoterapie nebo hormonální léčba. Tato léčba může být doplněna radioterapií a sanační mastektomií (Pafko, 2008).

1.8.1 Chirurgický zákrok

Velmi důležitá léčebná metoda při karcinomu prsu je operativní léčba. Zpravidla se provádí na začátku léčby. Je několik technik mastektomie. První z nich je radikální mastektomie podle Halsteda, dále modifikovaná radikální mastektomie podle Maddena, mastektomie simplex, konzervativní chirurgické výkony a rekonstrukční plasticko-chirurgické výkony. Radikální mastektomie spočívá v odstranění prsní žlázy, obou prsních svalů a axilárních uzlin. Při modifikované radikální mastektomii se odstraňují prsní žlázy, pektorální fascie a spádové axilární uzliny. 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. Liší se zejména rozsahem a šíří zdravé tkáně odstraněné části. Součástí konzervativního chirurgického výkonu je odstranění i axilárních uzlin. Do konzervativního výkonu patří lumpektomie, segmentektomie, tumorektomie, kvadrantektomie a parciální mastektomie (Ferko et al, 2015). Lumpektomie a segmentektomie prsu jsou chirurgická odstranění nádoru z prsu zároveň s lemem zdravé tkáně a je zachována zbylá prsní žláza. Při tumorektomii a kvadrantektomii se odstraňují nádorová ložiska. Prs je částečně zachráněn (Vokurka a Hugo, 2009).

Rekonstrukční-plasticko-chirurgické výkony jsou velmi významné pro anatomickou obnovu orgánu. Rekonstrukce prsu se provádí až po ukončení onkologické léčby (Slezáková et al., 2010).

Komplikací všech chirurgických výkonů je otok končetin-lymfedém. Další komplikací, která může nastat, je poškození nervů i cév v axile, které může způsobit imobilizaci končetiny (Ferko et al, 2015).

1.8.2 Radioterapie a chemoterapie

Radioterapie je léčba zářením. Cílem této terapie je zničení nádorových buněk, kdy se nepoškodí zdravá tkáň. Jsou tři druhy radioterapie- předoperační, pooperační a paliativní. Předoperační radioterapie je záření, které zmenší nádor a poté je možné jeho odstranění. V pooperační radioterapii jde zejména o zničení zbylých karcinogenních buněk, provádí se v místě jizvy, axilární části nebo v místě zbylého prsu. Brachyradioterapie je součástí pooperační radioterapie. Jedná se o zavedení hadiček v místě odstraněného nádoru, do kterých se na několik minut pouští radioaktivní látky. Brachyterapie se využívá nejčastěji. Paliativní radioterapie zabraňuje rozšiřování metastáz (Slezáková et al., 2010).

Chemoterapie je léčba cytostatiky. Při léčbě se využívají kombinace dvou až tří cytostatik, které účinkují různorodě. Podávají se až v deseti dávkách v intervalech tří až čtyř týdnů. Používají se jak v časných, tak i pokročilých stadiích nádoru. Léčbou cytostatiky je snaha snížit riziko návratu nemoci. Cytostatika nenapadají pouze nádorové buňky, ale ničí i zdravé buňky, nejčastěji leukocyty a střevní výstelku (Šafránková a Nejedlá, 2006). Existují tři druhy chemoterapie- předoperační, pooperační a léčebná. Předoperační chemoterapie má za cíl zmenšit nádor, který je lokalizován na těžko operovatelných místech a případné metastázy. Záměrem pooperační chemoterapie je zničení mikrometastáz při úspěšné léčbě. A posledním

druhem je léčebná chemoterapie. Jejím účelem je hlavně zničení prokázaných metastáz (Slezáková et al., 2010).

1.8.3 Hormonální léčba

Hormonální léčba se využívá zejména u nádorů, které jsou závislé na produkci hormonů. Ablační hormonální léčba spočívá ve vyřazení funkce endokrinních žláz, u karcinomu prsu se nejčastěji provádí ovariektomie. Dále aditivní léčba, kdy jsou ženám podávány hormony, androgeny a kortikoidy. Antihormonální léčba, kdy se podávají antiestrogenní látky, přerušují účinek estrogenů a snižují růst nádoru (Zeman et al., 2011).

Léčba se určuje dle hormonu, který je přítomen v tumoru. Jsou dva druhy hormonů, na kterých je tumor závislý. Jedná se o estrogen a progesteron. Pokud se v tumoru nachází progesteron i estrogen, tak je v 80% hormonální léčba účinná. Léčba u premenopauzálních pacientek, tedy u pacientek u kterých menopauza ještě neproběhla, je nahrazena výkony na orgánech, který produkují estrogen nebo progesteron. Jedná se zejména o oforektomii (odstranění vaječníků), hypofyzektomii (odstranění hypofýzy) nebo adrenalektomii (odstranění nadledvinek). U postmenopauzálních pacientek se podávají léky tamoxifen, který se váže na estrogen nebo flutamid, který se váže na progesteron. Není pravidlem, že ženy po menopauze se léčí léky a ženy před menopauzou musí projít operacemi na orgánech, které hormony progesteron a estrogen produkují. Léčebný hormonální postup, který zvolí lékař, závisí na histologickém nálezu tkáně a vývoji nádorového onemocnění (Kobilková, 2005).

Zjištění funkční hormonální terapie bývá obvykle do 12 týdnů. Při prokázání efektivity léčby je terapie trvalá až do progrese onemocnění. Délku hormonální terapie určuje onkolog, obvykle trvá 3-5 let, ale může se jednat o hormonální léčbu doživotní (Šafránková a Nejedlá 2006). Hormonální terapie je z předešlých léčebných metod nejšetrnější a má méně nežádoucích účinků (Ferko et al., 2015).

1.9 Ošetřovatelské péče o ženy před a po ablaci prsu

Důležitou součástí ošetřovatelské péče je komunikace, předoperační péče a pooperační péče. Žena s karcinomem prsu, u které je indikována mastektomie, se nachází v náročné životní situaci. Proto musí být plně informována o svém zdravotním stavu a postupu, který bude následovat od nástupu do nemocnice až po propuštění do domácí péče. Při hospitalizaci je pro pacientku velmi důležitý zdravotnický personál.

Základní informace o onemocnění podává ženě lékař. Všeobecná sestra by měla mít dostatečné vědomosti o onemocnění a péči o ženu po ablaci prsu. Sestra je důležitým informátorem a psychickou podporou pro ženu. Mezi základní dovednosti sestry patří především efektivní komunikace. Je základním stavebním kamenem ošetřovatelské péče a má významný vliv na psychickou pohodu žen (Matt Vera, 2012).

1.9.1 Komunikace se ženami po ablaci prsu

Komunikace s pacientkou musí být efektivní. Cílem efektivní komunikace je navázat kvalitní kontakt s pacientkou, pochopit její problémy, zjistit potřeby a následně zahájit ošetřovatelské intervence. U pacientek se především využívá technika aktivního naslouchání, kdy sestra poslouchá a snaží se porozumět sdělovanému. Nasloucháním a zpětnou vazbou dává sestra najevo svůj zájem o pacientku (Pokorná, 2010).

Pacientka s karcinomem prsu může mít různé mechanismy vyrovnání se s diagnózou. Může docházek ke komunikačním konfliktům se zdravotnickým personálem. Nejčastěji právě dochází ke komunikačním barierám mezi sestrou a klientkou. Sestra je nejblíže k pacientce a nemoc může žena obrátit vůči ní (Venglářová a Mahrová, 2006).

V nemoci nastávají sociální, tělesné a psychické změny, které způsobují obavy pacientky. Nejčastější obavou pacientek je tělesná změna po odnětí prsu a ztráta pocitu ženskosti. Další obavou je strach z nevyléčení, pokračování vývoje nemoci a následně obavy ze smrti. Rozhovor o obavách pacientky uvádí sestru mnohdy do rozpaků. Je vhodné využít techniku nedirektivního vedení rozhovoru. Snažit se podpořit pacientku tak, aby přijala a akceptovala svou nemoc. Ženu přijímá sestra se všemi projevy. Pokud nespolupracuje, sestra nekritizuje její chování. Pokud dojde ke konfliktu, dává ženě dostatečný prostor v rozhovoru a čas na uklidnění. Sestra vyjadřuje zájem a pochopení v každé situaci, vždy se snaží pacientce porozumět. Při reflektování sdělení nemocné sestra usiluje o vystihnutí emocí, které pacientka prožívá. Zároveň napomáhá pacientce se orientovat ve vlastních pocitech. Sestra umí přiznat i neznalost a v rozhovoru reaguje autenticky (Venglářová a Mahrová, 2006).

Přístup přijetí onemocnění je zcela individuální. Zpravidla se projevuje v několika fázích. První fáze je popření, kdy pacientka popírá onemocnění. Vhodnou komunikační reakcí je dát ženě dostatek času, navázat kontakt a získat důvěru. Obvykle druhou fází je vzpoura. Pacientka má zlost a odmítá jakékoli ošetření a vyvolává konflikt. Vhodné je pacientku nenapomínat, vyjádřit pochopení a porozumění. Ve třetí fázi pacientka

vyjednává a vyhledává různé způsoby léčení. V této fázi sestra trpělivě motivuje pacientku k vytrvalosti v současné léčbě. Ve čtvrté fázi často pacientku přemůže smutek a pacientka prožívá ambivalentní postoj k dosavadní léčbě. V této fázi je důležité pacientce naslouchat a podpořit nejen ji samotnou, ale i její rodinu. V páté fázi přichází smíření s nemocí. Využívá se i neverbální komunikace (doteky). Pacientka je obeznámena s léčebnými metodami, následky a pozitivně přistupuje k léčbě (Venglářová a Mahrová, 2006).

1.9.2 Předoperační péče u žen před ablací prsu

Mastektomii řadíme mezi velké ablativní operace. Operace je plánovaná dlouhodobě a zahrnuje tři fáze. První fáze je předoperační, druhá intraoperační a třetí pooperační. V první fázi se rozhodne o chirurgickém zákroku a ukončuje se převzetím pacientky na operační sál. Fáze intraoperační začíná uložením pacientky na operační stůl a končí na pooperační jednotce. Pooperační fáze zahrnuje dobu po operaci na JIP nebo na pooperačním pokoji. Ukončení této fáze je až po úplném uzdravení z operace (Mikšová et al., 2006).

Předoperační vyšetření probíhá maximálně 14 dní před nástupem do nemocnice. Předoperační vyšetření zahrnuje především hematologické vyšetření (krevní obraz), izosérologické vyšetření krve, vyšetření moče, elektrokardiogram (EKG). Eventuálně vyšetření plic a další vyšetření dle požadavků lékařů (např. scintigrafie). Lékař doporučí pomoc psychologa pro lepší průběh spolupráce pacientky během léčby. Pacientka má dostatečný prostor ke kladení otázek. Dostane písemné informace o operaci a následné péči. Na příjmové ambulanci je nutné se znovu zjistit důležité informace o alergiích na léky. Předoperační vyšetření k celkové anestezii spočívá v zaznamenávání fyziologických funkcí (tělesná teplota, krevní tlak, dech, puls) a hmotnosti. Sestra prodiskutuje s pacientkou lačnění před operací a nacvičí hluboké dýchání, které využije v prvních dnech po ablaci prsu, z důvodu bolesti v okolí pooperační rány. Dále je nutné informovat pacientku o pooperační bolesti a komplikacích, které by mohly po operaci nastat (např. lymfedém). Protože mastektomie se provádí v celkové anestézii, pravděpodobnost nauzey a zvracení je velmi vysoká. Je proto nutné informovat pacientku i o těchto pooperačních komplikacích. Sestra pacientku před chirurgickým výkonem zkontroluje, zda je odlíčená, má odlakované nehty, vyndanou zubní protézu, naslouchadlo z ucha a kontaktní čočky. Pro prevenci tromboembolické nemoci se ženám před výkonem nasazují elastické punčochy. Před chirurgickým výkonem každá

pacientka podepisuje informovaný souhlas a souhlas s anestézií. Důležitým krokem je příprava operačního pole. Při mastektomii je nutné oholit ochlupení v podpaží. Než se pacientka přeloží na operační sál, měla by být premedikována dle ordinace lékaře. Před odjezdem na operační sál se žena vymočí a převlékne do operačního pláště. Sestra kontroluje identifikaci pacienta, dokumentaci, souhlasy, oholenou část operačního pole a předává pacientku s dokumentací sálové sestře (Workman et al., 2006).

