

Univerzita Karlova v Praze
Lékařská fakulta v Hradci Králové

**EDUKACE ŽEN
S
POSTMASTEKTOMICKÝM SYNDROMEM**

Bakalářská práce

Stará Iveta

Vedoucí práce:
PhDr. Alexandra Archalousová
Bc. Dagmar Švecová

Hradec Králové 2006

Čestné prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou bakalářskou práci vypracovala samostatně s využitím citované odborné literatury a zároveň jsem využila i svých zkušeností z ošetrovatelské praxe.

V Kolíně: 19.4. 2006

Stará Iveta

Poděkování:

Děkuji vedoucímu diplomové práce PhDr.Alexandře Archalousové, Bc.Dagmar Švecové a odborné konzultance Mgr.Veronice Kuříkové za podnětné rady a ochotu, se kterou se mi během mé práce věnovaly. Dále bych chtěla poděkovat své rodině za trpělivost, kterou měla po celou dobu studia.

Mé poděkování patří také odbornému personálu otokové ambulance a denního stacionáře při dermatovenerologickém oddělení Oblastní nemocnice Kolín, a.s. za pomoc při výzkumu.

V neposlední řadě chci poděkovat i všem respondentkám dotazníkového šetření.

OBSAH:

1. Úvod.....	5
1.1. Cíl bakalářské práce.....	6
2. Teoretická část.....	7
2.1. Ca prsu.....	7
2.1.1. Incidence a mortalita ca prsu.....	7
2.1.2. Vlivy ovlivňující vznik ca mammy.....	7
2.1.3. Diagnostika ca mammy.....	8
2.1.3.1. Klinické příznaky.....	8
2.1.3.2. Mammografie.....	9
2.1.3.2. Ultrasonografie.....	10
2.1.3.3. Cytologie a punkční biopsie.....	10
2.1.4. Léčba karcinomu prsu.....	11
2.1.4.1. Chirurgická léčba.....	11
2.1.4.2. Axilární lymfonodektomie.....	11
2.1.4.3. Radioterapie.....	12
2.1.4.4. Chemoterapie a hormonální léčba.....	13
2.2. Postmastektomický syndrom.....	13
2.2.1. Patogeneze, příčiny.....	13
2.2.2. Diagnostika lymfedému.....	16
2.2.3. Komplexní fyzikální terapie.....	16
2.2.3.1. Manuální mízní drenáž.....	16
2.2.3.2. Přístrojová lymfodrenáž.....	17
2.2.3.3. Kompresivní bandáž.....	18
2.2.3.4. Cvičení.....	18
2.2.3.5. Psychologická a psychotherapeutická podpora.....	19
2.2.4. Celková terapie lymfedému.....	20
2.2.5. Prevence a prognóza, kontraindikace.....	20
2.3. Edukace pacientky.....	21
2.3.1. Definice edukace.....	21
2.3.2. Zásady edukace.....	22
2.3.3. Výukové metody a výchovné cíle edukace.....	23
2.3.4. Cíle edukace.....	23
2.3.5. Organizace edukačního plánu.....	24
2.3.6. Osnova edukačního sezení, realizace edukace.....	25
2.3.7. Reeducace.....	28
2.3.8. Edukátor.....	28
3. Empirická část.....	29
3.1. Cíle výzkumu.....	29
3.2. Charakteristika zkoumaného vzorku.....	29
3.3. Metody výzkumu.....	29
3.4. Analýza dotazníkového šetření.....	29
4. Diskuse.....	56
5. Závěr.....	59
6. Seznam použité literatury a zdrojů.....	62
7. Přílohy.....	63

ÚVOD

Pracuji na dermatovenerologickém oddělení Oblastní nemocnice Kolín a.s.. Jedná se o odborné oddělení, které poskytuje péči v rozsahu ambulantních služeb, denního sanatoria a lůžkové části s 20 lůžky.

V ambulantní části je poskytována péče ve všeobecné ambulanci a odborných ambulancích jako např. dětská ambulance, ambulance korektivní dermatologie, ambulance hojení chronických ran a **ambulance lymfologické (otokové)**.

Denní sanatorium poskytuje péči v rozsahu 12 hodin denně, zejména v oblasti fototerapie, balneoterapie, magnetoterapie a **lymfoterapie**. V sanatoriu pracují dvě vyškolené sestry - lymfoterapeutky, pod záštitou primárky oddělení, která má rovněž kurs lymfoterapie. Na lůžkové části jsou hospitalizováni pacienti s nejrůznějšími kožními chorobami. Část pacientů tvoří klientky s **postmastektomickým syndromem**, které se dostávají na naše pracoviště poprvé nebo, u kterých došlo k relapsu onemocnění.

Dlouho jsem zvažovala, jakému tématu se ve své bakalářské práci věnovat. Edukace není novým tématem, ale přesto se současné ambulantní praxi potýkáme s některými problémy, jako je včasná a správná diagnostika lymfedému.

Cesta pacientky do otokové poradny bývá dlouhá, někdy se do odborných rukou lymfoterapeuta nedostanou vůbec. Po dg.onemocnění projdou pacientky operací, chemoterapií, radioterapií, hormonální terapií, rukou plastických chirurgů, apod., přesto postmastektomický syndrom, patří mezi následek, na který se běžně nepomýšlí. Otok na postižené končetině omezuje klientky v denních činnostech a může vést až k invaliditě pacientky

K výběru tohoto tématu mě motivují vlastní zkušenosti z denního sanatoria a lymfologické ambulance. Zde se setkávám s pacientkami, které do ambulance přicházejí neinformované, přicházejí již ve stádiích pokročilého lymfedému, v pracovní neschopnosti, která není na podkladě základního onemocnění. Přitom prevence u těchto pacientek je velmi účinná a ekonomicky a sociálně mnohem méně náročná než následná léčba. Právě edukace pacientek může významně přispět ke zlepšení stavu v této oblasti.

Je velkou radostí pro nás a sestry lymfoterapeutky, když pacientka odchází s výraznou redukcí otoku postižené končetiny, větším sebevědomím, zlepšenou výkonností a výhledem na úspěšné zapojení se do normálního života a uvědomění nutnosti celoživotní péče.

1.1. Cíl bakalářské práce

Cílem teoretické části bakalářské práce je seznámení s problematikou karcinomu prsu, s následným vznikem postmastektomického syndromu, jeho diagnostikou a následnou terapií, přiblížení edukace a edukačního programu u pacientek s tímto onemocněním.

Cílem empirické části bakalářské práce je pomocí dotazníkového šetření zjistit okolnosti a faktory, které ovlivňují míru informovanosti žen s tímto onemocněním. Zjistit, zda byli ženy edukovány zejména v těchto oblastech:

Zjistit, kdo ženám poskytuje první informaci o tomto onemocnění.

Zjistit, zda se ženy dostávají do odborných rukou lymfoterapeuta včas nebo až ve fázi rozvinutého lymfedému.

Zjistit míru informovanosti pacientek, zda jsou dostatečně poučeny o terapii, komplikacích, ošetřování postižené končetiny a dodržování zásad.

Zjistit, zda zdravotnický personál provádí odběry a jiné výkony na zdravé končetině.

Zjistit, zda jsou si ženy schopné vyprazdňovat samy proximální uzliny.

Zjistit, zda si ženy vyhledávají informace sami nebo je získávají pouze ve zdravotnickém zařízení, zda jim byli poskytnuty edukační materiály.

Zjistit, zda se aktivně podílejí na jejich léčbě i rodinní příslušníci.

Zjistit, zda jsou připraveny na to, že léčba je celoživotního charakteru.

Zjistit, zda znají organizace sdružující ženy s tímto postižením.

2. TEORETICKÁ ČÁST

2.1. Ca prsu.

2.1.1. Incidence a mortalita ca prsu

V současné době je karcinom prsu nejčastější malignitou u žen a jeho incidence v rozvinutých zemích světa neustále stoupá. Ve světě je incidence nejvyšší v USA, Švédsku, Velké Británii a nejnižší v jihozápadní Asii a Africe.

V České republice touto chorobou onemocní velké množství žen, procento úmrtí na toto onemocnění je jedno z největších ve světě i přes značný pokrok v diagnostice a léčbě. Například v roce 2002 byla rakovina prsu nejčastějším maligním onemocněním u žen – 244.500 případů a na tuto diagnózu zemřelo 91.000 žen. Na vysoké úmrtnosti se podílí zejména pozdní diagnostika. Asi u 30-45% žen je onemocnění zachyceno v pozdním stádiu.

V České Republice se mortalita drží na poměrně stálé úrovni, oproti ostatním zemím Evropy a Severní Ameriky je však stále vysoká. V USA klesá úmrtnost o 2-3 000 úmrtí každý rok, v Evropě klesá ve Švédsku, Německu, Rakousku, Řecku atd. Ovšem jsou také země, kde mortalita stoupá a to Španělsko, Portugalsko, Maďarsko atd.

Prognóza onemocnění záleží primárně na stadiu ve kterém je nemoc diagnostikována. Lokální léčba (chirurgie, radioterapie) ji prakticky neovlivňuje, prodloužení intervalu přežití je možno očekávat více/méně jen od systémové léčby.

Nádorová onemocnění prsu jsou onemocněním staršího věku, k výraznému vzestupu dochází zejména po 45 roce života. Výjimkou, však není postižení žen mladšího věku. Mají horší prognózu, bývají typicky multifokální a jejich dg. nebývá včasná. Věk do 35 let je faktorem prognosticky nepříznivým.

2.1.2. Vlivy ovlivňující ca mammy

Zde se jedná o poměrně velký soubor vlivů z vnitřního, ale i zevního prostředí. Tyto vlivy do značné míry zvyšují riziko vzniku karcinomu prsu.

Vliv pohlaví: větší riziko si nesou ženy než muži (135:1)

Mezi tzv.promotery kancerogeneze patří endogenní hormony. Karcinom prsu se nevyskytuje před pubertu, jeho frekvence je nízká u monádových dysgenezí a také tam, kde ovaria neprodukují sexuální hormony.

Rodinná anamnéza: Výskyt ca prsu u přímého příbuzného (matka, sestra), zde se zvyšuje riziko 2-3 násobně. U nepřímých příbuzných se zvyšuje nepatrně. Avšak pozitivní rodinnou anamnézu nemá až 80% žen s karcinomem prsu. Familiární (polygenní) karcinom prsu - znamená, že se karcinom vyskytl u jednoho nebo více příbuzných první či druhé linie.

Věk: Žena ve věku 50 let má celoživotní riziko vývoje karcinomu 7-10 %, záleží také na tom v jakém regionu žije. Vývoj karcinomu prsu je možno očekávat v pětiletém období u 17 žen z 1000 ve věku 60 let .

Regionální rozdíly: ve velké míře je odpovědný životní styl, stav výživy, životospráva a nutriční zvyklosti dané oblasti. Menší riziko mají orientální země, v západních zemích je typický vysoký příjem proteinů a živočišných tuků. Východní typ životosprávy má protektivní vliv jak na incidenci, tak na mortalitu karcinomu prsu.

Alkohol: zvyšuje riziko mírně. Ženy ve výrazném riziku karcinomu prsu (rodinná anamnéza, atypická hyperplazie nebo LCIS v biopsii) by pít alkohol neměly. Mnoho studií předpokládá, že i mírné pití alkoholu zvyšuje riziko karcinomu prsu. **Kouření:** není dokázán přímý vztah.

Jiné neoplázie: anamnéza Hodgkinovy nemoci je rizikovým faktorem, a také gynekologické neoplazie.

K dalším rizikovým faktorům patří: první menstruace před 12. rokem věku, pozdní menopauza po 50. roce věku, pozdní věk pro těhotenství, fibrocystická nemoc prsu, jiná zhoubná onemocnění.

2.1.3. Diagnostika ca mammy

2.1.3.1. Klinické příznaky

Zhoubný nádor prsu je zpočátku nebolestivý a nemusí způsobovat žádné jiné obtíže, v tom spočívá jeho záludnost. Nejčastěji bývá diagnostikován na základě zjištění:

- rezistence v prsu (až ve 73% objevena ženou při samovyšetření a ve 23% při rutinním vyšetření nebo manželem či přítelem), dále rezistence, která je spojena s citlivostí či bolestí
- retrakce bradavky, která dříve nebyla , patologická sekrece z bradavky , ekzém a svědění bradavky (u Pagtova karcinomu), retrakce kůže
- zduření spádových uzlin podpaží

2.1.3.2. Mammografie

V současné době se odlišuje mamografie klinická (diagnostická) a mamografie screeningová. Klinická mamografie se využívá k diagnostice léze prsu u symptomatických žen, druhá je metodou sekundární prevence – včasného zachytu karcinomu prsu v jeho asymptomatickém stadiu.

V diagnostice nemocí prsu je mamografie vedoucí metodou, která využívá měkké, nízkoenergetické záření. Průměrná velikost nádorů prsu detekovaných mamografií je 9-10 mm. Takové nádory prsu by prakticky neměly mít metastázy, i když teoreticky angiogeneze nastává u nádorů prsu od 3 mm. Mamografie je schopna, i při absenci viditelné formace v prsu, zachytit tzv. mikrokalciфикации, které mohou být prvním příznakem nemoci. Mamografie je vhodnou metodou pro tzv. celoplošný screening karcinomu prsu.

Indikace klinické mamografie

Indikací k provedení mamografie je důvodné podezření na patologickou formaci u ženy nad 30-35 let věku, důvodné podezření na patologickou formaci u ženy do 30-35 let věku, kdy není jednoznačný ultrazvukový a klinický nálezn. U klinicky jasného karcinomu prsu před zahájením léčby pro vyloučení multifokality a bilaterality procesu. Tam, kde je přítomna patologická sekrece (sankvinolentní, krvavá, serozní) z bradavky – zde je indikována duktografie. Vyšetření před plastickou operací prsů k vyloučení okultního karcinomu. Před zahájením a v průběhu hormonální substituční léčby v intervalech 1-2 roky. V rámci sledování žen, alespoň s jedním významným rizikovým faktorem.

Screeningová mamografie

Vzhledem k tomu, že s věkem významně stoupá incidence karcinomu je screening zahajován po dosažení určitého věku ženy (od 50, 45, 40 let). V tomto věku se jedná tedy o ženy mladé, pracovně aktivní, na vrcholu života a kariéry. Proto je medicínsky odůvodněno zahájení screeningu již od 40 let. Pokud jsou screeningové programy dobře vedené, tak vedou k poklesu mortality až o 30%.

Od podzimu roku 2002 je mamografický screening upraven vyhláškou MZ č.372/2002. V rámci této vyhlášky platí možnost bezplatného screeningu pro ženy od 45-69 roku věku, a to v intervalu dvou let. Preventivní vyšetření není povinné. Nemělo by se samozřejmě podceňovat i samovyšetřování žen a v případě nálezu navštívit lékaře i dříve než za dva roky. Mamografii lze provést i u žen mladších nebo pokud je interval od posledního vyšetření

kratší. V tomto případě si žena platí vyšetření za přímou úhradu. Cena se pohybuje od 400-800 Kč a UZ kolem 300-500 Kč. Žena samoplátkyně nepotřebuje žádanku na vyšetření od praktického lékaře nebo gynekologa.

2.1.3.3. Ultrasonografie

Ultrazvuk prsů je doplňující metoda mamografie zejména tam, kde snímek je špatně čitelný, u žen s výraznými fibrózními změnami prsu (mastopatií). Ultrasonografie dobře diferencuje solidní lézi od cystické a je metodou volby pro detekci formací prsu u mladých žen do 30-35 roku života. Doplňuje nejednoznačný mamografický nález a přispívá ke snížení zbytečně prováděných biopsií pro benigní nálezy. Protože ultrazvuk není schopen registrovat mikrokalcifikace a karcinomy prsu spolehlivě diferencuje až od velikosti 1 cm, není vhodnou metodou pro screeningovou mamografii.

Ostatní diagnostické zobrazovací metody nejsou pro rutinní diagnostiku ca prsu vhodné (PET) nebo mají velmi nízkou senzitivitu i specifitu (např. termografie).

2.1.3.4. Cytologie a punkční biopsie

Cytologie

Otisková a aspirační cytologie se provádí tenkou jehlou (FNBA – fine needle breast aspiration). Používá se k odlišení solidního a cystického ložiska ve žláze.

Otisková cytologie a cytologie z punktátů velkých cyst má malý přínos. Získaný aspirát se posílá na cytologické vyšetření. Pokud je výsledek negativní neznamená to vyloučení karcinomu.

Punkční biopsie

Jedná se o metodu punkce, prováděnou tlustou jehlou (core-cut, tru-cut), většinou bioptickým „dělem“ (biopsy gun). Získán je váleček tkáně síly jehly, délky až 2 cm, ze kterého je možné provést již histopatologický rozbor tkáně a další imunohistochemická vyšetření. Přesněji lze biopsii provést pod ultrazvukovou kontrolou.

2.1.4. Léčba karcinomu prsu

2.1.4.1. Chirurgická léčba

Chirurgická léčba je indikována jako primární u karcinomů prsu stadia I/II. Velikost nádoru nad 5 cm většinou lze operovat, avšak z hlediska prognózy nemoci je výhodnější zahájit léčbu chemoterapií. Tam, kde jsou vzdálené (systémové) metastázy je většinou chirurgická léčba již kontraindikována.

Nejmenším chirurgickým zásahem je místní extirpace, vyříznutí nádoru, který nemá propagaci do okolí a uzlin (nádor „in situ“). Standardem zůstává u větších nádorů odnětí celého prsu – radikální mastektomie. Ta představuje snesení prsu s pektorální fascií a exenteraci axily v rozsahu I a II etáže lymfatických uzlin, aby se odstranila i místa podezřelá se šíření nádorového procesu.

Prostá mastektomie (mastectomia simplex) – odstranění prsu bez axilární lymfonodektomie. Je prováděna, v některých případech, u rozsáhlého intraduktálního karcinomu, nebo invazivního karcinomu např. u starých žen s invazivním karcinomem, které mají klinicky negativní nález v axile a kontraindikaci chemoterapie.

Další možností je šetřící výkon pro prso, který odstraňuje tumor s lemlem okolní zdravé tkáně. Pak je axilární lymfonodektomie prováděna ze separátní incize v přední axilární linii.

