

Komplexní ošetrovatelský proces u nemocného s hemolytickou anémií

Jana Wrzecionková

Bakalářská práce
2012



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav ošetrovatelství

akademický rok: 2011/2012

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Jana WRZECIONKOVÁ**

Osobní číslo: **H09038**

Studijní program: **B 5341 Ošetrovatelství**

Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Téma práce: **Komplexní ošetrovatelský proces u nemocného s hemolytickou anémií**

Zásady pro vypracování:

V teoretické části charakterizovat hemolytickou anémii. Popsat základní klasifikaci, klinické projevy, diagnostiku a možnosti léčby. Shrnout hlavní zásady komplexní ošetrovatelské péče. Vymežit potřeby nemocných a teorii ošetrovatelského procesu.

V praktické části se zaměřit na specifika ošetrovatelské péče u nemocných s hemolytickou anémií. Zhodnotit uspokojování potřeb nemocných. Zjistit vliv onemocnění na kvalitu života. Provést analýzu získaných dat. Seznámit s výsledky odbornou veřejnost.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

INDRÁK, Karel et al., 2006. Hematologie. Praha: Triton. ISBN 80-7254-868-9.

KLENER, Pavel et al., 2001. Vnitřní lékařství II. Praha: Informatorium. ISBN 80-86073-76-9.

PENKA, Miroslav et al., 2009. Neonkologická hematologie. Vyd. 2. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2299-3.

STEFFEN, Hans-Michael et al., 2010. Diferenciální diagnostika ve vnitřním lékařství. Přeložil Petr SEDLÁČEK. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2780-6.

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Markéta Samková
Ústav ošetrovatelství

Datum zadání bakalářské práce:

30. listopadu 2011

Termín odevzdání bakalářské práce:

30. května 2012

Ve Zlíně dne 14. února 2012


doc. Ing. Aněžka Lengalová, Ph.D.
děkanka




Mgr. Anna Krátká, Ph.D.
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 2.3.2012

.....
Urnuionkove' f

¹⁾ zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) *Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.*

(3) *Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.*

2) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:*

(3) *Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacího zařízení (školní dílo).*

3) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:*

(1) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.*

3). *Odpirá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

(2) *Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.*

(3) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

ABSTRAKT

Bakalářská práce na téma „Komplexní ošetrovatelský proces u nemocného s hemolytickou anémií“ se dělí na teoretickou a praktickou část.

Teoretická část se zabývá anatomií a fyziologií krve. Charakterizuje hemolytickou anémii, popisuje její základní klasifikaci, klinické projevy, diagnostiku a možnosti léčby. Následuje zaměření na potřeby nemocných a kvalitu života.

Praktická část hodnotí uspokojování potřeb nemocných s hemolytickou anémií pomocí polostrukturovaného rozhovoru. Dále zjišťuje kvalitu života nemocných s hemolytickou anémií za použití standardizovaného dotazníku kvality života od Světové zdravotnické organizace.

Výsledkem průzkumu je zpracování získaných dat, jejich zhodnocení a seznámení odborné veřejnosti s výsledky.

Klíčová slova: hemolytická anémie, kvalita života, ošetrovatelská péče, potřeby

ABSTRACT

The bachelor thesis „Complex nursing process in a patient with hemolytic anemia“ is divided into a theoretical and a practical part.

The theoretical part deals with the anatomy and physiology of blood. It characterizes hemolytic anemia, describes its basic classification, clinical manifestations, diagnosis and treatment options. This is followed by a focus on the needs of the patients and quality of their life.

The practical part evaluates meeting the needs of patients with hemolytic anemia by semi-structured interview. It also investigates the quality of life of patients with hemolytic anemia, using a standardized questionnaire of quality of life from the World Health Organization.

The outcome of the exploration is processing the survey data, their evaluation and informing the professional public of the results.

Keywords: haemolytic anemia, quality of life, nursing care, needs

Poděkování:

Touto cestou bych chtěla velmi poděkovat Mgr. Markétě Samkové za odborné vedení, věnovaný čas, cenné rady a připomínky při zpracování mé bakalářské práce.

Také bych ráda poděkovala paní primářce MUDr. Janě Laské za umožnění osobního kontaktu s pacienty na hematologické ambulanci a samotným pacientům, kteří se mnou spolupracovali, za ochotu, vstřícnost a otevřenost.

Velké díky patří rovněž mé rodině za psychickou podporu pro dokončení této práce a za podporu po celou dobu mého studia.

OBSAH

ÚVOD	11
I TEORETICKÁ ČÁST	12
1 ANATOMIE A FYZIOLOGIE KRVE	13
1.1 SLOŽENÍ A FUNKCE KRVE.....	13
1.1.1 Krevní plazma	13
1.1.2 Červené krvinky - erytrocyty	14
1.1.3 Bílé krvinky - leukocyty	15
1.1.4 Krevní destičky - trombocyty	15
1.2 TVORBA A VÝVOJ ERYTROCYTŮ	15
2 HEMOLYTICKÉ ANÉMIE	17
2.1 KORPUSKULÁRNÍ HEMOLYTICKÉ ANÉMIE	17
2.1.1 Anémie z poruchy erytrocytární membrány	17
2.1.2 Enzymopatické anémie	18
2.1.3 Anémie z poruchy hemoglobinizace erytrocytů	19
2.2 EXTRAKORPUSKULÁRNÍ HEMOLYTICKÉ ANÉMIE	21
2.2.1 Autoimunitní hemolytické anémie.....	21
2.2.2 Neimunitní hemolytické anémie	23
3 USPOKOJOVÁNÍ POTŘEB NEMOCNÝCH	25
3.1 POTŘEBY NEMOCNÝCH	25
3.2 DĚLENÍ POTŘEB	25
3.3 HIERARCHIE POTŘEB PODLE ABRAHAM HAROLD MASLOWA.....	25
3.4 DIAGNOSTIKA POTŘEB	26
4 VYUŽITÍ MODELU VIRGINIE AVENEL HENDERSONOVÉ	28
4.1 V. A. HENDERSONOVÁ	28
4.2 OŠETŘOVATELSKÝ MODEL V. A. HENDERSONOVÉ.....	29
5 KVALITA ŽIVOTA	31
5.1 KVALITA ŽIVOTA NEMOCNÝCH	31
5.2 HODNOCENÍ DALŠÍCH PARAMETRŮ VE VZTAHU KE KVALITĚ ŽIVOTA NEMOCNÝCH.....	31
5.3 MOŽNOSTI HODNOCENÍ KVALITY ŽIVOTA NEMOCNÝCH.....	32
II PRAKTICKÁ ČÁST	34
6 CÍLE PRÁCE	35
7 METODIKA PRŮZKUMU	36
7.1 PRŮZKUMNÁ METODA	36
7.1.1 Rozhovor.....	36
7.1.2 Dotazník.....	36

8	VÝSLEDKY	37
8.1	VÝSLEDKY ROZHOVORŮ S NEMOCNÝMI	37
8.1.1	Kazuistiky respondentů	37
8.1.2	Základní grafy	47
8.1.3	Kategorizace dat v tabulkách.....	52
8.2	VÝSLEDKY DOTAZNÍKU KVALITY ŽIVOTA	59
8.2.1	Vyhodnocení samostatných položek	59
8.2.2	Vyhodnocení domén	61
9	DISKUSE.....	65
	ZÁVĚR	69
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	70
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	72
	SEZNAM GRAFŮ	73
	SEZNAM TABULEK	74
	SEZNAM PŘÍLOH	75

ÚVOD

Prvními průkaznými zprávami o hemolytické anémii jsou případy paroxysmální chladové hemoglobinurie pozorované koncem 13. století Johannisem Actuariem, který popsal u některých jedinců pasáž černé moči po prochlazení.

Hemolytická anémie se řadí mezi onemocnění krve, které je definováno jako chorobný stav způsobený předčasným a nedostatečně kompenzovaným rozpadem červených krvinek - hemolýzou. U nemocného lze prokázat vedle známek anémie také kolísající subikterus až ikterus sklér a kůže a často i splenomegálii. Potíže jako jsou únava, slabost a dušnost mohou nemocného velkou měrou omezovat v běžném denním životě.

Mírnější forma anémie se léčí ambulantní formou, při níž je nemocný pravidelně sledován a léčen hematologem nebo praktickým lékařem. Těžší formy si vyžadují hospitalizaci na hematologickém nebo interním oddělení. Pro sestru je nezbytné využít všech poznatků, které má, aby mohla nemocného kvalitně a komplexně ošetřit.

Cílem mé práce je zhodnotit uspokojené potřeby a zmapovat vliv onemocnění na kvalitu života u nemocných s hemolytickou anémií. Informace od nemocných budu získávat formou rozhovorů a dotazníků.

Je důležité, abychom věděli, jak nemocný vnímá své potřeby. Nejen, že bychom měli neuspokojené potřeby zjistit, ale hlavně bychom se měli tyto potřeby snažit uspokojit a dokázat tak nemocnému pomoci.

Toto téma bakalářské práce jsem si vybrala, protože se o hemolytické anémii málo píše a mluví. Zajímaly mne podrobnosti této nemoci, co se týká příznaků, projevů, diagnostiky a terapie. Za svou praxi v nemocničním zařízení jsem se málokdy setkala s nemocnými s hemolytickou anémií. Bylo zajímavé porovnat, jak každý nemocný pocítuje jiné problémy a hodnotí kvalitu svého života. Díky této práci jsem se o tomto onemocnění dozvěděla mnoho nových informací, které bych ráda sdělila i ostatním.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 ANATOMIE A FYZIOLOGIE KRVE

1.1 Složení a funkce krve

Krev je nejdražší tekutina na světě, která je často nazývána tekutou tkání. Je to vysoce specializovaná tekutina, dostávající se cévním řečištěm do různých částí těla. Zde zprostředkovává výměnu plynů, odevzdává kyslík a výživné látky. Odvádí z nich oxid uhličitý a odpadní látky, které vznikají v procesu látkové přeměny. Krví jsou transportovány i enzymy, hormony, vitamíny a protilátky. Vzhledem k velkému obsahu vody má krev značnou kapacitu pro teplo. Toto teplo rozvádí z orgánů metabolicky aktivních do orgánů a tkání chladnějších. Má výraznou roli při zajištění rovnovážného stavu organismu. Vědní obor, který se zabývá složením krve, funkcí krve a krevními chorobami, se nazývá hematologie (Lexová et al., 2000; Křivánková et al., 2009).

Lidská krev je tkáň, která se skládá z krevní plazmy, červených krvinek, bílých krvinek a krevních destiček. Poměr mezi krevní plazmou a krevními elementy se nazývá hematokrit. Hodnota je kolem 0,43. To znamená, že máme přibližně 57 % plazmy a 43 % krevních elementů. Celkové množství krve v těle je poměrně stálé, činí přibližně 7 - 8 % tělesné hmotnosti. U dospělého člověka 5 - 6 litrů (Lexová et al., 2000; Kelnarová et al., 2009; Křivánková et al., 2009).

1.1.1 Krevní plazma

Krevní plazma je nažloutlá, slabě zásaditá tekutina. Celkový objem plazmy je u dospělého člověka asi 2,8 - 3,5 litrů. Nejvíce je v plazmě zastoupena voda, která tvoří zhruba 80 %. Je tvořena anorganickými a organickými látkami (Lexová et al., 2000).

A. Anorganické látky:

- **Ionty sodíku a draslíku** - udržují rovnovážný stav mezi nitro a mimobuněčnou tekutinou;
- **Vápník a hořčík** - jsou důležité pro krevní srážení, pro správnou funkci nervů, srdečního a kosterního svalstva;
- **Železo, měď a kobalt** - jsou nezbytné pro krve tvorbu;
- **Bikarbonátové a fosfátové aniony** - jsou součástí nárazníkového systému a uplatňují se při udržování acidobazické rovnováhy;

- **Chloridový aniont** se podílí na udržení osmolality, je hlavním aniontem extracelulární tekutiny;
- Z anionů je v plazmě ještě obsažen **jód, síra a brom** (Lexová et al., 2000).

B. Organické látky:

Z organických látek jsou v plazmě nejvíce zastoupeny bílkoviny. V celkovém objemu plazmy je přibližně 200 g bílkovin. Bílkoviny dělíme na albuminy, globuliny a fibrinogen. Kromě bílkovin jsou organickou součástí plazmy i cukry, vitamíny, hormony, žlučová barviva a tuky.

- **Albuminy**

Vytvářejí se v játrech. Podílejí se na udržení onkotického tlaku krve. Mohou vázat bilirubin, vodu, pigmenty, mastné kyseliny, hormony, a také látky tělu cizí.

- **Globuliny**

Jsou produktem specializovaných buněk obranného systému organismu. Z hlediska obranných funkcí jsou nejvýznamnější imunoglobuliny. Jsou nositeli protilátek schopných zneškodnit škodlivé látky pronikající do organismu. Při infekčních chorobách se množství imunoglobulinu zvyšuje.

- **Fibrinogen**

Vzniká podobně jako albuminy v játrech. Je to základní bílkovina krevního srážení. V plazmě se nachází v neaktivní formě. Na 1 litr připadá 2,0 - 4,0 g fibrinogenu (Lexová et al., 2000; Dylevský, 2000).

1.1.2 Červené krvinky - erytrocyty

Jsou bezjaderné buněčné elementy, jejichž jedinou buněčnou strukturou je cytoplazmatická membrána. Uvnitř erytrocytů je červené krevní barvivo hemoglobin, na který se váže kyslík a oxid uhličitý. V dospělosti vznikají pouze v kostní dřeni. V období nitroděložního vývoje je krvetvorba také ve slezině a v játrech plodu. Před vyplavením do oběhu ztrácejí jádro. Bezjaderné buňky se nemohou dělit, a proto přežívají v oběhu pouze 100 až 120 dní. Velikost celkového povrchu červených krvinek v lidském těle se odhaduje na 3250 m² (Dylevský, 2000; Navrátil et al., 2008).

1.1.3 Bílé krvinky - leukocyty

Bílé krvinky tvoří velmi různotvaré buňky. Podle tvaru jader, velikosti buněk a barvitelnosti drobných hrudek v cytoplasmě se dělí leukocyty na granulocyty a agranulocyty.

A. Granulocyty:

Obsahují v cytoplasmě hrudky, které se barví neutrálními, zásaditými nebo kyselými histologickými barvivy. Podle toho se rozlišují leukocyty na neutrofilní, basofilní a eosinofilní. Vznikají v kostní dřeni z tzv. kmenové buňky, jejímž postupným vývojem vznikají všechny typy granulocytů. Granulocyty se účastní obranných reakcí organismu.

B. Agranulocyty:

Neobsahují barvitelná zrna, ale podle tvaru jader je dělíme na lymfocyty a monocyty. Předchůdcem agranulocytů jsou kmenové buňky, které se výrazně podílejí v obranných reakcích organismu. Z kmenových buněk vznikají dvě odlišné řady lymfocytů T -lymfocyty a B -lymfocyty. T-lymfocyty mohou pomáhat B-lymfocytům při tvorbě protilátek. Monocyty vznikají rovněž v kostní dřeni (Dylevský, 2000).

1.1.4 Krevní destičky - trombocyty

Jsou to malá tělíska nepravidelného tvaru. Vznikají jako úlomky krvetvorných buněk kostní dřeni. Nemají buněčné jádro. V krvi přežívají asi 4 dny. Trombocyty se účastní srážení krve. Krev kolující krevním řečištěm je v tekutém stavu, což je dáno rovnovážným stavem systémů krevního srážení a jejich regulačních mechanismů. Po narušení celistvosti cévní stěny dochází k rozkolísání dynamické hemokoagulační rovnováhy a ke srážení krve (Lexová et al., 2000; Dylevský, 2000; Krivánková et al., 2009).

1.2 Tvorba a vývoj erytrocytů

Tvorba erytrocytů je velmi složitý a náročný děj. Červené krvinky postupně vznikají v kostní dřeni z pluripotentní kmenové buňky. Tato buňka postupně v několika vývojových stádiích ztrácí jadernou hmotu a mění se na zralý erytrocyt. Stádium vývoje erytrocytu těsně před jeho dozráním na definitivní bezjadernou buňku je retikulocyt, který je schopen syntézy hemoglobinu. U dospělého člověka se v krvi běžně nachází asi 0,5 - 1 % retikulocytů. Toto množství je pokládáno za relevantní důkaz normálně probíhající erythropoézy (Mourek, 2005).

Samotná tvorba erytrocytů nebyla situována vždy do kostní dřeně. V ranných vývojových stádiích jedince jsou nejdůležitějším krvetvorným orgánem játra, pak slezina. Teprve po 20. týdnu intrauterinního vývoje je to kostní dřeň se současným zánikem krvetvorby v játrech a slezině (Lexová et al., 2000; Mourek, 2005).

Krvetvorba je náročná syntetická aktivita. Nejdůležitější substráty pro fyziologický průběh erythropoézy jsou dostatek železa, příslušných aminokyselin a vitamínů skupiny B. K tomu, aby probíhala krvetvorba bez komplikací, jsou nutné vitamíny. Je to především vitamín B₁₂, kyselina listová, vitamín B₆ a vitamín C. Pro erythropoezu je nutný i dostatek energie, tj. potrava bohatá na výše uvedené vitamíny. Musí být i kaloricky bohatá (Dylevský, 2000; Mourek, 2005).

