Zdravotně sociální fakulta
Faculty of Health and Social Sciences

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

Ošetřovatelská péče u žen po operaci prsní žlázy

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: VŠEOBECNÉ OŠETŘOVATELSTVÍ

Autor: Lucie Eisenwortová

Vedoucí práce: Mgr. Ivana Chloubová, Ph. D.

České Budějovice 2024

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem ***„Ošetřovatelská péče u žen po operaci prsní žlázy“*** jsem vypracoval/a samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne…… ….…….

Lucie Eisenwortová

Poděkování

Touto cestou bych chtěla v první řadě nejvíce poděkovat svojí vedoucí bakalářské práce Mgr. Ivaně Chloubové, Ph. D. za velikou pomoc během sepisování práce. Dále bych chtěla poděkovat všem sestrám, které se podílely na výzkumu. V poslední řadě poděkování patří mému přítelovi, rodině a přátelům, kteří mě během mého studia podporovali.

Ošetřovatelská péče u žen po operaci prsní žlázy

Abstrakt

Bakalářská práce nesoucí název „Ošetřovatelská péče u žen po operaci prsní žlázy“ se zaměřuje na péči, která je poskytnuta ženám po prodělání onkologického onemocnění. Rozhovory k této práci poskytly sestry, které tuto péči vykonávají. Jedná o sestry, které pracují na chirurgických odděleních. Dále sestry, které pracují v ambulancích, konkrétně zaměřené na péči v onkologických ambulancích. V poslední řadě se jedná o sestry pracující v ambulancích praktického lékaře pro dospělé.

Teoretická část práce se zaměřuje převážně na ošetřovatelskou péči po operaci a následnou péči v podobě rekonvalescence. Též teoretická část obsahuje anatomický základ a předoperační péče.

Následně byly vytvořené cíle práce. První cíl práce je zjistit, jaká je role sestry v péči o pacientku po operaci prsní žlázy. Dále stanovit, jaká jsou specifika v péči po operaci prsní žlázy. V poslední řadě určit, jaká je úloha sestry v rekonvalescenci po operaci prsní žlázy.

Empirická část práce se zaměřuje na kvalitativní výzkum, který probíhal ve formě polostrukturovaných rozhovorů se sestrami, které pracují na výše uvedených odděleních. Do výzkumného souboru bylo dohromady zapojeno deset sester, z nichž pět sester pracuje na chirurgických oddělení, následné tři pracují v onkologických ambulancích a zbylé dvě pracují v ambulanci praktického lékaře.

Výsledky výzkumu ukazují, jak probíhá ošetřovatelská péče. Je zde nastíněna předoperační, pooperační a dlouhodobá péče z pohledu sester. Dále dle rozhovorů byly sestaveny výsledky, kterými jsou edukační činnost sester a psychická stránka pacientek z pohledu sester. Následné zaměření práce se věnuje nedostatkům v péči s pacientkami. V poslední části se práce zaobírá možnými alternativami do budoucna.

V rámci doporučení do budoucna je pro sestry důležité se více zajímat o nové znalosti, které se objevují v péči o pacientky s onkologickým onemocněním.

Klíčová slova

Ošetřovatelská péče; pooperační péče; onkologické onemocnění prsu; všeobecná sestra; chirurgická péče; onkologická ambulance; ambulance praktického lékaře pro dospělé

Nursing care for women after breast gland operations

Abstract

This bachelor's thesis, entitled “Nursing care for women after breast gland operations,” investigates the provision of care to women following oncological diseases. The research draws on interviews with nurses who deliver this care, focusing on those employed in surgical departments, oncology clinics, and general practitioners' clinics for adults.

The theoretical framework of the thesis concentrates on nursing care post-surgery and the ensuing convalescent care, incorporating anatomical basics and preoperative care into its scope.

The objectives of the study were to ascertain the role of the nurse in patient care following breast surgery, to identify specific aspects of postoperative care, and to define the nurse's role during the convalescence period.

The empirical section of the thesis employs qualitative research methods, specifically semi-structured interviews with nurses working in the aforementioned departments. Ten nurses participated in this study: five from surgical departments, three from oncology clinics, and two from a general practitioner's clinic.

Findings reveal the processes involved in nursing care, detailing preoperative, postoperative, and long-term care from the perspective of nurses. Further insights were gained into the educational activities performed by nurses and the psychological aspects of patient care, as reported by the nurses. The study also highlights current shortcomings in patient care and explores potential future alternatives.

Recommendations for future practice emphasize the importance for nurses to engage with emerging knowledge in the care of patients with oncological conditions.

Key word

Nursing care; postoperative care; breast oncology; general nurse; surgical care; onkology outpatient clinic; adult general practitioner outpatient clinic

Obsah

1 Současný stav 11

1.1 Náhled do anatomie prsu 11
1.2 Onkologické onemocnění prsu 11
1.3 Výskyt karcinomu prsu 12
1.4 Etiologie a rizikové faktory 13
1.5 Projevy 14
1.6 Diagnostika a vyšetření 14
1.6.1 Klasifikace nádoru prsu 15
1.7 Léčba 15
1.7.1 Chirurgická léčba 16
1.7.2 Radioterapie 17
1.7.3 Chemoterapie 17
1.7.4 Biologická léčba 18
1.7.5 Hormonální léčba 18
1.7.6 Paliativní péče 19
1.8 Ošetřovatelská péče 19
1.8.1 Předoperační péče v kostce 20
1.8.2 Pooperační péče 21
1.8.3 Pooperační komplikace 23
1.8.4 Rehabilitace 24
1.8.5 Edukace pacientky 25
1.8.6 Rekonvalescence 26
1.8.7 Následná dispenzarizace 27
1.8.8 Pacientské organizace 27
1.8.9 Prevence 27

2 Cíle práce a výzkumné otázky 30

2.1 Cíle práce 30
2.2 Výzkumné otázky 30

3 Metodika 31

3.1 Metoda výzkumu 31
3.2 Charakteristika výzkumného vzorku 31

4 Výsledky 33

4.1 Identifikační údaje respondentů 33
4.2 Kategorizace výsledků 34
4.2.1 Předoperační péče 35
4.2.2 Pooperační péče 36
4.2.3 Dlouhodobá ošetřovatelská péče 37
4.2.4 Edukační činnost sester 38
4.2.5 Psychická stránka pacientek z pohledu sester 39
4.2.6 Nedostatky v ošetřovatelské péči 40
4.2.7 Alternativa do budoucna 41
5 Diskuse 43
6 Závěr 52
7 Seznam literatury 54
8 Seznam tabulek 60
9 Seznam příloh 61
10 Přílohy 62
11 Seznam použitých zkratek 65

Úvod

Bakalářská práce s názvem „Ošetřovatelská péče u žen po operaci prsní žlázy“ se zaměřuje především na péči, kterou vykonávají sestry na chirurgickém oddělení, ale i v onkologických ambulancích či v ambulancích praktického lékaře pro dospělé. Onkologické onemocnění prsu u žen je v posledních letech velice diskutabilní, a to z důvodu, že se jedná o druhé nejčastější onkologické onemocnění u žen. V České republice bylo nově zjištěno celkem 7 182 případů podle statistik v roce 2018 vydané ÚZIS.cz, které tyto údaje zveřejnilo v roce 2021.

V teoretické části je uvedený náhled do anatomie prsu, kde je i rozebrána jeho fyziologie. Následně bude ve stručnosti popsána i patologie prsu. Dále pokračuje zaměření na příznaky, rizikové faktory, diagnostika, vyšetření a léčba, která je rozdělená na chirurgickou, radioterapie, chemoterapie a biologickou či hormonální terapii. Poté se práce více zaměřuje na ošetřovatelskou činnost sestry. Nejvíce zde figuruje péče po operaci, rehabilitace či rekonvalescenci a následnou dispenzarizaci, ale i v této části je zmíněna předoperační příprava.

V empirické části se práce věnuje výzkumu, který byl proveden na chirurgickém oddělení, v onkologických ambulancích či v ambulancích praktického lékaře pro dospělé. Výzkum je orientován na sestry pracujících na těchto odděleních. Především se práce zaměřuje na specifika v ošetřovatelské péči po operaci prsních žláz, ale i na role, kterou sestry při tomto onemocnění sehrávají.

Toto téma pro bakalářkou práci mě osobně velice zaujalo, a to z důvodu, že během odborných praxích se setkáváme často s touto problematikou. Chtěla jsem se dozvědět více, jak sestry pečují o ženy, které toto onemocnění postihne. Velice mě zajímali rozdíly v péči u sester v onkologických ambulancích a sester pracujících na chirurgickém oddělení.

1 Současný stav

1.1 Náhled do anatomie prsu

Prsa každé ženy se skládají z patnácti až dvaceti laloků prsní žlázy neboli mléčné žlázy (glandula mammaria), která je největší kožní žlázou na lidském těle. Tento párový orgán roste s věkem, a to jak u chlapců, tak i u dívek. Ovšem vlivem hormonálního růstu v období puberty, porodu či šestinedělí, více rostou prsa u žen než u mužů. V případě mužského pohlaví velikost prsou ve většině případů zůstává stejná po zbytek života (Dylevský, 2019). Obecně platí, že ženská prsa obsahují více žlázové tkáně než mužské (Akram et al., 2017). Laloky mléčné žlázy ústí do mlékovodů, které na povrch těla přechází do prsního dvorce. Uprostřed prsního dvorce je přítomna prsní bradavka, která je výrazně pigmentově zbarvená. Mezi laloky a mléčnou žlázou se nachází vazivo a tuková tkáň, která má především ochranou funkci (Dylevský, 2019). Tato tuková tkáň je dobře zásobována nervovými, krevními a lymfatickými cévami (Akram et al., 2017).

Hlavní funkcí mléčné žlázy je tvorba mateřského mléka. Proces tvorby mléka je řízený především hormonálně (Dylevský, 2019). V době těhotenství se díky hormonům prsa ženy zvětší a tím nabírají na hmotnosti, protože se v nich vytváří mateřské mléko. Hned po porodu novorozence je spuštěna laktace (Abrahámová et al. 2019). Novorozenec díky sacímu reflexu, dráždí matce prsní bradavku a díky tomu dochází k vyprázdnění mateřského mléka z prsu. Pro novorozence je mateřské mléko nejlépe složené, aby mohlo napomáhat jeho růstu a vývoji (Dylevský, 2011).

1.2 Onkologické onemocnění prsu

Zhoubný nádor neboli karcinom prsu je jedním z nejčastějších onemocněním prsu u žen (Vokurka et al., 2018). Vznik nádoru je ve své podstatě přeměna genů v buňce. K této přeměně dojde buď na dědičné bázi, anebo získané, díky tzv. působením karcinogenům. Nádory můžeme rozdělit na benigní a maligní. Benigní neboli nezhoubné jsou ve většině případů zapouzdřené a nepronikají do okolní tkáně. Opakem jsou maligní (zhoubné). Tento typ často prorůstá do okolní tkání, díky tvorbě druhotných buněk, tzv. metastáz (Vokurka et al., 2018). Za zmínku stojí i fakt, že metastáza je stejný typ nádoru jako nádor původní (Abrahámová et al., 2019). K tomu dochází buď hematogenní cestou, nebo

lymfogenní cestou, pomocí mízních uzlin. Známé jsou i případy implantační cestou, čímž se myslí porogenní (Vokurka et al., 2018).

Pod pojmem karcinom prsu se myslí maligní nádor. To může předcházet, tzv. hyperplazie. Tyto hyperplazické buňky vytvoří prvně neinvazivní karcinomy (karcinomy „in situ“). Pokud se vytvářejí na podkladě změněních buněk ve vývodu, jedná se o duktální karcinomy in situ – DCIS. Nádorové buňky také mohou vyrůstat z lalůčků epitelů (lobulární karcinom in situ – LCIS) (Vokurka et al., 2018).

LCIS nevyžaduje přímo chirurgický zákrok, ale může se jich víc objevit v obou prsou. Pro pacientky s tímto typem karcinomu doporučeno pravidelné samovyšetření, kontrola pomocí zobrazovacích metod a úprava životního stylu. K těmto opatřením dochází pacienta i následnou chemoterapii, aby se zabránilo vzniku radikálnějšího karcinomu (Čmejlová, 2020).

Pokud se pacientce diagnostikuje DCIS a jedná se o nádor, který je ohraničený, tak je pacientce indikována chirurgická léčba s odebráním i sentinelové uzliny (Čmejlová V., 2020).

BC (breast cancer) se může vyskytovat v různých formách. Karcinomy prsu se mohou i postupem času progredovat. Jedním z typů jsou BC na hormonální úrovni, které jsou ovlivněny působením estrogenu nebo progesteronu. Označují se jako ERBB2, dříve označovány jako HER2. Pokud nádor není pozitivní na hormony, označuje se jako Triple negativní (Trayes, Cokenakes, 2021).

1.3 Výskyt karcinomu prsu

Ohledně výskytu karcinomu prsu se jedná o druhé nejčastější onkologické onemocnění u žen, hned po kožních nádorech (ÚZIS.cz, 2021). Pro mapování pacientů s onkologickým onemocnění byl v České republice vytvořený Národní onkologický registr (užívaná zkratka NOR). Tento registr by řízen za pomoci Ústavem zdravotnických informacích a statistik (ÚZIS).

Jak již bylo zmíněno, incidence (nově zjištěných případů onemocnění) pro rok 2018 se diagnostikovalo celkem 7 182 případů v České republice, tedy 133,1 na 100 000 žen. V mezinárodních žebříčkách je Česká republika umístěna na 21. místě. Ohledně mortality (počet úmrtí na dané onemocnění) v roce 2018 zemřelo na karcinom prsu 1 621 žen.

V České republice je výraznější zastoupení žen ve věku 60 až 74 let. Průměrný věk pacientky s diagnostikou karcinomu prsu je 65 let. Tyto statistiky byly zjišťovány v letech 2014 až 2018 (ÚZIS.cz, 2021).

Dle posledních studií je prokázáno, že počet případů karcinomu prsu u starších žen, které dosáhli věku 50 let, stále zůstává stabilní a nikterak se nenavyšuje. Co se týče mladších žen, tak každoročně stoupá počet případů o 0,5 %. Během posledních zhruba 40 let došlo ke zvýšení míry přežití u mladých žen o 60 – 70 % (Corey et al., 2020).

Za zmínku stojí i fakt, že dle studie Kolak et al., (2017) je prokázáno, že zhruba 5 - 10 % vzniku tohoto onemocnění je způsobené genetickými predispozicemi a různými genetickými mutacemi. Ve zbylých 90 – 95 % případech se jedná o faktory, které vedou ke vzniku onemocnění BC způsobené vlivem životního prostředí a životní stylem každé pacientky.

1.4 Etiologie a rizikové faktory

Vznik BC může být dědičně podmíněný, anebo za zcela nejasných podmínek. Ohledně dědičně podmíněných se jedná o nádory, které jsou spojené s rodinou anamnézou. Jedná se o pacientky, u kterých byly pozitivně nalezeny geny BRCA1 a BRCA2. Tyto geny zvyšují pravděpodobnost karcinomu prsu, ale i možnost objevení nádoru v jiném místě (Vokurka et al., 2018).

Ve většině případů se nádorové onemocnění u žen objeví náhodně v podobě mutací buněk prsní žlázy (Vokurka et al., 2018). U těchto pacientek se zjišťuje jejich životní styl. Mezi faktory ovlivňující životní styl patří stravovací návyky, tím se myslí, zda žena má správný poměr výživy, jestli má dostatečnou fyzickou aktivitu a zda neužívá omamné látky, jako jsou tabákové výrobky či požití alkoholu (Abrahámová et al., 2019). Jak již bylo zmíněno, životní styl se hodně pojí i s tělesnou konstrukcí těla pacientky, čímž je důležité navázat na obezitu v rámci rizikových faktorů. U pacientek, které trpí obezitou je daleko horší i samotná diagnostika a léčba BC, především se jedná o fakt, že zobrazení a vytvoření vhodné léčby u karcinomu není tak úplně jasný a snadný jako u normálních pacientek. U obézních pacientek je daleko pravděpodobnější rozvoj horších prognóz, ale i vyšší šance objevení následných recidiv než u neobézních pacientek (Lee et al., 2019). Důležitý pro diagnostikování karcinomu prsu je věk pacienty, který hraje hlavní roli. Dále je podstatné, kdy se u pacientky objevila první menstruace (menarche). U dívek, které začali

menstruovat před 12.rokem života je vyšší riziko vzniku nádorového onemocnění prsu. Také je naopak důležité i věk menopauzy. Vyšší věk zvyšuje riziko objevení onemocnění. Ohledně rizikových faktorů, tak je významné i gynekologická anamnéza. Tam lékaře zajímá věk při prvním porodu. Ženy, které měli první porod až po 30. roku života, tak bývají náchylnější pro rozvoj onemocnění. Pro gynekologickou anamnézu je významné, jestli žena neužívala hormonální antikoncepci, ta totiž zvyšuje riziko nádorového onemocnění (Abrahámová et al., 2019).

