

Specifika ošetrovatelské péče u pacientů s hematoonkologickým onemocněním

Lucie Chytilová

Bakalářská práce
2016



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

akademický rok: 2015/2016

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Lucie Chytilová**

Osobní číslo: **H13851**

Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**

Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Forma studia: **prezenční**

Téma práce: **Specifika ošetrovatelské péče u pacientů s hematologickým onemocněním**

Zásady pro vypracování:

Zpracování rešerše a studium odborné literatury týkající se tématu bakalářské práce.

Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti hematologických onemocnění.

Příprava metodiky průzkumné části.

Realizace kvalitativního šetření.

Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných dat.

Prezentace výsledků šetření, jejich shrnutí a návrh doporučení pro praxi.



Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

CETKOVSKÝ, Petr et al. Intenzivní péče v hematologii. 1. vyd. Praha: Galén, 2004. 572 s. ISBN 80-7262-255-2.

GUENOVA, Margarita a Gueorgui BALATZENKO. Leukemia. Croatia: Copyright, 2013. 252 p. ISBN 978-953-51-1127-6.

INDRÁK, Karel. Hematologie a transfuzní lékařství. 1. vyd. Praha: Triton, 2014. 610 s. ISBN 978-80-7387-722-4.

MAYER, Jiří a Jan STARÝ et al. Leukémie. Praha: Grada, 2002. 357 s. ISBN 80-7169-991-0.

VOKURKA, Samuel. Základní hemato-onkologická onemocnění a jejich charakteristiky. 1. vyd. Praha: Galén, 2008. 89 s. ISBN 978-80-7262-553-6.

VORLÍČEK, Jiří, Jitka ABRAHÁMOVÁ a Hilda VORLÍČKOVÁ. Klinická onkologie pro sestry. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2012. 448 s. ISBN 978-80-247-3742-3.

Vedoucí bakalářské práce:

MUDr. Jana Pelková

Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce:

13. ledna 2016

Termín odevzdání bakalářské práce:

20. května 2016

Ve Zlíně dne 13. ledna 2016



doc. Ing. Anežka Lengálová, Ph.D.
děkanka



Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

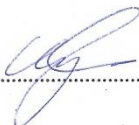
Beru na vědomí, že

- 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 19. 2. 2016



.....

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 nevydávalečně 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, užíje-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 vzdělávacímu 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). Opírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybnějiho projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užit 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 jim 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 přihlíží k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Bakalářská práce je zaměřená na specifika ošetrovatelské péče u pacientů s hematologickým onemocněním. Cílem práce je zjistit a definovat jednotlivá specifika v různých věkových skupinách.

V teoretické části se okrajově zabývám pojmem, jako je ošetrovatelství, zdraví a následně modelem fungujícího zdraví dle Marjory Gordonové. Dále jsou uvedena nejčastější hematologická onemocnění, kde je popsána jejich diagnostika a léčba. Na závěr teoretické části jsou determinována specifika ošetrovatelské péče u pacientů s uvedenými onemocněními se symptomatologií, jako je anemický syndrom, bolest, únava apod.

V praktické části je hlavním těžištěm sběr informací od klientů s danou problematikou formou řízeného rozhovoru a zpracování kazuistik.

Klíčová slova: „specifikum“

„ošetrovatelský proces“

„hematologie“

„hematologický pacient“

„hematologické onemocnění“

„model funkčního zdraví“

„Marjory Gordon“

ABSTRACT

This Bachelor thesis is focused on particularities of nursing care required at patients with hematooncological diseases. The aim is to discover and define individual specifics in different age groups.

In the theoretical part, the definitions of basic terms such as nursing care, health and the model of functional health according to Marjory Gordon are given. These terms are followed by explanation of the most common hematooncological diseases, when their diagnostics and medical treatments have been described. At the end of the theoretical part, the specifics of nursing care of patients with described diseases with their symptomatology such as anemic syndrome, pain, fatigue are determined.

The main purpose of the practical part is to gather information from clients with the explained diseases, the form was a managed dialog and it has been followed by the interpretation of the search.

Keywords: „specifics“

„nursing care“

„hematooncology“

„hematooncological patient“

„hematooncological disease“

„model of functional health“

„Marjory Gordon“

Ráda bych poděkovala vedoucímu bakalářské práce paní MUDr. Janě Pelkové za odborné vedení bakalářské práce, její cenné rady, laskavý přístup, chápavé jednání a konzultace při zpracování bakalářské práce.

Děkuji všem dotazovaným za jejich ochotu a čas strávený při odpovídání na mé otázky. Děkuji také vedení Hematologického oddělení v Krajské nemocnici Tomáše Bati ve Zlíně za vstřícnost, pozitivní přístup a pomoc.

Prohlašuji, že jsem práci s názvem Specifika ošetrovatelské péče u pacientů s hematologickým onemocněním vypracovala samostatně a veškeré zdroje informací uvedla v seznamu použité literatury.

OBSAH

ÚVOD	11
I TEORETICKÁ ČÁST	12
1 ZÁKLADNÍ DEFINICE	13
1.1 OŠETŘOVATELSTVÍ.....	13
1.1.1 Ošetřovatelský proces	13
1.1.2 Fáze ošetřovatelského procesu	14
1.1.3 Kvalita ošetřovatelské péče.....	14
1.2 ZDRAVÍ	15
1.2.1 Determinanty zdraví.....	15
1.2.2 Složky zdraví.....	15
1.2.3 Holistický model zdraví	15
1.3 MODEL FUNKČNÍHO TYPU ZDRAVÍ DLE MARJORY GORDONOVÉ.....	16
2 ZÁKLADNÍ HEMATOONKOLOGICKÁ ONEMOCNĚNÍ	18
2.1 AKUTNÍ LEUKÉMIE	18
2.1.1 Akutní myeloidní leukémie.....	18
2.1.2 Akutní lymfoblastická leukémie	18
2.2 MYELOPROLIFERATIVNÍ ONEMOCNĚNÍ	19
2.2.1 Chronická myeloidní leukémie	20
2.2.2 Pravá polycytémie	20
2.2.3 Esenciální trombocytémie	21
2.2.4 Osteomyelofibróza	21
2.3 LYMFOPROLIFERATIVNÍ ONEMOCNĚNÍ	22
2.3.1 Hodgkinův lymfom	22
2.3.2 Nehodgkinské lymfomy	23
2.3.3 Chronická lymfocytární leukémie.....	23
2.3.4 Mnohočetný myelom	24
2.4 MYELOYDYSPLASTICKÝ SYNDROM	24
2.5 APLASTICKÁ ANÉMIE	25
3 DIAGNOSTIKA HEMATOONKOLOGICKÝCH ONEMOCNĚNÍ	26
3.1 ANAMNÉZA	26
3.2 FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ	26
3.3 HEMATOLOGICKÉ VYŠETŘENÍ	26
3.4 INVAZIVNÍ VYŠETŘENÍ V HEMATOLOGII.....	27
3.4.1 Sternální punkce.....	27
3.4.2 Trepanobiopsie	28
3.5 ZOBRAZOVACÍ METODY	28
4 LÉČBA HEMATOONKOLOGICKÝCH ONEMOCNĚNÍ	29
4.1 CHEMOTERAPIE.....	29
4.1.1 Nežádoucí účinky chemoterapie	29
4.1.2 Podpůrná léčba	29
4.2 RADIOTERAPIE	30
4.2.1 Radiační reakce zdravých tkání	30

4.3	TRANSPLANTACE KRVETVORNÝCH BUNĚK	31
4.3.1	Transplantáty	31
4.3.2	Odběr krvetvorných buněk	32
4.3.3	Reakce štěpu proti hostiteli a štěpu proti nádoru	32
4.3.4	Komplikace transplantací	33
4.4	PODPŮRNÁ LÉČBA TRANSFUZNÍMI PŘÍPRAVKY	33
4.4.1	Předtransfuzní vyšetření	33
4.4.2	Transfuze	34
4.4.2.1	Příprava transfuze u lůžka pacienta	34
4.4.2.2	Vlastní transfuze	34
4.4.2.3	Ukončení transfuze	35
4.4.2.4	Potransfuzní reakce	35
4.4.2.5	Záznam transfuze	35
5	SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U PACIENTŮ S HEMATOONKOLOGICKÝM ONEMOCNENÍM	37
5.1	ANEMICKÝ SYNDROM	37
5.1.1	Ošetrovatelské intervence a cíle	37
5.1.1.1	Únava	37
5.1.1.2	Poškození sliznic a kůže	38
5.1.1.3	Zácpa	39
5.1.1.4	Žilní trombóza	39
5.2	BOLEST	40
5.2.1	Ošetrovatelské intervence a cíle	40
5.3	VÝŽIVA	41
5.3.1	Ošetrovatelské intervence a cíle	41
5.4	OSLABENÍ OBRANYSCHOPNOSTI	42
5.4.1	Ošetrovatelské intervence a cíle	42
5.5	ZMĚNY PSYCHICKÉHO STAVU	43
5.5.1	Ošetrovatelské intervence a cíle	44
II	PRAKTICKÁ ČÁST	45
6	CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY	46
6.1	CÍLE PRÁCE	46
6.2	HYPOTÉZY	46
7	METODIKA	47
7.1	CHARAKTERISTIKA RESPONDENTŮ	47
7.2	SBĚR INFORMACÍ POMOCÍ ŘÍZENÉHO KAZUISTICKÉHO ROZHOVORU	47
8	VÝSLEDKY PRŮZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	49
9	DISKUZE	75
	ZÁVĚR	79
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	80
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	84
	SEZNAM TABULEK	85
	SEZNAM GRAFŮ	86

ÚVOD

Bakalářská práce s názvem „Specifika ošetrovatelské péče u pacientů s hematologickým onemocněním“ byla vybrána, jak z důvodu výskytu hematologického onemocnění v rodině, ale také proto, že je tato oblast velmi zajímavá a méně zkoumaná.

V současné době patří onkologická onemocnění k jedním z nejzávažnějších. Onkologickým onemocněním onemocní každý třetí občan České republiky a každý čtvrtý na tuto diagnózu zemře.

Hematologie se zabývá nádorovým onemocněním krve a krvetvorných orgánů. Mezi nejčastější hematologická onemocnění řadíme leukémie, lymfomy, mnohočetný myelom, myeloproliferativní onemocnění a myelodysplastický syndrom. Ačkoliv počet pacientů s hematologickým onemocněním v České republice z dlouhodobého pohledu stále přibývá, úmrtnost na tato onemocnění klesá.

Diagnóza hematologického onemocnění přináší celou řadu různorodých onemocnění, které mohou mít různý průběh. Také je potřeba si uvědomit, že hematologické onemocnění má výrazný vliv na psychický a fyzický stav pacienta.

Hlavním cílem práce je porovnat dvě skupiny pacientů trpící hematologickým onemocněním a zjistit, jaká jsou specifika ošetrovatelské péče. První kategorií byli pacienti ve věku 18 - 49 let a druhou skupinou pacienti ve věku 50 let a více. Tito pacienti, ať jsou to muži nebo ženy, pacienti starší nebo mladší, vnímají během onemocnění některé změny zdraví. Snahou bylo tyto změny vymezit a specifikovat je v jednotlivých věkových skupinách.

Pro získávání informací ke zpracování bakalářské práce bylo zvoleno Hematologicko-transfuzní oddělení v Krajské nemocnici Tomáše Bati ve Zlíně, kde pacienti s hematologickým onemocněním tvoří téměř polovinu klientů.

Pro výzkum byla zvolena metoda zpracování kazuistik podle Modelu fungujícího zdraví dle M. Gordonové, kdy formou řízeného rozhovoru s pacientem se získávaly potřebné informace ze všech domén, které se týkají zdraví. Za cíl byl dán sběr informací od 20 klientů formou řízeného rozhovoru zpracovaného do kazuistik, a to v rozmezí února až března 2016.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 ZÁKLADNÍ DEFINICE

1.1 Ošetřovatelství

Ošetřovatelství je definováno Světovou zdravotnickou organizací jako: „*Systém typicky ošetřovatelských činností týkající se jednotlivce, rodin a skupin, který jim pomáhá, aby byli schopni pečovat o své zdraví a pohodu.*“

Ošetřovatelství je zaměřeno zejména na:

- Udržení a podporu zdraví;
- navrácení jeho zdraví a rozvoje soběstačnosti;
- zmírňování utrpení nevyléčitelně nemocného pacienta a zabezpečení klidného umírání a důstojné smrti;
- péči o rodinu nemocného, zabezpečení kvalitní a také kvalifikované péče v domácím prostředí (nezapomíná také na péči o pozůstalé). (Plevová et al, 2011, str. 61; Tóthová et al, 2014, str. 14; Ševčíková, 2005, str. 9)

1.1.1 Ošetřovatelský proces

Ošetřovatelský proces je podkladem pro poskytování individualizované vstřícné ošetřovatelské péče. Jedná se o komplexní systémový výkon ošetřovatelské činnosti, který nám umožňuje přihlížet k individuálním potřebám klienta, řešit jeho problémy a předcházet jim. Uskutečňuje se v 5 fázích:

- Zhodnocení a posouzení nemocného, zjišťování informací.
- Stanovení ošetřovatelských diagnóz, potřeb a problémů.
- Vypracování individualizovaného plánu ošetřovatelské péče.
- Realizace aktivní individualizované péče.
- Vyhodnocení efektu poskytované péče. (Tóthová et al, 2014, str. 16)

Ošetřovatelské činnosti nám umožňují, aby se sestra samostatně rozhodovala pro nejvhodnější způsob zdravotní péče, dosahovala stanovených cílů a mohla měřit pokrok v poskytování péče, kterého nemocný díky jejímu přičinění dosáhl. Díky tomu, je kvalita ošetřovatelské péče závislá především na práci sestry. (Tóthová et al, 2014, str. 16)

1.1.2 Fáze ošetrovatelského procesu

Fáze ošetrovatelského procesu nám představují soubor plánovaných činností, které jsou zaměřeny na dosažení požadovaného výsledku. První dvě fáze zahrnují zhodnocení nemocného a stanovení ošetrovatelských diagnóz, následně jejich cílů a ošetrovatelských intervencí. Mezi poslední fáze ošetrovatelského procesu se řadí realizace naplánovaných činností a zhodnocení poskytnuté ošetrovatelské péče.

1.1.3 Kvalita ošetrovatelské péče

Kvalitní ošetrovatelská péče je důležitým cílem současného ošetrovatelství. Na kvalitě ošetrovatelské péče se můžeme dívat z mnoha úhlů pohledu. První je pohled ze strany personálu, kdy lékař hodnotí kvalitu ošetrovatelské péče podle toho, jak je zajišťován diagnosticko - terapeutický plán pacienta. Druhý typ pohledu je ze strany pacienta, který hodnotí kvalitu péče podle rozsahu svého strádání při uspokojování vlastních potřeb a dle míry profesionální vnímavosti k jeho problémům při pobytu ve zdravotnickém zařízení. Třetí typ pohledu je pomocí výstupů, kdy se ptáme, zda u pacienta došlo ke zlepšení jeho stavu, případně ke zvýšení kvality jeho života po propuštění ze zdravotnického zařízení. (Jarošová, 2000).

Pokud chceme ve zdravotnických zařízeních hodnotit a měřit kvalitu poskytované péče, je nutné kvalitu určit dle standardů či jiných systémových a řídicích dokumentů. Ošetrovatelské standardy jsou zavazující se normy pro poskytování kvalitní ošetrovatelské péče. Jsou návodem, podle kterého můžeme hodnotit, zda je ošetrovatelská péče poskytována na požadované úrovni. Standardy mají být zaměřeny na uspokojování potřeb pacienta, ošetrovatelský proces u pacientů s určitou diagnózou, pracovní postup při specifických ošetrovatelských postupech apod. Zajišťují pacientům bezpečí a chrání sestry před neoprávněným postihem (Jarošová, 2000; Jarošová, Majkusová, Kozáková, Zeleníková, 2015, str. 27; Vašátková, 2007, str. 21 - 22).

1.2 Zdraví

Zdraví spadá k nejvýznamnějším hodnotám života každého jedince. Nemělo by představovat cíl života, ale jednu z podmínek smysluplného života. (Čeledová, Čevela, 2010, str. 14)

Nejčastěji uváděná definice zdraví dle WHO: „*Zdraví je stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, ne pouze nepřítomnost nemoci nebo vady.*“ (Švarcová, 2008, str. 6)

Základní podmínkou zdraví je optimální a vyvážené fungování organismu jak v oblasti biologické, psychické tak i sociální, které umožňuje vyrovnat se s požadavky vnitřního i zevního prostředí bez narušení životních funkcí. (Machová, Kubátová et al, 2015, str. 10)

1.2.1 Determinanty zdraví

Determinanty zdraví jsou vlivy, které působí komplexně na zdraví člověka. Zdraví člověka je podmíněno kladným i záporným působením nejrůznějších činitelů. Jednotlivé faktory mohou působit na zdraví člověka jak přímo, tak zprostředkovaně, ale vždy se vzájemně ovlivňují. V cílovém výsledku může být jejich působení pozitivní, zdraví chránící a posilující, nebo negativní (zdraví oslabující). Determinanty zdraví můžeme rozdělit na vnitřní (dědičné faktory) a zevní (životní styl, kvalita životního a pracovního prostředí a zdravotnické služby). (Čeledová, Čevela, 2010, str. 14; Machová, Kubátová et al, 2015, str. 11)

1.2.2 Složky zdraví

Pojem zdraví obsahuje základní tři složky:

- Tělesnou a psychosociální celistvost
- Nenarušenost životních funkcí a společenských rolí.
- Přizpůsobivost ve smyslu fyziologické a sociologické homeostázy (Čeledová, Čevela, 2010, str. 18)

1.2.3 Holistický model zdraví

Holistický pohled vidí zdraví jako soubor složek, které fungují na základě vztahu mezi sebou a vzájemného ovlivnění. Jde o propojení tělesné, duševní, citové, osobní, sociální a duchovní složky.

Složka tělesná - Je výsledkem každé orgánové soustavy v organismu.

Složka duševní - Je spojená s tím, jak jedinec získává informace, jak je schopen je zpracovávat, jak dokáže udělat rozhodnutí a jak využívá potřebné informace k prospěchu svého zdraví.

Složka citová - Zahrnuje, jak jedinec vnímá své pocity a jak je dokáže vysvětlit, jaký má názor sám na sebe a na okolí, jak se orientuje v přívalu každodenních emocí apod.

Složka osobní (seberealizační) - Zahrnuje, jak je jedinec schopen dosáhnout svých cílů, jak je úspěšný a jak vidí sám sebe jako osobnost.

Složka sociální (společenská) - Je spojená s tím, jak je jedinec společenský, jak je schopný udržovat vztahy s rodinou, přáteli, apod.

Složka duchovní (spirituální) - Zahrnuje, jak jedinec vnímá smysl svého bytí, nepatří zde jen víra v Boha (př. víra v dobro, víra v anděly apod.) (Nováková, 2011, str. 15 - 16)

1.3 Model funkčního typu zdraví dle Marjory Gordonové

Mezi odborníky na ošetrovatelskou teorii v mezinárodním kontextu je znám názor, že Model funkčního typu zdraví dle M. Gordonové znázorňuje z hlediska holistické filozofie nejkompexnější pojetí člověka v rámci ošetrovatelství. Tento model se uplatňuje jak při výuce kvalifikovaných sester na středních školách, univerzitách ale také při poskytování ošetrovatelské péče v praxi. Podle modelu M. Gordonové může sestra jednotně zhodnotit jak stav zdravého, tak i nemocného člověka. Pokud použije sestra tento model ke sběru dat, získá tak komplexní informace k sestavení ošetrovatelské anamnézy, stanovení aktuálních a potencionálních diagnóz a může poté efektivně navrhnout a realizovat ošetrovatelskou péči. (Tóthová et al, 2014, str. 52 - 53; Trachtová, 2004, str. 167)

Základní strukturou tohoto modelu je celkem 12 oblastí. Struktura modelu dle M. Gordonové viz příloha I. Vyhodnocení modelu je prováděno pomocí vhodně položených otázek z dílčích oblastí. Otázky jsou pokládány s přihlédnutím k věku pacienta, k pohlaví, inteligenci, psychickému stavu a také schopnosti odpovídat. Těchto 12 oblastí nám umožňuje systematický a standardizovaný přístup k získávání dat a umožňuje sestřám určit aspekty zdraví a funkci lidského organismu. Posouzení dle modelu funkčního typu zdraví umožňuje sestře rozpoznat jak funkční tak dysfunkční typy zdraví, jak u jednotlivce, rodiny tak komunity. (Mastiliaková, 2014, str. 63 - 64)

Pro zjišťování potřebných informací k výzkumu, bylo využito vzoru otázek z publikace „Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu“ od autorky Evy Trachtové a kolektivu (viz příloha II). Otázky z každé oblasti byly poupraveny a následně připraveny podrobnější podklady k řízenému rozhovoru. Aby mohly být zjištěné informace zpracovány a vyhodnoceny do tabulek a grafů, je v každé doméně uvedeno 5 stupňů subjektivního posouzení celkové změny.