1.9.3 Pooperační péče o ženy po ablaci prsu

Pacientka po mastektomii je přeložena včetně dokumentace z operačního sálu na pooperační pokoj, ve kterém sestra sleduje správné zotavování klientky z celkové anestezie. Jestliže nebudou komplikace, pacientka setrvá na pooperačním pokoji dvě hodiny a každých 15 minut sestra monitoruje a zapisuje fyziologické funkce do akutní karty. Sleduje celkový stav pacientky, především správnou funkci dýchacího, kardiovaskulárního systému a stav vědomí. Posuzuje, zda se pacientka z anestezie probouzí pozvolna nebo je nadměrně utlumená. Po navázání kontaktu sestra hodnotí, zda je pacientka orientovaná místem, časem i osobou. U kardiovaskulárního systému monitoruje frekvenci, náplň a pravidelnost tepu, krevní tlak. Důležitou součástí pooperační péče je sledování prokrvení horní končetiny na operované straně. Sestra si všímá hematomů a zbarvení končetiny, které může signalizovat znovuotevření cévy v operační ráně. Průběžně sleduje laboratorní výsledky krve dle ordinace lékaře. U dýchání hodnotí frekvenci, pravidelnost, dechové pohyby hrudníku, poměr nádechu a výdechu. Nejčastěji ženy z důvodu bolesti dýchají do břicha, protože pomocné dýchací svaly, zejména prsní svaly, jsou po operaci narušeny. Poloha u pacientky po mastektomii je zvýšená na zádech a horní končetina na operované straně je elevována z důvodu prevence lymfedému. Sestra zajišťuje infuzní terapii a vše pečlivě zaznamenává do dokumentace. Další oblastí, kterou sestra hodnotí, je obvazový materiál na operační ráně. Jedná se zejména o možnou zvýšenou krvácivost a prosáknutí obvazů. Souběžně kontroluje množství a konzistenci sekretu, kterou odvádí Redonův drén. Po probuzení z anestézie sestra monitoruje bolest, podává pacientce analgetika dle ordinace lékaře a zapisuje vše do dokumentace. Pokud se stav pacientky změní a sestra zhodnotí situaci jako nepříznivou, informuje ihned lékaře. Jestliže je pacientka stabilizovaná a lékař zhodnotí stav pacientky jako příznivý pro přeložení, pak se převáží na standardní oddělení, kde pooperační péče pokračuje. Ošetřovatelský personál pokračuje v poskytování komplexní ošetřovatelské péče včetně hygieny, vyprazdňování a

stravování. Tato péče je významná zvláště v prvních dnech po operaci než dosáhne pacientka plné soběstačnosti. Důležité je také rozmístění kompenzačních pomůcek kolem lůžka, umístění stolku na operovanou stranu, dostupné signalizační zařízení a dobře nastavená hrazdička pro pohyb v lůžku (Mikšová et al., 2006). Sestra posuzuje celou dobu hospitalizace čití horní končetiny a pohyblivost prstů. Zjišťuje, zda nebyl porušen při operaci nerv nervus thoracicus longus, který při poranění může způsobit dočasnou parézu končetiny (Mikšová et al., 2006).

Nejčastější komplikace po mastektomii je lymfedém, infekce v operační ráně, krvácení, nevolnost, zvracení, možné riziko dekubitů a postmastektomický bolestivý syndrom (Mikšová et al., 2006). Základní úlohou sestry v pooperační péči je zabránit jejich vzniku. V souvislosti s chirurgickým výkonem, odnětím prsu, souvisí bolest, kterou pacientky nejčastěji lokalizují na hrudi v oblasti operační rány, dále pak v okolí ramene, podpaží i paže. Postmastektomická bolest je trvalá a v průběhu času nemizí. Nejčastějším příznakem je brnění v paži, ale bolest může být i bodavá. Pacientce může dočasně zmírnit bolest chvilková aplikace ledu v okolí rány. Nejčastěji lékař předepíše opiát. Později mohou postačit i analgetika, která sestra aplikuje intramuskulárně, intravenózně nebo podává per os a řádně zapisuje do dokumentace. Prevencí postmastektomické bolesti je včasná rehabilitace. V průběhu dalších dní po operaci probíhá rehabilitace a mobilizace pacientky (Vilholm et al., 2008).

Prso je lokalizováno v horní přední části hrudníku, proto může způsobit bolest v oblasti krční páteře a ramene. Proto hned po operaci žena procvičuje pohyb prstů, zápěstí a lokte pomocí měkkého míčku. Procvičuje nejen horní končetinu na straně, kde byla operována, ale i ostatní končetiny. Důležitá je i dechová rehabilitace, při které se nacvičuje vhodné dýchání a vykašlávání, které napomáhá k řádnému zhojení hrudníku v místě operační rány. Od druhého dne se postupně přidávají cviky v sedu, kdy se žena opírá o stůl loktem. Další dny se nacvičuje kyvadlový pohyb paže ve stoje. Náročnější cviky se provádějí až po zhojení jizvy. Jedním z nejdůležitějších cviků je „šplhání“, což je důležitý cvik zabraňující vzniku pozdní komplikace „zmrzlého ramene“, tzn. nepohyblivosti končetiny po jejím nedostatečném rozcvičení (Valenta, 2007). Je to jeden z nejobtížnějších cviků, kdy žena stojí čelem ke zdi, horní končetiny má pokrčené, dlaně opřené o zeď a prsty pomalu šplhá směrem vzhůru po zdi. Pacientka nesmí při tomto cviku zadržovat dech. Cvikem se především nacvičí až úplné vzpažení se vzájemným dotykem dlaní nad hlavou. Další složitější rehabilitační techniky provádí žena až po celkovém rozhýbání paže. Sestra úzce spolupracuje s fyzioterapeutem, zná

správné provedení cviků a je pacientce při nejasnostech při provádění cviků k dispozici (Valenta, 2007).

Vzhledem k onkologickému onemocnění pacientky se předpokládá oslabení imunity, pomalejší hojení pooperační rány a velké riziko infekcí. Sestra nadále sleduje fyziologické funkce, zvláště tělesnou teplotu, která může být prvním znamením infekce. Dále pozoruje operační ránu při denních převazech a všímá si případných patologických změn, například začervenání, otoků a zvýšené sekrece z drénů v oblasti operační rány (Workman et al., 2006).

Redonův drén bývá odstraněn, když již neplní svou funkci a neodvádí žádný sekret. Vyjmutí provádí lékař většinou během druhého až třetího dne po operaci za aseptických podmínek. Po zhojení operační rány, sedmý až desátý den po operaci, sestra připraví sterilní nástroje (nůžky, chirurgickou pinzetu), desinfekci, sterilní krytí a asistuje lékaři při převazu a extrakci stehů. Délka hospitalizace bez komplikací je pět až sedm dní. Může ovšem nastat situace, kdy drén z axilární oblasti odvádí stále větší množství sekretu a pacientka s ním odchází domů. Ponechává se do doby, než se sekret přestane odvádět. V této situaci je nutné pacientku edukovat o správné péči o drén a operační ránu, než bude propuštěna do domácí péče. Zejména o sterilním přístupu při převazech drénu, dezinfekce v okolí zavedení drénu, sledování sekretu, patologických příměsí a zajištění proti nechtěnému odstranění drénu (přelepení náplastí). Další možností, jak lze zajistit odvod sekretu je drenážní sáček, který je velmi praktický a estetický (Workman et al., 2006).

Po operaci je pro pacientky velmi důležitá výživa, která má vliv na celkový stav pacientky a průběh léčby. Vedlejší účinky radioterapie a chemoterapie u onkologicky nemocných často způsobují různé somatické problémy, nejčastěji je to zvracení, nauzea, nevolnost, průjem a nechutenství. Proto je nutné během onkologické léčby dbát na vhodné nutriční složení stravy. Protinádorová léčba ve většině případů způsobuje změnu vnímání chutí a tělesné hmotnosti. Změna chuti k jídlu je způsobena ozařováním, které má za následek mizení chuťových pohárků. Nejčastěji mají pacientky v ústech kovovou až hořkou chuť, což vnímají jako velmi nepříjemné. Je nutné informovat pacientku, že po ukončení léčby chuťové pohárky opět zregenerují. Změna tělesné váhy u pacientek při léčbě karcinomu prsu spíše klesá, může i stoupat, ale to není tak časté. Při zaznamenání úbytku na váze se sestra snaží pokles váhy zastavit. Nejčastěji se využívá sipping, což znamená popíjení nutridrinků během dne. Nutridrinky obsahují nutné dávky energie a bílkovin ve velmi malém objemovém množství. Při onkologické léčbě

je často zaznamenána nesnášenlivost některých potravin. Často se jedná o maso a sladké potraviny. Při zažívacích potížích je vhodná kašovitá, šetřící dieta v podobě vlažných pokrmů, nikoli horkých. Je vhodné doporučit pacientce potraviny s vysokým obsahem bílkovin (sýry, jogurty, tvaroh), ale nikoliv sýry nezralé nebo s plísní. Dále je velmi důležité dbát na pitný režim. Pacientky by měli vypít alespoň 2 litry vody nebo černého, či bylinkového čaje. Nedoporučuje se pít perlivé vody, neředěné džusy a alkohol. Je důležité edukovat o vhodné stravě nejen pacientku, ale i rodinné příslušníky (Navrátilová, 2010).

Důležitým aspektem je posouzení psychického stavu pacientky po výkonu. Případně doporučit pomoc psychologa. Podstatné je poskytnout pacientce pohodlí, pocit bezpečí a dostatek informací o vhodných krocích po zákroku, nošení prsních epitéz, možnost rekonstrukce prsu (Mikšová et al., 2006).

Při propouštění do domácí péče podá sestra informace o termínech následných převazů na chirurgii a o nutnosti dalších kontrol na onkologii a gynekologii. Je třeba pacientku také upozornit, že na operované straně, kde bylo prso odňato, nesmí nosit těžká břemena a nadměrně ji zatěžovat. Také musí být edukována o nevhodnosti měření tlaku a odběru krve na horní končetině operované strany. Je třeba pacientku informovat, že tyto preventivní kroky jsou vhodné zejména do řádného zhojení operační rány. Nadále sestra informuje pacientku o možnosti nošení epitézy a vhodného, volného, nejlépe bavlněného prádla. Sestra doporučí organizace, které se problematikou karcinomu prsu zabývají, a na které se může pacientka obrátit. Dále má pacientka v rámci některých pojišťoven možnost lázeňského pobytu (Jirkovský, 2012).

1.10 Podpůrné skupiny pro ženy s karcinomem prsu

Existuje několik sdružení v České Republice, které se zabývají přímo problematikou rakoviny prsu. Známé jsou Aliance žen s rakovinou prsu, ALEN-neziskové občanské sdružení, klub ŽAP, MAMMA Help, ONKO UNIE. Níže uvedu podrobněji dvě nejznámější organizace Aliance žen s rakovinou prsu a ALEN-neziskové občanské sdružení. Všechny tyto organizace se zabývají poradenstvím pro ženy, kterým byl diagnostikován karcinom prsu. Podávají odborné informace o nemoci, prevenci, léčbě a rehabilitaci. Dále poskytují kontakty na lékaře, psychology a zdravotníky, kteří jim mohou poskytnout profesionální pomoc. Podpůrné skupiny poskytují ženám informace, pomoc a podporu v léčbě a v boji s rakovinou (Marková, 2015).

ALEN neziskové občanské sdružení se zabývá zejména zlepšením psychického stavu, zkvalitněním života žen s rakovinou prsu. Organizuje rehabilitační a rekondiční pobyty, pořádá výlety do přírody, plavání, ale také semináře ohledně nádorového onemocnění prsu. Připravuje setkání žen, které onemocněly, předávají si užitečné informace, rady o průběhu léčby, následcích. Setkání s ženami, které mají stejný problém, přispívá k pochopení a akceptování nemoci. Na stránkách http://alen.tym.cz jsou podrobnější informace o organizaci (www.breastcancer.cz/cs/).

Aliance žen s rakovinou prsu je asi nejznámější organizace v České Republice. Aliance žen edukuje nejen onkologicky nemocné, ale i širokou veřejnost. Sjednocuje pacientské organizace zaměřené na karcinom prsu. Hlavním cílem je koordinování projektů a kampaně v rámci prevence, ale i léčby nádorového onemocnění. Pořádá známé projekty, s názvem Dokážeš to taky nebo Plaveme prsa. Dokážeš to taky je specifický projekt, který pomáhá ženám překonávat strach z budoucnosti, zvyšovat sebeúctu a snaží se zabraňovat pocitu osamělosti. V roce 2016 pořádala Aliance, v rámci projektu Dokážeš to taky, hasičskou akci s názvem Spolu nevyhoříme- jednalo se o preventivní ukázky samovyšetření prsu a informovanost o prevenci karcinomu prsu. Plaveme prsa je mezinárodní projekt Breast Healt Day v den 15. října. Projekt upozorňuje na dobrou prognózu v případě včasné diagnostiky a léčby karcinomu prsu. Poukazuje na možnost kvalitního života u vyléčených žen a významnou podporu během léčby, nebo po léčbě. Dále se účastní i kampaní AVON pochod za zdravá prsa a kampaň Ruce na prsa. Tyto kampaně se zaměřují především na prevenci onemocnění karcinomu prsu a připomínají jeho závažnost (Šereda, 2017).

2 Cíle práce a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

Cíl 1 Zmapovat předoperační a pooperační ošetřovatelskou péči u žen podstupujících ablaci prsu.

Cíl 2 Zjistit, zda jsou pacientky informovány o podpůrných skupinách.

2.2 Výzkumné otázky

Výzkumná otázka č. 1: Jak probíhá ošetřovatelská péče u pacientek před chirurgickým výkonem?

