

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI

FAKULTA ZDRAVOTNÍCH STUDIÍ

# **BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**2015**

**Ivana Herbigová**

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetrovatelství B5341

**Ivana Herbigová**

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTKY  
S KARCINOMEM PRSU**

**Bakalářská práce**

Vedoucí práce: Mgr. Soňa Loudová

PLZEŇ 2015

POZOR! Místo tohoto listu bude vloženo zadání BP s razítkem. (K vyzvednutí na sekretariátu katedry.) Toto je druhá číslovaná stránka, ale číslo se neuvádí.

## Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 31. 3. 2015

.....

vlastnoruční podpis

## Poděkování

Děkuji Mgr. Soně Loudové za odborné vedení práce, poskytování rad a materiálních podkladů. Dále děkuji pacientce za ochotnou spolupráci a informace, které mně byly poskytnuty a bez kterých by nebylo možné práci sepsat. V neposlední řadě děkuji mé rodině za její trpělivost a podporu při zpracovávání této práce.

## **Anotace**

Příjmení a jméno: Herbigová Ivana

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Ošetrovatelský proces u pacientky s karcinomem prsu

Vedoucí práce: Mgr. Soňa Loudová

Počet stran – číslované: 65

Počet stran – nečíslované (tabulky, grafy): 29

Počet příloh: 8

Počet titulů použité literatury: 26

Klíčová slova: karcinom prsu, ošetrovatelský plán, chemoterapie, psychologický přístup

### **Souhrn:**

Předmětem a cílem této bakalářské práce je sestavení ošetrovatelského plánu u pacientky s karcinomem prsu, která byla léčena adjuvantní chemoterapií. Léčba a ošetrovatelská péče byla prováděna na onkologickém oddělení Krajské zdravotní a.s., Nemocnice Chomutov o.z. Práce je rozdělena na dvě části, teoretickou a praktickou část. V teoretické části se zaměřuji na charakteristiku karcinomu prsu, diagnostiku a také možnosti léčby karcinomu prsu a její nežádoucí účinky. Dále se v teoretické části zmiňuji o prevenci a psychosociální problematice onkologického onemocnění a v závěru vysvětluji, co je to ošetrovatelský proces. V praktické části popisuji ošetrovatelský proces u pacientky léčené adjuvantní chemoterapií pro nádorové onemocnění prsu. K vytvoření ošetrovatelského plánu jsem zvolila model M. Gordonové. V ošetrovatelském plánu se podrobně věnuji anamnestickým údajům, stanovuji ošetrovatelské problémy, sestavuji ošetrovatelský a edukační plán.

## **Annotation**

Last name, first name: Herbigová Ivana

Department: Nursing and Midwifery

Title of thesis: Nursing process for patients with breast cancer

Consultant: Mgr. Soňa Loudová

Number of pages – numbered: 65

Number of pages – unnumbered (tables, graphs): 29

Number of appendices: 8

Number of literature items used: 26

Keywords: breast cancer, nursing care plan, chemotherapy, psychological approach

### Summary:

The work of this thesis is focused on creating a nursing care plan for a patient with breast cancer who was treated with adjuvant chemotherapy. Treatment and nursing care has taken place at the oncology department of Chomutov hospital. The work is divided into theoretical and practical part. The theoretical part focuses on the characteristics of breast cancer, its diagnosis, treatment options and its side effects. Furthermore, cancer prevention and psychosocial problems are discussed. In the end the nursing process is analyzed. The practical part describes the nursing process for patient treated with adjuvant chemotherapy of breast cancer. To create a nursing care plan I have chosen M. Gordon model. In the plan I am focusing on anamnestic data, implementing a set of actions to resolve nursing diagnoses and finally creating nursing care and education plan.

# OBSAH

ÚVOD.....	10
1 KARCINOM PRSU.....	12
1.1 Historie karcinomu prsu.....	12
2 ANATOMIE PRSU .....	13
3 INCIDENCE A MORTALITA .....	14
4 PŘÍČINY VZNIKU KARCINOMU PRSU A RIZIKOVÉ FAKTORY .....	15
4.1 Faktory životního stylu .....	15
4.2 Faktory osobní anamnézy .....	16
4.3 Hormonální a gynekologické faktory .....	16
4.4 Genetické faktory.....	17
5 KLINICKÉ PROJEVY .....	18
6 STANOVENÍ DIAGNÓZY, HISTOLOGIE A STAGING KARCINOMU PRSU .....	19
6.1 Zobrazovací metody .....	19
6.2 Vyšetření krve.....	19
6.3 Histologie.....	20
6.4 Staging nádoru prsu .....	20
7 LÉČBA KARCINOMU PRSU.....	22
7.1 Chirurgická léčba.....	22
7.2 Radioterapeutická léčba .....	23
7.3 Chemoterapeutická léčba.....	24
7.4 Hormonální léčba.....	25
7.5 Biologická léčba .....	25
8 VEDLEJŠÍ POLÉČEBNÉ ÚČINKY A JEJICH LÉČBA .....	26
8.1 Vedlejší účinky po chirurgické léčbě.....	26
8.2 Vedlejší účinky radioterapie .....	26
8.3 Vedlejší účinky chemoterapie.....	27
8.4 Vedlejší účinky hormonální terapie .....	30
8.5 Vedlejší účinky biologické léčby.....	30
9 PREVENCE KARCINOMU PRSU .....	31
9.1 Primární prevence .....	31
9.2 Sekundární prevence.....	31
9.3 Terciální prevence.....	32
9.4 Ostatní preventivní programy .....	32
10 PSYCHOLOGICKÝ PŘÍSTUP K NEMOCNÝM.....	33
10.1 Psychologický přístup sester k onkologicky nemocnému .....	34



10.2	Komunikační dovednosti zdravotníků .....	35
11	OŠETŘOVATELSKÝ PROCES.....	37
11.1	Koncepční model Majory Gordonové.....	38
	PRAKTICKÁ ČÁST .....	40
12	OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTKY S KARCINOMEM PRSU .....	40
12.1	Formulace problému .....	40
12.2	Cíl výzkumu .....	40
12.3	Operacionalizace pojmů.....	41
12.4	Druh výzkumu a výběr metodiky.....	41
13	KAZUISTIKA .....	43
13.1	Sběr informací o klientce – anamnéza .....	43
13.2	Lékařská diagnóza.....	45
13.3	Použité měřicí škály .....	46
13.4	Ošetřovatelský model M. Gordonové .....	47
13.5	Průběh hospitalizace.....	51
13.6	Plán ošetřovatelské péče – ošetřovatelské diagnózy .....	58
13.7	Edukační plán.....	70
14	DISKUSE .....	71
	ZÁVĚR.....	75
	SEZNAM ZDROJŮ	
	SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK	
	SEZNAM TEXTOVÝCH PŘÍLOH	

# ÚVOD

*„Když nedbáš nebezpečí, přijde rychleji.“*

(Publilius Syrus, Myšlenky)

Karcinom prsu je nejčastějším zhoubným nádorovým onemocněním žen. Je to civilizační problém. Svými důsledky zasahuje do všech oblastí ženy, do života její rodiny, a tím vlastně do celé společnosti. Čím vyšší je incidence onemocnění a čím nižší je věk ženy v době diagnózy, tím jsou důsledky závažnější. (Abrahámková a kol., 2009, s. 11) Výskyt nádorového onemocnění prsu u žen v České republice stále roste. Současný problém v populaci žen spočívá ve vysokém výskytu patologických nálezů v prsu. Tyto nálezy mohou být benigní, častěji bývají maligní. Ze statistik získáváme relativně přesné údaje o četnosti karcinomu prsu či o úmrtnosti na toto onemocnění. V České republice v roce 2011 dosáhl počet nově diagnostikovaných nádorů prsu u žen počtu 6620.

([www.svod.cz](http://www.svod.cz))

Cesta k tomu, aby bylo co nejvíce žen indikovaných k operacím zachovávajících prs, vede přes preventivní screeningové vyšetření, kde je možné včas diagnostikovat a zachytit malý nádor, často ještě nehmatný. Plánovaný screening s využitím moderních diagnostických metod (především mamografie) skýtá možnost odhalit co nejmenší nádory. Toto je vhodný způsob, jak dosáhnout co nejdějšího a nejkvalitnějšího přežití žen s rakovinou prsu. Při včasném zachycení onemocnění v počáteční fázi se zvyšuje naděje na vyléčení a podstatně se snižuje procento úmrtí, snižují se náklady na jejich léčbu, zlepšuje se kvalita života žen a ženy se navrací k plnohodnotnému životu. (Abrahámková a kol., 2009, s. 11)

Proto se domnívám, že by ženy měly být dostatečně informovány především o možnostech prevence, zejména o důležitosti samovyšetřování prsů.

Téma pro svou bakalářskou práci: „Ošetřovatelský proces u pacientky s karcinodem prsu“ jsem si vybrala z důvodu stálé aktuálnosti této problematiky. A také proto, že již několik let pracuji na onkologickém oddělení, kde o ženy s onemocněním karcinomu prsu pečuji a pozoruji, jak se rok od roku zvyšuje počet pacientek s nádorovým onemocněním prsu a jejich věk se neustále přesunuje do mladších věkových kategorií.

# TEORETICKÁ ČÁST

# 1 KARCINOM PRSU

## 1.1 Historie karcinomu prsu

Karcinom prsu je onemocnění s dlouhodobou historií, které doprovází lidstvo od počátku jeho dějin. Důkaz najdeme v papyrech, nyní uložených v Britském muzeu v Londýně, z doby 3000 let před Kristem, kde se nachází první zmínka o této chorobě. Chorobou se zabýval už Hippokrates, později Galén (Abrahámková a kol., 2009, s. 11).

Historicky první zmínky ženských prsou se objevují nejen v lékařství, ale i v umění. Příkladem mohou být zmínky například o Venuši s Grimaldi, což je soška stará 23 000 let charakterizující ženu s bujným poprsím, či vyobrazení kojící Madony ze 14. století (Měšťák 2007, s. 13).

Ňadra jako atribut ženství a ženské krásy a jakožto symbol plodivé síly a zdroje výživy byla zobrazována od nepaměti. Ve výtvarném umění existují četná vyobrazení žen, u nichž se dá předpokládat, že zobrazené ženy trpěly rakovinou prsu. Umělec zobrazoval ve svém díle známky nádoru, které viděl na své modelce. Mezi nejznámější díla patří Rembrandtův obraz „Betsabé s dopisem krále Davida“ se známkami pravděpodobného karcinomu levého prsu. Znamky rakoviny prsu jsou viditelné i na jiných výtvarných dílech, například u Michelangela, Rafaela, Rubense aj. Začátkem 19. století se objevují první poznatky o charakteru onemocnění a snaha o účinnou léčbu. Ve druhé polovině 20. století již dochází ke komplexní všestranné léčbě, kde jsou patrné snahy o časný rozpoznání nemoci, snížení úmrtnosti a zlepšení kvality života. Další rozvoj v podobě biologické léčby a screeningového programu přineslo až 21. století (Abrahámková a kol., 2009, s. 11).

## 2 ANATOMIE PRSU

Ženské prsy (mammas) jsou párový orgán. Je zde uložena mléčná žláza (glandula mammas). Mléčná žláza je největší kožní žláza lidského těla. U obou pohlaví se zakládá embryonálně epitelové ztluštění, které jde zhruba od axily do tříselného ohbí jako tzv. *mléčná lišta*. Rozvoj a utváření prsů je výrazně závislý na hormonech a jejich vývoji v pubertě. Až do puberty je mléčná žláza u chlapců i děvčat v klidu. Vyvinutá mléčná žláza u ženy přesahuje okraj přední stěny hrudníku a tvoří podklad ženského prsu. Do popsaného tvaru se u děvčat vyvine v pubertě pod vlivem estrogenů jako jeden ze sekundárních pohlavních znaků. Prsy můžeme rozdělit pomocí myšlených čar na čtyři kvadranty. Horní zevní kvadrant, horní vnitřní kvadrant a dolní zevní spolu s dolním vnitřním kvadrantem. Vlastní mléčná žláza se skládá z 15 až 25 samostatných tubulárních žlázek, které se skládají ze žlázových lalůčků. Vývody lalůčků z každého laloku se spojují v jeden společný hlavní mlékovod. Žlázový systém, lymfatické cévy, arterie a žíly v prsu obklopuje pojivová a tuková tkáň. Laloky jsou obklopeny tukem, který tvoří obal a tím dává prsu jeho charakteristický tvar. Lymfatické cévy odvádějí tkáňovou tekutinu, odpady a buňky imunitního systému. Podél těchto cév nacházíme v některých místech lymfatické uzliny. Je to vlastně seskupení buněk imunitního systému. Lymfa se z oblasti prsu dostává do uzlin v podpaží (axilární lymfatické uzliny), vnitřních uzlin v hrudníku (vnitřní mamární uzliny) a do uzlin nad a pod klíční kostí (supra a infra klavikulární uzliny). Cestou lymfatických cév se z prsu do těchto míst dostávají nádorové buňky, uzliny se aktivují a mohou být prvním signálem onemocnění. Tvar a velikost prsu závisí na celé řadě faktorů, z nichž na prvním místě stojí výživa. Levý prs bývá často větší než pravý prs. Kůže prsu je jemná, na jeho vrcholu je kůže změněná v podobě kruhového dvorce. Uprostřed dvorce vystupuje prsní bradavka. Kůže dvorce a bradavky je pigmentovaná. V kůži prsního dvorce jsou uloženy mazové žlázy. Jejich sekret chrání dvorec před maceračními účinky slin kojence a mléka. Vrchol prsní bradavky je rozbrázděn, otevírají se na něm drobné ostrůvky, kterými vyúsťují mlékovody. Tvar prsu se mění v různých obdobích života ženy s věkem, hlavně pak v souvislosti s počtem těhotenství a porodů. Ve stáří mléčné žlázy involují, a tím se také celý prs zmenšuje (Hladíková a kol. 2009,11-19).

### **3 INCIDENCE A MORTALITA**

Nádorová onemocnění představují závažný zdravotní problém současné české populace, zvláště s ohledem na stále rostoucí počty nově diagnostikovaných pacientů. Vysoká incidence nádorů prsu je pozorována ve většině zemí světa. Nejvíce v severní a západní Evropě a severní Americe. V porovnání s ostatními vyspělými zeměmi je Česká republika na 23. místě v počtu nově diagnostikovaných onemocnění na 100 tisíc žen. V evropských státech zaujímá 17. místo (Mužik et al. 2009, s. 7).

Karcinom prsu představuje svou četností hlavní onkologickou zátěž u ženské populace a řadí se mezi nejčastější příčiny úmrtí u žen na nádorové onemocnění. Každým rokem tomuto onemocnění podlehnou přibližně 1 950 žen, což znamená 37 žen ze 100 tisíc. V České republice jsou nádory prsu příčinou úmrtí u 3,6 % žen. Pozitivním příznakem je, že i přes nadále rostoucí četnost nádorů prsu je mortalita u tohoto onemocnění ve stádiu stagnace. Je to důsledek včasné diagnostiky v prvotních stádiích karcinomu prsu (Mužik et al. 2009, s. 8).

#### **Nádory prsu u mladých žen**

Zhoubný nádor prsu není jen problematikou žen ve středním a starším věku, ale vyskytuje se i u mladých žen. Velmi nízká incidence je u žen do 20 let, po 20. roku výskyt tohoto onemocnění s věkem narůstá. Celkový počet karcinomu prsu u žen ve věku 20-34 let v letech 2010 -2011 je 120 případů na 100 tisíc žen (Abrahámková a kol., 2009, s. 29), ([www.svod.cz](http://www.svod.cz)).

#### **Nádory prsu u starších žen**

U žen starších 70 let bylo v letech 2010 - 2011 ročně zaznamenáno 1958 nádorů prsu, což je 312 nádorů na 100 tisíc žen. Karcinom prsu je jedním z nejčastěji se vyskytujících maligních nádorů po nádorech kůže, tlustého střeva a konečníku. Incidence u žen starších 70 let s karcinomem prsu v posledních letech stagnuje. V roce 2011 zemřelo na zhoubný novotvar prsu 1725 žen, tj. o 70 žen více než v roce 2010 (Abrahámková a kol., 2009, s. 31), ([www.svod.cz](http://www.svod.cz)).

#### **Nádory prsu u mužů**

Nádory prsu nejsou problematikou pouze ženské populace, ale vyskytují se také u mužů. Zde však představují spíše raritní skupinu nádorů s incidencí přibližně 44 nových pacientů ročně (Abrahámková a kol., 2009, s. 31).

Mortalita na karcinom prsu se s moderními možnostmi léčby postupně snižuje.

## **4 PŘÍČINY VZNIKU KARCINOMU PRSU A RIZIKOVÉ FAKTORY**

Příčiny vzniku nádorových onemocnění u člověka neznáme. Byla předložena řada teorií s částečně ověřenými experimentálními podklady a je velmi pravděpodobné, že u většiny nádorů působí několik faktorů současně. Dodnes neznáme přesně příčinu vzniku nádorových onemocnění prsu, víme ale, že choroby nejsou zapříčiněny náhodným úrazem a nejsou přenosné. Existuje však celá řada takzvaných rizikových faktorů, které se podílejí na vzniku těchto chorob. Přítomnost jednoho nebo více rizikových faktorů neznamená, že pacientka onemocní karcinomem prsu (Abrahámková a kol., 2009, s. 33-34).

### **4.1 Faktory životního stylu**

#### **Alkohol:**

Aktuální studie prokázaly nepříznivý vliv zvýšené konzumace alkoholu na riziko vzniku karcinomu prsu. Účinek alkoholu na zvýšení rizika vzniku karcinomu je dán především prostřednictvím ovlivnění hladiny estrogenů v organismu ženy. U žen, které denně vypijí dvě až pět sklenek, je riziko přibližně 1,5krát vyšší než u abstinetek (Abrahámková a kol., 2009, s. 37).

#### **Stravovací návyky:**

Množství a složení přijímané potravy tvoří komplexní faktor s přímým vztahem k riziku vzniku karcinomu prsu. Snižování rizika vzniku tohoto onemocnění je spojeno s vyšším příjmem stravy bohaté na vlákninu, ovoce a zeleninu (Abrahámková a kol., 2009, s. 37).

#### **Obezita:**

Nadváha, množství tělesného tuku v organismu, jeho rozložení a vyšší věk mají vliv na metabolismus hormonů. Tyto faktory mají negativní vliv na organismus a proto je vyšší riziko vzniku nádorového onemocnění, zejména pak u obézních žen po menopauze (Abrahámková a kol., 2009, s. 37).

#### **Fyzická aktivita:**

Při zvýšené fyzické námaze se ve vaječnicích snižuje produkce steroidních hormonů a snižuje se hladina krevního inzulinu, což má za následek snížení rizika vzniku onemocnění karcinomem prsu (Abrahámková a kol., 2009, s. 37).

**Kouření:**

Přímý vliv kouření na vznik karcinomu prsu nebyl prokázán, je třeba však zdůraznit, že kouření celkově škodí zdraví a tím se i zvyšuje riziko vzniku jiných maligních nádorů a srdečních onemocnění (Abrahámková a kol., 2009, s. 38).

## **4.2 Faktory osobní anamnézy**

**Věk:**

Věk je hlavním rizikovým faktorem vzniku onemocnění. U žen nad 50 let je zaznamenáno zvýšené riziko vzniku karcinomu.

**Rasa:**

Riziko vzniku karcinomu prsu u různých etnických skupin je rozdílné. U bělošské populace je prokazatelně vyšší riziko vzniku onemocnění vyšší než u černošské populace nebo Asiatické. Naproti tomu je mortalita u černošek vyšší než u bělošské populace (Abrahámková a kol., 2009, s. 39).

## **4.3 Hormonální a gynekologické faktory**

**Menarché:**

Brzký nástup menstruačního cyklu (před dvanáctým rokem) patří k opakovaně potvrzovaným faktorům vzniku karcinomu prsu (Abrahámková a kol., 2009, s. 41).

**Menopauza:**

Vyšší věk menopauzy je spojován s vyšším rizikem vzniku karcinomu. Délka menopauzy je při klasifikaci rizika významná i pro současné spolupůsobení s jinými rizikovými faktory životního stylu, jako jsou nadměrná hmotnost či hormonální terapie (Abrahámková a kol., 2009, s. 41).

**Věk při prvním porodu, počet porodů:**

Riziko výskytu onemocnění u bezdětných žen nebo u žen s prvním těhotenstvím po 35 roce života je výrazné. Počet porodů v predikci rizika vzniku onemocnění nezávislý na věku



ženy při prvním porodu. U žen s vyšším počtem porodů bylo pozorováno nižší riziko (Abrahámková a kol., 2009, s. 41).

#### **Kojení:**

Délka kojení je ovlivněna hladinou hormonů (estrogenů) v ženském organismu, tím bylo kojení potvrzeno jako ochranný faktor proti vzniku karcinomu prsu.

#### **Hormonální léčba:**

Studie zabývající se užíváním hormonálních přípravků nepopisují jednoznačné výsledky zkoumání, obecně je prokázané vyšší riziko vzniku karcinomu prsu u žen, které tyto přípravky užívaly. Podstatný je také věk a délka doby užívání hormonálních léků. Studie ukazují, že zvýšené riziko mají ženy do 10 let od ukončení užívání hormonálního přípravku. Po době více než 10 let od ukončení užívání nebylo prokázáno zvýšené riziko vzniku onemocnění (Abrahámková a kol., 2009, s. 42).

## **4.4 Genetické faktory**

### **Výskyt zhoubných nádorů v rodině:**

Riziko zhoubného nádoru prsu je vyšší u žen, jejichž pokrevní příbuzní onemocněli touto nemocí. Příbuzní mohou být z matčiny, ale i otcovy strany. Pokud má či měla matka, sestra či dcera zhoubný nádor prsu, je riziko onemocnění až dvojnásobně vyšší než u ostatní populace (Abrahámková a kol., 2009, s. 43).