Erythropoéza je řízená hormonem erythropoetinem, který vzniká v ledvinách. Produkce erythropoetinu je závislá na množství kyslíku, klesá-li tlak kyslíku, tvoří se více erythropoetinu, který povzbuzuje kostní dřeň k tvorbě vyššího množství erytrocytů. Druhým regulátorem krvetvorby je množství erytrocytů. Při vyšším počtu erytrocytů v cirkulující krvi klesá jejich tvorba v kostní dřeni (Dylevský, 2000).

2 HEMOLYTICKÉ ANÉMIE

„Je-li zkrácené přežívání erytrocytů příčinou poklesu hodnot hemoglobinu, hovoříme o hemolytické anémii (Indrák et al., 2006, s. 50)“. Kostní dřevina má poměrně velkou krvetvornou kapacitu. Je schopná zvýšit produkci erytrocytů 6 až 10krát. Anémie se projeví až tehdy, je-li porušena rovnováha mezi zvýšeným zánikem a vystupňovanou tvorbou erytrocytů. K tomuto stavu může dojít při nadměrné hemolýze, kdy ani maximálně vystupňovaná krvetvorba není schopna nahradit zvýšený rozpad krvinek. Hemolýza je stav, kdy je doba života erytrocytů zkrácená. Hemolytické anémie lze rozdělit podle příčiny zkráceného přežívání erytrocytů na korpuskulární, kdy příčina hemolýzy je v krvi, a na extrakorpuskulární vznikající v důsledku mechanismů přítomných mimo krvinku (Klener et al., 2001; Bureš, Horáček, 2003).

2.1 Korpuskulární hemolytické anémie

Jde o skupinu dědičných anémií, jejichž příčinou je porucha enzymatického vybavení erytrocytu, porušená tvorba hemoglobinu a porucha složení erytrocytární membrány (Klener et al., 2011).

2.1.1 Anémie z poruchy erytrocytární membrány

Jedná se o choroby, u nichž porucha buněčné membrány erytrocytu vede ke ztrátě jejich normálních vlastností zabezpečujících řadu funkcí. Projevuje se zkrácením života erytrocytu. Nejčastěji dochází k sférocytóze a eliptocytóze (Penka et al., 2009; Bureš, Horáček, 2003).

A. Dědičná sférocytóza:

Jedná se o vrozené onemocnění membrány erytrocytů charakterizované různě vyjádřenou extravaskulární hemolýzou a přítomností sférocytů v nátěrech periferní krve. Nejčastějšími příznaky jsou mírná až středně těžká anémie se zvětšenou slezinou a ikterickým zbarvením kůže a sklér. Může být přítomna i mírná hepatomegalie. Efektivní léčebnou metodou je splenektomie. Splenektomií předcházíme rozvoji cholelitiázy, zhoršení choroby během těhotenství, hemolytickým krizím aj. (Penka et al., 2011; Klener et al., 2011).

B. Dědičná eliptocytóza:

Jedná se o skupinu dominantně dědičných membránových poruch erytrocytů charakterizovaných přítomností eliptocytů v periferní krvi. Příznaky jsou podobné jako u sférocytózy, které bývají méně nápadné. Léčba u většiny postižených není potřebná, u těžké choroby se provádí splenektomie (Penka et al., 2011; Indrák et al., 2006).

2.1.2 Enzymopatické anémie

„Pro normální přežívání erytrocytu musí mít krvinka v okamžiku vyplavení z kostní dřene potřebnou enzymatickou výbavu. Jako bezjaderný element již totiž není schopna tvorby enzymů potřebných pro další metabolismus buňky. Proto se snížení aktivity některého z enzymů v erytrocytu, nebo jeho rychlejší odbourávání, projeví zkrácením přežívání krvinky, tedy hemolýzou (Penka et al., 2001, s. 49)“.

Dosud bylo popsáno kolem 20 defektů enzymů figurujících v glykolýze. Některé z nich vedou k hemolýze. Nejčastější je defekt pyruvátkinázy a defekt glukózo-6-fosfátdehydrogenázy (Bureš, Horáček, 2003).

A. Anémie při deficitu pyruvátkinázy:

Je nejčastější poruchou postihující enzymy anaerobní glukolýzy. Jde o autosomálně recesivní onemocnění postihující jeden či dva geny kódující většinou různé varianty enzymu. Energetický deficit vede k poruše deformability a plasticity krvinky a k extravaskulární hemolýze. U homozygotů je přítomna těžká hemolytická anémie. U jednoduchých či složených heterozygotů jde většinou o různý stupeň chronické hemolytické anémie s ikterem a hepatosplenomegalií. V laboratorním nálezu dominuje normochromní makrocytární anémie a hyperbilirubinémie. Léčebnou metodou je splenektomie, která většinou přináší jen částečnou úpravu hemolýzy. U těžší anémie je nutná substituce převody erytrocytů a trvalá chelatační léčba, kdy se odstraní nadbytečné železo chelatačními látkami. (Klener et al., 2011).

B. Anémie při deficitu glukózo-6-fosfátdehydrogenázy:

Je vrozená, na pohlavní chromozom X vázaná genetická odchylka se snížením aktivity enzymu glukózo-6-fosfátdehydrogenázy, který je nezbytný pro ochranu erytrocytů proti oxidačnímu stresu. Tato změna vede k akutním hemolytickým epizodám při oxidační zátěži různého původu. Příznaky jsou velmi variabilní. Většinou se manifestuje jako mírná chronická hemolytická anémie se zhoršením během infekce či po jiné příčině vyvolávající oxi-

dační stres. Látky s oxidačním účinkem mohou u některých patologických variant vyvolat obraz akutní hemolytické anémie s intravaskulární hemolýzou, hemoglobinurií, ikterem, bolestmi hlavy a břicha a teplotou. Podle klinických projevů kolísá stupeň anémie, retikulocytózy a hyperbilirubinémie. Charakteristickým nálezem v periferní krvi jsou v období hemolýzy nepravidelné krvinky. Důležitá je prevence infekce, prevence styku s oxidačními činidly a dalších faktorů vyvolávajících oxidační stres. Akutní hemolýza vyžaduje intenzivní péči s monitorováním vitálních funkcí, hydratací, podporováním diurézy a podáváním transfúzí erytrocytů. Splenektomie nebývá účinná, v poslední době se ukazuje dobrý efekt transplantace krevních buněk u nemocných s těžkým průběhem choroby (Klener et al., 2011; Penka et al., 2009).

2.1.3 Anémie z poruchy hemoglobinizace erytrocytů

„Poruchy tvorby hemoglobinu může spočívat v defektní syntéze některého z řetězců globinu či jeho části, jako je tomu u thalasémií, nebo v záměně aminokyseliny v α - či β - řetězci globinu v některém funkčně významném místě. Tímto způsobem vznikají hemoglobinopatie (Klener et al., 2011, s. 443)“.

A. Srpková anémie:

„Jde o dědičnou hemolytickou chorobu, která se vyskytuje u homozygotních nosičů abnormálního hemoglobinu S. Heterozygotní nosičství hemoglobinu S je většinou benigním nálezem bez anemického syndromu s nevýznamným zkrácením přežívání erytrocytů (Penka et al., 2009, s. 74)“.

Homozygotní forma s více než 50 % hemoglobinu S vede k obrazu hemolytické anémie. Bývá komplikována hemolytickými krizemi vyprovokovanými stavem se zvýšenými nároky na dodávku kyslíku (infekce, prochlazení). Během hemolytické krize dochází k vzestupu počtu retikulocytů, prohloubení anémie a nárůstu ikteru (Klener et al., 2011; Penka et al., 2009).

U homozygotních forem je přítomná těžší anémie s hodnotami hemoglobinu mezi 60 - 70 g/l, se zvýšeným počtem retikulocytů a s přítomností leptocytů a srpkovitých erytrocytů v krevním nátěru. Pro diagnózu je důležitá přítomnost hemoglobinu S v elektroforéze hemoglobinu. Konzervativní léčba spočívá v prevenci podchlazení, prevenci a včasné léčbě infekcí. Při hemolytické krizi je nutná intenzivní péče s podáváním transfúzí, hydratací, podporováním diurézy, podáváním antikoagulancií a analgetik. Homozygoti jsou v poslední

době indikování s velmi dobrým efektem k transplantaci krvetvorných buněk (Klener et al., 2011; Penka et al., 2009).

B. Alfa-thalasémie:

„Vrozené hemoglobinopatie charakterizované sníženou nebo chybějící produkcí α globinových řetězců (Indrák et al., 2006, s. 67)“.

Tvorba globinového řetězce α je kódována dvěma páry genů na chromosomu 11. Mutace vedoucí k porušení funkce 1 či 2 genů u heterozygotů je spojena s mírnou anémií. Porušení funkce 3 genů u jednoduchých homozygotů vede k těžké anémii a porucha funkce všech 4 genů není slučitelná se životem. K hemolýze přispívá nestabilita hemoglobinu H (Indrák et al., 2006; Klener et al., 2011).

U heterozygotů vede onemocnění k mírnému stupni hypochromní mikrocytární anémie s hemolytickou složkou. U heterozygotů jsou tyto nálezy méně vyjádřeny. Většinou lze nalézt pouze malé množství hemoglobinu H. U homozygotů bývá přítomná hlubší anémie s hepatosplenomegalií. U homozygotní formy je počet retikulocytů variabilní podle stupně přítomné hemolýzy. Při elektroforéze hemoglobinu zjišťujeme přítomnost hemoglobinu H (Indrák et al., 2006; Klener et al., 2011).

Diagnosticky je třeba odlišit β -thalasémii a sideropenickou anémii. U α -thalasémie není snižená koncentrace železa v séru ani koncentrace ferritinu v séru. Léčba spočívá v podávání transfúzí erytrocytů a včasné chelatační léčbě. U těžkých forem je nutno zvážit indikaci transplantace krvetvorných buněk (Klener et al., 2011).

C. Beta-thalasémie:

„Jedná se o vrozené hemoglobinopatie charakterizované sníženou nebo chybějící produkcí β -globinových řetězců (Indrák et al., 2006, s. 67)“.

Tvorba globinového řetězce β je kódována jedním párem genů na 11. chromosomu. Nově vytvořený hemoglobin má sníženou stabilitu a snadno podléhá autooxidaci. Na anémii se kromě nedostatečné tvorby hemoglobinu podílí i neefektivní erythropoéza. Velká část vytvořených erytrocytů zaniká v kostní dřeni. Současně je přítomná periferní hemolýza se zkráceným přežíváním erytrocytů. Onemocnění je rozšířeno zejména v oblastech Středozemního moře, na Blízkém východě, v Indii a jihovýchodní Asii. U nás nejsou výjimkou lehčí heterozygotní formy (Klener et al., 2011).

Příznaky jsou velmi variabilní vzhledem k velké škále mutací a rozdílné expresivitě genů. Nemocní s thalasémií minima mají pouze laboratorní změny bez anémie a klinických příznaků. U thalasémie minor bývá přítomna lehká anémie a mírná splenomegalie. U nemocných s thalasémií intermedia je přítomna středně těžká anémie s nutností občasných krevních převodů, splenomegalie a známky vystupňované erytropoézy s možností rozvoje přetížení železem. Nejtěžší forma onemocnění je thalasémie major, které je charakteristická těžkým stupněm mikrocytární anémie s hepatosplenomegalií (Indrák et al., 2006; Klener et al., 2011).

U formy major je přítomna těžká mikrocytární hypochromní anémie se středně zvýšeným počtem retikulocytů podle stupně hemolytické složky, výrazně zvýšenou koncentrací železa v séru a zvýšenou hodnotou přímého i nepřímého bilirubinu. U forem přítomných v naší populaci s obrazem minor či minima je nápadná mikrocytóza a hypochromie při mírné anémii a zvýšeném počtu erytrocytů (Klener et al., 2011).

U heterozygotních forem je nutno odlišit sideropenickou anémii, u které je snižená koncentrace železa i ferritinu v séru. Léčba u homozygotů spočívá v podávání transfúzí erytrocytů a chelatační léčba. Vzhledem k nepříznivé prognóze jsou nemocní s thalasémií major indikováni k transplantaci krvetvorných buněk. Včas provedená transplantace vede k dlouhodobému přežití u 80 – 90 % nemocných. Heterozygotní formy vyžadují krevní převody jen zřídka. Nutné je monitorování zásob železa pro včasnou indikaci chelatační léčby (Klener et al., 2011).

2.2 Extrakorpuskulární hemolytické anémie

„Velká skupina získaných hemolytických stavů, u nichž příčina zkráceného přežívání erytrocytů nesouvisí s krvinkou jako takovou, ale tkví v okolních podmínkách či vlivech (Penka et al., 2011, s. 203)“.

2.2.1 Autoimunitní hemolytické anémie

„Autoimunitní hemolytická anémie představuje skupinu chorob, u kterých se váží auto-protilátky na antigeny membrány vlastních erytrocytů. Následná hemolýza a anémie probíhají v monocyto-makrofágovém systému anebo jsou spouštěny vazbou a aktivací komplementu (Indrák et al., 2006, s. 57)“.

A. Autoimunitní hemolytická anémie s tepelnými či chladnými protilátkami:

Základním momentem je porucha kooperace mezi pomocnými a supresorovými lymfocyty T a B, které se uplatňují v procesu imunitního dozoru, tj. v rozpoznávání organismu vlastních a cizích antigenů. Vazba protilátek, která je namířená proti některému z membránových antigenů červené krvinky, vede k intravaskulární hemolýze aktivací komplementu nebo k zániku erytrocytů s navázanou protilátkou v monocyto-makrofágovém systému (Klener et al., 2011).

„Protilátky třídy IgG se vážou na erytrocyty při teplotním optimu 37 °C, mluvíme o teplných autoprotilátkách. Protilátky typu IgM se vážou při teplotním optimu 4 °C a mají tedy charakter chladových autoprotilátkách“ (Klener et al., 2011, s. 446)“.

Onemocnění může vznikat náhle jako rychle se rozvíjející anemizace spojená se žloutenkou, zvracením bolestmi břicha a hemoglobinurií. U starších nemocných je rozvoj pozvolný s postupnou anemizací, která může být po určitou dobu kompenzována zvýšenou erytropoézou. Kromě obecných anemických příznaků, žloutenky a hemoglobinurie nacházíme i hepatosplenomegalii. Anémie je středně těžká či těžká. Současně bývá mírná leukocytóza, počet krevních destiček bývá v normě. Je přítomná zvýšená koncentrace přímého i nepřímého bilirubinu v séru, v moči je urobilinogen a ve stolici je zvýšené množství žlučových barviv. Tradičním přístupem k léčbě nemocných je podávání glukokortikoidů. Většinou se začíná s perorálním podáváním prednisonu. Zhruba polovina nemocných však vyžaduje kombinaci prednisonu s jiným imunosupresivem (Klener et al., 2011; Penka et al., 2009).

B. Polékové hemolytické anémie:

Jde o imunitní mechanismy vedoucí k léky indukované hemolýze. U tohoto typu anémie se předpokládá incidence 1 na 1 milion jedinců a je popsáno 100 léků (32 antimikrobiálních, 16 nesteroidních antirevmatik, 15 cytostatik, 6 diuretik/antihypertenziv a 31 jiných), které mohou tento nežádoucí účinek vyvolat. V současné době se spektrum takto uplatňujících léků mění. Léky mohou vést ke zkrácení přežívání erytrocytů dvěma mechanismy: oxidací hemoglobinu a léky indukovanými imunitními mechanismy (Penka et al., 2009).

Podle patofyziologického mechanismu se polékové hemolytické anémie dělí:

- Na léku nezávislé protilátky, které nepotřebují přítomnost léku v testovacím systému k jejich detekci;

- Na léku závislé protilátky, které potřebují pro detekci přítomnost léku v testovacím systému;
- Léky indukovaná neimunologická absorpce proteinu (Penka et al., 2009).

2.2.2 Neimunitní hemolytické anémie

„*Neimunitní hemolytické anémie jsou hemolytické anémie s hemolýzou z jiných než imunitních příčin* (Indrák et al., 2006, s. 64)“. Jde o mechanické poškození erytrocytu s jeho fragmentací a následným rozpadem poškozených krvinek či jejich odstraněním v monocytomakrofágovém systému. Podle vyvolávajícího agens se tyto anémie dělí na onemocnění způsobená vlivem chemických, fyzikálních či mikrobiálních agens (Klener et al., 2011; Indrák et al., 2006).

A. Neimunitní hemolytické anemie z chemických příčin:

U neimunitní hemolytické anémie z chemických příčin se můžeme setkat s otravou olovem. Příčinou může být i dlouhodobá parenterální výživa či antacida, které mohou vést k nedostatku fosforu. Projevuje se intenzivními bolestmi břicha, které mohou imitovat náhlou příhodu břišní a anemickým syndromem s retikulocytózou. Zvýšená hladina mědi v krvi vede také k hemolýze (Indrák et al., 2006).

B. Neimunitní hemolytické anemie z fyzikálních příčin:

Anémie z fyzikálních příčin může vzniknout mechanickým poškozením erytrocytů v přístroji pro mimotělní oběh při kardiochirurgických operacích. Podobným způsobem vzniká chronická intravaskulární hemolytická anémie u nemocných s umělou srdeční chlopní. Další možností mechanického poškození erytrocytů je jejich traumatizace a fragmentace v plosce nohy při dlouhých pochodech (Indrák et al., 2006; Penka et al., 2009).