Výzkumná otázka č. 2: Jak probíhá ošetřovatelská péče u pacientek po chirurgickém výkonu?

Výzkumná otázka č. 3: V jakých oblastech se pacientky setkaly s problémy v ošetřovatelské péči?

Výzkumná otázka č. 4: Jaké informace dostaly pacientky o možnostech navštívit podpůrné skupiny?

2.3 Operacionalizace

Chirurgický výkon je operace, práce, úkon, provádění nějaké činnosti (Výkladový ošetřovatelský slovník, 2007).

Ablace prsu je chirurgické odnětí prsu (Výkladový ošetřovatelský slovník, 2007).

Ošetřovatelská péče je metoda, kdy sestra poskytuje každodenní péči o všechny potřeby pacienta holistickým způsobem (Výkladový ošetřovatelský slovník, 2007).

Podpůrná skupina je specifická forma pomoci a podpory lidí v náročných životních situacích, Organizace, která sdružuje klienty se stejným problémem (Faleide et al., 2010).

3 Metodika

3.1 Metody získávání a vyhodnocování dat

Pro vypracování empirické části je využito kvalitativní výzkumné šetření. Výhody kvalitativního výzkumu spočívají v možnosti získat podrobný popis a vhled při zkoumání jedince. Umožňuje nastínit procesy a navrhovat teorie. Jedinec je zkoumán v přirozeném prostředí a je možné reagovat velmi rychle a dobře na místní situaci a podmínky. Nevýhodou kvalitativního výzkumu může být, že informace, které sesbírá osoba vedoucí rozhovor, nemusí být zobecnitelná v rámci populace či jiného prostředí. Analýza a sběr dat jsou časově náročné a je možné ovlivnit dotazovaného osobou, která výzkum provádí a jeho preferencemi (Hendl, 2005).

Jako metoda sběru dat v kvalitativním výzkumném šetření byl zvolen pro tuto práci polostrukturovaný rozhovor, kterým lze získat detailní a komplexní informace o studovaném jevu (Švaříček a Šeďová, 2014). Důležitou součástí polostrukturovaného rozhovoru bylo vytvoření okruhu osmnácti otázek (Příloha 1). Základní otázky jsou v průběhu rozhovorů rozšířeny doplňujícími otázkami. Pro zkvalitnění výzkumného šetření byly ženy 1–5 telefonicky doptávány na otázku, zda jim sestry nabídly v rámci ošetřovatelské péče odbornou psychologickou pomoc. Rozhovory byly nahrány na diktafon a dále byly doslovnou transkripcí přepsány do textové podoby. Přepsané rozhovory byly nahrány na CD (Příloha 2).

Rozhovory byly rozděleny do analytických jednotek. Pomocí techniky tužka a papír byl text kategorizován, uspořádán a analyzován v jednotlivých kategoriích (Příloha 3). Ke každé vzniklé jednotce byla přidělena kategorie s označením, které znázorňuje určité téma a vztahuje se k danému tématu a cíli práce.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořilo šest žen, které podstoupily totální nebo částečnou mastektomii. Vzorek žen je vytvořen z pacientek, které byly v minulosti hospitalizovány v nemocnici na chirurgickém nebo plastickém chirurgickém oddělení.

Ženy byly osloveny během února 2017. Rozhovory byly uskutečněny v březnu 2017. Termín rozhovoru byl telefonicky domluven. Čas i místo konání rozhovoru si určovaly samy ženy. Rozhovory probíhaly v jejich domácím prostředí. Byly informovány o anonymitě jejich osobních údajů i záměru práce. Účast k rozhovoru

podstoupily dobrovolně a mohly ho kdykoli ukončit. Rozhovory byly nahrány na diktafon a následně přepsány do textové podoby.

Žena 1 je ve věku 44 let. Onemocněla v roce 2013. Nahmatala si bulku v prsu. Poté proběhla u pacientky totální mastektomie a léčba chemoterapií. Následně rok po operaci u pacientky byla provedena rekonstrukce prsu.

Žena 2 je ve věku 42 let. Onemocněla koncem roku 2016. Na prsu zpozorovala vpáčení bradavky. Poté byla u pacientky provedena totální mastektomie. Nyní má za sebou čtyři chemoterapie a další čtyři jí ještě čekají v průběhu poloviny roku 2017.

Žena 3 je věku 35 let. Onemocněla v roce 2014, kdy si při samovyšetření prsu nahmatala bulku. Nejdříve absolvovala chemoterapii, poté byla indikována totální mastektomie. Nyní je po rekonstrukci prsu.

Žena je ve věku 50 let. Onemocněla v roce 2010, kdy byla na mamografické preventivní prohlídce, a zjistilo se ložisko v okolí mlékovodů. U pacientky byla následně provedena totální mastektomie s odnětím axilárních uzlin. Následně po operaci nastoupila na osm chemoterapií. Nyní nosí prsní epitézu.

Žena 5 je ve věku 59 let. Onemocněla v roce 2013, kdy si nahmatala bulku v okolí axilárních uzlin. Poté byla u ženy indikována částečná mastektomie. Následně podstoupila třicetkrát radioterapii. Nenosí prsní epitézu.

Žena 6 je ve věku 55 let. Onemocněla v roce 2011, kdy si nahmatala bulku na prsu. Nejdříve podstoupila částečnou mastektomii. Poté následovaly čtyři chemoterapie, ozařování a devatenáctkrát biologická léčba. Nenosí prsní epitézu ani nebyla provedena rekonstrukce prsu.

4 Výsledky

4.1 Kategorizace výsledků rozhovorů se ženami po ablaci prsu

Kategorizační skupiny

Kategorie 1: Diagnostika před provedenou mastektomií

Kategorie 2: Předoperační péče u žen před chirurgickým výkonem

Kategorie 3: Péče bezprostředně po operaci o ženy po ablaci prsu

Kategorie 4: Péče na standardním lůžku o ženy po ablaci prsu

Kategorie 5: Rehabilitace žen po ablaci prsu

Kategorie 6: Zhodnocení ošetřovatelské péče z pohledu žen po ablaci prsu

Kategorie 7: Informace k propuštění do domácí péče

Kategorie 8: Informovanost žen z dostupných zdrojů

Kategorie 9: Informovanost o podpůrných skupinách

Kategorie 1: Diagnostika před provedenou mastektomií

Na otázku, jaká vyšetření u Vás proběhla před nástupem do nemocnice, uvedly všechny ženy až na ženu 6 gynekologické vyšetření. Dále všechny ženy v rozhovoru zmínily mamografické vyšetření. Biopsii neboli odebrání vzorku z patologického ložiska uvedly ženy 2, 3, 5 a 6. Ženy 2, 3 a 6 zmiňují, že odebrání vzorku se provádělo v průběhu mamografického vyšetření. Žena 1 uvedla UZ prsu po mamografickém vyšetření: *„Předtím mě gynekolog poslal na mamograf. Tam bylo vše v pořádku a něco se jim tam málo nelíbilo, tak mě poslali na ultrazvuk a tam už se objevili tři ložiska, bylo to zhoubný.“*

V průběhu rozhovoru se ženy 1, 5 a 6 zmiňují o interním předoperačním vyšetření. Do předoperačního interního vyšetření žena 1 zmínila EKG vyšetření. Odpověď zněla: *„…byla jsem na interně, tam mi točili EKG.“* Žena 2 a 3 zmínily EKG vyšetření, jako součást předoperační prohlídky u obvodního lékaře. Předoperační vyšetření krve zmínily ženy 1, 2, 3, 4 a 5. Ultrazvuk jater zmínily ženy 2, 4 a 5. Další vyšetření, které se v průběhu rozhovorů objevilo, byl rentgen srdce a plic, a to u žen 2, 3 a 4. Genetické vyšetření zmiňují ženy 2 a 4. Ženy 5 a 6 v průběhu rozhovoru podotkly, že u nich bylo provedeno CT vyšetření. Žena 1 zmínila scintigrafické vyšetření. Vyjádřila se takto: *„Na onkologii mi odebrali krev na markery. Byla jsem na rentgenu a scintigrafii“*.

Kategorie 2: Předoperační péče u žen před chirurgickým výkonem

Všechny ženy byly přijaté na standardní lůžko den před operací. Kromě ženy 2, byly všechny přijaté na oddělení sestrou. V případě ženy 2 příjem provedl doktor. Na otázku jak probíhala předoperační péče, zmínily všechny ženy, kromě ženy 2, podepisování souhlasů k operaci. Žena 1 si vzpomíná, že podepisovala sousty papíru, ale nepamatuje si, co podepisovala, stejně tak i žena 3. Souhlasy, které si mohly pacientky v klidu přečíst a podepsat zmiňují ženy 4, 5 a 6. Informace o předoperační přípravě a o nutnosti lačnění před operací, věděly ženy 1,3,4 a 6. V rozhovoru sdělily ženy 4 a 5, že sestra kontrolovala, zda mají oholené podpaží, které je nutné při operativním odstraňování axilových uzlin. Ženě 4 byla provedena kontrola oholeného podpaží, ale u ženy 5 bylo oholeno podpaží sestrou. V rámci prepremedikace pacientky 1, 3 a 5 dostaly léky na spaní. Informace o následující pooperační rehabilitaci dostala pouze žena 4, žena 6 byla v rámci předoperační rehabilitace edukována o správném nácviku kašlání. Nejčastější informace, které chtěly ženy zodpovědět, byly následující. V případě ženy 1, 2, 4 a 6 se zajímaly o délku operace, v kolik hodin proběhne operace, kde se probudí po operaci a informace o hojení rány. Veškeré odpovědi na tyto otázky jim zodpověděly sestry z oddělení. Žena 3 na otázku, jaké dostala informace o operaci, odpověděla: *„Večer přišel doktor, ten mi řekl, ať se na to vyspím. Podrobnosti neříkal“*. Ženy 3 a 5 dostaly informace o tom, na jakém pokoji se po operaci probudí. Žena 6 nedostala dostatečné informace o režimu oddělení a v rozhovoru odpověděla na doplňující otázku, jaké informace chtěla vědět, následovně: *„Vadilo mi, že mě neinformovali, že bude už v půl sedmý budíček. Byla jsem dost unavená a nechápu proč vstávat po takový operaci, tak brzo“*. Dále žena 6 uvedla: *„Právě, že ani doktor mě nijak neinformoval, a když jo, tak na mě mluvil cizím jazykem a já koukala jak puk, sestřička mi to pak vysvětlila, ale to jsem se zase musela zeptat, co tím chtěl pan doktor říct“*. Žena 2 a 4 a na otázku, jak na Vás působil přístup sester před operací, odpověděly kladně. Ženy 1, 3 a 6 nekladly důraz na přístup sester, protože byly ve velkém stresu a chtěly mít operaci za sebou. Žena 3 odpověděla: *„Myslím, že jsem i na ně byla nepříjemná. Ale nemohla jsem si pomoct. Nechaly mě být, ale ptaly se, jestli něco nepotřebuji“*. Žena 5 odpověděla: *„No byly hodně rychlý, přišly, na něco se zeptaly a hned zase odešly. Asi měli hodně práce“*.

Kategorie 3: Péče bezprostředně po operaci o ženy po ablaci prsu

Ženy 1, 3, 5 a 6 se bezprostředně po operaci probudily na dospávacím pokoji a ženy 2, 4 na oddělení JIP. Žena 2 uvádí, že byla bezprostředně po operaci převezena na JIP kvůli hypotenzi. Žena 4 se na oddělení JIP zotavovala kvůli silným nevolnostem z narkózy.

Žena 4, která měla nevolnosti po narkóze, odpověděla: *„Hodně jsem zvracela, proto jsem pak byla na tý jipce. Zvracela jsem do takový plastový misky a sestra mi vždy nechala vypláchnout ústa a když už jsem byla trochu v pohodě, tak mi přinesla kartáček na zuby“*. Nejčastější problémy po narkóze ženy 2, 3, 5 a 6 uváděly žízeň. Žena 2 udává: *„Když jsem měla žízeň, tak mi chodily otírat pusu vlhkou tyčinkou“*. Žena 3 v rozhovoru uvedla, že dostala napít až na pokoji: *„Měla jsem hroznou žízeň, ale napít mi daly až na pokoji“*. Žena 5 na otázku jaká byla pooperační péče, odpověděla: *„A měla jsem hroznou žízeň, tak mi dala doušek napít.“* Žena 6 odpověděla: *„A měla jsem žízeň, tak mi nejdřív napít nedala, ale pak po hodině jsem dostala kelímek s vodou, abych se trochu napila“*.

Elevace končetiny na operované straně byla provedena u všech žen. Informovanost ohledně nutnosti elevace končetiny, kvůli možnosti otoků, dostaly ženy 2, 3, 5 a 6. Žena 1 uvedla na otázku, zda ví, z jakých důvodů elevace proběhla, zodpověděla: *„Měla jsem jí podloženou, asi aby mě nebolela“*. Žena 4 uvedla: *„Ano měla, nevím nějak, proč se to dělá, měla jsem jí vyvýšenou i u první operace, asi kvůli prokrvení“*.