Na podkladě rizikové rodinné anamnézy, která se musí při výskytu nádorového onemocnění posuzovat nejméně tři generace a potvrdit udávané diagnózy v dokumentaci, je možné doporučit testování predispozičních genů BRCA-1 a BRCA-2. Nosičky uvedeného genu nemusí vůbec onemocnět karcinomem prsu, ale vzhledem k riziku onemocnění by měly být pečlivě sledovány (Abrahámková a kol., 2009, s. 43).

## 5 KLINICKÉ PROJEVY

Zhoubný nádor prsu je ve svém prvopočátku většinou asymptomatický, není bolestivý, nezpůsobuje jiné potíže. Při dalším růstu může docházet k nejrůznějším změnám (Abrahámková a kol., 2009, s. 57).

Nejčastějším klinickým projevem je hmatná nebolestivá „bulka“ nebo zatuhnutí v prsu (nejčastěji v jeho horním zevním kvadrantu). Tento příznak bývá často prvním projevem onemocnění u  $\frac{3}{4}$  nemocných. Většinou si jí nahmatá žena sama nebo je zjištěna při fyzikálním vyšetření lékařem. Ostatní symptomy se vyskytují méně často např.: změny ve tvaru a velikosti prsu, důlkovatění, hrboly nebo kůže vzhledu pomerančové kůry. Dále může být bolest prsu, zarudnutí a oteplení kůže, nepravidelnost bradavky, povrchové změny na bradavce, výtok z bradavky, zvětšení lymfatických uzlin v axile nebo nadklíčku (Petruželka a kol., 2003, s. 183).

Řada z výše jmenovaných příznaků je typická pro pokročilý nádor. V těchto případech je potřeba okamžitě navštívit lékaře. Toto bývají první příznaky u pokročilého metastazujícího onemocnění. Nejčastěji to bývá bolest v kostech při postižení skeletu, úbytek tělesné hmotnosti, nechutenství aj. (Abrahámková a kol., 2009, s. 57-62).

## 6 STANOVENÍ DIAGNÓZY, HISTOLOGIE A STAGING KARCINOMU PRSU

Jestliže klinické příznaky ukazují, že by mohlo jít o nádorové onemocnění, je nutné doplnit další důležitá klinická vyšetření pro správné stanovení diagnózy (Abrahámková a kol., 2009, s. 63).

### 6.1 Zobrazovací metody

**Mamograf** je rentgenové vyšetření prsu, zobrazující prsní žlázu, využívající měkké nízkenergetické záření. Cílem je zjistit velikost a počet útvarů v prsu a vztah k okolním strukturám. Skládá se zpravidla ze dvou snímků (z boku a shora) na každé straně. Mamografické vyšetření může v mnoha případech zobrazit nádor, který je ještě bezpříznakový. Vhodným doplňkem mamografie je ultrasonografické vyšetření prsu (Abrahámková a kol., 2009, s. 70).

**Ultrasonografie prsu** je doplňující metoda mamografie, která umožňuje rozlišení solidní nebo cystické složky. USG prsu je nebolestivé, neinvazivní vyšetření bez použití ionizujícího záření a specifické přípravy před vlastním vyšetřením. Také se pod USG provádí biopsie prsu (Abrahámková a kol., 2009, s. 70).

**Rentgenový snímek hrudníku, ultrasonografie břicha a scintigrafie skeletu** patří mezi základní vyšetření v rámci stagingu na počátku onemocnění. Tato vyšetření se pravidelně provádějí v rámci dispenzarizace jedenkrát ročně společně s druhostrannou mamografií prsu. V určitých případech uvedená vyšetření nedokáží jednoznačně vyloučit nebo potvrdit postižení některých orgánů. Proto se provádí další vyšetření, jakými jsou magnetická rezonance (MR) nebo pozitronová emisní tomografie (PET) (Abrahámková a kol., 2009, s. 70).

### 6.2 Vyšetření krve

Pro stanovení diagnózy nádorového onemocnění či k detekci metastáz a recidiv se v krvi vyšetřují tzv. **nádorové markery**. Mezi nejčastěji sledované nádorové markery u karcinomu prsu patří **CEA** (tzv. karcinoembryonální antigen). Důležitým vyšetřovaným markerem u karcinomu prsu je **CA 15-3**, který však může být zvýšen i v případě lokálního onemocnění.

Pomocí genetických testů je stanovena mutace genů BRCA-1 a BRCA-2. Tato metoda molekulárně genetického vyšetření se provádí u pacientek s nádorem prsu, a také u žen s pozitivní rodinnou anamnézou (Vorlíček a kol., 2012, s. 40-41).

### 6.3 Histologie

Histologická verifikace je prvním a povinným krokem před samotnou volbou léčebného postupu.

**Biopsie** je invazivní vyšetření, které spočívá v odběru vzorku tkáně prsu. Techniku biopsie rozdělujeme na klasickou otevřenou nebo punkční biopsii tlustou jehlou (core-cut biopsie). Punkční biopsií se získá dostatečné množství tkáně, které se odesílá do laboratoře, kde se určí jeho histologické složení a další biologické vlastnosti potřebné pro následnou léčbu nádoru a možnosti vlivu hormonů.

Nejčastějším typem zhoubného novotvaru prsu u žen je karcinom duktální (činí 73%), který vychází z buněk výstelky ductů. Druhým nejčastějším typem je karcinom lobulární (14%), který vychází z buněk výstelky lalůčků. Velmi častým karcinomem je karcinom in situ, který je neinvazivní, nevytváří metastázy, ale bez léčby přechází v karcinom invazivní. Histologické vyšetření patologem je zcela základním a neopominutelným vyšetřením. Bez tohoto vyšetření a jasného potvrzení zhoubného nádoru není lékař oprávněn k další onkologické léčbě (Abrahámková a kol., 2009, s. 63-65).

### 6.4 Staging nádoru prsu

Před samotným začátkem plánování léčby na základě komplexního vyšetření je určen rozsah onemocnění podle pravidel TNM klasifikace. Tato klasifikace vymezuje rozsah primárního nádoru (T), stav regionálních uzlin (N) a přítomnost nebo nepřítomnost vzdálených metastáz (M).

#### **Klasifikace a klinická stadia - TNM klasifikace (staging)**

**Kategorie T (tumor)** – primární nádor, určuje tři základní charakteristické znaky tumoru tj. jeho velikost, postižení kůže a hloubku uložených nádorových struktur, dále vychází z předoperačních vyšetření včetně zobrazovacích metod.

**Kategorie N (nodul)** – je počet postižených regionálních lymfatických uzlin v podpaží. Důležitá je velikost uzliny či uzlin, jejich počet, jejich fixace k okolní tkáni.

**Kategorie M (vzdálené metastázy)** – jsou informace o potencionálním rozšíření nádorových metastáz do vzdálených orgánů hematogenní cestou (Klener, 2011, s. 31).

Stadia nádorového onemocnění jsou označována čísla od 0 do IV.

**Stadium 0** – přítomnost neinvazivního nádoru.

**Stadium I** – časné stadium invazivního karcinomu prsu, tumor je menší než 2cm a nejsou postiženy lymfatické uzliny.

**Stadium II** – dělíme na dvě skupiny – II A, II B

II A – nádor o velikosti 2-5cm bez postižení lymfatických uzlin nebo nádor menší jak 2cm s postižením 1-3 podpažních lymfatických uzlin.

II B - nádor o velikosti 2-5cm s postižením 1-3 podpažních lymfatických uzlin nebo nádor větší než 5cm bez postižení lymfatických uzlin.

**Stadium III** - dělíme do tří skupin III A, III B a III C.

III A - nádor o velikosti 2-5cm postižené lymfatické uzliny fixované navzájem nebo postižení uzlin vedle kosti hrudní.

III B – nádor jakékoliv velikosti, který prorůstá do stěny hrudní či kůže

III C – nádor jakékoliv velikost, postižení 10 a více lymfatických uzlin v podpaží

**Stadium IV** - jedná se o onemocnění s průkazem vzdáleného metastatického postižení, nejčastěji v plicích, játrech, kosterním aparátu či mozkové tkáni (Hladíková a kol. 2009, s. 59-60), (Abrahámková a kol., 2009, s. 70-73), (Novotný a kol. 2012, s. 257-259).

## 7 LÉČBA KARCINOMU PRSU

Karcinom prsu je v současné době považován za systematické onemocnění s tím, že je-li zachycen tumor skutečně záhy a v časném stadiu, může být lokální léčba za určitých podmínek dostačující s kurativním účinkem. Chirurgická a radiační terapie jsou lokoregionálními způsoby léčby a dle současných znalostí a výsledků studií jsou k trvalému léčebnému efektu u pokročilých stadií onemocnění nedostačující. Naproti tomu systémová léčba (chemoterapie a hormonoterapie) tohoto onemocnění má naprosto nezastupitelné postavení v likvidaci celkového onemocnění (Vorlíček a kol., 2006, s. 258).

Všeobecně lze říci, že existují tři léčebné způsoby, které se mohou vzájemně kombinovat či doplňovat. Je to léčba chirurgická, systémová a radiační.

### 7.1 Chirurgická léčba

Chirurgickou léčbu je možné podle druhu výkonu rozdělit do skupin:

**Radikální chirurgická léčba** vymezuje různé druhy mastektomií. Je možné provést rozšířenou radikální mastektomii nebo modifikovanou radikální mastektomii až po mastektomii běžnou.

**Mastektomie** je odstranění celé prsní žlázy i prsního dvorce s bradavkou a různě velkou částí kůže prsu.

**Rozšířená radikální mastektomie** je spojena s chirurgickým odstraněním nitrohruďných lymfatických uzlin.

**Modifikovaná radikální mastektomie** je odstranění prsní žlázy s kůží prsu a fascií prsního svalu a komplexní axilární lymfadenektomií.

**Běžná mastektomie** je odstranění celého prsu se zachováním axilárních lymfatických uzlin.

**Konzervativní výkon** je tzv. záchovná operace s odstraněním nádorových struktur a okolní tkáně v různém rozsahu s co nejmenší deformací prsu jako celku.

**Lumpectomie** je odstranění tumoru jen s minimem zdravé tkáně.

**Segmentektomie** je odstranění tumoru v rámci celého segmentu laloku prsu, spojená s excizí dostatečného lemu nepostižené okolní prsní tkáně.

**Kvadrantektomie** je odstranění jednoho kvadrantu prsu včetně kůže nad fascii velkého prsního svalu pod odstraňovanou žlázou.

Každá kurativní operace prsu by měla být provázena exenterací (vynětím) axilárních uzlin (Dražan a kol., 2006, s. 29-34), (Abrahámková a kol., 2009, s. 77-79).

## **7.2 Radioterapeutická léčba**

Radioterapie je nejstarší onkologická léčebná modalita užívaná v léčbě zhoubných nádorů, nádory prsu nevyjímaje. Z hlediska kombinace jednotlivých léčebných modalit můžeme hovořit o radioterapii předoperační, pooperační, kurativní a paliativní.

### **Předoperační radioterapie**

Dříve se užívala, jak napovídá název, jako léčebná před chirurgickým zákrokem, která měla usnadnit operatérovi vlastní chirurgický zákrok (zmenšením nádorového ložiska) a snížit riziko pooperační diseminace (devitalizací nádorových buněk). V současné době se tato metoda již neužívá, její celkový přínos byl malý a je v současnosti nahrazena předoperační chemoterapií (Vorlíček a kol., 2012, s. 75).

### **Pooperační radioterapie**

Nejčastější se pooperační radioterapie provádí po šetřících operacích, při kterých nedošlo k odstranění celé prsní žlázy. Spočívá v prozáření prsu předem stanovenou dávkou s následným dozářením „centra“ tumoru vyšší dávkou. Snahou je odstranit mikroložiska nádorových buněk v prsu a v místě výskytu původních nádorových struktur. S podobným záměrem se ozařují v indikovaných případech i spádové lymfatické uzliny. Tato pooperační radioterapie významně snižuje procento lokálních recidiv. S podobným úmyslem se v některých případech užívá radioterapie po operacích, při kterých je odstraněna celá prsní žláza (ablace) (Vorlíček a kol., 2012, s. 75).

### **Kurativní radioterapie**

Je užívána v případech, které není možno operovat, nebo kdy pacientka operaci odmítá. Technický postup je podobný ozáření po prs šetřící operaci, výše dávky odpovídá velikosti přítomného nádoru a je pochopitelně vyšší (Vorlíček a kol., 2012, s. 75).

## **Paliativní radioterapie**

Je užívána v případech, kdy pro celkový stav pacientky nebo rozsah onemocnění je cílem pouze zastavení nádorového procesu či zpomalení růstu nádoru nebo tlumení symptomů vzniklých přítomností nádoru. (www.MammaHelp.cz).

## **7.3 Chemoterapeutická léčba**

Chemoterapie je široký farmakologický pojem. V onkologii se pod tímto pojmem rozumí podávání léků s cytotoxickým a cytostatickým účinkem. Mechanismus účinku těchto léčiv spočívá v inhibici proliferace (množení) rychle se dělících buněk nádoru. Jedná se tedy o léčiva, která neselektivně blokují růst buněk nádorových ale bohužel i nenádorových buněk (Kozáková a kol. 2011, s. 5).

V současné době existuje nejméně čtyřicet druhů cytostatik s prokázanou účinností v léčbě karcinomu prsu. Tyto léčivé přípravky s různým mechanismem účinku se mohou kombinovat, čím je dosahováno většího léčebného účinku (Abrahámková a kol., 2009, s. 83).

Protinádorovou chemoterapii rozdělujeme do tří základních indikačních skupin:

### **Adjuvantní chemoterapie**

Je sekundární léčba hned po chirurgické léčbě. Cílem je odstranění tzv. zbytkové nemoci. Nepodává se u karcinomu „in situ“. Není potřebná v případech, kdy velikost nádoru nepřesahovala 1 cm, a nebylo zjištěno postižení lymfatických uzlin. Délka adjuvantní léčby je 4 - 6 měsíců. Adjuvantní chemoterapii je možné kombinovat s adjuvantní hormonální terapií (Pertuželka, Konopásek, 2003, s. 58).

### **Neoadjuvantní chemoterapie**

Této léčby je využíváno u žen s pokročilým operabilním nádorovým onemocněním nebo u žen s velkým primárním nádorem, kde jsou omezené možnosti operability. Cílem této léčby je zmenšení primárních nádorových struktur a tím lepší podmínky operability (Pertuželka, Konopásek, 2003, s. 58).

### **Paliativní chemoterapie**

Je indikována u metastazovaného onemocnění. U paliativní chemoterapie se používá kombinace různých druhů cytostatik. Nemá kurativní účinek, ale může navodit dlouho trvající remisi, zlepšit kvalitu života a tím významně prodloužit dobu přežití (Klener, 2002, s. 505-507).



## **7.4 Hormonální léčba**

Hormonální léčba patří mezi nejstarší způsoby léčby karcinomu prsu. Indikace hormonální léčby se opírá o přítomnost hormonálních receptorů. Nejsou-li v nádorové tkáni hormonální receptory přítomny, hormonální léčba se nepodává, neboť je neúčinná. Hormonální terapie se podílí různou měrou na léčbě časných stadií (adjuvantní léčba), na léčbě lokálně pokročilého onemocnění i na léčbě metastatického onemocnění. Typ této léčby i délku jejího trvání určuje onkolog (Abrahámková a kol., 2009, s. 85-86).

## **7.5 Biologická léčba**

Biologická léčba je zatím nejmodernějším výdobytkem v léčbě rakoviny, a přestože je vývoj biologických léčiv záležitostí poměrně mladou, je zřejmé, že významně posunul a ještě posune možnosti onkologie 21. století ([www.rakovinaprsu.cz](http://www.rakovinaprsu.cz)).

Biologická léčba vychází z nejnovějších vědeckých poznatků týkajících se struktur a pochodů na povrchu a uvnitř buněk. A tak zatímco chemoterapie působí na obecné buněčné struktury, například na DNA, která je vlastní všem buňkám, biologické preparáty jsou nasměrovány na molekuly a pochody specifické pro buňky nádoru. Díky tomu nezpůsobují žádné život ohrožující komplikace a mají jen minimální vedlejší účinky ([www.rakovinaprsu.cz](http://www.rakovinaprsu.cz)).

Terapeutický přístup se volí vždy individuálně na základě biologické charakteristiky každého nádoru. Biologické léky se podávají dlouhodobě, tj. rok a déle, a to v určitých intervalech. Tato léčba biologickými látkami je velice nákladná, ale u přesně vymezené skupiny nemocných je plně hrazena zdravotními pojišťovnami ([www.rakovinaprsu.cz](http://www.rakovinaprsu.cz)).

## **8 VEDLEJŠÍ POLÉČEBNÉ ÚČINKY A JEJICH LÉČBA**

Karcinom prsu je závažným onemocněním, proto vyžaduje velmi účinnou terapii, která se však neobejde bez nežádoucích účinků. Snášenlivost onkologické léčby je individuální, řada nemocných jí snáší zcela bez komplikací, jsou schopni vést zcela běžný život, včetně svého zaměstnání. V dnešní době má onkolog k dispozici řadu prostředků, kterými nežádoucí účinky léčby může zmírnit a usměrnit (Abrahámková a kol., 2009, s. 97-99).

### **8.1 Vedlejší účinky po chirurgické léčbě**

Po záchovných operacích (kvadrantektomii) většinou nebývají zvláštní obtíže. Po odstranění celého prsu s odstraněním podpažních lymfatických uzlin dochází k zásahu do dynamiky horní končetiny, proto je potřeba po zhojení začít se cvičením, aby nedošlo ke ztuhlosti a tahu v oblasti jizvy a ramenního kloubu. Může také dojít k rozvinutí lymfedému paže a tím k omezení hybnosti horní končetiny. Změní se velikost a váha končetiny a to má za následek bolesti zad a kloubů. Otok prstů omezuje psaní a jemnou motoriku. Lymfatickému otoku je potřebné primárně předcházet pravidelným cvičením, masáží končetiny, nosit končetinu v závěsu nebo v kompresivním rukávu (Abrahámková a kol., 2009, s. 97-99).

### **8.2 Vedlejší účinky radioterapie**

Radioterapie je obecně snášena velmi dobře, ale není zcela bez nežádoucích účinků. Vedlejší účinky ozařování lze rozlišit na časné a pozdní.

#### **Časné vedlejší účinky radioterapie**

Nastávají již během radioterapie a odeznívají pár týdnů po jejím skončení. Nejčastější komplikací při radioterapii karcinomu prsu ve většině případů bývá zarudnutí ozařovaného pole. Může mít různý stupeň, záleží na typu kůže. Nejhorší reakce bývají v místech kožních řas a záhybů – pod prsem, v podpaží (Abrahámková a kol., 2009, s. 116-119).

## **Pozdní vedlejší účinky radioterapie**

Bývají pozorovány s odstupem řady několika měsíců po ukončení léčby. Nejčastěji to bývá zvýšená pigmentace kůže a ztuhnutí podkožní tkáně. Nemocné nijak neomezuje a do budoucna nepředstavuje žádné riziko. Pokud se ozařují i lymfatické uzliny v podpaží nebo nadklíčkové oblasti, existuje možnost nežádoucího účinku v podobě lymfatického otoku končetiny, spojené se zhoršenou hybností (Abrahámková a kol., 2009, s. 116-119).

Léčba a doporučení pro pacienty ozařované na oblast hrudníku a podpaží:

Ozařovaná kůže musí být vždy před ozařováním čistá a suchá, po ozařování promazávat kůži neperfémovanými mastmi s obsahem kalcia a panthenolu, chránit kůži před mechanickým a fyzikálním drážděním – těsný neprodyšný oděv, škrábání, holení, opalování, saunování. Dále nosit vzdušný nejlépe bavlněný oděv, mokvající nebo prasklé okrsky kůže ošetřovat prostředky, které místo vysušují a vždy po konzultaci s radioterapeutem, v případě lymfatického otoku (lymfedém) horní končetiny upozornit lékaře, který doporučí léčbu rehabilitací nebo fyzikální léčbu (Abrahámková a kol., 2009, s. 116-118).

## **8.3 Vedlejší účinky chemoterapie**

Závažnost nežádoucích účinků se liší v závislosti na typu podaného cytostatika nebo na jeho kombinaci. Snášenlivost této léčby bývá problematická a pokaždé jiná. Cytostatika potlačují růst buněk a působí nejen na buňky nádorové, ale bohužel i na buňky zdravé tkáně (např. kostní dřeň, sliznici zažívacího traktu, pohlavní buňky, vlasový folikul atd.) (Abrahámková a kol., 2009, s. 100).

Nežádoucí účinky a komplikace se mohou objevit po podání chemoterapie bezprostředně, časně, oddáleně a pozdně.

### **Bezprostřední nežádoucí účinky chemoterapie**

Jsou společné pro většinu cytostatik, mohou se dostavit v hodinách až dnech po aplikaci léčiva a projevují se:

**Nevolnost a zvracení**, je to nejčastější komplikace v léčbě cytostatiky, kdy je možné její účinky v podobě prevence v nitrožilním podání nebo v podobě tablet či čípků utlumit nebo zcela odstranit.

**Alergická reakce na cytostatikum**, projevuje se začervenáním v obličeji nebo červenými kožními skvrnami po celém těle, svěděním, vyrážkou a otokem. Může být i pocit dechové tísně.

**Reakce v místě vpichu cytostatika při nitrožilním podání**, základem je správná nitrožilní aplikace cytostatika. V případě špatného periferního žilního systému je možnost zavedení tzv. komůrky (portu). Tento systém je velmi bezpečný a šetrný pro samotnou aplikaci léčiva.

**Horečka, zimnice, třesavka**, po aplikaci některých druhů cytostatik dochází k reakci v podobě zimnice a třesavky doprovázené zvýšením tělesné teploty až horečkou. Primární léčba je podání antipyretik (Abrahámková a kol., 2009, s. 100-102).