1.5 Projevy

Projevy karcinomu prsu jsou zpočátku asymptomatické (Janíková, Zeleníková, 2013). V prvotní fázi je ve většině případů nalezena změna v podobě tuhé a nebolestivé bulky v prsu ženy. V této podobě je nádor často asymptomatický. Později se však mohou projevit známky v podobě změny tvaru prsu či změna bradavky. Ta může krvácet, anebo z ní odchází výtok, v horších případech se bradavka může vpáčit sama do sebe. Nebezpečný projev je zarudnutí a otok prsu, který značí zánětlivý karcinom (Vokurka et al., 2018). Později se mohou objevit i bolestivost prsou či projevy pokročilého nádoru, mezi které patří horečka, hubnutí, či změny na kůži (Daneš et al., 2021).

Pokud se jedná o karcinom, který metastazuje do jiné tkáně, jeho nejčastějším projevem je bolest v daném místě. Časté místa pro metastazující BC jsou kosti, plíce, mozek či dokonce játra (MacDonald et al., 2020).

1.6 Diagnostika a vyšetření

Diagnostické metody se používají především na zjištění typu nádoru a na stavu lymfatických uzlin (Čmejlová, 2020). Rakovinu prsu se diagnostikuje nejčastěji screeningovým vyšetřením, anebo nějakým určitým symptomem, jako například změna na kůži či bolest (McDonald et al., 2016).

Pokud se objeví určité projevy vztahující se k onemocnění prsu, pacientky navštíví praktického lékaře. V první řadě lékař odebere anamnézu od pacientky, kde se nejvíce bere ohled na genetické predispozice, věk pacientky a nadále je důležitá i gynekologická anamnéza (Slezáková et al., 2021).

Lékař pro stanovení diagnózy pacientku odkáže na mamografii. Jedná se o zobrazovací metodu na rentgenovém podkladě. Při vyšetření žena položí obě prsa na desku a následně

dojde ke stlačení. Během stačení přístroj vyhotoví rentgenové snímky. Standartně se dělají zhruba 4 snímky. Pro lepší diagnostikování se může používat i sonografie prsu (UZ). UZ sonda se přiloží na prso ženy a vysílá se mechanické kmity o kmitočtu 2 až 15 MHz (Daneš et al., 2021). Mezi další zobrazovací metody se používá magnetická rezonance (MR). MR se používá v případě, kdy je rozsah postižení nejasný. Pokud se objeví daleko rozsáhlejší nádor, přistupuje se na diagnostickou metodu celotělového CT (Čmejlová, 2020). MR se užívá i jako doplňovací zobrazovací vyšetření u pacientek, které mají vyšší riziko vzniku karcinomu prsu (McDonald et al., 2016).

Vedle zobrazovacích metod je pro onkologii stěžejní histologie. Odebrání vzorku následně svědčí o typu nádoru (Čmejlová, 2020).

Pro diagnostiku jsou rovněž důležité i laboratorní vzorky krve. Zde je důležitá přítomnost tumor markerů, které prozradí, zda v organismu se nachází nádor (Slezáková et al., 2021).

1.6.1 Klasifikace nádoru prsu

Vedle diagnostiky a následného zajištění vhodné léčby se používá tzv. staging (Abrahámová et al., 2019). Staging slouží k určení velikosti nádoru, nebo i postižení lymfatických uzlin s případným objevením metastáz, ale i k určení specifických biomarkerů, které jsou podložené na hormonální bázi (Trayes, Cokenakes, 2021). Stádium nádoru se označují číslo od 0 do IV. Nejpoužívanější je klasifikace nádoru TNM, přičemž T značí nádor, N značí lymfatickou uzlinu, která je poškozená a M značí rozsah metastáz (Abrahámová et al., 2019).

1.7 Léčba

Cílem každé léčby je trvalé vyléčení pacientek a eliminace metastáz (Čmejlová, 2020). Léčebný plán by měl být sdělen pacientce se všemi možnými variantami (Abrahámová et al., 2019). Každá s jednotlivých forem léčby může být podávána samostatně, anebo v různé kombinaci (Vokurka et al., 2018).

Léčba onkologického onemocnění je velice zdlouhavý a těžký proces, nejen pro pacientku, ale i pro lékaře. Léčebný plán se stanoví za pomoci multidisciplinárního týmu, který se může skládat z chirurga, klinického onkologa, radiologa a spoustu dalších lékařů. Při stanovení léčby velice záleží na druhu onemocnění, tedy jestli se jedná o DCIS, nebo metastazující karcinom do lymfatických uzlin (Abrahámová et al., 2019).

V dnešní době se léčba BC hodně pokročila, především díky novým vědeckým poznatkům v léčbě, ale i rozšíření chirurgických možností, či nové zaměření v radioterapii a dalších léčebných postupech (Haussmann et al., 2020).

1.7.1 Chirurgická léčba

Při karcinomu prsu se nejvíce uplatňuje chirurgický zákrok. Jak již bylo zmíněno, nejvíce záleží na rozsahu nádoru. V posledních letech se už odpouští od totální mastektomie neboli ablace prsu s následným odnětím lymfatických uzlin. Více se lékaři přiklánějí k lumpektomii, což je odnětí pouze nádoru. Pacientka je po výkonu odkázána na ozařování. Na tuto léčbu se přistupuje, pokud je nádor dobře ohraničení a nemetastazuje (Corey et al., 2020).

Jedním z dalších typů operací prsu je segmentektomie, což je odstranění části laloku prsu až ke zdravé tkáni, která se ponechává (Janíková, Zeleníková, 2013).

Mezi další typy chirurgických operací patří parciální mastektomie neboli kvandrantektomie. Jedná se o výkon, kdy je odstraněn jeden z kvadrantů, kde se zrovna nachází nádor. Mimo nádor se odstraní i okolní kůže v kvadrantu, ale i nejbližší lymfatická uzlina. Výsledek je velice podobný mastektomii (Janíková, Zeleníková, 2013).

Ovšem tím se nemyslí, že by se mastektomie neprováděla. Mastektomie (ablace), pod jiným názvem snesení, je odstranění nádoru, kůže, bradavky celého prsu. Tu můžeme rozdělit na radikální mastektomii, čím se myslí snesení celého prsu včetně podpažních lymfatických uzlin. Dále na kůži šetřící mastektomii, subkutánní mastektomii a dalších různých druhů odvíjecí se od místa, kde se nádor nachází (Abrahámová et al., 2019). Mastektomie je rovněž doporučována pro ženy, které již podstoupily ozařování, kvůli prodělání rakoviny prsu, anebo i pro pacientky s rozsáhlým nálezem nádoru (McDonald et al., 2016).

K výše zmíněné mastektomii je vhodné i zmínit biopsii sentinelové lymfatické uzliny (SLN). SLN se označuje nejbližší lymfatická uzlina. Biopsie SLN se provádí za účelem vyhodnocení možnosti postižení lymfatických uzlin (Trayes, Cokenakes, 2021).

Vedle léčebných chirurgických výkonů se u žen řeší i kosmetické úpravy prsou. Cílem je dosáhnout co nejlepších výsledků, protože prsa každé ženy představují určitou ženskost.

Rekonstrukční či kosmetické úpravy jsou ovlivněni psychosociální situací pacientky (Abrahámová et al., 2019).

Ačkoliv se dnešní moderní medicína snaží předcházet komplikacím, nastávají i okamžiky, kdy se objeví. Jedním z častých chirurgických komplikací je tak zvaný lymfedém (Lee et al., 2019). Častým důvodem ke vzniku lymfedému je odnětí SLN. Pacientky by měli být řádně edukovány o této komplikaci a při jakémkoliv projevu by měli informovat (Donhue et al., 2023).

1.7.2 Radioterapie

Pod pojem radioterapie se myslí léčba zářením. Tento druh léčby je úzce spojený s chirurgickou léčbou v rámci terapeutických postupů karcinomu prsu (Abrahámová et al., 2019). Nejvíce se doporučuje mladým ženám po chirurgickém výkonu z důvodu snížení riziko vzniku recidivity rakoviny (Corey et al., 2020). Radioterapie by měla začít u pacientek zhruba do šesti měsíců po chirurgické intervenci s kombinací chemoterapie (Čmejlová, 2020).

Přístroje, které slouží k užití radioterapie, vysílají paprsky, které cíleně působí na nádorové buňky. Paprsky konktrétně působí na genetickou informaci v jádře nádorové buňky. Vlivem záření nádorové buňky zaniknou okamžitě, anebo postupem času (Abrahámová et al., 2019). Díky vědeckému pokroku se podařilo přejít z 2D na 3D kompaktní zobrazení, čímž se převážně odkazuje na snížení nežádoucích účinků, které jsou spojené s radioterapií (Chiricuåã, 2017). 3D konformní radioterapie je ozáření cíleného novotvaru, který probíhá na RTG simulátoru (Vokurka, Tesařová et al., 2018). Ozařovaní se nemusí týkat jenom nádoru, ale i SLN (Chiricuåã, 2017).

Negativní stránkou radioterapie je fakt, že během ozařování jsou rovněž poškozené i zdravé buňky tkáně (Abrahámová et al., 2019). Nejvíce ohroženými částmi těla jsou axilární cévy, oblast okolí klíční kosti a orgány hrudní stěny, konkrétně plíce a myokard. V rámci radioterapie se i pojí komplikace se zářením, ke kterému se pojí lymfedém nebo i plicní fibróza, případné objevení fibrózy myokardu (Chiricuåã, 2017).

1.7.3 Chemoterapie

Jedná se o podání chemických látek, které jsou speciálně upravené. Jejich využití se nejvíce uplatňuje v léčení právě onkologických onemocnění. Léky vytvořené na tomto podkladu se nazývají cytostatika. Tyto léky jsou schopné zastavit buněčné dělení

(Vokurka et al., 2018). Cytostatika především působí v různých fázích buněčného dělení (Abrahámová et al., 2019). Díky této schopnosti působí i na zdravé buňky a mohou způsobit jejich poškození. Cytostatika se nejčastěji podávají formou infuze či subkutánní injekcí (Vokurka et al., 2018).

Léčba cytostatiky je velice náročná. Jedná se především o fakt, že cytostatika jsou léky vysoce toxické pro organismus, proto se jejich podaní se dělí na trvalé, anebo cyklické, kdy se střídá období klidu z podávání, aby došlo k regeneraci buněk (Vokurka et al., 2018).

Chemoterapie se nejvíce uplatňuje u pacientek, které jsou ohrožené na vzniku recidivity, či mají diagnostikovaný rozsáhlý nádor, který metastazuje lymfatickými cestami (McDonald et al., 2016).

1.7.4 Biologická léčba

Jedná se o léčbu, kde se podávají látky, které působí specificky na řetězce dějů přímo v buňce nádoru (Abrahámová et al., 2019). Nejvíce se uplatňují u nádorových onemocnění, které jsou v pokročilejších fázích (Vokurka et al., 2018). Látky, které se užívají na biologickou léčbu, se dělí na dva druhy. V první řadě se jedná o léky, které působí na povrch nemocných buněk a druhý typ jsou léky, které působí přímo v buněčných dějích. Tento konkrétní druh léčby se podává v určitých (Abrahámová et al., 2019).

Biologická léčba je vysoce nákladná z finanční stránky (Abrahámová et al., 2019). Na tento druh léčby se spíše zaměřují speciálně upravená onkologická centra (Janíková, Zeleníková, 2013).

1.7.5 Hormonální léčba

Hormonální léčba se zaměřuje na nádory, kde jsou přítomné i hormonální receptory (Abrahámová et al., 2019). Tento druh léčby se nejvíce uplatňuje u mladých pacientek a u pacientek s vysokým rizikem vzniku recidivity nádoru (Shien, Iwata, 2020).

Hormonální terapie u mladých žen by měla trvat zhruba v rozmezí pěti až šesti let. Tento dlouhý časový úsek se udává kvůli zamezení následných recidiv a zlepšení následného dožití bez případných komplikací. Hormonální terapie je velice podobná chemoterapii. Jediný rozdíl je ten, že hormonální terapie má méně nežádoucích účinků (Shein, Iwata, 2020).

1.7.6 Paliativní péče

Tento druh péče souvisí s léčbou, ale více se zaměřuje na zmírnění příznaků pojící se s BC. Jedná se především o metastazující karcinomy a stadia karcinomu IV. (Trayes, Cokenakes, 2021). Metastatické onemocnění se nemusí hned pojit s paliativní péčí (Greer et al. 2022). Paliativní péče je péče, která je orientována na pacienty trpící nevyléčitelnou nemocí, často se pojí i s terminálním stádiem nemoci. Specializuje se na zmírnění bolesti pacienta, ale i na duševní či tělesnou stránku člověka a jeho blízkých. Tento druh péče se hodně pojí s holistickým přístupem (Vokurka et al., 2018). Jedním z nejdůležitějších prvků paliativní péče je komunikace s pacientkami trpící onemocněním BC (Greer et al., 2022).

U onkologických nemocí se pojí paliativní péče především ve smyslu protinádorová léčba. Paliativní péče se kvůli stádiu onemocnění mění. Mění se především rovnováha mezi protinádorovou, podpůrnou a paliativní péčí. Nejde tak úplně o vyléčení pacienta, ale o zkvalitnění života. Vzhledem k faktu, že se jedná o péči, která je rozložena do více fází nemoci, tak se rozlišují i formy poskytované péče. Jednak poskytovaná péče může být v rámci mobilního či lůžkového hospice, anebo specializovaných ambulancích zaměřených právě na tento druh léčby. Ve vybraných nemocnicích existují i paliativní týmy, které docházejí na lékařské konzilia (Vokurka et al., 2018). Paliativní péče je dobrá i ve smyslu ekonomickém, především kvůli tomu, že snižuje náklady zdravotních pojišťoven (MacDonald et al., 2020).

1.8 Ošetřovatelská péče

Ošetřovatelství je samostatná vědní disciplína, která se opírá o 4 základní metaparadigma a ty jsou zdraví, člověk, prostředí a ošetřovatelská péče. Cíl ošetřovatelství je založen na holistickém přístupu ošetřujícího personálu k nemocnému. Ošetřovatelství se nejvíce aplikuje do praxe a je podloženo teorií a výzkumem (MZČR, 2023).

Tato práce je především zaměřena na chirurgické ošetřovatelství. Jedná se tedy o spojení dvou oborů – chirurgie a ošetřovatelství. Hlavní náplní je podpora pacienta během operačního zákroku. Ať už se jedná o předoperační, intraoperační či pooperační období. Hlavní náplní všeobecné sestry je pozorování a posouzení pacienta. K této profesní stránce se pojí i znalost chorobného procesu, operačních výkonů a případné zjištění komplikacích spojené s operací (Janíková, Zeleníková, 2013).

V rámci chirurgického ošetřovatelství všeobecná sestra spolupracuje s pracovníky, kteří se účastní ve více oborech, tudíž všeobecná sestra pracuje jak s lékařským personálem, tak i s nelékařským (Janíková, Zeleníková, 2013).

1.8.1 Předoperační péče v kostce

Předoperační příprava v rámci operace prsní žlázy, by se dala rozdělit na dlouhodobou přípravu a na krátkodobou přípravu. U dlouhodobé předoperační přípravy je důležité k zajištění celkového stavu pacientky (Janíková, Zeleníková, 2013). Pacientka v první řadě navštíví praktického lékaře, který ji informuje o vše předoperačních vyšetření, které musí podstoupit (Svatoňová, Lisová, 2019). V první řadě se jedná o anamnézu a fyzikální vyšetření, které by měli být dostupné ve zdravotnické dokumentaci pacientky. Součástí předoperačních vyšetření by mělo být screeningové vyšetření krve a moči, zhodnocení vitálních funkcích, EKG a RTG srdce a plic. Další speciální vyšetření záleží dle celkového stavu pacientky a na ošetřujícím lékaři (Janíková, Zeleníková, 2013).