C. Neimunitní hemolytické anemie z infekčních příčin:

Bakteriální agens mohou způsobit destrukci erytrocytů produkcí různých toxinů. Například infekce *Clostridium perfringens*, infekce parazitární a virové např. malárie, virus herpes zoster či coxakieviry (Indrák et al., 2006).

D. Mikroangiopatické hemolytické anemie:

Představují skupinu chorob, u nichž dochází k intravaskulární hemolýze fragmentací erytrocytů v malých cévách. Mezi tyto anémie patří například hemolyticko-uremický syndrom a

trombotická trombocytopenická purpura. Příznaky u mikroangiopatické hemolytické anémie se liší zejména podle nejvíce postiženého orgánu. U hemolyticko-uremického syndromu je nejvýznamnější postižení ledvin. U trombotické trombocytopenické purpury je to postižení centrální nervové soustavy a ledvin, častá je i horečka. Pacienti jsou anemičtí, mohou mít i žloutenku a při významném snížení počtu trombocytů i krvácivé projevy (Klener et al., 2011; Penka et al., 2011).

Diagnóza se opírá o přítomnost schitocytů a o průkaz intravaskulární hemolýzy. Obvyklá je leukocytóza s neutrofilii. Anémie je vyjádřena podle typu choroby a stadia postižení. Příčiny vzniku mikroangiopatické hemolytické anémie mohou být jasné z anamnézy a klinického vyšetření, v jiných případech mohou být naopak velmi náročné na diagnostiku. Léčba obvykle zahrnuje odstranění vyvolávající příčiny. Nezřídka je zařazena plazmaferéza se substitucí čerstvě zmrazenou plazmou. Kromě toho se podávají antikoagulancia, glukokortikoidy a podle potřeby transfúze erytrocytů (Klener et al., 2011; Penka et al., 2011).

3 USPOKOJOVÁNÍ POTŘEB NEMOCNÝCH

3.1 Potřeby nemocných

Ošetřovatelský proces vychází z hodnocení potřeb nemocných a z plánování jejich uspokojování. Pojem potřeba je chápána jako stav nedostatku nebo nadbytku. Prožívání nedostatku stejně jako nadbytku ovlivňuje psychické činnosti, a tím další chování jedince. Lidské potřeby se vyvíjejí, nejsou neměnné. Mění se jejich kvalita i kvantita. Všichni lidé mají společné potřeby. Objevení se nebo uvědomění si určité potřeby vede k motivačnímu napětí, snaze uspokojit potřebu. Každý jedinec uspokojuje své potřeby jiným způsobem. Některé mohou být uspokojovány žádoucím způsobem, jiné způsobem nežádoucím (kouření, drogy, alkohol). Mezi faktory modifikující uspokojování potřeb patří například nemoc, mezilidské vztahy, individualita člověka, vývojové stadium člověka nebo okolnosti, za kterých onemocnění vzniklo (Klenarová et al., 2009).

3.2 Dělení potřeb

Potřeby lze dělit různě, například na biologické, psychické a sociální. Jiné dělení uvádí nižší a vyšší potřeby. Americký psycholog A. H. Maslow se zaměřil na určení hierarchie potřeb, podle které má každý jedinec individuální systém motivů, který je hierarchicky uspořádán. Některé z motivů jsou silnější než jiné a některé z těch silnějších jsou nejsilnější. Potřeby jsou uspořádány podle naléhavosti jejich uspokojení. Hierarchické uspořádání zaručuje, že neuspokojené potřeby hierarchicky nižší převládnu a zvítězí nad potřebami hierarchicky vyššími. Teprve je-li nižší potřeba uspokojena, přijde na řadu potřeba vyšší (Klenarová et al., 2009; Trachtová et al., 2008).

3.3 Hierarchie potřeb podle Abraham Harold Maslowa

Maslowova hierarchie potřeb:

1. Fyziologické potřeby

Zahrnují potřebu homeostázy, a vyjadřují tak potřeby organismu. Slouží k přežití. Jedinec dělá všechno proto, aby uspokojil fyziologické potřeby dříve, než se stanou aktuálními. V situaci, kdy se fyziologické potřeby stanou aktuálními, stávají se dominantními a ovlivní celkové chování a jednání člověka. Řadí se zde potřeba jídla, pití, vzduchu, pohybu, tepla,

odpočinku a spánku, vyměšování aj. Uspokojení těchto potřeb v době nemoci je prvořadým úkolem.

2. Potřeba jistoty a bezpečí

Vyjadřuje touhu po důvěře, spolehlivosti, stabilitě, osvobození od strachu a úzkosti. Objevuje se v situaci ztráty pocitu životní jistoty.

3. Potřeba lásky a sounáležitosti

Nazývána také jako potřeba afiliační. Je to potřeba milovat a být milován. Potřeba náklonnosti, sounáležitosti, potřeba být sociálně integrován. Vystupuje v situacích opuštění a osamocení. Vyjadřuje se pojmy přátelství, kamarádství a možností komunikovat.

4. Potřeba uznání, ocenění, sebeúcty

Jedná se o dvě spojené potřeby. První je potřeba sebeúcty a sebehodnocení a vyjadřuje přání výkonu, důvěry v okolním světě a nezávislost na mínění druhých. Druhá vyjadřuje touhu po respektu druhých lidí, prestiže uvnitř sociální skupiny. Vystupuje v situacích ztráty respektu, důvěry a projevuje se snahou získat ztracené sociální hodnoty.

5. Potřeba seberealizace, sebeaktualizace

Potřeba vedená myšlenkou dosáhnout toho, co daný člověk dosáhnout může. Je na vrcholu pyramidy potřeb a svým způsobem všechny předchozí potřeby k ní směřují. Člověk má tendenci stát se dobrým, mít radost z dobře odvedené práce. K této skupině potřeb patří také potřeby aktivního využití volného času, estetická, kulturního využití aj. (Klenarová et al., 2009; Trachtová et al., 2008).

3.4 Diagnostika potřeb

Při hodnocení potřeb se vychází ze subjektivních a objektivních příznaků potřeb:

- **Subjektivní příznaky potřeb** jsou pocity, které udává nemocný sám nebo je schopen je na dotaz zhodnotit. Například pocit únavy (potřeba odpočinku), pocit hladu (potřeba jídla), pocit žízně (potřeba pití) aj.;
- **Objektivní příznaky potřeb** jsou příznaky, které na nemocném můžeme pozorovat. Například: suché rty (potřeba pití), slzy (potřeba bezpečí), zavřené oči (pocit izolace) aj.

Zdravotní sestra by proto měla mít dobré pozorovací schopnosti, aby byla schopna včas upozornit na potřeby nemocných. Někdy se může stát, že nemocný nechce obtěžovat, zastírá příznaky, a to znemožňuje využití diagnostiky subjektivních potřeb. (Klenarová et al., 2009).

4 VYUŽITÍ MODELU VIRGINIE AVENEL HENDERSONOVÉ

4.1 V. A. Hendersonová

V. A. Hendersonová se narodila v roce 1897 v Kansas City ve státě Missouri v USA. Sestrou se stala na vojenské ošetřovatelské škole ve Washingtonu v roce 1921. Již v roce 1922 začala pracovat jako učitelka ošetřovatelství na protestantské ošetřovatelské škole při nemocnici ve Virginii. Na Teachers College of Columbia university studovala ošetřovatelství, kde získala nejprve titul bakalářky (B. S. - 1932), později magistry (M. A. - 1934). Prakticky celý život, až do odchodu do důchodu působila na kolumbijské univerzitě jako docentka ošetřovatelství. I poté zůstala v kontaktu s ošetřovatelským výzkumem a od roku 1953 působila jako docentka na univerzitě v Yale (Staňková, 2001; Pavlíková, 2006).

V. A. Hendersonová rozpracovala knihu Učebnice principů a praxe v ošetřovatelství, která vyšla v roce 1939 a v roce 1955. „*V ní publikovala svou známou definici ošetřovatelství, jíž zcela posunula roli sestry v moderní péči o nemocného i zdravého člověka. Zdůraznila spolupráci a aktivitu jednotlivce v rozvoji vlastní soběstačnosti a úlohu sestry, která má člověka vést, edukovat a pomáhat mu, aby byl schopen a ochoten se starat o své zdraví a udržet se nezávislým na svém okolí. To byl zásadní posun od pasivního k aktivnímu ošetřovatelství* (Staňková, 2001, s. 83)“ (Staňková, 2001).

V. A. Hendersonová prosazovala ošetřovatelský výzkum a budovala odborné knihovny. Od roku 1959 řídila projekt Nursing Studies Index Project, v rámci něhož byl vytvořen index ošetřovatelské literatury. Byl vydán s komentářem ve 4 svazcích. Brožurka Základní principy ošetřovatelské péče, kterou sepsala v roce 1960, byla přeložena do 30 jazyků. Za svou vědeckou práci, získala sedm čestných doktorátů na různých univerzitách. Mezinárodní rada sester jí udělila v roce 1985 cenu Kristiny Reimannové. Byla čestnou členkou Královské ošetřovatelské koleje, Americké ošetřovatelské akademie, Irské ošetřovatelské asociace a Japonské ošetřovatelské asociace. V. A. Hendersonová patří k nejvýznamnějším a nejznámějším sestram 20. století. Zasloužila se o rozvoj vědy v ošetřovatelství. 19. března 1996 zemřela v Bradfordu v USA (Staňková, 2001; Pavlíková, 2006).

4.2 Ošetřovatelský model V. A. Hendersonové

O Virginii Hendersonové se hovoří jako o Florence Nightingale 20. století. Její Teorie základní ošetřovatelské péče bývá označována jako suplementárně-komplementární model a její definice funkce sestry jako definice ošetřovatelství (Pavlíková, 2006).

Každý jedinec má základní potřeby, které jsou ovlivněné jeho vlastní osobností a kulturou. Jedinci potřeby uspokojují nejrůznějším způsobem života. V situaci, kdy nemá dostatek sil a vůle, dochází k různému stupni porušení nezávislosti a k projevům neuspokojených potřeb. Což je obvykle spojené s příznaky nemoci nebo s porušením zdraví. Tehdy jedinec přichází do kontaktu se zdravotnickým pracovníkem. Sestra identifikuje v oblasti čtrnácti potřeb rozsah nesoběstačnosti, při kterých potřebuje pomoc. Zároveň zhodnotí patologické stavy a podmínky, které ovlivňují potřeby pacienta. Sestra následně plánuje vhodné zásahy, které realizuje. Operativně plán modifikuje. Po dobu, kdy probíhá interakce s pacientem, sestra uplatňuje svojí jedinečnou funkci. Při poskytování základní ošetřovatelské péče vznikají vztahy sestra - lékař, sestra - pacient a sestra - členové ošetřovatelského týmu. Jejichž cílem je co nejdříve obnovit soběstačnost a nezávislost pacienta na okolí tak, aby mohl žít plnohodnotný život. Pokud to není možné, provází ho na cestě ke klinické smrti (Pavlíková, 2006).

Lidé jsou tvořeni čtyřmi základními složkami. Biologickou, psychickou, sociální a spirituální, které jsou souhrnem 14 základních potřeb.

„Jedná se o následující potřeby:

1. *Normální dýchán;*
2. *Dostatečný příjem potravy a tekutin;*
3. *Vylučování;*
4. *Pohyb a udržování vhodné polohy;*
5. *Spánek a odpočinek;*
6. *Vhodné oblečení, oblékání a svlékání;*
7. *Udržování fyziologické tělesné teploty;*
8. *Udržování upravenosti a čistoty těla;*
9. *Odstraňování rizik z životního prostředí a zabraňování vzniku poškození sebe i druhých;*
10. *Komunikace s jinými osobami, vyjadřování emocí, potřeb, obav, názorů;*
11. *Vyznávání vlastní víry;*
12. *Smysluplná práce;*

13. Hry nebo účast na různých formách odpočinku a rekreace;

14. Učení, objevování nového, zvědavost, která vede k normálnímu vývoji a zdraví využití dostupných zdravotnických zařízení (Pavlíková, 2006, s. 46) “.

Uvedené potřeby jsou vlastní všem lidem. Jsou ovlivňované kulturou a individualitou každého jedince v oblasti biologické (1 - 9), psychické (10,14), sociální (12,13) a spirituální (11). Jsou uspokojovány nejrůznějšími způsoby života, z nichž ani dva nejsou stejné. Základní potřeby existují bez ohledu na medicínskou diagnózu. Péče odvozená ze základních lidských potřeb může sloužit jako podklad při poskytování ošetrovatelské péče v případě nemoci i jako podklad při propagaci zdraví (Pavlíková, 2006).

5 KVALITA ŽIVOTA

Kvalita života je velmi složitý a široký pojem. Je těžko uchopitelný pro svou komplexnost a mnohostrannost. Dotýká se pochopení smyslu života, lidské existence a samotného bytí. Zahrnuje hledání klíčových faktorů sebepochopení a bytí. Zkoumá materiální, duchovní, sociální a další podmínky pro šťastný a zdravý život člověka. Komplexní pohled na život postihuje jak vnitřní rozměry člověka, tak i vnější podmínky (Payne, 2005).

5.1 Kvalita života nemocných

Kvalita života nemocného je subjektivní veličinou, kterou můžeme obecně definovat jako „*subjektivní posouzení vlastní životní situace* (Slováček, Jebavý, 2007, s. 11)“. Světová zdravotnická organizace definuje kvalitu života nemocného jako „*stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, nikoliv jen absenci nemoci či postižení* (Slováček, Jebavý, 2007, s. 11)“.

Definice vychází z koncepčního modelu kvality života, který je dán 4 dimenzemi plnohodnotného života jedince:

1. Fyzický stav;
2. Psychologické aspekty a psychický stav;
3. Sociální stav;
4. Spirituální aspekty.

Na kvalitu života nemocných je nahlíženo jako na vícerozměrnou veličinu zahrnující nejen pocit fyzického zdraví a nepřítomnost symptomů onemocnění, ale v globálním pohledu i psychickou kondici, společenské uplatnění, náboženské a ekonomické aspekty. Dalšími faktory ovlivňujícími kvalitu života jsou věk, pohlaví, rodinná situace, preferované hodnoty, ekonomická situace, vzdělání a kulturní zázemí. Kvalita života je pojem, kterým se kromě zdravotníků zabývají dále sociologové, psychologové a filozofové (Křivohlavý, 2006).

5.2 Hodnocení dalších parametrů ve vztahu ke kvalitě života nemocných

Kvalita života je obvykle posuzována na základě údajů získaných od nemocného, přičemž jsou určovány ještě další parametry ve vztahu ke kvalitě života nemocného. Jedná se o hypotetický počet let prožitých v perfektním zdravotním stavu, nebo-li ekvivalent počtu let

plného zdraví. Dále se jedná o kvalitu života ve vztahu ke zdraví. Je chápána jako ta část života, která je určována zdravím jedince a zdravotní péčí, jenž může být ovlivněna klinickými intervencemi. Je využívána v oblasti sledování vlivu nemoci a její léčby na člověka. O kvalitě života v závislosti na zdravotním stavu rozhodují především faktory ovlivňované zdravotnickými intervencemi. V neposlední řadě lze zmínit rok života standardizované kvality, který vyjadřuje výsledek léčebného postupu v podobě počtu let. Díky kterému se prodloužil život. Tento parametr je využíván při analýze účelnosti nákladů na léčbu (Slováček, Jebavý, 2007).

Kvalita života může být hodnocena z objektivního hlediska, tzn. že, zahrnuje určité podmínky ekonomické, bytové, informační či zdravotní. Neméně důležité je však hledisko subjektivní, tzn. jak jedinec dané životní podmínky vnímá (Křivohlavý, 2006).

5.3 Možnosti hodnocení kvality života nemocných

Nástroje k měření kvality života nemocného jsou dotazníky kvality života. Hodnotí dopad nemoci a její léčby na běžný život pacienta.

Okruhy vyšetřované v dotaznících kvality života nemocných jsou:

1. Fyzikální funkce;
2. Emocionalita;
3. Sociální funkce;
4. Práce, domácí práce, nakupování;
5. Bolest;
6. Spánek a jeho kvalita;
7. Příznaky specifické pro dané onemocnění.

Dotazníky kvality života můžeme rozdělit na generické (obecné) a specifické (specifické pro dané onemocnění nebo specifický aspekt kvality života) (Slováček, Jebavý, 2007).

A. Generické dotazníky:

Hodnotí všeobecně celkový stav nemocného bez ohledu na konkrétní onemocnění, pohlaví a věk. K nejznámějším generickým dotazníkům patří World Health Organization Quality of Life Assessment, Nottingham Health Profile a Karnofsky Performance Status Scale. Výho-

dou těchto dotazníků je, že si všímají kvality života nemocných v co nejširším záběru. Jsou vhodné zejména k hodnocení kvality života nevýběrových vzorků populace nebo ke srovnání velikosti ovlivnění kvality života různými onemocněními (Slováček, Jebavý, 2007; Gurková, 2011).

B. Specifické dotazníky:

Dotazníky jsou vytvořeny pro dané onemocnění nebo pro specifický aspekt kvality života. Jejich součástí je mnohdy generický dotazník. K specifickým dotazníkům patří například Functional Assessment of Cancer Therapy - General Scale, European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire (Slováček, Jebavý, 2007; Gurková, 2011).