2.1.4.2. Axilární lymfonodektomie

Tato problematika je u karcinomu prsu je stále příčinou různých kontroverzí. Pokud je výkon dobře proveden poskytuje důležité informace o prognóze a strategii další léčby a snižuje riziko regionálních metastáz.

Dvě velké randomizované studie ve Spojených státech (NSABP B-04 a CRC) prokázaly, že neléčení axily není spojeno s horším výsledkem ve smyslu délky přežití. Radikální radioterapie axily je stejně tak efektivní jako dokonalá axilární lymfonodektomie, avšak má více komplikací (progredující neuropatie plexus brachialis). (www.senologie.cz)

Drenáž duktální systém prsu je z 95% směrem do axily. Exenterace axily je tedy výkon, který snižuje riziko regionální recidivy Patří k základnímu stagingu a u metastatického postižení lymfatických uzlin je i kurativním výkonem.

V současné době bývá adekvátním výkonem lymfonodektomie v I a II etáži lymfatických uzlin. Počet lymfatických uzlin v axile je přibližně odhadován na 35-40 uzlin. Lymfonodektomií má být získáno minimálně 10 lymfatických uzlin.

Komplikace:

- Bezprostředně v prvních dnech a týdnech po výkonu to je lymfocysta – serom, bývá přítomen u 100% pacientek. Do měsíce po operaci většinou odezní.
- Resekce n. intercostobrachialis je spojena s anestézií, parestézií paže – její zadní plochy .
- Objevují se poruchy hybnosti ramenního kloubu, syndrom tzv. „zamrzlého ramene“. Především u pacientek, které dostatečně nerehabilitují horní končetinu a ramenní kloub.
- Otok horní končetiny – lymfedém

Žena je v trvalém a stálém riziku lymfedému v důsledku restrikce lymfatické drenáže operací a někdy přidruženou radioterapií. Do jisté míry je tato končetina invalidní. Ženě nejsou doporučovány namáhavé cviky, fyzická práce, nošení břemen v postižené končetině, změny teploty (sauna). Je dobré se vyvarovat i drobným poraněním při denní činnosti, ale i například odběrům krve, intravenózním injekcím nebo měření krevního tlaku na postižené končetině. (www.senologie.cz)

Z těchto důvodů je vyvíjen koncept extirpace tzv. sentinelové lymfatické uzliny. Ten předpokládá existenci jedné až několika (v našem souboru to jsou v průměru 2 LU) lymfatických uzlin, do kterých metastazuje karcinom prsu (nejen prsu) jako první. Odstraněním těchto uzlin a průkazem absence nádorového postižení je možno ženu ušetřit systémové lymfonodektomie se všemi jejími důsledky. Sentinelové uliny se detekují pomocí lymfoscintigrafie a perioperačně pomocí gama sondy. Druhá metoda detekce je tzv. lymfatické mapování pomocí lymfotropního barviva (patent blau). Optimální je kombinace obou metod. Předběžné výsledky jsou povzbuzující, tato metoda však zatím nepatří ke standardu léčby. (www.senologie.cz)

2.1.4.3. Radioterapie

Radioterapie se volí po operaci, někdy i před operací, nebo kde operativní výkon nebyl doporučen. Rozsahem nálezu je dána velikost ozařované oblasti. Z preventivního hlediska se ozařuje pole většího rozsahu než byl sám nález, protože ozařování má za úkol zničit i nádorové buňky, které mohly ojediněle proniknout do okolí. Cílem radioterapie je zničit

neomezenou schopnost růstu nádorové buňky. V klinické radioterapii se užívá řada různých přístrojů. Dnes převažují kobaltové ozařovače a lineární urychlovače. Ozařování se provádí 5 dnů v týdnu a trvá 5-8 týdnů.

2.1.4.4. Chemoterapie a hormonální léčba

Nádor prsu je systémové onemocnění, u kterého jsou většinou v době diagnózy předpokládány mikrometastázy. Chemoterapie v současné době stále více zařazována do léčebných algoritmů. Spočívá v aplikaci jednoho či více cytostatik podávaných ve formě injekcí, infúzí nebo tablet. Chemoterapie prodlužuje délku života a zlepšuje jeho kvalitu.

Hormonální léčba

Adjuvantní:

Se provádí u premenopauzálních žen, bývá podávána u některých pacientek stadia I a stadia II tam, kde byla prokázána pozitivita hormonálních receptorů a není vhodná chemoterapie. Dále u většiny postmenopauzálních žen s pozitivitou hormonálních receptorů v nádoru u kterých není indikována chemoterapie.

Additivní léčba :

Antiestrogeny - Tamoxifem 20 mg/ den po dobu 5 let

Ablační léčba: Ovariectomie, radiační kastrace, medikamentózní kastrace (analoga GnRH).

Paliativní: Používá se u progredujícího onemocnění - kastrace u premenopauzálních žen.

Hormonální léčba je šetrná a provádí se dlouhodobě.

2.2. Postmastektomický syndrom, lymfedém

2.2.1. Etiologie, patogeneze lymfedému

Lymfedém je otok, jehož vznik je podmíněn poruchou mízního systému. Tato porucha vzniká v důsledku dysbalance mezi kapilární filtrací a transportní kapacitou lymfatického systému. Jedná se o chronické onemocnění, které nejčastěji postihuje dolní a horní končetiny. Výskyt v dutině ústní, v oblasti genitálu, v obličeji nebo jiné části těla bývá vzácnější.

Nestačí-li mízní systém v dostatečné míře odvádět stále se tvořící tkáňový mok, vzniká otok – lymfedém – způsobený hromaděním tekutiny ve tkáni. Nejčastější příčinou vzniku edému je narušení resorpční a transportní funkce mízních cév. (Benda, Bařinka 1981)

Nemocní s lymfedémem, bývají ohroženi vznikem opakovaných infekcí podkoží (erysipelem), nebo mohou být ohroženi maligním zvratem v lymfangiosarkom. Otok může být velkých rozměrů, deformující postiženou část. Lymfatický otok není kauzálně léčitelný, ale lze ho značně ovlivnit lymfoterapeutickými metodami.

Lymfedém končetin prochází několika klinickými stádii, jejichž existence, délka trvání a stupeň manifestace jsou závislé na charakteru a stupni nedostatečnosti mízního oběhu. (Benda, Bařinka, 1981)

Akutní stádium vzniká při mechanické i dynamické insuficienci. Nejčastěji je podmíněné zánětlivou či traumatickou (chirurgickou) obliterací mízního řečiště nebo poraněním nervového systému. Lymfedém dosahuje obvykle jen mírného stupně, je výrazně měkký, pastózní, během 4-6 týdnů ustupuje a přechází do latentního stádia.

Latentní stádium – bez klinické manifestace otoku – je charakterizováno přítomností patologických změn v mízním systému. Existence a délka latentního stádia jsou u závislé jednak na stupni a rozsahu patologických změn na míznicích či uzlinách.

Čím závažnější jsou patologické změny, tím kratší je latentní stádium.

Stádium chronického lymfedému navazuje na předchozí. Začíná obvykle přechodnými otoky, patrnými navečer, po dlouhém stání. Edém mizí obvykle po nočním odpočinku. Přechodné otoky většinou pozvolna přecházejí do vlastního chronického stádia. (Benda, Bařinka, 1981)

Dělení lymfedému:

Lymfedém podle charakteru dělíme na:

Primární:

Primární lymfedém vzniká vrozenou nedostatečností lymfatických uzlin nebo lymfatických cest. Může se projevit v kterémkoli období života. Otok vzniká vždy od periferie, čili na dolních končetinách od prstů, kdy nelze udělat na 2.prstu kožní řasu tzv. Stemmerovo znamení.

Sekundární:

Sekundární lymfedém vzniká v důsledku operačních zákroků, ozařování, v důsledku zánětlivých onemocnění, po traumatech. Jeho velikost závisí na rozsahu poškození lymfatického systému. Začíná před překázkou a postupuje do periferie. U dlouhotrvajícího lymfedému dochází ke změnám kůže (bledá, suchá, náchylná k infekci, vznik bradavičnatých změn). Častou komplikací je vznik erysipelu a mykóz.

Sekundární lymfedém rozlišujeme dále na 4 stádia:

- **Latentní** – kdy je prokázána nedostatečnost lymfatických cest, ale kapacita transportu lymfy je dostatečná. Otoky minimální, nebo žádné, vyznačuje se pocitem napětí, pálení, bodání v postižené oblasti.
- **Reverzibilní** – lymfatická drenáž je v rovnováze s kapilární filtrací. K poruše vede větší zatížení (gravidita, zátěž DK). Otok je dočasný, patrný převážně ve dne, který po noci částečně nebo úplně mizí.
- **Nereverzibilní** – trvalý otok při přetížení dysfunkčního lymfatického systému. Otok se zvětšuje, kůže bývá bledá, chladná, mizí žilní kresba.
- **Elefantiáza** – tzv. sloní noha, trvalá změna podkoží, dochází k fibrotizaci. Končetina je deformovaná a nefunkční.

Specifické postavení má postmastektomický syndrom:

Toto poškození vzniká sekundárně, na základě primárního onemocnění karcinomu prsu a jeho léčby. Vznik lymfedému je ovlivněn řadou faktorů. Záleží na tom, zda byl chirurgický výkon doprovázen radioterapií, zda a v jakém rozsahu byly odstraněny lymfatické uzliny a nepoškozeny lymfatické cesty.

Otok horní končetiny se může rozvíjet pomalu či překotně a manifestovat se různě dlouho od 2 měsíců až do několika let. Nejčastěji vidáme lymfedém končetiny v období 1-1,5 roku po operačním výkonu.

Ke vzniku otoku může také přispět nedodržování léčebného režimu (slunění, popálení, tlak, odběr krve z postižené končetiny, poranění, infekce, nebandážování).

2.2.2. Diagnostika lymfedému

Anamnéza: je důležitou součástí klinického nálezu. V rodinné anamnéze pátráme po výskytu otoků u rodinných příslušníků, v osobné anamnéze pátráme po vrozených anomáliích, po malformacích krevních cév. Zjišťujeme prodělaná onemocnění v dětství, předchorobí, pátráme po údajích o proběhlých onemocněních žil, které může významně ovlivnit mízní systém. U pacientek po operaci prsu pátráme po rozsahu chirurgického výkonu, zda byl doprovázen radioterapií.

Důležité je vyloučení jiného typu otoku (kardiálního, renálního)

Klinický obraz: pozitivní Stemmerovo znamení , lokalizace otoku, anamnéza, verrucosis lymphostatika

Lymfoscintigrafie: prokáže průchodnost lymfatických cest a uzlin

Měření objemu a rozměrů končetin je důležitou součástí vyšetření a také i následné kontroly v průběhu terapie.

2.2.3. Komplexní fyzikální terapie

Lymfedém je závažným onemocněním, zatěžujícím nemocné fyzicky i psychicky. Důležité je co nejdříve začít s léčbou a včasné diagnostikovat příčinu. V první fázi se předpokládá hospitalizace, kdy dojde k maximální redukci objemu, k návyku a nácviku všech potřebných cviků a masážních technik, nutná je trvalá spolupráce pacienta.

(Resl, 1997)

Terapie na našem pracovišti probíhá ve dvou fázích intenzivní a udržovací.

K intenzivní terapii jsou pacienti přijímáni k 2-3 týdenní hospitalizaci nebo docházejí do denního sanatoria. podle rozsahu postižení. Hlavním cílem je redukce otoku. V **udržovací fázi** se pravidelnými konzultacemi a kontrolami v lymfologické poradně snažíme udržet příznivý stav a zabránit opětovné progresi onemocnění. Tato fáze je u pacientů celoživotní, neboť se jedná o postižení nezvratné

2.2.3.1. Manuální mízní drenáž, Manuální lymfodrenáž

Pojmenování edém vzniklo z řeckého slova „OIDAO“ a znamená otékati, natékati. Stav edém definoval Foldi následovně: pod pojmem edém rozumíme viditelné a hmatatelné

zduření části těla zjistitelné našimi smyslovými orgány, které je podmíněno nahromaděním volné tekutiny v intersticiu. Edémy jsou hlavní indikační oblastí pro lymfodrenážního terapeuta, který provádí manuální lymfodrenáž. (Bechyně, Bechyňová, 1993)

Jedná se o jemnou manuální techniku, která zvyšuje resorpci intersticiální tekutiny – lymfy, má svůj nezaměnitelný postup, skládající se ze speciálních hmatů.

Tato technika obnovuje a posiluje funkci kapilární mízní pumpy a stimuluje fagocytární aktivitu tkáňových makrofágů a tím extralymfatické odbourávání makromolekulárních látek. Manuální lymfodrenáž se provádí vždy z centra směrem k periférii, kdy je nutné předchodí ošetření proximálních lymfatických uzlin speciálními hmaty. Masáž musí být nebolestivá a vnímána jako příjemná. U přetrvávajících ostrůvků nahromaděné lymfy se provádějí speciální tzv. antifibrotické hmaty.

Ošetření vždy provádí vyškolená lymfoterapeutka pod záštitou lékaře lymfoterapeuta.

Manuální lymfodrenáž se vyznačuje proti ostatnímu formování tkání zvláštní terapeutickým přístupem – mechanoterapií – svou „jemností“, „lehkostí“ (ve smyslu malého tlaku), „něžností“, „hmoty jako kočičími tlapkami“, to je malý výčet atributů pro vyjádření pojmu a účelu manuální lymfodrenáže. (Bechyně, Bechyňová, 1993)

Tato pojmenování vyjadřují pokus o charakterizování vlastností hmatové techniky této terapie, která působí fyziologicky na lymfatický systém tkáně, tkáňovou tekutinu jakožto nositele masy, a tím silové vztahy na terminální tratě lymfatického proudu. (Bechyně, Bechyňová, 1993)

2.2.3.2. Přístrojová lymfodrenáž

Přístrojová lymfodrenáž zpravidla navazuje na lymfodrenáž manuální.

Tato masáž se provádí speciálními programovatelnými přístroji, na které se připojují návleky na horní končetinu. Tyto návleky jsou tvořeny systémem navzájem se překrývajících komor tak, aby bylo zabezpečeno rovnoměrné rozložení tlaku (25-50 mmHg). Provádí se opět nejdříve z centra do periferie, následně z periferie do centra, tuto zásadu respektuje navolený program. Celá procedura se provádí 20 – 25 minut masáží směrem z centra do periferie a 20 – 25 minut z periferie do centra. Před prováděním přístrojové drenáže je nutné ošetření manuální, minimálně krku a regionálních lymfatických uzlin

2.2.3.3. Kompresivní bandáž

Kompresivní bandáž je nedílnou součástí komplexní terapie. Ve fázi redukce otoku je vhodné aplikovat zesílenou více vrstvou bandáž, která se ponechává celodenně. Tato bandáž se skládá z bavlněného tubulárního návleku, pryžových podložek (inlay), molitanu a kompresivního krátkotažného obinadla 12-14 cm širokého.

Tuto obvazovou techniku by měl provádět vyškolený pracovník (lymfoterapeut). Přikládání této komprese musí být precizní. Začíná se vyvazováním každého prstu zvlášť (u zvláště rozsáhlých otoků), pokračuje se přes hřbet a dlaň ruky směrem vzhůru. Nejvyšší tlak je vyvíjen na periferii a směrem do centra tlak snižujeme.

Po stabilizaci stavu, nebo tam kde se otok více než 6 měsíců nemění, se používají kompresivní návleky, které jsou pacientce vystaveny na zdravotnický poukaz.

S poklesem tkáňového napětí po manuální či přístrojové lymfodrenáži musí být zachován získaný objem končetiny dobrou bandáží. Bandáž zvyšuje tkáňový tlak a umožňuje při opatrné gymnastice pomocí kontrakce svalů další vyprazdňování postiženého podkoží. (Bechyně, Bechyňová, 1993)

2.2.3.4. Cvičení

Součástí komplexní terapie je cvičení se zabandážovanou HK pod dohledem odborného personálu. Pacientky cvičí dvakrát denně, při hospitalizaci provádí cviky dle návodu a rad školené lymfoterapeutky. Procvičují se obě končetiny a využívá se různých pomůcek (míč, hůlky).

Všechna cvičení a cviky jsou koncipovány tak, aby během cvičení s kompresí docházelo ke stimulaci lymfatik a byl potencován odtok lymfy. Cvičení vhodné provádět 2 x denně po dobu 20 minut.

V udržovací fázi jsou klientky domů vybavovány sestavou a návodem k provádění jednotlivých cviků.

Velmi vhodné je i cvičení ve vodě, zde bandáž nahrazuje sama voda ve, které se pacient pohybuje.

2.2.3.5. Psychologická a psychoterapeutická podpora

V rámci všech sezení a při veškerém kontaktu s pacientkou a rodinnými příslušníky se nesmí opomíjet i psychologická stránka věci.

Personál by měl u pacientky podporovat pocit naděje. Toto lze velmi jednoduše provádět formou volného rozhovoru, o tom jak vidí situaci, jaké má předchozí zkušenosti. Provádět takové aktivity, které mají z pohledu pacientky smysl a účel. Přesvědčovat pacientku, že pozitivní vývoj onemocnění je možný, a že průběh nemoci může skončit i dobře. Utvrzovat v názoru, že život má smysl, ale o příznivý výsledek je třeba bojovat.

Je potřebné vytvářet takový vztah mezi pacientem a ošetrovatelským personálem, který podporuje důvěru pacienta v příznivý vývoj onemocnění. Odvádět pozornost pacientky od chmurných a negativních myšlenek. Navozovat dobrou náladu, citlivě využívat humoru. Upozorňovat pacientku na pozitivní změny, kterých dosáhne, i když jsou třeba malé, ale u lymfedému měřitelné.

Umožnit kontakt s pacientkami, které byli v obdobné situaci a dostaly se z podobné situace a nedopustit, aby u pacientky vznikl pocit opuštění, izolace, odepsání rodinou, přáteli nebo personálem.

Při komunikaci je nutné si dát pozor na – netrpělivost, špatný odhad času při rozhovoru s pacientkou, netaktnost. Dále na nejasné formulace. Při komunikaci je velmi důležitý i soulad verbálního i neverbálního projevu zdravotnického personálu i a akceptace pacienta.