V rámci krátkodobé přípravy je podstatné připravené operační pole. Řadíme zde hygienickou péči pojící se s umytím vlasů či ostříhání nehtů. Podstatné pro sestru je zajistit vyprázdnění trávicího traktu, například podání klyzmatu. Do krátkodobé přípravy počítáme i lačnění, které by mělo trvat šest až osm hodin. Sestra by měla mít i zajištění permanentní žilní katetr (PŽK) (Janíková, Zeleníková, 2013). Do předoperační přípravy řadíme i večerní premedikace dle ordinace lékaře. Večer před výkonem by se sestra měla ujistit, zda pacientka vše řádně pochopila (Svatoňová, Lisová, 2019).

Ohledně bezprostřední přípravy se sestra musí řídit indikací dle ošetřujícího lékaře. Sestra před odvozem pacientky na operační sál by měla zkontrolovat, zda je pacientka připravená na sál. Tím se myslí, že pacientka by neměla mít žádné šperky na sobě, přiložené bandáže na dolních končetinách jakožto prevence tromboembolické nemoci, zavedený a funkční PŽK. Mělo by proběhnout vyprázdnění močového měchýře. (Janíková, Zeleníková, 2013).

Dle Lubasch et al., (2021) je podstatné o navázání sociální podpory mezi zdravotníkem a pacientkou. Jelikož operace BC je velice obtížná, jak pro pacientku, tak i pro její okolí, proto by měl zdravotník poskytnout emocionální a informační rozhovory, které by měly být ve směru motivace, pochval, ale i rad pojící se s BC.

Na operačním sále je pacientka uložena do polohy na zádech se zvednutou horní končetinou na straně, kde se provádí operace (Janíková, Zeleníková, 2013).

1.8.2 Pooperační péče

Pacientka, která má za sebou výkon na operačním sále, směřuje dále na dospávací pokoj, kde jsou sledovány její vitální funkce po dobu dvou hodin a následně předána na chirurgické oddělení. Pokud je potřeba, pacientka z operačního sálu směřuje na JIP či ARO. Na těchto oddělení zůstává monitorována po dobu dvaceti čtyř hodin. Určení, na které oddělení bude pacientka směřovat se odvíjí od druhu operace a celkového stavu pacientky (Janíková, Zeleníková, 2013).

V prvních hodinách po operaci, je klíčová monitorace. Zaměření je na vitální funkce, kde je podstatné vědomí. Neopomíjíme i sledování fyziologických hodnot, jako je pulz, TK, ale i saturace (Janíková, Zeleníková, 2013). Doporučuje se ukládat pacientku do Fowlerovy polohy na zádech (Libová et al., 2019). Rovněž časté jsou i bolestivé projevy. Důležitá je jejich monitorace a zaznamenání do dokumentace (Svatoňová, Lisová, 2019). K úlevě od bolesti slouží analgetika, které podáváme pacientce dle ordinace lékaře. Z pohledu ošetřovatelské péče je dobré v pravidelných intervalech se ptát na bolest či si všímat neverbálních projevů bolesti u pacientky (Slezáková et al., 2021). V rámci monitorace pacientky si všímáme i odchodu sekrece z drénu, nejčastěji do Redonova drénu (Janíková, Zeleníková, 2013). Ohledně funkčnosti drénu si všímáme množství a charakteru sekretu. (Libová et al., 2019). Nejčastěji bývá okolo druhého až čtvrtého dne po operaci drén vytažen (Janíková, Zeleníková, 2013).

Do ranné pooperační péče spadá i kontrola rány (Janíková, Zeleníková, 2013). Pro správné hojení ran je podstatné i znalost anatomie a fyziologie tkání a jejich následná regenerace (Welsh, 2018). Převaz děláme dle ordinace lékaře a při dodržování aseptických podmínek, aby hojení pooperační rány proběhlo per primam (Svatoňová, Lisová, 2019). Do kontroly pooperační rány spadá i vzhled a charakter rány (Slezáková et al., 2021). V rámci sledování rány si všímáme, zda neprosakuje sterilní krytí rány (Libová et al., 2019). První převaz rány provádí ošetřující lékař, kde mu asistuje sestra. Okolo třetího pooperačního dne dochází k odstranění stehů, dle indikací lékaři, anebo podle zvyklostí oddělení. Poté během sedmi až deseti dní je operační rána krytá elastickou bandáží (Slezáková et al., 2021).

V prvních hodinách po operaci pacientka přijímá stravu pouze parenterálně, a to za pomocí PŽK, který by měl být umístěný na druhé straně, než je operovaná část (Janíková, Zeleníková, 2013). Do PŽK se nejčastěji aplikuje infuzní a medikamentózní terapie, dle ordinace lékaře (Libová et al., 2019). Dle zvyklostí oddělení by sestra měla sledovat a kontrolovat funkčnost PŽK, ale i jeho okolí v místě vpichu (Slezáková et al. 2021). Po odeznění anestezie se může pacientkám podávat čaj (Svatoňová, Lisová, 2019). Ten však podávat v prvních chvílích pouze po lžičkách. V rámci příjímání tekutin sestru nejvíce zajímá bilance tekutin (Slezáková et al., 2021). Druhý den po operaci má již běžnou stravu (Svatoňová, Lisová, 2019). Pokud se ovšem neobjeví nauzea a zvracení spojené s pooperačními komplikacemi (Wesmiller et al. 2017).

V blízkosti s příjem souvisí i vyprazdňování. V rámci pooperační péče u BC se postupuje standartně (Janíková, Zeleníková, 2013). Sestra sleduje, zda se pacientka po převezení z operačního sálu do šesti až osmi hodin vymočí. Rovněž odchod stolice byl měl být zajištěn do dvou až třech dnů (Svatoňová, Lisová, 2019). Sestru zajímá pravidelnost či tvar stolice (Slezáková et al., 2021). Pro správný odchod stolice je podstatná včasná mobilizace k zajištění pohybů střeva (Svatoňová, Lisová, 2019). V rámci vyprázdnění ať se jedná o moč či stolici, je podstatná i psychická pohoda a klid pro pacientku (Janíková, Zeleníková, 2013). Pro ošetřovatelskou péči je podstatný zápis do dokumentace (Slezáková et al., 2021).

S operačními výkony úzce souvisí i prevence vzniku tromboembolické nemoci (TEN). S prevencí vzniku TEN se pojí o pooperační opatření, jakožto včasná mobilizace, aplikace antikoagulancií, dle ordinace lékaře či přikládání bandážích na dolní končetiny (Janíková, Zeleníková, 2013). Včasná mobilizace začíná již při převezení pacientky na standardní ošetřující jednotku. Vstávání z lůžka by mělo být pod dozorem sestry, kdyby došlo k ortostatickému kolapsu (Slezáková et al., 2021).

V oblasti zajištění hygienické péče je důležité zajistit pacientce soběstačnost. V prvních dnech zdravotník pomůže se základními činnosti v rámci hygieny, jako je například česání vlasů, koupání či oblékání (Janíková, Zeleníková, 2013). Dopomoc při hygieně je nutná především kvůli omezenému rozsahu horní končetiny (Svatoňová, Lisová, 2019).

V následujících dne plníme ordinace lékařem. Mezi ně řadíme monitoraci fyziologických funkcích, nejčastěji dvakrát denně. Kontrola převazu rány a stav horní končetiny

a operované straně, čímž se myslí její pohyblivost, cítění a rozsah svalů (Libová et al., 2019). Pokud se neobjeví komplikace, pacientka standartně okolo pátého až šestého dne je propuštěna, záleží tedy na stavu pacientky, či dle uvážení ošetřujícího lékaře (Slezáková et al. 2021).

Nemělo by se opomíjet i na psychickou stránku pacientky. Jelikož se jedná o vážné onemocnění, které rovněž ohrožuje i duševní zdraví pacientky (Li et al. 2021). Pacientkám, kterým bylo diagnostikováno onemocnění BC, nejčastěji pociťují psychologický a emoční stres v podobě úzkostí a depresí (Aitken, Hossan, 2022). V tomto obtížném období je potřeba, aby sestra věnovala dostatek času pro komunikaci s pacientkou, anebo zajistit rozhovor s odborníkem v podobě psychologa či psychoterapeuta (Slezáková et al., 2021). Dle Janíkové, Zeleníkové (2013) by měla sestra vystupovat s empirickým přístupem k pacientce, ale také k rodinným příslušníkům.

1.8.3 Pooperační komplikace

Operace bývají zpravidla větším zásahem do organismu člověka. U operace prsní žlázy tomu není jinak. Záleží na druhu a rozsahu operace. Komplikace se může objevit v různých podobách. Může se objevit neinfekční komplikace v podobě krvácení, anebo i infekční komplikace přímo v místě rány (de Bonifác et al., 2022).

Jak již bylo zmíněno obávanou komplikací je takzvaný lymfedém (Lee et al., 2019). Jedná se o mízní otok, který se objeví na horní končetině u operované strany (Vorlíček et al., 2012). Jedním z nejčastějších důvodů objevení lymfedému je odstranění mízních uzlin během operace BC, ale může se i objevit jako nežádoucí účinek radioterapie či chemoterapie (Lee et al., 2019). Projevy řadící se k lymfedému bývají vedle otoku a bolestivosti i omezená pohyblivost horní končetiny. Pokud se nezačne včasně léčit, můžou jeho následky trvat i celý život. V rámci terapie lymfedému je zlatým standardem dekompresní terapie. V posledních letech se objevují také mikrochirurgické techniky v podobě anastomóz lymfatických cév při operaci BC. V rámci prevence lymfedému je doporučováno pacientkám, aby vyhledávali lymfodrenáž (Donhue et al., 2023).

Bolest je jednou z velice častých komplikacích po operaci prsní žlázy. Nejčastěji bývá spojena s rizikovými faktory předoperační péči, mezi které patří ku příkladu deprese, mladší věk či poruchy spánku dle studie Tait et al., (2018).

Jednou z bolestivých komplikacích je i tak zvaný Syndrom axilárních pavučin. Jedná se o pavučinu axilární kůže nebo i více pruhů, které můžou připomínat lana, šlachy nebo i napnuté dráty. Tyto vazivové pruhy se objevují v podpaží a můžou vést přes předloktí až k zápěstí na operované straně. Důvodem vzniku je odebrání lymfatických uzlin během operace. V rámci léčby tohoto syndromu je doporučováno analgetická léčba a následná doporučení ze strany fyzioterapeutu (Harris, 2018).

Komplikací spojené s pooperačním obdobím je celá řada. Jak již bylo zmíněno, patří sem i pooperační nauzea a zvracení, které se objevují pár hodin před operací a následně po jejím skončením. Studie z roku 2017, kterou publikovali Wesmiller et al., bylo zjištěno, že pacientky, které trpěly v době hospitalizace nauzeo či zvracením, měly větší bolesti než pacientky, u kterých se nauzea a zvracení neprojevilo.

1.8.4 Rehabilitace

Rehabilitace se odvíjí od druhu a typu operace. Za cíl se klade volný pohyb hrudníkem a horní končetinou. Podstatné je i obnova spontánního dýchání a prevence vzniku komplikací (Janíková, Zeleníková, 2013). Pod pojmem primární rehabilitace se myslí fyzioterapeutická cvičení, které začínají během hospitalizace (nzip.cz)

Pod vedením fyzioterapeuta začíná již první den po operaci (Svatoňová, Lisová, 2019). Ovšem v prvních hodinách je doporučovaný klid na operovanou stanu. Jako příklad se uvádí zvýšená poloha horní končetiny, kterou se docílí podložením polštářem. Pokud to stav pacientky dovolí, v optimálních případech se zaměřují na aktivitu v ramenním kloubu ještě v předoperačním období (Janíková, Zeleníková, 2013). Cvičení jsou zaměřené na především na ramenní kloub a pohyby v horní končetině na operované straně. Fyzioterapeut se zaměřuje na cvičení a edukaci až do doby propuštění (Svatoňová, Lisová, 2019). Nejprve se začíná od pohybů prstů na operované a postupně se zapojuje do cviků zápěstí a loket (Janíková, Zeleníková, 2013).

Cílem rehabilitace po operaci prsní žlázy je navrácení do původní stavu ještě před operací. Podstatné je docílit pružnosti a vytrvalosti horní částí těla pomocí protahovacího cvičení spolu s relaxačními dechy, které pomůžou pacientce snížit stres po operaci prsu. Fyzioterapeuti doporučují každodenní cvičení, především z důvodu snížení bolestivosti či snížit napětí v místě operační rány. Rovněž by se nemělo zapomínat i na spodní část těla. Pacientkám jsou často doporučovány procházky či jízda na kole (Wilson, 2017).

Následně, v rámci sekundární rehabilitace, může pacientka docházet na ambulantní péči v oblasti fyzioterapie. Ošetřující lékař může pacientce doporučit následnou ergoterapii nebo psychologickou péči pod vedením specializovaných pracovníků (nzip.cz)

1.8.5 Edukace pacientky

Edukace, kterou provádí sestra, si klade za cíl především informovat pacientku (Macháčková, 2010). Podstatné je informovat pacientku o dodržování léčebného režimu a podpořit zdravý životní styl (Slezáková et al., 2021). Edukační rozhovory by se měly provádět v klidné místnosti a s dostatkem času pro pacientku. Sestra by si měla před začátkem edukace dobře promyslet edukační rozhovor, naplánovat cíle, tak aby pacientka odcházela do domácího prostředí plně informovaná (Macháčková, 2010). Sestra by měla co nejvíce projevovat empatii a dostatek času pro rozhovor s pacientkou (Slezáková et al. 2021). Nejčastěji jsou naplánovány v období propouštění z nemocnici a navrácení pacientky do jejího domova (Janíková, Zeleníková, 2013).

Sestra by měla pacientku edukovat o správných zásadách, které se pojí s operovanou stranou. Ošetřovatelská edukace by se tím měla zaměřit na péči o operační jizvu (Macháčková, 2010). Doporučováno je operační ránu promazávat a později se věnovat masáži jizvy (Svatoňová, Lisová, 2019). Neměla by se operační jizva sprchovat studenou ani příliš horkou vodou (Slezáková et al., 2021). Operovaná končetina by při manipulaci s horkými věcmi měly být chráněna nejlépe rukavicí (Libová et al., 2019). Rovněž se pojí i s informovaností, že by pacientka neměla operovanou stranu vystavovat příliš velké námaze (Slezáková et al., 2021). Edukace by se měla zaměřit na kontraindikace spojené s operovanou stranou. Pacientka by měla být informována o tom, že na postižené straně se nesmí měřit TK pomocí tonometru. V případě, že navštíví jiné zdravotnické zařízení, měla by personál informovat, že na postižené straně se nesmí odebírat krev či zavádět PŽK. Pacientkám rovněž není doporučováno, aby na operované straně nosily prstýnky, náramky či hodinky (Libová et al., 2019). Ohledně oděvu by měla sestra edukovat pacientku, aby nosila především oblečení z přírodních materiálu. Neměla by nosit příliš těsné oblečení a spíše vyhledávat volnější oblečení na horní polovinu těla (Slezáková et al., 2021). Mimo jiné by se edukace měla i zaměřit na význam výživné stravy a dostatečné hydratace (Libová et al., 2019).

Během edukace by si sestra měla všímat a ověřovat, zda pacientka všechno chápe a případně jí dát prostor na dotazy (Macháčková, 2010). Sestra by měla pacientkám

nabídnout možnosti kompenzačních pomůcek, jako jsou epitézy (Janíková, Zeleníková, 2013). Jedná se o zdravotnickou pomůcku, která se užívá především po ablaci prsu. Epitézy nahrazují buď částečnou chybějící část prsu, anebo i celý prs (Svatoňová, Lisová, 2019). Za cíl má nahradit chybějící část těla a obnovit tak sebevědomí ženy a její přirozený vzhled (Janíková, Zeleníková, 2013). Na trhu je celá řada druhů epitéz. Pacientka má rovněž možnost i zakoupit speciálně upravené spodní prádlo, ale i plavky na nošení epitéz. Tyto zdravotnické pomůcky může lékař napsat poukaz (Svatoňová, Lisová, 2019). Sestra by měla i pacientku edukovat o možnosti konzultace s odborníkem, který se u pacientky zaměří na plastickou rekonstrukci prsu (Libová et al., 2019). Tuto možnost je nejlepší využít zhruba dva roky po operaci (Slezáková et al. 2021).