2 ZÁKLADNÍ HEMATOONKOLOGICKÁ ONEMOCNĚNÍ

2.1 Akutní leukémie

„Akutní leukémie je zhoubné nádorové onemocnění, vycházející z nekontrolovaného bujení nezralých krvetvorných buněk v kostní dřeni - tzv. blastů.“ (Vokurka, Svoboda, 2008, str. 7)

Akutní leukémie se podle původu nádorové buňky rozděluje na akutní myeloidní leukémii a akutní lymfoblastickou leukémii. (Vokurka, Svoboda, 2008, str. 7)

2.1.1 Akutní myeloidní leukémie

„Akutní myeloidní leukémie (AML) je nemoc, která vzniká maligní transformací kmenové hemopoetické buňky.“ (Adam, Krejčí, Vorlíček et al, 2010, str. 263)

AML se rozvíjí z myeloblastů, které by za normálních podmínek vyžrály ve zdravé granulocyty, trombocyty a erytrocyty. Podstatou tohoto onemocnění je proliferace leukemických buněk, které se vymykají kontrole růstu a jejich vyzrávání. Leukemické buňky proliferují v kostní dřeni a utlačují fyziologickou krvetvorbu. Ne vždy je proliferace leukemických buněk v takové míře, že se projeví zvýšeným počtem bílých krvinek v periferní krvi. Proliferace je vždy patrná v kostní dřeni (viz příloha III). (Adam, Krejčí, Vorlíček et al, 2010, str. 263; Mayer, Starý et al, 2002, str. 240; Vokurka, Svoboda, 2008, str. 7)

U AML se objevují příznaky nedostatečného množství krevních destiček, což vede ke stavům krvácení (nebo ke krvácivým projevům), od malých petechií, až po intracerebrální hemoragii, která může být smrtící. Anémie se projevuje především únavou, malátností, zhoršením či manifestací případných ischemických potíží. Pokud je přítomen zvýšený pokles počtu nebo funkce granulocytů, mohou se objevit komplikace infekční, jako jsou angíny, zánětlivé onemocnění dýchacích cest, pneumonie apod. (Indrák et al, 2014, str. 260; Mayer, Starý et al, 2002, str. 240)

2.1.2 Akutní lymfoblastická leukémie

Akutní lymfoblastická leukémie (tj. ALL) se rozvíjí z lymfoblastů, které by u zdravého jedince vyžrávaly do lymfocytů. Příčina vzniku ALL není zcela objasněna. Mezi příčiny vzniku onemocnění se řadí i genetické předpoklady. Nejvyšší výskyt tohoto onemocnění je v dětském věku (pod 10 let). Mechanismus transformace buňky není zcela prostudován a objasněn. Jedná se o více na sebe navazujících kroků. Leukemický klon pravděpo-

dobně již vzniká v kostní dřeni, kde je normální buněčná populace potlačena, nebo někdy kompletně nahrazena leukemickým klonem. ALL je charakterizována akumulací maligních, nezralých lymfoidních buněk v kostní dřeni i v periferní krvi. (Guenova, Balatzenko, 2013, kap. 1, str. 1 - 2; Mayer, Starý et al, 2002, str. 269)

Pacienti mají nespecifické symptomy, které netrvají dlouho, zpravidla 1 - 3 měsíce. Jedná se projevy z nedostatku krevních buněk, jako je anémie, trombocytopenie a jiné. Z důsledku anémie, se vyskytuje bledost, slabost, dušnost, únava, palpitace, bolest hlavy, nevykonnost, koronární insuficience či poruchy prokrvení centrální nervové soustavy. U nemocných se mohou vyskytovat krvácivé projevy, zejména petechie a epistaxe (krvácení z nosu), krvácení z gastrointestinálního traktu (hemamatéza, meléna, enteroragie), bolesti břicha, zvětšené lymfatické uzliny, infekce apod. (Tomášek et al, 2015, str. 372; Mayer, Starý et al, 2002, str. 270)

2.2 Myeloproliferativní onemocnění

Jedná se o skupinu myeloproliferativních onemocnění, které tvoří několik navzájem neostře ohraničených jednotek, u kterých se předpokládá transformace na úrovni pluripotentní kmenové buňky. Následně dochází k nekontrolovatelné proliferaci (tj. růstu) a následné diferenciaci transformované buňky. Mezi myeloproliferativní onemocnění řadíme tyto jednotky: chronická myeloidní leukémie, pravá polycytémie, esenciální trombocytémie a osteomyelofibróza. (Adam, Krejčí, Vorlíček et al, 2010, str. 281)

Pro myeloproliferativní onemocnění je charakteristické:

- Reaktivizace extramedulární krve tvorby ve slezině a játrech neboli hepatosplenomegalie;
- fibrotizace kostní dřeni (stupňuje extramedulární krev tvorbu, která je z části neefektivní);
- genetická nestabilita a vznik dalších změn, co mají za následek stupňování agresivity nemoci;
- možnost přechodu nemoci v akutní leukémii;
- chromozomální translokace (tj. přemístění). (Adam, Krejčí, Vorlíček et al, 2010, str. 282)

2.2.1 Chronická myeloidní leukémie

Chronická myeloidní leukémie (tj. CML) má pozvolný a několikaletý průběh. Jedná se o zhoubné nádorové onemocnění, které má za následek poruchu kmenové pluripotentní buňky. Kmenová buňka se neustále množí a zachovává si schopnost vyzrávání. CML se rozvíjí na podkladě cytogenetické odchylky, při které dochází k výměně částí ramének mezi chromozomy 9 a 22, čímž dochází ke vzniku tzv. filadelfského chromozomu. V počátečních stádiích mohou být příznaky CML velmi mírné a nespecifické, což je způsobené chudokrevností a splenomegalií (tj. zvětšením sleziny). (Faber, Indrák et al, 2010, str. 51; Vokurka, Svoboda, 2008, str. 17; Adam, Krejčí, Vorlíček et al, 2010, str. 275)

CML můžeme rozdělit do tří fází. První fáze chronická, trvá průměrně 3 - 4 roky. Ve druhé fázi akcelerace se nemoc jeví agresivnější a silnější. Ve třetí fázi dochází k blastickému zvratu, kdy nemoc nabývá podobu akutní leukémie. (Adam, Krejčí, Vorlíček et al, 2010, str. 275; Vokurka, Svoboda, 2008, str. 19 - 20)

2.2.2 Pravá polycytémie

Pravá polycytémie, neboli polycythaemia vera, je nádorové onemocnění, při kterém dochází ke klonálnímu množení buněk celé erytrocytární vývojové řady, od blastů až po zralé červené krvinky. (Adam, Krejčí, Vorlíček et al, 2010, str. 282, Vokurka, Svoboda, 2008, str. 25)

Polycytemie vera, je nemoc, která se vyvíjí velmi pozvolna. Velmi vysoké hodnoty erytrocytů v krvi a následně výrazně zvýšený hematokrit, způsobují zvýšenou viskozitu krve, která vede k bolestem hlavy, závratím, letargiím (tj. chorobná spavost), zdvojenému vidění, snížené kondici, únavě, dušnosti, bolesti na hrudi, nedostatečnosti cévního zásobení CNS, svědění kůže apod. Poměrně časté je zvýšení krevního tlaku. U čtvrtiny nemocných se pravá polycytémie projevuje krvácením ze zažívacího traktu při výskytu žaludečních vředů (Adam, Krejčí, Vorlíček et al, 2010, str. 282; Indrák et al, 2014, str. 431; Vokurka, Svoboda, 2008, str. 26)

Nemocní mají výraznou, načervenalou, až téměř modrofialovou barvu v obličeji. Pacienti jsou ohroženi vysokým sklonem k trombózám a embolizacím, které jsou jednou z nejčastějších příčin morbidity pacientů. (Adam, Krejčí, Vorlíček et al, 2010, str. 282)

2.2.3 Esenciální trombocytémie

Esenciální trombocytémie (tj. ET) je nádorové onemocnění, u níž dochází ke zvýšení počtu krevních destiček v periferní krvi (od megakaryocytů až po trombocyty). Trombocyty jsou patologické, z toho vyplývá, že nemocní mohou mít sklon jak k trombotickým tak i hemoragickým komplikacím. Krvácivé komplikace jsou nejčastěji slizniční - krvácení z horních cest dýchacích, z GIT, epistaxe, krvácení z dásní apod. (Adam, Krejčí, Vorlíček et al, 2010, str. 287 - 288, Penka, Tesařová et al, 2011, str. 330; Vokurka, Svoboda, 2008, str. 31 - 32)

Díky preventivnímu vyšetřování krevního obrazu bývá tato diagnóza zachycena včas, a u více než 50% nemocných s ET nejeví žádné klinické příznaky. Téměř dvě třetiny nemocných mají v době anamnézy arteriální trombózu, žilní trombózu, nebo trombózu drobných cév. K dalším příznakům ET patří vazomotorické příznaky, jako jsou bolesti hlavy, synkopa (tj. krátkodobá ztráta vědomí), atypické bolesti na hrudníku, poruchy vidění, aj. (Adam, Krejčí, Vorlíček et al, 2010, str. 288; Indrák et al, 2014, str. 129)

2.2.4 Osteomyelofibróza

Osteomyelofibróza (též primární myelofibróza, chronická idiopatická myelofibróza), je myeloproliferativní onemocnění, které je charakteristické extrémní fibrózou kostní dřeni. (Adam, Krejčí, Vorlíček et al, 2010, str. 290)

Osteomyelofibróza má dvě stádia.

- Časná stádium (hyperplastické) - dochází ke zvýšenému množství buněk v kostní dřeni.
- Pozdní stádium (fibrotické) - dochází k fibróze kostní dřeni a krvetvorba je přesunuta do jater, brzlíku nebo sleziny (tj. extramedulární krvetvorba). (Adam, Krejčí, Vorlíček et al, 2010, str. 290; Vokurka, Svoboda, 2008, str. 37 - 38)

Pokud se nepříjde na nemoc náhodně, kupříkladu v rámci preventivního nebo jiného zdravotnického vyšetření, dochází nemocný k lékaři s obtížemi jako je hubnutí, únava, slabost, snížená kondice při anémii, pocení, tvorba hematomů, krvácivé projevy, trávící obtíže, bolesti břicha (hepatosplenomegalie tj. zvětšení jater a sleziny) aj. (Vokurka, Svoboda, 2008, str. 38)

2.3 Lymfoproliferativní onemocnění

„Lymfomy jsou nádory, které vycházejí z nekontrolovatelného bujení lymfatických buněk zodpovědných za imunitu a postihují nejen lymfatické uzliny, ale i kterékoliv jiné orgány.“ (Vokurka, Svoboda, 2008, str. 51)

Lymfomy patří k nejlépe léčitelným, maligním nádorům. Pokud není plné uzdravení možné, lze vhodným přístupem zajistit prodloužení a zkvalitnění života nemocného. (Vokurka, Svoboda, 2008, str. 51)

2.3.1 Hodgkinův lymfom

„Hodgkinův lymfom (HL) je maligní lymfoproliferativní onemocnění s charakteristickým histologickým obrazem v lymfatické tkáni (uzlině) tvořeným nádorovými buňkami Hodgkinovými/Reedové-Stern-bergovými (H/RS).“ (Indrák et al, 2014, str. 336)

Nemoc začíná v lymfatické uzlině, ze které se maligní buňky dostávají do dalších uzlin a poté do krevního oběhu a kostní dřeni. HL neboli lymfogranulom, je onemocnění, kde morfolgie, léčebná odpověď i průběh nemoci, se výrazně odlišuje od ostatních lymfomů kulminací výskytu u mladých dospělých (cca kolem 20 let). Dále se diferencuje vyšší citlivostí na léčbu a vyšším počtem vyléčených osob s dlouhodobým přežitím bez recidivy i při generalizovaném postižení. (Adam, Krejčí, Vorlíček et al, 2010, str. 307)

Jedná se o lymfomy, které splňují následující charakteristiky:

- Vznikají nejčastěji v uzlinách v krční oblasti (80 %), ve 20 % v axilární oblasti nebo v inguinální oblasti (tj. tříselný kanál);
- většinou se manifestují u mladých dospělých;
- tumorové buňky bývají z velké části obklopeny T-lymfocyty v rozetách;
- nádorové pronikání obsahuje malé množství rozšířených diagnostických buněk, které jsou velké a buď mononukleární (tj. Hodgkinovy), multinukleární (tj. Sternberga - Reedové) a současně pojímají velkou různorodou populaci buněk nenádorových (tj. zánětlivých). (Penka, Tesařová et al, 2011, str. 355)

Mezi nejčastější příznaky onemocnění se řadí nebolestivé zvětšené uzliny, cyklická horečka, únava a hubnutí, svědění kůže, dráždivý kašel při infiltraci mediastinálních uzlin, splenomegalie (tj. zvětšení sleziny) a jiné. Prognóza je u HL příznivá, pokud je onemocnění včas rozpoznatelné, je v 70 - 80% vyléčitelné.

2.3.2 Nehodgkinské lymfomy

„Nehodgkinské lymfomy jsou heterogenní skupinou nádorových onemocnění vycházející z lymfoidní řady.“ (Indrák et al, 2014. str. 375)

Jedná se o zhoubné onemocnění mízních uzlin. Etiologie většiny lymfomů není objasněna, ale ví se, že nehodgkinské lymfomy se častěji vyskytují spolu s autoimunitními nemocemi, jako je celiakie, revmatoidní artritida aj. Nejčastěji se jedná o Burkittův lymfom (tj. BL), který je způsobován Epstein Baar virem. BL je charakteristický rychlým a agresivním růstem, kdy se může projevovat jako akutní leukémie. Nejčastěji postihuje malé děti ve věku 4 - 7 let. Většina lymfomů, jako jsou lymfocytární či folikulární lymfomy, mají spád k rychlému šíření do celého organismu. Naopak lymfomy z buněk marginální zóny, MALT lymfomy žaludku proliferují v jednom místě a rozšiřují se až po dlouhém čase lokálního růstu. (Adam, Krejčí, Vorlíček, 2010, str. 299 - 300; Penka, Tesařová et al, 2011, str. 350)

2.3.3 Chronická lymfocytární leukémie

„Chronická lymfocytární leukémie (CLL), patří mezi málo agresivní nádorová onemocnění, s pozvolným průběhem a s možností přežívání v některých případech dokonce i řadu let bez potřeby zahájení jakékoliv léčby.“ (Vokurka, Svoboda, 2008, str. 43)

Jedná se o zhoubné nádorové onemocnění, které vychází z nekontrolovatelného množení lymfocytů (tj. podskupina bílých krvinek), které se následně hromadí v kostní dřeni, krvi, mízních uzlinách a i jiných orgánech. (Vokurka, Svoboda, 2008, str. 43)

Typické pro onemocnění je pozvolný rozvoj v průběhu měsíců až let. Zpočátku je období bezpříznakové, kdy dochází k množení nádorových lymfocytů v kostní dřeni, krvi, mízních uzlinách a slezině. Pokud se na onemocnění nepříjde např. v rámci preventivní prohlídky, u nemocného se později vyskytují zvětšující se nebolestivé mízní uzliny ve více oblastech, únavnost, slabost, nevykonnost při anémii, pocit plnosti a tlaku v břiše při splenomegalii. Při pokročilém onemocnění se objevují horečky, úbytek na váze a noční pocení. Nemocní bývají náchylní k infekčním onemocněním, především pneumoniím, výsevům pásového nebo běžného oparu. Nejčastěji bývají postiženi muži kolem 50 let. Jedná se o nejčastější typ leukémie v České republice. (Adam, Krejčí, Vorlíček, 2010, str. 312; Vokurka, Svoboda, 2008, str. 43 - 44)

2.3.4 Mnohočetný myelom

Mnohočetný myelom je maligní onemocnění kostní dřeně, způsobené maligní transformací B lymfocytů, jejich nekontrolovanou proliferací a diferenciací v plazmatické buňce. Nemoc způsobuje lokální úbytek kostní tkáně (tj. osteolýzu) v různých kostech, poruchu funkce ledvin a útlum krvetvorby. (Vokurka, Svoboda, 2010, str. 61; Vorlíček, Adam, 2002)

Jedná se o druhé nejčastější krevní nádorové onemocnění. Onemocnění může být zastiženo náhodně při preventivním vyšetření, kdy se zjistí výrazně zvýšená sedimentace. Klinické projevy mnohočetného myelomu jsou nespecifické a často jsou kombinované. Nejčastějším symptomem jsou kostní bolesti (nejčastěji ploché kosti - lebka, páteř, pánev), kde dochází k závažnému poškození ve formě kompresivních fraktur obratlů. Mezi další příznaky patří projevy oslabené imunity - recidivující infekce, slabost, únava aj. (Indrák et al, 2014, str. 393; Vokurka, Svoboda, 2008, str. 62)

2.4 Myelodysplastický syndrom

„Myelodysplastický syndrom je název pro heterogenní skupinu klonálních onemocnění krvetvorby, která mají několik společných charakteristik. Dominující je neefektivní krvetvorba a morfologická dysplazie krvetvorných buněk a současná periferní cytopenie postihující jednu či více krvetvorných linií.“ (Adam, Krejčí, Vorlíček et al, 2011, str. 19)

Myelodysplastický syndrom může přejít v akutní leukémii. Onemocnění se většinou rozvíjí pozvolna, kdy porucha krvetvorby vede k omezené produkci krvinek, které jsou nekvalitní a mají narušené funkce. Porušené mohou být jak celé krvetvorné linie, tak i jen některé z nich. Pacienti přichází k lékaři především s únavou, slabostí, sníženou kondicí při anémii, snazší tvorbou hematomů při trombocytopenii (tj. snížení počtu krevních destiček v krvi), četné infekce a jiné. (Adam, Krejčí, Vorlíček, 2010, str. 257; Vokurka, Svoboda, 2008, str. 69 - 70)

Rozlišujeme dva typy myelodysplastického syndromu - primární a sekundární myelodysplastický syndrom. Primární forma, kdy se jedná o samostatné onemocnění bez prokázané příčiny. Onemocnění postihuje osoby ve vyšším věku (cca 65 let). Sekundární forma vzniká vlivem konkrétní příčiny (např. předchozí chemoterapie, aktinoterapie, chemikálie aj.). Mezi známé vyvolávající příčiny řadíme organická rozpouštědla, jako je benzen, toluen, dále alkylační cytostatika a ionizační záření. Pokud zevní vlivy jsou nezřetelné,

jedná se o primární myelodysplastický syndrom. (Adam, Krejčí, Vorlíček, 2010, str. 257; Vokurka, Svoboda, 2008, str. 71)

2.5 Aplastická anémie

*„Aplastická anémie je onemocnění, při kterém dochází k celkovému útlumu krve-
tvorby, a tím k poklesu množství krvinek všech řad v periferní krvi.“* (Vokurka, Svoboda,
2008, str. 75)

Aplastická anémie se neřadí mezi nádorová onemocnění krvetvorby, ale svojí rizi-
kovostí se těmto agresivním chorobám podobá. Těžká a neléčená aplastická anémie se zá-
važným nedostatkem funkčních krvinek ohrožuje život nemocného závažným krvácením
nebo infekcí. (Vokurka, Svoboda, 2008, str. 75)

U spousty pacientů se příčinu, která vyvolává útlum krvetvorby, nepodaří zjistit,
jedná se tedy o idiopatickou aplastickou anémii. Někdy může být důvodem působení ně-
kterých druhů léků (např. chloramfenikol), chemické látky (laky, rozpouštědla, insektici-
dy), virové infekce, autoimunitní onemocnění apod. (Vokurka, Svoboda, 2008, str. 76)

Klinický obraz je tvořen kombinací krvácivých komplikací (petechie, epistaxe,
slizniční krvácení, gynekologické krvácení, hematurie) a častých septických infekcí. Méně
často jsou v popředí symptomy anémie, jako je únava, námahová dušnost, snížená kondice
apod. U aplastické anémie nenalzáme zvětšené lymfatické uzliny, zvětšení jater ani slezi-
ny. (Indrák et al., 2014, str. 27; Vokurka, Svoboda, 2008, str. 76)

3 DIAGNOSTIKA HEMATOONKOLOGICKÝCH ONEMOCNĚNÍ

3.1 Anamnéza

Anamnéza je soubor všech údajů o zdravotním stavu pacienta od narození až po současnost. Tyto informace bývají zpravidla získávány přímo od pacienta pomocí rozhovoru. Důkladná anamnéza zůstává základem pro určení správné diagnózy i při pokroku a modernizaci laboratorních vyšetřovacích metod krve. Lékařskou anamnézu zpracovává lékař. Ošetrovatelskou anamnézu zpracovává všeobecná sestra. (Nejedlá, 2015, str. 15)

Ošetrovatelskou anamnézu neboli zhodnocení stavu pacienta, odebírá sestra prostřednictvím metod pozorování, rozhovoru a naslouchání. Rozhovor a pozorování patří mezi nejbohatší zdroje poznatků o pacientovi. Všeobecná sestra získává informace jak objektivní, tak i subjektivní. Na základě zjištěných informací všeobecná sestra sestaví aktuální a potencionální ošetrovatelské diagnózy a individuální plán ošetrovatelské péče. (Nejedlá, 2015, str. 15)

3.2 Fyzikální vyšetření

Jedná se o vyšetřovací metody, při kterých jsou shromažďovány údaje pro úplné uzdravení pacienta. K základním vyšetřovacím metodám patří zejména vyšetření pohledem (inspekce), vyšetření pohmatem (palpace), vyšetření poklepem (perkuse), vyšetření poslechem (auskultace), vyšetření per rectum a vyšetření pomocí čichu. (Nejedlá, 2015, str. 24)

3.3 Hematologické vyšetření

Velmi významnými laboratorními metodami v hematologii je vyšetření krevního obrazu a vyšetření krevní srážlivosti (tj. koagulační vyšetření). Nejčastěji se vyšetřuje počet leukocytů, erytrocytů, trombocytů, hematokrit, množství hemoglobinu, buněčnost kostní dřeně, charakter krvetvorby a zastoupení jednotlivých buněčných linií. V krevním obraze můžeme vidět zvýšený, nebo naopak snížený počet jednotlivých komponent krve. K nespécifickému vyšetření řadíme také rychlost sedimentace erytrocytů. Zrychlenou sedimentaci můžeme najít u řady maligních onemocnění, ale u 10% maligních onemocnění jsou hodnoty sedimentace ve fyziologických mezích. (Táborský, Zadražil, Ščudla, Procházka, Kolek, Indrák, Ehrmann, 2014, str. 323; Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková et al, 2012, str. 64)

Normální hodnoty krevního obrazu a diferenční hodnoty bílých krvinek viz příloha IV. Například u akutní leukémie bývá počet leukocytů zvýšený a hodnoty erytrocytů a trombocytů bývají snižené, v diferenčním rozpočtu můžeme vidět četné blasty. U chronické leukémie je počet leukocytů vždy zvýšený (často nad $100 \times 10^9/l$) a v diferenčním rozpočtu jsou zastoupeny všechny vývojové stupně granulocytů. U pravé polycytémie jsou diagnostické hodnoty Hb nad 185 g/l u mužů a nad 165 g/l u žen. U neléčené esenciální trombocytémie jsou hodnoty trombocytů vyšší $600 \times 10^9/l$. (Vokurka, Svoboda, 2008, str. 9 - 32)

3.4 Invazivní vyšetření v hematologii

K definitivnímu stanovení diagnózy slouží vyšetření kostní dřeně. Kostní dřeň se získává aspirací cca 1 ml ze spina iliaca anterior superior (tj. horní přední trn kosti kyčelní) nebo ze sterna (tj. hrudní kost). Pro rozpočet kostní dřeně slouží podobná tabulka, jako pro diferenční rozpočet leukocytů. Na kostní dřeni se vyšetřuje velikost a počet jaderných krevních elementů - vícejaderné erytoblasty, megaloblastoidní změny, zjišťuje se útlum kostní dřeně, který může být jak polékový, po radioterapii, tak po léčbě cytostatiky. V neposlední řadě se zkoumá převaha některých elementů nad ostatními.

3.4.1 Sternální punkce

Jedná se o vyšetření, při kterém se pomocí speciální jehly získává vzorek kostní dřeně ze sterna (tj. hrudní kosti). Místem vpichu je nejčastěji hrudní kost v oblasti manubrium sterni nebo ve výši 2 - 3. žebra. Odběr může být proveden také z kosti pánevní - horní přední bederní trn. Sternální punkce se provádí ambulantně nebo v rámci vyšetřovacího programu v průběhu hospitalizace a nevyžaduje žádnou speciální přípravu. Punkce se může provádět u nemocných s výrazným snížením krevních hodnot, ale také s poruchou krevní srážlivosti. (Doubek, Folber, Janíková, Panovská, Šálek, Tošková, str. 7 - 8)

Výkon se dělá ve vodorovné poloze v leže na zádech (kdy je místem vpichu hrudní kost), nebo ve vodorovné poloze na břiše (kdy je odběr z kosti pánevní). Při sternální punkci se z kostní dřeně odsají krevní buňky a získaný dřeňový aspirát se poté analyzuje. Základní vyšetření se provádí pomocí nátěru na sklíčka a zahrnuje mikroskopické vyšetření. Mikroskopicky se analyzuje počet buněk jednotlivých komponent krve, včetně jejich vývojových stádií a popisují se jednotlivé buněčné populace, jak už fyziologické, tak patologické. Komplexní mikroskopické vyšetření kostní dřeně trvá obvykle 28 - 48 hodin, je-

hož výsledkem je myelogram. (Doubek, Folber, Janíková, Panovská, Šálek, Tošková, str. 7 - 8)

3.4.2 Trepanobiopsie

Trepanobiopsie nám oproti sternální punkci umožňuje vyšetřit vzorek kostní dřevě se zachovanou strukturou, což má obrovský význam například u leukémií, lymfomů a myelofibrózy. Trepanobiopsie slouží ke kvalitnímu histologickému zhodnocení, kde můžeme hodnotit strukturu tkáně s viditelnými vzájemnými vztahy mezi jednotlivými buňkami. Kostní dřevě se získává ze zadního trnu lopaty kosti kyčelní, kdy pacient leží na boku nebo na břicho. Jedná se o výkon rozsáhlejší (provádí se buď v krátkodobé analgosedaci nebo lokální anestezii). K trepanobiopsii se používá speciální jehla (tzv. trepanobiopická jehla - Jamshidiho), která nám umožní získat váleček kostní dřevě.