Pacientce doporučit a dát ji možné kontakty na sdružení nebo kluby sdružující takto postižené ženy. Doporučit ji prodejnu, kde lze zakoupit vhodné prsní protézy a podprsenky.

V rámci psychoterapeutického působení lze používat rovněž autogenního tréninku. Ten umožňuje pomocí zaměřených formulí zlepšovat funkce jednotlivých orgánů a mírnit bolest.

Velice dobré zkušenosti mám s autogenním tréninkem, což je jedna z hlavních relaxačních léčebných metod, které patří do obsáhlé psychoterapie. (Bechyně, Bechyňová, 1993)

Jde o stav vnitřního duševního světa při maximálním tělesném uvolnění.. Odtazením od vnějšího světa se dospívá ke stavu niterního ponoření do sebe. Žádoucích účinků v tělesné i duševní oblasti se zde dosahuje cestou autosugesce. (Bechyně, Bechyňová, 1993)

Pomocí takzvané „vnitřního pohledu“ se zlepšuje sebekritika a sebekontrola pacientky, lépe se snaží rozumět vlastním motivacím. V průběhu cvičení je účinnost

autogenních formulí okamžitá nebo při soustavném cvičení působí i do budoucna. Základní stupeň cvičení se sestává z šesti cvičení. Jednotlivé body navazují po sobě a pacientka prožívá své pocity uvolnění takto: pocit tíže, pocit tepla v končetinách, prožití pravidelného tepu srdce, prožitek klidného a samočinného dýchání, pocit tepla uvnitř těla a pocit chladu na čele. Cvičení se vždy navozuje vyvoláním klidu v relaxační poloze a končí se technikou na odvolání tohoto stavu.

Tato cvičení by měla vždy probíhat pod vedením psychoterapeuta.

2.2.4. Celková terapie lymfedému

Celková terapie je spíše doplňkem komplexní terapie lymfedému. Cílem je zvýšení transportní kapacity lymfatického systému, stimulace endogenní fibrinolýzy, snížení kapilární filtrace a ovlivnění žilního návratu.

Nejčastěji se používají léky ze skupiny venofarmak, deklarován účinek lymfotropní (diosmin, hesperidin, troxerutin), detralex. Další skupinou jsou enzymové preparáty - proteázy (Wobenzym)

Nelze ani opomíjet vhodnou terapii infekcí podkoží, např. při rozvinutí erysipelu, přeléčit infekci ATB – PNC, dále následující 6 měsíční pendeponizace.

2.2.5. Prevence a prognóza, kontraindikace

- **Prevence** - u primárního lymfedému aktivní vyhledávání pacientů s pozitivní rodinnou anamnézou, zvláště dcer pacientek s lymfedémem. U sekundárního lymfedému včasné zahájení terapie, edukace pacientek, doporučení na specializované pracoviště

- **Prognóza** – závisí na mnoha faktorech.
 - Včasné diagnostice
 - Včasném zahájení léčby
 - Stupni poškození lymfatického systému
 - Typu a etiologii lymfedému.
 - Spolupráci pacientky a rodinných příslušníků

Kontraindikace lymfoterapie

V rámci terapie lymfedému nelze opomenout i skutečnosti, které mohou vést k tomu, že léčba lymfedému není možná a to i přesto, že otok je velký a vede až k invalidizaci pacientky. Kontraindikace jsou absolutní a relativní, kde záleží na spolupráci a doporučení interního lékaře a onkologa.

- **Absolutní kontraindikace ML:**

- maligní onemocnění , které nebylo léčeno nebo hrozí recidiva. Výjimka je konečné stádium s paliativním řešením a manuální lymfodrenáží se řeší zmírnění obtíží.
- akutní bakteriální nebo virové onemocnění, streptokoková onemocnění (erysipel, lymfangitis), hnisavá rána, akutní asthma bronchiale nebo akutní bronchitis

(Bechyně, Bechyňová, 1993)

- **Relativní :**

- Těžké srdeční onemocnění (pravo-levostraná srdeční insuficience, asthma cardiale) – hrozící plicní edém.
- Chronické stádium asthma bronchiale či chronické bronchitis
- Hyperthyreóza
- Hypotonie

(Bechyně, Bechyňová, 1993)

2.3. Edukace pacientky

2.3.1. Definice edukace

Edukace: „ Educo, educare“ latinské slovo vychovávat, vzdělávat

Edukace: výchova, vzdělávací proces, předání informací, výuka nových návyků, stereotypů.

Jde o předávání informací, výuku nových návyků, dovedností a stereotypů. Ve zdravotnictví tímto pojmem označujeme vzdělávání a výchovu pacientů. Vzdělání je

mnohostranné. Zahrnuje programy podpory a udržení zdraví, prevence komplikací v případě nemoci a zajištění kvalitního života v případě chronického onemocnění.

Vzdělání je v ošetrovatelství samostatnou funkcí vyplývající z práv pacienta na informace. Edukací uspokojujeme kognitivní potřeby pacienta (tzn. potřeba poznávat, vědět, rozumět). Každý edukační proces by měl obsahovat zásady, které by měly vést k co možná nejlepšímu pochopení problémů, které jsou spojené s daným onemocněním.

2.3.2.Zásady edukace pacientů:

Při vzdělávání pacientek je třeba, pro úspěšné pochopení, dodržovat i určitá pravidla:

- Srozumitelnost – je velmi nutné výklad přizpůsobit úrovni pacientky, a to s přihlédnutím jak k věku, inteligenci, sociálnímu zázemí, tak brát v potaz smyslové handicap apod..
- Citlivost, empatie – každý zdravotník by měl odhadnout emoční stav pacienta, jeho duševní rozpoložení a vůli spolupracovat. U žen, které prošly řadou léčebných procedur, některé mají tělesný handicap, musí být míra citlivosti a empatie v přístupu zdravotníka opravdu na velmi dobré úrovni.
- Opakování – je známo, že nemocní, bez rozdílu intelektu, si pamatují dvě až tři informace. Dále si pamatují informace, které jim byli sděleny na začátku rozhovoru a ty, které jim byly několikrát zopakovány a řečeny s důrazem, dále informace písemné a vizuální. Proto je potřeba si udělat kvalitní časový rozvrh, věnovat se pacientce dostatečně dlouho a s ochotou opakovat informace vícekrát.
- Prostor pro pacientovi dotazy – tím se zamezí falešným domněnkám o nemoci a léčbě. Dostatečný časový rozvrh je velmi důležitý pro kvalitu předávaných informací.

2.3.3. Výukové metody a výchovné cíle edukace

Výukovou metodou rozumíme cestu, kterou dosahujeme výukového cíle. Tady platí zásada, čím aktivněji je pacient a rodina zapojena do procesu učení, tím více informací a dovedností je schopna přijmout. Mezi výukové metody patří výklad, čtení, audiovizuální metody, demonstrace, praktické cvičení. Pro určitý cíl, který si zvolíme je tedy důležité zvolit vhodnou metodu výuky.

Výchovné cíle edukace:

- **Kognitivní:** intelektové schopnosti, cílem je, aby klient věděl, zda klient porozuměl
- **Afektivní:** týká se postojů, hodnot, názorů, zahrnuje emoce, postoje, hodnoty, návyky, životní přesvědčení
- **Psychomotorické:** týkají se dovedností a činností klienta, za cíl klade osvojení a používání dovedností, činností. Výstupem je dovednost

2.3.4. Cíle edukace

Cíle edukace neslouží pouze ke stanovení edukačního plánu, ale jsou zároveň kritériem k hodnocení již proběhlé edukace.

- Klientka zná příznaky a projevy onemocnění.
- Klientka je seznámena s komplexním léčebným plánem a jeho zásadami
- Klientka zná a umí provádět:
 - jemnou manuální masáž a vyprázdnění proximálních uzlin
 - speciální cvičení
 - umí pracovat s kompresivní bandáží nebo punčochou
- Klientka zná prevenci lymfatických otoků
- Klientka je seznámena s terapií, ošetřováním postižené končetiny, zná a dodržuje zásady péče o končetinu.
- Klientka je seznámena s organizacemi, kde se sdružují podobně postižené ženy
- Aktivně se do procesu zapojí rodina – manžel, umí provádět kompresivní bandáž
- Klientka si uvědomuje nutnost celoživotní péče o postiženou končetinu a při nedodržení terapie možnosti vzniku komplikací a zhoršení lymfedému.

2.3.5. Organizace edukačního plánu

Edukační sezení je vhodné rozložit do více bloků s dostatkem času a v nerušeném prostředí. Pro kvalitní edukaci pacientek a rodinných příslušníků je vhodné rozložení do 5 setkání po dobu asi 40 min. Každé sezení musí probíhat podle předem připraveného programu.

- I. sezení** – v průběhu prvního sezení klientka je seznámena s základními projevy onemocnění, podstatou onemocnění a léčebným plánem.
- II. sezení** – při druhém sezení je klientka seznámena s péčí o postiženou končetinu, s prevencí lymfedému, s domácím ošetřením proximálních mizních uzlin
- III. sezení** – klientka se bude seznamovat a nacvičovat cviky, které jsou důležitou součástí komplexu léčebných opatření.
- IV. sezení** – je prováděn nácvik kompresivní terapie, se zapojením rodinných příslušníků.
- V. sezení** – hodnocení edukačního procesu, klientka umí předvést cviky HK, umí ona nebo manžel (jiný příbuzný nebo blízký) provést kompresivní bandáž postižené končetiny.

Vzdělávání a výchova pacientky bude probíhat formou individuální, v průběhu 4 a 5 sezení budou informace předávány za přítomnosti manžela.

K edukaci je používána informační brožurka firmy Hartmann „mizní otoky končetin“, leták „terapie lymfedému“, odborné znalosti vyškolených sester lymfoterapeutek, cviky a praktické rady pro pacienty vytvořené na oddělení. Předány materiály vydané Ligou proti rakovině Praha.

Metoda edukace probíhá formou přednášky, odborné demonstrace, diskuse a odpovědí na otázky pacientky a rodinných příslušníků. Edukace probíhá v denním sanatoriu (na dermatovenerologickém odd.), kde tuto terapii provádějí vyškolené sestry lymfoterapeutky. Zde je vytvořeno vhodné, příjemné a nerušené prostředí, aby předávání informací mohlo probíhat na kvalitní úrovni.

2.3.6. Osnova edukačního sezení, realizace edukace

Osnova edukačního sezení

I. sezení: klientka je seznámena s základními projevy onemocnění, podstatou onemocnění a léčebným plánem.

V rámci prvního sezení je nutné navázat spolupráci s pacientkou, najít si cestu vzájemného porozumění a získat její důvěru. Toto je velmi důležité pro budoucí spolupráci a předávání informací. Klientku seznámíme s tím, že lymfedém je onemocnění způsobené hromaděním tekutiny v tkáňovém podkoží, většinou postihuje končetiny a je důsledkem postižení lymfatického systému. Lymfedém rozlišujeme **primární (vrozený) a sekundární**, který vzniká následkem nádorového onemocnění, ozařování, chirurgického zákroku či úrazu. Mízní otok je řešitelný komplexní terapií, která obnovuje a posiluje kapilární mízní pumpu. Komplexní terapie se skládá z **manuální mízní drenáže, přístrojové lymfodrenáže, kompresivní bandáže a cvičení.**

Manuální mízní drenáž – manuální technika, která zvyšuje resorpci intersticiální tekutiny. Během lymfodrenáže se provádí ošetření vždy z centra k periferii, nutné předchozí ošetření proximálních lymfatických uzlin. Poučí se o tom, že speciální hmaty provádějí lymfoterapeutky a sama pacientka se v průběhu dalšího sezení naučí vyprazdňovat proximální mízní uzliny.

Přístrojová lymfodrenáž – informujeme pacientku o nutnosti předchozího manuálního ošetření regionálních lymfatických uzlin. Samotné ošetření se provádí přístrojem a speciálními návleky. Opět se provádí nejdříve z centra do periferie, následně z periferie do centra

Kompresivní bandáž - nedílná součást terapie, ve fázi redukce otoku je vhodné aplikovat zesílenou vícevrstvou bandáž, která se ponechává celodenně. Tuto techniku provádí vyškolený terapeut. Po stabilizaci stavu nebo tam, kde se otok více než 6 měsíců nemění, aplikujeme kompresivní návleky.

Cvičení – pacienti provádí cviky dle návodu a edukace školené lymfoterapeutky. Cvičení jsou koncipována tak, aby během cvičení s kompresí docházelo ke stimulaci lymfatických cév a byl potencován odtok lymfy. Cvičení je vhodné provádět 2x denně po dobu 20 min. Zpočátku pod dohledem odborného personálu

II. sezení: klientka bude seznámena s péčí o postiženou končetinu, s prevencí lymfedému, s domácím ošetřením proximálních mízních uzlin

Klientka je seznámena s následujícími zásadami:

v zaměstnání a domácnosti: vyvarovat se všech poranění, i těch nejdrobnějších, přetížení končetiny a účinku horka a chladu. Pozor na píchnutí jehlou, říznutí nožem, opatrnost při žehlení. Nemýt nádobí v horké vodě, nenosit těžké tašky

při oblékání: raménka podprsenky se nesmějí zařezávat, používat bavlněné oblečení, nevhodná jsou úzká trika, tílka

při kosmetické péči: neporanit si nehtové lůžko při stříhání nehtů, opatrnost při pilování, nepoužívat alergizující prostředky. Vyvarovat se sauny, opalování, přímého slunečního záření.

u kadeřníka: chránit ramena a ruku před horkým vzduchem

na zahradě: pozor na bodliny, trny, ostré zahradnické náčiní. Nosit pracovní rukavice. Šetřit postiženou končetinu. Pracovat vždy s bandáží končetiny nebo kompresivní punčochou

při sportu: vyvarovat se těžké tělesné zátěže, vhodná jízda na kole, plavání, vycházková chůze

při výživě: udržovat si tělesnou hmotnost, omezit příjem soli, dostatek zeleniny a ovoce.

u lékaře: na postižené končetině nikdy žádné injekce, odběry krve, měření tlaku, žádná akupunktura

u televize: ruku ve zvýšené poloze, podkládat, používat závěs

při nočním klidu: ruku ve zvýšeném postavení, neležet na postižené straně

V průběhu tohoto sezení se naučí vyprazdňovat proximální uzliny na krku a podpažím jemnými krouživými pohyby viz.názornou ukázkou.

Klientka je poučena , že při jakýchkoli komplikacích je nutné vyhledat a informovat lékaře zejména proto, že postižená končetina bývá často vstupní branou erysipelu (streptokokové infekce kůže a podkoží) .

III. sezení – klientka se bude seznamovat a nacvičovat cviky, které jsou důležitou součástí komplexu léčebných opatření.

Klientka si musí uvědomit, že speciální cvičení s bandáží by mělo být v terapii lymfedému pravidelností. Napomáhá uvolnění celého těla i v jizevnatém místě tkáně, které by jinak znamenalo překážku v pohybu.

Zásady pro správné cvičení: každé cvičení vícekrát, všechny cviky nejdříve začínat zdravou končetinou, pak teprve nemocnou s kompresí bandáží nebo punčochou. Pohyby jsou volné, prostorné, dotahované do plného rozsahu. Mezi jednotlivé cviky vložit 2-3 min.uvolnění. Nespěchat se cviky, při pocitu únavy cvičení ukončit. Plavání nebo cvičení ve vodě je výborným doplňkem této terapie.

Terapeutky se snaží s klientkou nacvičit jednotlivé cviky, pro domácí cvičení dostane leták s popisem jednotlivých cviků.

IV. sezení – bude prováděn nácvik kompresivní terapie, se zapojením rodinných příslušníků.

Toto sezení je velmi důležité. Klientku je nutné seznámit s tím, že kompresivní bandážování je nedílnou součástí léčby. Pokud je onemocnění chronické, je nutné počítat s doživotním bandážováním postižené končetiny.

Poučí se jak důležitá je správná volba obinadla a technika přiložení komprese, že vhodné je použití krátkotažných elastických obinadel, při stabilizaci velikosti otoku možnost použití kompresivního rukávce.

Důležité je, aby si klientka uvědomila, že je vhodné proškolení rodinného příslušníka, protože se může dostat do situace, kdy nebude schopna bandáž provést sama.

Provedou se ukázky bandážování, vyzkouší si i pacientka. Stejně informace se poskytnou rodinnému příslušníku s úkolem vyzkoušet si bandážování prakticky. Poskytnou se informace, že obinadla jsou na zdravotní poukaz a kompresivní punčochu lze také napsat 1x za ½ roku na zdravotní poukaz.

V. sezení - hodnocení edukačního procesu, klientka umí předvést cviky HK, umí ona nebo manžel provést kompresivní bandáž postižené končetiny.

Na závěr těchto sezení je vždy nutné provést **zhodnocení proběhlé edukace** ve spolupráci s pacientkou a rodinným příslušníkem, zda porozuměli všem informacím, zda pochopili principy léčby a zda jsou schopni ji provádět. Odpovědět na všechna dotazy, nechat pacientce pro ně prostor a trpělivě ji vyslechnout a i opakovaně odpovídat.

Vhodné je také si nechat prakticky ukázat od klientky a rodinného příslušníka, zda jsou schopni provést kompresivní bandáž, vyprázdnění mízních uzlin a provádět doporučená cvičení. Na závěr posoudit do jaké míry byla edukace úspěšná a zda došlo ke splnění vytyčených cílů.

2.3.8. Reedukace

Reedukace nebo-li pokračující edukace při každé návštěvě nemocné, je pilířem úspěchu, ve všech aspektech péče o ženy s postmastektomickým syndromem / lymfedémem horní končetiny. Reedukace slouží k udržení motivace nemocných patientek, dodržování režimových opatření, vede ke zlepšování manuální zručnosti a uvědomění si celoživotní péče.

Edukace je společným cílem celého zdravotnického týmu (lékařů chirurgů, onkologů, praktických lékařů, sester lymfoterapeutek, psychologa a pacientky samé.