Sestra by neměla během edukace zapomínat i na pooperační komplikace (Janíková, Zeleníková, 2013). Především se pojí s preventivními opatřeními spojené se vznikem lymfedému. Pacientkám je doporučováno nosit bandáže, anebo kompresní návleky na operovanou končetinu. Důvodem je docílení odtoku lymfy (Svatoňová, Lisová, 2019). Následně s touto problematikou se pojí i edukace o nutnosti pokračovat v rehabilitaci (Slezáková et al., 2021).

V této části je nastíněno, jak by měla správná edukace fungovat je potřeba i zhodnotit stránku sester, které probíhají v zahraničí. Vila et al. (2017) navrhují, že by mohl existovat klinický pracovník (sestra), který by se speciálně zaměřoval na pacientky trpící BC. Tato sestra by měla za cíl se věnovat pacientkám, dle nejnovějších znalostí poskytnout nejlepší péči ve smyslu edukační činnosti, konkrétně poskytovat informace spojené s léčbou. Neměla by být jenom určitým partnerem pro pacientky, ale i pro všechen zdravotnický personál.

1.8.6 Rekonvalescence

Propouštěni pacientky je nejčastěji indikováno z důvodu zahojení pooperační rány a projevy soběstačnosti pacientky (Janíková, Zeleníková, 2013). Sestra by měla v rámci edukace pacientku informovat o péči, kterou musí pacientka zvládat v prostředí domova. Důležité je, že pacientka do tří dnů od propuštění musí navštívit praktického lékaře, který by jí měl informovat o dalším způsobech rekonvalescence (Slezáková et al., 2021). V rámci dalších léčebných opatřených by měla být pacienta informována o možnosti kontrol na chirurgických či onkologických ambulancích (Janíková, Zeleníková, 2013).

Pacientka by neměla zapomínat na svoji sociální stránku. Sestra by měla pacientku edukovat o navrácení do společnosti. Jedná se však o velice individuální přístup ze strany pacientky. Sestra by měla pacientce v rámci o navrácení do společnosti poskytnout možnost navrácení do pracovního poměru, nebo i pobírání invalidního důchodu (Macháčková, 2010).

1.8.7 Následná dispenzarizace

Po ukončení hospitalizace v nemocnici je pacientce navržen individuální plán pojící se s diagnózou BC. Pacientce je doporučováno chodit na pravidelné prohlídky, které především slouží k odhalení následných recidiv, případně pozdních komplikacích spojených s léčbou. Pacientka by měla chodit na preventivní prohlídky ke svému praktickému lékaři každé tři měsíce po dobu tří let od léčby, ve čtvrtém a pátém roce od léčby, tak docházet každý půl rok a po šesti letech od léčby, tak chodit jednou ročně. Vedle docházení k praktickému lékaři, by měla pacientka absolvovat jednou za rok mamografické a gynekologické vyšetření (nzip.cz). Nemělo by se opomíjet i na další vyšetření, jako jsou krevní vyšetření, UZ či MR (Janíková, Zeleníková, 2013). Důraz se klade i na samovyšetření prsu každý měsíc (Abrahámová et al., 2019).

1.8.8 Pacientské organizace

Jak již bylo zmíněno onemocnění BC je jedno z nejčastějších nádorových onemocnění v České republice (nzip.cz). V rámci ošetřovatelství by sestra měla pacientce doporučit svépomocné skupiny, které se zaměřují na ženy, které prodělali toto onemocnění (Libová, et al. 2019). Cílem organizací je rozšířit povědomí a pomoct pacientům s jejich onemocnění. Nejčastěji se jedná o různé formy v podobě dostupných brožurek, anebo kampaní (linkos.cz).

V České republice existuje například Aliance žen s rakovino prsu, Amelie, Nejsi na to sama a mnoho dalších. Tyto vyjmenované organizace se zaměřují především na ženy s BC. Existují ale i organizace, které se zaměřují jen na onkologické onemocnění. Patří mezi ně i organizace Veronika, která se zaměřuje i na detekci u pacientek s genovou mutací BRCA 1 a BRCA 2 (linkos.cz).

1.8.9 Prevence

„*Prevence je důležitá součást v boji proti rakovině prsu*.“ (Svatoňová, Lisová, 2019, kapitola 1). I v chirurgickém ošetřovatelství je náplní práce sestry v kooperativní sféře. Úkoly pro kooperativní práci spočívá v působení v oblasti prevence onemocnění.

Pod prevenci spadají znalosti opřené o působení ve všech složkách prevence (Janíková, Zeleníková, 2013).

V rámci primární prevence by se sestra měla zaměřit na zdravý životní styl (Janíková, Zeleníková, 2013). Rovněž se primární prevence pojí s odstraněním rizikových faktorů, jako je obezita, příjem alkoholu, nedostatek fyzické aktivity a podobně (Kolak et al., 2017). Z pohledu sestry se jedná o informovanost o pestré a vyvážené stravě (Libová et al., 2019). Strava by měla být bohatá především na vlákninu a zeleninu. Nemělo by se i zapomínat na fyzickou aktivitu, která by měla být alespoň 30 minut denně (Kolak et al., 2017).

Sekundární prevence spočívá především v samovyšetření prsu a docházení na pravidelné lékařské prohlídky (Janíková, Zeleníková, 2013). Samovyšetření prsu je metoda, která pomůže ženě odhalit netypické struktury v prsu. Jedná se o levnou metodou, kterou může žena provádět v pohodlí domova (Kolak et al., 2017). Do sekundární prevence spadají i preventivní prohlídky u lékařů (Janíková, Zeleníková, 2013). Jedním ze screeningových programů pro Českou republiku je mamografie, která je pro ženy od věku 45 let hrazená zdravotními pojišťovnami. Jedná se o docházení po dvou letech. Pokud se žena chce dostavit na mamografii v meziobdobí, hradí si toto vyšetření sama. Platí to i pro mladší ženy (Svatoňová, Lisová, 2019).

V rámci terciální prevence se myslí následná dispenzarizace. Především se pojí práce praktických lékařů a specialistů. Ohledně kvartální prevence se pojí zaměřovat se na projevy, které se objevují v rámci progredujícího onemocnění (Janíková, Zeleníková, 2013).

1.8.9.1 Samovyšetření prsu

Ohledně screeningových vyšetřeních se celoplošně v České republice doporučuje samovyšetření prsu. Jedná se o soubor úkony, které vedou k pravidelnému sledovaní a vyšetřovaní vlastních prsou každé ženy. Nejvhodnější den pro samovyšetření je druhý až třetí den po skončení menstruace a žena by tak měla činit každý měsíc (Abrahámová et al., 2019). Pokud žena nemenstruuje, měla by si zvolit jeden den v měsíci, kdy by měla provádět samovyšetření. Díky pravidelnosti si žena daleko lépe všimne náznaku změny. Před samovyšetřením by měla žena zvolit klidné a příjemné prostředí (Pippin, Boyd, 2023). Správná technika vyšetření by měla být prvně pozorováním prsou a poté prohmatáváním (Abrahámová et al., 2019). Pokud si žena není jistá ohledně

samovyšetření, na internetu existuje celá řada videí i článků ohledně samovyšetření (Svatoňová, Lisová, 2019).

Nejprve by žena měla pozorovat prsa ve stoje s pažemi podél těla a prohlížet, jak ze přední strany, tak z levého i pravého boku. Poté by se žena měla dát ruce za hlavu a opět sledovat z přední, levé a pravé strany. Následně by měla dát ruce v bok a svěsit ramena. Po pozorování přijde na řadu prohmatávání prsu. Žena začne tak, že zvedne jednu ruku a jako příkladem je, že zvedne pravou ruku a skloní jí za zády. Započne prohmatávání levou rukou na pravý prs, pomocí špiček prstů v malých kruzích obkružuje ze zevní strany prsu podél bradavky. Následně prohodí ruce a poté by měla v kruzích pokračovat až k pažní jamce (Abrahámová et al., 2019). Při prohmatávání prsu se doporučuje si lehnout na postel (Pippin, Boyd, 2023). Poté by žena měla prohmatávat i bradavku, a to za pomoci dvou prstů mezi které uchopí bradavku a všímá si tvaru, po případě přítomnosti sekretu. Po prohmatání prsu ve stoje by žena měla stejné pohyby zopakovat, akorát vleže (Abrahámová et al., 2019).

2 Cíle práce a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

Cíl 1: Zjistit, jaká je role sestry v péči o pacientky po operaci prsní žlázy.

Cíl 2: Zjistit, jaká jsou specifika v ošetřovatelské péči po operaci prsní žlázy.

Cíl 3: Zjistit, jaká je úloha sestry v rekonvalescenci po operaci prsní žlázy.

2.2 Výzkumné otázky

1. Jak probíhá ošetřovatelská péče po operaci prsní žlázy?
2. Jakou péči poskytuje sestra v ambulanci praktického lékaře ženám po operaci prsní žlázy?

3 Metodika

3.1 Metoda výzkumu

V rámci zpracování bakalářské práce bylo zvoleno kvalitativní šetření. Tato technika sběru dat byla provedena ve formě polostrukturovaných rozhovorů. Tyto rozhovory byly vedené se sestrami pracující na chirurgickém oddělení. Dále potom byly vedené se sestrami v onkologických ambulancích, a i v ambulancích praktického lékaře pro dospělé. Kritéria pro splnění rozhovoru byla, aby se jednalo o sestru, která pracuje na jednou z těchto vyjmenovaných oddělení, a to na pracovní pozici Všeobecná sestra. Výzkum mohl být proveden na základě povolení žádosti od dané instituce, kterou se zaobírala hlavní sestra a náměstkyně pro ošetřovatelskou péči. V důsledku toho byla žádost podána i vrchním sestrám, které účast na výzkumu na odděleních schválily. Výzkumné šetření proběhlo v březnu 2024.

3.2 Charakteristika výzkumného vzorku

Jak již bylo zmíněno, jednalo se o polostrukturované rozhovory. Výzkum byl proveden v nemocnici Jihočeského kraje, kde byly do rozhovoru zapojeny tři sestry z chirurgické lůžkové stanice. Dále dvě sestry z onkologické ambulance v oné nemocnici. Následně byl výzkum i proveden v ambulanci praktického lékaře pro dospělé v Jihočeském kraji, rovněž se sestrou, která zde pracuje.

Poté byla do výzkumu zapojena i nemocnice sídlící v kraji Vysočina. Výzkum byl proveden se dvěma sestrami pracující na chirurgické lůžkové stanice a následně i s jednou sestrou, která pracuje na onkologické ambulanci v oné nemocnici. I v kraji Vysočina byl proveden rozhovor se sestrou pracující v ambulanci praktického lékaře pro dospělé.

Rozhovory byly stanovené na základě, kde přesně dané sestry vykonávají ošetřovatelskou praxi. Tudíž se vytvořily tři druhy rozhovorů, pro sestry pracující na chirurgii a pro sestry pracující v ambulancích praktického lékaře pro dospělé i onkologické ambulanci. V rámci výzkumu bylo podstatné, zda daná sestra, která je zapojena do rozhovoru, vykonává ošetřovatelskou praxi na daném pracovišti déle, jak tři měsíce.

Sestrám se před zahájením rozhovoru ukázali potvrzené žádosti o provedení výzkumu (viz. příloha 1.) a následně vysvětleny cíle práce a výzkumné otázky. V návaznosti na

toto bylo sestrám zdůrazněno, že všechny jejich odpovědi jsou nahrávané na diktafon přes mobilní zařízení a jejich výroky poslouží pouze do bakalářské práce. V rámci výzkumného šetření byla autorka připravená na možnost, že by sestry odmítly nahrávání. Nicméně všechny sestry souhlasily s nahráváním hlasového záznamu na diktafon. Následkem tohoto byly sestry upozorněny, že jejich identity zůstávají v anonymitě. Všechny sestry následně ústně souhlasily s provedením výzkumu v podobě rozhovoru.

4 Výsledky

4.1 Identifikační údaje respondentů

K zachování veškeré anonymitě sester, budou dále použité zkratky v podobě S1 až S10. Všechny respondentky byly ženského pohlaví. Věk dotazovaných se pohyboval od věku 22 let až do 64 let, přičemž jejich věkový průměr byl přibližně 49 let. Podstatné pro výzkum bylo i nejvyšší dosažené vzdělání u sester. U sester S1, S2, S6, S7 a S9 je nejvyšší dosažené vzdělání středoškolské, ukončené maturitou. Zde je důležité zmínit fakt, že sestra S1 má i specializační vzdělávání z chirurgie a S7 má specializaci ARIP. Sestry S4, S5 a S8 dosáhly vyššího odborného vzdělání v podobě diplomovaných specialistů. Sestry S3 a S10 mají nejvyšší dosažené vzdělání vysokoškolské, načež sestra S3 má bakalářský titul a sestra S10 má magisterský titul. Jak již bylo nastíněno, polostrukturované rozhovory probíhaly na třech oddělení. Sestry S1 až S3 pracují na chirurgickém lůžkovém oddělení v nemocnici sídlící v Jihočeském kraji. U sester S4 a S5 taktéž pracují na chirurgickém lůžkovém oddělení, který se nachází v nemocnici v kraji Vysočina. Sestry S6 a S7 pracují na onkologické ambulanci v nemocnici v Jihočeském kraji a sestra S8, která rovněž pracuje na onkologické ambulanci, vykonává praxi v nemocnici kraje Vysočina. V poslední řadě je potřebné zmínit, že sestra S9 pracuje na pozici zdravotní sestry v ambulanci praktického lékaře pro dospělé v kraji Vysočina a sestra S10 vykonává stejnou pracovní pozici, ale v městě lokalizovaném v Jihočeském kraji. Praxe všech sester se odvíjí podle délky doby, po kterou na daném oddělení pracují. Níže v tabulce je názorně ukázáno, že sestra S3 má nejkratší dobu praxe, a to pouhých 6 měsíců. Naopak sestra S1 vykovává odbornou praxi na daném oddělení 37 let.

Tabulka č. 1: Identifikační údaje respondentek

Respondentky	Věk	Dosažené vzdělání	Oddělení	Doba praxe
S1	55 let	Středoškolské	Chirurgie	37 let
S2	51 let	Středoškolské	Chirurgie	33 let
S3	22 let	Vysokoškolské (bakalářské)	Chirurgie	6 měsíců
S4	53 let	Vyšší odborné	Chirurgie	24 let
S5	48 let	Vyšší odborné	Chirurgie	10 let
S6	64 let	Středoškolské	Onkologická ambulance	35 let
S7	50 let	Středoškolské	Onkologická ambulance	4 roky
S8	44 let	Vyšší odborné	Onkologická ambulance	7 měsíců
S9	56 let	Středoškolské	Ambulance praktického lékaře	8 let
S10	43 let	Vysokoškolské (magisterské)	Ambulance praktického lékaře	6 let

(zdroj: autor)

4.2 Kategorizace výsledků

Pro lepší zpracování empirické části bakalářské práce byla rozvržena struktura rozhovorů do sedmi kategorií. První tři kategorie jsou sestavené podle časového rozmezí, kde je důležité zmínit, že jsou zde uvedené další dvě podkategorie. Zbylé čtyři jsou podle výpovědí, které se objevili v rozhovorech. Pro lepší zpracování byly vytvořené kódy.

Výzkumná část byla následně zpracována v počítačovém programu ATLAS.it. Autorka poté pro lepší uchopení kódů zapojila do zpracování metodu tužka a papír. V následující části je znázorněné schéma kategorií výsledků:

1. **Předoperační péče**
2. **Pooperační péče:**
    - **Z pohledu chirurgických sester**
    - **Z pohledu sester pracující v ambulancích**
3. **Dlouhodobá ošetřovatelská péče**
4. **Edukační činnosti sester**
5. **Psychická stránka pacientek z pohledu sester**
6. **Nedostatky v ošetřovatelské péči**
7. **Alternativa do budoucna**

4.2.1 Předoperační péče

V této kategorii byl výzkum spíše zaměřen na období před operací. Zaměření bylo zjevné pro práci sestry v ambulanci praktického lékaře pro dospělé. Jak již bylo zmíněno, práce se zabývá ošetřovatelskou péčí po operaci. Tato část je spíše nastínění a zkoumání z pohledu pacientky.