### **Časné nežádoucí účinky chemoterapie**

Přicházejí po několika dnech až týdnech a způsobují:

**Alopecie** (ztráta vlasů), je pro ženy velmi těžce psychicky a společensky přijatelné. Před zahájením chemoterapeutické léčby je potřebné o tomto problému pacientku šetrně informovat a zdůraznit, že vlasy po ukončení léčby opět narostou. Nabídnout možnost zakoupení paruky, která je částečně hrazena pojišťovnou.

**Leukopenie** (snížený počet leukocytů), při chemoterapii bývají poškozeny jak zdravé krvinky, tak i kmenové buňky, ze kterých se zralé leukocyty vyvíjí. Opakovanými odběry krevního obrazu (KO) je sledován průběh poklesu leukocytů.

**Trombocytopenie** (snížený počet trombocytů), mohou se tvořit modřiny a drobné ranky mohou déle krváčet.

**Stomatitida** (zánět sliznice dutiny ústní), vzniklá po léčby cytostatiky, se projevuje jako bolestivé zduření sliznice, která je zarudlá, může krváčet, mohou se vytvořit afty. Nemocný má problém s příjmem tuhé potravy. Zánětu dutiny ústní se dá zabránit či zmírnit hygienou dutiny ústní, výplachy z odvaru šalvěje, vyjmutí zubní protézy. Pacientům se doporučuje nedráždivá, nekořeněná a ne příliš horká strava.

**Zánět střevní sliznice**, se projevuje bolestí břicha, může dojít až k poruchám průchodnosti střeva, ale nejčastěji se projevuje jako průjem. Léčba je šetřící a nenadýmavá dieta s dostatečným příjmem tekutin (Abrahámková a kol., 2009, s. 102-107).

### **Oddálené nežádoucí účinky chemoterapie**

Oddálené nežádoucí účinky chemoterapie se u většiny cytostatik objevují po týdnech až měsících. Mohou to být:

**Anemie** (chudokrevnost), počet erytrocytů je pravidelně sledován spolu s leukocyty a trombocyty v KO. Léčba spočívá v podávání železa, ery masy či erythropoetinu.

**Poškození jaterní tkáně**, při opakovaných chemoterapeutických kombinacích může dojít k poškození jaterního parenchymu. Dochází ke zhoršení funkce jater, které se projeví zvýšenými jaterními testy. Znamená to doživotní šetření jater, nezatěžování alkoholem, dietní režim (Abrahámková a kol., 2009, s. 107-108).

### **Pozdní nežádoucí účinky chemoterapie**

Pozdní nežádoucí účinky se mohou projevit po letech od ukončení léčby, jsou to:

**Neploďnost** (sterilita), u žen je chemoterapií ovlivněná hormonální produkce vaječnicků. Ženy před klimakteriem přestanou v průběhu chemoterapie menstruovat. Tato schopnost se po ukončení léčby zpravidla navrácí. Po chemoterapii neploďnost u ženy může být dočasná nebo trvalá.

**Druhotná zhoubná onemocnění** (sekundární malignity), nejčastěji to bývají nádory vycházející z buněk krvevorné tkáně – lymfomy, leukémie (Abrahámková a kol., 2009, s. 108-109).

## **8.4 Vedlejší účinky hormonální terapie**

Vedlejší účinky hormonální léčby jsou závislé na způsobu, jakým byl zablokován vliv ženských pohlavních hormonů na růst nádoru.

V porovnání s chemoterapií nejsou však komplikace způsobené jakoukoli hormonální manipulací tak nepříjemné a nebezpečné, rozhodně neohrožují pacientku na životě (Abrahámková a kol., 2009, s. 112).

## **8.5 Vedlejší účinky biologické léčby**

Nežádoucí účinky cílené biologické léčby u karcinomu prsu jsou, podobně jako u hormonální léčby, méně časté a většinou se nejedná o akutní život ohrožující komplikace. Výjimku představuje jako u každého preparátu přecitlivělost na účinnou látku, která může vyvolat prudkou alergickou reakci (Abrahámková a kol., 2009, s. 114).

## **9 PREVENCE KARCINOMU PRSU**

V České republice je kolem 40% všech případů karcinomu prsu diagnostikováno ve stadiu III a IV. Důvodem tohoto zjištění byla indikována pouze léčba paliativní či symptomatická minimálně v 18%. Na tomto neutěšeném stavu se podílí zejména nízká úroveň zdravotnické výchovy v naší republice. Mnoho žen, které zjistí první projevy nemoci, váhají s první návštěvou lékaře několik týdnů ba i měsíců. V posledních letech se tato situace zlepšuje vlivem zvýšené možnosti navštívit včas mamografické vyšetření a zejména pak zavedením státem garantovaného screeningu. Včasná diagnostika a možnosti modernější léčby přispívají k relativně stejnému počtu úmrtí i přes zvyšující se počet diagnostikovaných nádorů. Změnu zdravotního stavu lze docílit na základě důsledně aplikovaných preventivních přístupů. Podle způsobu, jak je prevence uplatněna, rozeznáváme tři druhy: primární, sekundární a terciární (Vorlíček a kol., 2012, s. 375).

### **9.1 Primární prevence**

Primární prevence týkající se karcinomu prsu je zaměřená všeobecně na zdravý životní styl, tj. vyhýbání se rizikovým faktorům způsobujícím vznik karcinogenního bujení. Proto by se tedy primární prevence měla zaměřit na edukaci v tomto směru: běžná doporučení racionální výživy, s důrazem na stravu bohatou na ovoce a zeleninu, dostatek pohybu a absenci kouření, stresu a celkovou péči o náš životní styl (Janíková, Zeleníková, 2013, s. 119).

### **9.2 Sekundární prevence**

Do sekundární prevence karcinomu prsu patří jednak samovyšetřovací techniky a pravidelné lékařské prohlídky. Samovyšetřování prsu by se mělo stát součástí života každé ženy již od mladé dospělosti. Nemělo by ale nahradit pravidelné lékařské prohlídky u odborného lékaře. Od roku 2002 je v České republice možnost bezplatného mamografického vyšetření pro ženy nad 45 let ve dvouletých intervalech. Tato věková hranice byla určena na základě statistik, kdy v tomto období života dochází k výraznému zvýšení rizika vzniku tohoto onemocnění. Screeningové vyšetření se řídí standardem Ministerstva zdravotnictví ČR. Mamografický screening provádějí akreditovaná pracoviště. Na vlastní žádost je možné screeningovou mamografií provést u žen starších 40let, přičemž není hrazena ze základního zdravotního pojištění a neměla by být prováděna v kratším než ročním intervalu. U žen mladších se pak provádí USG. V případě

nejednoznačného, podezřelého či pozitivního nálezu je indikace k doplňujícím diagnostickým metodám. Právě díky mamografickému screeningu přibývá zachycení časných stádií karcinomu, která jsou velmi úspěšně léčitelná (Janíková, Zeleníková, 2013, s. 119 -120).

### 9.3 Terciální prevence

Terciální prevence je zaměřena na včasný záchyt případného návratu nádorového onemocnění. Toto můžeme docílit důslednou dispenzarizací, tj. lékařským dohledem u pacienta s nádorovým onemocněním. Důležitá je spolupráce mezi specialisty a praktickými lékaři, aby nedocházelo k přehlédnutí některých detailů a souvislostí, které by mohly vést k možné progresi nádorového onemocnění u pacienta (Janíková, Zeleníková, 2013, s. 120).

### 9.4 Ostatní preventivní programy

V České republice existuje řada preventivních programů, jejichž informace jsou dostupné na internetových portálech. Pro příklad:

**Linkos.cz** – webové stránky České onkologické společnosti, které informují o prevenci, diagnostice, léčbě a novinkách v oboru onkologie, poskytují seznam Komplexních onkologických center (KOC) a texty Národního onkologického programu (NOR) atd. ([www.linkos.cz](http://www.linkos.cz)).

**Mamo.cz** – webové stránky, které poskytují informace o prevenci, mamografickém screeningu, aktuality o rakovině prsu, které se objevily v českých nebo zahraničních médiích, on-line poradnu atd. ([www.mamo.cz](http://www.mamo.cz)).

**Zdravaprsa.cz** – webové stránky o projektu společnosti AVON, která získává finanční prostředky díky prodeji speciálních produktů. Získané finanční prostředky jsou věnovány na projekty spojené s prevencí a bojem proti rakovině prsu ([www.zdravaprsa.cz](http://www.zdravaprsa.cz)).

Také některé zdravotní pojišťovny České republiky se zapojily do preventivních projektů a od ledna 2014 zahájily adresné zvaní občanů k preventivním vyšetřením na rakovinu prsu, tlustého střeva a konečníku a děložního hrdla.



## **10 PSYCHOLOGICKÝ PŘÍSTUP K NEMOCNÝM**

Ošetřování nemocných s onkologickým onemocněním vyžaduje od sestry nejen dokonalé odborné znalosti a dovednosti, ale prověřuje i její vlastnosti etické a morální. Ošetrovatelská péče o nemocné s onkologickou diagnózou představuje péči klinickou, medikamentózní, ale i péči psychologickou, sociální a spirituální, při respektování psychického a somatického stavu nemocného. Reálná obava z onkologického onemocnění vyvolává u většiny lidí výraznou psychickou reakci. Ta má u nemocných s maligní chorobou více fází. Významnou roli zde sehrává i osobnost nemocného člověka (Gulášová, 2009, s. 62).

Cílem psychologického přístupu je porozumět individualitě pacienta, psychologicky pacienta vést, chovat se k němu tak, aby se cítil bezpečně.

### **Desatero psychologického přístupu k onkologicky nemocným**

1. Onkologicky nemocní jsou lidé psychicky zdraví, pouze se nacházejí v situaci ohrožení života a mohou se občas chovat neočekávaně.
2. Ve chvíli, kdy si na vás nemocný odreagovává své vegetativní emoce, zachovejte klid, zabráníte tak rozvoji nežádoucího psychotického stavu.
3. Těžce nemocní potřebují komunikaci dotykem a jejich blízcí to mnohdy nedokážou, proto je vhodné se nemocného dotýkat na bezpečném místě (ruka, loket, rameno).
4. Naslouchejte svým pacientům, vyprávění nemusíte komentovat, nemocným jde převážně o sdělení pocitů.
5. Svě nemocné chvalte za každý, i malý úspěch. Povzbuzení dodává sílu a brzdí negativní emoce.
6. Ptejte se svých nemocných, co pro ně můžete udělat. Zájem o ně jim dává naději.
7. Verbálně s nimi komunikujte přiléhavě jejich věku, nedotkněte se tak jejich důstojnosti.
8. Nemocní k nám vzhlížejí s nadějí na vyléčení, zlepšujte vaše vzájemné vztahy.
9. Empatie je vstřícnost a reagování na potřeby nemocného, neznamená to, že bychom se nemocným museli plně odevzdat.
10. Pamatujte, že své nemocné budete moct dobře ošetřovat jen tehdy, pokud budete sami v dobré psychické pohodě (Vorlíček a kol., 2012, s. 438).

## 10.1 Psychologický přístup sester k onkologicky nemocnému

Abychom uměli včas rozpoznat změny psychiky u pacientů s nádorovým onemocněním a účinně jim pomáhat, měli bychom znát fáze psychické odezvy na závažné zdravotní stavy, jak jsou definovány dle teorie E. Kübler-Rossové:

**Šok** – je emočně velmi silná odezva na sdělení maligní diagnózy, projevuje se pláčem, ztíženým dýcháním, silným neklidem či naopak strnulostí, pacienti se často ptají, proč se to stalo, proč právě mně, proč právě teď? Tato reakce může trvat různě dlouho a většinou sama odezní. Komunikace s pacientem je v tomto emočním stavu náročná a je třeba si uvědomit, že pacient je schopen si zapamatovat asi deset až patnáct procent informací o svém zdravotním stavu, o postupu a způsobu léčby. V této době je třeba podpořit pacienta v naději, že nic není ztraceno, že je na začátku léčby a že rozumíme jeho strachu a obavám.

**Popření** – v této fázi se pacienti nechtějí smířit s diagnózou, hledají racionální vysvětlení a pochybnosti často vyjadřují větami: to nemůže být pravda, mně nic není, určitě se jedná o omyl. Pacient buď nevěří zdravotníkům, nebo hledá příčinu vzniku onemocnění u sebe nebo ve svém okolí. V této fázi je potřeba snižovat pacientovo sebeobviňování za vznik nemoci, dávat mu podporu a naději.

**Agrese** – pacienti se ocitají v emoční pasti, projevují zlost vůči všem zdravým lidem ve svém okolí, podle své mentality mohou přestat komunikovat se zdravotníky nebo budou se vším nespokojeni, hádají se, odmítají pomoc od svých nejbližších i zdravotníků, nechtějí spolupracovat v léčebném procesu.

**Smlouvání, vyjednávání** – v této fázi se pacienti uchylují k pomyslné autoritě boží či autoritě lékaře, člověk slibuje za uzdravení nápravu ve svém vlastním životě, kde si uvědomuje, že chyboval a pak od nich slyšíme věty: „ještě chci své děti vychovat, vidět je dostudovat, chci se dočkat vnoučat, musím doplatit hypotéku ...“ V této chvíli je dobré, když lékař otevřeně a s porozuměním hovoří o prognóze onemocnění.

**Deprese** – je nejtěžší fází odezvy, kdy se pacienti zcela ponoří do strachu, beznaděje, úzkosti, a dle osobnosti člověka mohou trpět nezvladatelným psychomotorickým neklidem, stažením se do sebe a odmítáním veškeré spolupráce s okolím. Tato fáze je pro pacienty velice nebezpečná, je potřeba na ni včas upozornit, v některých případech je nutné ji překonat psychofarmaky.

**Smíření** – je to fáze psychického uvolnění, kdy vypjaté emoce převáží rozumový přístup k nemoci i léčbě. Pacienti se zklidní, dokáží přijímat informace a racionálně je zpracovávat, jsou schopni spolupracovat na své léčbě (Vorlíček a kol., 2012, s. 433-435).

Je třeba vědět, že sestra ani lékař nemusí poznat, ve které psychické fázi se pacient nachází. Popsané fáze se mohou u pacienta opakovat nebo zcela chybět. Často to bývá v souvislosti se změnou zdravotního stavu v průběhu léčby. Příbuzní pacientů, jejich blízcí, ti, kteří prožívají léčbu spolu s pacienty, mohou trpět stejnými psychickými traumaty jako pacienti. Velmi často mívají stavy velkého strachu, obav a úzkosti. Kolísají v náladách od stavu beznaděje v přehnaný optimismus. Čekají na rady a pomoc od sester a lékařů, komunikace s nimi je stejně důležitá a náročná jako s pacienty.

Sestra, pečující o onkologicky nemocného pacienta ať na lůžku nebo v ambulanci, je mu jak fyzicky, tak psychicky nejbližší. Sestra bývá často první a třeba i jediná, které pacient svěří své pocity, emoce, nálady. Je potřeba se s tímto nelehkým údělem vyrovnat, nejlépe opravdovým zájmem o práci a péči o onkologického pacienta, výcvikem v komunikačních technikách, uměním odpočívat, stát se profesionálem ve svém oboru (Vorlíček a kol., 2012, s. 435).

## 10.2 Komunikační dovednosti zdravotníků

Komunikační dovednosti přispívají k navázání a rozšíření kvalitnějšího vztahu a kontaktu mezi pacientem a zdravotníkem. Je potřeba se soustředit na komunikační dovednosti verbální povahy (např. při formulaci sdělení určených pacientovi) a komunikační dovednosti nonverbální povahy (jako např. naslouchání nebo schopnost empatie). Základem kvalitní komunikace je hluboký lidský postoj k druhému člověku (Beran, 2010, s. 52).

**Naslouchání** - je jedna ze základních dovedností, znamená aktivně vnímat druhého, nejen co říká, ale také jak to říká a přitom sledovat jeho mimiku a pohyby.

**Respekt** - velmi úzce souvisí s nasloucháním. Je to spíše postoj a ten je patrný z našeho jednání. Nemocnému bychom měli dávat najevo „teď jsem tu pro vás“. Respekt je známkou spoluúčasti a vyjádření naší důvěry k druhé osobě.

**Empatie** - patří do složky komunikačních dovedností. Je to vcítění se do duševního stavu nemocného. Jedná se o schopnost „být s nemocným“ ve stejném emočním rozpoložení, ale

i schopnost o něm přemýšlet. Jsme-li empatičtí, máme představu, co nemocný prožívá, jak se cítí, sami však nemáme stejné prožitky jako on.

**Projev porozumění** znamená pochopení vztahu mezi příčinou a následkem, jímž může být pacientův pocit, myšlenka, názor nebo psychický stav. Porozumění vychází z toho, co nám pacient sděluje. Porozumění je spojeno s akceptováním pacienta a zpětnou vazbou, a to od osoby pro pacienta významné. V projevu porozumění bychom se neměli ukvapovat. Projev porozumění neztotožňujeme vždy s pozitivním hodnocením, můžeme také nesouhlasit a přesto porozumět. Přijímáme názor druhého, jsme otevření možnosti vyslechnout jej.

**Výklad** – je to další komunikační dovednost. Výkladem rozumíme objasnění souvislostí a vztahů. Výklad se týká vztahu mezi obrazem nemoci a vnitřním světem pacienta. Pacient by měl z výkladu pocítit podporu zdravotníka nebo lékaře. Dokladem toho, že pacient výklad přijal a porozuměl mu, se může projevit uvolněním napětí a pocitem úlevy. Pacient někdy náš komentář doplní svými slovy, na důkaz, že ho přijímá a porozuměl tomu. Také je možné, že pacient výklad nepřijme. Důvodem bývá nesrozumitelné sdělení. Nesprávný výklad, nesrozumitelné sdělení může mít v konečném důsledku psychoiatropatogenní vliv na nemocného (Beran, 2010, s. 52-58).

Mezi dovednosti v komunikaci můžeme také zařadit i **zájem, podporu, mlčení**. Zájem se často projevuje nonverbálně, pohledem, příkyvováním, nakloněním směrem k pacientovi. Při poskytování podpory připomínáme pacientovi i pozitivní stránky jeho aktuální situace, pokud je to vhodné. Snažíme se upevnit pacientovu vnitřní rovnováhu. I mlčení je součástí mezilidské komunikace a má různý obsah. Může patřit ke známkám podpory, ale také znamenat neporozumění. Je třeba si z naší strany mlčení uvědomit a pokusit se o lepší komunikaci. Naše mlčení může cíleně zvyšovat pacientovo vnitřní napětí. Naopak mlčení ze strany nemocného zase někdy může přivádět do napětí zdravotnický personál. Ten si může toto mlčení vykládat jako svou neschopnost navázat s pacientem verbální kontakt (Beran, 2010, s. 52-58).

## 11 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES

Ošetřovatelský proces je systematická racionální metoda plánování a poskytování ošetřovatelské péče, skládající se z několika vzájemně propojených fází. Společným jmenovatelem je systémový komplexní výkon ošetřovatelské činnosti s důrazem co nejvíce přihlížet k individuálním potřebám pacienta, řešit jeho problémy a předcházet jim. Samotný proces představuje sérii vzájemně propojených činností či individualizovanou ošetřovatelskou péči, kterou provádíme ve prospěch pacienta buď sami, nebo, je-li to možné, i za aktivní spolupráce nemocného. Tyto činnosti jsou zaměřeny na dosažení určitého výsledku (Tóthová a kol., 2014, s. 16).

V České republice se do ošetřovatelské péče zavádí pětifázový ošetřovatelský proces, jehož jednotlivé fáze mají toto označení:

**Zhodnocení / posuzování** – v této fázi sestra provádí sběr informací a hodnocení zdravotního stavu pacienta, přičemž hledá patologické procesy a rizikové faktory, které mohou negativně ovlivnit jeho zdravotní stav nebo již ho ovlivnily.

**Diagnostika** – sestra provádí analýzu získaných informací a stanovuje existující i potencionální problémy, které tvoří základ ošetřovatelského plánu.

**Plánování** – v rámci plánování sestra vykonává čtyři základní kroky, určuje – které problémy vyžadují okamžitou pozornost či které nemusejí být okamžitě řešeny, stanovuje cíle a očekávané výsledky ošetřovatelského plánu, určuje činnosti potřebné k dosažení stanoveného cíle a nakonec zaznamenává plán péče.

**Realizace** – během této fáze dochází k realizaci ošetřovatelského plánu, nepřetržitě a pečlivě pozoruje stav pacienta a v případě potřeby mění postup v plánu péče, všechny informace zaznamenává do ošetřovatelské dokumentace.

**Vyhodnocení** – v této poslední fázi ošetřovatelského plánu sestra hodnotí, zda došlo k dosažení vytyčených cílů. Posoudí se reakce pacienta na ošetřovatelské intervence. Poté dojde buď k ukončení ošetřovatelského procesu, v případě nesplnění nebo jen částečného splnění daných cílů, nebo k revizi ošetřovatelského plánu (Tóthová a kol., 2014, s. 16 -17).

Ošetřovatelský proces je realizován paralelně s medicínským procesem, ale je od něho oddělený. Medicínský proces se zaměřuje na chorobný proces pacienta a

ošetřovatelský proces na odpověď či reakci pacienta na onemocnění. Ve středu obou procesů stojí identifikace problému a jeho řešení (Tóthová a kol., 2014, s. 18).

K vytvoření ošetřovatelského plánu byl zvolen koncepční model Majory Gordonové.

## 11.1 Koncepční model Majory Gordonové

### Model funkčních vzorců zdraví

Tento model je z hlediska holistické filozofie nejkompexnější, který byl zatím vytvořen. Dle tohoto modelu může sestra kvalifikovaně zhodnotit zdravotní stav jak zdravého, tak i nemocného člověka, uplatňuje se jak při výuce kvalifikovaných sester na univerzitách, tak i při poskytování ošetřovatelské péče v praxi. Základní strukturou tohoto modelu tvoří 12 oblastí, každá představuje funkční nebo dysfunkční součást zdravotního stavu.