2.3.9. Edukátor

Vědní obor ošetrovatelství se mimo jiné zabývá podporou udržení zdraví a zlepšením kvality života. Edukace je nedílnou součástí ošetrovatelství, protože ošetřovat znamená také vést, vychovávat a učit. Je to týmová spolupráce celé řady zdravotnických profesionálů

Edukátor je nositelem změn, učitelem, rádcem, poradcem a obhájcem práv. Je nutné, aby byl udržován lidský přístup, zaměřený individuálně a aby se na pacienta pohlíželo na bytost s bio-psycho-sociálními potřebami.

3. EMPIRICKÁ ČÁST

3.1. Cíle výzkumu

1. Zjistit, kdo ženám poskytuje první informaci o tomto onemocnění.
2. Zjistit, zda se ženy dostávají do odborných rukou lymfoterapeuta včas nebo až ve fázi rozvinutého lymfedému.
3. Zjistit míru informovanosti pacientek, zda jsou dostatečně poučeny o terapii, komplikacích, ošetřování postižené končetiny a dodržování zásad.
4. Zjistit, zda zdravotnický personál provádí odběry a jiné výkony na zdravé končetině.
5. Zjistit, zda jsou si ženy schopné vyprazdňovat samy proximální uzliny.
6. Zjistit, zda si ženy vyhledávají informace sami nebo je získávají pouze ve zdravotnickém zařízení, zda jim byli poskytnuty edukační materiály.
7. Zjistit, zda se aktivně podílejí na jejich léčbě i rodinní příslušníci.
8. Zjistit, zda jsou připraveny na to, že léčba je celoživotního charakteru.
9. Zjistit, zda znají organizace sdružující ženy s tímto postižením

3.2. Charakteristika zkoumaného vzorku

Celkem bylo rozdáno 70 dotazníků. Zpět bylo vráceno 65 dotazníků, návratnost byla 92,86 %. Výzkum probíhal v otokové ambulanci a v denním sanatoriu při dermatovenerologickém oddělení Oblastní nemocnice Kolín, a.s.. Vyplňování dotazníku bylo dobrovolné a anonymní.

Výzkumný vzorek tvořily ženy ve věku 35 – 75 let se shodnou dg. postmastaktomický syndrom, lymfedém HK.

3.3. Metody výzkumu

Pro výzkum jsem použila dotazník, který jsem si sama sestavila. K sestavování jednotlivých otázek dotazníku jsem využila cenných rad a zkušeností sester lymfoterapeutek. 24 otázek bylo sestaveno dle jednotlivých problematik tohoto onemocnění, zaměřené na míru informovanosti žen, na zjištění aktivního zájmu rodinných příslušníků. Dotazníky byly rozdávány od října 2005 do března 2006.

3.4. Analýza a zhodnocení dotazníkového šetření

Výsledky mého výzkumu jsou obsahem následujících stránek

Otázka č.1

Kolik je Vám let?

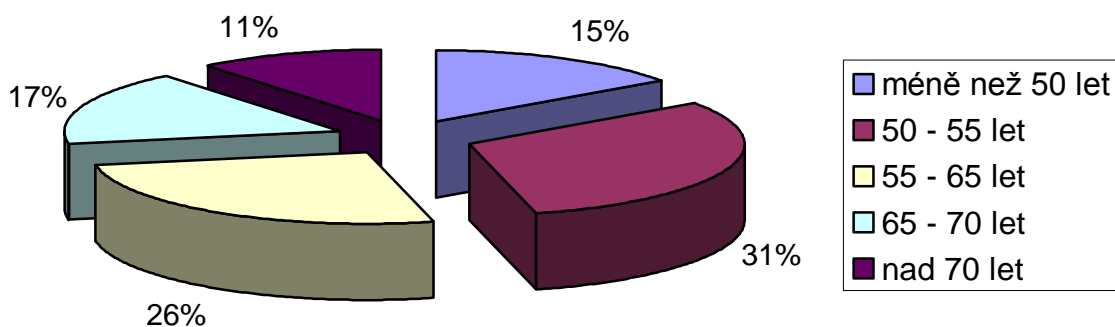
Tabulka č.1

Informace o věku pacientek.

Kolik je Vám let?	Počet žen	Procenta
méně než 50 let	10	15 %
50-55 let	20	31 %
55-65 let	17	26 %
65-70 let	11	17 %
nad 70 let	7	11 %
Celkem :	65	100 %

Graf č.1

Informace o věku pacientek.



Ko

mentář:

Žen ve věku pod 50 let bylo 10 (15%), ve věku 50-55 let 20 žen (31%), ve věku 55-65 let 17 žen (26%), ve věku 65-75 let 11 žen (17%) a nad 70 let 7 žen (11%).

V dotazované skupině žen bylo největší zastoupení ve věkové kategorii 50 – 55 let.

Otázka č.2

Kde bydlíte?

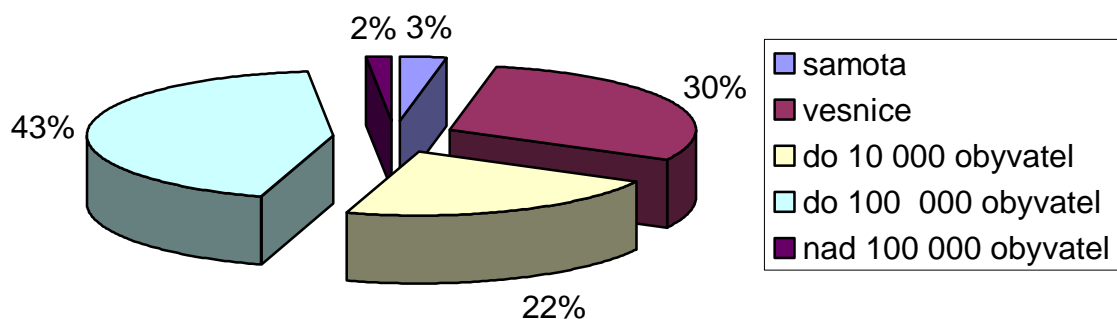
Tabulka č.2

Rozdělení žen dle místa bydliště.

Kde bydlíte	Počet žen	Procenta
Samota	2	3 %
Vesnice	19	30 %
do 10 000 obyvatel	14	22 %
do 100 000 obyvatel	28	43 %
nad 100 000 obyvatel	1	2 %
Celkem :	65	100 %

Graf č.2

Rozdělení žen dle místa bydliště



Komentář:

Na samotě bydlí 2 ženy (3%), ve vesnici 19 žen (30%), v místě do 10 000 obyvatel 14 žen (22 %), v místě do 100 000 obyvatel 28 žen (43%), nad 100 000 obyvatel 1 žena (2%).

Nejvíce dotazovaných žen bydlelo v místě do 100 000 obyvatel.

Otázka č.3

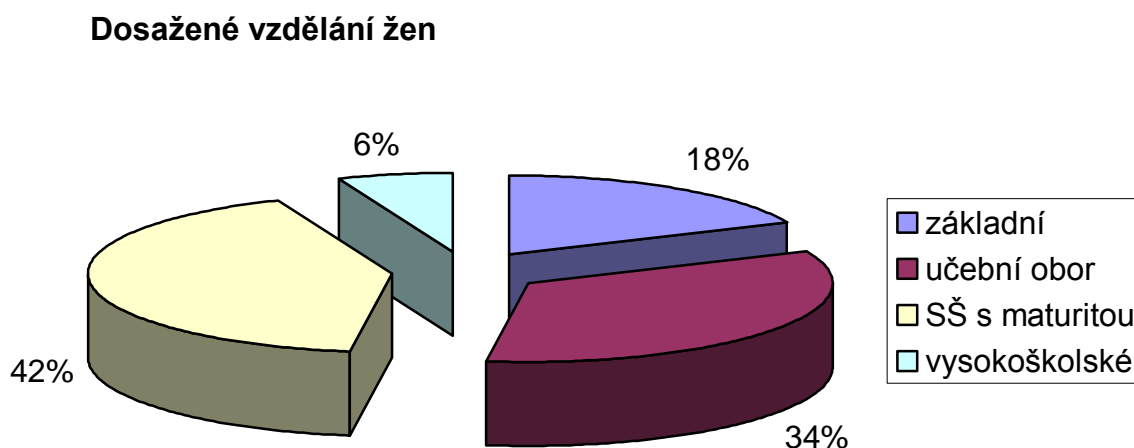
Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání ?

Tabulka č.3

Dosažené vzdělání žen.

Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání ?	Počet žen	Procenta
Základní	12	18 %
Učební obor	22	34 %
SŠ s maturitou	27	42 %
VŠ	4	6 %
Celkem :	65	100 %

Graf č.3



K

omentář:

Základní vzdělání 12 žen (18%), učební obor s maturitou 22 žen (34%), střední odborné s maturitou 27 (42%) žen, vysokoškolské 4 ženy (6%).

Nejčastější dosažené vzdělání u dotazovaných žen bylo střední odborné s maturitou, jako druhé nejčastější byl učební obor.

Otázka č.4

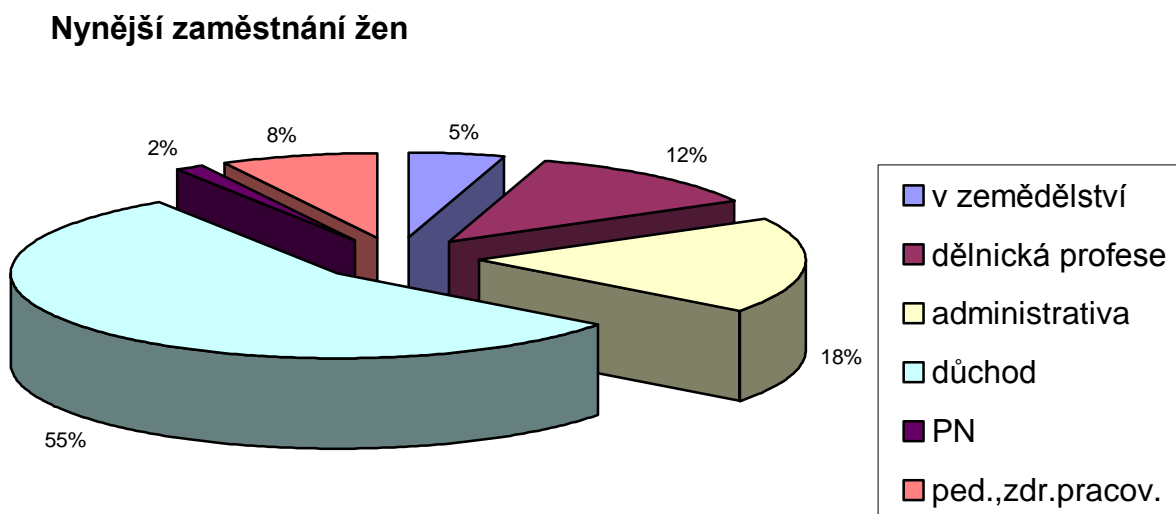
Jaké je Vaše nynější zaměstnání?

Tabulka č.4

Nynější zaměstnání žen.

Jaké je Vaše nynější zaměstnání?	Počet žen	Procenta
V zemědělství	3	5 %
Dělnické profese	8	12 %
Administrativa	12	18 %
Důchod	36	55 %
PN	1	2 %
Pedagogický nebo zdravotnický pracovník	5	8 %
Celkem :	65	100 %

Graf č.4



Komentář:

V zemědělství pracují ženy 3 (5%), v dělnických profesích 8 (12%) žen, v administrativě žen 12 (18%), v důchodu je 36 žen (55%), v PN 1 (2%) žena, pedagogický nebo zdravotnický pracovník 5 žen (8%).

Nejvíce dotazovaných žen bylo starobním důchodu, z toho 6 žen uvedlo, že jsou v důchodu invalidním.

Otázka č.5

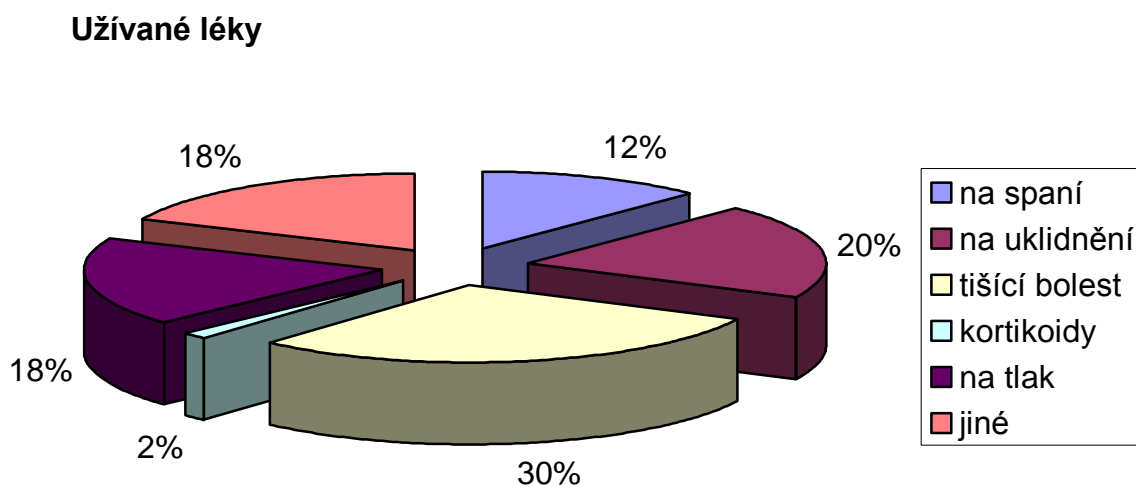
Které z níže uvedených léků užíváte?

Tabulka č.5

Užívané léky.

Které z níže uvedených léků užíváte?	Počet žen	Procenta
Léky na spaní	8	12 %
Léky na uklidnění	13	20 %
Kortikoidy	1	2 %
Léky na tlak	12	18 %
Léky tišící bolest	19	30 %
Jiné	12	18 %
Celkem :	65	100 %

Graf č.5



Komentář:

Léky na spaní užívá 8 (12%) žen, léky na uklidnění 13 (20%) žen, kortikoidy 1 (2%) žena, léky na tlak 12 (18%) žen, léky tišící bolest 19 (30%) žen, jiné 12 (18%) žen.

Nejvíce žen užívá léky tišící bolest, druhým nejčastěji užívaným lékem byli léky na uklidnění.

Otázka č.6

Kolik let jste po operaci prsu?

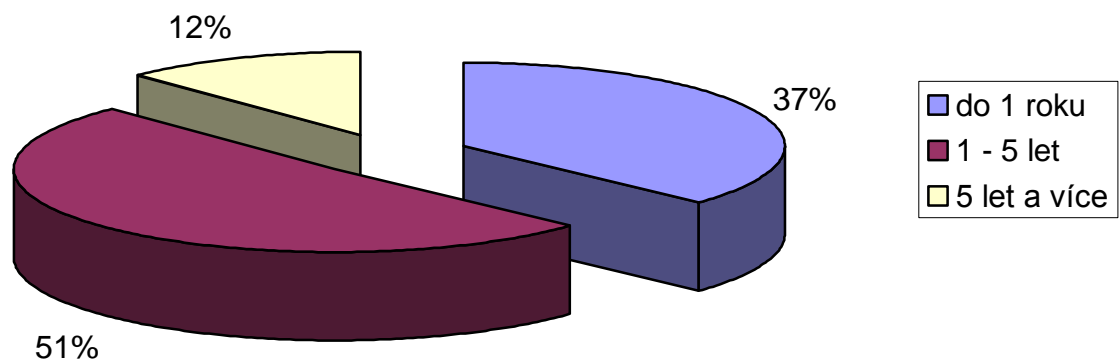
Tabulka č.6

Rozdělení žen podle doby operace.

Kolik let jste po operaci prsu?	Počet žen	Procenta
Do 1 roku	24	37 %
1 – 5 let	33	51 %
5 let a více	8	12 %
Celkem :	65	100%

Graf č.6

Rozdělení žen podle doby operace.



Komentář:

Do 1 roku po operaci prsu je 24 žen (37%), v období 1-5 let po operaci 33 žen (51 %), 5 let a více 8 žen (12%).

Nejvíce zastoupených žen se podrobilo operačnímu zákroku před 1-5 lety.

Otázka č.7

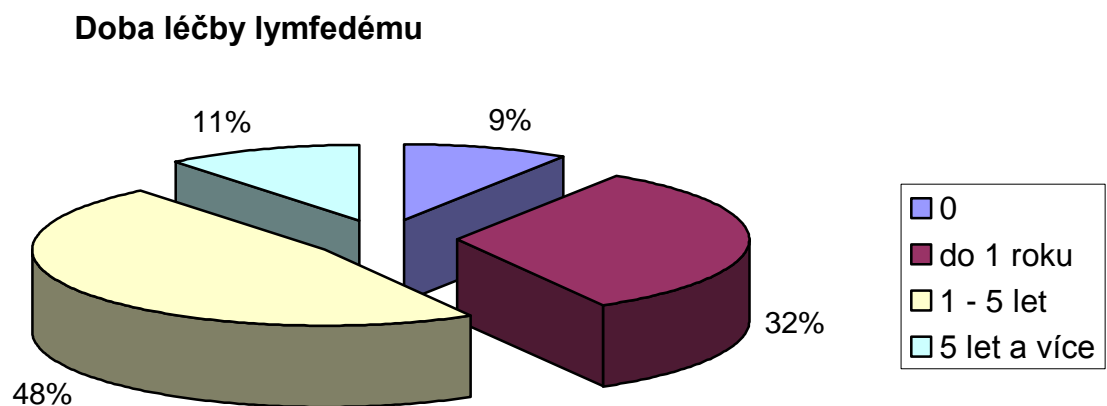
Kolik let jste léčena pro lymfedém HK?

Tabulka č.7

Doba léčby lymfedému.

Kolik let jste léčena pro lymfedém HK	Počet žen	Procenta
0	6	9 %
do 1 roku	21	32 %
1 – 5 let	31	48 %
5 let a více	7	11 %
Celkem :	65	100%

Graf č.7



Komentář:

6 žen (9%) se neléčilo nikdy, do 1 roku je léčeno 21 žen (32%), 1-5 let je léčeno 31 (48%) žen, 5 let a více je léčeno 7 (11%) žen.

Nejvíce žen je již pro tuto diagnózu léčeno 1-5 let.

Otázka č.8

Kdo Vám dal první informaci o léčbě a možnosti terapie lymfedému?