Respondentky S9 a S10 se shodují, že pokud se dostaví žena s určitým problémem, v první řadě spolu s praktickým lékařem vystaví žádanku na UZ vyšetření. Pokud je nález adekvátní k operaci, započnou předoperační vyšetření. Obě sestry S9 a S10 jsou názor: *„Předoperační vyšetření u operace prsu je úplné stejné jako u jiných druhu operací.“* Následně S10 doplnila: *„Jedná se především o základní interní vyšetření, jako je TK, EKG, váha a výška.“* Načež sestra S9 dodala: *„Spíše si chirurgové napíší předem, jaké krevní odběry do laboratoří speciálně chtějí.“* Poté se sestry S9 a S10 souhlasí, stručně řečeno: *„Poté přijde doba operace.“* Pro určitou představu v rámci výzkumu, byl podstatný věk pacientek, které přicházejí do ordinace. Obě sestry uvedly, že častý věk, kdy pacientky trpí tímto onemocnění je mezi čtyřicátým až šedesátým rokem života.

4.2.2 Pooperační péče

Tato kategorie je zaměřená na krátkodobou pooperační péči. V první řadě je podstatné uvést, že se v první části kategorie 4.2.2 Pooperační péče zaměřuje na podkategorii: Z pohledu chirurgických sester.

Ohledně ošetřovatelské péče, která je podstatná během prvních hodin po operaci se sestry S1, S2 a S5 shodují, že důležité je měření fyziologických hodnot, v podobě měření TK a pulzu. Dále se sestry S1, S2 a S5 dohodly v podobě kontroly funkčnosti a odvádění sekretu z drénů. Podstaté během prvních hodin po operaci je podle sestry S2, S3, S4 a S5 monitorování bolestivosti, kterou vnímá pacientka po operaci. Sestra S1 uvedla: *„Pacientkám se kontroluje bolest, a to podle vizuální analogové stupnice (VAS), od ní se odvíjí, zda pacientky dostanou analgetika.“* Ohledně bolestivosti se pojí i podání léků, které by nešlo bez souhlasu lékaře.

V rámci podávání analgetik, které spadá pod plnění ordinací dle ošetřujícího lékaře, se i sestra S2 zmínila o plnění ordinací, a to jakožto podání infuzí, na kterou navázala i sestra S1, konkrétně: *„Případně podat nějakou infuzi, aby nebyly dehydratovaný druhý den.“* Každá ze sester se zmínila ohledně kontroly operační rány. Sestra S3 uvedla: *„Rovněž i kontrola operační rány a jejího okolí a případné brzké zjištění pooperačních komplikací.“* S čím se shoduje se sestrou S1, která uvedla podobné tvrzení: *„Podstatné je kontrola operační rány.“* V následnosti s operační ránou se pojí i převaz pooperační rány, o které se zmínily sestry S1, S3 a S5. Sestra S5 uvedla mezi zajištění ošetřovatelské péče i rehabilitace spolu s fyzioterapeutem, čímž navázala na sestru S1 a S3, které rovněž podotkly názor spojený s rehabilitací, která by neměla být opomíjená. Jak zmínila sestra S1: *„Napíše se rehabilitace, protože pacientky musí začít rehabilitovat ruce a ramena, tudíž od prvního dne po operaci rehabilituji.“* Načež sestra S4 doplnila: *„Rehabilitační pracovnice, která společně s pacientkami cvičí, je i edukuje o prevenci lymfedému a tím následně dochází i k vypodložení horní končetiny.“* Jakožto operace by v dnešní době měla být i zmíněna prevence TEN. Sestry S2, S3 a S5 se zmínily o této problematice, konkrétně S5 podala názor: *„Ohledně této operace je to dosti podobné jako u každé jiné operace. Pacientkám se podávají bandáže a dle ordinací lékaře víme, zda máme podávat léky proti vzniku trombů.“* Během rozhovorů sestra S3 podala výroky spojené s obecnými pravidly, která by se měla dodržovat. Uvedla: *„Před operací je důležité, aby pacientka měla zavedenou kanylu na opačně straně než na operované. Po operaci se nesmí na operované straně měřit tlak.“*

Nemělo by se opomíjet i na další části spojené s ošetřovatelskou péčí. Sestra S1 uvedla: *„Dohlíží se na vyprazdňování. Podstatné je, aby se žena do osmi hodin po odeznění anestezie vymočila, protože jinak se musí vycévkovat.“* S tímto výrokem se i shodují sestry S3 a S5, které tento výrok pouze upřesnily: *„…Cca do osmu hodin se musí vymočit.“* K vyprazdňování podotkla i sestra S2*: „Pacientkám se v případě, že mají nutkání se vyprázdnit, se podává podložní mísa, protože pacientky po operaci nesmí vstávat.“* Pouze jedna z dotazovaných sester, a to sestra S1 podotkla, že je důležitá hygiena pacientky.

Následující část je zaměřena podkategorii: Z pohledu sester pracující v ambulancích. Především se jedná o sestry, které pracují v ordinaci praktického lékaře pro dospělé a v onkologických ambulancích.

Z rozhovoru vyplívá, že ošetřovatelské péče v onkologických ambulancích probíhá, tak že nejčastěji sestry plní ordinace lékařem. Na tomto výroku se shodují sestry S6 a S8. Přičemž sestra S6 dodala*: „Příprava ambulantních karet, pomoc při vizitě, psáni žádanek.“* Ostatně sestra S8 dodala: *„Ošetření a převazy rán spolu s lékařem.“* Sestra S7 podala ošetřovatelskou péči následovně: *„Odebrání krevních vyšetření dle ošetřujícího lékaře, napíchnutí kanyly a následné podání chemoterapie a během toho kontrola celkového stavu pacientky.“* V návaznosti sestra S6 zmínila podstatu laboratorních výsledků. Pooperační období z pohledu sester pracujících u praktického lékaře, uvedla sestra S9: *„V pooperačním období přichází na řešení pracovní neschopnost.“* S tím souhlasí i sestra S10, která pouze dodala: *„Někdy nastane situace, že pacientky k nám chodí na převazy rány, ale spíše v případě, že dojde k zarudnutí, zánětu či dehiscenci rány.“*

4.2.3 Dlouhodobá ošetřovatelská péče

Tato kategorie se především zaměřuje na rekonvalescenci pacientek a případnou jejich dispenzarizaci v následný péči. Rozvory na tuto tématiku byly zaměřené na sestry pracující v ordinaci praktického lékaře.

Sestry S9 a S10 uvedly podobné odpovědi, ohledně následné rekonvalescence. Zmíněné odpovědi podaly takto: *„Především klidový režim, vyvarovat se stresu a nezvedat těžká břemena, nosit volné oděvy z přírodních materiálů a šetřit operovanou stranu. Dále se i vyvarovat přímému slunečnímu záření a nemělo by se opomíjet i na péči o jizvu.“* Na to dodala sestra S9: *„Stále chodit na preventivní prohlídky a zaměřit se na samovyšetření*

prsu.“ Rovněž se sestry shodují na kompenzačních pomůckách, v podobě paruk či epitéz, které ženy nosí v tomto období. V případě řešení následných rehabilitací, popřípadě zajištění lázeňského pobytu pro pacientky, se obě sestry shodují, že je pacientky mívají zajištěné. Pouze sestra S10 dodala: *„Ve výjimečných případech zajišťujeme pro pacientky lázně, spíše chodí že je mají už domluvené.“* V návaznosti na následnou péči se u praktického lékaře zajímají o dispenzarizace. Sestra S10 uvedla: *„Řeší se v podobě preventivních prohlídek, kdy si zveme pacientky v pravidelných intervalech.“* Sestra S9 uvedla stejný názor, ke kterému pouze dodala: *„Zveme si i jejich rodinné příslušníky, kvůli dostání na genetické vyšetření.“*

4.2.4 Edukační činnost sester

Při onemocnění prsní žlázy je podstatná edukace ze strany sester, proto následující kategorie je zaměřena na edukační činnost.

Na úvod této kategorie sestra S1 uvedla: *„Pacientky s onemocněním prsu jsou nevíce edukované snad ze všech onemocnění, protože ony prochází už před operací mama týmem, kde jim lékaři a onkologové všechno vysvětlí. My v té edukaci už jenom pokračujeme.“* Dále v tématice edukace se sestry S1, S2, S3 a S5 shodly na názoru spolupráci s fyzioterapeutem v edukaci pacientek. Následně se uvedené sestry shodují na názoru, že spolupráce s fyzioterapeutem je spíše vytvořená tak, že fyzioterapeut se zaměřuje na pohyb a sestry spíše na ošetřovatelskou část v podobě edukace zaměřenou na operační ránu pacientky. Jak uvedla sestra S3: *„Fyzioterapeut edukuje pacientku o pohybu, na příklad, jak se správně zvedat z lůžka a my poskytujeme edukaci ve smyslu pravidelných převazů na chirurgii, následnou dispenzarizaci, vyšetření i zdravého prsu.“* Ovšem sestra S4 podotkla: *„Edukaci, kterou poskytujeme je zaměřená hlavně na následné léčení. Více se zaměřujeme na edukaci ohledně kompenzačních pomůcek, které mohou představovat v podobě epitéz a speciálně navržených podprsenek pro pacientky.“* Sestra S1 následně upozornila, že edukace probíhá při příjmu pacientky, a i před propuštěním.

Edukace probíhá i v onkologických ambulancích. Sestra S6 a S8 se shodují, že je potřeba rozlišit edukaci prováděnou lékařem a sestrou. Jak naznačila sestra S6: *„Paní doktorka edukuje o léčbě a já se zaměřuju na ošetřovatelskou edukaci, například ohledně chemoterapii, ale i komplikací spojené s chemoterapií, jakožto vypadávání vlasů a tím i možnost sehnání paruky pro pacientky.“* Ohledně edukace o komplikacích se sestrou S6 shoduje i sestra S7: *„Edukace o komplikací, jakožto ztráta vlasů, jestli budou zvládat*

léčbu, ale i jejich společenským životě.“ Následně sestra S8 podotkla: *„Edukaci pacientek propojuji i s formou použití letáčků, které se mohou zaměřovat na paruky, ale i šátky pro pacientky.“* Pacientky, které dochází na onkologickou ambulanci mají často invazivní vstupy. Sestra S7 pověděla: *„Edukace je i zaměřená na péči o invazivní vstupy ve smyslu PICC, anebo porty.“* Dále podstatné pro edukaci je i použití nových znalostí. Všechny sestry S6, S7 a S8 uvedly, že nové znalosti dostávají na seminářích v rámci nemocnice. Poté sestry S6 a S7 uvedly, že získávají nové aktuality i v literatuře, především v podobě vědeckých časopisů, ale i učebnic či článků.

V důsledku zjišťování edukačních schopností sestry je důležité i zmínit, jak probíhá edukace v ambulanci praktického lékaře pro dospělé. Sestry se v tomto dost rozdělují, protože sestra S9 uvedla: *„Edukaci přímo pacientkám neposkytujeme. Edukaci dostávají spíše v období, kdy jsou hospitalizované na chirurgii, anebo v rámci onkologických ambulancí. Pacientky s tímto typem onemocnění se k nám dostavují akorát v případě řešení pracovní neschopnosti.“* Dále se rozhovor se sestrou S9 obracel směrem řešení dispenzarizace, která je již popsána v kategorii 4.2.3 Dlouhodobá ošetřovatelská péče. Naproti tomu sestra S10 uvedla: *„Edukace je zaměřená na péči o ránu, ale jenom v případě, že pacientka dochází na pravidelné převazy k nám do ordinace a nedochází k vyšetření na onkologickou ambulanci.“* Nové znalosti v edukaci se, ale mohou promítnout i v ambulanci praktického lékaře. Sestra S9 poznamenala*: „Nové znalosti získáváme v podobě článků, anebo mi je poví paní doktorka, která se často zúčastňuje různých konferencích.“* Sestra S10 naznačila podobnost získávání nových znalostí rovněž z článku a dodala: *„Hodně informací získáváme i od samotných pacientek, které přichází z nemocnice s určitými novinkami.“*

4.2.5 Psychická stránka pacientek z pohledu sester

Následující kategorie je zaměřena na psychickou stránku pacientek. Pokud žena onemocnění tímto typem onemocnění, představuje to pro ni velikou psychickou zátěž. Sestry na oddělení jsou pacientkám velice na blízku, a tak je tato kategorie zaměřena na to, jak si sestry všímají psychických stránek pacientek.

Sestra S5 popsala, jaké pocity mívají pacientky: *„Všímáme si změň nálad. Často bývají pacientky vyděšené. Mívají hodně dotazů, na které se snažíme odpovědět. Pokud je možnost, na některé dotazy je potřeba spíše ošetřující lékař či fyzioterapeut, proto se snažíme, aby pacientkám vše srozumitelně vysvětlili a upřesnili jejich dotazy.“* Přičemž

se sestry S2 a S3 souhlasí s názorem, že nejvíce pacientky v psychickém rozladění postihuje v případě, že očekávají na výsledek histologie anebo už vědí, že se jedná o negativní výsledek. Zároveň dodala sestra S2: *„Psychické rozladěnosti si i všímáme u mladých pacientek, které jsou po ablaci prsu.“* Ohledně této části se sestra S1 sdělila: *„Psychických změň si všímáme spíše u pacientek, které jsou zde dlouho hospitalizované. Ovšem hodně pacientek užívá antidepresiva, a tím jsou schopni se sami srovnat s nemocí, takže pak spíše dohlížíme na to, aby je pacientky užívaly chronicky (pravidelně a včas).“* Sestry S1 a S5 vychází z názorů ohledně klinického psychologa. Jak uvedla sestra S1: *„Pokud pacientky potřebují, je zde možnost doporučit klinického psychologa, kterého je možné zavolat a on přijde a pohovoří si s pacientkami adekvátně.“* Všechny sestry uvedly názory k psychické stránce v rámci pooperačních stavů. Nicméně sestra S4 během rozhovoru sdělila: *„Většinou se nám, zde na stanici stává, že ženy už jsou s tímto typem onemocnění smířené. Spíše jsou psychicky zhoršené ještě před operací, protože pociťují strach a často se stává, že po operaci to z nich svým způsobem spadne. Ale i stává se, že ženy i po operaci špatné a pociťují narušený obraz těla. Snažím se s nimi si tomto hodně mluvit a dávám jim prostor k vyjádření emocí.“*

Psychické stránky pacientek si všímají i sestry pracující v onkologické ambulanci. Sestry S7 a S8 se sladily v názoru, že nejvíce stěžejní v péči o pacientku v onkologické ambulanci je psychická potřeba a celková péče o psychiku pacientky. Sestra S6 uvedla: *„Nejvíce podstatná je péče o lidi a být jim podporou, ať už pacientek samotných či jejich partnerů a rodiny. Pro pacientky je složité přijmout jejich diagnózu. Bývají dost deprimované a někdy sami potřebují klid a čas na to se s tím smířit. Ale někdy i pro rodinu je to špatná zpráva a je pak zase moc hezké vidět, když partneři drží při sobě.“*

4.2.6 Nedostatky v ošetřovatelské péči

Tato práce by měla do budoucna pomoc sestrám pro doplnění znalostí. Vzhledem ke skutečnostem, je dobré i znát nedostatky a určité komplikace spojené s ošetřovatelskou péčí.