V medicínské praxi je běžné posuzovat zdravotní stav pacienta a efektivity dané léčebné intervence pouze v jedné medicínské rovině. Nejčastěji pomocí somatických, laboratorních a zobrazovacích markerů. Trendem moderní medicíny je posuzovat stav pacienta komplexněji, za pomoci i dalších aspektů. Více dimenzionální měřítko k posouzení celé řady životních aspektů je kvalita života. Aspekty kvality života mohou být v různé fázi onemocnění a léčby rozdílně zasaženy. A právě tyto informace naše poznání o potřebách pacienta obohacují a mohou tak významně přispět ke zkvalitnění péče. Mohou také odhalit mechanismy, které modifikují vznik a průběh onemocnění (Slováček, Jebavý, 2007; Gurková, 2011).

Prožívání kvalitního života se v nemoci mění a posouvá. To, co by zdravý člověk neoznačil za kvalitní, v nemoci dostává zcela nový význam. Uspokojování potřeb souvisí s kvalitou života. Každý člověk a každá rodina má trochu jiné potřeby, a proto je i kvalita života velice individuální pojem. Pro zajištění kvality života je nutné rozpoznávat potřeby v rodině s nemocným člověkem a adekvátně na ně reagovat. V žádném případě nelze říci, že pacientovi stačí k prožívání kvalitního života, pokud je bez bolesti a dalších tělesných symptomů (Marková, 2010).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

6 CÍLE PRÁCE

1. Zhodnotit uspokojené potřeby u nemocných s hemolytickou anémií docházejících do hematologické ambulance.
2. Zmapovat vliv onemocnění na kvalitu života u nemocných s hemolytickou anémií docházejících do hematologické ambulance.

7 METODIKA PRŮZKUMU

V průzkumné části bakalářské práce byla použita kvalitativní i kvantitativní metoda. Technikou sběru dat v kvalitativní metodě byl polostrukturovaný rozhovor. V kvantitativní metodě byl použit standardizovaný dotazník od Světové zdravotnické organizace (WHOQOL), zabývající se kvalitou života. Průzkumné šetření bylo prováděno u 3 nemocných trpících hemolytickou anémií, kteří pravidelně docházejí do hematologické ambulance. Z celkového počtu 3 respondentů byla pouze jedna žena a 2 muži. Věkový průměr těchto respondentů byl 67 let.

7.1 Průzkumná metoda

7.1.1 Rozhovor

Polostrukturovaný rozhovor (viz Příloha P II) byl vytvořen na základě prostudované odborné literatury a z koncepčního ošetrovatelského modelu Virginie Henderson. Obsahoval celkem 52 otázek. Identifikační údaje tvořilo prvních 5 otázek, zbylých 47 otázek nám zjišťovalo potřeby nemocných. Na základě rozhovoru s nemocnými byly vytvořeny kasuistiky. Nejdůležitější výsledky kasuistik byly zpracovány v kategorizačních tabulkách a základních grafech. Rozhovory byly zcela anonymní. Sběr dat se uskutečnil v hematologické ambulanci v průběhu měsíce leden 2012.

7.1.2 Dotazník

Dotazník (viz Příloha P III) sloužil k získání informací zaměřené na kvalitu života nemocných s hemolytickou anémií. Dotazníkové šetření proběhlo přímým dotazováním respondentů. Dotazník obsahoval 26 otázek. Délka dotazníku je 5 minut, ale při rozhovoru trvá 15-20 minut. U každé otázky si mohl nemocný vybrat na hodnotící škále v rozmezí od 1 do 5 nejvhodnější odpověď, která nejlépe vypovídala danému stavu nemocného. Na konci dotazníku byl prostor pro vyjádření svých názorů, myšlenek a pocitů. Výsledky dotazníku byly zpracovány v tabulce a základním grafu. Dotazníky byly anonymní. Průzkumné šetření probíhalo v hematologické ambulanci v průběhu měsíce únor 2012.

8 VÝSLEDKY

8.1 Výsledky rozhovorů s nemocnými

Kazuistiky jednotlivých respondentů byly vypracovány na základě polostrukturovaného rozhovoru. Ze zaznamenaných rozhovorů jsou pak vytvořeny kategorizační tabulky, ve kterých jsou vypsány nejdůležitější údaje průzkumu.

8.1.1 Kazuistiky respondentů

Kazuistika respondenta č. 1

- Osobní údaje
 - **Jméno a příjmení:** XY
 - **Pohlaví:** žena
 - **Věk:** 80 let
 - **Vztah k zařízení:** ambulantní
 - **Důvod přijetí:** autoimunitní hemolytická anémie (AIHA) při chronické lymfocytární leukémii (CLL)
 - **Ambulance:** návštěva hematologické ambulance je opakovaná již 5 let

- Sociální situace
 - **Žije sama:** ne
 - **Zaměstnána dnes:** důchodkyně
 - **Zaměstnána dříve:** vychovatelka v dětském zařízení
 - **Stav:** vdaná (60let)
 - **Jak chce být oslokována:** paní
 - **Kontakt se sociální sestrou:** ne

- **Příbuzní a osoby, které kontaktovat:** manžel
- **Lékařská diagnóza:** autoimunitní hemolytická anémie (AIHA) při chronické lymfocytární leukémii (CLL), esenciální (primární) hypertenze
- **Alergie:** žádná

- Fyzikální vyšetření sestrou
 - **Celkový vzhled:** upravená, čistá
 - **Puls:** 72/min
 - **Krevní tlak:** 130/75
 - **Dýchání:** 16/min
 - **Tělesná teplota:** 36,7°C
 - **Kůže:** bledá
 - **Výška:** 163cm
 - **Hmotnost:** 63kg
 - **Chybějící části těla:** ne
 - **Chůze:** normální, fyziologická

„14 lidských potřeb“ podle V. Hendersonové:

1. Normální dýchání

S dýcháním respondentka nemá problémy. Je nekuřačka, v rodině není žádný kuřák. Při rozhovoru netrpí kašlem ani rýmou.

2. Výživa a hydratace

V oblasti stravovacích návyků se u respondentky nic nezměnilo. Stravu udává jako velmi bohatou a pestrou. Její momentální váha je 63kg. Úbytek na váze nezaznamenala. Své stra-

vování nyní vnímá jako velmi dostatečné a nic by na něm neměnila. Denně vypije okolo 2 litrů tekutin. O svém denním příjmu tekutin si myslí, že je nedostatečný.

3. Vylučování

Respondentka chodí často močit. Frekvence močení je závislá na jejím denním příjmu tekutin. Při močení nemá žádné potíže. Stolicí má pravidelnou, někdy se u ní objeví průjem.

4. Pohyb

Respondentku nemoc neomezuje při vykonávání běžných denních činnostech. Svou tělesnou kondici hodnotí za dobrou.

5. Odpočinek a spánek

Respondentka spí denně přibližně 8 - 9 hodin. Většinou usíná ve 21 hodin večer a probouzí se ráno kolem 5 hodiny. Svůj spánek hodnotí velmi dobře. Problémy se spánkem nemá.

6. Oblékání

Při oblékání žádné problémy nemá. Respondentka má nejraději bavlněné oblečení. Je oblékána dle svého věku.

7. Regulace TT

Respondentka zná příznaky zvýšené tělesné teploty. Při zjištění zvýšené tělesné teploty jde ihned k lékaři. Respondentka má ráda teplejší prostředí.

8. Hygiena

V době nemoci se u respondentky nezměnily její hygienické návyky.

9. Ochrana před nebezpečím

Svůj zdravotní stav hodnotí dobře. Pro udržení svého zdraví se snaží pravidelně cvičit. Její nejcennější hodnotou jsou děti. Podpory a lásky má od svých blízkých dostatek.

10. Komunikace

Respondentka se nejlépe cítí v kruhu své rodiny.

11. Víra

Její víra je římsko - katolická. Myslí si, že jí víra pomáhá vyrovnat se s nemocí.

12. Práce

Respondentka je důchodkyně, proto nemoc nenarušuje její zaměstnání.

13. Odpočinek a rekreace

Svůj volný čas tráví odpoledním odpočinkem a četbou. Myslí si, že má dost životní síly a energie. Respondentka se cítí unavená při poklesu hemoglobinu v krvi.

14. Učení

Informací o nemoci má dostatek, nemá proto potřebu se dále informovat. Informace získala od lékařky, která jí vše dostatečně a srozumitelně vysvětlila.

Kazuistika respondenta č. 2

- Osobní údaje
 - **Jméno a příjmení:** XY
 - **Pohlaví:** muž
 - **Věk:** 57 let
 - **Vztah k zařízení:** ambulantní
 - **Důvod přijetí:** neimunitní hemolytická anémie (NIHA), anémie z nedostatku vitamínu B12
 - **Ambulance:** hematologickou ambulanci navštěvuje opakovaně již 2 roky

- Sociální situace
 - **Žije sám:** ne
 - **Zaměstnán dnes:** invalidní důchod
 - **Zaměstnán dříve:** zedník
 - **Stav:** ženatý
 - **Jak chce být osloven:** pán
 - **Kontakt se sociální sestrou:** ne

- **Příbuzní a osoby, které kontaktovat:** manželka
- **Lékařská diagnóza:** neimunitní hemolytická anémie (NIHA), anémie z nedostatku vitamínu B12, pacient je po operaci pravé ledviny pro tumor (1996) a po resekci tumoru levé ledviny (2005)
- **Alergie:** žádná

- Fyzikální vyšetření sestrou
 - **Celkový vzhled:** upravený, čistý
 - **Puls:** 74/min
 - **Krevní tlak:** 125/65
 - **Dýchání:** 17/min
 - **Tělesná teplota:** 36,6°C
 - **Kůže:** barva fyziologická
 - **Výška:** 170cm
 - **Hmotnost:** 71kg
 - **Chybějící části těla:** ne
 - **Chůze:** normální, fyziologická

„14 lidských potřeb“ podle V. Hendersonové:

1. Normální dýchání

Při námaze se respondentovi hůře dýchá. Je nekuřák, ale v rodině je kuřák otec.

2. Výživa a hydratace

Respondentovo stravování se během nemoci nezměnilo. Nezaznamenal žádný váhový úbytek. Momentální váha je 71kg. Nemá během přijímání potravy žádné potíže. Svou stravu

vnímá jako dostatečnou. Za den přijme okolo 3 - 4 litru tekutin. Myslí si, že toto množství tekutin je dostačující.

3. Vylučování

Vylučování moči u respondenta probíhá v pořádku. Denně chodí močit přibližně šestkrát. Stolicí má zpravidla pravidelnou. Občas má průjem či zácpu.

4. Pohyb

Respondentův pohybový režim je ovlivněn jeho zdravotním stavem. Pokud se cítí lépe, má chuť k pohybu, pokud se cítí špatně, pohybový režim omezuje.

5. Odpočinek a spánek

Respondent spí přibližně 5 hodin. Čím jde později spát, tím i později vstává. Občas se, ale i po kvalitním spánku budí unavený. Jinak hodnotí svůj spánek za kvalitní.

6. Oblékání

Při oblékání žádné problémy nemá. Respondent má nejraději bavlněné oblečení.

7. Regulace TT

Respondenta zná příznaky zvýšené tělesné teploty. Při zjištění zvýšené tělesné teploty jde ihned k lékaři.

8. Hygiena

V oblasti hygienické péče respondent nepocítuje žádnou změnu.

9. Ochrana před nebezpečím

Respondent svůj zdravotní stav hodnotí ani dobře a ani špatně. Pro své zdraví se snaží udržovat pravidelný pohyb. Nejdůležitější osobou je manželka a děti. Svůj partnerský vztah hodnotí dobře. Ze strany svého blízkého okolí pocítuje dostatek jistoty a bezpečí.

10. Komunikace

Respondent se nejlépe cítí ve skupině. Nemoc ho neomezuje v kontaktu s okolím.

11. Víra

Respondent nevyznává žádné náboženství. Spoléhá se jen na svou rodinu a na sebe.

12. Práce

Respondent je již v invalidním důchodu, proto není narušena jistota zaměstnání.

13. Odpočinek a rekreace

Velkou část času tráví na zahradě a na horách. Také má rád knihy. Někdy pociťuje únavu.

14. Učení

O své nemoci je respondent dostatečně informován. Péči, která je mu věnována, si nemůže vynachválit. Většina informací získaných od zdravotnického personálu je mu srozumitelných. Pokud však něčemu nerozumí, zeptá se.

Kazuistika respondenta č. 3

- Osobní údaje
 - **Jméno a příjmení:** XY
 - **Pohlaví:** muž
 - **Věk:** 64 let
 - **Vztah k zařízení:** ambulantní
 - **Důvod přijetí:** autoimunitní hemolytická anémie (AIHA) s tepelnými protilátkami
 - **Ambulance:** do hematologické ambulance dochází opakovaně již 7 let

- Sociální situace
 - **Žije sám:** ne
 - **Zaměstnán dnes:** důchodce
 - **Zaměstnán dříve:** elektrikář
 - **Stav:** vdovec
 - **Jak chce být osloven:** pán
 - **Kontakt se sociální sestrou:** ne
 - **Příbuzní a osoby, které kontaktovat:** přítelkyně

- **Lékařská diagnóza:** autoimunitní hemolytická anémie (AIHA) s tepelnými protilátkami, hepatosplenomegalie, časté kolapsy v dětství
- **Alergie:** žádná

- Fyzikální vyšetření sestrou
 - **Celkový vzhled:** upravený, čistý
 - **Puls:** 73/min
 - **Krevní tlak:** 120/75
 - **Dýchání:** 18/min
 - **Tělesná teplota:** 36,7°C
 - **Kůže:** barva fyziologická
 - **Výška:** 176cm
 - **Hmotnost:** 96kg
 - **Chybějící části těla:** ne
 - **Chůze:** normální, fyziologická

„14 lidských potřeb“ podle V. Hendersonové:

1. Normální dýchání

Dýchání je většinou v pořádku, ale jsou dny, kdy se mu hůře dýchá. Nekouří. V rodině kouří syn.

2. Výživa a hydratace

Respondentovo stravování se během nemoci nezměnilo. Během přijímání potravy nemá žádné potíže. Momentální váha je 96 kg. Za posledního půl roku zaregistroval váhový úbytek 10 kg. Svou stravu vnímá jako nedostatečnou. Respondent ví, že musí pít, proto se denně snaží vypít alespoň 2 litry tekutin. Myslí si, že toto množství je dostačující.

3. Vylučování

Respondentova frekvence močení je častá. Při močení nemá žádné potíže. Stolicí má větší pravidelnou, záleží na aktuálním složení stravy. Občas má průjem.

4. Pohyb

Dlouhodobější pohyb respondenta unavuje, přesto se snaží neustále pohybovat, aby se nezhoršila jeho fyzická kondice.

5. Odpočinek a spánek

Se spánkem má respondent potíže. V průměru spí denně 5 hodin. V noci se budí. Skoro pravidelně bere léky na spaní, jinak by se nevyspal. Svůj spánek z těchto důvodů neudává jako kvalitní.

6. Oblékání

Respondent má nejraději bavlněné oblečení. Při oblékání žádné problémy nemá. Je oblékán dle svého věku.

7. Regulace TT

Při zvýšené tělesné teplotě, vyhledá respondent lékařskou pomoc. Respondent zná příznaky zvýšené tělesné teploty.

8. Hygiena

Hygiena u respondenta probíhá pořád stejně. Myslí si, že s touto činností nemá žádné problémy.

9. Ochrana před nebezpečím

Svůj zdravotní stav hodnotí jako mírně zhoršený. Pro udržení svého zdraví se snaží jíst zdravě a udržovat pohyb, pravidelnými procházkami se svým pejskem. Pro respondenta jsou nejdůležitější jeho děti. Partnerský vztah momentálně nemůže zhodnotit, má krátkodobou známost. Ze strany svého blízkého okolí má pocit jistoty.

10. Komunikace

Respondent se nejlépe cítí sám. Je samotář.

11. Víra

Respondent nevyznává žádnou víru.

12. Práce

Respondent je již důchodce, proto nemoc nenarušuje jistotu jeho zaměstnání.