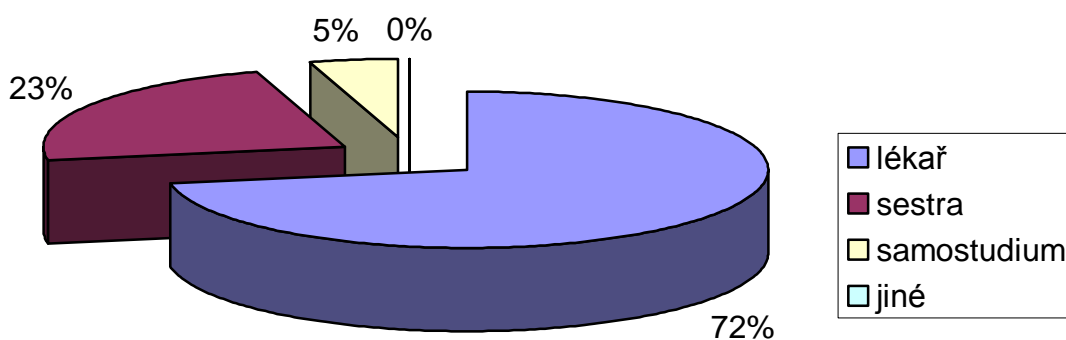
Tabulka č.8

Podání první informace.

Kdo Vám podal první informace?	Počet žen	Procenta
Lékař	47	72 %
Sestra	15	23 %
Samostudium	3	5 %
Jiné	0	0 %
Celkem :	65	100%

Graf č.8

Podání první informace



Komentář:

Nejvíce žen 47 (72%) dostalo první informaci od lékaře, 15 (23%) žen od sestry, samostudiem získaly informace 3 ženy (5%), jiné zdroje ženy neuvedly žen (0%).

První informaci dotazovaným ženám podal lékař.

Otázka č.9

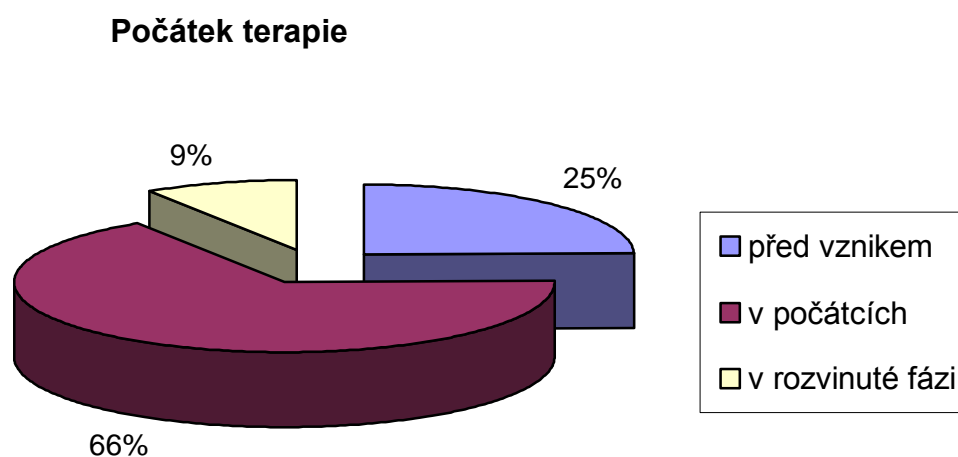
S léčbou a terapií lymfedému se začalo?

Tabulka č.9

Počátek terapie.

S léčbou a terapií lymfedému se začalo?	Počet žen	Procenta
Před vznikem lymfedému	16	25 %
V počátcích	43	66 %
Ve fázi rozvinutého lymfedému	6	9 %
Celkem :	65	100%

Graf č.9



Komentář:

U 16 žen (25%) se začalo s terapií ještě před vznikem lymfedému, v počátcích u 43 žen (66%), ve fázi rozvinutého lymfedému u 6 žen (9%).

S léčbou a terapií se u největšího počtu žen začalo v jeho počátcích.

Otázka č.10

Zúčastnila jste se edukačního programu?

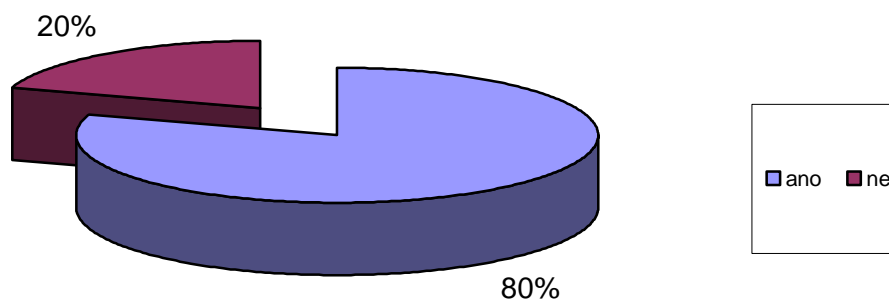
Tabulka č.10 a

Účast žen na vzdělávacím programu.

Zúčastnila jste se edukačního programu?	Počet žen	Procenta
Ano	52	80 %
Ne	13	20 %
Celkem :	65	100%

Graf č.10 a

Účast žen na vzdělávacím programu



Komentář: edukačního programu se zúčastnilo 52 (80%) žen, 13 (20%) žen se neúčastnilo.

Vzdělávání – edukace - se zúčastnil největší počet žen z dotazovaných.

Otázka č.10

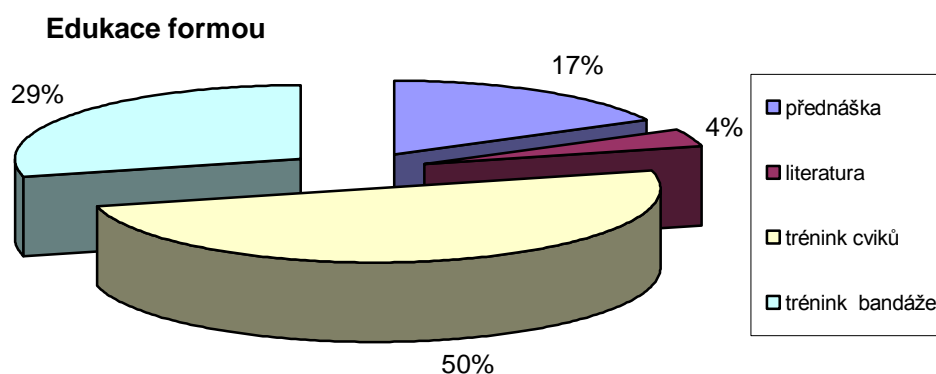
Zúčastnila jste se edukačního programu?

Tabulka č.10 b

Edukace formou.

Účast na edukačním programu formou	Počet žen	Procenta
přednáška	9	17 %
literatura	2	4 %
trénink cviků	26	50 %
trénink kompresivní bandáže	15	29 %
Celkem :	52	100%

Graf č.10 b



Komentář:

Edukace formou přednášky se účastnilo 9 žen (17%), literatury 2 ženy (4%), tréninkem cviků 26 žen (50%), trénink kompresivní bandáže 15 žen (29%).

Nejvíce žen se účastnilo edukace formou ukázky a tréninkem cviků.

Otázka č.11

Víte co je příčinou lymfedému?

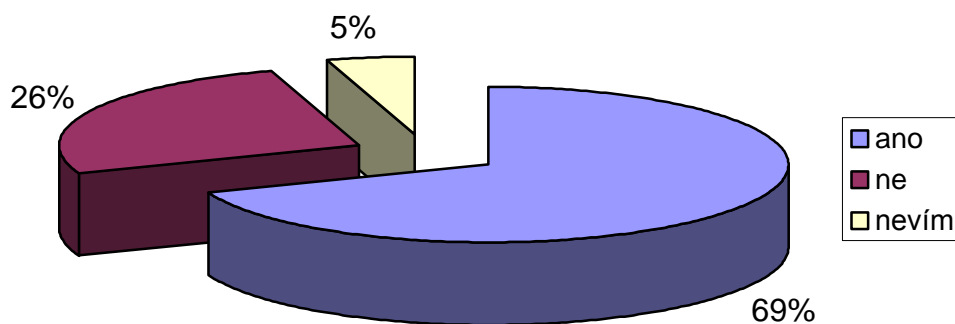
Tabulka č.11

Znalost žen příčiny lymfedému.

Víte co je příčinou lymfedému?	Počet žen	Procenta
Ano	45	69 %
Ne	17	26 %
Nevím	3	5 %
Celkem :	65	100%

Graf č.11

Znalost žen příčiny lymfedému



Komentář:

Z dotazovaných žen 45 (39%) zná příčiny lymfedému, 17 žen (26%) nezná příčiny, 3 ženy (5%) neví. V dotazníku na otázku uveďte odpovědělo pouze 6 žen. Z uvedeného to byl 1x stav po operaci prsu, 2x narušení uzlin, 1x nošení berlí, 1x operace lymfatických uzlin, 1x poškozený lymfatický systém.

Otázka č.12

Byla jste někdy informována o prevenci lymfedému?

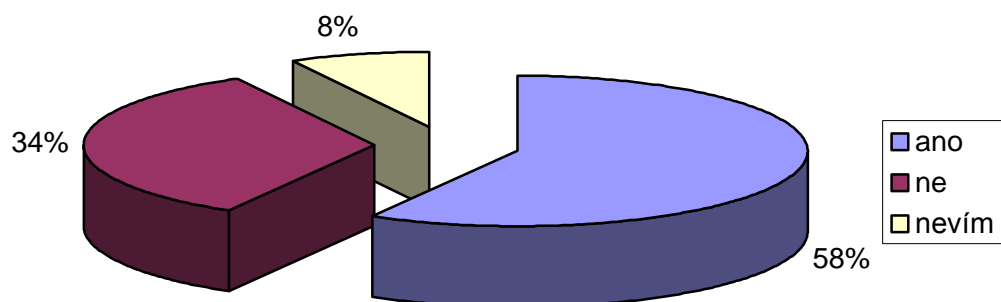
Tabulka č.12

Informovanost žen o prevenci.

Byla jste někdy informována o prevenci lymfedému?	Počet žen	Procenta
Ano	38	58 %
Ne	22	34 %
Nevím	5	8 %
Celkem :	65	100%

Graf č.12

Informovanost žen o prevenci lymfedému



Komentář:

O prevenci lymfedému bylo informováno 38 žen (58%), nebylo informováno 22 žen (34%), neví uvedlo 5 žen (8%).

Z dotazovaných žen jich nejvíce bylo informováno o prevenci lymfedému.

Otázka č.13

Které komplikace mohou vzniknout při lymfedému?

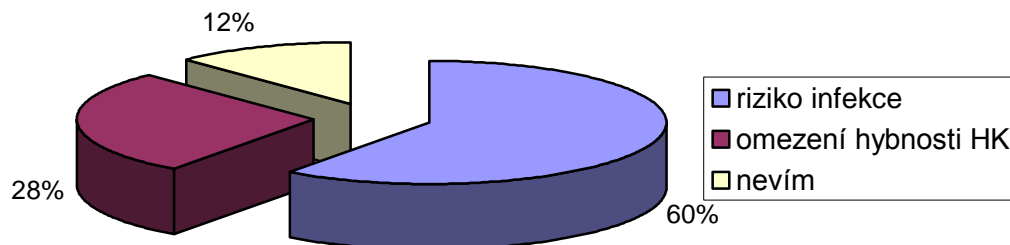
Tabulka č.13

Informovanost o komplikacích lymfedému.

Které komplikace mohou vzniknout při lymfedému?	Počet žen	Procenta
Riziko infekce	39	60 %
Omezení pohybu HK	18	28 %
Nevím	8	12 %
Celkem :	65	100 %

Graf č.13

Informovanost žen o komplikacích lymfedému



Komentář:

O riziku infekce ví 39 žen (60%), omezení pohybu HK uvedlo 18 žen (28%), neví 8 žen (12%).

Otázka č.14

Znáte činnosti, kterých je třeba se vyvarovat při tomto onemocnění?

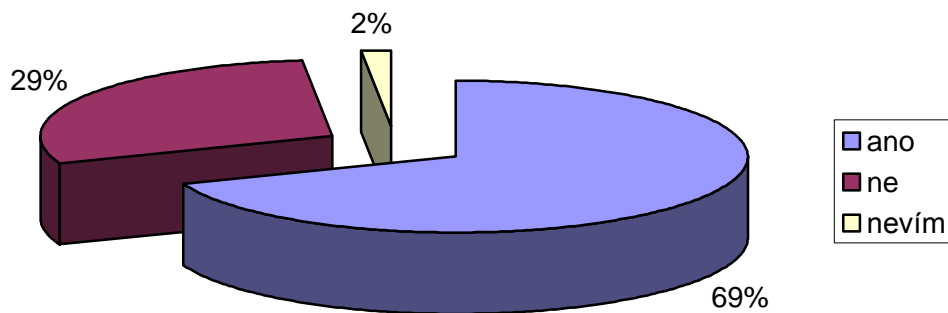
Tabulka č.14

Znalost nevhodných činností.

Znáte činnosti, kterých je třeba se vyvarovat při tomto onemocnění?	Počet žen	Procenta
Ano	45	69 %
Ne	19	29 %
Nevím	1	2 %
Celkem :	65	100%

Graf č.14

Znalost nevhodných činností



Komentář:

45 žen (69%) je seznámeno s činnostmi, 19 žen (29%) není seznámeno, neví 1 žena (2%).

Z dotazovaných větší část žen zná činnosti, kterých je třeba se vyvarovat.

Otázka č.15

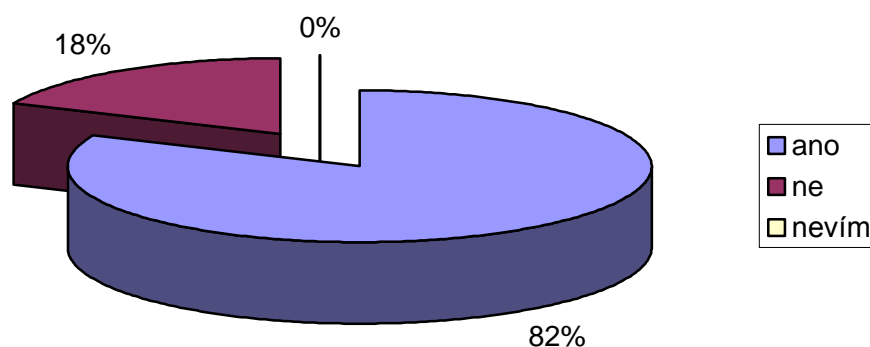
Byla jste seznámena s péčí o postiženou končetinu?

Tabulka č.15

Byla jste seznámena s péčí o postiženou končetinu?	Počet žen	Procenta
Ano	53	82 %
Ne	12	18 %
Nevím	0	0 %
Celkem :	65	100 %

Graf č.15

Znalost péče o postiženou končetinu



Komentář:

53 žen (82%) bylo seznámeno s péčí o postiženou končetinu, 12 žen (18%) ne, 0 žen (0%) uvedlo, že neví.

Z dotazovaných žen většina uvedla, že jsou seznámeny s péčí o postiženou končetinu.

Otázka č.16

a) Víte, že na postižené končetině se nesmějí provádět žádné odběry, injekce?

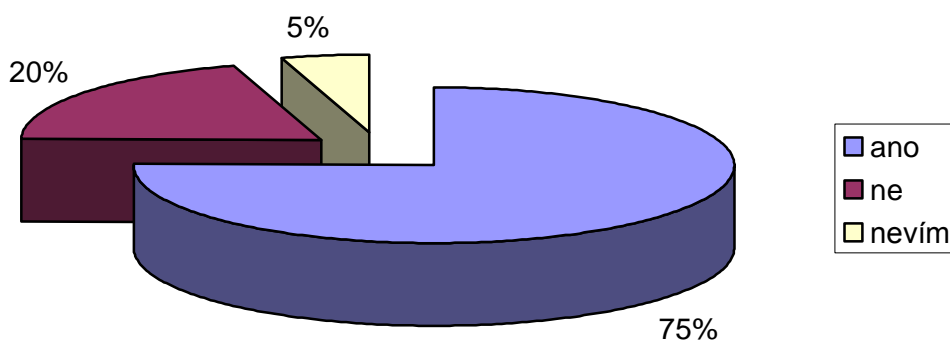
Tabulka č.16 a)

Znalost zákazu provádění výkonů na postižené HK.

Víte, že na postižené končetině se nesmějí provádět žádné odběry, injekce?	Počet žen	Procenta
Ano	49	75 %
Ne	13	20 %
Nevím	3	5 %
Celkem :	65	100%

Graf č.16 a)

Znalost zákazu provádění výkonů na postižené HK



Komentář:

49 žen (75%) uvedlo znalost zákazu provádění výkonů na postižené končetině, 13 žen (20%) uvedlo ne, 3 ženy (5%) nevím.

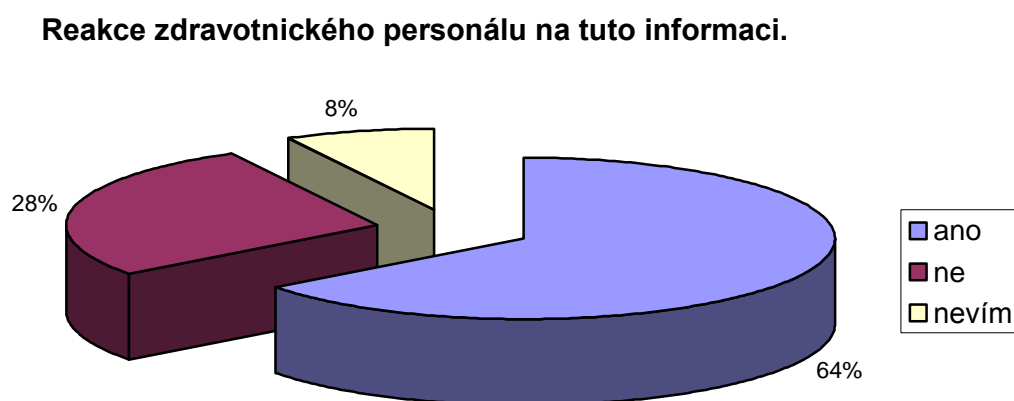
Otázka č.16

b) Reaguje zdravotnický personál na tuto informaci?