- 1) **Vnímání zdraví, aktivit k udržení zdraví** – obsahuje informace o tom, jak si klient uvědomuje a zvládá rizika spojená se svým zdravotním stavem a životním stylem, jaká je úroveň jeho celkové péče o zdraví.
- 2) **Výživa a metabolismus** – tato oblast popisuje způsob příjmu jídla a tekutin ve vztahu k metabolické potřebě organismu. Hodnotí se zde také stav kůže, poranění, schopnost hojení ran, výška, hmotnost, užívání náhradních výživných látek, vitamínových preparátů, individuální způsob stravování apod.
- 3) **Vylučování** - tato oblast zahrnuje informace vylučování tlustého střeva, močového měchýře, pravidelnost vylučování, používání projímadel, frekvence apod.
- 4) **Aktivita a cvičení** - popisuje způsoby udržování tělesné kondice, denní aktivity, soběstačnost, zdůrazňují se činnosti, které mají pro jedince největší důležitost.
- 5) **Spánek a odpočinek** – popisuje způsob spánku a relaxace, trvání doby spánku, používání medikamentů na spaní, převrácení doby spánku apod.
- 6) **Vnímání, poznávání** – popisuje způsob smyslového vnímání a poznávání. Patří sem přiměřenost smyslového vnímání jako je sluch, zrak, chuť, čich, dotek, používání kompenzačních pomůcek, zjišťujeme, zda nemocný netrpí bolestí apod.
- 7) **Sebekoncepce, sebeúcta** – popisuje emociální stav a vnímání sebe sama. Zahrnuje individuální názor na sebe a své schopnosti, celkového vzhledu, způsob emociální reakce, způsob řeči apod.
- 8) **Plnění rolí, mezilidské vztahy** – popisuje způsob přijetí a plnění životních rolí a úroveň mezilidských vztahů, soulad nebo narušení vztahů v rodině, plnění povinností apod.

- 9) **Sexualita, reprodukční schopnost** – popisuje uspokojení nebo neuspokojení v sexuálním životě, zahrnuje potíže nebo poruchy jedince v této oblasti
- 10) **Stres, zátěžové situace, jejich zvládnání, tolerance** – nejdůležitější životní změny v posledních dvou letech. Popisuje celkový způsob tolerance a zvládnání stresových situací, vnímání vlastní schopnosti řídit a zvládat běžné situace.
- 11) **Víra, přesvědčení, životní hodnoty** – popisuje individuální vnímání životních hodnot, včetně náboženské víry.
- 12) **Jiné** – zde je možné zařadit informace, které nejsou obsaženy v předchozích oblastech (Plevová a kol., 2011, s. 185-186).

# PRAKTICKÁ ČÁST

## 12 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTKY

### S KARCINOMEM PRSU

#### 12.1 Formulace problému

Karcinom prsu je nejčastějším zhoubným nádorovým onemocněním žen. Je to civilizační problém. Výskyt nádorového onemocnění prsu u žen v České republice stále roste. Současný problém v populaci žen spočívá ve vysokém výskytu patologických nálezů v prsu. Tyto nálezy mohou být benigní, častěji bývají maligní. Svými důsledky zasahuje tento problém do všech oblastí ženy, do života její rodiny, a tím vlastně do celé společnosti. Péče o pacienty s onkologickým onemocněním s sebou nese určitá specifika. V praktické části se věnuji pacientce s diagnostikovaným karcinodem prsu. Práce je zaměřena na ošetřovatelský proces z hlediska kvalitativního výzkumu. V souvislosti s chemoterapeutickou léčbou jsou popsány ošetřovatelské problémy, které léčebný proces doprovázely, stanoveny ošetřovatelské diagnózy a nakonec vytvořen edukační materiál pro pacienty léčené chemoterapií. Samotný proces u pacientky léčené chemoterapií pro karcinom prsu představuje sérii vzájemně propojených činností, individualizovanou ošetřovatelskou péčí, kterou provádíme ve prospěch pacienta buď sami, nebo, je-li to možné, i za aktivní spolupráce nemocného (Abrahámková a kol., 2009, s. 11), ([www.svod.cz](http://www.svod.cz)).

#### 12.2 Cíl výzkumu

Cílem bakalářské práce bylo shromáždit informace o ošetřovatelské péči a následně aplikovat podle modelu M. Gordonové ošetřovatelský proces s cílem diagnostikovat ošetřovatelské problémy u pacientky s karcinodem prsu. Výsledkem je nápomocný výukový materiál pro nově nastupující nelékařské zdravotníky, ale i studenty, kteří vykonávají praxi na onkologickém oddělení a poprvé se zde setkávají s pacienty léčenými chemoterapií pro onkologické onemocnění.

Dílčím cílem je vytvoření edukačního materiálu zaměřeného na informace a cenné rady pro pacienty léčené chemoterapií pro karcinom prsu. Ten by mohl být nápomocný nemocným s tímto onkologickým onemocněním, ale i jejich rodinám, blízkým příbuzným či přátelům.



## **12.3 Operacionalizace pojmů**

Karcinom prsu, rakovina prsu je maligní nádorové onemocnění prsu, postihující v naprosté většině ženy. Jde o nejčastější zhoubný nádor v ženské populaci ([www.wikipedia.org](http://www.wikipedia.org)).

Chemoterapie, protinádorová farmakologická léčba, je název pro léčbu zhoubného onemocnění pomocí léků. Léky používané pro protinádorovou léčbu se nazývají cytostatika. Cytostatika jsou léky, které ničí nádorové buňky. Cytostatika však nejsou specifická jen pro nádorové buňky, poškozují i některé zdravé buňky. Proto je chemoterapie doprovázena některými nežádoucími účinky ([www.linkos.cz](http://www.linkos.cz)).

Ošetrovatelský proces je myšlenkový algoritmus a série vzájemně propojených činností, které vedou k uspokojení potřeb nemocného/klienta. Je to racionální metoda poskytování a řízení ošetrovatelské péče. Představuje sérii plánovaných činností a myšlenkových algoritmů, které profesionálové v ošetrovatelství používají. Je to individualizovaný přístup k ošetrovatelské péči o pacienta, orientovaný na řešení problému ([www.wikiskripta.eu](http://www.wikiskripta.eu)).

Psychoterapeutický přístup chápeme jako cílené používání specifických psychologických prostředků (komunikačních dovedností) na bázi terapeutického vztahu mezi zdravotníkem a nemocným. Zdravotník může psychoterapeutický přístup cíleně a individualizovaně používat při jednání s nemocným. Měl by se stát základem celého diagnosticko-terapeutického procesu a komplexní ošetrovatelské péče ([zdravi.e15.cz](http://zdravi.e15.cz)).

Adjuvantní chemoterapie, tzv. zajišťovací je léčba druhého sledu hned po chirurgické léčbě. Jejím cílem je likvidace tzv. zbytkové nemoci, která vede k úplnému odstranění nádoru. Snižuje riziko vzniku recidivy nemoci, neboť ničí mikroskopická, pro chirurga neviditelná ložiska v místech hlavního nádoru ([www.koc.cz](http://www.koc.cz))

## **12.4 Druh výzkumu a výběr metodiky**

Pro získávání informací do mé bakalářské práce jsem si vybrala kvalitativní výzkum. Kvalitativní výzkum umožňuje cíleně se zaměřit na péči a proces u jednoho pacienta. Zájem je cílený na jeho reakce, pocity při a po aplikaci chemoterapie, vztahy pacienta v rodině a blízkém okolí a o zvládnutí celého léčebného procesu v rámci nelehké životní situace pacienta.

## **Metoda**

Výzkumné šetření bylo provedeno kvalitativní metodou, formou případové studie – ošetrovatelské kazuistiky na Onkologickém oddělení Nemocnice Chomutov od 8. prosince 2014 do 14. prosince 2014. Základem byl polostrukturovaný rozhovor s pacientkou orientovaný na model Majory Gordonové – „Model funkčního typu zdraví“. Dále bylo využito informací z lékařské i ošetrovatelské dokumentace.

## **Výběr případu**

Výběr případu v práci byl záměrný. Na doporučení ošetřujícího lékaře naší onkologické ambulance byla vybrána pacientka u které byl diagnostikován karcinom prsu a to z těchto důvodů: věk pacientky do 40let, pacientka byla před onemocněním v celkovém dobrém zdravotním stavu a byly splněny podmínky pro tzv. adjuvantní léčbu chemoterapií. Na mammologickém semináři byla pacientce sdělena diagnóza společně s navrhnutým léčebným plánem, se kterým pacientka vyslovila souhlas. Cílem práce bylo shromáždit dostatek informací o ošetrovatelské péči a následně aplikovat podle modelu Majory Gordonové ošetrovatelský proces s cílem diagnostikovat ošetrovatelské problémy u pacientky s karcinomem prsu. Pacientka byla o mé bakalářské práci, kvalitativním výzkumu a důvodech, proč byla do výzkumu „vybrána,“ plně informována. Byl jí ponechán čas na rozmyšlenou v časovém horizontu 1 týdne a prostor na otázky směřující k plnému porozumění. Po vyslovení souhlasu byl pacientce k podpisu předložen informovaný souhlas, který je součástí příloh bakalářské práce.

## **Způsob získávání informací**

Informace do bakalářské práce byly získány polostrukturovaným rozhovorem s pacientkou, ke kterému byl vyjádřen ústní souhlas ošetřujícího lékaře pacientky a vrchní sestry onkologického oddělení, kde výzkumná část bakalářské práce probíhala. Rozhovor byl rozdělen do více částí (dle zdravotního stavu a možností pacienta). Vždy probíhal na lůžkovém pokoji pacientky, pro zachování soukromí a klidu. Osobní a důvěrné informace, budou chráněny dle Zákona 101/2000 Sb., (Zákon o ochraně osobních údajů). Pacientce též byla nabídnuta možnost odmítnutí odpovědi na otázku, kterou by pociťovala jako subjektivně nepříjemnou. Rozhovor byl se svolením pacientky nahráván na záznamové zařízení. Každý rozhovor trval přibližně 45 minut.

Dalšími metodami získávání informací bylo pozorování (před, při a během hospitalizace a taktéž během rozhovoru) a anamnéza.

## **13 KAZUISTIKA**

### **13.1 Sběr informací o klientce – anamnéza**

#### **Osobní údaje:**

Pohlaví: žena

Věk: 40 let

#### **Osobní anamnéza:**

Pacientka se nikdy s ničím neléčila, vážněji nestonala, prodělala běžné dětské choroby, v 9 letech fraktura pravého zápěstí po pádu z kola – léčeno konzervativně, ve 14 letech operace pro appendectomii, stav po artroskopii pravého kolene v roce 2008 a plastice kolenních vazů v roce 2009. Pravidelně chodí na stomatologické preventivní prohlídky.

Pacientka kouřila krátce v mládí, dnes již nekouří, alkohol pije příležitostně, spíše víno, kávu pije pouze instantní 2-3x denně. Pacientka nikdy nebyla v péči neurologa, klinického psychologa ani psychiatra.

#### **Rodinná anamnéza:**

Oba rodiče žijí, otec 65 let – důchodce, léčí se s hypertenzí a DM na dietě, matka 63 let – pracující důchodce, po gynekologické operaci pro opakované myomy dělohy, na MMG chodí pravidelně v rámci screeningových prohlídek. Sestra 35 let, dispenzarizovaná v gastroenterologické ambulanci pro opakovaný nález *Helicobacter pylori*.

#### **Gynekologická anamnéza:**

Pacientka chodí na pravidelné gynekologické prohlídky, 2 porody – oba císařský řez, kojila pouze 8 týdnů, potrat 0, menarché od 13let, nyní injekční hormonální antikoncepce.

#### **Pracovní anamnéza:**

Pacientka je vyučená kadeřnice, nyní pracuje jako řidička zásobovacího vozu u soukromé firmy dodávající lahůdky.

**Farmakologická anamnéza:**

Užívá léky na alergii dle potřeby.

**Alergologická anamnéza:**

Pacientka je sledována v alergologické ambulanci - alergie na kočičí srst projevující se kýcháním, svěděním a pálením očí.

**Nynější onemocnění:**

V září 2014 si pacientka při sprchování nahmatala bulku v levém prsu. Za dva týdny se objednala na gynekologii k vyšetření, kde své lékařce sdělila svůj problém. Lékařka pacientku po klinickém vyšetření pro podezřelý patologický nález okamžitě objednala na mamografii. Na mamografické vyšetření, které bylo provedeno začátkem října 2014 a po doporučeném ultrazvukovém vyšetření prsu byl potvrzen útvar o velikosti 19x10 mm v horním zevním kvadrantu levého prsu. Dále byla vyšetřena oblast levé axily, která byla bez lymfadenopatie. Druhý den po vyšetření bylo provedeno pod ultrazvukovou kontrolou bioptické vyšetření podezřelého ložiska. Odebraný vzorek tkáně byl poslán na histologické vyšetření.

Za týden byla pacientka pozvána do mamologické poradny, kde byl pacientce sdělen předběžný výsledek. Pacientka byla doporučena k mamologickému semináři, který probíhá na onkologickém oddělení Krajské zdravotní a.s., Nemocnice Chomutov o.z. Zde byla pacientka kompletně informována o nálezů a možnosti léčby. Byl jí navržen léčebný plán, se kterým pacientka souhlasila. V listopadu 2014 byla u pacientky provedena radikální mastektomie s detekcí sentinelové uzliny. Nyní přichází k hospitalizaci k prvnímu podání adjuvantní chemoterapie.

**Fyzikální vyšetření sestrou při příjmu 7. 12. 2014**

Váha: 72 kg

Výška: 168 cm

BMI: 25.5

TK: 128/69 mm Hg

P: 70/ minutu

TT: 26,4 °C

D: 16/ minutu

### **13.2 Lékařská diagnóza**

Carcinom mammae l. sin.

#### **Lékařská vyšetření:**

*Základní fyzikální vyšetření pacienta* – pohled, poslech, poklep, pohmat – bez nálezu

*Vstupní stagingové vyšetření* – RTG S+P, sonografie břicha, scintigrafie skeletu – bez ložiskových změn.

*Kardiologické vyšetření* – Závěr: není výhrad k podání kardiotoxických cytostatik.

*EKG* – Závěr: pacientka je kardiopulmonálně kompenzována, schopna podání kardiotoxických cytostatik.

*Laboratorní vyšetření* – krevní obraz + diferenciální rozpočet leukocytů – hodnota leukocytů a neutrofilů byla při nižší hranici normy.

Biochemické vyšetření krve – v normě

Nádorová markery – CA 15-3 – zvýšené, CEA – zvýšené, CA 125 – v normě

#### **Medikace během hospitalizace:**

Emend 125 mg p.o. 1 – 0 – 0 (vycucat 1hodinu před aplikací chemoterapie) 1.den

Emend 80 mg 1 – 0 – 0 2.den + 3.den po CHT

Degan 1amp. i.v. á 8h

Ibalgín 400 mg p.o. dle potřeby (max. 3x denně)

Ranital 1 amp. i.v. při nevolnosti

Ondasetron tbl. 0 – 0 - 1

Podpůrná infuzní terapie po chemoterapii z důvodu hydratace pacientky

## **Chemoterapeutický rozpis:** aplikováno 8. 12. 2014

Emend 125 mg p.o.

- |                                       |              |
|---------------------------------------|--------------|
| 1) FR 100ml + Ondasetron 8 mg i.v.    | 30 min       |
| 2) FR 250ml + Dexamed 8 mg i.v.       | 20 min       |
| 3) – Ranital 1amp. i.v.               | pomalý bolus |
| 4) FR 250ml + Doxorubicin 100 mg i.v. | 30 min       |
| 5) – 5-Fluorouracil 1000 mg i.v.      | pomalý bolus |
| 6) FR 250ml + Endoxan 1000 mg i.v.    | 30 min       |
| 7) FR 500 ml i.v.                     | 60 min       |

### **13.3 Použité měřicí škály**

V den příjmu k hospitalizaci:

**Barthelův test běžných denních činností** – po operačním zákroku přetrvává u pacientky problém při oblékání věcí přes hlavu, zapínání podprsenky. Při hodnocení testu vyšlo bodové skóre 95 – lehká závislost.

**Dospělé nutriční skóre** – dle hmotnosti pacientky a její výšky bylo vypočítáno BMI 25,5 – lehká nadváha. Pacientka nemá problémy s příjmem stravy ani tekutin, proto není nutná nutriční intervence.

**Vizuální analogová škála** – pacientka občas mívá bolesti v oblasti operační rány, cítí uje tah v jizvě, je edukována o možnosti použití analgetika dle potřeby. Po zhodnocení – mírná bolest, stupeň 1.

**Beckova posuzovací stupnice deprese** – pacientka je lehce nervózní, má obavy z léčby, po zhodnocení vyšlo bodové skóre 7 – norma.

**Sedmi položková škála generalizované úzkosti GAD-7** – dle bodového skóre 6 je pacientka mírně úzkostná. Vyhodnocení hodnotící škály je součástí psychologické dokumentace.

## 13.4 Ošetrovatelský model M. Gordonové

*Vstupní hodnocení 8. 12. 2014*

V bakalářské práci bylo ke zhodnocení potřeb nebo problémů pacientky použito modelu M. Gordonové. Základní strukturu tohoto modelu tvoří dvanáct funkčních vzorců zdraví. Každou oblast je zhodnocena z hlediska subjektivního a objektivního. Informace o pacientce byly získávány pomocí polostrukturovaného pohovoru, pozorováním pacientky, z dokumentace a také od ostatního zdravotnického personálu pracujícího na onkologickém oddělení.

### **Vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdraví**

*Subjektivně:* Pacientka vnímá úroveň svého zdravotního stavu jako velmi dobrou, nikdy vážněji nebyla nemocná s výjimkou malých úrazů, pro které musela být na krátkou dobu hospitalizována. Občas bývá nachlazená, častěji v zimním období. V loňském roce se nechala poprvé očkovat proti chřipce. Dříve nemocná pravidelně sportovala, dnes již sportuje pouze rekreačně (jízda na kole, in-line brusle, procházky a v zimním období lyže nebo běžky). V mládí kouřila (5-10 cigaret denně), po zjištění těhotenství, přestala. Od té doby nekouří. Alkohol pije pouze příležitostně na oslavách, většinou bílé víno. V létě vinný střík, kávu pije pouze instantní (2-3 šálky denně). K podpoře svého zdraví pravidelně podstupuje všechny možné preventivní prohlídky včetně doma samovyšetřování prsů. A právě toto vyšetření jí přivedlo na podezřelý nález v levém prsu. Uvádí, že je ráda, že na bulku v prsu přišla sama a snad včas.

*Objektivně:* Pacientka působí velmi optimisticky, plná energie, která má zájem o svůj zdravotní stav a která o své zdraví snaží pečovat. Pravděpodobně má málo fyzické aktivity, což potvrzuje mírně zvýšený BMI.

### **Výživa a metabolismus:**

*Subjektivně:* Pacientka udává, že se snaží jíst 5x – 6x denně malé porce jídla, ale vzhledem ke svému povolání to není schopna dodržovat. Často ráno nesnídá, pouze vypije skleničku džusu a odchází do zaměstnání. Dopoledne si vždy koupí něco malého ke svačině a obědu. Teplé jídlo má až doma v podvečer, když připravuje večeři pro rodinu. Ráda by se stravovala zdravě, ale je si vědoma, že to přes týden nedělá z hlediska nedostatku času. O nápravu se snaží o víkendech, kdy vaří zdravé pokrmy. Pije výhradně neperlivou neslazenou vodu, k snídani džus. Dle pacientky je její denní příjem tekutin kolem 1,5 – 2

litrů tekutin denně. Udává, že nemá pocit žízně, v letním období vypije tekutin určitě více. Tělesnou hmotnost si za posledních 5 let udržuje stejnou, i když si je vědoma, že by mohla být o několik kilogramů nižší. O pokožku svého těla se stará pravidelným promazáváním hydratačním mlékem po sprchování nebo koupeli, nehty si ošetřuje sama, netřepí se, nalakované bezbarvým lakem na nehty. Zuby má zdravé, chodí na pravidelné kontroly ke svému stomatologovi.

*Objektivně:* Pacientka má mírně zvýšený BMI, nesprávné stravovací návyky (nesnídá), vlasy i nehty upravené. Pokožka není vysušená. Chrup je na pohled zdravý.

### **Vylučování:**

*Subjektivně:* Pacientka udává, že stolice je nyní pravidelná, normální konzistence. V minulosti měla problémy se zácpou, ale nyní došlo ke zlepšení díky zařazení vlákniny do stravy. S vylučováním moči problémy nemá, pouze jednou lehké pálení při močení, druhý den bylo vše v pořádku. Moč bývá čirá, bez příměsí. Během noci občas mívá nucení na močení z důvodu zvýšeného večerního pitného režimu. Pacientka má obavy, aby se po chemoterapii nezměnily její vylučovací návyky, z důvodu upoutání na lůžko a narušeného soukromí. Nikdy se nadměrně nepotila.

*Objektivně:* Stolice 1x za 2-3 dny, tendence k obstipaci.

### **Aktivita a cvičení:**

*Subjektivně:* Pacientka sděluje, že od sdělení diagnózy se cítí být bez energie. Je v pracovní neschopnosti a nic jí nebaví. Dříve po příchodu ze zaměstnání byla velmi aktivní. Kromě povinností v domácnosti chodila s kamarádkou na procházky nebo na in-line brusle či na aerobic, nyní ne. V současné době chodí pouze na krátké, občasné procházky. Jinak raději odpočívá při četbě knihy nebo hledáním informací o svém onemocnění na internetových stránkách a diskusních fórech. Domácí práce zvládá s dopomocí, pooperační rána ještě bolí a pohyb horní končetiny je omezen.