Ženy 3, 5 a 6 uvedly jako další komplikaci bolest. Žena 5 zmínila edukaci ohledně správného vykašlávání, aby neměla bolesti, v plném znění: *„Hodně jsem kašlala, tak mi říkala, ať se snažím kašlat do břicha, aby mě to nebolelo“*. Žena 6 uvedla: *„A hrozně jsem kašlala, a strašně mě to bolelo na hrudi, tak mi dala infůzi na bolest“*.

Kategorie 4: Péče na standardním lůžku o ženy po ablaci prsu

Na otázku, zda ženy byly na pokoji s pacientkami se stejnou diagnózou, ženy 1, 2, 3 a 6 odpověděly, že ne. Ženy 1, 2 a 6 by se cítili mnohem lépe v přítomnosti žen se stejným onemocněním. Žena 3 uvedla: *„Kdybych měla jednolůžák, cítila bych se líp“*. Ženy 4 a 5 byly na pokoji s ženami se stejnou diagnózou a byly velmi spokojené. Na doplňující otázku v rozhovoru, kde probíhaly převazy, všechny ženy uvedly, že na pokoji. Všechny ženy kromě ženy 4 se shodly, že situace u převazů na pokoji, kde spolupacientky na pokoji měly jinou diagnózu, byla velmi nepříjemná. Žena 4 zmínila,

že jí převazy na pokoji nevadily, protože ležela na pokoji s ženami, které měly stejný problém.

Dále všechny ženy uvedly problematiku bolesti po operačním výkonu. Bolest se u žen 2, 3 a 4 řešila zprvu analgetiky injekční formou. Po pár dnech po operaci se analgetika podávaly v tabletové podobě. U ženy 1 pouze injekčně, z důvodu silných migrén po operaci. U ženy 5 se léky na bolest podávaly pouze před cvičením nebo na spaní. Poslední žena 6 užívala pouze tablety. Na otázku, zda je sestry informovaly o lécích na bolest, jaký druh analgetik podávají, odpověděla pouze žena 3: *„Píchaly mi Dolsin, pak asi v tabletách Zaldiar“*.

Hygiena probíhala u všech žen s dopomocí a pod dohledem sestry, pouze u ženy 1 v prvních dnech probíhala v lůžku. Na otázku jak probíhala hygiena, odpověděla: *„Jinak jsem se myla na lůžku a nosily mi mísu do postele. Necítila jsem se moc dobře, ale neřekla jsem nic, protože jsem se nesměla hýbat, tak jsem to musela zvládnout“*. Z předchozí odpovědi ženy je zřejmé, že se při vyprazdňování do mísy cítila velmi nepříjemně. Tento problém zmiňuje i žena 4, která měla omezený pohyb první den po operaci. Ostatní ženy byly pouze doprovázeny sestrou na WC.

Pouze ženě 6 byla nabídnuta psychologická pomoc. Na doplňující otázku, zda byla nabídnuta psychologická pomoc, odpověděla: *„Druhý den po operaci za mnou přišla sestra, jestli bych si nechtěla popovídat s odborníkem. Pak to řekla asi doktorovi a poslaly za mnou paní doktorku. Asi poznaly sestřičky, že mi není dobře, já hodně plakala. Ztráta prsu pro mě byla náročná, i když to bylo jen částečný odstranění prsu“*. Ostatní ženy odpověděly, že jim psychologická pomoc nabídnuta nebyla, ale shodly se, že by jí uvítaly.

Kategorie 5: Rehabilitace žen po ablaci prsu

Na otázku, jak probíhala rehabilitace a kdo s nimi rehabilitoval, uvedly všechny ženy až na ženu 1, že rehabilitační sestra. Ženy 2, 5 a 6 zmínily, že s nimi cvičila i sestra. Ženám 2 a 3 se dostatečně věnovala fyzioterapeutka při rehabilitaci. Žena 6 udává: *„Rehabilitace minimální. Rehabilitační sestra mi ukázala cvik, ať ho zopakuju, asi jsem ho udělala dobře a řekla jen, jo dobrý a už nepřišla“*. Ženám 5 a 6 v den po operaci sestra přinesla míček, aby jej mačkaly a postupně rozpohybovaly končetinu. Žena 3 také cvičila s míčkem, ale s rehabilitační sestrou. Na doplňující otázku, jak s ženou 5 cvičila sestra, odvětila: *„Pak jsem cvičila sama na pokoji a sestra mě viděla, že cvik dělám špatně, tak mi ho ukázala, jak správně ho dělat“*. Žena 2 odpověděla:

„Před propuštěním mi ukazovala sestra znovu ty cviky, co už jsem znala od rehabilitační. Asi to byla staniční sestra“. Žena 1 na doplňující otázku, zda procvičovala ruku s míčkem nebo procvičovala rameno, zodpověděla: *„Myslím, že tohle u mě neproběhlo, to bych si pamatovala. To jsem pak cvičila až doma, protože jsem měla rameno ztuhlý, ale žádný speciální cviky“.* Ženy 2 a 4 se zmínily, že nejtěžším cvikem pro ně bylo vzpažení rukou nad hlavu.

Kategorie 6: Zhodnocení ošetřovatelské péče z pohledu žen po ablaci prsu

Ženy 2, 4 a 5 nepostrádaly v rámci ošetřovatelské péče nic. Měly dostatek informací o nemoci i o průběhu hospitalizace, rehabilitaci i o následné péči. Žena 1 uvedla: *„Asi se mi nevěnovaly sestry tolik, ale brala jsem to tak, že nás je na oddělení hodně“.* Žena 3 zareagovala: *„Neměla jsem klid. Když už bych usla, tak mě zase vzbudily. Ptala jsem se na jednolůžák, ale to tam neměli. To by mi vyhovovalo“.* Žena 6 odpověděla: *„No akorát to, že nikdo nepřišel mi podat podrobnější informace a musela jsem se ptát spíše já“.*

Dále všechny ženy zhodnotily přístup sester k ženám. Zmiňovaly, že sestry byly ochotné a odpovídaly na dotazy, které měly. Dále zazněly odpovědi, že sestry byly nápomocné, trpělivé, empatické, naslouchaly, chovaly se profesionálně a měly pochopení. Žena 5, ačkoli měla dostatek informací o průběhu hospitalizace, poukázala v průběhu rozhovoru uchvátanost sester a odpověděla: *„No byly hodně rychlý, přišly, na něco se zeptaly a hned zase odešly. Asi měli hodně práce“.* Na otázku, jestli byla komunikace se sestrami dostačující, žena 5 uvedla: *„Neměly moc času“.*

Kategorie 7: Informace k propuštění do domácí péče

Informace k propuštění nejčastěji dostaly ženy, jak od lékařů, tak i od sester, pouze žena 1 dostala informace při propuštění pouze od lékaře. Většina žen dostala informace od lékaře o pravidelných převazech a kontrolách na chirurgické ambulanci, kromě ženy 6. Žádanku ke kontrole na onkologii zmínily ženy 1, 3 a 6. Ženy 5 a 6 byly informovány o vyndání stehů od sestry při propuštění. Žena 1 byla od lékaře edukována o následné péči o ránu, taktéž byla informována i žena 5, ale až od sestry při dimisi. Žena 2 byla při propuštění poučena o péči o drén, se kterým odcházela do domácího prostředí, a uvedla: „Péči o drén mi říkala sestřička“. V průběhu rozhovoru se všechny ženy, kromě žen 1 a 5 shodly, že od sester dostaly informace o prsních epitézách, včetně míst, kde si je mohou koupit. Žena 1 odpověděla: *„Pak jsem nevěděla, kde shánět epitézu nebo*

paruku. To mi až poradila kamarádka, která pracuje jako zdravotní sestra“. Ženy 4 a 5 byly informovány o nutnosti cviků i v domácí péči a možnosti docházet na rehabilitace. Ženě 4 byl nabídnut pobyt v lázních v rámci rehabilitace. Pouze jedna žena č. 6 udává, že byla seznámena při propuštění s možnými komplikacemi, odpověděla: *„Pani staniční, když mi dávala papíry k propuštění a že když budou komplikace, tak že mám přijít, vyjmenovala komplikace, otok, velká bolest anebo když začnu krvácet“*.

Kategorie 8: Informovanost žen z dostupných zdrojů

Ženy 4 a 5 uvedly, že si předaly dostatek informací mezi spolupacientkami, se kterými ležely na pokoji. Jednalo se o pacientky, které měly stejnou diagnózou. Dále pokud informace nevěděly, čerpaly z internetových zdrojů. Tuto skutečnost uvedly ženy 1, 2, 3 a 5. Ženy 2 a 3 zmínily užitečnost informací z internetových stránek. Ženy 4, 5 a 6 byly velmi dobře informovány od lékařů i sester na onkologickém nebo chirurgickém oddělení. Žena 4 na doplňující otázku, odkud čerpala informace, odpověděla: *„No přečetla jsem si to v knížkách“*. Na doplňující otázku, zda byla dostatečně informována, odpověděla žena 5 následovně: *„Věděla jsem všechno většinou od kamarádky, co jak probíhá, jak dlouho to trvá, takže jsem měla dostatek informací“*.

Kategorie 9: Informovanost o podpůrných skupinách

Na otázku jaké znají podpůrné skupiny, ženy 1, 2, 3 a 5 nejčastěji zmiňovaly Mammahelp, Linkos, Nejsi na to sama. Nejčastěji se o podpůrných dozvěděly od sester formou informační brožury. Ženě 1 byla nabídnuta registrace do skupiny Mammahelp. Ani jedna z informantek se do skupin nezapojují. Žena 2 na otázku, zda by se chtěla do programů podpůrných skupin zapojit, odpověděla: *„Zatím se do těchto programů nezapojuji, ale v budoucnu to možná zkusím, uvidím. Ještě toho mám hodně před sebou“ a* žena 3 odpověděla: *„Taky mě to napadlo, třeba bych mohla někomu pomoct, uvidím“*. Tedy pouze dvě ženy projevily zájem se zapojit do programů podpůrných skupin. Žena 5 na otázku, zda by měla zájem se zapojit do programů podpůrných skupin, uvedla: *„To určitě ne. Na to jsem dost stará“*.

Na internetových stránkách podpůrných skupin ženy nejčastěji hledaly informace o prognóze. Žena 2 vyhledávala informace, které se týkaly průběhu léčby. Ženy 2 a 3 zmínily užitečnost informací z těchto stránek. Na otázku, jaké informace jste na stránkách podpůrných supin nenalezla, žena 3 odpověděla: *„To jestli se vyléčím, jestli budu žít. Ale to mi nikdo neřekne. Jinak si myslím, že ty internetové stránky obsahují*

mnoho užitečných informací a pomáhají v těžkých chvílích“, žena 2 odpověděla: *„No spíše jsem na jejich stránkách našla odpovědi na něco. Úplně konkrétní odpovědi, co se mnou bude, mi nikdo nedal, ale každá to má jinak. Bylo to hrozný období“*. Z obou výpovědí je zřejmé, že ženy hledaly na stránkách odpovědi na to, zda se mohou vyléčit. Stránky jim pomohly v náročné životní situaci.

Žena 4 v rozhovoru na otázku, jestli zná podpůrné skupiny, odpověděla: *„Před těma lety, kdy jsem onemocněla, se téměř o podpůrných skupinách nemluvilo, tak jsem je ani nehledala“*. Na otázku, zda nyní o podpůrných skupinách slyšela, odpověděla: *„To ano, ale aktivně se o ně nezajímám. Vím o nich, že existují, ale to je všechno“*. Žena 6 se o podpůrné skupiny vůbec nezajímá a nikdo jí o nich neinformoval.

5 Diskuze

Bakalářská práce se zabývala ošetřovatelskou péčí o ženy po ablaci prsu z pohledu žen. V současnosti je péče o ženy po ablaci prsu zaměřena na chirurgické, plasticky chirurgické a onkologické oddělení. Zde je poskytována komplexní ošetřovatelská péče. Součástí ošetřovatelské péče je i rehabilitace.