Tabulka č.16 b)

Reaguje zdravotnický personál na tuto informaci?	Počet žen	Procenta
Ano	42	64 %
Ne	18	28 %
Někdy	5	8 %
Celkem :	65	100%

Graf č.16 b)



Komentář:

42 žen (64%) uvedlo, že personál reaguje na informaci, ne uvedlo 18 (28%) žen, někdy 5 žen (8%).

Na dotaz, jak reaguje personál odpovědělo pouze 7 žen a to: dobře, uznale, respektuje mou informaci, kladně, některý s údivem - jiný respektuje, většinou, vstřícně.

Otázka č.17

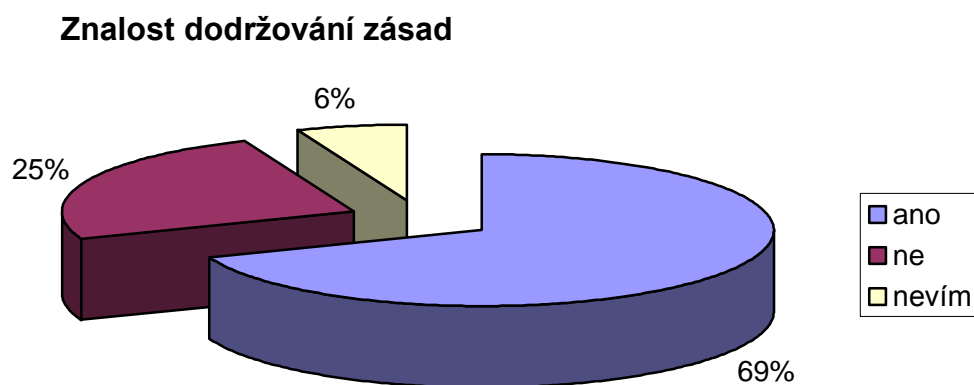
Byla jste seznámena jaké zásady dodržovat v zaměstnání, domácnosti, při oblékání, při práci na zahradě, při sportu, jakou dodržovat výživu atd.?

Tabulka č.17

Znalost dodržování zásad.

Byla jste seznámena se zásadami?	Počet žen	Procenta
Ano	45	69 %
Ne	16	25 %
Nevím	4	6 %
Celkem :	65	100%

Graf č.17



Komentář:

Seznámeno se zásadami bylo 45 žen (69%), ne uvedlo 16 žen (25%), nevím 4 ženy (6%).

Většina z dotazovaných žen uvedla znalost zásad.

Otázka č.18

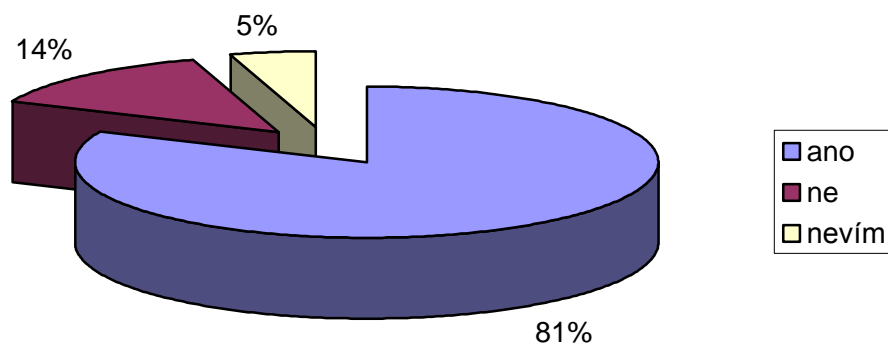
Umíte provádět vyprázdňení proximálních mízních uzlin a speciální cviky vhodné pro terapii lymfedému?

Tabulka č.18

Umíte provádět vyprázdňení uzlin a speciální cviky?	Počet žen	Procenta
Ano	53	81 %
Ne	9	14 %
Nevím	3	5 %
Celkem :	65	

Graf č.18

Znalost provedení vyprázdňení lymf.uzlin



Komentář:

Vyprázdňení proximálních mízních uzlin umí 53 žen (81%), neumí 9 žen (14%), neví uvedly 3 ženy (5%).

Z dotazovaných žen jich velká většina umí vyprazdňovat proximální mízní uzliny.

Otázka č.19

Umíte provádět kompresivní terapii (bandáž postižené končetiny) ?

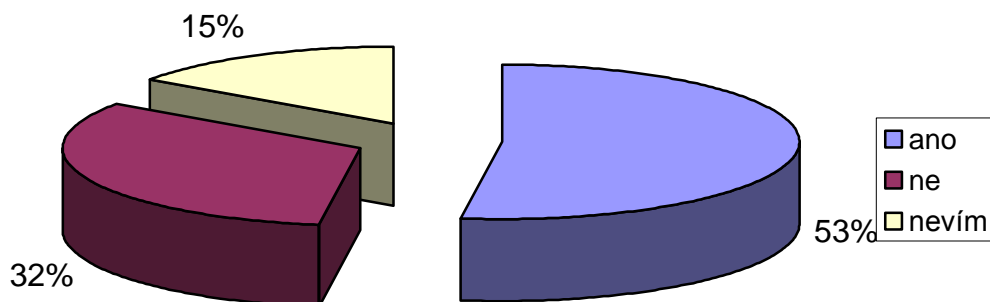
Tabulka č.19

Dovednost provádění bandáže.

Umíte provádět kompresivní terapii ?	Počet žen	Procenta
Ano	34	53 %
Ne	21	32 %
Nevím	10	15 %
Celkem :	65	100%

Graf č.19

Dovednost provádění bandáže



Komentář:

Kompresivní bandáž umí provádět 34 žen (53%), tuto činnost neumí provádět 21 žen (32%), nevím uvedlo 10 žen (15%).

Otázka č.20

Dostala jste od zdravotnického personálu informační materiál ?

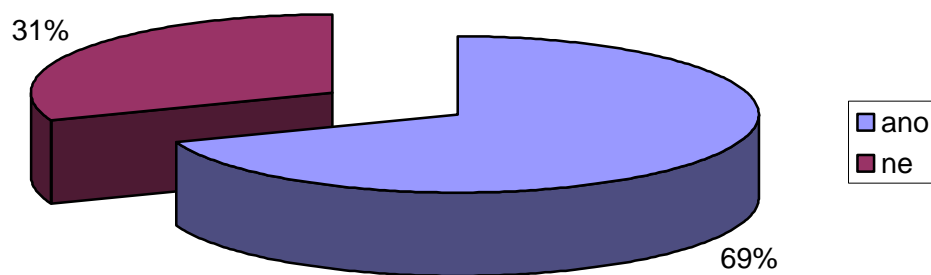
Tabulka č.20

Dostání informačního materiálu

Dostala jste od zdravotnického personálu informační materiál ?	Počet žen	Procenta
Ano	45	69 %
Ne	20	31%
Celkem :	65	100%

Graf č.20

Dostání informačního materiálu



Komentář:

Informační materiály dostalo 45 žen (69%) z uvedených, neobdrželo 20 žen (31%)

Otázka č.21

Je do terapie zapojen, některý z členů Vaší rodiny?

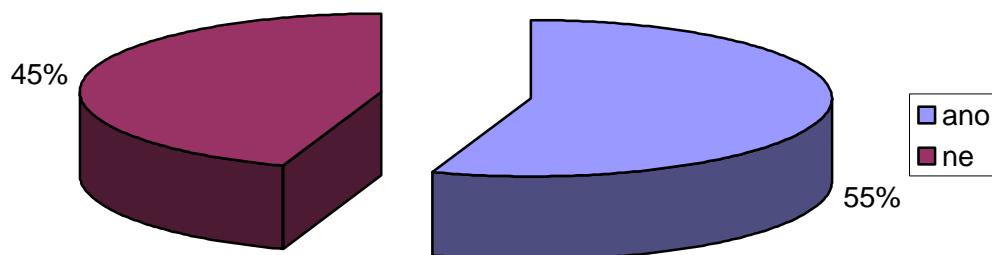
Tabulka č.21

Zapojení člena rodiny do terapie.

Je do terapie zapojen, některý z členů Vaší rodiny?	Počet žen	Procenta
Ano	36	55 %
Ne	29	45 %
Celkem :	65	

Graf č.21

Zapojení člena rodiny do terapie



Komentář:

Z dotazovaných žen uvedlo zapojení rodinného příslušníka 36 žen (55%), ne uvedlo 29 žen (45%) z dotazovaných.

Otázka č.22

Byla by jste ráda, kdyby se některý z členů Vaší rodiny zapojil do terapie?

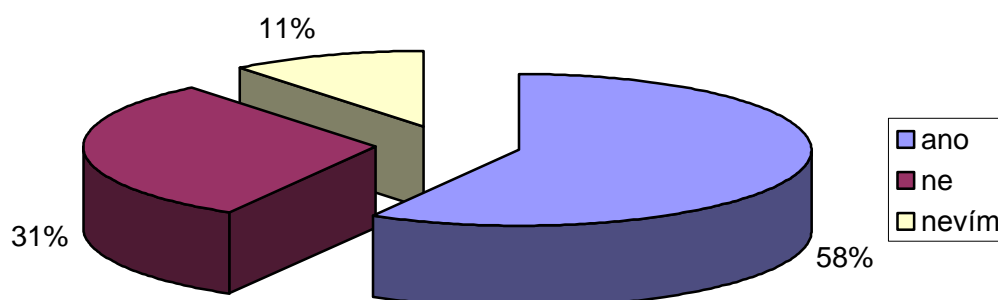
Tabulka č.22

Zájem o zapojení člena rodiny.

Byla by jste ráda, kdyby se některý z členů zapojil do terapie?	Počet žen	Procenta
Ano	38	58 %
Ne	20	31 %
Nevím	7	11 %
Celkem :	65	100%

Graf č.22

Zájem o zapojení člena rodiny



Komentář:

Zájem o zapojení rodinného příslušníka uvedlo 38 žen (58 %), ne uvedlo 20 žen (31%) z dotazovaných, nevím 7 žen (11%).

Otázka č.23

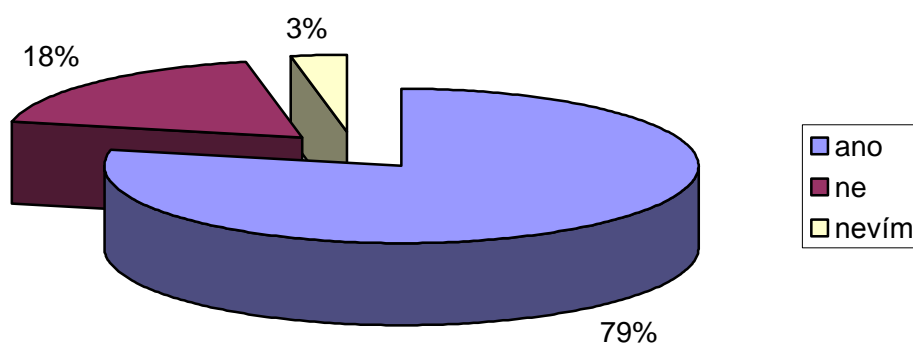
Uvědomujete si, že prevence a terapie tohoto onemocnění je celoživotní?

Tabulka č.23

Uvědomujete si, že prevence a terapie je celoživotní?	Počet žen	Procenta
Ano	51	79 %
Ne	12	18%
Nevím	2	3 %
Celkem :	65	100%

Graf č.23

Znalost žen o nutnosti celoživotní péče



Komentář:

51 žen (79%) si uvědomuje, že péče o končetinu je celoživotní, 12 žen (18%) ne, 2 ženy (3%) uvedly nevím.

Otázka č.24

Znáte, některé spolky, které sdružují ženy s podobnými problémy?

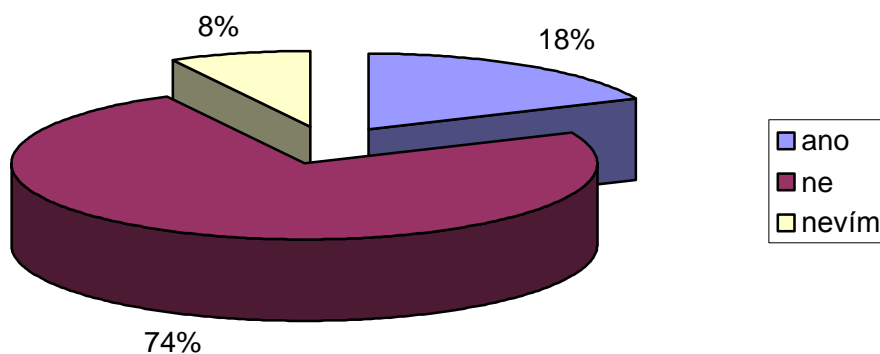
Tabulka č.24

Znalost spolků pro ženy s tímto postižením

Znáte, některé spolky, které sdružují ženy s podobnými problémy?	Počet žen	Procenta
Ano	12	18 %
Ne	48	74 %
Nevím	5	8 %
Celkem :	65	100%

Graf č.24

Znalost spolků pro ženy s tímto postižením



Komentář:

Znalost spolků, sdružení žen s tímto postižením uvádí 12 žen (18%), ne uvedlo 48 žen (74%), nevím 5 žen (8%).

Nejčastěji ženy uváděly: Ligu proti rakovině.

4. Diskuse

V úvodu své práce jsem se zamýšlela nad tím, jakou metodu zvolit pro výzkum této problematiky. Rozhodla jsem se pro dotazník, abych získala potřebné informace od dostatečného počtu žen. Výzkumu se účastnily ženy se stejnou diagnózou karcinom prsu s následně vzniklým nebo s rizikem vzniku postmastektomického syndromu. Zajímalo mě, jak vysoká je míra informovanosti žen o tomto onemocnění, zda jsou dostatečně poučeny o terapii, komplikacích, ošetřování postižené končetiny a dodržování zásad. A jak důležitá je pro ně účast některého z členů rodiny.

Otázky jsou strukturované podle jednotlivé problematiky onemocnění.

Otázky č.1 – 5 byly zaměřeny na charakteristiku respondentů. V dotazované skupině bylo nejvíce žen zastoupeno ve věkové kategorii 50– 55 let . Tato čísla potvrdila, že největší množství žen, které onemocní ca prsu, je právě v této věkové kategorii a také to, že ca prsu se nevyhýbá ani ženám mladších věkových skupin. Nejvíce žen bydlelo ve městě do 100 000 obyvatel. Nejčastějším dosaženým vzděláním žen, které se účastnily dotazníkového šetření, bylo střední odborné s maturitou. Více než polovina žen uvedla, že je ve starobním důchodu, z toho 6 žen uvedlo, že jsou v důchodu invalidním. Poměrně velké množství žen uvedlo, že užívá analgetika a jako druhé největší množství žen užívá léky na uklidnění. Vysoké procento žen užívá sedativa, to signalizuje, jak je žena po psychické stránce handicapována.

Otázky od č.6 jsou směřovány zjištění informovanosti žen o problematice postmastektomického syndromu. V otázce č.6 jsem se dotazovala respondentek, kolik let jsou po operaci prsu. Nejvíce dotazovaných žen uvedlo dobu po operaci prsu 1-5 let. V otázce č. 7 na dobu kolik let jsou léčeny s lymfedém uvedlo nejvíce žen období 1 - 5 let. To znamená, že docházejí k léčebné terapii již poměrně dlouhou dobu. Toto potvrzuje, že většina žen si uvědomuje, že léčba je celoživotního charakteru, a že i po redukci otoku je nutné o končetinu pečovat. Sedm žen uvedlo, že v péči odborníků jsou již více než 5 let. S lymfedémem se nikdy dříve neléčilo 6 žen.

U otázky č.8, která byla zaměřena na první podanou informaci, uvedlo nejvíce žen lékaře. Z toho vyplývá, že největší měrou se na podání první informace, týkající se onemocnění, podílejí právě lékaři. V menší míře podávají první informaci sestry. Většina pacientek spoléhá na informace od zdravotnického personálu a na získávání informací z jiných zdrojů se nepodílí.

Na otázku č.9, kdy se začalo s léčbou a terapií lymfedému nejvíce žen odpovědělo, že v počátcích vzniku onemocnění. Před vznikem lymfedému se s terapií začalo pouze u 16 žen. Tento počet je velmi nízký, dotazníkové šetření nám ukazuje, že do odborných rukou se většina žen dostává až po vzniku onemocnění a ne v rámci prevence, ještě než se onemocnění začne rozvíjet.

Otázka č.10 se zaměřuje na účast nebo setkání žen s edukací a vzděláváním na dané téma. Překvapivě se většina žen (80%) z dotazovaných setkala nebo účastnila edukačního programu. Menší počet žen nebyl nikdy edukován o problematice týkajícího se jejich onemocnění. Většina žen se v rámci edukace účastnila tréninku cviků, menší procento formou nácviku kompresivní bandáže, která je nedílnou součástí terapie a z hlediska léčby velmi důležitá.

Na znalost příčin vzniku lymfedému a prevenci lymfedému byl kladen dotaz v otázce č.11 a č.12. Většina žen uvedla, že znají příčiny lymfedému. V dotazníku na otázku uveďte... , však odpovědělo pouze 6 žen. Z uvedeného to byl 1x stav po operaci prsu, 2x narušení uzlin, 1x nošení berlí, 1x operace lymfatických uzlin, 1x poškozený lymfatický systém. O prevenci lymfedému bylo informováno 38 žen z 56 dotazovaných

O komplikacích lymfedému měla znalost většina dotazovaných žen. 60 % jich uvedlo do dotazníku riziko vzniku infekce, menší procento žen uvedlo omezení pohybu horní končetiny. Některé ženy uvedly poznámkou do dotazníku, že mohou být komplikace obě. Na tyto informace bylo dotazováno v otázce č.13.

V otázkách č.14 a č.15 se zaměřuji na otázky znalosti činností, kterých je třeba se vyvarovat v běžném denním životě a seznámení pacientek s péčí o postiženou končetinu. Jako u ostatních onemocněních i zde vyplývá pro postiženou ženu řada činností, kterých je třeba se vyvarovat. Opět většina žen z dotazovaných uvedla, že je s těmito činnostmi seznámena a většina žen byla rovněž seznámena s péčí o postiženou končetinu.