*Objektivně:* Pacientka působí unaveně, nálada mírně pokleslá, pohyb horní končetiny je viditelně omezený, bude nutná fyzioterapeutická intervence.



### **Spánek, odpočinek:**

*Subjektivně:* Doposud pacientka se spánkem ani usínáním problémy neměla. V domácím i cizím prostředí usínala bez problémů. Často si ještě před spaním ráda čte. K dostatečnému odpočinku jí stačilo 7 hodin kvalitního spánku, dobře vyvětraná místnost, léky na spaní doposud nepotřebovala. V současné době udává narušený spánek a to v podobě častého nočního probouzení. Důvodem je strach z maligního onemocnění, z léčby a možných komplikací, rovněž z budoucnosti. Neustále jí tíží negativní myšlenky. Tento problém má pacientka asi měsíc.

*Objektivně:* V den příjmu se pacientka snaží o „hrdinský“ přístup, byly pozorovány projevy mírné únavy, osobní nejistoty, pozornost je přiměřená psychomotorickému tempu.

### **Vnímání, poznání:**

*Subjektivně:* Při rozhovoru pacientka udává, že problémy se sluchem nemá. Při poslední preventivní prohlídce u svého praktického lékaře slyšela i šepot. Na dálku vidí pacientka velmi dobře, na blízko také, uvádí pravděpodobné zhoršení zraku (např. při navlékání nitě). Očního lékaře ale ještě nevyhledala. Bolest už je po operačním zákroku menší, ale limituje jí omezený pohyb končetiny. Při rozhodování mívá někdy pochybnosti, často se radí s manželem. V posledních dnech bývá nesoustředěná. Z hlediska jejího zdravotního stavu se domnívá, že je dostatečně informována z lékařského pohovoru, internetu a odborné publikace o rakovině. Také si od kamarádky půjčila nějakou odbornou publikaci o rakovině.

*Objektivně:* Pacientka je při vědomí, lucidní, orientovaná všemi směry (místo, čas, prostor), v kontaktu aktivní, formulace myšlenek rychlá, odpovědi ve větách a souvětích.

### **Sebekoncepce, sebeúcta:**

*Subjektivně:* Sama sebe pacientka hodnotí jako klidnou, vyrovnanou, kamarádkou a vždy ochotnou každému pomoci. V rozhodování bývá někdy nejistá, často se radí s manželem. V osobním, sociálním i pracovním postavení je spokojená. Po sdělení onkologické diagnózy přehodnotila žebříček hodnot. Nyní je její současná zdravotní stránka na prvním místě. Pacientka se snaží vyrovnat se změnou vlastního vzhledu, ke které došlo vlivem léčby. S tímto problémem dochází i ke změnám v soběstačnosti, které jsou jen přechodné. Věří v to, že se v budoucnosti ke svým aktivitám vrátí, případně postoupí po prodělané

onkologické léčbě rekonstrukční operaci prsu. V posledních dnech pocítuje strach a úzkost, i po rozhovoru s lékařkou, která jí důkladně vysvětlila celý postup léčebného plánu. Snaží se vše zvládnout.

*Objektivně:* Pacientka se snaží působit vyrovnaně, ale z rozhovoru jsou zaznamenány projevy osobní nejistoty, v hlasu mírné chvění, oční kontakt navazuje ihned.

#### **Plnění rolí, mezilidské vztahy:**

*Subjektivně:* Pacientka bydlí se svou rodinou v nově zrekonstruovaném rodinném domě, který koupili před šesti lety. Rodina je tvořena manželem a dvěma dětmi – starším synem, který je prvním rokem na vysoké škole a dcerou, která studuje střední školu. Pacientka říká, že od té doby, co jsou děti velké, mají na sebe s manželem více času. Svoji mladší sestru navštěvuje velmi málo, protože se odstěhovala kvůli zaměstnání na Moravu. V zaměstnání je spokojená, pracuje v příjemném kolektivu. V pracovním kolektivu zatím neměla žádný problém. Spolupracovníci jí v současnosti poskytují psychickou podporu. Stejně tak rodina. Pacientka netrpí pocitem osamělosti ani izolace od okolí.

*Objektivně:* Pacientka je komunikativní, aktivní, z rozhovoru lze usoudit na dobré rodinné i profesní zázemí a vztahy.

#### **Sexualita, reprodukční schopnost:**

*Subjektivně:* Pacientka má menses od svých 13 let, gravidní byla 2x, rodila 2x, vždy císařským řezem pro polohu plodu, chodí na pravidelné gynekologické prohlídky, několik let měla jako antikoncepci zavedené nitroděložní tělíčko, nyní má injekční hormonální antikoncepci. Kojila vždy 8 týdnů. Samovyšetřování prsů prováděla pravidelně každý měsíc od doby, kdy její přítelkyně také onemocněla touto chorobou.

*Objektivně:* Není hodnoceno.

#### **Stres, zátěžové situace, jejich zvládnání, tolerance:**

*Subjektivně:* Běžné stresové situace pacientka zvládá dobře. V současnosti převládají obavy ze zvládnutí léčby, přetrvává strach a nejistota. Rodina je jí v tuto chvíli velkou oporou. Současné onemocnění je pro pacientku i rodinu velká neznámá, ale věří, že všechno dobře dopadne a uzdraví se.

*Objektivně:* Během rozhovoru pacientka opakovaně pláče, je vidět rozrušení, nejistota a strach.

### **Víra, životní hodnoty:**

*Subjektivně:* Pacientka je v současné době spokojená. Mrzí ji, že onemocněla touto chorobou, ale svým optimistickým pohledem na věc doufá v úplné vyléčení. S manželem mají několik plánů do budoucna (cestování, účast na studiu dětí, výchova vnoučat). V jejím hektickém životě není nic, co by vnímala přímo negativně. Zastává názor, že vše, co se má stát, se stane. Udává, že je nevěřící (nikdy nevychovávaná k víře). Největší hodnotou je pro ni vlastní zdraví a zdraví celé rodiny.

*Objektivně:* Pacientka není žádného náboženského vyznání, pouze z rozhovoru věří v dobré uzdravení, má pozitivní myšlení.

## **13.5 Průběh hospitalizace**

*Příjem pacientky 8. 12. 2014:*

Po převzetí pacientky od sanitáře příjmové ambulance, který pacientku přivedl na lůžkové oddělení pro plánovaný 1. cyklus chemoterapie, následovalo vzájemné představení a seznámení pacientky s chodem oddělení, uvedení na pokoj, seznámení s právy pacientů a nemocničním řádem. Dále došlo k vyplnění vstupní ošetřovatelské anamnéz, vyšetření fyziologických funkcí (váha, výška, TK, puls, TT, dech) a provedení vstupního posouzení zdravotního stavu dle hodnotících škál.

Bylo potřebné se snažit s pacientkou navázat partnerský vztah, poskytnout jí dostatek informací a edukovat pacientku o následujícím léčebném plánu.

Dále byla pacientka vyšetřena ošetřujícím lékařem oddělení, kde jí byl vysvětlen průběh léčby, a pacientka podepsala informovaný souhlas s léčbou. Ošetřující lékařka dle laboratorních výsledků pacientce rozepsala potřebnou farmakologickou medikaci k zmírnění nežádoucích účinků chemoterapie včetně chemoterapie samotné. Všechna chemoterapeutická medikace je připravována v nemocniční lékárně na oddělení centrálního ředění cytostatik.

Pacientce byl zaveden po důkladné edukaci a za aseptických podmínek dle platného standardu zavedla PŽK do pravé horní končetiny. Po dodání připravené chemoterapie z centrální ředírny byla dle chemoterapeutického plánu aplikována chemoterapie do PŽK pomocí infuzní pumpy. Pacientka měla na dosah ruky signalizační zařízení a emitní misku pro případ nevolnosti. V průběhu samotné aplikace chemoterapie byla pacientka sledována, probíhalo měření fyziologických funkcí a vše důkladně zaznamenáno do zdravotnické dokumentace. Během samotného podávání chemoterapie byla pacientka trochu nervózní. Chemoterapie proběhla bez komplikací. Po ukončení samotného podávání byla pacientka lehce unavená a usnula.

#### *2. den hospitalizace 9. 12. 2014:*

Druhý den po chemoterapii se cítila pacientka vyčerpaná, v noci špatně spala, byla psychicky rozladěná. Změřená tělesná teplota a TK a byly před lékařskou vizitou zaznamenány do zdravotnické dokumentace. Pacientka se cítila slabá, ale případnou pomoc při osobní hygieně odmítla. Dle ordinace ošetřujícího lékaře z ranní vizity byl pacientce intravenózně aplikován Ranital 1 amp. v 500ml F1/1. Po infuzi se jí mírně ulevilo a vše bylo zapsáno do zdravotnické dokumentace. I přes mírnou úlevu požádala pacientka ošetřující personál o dopomoc při hygieně a úpravě lůžka z důvodu mírné bolesti končetiny po operaci a únavy. Asi hodinu před polednem nemocná na chvíli usnula. K obědu měla pacientka je vývar, protože se obávala nevolnosti a neměla chuť k jídlu. Po obědě byl nemocné pro dostatek tekutin a eliminaci možných nežádoucích účinků chemoterapie nabídnut lehce oslazený čaj. Nemocná byla edukována, že je nutné sdělit případné nastalé potíže, bolesti a jiné komplikace sestře.

Odpoledne za pacientkou přišel manžel na návštěvu. Asi po hodině se rozhodnul, že půjde domů, aby mohla manželka odpočívat. Společně se spolupacientkou si chvíli povídaly a večer sledovaly pořady v televizi. Protože jí neustále lehce pobolívala LHK a dle VAS škály nemocná hodnotila bolest jako mírnou až středně silnou bolest (1-2), byl jí na žádost podán Ibalgin 400mg p.o., který měla ve zdravotnické dokumentaci indikovaný ošetřujícím lékařem. Na noc ještě noční sestra opět aplikovala intravenózně infuzi s Ranitalem dle ordinace lékaře. Pacientkám byl před spaním vyvětrán pokoj. Poté se obě pacientky připravily ke spánku.

### *3. hospitalizace 10. 12. 2014:*

Pacientka se ráno probudila brzy, nemohla už dospat. Cítila se unavená a slabá. Ranní hygienu zvládla bez pomoci sestry. Převažuje smutná nálada a špatný pocit po psychické stránce, obavy o budoucnost. Ošetřujícím lékařem jí byla navrhnutá konzultace s klinickým psychologem, který pracuje na onkologickém oddělení s onkologickými pacienty. To pacientka po chvíli přemýšlení přijala.

Po ranní vizitě si pacientka začala stěžovat na pálení a nepříjemnou pulsující bolest v místě zavedení PŽK, který byl zaveden v den hospitalizace na předloktí pravé ruky. PŽK byl odstraněn a po zhodnocení dle škály Madonna stanoven stupeň 2 (bolest a zarudnutí). O pacientčině stavu byl informován ošetřující lékař, následně byla na postižené místo aplikována Heparoid mast, po ovázání místa byl přiložen studený obklad. Vše zaznamenáno do zdravotnické dokumentace pacientky. Nově byl zaveden PŽK na hřbet pravé ruky, protože má pacientka ještě pořád problémy s nechutenstvím a občasnou nevolností. Ošetřující lékař jí proto ponechal intravenózní medikaci. Na další den byla domluvena schůzka s psychologem. Bolesti měla pacientka menší, nevyžadující podání analgetika.

Ráno pacientka snědla jen půl porce snídaně a vypila šálek čaje. K obědu měla chuť na polévku a ochutnala bramborovou kaši a plátek vepřového masa. Pitný režim je pořád nižší kolem 1litru tekutin denně, než byla zvyklá. Pacientka si po obědě chvíli četla a později se vydala naproti rodině, která za ní přišla na návštěvu. Cítila se lépe. Večer usnula bez problémů.

### *4. hospitalizace 11. 12. 2014:*

Další den ráno se pacientka cítila fyzicky celkem dobře. Zaživací problémy po intravenózní medikaci lehce ustoupily, ráno byla na stolicí, která byla tuhá a formovaná. Větry ustávaly. S močením žádné problémy. Ranní hygienu zvládla sama, byla ve sprše, kde si umyla vlasy. Pacientka cítila rozpaky nad průběhem odpolední schůzky s psychologem. Nevolnost ustupovala, chuť k jídlu se zlepšovala. Byla si koupit sladký šáteček, na který dostala chuť. Z ranní medikace jí ošetřující lékař ponechal jednu infuzi denně. Žilní katetr byl v pořádku, infuze byla aplikována bez komplikací. Večerní medikace indikována v intramuskulární formě, přesto PŽK ponechána po dohodě s lékařem a pacientkou do druhého dne.

Před obědem se pacientka vrátila ze schůzky s klinickou psycholožkou. Ze schůzky měla dobrý pocit, cítila se uvolněná, měla lepší náladu, celkově působila klidněji. Po obědě,

který nemocná snědla úplně celý, si šla odpočinout na lůžko. Chvíli si četla v časopise a po krátké chvilce usnula. Odpoledne se šla projít s rodinou. Po večeři si noční sestře stěžovala na mírné bolesti hlavy. Po konzultaci s lékařem jí sestra podala Algifen 20 kapek. Po 30 minutách se pacientce ulevilo, usnula. V noci (po 22 hodině) se pacientka vzbudila s pocitem plného žaludku. Odešla na toaletu, kde začala zvracet. Pomocí signalizačního zařízení na toaletě přivolala noční sestru. Sestra pacientku doprovodila na lůžko, pomohla jí vypláchnout dutinu ústní, lehce namočila ručník pacientky, aby si mohla utřít obličej a zavolala službu konajícího lékaře.

Sestra nemocné změřila krevní tlak, který byl 152/85 (mírná hypertenze) a pulz 96/mim (tachykardie). Lékař pacientce naordinoval intravenózní infúzi FR 1/1 500ml + Ondasetron amp., roztok 5% Glukózy 250ml a FR 1/1 100 ml + Apaurin amp. a kontrolní TK a P po 1 hodině. Kolem půlnoci se zdravotní stav pacientky mírně zlepšil, krevní tlak se normalizoval a nemocná usnula. Sestra vše důkladně zaznamenala do zdravotnické dokumentace a telefonicky informovala lékaře, který se na pacientku přišel ještě podívat. Nemocná poté v klidu spala.

#### *5. hospitalizace 12. 12. 2014:*

Po nočních komplikacích se pacientka cítila ještě trochu unavená, měla kruhy pod očima, byla bledá a slabá. Ranní hygienu nechtěla i přesto, že jí bylo nabídnuto její provedení na lůžku. Měla strach si vyčistit zuby, aby nezačala zvracet. Pacientce jsem přinesla skleničku vlažné vody s bylinným kloktadlem, aby si vypláchla dutinu ústní a měla lepší pocit v ústech. Navrhla jsem pacientce, aby dnes více odpočívala a polehávala na lůžku. U ruky měla signalizační zařízení. Ošetřující lékař naordinoval intravenózní výživu z důvodu hydratace a léky proti nevolnosti. V poledne bylo nemocné lépe, její psychický stav se zlepšoval, sama si došla na toaletu a umyla si obličej. Celý den pacientka polehávala, sledovala televizi nebo pospávala. Odpolední návštěva rodiny byla krátká, aby si pacientka mohla odpočinout a získala novou energii. Večer už lehce povečeřela, umyla se a poté, co jí noční setra krátce vyvětrala pokoj a podala večerní medikaci, šla spát. V noci spala klidně, občas se probudila, ale po chvíli zase usnula.

#### *6. hospitalizace 13. 12. 2014:*

Po noci se pacientka cítila lépe než předešlý den, ještě trochu pociťovala únavu. Měla dobrou náladu a chuť do života. Ošetřujícímu lékaři na ranní vizitě slíbila, že se bude snažit hodně pít a mít i vyšší příjem potravy, který v minulých dnech zanedbala. Nechala si

odstranit žilní katetr. Sestra zhodnotila stav místo vpichu PŽK dle škály Madonna, který byl na stupni 0 (není bolest, ani reakce v okolí). Lékař chtěl u pacientky zjistit aktuální hmotnost, která v den přijetí byla 72 kg a nyní 6. den po chemoterapii byla aktuální hmotnost 71 kg. Vše bylo zaznamenáno do ošetřovatelské dokumentace. Domluvena byla další schůzka s klinickým psychologem, který jí při prvním sezení, dle jejího vyjádření, velmi pomohl a poradil, jak přijmout fakt, že je nemocná a jak se s tím vyrovnat. Lékař pacientce přislíbil propuštění do domácího ošetření, pokud nenastanou další komplikace. To pacientka přijala s velkou radostí. Odpoledne byla na procházce s rodinou a také za ní přišly kolegyně z práce. Večer byla z dlouhého odpoledne unavená a po krátkém rozhovoru se spolupacientkou obě usnuly.

#### *7. hospitalizace 14. 12. 2014:*

Ošetřující lékař na ranní vizitě pacientku vyšetřil, a protože se nemocná cítila dobře, bolesti v oblasti operační rány nebyly, nevolnost také nebyla a příjem jídla i tekutin se zlepšil, mohla být propuštěna do domácího ošetření.

Pacientce byla předána propouštěcí zpráva, kde bylo napsáno a důkladně ústně vysvětleno, že 10. den po chemoterapii (16. 12. 2014) se dostaví na ambulanci klinické onkologie, kde bude proveden kontrolní odběr krve na krevní obraz. V tyto dny je pacientka nejvíce ohrožena poklesem bílých i červených krvinek, a proto je nutné provést tuto kontrolu. Podle dokumentace klinického psychologa bude pacientka dle vlastního uvážení pokračovat v terapii.

#### *Kontrola v ambulanci klinické onkologie (16. 12. 2014) 10. den po chemoterapii:*

Pacientka se dostavila 10. den po chemoterapii k ambulantní kontrole ke zhodnocení celkového zdravotního stavu a kontrolnímu odběru krve na krevní obraz. Ambulantní sestra pacientce odebrala vzorek krve na vyšetření. V době, kdy laboratoř zpracovávala krevní vzorek, jsem měla s pacientkou prostor k pohovoru. Pacientku jsem odvedla do klidné místnosti, kde jsem s nemocnou vedla rozhovor, při kterém jsme společně zhodnotily uplynulé dny. Byla klidná, měla dobrou náladu, únava úplně ustoupila, zase měla chuť do dalších dní. Rozhovor trval přibližně 40 minut. Poté se pacientka posadila do čekárny ambulance a čekala na vyzvání ošetřujícího lékaře. Po chvíli byla vyzvána do ordinace, vyšetřena ambulantním onkologem, který zhodnotil její zdravotní ale i psychický stav. Protože u nemocné došlo k poklesu bílých krvinek (leukopénii), bylo nutné aplikovat lék na stimulaci kostní dřeně k tvorbě vyššího množství

bílých krvinek (Filgrastim). Pacientka byla opětovně edukována, o nutnosti vyvarovat se riziku infekce z důvodu oslabené imunity. Byl jí poskytnutý příbalový leták od léku, který byl pacientce aplikován, z důvodu možných nežádoucích účinků (bolesti svalů a kostí, slabost, lehké projevy chřipky), informace jí byly rovněž poskytnuty ústně. Nemocné byla vydána ambulantní zpráva s datem dalšího cyklu chemoterapie.

#### *Návštěva ambulance klinické onkologie 29. 12. 2014*

Pacientka byla připravena v ambulanci klinické onkologie k aplikaci 2. cyklu chemoterapie. Cítila se dobře, byla pozitivně naladěná. Únava v posledních dnech zcela ustoupila, bolest v oblasti operační rány také. Denně s levou končetinou cvičí na doporučení fyzioterapeuta. Schůzku s klinickou psycholožkou měla už pouze jednou a to proto, aby si posílila své sebevědomí a také k uvolnění psychické tenze, která se u nemocné ještě občas dostavovala. Ze schůzky odcházela klidná, uvolněná, pozitivně laděná. Po dobu vánočních svátků zvládla péči o domácnost s pomocí rodiny, která je jí neustále na blízku. Chemoterapii chtěla pacientka zvládnout v ambulantním režimu.

Klinický onkolog po klinickém vyšetření a kontrole krevních testů, které byly již v pořádku, a nebylo nutné cyklus odložit či dávku cytostatik redukovat, doporučil ambulantní aplikaci, která byla aplikována na chemoterapeutickém stacionáři onkologického oddělení Nemocnice Chomutov. Byla opakovaně edukována, že v případě jakýchkoliv nevladatelných obtíží, zavolá svému ošetřujícímu onkologovi nebo přijede ke konzultaci. Byl jí vydán lék k profylaktické stimulaci bílých krvinek, aby se neopakoval nežádoucí účinek jako po prvním cyklu chemoterapie, lék byl aplikován druhý den po chemoterapii praktickým lékařem. Samotnou aplikaci chemoterapie zvládla pacientka bez sebemenších problémů a v doprovodu manžela odešla domů.



### **Použité měřicí škály před ukončením hospitalizace:**

**Dospělé nutriční skóre** – pacientka má o jeden kilogram menší hmotnost, menší chuť do jídla, musí se nutit, edukována o vhodné stravě a nutnosti dostatečného příjmu tekutin po chemoterapii. Nebyla nutná intervence nutričního terapeuta.

**Klasifikace tíže tromboflebitis dle škály Madonna** – pacientka měla po dobu hospitalizace 2x zavedení PŽK, 1x bylo hodnocení 2 – bolest a zarudnutí, 1x bylo hodnocení 0 – není bolest, ani reakce v okolí

**Vizuální analogová škála** – pacientka měla mírné bolesti v oblasti operační rány. Pouze 2x požádala o analgetikum. Poté bolest ustoupila. Domů odchází bez bolesti.

## 13.6 Plán ošetrovateľskej péče – ošetrovateľskej diagnózy

Ošetrovateľské diagnózy vznikaly v průběhu hospitalizace, ke stanovení diagnostiky bylo použito literatury - NANDA-I. taxonomie II.