Postup při provádění trepanobiopsie je obdobný jako u sternální punkce. Vlastní vpich do kosti musí být oproti sternální punkci větší, protože váleček kostní dřevě musí být až 1,5 cm dlouhý, a to kvůli tomu, aby byl dobře zhodnocený. Trepanobiopsie se oproti sternální punkci nedá provést u nemocných s poruchou krevní srážlivosti a velmi nízkými hodnotami krevních destiček. Pacienti nesmí být také v době výkonu léčení protisrážlivými přípravky (př. warfarinem). Výsledky histologického vyšetření jsou do 7 - 10 dnů. (Doubek, Folber, Janíková, Panovská, Šálek, Tošková, str. 8 - 9; Tábořský, Zadražil, Ščudla, Procházka, Kolek, Indrák, Ehrmann, 2014, str. 334)

3.5 Zobrazovací metody

Moderní hematologie se neobejde bez zobrazovacích metod. Mezi nejčastější metody se řadí klasické rentgenové záření, ultrazvukové vyšetření, počítačová tomografie, magnetická rezonance a pozitronová emisní tomografie. Ultrazvukové vyšetření se uplatňuje jako pomocná metoda při periferní lymfadenopatii (zvětšení mízních uzlin), kde lze odlišit podle typu vaskularizace tkáně lymfadenopatii na podkladě relativních změn, nebo nádorovou lymfadenopatii. Počítačová tomografie (tj. CT) se uplatňuje zejména při určení rozsahu lymfomů. Výhodou magnetické rezonance je nulová radiační zátěž, ale také lepší zobrazení patologických nálezů. (Doubek, Folber, Janíková, Panovská, Šálek, Tošková, str. 11)

4 LÉČBA HEMATOONKOLOGICKÝCH ONEMOCNĚNÍ

4.1 Chemoterapie

Chemoterapie označuje název pro léčbu maligních onemocnění pomocí léků. Cytostatika jsou léky, které ničí nádorové buňky. Chemoterapie neničí jen nádorové buňky, ale dokáže poničit i buňky zdravé. (Vorlíček, Adam, Vorlíčková, 2001, s. 6)

Léčba chemoterapií znamená podávání vysokých dávek cytostatik, což jsou látky, které jsou toxické pro buňky. Je předpokládáno, že nádorové buňky jsou citlivější na toxické poškození než buňky normální. Princip účinku u některých cytostatik spočívá například i v jejich toxicitě pro buňku ve fázi, kdy se dělí a množí. Nádorové buňky jsou rychlým množením charakteristické, proto jsou těmito látkami zranitelnější nežli zbytek organismu, jelikož zdravé buňky se většinou dělí o poznání pomaleji. (Kozáková a kol., 2011, s. 9)

Cytostatika nedokáží rozpoznat nádorovou buňku od normální, přičemž dochází k poškození i rychle rostoucích buněk našeho organismu. Důsledkem jsou nežádoucí účinky protinádorové chemoterapie. Mezi nejčastěji zasažené normální buňky se řadí krvinky tvořící se v kostní dřeni, buňky GIT, buňky v reprodukčních orgánech a vlasových váčcích apod. (Vorlíček, Adam, Vorlíčková, 2006)

4.1.1 Nežádoucí účinky chemoterapie

Většina nežádoucích účinků odeznívá rychle, ale u některých pacientů mohou nežádoucí účinky trvat delší dobu (měsíce až roky), např. při poškození srdce, plic, ledvin a reprodukčních orgánů. Mezi nejčastější nežádoucí účinky se řadí nevolnost a zvracení, alopecie (tj. vypadávání vlasů), únava, infekce, dočasný pokles krvetvorby, ulcerace ve sliznici a ústech, průjem či zácpa aj. Patří zde také psychická odezva na chemoterapii. (Vorlíček, Adam, Vorlíčková, 2006)

4.1.2 Podpůrná léčba

Při podání chemoterapie se nevolnost řeší preventivním podáním léků proti nevolnosti, a tedy dříve, než se objeví samotné zvracení. Součástí podpůrných opatření při poklesu bílých krvinek je podávání látky, co stimuluje jejich tvorbu v kostní dřeni (tzv. růstový faktor pro bílé krvinky). Před zahájením chemoterapie je nutné, aby pacient navštívil svého stomatologa k vyloučení infekce v oblasti zubů a dásní, odstranění zubního kamene,

ošetření paradontózy, doporučení vhodné zubní pasty v průběhu cytostatické léčby aj. (Vorlíček, Adam, Vorlíčková, 2006)

4.2 Radioterapie

Radioterapie užívá ionizující záření k léčbě tumorových a vybraných nenádorových onemocnění. Jedná se o lokální metodu onkologické léčby. Radioterapie se dělí podle léčebného záměru na kurativní radioterapii, kde je snahou aplikovat maximální dávku záření ke zničení všech nádorových buněk. Předoperační - neadjuvantní radioterapii, která má za cíl zmenšení rozsahu nádoru a poté zlepšení nebo umožnění chirurgického výkonu. Operace následuje v odstupe 6 - 8 týdnů. Paliativní radioterapii, která spočívá v odstranění nebo zmírnění symptomů pokročilého nebo metastatického nádorového onemocnění, zejména bolesti. A nakonec intraoperační radioterapii, kdy se aplikuje jednorázově velká dávka záření přímo do nádoru nebo jeho lůžka v operačním poli. (Tomášek et al, 2015, str. 73)

Nádory se liší různou citlivostí na záření. Mezi extrémně citlivé nádory se řadí nádory lymfatické tkáně, leukémie a nádory ze zárodečných buněk. Ozáření způsobuje i poškození zdravých tkání, které se projevuje v průběhu ozařování nebo do 3 měsíců od léčby. (Petera, 2014)

4.2.1 Radiační reakce zdravých tkání

Mezi akutní neboli časné radiační reakce řadíme:

- Celkové příznaky (únava, letargie);
- kůže (zarudnutí, svědění, olupování, mokvání);
- sliznice DÚ (zarudnutí a olupování sliznice DÚ, bolestivé polykání);
- jícen (bolestivé a komplikované polykání);
- močový měchýř (bolest, pálení a řezání při močení, časté močení);
- plíce (radiační zánět plic - dušnost, kašel);
- játra (zánět jater, žloutenka, únava, zažívací problémy);
- tenké střevo (křeče, průjem, nauzea a zvracení);
- konečník (bolestivé nucení na stolici);
- porucha tvorby krvinek (nedostatek všech krevních elementů);
- mozek (otok).

Akutní radiační reakce jsou pro pacienta velmi nepříjemné, ale po ozařování zcela vymizí. Vždy je nutná podpůrná péče. (Petera, 2014)

Pozdní změny po ozáření se projevují po třech a více měsících po ukončení léčby a jsou obvykle trvalé. Např. po ozařování nádorů v oblasti dutiny ústní, obličejových dutin a krku se obvykle objevuje xerostomie (tzv. nedostatečná produkce slin). (Petera, 2014)

4.3 Transplantace krvetvorných buněk

Cílem transplantace kostní dřeně je poskytnout příjemci zdravou populaci kmenových buněk, které dají vznik celé krvetvorbě. Před transplantací se podávají kombinace léků nebo léků a celotělového ozáření. Vysoko-dávkovaná terapie má trojí roli: jde o masivní imunosupresi, výrazný protinádorový efekt a podílí se na vytvoření místa pro přijetí nové kostní dřeně. (Adam, Vorlíček, Vaníček et al, 2002, str. 649; Mayer, Starý et al, 2002, str. 199)

4.3.1 Transplantáty

K transplantacím a obnově krvetvorby po vysoko-dávkované léčbě využíváme různé druhy transplantátů, jako je autologní transplantace, alogenní transplantace a nebo syngenní transplantace. (Mayer, Starý et al, 2002, str. 200)

- Autologní transplantace

Autologní transplantace znamená, že pro transplantaci používáme krvetvorné buňky od samotného pacienta, které odebíráme zpravidla ve stádiu remise nebo minimální aktivity dané nemoci. Tato transplantace nese riziko, že transplantát může obsahovat nádorové buňky tzv. být kontaminován. (Adam, Vorlíček, Vaníček et al., 2002, str. 650; Mayer, Starý et al, 2002, str. 200; Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková et al, 2012, str. 396)

- Alogenní transplantace

Alogenní transplantace pojednává, že pro transplantaci používáme buňky jiného člověka. Buď se jedná o transplantát příbuzenský (nejčastěji sourozenec), nebo nepříbuzenský, kdy dárce je člověk z registru kostní dřeně. Alogenní transplantát není kontaminován, a obsahuje bílé krvinky, které jsou schopny rozpoznat nádorové buňky příjemce (ty jsou imunitními mechanismy likvidovány). (Adam, Vorlíček, Vaníček et al, 2002, str. 650; Mayer, Starý et al, 2002, str. 200; Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková et al, 2012, str. 396)

- Syngenní transplantace

Tato transplantace se provádí zcela výjimečně. Jedná se o transplantát, kdy je dárce jednovaječné dvojče. (Adam, Vorlíček, Vaníček et al, 2002, str. 650; Mayer, Starý et al, 2002, str. 200; Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková et al, 2012, str. 396)

4.3.2 Odběr krvetvorných buněk

Odběr z kostní dřeně se provádí v celkové anestezii a je obdobný jako při provádění trepanobiopsie. Pacient nebo dárce leží na břiše a do zadních částí pánevních se opakovaně provádějí vpichy. Z jednoho vpichu se aspiruje cca 3 - 5 ml dřeňové krve. Tato krev se vystříkne do dřeňového vaku, který je opatřen antikoagulačním roztokem. Z jednoho vpichu je možné provést více aspirací, kdy se po každé aspiraci jehla mírně pootočí a posune se na jiné místo. Pokud bychom odebrali větší množství z jednoho vpichu, mělo by to za následek příměs periferní krve. Celkově odebíráme cca 1 litr dřeňové krve, záleží na váze příjemce (u dospělých nesmí přesáhnout 1500 ml). Následně se dřeňová krev filtruje, kde se zachytí drobné úlomky kostí a větší shluky tkání a poté se dále zpracovává. Správně bohatý transplantát obsahuje alespoň 2×10^8 jaderných buněk na kg hmotnosti příjemce. (Adam, Vorlíček, Vaníček et al, 2002, str. 651 - 652; Mayer, Starý et al, 2002, str. 203 - 204)

Odběr krvetvorných buněk z periferní krve se provádí ambulantně z loketní žíly a výkon trvá přibližně 4 hodiny. Při odběru se využívá přístroj zvaný separátor. Před samotným výkonem musí pacient projít přípravou, kdy se injekčně podává přípravek pro stimulaci krvetvorných buněk.

4.3.3 Reakce štěpu proti hostiteli a štěpu proti nádoru

Reakce štěpu proti hostiteli je rozdělena na akutní, která vzniká do dne 100 po alogenní transplantaci, anebo na chronickou. Akutní reakce štěpu má několik forem manifestace, které mají různorodé vyjádření. Jedná se o postižení kůže (od erytému, přes exantém, který může vypadat jako alergický, až po buly a deskvamace), postižení jater (projevující se zvýšením hladiny sérového bilirubinu (tj. hyperbilirubinemií) a elevací jaterních enzymů), postižení gastrointestinálního traktu (projevující se nauzeou, zvracením či průjmem). Chronická reakce štěpu má obdobné projevy jako autoimunitní nemoci jako např. sklerodermie (tj. systémové onemocnění pojivové tkáně). Chronická reakce se projevuje suchostí spojivek či sliznic, chronickými kožními, infekčními a plicními komplikacemi či

jaterními změnami. (Adam, Vorlíček, Vaníček et al, 2002, str. 652; Mayer, Starý et al, 2002, str. 210)

4.3.4 Komplikace transplantací

Vyskytující se komplikace jsou časté a mnohdy velmi závažné. K obnově krevtvorby dochází zpravidla po 2 - 3 týdnech, během této doby je pacient ohrožen závažnými infekcemi, krvácením, postižením sliznic zažívacího traktu (provázené silnými bolestmi, vzniku vředů, zvracením a průjmem). Také se mohou vyskytnout sekundární malignity a trvalé poruchy reprodukčního systému. (Mayer, Starý et al, 2002, str. 211)

4.4 Podpůrná léčba transfuzními přípravky

„Transfuzí se rozumí podání transfuzního přípravku (TP) do krevního oběhu pacienta.“ (Indrák, 2014, str. 525)

Rozeznáváme typy transfuzních přípravků, jako jsou erytrocytární přípravky, plazma a trombocyty. O indikaci transfuzních přípravků rozhoduje vždy lékař, který rozhoduje o výběru typu, počtu transfuzních přípravků a o časové naléhavosti samotné transfuze. (Indrák, 2014, str. 525)

4.4.1 Předtransfuzní vyšetření

Nejprve se odebere vzorek periferní krve k předtransfuznímu vyšetření. Zkumavku je nutné označit před odběrem krevního vzorku. Po nalepení štítku se má ověřit identifikace jedince dotazem, z identifikačního náramku, event. ze zdravotnické dokumentace. Minimálně se vyplní jméno, příjmení a číslo pojištěnce, event. datum odběru vzorku. Nejsou-li identifikační údaje známy, je nutné vygenerovat číslo pojištěnce, díky kterému se použije unikátní číslo. (Společnosti pro transfuzní lékařství ČLS JEP, 2011, str. 1)

Předtransfuzní vyšetření nám zajišťují krevní centra, krevní banky, transfuzní oddělení nebo laboratoře předtransfuzního vyšetření. Odebraný vzorek se odesílá k vyšetření krevní skupiny pacienta a Rh faktoru, případně dalších skupinových systémů. Poté se provádí screening nepravidelných protilátek proti erytrocytům, při pozitivním výsledku vyšetření se provádí identifikace protilátky a na základě toho se vybírá vhodný transfuzní přípravek bez příslušného antigenu. Následně se realizuje test kompatibility, který zkoumá reakci séra/plazmy příjemce na erytrocyty TP dárce. Platnost předtransfuzního vyšetření (zejména testu kompatibility) je 72 hodin od odběru vzorku. Předtransfuzní vyšetření se

provádí před podáním TP obsahujícího erythrocyty. Před podáním trombocytů a plazmy se standardně určuje pouze krevní skupiny a Rh faktor. (Indrák, 2014, str. 526)

4.4.2 Transfuze

4.4.2.1 Příprava transfuze u lůžka pacienta

Za průběh transfuze zodpovídá vždy pověřený lékař (nebo sestra se specializací z anesteziologie, resuscitace a intenzivní péče), kterému asistuje pověřená sestra. (Penka, Tesařová et al, 2012, str. 141)

Pověřená sestra provádí následující kroky:

- Identifikace pacienta (u pacienta, který je při vědomí na osobní údaje, u pacienta v bezvědomí kontrola náramku či kontrolou dokumentace metodou čtyř očí);
- kontrola shody TP s dokumentací (žádankou a výdejkou z krevní banky);
- kontrola transfuzního přípravku (případné známky znehodnocení vaku, jestli se v TP nenachází koagula, apod.);
- písemný souhlas pacienta s transfuzí (vzor viz příloha V);
- vyšetření fyziologických funkcí (tlak, pulz, teplota), případně vyšetření moče;
- ověření krevní skupiny pacienta a transfuzního přípravku tzv. bed side test (provádí se zásadně u lůžka pacienta pomocí diagnostických sér anti-A a anti-B. Do příslušných políček testovací kartičky se nakapou diagnostická séra, krev pacienta a krev TP, poté se promísí dle návodu. Odečtou se aglutinace a určí se krevní skupiny). Při neshodě se TP nepodá a kontaktuje se krevní banka, která TP vydala. (Indrák, 2014, str. 528; Penka, Tesařová et al, 2012, str. 141)

4.4.2.2 Vlastní transfuze

Zásady podání transfuzního přípravku:

- K podání transfuzního přípravku se používá transfuzní set;
- k transfuzi se nesmí přidávat žádná další léčiva;
- transfuzní přípravek musí být podán pacientovi co nejdříve po výdeji z krevní banky nejpozději do 2 hodin. (skladování transfuzního přípravku mimo stanovenou teplotou vede k riziku jeho poškození);
- ohřívání (tj. temperování) TP je indikováno při velkoobjemových transfuzích (nad 50ml/min) u p/k v hypotermii, u p/k s chorobou vyvolanou chladovými protilátka-

mi, u p/k s vysokým titrem chladových protilátek a u novorozenců a kojenců při výměnné transfuzi;

- prvních 15 minut je pacient intenzivně observován;
- poté se provádí sledování celkového stavu pacienta během podávání transfuzního přípravku (sledují se fyziologické funkce, nežádoucí účinky transfuze apod.). (Společnosti pro transfuzní lékařství ČLS JEP, 2015, str. 14; Indrák, 2014, str. 529; Penka, Tesařová et al, 2012, str. 142; Vojtejková, Sedlářová, Wirthová, Otradovcová, Pavlíková, 2015, str. 161)

4.4.2.3 Ukončení transfuze

Transfuze se ukončuje v okamžiku, kdy v transfuzním vaku zbývá cca 5 - 10 ml přípravku. Pokud je pacient bez obtíží a není zapotřebí odebrat vzorky k vyšetření, jehla se odstraní ze žíly a místo vpichu se ošetří obvyklým způsobem. Je-li potřeba zanechat intravenózní vstup, zůstává jehla v žíle a nechá se prokapávat izotonickým roztokem NaCl. Vak s odpojeným transfuzním setem ošetříme např. zatavením a ponecháme ho v chladničce po dobu 24 hodin, poté se vak se zbytkem TP likviduje jako biologický odpad. Transfuzní přípravek ponecháváme z důvodu možného vyšetření v případě vzniku potransfuzní reakce. (Společnosti pro transfuzní lékařství ČLS JEP, 2015, str. 15; Indrák, 2012, str. 529)

4.4.2.4 Potransfuzní reakce

Jedná se o souhrn událostí, ke kterým dochází akutně, nebo během transfuze, do 24 hodin po podání transfuzního přípravku nebo opožděně (dny až měsíce po transfuzi). Závažné potransfuzní reakce a události podléhají povinnému hlášení. Potransfuzní reakce rozdělujeme na potransfuzní infekce, potransfuzní reakce z imunitních příčin (akutní hemolytická reakce, opožděná hemolytická reakce, febrilní nehemolytická reakce, potransfuzní alergická reakce/anafylaktický šok aj.) a potransfuzní reakce z jiných příčin (oběhové reakce, iontová dysbalance aj.) (Indrák, 2014, str. 452)

4.4.2.5 Záznam transfuze

Každá transfuze musí být zaznamenávána do dokumentace pacienta. Každý záznam musí obsahovat:

- Datum a čas zahájení a ukončení transfuze;
- identifikační číslo a typ podaného TP;

- výsledek ověření krevní skupiny pacienta a TP (bed side test);
- provedená vyšetření před a po transfuzi (teplota, tlak, pulz, případně vyšetření moče);
- záznamy o sledování pacienta při podávání transfuze a po jejím ukončení;
- případné komplikace a potransfuzní reakce. (Vojtečková, Sedlářová, Wirtlová, Otradovcová, Pavlíková, 2015, str. 162)

5 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U PACIENTŮ S HEMATOONKOLOGICKÝM ONEMOCNENÍM

5.1 Anemický syndrom

Anemický syndrom nám představuje skupinu příznaků, které vznikají při anémiích v důsledku nedostatku kyslíku ve tkáních. Příznaky anemického syndromu rozdělujeme na objektivní a subjektivní.

Mezi subjektivní příznaky řadíme zejména únavu, malátnost, namáhavou dušnost, slabost, narušený biorytmus, bolest hlavy, subikterus aj.

Objektivní příznaky dle orgánových systémů: kůže a sliznice - bledost, která se vyskytuje obzvláště na lůžkách nehtů, měkkém patře a spojivkách, dále petechie a ulcerace v ústech. Gastrointestinální systém, kde vzniká tzv. dyspeptický syndrom (nechutenství, zácpa, nadýmání, úbytek váhy aj.). Kardiovaskulární systém - při anémii nastává zvýšení minutového srdečního objemu, díky tomu se vyskytuje u p/k dušnost, palpitace a u starších pacientů s aterosklerózou se mohou objevovat intermitentní klaudikace a otoky na DK. Urogenitální systém - glomeruly reagují zvýšenou propustností membrány, což způsobuje poruchu menstruace u žen a poklesu libida u obou pohlaví. CNS systém - neurony jsou na nedostatek kyslíku velmi citlivé, což způsobuje závratě, při prudkém vstávání z lůžka mdloby, poruchy soustředěnosti, ospalost, emoční labilita apod. (Navrátil et al, 2008, str. 207 - 208)

5.1.1 Ošetrovatelské intervence a cíle

5.1.1.1 Únava

- Zhodnotit riziko únavy, aktuální stav p/k a všimnout si projevů možné únavy p/k (omezená komunikace, spavost, nechut' ke spolupráci aj.);
- ptát se p/k zda je u něho přítomna únava a zvážit možné příčiny únavy (spánek a jeho kvalita, příjem tekutin a potravy, léky, hodnoty hemoglobinu v krvi);
- doporučit p/k maximum pohybu přes den a omezit přes den pobyt na lůžku;
- doporučit maximální možný klid pro p/k v noci;
- sledovat příznaky anémie (aktuální hladina hemoglobinu);
- podávat léky dle ordinace lékaře a zkontrolovat medikaci p/k (léky co zvyšují spavost, únavu aj.)

- doporučit p/k šetřit energií
- zajistit dostatečný příjem tekutin a výživy
- zaznamenávat aktuální stav p/k do dokumentace, výkony ošetrovatelské péče, reakce na léčbu a ošetřování. Přítomnost příznaků únavy a stav únavy hodnotit pomocí VAS, viz seznam použitých symbolů a zkratk.

Ošetrovatelské cíle:

- U p/k odezněla únava, popřípadě její intenzita poklesla na VAS pod hodnotu 4.
- Hodnoty hemoglobinu u p/k jsou ve fyziologickém rozmezí.
- P/k bude mít dostatek spánku. (Vokurka et al, 2005, str. 59)

5.1.1.2 Poškození sliznic a kůže

- Zhodnotit aktuální stav sliznic a kůže (vnímání chuti, bolesti v dutině ústní, polykací a žvýkací potíže, možnost příjmu tekutin a potravy, při nálezu hnisavého defektu provést stěr na mikrobiologické vyšetření, při poškození kůže si všimnout lokalizace);
- podávat léky dle ordinace lékaře;
- zajistit ošetření dutiny ústní (udržovat vlhkost v dutině ústní doporučenými výplachy a zvýšeným příjmem tekutin, zvlhčovat vzduch nebulizátorem, potírání rtů mastmi aj.);
- edukovat p/k o pravidelném čištění chrupu (do doby zahojení defektů v dutině ústní, doporučíme nošení zubních protéz v minimální nutné míře), o nutnosti pečlivé hygieny kůže (používat nedráždivé mýdla, doporučit dětskou kosmetiku aj.);
- po domluvě s p/k dojde k omezení všeho, co může zhoršovat bolesti v dutině ústní (tuhá strava, teplejší jídla, kyselé džusy apod.);
- pravidelně a řádně zaznamenávat aktuální stav do dokumentace p/k. (Vokurka et al, 2005, str. 69)

Ošetrovatelské cíle:

- U p/k došlo k ústupu nebo snížení poškození sliznic DÚ u p/k.
U p/k nebudou přítomny infekční komplikace v DÚ.
- Je zajištěn u p/k dostatečný přísun tekutin, iontů a živin, aby nedošlo k rozvoji dehydratace.
- P/k zná hygienické zásady týkající se DÚ a kůže. (Vokurka et al, 2005, str. 69)

5.1.1.3 Zácpa

- Zhodnotit aktuální stav p/k (ptát se na pravidelnost stolice a její charakter, odchod větrů, nauzeu u stolice, doprovodné bolesti, na poškození v oblasti řiti a konečníku);
- zajistit vhodná opatření (umožnit pacientovi klid při defekaci, dostatek tekutin, dietní opatření, podle stavu p/k doporučíme zvýšit tělesnou aktivitu, podávat léky dle ordinace lékaře, nácvik defekačního reflexu, při neúspěchu léčby po domluvě s lékařem podat klyzma);
- pravidelně zaznamenávat aktuální stav p/k do dokumentace. (Vokurka et al, 2005, str. 94)

Ošetřovatelské cíle:

- P/k bude mít pravidelnou stolici.
- Doprovodné obtíže spojené se zácpou u p/k ustoupily.