To, že se na postižené končetině nesmí provádět krevní odběry, injekce uvedlo 49 žen. V otázce jestli zdravotnický personál reaguje na tuto informaci kladně odpovědělo 42 žen. Na dotaz jak... uvedlo pouze 7 žen a to: dobře, uznale, respektuje mou informaci, kladně, některý s údivem - jiný respektuje, většinou, vstřícně. Tyto informace ženy poskytly v otázce 16 a), 16 b).

Na otázku č.18, zda byly ženy seznámeny se zásadami, které je třeba dodržovat v zaměstnání, domácnosti, při oblékání, při práci na zahradě, při sportu, jak dodržovat výživu atd. odpovědělo kladně 45 žen z 65, neznalých této problematiky bylo 16 žen. Tyto čísla

jsou příjemným překvapením, že většina žen ví, jak se chovat, jak postupovat, jaké zásady dodržovat.

Vyprázdnění proximálních mízních uzlin a speciální cviky vhodné pro terapii lymfedému umí provádět převážná většina žen a to 53 respondentek, které zodpověděly otázku č.18. Z těchto údajů vyplývá, že pacientky jsou informovány v poměrně širokém rozsahu, ať tedy lékařem nebo sestrami. Z otázky č.19 vyplývá, že kompresivní terapii umí provádět menší procento dotazovaných, ano uvedlo pouze 34 žen. Toto číslo je velmi malé, protože z hlediska kvalitní terapie a úspěchu léčby je kompresivní bandáž důležitou nedílnou součástí léčby a je nutné ji dodržovat i tam kde otok již ustoupil a není pro ženu tolik zatěžující.

Na otázku č.20, zda od zdravotnického personálu ženy obdržely informační materiál vztahující se k postižení, většina respondentek odpověděla ano. Z těchto údajů je vidět, že většina žen je vybavena nejen informacemi ústními, ale i informacemi v podobě informačních brožur, návodů k cvičení apod., které dostávají od zdravotnických pracovníků.

Zapojení, přítomnost, účast a zájem o zapojení rodinného příslušníka do terapie bylo předmětem otázky č.21 a č.22. Rodinní příslušníci se do terapie spolu ženou zapojili pouze v 36 případech z 65 dotazovaných respondentek. Ne odpovědělo 29 žen. Překvapivé odpovědi následovaly v otázce, zda by si ženy přály zapojení některého člena rodiny do terapie. Ano odpovědělo pouze 38 žen, ne 20 žen a 7 žen nevědělo, jestli by chtěly někoho z rodiny zapojit. Odpověď ne, nevím mně u tolika žen poměrně překvapila, neboť jsem předpokládala, že většina žen bude mít o pomoc někoho blízkého zájem. Pomoc rodinného příslušníka, blízké přítelkyně atd. je poměrně důležitá, zejména v pomoci při domácích pracích a také v pomoci při přikládání kompresivní bandáže horní končetiny, kterou většina žen poměrně špatně sama zvládá. A samozřejmě také v psychické podpoře někoho blízkého. To, že je péče o končetinu celoživotní si uvědomuje 79 % žen z dotazovaných. Tato informace je zejména pro ženy a jejich další terapii a další prevenci velmi důležitá.

Velkým překvapením byla odpověď na otázku č.24 - Znáte některé spolky, které sdružují ženy s podobnými problémy? Pouze 12 žen z dotazovaných uvedlo, že některé sdružení znají. Avšak 48 žen uvedlo, že neznají žádné spolky, sdružení, kde se setkávají takto postižené ženy. Vzhledem k tomu, že ženy, které se stanou členkami těchto klubů, sdružení nebo spolků uvádí, že se jim daří rychleji zařadit zpět do společnosti a žít plnohodnotným životem i řešit lépe soukromé problémy. Je potřeba ženy více informovat o této pomoci. Příčina, proč ženy tyto kluby neznají je pravděpodobně také v tom, že tyto kluby fungují především ve velkých městech a ženy z menších měst a vesnic tuto možnost nemají.

5. Závěr

V závěrečné bakalářské práci jsem se pokusila představit jeden z mnoha problémů, který nás ženy může potkat. Nádorové onemocnění prsu je v současné době jedním z nejčastějších maligních onemocnění u žen a může postihnout každou z nás. Pravděpodobnost následného vzniku postmastektomického syndromu je velmi vysoká. Lymfedém postižené končetiny omezuje ženy v denních činnostech a může vést až k invaliditě pacientky. Přitom prevence u těchto pacientek je velmi účinná a ekonomicky a sociálně mnohem méně náročná než následná léčba. V této oblasti má významný podíl na zlepšení stavu kvalitní a dostatečná informovanost pacientek. Edukace je jedním z nástrojů, jak pomoci ženám předcházet vzniku postmastektomického syndromu.

V teoretické části jsem se věnovala přiblížení problematiky karcinomu prsu, jeho incidenci a mortalitě, rizikovým faktorům podílejícím se na vzniku karcinomu. Součástí bylo seznámení s diagnostikou karcinomu, jeho klinických příznaků, vyšetřovacími metodami jako jsou mamografie (klinická a screeningová), ultrasonografie, cytologie a punkční biopsie. A také samozřejmě s chirurgickou léčbou karcinomu, axilární lymfonodektomií, radioterapií, chemoterapií a hormonální léčbou.

V další teoretické části práce jsem se věnovala problematice postmastektomického syndromu, lymfedému. Etiologii, patogenezi a diagnostice lymfedému, komplexní terapii, která se skládá z manuální mízní drenáže, přístrojové lymfodrenáže, kompresivní bandáže a cvičení. Součástí tohoto přiblížení byla i psychologická podpora těchto pacientek, komunikace s nimi a psychoterapeutické působení formou autogenního tréninku. V další části byla přiblížena celková terapie lymfedému, prevence, prognóza a kontraindikace k provádění lymfodrenáží.

Ve třetí teoretické části bakalářské práce jsem se věnovala problematice edukace, jejímu přiblížení. Uvedla jsem definici edukace, zásady edukace pacientů. Edukace musí probíhat srozumitelně s velkou dávkou citlivosti a empatie, je nutné pacientkám stále opakovat a ponechávat jim dostatečný prostor pro jejich dotazy. Dále, jsem uvedla výukové metody a výchovné cíle edukace. V cílech edukace jsem se snažila přiblížit nejdůležitější body, které bychom si měli stanovovat při výchově pacientek s lymfedémem, a které slouží ke stanovení edukačního plánu. Dalšími kapitolami je organizace edukačního plánu a osnova edukačního sezení, realizace edukace.

Organizace edukačního plánu byla rozpracována do 5 sezení. V průběhu prvního sezení je klientka seznámena s základními projevy onemocnění, podstatou onemocnění a

léčebným plánem. Při druhém sezení je pacientka poučena o péči o postiženou končetinu, s prevencí lymfedému, s domácím ošetřením proximálních mízních uzlin. V rámci třetího sezení pacientka bude nacvičovat cviky, které jsou důležitou součástí komplexu léčebných opatření. Ve čtvrtém sezení je prováděn nácvik kompresivní terapie, se zapojením rodinných příslušníků. Při pátém sezení proběhne hodnocení edukačního procesu, klientka umí předvést cviky HK, umí ona nebo manžel (jiný příbuzný nebo blízký) provést kompresivní bandáž postižené končetiny. Na závěr teoretické práce je zmíněna reedukace a úloha edukátora. Kasuistika pacientky s lymfedémem je uvedena jako součást přílohy.

Prvním cílem v empirické části bylo zjistit, kdo ženám poskytuje první informaci o tomto onemocnění. Výsledky výzkumu ukázaly, že většinu informací podává ženám lékař, v menší části střední zdravotnický personál. Překvapivé zjištění bylo, že většina žen si informace sama nevyhledává a jsou jim poskytovány pouze v ordinacích lékaře. Samostudium uvádělo velmi malé množství žen.

Druhým cílem bylo zjistit, zda ženy přicházejí k lymfoterapeutovi včas nebo až ve fázi rozvinutého lymfedému. Dle výsledků výzkumu se ukázalo, že do odborných rukou lymfoterapeuta nejvíce žen přichází v počátcích vzniku lymfedému.. Právě vhodná edukace by mohla vést k tomu, aby ženy přicházely do ordinací dříve, než se lymfedém stačí rozvinout. V rámci preventivních opatření, seznámení žen se zásadami, které je třeba dodržovat, výukou vyprazdňování mízních uzlin atd., by mělo pro ženy velký přínos a nemuselo by k rozvinutí syndromu vůbec dojít. Zde, však také záleží na informovanosti zdravotnických pracovníků, zejména chirurgů a onkologů, aby pacientky odesílali na odborná lymfologická pracoviště ihned po operaci.

Cílem třetím bylo zjistit míru informovanosti pacientek, o možnostech terapie, komplikacích, ošetřování postižené končetiny a dodržování zásad. Z dotazníkového šetření vyplynulo, že většina pacientek byla dobře edukována a v těchto oblastech se poměrně dobře orientuje.

U cíle čtvrtého, zda zdravotnický personál provádí odběry a jiné výkony na zdravé končetině, vyplynulo, že většina zdravotníků reaguje na tuto informaci kladně. Přesto i mezi zdravotníky není informovanost o této problematice dostačující. Řada z nich neví, že u žen po ablaci prsu může vzniknout lymfedém a invazivní výkony na končetině jsou rizikové.

Cílem pátým bylo zjistit, zda jsou si ženy schopné vyprazdňovat samy proximální mízní uzliny. Velké procento žen v dotazníkovém šetření uvedlo, že tuto činnost ovládají.

Cílem šestým bylo pomocí dotazníkového šetření zjistit, zda si ženy vyhledávají informace samy nebo je získávají pouze ve zdravotnickém zařízení, zda jim byly poskytnuty

edukační materiály. Dle výsledků výzkumu musím říci, že většina žen dostává informační materiál v ordinaci od zdravotnických pracovníků, ale samy si informace nevyhledávají.

V cíli sedmém bylo zjišťováno, zda se aktivně do terapie zapojují i jejich rodinní příslušníci a jestli ženy mají zájem o tuto spolupráci. Z výsledků výzkumu vyplynulo, že do terapie jsou zapojeni rodinní příslušníci u více než poloviny žen. Většinou předpokládáme, že neochota účastnit se terapie pochází od rodinných příslušníků, ale na otázku „Byla by jste ráda , kdyby se některý z členů zapojil do terapie“, kladně odpovědělo poměrně malé množství respondentek. To, že některé ženy nestojí o pomoc někoho blízkého, bylo překvapující. Některé ženy s postiženou končetinou velmi špatně manipulují, řada prací v domácnosti je pro ně velmi zatěžující a hlavně řada z nich není natolik zručná, aby si mohla provádět kompresivní terapii. V tuto chvíli je pomoc někoho blízkého nezbytná. Nelze ani opomenout psychickou podporu, kterou jim někdo blízký může poskytnout, právě účastí na terapii a následnou pomocí.

U cíle osmého, zda jsou připraveny na to, že léčba je celoživotního charakteru, většina respondentek v dotazníkové šetření uvedla, že si uvědomují nutnost celoživotní péče o končetinu. Toto uvědomění je velmi důležité, protože i po redukcí otoku a zlepšení pohyblivosti končetiny nesmí péče polevit. Důležité je, aby tuto skutečnost nepodceňovaly a i nadále dodržovaly zásady, cvičily, používaly kompresivní terapii a prováděly vyprazdňování mizních uzlin.

Velmi mě překvapily výsledky výzkumu u cíle posledního. Na dotaz, jestli znají některé spolky, které sdružují ženy s podobnými problémy většina žen odpověděla záporně . Neznalost těchto sdružení mě překvapila, zejména proto, že ženy, které jsou členkami uvádí, že se jim dařilo rychleji zařadit zpět do společnosti, žít plnohodnotným životem a lépe řešit soukromé problémy. V rámci setkávání si ženy předávají velmi cenné informace. Je potřeba ženy více seznamovat a informovat o této pomoci. Problém, proč ženy tyto kluby neznají je pravděpodobně také v tom, že tyto kluby fungují především ve velkých městech a ženy z menších měst a vesnic tuto možnost nemají.

Na závěr bych chtěla shrnout, že tato práce mi přinesla ucelený pohled na edukaci pacientek s tímto postižením, na kvalitu poskytovaných informací odbornými lékaři a sestrami lymfoterapeutkami. Vzdělávání těchto pacientek je na velmi dobré úrovni, má pozitivní vliv na dodržování režimových a léčebných opatření. Přesto i zde se objevují oblasti, které je potřeba v rámci vzdělávání více zdůrazňovat, více propracovat a to nejenom ze strany pacientek, ale i ze strany zdravotníků.

6. Použitá literatura

1. BECHYNĚ, M., Bechyňová, R.: *Lymfedém – hlavní zásady rehabilitačního programu*. Praha: Česko-slovenská dermatologie, 70, 1995, str. 194-196.
2. BECHYNĚ, M., Bechyňová, R.: *Terapie lymfedému*. 1.vyd. Praha: Phlebomedica spol. s.r.o., 1993, ISBN 80-9012981-1.
3. BENDA, K., Bařinka, L.: *Lymfedém končetin*. 1.vyd. Praha: Avicenum 1981, ISBN 08-077-81.
4. DIENSTBIER, Z.: *Rakovina prsu u žen prevence a léčebná péče*. Praha: Liga proti rakovině Praha 2005, str.7-9
5. HORÁKOVÁ, M.: *Kompresivní terapie ve flebologii: Novinky v medicíně 52*. Praha Avicenum 1991.
6. HRNEČKOVÁ, M.: *Edukace žen s diagnózou postmenopauzální osteoporóza*. Bakalářská práce, LF UK Hradec Králové 2004. Vedoucí diplomové práce doc.MUDr.Taťána Rešlová.
7. HUBELOVÁ, E., Kyjovská, M., Xaverová: *Komplexní terapie lymfedému*. Sestra. 2001, č.2, str.26 – 28.
8. HUSSAINOVÁ, M.: *Praktický rádce pro ženy po operaci rakoviny prsu*. 1.vyd.Praha: Erika 1993, ISBN 80-85612-26-7
9. KONOPÁSEK, B., Petrželka, L.: *Karcinom prsu*. 1.vyd. Praha: Galén 1997, ISBN 80-85824-66-3
10. Ressler, V.: *Hojení chronických ran*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing 1997, ISBN 80-7169-239-5
11. TŮMOVÁ, E.: *Kvalita života žen po ablaci prsu*. Bakalářská práce, LF UK Hradec Králové 2005. Vedoucí práce MUDr.Tomáš Kyncl.
12. <http://www.senologie.cz>, cit. 21.8.2005

7. Přílohy

Seznam příloh

Příloha č.1 – Fotodokumentace Postmastektomického syndromu

Příloha č.2 - Případová kasuistika – Edukace žen s Postmastektomickým syndromem

Příloha č.3 - Evropský kodex proti rakovině

Příloha č.4 - Dotazník

Zdroj fotodokumentace: archív kožního oddělení Oblastní nemocnice Kolín,a.s.

Příloha č. 1

Obrázek č.1a – pacientka po ablaci prsu s následným postamstektomickým syndromem LHK



Obrázek č.1b – pacientka po ablaci prsu s následným postamstektomickým syndromem LHK



Obrázek č.1c – pacientka po ablaci prsu s následným postamstektomickým syndromem LHK



Obrázek č.1d – pacientka po ablaci prsu s následným postamstektomickým syndromem LHK



Obrázek č.1e – pacientka po ablaci prsu s následným postamstektomickým syndromem PHK



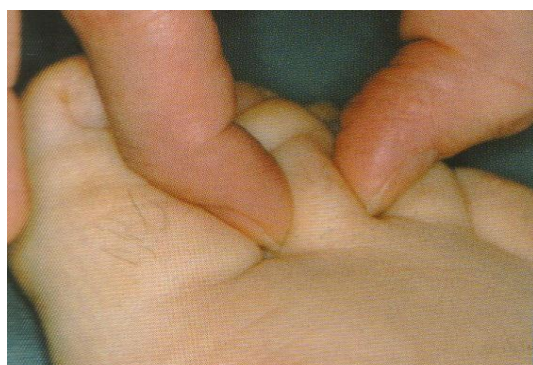
Obrázek č.1e – pacientka po ablaci prsu s následným postamstektomickým syndromem LHK



Obrázek č.1f – pacientka po ablaci prsu s následným postamstektomickým syndromem LHK



Obrázek č.1g – pozitivní Stemmerovo znamení



Příloha č.2 – Kazuistika

Edukace pacientky s lymfedémem HK po ablaci prsu pro ca.

Kazuistika

Paní M.P. 67 let.

OA: 1991- ablace l. mammy pro ca s exenterací axily, následná radioterapie a chemoterapie NO. od r. 1993 otok v oblasti levého ramene, postupně progreduje distálním směrem na paži, předloktí a ruku

Z vyšetření provedena: Lymfoscintigrafie HK

LHK- funkční uzliny neprokázány ani v axile, či v jiné lokalizaci na hrudníka krku, není patrný ani náznak toku lymfatickými cestami . Vpravo normální nález.

Klientka žije sama v bytě 2+1, je vdova. Dochází k ní pečovatelská služba (vozí ji obědy) a velmi pěkně se o ní stará dcera, která dochází 2x denně. Pacientka je orientována, komunikace velmi dobrá.

V průběhu terapie došlo k redukci otoku na končetině v průměru o 15 cm.

Anamnéza:

- Co víte o vašem onemocnění?
- Co víte o postižení a fungování lymfatického systému?
- Víte v čem spočívá léčba tohoto onemocnění?
- Víte jak se starat o postiženou končetinu?
- Umíte provést kompresivní bandáž končetiny, zkoušela jste to již někdy?
- Znáte nebo jste už slyšela, jak se o končetinu starat, jak s ní cvičit, čeho se vyvarovat?
- Bude někdo z vaší rodiny přítomen edukaci, přítomnost např. dcery, by byla velmi vhodná.