Sestry S1 a S2 souhlasí, že největší překážkou v péči o pacientky s onemocněním prsu je určitě nespolupráce pacientek s personálem. Obě sestry dodaly, že se jedná o ojedinělé případy. Sestra S3 konstatovala: *„Celkový zdravotní stav pacientky, jakožto přidružená onemocnění, ale i psychický stav pacientky.“* V návaznosti odpověděla i sestra S5: *„Tak určitě se může jednat o určitou komplikaci v podobě lymfedému či hematomu prsu.*

Na komplikace upozorníme ošetřujícího lékaře a ten následně zhotoví určité vyřešení komplikací.“ Načež sestra S4 přidala názor: *„Překážky a komplikace se snažíme, co nejvíce eliminovat. Může se jednat o nefunkčnost drénu, ale i časté bývají hematomy prsu.“* Ohledně případného řešení nedostatků v ošetřovatelské péči je důležité i zmínit, co by bylo potřeba zlepšit. Dle odpovědí sester S1 a S5 je více personál a času na pacientky. Jak zmínila sestra S1: *„Asi největší základní chyba je v tom, že by mělo být více času a personálu, ať už lékařů, tak sester, ale i fyzioterapeutů, kteří by se více mohli věnovat pacientkám.“* Pokračující výpovědí řekla sestra S2: *„Dle mého názoru je to určitě blízkost rodiny během hospitalizace. Rovněž i prostředí nemocnice může na pacientky špatně působit.“* Sestra S3 na tuto problematiku odvětila, že informovanost mezi širokou veřejností o preventivních opatření. Jakožto poslední názor zazněl od sestry S4, která pověděla: *„Doufám že nic. Ohledně rozhovorů a edukace se snažíme, aby byly pacientky dostatečně informované.“*

Komplikace se často objevují i protinádorové léčbě. Sestry S6, S7 a S8 vzájemně odpovídají, že komplikace jsou často spojené s podáním chemoterapii. Podotkla sestra S6: *„Časté bývá zvracení, takže se podají léky proti zvracení. Někdy pacientky trpí i průjmy. Záleží hodně na typu léčby, protože každá léčba má jiné komplikace. Snažíme se tomu předcházet. Hodně se ptáme pacientek, jaké po podání mívají reakce a podobně.“* Ohledně předcházení nežádoucích účinků se shoduje u sester S7 a S8: *„Před podáním chemoterapie podáváme premedikace, z důvodu podchycení nežádoucích účinků. Spíše bývají ojedinělé, opravdu se je snažíme, co nejdříve eliminovat.“* Jakožto poslední názor ohledně komplikací sdělila sestra S7*: „Pokud se objeví nežádoucí účinky, tak je prvně zaznamenáme do ošetřovatelské dokumentace a následně dle vyhodnocení spolu s lékařem se jim snažíme předcházet.“*

4.2.7 Alternativa do budoucna

Během zpracování teoretické části bakalářské práce, autorka zaznamenala články, ve kterých bylo nastíněno, že v zahraničí existuje určitý typ zdravotní sestry, která prochází celým léčebným obdobím společně s pacientkami. Na tuto konkrétní otázku se autorka zeptala všech respondentek, které se zúčastnily rozhovoru.

Sestry, pracující v chirurgii, S1, S2, S4 a S5 souhlasí s názorem, že by tato sestra měla převážně edukační činnost. Jak uvedla sestra S1: *„Domnívám se, že její největší náplní práce bude edukace a poskytování určitých rad pro pacientky trpící onkologickým*

onemocněním.“ Následně se sestry S2, S4 a S5 sjednocují v názoru, který popsala sestra S2: *„Podpora pacientky po psychické stránky a také edukativní činnost, kde by šlo o bližší specifikování, co bude následovat.“* Poté sestra S1 dodala názor: *„Spíše bych si tu danou zdravotní sestru představovala na úrovni, jako je Mamahelp a podobně jiné společnosti, protože zde fungují proškolení specialisté, kteří pomáhají pacientkám a mohou se na ně obrátit.“* Jakožto poslední názor zazněl u sestry S3: *„Její náplní by bylo určitě řešit předoperační ve smyslu přijmutí pacientky, které by obsahovalo zjištění anamnézy – rodinný vyšetření, kterými prošla – zkompletovat rizika i pro její děti, a i pooperační péče v podobě řešení rekonvalescence, následná dispenzarizace, tudíž pravidelně docházet na kontroly a edukovat pacientky.“*

Sestry pracující v onkologických ambulancích se vyloženě na názorech neshodly. Jak pronesla sestra S6: *„Upřímně řečeno netuším, nejčastěji přijdou pacientky přes Mama tým a pak hnedka na operaci, anebo na onkologii. My jakožto ambulance, se spíše zaměřujeme na biologickou léčbu a na chemoterapii. Když dojde u pacientek k vyléčení, odkážeme je na spádovou oblast. Rozhodně těch sester by mělo být více, abychom měli pro pacientky více času a víc se jim věnovat.“* Sestra S7, ale nakonec trochu ztotožňuje s názorem sestry S6: *„Těch sester by mělo být opravdu hodně, ne jenom u onemocnění prsu, ale i u ostatních onkologických onemocnění. Určitě by měla být součástí Mama týmu a její náplní by měla být edukace pacientek a ujistit je o jejich bezpečí.“* Jakožto poslední odpovědí na tuto otázku pronesla sestra S8: *„Asi by to bylo podobné jako u hospicové, anebo charitativní péče. Ale určitě by to byla složitá práce. Spíše bych viděla její určitou specializaci v psychologii, ale i znalosti v sociální práci, konkrétně řešení sociálních dávek a zajištění důchodu.“*

Sestry S9 a S10 se srovnávají v názoru, který řekla sestra S9: *„Spíše by se měla zaměřit na psychickou stránku pacientky a měla by mít tím pádem i určitou specializaci“*. Načež sestra S10 dodala: *„Podporu psychické stránky, což hraje obrovskou rolu. Edukace v oblasti léčby, jaké to bude mít následky. Zapojení do této nemoci i celou rodinu. Měla by tu ženu provázet od úplného začátku, vlastně od zjištění diagnózy, tak i pooperační péči, takže péče o ránu, určitou edukaci poskytnout, tak i mluvit o rizikách a podobně.“*

5 Diskuse

Bakalářská práce s názvem „Ošetřovatelská péče u žen po operaci prsní žlázy“ se zaobírá problematikou nádorových onemocnění, které postihuje převážně ženy. Dle statistik ÚZIS.cz bylo zjištěno celkem 7 182 případů tohoto onemocní vyplívající z údajů v roce 2018, které byly zveřejněni v roce 2021. Tato práce se zaměřuje převážně na ošetřovatelskou péči, a to konkrétně na chirurgických odděleních, onkologických ambulancích a v ambulancích praktického lékaře pro dospělé.

Nacházíme se na závěrečné části bakalářské práce. Tato část je zaměřena převážně na porovnávání výzkumné části a teoretické části práce. Nejprve byly sestavené tři cíle, které se orientovaly ve smyslu, jaká je role sestry v péči o pacientku po operaci prsní žlázy, jaká jsou specifika v péči o pacientku a jaká je úloha sestry v rekonvalescenci po operaci prsní žlázy. Z těchto cílů byly následně vytvořené i dvě výzkumné otázky, které zní: Jak probíhá ošetřovatelská péče u pacientek po operaci prsní žlázy a jakou péči poskytuje sestra pracující v ambulanci praktického lékaře ženám po operaci prsní žlázy. Cíle společně s výzkumnými otázky vytvořily určité pilíře, které posloužily výzkumnému šetření. Výzkumná část byla zpracována formou polostrukturovaných rozhovorů se sestrami pracující na již zmíněných odděleních. Vzhledem k oddělením, kde byl výzkum prováděn, byly vytvořeny tři druhy rozhovorů.

Do výzkumného souboru bylo vybráno celkem deset sester, z toho tři pracující na chirurgickém oddělení, dvě zaměstnané v onkologické ambulanci, a to v nemocnici lokalizované v Jihočeském kraji. Rovněž probíhal výzkum i v nemocnici sídlící v kraji Vysočina. Zde byly zapojeny do výzkumného šetření dvě sestry pracující na chirurgii a jedna sestra pracující v onkologické ambulanci. Na základě výzkumných otázek byly zapojené i dvě sestry, které pracují v ambulanci praktického lékaře pro dospělé, a to s tím záměrem, že jedna sestra pracuje v Jihočeském kraji a druhá v kraji Vysočina.

První kategorií, která byla sestavena pro výzkum nese název: „Předoperační péče.“ Tato kategorie může být zavádějící, protože práce se jmenuje **„**Ošetřovatelská péče u žen po operaci prsní žlázy.“ Tato část byla vytvořena převážně z důvodu nastínění hlavních cílů a určité představení péče o pacientku v určitém časovém sledu. Dle Svatoňové, Lisové (2019) pacientky navštěvují praktického lékaře pro zajištění předoperační vyšetření. Podle Janíkové, Zeleníkové (2013) by se mělo jednat o zajištění anamnézy,

fyzikálního vyšetření, odběr krve a moče, zhodnocení vitálních funkcích, EKG a RTG srdce a plic. Sestry S9 a S10, které pracují u praktického lékaře, se shodují v názoru, že předoperační příprava je u operace prsu stejná jako u jakékoliv jiné operace. Tím nastínily, že v rámci předoperační přípravy se jedná převážně o interní vyšetření v podobě změření TK, zajištění EKG, zjištění váhy a výšky. Odběry krve a moči, které podotkla sestra S10, jsou předem speciálně dané ze stran lékaře. Podstatné pro výzkum bylo i zjištění průměrného věku žen, které podstupují operaci kvůli onkologickému onemocnění prsu. Sestry S9 a S10 uvedly, že průměrný věk pacientek s tímto typem onemocnění je v rozmezí 40 až 60 rokem života. Corey B., et al., (2020) uvedli, že během posledních let počty případů u mladých žen vzrostly. Jedná se o ženy ve věku 15 až 39 let. Z jejich uvedených dat vyplívá zvýšení 0,5 %, ovšem výsledky platí především pro zahraničí. Dle ÚZIS je incidence v roce 2018 diagnostikováno celkem 7 182 případů, přitom průměrný věk žen s diagnostikou rakoviny prsu je 65 let. Rozmezí v České republice se pohybuje mezi 60 až 74 let. Tyto statistické údaje vyšly v roce 2021, které byly zjišťovány od roku 2014 až do 2018.

Následující kategorie „Pooperační péče“ byla rozložena do dvou podkategorií. První byla zaměřena na chirurgické sestry a jejich ošetřovatelskou péči. Druhá se zaměřuje na ošetřovatelskou péči v onkologických ambulancích a v ambulancích praktického lékaře pro dospělé. Tři sestry, které pracují na chirurgiích, se shodují, že v prvních hodinách po operaci je zásadní změření fyziologických funkcích, ve formě měření TK a pulzu. Dle Janíkové, Zeleníkové (2013) je podstatná monitorace fyziologických funkcí, konkrétně měření TK, pulzu, ale i saturace kyslíku hemoglobinem. Ohledně podstatných činností v ošetřovatelské péči se jiné dotazované tři sestry zmiňují o funkčnosti drénu, převážně ohledně kontroly podtlaku v drénu, a to z důvodu odvádění sekretu. S tím se následně pojí i zaznamenání množství sekretu. Podle Libové et al., (2019) patří v prvních hodinách kontrola funkčnosti drénu, kde je důležitý záznam o množství, nemělo by se opomíjet i na charakter sekretu. Dále zmiňují i neopomíjet důležitý faktor, konkrétně situaci, kdy drén nebude správně odvádět, anebo kdy charakter sekretu bude něčím neobvyklý, mělo by se okamžitě hlásit ošetřujícímu lékaři. Sestry během rozhovoru uvedly, že v rámci ošetřovatelské péči je nutné dbát na monitorování bolestivosti. Pacientek se převážně ptají na bolestivost podle VAS škály, a po konzultaci s ošetřujícím lékařem podají pacientce vhodná analgetika. Bolest, kterou pociťují pacientky po operaci, je vhodné zaznamenávat v pravidelných časovém intervalech do ošetřovatelské

dokumentace. Ošetřující sestra by si měla všímat i neverbálních projevů bolesti. Příkladem těchto projevů může být například výraz ve tváři či změna hlasu, jak uvádí Slezáková et al. (2021).

Sestry pracující na chirurgickém oddělení se následně zmiňují o kontrole pooperační rány. Dle výpovědí většiny sester spadá do kontroly rány celkový vzhled a i okolí. Podle Janíkové, Zeleníkové (2013) se do pooperační péče řadí kontrola rány, o kterou se pečuje dle standartních zásad. Do kontroly rány patří také vzhled rány a její charakter, jak uvádí Svatoňová, et al., (2021). S tím se zároveň pojí i převaz rány. Tři již zmiňované sestry uvedly i funkci převazu. První den po operaci je důležité, aby převaz viděl ošetřující lékař. Na tomto výroku se shodují Svatoňová, Lisová (2019). K ošetřovatelské péči se pojí i zavedení PŽK. Pouze jedna sestra se zmínila o neumístění PŽK na operovanou stranu horní končetiny. Zbylé sestry se o tomto výkonu nezmínily. Stejně jako sestra, se i Janíková, Zeleníková (2013) zmiňují o důležitosti zavedení PŽK na druhou stranu než na stranu prováděné operace. Na operované straně se nesmí ani měřit TK a odebírat krev. V této spojitosti bych ráda navázala na sestru S2, která podotkla možnost podání infuzi na zavodnění v rámci ordinace lékaře. Podle Libová et al. (2019) je třeba zmínit infuzní terapii a podání určitých léku do PŽK, ale pouze za předpokladu, že se jedná o plnění ordinací dle ošetřujícího lékaře.

Tato práce se zabývá převážně pooperační péčí. V rámci pooperačních stavů se řeší i prevence vzniku TEN. Tři dotazované sestry uvedly názor, že v rámci prevence TEN jsou opatření velice podobné jako u každé jiné operce. Pacientkám před a po operaci dávají bandáže na dolní končetiny a dle ordinace lékaře podávají i medikamenty. Ty zabraňují proti vzniku trombů. Dle Janíkové, Zeleníkové (2013) do opatření prevence proti TEN spadá včasná mobilizace, přikládání bandáží na dolní končetiny, případné podání antikoagulancií dle ordinace lékaře. Nemělo by se opomíjet i na důležitost vyprazdňování pacientky. Tři sestry z pěti se shodují na názoru, že se pacientka musí do osmi hodin po operaci vymočit, jinak se musí jednorázově vycévkovat. Obdobně tak uvádí Svatoňová, Lisová (2019), kdy pacientka od převezení ze sálu na standartní pokoj se musí do osmi hodiny vymočit. Pokud tak nenastane, musí se informovat ošetřující lékař a následně indikovat k jednorázovému vycévkování. S vyprazdňováním se pojí i odchod plynů a stolice**.** Jedna z dotazovaných sestra mluvila o přiložení podložní mísy pod pacientku, pokud má nutkání na stolici. Na základě sdělení od Svatoňové, Lisové (2019) by měl být odchod stolice do dvou až tří dnů. Pokud se tak nestane, musí sestra

promluvit s ošetřujícím lékařem. Následně Slezáková et al., (2021) uvádějí, že by sestra měla zaznamenávat pravidelnost a charakter stolice do ošetřovatelské dokumentace. V poslední části této podkapitoly jsme během rozhovoru načali i téma rehabilitace. Všechny dotazované sestry uvedly, že spolupráce mezi ošetřující sestrou a fyzioterapeutem je nezbytná pro zlepšení celkového stavu pacientek, které byly na operaci prsní žlázy. Sestry se dále shodují, že ošetřující lékař vypíše pacientce rehabilitace, s nimiž jim pomáhají fyzioterapeuti. Z pohledu sester je nezbytná elevace operované horní končetinu. Tím je myšleno vypodložení v prvních hodinách po přivezení pacientky ze sálu. Ohledně vypodložení horní končetiny se shodují i autorky Janíková, Zeleníková (2013). Poté pacientky cvičí příslušné cviky od prvního dne po operaci, jenž se zaměřují na horní končetinu a rameno. Obdobně, jak sestry uvádějí ohledně nutnosti započít rehabilitační cviky zaměřené na horní končetinu a rameno, tak stejně uvádí i Svatoňová, Lisová (2019). Podle Wilsona (2017) fyzioterapeuti doporučují ženám po operaci prsu nejlépe cvičit každý den, a to z důvodu snížení bolesti. Rovněž uvádí, že by se nemělo zapomínat i na druhou polovinu těla. Podle studie Leclerc et al. (2017) je podstatné, aby v rámci rehabilitace bylo pacientkám poskytnuto i psychoedukační cvičení a mělo by se zaměřit na zlepšení fyzické kondice.

Jak již bylo nastíněno, tato kategorie má dvě podkategorie. První je výše zmíněná. Nyní přistoupíme ke druhé podkategorii. Tato část se zabývá ošetřovatelskou péčí v onkologických ambulancí. Sestry pracující na onkologických ambulancích uvedly, že jejich práce spočívá v přípravě ambulantních karet a ve vystavování žádanek na vyšetření. Následně k tomu spadá i dopomoc při vizitách, kde se jedná především o odebírání krevních vyšetření, podání chemoterapie, či převazy ran. Sestry rovněž podotkly, že během přijímání pacientek se zaměřují jejich celkový stav. Podle studie Oliveira, et al. (2022) by si sestry měly všímat psychických stavů, které doprovází onkologicky nemocného pacienta. Dle uvedené studie je podstatné, aby sestry nepřehlížely depresivní a úzkostné chování pacientů a věnovaly tomu zvýšenou pozornost. Na tomto podkladě je třeba dodat i studii Anarado et al. (2017), která pojednává o tom, že by sestry měly být větší oporou pro pacientky, kteří prochází chemoterapií, než doposud.