Výzkumné šetření bylo provedeno technikou polostrukturovaného rozhovoru se šesti ženami, které podstoupily ablaci prsu. Prvním cílem bylo zmapovat předoperační a pooperační ošetřovatelskou péči u žen podstupujících ablaci prsu. K tomuto cíli byly zvolené výzkumné otázky: *Jak probíhá ošetřovatelská péče u pacientek před chirurgickým výkonem? Jak probíhá ošetřovatelská péče u pacientek po chirurgickém výkonu? V jakých oblastech se pacientky setkaly s problémy v ošetřovatelské péči?* Druhým cílem bylo zjistit, zda jsou pacientky informovány o podpůrných skupinách. K tomuto cíli byla zvolena výzkumná otázka: *Jaké informace dostaly pacientky o možnostech navštívit podpůrné skupiny?*

Mastektomie je velký zásah do těla ženy a velmi náročný operační výkon pro pacientku. Při ablaci prsu dochází k narušení obrazu těla a částečné ztrátě ženskosti, s čímž se ženy smiřují velmi obtížně. Trachtová a kolektiv (2013) uvádí, že sestry se zabývají člověkem holistickým přístupem, který poukazuje na model bio- psycho- sociální. Dle mého názoru by se tento model měl využívat od první chvíle, kdy pacientka nastoupí do nemocnice, protože ženy s rakovinou prsu prožívají dlouhodobý stres od doby diagnostiky onemocnění, jenž může vyvolat další somatická onemocnění. Nemoc jako taková, vyvolává v ženě negativní emoční prožitky a v průběhu před operací i po operačním zákroku vzbuzuje strach a úzkost. Myslím si, že na tyto reakce by sestra měla myslet už při příjmu a vzbudit nejlepší dojem, dát najevo zájem o ženu a zvolit efektivní komunikaci. Jedině tak je možné navázat důvěrný vztah a předejít sociální izolaci. Doenges a kolektiv (2016) zmiňují, že sestra by měla posoudit psychický dopad nemoci na emocionální stav už v době před operací. Z výzkumného šetření vyplývá, že se psychickými problémy žen v předoperační době nikdo nezabýval, ani sestry ani lékaři. Pouze žena 6 odpověděla, že jí byla nabídnuta psychologická pomoc, ale až v době po operaci. Ostatním psychologická pomoc nabídnuta nebyla, ačkoliv by ji všechny ženy podle zjištění uvítaly. Dle mého názoru je potřebné, aby byl vždy nabídnut kontakt s psychologem, který ženě napomůže lépe se adaptovat a vyrovnat se svou nemocí.

Trachtová a kolektiv (2013) v odborné publikaci uvádí hierarchický systém potřeb dle Maslowa. Maslow v pyramidě potřeb uvádí, že nejdůležitější potřeby jsou fyziologické, dále potřeby jistoty, bezpečí, sounáležitosti a lásky, uznání a sebeúcty, kognitivní, estetické a poslední potřeba seberealizace. Myslím si, že je velmi důležité na tyto potřeby u žen s karcinomem prsu myslet. Sestra bývá zpravidla první v kontaktu s pacientkou, proto by měla být vždy vnímavá k jejím potřebám. Jedině tak může zajistit ženě komfort v průběhu celé hospitalizace. Jirkovský (2012) zmiňuje, že při příjmu sestra navazuje kontakt se ženou a pozoruje její verbální i neverbální projev. Myslím si, že z rozhovoru s pacientkou je možné zjistit, zda některá z potřeb (viz výše uvedená) je narušená. Následně je možné ihned zareagovat a s pomocí pacientky daný problém vyřešit. Je třeba myslet na vhodné místo, kde bude příjem proveden. Většina příjmů probíhá na příjmové ambulanci příslušného oddělení, nebo na vyšetřovnách oddělení, kde má mít žena dostatek prostoru k vyjádření a dotazování (Jirkovský, 2012). Ovšem většina příjmů z výzkumného šetření byla provedena na pokoji, žena 6 byla přijímaná na jídelně, dlouho čekala, než bude volné lůžko. Tuto situaci vnímala jako velký stres a nepříjemnost. Již zmíněný autor v odborné publikaci poznamenal rušivé elementy, které ovlivňují příjem, jako je již uvedená dlouhá doba čekání při příjmu. Jako prevenci k lepší adaptaci na nemocniční prostředí zmiňuje, že by pacientka měla být umístěna v době čekání v čistém vzdušném prostředí. Podle mého názoru není vhodné přijímat pacienty na jídelnách nebo na pokojích, kde je mnoho rušivých elementů a nedostatek soukromí. Je vhodné využít vyšetřovny, kde příjem pacientky probíhá v klidu, bez stresu a v důvěrném prostředí. V případě, kdy sestra očekává, že z provozních důvodů příjem pacientky proběhne za delší čas, měla by tuto informaci ženě neprodleně sdělit, v kolik hodin bude přijata a nenechávat ji čekat. Může ženě doporučit možnost si zkrátit dlouhé čekání například občerstvením v bufetu nebo procházkou. Jirkovský (2012) popisuje příjem následovně. Sestra pacienta uvítá na oddělení a následně se představí jménem, aby žena věděla, s kým hovoří. Z výzkumného šetření vyplývá, že ani jedné z žen se sestra nepředstavila. Myslím si, že je vhodné, aby se vždy sestry představily jménem, snížily tak anonymitu v nemocničním prostředí a získaly důvěru pacientky. Následně dle Jirkovského (2012) je nutné vyžádat od pacientky veškerou dokumentaci a vyplnění příslušné dokumentaci dle standardů nemocnice a podepisování informovaného souhlasu s operací a anestézií. Z výzkumného šetření vyplývá, že všechny ženy informované souhlasy podepsaly, jen jedna si nevzpomíná. Pouze dvěma ženám byl poskytnut dostatečný čas k prostudování

informovaných souhlasů, ostatní nechtěly nebo neměly možnost si je v klidu přečíst, přesto je podepsaly. Domnívám se, že je v předoperační době podstatná informovanost o chirurgickém výkonu. Proto je vhodné dát pacientkám před ablací prsu dostatečný čas k prostudování souhlasů, kde zjistí důležité informace o operaci, možných komplikacích a následné péči. V případě, že pacientka nerozumí určitým pojmům, je nutné pacientce vše vysvětlit, tak aby porozuměla danému textu a byla plně informována. Sestra dále informuje podle Jirkovského (2012) o pravidlech pobytu, provede pacientku po oddělení a seznámí s režimem. Žena 6 uvedla, že nebyla informována o pobytovém režimu: *„Vadilo mi, že mě neinformovali, že bude už v půl sedmý budíček. Byla jsem dost unavená a nechápu proč vstávat po takový operaci, tak brzo“.* Slezáková a kolektiv (2010) udává, že je nutné brát ohled na klidový režim, dostatečný odpočinek, spánek a ohled na klidový režim po operaci. Podle mého názoru, je nutné informovat všechny pacienty o denním režimu oddělení. Důležité jsou informace o následujícím dni po operaci, v kolik se na oddělení vstává, kde a kdy probíhá hygiena a sdělit důvod časného vstávání. Současně si myslím, že je vhodné, aby se pacienti mohli vyjádřit, zda jim čas vyhovuje či nikoli, aby nedocházelo k negativním pocitům v průběhu hospitalizace. Případně podle možností oddělení individuálně režim upravit dle přání pacientů. Podle Macháčkové (2010) by sestra měla myslet při příjmu i na to, že ženy jsou velmi vděčné za přítomnost spolupacientek se stejnou diagnózou. Z výzkumného šetření vyplývá, že pouze dvě ženy pobývaly na pokoji s pacientkami se stejným onemocněním. Tyto dvě ženy byly spokojené, protože spolupacientky se stejnou diagnózou vnímaly jako podporu v jejich těžké životní situaci. Společně sdílely své onemocnění, měly větší pocit jistoty a sounáležitosti. Navzájem si pomáhaly a předávaly informace. Ostatní ženy, které byly na pokoji s ženami s jinými diagnózami, provázel nepříjemný pocit, pocit narušení soukromí a intimity. Styděly se před ostatními, neměly možnost sdílet s nimi své obavy a strach jak z operace, tak z následné léčby. Všechny by uvítaly, kdyby jejich spolupacientky měly stejný problém. Podle mého názoru je nutné, aby sestry při příjmu naplánovaly a zajistily pacientkám se stejnou diagnózou společný pokoj. Takovým postupem by se předešlo nepříjemným pocitům studu a nepochopení, které prožívají pacientky na pokoji s ženami s odlišnou diagnózou. Dále podle Jirovského (2012) sestra informuje o předoperační přípravě, která mimo jiné zahrnuje přípravu operačního pole. V tomto případě se jedná o oholené podpaží. Ženy 4 a 5 uvedly, že jim oholené podpaží bylo zkontrolováno. Ostatní ženy se v průběhu rozhovoru o kontrole nezmínily. Podle mého názoru ženám bylo

zkontrolováno oholené podpaží, ale v průběhu před operací, kdy byly ve velkém stresu, si tento postup nepamatují. Dále Jirkovský (2012) uvádí, že před operací je výhodné začít s rehabilitací a nácvikem odkašlávání. Pouze dvě ženy zmiňují nácvik odkašlávání. Žena 2 uvádí, že byla před operací edukována staniční sestrou o správném odkašlávání, zatímco žena 4 uvedla, že byla informována na jednotce intenzivní péče až po operaci, protože trpěla záchvaty kašle. Výzkumné šetření odhalilo, že většina žen není informována o rehabilitaci a správném odkašlávání v době před operací. Myslím si, že opomenutí edukace a nácviku vhodných cviků, může následně zkomplikovat pooperační rekonvalescenci. Žena po operaci, která je vyčerpaná, unavená a má bolesti, se obtížněji učí rehabilitačním technikám a dovednostem. Proto je důležitá edukace a nácvik těchto technik již před operací, ne až když nastanou problémy. Workman a kolektiv (2006) zmiňují nutnost lačnění, z důvodu celkové anestézie, ve které operační výkon probíhá a prepremedikaci. Všechny ženy byly seznámeny s nutností nejíst, nepít, nekouřit před celkovou anestézií. Ženy 1, 3 a 5 se zmínily o podání hypnotik v rámci prepremedikaci. Dle mého názoru, sestry postupovaly v předoperační přípravě podle standardů předoperační péče.

Další součástí výzkumného šetření je pooperační péče. Dle Jirkovského (2012) se z operačního sálu po ukončení anestezie, stabilizaci dýchání a krevního oběhu překládá na zotavovací pokoj nebo na oddělení JIP a v rámci předoperační péče by pacientky měly být informovány, kde se probudí po operačním výkonu. Ženy 1, 3, 5 a 6 se probouzely na dospávacím pokoji. Pouze ženy 3 a 6 byly informovány v rámci předoperační péče o tom, kde se probudí po výkonu. Ženy 2 a 4 byly bezprostředně po operaci přeloženy na oddělení JIP a v předoperační péči byly informovány, kam budou předány po operaci. Domnívám se, že je velmi důležité, pacientce před operací oznámit, kde se probudí, jak dlouho na daném oddělení bude, a jaký postup bude následovat. Takové informace zabrání dezorientaci na neznámém pokoji, sníží úzkost a stres u pacientky. Mikšová a kolektiv (2006) v odborné publikaci zmiňuje elevaci končetiny v období pooperační péče, kvůli riziku otoků. Elevaci končetiny zmínily všechny dotazované ženy. Ženy 2, 3, 5 a 6 byly řádně informovány o tom, proč mají končetinu elevovanou a byly informovány před operací. Zatímco ženy 1 a 4 informovány nebyly a nevěděly, proč končetinu mají vyvýšenou. Podle mého názoru by sestry měly každé pacientce předat dostatek informací o nutnosti elevace končetiny. Vhodnou edukací předcházet komplikacím, které mohou po operaci nastat. Příkladem je lymfedém,

kterému lze zabránit právě zmíněnou elevací končetiny. Protože jde o komplikaci, která může způsobit velké bolesti a nepohyblivost končetiny, je nutné včas pacientku poučit.

Ženy 2, 3, 5 a 6 zmiňovaly těsně po operaci pocit žízně. Jak uvádí Slezáková a kolektiv (2010) je nutné sledovat stav sliznic a podávat čaj po lžičkách nebo podpořit vlhčení sliznic glycerinovou tyčinkou. U ženy 2 se pocit žízně řešil vlhkou tyčinkou, žena 5 dostala napít malé množství tekutiny a žena 6 dostala kelímek s vodou. Žena 3 dostala napít až na standardním pokoji. Myslím si, že je vhodné řešit ihned po operaci pocit žizně, protože to vyvolává v ženě nepříjemný pocit. Tekutiny jsou základní součástí denního režimu a neměly by být narušeny. Proto je vhodné pacientce podat tekutiny alespoň v malém množství, netrápit jí žízní do doby, než bude přeložena zpět na standardní lůžko.

Další pooperační problém zmiňovala žena 4 nevolnost a zvracení po operačním výkonu. Doenges (2013) udává, že by mělo být pacientce nabídnuto očištění dutiny ústní, což bylo provedeno u ženy 4, které následně bylo nabídnuto vyčištění dutiny ústní kartáčkem a zubní pastou. Tento ošetřovatelský proces o péči o dutinu ústní utkvěl pacientce v paměti a udává velmi dobrou pooperační péči na základě dobrého a ochotného přístupu. Nejvíce ji potěšilo, že jí sestra přinesla její vlastní kartáček na zuby s pastou. Domnívám se, že takový přístup by měl být standardní, protože zvyšuje komfort pacientky. Postup sestry hodnotím velmi kladně, je pro mě příkladem profesionálního, empatického a ochotného přístupu.