Na většinu otázek pacientka nedovedla odpovědět, je si nejistá, zda bude schopna vše dodržovat, jestli si bude vše pamatovat a provádět. Požaduje přítomnost dcery, zejména v posledních sezeních

Edukační diagnóza

- Neznalost pojmu onemocnění
- Neznalost péče o postiženou končetinu
- Malá manuální zručnost, důležité zapojit někoho z rodiny

Cíle edukace

Kognitivní:

- Pacientka zná příznaky a projevy onemocnění
- Pacientka je seznámena s komplexním léčebným plánem a jeho zásadami
- Pacientka zná prevenci lymfatických otoků
- Pacientka je seznámena s organizacemi, kde se sdružují podobně postižené ženy

Psychomotorické:

- Pacientka zná a umí provádět:
 - jemnou manuální masáž
 - speciální cvičení
 - umí pracovat s kompresivní bandáží nebo punčochou
- Aktivně se do procesu zapojí rodina – dcera, umí provádět kompresivní bandáž

Afektivní:

- Pacientka si uvědomuje nutnost celoživotní péče o postiženou končetinu a při nedodržení terapie možnosti vzniku komplikací a zhoršení lymfedému.

Organizace edukačního plánu

- Edukační sezení budou rozložena do 5 setkání po dobu nejdéle 30 min. z důvodu věku pacientky a to v rámci probíhajících procedur na, které přichází do denního sanatoria. Posledních 2 sezení se bude účastnit dcera pacientky.

I. sezení – pacientka je seznámena s základními projevy onemocnění, podstatou onemocnění a léčebným plánem.

II. sezení – pacientka bude seznámena s péčí o postiženou končetinu, s prevencí lymfedému, s domácím ošetřením proximálních mízních uzlin

III. sezení – pacientka se bude seznamovat a nacvičovat cviky, které jsou důležitou součástí komplexu léčebných opatření.

IV. sezení – bude prováděn nácvik kompresivní terapie, se zapojením rodinných příslušníků.

V. sezení – hodnocení edukačního procesu, klientka umí předvést cviky HK, umí ona nebo manžel provést kompresivní bandáž postižené končetiny.

- K edukaci bude použita informační brožurka firmy Hartmann „mízní otoky končetin“, leták „terapie lymfedému“, odborné znalosti vyškolených sester lymfoterapeutek, cviky a praktické rady pro pacienty vytvořené na oddělení.
- Metoda edukace bude formou přednášky, odborné demonstrace, diskuse a odpovědi na otázky
- Edukace bude probíhat v denní sanatoriu (na dermatovenerologickém odd.), kde tuto terapii provádějí vyškolené sestry lymfoterapeutky.

Osnova edukačního sezení

I. sezení: pacientka je seznámena s základními projevy onemocnění, podstatou onemocnění a léčebným plánem.

Pacientku jsme seznámily s podstatou onemocnění, že lymfedém je postižení způsobené hromaděním tekutiny v tkáňovém podkoží, a postihuje ženy po operaci prsu. Že se jedná **sekundární sekundární lymfedém**, který vzniká následkem nádorového onemocnění, ozařování, chirurgického zákroku. Vysvětlily jsme pacientce, že mízní otok je řešitelný komplexní terapií, která obnovuje a posiluje kapilární mízní pumpu. A že tato komplexní terapie se skládá z **manuální mízní drenáže, přístrojové lymfodrenáže, kompresivní bandáže a cvičení**.

- **manuální mízní drenáž** – manuální technika, během níž se provádí ošetření končetiny vždy z centra k periferii a je nutné předchodí ošetření proximálních lymfatických uzlin.
- **přístrojová lymfodrenáž** – nutné předchodí manuální ošetření regionálních lymfatických uzlin. Toto ošetření se provádí přístrojem a speciálními návleky. Opět se provádí nejdříve z centra do periferie, následně z periferie do centra.
- **kompresivní bandáž** - vysvětlily jsme pacientce, že se jedná o nedílnou součást terapie, ve fázi redukce otoku se aplikuje zesílená vícevrstvá bandáž, která se ponechává celodenně. Tuto techniku provádí vyškolený terapeut. Po stabilizaci stavu nebo tam kde se otok více než 6 měsíců nemění, se mohou použít kompresivní návleky. Protože pacientka se necítí na to, že bude schopna bandáž provádět samostatně, budeme v posledních dvou sezeních tuto techniku učit dceru a vnučku.
- **cvičení** – pacientka prováděla cviky dle návodu a edukace školené lymfoterapeutky. Cvičení byla koncipována tak, aby během cvičení s kompresí docházelo ke stimulaci lymfatických uzlin a byl potencionován odchod lymfy. Cvičení se provádělo při všech sezeních po dobu 10 min.

II. sezení: pacientka bude seznámena s péčí o postiženou končetinu, s prevencí lymfedému, s domácím ošetřením proximálních mízních uzlin

Pacientka byla v rámci tohoto sezení seznámena s následujícími zásadami:

- **v zaměstnání a domácnosti:** vyvarovat se všech poranění, i těch nejdrobnějších, přetížení končetiny a účinku horka a chladu. Pozor na píchnutí jehlou, říznutí nožem, opatrnost při žehlení. Nemýt nádobí v horké vodě, nenosit těžké tašky.
- **při oblékání:** raménka podprsenky se nesmějí zařezávat, používat bavlněné oblečení, nevhodná jsou úzká trika, tílka
- **při kosmetické péči:** neporanit si nehtové lůžko při stříhání nehtů, opatrnost při pilování, nepoužívat alergizující prostředky. Vyvarovat se sauny, opalování, přímého slunečního záření.
- **u kadeřníka:** chránit si ramena a ruku před horkým vzduchem

- **na zahradě:** pozor na bodliny, trny, ostré zahradnické náčiní. Nosit pracovní rukavice. Šetřit postiženou končetinu. Pracovat, vždy s bandáží končetiny nebo kompresivní punčochou
- **při sportu:** vyvarovat se těžké tělesné zátěže, vhodná jízda na kole, plavání, vycházková chůze
- **při výživě:** udržovat si tělesnou hmotnost, omezit přívod soli, dostatek zeleniny a ovoce.
- **u lékaře: na postižené končetině si nikdy nenechat provádět žádné injekce, odběry krve, měření tlaku, žádná akupunktura a vždy zdravotníka na tuto informaci upozornit**
- **u televize:** při koukání na televizi dát si ruku do zvýšené polohy, podkládat, používat závěs
- **při nočním klidu:** ruku se snažit držet končetinu ve zvýšeném postavení, neležet na postižené straně
- **vyprazdňovat proximální uzliny** na krku a podpažím jemnými krouživými pohyby viz.názorná ukázka., upozornili jsme ji na nutnost této péče a
- **Pacientka byla upozorněna na nutnost při jakýchkoli komplikacích, že je nutné vyhledat a informovat lékaře, protože postižená končetina bývá často vstupní branou erysipelu.**

III. sezení – pacientka se bude seznamovat a nacvičovat cviky, které jsou důležitou součástí komplexu léčebných opatření.

- Klientce bylo vysvětleno, že speciální cvičení s bandáží by mělo být v terapii lymfedému pravidelností, protože napomáhá k uvolnění celého těla i v jizevnatém místě tkáně, které by jinak znamenalo překážku v pohybu.
- **Zásady pro správné cvičení:** každé cvičení vícekrát, všechny cviky nejdříve začínat zdravou končetinou, pak teprve nemocnou s kompresí bandáží nebo punčochou. Pohyby jsou volné, prostorné, dotahované do plného rozsahu. Mezi jednotlivé cviky vložit 2-3 min.uvolnění. Nespěchat se cviky, při pocitu únavy cvičení ukončit.
- Pokud by se klientka dostala do plaveckého bazénu, bylo by plavání nebo cvičení ve vodě výborným doplňkem této terapie.
- S klientkou byly nacvičeny jednotlivé cviky, pro domácí cvičení dostala pacientka leták s popisem jednotlivých cviků.

IV. sezení – bude prováděn nácvik kompresivní terapie, se zapojením rodinných příslušníků.

- Pacientku jsme seznámily s tím, že kompresivní bandážování je nedílnou základní součástí léčby. Pokud je onemocnění chronické, je nutné počítat s doživotním bandážováním postižené končetiny.
- Že je velmi důležitá správná volba a technika přiložení komprese. Používají se elastická obinadla či kompresivní rukávce
- Spolu s pacientkou byla tomuto sezení přítomna dcera, která bude kompresivní terapii provádět, protože pacientka se na to necítí a příliš jí to nejde.
- Dcera i pacientka se opakovaně předvedli praktické ukázky bandážování. Poskytly se informace, že obinadla jsou na zdravotní poukaz a kompresivní punčochu lze také napsat 1x za ½ roku na zdravotní poukaz, aby na to pamatovali při dalších kontrolách u lékaře.

V. sezení - hodnocení edukačního procesu, klientka umí předvést cviky HK, umí ona nebo manžel provést kompresivní bandáž postižené končetiny.

- v tomto sezení spolu s pacientkou a dcerou se zhodnotily všechna předchozí sezení, zda porozuměli všem informacím, zda pochopili principy léčby a zda jsou schopni ji provádět. Byl vytvořen prostor pro otázky pacientky i dcery.
- Pacientku i dcera nám předvedli, zda jsou schopné provést vyprázdnění proximálních mízních uzlin, kompresivní bandáž, jednotlivé cviky a zda mají dostatečné množství informací k této problematice.
- Domluvily jsme schůzku za 3 týdny, kdy se následně zhodnotí uplynulé období a vytvoří prostor pro další dotazy.
- Během tohoto sezení jsme předali kontakty na sdružení a kluby (které jsou pro pacientku dostupné v rámci bydliště), kde se schází takto postižené ženy. (Liga proti rakovině Praha, KON Pardubice, Alen – sdružení žen Praha,)

Pro kvalitní výuku pacientky je důležité kvalitní navázání spolupráce nemocného a rodiny s lékařem a sestrami lymfoterapeutkami. Vytvoření důvěrného vztahu sestra – pacientka. Bez aktivní spolupráce pacientky a také její rodiny (pokud pacientka sama péči nezvládá) je úspěšnost léčby mizivá. Je důležité pro úspěšnost terapie, aby si pacientka uvědomila nutnost celoživotní léčby.

Závěrečné hodnocení

Pacientka byla seznámena a chápe podstatu a projevy onemocnění. Ví jaký je běžný komplexní léčebný plán pečovat o postiženou končetinu, jak provádět jemnou manuální masáž, jak a jaké provádět léčebné cvičení. S pacientkou i její rodinou byla výborná spolupráce

Pacientce příliš nejde správně provádět kompresivní bandáž, ale dcera výborně zvládá techniku bandážování.

Pacientka je seznámena a chápe skutečnost, že péče o HK je celoživotní a že je nutné dodržovat léčebný režim, aby nedošlo ke zhoršení onemocnění. Pacientce byly předány kontakty na kluby sdružující takto postižené ženy a uvidí zda kontakty nějakým způsobem využije.

Příloha č.3

EVROPSKÝ KODEX PROTI RAKOVINĚ

(European Code Against Cancor, 3.verze)

Celkový zdravotní stav lze zlepšit a mnohým úmrtím na rakovinu zabránit, když si osvojíme zdravější životní styl.

- 1. Nekuřte! Pokud kouříte, přestaňte. Pokud nemůžete přestat, nekuřte v přítomnosti dětí.**
- 2. Vyvarujte se obezitě.**
- 3. Denně vykonávejte nějakou tělesnou činnost.**
- 4. Jezte denně více různých druhů ovoce a zeleniny, alespoň v pěti porcích. Omezte příjem potravin obsahujících živočišné tuky.**
- 5. Jestliže pijete alkohol, ať již pivo, víno nebo koncentráty, snižte spotřebu na dva nápoje denně, jste-li muž, a na jeden, jste-li žena.**
- 6. Nevystavujte se nadměrnému slunečnímu záření. Zvláště důležité je chránit děti a mladistvé. Ti kdo mají sklon se rychle spálit, se musí chránit během celého života.**
- 7. Dodržujte přesně pravidla ochrany před známými rakovinotvornými látkami. Dodržujte všechny zdravotní a bezpečnostní předpisy při styku s látkami, které mohou způsobit rakovinu. Dodržujte směrnice radiační hygienické služby.**

Programy veřejného zdravotnictví, které mají preventivní význam nebo zvyšují pravděpodobnost jejího vyléčení.

- 8. Ženy od 25 let by se měli zapojit do skrínungu děložního hrdla v programu se zajištěnou kontrolou kvality v souladu Směrnicemi Evropské unie.**
- 9. Ženy od 50 let by se měli zapojit do mamárního skrínungu v programu se zajištěnou kontrolou kvality v souladu Směrnicemi Evropské unie.**
- 10. Ženy a muži od 50 let by se měli zapojit do skrínungu tlustého střeva a konečníku v programech se zajištěnou kontrolou kvality.**
- 11. Účastněte se očkovacích programů proti infekci způsobené virem hepatitidy B.**

Doporučení, která jsou obsahem Evropského kodexu proti rakovině, mají za cíl snížit výskyt rakoviny a vést ke zlepšení celkového zdravotního stavu. Každý jedinec má svobodnou vůli změnit svůj životní styl, čímž si může snížit riziko vzniku rakoviny.

Příloha č.4

**Lékařská fakulta
UK Hradec Králové
Katedra sociálního lékařství**

Dotazník

Vážená paní,

prosím Vás o laskavé vyplnění předloženého dotazníku. Všechny získané informace budou použity výhradně jako studijní materiál pro potřeby závěrečné bakalářské práce na téma „Edukace žen s postmastektomickým syndromem“

Přečtěte si prosím pozorně následujících 24 otázek, týkajících se různých stránek léčebné a preventivní péče u onemocnění Postmastektomický syndrom (Lymfedém horní končetiny).

Dotazník je anonymní, což zaručuje ochranu Vašich informací.

Odpovězte, prosím, na všechny otázky a pokud Vám nabídnutá varianta nevyhovuje, zvolte tu, která je Vašemu názoru nejbližší.

Věřím, že vyplnění dotazníku Vám nezabere více než 10 min a jeho výsledky přispějí ke zkvalitnění zdravotní péče o Vás a další takto postižené ženy.

Velice Vám děkuji za spolupráci, ochotu a čas věnovaný vyplňování dotazníku.

Stará Iveta
4.ročník – ošetřovatelství
LF UK

Dotazník

1. Kolik je Vám let?

- méně než 50 let 50-55 let 55-65 let
 65-70 let nad 70 let

2. Kde bydlíte?

- samota vesnice do 10 000 obyvatel
 do 100 000 obyvatel nad 100 000 obyvatel

3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- základní vyučení SŠ s maturitou VŠ

4. Jaké je vaše nynější zaměstnání?

- v zemědělství dělnické profese administrativa
 důchod PN jiné.....

5. Které z níže uvedených léků užíváte?

- léky na spaní léky na uklidnění léky tišící bolest
 kortikoidy léky na tlak, krev jiné.....

6. Kolik let jste po operaci prsu?

- do 1 roku 1-5 let 5let a více

7. Kolik let jste léčena pro lymfedém HK?

- 0 do 1 roku
 1-5 let 5let a více

8. Kdo Vám první podal informaci o léčbě a možnosti terapie lymfedému?

- lékař sestra samostudium jiné

9. S léčbou a terapií lymfedému se začalo:

- před vznikem v počátcích ve fázi rozvinutého lymfedému

10. Zúčastnila jste se edukačního programu? (jestliže ano jakou formou)

- ano přednáška
 literatura
 trénink cviků
 trénink kompresivní bandáže
 ne

11. Víte co je příčinou lymfedému ?

- ano ne nevím

uvedte

12. Byla jste někdy informována o prevenci lymfedému?

- ano ne nevím

13. Které komplikace mohou vzniknout při lymfedému?

- riziko infekce omezení pohybu HK nevím

14. Znáte činnosti, kterých je třeba se vyvarovat při tomto onemocnění?

- ano ne nevím

15. Byla jste seznámena s péčí o postiženou končetinu?

- ano ne nevím

16. a) Víte, že na postižené končetině se nesmí provádět žádné odběry, injekce?

- ano ne nevím

b) Reaguje zdravotnický personál na tuto informaci?

- ano ne někdy

jak

17. Byla jste seznámena jaké zásady dodržovat v zaměstnání, domácnosti, při oblékání, při práci na zahradě, při sportu, jakou dodržovat výživu atd.?

- ano ne nevím

18. Umíte provádět vyprázdňování proximálních mízních uzlin a speciální cviky vhodné pro terapii lymfedému?

- ano ne nevím

19. Umíte provádět kompresivní terapii (bandáž postižené končetiny)?

- ano ne nevím

20. Dostala jste od zdravotnického personálu informační materiál ?

- ano ne

21. Je do terapie zapojen, některý z členů Vaší rodiny?

- ano ne

22. Byla by jste ráda, kdyby se některý z členů rodiny zapojil do terapie?

- ano ne nevím

23. Uvědomujete si, že prevence a terapie tohoto onemocnění je celoživotní?

- ano ne nevím

24. Znáte některé spolky, které sdružují ženy s podobnými problémy?

- ano ne nevím

jaké:.....

Edukace žen s Postamastektomickým syndromem

V závěrečné bakalářské práci jsem se pokusila představit jeden z mnoha problémů, který nás ženy může potkat. Nádorové onemocnění prsu je v současné době jedním z nejčastějších maligních onemocnění u žen a může postihnou každou z nás. Pravděpodobnost následného vzniku postamastektomického syndromu je velmi vysoká. Právě edukace je jedním z nástrojů jak ženy mohou předcházet vzniku a rozvoji postmastektomického syndromu.

V teoretické části je přiblížena problematika karcinomu prsu, jeho diagnostika a terapie, dále postmastektomický syndrom, jeho etiologie, diagnostika, léčba. Poslední částí je edukace, její definice, výukové metody a cíle. Výzkumnými cíly bylo zjistit, jak vysoká je míra informovanosti žen o tomto onemocnění, zda jsou dostatečně poučeny o terapii, komplikacích, ošetřování postižené končetiny a dodržování zásad.

Na závěr, bych chtěla shrnout, že tato práce mi přinesla ucelený pohled na edukaci patientek s tímto postižením, na kvalitu poskytovaných informací odbornými lékaři a sestrami lymfoterapeutkami. Vzdělávání těchto patientek je na velmi dobré úrovni a má vliv na dodržování režimových a léčebných opatření.