13. Odpočinek a rekreace

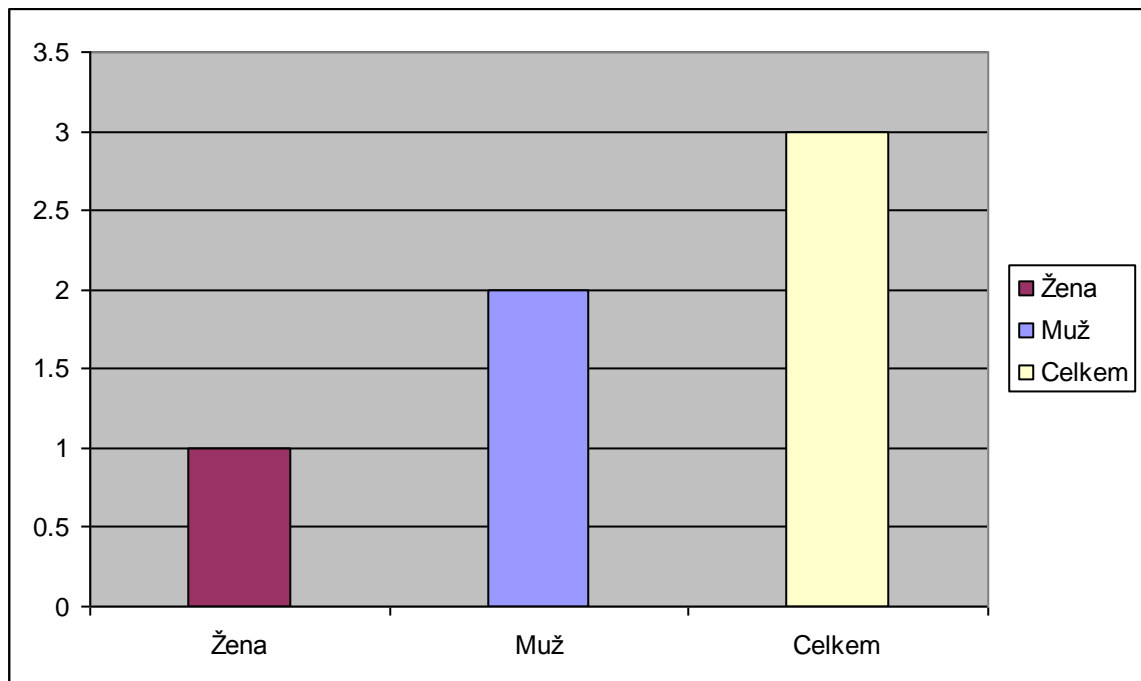
Svůj volný čas respondent tráví luštěním křížovek a sledováním televize.

14. Učení

O své nemoci je dostatečně informován od svého ošetřujícího lékaře. Všem informacím od lékaře rozumí. Někdy si informace o nemoci vyhledává sám.

8.1.2 Základní grafy

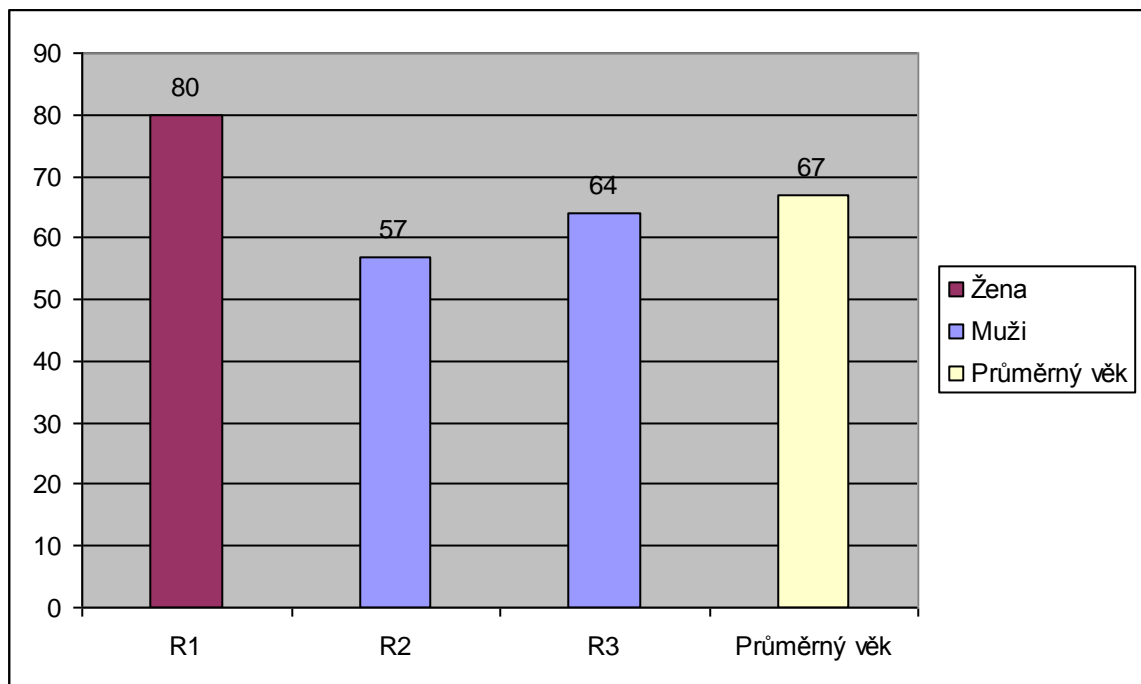
1. Jaké je Vaše pohlaví?



Graf 1 Pohlaví respondentů

Komentář: Tento graf prezentuje pohlaví respondentů. Z celkového počtu 3 respondentů byli 2 muži a 1 žena.

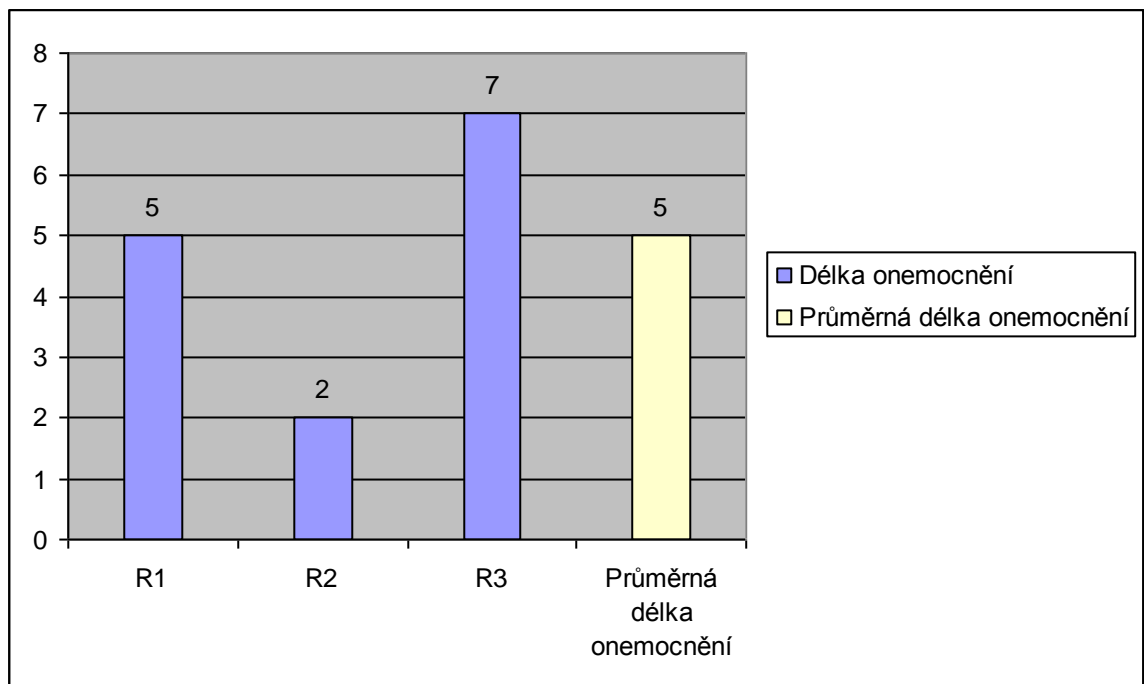
2. Jaký je Váš věk?



Graf 2 Věk respondentů

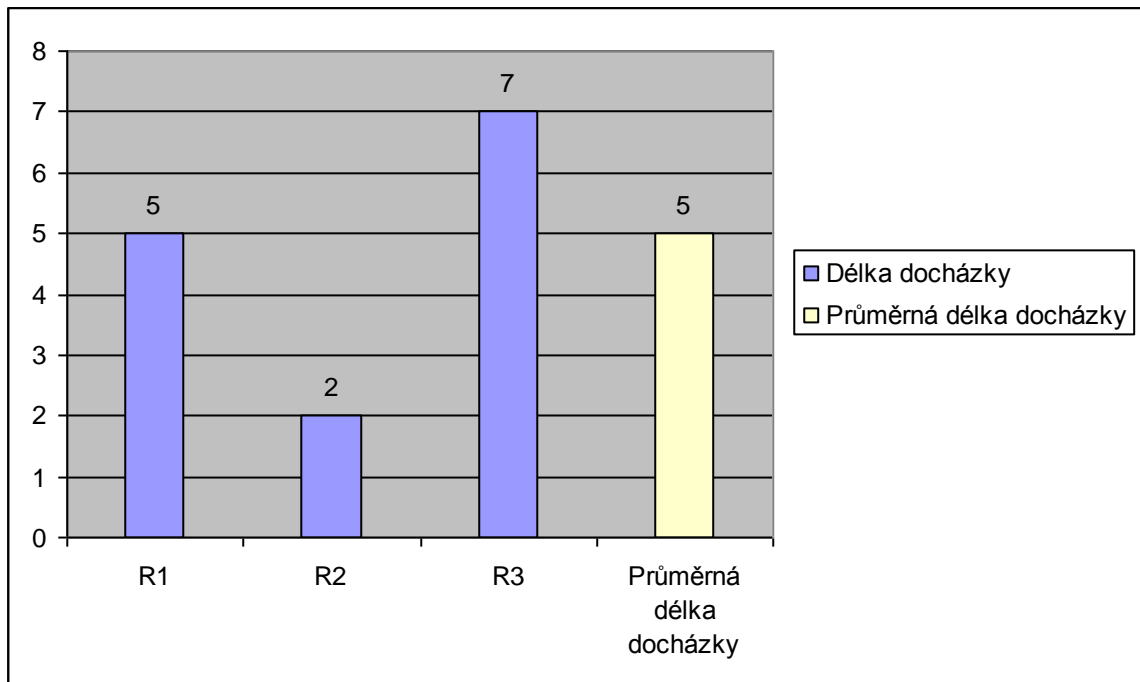
Komentář: Tento graf prezentuje věk respondentů. Průměrný věk respondentů byl 67 let. Respondenti mužského pohlaví byli ve věku 57 a 64 let. Respondentka ženského pohlaví byla ve věku 80 let.

3. Jak dlouho trpíte hemolytickou anémií?

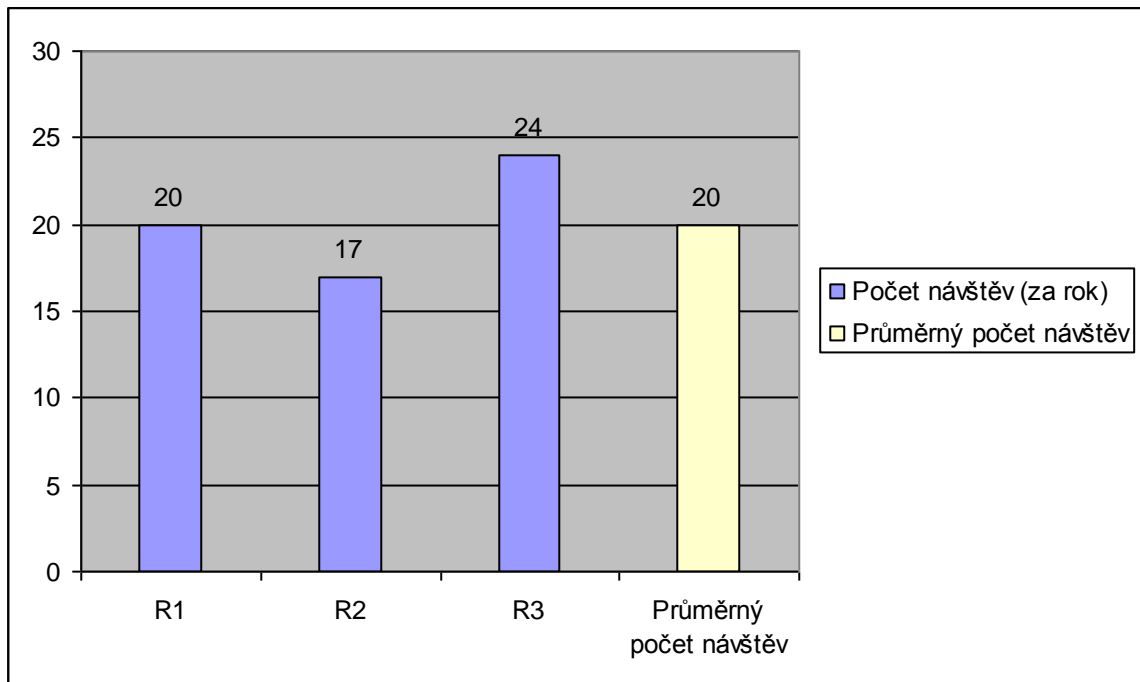


Graf 3 Hodnocení délky onemocnění

Komentář: Tento graf znázorňuje délku onemocnění respondentů s hemolytickou anémií. Respondenti mají délku onemocnění 5, 2 a 7 let. Průměrná hodnota délky onemocnění je 5 let.

4. Jak dlouho docházíte na kontroly do hematologické ambulance?**Graf 4 Doba docházky do hematologické ambulance**

Komentář: Tento graf znázorňuje délku docházky respondentů s hemolytickou anémií do hematologické ambulance. Respondenti mají délku docházky do hematologické ambulance 5, 2 a 7 let. Průměrná délka docházky je 5 let.

5. Jak často docházíte na kontroly do hematologické ambulance?**Graf 5** Hodnocení častosti kontrol v hematologické ambulanci

Komentář: Tento graf znázorňuje počet návštěv za rok v hematologické ambulanci. Respondenti navštěvují 20, 17 a 24krát za rok hematologickou ambulanci. Průměrný počet návštěv je 20krát za rok.

8.1.3 Kategorizace dat v tabulkách

Seznam kategorizačních skupin

1. Normální dýchání (tabulka 1)
2. Výživa a hydratace (tabulka 2)
3. Vylučování (tabulka 3)
4. Pohyb (tabulka 4)
5. Odpočinek a spánek (tabulka 5)
6. Oblékání (tabulka 6)
7. Regulace tělesné teploty (tabulka 7)
8. Hygiena (tabulka 8)
9. Ochrana před nebezpečím (tabulka 9)
10. Komunikace (tabulka 10)
11. Víra (tabulka 11)
12. Práce (tabulka 12)
13. Odpočinek a rekreace (tabulka 13)
14. Učení (tabulka 14)

Tabulka 1 Normální dýchání

R= respondent	R1	R2	R3	Celkem
Obtíže nepocítuje	1			1
Občas se hůře dýchá			1	1
Obtíže pocítuje při námaze		1	1	2

Komentář: Tabulka prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentů na normální dýchání. Nejčastější kategorie odpovědi byla „*obtíže pocítuje při námaze*“, která byla zastoupena celkem dvakrát. Kategorie odpovědi „*obtíže nepocítuje*“ a „*občas se hůře dýchá*“ byly uvedeny celkem jedenkrát.

Tabulka 2 Výživa a hydratace

R = respondent	R1	R2	R3	Celkem
Dostatečná výživa	1	1		2
Nedostatečná výživa			1	1
Úbytek na váze			1	1
Dostatek tekutin		1	1	2
Nedostatek tekutin	1			1

Komentář: Tabulka prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentů na výživu a hydrataci. Nejčastější kategorie odpovědi byly „*dostatečná výživa*“ a „*dostatek tekutin*“, které byly uvedeny celkem dvakrát. Kategorie odpovědi „*nedostatečná výživa*“, „*nedostatek tekutin*“ a „*úbytek na váze*“ byly zastoupeny celkem jedenkrát.

Tabulka 3 Vylučování

R = respondent	R1	R2	R3	Celkem
Močení bez obtíží	1	1	1	3
Močí často	1		1	2
Stolice pravidelná	1	1	1	3
Občas průjem	1	1	1	3
Občas zácpa		1		1

Komentář: Tabulka prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentů na vylučování. Nejčastější kategorie odpovědi byly „močení bez obtíží“, „stolice pravidelná“ a „občas průjem“, které byly uvedeny celkem třikrát. Kategorie odpovědi „močí často“ byla zastoupena celkem dvakrát. Kategorie odpovědi „občas zácpa“ byla uvedena celkem jedenkrát.

Tabulka 4 Pohyb

R = respondent	R1	R2	R3	Celkem
Nemá omezení v pohybu	1			1
Má omezení v pohybu, z důvodu únavy			1	1
Má omezení v pohybu, z důvodu vedlejších onemocnění		1		1
Má omezení v pohybu, záleží na zdravotním stavu		1	1	2

Komentář: Tabulka prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentů na pohyb. Nejčastější kategorie odpovědi byla „má omezení v pohybu, záleží na zdravotním stavu“, která byla uvedena celkem dvakrát. Kategorie odpovědi „nemá omezení v pohybu“, „má omezení v pohybu, z důvodu únavy“ a „má omezení v pohybu, z důvodu vedlejších onemocnění“, byly zastoupeny celkem jedenkrát.

Tabulka 5 Odpočinek a spánek

R = respondent	R1	R2	R3	Celkem
Kvalitní spánek	1	1		2
Nekvalitní spánek			1	1
Budím se v noci			1	1
Někdy únava po probuzení		1		1
Užívám léky na spaní			1	1

Komentář: Tabulka prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentů na odpočinek a spánek. Nejčastější kategorie odpovědi byla „kvalitní spánek“, která byla zastoupena celkem dvakrát. Kategorie odpovědi „nekvalitní spánek“, „budím se v noci“, „někdy únava po probuzení“ a „užívám léky na spaní“, byly uvedeny jedenkrát.

Tabulka 6 Oblékání

R = respondent	R1	R2	R3	Celkem
Nepotřebuje dopomoc	1	1	1	3
Materiál oděvu - bavlna	1	1	1	3

Komentář: Tabulka prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentů na oblékání. Kategorie odpovědi „nepotřebuje dopomoc“ a „materiál oděvu - bavlna“ byly zastoupeny třikrát.