5.1.1.4 Žilní trombóza

- Zhodnotit aktuální stav p/k a riziko vzniku flebotrombózy (všimnout si otoku končetin a jejich asymetrie, bolesti a pocitu napětí v končetinách, barvy a teploty kůže v místě případného otoku, ptát se na dobu trvání obtíží);
- podávat léky dle ordinace lékaře;
- mírnit u p/k bolest (podávat analgetika dle ordinace lékaře a sledovat jejich účinnost, hodnotit bolest dle VAS, doporučit obklady, koupele či sprchování končetin chladnou vodou);
- zajistit vhodná opatření (zajistit kompresi dolních končetin - elastické punčochy či bandáže minimálně nad lýtka, motivovat p/k k pohybu,
- poučit p/k o možných komplikacích (nárůst otoku, bolest, dušnost, bolest na hrudi aj.);
- zaznamenávat aktuální stav p/k do dokumentace. (Vokurka et al, 2005, str. 110 - 111)

Ošetřovatelské cíle:

- U rizikového p/k nedošlo k rozvoji flebotrombózy.
- U rizikového p/k je ošetřovatelsky zajištěna dostatečná tkáňová perfúze na DK (bandáže, komprese aj.).

- U p/k s flebotrombózou došlo k ústupu otoku, bolesti a ke zlepšení tkáňové perfúze na postižené končetině. (Vokurka et al, 2005, str. 108)

5.2 Bolest

Ve valné většině případů se bolest vyskytuje jako příznak tkáňového neboli orgánového poškození. U hematoonkologických pacientů nebývá mnoho příčin bolesti. Mezi nejčastější příčiny bolesti patří samotné nádorové onemocnění, kdy jsou bolesti velmi časté (jsou způsobeny prorůstáním nádoru a jejich utlačováním okolí s poruchou prokrvení nebo průchodnosti orgánu). Dále zde patří onkologická diagnostika a terapie, kdy se bolest objevuje ve spojení s invazivními léčebnými a diagnostickými výkony a operacemi (punkce či excize). Také se mohou objevovat v souvislosti s chemoterapií a ozařováním.

U pacientů s hematoonkologickým onemocněním se může bolest objevit bez souvislosti s nádorovým onemocněním a léčbou (jedná se o komplikace základního onemocnění, kde se řadí infekce, záněty (herpes zoster, náhlá příhoda břišní apod.), úrazy, intoxikace, případně poruchy psychiky. (Vokurka et al, 2005, str. 47)

5.2.1 Ošetrovatelské intervence a cíle

- Zhodnotit stav p/k a přítomnost bolesti (zjistit místo bolesti, trvání bolesti, charakter bolesti, snesitelnost bolesti a její změny během dne, intenzitu dle VAS, úlevové polohy, faktory zhoršující bolest, doprovázené obtíže (nauzea, zvracení, zácpa aj.);
- sledovat u p/k vývoj bolesti (pravidelně sledovat bolest, hodnotit intenzitu bolesti dle VAS, hodnotit efekt analgetik dle VAS, faktory zhoršující bolest, doprovodné potíže aj.);
- podávat analgetika dle ordinace lékaře (léky podávat včas a v pravidelných intervalech, sledovat rozvoj vedlejších účinků);
- podporovat p/k (naslouchat p/k, nepodceňovat u p/k bolest a uznat ji, pečovat o pohodlí p/k, zajistit p/k klidné prostředí, ujistit p/k, že se na nás může se vším obrátit);
- veškeré údaje zaznamenávat do dokumentace p/k. (Vokurka et al., 2005, str. 51)

Ošetrovatelské cíle:

- Pacientova bolest ustoupila, nebo je alespoň snesitelná (došlo ke zmírnění intenzity bolesti na VAS pod hodnotu 4).
- Pacient zná nežádoucí účinky analgetik.

- Výkony ošetrovatelské péče u p/k jsou zdokumentovány. (Vokurka et al, 2005, str. 50)

5.3 Výživa

Nádorová onemocnění vedou často k problémům s příjmem a využitím stravy již od začátku onemocnění. Téměř u poloviny pacientů je při zjištění onkologického onemocnění přítomno snížení hmotnosti a zhoršení výživového stavu. Pacienti s onkologickým onemocněním, kdy jejich příjem výživy je v dobrém stavu, mají oproti špatně živeným pacientům následující výhody:

- P/k se lépe vyrovnávají s vedlejšími účinky onkologické léčby;
- p/k nejsou tak náchylnější k infekčním i jiným komplikacím a mají menší riziko pooperačních komplikací;
- jsou lépe schopni znovu vyvářet poškozené tkáně protinádorovou léčbou;
- p/k se cítí fyzicky i celkově silnější a mají lepší kvalitu života. (Vyzula et al, 2001, str. 7 - 9)

Porucha výživy může být způsobena vlastním nádorem, vedlejšími účinky protinádorové léčby (chemoterapie, radioterapie, imunoterapie aj.), nebo chronickými obtížemi spojenými s nádorovým onemocněním, jako je bolest, nevolnost, zácpa aj. (Vyzula et al, 2001, str. 10)

5.3.1 Ošetrovatelské intervence a cíle

- Zhodnotit celkový stav p/k (ohrožení malnutricí, poškození dutiny ústní);
- posoudit váhu p/k vzhledem k věku a tělesné stavbě;
- pravidelně sledovat příjem živin;
- pokud bude nutné, konzultovat výživu s dietologem;
- zajistit, aby p/k měl výběr jídel dle vlastní chuti;
- pobízet p/k k pravidelnému příjmu tekutin (2 - 3l denně);
- podávat medikace dle ordinace lékaře (enzymy, antiemetika aj.);
- dle OL zajistit postupy nutriční podpory (sipping, NGS, PEG, PEJ, parenterální výživa)
- přistupovat k p/k ohleduplně a laskavě, pobízet ho ke spolupráci;
- veškeré informace zaznamenávat do dokumentace p/k.

Ošetrovatelské cíle:

- P/k dosáhne požadovaného přírůstku na váze a jeho váha je optimální a stabilní;
- p/k má dostatečný příjem živin.

5.4 Oslabení obranyschopnosti

Oslabení imunity je velmi významný, i když ne vždy na první pohled zcela patrný problém u hematologických pacientů. Veškerá léčebná a ošetrovatelská péče o oslabené pacienty s hematologickým onemocněním je orientovaná tak, aby zabezpečila jejich ochranu před infekčními komplikacemi. Oslabenou imunitou bývá postižena většina hematologických pacientů, u kterých vznikají rizikové stavy, které zvyšují nebezpečí vypuknutí infekcí. Mezi důvody, které vedou k oslabení obranyschopnosti, patří samotné hematologické onemocnění, hematologická léčba (chemoterapie, transplantace, léčba monoklonálními protilátkami, kortikoidy aj.) Dále se podílí na oslabení imunity věk a přidružené choroby. (Vokurka et al, 2005, str. 27 - 31)

Porucha imunity se projevuje opakovanými nebo těžce probíhajícími infekcemi (např. pásový opar, bronchopneumonie aj.). Základní komplikací snížené obranyschopnosti jsou vždy infekce, které nejvíce ohrožují pacienty, co podstupují chemoterapii pro akutní leukémii nebo podstupují alogenní transplantaci kostní dřeně. U těchto p/k vznikají často pneumonie, septické stavy, infekce mykotické a oportunní, a může dojít k šoku, který končí multiorgánovým selháním a smrtí. (Vokurka et al, 2005, str. 27 - 31)

5.4.1 Ošetrovatelské intervence a cíle

- Zhodnotit přítomnost oslabené imunity u p/k (hladiny leukocytů, hematologická léčba aj.);
- pravidelně (2x denně) kontrolovat u p/k tělesnou teplotu;
- ptát se p/k pravidelně na obtíže, které mohou souviset s infekcí (horečky, zimnice, kašel, průjem aj.);
- zajistit medikaci dle ordinace lékaře (antimykotická léčba);
- dodržovat základní hygienická pravidla (před a po kontaktu s p/k si umývat ruce, důsledně užívat dezinfekci a dodržovat zásady asepsy);
- zajistit vhodnou organizaci a režim ošetrování (v čekárně upřednostnit k vyšetření p/k s horečkami a kašlem, umisťovat p/k v co nejmenším počtu aj.);
- asistovat a dohlížet na dodržování hygienických zásad pacientem;

- poučit p/k s oslabenou imunitou o zásadách ochrany před nákazou a nebezpečím rozvoje infekce;
- Zaznamenávat veškeré informace do dokumentace. (Vokurka et al., 2005, str. 35 - 36)

Ošetrovatelské cíle:

- P/k s oslabenou imunitou a ošetřující zdravotnický personál vzájemně omezili rizika vzniku infekce dodržováním hygienických a ošetrovatelských pravidel;
- p/k s oslabenou obranyschopností má při probíhající infekci zajištěnu antimikrobiální léčbu a důkladné sledování stavu;
- potíže u p/k a výkony ošetrovatelské péče jsou zdokumentovány.

5.5 Změny psychického stavu

Po potvrzení diagnózy prochází pacient velmi náročným obdobím, ve kterém se střídají fáze šoku, zloby, popření, smlouvání, rezignace, deprese a na ně navazuje fáze vyrovnání nebo odevzdanosti. Ošetrovatelská péče o pacienty s onkologickým onemocněním si žádá nejen velmi dobré odborné znalosti a dovednosti, ale také si prošetřuje její estetické a morální vlastnosti. Ošetrovatelská péče o klienty s onkologickým onemocněním představuje nejen klinickou péči, ale spadá do ní také péče psychologická, sociální a spirituální. (Zacharová, 2011)

Důležitou úlohou je vztah zdravotnického personálu a rodinných příslušníků, kteří mohou pomoci pacientovi se zvládáním emocionálních výkyvů, reakcí a chováním v průběhu léčebného procesu a mohou také kladně ovlivňovat změny osobnosti, které jsou způsobené samotným onemocněním. Důležitým faktorem ve zvládání onkologického onemocnění hraje věk a jeho osobnostní faktory. Jinak bude reagovat na onkologické onemocnění teenager a jinak dospělý člověk. V dospělosti se do popředí zájmu při boji s onkologickým onemocněním dostává obava ze ztráty zaměstnání, snížení finančního zabezpečení, narušení partnerských vztahů apod. Ve staří se dostává do popředí zvýšená emotivita, kdy nemocní prožívají smutek, pocit beznaděje a bezmoci, obavy ze samoty, strach ze smrti aj. (Zacharová, 2011)

V dnešní době, ve světě vyspělé medicíny, je součástí onkologických pracovišť klinický psycholog. Klinický psycholog pečuje o pacienty s onkologickým onemocněním a je

přítomný na vizitách, u závažných rozhodnutí a rozhoduje také o transplantačních postupech, apod. (Kalvodová, 2010)

5.5.1 Ošetřovatelské intervence a cíle

- Zajistit kontakt s p/k, naslouchat p/k (se zájmem, úctou a respektem), povzbuzovat p/k a chválit jej;
- podávat dostatek informací dle své kompetence, aby p/k všemu porozuměl;
- mluvit s p/k beze spěchu a klidně;
- dotýkat se p/k na rukách, zápěstí, loktech či na ramenou (p/k komunikaci dotykem potřebuje);
- umožnit p/k v bezpečném prostředí vyjádřit emoce (pláč, hněv, podrážděnost, smutek);
- zjišťovat aktivně co p/k potřebuje (zájem o jeho osobu vyvolává pocit naděje a podporuje jeho aktivní začlenění do léčebného procesu);
- respektovat přání p/k;
- zajistit přítomnost klinického psychologa, event. jiného odborníka;
- pomoci p/k ujasnit si krátkodobé cíle a podporovat p/k v jeho dosažení;
- respektovat přání a rozhodnutí p/k a nekritizovat jej.

Ošetřovatelské cíle:

- P/k se zapojil do léčebného režimu;
- u p/k došlo ke snížení úzkosti a strachu na únosnou míru;
- p/k se necítí být osamělý;
- u p/k dojde k uznání jeho hodnot a smyslu života, formuluje realistické cíle a nachází řešení své situace;
- p/k pokračuje v rámci svých možností v běžných denních činnostech.

PRAKTICKÁ ČÁST

6 CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY

6.1 Cíle práce

1. Zjistit, ve kterých doménách zdraví dle Modelu fungujícího zdraví dle M. Gordonové pacienti s hematologickým onemocněním ve věkových skupinách 18 - 49 let a 50 a více let udávají neuspokojené potřeby.

6.2 Hypotézy

1. Předpokládám, že bude rozdíl, jaké potřeby budou pacienti udávat jako neuspokojené v doménách zdraví dle Modelu fungujícího zdraví dle Gordonové ve skupinách respondentů dle věkového rozdělení.
2. Dále předpokládám, že více než 60 % pacientů ve věkové skupině 18 - 49 let, bude udávat neuspokojené potřeby v doménách „Aktivita a cvičení“, „Spánek a odpočinek“ a „Výživa a metabolismus“.
3. Také předpokládám, že ve věkové skupině 50 a více let bude více než polovina respondentů uvádět neuspokojené potřeby v doménách „Vnímání zdravotního stavu, aktivit k udržení zdraví“, doméně „Výživa a metabolismus“, „Aktivita a cvičení“, „Spánek a odpočinek“ a „Sebekoncepce a sebekontrola“.

7 METODIKA

Ve výzkumné části bakalářské práce byla použita metoda kvalitativního výzkumu, kde byli předmětem šetření klienti s hematologickým onemocněním. Jako metodu průzkumu bylo použito vypracování kazuistik dle Modelu fungujícího zdraví dle Gordonové (vzor viz příloha I). Předvýzkum byl proveden podle otázek přímo stanovených v publikaci - „Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu.“ od Evy Trachtové.

Otázky byly přepracovány, poupraveny a následně byla vypracována definitivní podoba řízeného kazuistického rozhovoru (viz příloha VI), který byl použit ke sběru dat. Šetření proběhlo v průběhu měsíců února až dubna 2016 na Hematologicko-transfuzním oddělení Krajské nemocnice Tomáše Bati ve Zlíně a bylo zpracováno celkem 20 kazuistik pacientů uvedeného pracoviště.

7.1 Charakteristika respondentů

Dotazovaní respondenti byli voleni cíleně podle věku, pohlaví a typu hematologického onemocnění. Pacienti byli vybíráni podle dvou kritérií. Polovina respondentů byla ve věku mladších 50 let (18 - 49) a druhá nad 50 let (50 let a více), dále jedna polovina respondentů byly ženy a druhá polovina muži. Konečným počtem jsem získala 20 kazuistik, kde z celkového počtu bylo 11 žen a 9 mužů.

7.2 Sběr informací pomocí řízeného kazuistického rozhovoru

V první polovině se od dotazovaných klientů získávaly informace týkající se jejich věku a typu hematologického onemocnění.

Následně se pomocí modelu funkčního zdraví dle Marjory Gordonové získávaly od respondentů informace celkově z 12 domén (viz níže), dle otázek, které jsou uvedeny v příloze č. VI.

1. Vnímání zdravotního stavu, aktivit k udržení zdraví.
2. Výživa, metabolismus.
3. Vylučování.
4. Aktivita, cvičení.

5. Spánek, odpočinek.
6. Vnímání, poznávání.
7. Sebepojetí, sebeúcta.
8. Plnění rolí, mezilidské vztahy.
9. Sexualita, reprodukční schopnost.
10. Stres, zátěžové situace, jejich zvládnání, tolerance.
11. Víra, přesvědčení, životní hodnoty.
12. Jiné.

Aby se lépe vyhodnocovaly polostrukturované rozhovory a následně zaznamenávaly do tabulek a grafů, na konci každé domény je uvedeno 5. stupňů hodnocení:

1. Velmi výrazná změna.
2. Výrazná změna.
3. Mírná změna.
4. Žádná změna
5. Nevím, nemohu posoudit.

8 VÝSLEDKY PRŮZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

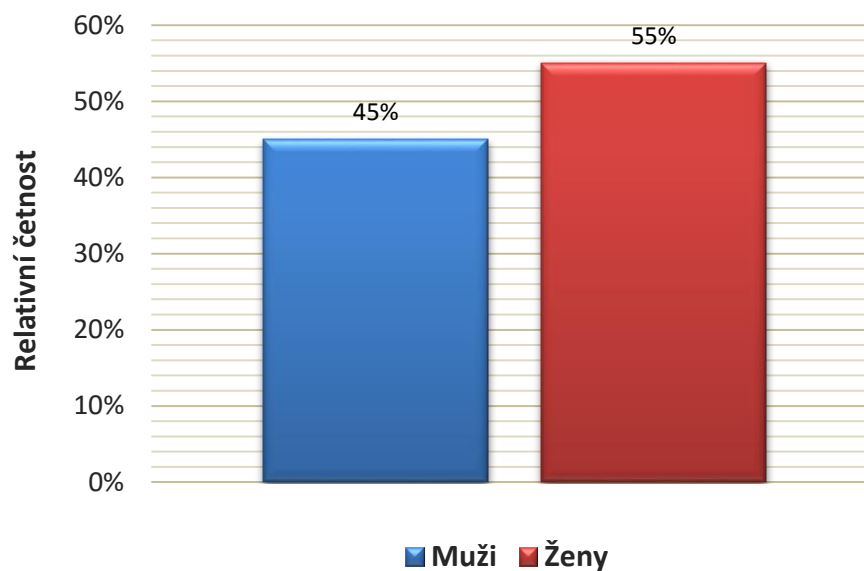
Položka č. 1 - Pohlaví dotazovaných

Tabulka 1 - Pohlaví dotazovaných

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ženy	11	55
Muži	9	45
Celkem	20	100

Z tabulky č. 1 vyplývá, že s celkového počtu 20 dotazovaných, je 11 žen (55%) a 9 mužů (45%).

Graf 1 - Pohlaví dotazovaných



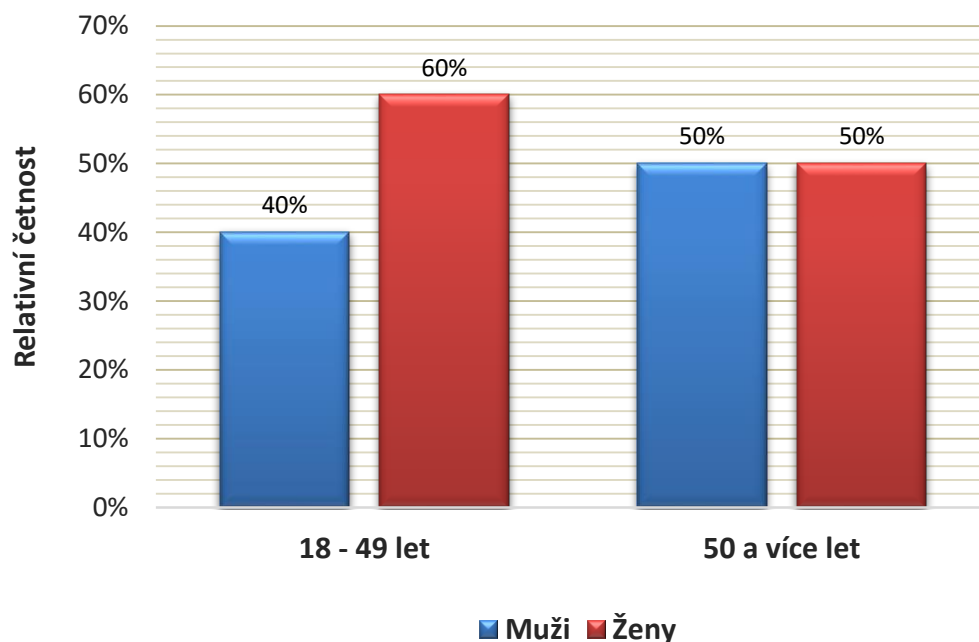
Položka č. 2 - Dělení klientů dle věkového rozhraní

Tabulka 2 - Dělení klientů dle věkového rozhraní a dle pohlaví

	18 - 49 let		50 a více let	
	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)	Absolutní Četnost	Relativní četnost (%)
Muži	4	40	5	50
Ženy	6	60	5	50
Celkem	10	100	10	100

Tabulka č. 2 nám udává, kolik bylo mužů a žen ve věkových skupinách ve věku 18 - 49 let a 50 a více let. Ve skupině 18 - 49 let bylo celkem 10 respondentů (100%), z toho 6 žen (60%) a 4 muži (40%). Ve skupině ve věku 50 a více let bylo také 10 respondentů (100%), z toho 5 žen (50%) a 5 mužů (50%).

Graf 2 - Dělení klientů dle věkového rozhraní



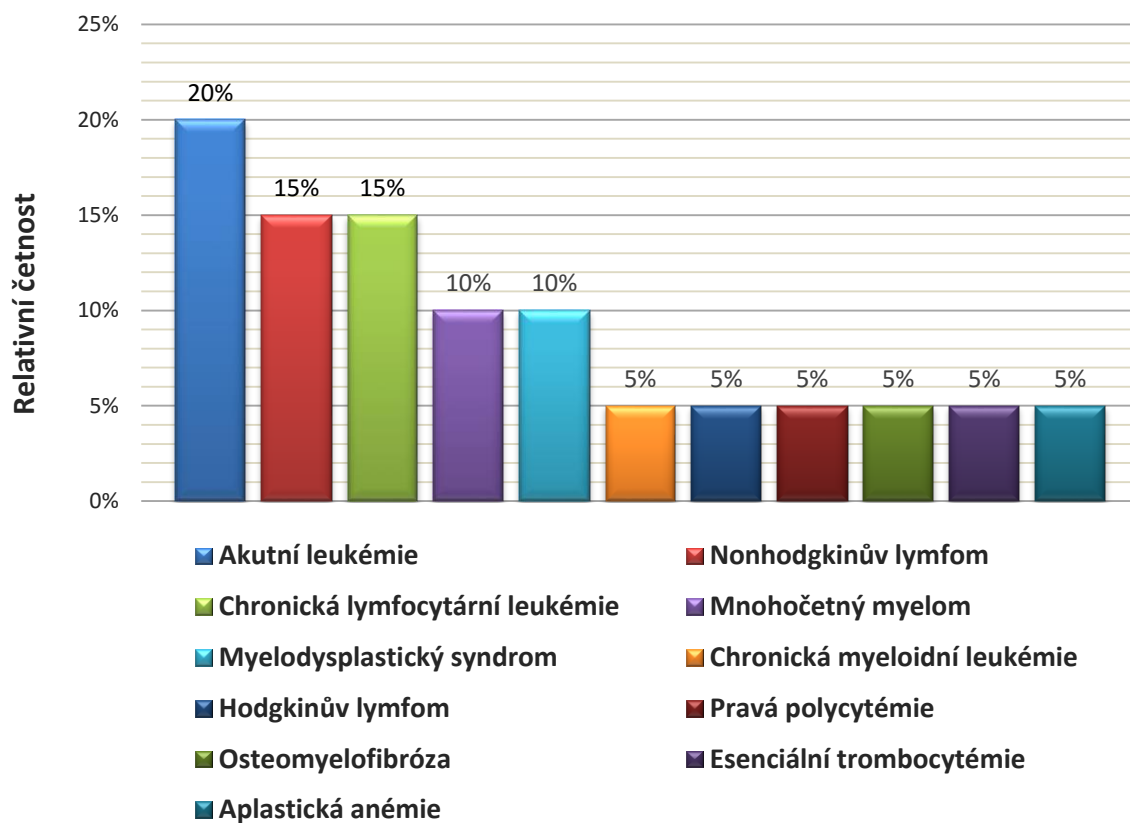
Položka č. 3 - Výskyt hematologického onemocnění dle typu

Tabulka 3 - Výskyt hematologického onemocnění dle typu

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Akutní leukémie	4	20
Chronická lymfocytární leukémie	3	15
Chronická myeloidní leukémie	1	5
Hodgkinův lymfom	1	5
Nehodgkinův lymfom	3	15
Pravá polycytémie	1	5
Osteomyelofibróza	1	5
Myelodysplastický syndrom	2	10
Mnohočetný myelom	2	10
Esenciální trombocytémie	1	5
Aplastická anémie	1	5
Celkem	20	100

Z tabulky č. 3 vyplývá, kolik respondentů z celkového počtu 20 (100%), mělo jednotlivá hematologická onemocnění. Akutní leukémii měli 4 klienti (20%), Nehodgkinův lymfom 3 klienti (15%), chronickou lymfocytární leukémii 3 respondenti (15%), mnohočetný myelom 2 klienti (10%), myelodysplastický syndrom 2 klienti (10%), chronickou myeloidní leukémii 1 respondent (5%), Hodgkinův lymfom 1 klient (5%), pravou polycytémii 1 klient (5%), osteomyelofibrózu 1 klient (5%), esenciální trombocytémii 1 klient (5%) a aplastickou anémii 1 respondent (5%).