Ošetrovateľská diagnóza č. 1

### 00148 Strach v souvislosti s nedostatkem informací projevující se

**Subjektivně:** zvýšené napětí

**Objektivně:** ustrašený výraz, snížená sebejistota, lehká nervozita

**Cíl:** Pacientka si uvědomí příčiny strachu, po získání informací se pacientka uklidní a bude snažit eliminovat zdroj strachu

#### Ošetrovateľské intervence:

- Nalezni zdroj strachu – náhlá změna ve zdravotním stavu, těžká životní situace
- Posuď stupeň strachu vnímaného pacientkou
- Sleduj tělesné projevy strachu, změny v chování – nervozita, rozladěnost, plačtivost
- Podej dostatek informací, edukuj v rámci své kompetence, tak aby tomu pacientka rozuměla
- Seznam pacientku se spolupacientkou na lůžkovém pokoji
- Buď pacientce nablízku, naslouchej a povzbuzuj jí
- Dej prostor pacientce na možné dotazy
- Snaž se pacientku odpoutat od myšlenky na strach vhodnou relaxací
- Nabídní pacientce konzultaci s klinickým psychologem
- Pokud bude potřeba, podávej léky dle ordinace lékaře, vše důkladně zaznamenej do ošetrovateľské dokumentace

**Hodnocení:** Po rozhovoru a seznámení se s léčebným plánem se pacientka uklidnila, konzultaci s psychologem přijala kladně, v průběhu hospitalizace se strach eliminoval, velmi pomohla schůzka s klinickým psychologem

Ošetrovatelská diagnóza č. 2

### **00093 Únava po chemoterapeutické léčbě projevující se**

**Subjektivně:** pocit vyčerpání, ospalost

**Objektivně:** snížený výkon, spavost, nedostatek energie

**Cíl:** Pacientka ví, co způsobuje únavu, dokáže s příčinami únavy bojovat a zná, jak proti únavě bojovat

#### **Ošetrovatelské intervence:**

- Posuď vliv chemoterapeutické medikace na pacientovu únavu
- Vysvětli příčiny únavy
- Sleduj celkový zdravotní stav pacientky (výživa, hydratace)
- Vyslechni pacientku, jak sama vnímá příčiny únavy
- Prodiskutuj s pacientkou změny životního stylu v důsledku únavy
- Povšimni si rozložení energie během dne
- Naplánuj s pacientkou realistická opatření
- V rozvrhu dne nezapomeň na odpočinek, aktivitu zařaď do fáze dne, kdy má pacient nejvíc energie
- Přizvi rodinu k plánování aktivit pacienta
- Seznam pacientku s metodami šetření energie v průběhu dne
- Vytvářej prostředí zmírňující únavu (vyvětraná místnost, teplota místnosti)
- Před propuštěním do domácí péče podej dostatek informací pacientovi i rodině
- Doporuč konzultaci s klinickým psychologem

**Hodnocení:** V průběhu hospitalizace se u pacientky střídaly dny s menší nebo větší únavou, pacientka zná příčiny únavy, naučila se odpočívat a rozložit si denní aktivity do celého dne. V den propuštění byla pacientka plná energie.

Ošetrovatelská diagnóza č. 3

**00095 Porušený spánek v souvislosti se strachem z léčby projevující se**

**Subjektivně:** verbalizace strachu z léčby, komplikací, z budoucnosti, únavu, nedostatečný odpočinek

**Objektivně:** kruhy pod očima, časté noční probouzení, ospalost

**Cíl:** Pacientka pochopí příčinu probouzení, do 5 dnů dojde ke zlepšení spánku a pacientka se bude cítit odpočínutá

**Ošetrovatelské intervence:**

- Posud' souvislost poruchy se základním onemocněním
- Zjistí spánkové rituály pacientky
- Pozoruj pacientky při spánku, zaznamenávej okolnosti spánku (nevolnost, vtíravé myšlenky)
- Vyptávej se na každou okolnost, která spánek ruší, a zaznamenej její výskyt
- Starej se vždy o přípravu prostředí ke spánku
- Připrav pacientku ke spánku z hlediska osobního pohodlí a fyzického komfortu
- Eliminuj s pacientem rušivé vlivy při spaní
- Podávej léky proti bolesti, nevolnosti podle ordinace hodinu před plánovaným usnutím
- Nabídní pacientce hypnotika dle ordinace lékaře
- Sleduj účinek léků, zajisti informace pacientce z hlediska užívání léků
- Doporuč konzultaci s psychologem
- Seznam se s posudkem psychologa
- Dokumentuj ve zdravotnické dokumentaci délku spánku

**Hodnocení:** Během hospitalizace se spánek u pacientky upravil, pacientka hypnotika nepotřebovala, při propuštění verbalizovala klidný celonoční spánek. Nemocná pochopila příčiny jejího narušeného spánku na začátku hospitalizace.

Ošetrovatelská diagnóza č. 4

**00108 Deficit sebeděže při koupání a hygieně související s únavou a lehkou bolestí v operované oblasti projevující se**

**Subjektivně:** neschopnost provést běžnou ranní hygienu, pocit slabých nohou

**Objektivně:** dopomoc ošetřujícího personálu

**Cíl:** Pacientka bude maximálně soběstačná do 3 dnů od chemoterapie, bude seznámena se všemi možnostmi externí pomoci, po dobu trvání deficitu sebeděže bude o nemocnou postaráno sestrou

**Ošetrovatelské intervence:**

- Zjistí stupeň individuálního deficitu v sebeděži (Barthelův test všedních činností po operaci 95 bodů, lehká závislost)
- Vezmi v úvahu bolest a únavu a posuď, zda se jedná o deficit trvalý nebo dočasný
- Zajisti všechny potřebné pomůcky k hygieně nemocné, popřípadě doprovod k umyvadlu
- Zajisti intimitu při provádění hygieny
- Poskytni pacientce emocionální podporu
- Oceňuj snahu pacientky zapojit se do péče o vlastní zdraví
- Umožni pacientce dostatek času při péči o své tělo
- Zajisti bezpečnost pacientky při provádění hygienické péče - židle k umyvadlu
- Podporuj soběstačnost nemocné, komunikuj s nemocnou při výkonu hygieny

**Hodnocení:** Po dobu trvání deficitu hygieny byla hygienická péče prováděna s dopomocí pouze 2. den po chemoterapii, kdy nemocná využila pomoc ošetřujícího personálu. Postupně se stávala soběstačnou, a 3. den byla v hygieně zcela soběstačná.

Ošetrovateľská diagnóza č. 5

**00132 Akutní bolest související s provedeným operačním výkonem na LHK projevující se**

**Subjektivně:** slovním vyjádřením bolesti

**Objektivně:** problém při oblékání a zapínání spodního prádla, vyhýbání se nošení prádla, problém při zvedání LHK nad úroveň ramene

**Cíl:** Pacientka slovně vyjádří pocit úlevy od bolesti do 30 minut po podání analgetika, bude znát a využívat rad a dovedností, které jí doporučila fyzioterapeutka

**Ošetrovateľské intervence:**

- K posouzení intenzity bolesti používej vizuální analogovou škálu bolesti (0-5 stupňů)
- Posuď bolest dle (lokalizace, charakter, nástup, trvání, četnost, závažnost: stupnice 0-10), zhoršující faktory, změny bolesti během dne a noci
- Všiměj si všech projevů, které signalizují bolest
- Pozoruj neverbální projevy bolesti
- Monitoruj bolest u nemocné v intervalu 3krát denně, v dalších dnech minimálně 1krát denně
- Zhodnot' vliv bolesti na spánek pacienta, tělesnou a duševní pohodu
- Pečuj o pohodlí pacientky
- Podávej analgetika dle ordinace lékaře, sleduj jejich účinek, popřípadě vedlejší účinek a vše zaznamenávej do zdravotnické dokumentace
- Pomáhej nemocné slovem i celkovým jednáním a věnuj pozornost psychické podpoře, naslouchej steskům nemocné
- Zapoj pacienta do poskytované péče

**Hodnocení:** Pacientka si v průběhu hospitalizace stěžovala na mírné bolesti v oblasti operační rány, na nepříjemný tah v jizvě, dle VAS škály byla hodnocena bolest na stupni 1-2 – mírná až středně silná bolest. Bylo podáno analgetikum, po kterém se pacientce do 30 minut ulevilo. Fyzioterapeutka jí naučila, jak má ruku rozvíčovat, bylo jí doporučeno operační jizvu promazávat mastnou mastí.

Ošetrovatelská diagnóza č. 6

**00146 Úzkost z důvodu stresu a psychického rozladění projevující se**

**Subjektivně:** znepokojenost

**Objektivně:** slovní vyjádření obav, nesoustředěnost, nespavost, smutná nálada

**Cíl:** U pacientky bude snížena úzkost na únosnou míru převedením na konkrétní obavy

**Ošetrovatelské intervence:**

- Mluv s pacientkou klidně, beze spěchu
- Používej krátké, srozumitelné věty
- Naslouchej pacientce se zájmem, úctou a respektem
- Informuj podle svých kompetencí pacientku o léčebném postupu a o nutnosti její spolupráce
- Umožni pacientce popsat její pocity
- Umožni jí v klidném a bezpečném prostředí vyjádřit emoce (pláč, hněv, podrážděnost), zajisti intimitu
- Nauč pacientku psychoterapeutické techniky vedoucí ke snížení a zvládnání úzkosti
- Nabídní pacientce možnost schůzky s klinickým psychologem
- Zapoj pacientku do nejrůznějších aktivit, které mohou odvést pozornost od problému, pokud to její zdravotní stav umožňuje
- Zapoj rodinu do její psychické podpory

**Hodnocení:** Pacientka byla po celou dobu v mírné psychické tenzi, často si stěžovala na únavu a psychické vypětí, špatně spala, měla negativní myšlenky. I přes mé intervence byla špatně psychicky naladěná a tak jí byla nabídnuta schůzka s psychologem. Pacientka měla dvě schůzky s psychologem, po kterých se jí hodně ulevilo, akceptovala problémy, které jí tíží a naučila se, jak se s tímto stavem vyrovnat.

Ošetrovateľská diagnóza č. 7

**00134 Nauzea z dôvodu nežádoucího účinku chemoterapie projevující se**

**Subjektivně:** slovní vyjádření žaludeční nevolnosti, pocit sytosti

**Objektivně:** zvracení, bledost

**Cíl:** Pacientka nebude pociťovat nevolnost či pocity na zvracení do 1 týdne od podání chemoterapie, bude dostatečně hydratována

**Ošetrovateľské intervence:**

- Zjistí příčiny, které u pacientky vyvolávají nevolnost a zvracení
- Podávej léky zamezující nevolnost a zvracení, sleduj jejich účinky, zaznamenej do dokumentace
- Edukuj pacientku, aby jídlo a pití konzumovala v malých dávkách a krátkých intervalech
- Doporuč pacientce pití tekutin před nebo po jídle
- Zajisti pacientce klidné místo k stravování
- Eliminuj vůně a zápachy, které mohou způsobovat nevolnost a zvracení
- Informuj pacientku, aby při obtížích konzumovala studená jídla a nápoje, cucala kostky ledu
- Spolupracuj s nutričním terapeutem, konzultuj s ním problémy týkající se nauzey po chemoterapii
- Vysvětli pacientce příznaky dehydratace, nutnost zvýšeného příjmu tekutin v případě výrazného zvracení
- Kontroluj u pacientky pravidelný příjem tekutin, zaznamenej do dokumentace
- Odved' pozornost pacientky od nevolnosti poslechem hudby, četbou, sledováním TV, rozhovorem
- Edukuj pacientku v oblasti stravování a pitného režimu
- Vysvětli pacientce účinky antiemetik a jejich nutnosti užívání v průběhu léčby

**Hodnocení:** Po podání chemoterapie se u pacientky objevily nežádoucí účinky chemoterapie v podobě nevolností a zvracení. Byly podávány léky proti nevolnosti a zvracení, pacientka byla hydratována z důvodu rizika dehydratace. Při propuštění pacientka nepociťovala nevolnost a neměla pocit na zvracení.



Ošetrovatelská diagnóza č. 8

**00002 Nedostatečná výživa z důvodu nevolnosti a nechutenství projevující se**

**Subjektivně:** pocit sytosti, změněné chuťové pocity

**Objektivně:** denní příjem potravy je menší, než doporučený příjem

**Cíl:** Pacientka bude znát příčiny a pochopí potřebné intervence

**Ošetrovatelské intervence:**

- Zjistí hmotnost pacientky před zahájením léčby cytostatiky, zhodnotí BMI a vše zaznamenej do zdravotnické dokumentace
- Požádej pacientku o vedení deníku příjmu potravy včetně způsobu a doby jídla
- Umožni pacientce výběr dle vlastní chuti
- Posuď, zda pacientka chápe nutriční potřeby
- Zabraň nepříjemným zápachům a ušetři pacientku nepříjemných pohledů
- Pobízej pacientku k dostatečnému a pravidelnému příjmu tekutin
- Přistupuj k pacientce ohleduplně a laskavě, pobízej jí ke spolupráci
- Sleduj tělesnou hmotnost pacientky v intervalech dle ordinace lékaře
- Poskytni pacientce informace o individuálních nutričních potřebách
- Nabídní pacientce doplňky stravy

**Hodnocení:** U pacientky se v průběhu hospitalizace změnila chuť k jídlu z důvodu nevolnosti a zvracení po chemoterapii. První dny byl příjem potravy velmi malý, později, když nevolnost ustupovala, se porce jídla zvyšovaly. Pacientka byla poučena o nutnosti příjmu vhodných potravin po dobu chemoterapeutické léčby. Za dobu hospitalizace se její tělesná hmotnost snížila o jeden kilogram.

Ošetrovatelská diagnóza č. 9

**00060 Porušený život rodiny z důvodu zvýšené únavy po chemoterapii projevující se**

**Subjektivně:** obava ze změny spokojenosti s rodinným životem ve smyslu plnění úkolů a dočasnou změnou rolí v rodině

**Objektivně:** nepochopení rodiny k citovým potřebám pacientky

**Cíl:** pacientova rodina docílí tolerance a kompromisu mezi svými členy, k pacientce samotné

**Ošetrovatelské intervence:**

- Seznam se co nejbližší s projevy dané nemoci a reakcemi pacientky, se kterými ke své nemoci přistupuje
- Získej informace o jednotlivých členech pacientovy rodiny, o roli v rodině
- Zjistí informace o vztahu rodiny k pacientce
- Sleduj vztahy v rodině od jednotlivých členů rodiny, vezmi v úvahu složení rodiny
- Věnuj pozornost způsobu verbální i neverbální komunikace v rodině
- Sleduj zájem rodiny o informace o zdravotním stavu pacientky
- Jednej se členy rodiny vlídně, vstřícně a s respektem a ochotou
- Udržuj s rodinou stálý kontakt
- Vysvětli rodině nutnost psychické podpory pacientky jako jeden z hlavních předpokladů motivace k léčbě
- Vysvětli rodině režim, který bude muset pacientka dodržovat po návratu domů
- Nabídní rodině informační materiály o psychotherapeutickém přístupu k onkologicky nemocnému

**Hodnocení:** Rodina je seznámena s vhodným přístupem k pacientce po dobu jejího onemocnění, o potřebných kompromisech a možné změně v rodinném i sociálním vztahu.

Ošetrovatelská diagnóza č. 10

**00118 Porušený obraz těla z důvodu chirurgického výkonu (ablace prsu) projevující se**

**Subjektivně:** slovní vyjádření pocitů, odrážející narušený obraz vzhledu

**Objektivně:** chybějící část těla (prs)

**Cíl:** pacientka bude akceptovat sama sebe v dané situaci

**Ošetrovatelské intervence:**

- Prodiskutuj s pacientkou význam ztráty nebo změny
- Vytvoř terapeutický vztah plný vzájemné důvěry
- Vyslechni obavy a otázky, které pacientka má, pohovoř s ní o všem, co jí tíží
- Pomoz pacientce a blízkým, aby spolu hovořili o svých pocitech
- Pomoz pacientce vybrat vhodné oblečení, aby zastřela tělesné změny, vzhled
- Prohovoř s pacientkou o dostupných protetických pomůckách, další možnosti řešení situace
- Doporuč a pomoz pacientce plánovat změny domácího a pracovního prostředí tak, aby uspokojily její individuální potřeby a zvýšily nezávislost
- Oceňuj a podporuj pozitivní snahy (např. používání kompenzačních pomůcek, výběr vhodného spodního prádla)
- Edukuj členy rodiny, aby s pacientem nejednali jako s postiženým

**Hodnocení:** Pacientka byla seznámena s možností používání prsní epitézy, o vhodném spodním prádle i možnosti nošení prsní epitézy např. na koupaliště, předán edukační materiál a doporučena prodejní firma, která se věnuje této problematice včetně dámských paruk.

**00004 Riziko vzniku infekce v souvislosti se zavedeným periferním žilním katetrem**

**Cíl:** U pacientky nedojde ke vzniku infekce v oblasti zavedení PŽK, pacientka zná rizikové faktory výskytu infekce

**Ošetrovatelské intervence:**

- Sleduj denně i. v. vstup, kontroluj podle stupnice Maddona
- Dodržuj důsledně u všech invazivních zákroků aseptický postup
- Prováděj prevenci nozokomiálních nákaz
- V intervalech dle standardu, popřípadě je-li nutné okamžitě přepíchni žilní vstup
- Upozorni nemocnou na zvýšenou opatrnost končetiny, kde je zavedený PŽK
- Edukuj pacientku o způsobech, jak snížit riziko infekce
- Všímej si místních, ale i celkových projevů vzniku infekce (horečka, zimnice, třesavka, zvýšená potivost), sleduj laboratorní nálezy

**Hodnocení:** 3. den hospitalizace došlo u pacientky ke vzniku středně lehké infekce v oblasti zavedení žilního katetru. Dle škály Madonna byl vyhodnocen stupeň 2 (bolest a zarudnutí). Katetr byl okamžitě odstraněn, místo a okolí vpichu bylo ošetřeno Heparoidovou masťou a sterilně zakryto, přiložen chladný obklad. Po dobu hospitalizace bylo postižené místo kontrolováno, nová infekce se neobjevila. Byl informován ošetřující lékař a vše bylo zaznamenáno do dokumentace pacientky. Protože u pacientky byla ordinována intravenózní medikace, bylo nutné zavést nový permanentní žilní katetr. Ten měla pacientka zavedený 3 dny, poté byl odstraněn a místo zavedení katetru bylo dle škály Madonna hodnoceno stupněm 0. Pacientka byla s komplikací seznámena, byla edukována o způsobech, jak snížit riziko vzniku infekce.

Ošetrovatelská diagnóza č. 12 – stanovena 13. 12. 2014

**00035 Riziko poškození krvetvorby z důvodu možného útlumu kostní dřeně cytostatiky**

**Cíl:** Pacientka bude znát rizikové faktory při nedostatečné krvetvorbě

**Ošetrovatelské intervence:**

- Seznam pacientku s rizikovými faktory
- Poskytni pacientce edukační materiály o chemoterapii a jejich rizicích
- Informuj pacientku o nutnosti pravidelných kontrol krevního obrazu v průběhu chemoterapeutické léčby
- Dbej na prevenci možné infekce
- Vysvětli pacientce, aby snížila riziko infekce z důvodu imunosuprese
- Upozorni pacientku, že v případě projevů jakékoli infekce je nutné okamžitě informovat lékaře
- Informuj rodinu o možných rizicích při sníženém počtu krvinek u pacientky, nabídni edukační materiály

**Hodnocení:** Pacientka byla seznámena s možnými rizikovými faktory při útlumu krvetvorby, byl jí poskytnutý edukační materiál (viz příloha)

## 13.7 Edukační plán

EDUKAČNÍ PLÁN				
<b>Účel</b>	Edukace pacientky s karcinomem prsu o onemocnění a možných komplikacích léčby			
<b>Cíl</b>	Pacientka bude mít dostatek znalostí o svém onemocnění, je si vědoma nutnosti léčby, zná možné komplikace po chemoterapii			
Pomůcky			Výukové metody	
edukační materiál, brožury, odkaz na webové stránky onkologické společnosti			Výklad, motivační rozhovor	
Druh cíle	Specifické cíle	Hlavní body plánu	Časová dotace	Hodnocení
K	P pochopí podstatu svého onemocnění, nutnost léčby a závažnost NÚ léčby	Poskytnutí informací o onemocnění karcinomu prsu, o léčbě a možných NÚ, které jsou v kompetenci všeobecné sestry	10 min	Pacientka má dostatek informací o onemocnění, léčbě a NÚ, pochopila jejich důležitost
A	Pacientka bude vyjadřovat pozitivní změny v názorech na onemocnění a projevovat zájem o vědomosti v souvislosti s léčbou a NÚ	Rozhovor na téma důležitosti a nutnosti léčby jejího onemocnění, o včasném rozpoznání NÚ cytostatické léčby	10 min	Pacientka má dostatek informací o onemocnění, zná možné komplikace léčby, má zájem o další a další informace
P-M	Pacientka verbalizuje, které NÚ by jí mohly ohrozit zdravotní stav, jak změnit životní styl	Společné prostudování edukačních materiálů, seznámení se s komplikacemi po chemoterapii	10 min	Pacientka na můj dotaz umí odpovědět, které NÚ mohou nastat, jak přizpůsobit léčbě životní styl a chování, chce, aby léčby probíhala bez velkých komplikací

K – kognitivní cíl, A – afektivní cíl, P-M – psychomotorický cíl

U pacientky bylo zvoleno téma edukace **informace o onemocnění, chemoterapeutické léčbě a nežádoucích účincích léčby (NÚ)**. Nežádoucí účinky chemoterapie jsou velkým problémem u pacientů léčených cytostatiky, proto je velmi důležité, aby byli pacienti velmi dobře edukováni a byli na tyto problémy připraveni.