Tabulka 7 Regulace tělesné teploty

R = respondent	R1	R2	R3	Celkem
Zná příznaky zvýšené TT	1	1	1	3
Při zvýšené TT jde k lékaři	1	1	1	3

Komentář: Tabulka prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentů na regulace tělesné teploty. Kategorie odpovědi „zná příznaky zvýšené TT“ a „při zvýšené TT jde k lékaři“ byly uvedeny celkem třikrát.

Tabulka 8 Hygiena

R = respondent	R1	R2	R3	Celkem
Hygiena se nezměnila	1	1	1	3
Nepotřebuji dopomoc	1	1	1	3

Komentář: Tabulka prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentů na hygienu. Kategorie odpovědi „*hygiena se nezměnila*“ a „*nepotřebuje dopomoc*“, byly uvedeny celkem třikrát.

Tabulka 9 Ochrana před nebezpečím

R = respondent	R1	R2	R3	Celkem
Cítí se v bezpečí	1	1	1	3
Zdravotní stav hodnotí - dobře	1			1
Zdravotní stav hodnotí - mírně zhoršený			1	1
Zdravotní stav hodnotí - ani dobře ani špatně		1		1
Nejdůležitější osoba - manželka		1		1
Nejdůležitější osoba - děti	1	1	1	3

Komentář: Tabulka prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentů na ochranu před nebezpečím. Kategorie odpovědi „*zdravotní stav hodnotí - dobře*“, „*zdravotní stav hodnotí - mírně zhoršený*“, „*zdravotní stav hodnotí - ani dobře ani špatně*“ a „*nejdůležitější osoba - manželka*“ byly uvedeny celkem jedenkrát. Kategorie odpovědi „*cítí se v bezpečí*“ a „*nejdůležitější osoba - děti*“ byly zastoupeny celkem třikrát.

Tabulka 10 Komunikace

R = respondent	R1	R2	R3	Celkem
Nejlépe se cítí sám			1	1
Nejlépe se cítí ve skupině	1	1		2

Komentář: Tabulka prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentů na komunikaci. Kategorie odpovědi „*nejlépe se cítí sám*“ byla uvedena celkem jedenkrát. Kategorie odpovědi „*nejlépe se cítí ve skupině*“ byla zastoupena celkem dvakrát.

Tabulka 11 Víra

R = respondent	R1	R2	R3	Celkem
Vyznává víru	1			1
Nevyznává víru		1	1	2

Komentář: Tabulka prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentů na víra. Kategorie odpovědi „*vyznává víru*“ byla uvedena celkem jedenkrát. Kategorie odpovědi „*nevyznává víru*“ byla zastoupena celkem dvakrát.

Tabulka 12 Práce

R = respondent	R1	R2	R3	Celkem
Důchodce	1		1	2
Invalidní důchodce		1		1

Komentář: Tabulka prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentů na práci. Kategorie odpovědi „*invalidní důchodce*“ byla uvedena celkem jedenkrát. Kategorie odpovědi „*důchodce*“ byla zastoupena celkem dvakrát.

Tabulka 13 Odpočinek a rekreace

R = respondent	R1	R2	R3	Celkem
Občas únava	1	1	1	3
Má dostatek síly a energie	1			1
Nemá dostatek síly a energie		1	1	2

Komentář: Tabulka prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentů na odpočinek a rekreace. Kategorie odpovědi „*občas únava*“ byla uvedena celkem třikrát. Kategorie odpovědi „*nemá dostatek síly a energie*“ byla zastoupena celkem dvakrát. Kategorie odpovědi „*má dostatek síly a energie*“ byla uvedena celkem jedenkrát.

Tabulka 14 Učení

R = respondent	R1	R2	R3	Celkem
Má dostatek informací o nemoci	1	1	1	3
Informace od zdravotnického personálu jsou srozumitelné	1	1	1	3
Informace o nemoci si vyhledává sám			1	1

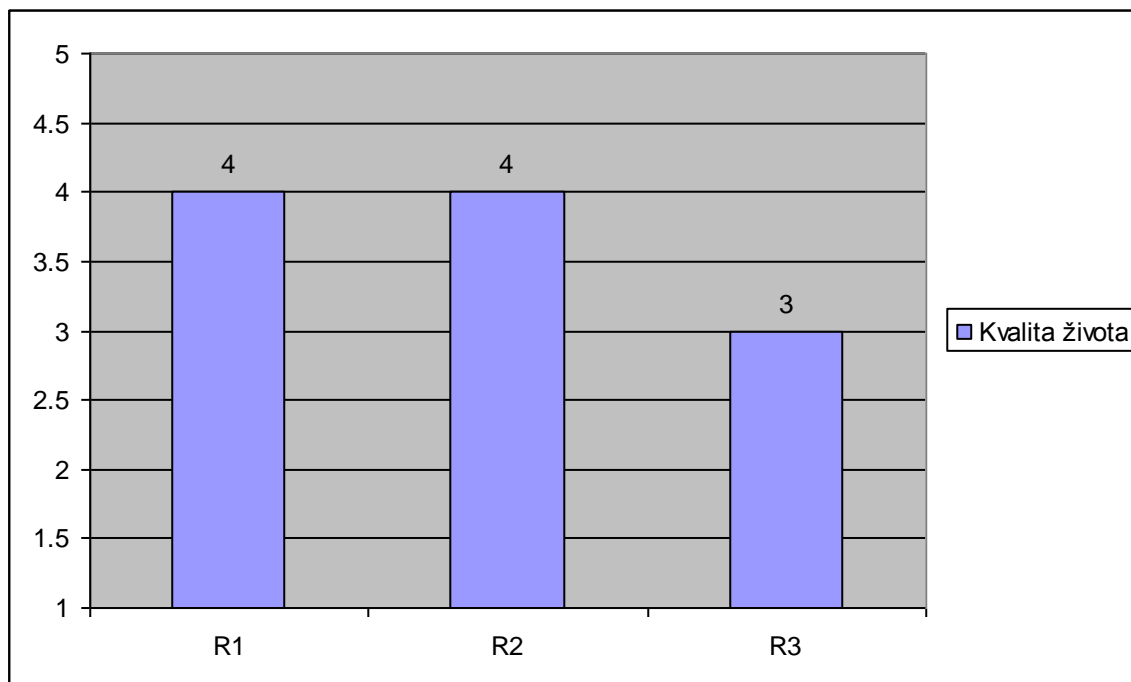
Komentář: Tabulka prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentů na učení. Kategorie odpovědí „*má dostatek informací o nemoci*“ a „*informace od zdravotnického personálu jsou srozumitelné*“ byly zastoupeny celkem třikrát. Kategorie odpovědi „*informace si vyhledává sám*“ byla uvedena celkem jedenkrát.

8.2 Výsledky dotazníku kvality života

Výsledky dotazníku kvality života se vyjadřují v podobě čtyř doménových skóre v rozmezí hodnot od 4 do 20 a skóre dvou samostatných položek hodnotící celkovou kvalitu života (otázka č.1) a celkové zdraví (otázka č.2) v rozmezí hodnot od 1 do 5. Přičemž vyšší skóre znamená lepší kvalitu života. Pro první doménu „Fyzické zdraví“ se průměrný hrubý skóre počítá ze sedmi položek (3, 4, 10, 15, 16, 17 a 18). Druhá doména „Prožívání“ je průměrným hrubým skórem ze šesti položek (5, 6, 7, 11, 19 a 26). Třetí doména „Sociální“ vztahy představuje průměrnou hodnotu tří položek (20, 21, a 22) a u čtvrté domény „Prostředí“ je průměrný hrubý skóre vypočten z osmi položek (8, 9, 12, 13, 14, 23, 24 a 25) (Dragomirecká, Bartoňová, 2006).

8.2.1 Vyhodnocení samostatných položek

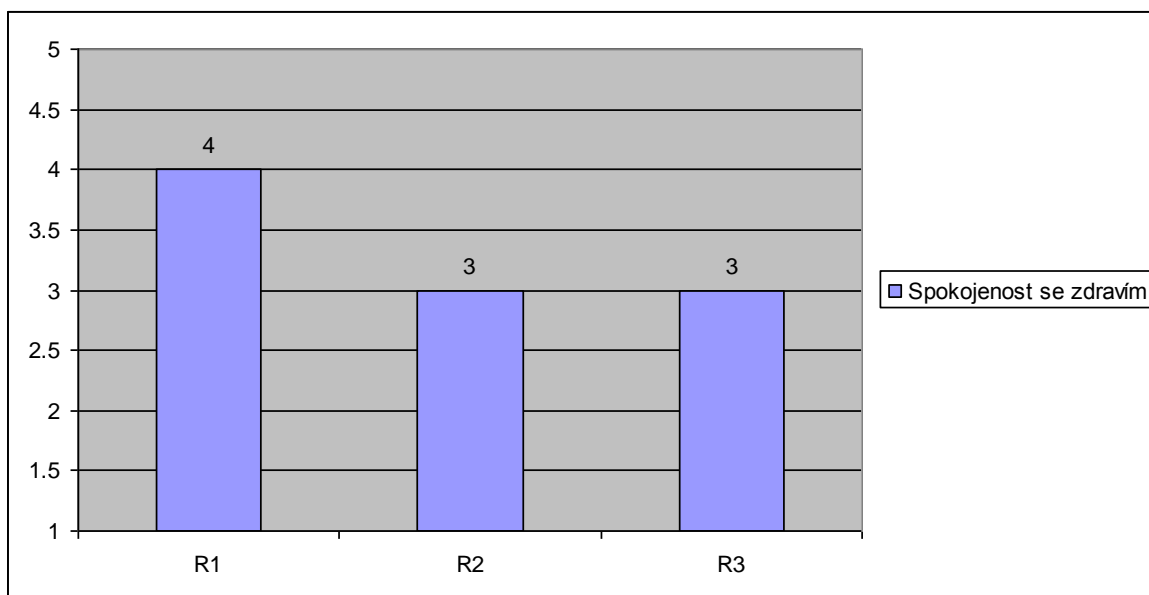
Otázka č. 1 „Jak byste hodnotil/a kvalitu svého života?“



Graf 6 Kvalita života

Komentář: Tento graf znázorňuje odpovědi respondentů na otázku č. 1 „*Jak byste hodnotil/a kvalitu svého života?*“. U respondentky č. 1 a respondenta č. 2 je dosažený počet bodů 4, což je „*dobrá*“ kvalita života. U respondenta č. 3 je dosažený počet bodů 3, což je „*ani špatná, ani dobrá*“ kvalita života. Rozpětí škály u jednotlivých otázek je 1-5.

Otázka č.2 „Jak jste spokojen/a se svým zdravím?“

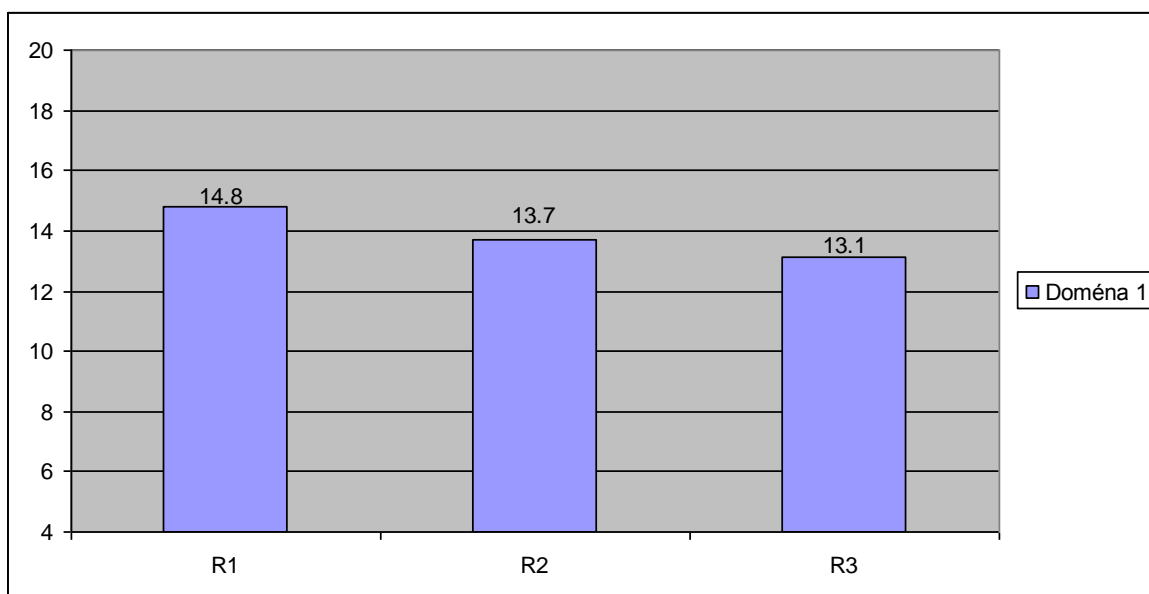


Graf 7 Spokojenost se zdravím

Komentář: Tento graf znázorňuje odpovědi respondentů na otázku č. 2 „*Jak jste spokojen/a se svým zdravím?*“. U respondentky č. 1 je dosažený počet bodů 4, což je „*spokojena*“ se svým zdravím. U respondenta č. 2 a respondenta č.3 je dosažený počet bodů 3, což je „*ani spokojen, ani nespokojen*“ se svým zdravím. Rozpětí škály u jednotlivých otázek je 1-5.

8.2.2 Vyhodnocení domén

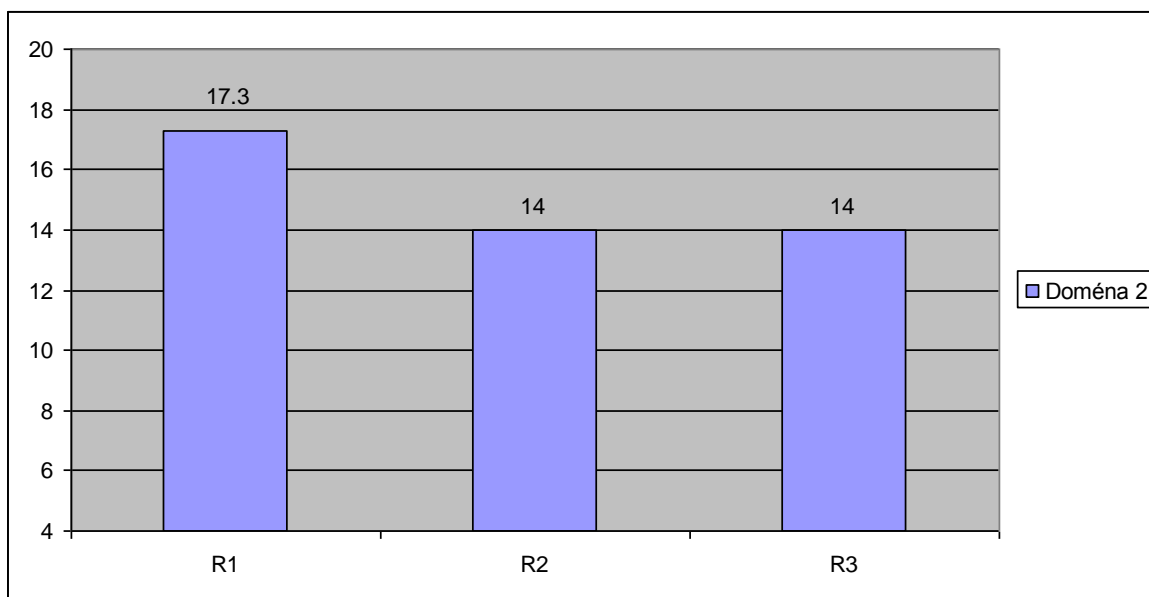
Doména č.1 „Fyzické zdraví“



Graf 8 Fyzické zdraví

Komentář: Tento graf znázorňuje výsledky domény č.1 „Fyzické zdraví“. U respondentky č. 1 je průměrný hrubý skóre 14,8. U respondenta č. 2 je průměrný hrubý skóre 13,7 a u respondenta č.3 je průměrný hrubý skóre 13,1. Rozpětí hrubého skóre se u domény pohybuje od minima 4 do maxima 20, přičemž vyšší hodnota poukazuje na lepší kvalitu života.