Graf 3 - Výskyt hematologického onemocnění dle typu

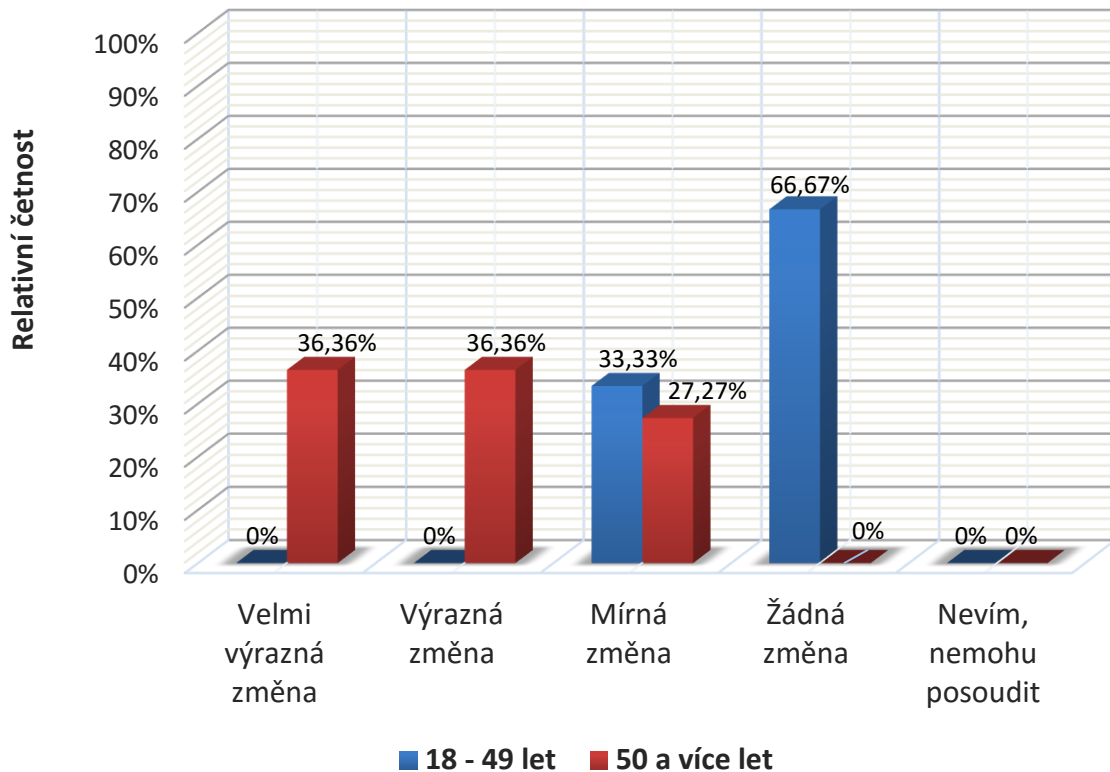


Položka č. 4 - Negativní změny v doméně „Vnímání zdravotního stavu, aktivit k udržení zdraví.“

Tabulka 4 - Negativní změny v doméně „Vnímání zdravotního stavu, aktivit k udržení zdraví.“

	18 - 49 let		50 a více let	
	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Velmi výrazná změna	0	0	4	36,36
Výrazná změna	0	0	4	36,36
Mírná změna	3	33,33	3	27,27
Žádná změna	6	66,67	0	0
Nevím, nemohu posoudit	0	0	0	0
Celkem	9	100	11	100

Graf 4 - Negativní změny v doméně „Vnímání zdravotního stavu, aktivit k udržení zdraví“



V položce č. 4, jsem zjišťovala, kolik % respondentů ve věkových skupinách 18 - 49 let a 50 a více let, bude udávat neuspokojené potřeby v doméně „Vnímání zdravotního stavu, aktivit k udržení zdraví.“

Ve skupině 18 - 49 let neudal žádný z respondentů změnu velmi výraznou a výraznou, 3 klienti (33,33%) uvedli, že pociťují mírnou změnu a 6 respondentů (66,67%) zvolilo změnu žádnou. Odpověď nevím, nemohu posoudit, nezvolil žádný klient.

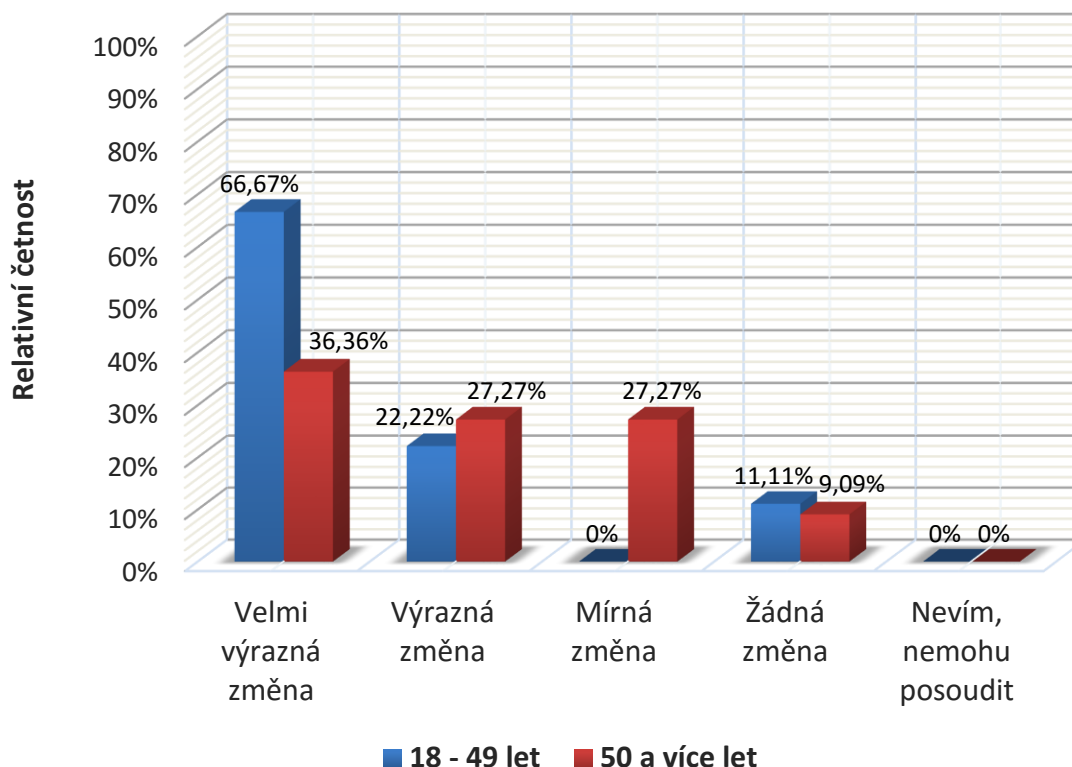
Ve skupině ve věku 50 a více let, udali 4 respondenti (36,36%) velmi výraznou změnu, 4 respondenti (36,36%) v této doméně zvolili výraznou změnu, 3 klienti (27,27%) udali mírnou změnu a odpověď že nepociťují žádnou změnu, a že neví a nemohou posoudit, zvolilo 0 klientů.

Položka č. 5 – Negativní změny v doméně „Výživa a metabolismus“

Tabulka 5 - Negativní změny v doméně „Výživa a metabolismus“

	18 - 49 let		50 a více let	
	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Velmi výrazná změna	6	66,67	4	36,36
Výrazná změna	2	22,22	3	27,27
Mírná změna	0	0	3	27,27
Žádná změna	1	11,11	1	9,09
Nevím, nemohu posoudit	0	0	0	0
Celkem	9	100	11	100

Graf 5 - Negativní změny v doméně „Výživa a metabolismus“



Z hodnot, které jsou uvedeny v tabulce č. 5, lze zjistit, kolik % klientů pocívalo a uvádělo negativní změny v doméně „Výživa a metabolismus“

Ve věkové skupině 18 - 49 let uvádělo 6 klientů (66,67%) velmi výraznou změnu, 2 klienti (22,22%) udali výraznou změnu, 1 respondent (11,11%) nepocíval změnu žádnou a žádný z dotazovaných nezvolil v této doméně mírnou změnu a odpověď nevím, nemohu posoudit.

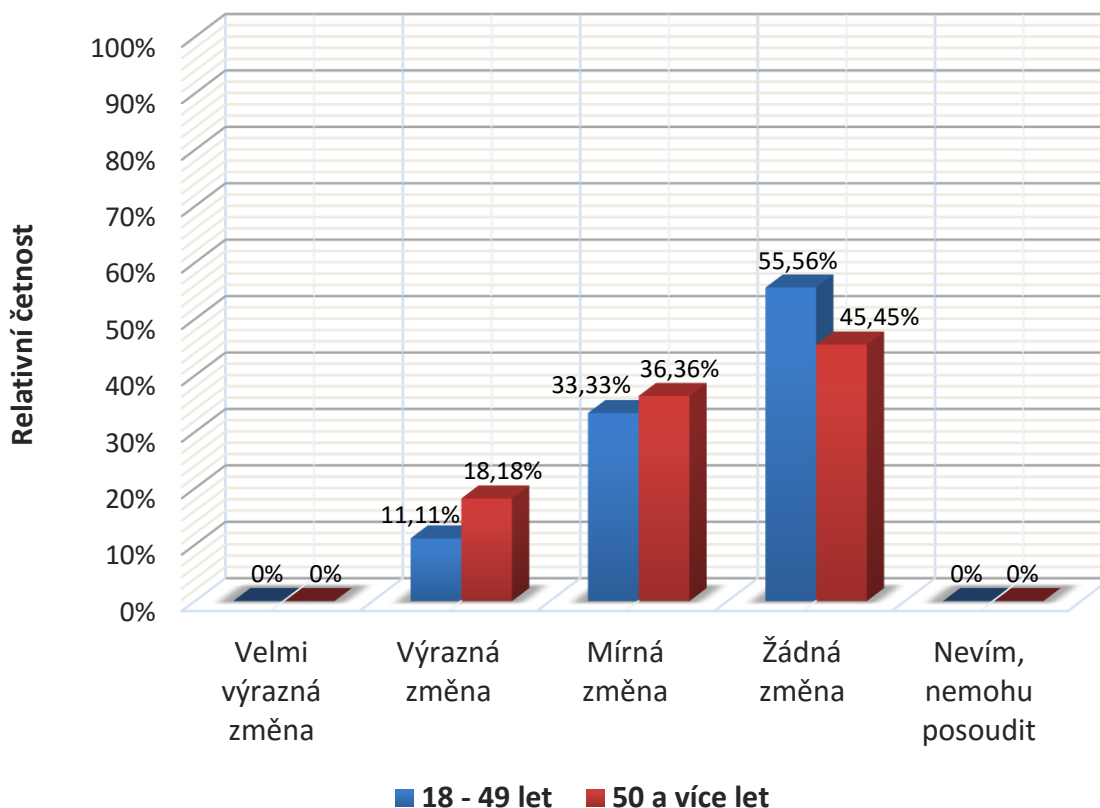
Ve věkové skupině 50 let a více uváděli 4 klienti (36,36%) velmi výraznou změnu, 3 respondenti (27,27%) zvolili změnu výraznou, 3 klienti (27,27%) hodnotili tuto doménu jako mírnou změnu. Jeden z dotazovaných (9,09%) zvolil v této doméně žádnou změnu a odpověď nevím, nemohu posoudit, zvolilo 0 klientů.

Položka č. 6 – Negativní změny v doméně „Vylučování“

Tabulka 6 - Negativní změny v doméně „Vylučování“

	18 - 49 let		50 a více let	
	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Velmi výrazná změna	0	0	0	0
Výrazná změna	1	11,11	2	18,18
Mírná změna	3	33,33	4	36,36
Žádná změna	5	55,56	5	45,45
Nevím, nemohu posoudit	0	0	0	0
Celkem	9	100	11	100

Graf 6 - Negativní změny v doméně „Vylučování“



Z obsahu této tabulky vyplývá, kolik % respondentů udávalo negativní změny v doméně „Vylučování“.

Ve věkové skupině 18 - 49 let, udalo 0 klientů velmi výraznou změnu, 1 respondent (11,11%) udal výraznou změnu, 3 klienti (33,33%) popisovali změnu jako mírnou, 5 respondentů (55,55%) nepocíťovalo v doméně „Vylučování“ žádnou změnu a žádný klient ne zvolil odpověď nevím, nemohu posoudit.

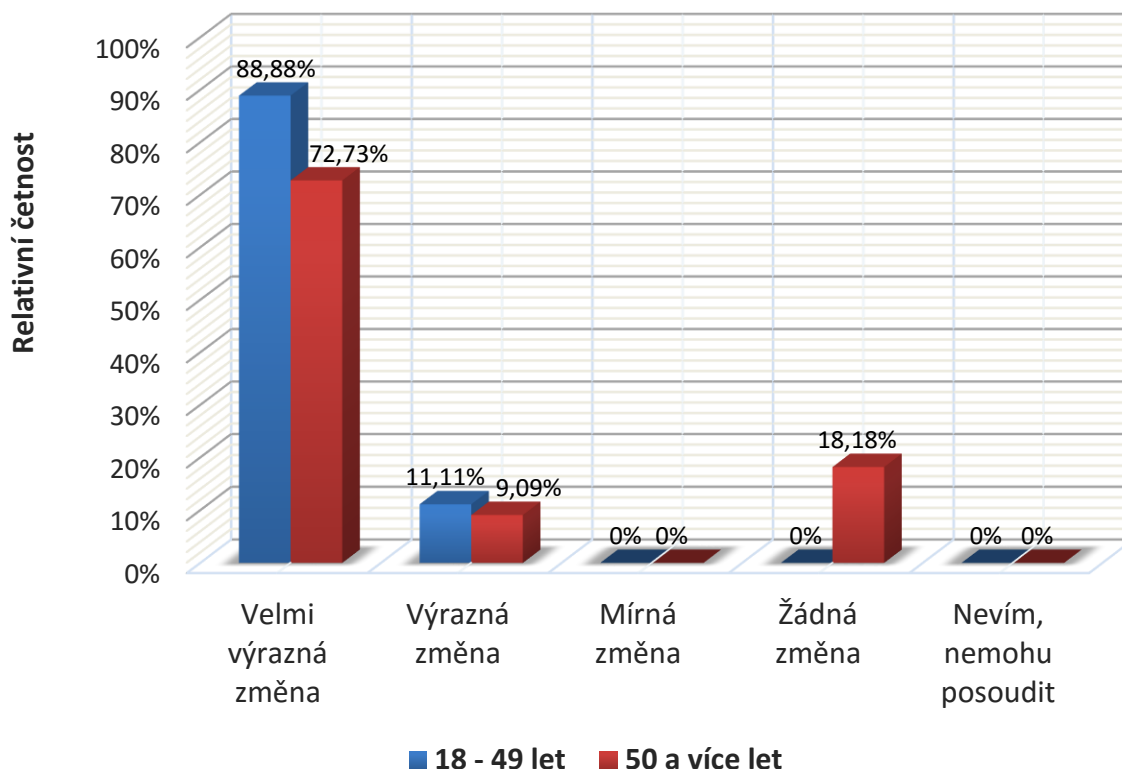
Ve věkové skupině klientů 50 let a více, žádný klient nepocíťoval velmi výraznou změnu, 2 respondenti (18,18%) udávali výraznou změnu, 4 respondenti (36,36%) udali mírnou změnu, 5 klientů (45,45%) v této doméně nepocíťovalo žádnou změnu. Žádný z dotazovaných ne zvolil odpověď nevím, nemohou posoudit.

Položka č. 7 – Negativní změny v doméně „Aktivita a cvičení“

Tabulka 7 - Negativní změny v doméně „Aktivita a cvičení“

	18 - 49 let		50 a více let	
	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Velmi výrazná změna	8	88,88	8	72,73
Výrazná změna	1	11,11	1	9,09
Mírná změna	0	0	0	0
Žádná změna	0	0	2	18,18
Nevím, nemohu posoudit	0	0	0	0
Celkem	9	100	11	100

Graf 7 - Negativní změny v doméně „Aktivita a cvičení“



Z hodnot uvedených v tabulce č. 7 lze vyčíst, kolik % respondentů udávalo neuspokojené potřeby v doméně „Aktivita a cvičení“.

Z věkové skupiny 18 - 49 let, pocítovala valná většina respondentů, s celkovým počtem 8 (88,88%) velmi výraznou změnu v této doméně, 1 respondent (11,11%) udával změnu výraznou a žádný z klientů neklasifikoval změny v této doméně jako mírné a žádné a ne zvolil odpověď nevím, nemohu posoudit.

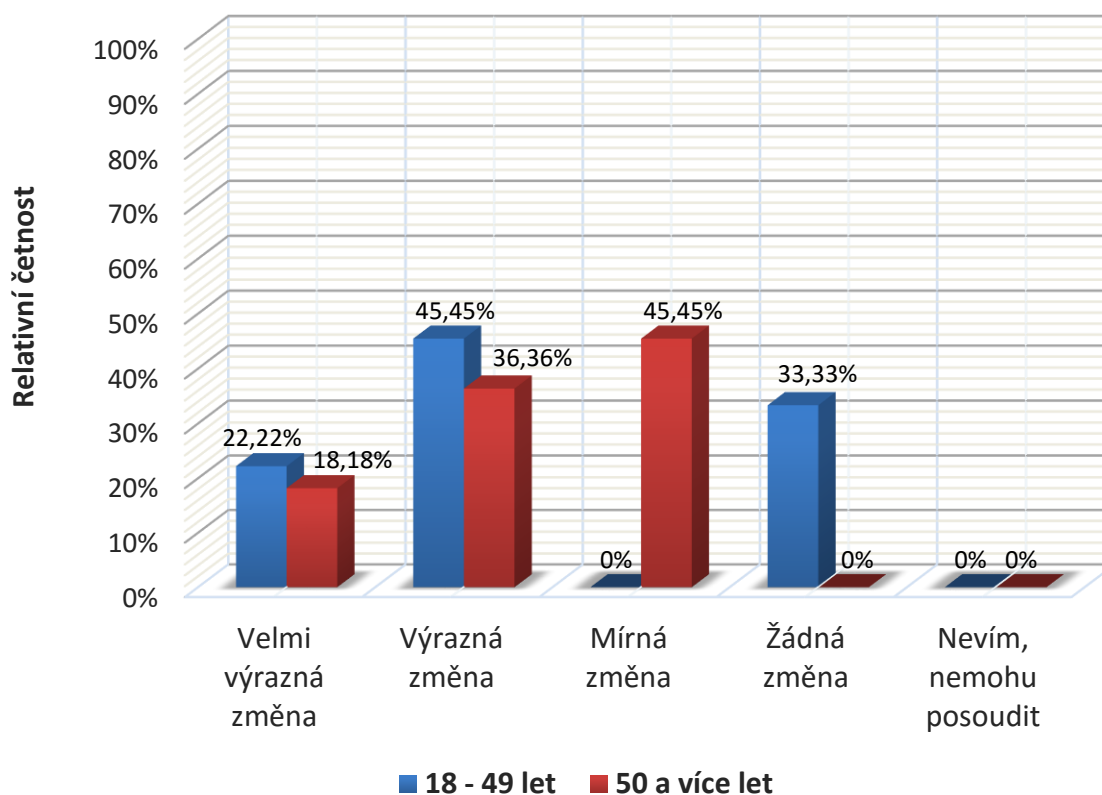
Z věkové skupiny 50 let a více, pocítovalo také 8 respondentů (72,73%) velmi výraznou změnu, 1 klient (9,09%) udal výraznou změnu, žádný z respondentů nepocítoval v této doméně mírnou změnu a 2 klienti (18,18%) hodnotili doménu „Aktivita a cvičení“ jako změnu žádnou. Odpověď, že neví a nemůže posoudit ne zvolil žádný respondent.

Položka č. 8 – Negativní změny v doméně „Spánek a odpočinek“

Tabulka 8 - Negativní změny v doméně „Spánek a odpočinek“

	18 - 49 let		50 a více let	
	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Velmi výrazná změna	2	22,22	2	18,18
Výrazná změna	4	45,45	4	36,36
Mírná změna	0	0	5	45,45
Žádná změna	3	33,33	0	0
Nevím, nemohu posoudit	0	0	0	0
Celkem	9	100	11	100

Graf 8 - Negativní změny v doméně „Spánek a odpočinek“



Obsah této tabulky nám vypovídá, kolik % respondentů pociťuje negativní změny v doméně „Spánek a odpočinek“

2 respondenti (22,22%) hodnotí ve věkové skupině 18 - 49 let negativní změny v této doméně jako velmi výrazné, 4 respondenti (45,45%) udávali výraznou změnu, mírnou změnu nepopisoval žádný klient, 3 respondenti (33,33%) nepociťovali žádnou změnu a odpověď neví, nemohu posoudit ne zvolil žádný klient.

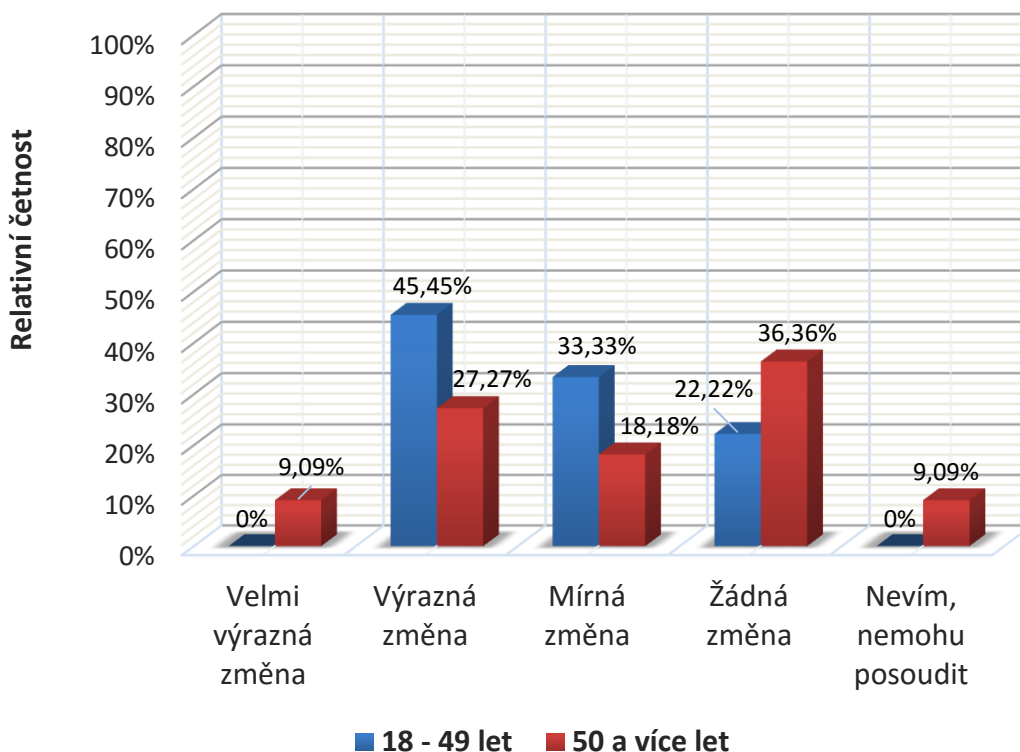
Ve věkové skupině 50 let a více, pociťovali 2 klienti (18,18%) velmi výraznou změnu v doméně „Spánek a odpočinek“, 4 respondenti (36,36%) udávali změnu výraznou, 5 respondentů (45,45%) hodnotilo tuto změnu jako mírnou a žádný klient neudával žádnou změnu a odpověď neví, nemohu posoudit.