## 14 DISKUSE

Tato bakalářská práce na téma „Ošetrovatelský proces u pacientky s karcinomem prsu“ je zaměřená na poznatky o závažném aktuálním onemocnění - karcinom prsu, který je nejčastějším nádorovým onemocněním u žen. Práce je rozdělena na část teoretickou a část praktickou. Teoretická část je zaměřena na charakteristiku karcinomu prsu, diagnostiku a také možnosti léčby karcinomu prsu a její nežádoucí účinky. Dále je v teoretické části zmíněna prevence a psychosociální problematika onkologického onemocnění a v závěru je vysvětleno, co je ošetrovatelský proces. Praktická část popisuje ošetrovatelský proces u pacientky léčené adjuvantní chemoterapií pro nádorové onemocnění prsu. K vytvoření ošetrovatelského plánu byl zvolen model funkčního zdraví Majory Gordonové. Ošetrovatelský plán je zaměřen na anamnestické údaje, jsou stanoveny ošetrovatelské diagnózy pomocí NANDA taxonomie, sestaven ošetrovatelský a edukační plán. Ošetrovatelská péče byla zaměřena na aktuální ošetrovatelské problémy v průběhu aplikované chemoterapie a na psychiku pacientky během léčebného procesu.

Cílem této bakalářské práce bylo sestavení ošetrovatelského plánu u jedné pacientky s karcinomem prsu, která je léčena adjuvantní chemoterapií, diagnostikovat ošetrovatelské problémy, realizovat intervence a zhodnotit aplikovaný ošetrovatelský proces. Léčba a ošetrovatelská péče byla prováděna na onkologickém oddělení Krajské zdravotní a.s., Nemocnice Chomutov o.z. Ke zpracování ošetrovatelského plánu a celkové bakalářské práce byly využity informace od samotné pacientky shromážděné pomocí polostrukturovaného rozhovoru, analýzou zdravotnické dokumentace. Využity byly informace získané pozorováním pacientky, rozhovorem s ošetrovatelským personálem, ošetřujícím lékařem a také klinickým psychologem, kteří o pacientku po celou dobu hospitalizace pečovali.

Dílčím cílem je vytvoření edukačního materiálu zaměřeného na informace a cenné rady pro pacienty léčené chemoterapií. Výsledkem je nápomocný výukový materiál pro nově nastupující nelékařské zdravotníky, ale i studenty, kteří vykonávají praxi na onkologickém oddělení a poprvé se zde setkávají s pacienty léčenými chemoterapií pro onkologická onemocnění. Edukační materiál by také mohl být nápomocný rodinám nemocných, blízkým příbuzným či široké veřejnosti.

Je zřejmé, že léčba chemoterapií představuje pro pacienty obrovskou zátěž a své nezastupitelné místo v ošetřování onkologicky nemocných má i ošetřovatelství (Vorlíček a kol., 2012, s. 70-71). Při ošetřovatelské péči o onkologického pacienta léčeného chemoterapií bychom měli mít neustále na paměti, že možnost vzniku ošetřovatelských problémů spojených s nežádoucími účinky chemoterapie a psychické problémy jsou nejčastější komplikací. V praktické části je zpracován plán ošetřovatelské péče u pacientky s karcinomem prsu. Dále je navržena ošetřovatelská diagnostika pomocí NANDA-I. taxonomie II. Ke každé ošetřovatelské diagnóze jsou stanoveny cíle a intervence.

Největším zpozorovaným ošetřovatelským problémem u pacientky byl strach. Od prvního dne hospitalizace se pacientka snažila působit vyrovnaně, klidně, ale již při prvním kontaktu byly vidět projevy osobní nejistoty a napětí. Její psychiku ovlivňoval **strach**, **úzkost** a obavy z léčby, budoucnosti. Bylo potřebné s nemocnou navázat partnerský vztah, poskytnout jí informace o provozu oddělení a seznámit jí s následujícím léčebným plánem, který jí podrobně vysvětlil ošetřující lékař oddělení. Během hospitalizace se úzkost u pacientky projevovala stále častěji, proto jí byla nabídnuta možnost využití schůzky s klinickou psycholožkou, která je členem multidisciplinárního týmu onkologického oddělení. Po schůzce s psychologem byla pacientka uvolněná a působila klidněji. Po dobu hospitalizace bylo potřebné nemocnou psychicky podporovat jak ze strany ošetřujícího personálu tak rodiny.

Dalším výrazným problémem byla u pacientky, **nevolnost** doprovázená zvracením, **nedostatečná výživa** z důvodu nechutenství a nevolnosti, **porušený spánek a únava**, hlavním důvodem byla nevolnost po chemoterapii, bolest, ale také psychické problémy a dále **akutní bolest** z důvodu chirurgické ablace levého prsu. Všechny tyto ošetřovatelské problémy se vzájemně propojují a společně souvisí. Důsledkem nedostatečné výživy v průběhu hospitalizace byla pacientka edukována o vhodném jídelníčku po dobu chemoterapeutické léčby. Dále byl pacientce v prvních dnech po chemoterapii doporučen dostatek odpočinku, aby se zmírnily projevy únavy.

**Porušený život rodiny a porušený obraz těla** je další ošetřovatelský problém, který vznikl u pacientky. Pacientka verbalizovala obavy, že nezvládne zabezpečit domácnost, tak jak byla zvyklá před onemocněním, a tím se její role a postavení v hierarchii rodiny mění. Důvodem je přetrvávající únava a častý odpočinek. Pacientce bylo vysvětleno, že tento problém je dočasný a že po ukončení léčby se vše vrátí do původního stavu.



Ošetrovatelský problém o porušeném obraze těla pacientka akceptovala s tím, že byla již na chirurgickém oddělení informována o možnosti používání pooperační prsní epitézy po důkladném zhojení operační rány. O vhodném spodním prádle i možnosti nošení prsní epitézy (např. na koupaliště) byl pacientce předán edukační materiál a doporučena prodejní místa, která se věnují této problematice. Na vypadání vlasů po chemoterapii byla pacientka upozorněna lékařem při vstupním pohovoru. Pacientce bylo vysvětleno, že délku vlasů by bylo vhodné nejdříve upravit a až vlasy začnou vypadávat, nechat je úplně odstranit. Velmi důležité je upozornit nemocnou, že vlasy po léčbě opět narostou. Tuto skutečnost pacientka akceptovala velmi dobře.

V souvislosti se zavedeným invazivním vstupem byl stanoven ošetrovatelský problém **riziko vzniku infekce se zavedeným PŽK**. Periferní žilní katétr byl pravidelně kontrolován, místo vpichu bylo hodnoceno dle Madona. 3. den hospitalizace došlo u pacientky ke vzniku středně lehké infekce v oblasti zavedení žilního katetru. Tímto se stala ošetrovatelská diagnóza aktuální. Dle škály Madona byl vyhodnocen stupeň 2 (bolest a zarudnutí). Byl zavedený nový PŽK, který měla pacientka zavedený 3 dny, poté byl odstraněn z důvodu ukončení nutnosti podávání medikace i.v., místo vpichu bylo zhodnoceno a zde infekce nenastala.

Časným rizikovým problémem je **riziko poškození krvetvorby** po cytostatické léčbě. Cytostatika působí nejen na nádorové buňky, ale mají vliv mezi jinými i na krvetvorbu (Vorlíček et al., 2012, s. 140). Pacientka byla seznámena s možnými rizikovými faktory při útlumu krvetvorby, byl jí poskytnutý edukační materiál (viz příloha). 10. den po chemoterapii byla pozvána pacientka k ambulantní kontrole ke zhodnocení jejího zdravotního stavu včetně vyloučení rizika poškození krvetvorby. Protože u nemocné došlo k poklesu bílých krvinek (leukopénii), bylo nutné aplikovat lék na stimulaci kostní dřeně k tvorbě vyššího množství bílých krvinek (Filgrastim). Pacientka byla opětovně edukována, o nutnosti vyvarovat se riziku infekce z důvodu oslabené imunity.

Ve výzkumném šetření došlo ke zjištění, že se ve větší míře podařilo ošetrovatelské problémy prováděnými intervencemi převážně zmírnit. V oblasti uspokojování biologických potřeb trvaly problémy po celou dobu hospitalizace a při propuštění pacientka vnímala tyto potíže jako zklidněné. V oblasti psycho - sociálních problémů byly tyto potíže velmi dobře zmírněny psychologickým přístupem celého ošetřujícího týmu a hlavně díky psychologické intervenci klinické psycholožky.

V odborné publikaci Ivica Gulášová poznamenává, že hospitalizovaný pacient se musí na nemocniční prostředí a svou nemoc adaptovat. Nemoc představuje pro pacienta zátěž a stres, na které může reagovat různě. Někteří nemocní svou nemoc popírají a nechtějí si připustit závažnost svého stavu, jiní se obviňují a hledají příčiny nemoci a další viní za své onemocnění jiné osoby. Pacienti často pociťují strach, který může mít různé příčiny – odloučení od příbuzných, obava z diagnózy, nepříjemných zákroků, strach z budoucnosti. Strach je přirozená reakce, takže nejlepší pomocí je přiznat si tento pocit. Pacientům mohou zkušené sestry pomoci svou empatií, vlídností, ochotou naslouchat a trpělivostí (Gulášová, 2005a, s. 239–246).

Pacientka odcházela domů s vírou, že existuje účinná terapie, která bude dlouhá, ale ona jí určitě ve spolupráci a s podporou rodiny zvládne. Ve vztahu k pacientům je důležitá empatie, úcta, individuální přístup a pozitivní vztah. Do ošetrovatelské péče je nutné zahrnout i rodinu, aby se pacient necítil izolovaný. Poskytováním ošetrovatelské péče pomocí ošetrovatelského procesu jsem se snažila o empatické a holistické vnímání pacientky. Tímto pohledem jsem se zabývala po celou dobu poskytování ošetrovatelské péče.

## ZÁVĚR

V závěru této práce chci shrnout celou problematiku ošetrovatelské péče o nemocnou s nádorovým onemocněním prsu, která přichází k léčbě chemoterapií. Pacientka je v těžké životní situaci, po sdělení závažné diagnózy a po odstranění prsu se musela velmi rychle psychicky s touto skutečností vyrovnat a nyní na ní čeká další těžká životní etapa a to onkologická terapie, která přináší svá úskalí a nepříjemné komplikace.

Asi největším problémem v péči o onkologického pacienta, který přichází na onkologické oddělení k terapii je strach a úzkost z nedostatku informací o onemocnění a hlavně o následném léčebném plánu a také prognóze tak vážného onemocnění. Tento problém byl i u pacientky, u které byl vytvořen ošetrovatelský proces. Díky psychologickému přístupu celého ošetrujícího týmu a hlavně psychologické intervenci klinické psycholožky byla tato překážka zmírněna. V závěru poskytování ošetrovatelské péče jsem se zajímala i o názor pacientky na poskytovanou ošetrovatelskou péči. Sdělila mi, že její potřeby byly uspokojovány velmi dobře, případný dyskomfort přičítala nežádoucím účinkům chemoterapeutické léčby, na které byla za začátku terapie upozorněna.

Péče o onkologicky nemocné je z pohledu všeobecné sestry velmi náročná. Komunikace s onkologickým pacientem přispívá k navázání a rozšíření kvalitnějšího vztahu a kontaktu mezi pacientem a zdravotníkem. Rozhovor lékaře a sestry s onkologickým pacientem je téměř vždy veden jako předání důležitých informací o stavu choroby, možnostech léčby, prognostických faktorech, laboratorních a jiných výsledcích, o invazivních výkonech i třeba edukace o výběru jídelníčku.

U onkologického pacienta sehrává kvalita jeho života v průběhu léčby velmi významnou roli. Onkologičtí pacienti pociťují špatnou kvalitu svého života především pro únavu a vyčerpanost, až na dalších místech označují bolest, nauzeu a depresi. Pro zkvalitnění a usnadnění pobytu pacienta na lůžku se snažíme o lepší vybavení pokojů a zútulnění sociálního, společenského zázemí pro podporující osoby.

Ve své praxi jsem se setkala s mnoha ženami, které toto závažné onemocnění postihlo, a byly léčeny na onkologickém oddělení. Vždy je nutná spolupráce celého ošetrovatelského týmu, citlivý a empatický přístup k pacientce, a snaha, aby byla ošetrovatelská péče o pacientku co nejkvalitnější.

## SEZNAM ZDROJŮ

ABRAHÁMOVÁ, Jitka. *Co byste měli vědět o rakovině prsu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. 143 s. Doktor radí. ISBN 978-802-4730-639.

ADAM, Zdeněk, Marta KREJČÍ a Jiří VORLÍČEK. *Obecná onkologie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2011. 394 s. ISBN 978-807-2627-158.

ADAM, Zdeněk, Marta KREJČÍ a Jiří VORLÍČEK. *Speciální onkologie: příznaky, diagnostika a léčba maligních chorob*. 1. vyd. Praha: Galén, 2010. xxi, 417 s. ISBN 978-807-2626-489.

BERAN, Jiří. *Lékařská psychologie v praxi*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010. 140 s. ISBN 978-802-4711-256.

BRYCHTA, Milan. *Mammahelp.cz: odborné informace* [online]. [cit. 2014-09-25]. Dostupné z: [mammahelp.cz/odborne-informace/radioterapie.php#](http://mammahelp.cz/odborne-informace/radioterapie.php#)

Epidemiologie zhoubných nádorů v ČR. *Svod.cz: incidence a mortalita* [online]. [cit. 2014-11-02]. Dostupné z: <http://www.svod.cz/analyse.php?modul=incmor#>

Epidemiologie zhoubných nádorů v ČR. *Svod.cz: přehled* [online]. [cit. 2014-11-02]. Dostupné z: <http://www.svod.cz/prehled.php#>

GULÁŠOVÁ, Ivica. *Telesné, psychické, sociálne a duchovné aspekty onkologických ochorení*. Martin: Osveta, 2009. 99 s. ISBN 978-808-0633-059.

HLADÍKOVÁ, Zuzana. *Diagnostika a léčba onemocnění prsu*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2009. 105 s. ISBN 978-80-244-2268-8.

JIČÍNSKÁ, Kateřina. *Zdravi.e15.cz/: clanek/sestra/vzdelavani-v-psychoterapii-a-psychoterapeutickem-pristupu-329816* [online]. 14.11.2007. [cit. 2015-01-15]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/vzdelavani-v-psychoterapii-a-psychoterapeutickem-pristupu-329816>

JUŘENÍKOVÁ, Petra. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010. 77 s. ISBN 978-802-4721-712.

KLENER, Pavel. *Základy klinické onkologie*. 1. vyd. Praha: Galén, c2011. 96 s. ISBN 978-807-2627-165.

KOZÁKOVÁ, Šárka et al. *Chemoterapie a cílená léčba: praktická příručka*. 1. vydání. Brno: ACADEMICUS, 2011. ISBN 978-80-87192-13-9.

Komplexní onkologické centrum. *Koc.cz: pro-verejnost/typy-lecby/chemoterapie* [online]. [cit. 2015-01-06]. Dostupné z: <http://www.koc.cz/pro-verejnost/typy-lecby/chemoterapie/>

KONTAKT - odborný a vědecký časopis pro zdravotně sociální otázky. GULÁŠOVÁ IVICA. [online]. 22. 11. 2005 [cit. 2015-02-28]. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsfjcu.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20120322124225455630.pdf>

Linkos. *Linkos.cz: rady-pro-nemocne-lecene-chemoterapii-1/co-jsou-to-cytostatika-co-je-to-chemoterapie/* [online]. [cit. 2015-01-07]. Dostupné z: <http://www.linkos.cz/rady-pro-nemocne-lecene-chemoterapii-1/co-jsou-to-cytostatika-co-je-to-chemoterapie/>

MAREČKOVÁ, Jana. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 264 s. ISBN 80-247-1399-3.

Nejsi na to sama. *Rakovina prsu: biologická léčba* [online]. [cit. 2014-10-15]. Dostupné z: <http://www.rakovinaprsu.cz/prsa-a-rakovina/lecba/biologicka-lecba/>

SLEZÁKOVÁ, Lenka. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 214 s. ISBN 978-802-4722-702.

TÓTHOVÁ, Valérie. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Triton, 2014. 225 s. ISBN 978-807-3877-859.

TRACHTOVÁ, Eva. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd. Brno: IDVPZ, 2001. 185 s. ISBN 80-701-3324-4.

VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8.

VORLÍČEK, Jiří, Jitka Abrahámová. *Klinická onkologie pro sestry*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2012. ISBN 80-247-3742-6.

VORLÍČEK, Jiří et al. *Chemoterapie a Vy: Rady pro nemocné léčené chemoterapií*. 5. přepracované a doplněné. Praha: Masarykův onkologický ústav; MEDICAL TRIBUNE CZ, s.r.o.; Teva Pharmaceuticals CR, s.r.o., 2013. ISBN 978-80-87135-51-8.

Wikipedie. *Cs.wikipedia.org: Karcinom prsu* [online]. [cit. 2015-01-06]. Dostupné z: [http://cs.wikipedia.org/wiki/Karcinom\\_prsu](http://cs.wikipedia.org/wiki/Karcinom_prsu)

WikiSkripta: Ošetrovatelský proces. *WikiSkripta* [online]. [cit. 2015-01-07]. Dostupné z: [http://www.wikiskripta.eu/index.php/Ošetrovatelský\\_proces](http://www.wikiskripta.eu/index.php/Ošetrovatelský_proces)

## **SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK**

BMI – Body Mass Index

BRCA 1, 2 – Gen, jehož mutace vede ke vzniku karcinomu prsu

CA 15-3 - Glykoprotein vyskytující se zejména v buněčných výstelkách žláz včetně mléčné žlázy

Ca125 - Membránový glykoprotein, který se vyskytuje ve sliznicích dýchacího a ženského pohlavního traktu

CEA - Karcinoembryonální antigen

D - Dech

DM – Diabetes mellitus

DNA - Deoxyribonukleová kyselina

EKG - Elektrokardiogram

FR – Fyziologický roztok

CHT - Chemoterapie

i.v. - Intravenózně

kg - Kilogram

KO – Krevní obraz

KOC – Komplexní onkologické centrum

LHK – Levá horní končetina

MMG – Mamografické vyšetření

MR – Magnetická rezonance

NOR – Národní onkologický registr

NÚ – Nežádoucí účinky

P - Pulz



p.o. - Peronálně

PET – Pozitronová emisní tomografie

PŽK – Pernamentní žilní katetr

RTG S+P – Rentgenové vyšetření srdce a plic

TK – Tlak krve

TNM – Klasifikace zhoubných nádorů

TT – Tělesná teplota

USG – Ultrasonografie

VAS – Visuální analogová stupnice

## **SEZNAM TEXTOVÝCH PŘÍLOH**

**Příloha č. 1** – Cenné rady pro pacienty léčené chemoterapií

**Příloha č. 2** – Informovaný souhlas

**Příloha č. 3** – Barthelův test běžných denních činností

**Příloha č. 4** – Dospělé nutriční skóre

**Příloha č. 5** – Vizuální analogová škála

**Příloha č. 6** – Beckova posuzovací stupnice deprese

**Příloha č. 7** – Klasifikace tíže tromboflebitis dle Madonna

**Příloha č. 8** – Sedmi položková škála generalizované úzkostné poruchy GAD - 7



## **Cenné rady pro pacienty léčené chemoterapií pro karcinom prsu**

### **1. Úvod**

Účelem tohoto edukačního materiálu je poskytnout základní informace o Vaší léčbě. Je zde uvedeno několik doporučení a návrhů, které Vám mohou pomoci při léčbě doma. Materiál Vám pomůže lépe si zapamatovat instrukce, které Vám již poskytli jiní specialisté.

Doporučujeme ji mít vždy po ruce u lůžka nebo u telefonu.

Neváhejte, zeptat se odborníků na vše, čemu nerozumíte. Otázky pro zdravotnický personál si můžete průběžně zaznamenávat na poslední stranu tohoto edukačního materiálu.

V každém případě vždy informujte zdravotnický personál o vedlejších účincích léčby, které se u Vás vyskytnou.

### **2. Co je chemoterapie**

Chemoterapie znamená podávání léku k léčbě nemoci.

Slovo „chemoterapie“ bylo odvozeno ze dvou slov: „chemikálie“ a „léčba“. Ačkoliv řada chorob je léčena léky, termín chemoterapie se obvykle používá k označení léčby nádorového onemocnění. Rozumí se tím podávání léků různého původu s cytostatickým účinkem na nádorovou buňku.

Chemoterapie není více bolestivá, nežli obvyklá jiná léčba, podávaná stejným způsobem.

Léčba a druh cytostatika je dána diagnózou, klinickým stádiem onemocnění a prognostickými faktory. Zohledňuje se také věk, celkový stav pacienta a jeho další choroby.

### 3. Co cytostatika dělají ve Vašem organismu

Nádorové buňky se v organismu rychle dělí a rostou. Protinádorová chemoterapie je svým účinkem poškodí a tím se rychle rostoucí buňky ničí.

Cytostatika však nedokáží rozpoznat nádorovou buňku od zdravé buňky, proto poškozují také buňky zdravého těla. Z tohoto důvodu je chemoterapeutická léčba provázena některými nežádoucími účinky. Tyto nežádoucí účinky se liší podle druhu cytostatika. Některá cytostatika účinkují dobře v samostatném podání, jiná se pro zvýšení účinku a snížení výskytu nežádoucích účinků mohou kombinovat.

### 4. Jak se cytostatika dostanou do Vašeho organismu

Existuje několik způsobů podání či aplikace cytostatik:

*Perorální léčba* – ústy, spolknutí tablety nebo kapsle

*Injekční nebo infuzní léčba* – aplikace cytostatika do krevního oběhu (žíly nebo žilního portu)

### 5. Podávání chemoterapie

Většina cytostatik se nepodává jednorázově, ale v tzv. cyklech (sériích). Je přesně určen časový plán opakování (nejčastěji 4-6x po 21-28 dnech, ale i v týdenních intervalech).