Na další otázku, jak probíhala ošetřovatelská péče na standardním oddělení, ženy zmiňovaly zejména pomoc sester při hygieně a vyprazdňováni. Ženy si nejčastěji vzpomněly na nepříjemné pocity, které je doprovázely při vyprazdňování do mísy na pokoji. Zejména ženy 1 a 4, kterým to bylo velmi nepříjemné. Vytejčková (2013) v odborné publikaci udává, že by pacientky měly mít při vyprazdňování dostatek času, soukromí a přikrytí pacientky dekou. Podle mého názoru je třeba vyřešit soukromí žen na vícelůžkovém pokoji při vyprazdňování. Jednou z možností je využití například prostorné koupelny, kam se může zajet s lůžkem, a tak navodit pocit mnohem většího soukromí pacientky. Další možností je využití paravánu mezi postele na pokoji nebo požádat ostatní pacientky, pokud je to možné, aby opustily pokoj. Také bych chtěla z mé praxe upozornit, na vhodné použití vonných sprejů a přípravků, které snižují na pokoji nepříjemný zápach a zvyšují komfort pacientek. Vytejčková (2011) v knize zmiňuje, že je důležité zajištění soukromí nemocného pomocí zástěn, aby se pacientky nevystavovaly zrakům ostatních pacientek při hygieně na lůžku. Žena 1 uvedla první

mytí po operaci na lůžku, kdy se necítila dobře za přítomnosti ostatních pacientek. Myslím si, že by se měly, a to nejen u těchto pacientek, využívat zástěny mezi lůžky. Tím se zabrání ostatním pacientkám pohledu na ženu po ablaci, které jsou pro pacientku velmi nepříjemné. Ženy by se měly s deformací prsu postupně smiřovat v soukromí, protože se jedná o velmi intimní záležitost.

Všechny ženy se při výzkumném šetření zmínily, že byly doprovázeny sestrou do sprchy v dalších dnech po operaci. Vytejčková (2011) uvádí, že je doprovod po náročných operacích nutný, kvůli prevenci pádu a uklouznutí. Podle mého názoru by si sestry měly stále uvědomovat, že ztráta prsu je velmi psychicky i fyzicky náročná situace pro pacientku a měly by pacientce dát dostatek času na hygienu a nenaléhat. Je důležité vést pacientku k soběstačnosti, ale zároveň být na blízku pro případ, že by potřebovala pomoc při hygieně.

Dále všechny ženy zmiňovaly mírnění bolesti v průběhu hospitalizace. Sestry projevily ve všech případech zájem o sledování bolesti. Následně podávaly analgetika dle ordinace lékaře. Slezáková (2010) v literatuře uvádí, hodnocení intenzity bolesti. Sestry u žen se pouze slovně doptávaly, zda chtějí něco na bolest. Z rozhovorů je patrné, že na intenzitu bolesti se žen sestry neptaly. Dle mého názoru by se sestry měly aktivně ptát na intenzitu bolesti, aby mohly včas informovat lékaře o její změně. Lékař pak může efektivněji zareagovat, snížit, zvýšit nebo změnit analgetika, což zvyšuje komfort pacientky. Jirkovský (2012) uvádí, že sestra by měla pacientky upozornit na to, jaký lék dostávají, případně je seznámit s vedlejšími účinky léků. V průběhu rozhovoru byly ženy dotazovány, zda věděly, jaké léky na bolest užívaly. Pouze žena 3 věděla, že sestry aplikovaly injekčně Dolsin a následně, po zmírnění bolesti, podávaly v tabletách lék Zaldiar. Ostatní ženy informovány nebyly. Žena 1 uvedla, že neví, jaké léky užívala, ale uvedla silnou únavu po léku a časté pospávání. Domnívám se, že všechny pacientky by měly být informovány o lécích, které v nemocnici užívají, včetně možných nežádoucích účinků. Informovanost o lécích prohlubuje důvěru k ošetřovatelskému personálu, zlepšuje psychické naladění pacientů a dává možnost pacientce konzultovat případné nežádoucí účinky se sestrou či lékařem.

Dále se ženy v rámci ošetřovatelské péče zmiňovaly o převazech, které ve všech případech probíhaly na pokoji. Všechny ženy z výzkumného šetření se v průběhu převazu před ostatními cítily nepříjemně. Pouze ženám 4 a 5 převazy vadily méně, protože spolupacientky na pokoji měly stejnou diagnózu. Jak zmiňuje Jirkovský (2012), převazy by se měly provádět na místech k tomu určené, například převazovny,

vyšetřovny. Pokud to zdravotní stav pacientky nedovoluje, tak v krajním případě lze provést převaz na pokoji, ale za použití zástěny, která odděluje jednotlivá lůžka a poskytuje pocit soukromí. Podle mého názoru, by se převazy měly provádět v převazovnách, které jsou vždy součástí chirurgického oddělení. Nejen samotný převaz, ale i komunikace mezi profesionály a pacientkou při převazu by měly probíhat bez přítomnosti ostatních pacientek tak, aby se zajistil individuální přístup, soukromí a intimita.

Ženy 2 a 4 v průběhu hospitalizace trpěly nechutenstvím. Vytejčková (2011) informuje o vhodném podávání stravy u pacientek, u kterých se projeví nechutenství. Zejména zmiňuje možnost výběru jídla nebo spolupráce s rodinnými příslušníky. Pokud pacientka odmítá nemocniční stravu, je výhodné domluvit se s rodinou o možnosti donést pacientce jídlo, na které je zvyklá, a na kterém si pochutná. Ženy v rozhovoru neuvedly, jak se nechutenství v jejich případě řešilo, jen žena 4 uvedla, že jí sestry donutily něco sníst. Myslím si, že není vhodné pacientku do jídla nutit, spíše se držet pravidel dle Vytejčkové (2011), aby nedocházelo k prohlubování nechutenství.

Důležitou součástí ošetřovatelské péče je rehabilitace, která by měla probíhat s pomocí sestry a fyzioterapeuta, jak uvádí v odborném článku Macháčková (2010). Valenta (2007) v odborné literatuře zmiňuje včasnou rehabilitaci už v den po operaci, kdy sestra pacientce podá molitanový míček a edukuje ženu o výhodách včasné rehabilitace a zabránění tak špatné pohyblivosti končetiny. U všech žen proběhla rehabilitace až na ženu 1, která cvičila pouze až doma. Dle výzkumného šetření se na rehabilitaci podílela, jak sestra, tak i rehabilitační pracovník. Fyzioterapeutka se věnovala ženám 2, 3, 4, 5, kterým názorně ukázala cviky, provedla nácvik a pravidelně docházela na oddělení. Za ženou 6 přišla fyzioterapeutka pouze jednou: *„Ukázala cvik, ať ho zopakuju, asi jsem ho udělala dobře a řekla jen, jo dobrý a už nepřišla“*. Domnívám se, že včasná a pravidelná rehabilitace by měla být samozřejmostí u všech žen po ablaci prsu, protože snižuje pooperační komplikace. Ženy 5 a 6 se v průběhu rozhovoru zmínily o tom, že jim byl dán do ruky míček od sester bezprostředně po operaci a byly informovány o důležitosti brzké rehabilitace. Za ženou 3 bezprostředně po operaci přišla rehabilitační sestra a též pacientka dostala molitanový míček. Byla informována o dalším průběhu rehabilitace. U ženy 2 sestra znovu zopakovala cviky před propuštěním. U ženy 5 sestra projevila zájem o pacientku, která prováděla cvik špatně. Podle mého názoru, sestra výborně zareagovala, cvik s pacientkou nacvičila správně tak, aby nedošlo k nesprávným pohybovým stereotypům. Z toho vyplývá, že se

sestry i fyzioterapeuté zapojují do procesu rehabilitace, ale ne u všech pacientek stejně. Myslím si, že by se sestry měly více zaměřit na cvičení s molitanovým míčkem, které je jednoduché a účelné. V nepřítomnosti fyzioterapeuta by se měla sestra zapojit do rehabilitace, motivovat a více informovat o důležitosti rehabilitace i po propuštění.

Dále jak uvádí Knapová (2015), důležitým úkolem celého ošetřovatelského týmu je vzbudit dojem zájmu o pacientku a zapojit ji do ošetřovatelského procesu. Projevit pacientce úctu, empatii a nápomocnost ze strany ošetřujícího personálu a individuálně přistupovat k pacientce. Většina žen ve výzkumném šetření potvrdily, že sestry jsou empatické, umí naslouchat, jsou trpělivé, nápomocné a byly ochotné, když bylo potřeba. Žena 6 dále zmínila, že se musela doptávat na všechny informace, nakonec jí bylo vše zodpovězeno. Podle mého názoru, by nemělo docházet k situaci, jako u ženy 6, která byla neinformována a musela se neustále na vše ptát. Sestra by měla sama aktivně komunikovat a automaticky sdělovat všechny potřebné informace. Ženy s rakovinou prsu bývají uzavřené, proto je pro sestru důležité ovládat efektivní komunikaci, a tak navázat otevřený a důvěrný vztah, který je významný pro psychickou pohodu pacientky.

Další součástí šetření jsou informace, které ženy dostaly při propuštění. V odborném článku Knapová (2015) uvádí, že při propuštění je pacientka seznámena s možnými komplikacemi, co v případě komplikací dělat. Dále je nutné seznámit pacientku s pohybovým režimem po ablaci prsu, informovat o kontrolních termínech na chirurgickém oddělení, kde budou provedeny převazy operační rány, odstranění stehů a kontrole na onkologickém oddělení. Pouze žena 6 byla při propuštění seznámena s komplikacemi, které mohou nastat. Dále ženy 4 a 5 zmínily, že proběhla edukace ohledně následující rehabilitace. Ženy 1, 2, 3, 4 a 5 byly seznámeny s termíny na chirurgickém oddělení. Žena 6 a 5 zmínily, že byly informovány o odstranění stehů. Onkologické kontroly zmínily ženy 1, 3 a 6. Z výzkumného šetření vyplývá, že ženy nebyly informovány o možných pozdních komplikacích po ablaci prsu. Dle mého názoru by informace o komplikacích měly být zmíněny vždy po každé operaci, nejen u žen po ablaci prsu, ale u všech pacientů. Je nutné, aby ženy možné komplikace znaly, dokázaly je rozpoznat a uměly včas reagovat. Sestry často nepodávají informace o nutné následné rehabilitaci a zabránění komplikace „zmrzlého ramene“, kterou zmiňuje Macháčková (2010). Myslím si, že je nutné pacientku informovat o komplikaci zmrzlého ramene a možné nehybnosti končetiny. V rámci edukace je důležité, aby pacientka uměla cviky, které této komplikaci dokážou zabránit a může je provádět i v domácím prostředí. Slezáková (2010) udává, že je nutné pacientku před propuštěním

informovat o promazávání jizvy pro lepší hojení. Pouze ženy 2 a 5 byly poučeny o promazávání jizvy. Žena 2 byla do domácí péče propuštěna s drénem a zároveň byla informována o péči o drén, následné kontrole a termínu vytažení drénu. V případě, že je ponechán u ženy po ablaci prsu drén a je propuštěná do domácí péče, sestra seznámí pacientku o péči o drén a seznámí s možnými komplikacemi, uvádí Workman (2006). U ženy 2 byla tato edukace dodržena, pacientka věděla, jak drén ošetřovat v domácím prostředí. Dle mého názoru, žena 2 byla dobře informována o péči o drén a operační ránu. Protože měla dostatek informací a uměla se o operační ránu a drén starat, bez problémů se rána zhojila i v domácím prostředí. Pacientka přivítala, že nemusela setrvávat v nemocnici a mohla být doma se svou rodinou. Být doma bylo pro pacientku důležité.

Macháčková (2010) v odborné publikaci zmiňuje, že všem ženám po ablaci prsu je nezbytné poskytnout nabídku prsních epitéz. Pět žen při výzkumném šetření uvedlo, že byly informovány o prsních epitézách a věděly, kde je možné si je zakoupit. Ženě 1 byl dán pouze poukaz bez informací, kde prsní epitézu zakoupit. Této ženě poradila kamarádka, která pracuje jako zdravotní sestra. Myslím si, že téměř ve všech případech sestry reagovaly správně. Informovaly o možnosti nošení prsních epitéz a pacientky věděly, kam se obrátit. Což považuji za velmi důležité, protože pacientky věděly, kam konkrétně se mají jít a nemusely shánět informace z jiných zdrojů.

Slezáková (2010) v odborné literatuře zmiňuje edukaci pacientek o možnosti rekonstrukce prsu. I když je v kompetenci lékaře poučit pacientky o této variantě, myslím si, že je vhodné jim tuto skutečnost při propuštění připomenout. Ani jedna žena z výzkumného šetření se nezmínila o tom, že by jí sestra při propuštění informovala o této možnosti. Podle mého názoru by žena měla vědět o možnosti rekonstrukce prsu. Tato informace napomáhá pocitu vyřešení ztráty prsu v budoucnosti, což má vliv na zlepšení psychického stavu pacientky v průběhu následující léčby.