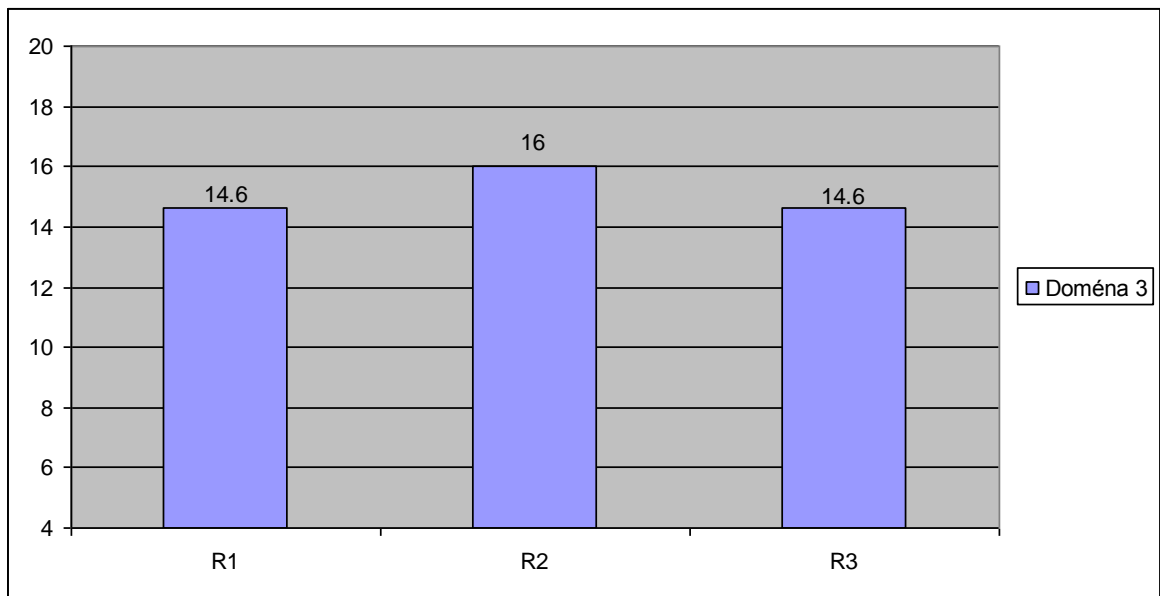
Doména č.2 „Prožívání“



Graf 9 Prožívání

Komentář: Tento graf znázorňuje výsledky domény č.2 „Prožívání“. U respondentky č. 1 je průměrný hrubý skóre 17,3. U respondenta č. 2 a respondenta č.3 je průměrný hrubý skóre 14. Rozpětí hrubého skóre se u domény pohybuje od minima 4 do maxima 20, přičemž vyšší hodnota poukazuje na lepší kvalitu života.

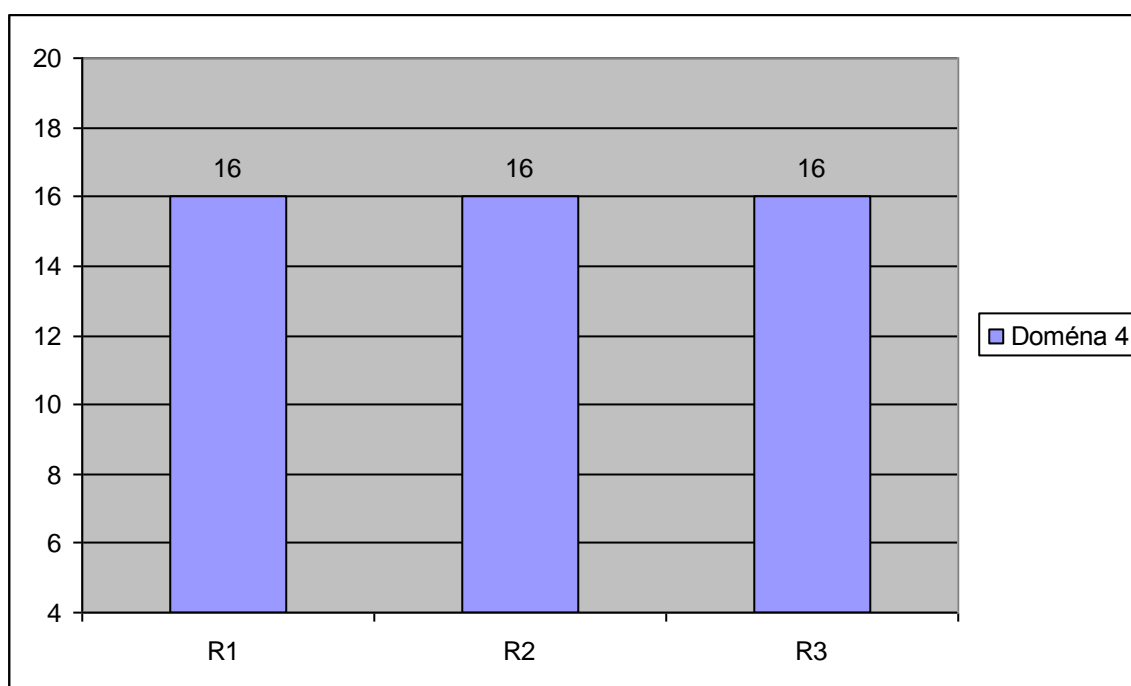
Doména č.3 „Sociální vztahy“



Graf 10 Sociální vztahy

Komentář: Tento graf znázorňuje výsledky domény č.3 „Sociální vztahy“. U respondentky č. 1 a respondenta č. 3 je průměrný hrubý skóre 14,6. U respondenta č. 2 je průměrný hrubý skóre 16. Rozpětí hrubého skóre se u domény pohybuje od minima 4 do maxima 20, přičemž vyšší hodnota poukazuje na lepší kvalitu života.

Doména č.4 „Prostředí“



Graf 11 Prostředí

Komentář: Tento graf znázorňuje výsledky domény č.4 „Prostředí“. U všech tří respondentů je průměrný hrubý skór 16. Rozpětí hrubého skóru se u domény pohybuje od minima 4 do maxima 20, přičemž vyšší hodnota poukazuje na lepší kvalitu života.

9 DISKUSE

Průzkum této práce byl zaměřen zejména na zhodnocení uspokojených potřeb u nemocných s hemolytickou anémií a jejich kvalitu života. V první části diskuze se budu zabývat výsledky rozhovorů od nemocných s hemolytickou anémií, v další části pak výsledky získanými z dotazníku kvality života.

Na samém začátku průzkumu mě zajímala průměrná délka onemocnění. Výsledek znázornuji v grafu 3. Z výsledků vyplývá, že průměrná délka onemocnění je 5 let. Další oblastí je doba docházky do hematologické ambulance. Z výsledku vyplývá, že průměrná doba docházky je 5 let (graf 4). Poslední oblast, která mě zajímala z identifikačních otázek, je návštěvnost hematologické ambulance nemocných s hemolytickou anémií. Výsledek znázornuji v grafu 5. Z výsledků vyplývá, že u všech dotazovaných respondentů byla návštěva hematologické ambulance opakovaná. Tento výsledek je v souladu s autorkou Šafránkovou, která ve své knize uvádí, že je nutné sledování nemocných s hemolytickou anémií lékařem.

První cíl práce: Zhodnotit uspokojené potřeby u nemocných s hemolytickou anémií docházejících do hematologické ambulance, se vztahuje ke kategorizačním tabulkám 1-14. Otázky na zhodnocení uspokojených potřeb u nemocných s hemolytickou anémií byli rozdělené do 14 oblastí. Tabulka 1 prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentů na otázku: Pociťujete obtíže spojené s dýcháním? Nejčastější kategorií odpovědí je obtíže pociťuje při námaze, celkem zastoupena 2x. Dalšími kategoriemi jsou obtíže nepociťuje a občas se hůře dýchá, každá zastoupena 1x. Tato potřeba je neuspokojena. Jak popisuje autor Penka, mezi subjektivní příznaky anémie se řadí i dušnost.

Při hodnocení výživy a hydratace zvolilo kategorii dostatečná výživa 2 respondenti, dostatek tekutin 2 respondenti, kategorii nedostatečná výživa 1 respondent, kategorii nedostatek tekutin zvolila 1 respondentka a kategorii úbytek na váze 1 respondent (tabulka 2).

Tabulka 3 prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentů na otázku: Máte potíže s vyprazdňováním? Nejčastější kategorií odpovědí je močení bez obtíží, stolice pravidelná a občas průjem, každá zastoupena celkem 3x. Další kategorií je močí často, zastoupena 2x a nejméně zastoupena kategorie občas zácpa, zastoupena 1x.

Respondenti byli dotazováni na omezení v pohybu. Nejčastější kategorií odpovědí je má omezení v pohybu, ale záleží na zdravotním stavu, celkem zastoupena 2x. Dalšími kategoriemi jsou nemá omezení v pohybu, má omezení v pohybu, z důvodu únavy a má omezení

v pohybu, z důvodu vedlejších onemocnění, každá zastoupena 1x (tabulka 4). Na základě těchto výsledků jsem u nemocných zjistila i neuspokojenou potřebu pohybu. Jak uvádí literatura, nemocný s hemolytickou anémií trpí i únavou, při vykonávaném pohybu se u nich často vyskytují potíže.

Při hodnocení odpočinku a spánku zvolilo kategorii kvalitní spánek 2 respondenti, kategorii nekvalitní spánek zvolil 1 respondent, kategorii budím se v noci zvolil 1 respondent, kategorii někdy únava po probuzení zvolil jeden respondent a kategorii užívám léky na spaní, zvolil jeden respondent (tabulka 5).

Tabulka 6 prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentů na oblast oblékání. Kategorie nepotřebuje dopomoc, celkem zastoupena 3x a kategorie materiál oděvu - bavlna, zastoupena celkem 3x.

Respondenti byli dotazováni, na regulaci tělesné teploty. Kategorii Zná příznaky zvýšené tělesné teploty zvolili 3 respondenti a všichni 3 respondenti uvedli při zvýšené tělesné teploty jde k lékaři (tabulka 7).

Respondenti dále odpovídali na otázku: Změnily se z důvodu nemoci Vaše hygienické návyky? Kategorii odpovědi respondentů hygiena se nezměnila a nepotřebuje dopomoc, je každá zastoupena 3x.(tabulka 8).

Tabulka 9 prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentů na oblast ochrana před nebezpečím. Nejčastější kategorií odpovědi je cítí se v bezpečí a nejdůležitější osoba - dítě, každá zastoupena celkem 3x. Další kategorií je zdravotní stav hodnotí - dobře, zdravotní stav hodnotí - mírně zhoršený, zdravotní stav hodnotí - ani dobře, ani špatně a nejdůležitější osoba - manželka, každá zastoupena 1x.

Tabulka 10 prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentů na otázku: Cítíte se nejlépe sám, s jinou osobou, nebo ve skupině? Nejčastější kategorií odpovědi je nejlépe se cítí ve skupině, celkem zastoupená 2x. Další kategorií je nejlépe se cítí sám, zastoupena 1x.

Dále jsem se respondentů ptala: Máte nějaké náboženské vyznání? Nejčastější kategorií odpovědi je nevyznává víru, celkem zastoupena 2x. Další kategorií je vyznává víru, zastoupena celkem 1x (tabulka 11).

Tabulka 12 prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentů na otázku: kde pracujete? Kategorii invalidní důchodce zvolil 1 respondent a kategorii důchodce zvolili 2 respondenti.

Respondenti byli dotazováni, na únavu. Tabulka 13 prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentů na otázky: máte období abnormální únavy a máte dostatek síly a energie? Nejčastější kategorií odpovědí respondentů je občas únava, celkem zastoupená 3x. Další kategorií je nemá dostatek síly a energie, celkem zastoupena 2x. Nejméně zastoupenou kategorií odpovědí je má dostatek síly a energie, celkem 1x.

Nakonec jsem se ptala, zda mají dostatek informací. Kategorii má dostatek informací o nemoci zvolili všichni 3 respondenti, kategorii informace od zdravotnického personálu jsou srozumitelné zvolili také všichni tři respondenti a kategorii informace o nemoci si vyhledává sám zvolil 1 respondent (tabulka 14).

Ze zaznamenaných rozhovorů je patrné, že neuspokojenou potřebou je dýchání a pohyb. Cíl se mi pomocí polostrukturovaného rozhovoru s nemocnými s hemolytickou anémií podařilo splnit.

Druhý cíl práce: Zmapovat vliv onemocnění na kvalitu života u nemocných s hemolytickou anémií docházejících do hematologické ambulance se vztahuje ke grafům 6-11) .

Výsledky dotazníku kvality života se vyjadřují v podobě čtyř doménových skóru v rozmezí hodnot od 4 do 20 a skóru dvou samostatných položek hodnotící celkovou kvalitu života (otázka č.1) a celkové zdraví (otázka č.2) v rozmezí hodnot od 1 do 5. Přičemž vyšší skóre znamená lepší kvalitu života.

Výsledky položek hodnotící celkovou kvalitu života a celkové zdraví. Respondenti byli dotazováni, na otázku: Jak byste hodnotil/a kvalitu svého života? U respondenty č. 1 a respondenta č. 2 vyšla kvalita života dobrá. U respondenta č. 3 vyšla kvalita života ani špatná, ani dobrá (graf 6). Respondenti dále odpovídali na otázku: Jak jste spokojen/a se svým zdravím? Respondenta č. 1 je spokojená se svým zdravím. Respondent č. 2 a respondent č.3 je ani spokojen, ani nespokojen se svým zdravím (graf 7).

Graf 8 znázorňuje výsledky domény č.1 „Fyzické zdraví“. U respondentky č. 1 je průměrný hrubý skór 14,8. U respondenta č. 2 je průměrný hrubý skór 13,7 a u respondenta č.3 je průměrný hrubý skór 13,1.

Graf 9 znázorňuje výsledky domény č.2 „Prožívání“. U respondentky č. 1 je průměrný hrubý skór 17,3. U respondenta č. 2 a respondenta č.3 je průměrný hrubý skór 14.

Graf 10 znázorňuje výsledky domény č.3 „Sociální vztahy“. U respondentky č. 1 a respondenta č. 3 je průměrný hrubý skór 14,6. U respondenta č. 2 je průměrný hrubý skór 16.

Graf 11 znázorňuje výsledky domény č.4 „Prostředí“. U všech tří respondentů je průměrný hrubý skór 16.

Rozpětí hrubého skóru se u domény pohybuje od minima 4 do maxima 20, přičemž vyšší hodnota poukazuje na lepší kvalitu života.

Z výsledků dotazníku kvality života vyplývá, že nemocní s hemolytickou anémií mají mírně sníženou kvalitu života. Objevuje se u nich jen mírná omezení. Samozřejmě, že ne všichni jsou stejní, ale pokud dodržují léčbu a chodí pravidelně na kontroly, tak s touto nemocí mohou normálně žít. Druhý cíl práce jsem splnila.

Vzhledem k tomu, že soubor respondentů, kteří vyplnili tento dotazník, je malý, jedná se o pilotní data. Chtěla bych upozornit, že výsledky vyplývající z této práce mohou být zkresleny v důsledku malého vzorku respondentů.

Výsledky průzkumného šetření jsem prezentovala na VII. Celostátní studentské vědecké konferenci bakalářských nelékařských zdravotnických oborů na Univerzitě v Pardubicích.

ZÁVĚR

Cílem bakalářské práce bylo zhodnotit uspokojené potřeby a vliv onemocnění na kvalitu života u nemocných s hemolytickou anémií docházejících do hematologické ambulance. Trendem současné doby je zabývat se člověkem jako celkem. Každý nemocný je jedinečná originální osobnost se svými prožitky a pohledy na život. Z těchto důvodů jsem si vybrala 3 nemocné s hemolytickou anémií a vytvořila kvalitativní i kvantitativní metody šetření.

Na základě provedených rozhovorů se 3 pacienty s hemolytickou anémií byly sepsány kazuistiky. Ze zaznamenaných rozhovorů je patrné, že neuspokojenou potřebou je dýchání a pohyb.

Z výsledků dotazníku kvality života vyplývá, že nemocní s hemolytickou anémií mají mírně sníženou kvalitu života. Objevuje se u nich jen mírná omezení. Samozřejmě, že ne všichni jsou stejní, ale pokud dodržují léčbu a chodí pravidelně na kontroly, tak s touto nemocí mohou normálně žít.

Výsledky mé práce budou poskytnuty odborné ošetrovatelské veřejnosti. Přínos této práce pro praxi může spočívat v poukázání potřeb, které se vyskytují u nemocných s hemolytickou anémií docházejících do hematologické ambulance. Dále nám výsledky zejména poukázaly na kvalitu života u těchto nemocných.

Výsledky průzkumného šetření jsem prezentovala na VII. Celostátní studentské vědecké konferenci bakalářských nelékařských zdravotnických oborů na Univerzitě v Pardubicích.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. BUREŠ, Jan a Jiří HORÁČEK, 2003. *Základy vnitřního lékařství*. Praha: Galén. ISBN 80-7262-208-0.
2. DRAGOMIRECKÁ, Eva a Jitka BARTOŇOVÁ, 2006. *WHOQOL-BREF, WHOQOL-100 Příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace*. Praha: Psychiatrické centrum Praha. ISBN 80-85121-82-4.
3. DYLEVSKÝ, Ivan, 2000. *Somatologie*. Vyd. 2. Olomouc: Opava. ISBN 80-86297-05-5.
4. GURKOVÁ, Elena, 2011. *Hodnocení kvality života*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3625-9.
5. INDRÁK, Karel et al., 2006. *Hematologie*. Praha: Triton. ISBN 80-7254-868-9.
6. KELNAROVÁ, Jarmila et al., 2009. *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy - 2. ročník*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3106-3.
7. KELNAROVÁ, Jarmila et al., 2009. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty - 1. ročník*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2830-8.
8. KLENER, Pavel et al., 2001. *Vnitřní lékařství II*. Praha: Informatorium. ISBN 80-86073-76-9.
9. KLENER, Pavel et al., 2011. *Vnitřní lékařství*. Vyd. 4. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-705-9.
10. KŘIVÁNKOVÁ, Markéta a Milena IRADOVÁ, 2009. *Somatologie - učebnice pro střední zdravotnické školy*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2988-6.
11. KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2002. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0179-0.
12. KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2006. *Psychologie smysluplnosti existence*. Praha: Grada. ISBN 80 247-1370-5.
13. KUTNOHORSKÁ, Jana, 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2713-4.