Některé kombinace chemoterapeutické léčby je možné aplikovat ambulantně na našem stacionáři – po vyšetření ambulantním lékařem a krevních testech Vám bude „rozepsána“ chemoterapie a po přípravě cytostatika v lékárně na oddělení centrálního ředění Vám bude chemoterapeutická léčba aplikována. Po samotné aplikaci odcházíte domů. V případě, že ambulantní podání léčby z nějakého důvodu nezvládnete či nemůžete podstoupit, je možné být hospitalizován (a) na našem onkologickém oddělení.

Léky jsou samozřejmě podávány za odborného dozoru vyškoleného zdravotnického personálu.

## 6. Nežádoucí účinky chemoterapie

Obavy z nežádoucích účinků jsou velmi časté a naprosto pochopitelné. Existuje celá škála možných nepříjemností spojených s protinádorovou léčbou. Asi nejvíce jsou to zažívací problémy: poruchy chuti k jídlu, nevolnost až nucení na zvracení a zvracení a problémy související se sníženým počtem krvinek. Každý nemocný nemusí mít všechny nežádoucí účinky chemoterapie, někteří mohou mít jen minimální obtíže, jiní dokonce žádné. Závažnost nežádoucích účinků je velmi různá a záleží na druhu podaného cytostatika, dávce léku a na reakci Vašeho organismu.

## 7. Jak dlouho trvají nežádoucí účinky

Stejně, tak jako se po ukončení podávání chemoterapie většina normálních buněk rychle obnoví, odezní i většina Vašich obtíží způsobených cytostatiky. Některé nežádoucí účinky mohou přetrvávat jen několik dní, některé týdny, měsíce ale i roky než vymizí úplně, někdy mohou být i trvalé. Je tomu tak při poškození srdce, plic, ledvin nebo reprodukčních orgánů.

Dlouhodobé obtíže po chemoterapii má jen minimum nemocných. V dnešní době existuje již velká řada léků, které výrazně zmírňují obtíže provázející chemoterapii.

## 8. Nežádoucí účinky na krvetvorbu

Cytostatika ve velké míře tlumí krvetvorbu. Dávky a intervaly jednotlivých aplikací jsou plánovány tak, aby pokles krvinek byl jen minimální a dočasný. K poklesu dochází pozvolna, nejčastěji kolem 10. dne po podání chemoterapie.

*Pokles bílých krvinek (leukocytů):* v tomto období jste nejvíce náchylní k infekčnímu onemocnění. V případě obtíží (teploty) je potřebné kontaktovat svého ošetřujícího lékaře, který rozhodne o dalším léčebném postupu

*Pokles krevních destiček (trombocytů):* při nedostatku krevních destiček se mohou objevit krvácivé projevy (modřiny, petechie, krvácení z nosu či do moče). Pokud se objeví tyto obtíže, částečně je lze řešit podáním určitého léku, někdy je nutné podat krevní destičky od dárce přímo do krevního oběhu.

*Pokles červených krvinek (erytrocytů):* většinou jsou projevy poklesu červených krvinek jen mírné. V některých případech je možné podat léky, které urychlují dozrávání

červených krvinek, ale při poklesu erytrocytů pod určitou mez je nutné podat transfúzi – červené krvinky od dárce přímo do krevního oběhu.

## 9. Nevolnost a zvracení

Tyto stavy provázejí jak chemoterapii, tak radioterapii (léčbu zářením). Nevolnost vznikající při aplikaci cytostatik je již v dnešní době dobře odstranitelná nebo zmírnitelná podáním léků ve formě injekcí, tablet, čípků.

*Doporučení:* jíst malé porce jídla, pít tekutiny asi hodinu před nebo po jídle, nepijte v průběhu jídla, jezte a pijte pomalu, jezte jídla vlažná, snáší se lépe než teplá, vyvarujte se smaženým a tučným jídlům, dobře jídlo rozžvýkejte, pijte chladné, neslazené ovocné šťávy, minerální vody bez bublin, cucejte ledové kostky, mátové nebo ovocné bonbony, vyhněte se intenzivním pachům (cigaretový kouř, parfém, vůně při vaření), abstinence alkoholu, po jídle odpočívejte v sedě až polosedě, 2 hodiny si nelehejte, noste volné, nesvíravé oblečení ...

## 10. Ztráta vlasů

Ztráta vlasů je častý nepříjemný nežádoucí účinek chemoterapie, i když nemocného neohrožuje na životě. Po ukončení podávání chemoterapie vlasy v každém případě opět narostou. Výjimečně je ztráta vlasů provázena vypadáváním obočí, řas nebo ochlupení.

Se ztrátou vlasů se ženy velmi špatně psychicky vyrovnávají. Váš ošetřující lékař Vám předepíše poukázku na paruku. Zdravotní pojišťovna Vám finančně přispěje, ale jen určitou finanční částkou.

*Doporučení:* na vlasy používejte nedráždivé šampony, měkké kartáče na česání, vlasy nebarvěte, nesušte horkým vzduchem, ostříhejte nakrátko.

## 11. Průjem, zácpa

V průběhu chemoterapeutické léčby se může objevit průjem (řidká stolice několikrát denně) nebo zácpa. Průjem může být doprovázen bolestmi břicha nebo křečemi. U zácpy neužívejte žádná projímadla. Vždy tyto nežádoucí účinky zhodnoťte se svým ošetřujícím lékařem.

*Doporučení:* jezte malé porce vícekrát denně, vyvarujte se kávy, alkoholu, sladkých a mastných jídel. Pijte dostatek tekutin, pomalu v malých dávkách, vynechejte mléko a mléčné výrobky, pokud Váš průjem zhorší. Jestliže to Váš zdravotní stav dovoluje, chodte na procházky, pohybujte se.

## 12. Nervový systém, svaly

Některá cytostatika vedou k poruše periferních nervů, která se projevuje zvláště na končetinách (brnění konečků prstů, třes, palčivá bolest, poruchy citlivosti, poruchy rovnováhy, nemotornost, svalová slabost, bolesti svalů, zhoršení sluchu). Ve většině případů bývají tyto obtíže mírného charakteru a velmi rychle ustupují. Jen výjimečně je nutná zvláštní léčba.

*Doporučení:* Dbejte zvýšené opatrnosti při manipulaci s různými předměty (zejména v kuchyni), při chůzi se přidržujte, nenoste volné, klouzavé boty.

## 13. Pohlavní ústrojí a sexuální funkce

Muži:

Chemoterapie poškozuje mužské pohlavní buňky, dochází ke změnám v množství buněk, mění se jejich kvalita. Toto může být příčinou dočasné nebo trvalé neplodnosti. Neplodnost znemožňuje stát se otcem dítěte, ale neomezuje schopnost pohlavního styku. Porucha plodnosti nenastává okamžitě, proto je zapotřebí zabránit těhotenství partnerky, neboť hrozí poškození plodu při oplodnění v době podávání chemoterapie. Tuto skutečnost a možnosti změny v plodnosti je nutné konzultovat předem s lékařem. V případě zájmu je možné zajistit zmrazení spermií k pozdějšímu použití.

Ženy:

Chemoterapie může poškodit vaječníky a snižovat množství hormonů, které se v nich tvoří. Důsledkem může být nepravidelnost či zástava menstruačního cyklu. Poškození vaječníků také může být příčinou neplodnosti. Tento stav bývá dočasný, ve výjimečných případech pak trvalý. Záleží na druhu cytostatika, věku ženy.

Sexuální život:

Většinou není důvod ke změně ve Vašem sexuálním životě. Mnoho pacientů mívá při chemoterapii menší sexuální zájem, zejména pro fyzický a duševní stres z onemocnění a probíhající léčby.

#### 14. Srdce a cévy

Některá cytostatika jsou kardiotoxická (způsobují změny na srdci, srdečním svaly, může dojít k rozvoji poruch srdečního rytmu). Pokud dostáváte v léčebné kombinaci tyto cytostatika nebo pokud jste v minulosti prodělal (a) srdeční onemocnění, bude u Vás srdeční činnost před i během podávané chemoterapie kontrolována – EKG, echokardiografie.

#### 15. Výživa

Výživa v průběhu celé léčby je velmi důležitá. Ti, kdo dokáží při chemoterapii dobře a pravidelně jíst a pít, snáší léčbu lépe a snadněji bojují s případnými problémy.

Jezte častěji, dobře kousejte a žvýkejte, jezte lehká jídla. Při nedostatečném příjmu potravy je možné využít některých volně dostupných doplňků stravy, ale vždy po domluvě s lékařem.

### **Pamatujte si:**

Nepoužívejte pro tyto potíže žádné léky, aniž jste se poradili se svým ošetřujícím lékařem.

Pokud Vám je, nebo bude něco nejasného, či máte jakékoliv dotazy ohledně léčby nebo nežádoucích účinků, obraťte se bez váhání na Vašeho ošetřujícího lékaře.

---

Tento edukační materiál vznikl za pomoci odborné publikace *Chemoterapie a Vy* (Vorlíček, 2013, s. 3-35) a dle praktické příručky *Chemoterapie a cílená léčba* (Kozáková, 2011, s. 5-97).



NÁZEV BAKALÁŘSKÉ PRÁCE:

Ošetrovatelský proces u pacientky s karcinomem prsu

STUDENT:

Ivana Herbigová

Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Fakulta zdravotnických studií ZČU

ivaherbigovamail.com

VEDOUcí BP:

Mgr. Soňa Loudová

Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Fakulta zdravotnických studií ZČU

CÍL STUDIE:

Cílem studie je sestavení ošetrovatelského plánu u pacientky s karcinomem prsu, která byla léčena adjuvantní chemoterapií. Léčba a ošetrovatelská péče byla prováděna na Onkologickém centru nemocnice Chomutov.

S Vaším svolením bude proveden rozhovor s Vámi, který bude zaznamenán na diktafon. Pořízený záznam nebude sdílen nikým jiným než studentem a vedoucím bakalářské práce. Záznamy budou ihned po kompletaci studie vymazány. Úryvky z rozhovoru mohou být použity při prezentaci studie, ale tyto citace budou vždy anonymní. Vaše identita nebude rozpoznána, bude použit pseudonym.

Nemusíte odpovídat na žádné specifické otázky, pokud nebudete sám/sama chtít, a můžete také kdykoliv odstoupit od rozhovoru nebo studie.

**SOUHLAS S VÝZKUMEM**

Já .....

souhlasím s účastí ve výzkumné studii. Souhlasím se záznamem rozhovoru na diktafon. Rozumím, že mohu kdykoliv od rozhovoru nebo studie odstoupit a že citace rozhovoru budou použity anonymně, nebudu ve studii identifikována.

Podpis účastníka výzkumu:.....Datum:

Podpis studenta:.....Datum:

Příloha č. 3 **BARTHELŮV TEST BĚŽNÝCH DENNÍCH ČINNOSTÍ**

Činnost	Provedení činnosti	Bodové skóre
Najedení napití	<b>Samostatně bez pomoci</b>	<b>10</b>
	S pomocí	5
	Neprovede	0
Oblékání	Samostatně bez pomoci	10
	<b>S pomocí</b>	<b>5</b>
	Neprovede	0
Koupání	<b>Samostatně bez pomoci</b>	<b>10</b>
	S pomocí	5
	Neprovede	0
Osobní hygiena	<b>Samostatně nebo s pomocí</b>	<b>5</b>
	Neprovede	0
Kontinence moči	<b>Plně kontinentní</b>	<b>10</b>
	Občas inkontinentní	5
	Inkontinentní	0
Kontinence stolice	<b>Plně kontinentní</b>	<b>10</b>
	Občas inkontinentní	5
	Inkontinentní	0
Použití WC	<b>Samostatně bez pomoci</b>	<b>10</b>
	S pomocí	5
	Neprovede	0
Přesun lůžko – židle	<b>Samostatně bez pomoci</b>	<b>15</b>
	S malou pomocí	10
	Vydrží sedět	5
	Neprovede	0
Chůze po rovině	<b>Samostatně nad 50 m</b>	<b>15</b>
	S pomocí 50 m	10
	Na vozíku 50 m	5
	Neprovede	0
Chůze po schodech	<b>Samostatně bez pomoci</b>	<b>10</b>
	S pomocí	5
	Neprovede	0

Hodnocení stupně závislosti v základních všedních činnostech

0 - 40	vysoce závislý
45 - 60	závislost středního stupně
<b>65 – 95</b>	<b>lehká závislost</b>
100 bodů	Nezávislý

Věk	<b>0</b>	Do 65 let
	1	Nad 65 let
BMI	<b>0</b>	BMI 20 - 35
	1	BMI 18-20; nad 35
	2	BMI pod 18
Ztráta hmotnosti za 3 měsíce	<b>1</b>	ztráta 0-3 kg
	2	ztráta 3-6 kg
	3	3 ztráta nad 6 kg
Množství jídla za poslední 3 týdny	<b>0</b>	beze změny
	1	poloviční porce
	2	jí občas nebo nejlí
Projevy nemoci v současné době	<b>0</b>	žádné
	1	nechutenství, bolesti břicha
	2	zvracení, průjem > 6 za den
Stres	0	žádný
	<b>1</b>	chronická nemoc, DM, menší nekomplikovaný chirurgický zákrok
	2	akutní dekompenzace chronického onemocnění, rozsáhlý chirurgický zákrok, pooperační komplikace, UPV, popáleniny, trauma, hospitalizace ARO, JIP, krvácení do GIT
Nelze	2	nelze změřit a zvážit
	3	nelze zjistit BMI, ztrátu hmotnosti a jídlo za poslední 3 týdny

**Vyhodnocení:**

<b>0 - 3</b>	<b>není nutná nutriční intervence</b>
<b>4 - 7</b>	nutné vyšetření dietní sestrou
<b>7 a více</b>	nutná speciální nutriční intervence

**Zdroj:** [http://vnl.xf.cz/ose/ose-nutricni\\_skore.php](http://vnl.xf.cz/ose/ose-nutricni_skore.php)

Příloha č. 5      **VIZUÁLNÍ ANALOGOVÁ ŠKÁLA**

Hodnoceno 9. 12. 2014

0	žádná bolest
<b>1</b>	<b>mírná bolest</b>
<b>2</b>	<b>středně silná bolest</b>
3	velmi silná bolest
4	krutá bolest
5	nesnesitelná bolest

**VIZUÁLNÍ ANALOGOVÁ ŠKÁLA**

Hodnoceno 14. 12. 2014

<b>0</b>	<b>žádná bolest</b>
1	mírná bolest
2	středně silná bolest
3	velmi silná bolest
4	krutá bolest
5	nesnesitelná bolest

**Zdroj:** [http://is.muni.cz/th/40333/lf\\_m/Priloha\\_c.\\_2.doc](http://is.muni.cz/th/40333/lf_m/Priloha_c._2.doc)

Příloha č. 6 **BECKOVA SEBEPOSUZOVACÍ STUPNICE DEPRESE**

Nálada	0	nemám smutnou náladu
	<b>1</b>	<b>cítím se poněkud posmutnělý, sklíčený</b>
	2	jsem stále smutný nebo sklíčený a nemohu se z toho dostat
	3	jsem tak smutný nebo nešťastný, že to nemohu už snést
Pesimismus	<b>0</b>	<b>do budoucnosti nepohlížím nijak pesimisticky nebo beznadějně</b>
	1	poněkud se obávám budoucnosti
	2	vidím, že se už nemám na co těšit
	3	vidím, že budoucnost je zcela beznadějná a nemůže se zlepšit
Pocit neúspěchu	<b>0</b>	<b>nemám pocit nějakého životního neúspěchu</b>
	1	mám pocit, že jsem měl v životě více smůly a neúspěchu než obvykle lidé mívají
	2	podívám-li se zpět na svůj život, vidím, že je to jen řada neúspěchů
	3	vidím, že jsem jako člověk (otec, manžel a pod) v životě zcela zklamal
Neuspokojení z činnosti	<b>0</b>	<b>nejsem nijak zvlášť nespokojený</b>
	1	nemám z věcí takové potěšení, jako jsem mívával
	2	už mne netěší skoro vůbec nic
	3	ať dělám cokoliv, nevzbudí to ve mně sebemenší potěšení
Vina	<b>0</b>	<b>necítím se nijak provinile</b>
	1	občas cítím, že jsem méněcenný, horší než ostatní
	2	mám trvalý pocit viny
	3	ovládá mne pocit, že jsem zcela bezcenný, zlý provinilý člověk
Nenávist k sobě samému	<b>0</b>	<b>necítím se zklamán sám sebou</b>
	1	zklamal jsem se sám v sobě
	2	jsem dost znechucen sám sebou
	3	nenávidím se
Myšlenky na sebevraždu	<b>0</b>	<b>vůbec mi nenapadne na mysl, že bych si měl něco udělat</b>
	1	mám někdy pocit, že by bylo lépe nežít
	2	často přemýšlím jak spáchat sebevraždu
	3	kdybych měl příležitost, tak bych si vzal život

Sociální izolace	0	neztratil jsem zájem o lidi a okolí
	<b>1</b>	<b>mám poněkud menší zájem o společnost lidí než dříve</b>
	2	ztratil jsem většinu zájmu o lidi a jsou mi lhostejní
	3	ztratil jsem veškerý zájem o lidi a nechci s nikým nic mít
Nerozhodnost	0	dokážu se rozhodnou v běžných situacích
	<b>1</b>	<b>někdy mám sklon odkládat svá rozhodnutí</b>
	2	rozhodování v běžných věcech mi dělá obtíže
	3	vůbec v ničem se nedokážu rozhodnout
Vlastní vzhled	0	vypadám stejně jako dříve
	<b>1</b>	<b>mám starosti, že vyhlížím staře nebo neatraktivně</b>
	2	mám pocit, že se můj zevnějšek trvale zhoršil, takže vypadám dosti nepěkně
	3	mám pocit, že vypadám hnusně až odpudivě
Potíže při práci	0	práce mi jde od ruky jako dříve
	<b>1</b>	<b>musím se nutit, když chci něco dělat</b>
	2	dá mi velké přemáhání, abych cokoliv udělal
	3	nejsem schopen jakékoliv práce
Únavnost	0	necítím se více unaven než obvykle
	<b>1</b>	<b>unavím se snáze než dříve</b>
	2	všechno mne unavuje
	3	únava mne zabraňuje cokoli udělat
Nechutenství	<b>0</b>	<b>mám svou obvyklou chuť k jídlu</b>
	1	nemám takovou chuť k jídlu, jak jsem míval
	2	mnohem hůře mi teď chutná jíst
	3	zcela jsem ztratil chuť k jídlu

Hodnocení:

**Norma - 00 – 08**

Lehká až střední deprese – 09- 24

Těžká deprese – 25 a více

**Literatura:** MOŽNÝ, P, PRAŠKO, J. *Kognitivně-behaviorální terapie, úvod do teorie a praxe*. Praha: Triton, 1999. 222 s. ISBN 80-7254-038-6

Příloha č. 7

### **KLASIFIKACE TÍŽE TROMBOFLEBITIS DLE MADDONA - TTM**

Hodnoceno 10. 12. 2014

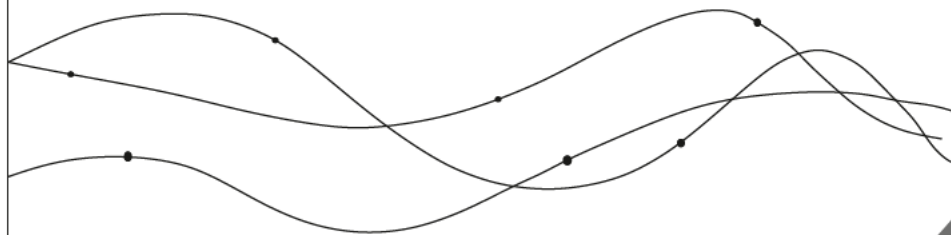
0	Není bolest, ani reakce v okolí
1	Pouze bolest, není reakce v okolí
<b>2</b>	<b>Bolest a zarudnutí</b>
3	Bolest, zarudnutí, otok, bolestivý pruh v průběhu žíly
4	Hnis, otok, zarudnutí a bolestivý pruh v průběhu celé žíly

### **KLASIFIKACE TÍŽE TROMBOFLEBITIS DLE MADDONA - TTM**

Hodnoceno 14. 12. 2014

<b>0</b>	<b>Není bolest, ani reakce v okolí</b>
1	Pouze bolest, není reakce v okolí
2	Bolest a zarudnutí
3	Bolest, zarudnutí, otok, bolestivý pruh v průběhu žíly
4	Hnis, otok, zarudnutí a bolestivý pruh v průběhu celé žíly

**Literatura:** HUSKOVÁ J, KAŠNÁ P. *Ošetřovatelství – ošetřovatelské postupy pro zdravotnické asistenty*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2855-1



## Sedmipoložková škála generalizované úzkostné poruchy (GAD-7)

**Jak často Vás během posledních dvou týdnů trápily následující potíže?  
(Vyberte jednu odpověď)**

	Vůbec ne	Několik dnů	Více než polovinu dnů	Téměř každý den
1 Nervozita, úzkost nebo pocit, že jsem na hraně	(0)	(1)	(2)	(3)
2 Nemožnost přestat se obávat nebo dostat obavy pod kontrolu	(0)	(1)	(2)	(3)
3 Přílišné obavy kvůli různým věcem	(0)	(1)	(2)	(3)
4 Potíže se uvolnit	(0)	(1)	(2)	(3)
5 Takový neklid, že těžko dokážu klidně sedět	(0)	(1)	(2)	(3)
6 Snadno se rozzlobím nebo jsem podrážděný/á	(0)	(1)	(2)	(3)
7 Strach, jako kdyby se mělo stát něco hrozného	(0)	(1)	(2)	(3)
<b>Sečte skóre v každém sloupci</b>	+	+	+	

**Celkové skóre**

*součet celkových skóre*