Položka č. 9 – Negativní změny v doméně „Vnímání a poznávání“

Tabulka 9 - Negativní změny v doméně „Vnímání a poznávání“

	18 - 49 let		50 a více let	
	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Velmi výrazná změna	0	0	1	9,09
Výrazná změna	4	45,45	3	27,27
Mírná změna	3	33,33	2	18,18
Žádná změna	2	22,22	4	36,36
Nevím, nemohu posoudit	0	0	1	9,09
Celkem	9	100	11	100

Graf 9 - Negativní změny v doméně „Vnímání a poznávání“



Z tabulky č. 9 vyplývá, kolik % respondentů udává negativní změny v doméně „Vnímání a poznávání“.

Ve věkové skupině 18 - 49 let neudává žádný z respondentů velmi výraznou změnu, 4 respondenti (45,45%) pocítují výraznou změnu a 3 klienti (33,33) hodnotili změnu jako mírnou. 2 respondenti (22,22%) udali, že nepocítují žádnou změnu a žádný z respondentů neudal odpověď nevím, nemohu posoudit.

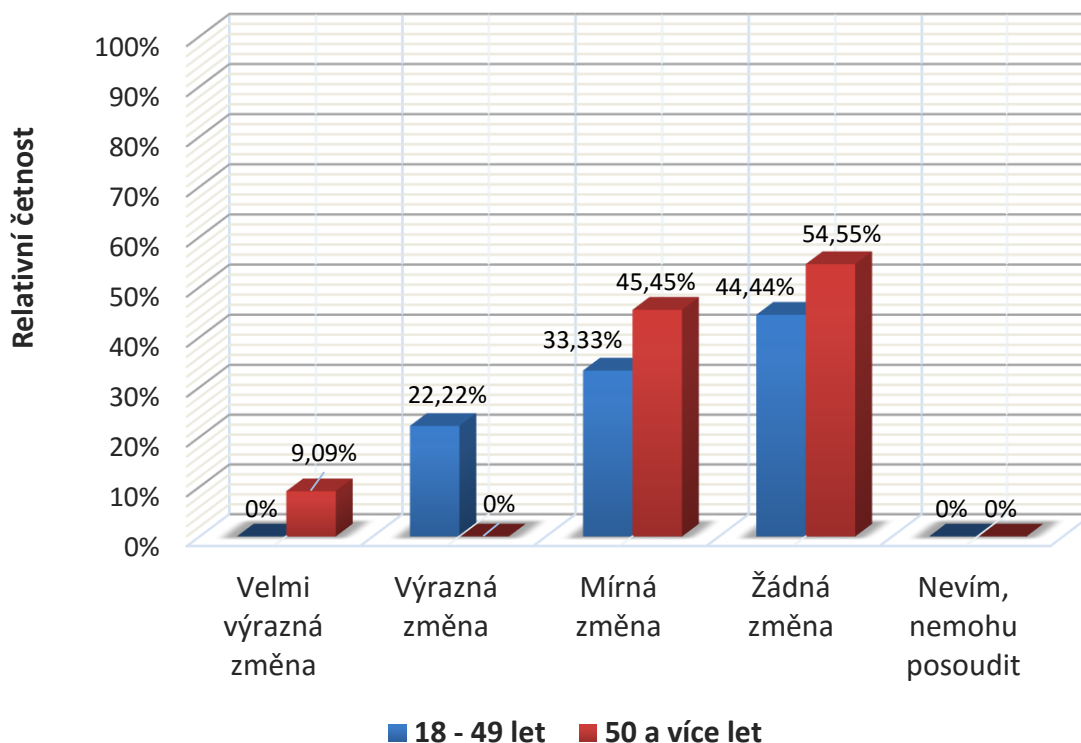
Ve věkové skupině 50 let a více, pocítuje 1 respondent (9,09%) velmi výraznou změnu v doméně „Vnímání a poznávání“, 3 respondenti (27,27%) hodnotí změnu jako výraznou, 2 klienti (18,18%) udávali mírnou změnu, 4 respondenti (36,36%) nepocítovali žádnou změnu a jeden z dotazovaných (9,09%) zvolil, že neví a nemůže posoudit.

Položka č. 10 – Negativní změny v doméně „Sebekoncepce a sebekontrola“

Tabulka 10 - Negativní změny v doméně „Sebekoncepce a sebekontrola“

	18 - 49 let		50 a více let	
	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Velmi výrazná změna	0	0	1	9,09
Výrazná změna	2	22,22	0	0
Mírná změna	3	33,33	4	45,45
Žádná změna	4	44,44	6	54,55
Nevím, nemohu posoudit	0	0	0	0
Celkem	9	100	11	100

Graf 10 - Negativní změny v doméně „Sebekoncepce a sebekontrola“



Z této tabulky vyplývá, kolik % respondentů udává negativní změny v doméně „Sebekoncepce a sebekontrola“.

Žádný z respondentů neudal velmi výraznou změnu ve věkovém rozhraní 18 - 49 let, 2 klienti (22,22%) udali výraznou změnu, 3 respondenti hodnotili změnu jako mírnou, 4 klienti (44,44%) nepocítovali žádnou změnu v doméně „Vnímání a poznávání“ a žádný klient nevedl odpověď neví, nemohu posoudit.

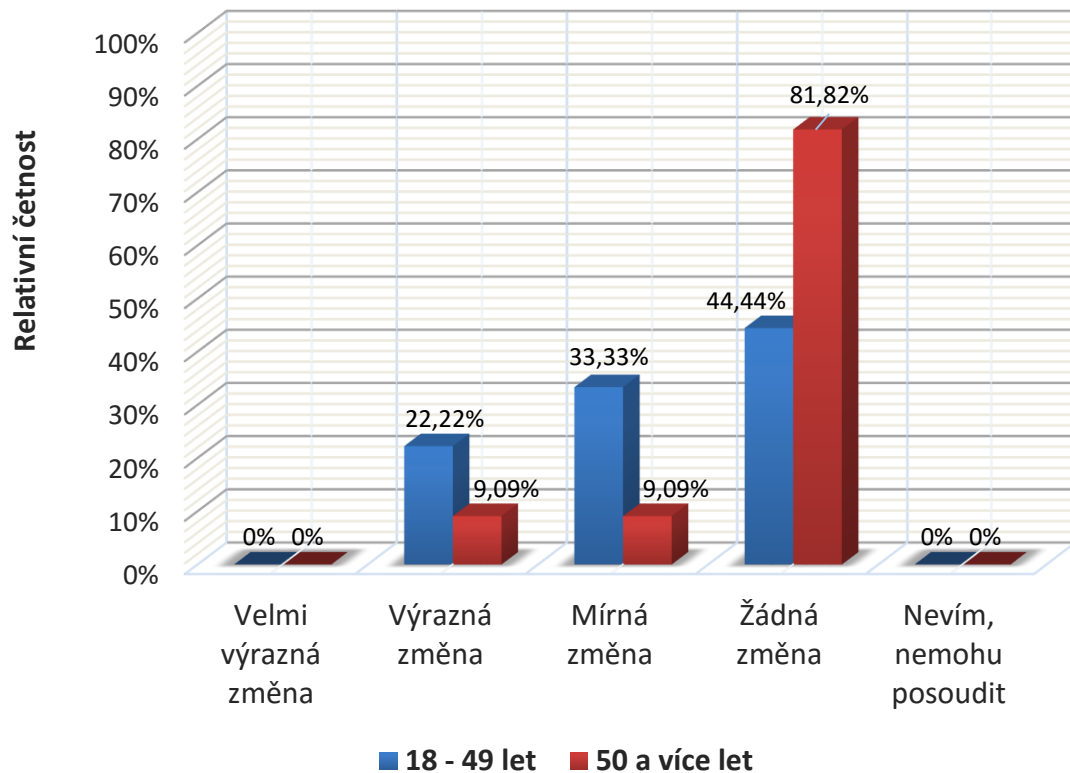
Ve věkovém rozhraní 50 let a více, udal 1 respondent (9,09%) velmi výraznou změnu, žádný z dotazovaných nehodnotil změnu jako výraznou, 4 respondenti (45,45%) uvedli mírnou změnu a 6 klientů (54,55%) udalo, že nepocítuje žádnou změnu. Žádný klient nezvolil odpověď, že neví a nemůže posoudit.

Položka č. 11 – Negativní změny v doméně „Plnění rolí a mezilidské vztahy“

Tabulka 11 - Negativní změny v doméně „Plnění rolí a mezilidské vztahy“

	18 - 49 let		50 a více let	
	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Velmi výrazná změna	0	0	0	0
Výrazná změna	2	22,22	1	9,09
Mírná změna	3	33,33	1	9,09
Žádná změna	4	44,44	9	81,82
Nevím, nemohu posoudit	0	0	0	0
Celkem	9	100	11	100

Graf 11 - Negativní změny v doméně „Plnění rolí a mezilidské vztahy“



Obsah této tabulky určuje, kolik % respondentů udává negativní změny v doméně „Plnění rolí a mezilidské vztahy“.

Ve věkové skupině 18 - 49 let nepocíťoval žádný z dotazovaných velmi výraznou změnu, 2 respondenti (22,22%) udali změnu výraznou, 3 klienti (33,33%) pocíťují mírnou změnu v této doméně a 4 respondenti (44,44%) uvedli, že nepocíťují žádnou změnu. Odpověď nevím, nemohu posoudit, nevedl žádný respondent.

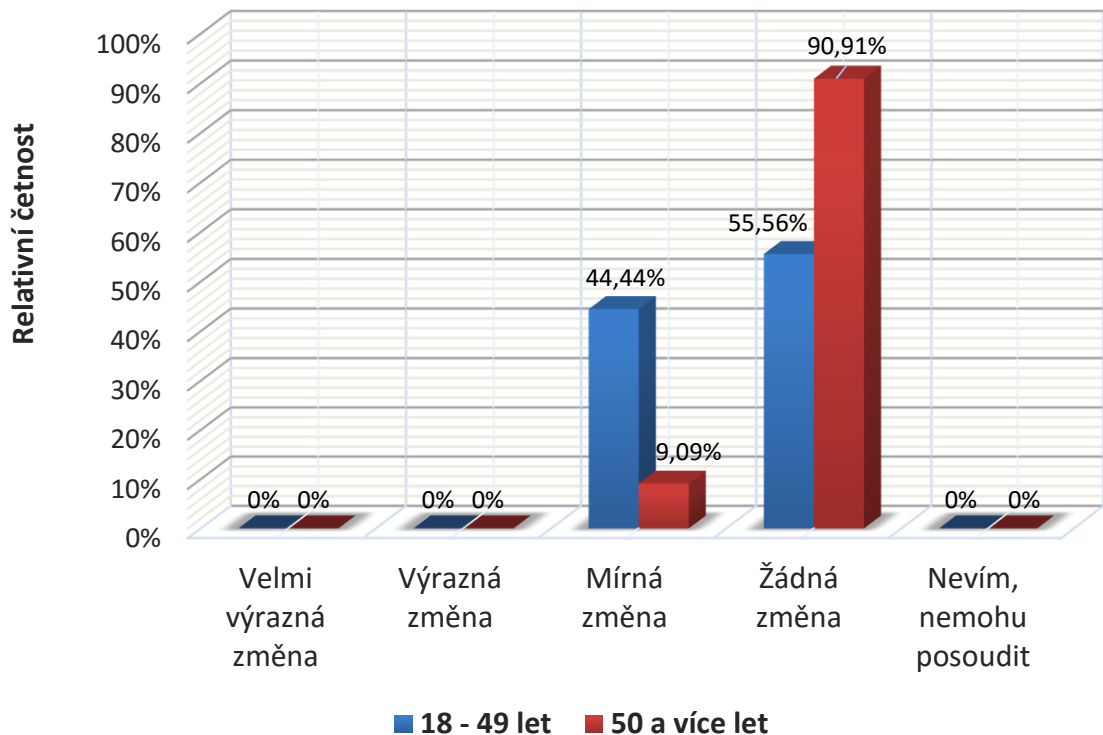
Ve věkové skupině 50 let a více nepocíťoval také žádný z respondentů velmi výraznou změnu, 1 respondent (9,09%) uvedl výraznou změnu, 1 klient (9,09%) hodnotí doménu jako změnu mírnou a 9 klientů (81,82%) uvedlo, že nepocíťují žádnou změnu. Odpověď nevím, nemohu posoudit ne zvolil žádný z dotazovaných.

Položka č. 12 – Negativní změny v doméně „Sexualita a reprodukční činnost“

Tabulka 12 - Negativní změny v doméně „Sexualita a reprodukční činnost“

	18 - 49 let		50 a více let	
	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Velmi výrazná změna	0	0	0	0
Výrazná změna	0	0	0	0
Mírná změna	4	44,44	1	9,09
Žádná změna	5	55,56	10	90,91
Nevím, nemohu posoudit	0	0	0	0
Celkem	9	100	11	100

Graf 12 - Negativní změny v doméně „Sexualita a reprodukční činnost“



Tabulka č. 12 nám určuje, kolik % respondentů udává negativní změny v doméně „Sexualita a reprodukční činnost“.

Ve věkové skupině 18 - 49 let nepocíťoval žádný respondent velmi výraznou a výraznou změnu, 4 respondenti (44,44%) udali mírnou změnu a žádnou změnu nepocíťuje 5 klientů (55,56%). Odpověď nevím, nemohu posoudit, ne zvolil žádný z respondentů.

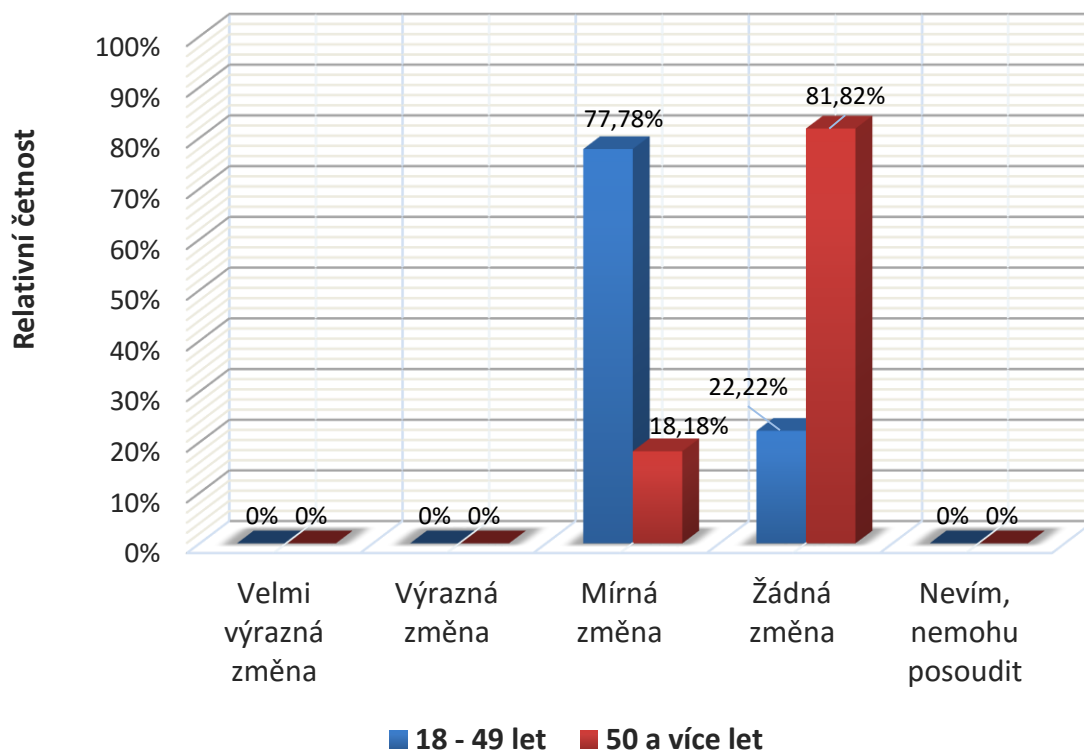
Ve věkové skupině 50 let a více žádný z dotazovaných nezmínil velmi výraznou změnu a výraznou změnu, mírnou změnu udal jeden klient (9,09%) a 10 respondentů (90,91%) zvolilo, že nepocíťují změnu žádnou. Žádný klient ne zvolil, že neví a nemůže posoudit.

Položka č. 13 – Negativní změny v doméně „Stres, zátěžové situace a jejich zvládání, tolerance“

Tabulka 13 - Negativní změny v doméně „Stres, zátěžové situace a jejich zvládání, tolerance

	18 - 49 let		50 a více let	
	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Velmi výrazná změna	0	0	0	0
Výrazná změna	0	0	0	0
Mírná změna	7	77,78	2	18,18
Žádná změna	2	22,22	9	81,82
Nevím, nemohu posoudit	0	0	0	0
Celkem	9	100	11	100

Graf 13 - Negativní změny v doméně „Stres, zátěžové situace a jejich



Obsah tabulky č. 13 nám určuje, kolik % respondentů udává negativní změny v doméně „Stres, zátěžové situace a jejich zvládnání, tolerance“.

Ve věkové skupině 18 - 49 let nepocítuje žádný z dotazovaných velmi výraznou změnu a výraznou změnu, 7 respondentů (77,78%) hodnotí tuto doménu jak změnu mírnou, 2 klienti (22,22%) nepocítují žádnou změnu. Nikdo z klientů nevedl odpověď nevím, nemohu posoudit.

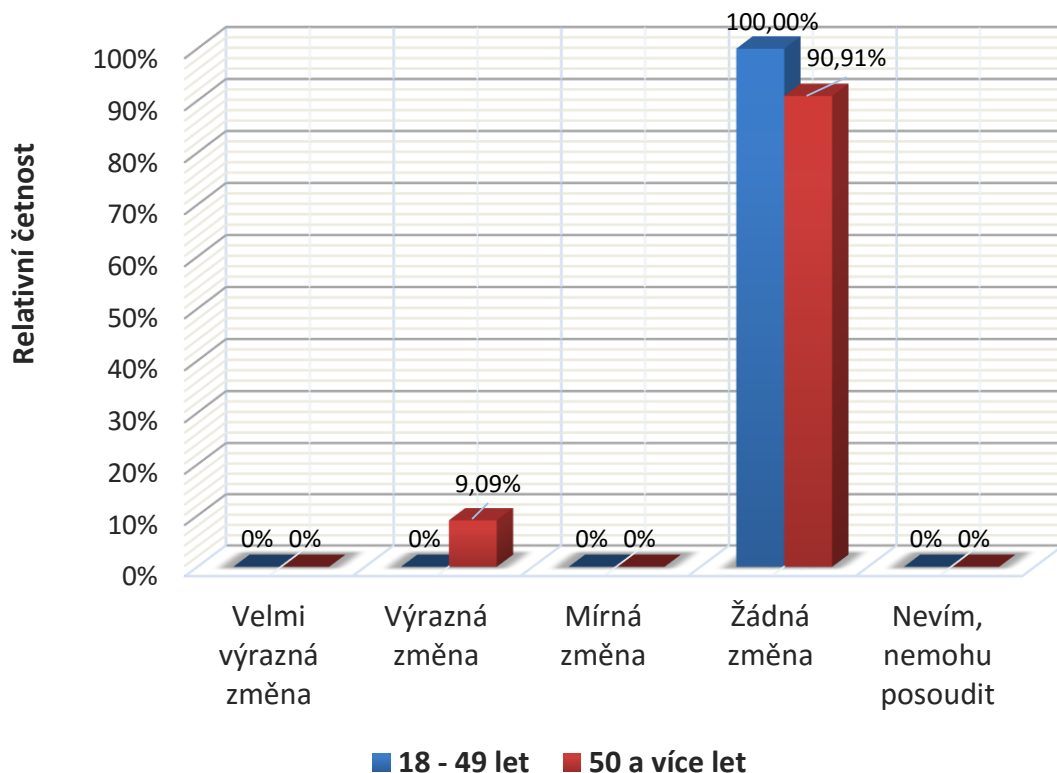
Ve věkové skupině 50 let a více, také žádný klient nepocítuje velmi výraznou a výraznou změnu v doméně „Stres, zátěžové situace a jejich zvládnání, tolerance“. 2 respondenti (18,18%) zvolili mírnou změnu a 9 klientů (81,82%) nepocítuje žádnou změnu. Nikdo z respondentů nevedl, že neví a nemůže posoudit.

Položka č. 14 – Negativní změny v doméně „Víra, přesvědčení a hodnoty“

Tabulka 14 - Negativní změny v doméně „Víra, přesvědčení a hodnoty“

	18 - 49 let		50 a více let	
	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Velmi výrazná změna	0	0	0	0
Výrazná změna	0	0	1	9,09
Mírná změna	0	0	0	0
Žádná změna	9	100	10	90,91
Nevím, nemohu posoudit	0	0	0	0
Celkem	9	100	11	100

Graf 14 - Negativní změny v doméně „Víra, přesvědčení a hodnoty“



Graf č. 14 nám popisuje, kolik % respondentů udává negativní změny v doméně „Víra, přesvědčení a hodnoty“

Ve skupině 18 - 49 let, odpověděli všichni respondenti (100%), že nepocítují žádnou změnu v této doméně.

Ve věkové skupině 50 let a více, uvedl jeden respondent (9,09%) výraznou změnu a 10 klientů (90,91%) nepocítuje také žádnou změnu v doméně „Víra, přesvědčení a hodnoty“.

K položce č. 12 s názvem „Jiné“, se vyjádřili pouze 2 respondenti (10%) z celkového počtu 20 dotazovaných a to ve věkové skupině 50 let a více. Klienti se zmínili, že na Hematologicko-transfuzním oddělení ve Zlíně je velmi příjemný personál, ale je to tam velmi zdlouhavé. Jelikož se k položce č. 12 vyjádřili pouze 2 respondenti, tabulku a grafy neuvádím.

9 DISKUZE

Tématem bakalářské práce bylo zmapovat specifika ošetrovatelské péče u pacientů s hematoonkologickým onemocněním, a také jak se specifika odlišují u klientů v mladším věku a to do 50 let a u klientů ve věku nad 50 let. Na základě předpokladů byly stanoveny cíle a hypotézy, které byly díky kvalitativnímu výzkumu formou řízených rozhovorů zpracovaných do kazuistik buď potvrzeny, nebo vyvráceny.

Bakalářská práce na téma Specifika ošetrovatelské péče u pacientů s hematoonkologickým onemocněním není srovnána s žádnou jinou prací, jelikož nebyla nalezena žádná práce na toto téma se stejným škálováním.

Hlavním cílem bylo zjistit, ve kterých doménách zdraví dle Modelu fungujícího zdraví dle M. Gordonové pacienti s hematoonkologickým onemocněním ve věkových skupinách 18 - 49 let a 50 a více let udávají neuspokojené potřeby.