Následující kategorie nese název „Dlouhodobá ošetřovatelská péče.“ Převážná část této kategorie se zaobírá rekonvalescencí a jejich dispenzarizací v následné péči. Během výzkumného šetření jsme se zaměřili na rozhovory se sestrami pracující v ambulancích

praktického lékaře. Sestry ohledně tématiky následné rekonvalescence zmínily, že se k ní pojím klidový režim, minimalizace stresu a nezvedat těžká břemena. V prvních fázích po operaci je vhodné nosit volné horní oděvy z přírodních materiálů. Velmi důležité je vyhnutí se přímému slunečnímu svitu. Sestry se hodně zaměřují i na péči o rány a jizvy. Rovněž upozorňují pacientky na důležitosti preventivních prohlídek a případné samovyšetření prsu. Podle Slezáková et al., (2021) musí pacientka po propuštění do tří dnů navštívit praktického lékaře. Obě sestry se shodují v názoru zajištění dispenzarizace. Ta v ordinacích probíhá tak, že si zvou rodinné příslušníky na preventivní prohlídky, kde zajistí odběr krve pro genetické vyšetření. Podle NZIP by mělo být pacientkám doporučováno chodit na pravidelné prohlídky k praktickému lékaři po operaci prsní žlázy. Hlavním důvodem je, aby se odhalily včasné recidivity či pozdní komplikace ve spojitosti s protinádorovou léčbou.

Následující kategorie byly vytvořené na základě odpovědí sester. Tato kategorie se pojí s edukační činností sestry. Edukace s onemocněním prsu a pooperační péčí úzce souvisí. Podle jedné chirurgické sestry, by se edukace měla provádět při přijetí k hospitalizaci, a zároveň před propuštění do domácí péče. Na tomto názoru se shoduje i s autorkami Janíková, Zeleníková, (2013), které uvádějí stejný názor. Čtyři z pěti chirurgických sester jsou stejného názoru, konkrétně spolupráce sester s fyzioterapeutem v rámci edukace. Edukace je rozdělena na dvě části. První se zaměřuje na rehabilitační edukaci, kterou poskytuje fyzioterapeut. Jedná se o edukaci zaměřenou na pohyb. Sestry spíše edukují o druhé části, konkrétně pravidelných převazech v chirurgických ambulancích, či návštěvě u praktického lékaře ohledně následné dispenzarizace. Podle Slezákové et al. (2021) je důležité v rámci edukace se zaměřit i na dodržování léčebného režimu. K tomu se pojí i docházet na pravidelné převazy a neopomíjet dodržování zdravého životního stylu. V souladu s tímto výrokem by měla sestra upozorňovat i na klidový režim pacientky. Hlavní myšlenkou klidového režimu by mělo být nevystavování operované končetiny velké námaze. Všechny sestry z chirurgických oddělení uvedly potřebu promazávat ránu v prvních dnech po propuštění domů. Dle Svatoňové, Lisové (2019) by se měla pooperační rána v prvních dnech po propuštění promazávat mastmi k tomu určenými, následně by se měla provádět masáž jizvy. Jedna sestra z dotazovaných mluvila během rozhovoru převážně o edukaci zaměřené na kompenzační pomůcky. Společně s pacientkami se zabývá jejich využití v podobě nošení epitéz či speciálně navržených podprsenek. V souvislosti s touto výpovědí se

shodují i autorky Janíková, Zeleníková (2013), které též uvádějí význam v edukaci a zajištění epitézy pro pacientku. Podle studie Si et al. (2020) je dobré se dohodnout už před operací na kompenzačních pomůckách s pacientkou. Podle jejich výsledků se následně zlepší spolupráce mezi pacientkami a ošetřujícím personálem. Dle mého názoru souhlasím s výše uvedenou studií. Pacientky se mohou předem připravit na používání kompenzačních pomůcek. Edukace se netýkala pouze sester pracujících na chirurgickém odděleních. Téma edukace byla též zavedena i v ambulancích. Sestry v onkologických ambulancích edukují pacientky o chemoterapii. Tím je myšleno, jak probíhá chemoterapie, a zároveň i o možnostech komplikací s ní spojenou. Mezi komplikace se řadí nejčastěji vypadávání vlasů. Dvě sestry mluvily s pacienty o možnostech využití paruk. S edukací se pojí i přenášení nových znalostí do praktických postupů v ošetřovatelství. Všechny sestry, které pracují v onkologických ambulancích uvedly, že získaly nové informace díky seminářům. Tyto semináře se pořádají v rámci nemocnic. Následně dvě sestry zmínily možnost získávání nových znalostí prostřednictvím vědeckých článku, učebnic, anebo vědeckých časopisů. Podle studie Perdomo et al. (2023) je kladem důraz na rozvoj a vzdělávání se sester v nových metodách a doporučení. Edukační činnost sester jsme obdobně řešili se sestrami pracující v ambulanci praktického lékaře. Dle odpovědí obou sester jsme se dozvěděli, že přímo edukaci s pacientkami neprovádí. Dle jejich výpovědí vyplívá, že edukace více probíhá na chirurgických odděleních a onkologických ambulancích. V rámci ošetřovatelské péče v ambulancích praktického lékaře se primárně zaměřují na řešení pracovní neschopnosti. Ve výjimečných případech i na edukaci spojenou s péčí o ránu. Obě sestry pracující u praktického lékaře uvedly, jako největší zdroj nových informací vědecké články.

Pátá kategorie nese název: „Psychická stránky pacientek.“ Tato kategorie je velmi klíčová, neboť psychika hraje důležitou roli v celkovém zdraví pacientek. Sestry S2 a S3 uvedly, že často jsou pacientky v psychickém rozladění, protože čekají na výsledky z histologie. Načež sestra S1 uvedla, že pacientky často berou antidepresiva v chronické medikaci. Následně sestry S1 a S5 uvedly možnost využití klinického psychologa, kterého můžou využít pacientky ke konzultaci jejich stavu. Z chirurgických sester se nejvíce lišila sestra S4. Tato sestra uvedla výrok, že některé pacienty pociťují psychickou úlevu po absolvování operace. Při zjišťování výsledků padla i psychická stránka pacientek v onkologických ambulancích. Všechny sestry, které pracují v onkologických ambulancích, uvedly péči o psychiku jako nejvíce stěžejný, neboť pacientky bývají často

deprimované. Podle Li et al. (2021) při ošetřování by se na psychiku nemělo zapomínat a brát na ní zřetel. Onkologická onemocnění bývají pro lidi velice těžké, z pohledu přijetí nemoci a jejím následném vyrovnání. Pacientky uvedly, že často pociťují emoční stres, který se projevuje v podobě úzkostí a depresí. Obdobně jak popisuje studie Aitken, Hossan (2022). Slezáková et al. (2021) doporučují pacientkám využívání možností klinického psychologa. Dále se zmiňují o možnosti využití sesterské podpory v podobě býti oporou pro pacientky. S tím se též shoduje i studie Oliveira et al. (2022), která doporučuje sestrám se více věnovat pacientkám. S cílem s nimi provádět různé edukační sezení, aby byly pacientky více informované. Dle mého názoru by se mělo pacientkám věnovat více času. Osobně mě velice potěšila možnost využití klinického psychologa. Jelikož se jedná o onemocnění, které je pro ženy psychicky velice náročné je dobré využít možnost specializovaného odborníka. Ten s nimi probere vše potřebné, a zároveň se jim naplno věnuje. Bylo by dobré, kdyby do budoucna mohly i sestry mít možnost určitého vzdělání, aby mohly i ony sami lépe pomoci pacientkám po psychické stránce.

Předposlední kategorie nese název: „Nedostatky v ošetřovatelské péči.“ Tato kapitola byla vytvořena především, kvůli nedostatkům v podobě překážek a komplikací, které se mohou objevit během léčby. Dvě sestry z pěti, které pracují na chirurgických odděleních, se shodly na názoru, že se může jednat o nespolupráci pacientky s ošetřujícím personálem. Tyto případy jsou spíše ojedinělé. Překážku v péči uvedla sestra S3 přidružená onemocnění, které mohou léčbu a ošetřovatelkou péči zkomplikovat. Zbylé dvě sestry uvedly jako častou komplikaci lymfedém či hematomy. Dle Donhue et al. (2023) by se mělo ženám po operaci prsní žlázy doporučit lymfodrenáže, které by měly sloužit jako prevence před vznikem lymfedému. Pokud se lymfedém nezačne včas řešit, mohou jeho vzniklé následky doprovázet pacientku celý život. Podle studie Perdomo et al. (2023) se doporučuje sestrám více vzdělávat v nových možnostech a tvořit pro pacientky edukaci, která by jim pomohla v léčbě. V rámci této kategorie se nyní zaměříme na komplikace a nedostatky v onkologických ambulancích. Všechny sestry se zmiňují o komplikacích spojené s chemoterapii. Sestry udávají jako časté komplikace zvracení či průjmy. Studie Fox et. al. (2020) uvádí, že komplikací vzniklé s podáním chemoterapie je mnoho. Důležité je, aby se komplikace brzy odhalily kvůli jejich následné léčení. Sestry pracující na onkologických ambulancích se snaží, aby se nežádoucí účinky, co nejdříve odhalily. Dvě sestry se shodují v odpovědi, že před podání chemoterapie se podává premedikace, za účelem zabránění nežádoucích účinků. Všechny

sestry uvedly, že se před podání chemoterapie prvně zeptají pacientek, zdali se u nich neobjevil nějaký nežádoucí účinek.

Následuje poslední kategorie, která byla vytvořena v rámci výzkumného šetření. Na úvod této části, je potřeba zmínit, že slouží především k zamyšlení. Během zpracování teoretické části bakalářské práce jsem našla dostupné články, které se zmiňují o působení specializované sestry. Hlavní náplní této sestry je zajistit a doprovázet pacientku po celou dobu jejího léčení. Tato sestra bohužel působí v zahraničí. Mě osobně by se líbila myšlenka, že by praktiky této sestry se zavedli i u nás. Tím je myšleno zaměření jedné sestry čistě pro jednu pacientku, přičemž by jí poskytovala plnou péči. Sestry pracující na chirurgickém oddělení se shodly, že největší náplní práce této ošetřující sestry by byla edukace a poskytování rad v rámci léčby. Dvě z pěti dále uvedly, že další důležitou funkcí by byla psychická podpora, přičemž by byla i jejich oporou. Sestra S3 též možnost, že by tato sestra usnadnila pacientce příjem hospitalizace do nemocnice a zároveň by mohla pomoc v řešení pacientky rekonvalescence. Během rozhovorů mě osobně zajímalo, jak by si tuto sestru představovaly i sestry pracující v ambulancích. Sestry pracující v onkologických ambulancích se shodly na názoru, že by těchto sester mělo být opravdu hodně, aby mohly pacientkám poskytnout opravdu poctivou péči. Jedna sestra ze tří poznamenala, aby tato sestra spíše pracovala podobně jako sestry v charitativní či hospicové péči. Načež dodala, že by měla mít určitou specializace v psychologii a v sociální práci, z důvodu zajištění důchodu. Oproti porovnání mezi S9 a S10, které pracují u praktického lékaře, se obě shodovaly v názoru, že by tato sestra měla převážně zaměřovat na edukaci pacientky. Převážně na péči o psychickou stránku u pacientek, které prodělaly onkologické onemocnění. Podle Rawther et al. (2020), kteří uvádějí působení specializovaných sester, které provádí péči po rakovinu prsu. Tyto sestry převážně pečují o psychickou i fyzickou stránku pacientek, a zároveň podporu jejich znalostí ke zlepšení v léčbě. Dále stojí i za zmínku studie, kterou publikovaly Brown et al. (2021), kde zkoumali působení specializované sestry, která se čistě zaměřená na podporu psychosociální stránky pacientek. Zde byly uvedené pozitivní ohlasy ze stran pacientek, které podporovaly působení těchto specializovaných sester. Jejich působení pomáhalo v průběhu celé léčby. Osobně se domnívám, že kdyby tyto specializované sestry pracovaly i u nás, tak by se velice zlepšila péče o pacientky s onkologickým onemocněním prsu. Jak již bylo výše zmíněno, tak specializované sestry by mohly pomáhat převážně v edukativní činnosti a dopomáhat pacientkám se více orientovat

v léčbě. Rovněž je podstatné neopomenout na psychickou stránku pacientek, neboť léčba představuje ohromný stres. Dle mého názoru, by sestry měly být speciálně proškolené, aby byly pro pacientky jakousi oporou během léčby.

6 Závěr

V této bakalářské práce jsme se zabírali tématikou „Ošetřovatelská péče u žen po operaci prsní žlázy.“ Nejprve jsme se zaměřili na teoretickou část práce. Nejdříve jsme nastínili anatomii prsu a dále jsme navázali na onkologická onemocnění, které postihují převážně ženy. Následně pokračovalo nastínění léčby. Postupně se přešlo na hlavní část práce, a tou bylo zaměření se na ošetřovatelskou péči. Jak už z názvu vyplívá, hlavní náplní byla ošetřovatelská péče po operaci, Jednalo se i o zaměření na rekonvalescenci a následnou péči.

V empirické části práce jsme zvolili kvalitativní výzkum, který proběhl v podobě polostrukturovaných rozhovorů. Tyto rozhovory absolvovaly nejen sestry pracující na chirurgických odděleních, ale i v onkologických ambulancích a v ambulanci praktického lékaře pro dospělé.

K výzkumu se vytvořily tři cíle. Prvním cílem bylo zjistit, jaká je role sestry v péči o pacientku po operaci prsní žlázy. Druhý byl zjistit, jaká jsou specifika v ošetřovatelské péči po operaci prsní žlázy. Poslední cíl bylo zjistit, jaká je úloha sestry v rekonvalescenci po operaci prsní žlázy. Díky vytvoření cílů se snadněji zkonstruovaly výzkumné otázky. První otázka zní, jak probíhá ošetřovatelská péče po operaci prsní žlázy. Druhá otázka zní, jakou péči poskytuje sestra v ambulanci praktického lékaře ženám po operaci prsní žlázy. Tyto cíle byly splněny.

Díky výsledků práce jsme zjistili, jaká je role sestry v péči o pacientku po operaci prsní žlázy. Hlavní role sestry je v první řadě poskytovatel maximální péče. Zajišťuje vše potřebné pro pacientku, ať se to týká kontroly pooperační rány či pohodlí pacientky. Dále mezi role sestry patří poskytnout edukaci pro pacientky. Sestry edukují pacientky, jak během hospitalizace, tak i v onkologických ambulancích. Rovněž je podstatné podotknout, že sestry zajišťují kompenzační pomůcky pro pacientky. Dle výpovědí z rozhovorů je patrné, že práce sester se vztahuje i na zajištění psychické podpory. Sestry, pokud mají čas a prostor, se snaží pacientkám pomoc po psychické stránce. V rámci dalšího cíle je zaměření se na péči v podobě kontroly funkčnosti drénu, kontroly pooperační rány a zahájení včasné rehabilitace. Poslední cíl zněl, jaká je úloha sestry v rekonvalescenci. Hlavní cílem sestry v rekonvalescenci je zajištění klidového režimu, kde je důležité vyvarovat se stresu. Tuto činnost poskytují sestry nejen v chirurgických

oddělení, ale i v ambulancích praktického lékaře. V rámci výzkumného šetření jsme se zaměřili i na nedostatky v ošetřovatelské péči. Jedním z nedostatků je nedostatečné množství kvalifikovaných sester.

Bakalářská práce může posloužit sestrám jako materiál pro doplnění znalostí v péči o ženy po operaci prsní žlázy.

7 Seznam literatury

1. ABRAHÁMOVÁ, J. et al., 2019. *Co byste měli vědět o rakovině prsu*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha 7: Grada publishing, a.s. 176 p. ISBN 978-80-271-2055-0.