Z výzkumného šetření vyplynulo, že zejména mladší ženy hledaly informace o své nemoci přes internet. Starší ženy spíše plně důvěřovaly sestrám a lékařům, kteří jim předávali informace ohledně nemoci a průběhu léčby. Většina žen již před nástupem do nemocnice měla informace z internetu, od lékařů nebo přátel. Doenges (2016) v knize uvádí, že je vhodné doporučit pacientkám podpůrné skupiny nebo stránky podpůrných skupin, ve kterých si v klidu doma mohou přečíst užitečné informace ohledně dalších léčebných postupů. Macháčková (2010) uvádí v odborném článku, že je vhodné podávat informace i pomocí brožur o těchto skupinách. Ženám 1, 2, 3 a 5 byly podány

informace o podpůrných skupinách od sester pomocí brožury, ženě 1 byla nabídnuta i registrace do podpůrné skupiny. Už v době, kdy zjistily, že onemocněly, hledaly informace a navštívily stránky těchto organizací. Hledaly zejména informace ohledně prognózy a průběhu léčby. Informace, které získaly, považovaly za dostatečné. Ani jedna z žen se aktivně nezapojuje do podpůrných skupin. Ženy 2 a 3 projevily zájem o možném zapojení do programů podpůrných skupin v budoucnosti. Dvě ženy při rozhovoru zmínily, že podpůrné skupiny neznají a nemají o ně zájem. Podle mého názoru jsou podpůrné skupiny důležité. Poskytují odborné poradenství, psychologickou podporu, empatii a porozumění. Nabízí programy, semináře, organizují turistické akce a lázeňské pobyty. Také je v organizacích registrováno mnoho žen, které onemocněly karcinomem prsu a mohou ženám poskytnout mnoho cenných informací. Domnívám se, že o těchto organizacích by měla být informována každá žena, která onemocněla karcinomem prsu. Je úkolem sestry, vždy pacientku informovat o možnostech, které tyto organizace nabízejí a zároveň ji motivovat, aby nezůstávala se svým problémem sama. Ačkoli jsou podpůrné organizace v posledních letech medializovány, tak zájem o ně z výzkumného šetření není vysoký. Ale do budoucna si myslím, že popularita a zájem o tyto skupiny bude mnohem větší než nyní, protože v rámci modernizace a socializace jsou ženy mnohem otevřenější.

Slezáková (2010) uvádí, že je vhodné spolupracovat s rodinou, zejména s manželem. Zajímavé je zjištění, že v průběhu rozhovorů ani jedna z žen nezmínila spolupráci sester s rodinou. Podle mého názoru je spolupráce s rodinou významná u všech onkologických pacientů. Je důležité zajistit psychickou pohodu pacientky a zároveň zajistit psychickou podporu rodiny. Nejen pro pacientku, ale i pro ostatní členy rodiny je její nemoc velmi náročná. Proto by sestra měla věnovat čas i rodinným příslušníkům, kteří pacientku navštěvují a zajistit jejich spolupráci. Při propuštění by měl být rodinný příslušník také k dispozici, aby věděl o následném postupu léčby a kontrolách. Protože se žena ocitá ve velmi těžké životní situaci, prožívá stres a úzkost, nemusí si všechny informace zapamatovat. Je tedy výhodné, aby byl přítomen někdo, komu budou tyto informace také sděleny.

Dále je nutné upozornit na komunikační bariéru, která v době hospitalizace vznikla u ženy 6. Jak uvádí Venglářová (2006), sestry a lékaři by se měly vyhnout před pacientem profesní mluvě. Přesto u ženy 6 vznikla komunikační bariéra ze strany lékaře: *„na mě mluvil cizím jazykem a já koukala jak puk“*. Sestra následně po vizitě pacientce vysvětlila, co lékař sděloval. Podle mého názoru byl postup sestry velmi

profesionální, výborně zareagovala a vše pacientce následně vysvětlila. Tím navodila pocit důvěry a zájmu o pacientku. Myslím si, že situacím, kdy pacientka nerozumí sdělovanému, by se mělo předcházet. Bohužel i z praxe vím, že tato komunikační bariéra je častá. Pokud pacientky neporozumí obsahu sdělení, mohou pociťovat bezmoc, nemožnost ovlivnit léčbu a mohou mít nedůvěru k zdravotnickému personálu. Podle mého názoru je nutné se vždy ujistit, že řečenému pacientky rozumí.

Závěrem lze říci, že sestry mají znalosti a zkušenosti týkající se problematiky ošetřovatelské péče o ženy po ablaci prsu, což bylo prokázáno v empirické části této bakalářské práce. Podle mého názoru je třeba klást větší důraz na aktivní komunikaci sester s pacientkami a věnovat větší pozornost jejich psychické pohodě.

6 Závěr

Tato bakalářská práce je věnována ošetřovatelské péči o ženy po ablaci prsu z pohledu žen. Ke zpracování tohoto tématu, byly stanoveny dva cíle: Cíl 1 Zmapovat předoperační a pooperační ošetřovatelskou péči u žen podstupující ablaci prsu. Cíl 2 Zjistit, zda jsou pacientky informovány o podpůrných skupinách. Pro splnění cílů byly stanoveny čtyři výzkumné otázky.

První výzkumná otázka zjišťovala, jak probíhá ošetřovatelská péče u pacientek před chirurgickým výkonem. Na oddělení byla většina pacientek přijata sestrou. Při příjmu ženy podepisovaly souhlasy s přijetím, podávání informací a souhlas s operací. V době před operací rutinně sestry edukovaly pacientky o nutnosti lačnění před operací a podávaly prepremedikaci. V některých případech se sestry věnovaly přípravě operačního pole a nácviku správného dýchání před operací.

Druhá otázka zjišťovala, jak probíhá ošetřovatelská péče o ženy po chirurgickém výkonu. Bezprostředně po operaci byly ženy umístěny na dospávacích pokojích nebo na oddělení JIP, kde se sestry zajímaly především o komfort pacientky. Na tlumení bolesti padávaly léky, zabývaly se problematikou žízně a nevolností a neposlední řadě elevovaly horní končetinu. Na standardním lůžku sestry pomáhaly ženám při hygieně a vyprazdňování. Aktivně se zapojovaly do řešení problému bolesti a pravidelně podávaly léky. Dále sestry asistovaly při převazech na pokoji. Pooperační rehabilitace probíhala na pokojích za pomoci rehabilitačních sester. Při propuštění do domácí péče ženy byly sestrami informovány o možnosti nošení prsních epitéz a také o tom, kde prsní epitézu zakoupit. Dále podaly ženám informace o kontrolách a termínech na chirurgii. V některých případech sestry edukovaly pacientky o nutnosti následné rehabilitace. Žena, která odcházela s drénem do domácího prostředí, byla taktéž edukována.

Třetí výzkumnou otázkou se zjišťovalo, v jakých oblastech se pacientky setkaly s problémy v ošetřovatelské péči. Nedostatky byly zjištěny zejména v informovanosti o možnosti psychologické pomoci ženám. Tato možnost nebyla poskytnuta ani nabídnuta, přestože by ji ženy uvítaly. Dále ve výzkumném šetření bylo zjištěno, že ne všechny ženy byly informovány o nutnosti elevace končetiny po chirurgickém výkonu. Jako velký problém ženy spatřovaly nedostatek soukromí a intimity zejména při převazech a vyprazdňování. Problémem byla také komunikace mezi ženou a sestrou. Sestry neposkytovaly podrobné informace o režimu na oddělení, ani o průběhu hospitalizace. V komunikaci sestry nebyly aktivní, nevyužívaly efektivní komunikaci pro zjišťování

potřeb žen, ale případné otázky a dotazy pacientek zodpovídaly ochotně a vstřícně. Další problém ženy vnímaly v přítomnosti pacientek s jinou diagnózou na společném pokoji. Dále pacientky nebyly plně informovány o druhu a názvu léku, který užívaly na bolest. Důležité je upozornit, že se sestry u většiny žen nepodílely na rehabilitaci a při propuštění neinformovaly pacientky o možných komplikacích.

Čtvrtá výzkumná otázka zjišťovala, jaké informace dostaly pacientky o možnostech navštívit podpůrné skupiny. Nejčastěji se o podpůrných skupinách ženy dozvěděly z internetu nebo od sester formou brožur. Ženy se aktivně do těchto skupin nezapojují, ale jejich aktivity oceňují a vnímají jako velmi užitečné. Jejich internetové stránky hodnotí jako velmi dobrý zdroj informací. Nejčastější informace, které zjišťovaly, byla prognóza a průběh léčby.

Jako výstup bakalářské práce je návrh na příručku pro všeobecné sestry (ošetřující personál), které pečují o ženy po ablaci prsu.

Seznam použitých zdrojů

1. ABRAHAMOVÁ, J., 2009. *Co byste měli vědět o rakovině prsu*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-3063-4.
2. COUFAL, O., FAIT, V., 2011. *Chirurgická léčba karcinomu prsu*. Praha: Grada. 416 s. ISBN 978-80-247-3641-9.
3. DOENGES, M., MOORHOUSE, M., MURR, A., BLIGH, D., 2016. *Nursing diagnosis manual: planning, individualizing, and documenting client care*. Fifth edition. DavisPlus. 1120 s. ISBN 978-0-8036-4474-8.
4. DUŠEK L., MUŽÍK J., KUBÁSEK, M., KOPTÍKOVÁ, J., ŽALOUDÍK, J., VYZULA, R., 2005. *Epidemiologie zhoubných nádorů v České republice* [online]. Masarykova univerzita [cit. 2016-10-28]. Dostupné z: http://www.svod.cz/analyse.php?modul=incmor#
5. FALEIDE, A., LIAN L., FALEIDE, E., 2010. *Vliv psychiky na zdraví: soudobá psychosomatika*. Praha: Grada. 240 s. ISBN 978-8024-72864-3.
6. FERKO, A., ŠUBRT, Z., DĚDEK, T. (eds.) 2015. *Chirurgie v kostce*. 2 vydání. Praha: Grada. 512 s. ISBN 978-80-247-1005-1.
7. HENDL, J., 2005. *Kvalitativní výzkum*. 2. vydání. Portál. 408 s. ISBN 978-80-7367-485-4.
8. JANÍKOVÁ, E., ZELENÍKOVÁ, R., 2013. *Ošetřovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Grada. 256 s. ISBN 978-80-247-4412-4.
9. JIRKOVSKÝ, D., HLAVÁČOVÁ, M., 2012. *Ošetřovatelské postupy a intervence: učebnice pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Fakultní nemocnice v Motole. 411 s. ISBN 978-80-87347-13-3.
10. KNAPOVÁ, J., 2015. *Ošetřovatelský proces u pacientky po operaci prsu podle modelu Myry Estrin Levineové.* Florence 11(9). 30-32 s. ISSN 1801-464X.
11. KOBILKOVÁ, J., 2005. *Základy gynekologie a porodnictví*. Praha: Galén. 368 s. ISBN 80-7262-315-X.
12. KRŠKA, Z. et al., 2011. *Techniky a technologie v chirurgických oborech: Vybrané kapitoly*. Praha: Grada. 264 s. ISBN 978-80-247-7532-6.
13. MACHÁČKOVÁ, R. 2010. *Zásady ošetřovatelské péče o pacientku s nádorovým onemocněním prsu*. Sestra 7(8), 69 -71 s. ISSN 12-10-0404

14. MARKOVÁ, T., 2015. *Svépomocné skupiny pro klientky s onkologickým onemocněním prsu.* Pardubice. Bakalářská práce. Fakulta zdravotnických studií. Univerzita Pardubice.
15. MATT V., 2012. 15+ *Mastectomy Nursing Care Plans* [online]. Nurseslabs.[cit. 2017-02-02]. Avaible for : https://nurseslabs.com/mastectomy-nursing-care-plans/
16. McTIERNAN ET AL., © 2010. Weight, Physical Activity, Diet, and Prognosis in Breast and Gynecologic Cancers [databáze], American Society of Clinical Oncology: Journal of Clinical Oncology [cit. 2016-01-12]. Avaible for: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2940425/
17. MIKŠOVÁ, Z., FROŇKOVÁ, M., ZAJÍČKOVÁ, M., 2010. *Kapitoly z ošetřovatelské péče II*. 2 vydání. Praha: Grada. 176 s. ISBN 80-247-1443-4.
18. NAVRÁTILOVÁ, J. 2010. *Výživa onkologického pacient*. Sestra 6, 60- 61 s. ISSN 1210-0404.
19. NEJEDLÁ, M., 2015. *Fyzikální vyšetření pro sestry*. 2 vydání. Praha: Grada. 294 s. ISBN 978-80-247-4449-0.
20. PAFKO, P., 2008. *Základy speciální chirurgie*. Praha: Galén. 385 s. ISBN 978-80-7262-402-7.
21. POKORNÁ, A., 2010. *Efektivní komunikační techniky v ošetřovatelství*. 3. vydání. Brno: NCONZO. 104 s. ISBN 978-80-7013-524-2.
22. POSPÍŠILOVÁ, A., 2015. *Prevence v onkologii*. Olomouc. Bakalářská práce. Fakulta zdravotnických věd. Univerzita Palackého v Olomouci.
23. PRAUSOVÁ, J., 2010. *Karcinom prsu- problém 21. Století.* Interní medicína pro praxi 12(1). 26-32 s. ISSN: 1803-5256
24. REPKOVÁ, A., 2006. *Gynekologické ošetrovatel'stvo*. Martin: Osveta. 140 s. ISBN 80-8063-236-7.
25. SOVOVÁ, E., 2006. *100 + 1 otázek a odpovědí o prevenci nejčastějších onemocnění*. Praha: Grada. 152 s. ISBN 80-247-0952-X.
26. SEDLÁŘOVÁ, P., VYTEJČKOVÁ, R., WIRTHOVÁ, V., HULUBOVÁ, J., 2013. *Ošetřovatelské postupy o nemocné II*. Praha: Grada. 272 s. ISBN 978-80-247-3420-0.
27. SLEZÁKOVÁ, L., BEZDIČKOVÁ, M., 2010. *Ošetřovatelství v chirurgii II*. Praha: Grada, 2010. 300 s. ISBN 978-80-247-3130-8.