V první hypotéze bylo předpokládáno, že bude rozdíl, jaké potřeby budou pacienti udávat jako neuspokojené v doménách zdraví dle Modelu fungujícího zdraví dle M. Gordonové ve skupinách respondentů dle věkového rozdělení. **Tato hypotéza byla potvrzena.**

Dle zjištěných údajů, které jsou uvedeny v tabulkách a grafech, lze soudit, že respondenti ve věku 18 - 49 let pociťují negativní změny nejvíce v doméně „Aktivita a cvičení“ a to ve 100%, další negativně změněnou doménou byla „Výživa a metabolismus“ (90%) a 78% respondentů udávalo negativní změny v doménách „Vnímání a poznávání“ a „Stres, zátěžové situace a jejich zvládnání, tolerance“. U klientů ve věku nad 50 let, byly ze 100% negativně změněné domény „Vnímání zdravotního stavu, aktivit k udržení zdraví“ a „Spánek a odpočinek“, další negativně změněné domény byly „Výživa a metabolismus“ (90%) a „Aktivita a cvičení“ (82%).

V další hypotéze byla domněnka, že více než 60 % pacientů ve věkové skupině 18 - 49 let, bude udávat neuspokojené potřeby v doménách „Aktivita a cvičení“ a „Spánek a odpočinek“ a „Výživa a metabolismus“. **Tato hypotéza se potvrdila.** V průběhu léčby dochází v organismu k negativním fyziologickým změnám, které negativně ovlivňují zmíněné domény. Potvrzení hypotézy si vysvětlují tím, že pacienti během náročné léčby (chemoterapie, radioterapie, různé chirurgické zákroky aj.) trpí nevolností, nechutenstvím a dalšími obtížemi, které vedou k fyzické inaktivitě, změnám stravovacích návyků a narušení biologického rytmu.

Dohromady všichni respondenti ve věkovém rozhraní 18 - 49 let pocítují negativní změny v doméně „Aktivita a cvičení“. Bylo zjištěno, že 89% klientů pocítuje velmi výraznou změnu v této doméně a 11% klientů změnu výraznou. Rozhovory byly prováděny jak s pacienty, kteří byli v akutní fázi onemocnění a podstupovali léčbu, tak s pacienty, u kterých je onemocnění diagnostikováno delší dobu (déle než 1 rok) a chodí na Hematologicko-transfuzní oddělení na kontroly a případně krevní transfuze. Respondenti si nejvíce stěžovali na únavu a slabost.

Dále velmi často klienti do věku 50 let a více, zmiňovali, že nemohou vykonávat činnosti a aktivity které dříve vykonávali, a to z důvodu, že se cítí velmi zesláblí kvůli podstupující léčbě (chemoterapie, radioterapie, transfuze krve z důvodu chybění krevních elementů apod.), ale také, že se u všeho hned zadýchávají, jsou dušní a mají velmi oslabenou imunitu.

Další doménou ve které respondenti uváděli negativní změny byla doména „Spánek a odpočinek“ a to 67%. Zjistili jsme, že 22% klientů uvádělo negativní změny v této doméně jako velmi výrazné a 45% z dotazovaných uvádělo změny jako výrazné. Nejvíce si respondenti stěžovali na to, že jim kvalitní spánek narušuje únava, díky které spí přes den a v noci nemůžou usnout a budí se. Také velmi často klienti uváděli, že jim spánek narušují obavy z onemocnění a z toho co bude dál. Narušenou doménu „Spánek a odpočinek“ si vysvětlují následkem ovlivnění jejich psychického stavu, jako je deprese, úzkost, strach aj.

V doméně „Výživa a metabolismus“ zvolilo negativní změny celých 90% všech dotazovaných. 67% klientů uvádělo negativní změny v této doméně jako velmi výrazné a 22% respondentů jako změny výrazné. Odpovědi se lišili u dotazovaných, kteří jsou v akutní fázi onemocnění a podstupují léčbu (radioterapie, chemoterapie), kdy si nejvíce stěžovali na ztrátu na váze, nechutenství, nevolnost, zvracení a časté krvácení. Klienti kteří mají diagnostikováno onemocnění delší dobu (déle než 1 rok), zmiňovali, že jim onemocnění změnilo vnímání chuti, stravovací návyky a jí velmi málo.

Měly by zde také být zařazeny domény, které nebyly uvedené v hypotéze č. 2, ale 78% respondentů v nich udávalo negativní změny, a to doména „Vnímání a poznávání“ a „Stres, zátěžové situace a jejich zvládnání, tolerance“. V doméně „Vnímání a poznávání“ zvolilo 45% klientů velmi výraznou změnu a 33% klientů změnu mírnou. Mezi časté věci, na které si respondenti stěžovali, bylo to, že cítí velmi odlišný způsob jak je vnímá blízké okolí a jak k nim přistupuje (nadměrná přecitlivělost, strach). Dále zmínili tvorbu

nadměrných hematomů a suchou kůží. V doméně „Stres, zátěžové situace a jejich zvládnání, tolerance“ udávalo 78% respondentů mírnou změnu. Klienti zmiňovali obavy a strach z budoucnosti, omezené zařazení do společnosti, díky nemožnosti vykonávat běžné denní aktivity, které dříve provozovali. Valná část respondentů se také zmiňovala, že před vlastním onemocněním žila aktivním a společenským životem. Spousta klientů uváděla, že navštěvuje psychologa či psychiatra (jak samotní pacienti, také i jejich blízká rodina).

Ve třetí hypotéze bylo předpokládáno, že ve věkové skupině 50 a více let bude více než polovina respondentů uvádět neuspokojené potřeby v doménách „Vnímání zdravotního stavu, aktivit k udržení zdraví“, „Výživa a metabolismus“, „Aktivita a cvičení“, „Spánek a odpočinek“ a „Sebekoncepce a sebekontrola“. **Tato hypotéza byla potvrzena.**

Všichni respondenti ve věkovém rozhraní 50 let a více, udávali negativní změny v doméně „Vnímání zdravotního stavu, aktivit k udržení zdraví“. 36% klientů udávalo negativní změny jako velmi výrazné, dále 36% klientů jako změny výrazné a 27% dotazovaných volilo negativní změny jako mírné. Nejvíce klientů zmiňovalo fakt, že onemocnění přišlo velmi nečekaně a velmi je omezuje v běžném životě. Jednou z odpovědí na otázku: „Co pro Vás znamená pojem zdraví?“, kdy klient odpověděl: „Člověka nic nebolí, věří sám sobě a může se na sebe ve všem spolehnout.“ stojí za pozdvihnutí a zdůraznění.

Negativní změny v doméně „Výživa a metabolismus“ pociťuje 92% respondentů, z toho 36% jako změny velmi výrazné, 27% jako výrazné a 27% jako změny mírné. Zde si klienti stěžovali na obdobné problémy, které jsou uvedeny výše.

V doméně „Aktivita a cvičení“, uvádělo 82% klientů negativní změny. 73% respondentů, hodnotilo změny jako velmi výrazné a 9% z dotazovaných klientů jako změny výrazné. U této domény většina dotazovaných zmiňovala, že jim onemocnění komplikuje běžný život, cítí se unavení, vyčerpaní a zesláblí. Díky nemoci se nemůžou věnovat běžným činnostem, omezily se jejich aktivity a spousta respondentů nad 65 let uvedla, že potřebuje pomoc s některými běžnými aktivitami (díky oslabením organismu vysokým věkem a hematoonkologickým onemocněním).

Naprostá většina respondentů pociťuje negativní změny v doméně „Spánek a odpočinek“. 18% klientů udává negativní změny jako velmi výrazné, 36% respondentů jako změny výrazné a 45% klientů jako změny mírné. V doméně „Spánek a odpočinek“ si dotazovaní stěžovali na fakt, že jim únava a strach narušuje kvalitní spánek, v noci se budí

a nemůžou usnout. Téměř třetina respondentů uvedla užívání léků na spaní, předepsané lékařem.

Věková skupina nad 50 let uvedla, že pociťuje v doméně „Sebekoncepce a sebekontrola“ negativní změny z 55%. 9% dotazovaných popisuje negativní změny jako velmi výrazné a 45% klientů jako změny mírné. Klienti velmi často uváděli změnu vnímání jejich osoby (uváděli, že se jim jejich osoba díky onemocnění oškliví a trpí nenávistí sami k sobě). Dále většina respondentů zmiňovala strach a obavy. Bojí se, jak se onemocnění bude dál vyvíjet, co bude následovat a jestli to všechno zvládnou. Dotazovaní, co byli dříve extroverti a navštěvovali často společnost, hodnotili, že se díky onemocnění uzavřeli do sebe a jsou introverti.

ZÁVĚR

V úvodní části bakalářské práce s názvem Specifika ošetrovatelské péče u pacientů s hematoonkologickým onemocněním byly shrnuty poznatky o ošetrovatelství, zdraví a modelu funkčního zdraví dle Gordonové. Další část práce byla věnována základním hematoonkologickým nemocem a následně jejich diagnostice a léčbě. Závěr teoretické části pojednává o nejčastějších specifikách ošetrovatelské péče u pacientů s hematoonkologickým onemocněním se symptomatologií, jako je například anemický syndrom, bolest, únava, výživa, oslabení obranyschopnosti apod.

V praktické části byly stanoveny cíle a hypotézy a realizace vycházela z kazuistik od 20 pacientů vypracovaných formou polostrukturovaných rozhovorů. Následně byl každý kazuistický rozhovor vyhodnocen, aby mohla být určena jednotlivá specifika změn v doménách zdraví, dle Modelu funkčního typu zdraví dle M. Gordonové.

U klientů ve věkové skupině 18 - 49 let se negativní změny zdraví nejvíce projevovaly v doménách „Aktivita a cvičení“, „Výživa a metabolismus“, „Vnímání a poznávání“ a „Stres, zátěžové situace a jejich zvládnání, tolerance“. U klientů ve věku nad 50 let, byly negativně změněné domény „Vnímání zdravotního stavu, aktivit k udržení zdraví“, „Spánek a odpočinek“, „Výživa a metabolismus“ a „Aktivita a cvičení“.

Cílem této práce bylo zmapovat specifika ošetrovatelské péče u pacientů s daným onemocněním. Výsledky výzkumu mají upozornit na potřeby, které klienti pociťují během jejich nemoci. Přínosem bakalářské práce je využít získané poznatky jak pro studijní účely, tak v poskytování ošetrovatelské péče hematoonkologickým klientům.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ADAM, Zdeněk, Marta KREJČÍ a Jiří VORLÍČEK et al, 2010. *Speciální onkologie*. 1. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-648-9.

ADAM, Zdeněk, Marta KREJČÍ a Jiří VORLÍČEK, 2008. *Hematologie: přehled maligních hematologických nemocí*. 2., dopl. a zcela přeprac. vyd. Praha: Grada. ISBN 9788024725024.

BUŽGOVÁ, Radka a Ilona PLEVOVÁ, 2011. *Ošetrovatelství I*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 9788024735573.

CETKOVSKÝ, Petr et al, 2004. *Intenzivní péče v hematologii*. 1. vyd. Praha: Galén. 572 s. ISBN 80-7262-255-2.

ČELEDOVÁ, Libuše a Rostislav ČEVELA, 2010. *Výchova ke zdraví: vybrané kapitoly*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 9788024732138.

DOUBEK, Michael, František FOLBER, Andrea JANÍKOVÁ, Anna PANOVSKÁ, David ŠÁLEK a Martina TOŠKOVÁ. *Hematologická onkologie - Leukemie a lymfomy v humánní medicíně*. [online]. Brno [cit. 2016-03-19]. ISBN 978-80-7305-621-6. Dostupné z: http://cit.vfu.cz/fyziolmed/images/stories/files/Hematologicka_onkologie.pdf

GUENOVA, Margarita a Gueorgui BALATZENKO, 2013. *Leukemia*. Croatia: Copyright. 252 pages. ISBN 978-953-51-1127-6.

FABER, Edgar, Karel INDRÁK a et al, 2010. *Chronická myeloidní leukémie*. I. Praha: Galén. ISBN 9788072626809.

INDRÁK, Karel, 2014 *Hematologie a transfuzní lékařství*. 1. vyd. Praha: Triton. 610 s. ISBN 978-80-7387-722-4.

JAROŠOVÁ, Darja, 2000. *Teorie moderního ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: ISV nakladatelství, 133 s. ISBN 80-85866-55-2.

JAROŠOVÁ, Darja, Kamila MAJKUSOVÁ, Radka KOZÁKOVÁ a Renáta ZELENÍKOVÁ, 2015. *Klinické doporučené postupy v ošetrovatelství*. 1. vydání. Praha: Grada. ISBN 9788024754260.

KALVODOVÁ, Libuše. *Psychologický náhled na problémy onkologických pacientů a ošetrujícího týmu* [online]. © 2010 [cit. 2016-03-24]. Dostupné z: <https://www.mojemedicina.cz/pro-lekare/praxe/psychologie-a-komunikace/psychologicky-nahled-na-problemy-onkologicky-pacientu-a-osestrujiciho-tymu-1/#13>

KOLEKTIV AUTORŮ. *AKUTNÍ MYELOIDNÍ LEUKÉMIE: informace pro pacienty a jejich blízké* [online]. © 2013 [cit. 2016-04-30]. ISBN 978-80-260-4154-2. Dostupné z: <http://docplayer.cz/877725-Akutni-myeloidni-leukemie-informace-pro-pacienty-a-jejich-blizke-kolektiv-autoru.html>

KOZÁKOVÁ, Šárka et al, 2011. *Chemoterapie a cílená léčba: praktická příručka*. Brno: Academicus. 97 s. ISBN 978-80-87192-13-9.

MACHOVÁ, Jitka a Dagmar KUBÁTOVÁ, 2015. *Výchova ke zdraví. 2.*, aktualizované vydání. Praha: Grada. ISBN 9788024753515.

MASTILIAKOVÁ, Dagmar, 2014. *Posuzování stavu zdraví a ošetrovatelská diagnostika v moderní ošetrovatelské praxi. 1. vyd.* Praha: Grada. ISBN 9788024753768.

MAYER, Jiří a Jan STARÝ et al, 2002. *Leukémie*. Praha: Grada. 357 s. ISBN 80-7169-991-0.

NAVRÁTIL, Leoš et al, 2008. *Vnitřní lékařství: pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2319-8.

NEJEDLÁ, Marie, 2015. *Fyzikální vyšetření pro sestry. 2.*, přeprac. vyd. Praha: Grada. ISBN 9788024744490.

NOVÁKOVÁ, Iva, 2011. *Zdravotní nauka 2. díl: Učebnice pro obor sociální činnost* [online]. 2. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-7102-1. Dostupné z: https://obalky.kosmas.cz/ArticleFiles/192905/auto_preview.pdf/FILE/zdravotni-nauka-2.-dil-auto_preview.pdf

PENKA, Miroslav a Eva TESAŘOVÁ et al, 2011. *Hematologie a transfuzní lékařství I. 1.* Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3459-0.

PENKA, Miroslav a Eva TESAŘOVÁ et al, 2012. *Hematologie a transfuzní lékařství II. 1.* Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3460-6.

PETERA, Jiří, 2014. *Zdroje a biologické účinky záření* [online]. [cit. 2016-05-16]. Dostupné z: <http://www.linkos.cz/radioterapie-1/zdroje-a-biologicke-ucinky-zareni/>

SPOLEČNOST PRO TRANSFUZNÍ LÉKAŘSTVÍ ČLS JEP. *Imunohematologická vyšetření dárců krve a krevních složek* [online]. © 2012 [cit. 2016-04-29]. Dostupné z: http://www.transfuznispolecnost.cz/index.php?page=stahni_soubor&id_dokument=253&typ=dokument

SPOLEČNOST PRO TRANSFUZNÍ LÉKAŘSTVÍ ČLS JEP. *Doporučené postupy pro podání transfuzních přípravků* [online]. © 2015 [cit. 2016-04-29]. Dostupné z: http://www.transfuznispolecnost.cz/soubory/dokumenty/Dop_STL2015_12%20Transfuze_V1_2015_09_01.doc

ŠEVČÍKOVÁ, Kateřina, 2005. *Problematika komunikace zdravotník – rodina pacienta*. Bakalářská práce obhájená na Lékařské fakultě Masarykovy univerzity v Brně. 76 s. Depon. In: Archiv Masarykovy univerzity v Brně.

TÁBORSKÝ, Miloš, 2014. *Interní propedeutika*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta. ISBN 9788020432070.

TÓTHOVÁ, Valérie, 2014. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Triton. ISBN 9788073877859.

TRACHTOVÁ, Eva, Gabriela FOJTOVÁ a Dagmar MASTILIAKOVÁ, 2001 *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Vyd. 2., nezměn. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. ISBN 8070133244.

VAŠÁTKOVÁ, Ivana a Hana ULRYCHOVÁ, 2007. *Kvalita ošetrovatelské péče a její standardizace*. Sestra, č. 2, s. 21-22.

VOKURKA, Samuel et al, 2005. *Ošetrovatelské problémy a základy hemoterapie*. Praha: Galén. 140 s. ISBN 80-7262-299-4.

VOKURKA, Samuel, 2008. *Základní hemato-onkologická onemocnění a jejich charakteristiky*. 1. vyd. Praha: Galén. 89 s. ISBN 978-80-7262-553-6.

VORLÍČEK, Jiří, Jitka ABRAHÁMOVÁ a Hilda VORLÍČKOVÁ, 2012. *Klinická onkologie pro sestry*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. 448 s. ISBN 978-80-247-3742-3.

VORLÍČEK, Jiří a Zdeněk ADAM, 2002. *Mnohočetný myelom*. Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně,.

VORLÍČEK, Jiří, Zdeněk ADAM a Hilda VORLÍČKOVÁ, 2006. *Nežádoucí účinky chemoterapie* [online]. Brno [cit. 2016-05-16]. Dostupné z: <http://www.linkos.cz/rady-pro-nemocne-lecene-chemoterapii-1/nezadouci-ucinky-chemoterapie/>

VORLÍČEK, Jiří, Zdeněk ADAM a Hilda VORLÍČKOVÁ, 2001. *Chemoterapie a Vy. Rady pro nemocné léčené chemoterapií*. MOJEMEDICINA. Mojemedicina.cz [online]. 2. vyd. Praha: Pliva. [cit. 2013-11-25]. Dostupné z: <http://www.mojemedicina.cz/katalog-knih/chemoterapie-a-vy-rady-pro-nemocnelecene-chemoterapii/>

VYZULA, Rostislav, 2001. *Výživa při onkologickém onemocnění*. 1. ISBN 8072621203.

ZACHAROVÁ, Eva, 2011. *Psychosociální aspekty při ošetřování onkologického pacienta* [online]. Ostrava. [cit. 2016-03-24]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/psychosocialni-aspekty-pri-oseetrovani-onkologickeho-pacienta-459784>

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

aj.	a jiné
ALL	akutní lymfoblastická leukémie
apod.	a podobně
atd.	a tak dále
bed side test	křížová zkouška
BL	Burkittův lymfom
Cca	asi
CLL	chronická lymfoidní leukémie
CML	chronická myeloidní leukémie
CNS	centrální nervový systém
CT	počítačová tomografie
DK	dolní končetiny
DÚ	dutina ústní
ET	esenciální trombocytémie
event.	eventuálně
GIT	gastrointestinální trakt
Hb	hemoglobin
HL	Hodgkinův lymfom
MALT lymfom	maligní lymfom
NaCl	chlorid sodný
Např	například
NGS	nasogastrická sonda
p/k	pacient/klient
PEG	perkutánní endoskopická gastrostomie
PEJ	perkutánní endoskopická jejunostomie
tj.	to je
TP	transfuzní přípravky
tzv.	to znamená
VAS	vizuální analogová stupnice

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 - Pohlaví dotazovaných	49
Tabulka 2 - Dělení klientů dle věkového rozhraní a dle pohlaví	50
Tabulka 3 - Výskyt hematoonkologického onemocnění dle typu	51
Tabulka 4 - Negativní změny v doméně „Vnímání zdravotního stavu“	53
Tabulka 5 - Negativní změny v doméně „Výživa a metabolismus“	55
Tabulka 6 - Negativní změny v doméně „Vylučování“	57
Tabulka 7 - Negativní změny v doméně „Aktivita a cvičení“	59
Tabulka 8 - Negativní změny v doméně „Spánek a odpočinek“	61
Tabulka 9 - Negativní změny v doméně „Vnímání a poznávání“	63
Tabulka 10 - Negativní změny v doméně „Sebekoncepce a sebekontrola“	65
Tabulka 11 - Negativní změny v doméně „Plnění rolí a mezilidské vztahy“	67
Tabulka 12 - Negativní změny v doméně „Sexualita a reprodukční činnost“	69
Tabulka 13 - Negativní změny v doméně „Stres, zátěžové situace“	71
Tabulka 14 - Negativní změny v doméně „Víra, přesvědčení a hodnoty“	73
Tabulka 15 - Normální hodnoty krevního obrazu	97
Tabulka 16 - Diferenční hodnoty bílých krvinek	97

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 - Pohlaví dotazovaných	49
Graf 2 - Dělení klientů dle věkového rozhraní	50
Graf 3 - Výskyt hematologického onemocnění dle typu	52
Graf 4 - Negativní změny v doméně „Vnímání zdravotního stavu“	54
Graf 5 - Negativní změny v doméně „Výživa a metabolismus“	56
Graf 6 - Negativní změny v doméně „Vylučování“	58
Graf 7 - Negativní změny v doméně „Aktivita a cvičení“	60
Graf 8 - Negativní změny v doméně „Spánek a odpočinek“	62
Graf 9 - Negativní změny v doméně „Vnímání a poznávání“	64
Graf 10 - Negativní změny v doméně „Sebekoncepce a sebekontrola“	66
Graf 11 - Negativní změny v doméně „Plnění rolí a mezilidské vztahy“	68
Graf 12 - Negativní změny v doméně „Sexualita a reprodukční činnost“	70
Graf 13 - Negativní změny v doméně „Stres, zátěžové situace“	72
Graf 14 - Negativní změny v doméně „Víra, přesvědčení a hodnoty“	74

SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha P I:** Struktura Modelu fungujícího zdraví dle modelu M. Gordonové
- Příloha P II:** Základní soubor otázek k rozhovoru s klientem podle oblastí 1 - 12 dle M. Gordonové
- Příloha P III:** Mikroskopický obraz kostní dřeně u zdravého člověka (A) a u pacienta s akutní myeloidní leukémií (B)
- Příloha P IV:** Normální hodnoty krevního obrazu, diferenční hodnoty bílých krvinek
- Příloha P V:** Písemný souhlas pacienta s podáním transfuzního přípravku
- Příloha P VI:** Plný přepis řízeného rozhovoru s pacientem zpracovaného do kazuistik
- Příloha P VII:** Žádost o umožnění dotazníkového šetření
- Příloha P VIII:** Žádost o umožnění přístupu k informacím

PŘÍLOHA P I: STRUKTURA MODELU FUNGUJÍCÍHO ZDRAVÍ DLE M. GORDONOVÉ

Model M. Gordonové obsahuje celkem 12 oblastí, kde každá z nich zaznamenává jak funkční, tak dysfunkční typ zdraví.

1. VNÍMÁNÍ ZDRAVOTNÍHO STAVU, AKTIVIT K UDRŽENÍ ZDRAVÍ

Tato oblast zahrnuje to, jak pacient vnímá svůj zdravotní stav a pohodu a jakým způsobem o své zdraví pečuje. Zahrnuje individuální zdravotní stav, jeho důležitost ve vztahu k současným aktivitám a plánům do budoucna. Obsahuje rovněž informace o tom, jak si pacient uvědomuje a zvládá rizika spojená se svým zdravotním stavem a životním stylem, jaká je úroveň jeho celkové péče o zdraví - např. dodržování aktivit, které podporují tělesné a duševní zdraví, dodržování lékařských a ošetrovatelských doporučení a následné péče v případě nemoci.