14. KUTNOHORSKÁ, Jana, 2010. *Historie ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3224-4.
15. LEXOVÁ, Stanislava et al., 2000. *Hematologie pro zdravotní laboranty 1. díl*. Brno: IDV PZ. ISBN 80-7013-304-X.
16. MARKOVÁ, Monika, 2010. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3171-1.
17. MOUREK, Jindřich, 2005. *Fyziologie - učebnice pro studenty zdravotnických oborů*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1190-7.
18. NAVRÁTIL, Leoš et al., 2008. *Vnitřní lékařství - pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2319-8.
19. PAVLÍKOVÁ, Slavomíra, 2006. *Modely ošetrovatelství v kostce*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1211-3.
20. PAYNE, Jan, 2005. *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton. ISBN 80-7254-657-0.
21. PENKA, Miroslav et al., 2001. *Hematologie I. - neonkologická hematologie*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0023-9.
22. PENKA, Miroslav et al., 2009. *Neonkologická hematologie*. Vyd. 2. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2299-3.
23. PENKA, Miroslav et al., 2011. *Hematologie a transfuzní lékařství I. - hematologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3459-0.
24. SLOVÁČEK, Ladislav a Ladislav JEBAVÝ, 2007. *Transplantace krvetvorných buněk a kvalita života*. Hradec Králové: Nucleus HK. ISBN 978-80-87009-28-4.
25. STAŇKOVÁ, Marta, 2001. *České ošetrovatelství 7*. Brno: IDV PZ. ISBN 80-7013-329-5.
26. STEFFEN, Hans-Michael et al., 2010. *Diferenciální diagnostika ve vnitřním lékařství*. Přeložil Petr SEDLÁČEK. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2780-6.
27. ŠAMÁNKOVÁ, Marie et al., 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3223-7.
28. TRACHTOVÁ, Eva et al., 2008. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno: NCO NZO. ISBN 80-7013-324-4.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

Aj. A jiný

Tj. To jest

Tzn. To znamená

Tzv. Takzvaný

Č. Číslo

TT Tělesná teplota

R Respondent

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 Pohlaví respondentů.....	47
Graf 2 Věk respondentů.....	48
Graf 3 Hodnocení délky onemocnění.....	49
Graf 4 Doba docházky do hematologické ambulance.....	50
Graf 5 Hodnocení četnosti kontrol v hematologické ambulanci.....	51
Graf 6 Kvalita života.....	59
Graf 7 Spokojenost se zdravím	60
Graf 8 Fyzické zdraví.....	61
Graf 9 Prožívání	62
Graf 10 Sociální vztahy.....	63
Graf 11 Prostředí.....	64

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Normální dýchání	53
Tabulka 2 Výživa a hydratace	53
Tabulka 3 Vylučování	54
Tabulka 4 Pohyb	54
Tabulka 5 Odpočinek a spánek	55
Tabulka 6 Oblékání	55
Tabulka 7 Regulace tělesné teploty	55
Tabulka 8 Hygiena	56
Tabulka 9 Ochrana před nebezpečím	56
Tabulka 10 Komunikace	56
Tabulka 11 Víra	57
Tabulka 12 Práce	57
Tabulka 13 Odpočinek a rekreace	57
Tabulka 14 Učení	58

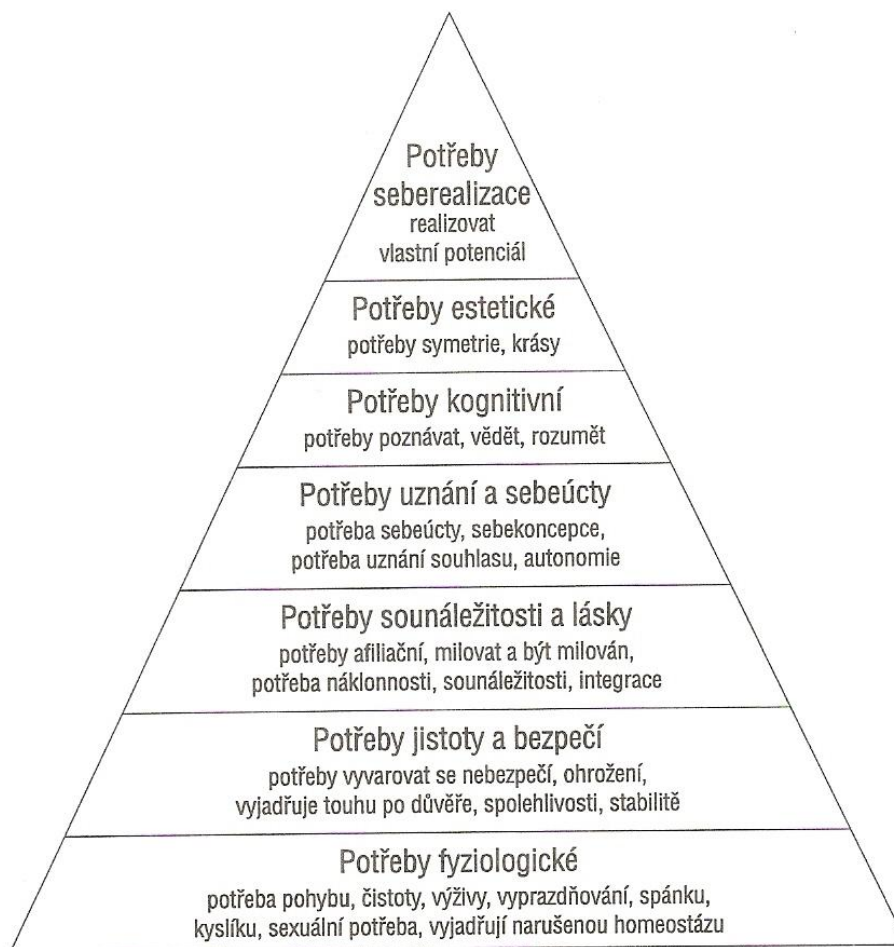
SEZNAM PŘÍLOH

Příloha PI: Maslowova hierarchie potřeb

Příloha PII: Polostrukturovaný rozhovor s nemocným s hemolytickou anémií

Příloha PIII: Dotazník kvality života podle WHO

Příloha PIV: Potvrzení o účasti na konferenci

PŘÍLOHA P I: MASLOVA HIERARCHIE POTŘEB

Zdroj: TRACHTOVÁ, Eva et al., 2008. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno: NCO NZO. ISBN 80-7013-324-4.

PŘÍLOHA P II: POLOSTRUKTUROVANÝ ROZHOVOR S NEMOCNÝM S HEMOLYTICKOU ANÉMIÍ

Dobrý den.

Jmenuji se Jana Wrzecionková a jsem studentka 3. ročníku studijního oboru všeobecná sestra Fakulty humanitních studií ve Zlíně. Tento rozhovor je součástí mé bakalářské práce na téma: „*Komplexní ošetrovatelský proces u nemocného s hemolytickou anémií*“. Mohu Vás ujistit, že provedený rozhovor bude anonymní a bude sloužit jen pro mé průzkumné účely. Předem bych Vám ráda poděkovala za Váš čas a ochotu.

Polostrukturovaný rozhovor s anemickými pacienty:

Jaký je Váš věk?

Jaké je Vaše pohlaví?

Jak dlouho trpíte hemolytickou anémií?

Jak dlouho docházíte na kontroly do hematologické ambulance?

Jak často docházíte na kontroly do hematologické ambulance?

„14 lidských potřeb“ podle V. Hendersonové

1. Normální dýchání

Pocítujete obtíže spojené s dýcháním?

Kouříte, pokud ano, kolik?

Kouří někdo z vaší rodiny?

2. Výživa a hydratace

Jaká je Vaše momentální váha?

Změnily se během nemoci Vaše stravovací návyky?

Objevují se u Vás potíže se stravováním?

Zaznamenal/a jste během své nemoci úbytek na váze?

Hodnotíte Vaši výživu jako vyváženou?

Kolik tekutin vypijete za den?

Myslíte si, že je Váš denní příjem tekutin dostatečný?

3. Vylučování

Kolikrát močíte za 24 hodin?

Objevují se u Vás potíže s močením?

Máte pravidelnou stolici?

Objevují se u Vás potíže s vyprazdňováním stolice?

4. Pohyb

Jakým způsobem Vás omezuje nemoc při vykonávání běžné denní činnosti?

Jak hodnotíte svoji tělesnou kondici?

Máte pravidelnou pohybovou aktivitu, jakou, jak často?

Myslíte si, že dobrá tělesná kondice a pravidelné cvičení jsou pro zdraví důležité?

Máte nějaké problémy v poloze vsedě, při změně polohy, při chůzi?

Změnil se v době nemoci nějak Váš pohybový režim?

Cítíte během své nemoci omezení po pohybové stránce?

5. Odpočinek a spánek

Kolik hodin denně spíte?

Jak byste zhodnotil/a svůj spánek?

Máte problémy se spaním? Pokud ano, jaké?

6. Oblékání

Máte nějaké problémy při oblékáním?

Jaký druh oděvu (materiál) vyhovuje Vaší kůži?

7. Regulace tělesné teploty

Znáte příznaky zvýšené tělesné teploty?

Pokud máte zvýšenou tělesnou teplotu, jdete k lékaři?

8. Hygiena

Máte nějaké problémy při hygienické péči?

Změnily se z důvodu nemoci Vaše hygienické návyky?

Víte o nějakých překážkách, které Vám zabraňují provádět hygienu?

9. Ochrana před nebezpečím

Jak hodnotíte svůj zdravotní stav?

Co všechno děláte pro udržení svého zdraví?

Kdo je ve Vašem okolí pro Vás nejdůležitější?

Jak hodnotíte svůj partnerský vztah?

Poskytuje Vám partner/ka dostatečnou oporu?

10. Komunikace

Cítíte se nejlépe sám, s jinou osobou, nebo ve skupině?

11. Víra

Máte nějaké náboženské vyznání?

Pomáhá Vám víra vyrovnat se s nemocí?

12. Práce

Kde pracujete, jaké je Vaše pracovní zařazení?

Může Vaše nemoc narušit jistotu Vašeho zaměstnání?

Je Vaše zaměstnání vyčerpávající, stresující?

13. Odpočinek a rekreace

Jak trávíte svůj volný čas?

Máte období abnormální únavy? Pokud ano, kdy?

Máte dostatek životní síly a energie?

14. Učení

Jste o své nemoci dostatečně informován/a? Pokud ano, z jakých zdrojů?

Jsou Vám srozumitelné informace poskytované zdravotnickým personálem?

PŘÍLOHA P III: DOTAZNÍK KVALITY ŽIVOTA PODLE WHO

KVALITA ŽIVOTA DOTAZNÍK SVĚTOVÉ ZDRAVOTNICKÉ ORGANIZACE

WHOQOL-BREF (krátká verze)

INSTRUKCE

Tento dotazník zjišťuje, jak vnímáte kvalitu svého života, zdraví a ostatních životních oblastí. **Odpovězte laskavě na všechny otázky.** Pokud si nejste jist/a, jak na nějakou otázku odpovědět, **vyberte prosím odpověď**, která se Vám zdá nejvhodnější. Často to bývá to, co Vás napadne jako první.

Berte přitom v úvahu, jak běžně žijete, své plány, radosti i starosti. Ptáme se Vás na Váš život za **poslední dva týdny**. Máme tedy na mysli poslední dva týdny, když se Vás zeptáme např.:

	vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
Dostáváte od ostatních lidí takovou pomoc, jakou potřebujete?	1	2	3	④	5

Máte zakroužkovat číslo, které nejlépe odpovídá tomu, kolik pomoci se Vám od ostatních dostávalo během posledních dvou týdnů. Pokud se Vám dostávalo od ostatních hodně podpory, zakroužkoval/a byste tedy číslo 4.

	vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
Dostáváte od ostatních lidí takovou pomoc, jakou potřebujete?	①	2	3	4	5

Pokud se Vám v posledních dvou týdnech nedostávalo od ostatních žádné pomoci, kterou potřebujete, zakroužkoval/a byste číslo 1.

Přečtěte si laskavě každou otázku, zhodnoťte své pocity a zakroužkujte u každé otázky to číslo stupnice, které nejlépe vystihuje Vaši odpověď.

1. Jak byste hodnotil/a kvalitu svého života?	velmi špatná	špatná	ani špatná ani dobrá	dobrá	velmi dobrá
	1	2	3	4	5

2. Jak jste spokojen/a se svým zdravím?	velmi nespokojen/a	nespokojen/a	ani spokojen/a ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a
	1	2	3	4	5

Následující otázky zjišťují, **jak moc** jste během posledních dvou týdnů prožíval/a určité věci.

	vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
3. Do jaké míry Vám bolest brání v tom, co potřebujete dělat?	1	2	3	4	5
4. Jak moc potřebujete lékařskou péči, abyste mohl/a fungovat v každodenním životě?	1	2	3	4	5
5. Jak moc Vás těší život?	1	2	3	4	5
6. Nakolik se Vám zdá, že Váš život má smysl?	1	2	3	4	5
7. Jak se dokážete soustředit?	1	2	3	4	5
8. Jak bezpečně se cítíte ve svém každodenním životě?	1	2	3	4	5
9. Jak zdravé je prostředí, ve kterém žijete?	1	2	3	4	5

Následující otázky zjišťují, **v jakém rozsahu** jste dělal/a nebo mohl/a provádět určité činnosti v posledních dvou týdnech.

	vůbec ne	spíše ne	středně	většinou ano	zcela
10. Máte dost energie pro každodenní život?	1	2	3	4	5
11. Dokážete akceptovat svůj tělesný vzhled?	1	2	3	4	5
12. Máte dost peněz k uspokojení svých potřeb?	1	2	3	4	5
13. Máte přístup k informacím, které potřebujete pro svůj každodenní život?	1	2	3	4	5
14. Máte možnost věnovat se svým zálibám?	1	2	3	4	5

	velmi špatně	špatně	ani špatně ani dobře	dobře	velmi dobře
15. Jak se dokážete pohybovat?	1	2	3	4	5

Další otázky se zaměřují na to, jak jste byl/a **šťastný/á nebo spokojený/á** s různými oblastmi svého života v posledních dvou týdnech.

	velmi nespokojen/a	nespokojen/a	ani spokojen/a ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a
16. Jak jste spokojen/a se svým spánkem?	1	2	3	4	5
17. Jak jste spokojen/a se svou schopností provádět každodenní činnosti?	1	2	3	4	5
18. Jak jste spokojen/a se svým pracovním výkonem?	1	2	3	4	5
19. Jak jste spokojen/a sám/sama se sebou?	1	2	3	4	5
20. Jak jste spokojen/a se svými osobními vztahy?	1	2	3	4	5
21. Jak jste spokojen/a se svým sexuálním životem?	1	2	3	4	5
22. Jak jste spokojen/a s podporou, kterou Vám poskytují přátelé?	1	2	3	4	5
23. Jak jste spokojen/a s podmínkami v místě, kde žijete?	1	2	3	4	5
24. Jak jste spokojen/a s dostupností zdravotní péče?	1	2	3	4	5
25. Jak jste spokojen/a s dopravou?	1	2	3	4	5

Následující otázka se týká toho, **jak často** jste prožíval/a určité věci během posledních dvou týdnů.

	nikdy	někdy	středně	celkem často	neustále
26. Jak často prožíváte negativní pocity jako je např. rozmrzelost, beznaděj, úzkost nebo deprese?	1	2	3	4	5

Zdroj: DRAGOMIRECKÁ, Eva a Jitka BARTOŇOVÁ, 2006. *WHOQOL-BREF, WHOQOL-100 Příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace*. Praha: Psychiatrické centrum Praha. ISBN 80-85121-82-4.

PŘÍLOHA P IV: POTVRZENÍ O ÚČASTI NA KONFERENCI



POTVRZENÍ O ÚČASTI NA KONFERENCI

pro
jméno a příjmení účastníka akce:

pan/paní **Jana Wrzecionková**

narozen/a **10.6.1986**



Forma celoživotního vzdělávání: **odborná konference**
Délka trvání akce: **8 hodin**
Druh účasti na vzdělávací akci: **aktivní**

Souhlasné stanovisko: POUZP pod číslem OZ 592/12 K dle Vyhlášky MZČR č.4/2010 Sb.*

Akce je určena pro: všeobecné sestry, porodní asistentky, zdravotnické záchranáře, radiologické asistenty, zdravotně sociální pracovníky, nutriční terapeutky.

*Vyhláška MZČR č. 4/2010 Sb., kterou se stanoví kreditní systém pro vydání osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez přímého vedení nebo odborného dohledu zdravotnických pracovníků.

Konference nebyla vedena v cizím jazyce.

Akce byla finančně podpořena Pardubickým krajem a Magistrátem města Pardubic.

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
532 10 Pardubice, Průmyslová 395

.....
razítko

.....
podpis

Tato konference je organizována v rámci projektu Zdravotnické studijní programy v inovaci.
Reg.č.: CZ.1.07/2.2.00/15.0357, OP VK, Oblast podpory 7.2.2 Vysokoškolské vzdělávání



INVESTICE DO ROZVOJE VZDĚLÁVÁNÍ