2. AITKEN, L. A., HOSSAN, S. Z., 2022. *The Psychological Distress and Quality of Life of Breast Cancer Survivors in Sydney, Australia.* [online]. MDPI Healthcare. 10(10). 1.-15.p. Dostupné z: https://doi.org/10.3390/healthcare10102017.

3. AKRAM, M. et al., 2017. *Awareness and current knowledge of breast cancer.* [online]. Biological Research. 50(33). 1.-23.p. Dostupné z: https://biolres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40659-017-0140-9.

4. ANARADO, A. N. et al., 2017. *Experiences and desired nursing assistance of women on out-patient breast cancer chemotherapy in Southeastern Nigeria.* [online]. Psycho-Oncology. 26(3). 385-391.p. Dostupné z: https://doi.org/10.1002/pon.4034.

5. BROWN, T. et al., 2021. *Specialist breast care nurses for support of women with breast cancer.* [online]. Cochrane Database of Systematic Reviews Published by John Wiley & Sons, Ltd. 2021(2). 1.-107.p. Dostupné z: https://doi.org/10.1002/14651858.CD005634.pub3..

6. COREY, B. et al., 2020. *Young women with breast: treatment, care and nursing implications.* [online]. Clinical journal of oncology nursing. 24(2). 139.-147. p. Dostupné z: https://doi.org/10.1188/20.CJON.139-147.

7. ČMEJLOVÁ, V., 2020. *Komplexní léčba časného karcinomu prsu*. [online]. Onkologie: 14(4). 148.-156. p. ISSN 1803-5345. Dostupné z: https://doi.org/10.36290/xon.2020.057.

8. DANEŠ, J. et al., 2021. *Screening a diagnostika karcinomu prsu: pro každodenní praxi*. Praha 7: Grada publishing, a.s. 208 p. ISBN 978-80-271-4558-4.

9. DE BONIFÁC, J. et al., 2022. *Major surrgical postoperative complications and survival in breast cancer: Swedish population-based register study in 57 152 women.* [online]. British Journal of Surgery. 109(10). 977.-983. p. Dostupné z: https://doi.org/10.1093/bjs/znac275.

10. DONAHUE, P. et al., 2023. *Advances in the prevention and treatment of breast cancer-related lymphedema*. [online]. Breast Cancer Research and Treatment. 2023(200), 1.-14. p. Dostupné z: https://doi.org/10.1007/s10549-023-06947-7.

11. DYLEVSKÝ, I., 2019. *Somatologie: pro předmět Základy anatomie a fyziologie člověka*. 3., přepracované a doplněné vydání. Praha 7: Grada publishing, a.s. 312 p. ISBN 978-80-271-2111-3.

12. DYLEVSKÝ, I., 2011. *Základy funkční anatomie*. Olomouc: Václav Lukeš – Poznání. 332 p. ISBN 978-80-87419-05-9

13. FOX, R. S. et. al., 2020. *Sleep Disturbance and Cancer-Related Fatigue Symptom Cluster in Breast Cancer Patients Undergoing Chemotherapy.* [online]. Supportive Care in Cancer. 28(2). 845.–855.p. Dostupné z: https://doi.org/10.1007/s00520-019-04834-w.

14. GREER, J. A. et al. 2022. *Randomized Trial of a Palliative Care Intervention to Improve End-of-Life Care Discussions in Patients With Metastatic Breast Cancer.* [online]. Official journal of the national comprehensive cancer network. 20(2). 136.-143.p. Dostupné z: https://doi.org/10.6004/jnccn.2021.7040..

15. HAUSSMANN, J. et al., 2020. *Recent advances in radiotherapy of breast cancer*. [online]. Radiation Oncology. 15(71). 1.-10.p. Dostupné z: https://doi.org/10.1186/s13014-020-01501-x..

16. HARRIS, S. R., 2018. *Axillary Web Syndrome in Breast Cancer: A Prevalent But Under-Recognized Postoperative Complication.* [online]. BreastCare. 13(2). 129.-132.p. Dostupné z: https://doi.org/https://doi.org/10.1159/000485023.

17. CHIRICUŢĂ, I., CH., 2017. *New Language and Old Problems in Breast Cancer Radiotherapy*. [online]. Chirurgia. 112(4). 394.-402.p. Dostupné z: https://doi.org/10.21614/chirurgia.112.4.394.

18. JANÍKOVÁ, E., ZELENÍKOVÁ, R., 2013. *Ošetřovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium*. Praha 7: Grada publishing, a.s. 256 p. ISBN 978-80-247-4412-4.

19. KOLAK, A. et al., 2017. *Primary and secondary prevention of breast cancer.* [online]. Annals of Agricultural and Environmental Medicine. 24(4), 549.-553.p. Dostupné z: https://doi.org/10.26444/aaem/75943.

20. *Koncepce ošetřovatelství*, 2023. [online]. MZČR [cit. 2023-12-17]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/koncepce-osetrovatelstvi/

21. LECLERC, A. F. et al., 2017. *Multidisciplinary rehabilitation program after breast cancer: benefits on physical function, anthropometry and quality of life.* [online]. European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine. 53(5). 633-42.p. Dostupné z: https://doi.org/10.23736/S1973-9087.17.04551-8.

22. LEE, K. et al., 2019. *The Impact of Obesity on Breast Cancer Diagnosis and Treatment.* [online]. Current Oncology Reports. 21(41). 3-6.p. Dostupné z: https://doi.org/10.1007/s11912-019-0787-1.

23. LI, Y. et al., 2021. *Effects of evidence-based nursing on psychological well-being, postoperative complications and quality of life after breast cancer surgery*. [online]. American Journal of Translational Research. 13(5). 5165.-5173. p. ISSN 1943-8141.

24. LIBOVÁ, L. et al., 2019. *Ošetřovatelský proces v chirurgii.* Praha 7: Grada publishing, a. s. 168. p. ISBN 978-80-271-2466-4.

25. LUBASCH, J. S. et al., 2022. *Hospital Processes and the Nurse-Patient Interaction in Breast Cancer Care. Findings from a Cross-Sectional Study.* [online]. International Journal of Environmental Research and Public Health. 18(15). 1.-12.p. Dostupné z: https://doi.org/10.3390/ijerph18158224.

26. MACDONALD, T. et al., 2020. *Palliative care access in the elderly metastatic breast cancer population: obstacles and opportunities.* [online]. Translational Cancer Research. 9(1). 110.-115.p. Dostupné z: https://doi.org/10.21037/tcr.2019.08.03.

27. MACHÁČKOVÁ, R., 2010. *Zásady ošetřovatelské péče o pacientku s nádorovým onemocněním prsu*. [online]. Chirurgická klinika, 2.LF UK a FN Motol, Praha. [cit. 2023-12-17]. Dostupné z: https://zdravi.euro.cz/clanky/zasady-osetrovatelske-pece-o-pacientku-s-nadorovym-onemocnenim-prsu/

28. MCDONALD, E. S. et al., 2016. *Clinical Diagnosis and Management of Breast Cancer*. [online]. The journal of nucleare medicine. 57(supp. 1). 9.-16.p. Dostupné z: https://doi.org/10.2967/jnumed.115.157834.

29. *Měsíc boje s rakovinou prsu*, 2021. [online]. ÚZIS [cit. 2023-12-17]. Dostupné z: https://www.uzis.cz/index.php?pg=aktuality&aid=8528

30. OLIVEIRA, A. F. et al., 2022. *Perceived cognitive functioning in breast cancer patientstreated with chemotherapy compared to matched healthywomen: Evidence from a Portuguese study*. [online]. International Journal of nursing practice. 29 (3). 1.-11. p. Dostupné z: https://doi.org/https://doi.org/10.1111/ijn.13119.

31. *Pacientské organizace*, 2023. [online]. *© Česká onkologická společnost ČLS J.E.P*. [cit. 2023-12-17]. Dostupné z: https://www.linkos.cz/pacient-a-rodina/pomoc-v-nemoci/pacientske-organizace/

32. PERDOMO, M. et al. 2023. *Patient education for breast cancer–related lymphedema: a systematic review*. [online]. Journal of Cancer Survivorship. 2023(17). 384.–398.p. Dostupné z: https://doi.org/https://doi.org/10.1007/s11764-022-01262-4.

33. PIPPIN, M. M., BOYD, R., 2023. *Breast Self-examination*. [online]. StatPearls [cit. 2023-12-17]. Dostupné z: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK565846/

34. *Rakovina prsu: rehabilitace a následná péče*, 2023 [online]. MZČR a ÚZIS [cit. 2023-12-17]. Dostupné z: https://www.nzip.cz/clanek/1190-rakovina-prsu-rehabilitace-a-nasledna-pece

35. RAWTHER, S. CH. H. et al. 2020. *Specialist nurse initiated interventions in breast cancer care: A systematic review of randomised controlled trials.*

[online]. Journal of clinical nursing. 29(13). 2161.-2180. p. Dostupné z: https://doi.org/https://doi.org/10.1111/jocn.15268.

36. ROKYTA, R. et al., 2016. *Somatologie*. 7.vydání. Praha 3: Wolters Kluwer ČR, a.s. 260 p. ISBN 978-80-7552-306-8.

37. SHIEN, T., IWATA, H., 2020. *Adjuvant and neoadjuvant therapy for breast cancer.* [online]. Japanese Journal of Clinical Oncology. 50(3). 225.–229. p. Dostupné z: https://doi.org/10.1093/jjco/hyz213.

38. SI, J. et al., 2020. *Decision aids on breast conserving surgery for early stage breast cancer patients: a systematic review.* [online]. BMC Medical Informatics Decision Making. 20(275). 1.-14. p. Dostupné z: https://doi.org/https://doi.org/10.1186/s12911-020-01295-8.

39. SLEZÁKOVÁ, L. et al., 2021. *Ošetřovatelství v chirurgii II*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha 7: Grada publishing, a. s. 336 p. ISBN 978-80-271-1718-5.

40. SVATOŇOVÁ, B., LISOVÁ, S., *Ošetřovatelství v chirurgických oborech – 1.část*, 2019. [online]. ČVUT Praha [cit. 2023-12-17]. Dostupné z: https://www.vovcr.cz/odz/zdrav/099/page00.html

41. TAIT, R. C. et al., 2018. *Persistent Post – Mastectomy Pain: Risk Factors and Current Approaches to Treatment.* [online]. The Journal of Pain. 19(12). 1367-1383. p. Dostupné z https://doi.org/10.1016/j.jpain.2018.06.002.

42. TRAYES, K. P., COKENAKES, S. E. H., 2021. *Breast Cancer Treatment*. [online]. American Family Physician. 104(2). 171.-178. p. Dostupné z: https://doi.org/104(2):171-178.

43. VILA, C. et al., 2017. *Advanced breast cancer clinical nursing curriculum: review and recommendations.* [online]. Clinical and Translational Oncology. 2017(19). 251.–260. p. Dostupné z: https://doi.org/10.1007/s12094-016-1530-0.

44. VOKURKA, S. et al., 2018. *Onkologie v kostce*. Praha 10: Current Media, s.r.o. 272 p. ISBN 978-80-88129-37-0.

45. VORLÍČEK, J. et al. 2012. *Klinická onkologie pro sestry.* Praha 7: Grada publishing, a. s. 450 p. ISBN 978-80-247-7769-6.

46. WELSH, L., 2018. *Wound care evidence, knowledge and education amongst nurses: a semi-systematic literature review*. [online**].** International Wound Journal. 15(1). 53.-61. p. Dostupné z: https://doi.org/10.1111/iwj.12822..

47. WESMILLER, S. W. et al., 2017. *A Prospective Study of Nauzea and Vomiting After Breast Cancer Surgery* [online]. Journal of PeriAnesthesia Nursing. 32(3). 165.-268.p. Dostupné z: https://doi.org/10.1016/j.jopan.2015.12.009.

48. WILSON, D. J., 2017. *Exercise for the Patient after Breast Cancer Surgery.* [online]. Seminars in Oncology Nursing. 33(1). 98.-105. p. Dostupné z: https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.soncn.2016.11.010.

8 Seznam tabulek

Tabulka č. 1: Identifikační údaje respondentek……32

9 Seznam příloh

Příloha 1: Žádost o provedení výzkumu v rámci zpracování bakalářské práce

Příloha 2: Polostrukturované rozhovory se sestrami

10 Přílohy

Příloha 1: Žádost o provedení výzkumu v rámci zpracování bakalářské práce

Žádost o provedení výzkumu byla potvrzena, ale z důvodu zachování anonymity není součástí bakalářské práce.

Příloha 2: Polostrukturované rozhovory se sestrami

Cíle práce:

Zjistit, jaká je role sestry v péči o pacientky po operaci prsní žlázy.

Zjistit, jaká jsou specifika v ošetřovatelské péči po operaci prsní žlázy.

Zjistit, jaká je úloha sestry v rekonvalescenci po operaci prsní žlázy.

Výzkumné otázky:

Jak probíhá ošetřovatelská péče po operaci prsní žlázy?

Jakou péči poskytuje sestra v ambulanci praktického lékaře ženám po operaci prsní žlázy?

Otázky k rozhovorům:

K identifikaci sester (u všech stejné):

1) Kolik je Vám let?
2) Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
3) Na jakém oddělení pracujete?
4) Jak dlouho trvá Vaše praxe na konkrétním pracovišti?

Pro chirurgické sestry:

1) Jak probíhá a Vašem pracovišti ošetřovatelská péče po operaci prsní žlázy?
2) Co je pro Vás podstatné během prvních hodin po operaci prsní žlázy?
3) Můžete blíže specifikovat ošetřovatelské výkony, které provádíte u žen? Jakožto pooperační rány, invazivní vstupy, vyprazdňování, prevence TEN?
4) Všímáte si i psychických změň v rámci pooperačních stavů? Můžete více popsat?
5) Co podle Vás představuje překážku v pooperační péči?
6) Poskytujete pacientkám dostatečnou edukaci v pooperačním období? A co je podle Vás nejvíce stěžejní v rámci edukace?
7) Co podle Vás pacientkám při poskytování ošetřovatelské péče chybí?
8) Kdyby existovala zdravotní sestra, která by se čistě zaměřená na pacientky s onemocnění prsu, jaká by měla být podle Vás její naplň práce?

Pro sestry v ambulancích praktického lékaře:

1) Popište svými slovy, jak přesně probíhá péče spojená s operací prsou a Vaší ambulancí, předoperační přípravu, tak i pooperační péči?
2) S jakou věkovou kategorii u žen se nejčastěji setkáváte?
3) Jak probíhá edukace žen po operaci prsní žlázy ve Vaší ambulanci?
4) Co podle Vás představuje následná rekonvalescence?
5) Jak získáváte nové znalosti ohledně ošetřovatelské péče týkající se prsní žlázy v rámci edukace?
6) Kdyby existovala zdravotní sestra, která by se čistě zaměřená na pacientky s onemocnění prsu, jaká by měla být podle Vás její naplň práce?

Pro sestry v onkologické ambulanci:

1) Jak probíhá ošetřovatelská péče na onkologické ambulanci?
2) Co je podle Vás nejvíce stěžejní v péči o pacientku na onkologické ambulanci?
3) Jak získáváte nové znalostech týkající se ošetřovatelské péče?

4) Jakým způsobem poskytuje ženám edukaci v rámci následné péče spojené s onkologickou léčbou?
5) Zaznamenáváte vedlejší účinky spojené s protinádorovou léčbou? Popřípadě, v jaké formě a jak je následně ošetřujete?
6) Kdyby existovala zdravotní sestra, která by se čistě zaměřená na pacientky s onemocnění prsu, jaká by měla být podle Vás její naplň práce?

Zdroj: Eisenwortová, 2024

11 Seznam použitých zkratek

ARIP – specializační vzdělávání pro anesteziologickou resuscitační intenzivní péči

ARO – anesteziologické a resuscitační oddělení

BC – breast cancer; karcinom prsu

CT – počítačová tomografie

DCIS – duktální karcinom in situ

EKG – elektrokardiogram

JIP – jednotka intenzivní péče

LCIS – lobulární karcinom in situ

MR – magnetická rezonance

NZIP – národní zdravotnický informační portál

PŽK – permanentní žilní katetr

RTG – rentgen

SLN – sentinelová lymfatická uzlina

TEN – tromboembolická nemoc

TK – krevní tlak

UZ – ultrazvuk

ÚZIS – Ústav zdravotnických informacích a statistik

VAS – vizuální analogová škála