28. ŠAFRÁNKOVÁ, A., NEJEDLÁ, M., 2006. *Interní ošetřovatelství II*. Praha: Grada. 216 s. ISBN 978-80-247-1777-7.
29. ŠEREDA, I., 2017. Alen sdružení žen Praha [online]. Praha [cit 16-03-03]. Dostupné z: http://alen.tym.cz/index.php
30. ŠVAŘÍČEK, R., ŠEĎOVÁ, K. et al., 2014. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál. 384 s. ISBN 978-80-262-0644-6.
31. TRACHTOVÁ, E., TREJTNAROVÁ, G., MASTILIAKOVÁ, D., 2013. *Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu*. 3 vydání. Brno: NCONZO. 185 s. ISBN 978-80-7013-553-2.
32. VALENTA, J., 2007. *Základy chirurgie*. 2. vydání. Praha: Galén. 277 s. ISBN 978-80-7262-403-4.
33. VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ G., 2006. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada. 144 s. ISBN 80-247-1262-8.
34. VIDOVIČOVÁ, H., DI CARA, V., 2007. *Výkladový ošetřovatelský slovník*. Praha: Grada. 568 s. ISBN 9788024722405.
35. VILHOLM, O., COLD, S., RASMUSSEN, L., SINDRUP, S., 2008. *The postmastectomy pain syndrome: An epidemiological study on the prevalence of chronic pain after surgery for breast cancer* [databáze] British Jurnal of Cancer [cit. 2017-03-03] Avaible for: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2527825/
36. VOKURKA, M., HUGO, J., 2009. *Velký lékařský slovník*. 9 vydání. Praha: Maxdorf. 1159 s. ISBN 978-80-734-5202-5.
37. VORLÍČEK, J., ABRAHÁMOVÁ, J., VORLÍČKOVÁ, H., 2006. *Klinická onkologie pro sestry*. Praha: Grada. 328 s. ISBN 80-247-1716-6.
38. VYMĚTAL, J., 2010. *Úvod do psychoterapie*. 3. vydání. Praha: Grada. 287 s. ISBN 978-80-247-2667-0.
39. VYTEJČKOVÁ, R., SEDLÁŘOVÁ, P., WIRTHOVÁ, V., HULUBOVÁ, J., 2011. *Ošetřovatelské postupy o nemocné I*. Praha: Grada. 232 s. ISBN 978-80-247-3420-0.
40. WORKMAN, B., BENNETT, L., 2006. *Klíčové dovednosti sester*. Praha: Grada. 260 s. ISBN 978-80-247-1714-2.
41. ZEMAN, M., KRŠKA, Z., 2011. *Chirurgická propedeutika*. 3. Vydání. Praha: Grada. 512 s. ISBN 978-80-247-3770-6.

42. Aliance žen s rakovinou prsu, 2016. [online]. Amala, s. r. o. [cit. 16-03-03]. Dostupné z: http://www.breastcancer.cz/cs/

7 Přílohy

Seznam příloh

Příloha 1- Otázky k rozhovoru s ženami

Příloha 2- CD Písemné zápisy rozhovorů

Příloha 3- Ukázka kategorizování rozhovoru

Příloha 1

Otázky k rozhovoru s ženami

1. Jaká vyšetření u Vás proběhla před nástupem do nemocnice?
2. Jakým způsobem probíhala předoperační ošetřovatelská péče?
3. Jak na Vás působil přístup sester před operací?
4. Co jste postrádala v rámci ošetřovatelské péče před výkonem?
5. Na jaké lůžko jste byla převezena po operačním výkonu?
6. Vzpomenete si, co pro Vás sestra dělala po operaci?
7. Popište, jak probíhala ošetřovatelská péče v dalších dnech po operaci na standardním lůžku?
8. Jak probíhala rehabilitace po operačním výkonu?
9. Co jste postrádala v rámci ošetřovatelské péče po výkonu?
10. Jakým způsobem Vám byla nabídnuta psychologická pomoc?
11. Jaké informace jste dostala při propuštění do domácí péče?
12. Jaké informace jste postrádala, když jste byla propuštěna?.
13. Jaké znáte podpůrné skupiny?
14. Jak Jste se dozvěděla o podpůrných skupinách?
15. Kde jste zjišťovala informace o podpůrných skupinách?
16. Jaké informace Vás zajímaly v rámci podpůrných skupin?
17. Co považujete za důležité informace z těchto stránek?
18. Jaké informace jste na těchto stránkách nenalezla?

Zdroj: Vlastní

Příloha 3

Rozhovor 3

Anamnéza

Žena, 35 let, rozvedená, má dceru ve věku 6 let. Pracuje jako účetní pro několik firem, je OSVČ. Rakovinou prsu onemocněla před třemi lety. Při samovyšetření si nahmatala v pravém prsu bulku. Následně mamografické vyšetření potvrdilo přítomnost nádoru. Histologické vyšetření potvrdilo, že se jednalo o nádor zhoubný. Nejdříve absolvovala chemoterapii a ozařování. Poté byla provedena ablace prsu včetně odebrání uzlin. Ablace prsu a následná rekonstrukce proběhla bez komplikací. Žádné léky pravidelně neužívá. Chodí na pravidelné kontroly na gynekologii a onkologii.

Rozhovor

Jaká vyšetření u Vás proběhla před nástupem do nemocnice?

Když jsem si zjistila tu bulku v prsu, tak jsem byla na hodně vyšetření. Nejdřív gynekologie, mamograf, pak mi dělali biopsii toho nádoru. No a zjistili, že je to zhoubný. Na onkologii mi odebrali krev na markery, byla jsem na rentgenu a scintigrafii. Už si to všechno ani nepamatuji. Pořád mi kontrolovali krev. Protože nebyl ten nádor zapouzdřený, tak jsem nejdřív byla na chemoterapii a ozařování. Až potom mě objednali na operaci.

A jaká vyšetření jste tedy měla těsně před operací?

To jsem byla u mého lékaře na předoperačním vyšetření. Myslím, že mi bral krev, moč a EKG.

Jakým způsobem probíhala předoperační ošetřovatelská péče v nemocnici?

To ani nevím, jestli mi něco dělali. Podepisovala jsem nějaké papíry. Ani pořádně nevím co. Víte, pro mě to bylo složité období. Nevěděla jsem, jak to všechno bude, byla jsem ve stresu. Nesměla jsem nic jíst, to vím. Ale jinak se mnou nic nedělali.

A jaké informace jste dostala o operaci?

Večer přišel doktor, ten mi řekl, ať se na to vyspím. Podrobnosti neříkal.

O čem s Vámi mluvily sestry?

Ty se ptaly, jestli něco nepotřebuju a přinesly mi léky na spaní. Taky mi řekly, že chvíli budu na pooperačním pokoji a pak mě dají zpátky na pokoj. Že tam ty moje věci zůstanou. Snažily se mě povzbudit, ale já byla vyřízená.

Jak na Vás působil přístup sester před operací?

Před operací se snažily se mnou navázat kontakt, ale já neměla na nic náladu. Nedokázala jsem je nějak vnímat. Pořád jsem jen myslela na to, jak to všechno dopadne. Měla jsem doma dcerku. Myslím, že jsem i na ně byla nepříjemná. Ale nemohla jsem si pomoct. Nechaly mě být, ale ptaly se, jestli něco nepotřebuju.

Co jste postrádala v rámci ošetřovatelské péče před výkonem?

Nic jsem nepostrádala, snad jen větší klid. Byly jsme na pokoji tři. Já a jedna paní také s prsem. Ta třetí byla stará paní po nějaké operaci. Pořád zvonila na sestry a ty tam pořád za ní chodily. Neměla jsem klid. Když už bych usla, tak mě zase vzbudily. Ptala jsem se na jednolůžák, ale to tam neměli. To by mi vyhovovalo.

Na jaké lůžko jste byla převezena po operačním výkonu?

Myslím, že to byl pooperační pokoj, ale z toho si moc nepamatuju, měřili mi tam tlak a nevím co ještě. Pořádně jsem se probrala až na svém pokoji.

Vzpomenete si, jak se o Vás sestry staraly v době po operaci?

Měřily tlak, jo a podložily mi ruku kvůli otokům. Měla jsem hroznou žízeň, ale napít mi daly až na pokoji. Ptaly se mě, jestli mě něco nebolí, víc asi už nic. No vlastně ještě převazy, ty byly každý den.

Kde probíhaly převazy?

Probíhaly na pokoji a byly hrozný. Kdybych měla jednolůžák, cítila bych se líp. Je stresující přijít o prso a pak se ještě svlékat před cizíma. Ale zvládla jsem to.

Popište, jak probíhala ošetřovatelská péče v dalších dnech po operaci na standardním lůžku?

Na svým pokoji jsem se teprv pořádně probrala. A první den jsem ležela a spala. Druhý den ráno mě vzbudily a doprovodily mě se umejt. Dost se mi točila hlava. Když jsem chtěla na záchod, tak jsem měla za úkol na sestry zazvonit a zase mě doprovodily.

A co rehabilitace, cvičili s Vámi?

První den jsem necvičila, ruku jsem měla podloženou a hrozně to bolelo. Druhý den odpoledne přišla paní z rehabilitace a začala mě učit, jak cvičit. Nejdřív s tím míčkem, pak cviky na rozhýbání, taky jsem dostávala domácí úkoly a druhý den mě z nich vždy zkoušela, docela jsme se u toho i nasmály. Chodila za mnou ta paní celou dobu, co jsem tam ležela. Doma jsem také poctivě cvičila a ruku úplně rozhýbala, nemám s ní problém.

Vzpomenete si, jak se u Vás řešila bolest?

Dávaly mi pravidelně injekce a ty pomáhaly, později tabletky, ale těch jsem už moc nebrala.

Víte, jaké léky jste dostávala?

Píchaly mi Dolsin, pak asi v tabletách Zaldiar.

Jak dlouho jste byla hospitalizovaná?

Osm nebo devět dní, nevím to přesně.

Dostala jste od sester o možnost psychologické pomoci?

Nedostala, ale určitě bych jí ocenila.

Co jste postrádala v rámci ošetřovatelské péče po výkonu?

Nic jsem nepostrádala, jen ten jednolůžák, to soukromí, ale to už jsem vám řekla. Jinak tam byly sestry hodný, měly pochopení, chovaly se profesionálně, nemám co vytknout.

Jaké informace jste dostala při propuštění do domácí péče?

Když mě propouštěli, pan doktor říkal, že se operace podařila, dali mi termín na kontrolu k nim a na onkologii kam docházím dodnes. Dostala jsem recepty a propouštěcí zprávu. Taky

mi dali poukaz na epitézu a sestřička mě poslala do zdravotnické prodejny u nemocnice, kde byla velmi ochotná paní.

Jaké informace jste postrádala, když jste byla propuštěna?

Asi žádné, věděla jsem, co mám dělat, kam mám jít.

Jaké znáte podpůrné skupiny?

Znám Mammahelp a Linkos a Nejsi na to sama.

Jak jste se dozvěděla o podpůrných skupinách?

Hned po tom, co jsem se tu diagnózu dozvěděla, začala jsem sama zjišťovat informace na internetu. Strávila jsem tím hodně hodin a dozvěděla jsem se hodně hlavně těch praktických informací a hlavně to, že se to dá léčit a vyléčit. To mi hodně pomohlo.

A seznámili Vás také v nemocnici s těmito organizacemi?

Ano, dostala jsem od sester příručku, ale ty informace, co v ní byly, já znala už z internetu.

A chtěla byste se zapojit do těchto podpůrných skupin?

Taky mě to napadlo, třeba bych mohla někomu pomoct, uvidím.

Jaké informace jste na těchto stránkách nenalezla?

To jestli se vyléčím, jestli budu žít. Ale to mi nikdo neřekne. Jinak si myslím, že ty internetové stránky obsahují mnoho užitečných informací a pomáhají v těžkých chvílích.

Zdroj: Vlastní

Seznam použitých zkratek

CT - počítačová tomografie

EKG - elektrokardiogram

Gy - Gray

JIP - jednotka intenzivní péče

např. - například

m. - musculus (sval)

RTG - rentgenové vyšetření

TNM - kategorizace zhoubných nádorů

tzv. - tak zvaně

UZ- ultrazvuk

ÚZIS- Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR

WC - splachovací záchod