2. VÝŽIVA A METABOLISMUS

Tato oblast popisuje způsob příjmu jídla a tekutin ve vztahu k metabolické potřebě organismu a dále pak různé typy projevů, které svědčí o způsobu lokálního zásobení výživnými látkami. Zahrnuje individuální způsob stravy a příjmu tekutin, denní dobu příjmu potravy, kvalitu a kvantitu konzumovaného jídla a tekutin, zvláštní preference určitého druhu jídla, užívání náhradních výživných látek a vitamínových preparátů a u malých dětí kojení a způsob krmení kojence.

3. VYLUČOVÁNÍ

Tato oblast obsahuje informace o způsobu vylučování. Zahrnuje individuálně vnímanou pravidelnost vylučování, používání obvyklého postupu při vyprazdňování nebo používání projímadel, potíže nebo poruchy při vyprazdňování, tvar, kvantitu a kvalitu exkretů, eventuálně triky používané k řízení vylučování

4. AKTIVITA A CVIČENÍ

Popisuje způsoby udržování tělesné kondice cvičením nebo jinými aktivitami ve volném čase a při relaxaci. Zahrnuje základní denní životní aktivity (sebepečí, soběstačnost), které vyžadují vynaložení energie a úsilí, jako jsou hygiena, vaření, nakupování, stravová-

ní, práce, udržování domácnosti apod. Obsahuje také všechny typy cviků, jejich kvantitu, včetně sportů, které jsou typické pro jednotlivce. Dále sem patří faktory, které jednotlivci brání v provozování aktivit, např. dušnost, angina pectoris, neuromuskulární poruchy svalové křeče při námaze, onemocnění srdčními a plicními chorobami atd. Patří sem způsob trávení volného času a činnosti, které v něm jednotlivce vykonává, přičemž zdůrazňujeme ty činnosti, které mají pro jednotlivce nevyšší důležitost.

5. SPÁNEK A ODPOČINEK

Popisuje způsob spánku, odpočinku a relaxace, trvání doby spánku během 24 hodin (noc, den). Zahrnuje individuální vnímání kvality a kvantity spánku a odpočinku a také vnímání úrovně životní energie získané odpočinkem. Ptáme se také na způsob navození spánku, na usínání, na přerušování doby spánku, na obvyklé činnosti před spaním a eventuálně na užívání medikamentů na spaní.

6. VNÍMÁNÍ – POZNÁVÁNÍ

Popisuje způsob smyslového vnímání a poznávání. Patří sem přiměřenost smyslového vnímání, jako je sluch, zrak, chuť, čich, dotek a používání kompenzačních pomůcek a protéz do této oblasti náleží i úroveň vědomí, mentálních funkcí a zjištění, zda jednotlivce netrpí bolestí, popřípadně jak je bolest tlumena. Dále sem patří zhodnocení poznávacích (kognitivních) schopností, jako jsou schopnosti učení, myšlení, rozhodování, paměť, způsob slovního vyjadřování apod.

7. SEBEKONCEPCE A SEBEKONTROLA

Popisuje emocionální stav a vnímání sebe sama. Zahrnuje individuální názor na sebe, vnímání svých schopností, zálib, talentu (v oblasti tělesné, citové, poznávací), celkového vzhledu, vlastní identity (totožnosti), celkového pocitu vlastní hodnoty, celkový způsob emocionální reakce. Dále je součástí této oblasti způsob nonverbálních projevů, jako je držení těla, způsob pohybu, oční kontakt hlas a způsob řeči.

8. PLNĚNÍ ROLÍ, MEZILIDSKÉ VZTAHY

Popisuje způsob přijetí a plnění životních rolí a úroveň mezilidských vztahů. Zahrnuje individuální vnímání životních rolí a z toho vyplývajících závazků a odpovědností, dále pak rozvážnost a snášení tíhy zodpovědnosti v současné životní situaci. Patří sem i soulad

narušení vztahů v rodině, zaměstnání, ve vztahu ke společnosti (trestná činnost), plnění povinností ve vztahu k rolím.

9. SEXUALITA, REPRODUKČNÍ ČINNOST

Popisuje uspokojení nebo neuspokojení v sexuálním životě nebo se svým pohlavím. Zahrnuje poruchy nebo potíže jednotlivce v této oblasti. Zahrnuje reprodukční období ženy (premenstruační, menstruační cyklus, porody, potraty, postmenopauza) a problémy s tím související.

10. STRES, ZÁTĚŽOVÉ SITUACE, JEJICH ZVLÁDÁNÍ, TOLERANCE

Náleží sem nejdůležitější životní změny v posledních dvou letech. Popisuje celkový způsob tolerance a zvládání stresových situací. Zahrnuje individuální rezervy nebo kapacitu ve zvládání narušování vlastní integrity, způsoby zvládání stresu, podporu rodiny a jiné podpůrné systémy. Vnímání vlastní schopnosti řídit a zvládat běžné situace.

11. VÍRA, PŘESVĚDČENÍ, ŽIVOTNÍ HODNOTY

Popisuje individuální vnímání životních hodnot, cílů nebo přesvědčení (včetně náboženské víry a transcendence, tj. to co přesahuje smyslové nebo rozumové poznání), které ovlivňují jednotlivce při jeho volbě nebo rozhodování. Tato oblast zahrnuje vše, co je v životě vnímáno jako důležité – např. kvalita života, prožívání konfliktů v hodnotách, které se vztahují ke zdraví

12. JINÉ

Zde je možné zařadit další jiné důležité informace, které nejsou obsaženy v předchozích oblastech.

(Tóthová et al., 2014, str. 53, 54, 55)

PŘÍLOHA P II: ZÁKLADNÍ SOUBOR OTÁZEK K ROZHOVORU S KLIENTEM PODLE OBLASTÍ 1 – 12 DLE M. GORDONOVÉ

1. Vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdraví

- a) Jaká byla a je úroveň Vašeho zdraví?
- b) Prodělal/a jste v poslední roce nějaké nachlazení? Pokud je to vhodné: Měl/a jste absen-
ce v zaměstnání nebo ve škole?
- c) Co všechno děláte pro udržení svého zdraví? Včetně všech zvyklostí, eventuálně lido-
vých léčebných postupů. Kouření, užívání léků, drog? Alkohol? (Kdy naposled?) Sa-
movyšetřování prsů u žen?
- d) Úrazy a nehody doma, v zaměstnání, v dopravě?
- e) Byly nějaké problémy v minulosti s nalezením způsobu jak dodržovat doporučení lékařů
a sester?
- f) Pokud je to vhodné: Co si myslíte, že způsobilo Vaši chorobu? Co jste udělal/a, když se
objevily první příznaky a s jakým výsledkem?
- g) Pokud je to vhodné: Co bude pro Vás důležité po pobytu u nás? Jak Vám můžeme po-
moci?

2. Výživa a metabolismus

- a) Můžete mi popsat Váš typický denní příjem stravy (přídavky, přílohy)?
- b) Můžete mi popsat Váš typický denní příjem tekutin? Kolik je jejich celkové množství?
- c) Jaká je vaše hmotnost (váha) v posledním období, pozorujete zvýšení nebo úbytek váhy?
- d) Máte chuť k jídlu? Nepozorujete nějakou změnu?
- e) Můžete mi popsat druhy jídla a způsob příjmu potravy? Máte nějaké potíže při jídle ne-
bo dietní omezení?
- f) Jak byste popsal/a stav kůže, poranění, kožní léze apod.?
- g) Máte nějaké problémy se zuby? Máte náhradní chrup? Navštěvujete zubního lékaře?
Kdy byla poslední kontrola?

3. Vylučování

- a) Míváte pravidelnou stolici? Můžete popsat vzhled exkretů? Máte nějaké potíže při vyprazdňování stolice? Užíváte projímadla?
- b) Můžete popsat způsob a pravidelnost močení? Problémy s pravidelností? Množství, vzhled, barvu a zápach moče?
- c) Nadměrné pocení? Odér potu?

4. Aktivita, cvičení

- a) Máte pocit dostatečné síly a životní energie?
- b) Cvičíte? Jaké typy cvičení a jejich pravidelnost?
- c) Jak trávíte svůj volný čas? Aktivní/pasivní odpočinek?
- d) Vnímání schopnosti pro denní aktivity (schopnost najíst se, umýt se, vykoupat se, upravit se, celková pohyblivost, schopnost dojít na toaletu, obléci se, pohybu na lůžku, udržování domácnosti, nakoupit si, uvařit si apod.)

5. Spánek a odpočinek

- a) Jaký máte pocit celkové odpočatosti a připravenosti k denním činnostem?
- b) Máte nějaké potíže s usínáním? Co Vám pomáhá? Máte sny/noční děsy? Budíte se v noci? Probouzí se častěji?
- c) Jak dlouho trvá celková doba odpočinku/relaxace?

6. Vnímání, poznávání

- a) Máte nějaké potíže se sluchem? Sluchadlo nebo jiné kompenzační pomůcky?
- b) Vidíte dobře? Nosíte brýle? Kdy byla naposled oční kontrola?
- c) Mentální stav a úroveň vědomí: Nevnímáte v poslední době nějakou změnu paměti? (zapamatování, vybavování, výpadky paměti)?
- d) Rozhodujete se snadno/obtížně? Máte pocit nejistoty?

- e) Jakým způsobem se nejsnadněji naučíte novou věc? Někaké potíže s učením?
- f) Byl/a jste poučen/a o svém stavu? Schází Vám další informace?
- g) Pocit bolesti? Jiné nepříjemné pocity? Jak je zvládáte? S jakým efektem?

7. Sebekoncepce, sebeúcta

- a) Jak se cítíte? Jak zvládáte situace, spoléháte na sebe? Myslíte si, že si v náročnějších situacích sám/a poradíte? Jste sám/a se sebou spokojen/a, když dosahujete svých cílů? Jste si jist/a sám/a sebou? Jak byste popsál/a sebe sama?
- b) Změnil se nějakým způsobem Váš tělesný vzhled nebo se omezila činnost, kterou nemůžete vykonávat? Jaké to pro Vás má důsledky a jaké máte problémy?
- c) Jak prožíváte současnou situaci (od vzniku nebo průběhu onemocnění), eventuálně došlo ke změně způsobu vnímání sebe sama nebo Vašeho těla?
- d) Existuje něco, co Vás zneklidňuje? Nudí? Vyvolává strach, úzkost, špatnou náladu, depresi? Jak se těmto pocitům bráníte a co Vám proti tomu pomáhá? Jaké relaxační techniky používáte?

8. Plnění rolí, mezilidské vztahy

- a) Bydlíte samostatně/s rodinou? Jaká je struktura rodiny?
- b) Někaké problémy v rodině (malé, dospívající děti, zakládání rodiny, rozšiřování rodiny)?
- c) Jakým způsobem se v rodině zvládají běžné problémy?
- d) Pokud je to vhodné: Jak rodina prožívá Vaši nemoc/hospitalizaci?
- e) Je na Vás rodina závislá? Jak to zvládáte?
- f) Pokud je to vhodné: Problémy s dětmi? Zvládání této situace?
- g) Sounáležitost k nějaké společenské skupině? Blízcí přátelé? Máte pocit osamělosti? Často?
- h) Jste celkově spokojen/a ve svém zaměstnání? Ve škole? Pokud je to vhodné: Máte dostatečný příjem pro uspokojení svých potřeb?

- i) Cítíte se být součástí svého okolí nebo máte pocit, že jste izolován/a v místě svého bydliště?

9. Sexualita, reprodukční schopnost

- a) Pokud je to vhodné k věku/situaci: Uspokojivé sexuální vztahy? Změny? Potíže? Jiné problémy?
- b) Pokud je to vhodné: Užívání antikoncepce? Problémy?
- c) Ženy: Kdy Vám začala menstruace? Můžete mi říct datum poslední menstruace? Máte nějaké potíže nebo problémy? Kolik jste měla porodů? Kolik se Vám narodilo živých dětí? Kolikrát jste byla gravidní?

10. Stres, zátěžové situace, jejich zvládnání a tolerance

- a) Vyskytla se nějaký větší životní změna ve Vašem životě v posledních 2 letech? Vyskytla se situace, kterou byste označil/a krizí?
- b) Kdo Vám nejvíce pomůže při řešení Vašich životních problémů a záležitostí? Je tato osoba pro Vás vždy k dispozici?
- c) Prožíváte napětí dlouhodobě? Co Vám pomáhá k jeho snížení? Užíváte léky? Drogy? Alkohol?
- d) Když máte větší nebo jakékoliv problémy v životě, jak je zvládáte? Jaké řešení volíte? Jsou tyto způsoby efektivní?

11. Víra, přesvědčení a životní hodnoty

- a) Jaký/é důležitý/é plán/y máte do budoucna? Prožíváte něco, co byste chtěl/a odstranit ze svého života?
- b) Jste věřící? Je pro Vás náboženství důležité? Pokud je to vhodné: Pomáhá Vám to pro překonávání potíží?
- c) Pokud je to vhodné: Představuje pro Vás pobyt u nás nějaké omezení, pokud jde o náboženství?

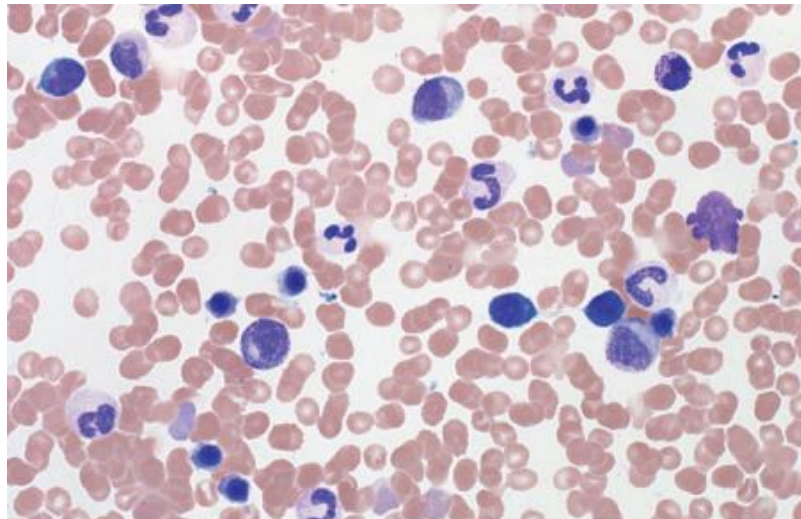
12. Jiné

- a) Jakékoli jiné záležitosti, o kterých jsme nemluvili a o kterých byste se rád/a zmínil/a?

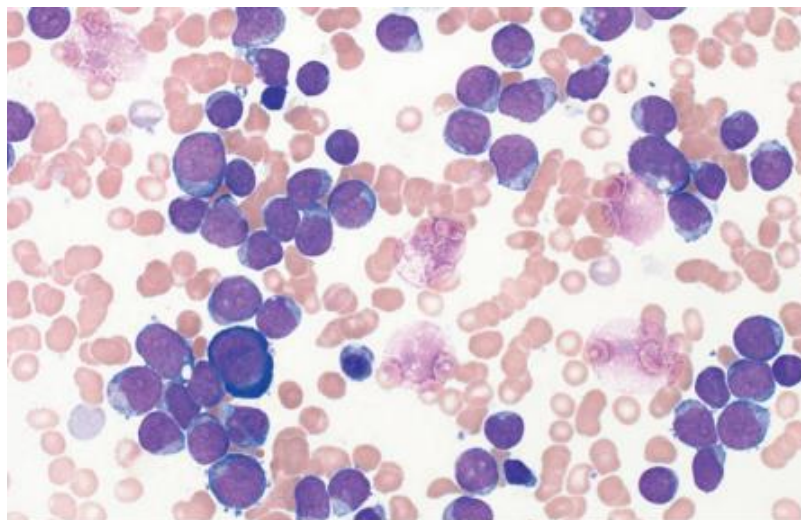
(Trachtová, 2014, str. 171-173)

PŘÍLOHA P III: MIKROSKOPICKÝ OBRAZ KOSTNÍ DŘENĚ U ZDRAVÉHO ČLOVĚKA (A) A U PACIENTA S AKUTNÍ MYELOIDNÍ LEUKÉMIÍ (B)

A



B



(Zdroj: Kolektiv autorů, obrázek poskytla MUDr. Alena Buliková, Ph.D., 2013)

**PŘÍLOHA P IV: NORMÁLNÍ HODNOTY KREVNÍHO OBRAZU,
DIFERENČNÍ HODNOTY BÍLÝCH KRVINEK**

Tabulka 15 - Normální hodnoty krevního obrazu

Erytrocyty (RBC)	<i>Muži</i>	4,0 - 5,0 x 10 ¹² /l
	<i>Ženy</i>	3,8 - 5,4 x 10 ¹² /l
Hemoglobin (HGB)	<i>Muži</i>	130 - 176 g/l
	<i>Ženy</i>	120 - 160 g/l
Hematokrit (HCT)	<i>Muži</i>	0,30 - 0,51
	<i>Ženy</i>	0,35 - 0,46
Střední objem erytrocytů (MCV)		84 - 96 fl
Hemoglobin v erytrocytu (MCH)		28 - 34 pg
Koncentrace HGB v erytrocytu (MCHC)		320 - 370 g/l
Distribuční šíře erytrocytů (RDW)		10,0 - 15,2 %
Trombocyty (PLT)		150 - 350 x 10 ⁹ /l
Střední objem trombocytů		7,8 - 11,0 fl
Leukocyty (WBC)		4,0 - 10,0 x 10 ⁹ /l

Tabulka 16 - Diferenční hodnoty bílých krvinek

Neutrofilní leukocyty	0,50 - 0,75
Neutrofilní tyčky	0,01 - 0,05
Eozinofily	do 0,05
Bazofily	do 0,01
Monocyty	0,03 - 0,10
Lymfocyty	0,15 - 0,40

PŘÍLOHA P V: PÍSEMNÝ SOUHLAS PACIENTA S PODÁNÍM TRANSFUZNÍHO PŘÍPRAVKU

PÍSEMNÝ SOUHLAS PACIENTA / ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE S TRANSFUZÍ

Vážená paní, vážený pane,

transfuze bude součástí léčby Vašeho onemocnění (úrazu, operace). Transfuzí se rozumí podání transfuzního přípravku do žíly pomocí jednorázové transfuzní soupravy.

Transfuzní přípravky jsou vyráběny z krve dobrovolných dárců za dodržení zákonných podmínek (zák. 378/2007 Sb. o léčivech v platném znění, vyhl. 143/2008 Sb. o lidské krvi, aj.). Zásadou účelné hemoterapie (léčby krví) je podat pacientovi jen tu část krve, kterou nezbytně potřebuje. Proto se podávají následující transfuzní přípravky:

- červené krvinky (erytrocyty) – k léčbě chudokrevnosti (anémie) a krevních ztrát, kdy je nedostatečný přenos kyslíku do orgánů a tkání
- krevní destičky (trombocyty) – k léčbě nebo prevenci krvácení, které je způsobeno nedostatkem vlastních destiček nebo poruchou jejich funkce
- plazma – k léčbě poruch srážení krve
- bílé krvinky (leukocyty) – k léčbě těžkých infekcí při nedostatku vlastních leukocytů

Vlastní transfuze trvá, v závislosti na typu podávaného transfuzního přípravku a na zdravotním stavu příjemce, desítky minut až několik hodin.

Transfuze s sebou nese v 0–2 % případů podání riziko **potransfuzní reakce nebo komplikace**. Nejčastěji se vyskytují: alergická reakce (obvykle ve formě kožní vyrážky), zvýšená teplota nebo horečka, bolesti hlavy. Mezi vzácné reakce patří: rozpad červených krvinek (nejčastěji způsobený záměnou krevního vzorku nebo transfuzního přípravku), těžká alergická reakce, těžká plicní reakce s dechovými potížemi, tvorba protilátek proti krvi dárce, snížení počtu destiček po transfuzi s krvácením, šokový stav, přenos infekčních chorob (virů, bakterií, protozoí, prionů), přetížení krevního oběhu (zvl. u pacientů s nemocemi

srdce nebo ledvin), reakce štěpu proti hostiteli, přetížení železem (u pacientů s četnými transfuzemi), podchlazení, ovlivnění hladiny vápníku a draslíku v krvi pacienta.

Jako alternativy k podání dárcovské krve se nabízí:

- autotransfuze – transfuzní přípravek vyrobený z krve pacienta (krev se může odebrat před plánovanou operací, v úvodu do anestezie nebo sbírat z operační rány během operace) – lze uplatnit jen u některých plánovaných operací za předpokladu dobrých hodnot krevního obrazu pacienta a odpovídajícího vybavení zdravotnického zařízení,
- podávání léků nutných pro tvorbu červených krvinek (železo, kyselina listová, vitamin B12) - účinné pouze u některých chudokrevností, nástup účinku trvá týdny až měsíce,
- podávání léků (hormonálních přípravků), které povzbuzují kostní dřen ke krve tvorbě: nástup účinku trvá týdny, lze použít pouze pro některé chorobné stavy,
- podávání léků ke snížení krvácení: jejich účinek při stavění krvácení je omezený, slouží spíše jako doplněk k léčbě transfuzí.

Transfuze neléčí příčinu onemocnění, ale bez provedení transfuze by mohlo dojít k poškození zdraví či ke smrti pacienta. Pacient má právo odmítnout transfuzi a svobodně rozhodnout o dalším postupu při poskytování zdravotní péče.

PÍSEMNÝ SOUHLAS PACIENTA / ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE S TRANSFUZÍ

PACIENT/KA, **r.č.**

jméno

příjmení

.....,

.....

pojišťovna

název a identifikace kliniky / oddělení

Zákonný zástupce (u osob nezletilých, zbavených nebo s omezenou způsobilostí k právním úkonům)

..... r.č.,
jméno příjmení
..... vztah k pacientovi

Prohlašuji, že:

1. jsem byl/a lékařem srozumitelně informován/a o provedení transfuze krve (podání transfuzních přípravků) a informacím uvedeným na straně 2 tohoto písemného souhlasu jsem porozuměl/a,
2. lékař/ka, který/á mi poskytl/a informace a poučení, mi osobně vysvětlil/a vše, co je obsahem tohoto písemného souhlasu,
3. jsem měl/a možnost klást lékaři doplňující otázky a na otázky mi bylo řádně odpovězeno,
4. jsem plně porozuměl/a výše uvedeným informacím a souhlasím s transfuzí - s podáním transfuzních² přípravků (označte):
 červených krvinek
 krevních destiček
 plazmy
 bílých krvinek
autotransfuze
5. jsem srozuměn/a s tím, že transfuze krve (podání transfuzních přípravků) nemusí být provedena lékařem, který² mě dosud ošetřoval,
6. **souhlasím**² (označte):
 podáním (transfuzí) 1 jednotky transfuzního přípravku
 podáváním transfuzních přípravků během mé hospitalizace
opakovaným podáváním transfuzních přípravků během ambulantní léčby mého onemocnění

?

jiné (uved'te)

Datum: Čas:	Podpis pacienta/ky /zák. zástupce: 	Identifikace a podpis lékaře:
--------------------	---	--

Dodatek: Pokud se nemůže pacient s ohledem na svůj zdravotní stav podepsat, ale je schopen jiným způsobem vyjádřit svou vůli, opatří se záznam podpisem dalšího zdravotnického pracovníka a uvedou se důvody, pro něž se pacient nemohl podepsat a dále se uvede, jakým způsobem projevila svou vůli:

.....
.....
.....

(Zdroj: Doporučení Společnosti pro transfuzní lékařství ČLS JEP č. STL_2015_12 ze dne 1. 9. 2015 verze 1)

PŘÍLOHA VI: PLNÝ PŘEPIS ŘÍZENÉHO ROZHOVORU S PACIENTEM ZPRACOVANÉHO DO KAZUISTIK

Dobrý den, jmenuji se Lucie Chytilová a jsem studentkou 3. ročníku bakalářského oboru všeobecná sestra ve Zlíně z Fakulty humanitních studií - Ústavu zdravotnických věd. V rámci výzkumu mé bakalářské práce na téma: „Specifika ošetrovatelské péče u pacientů s hematoonkologickým onemocněním“, bych s Vámi ráda provedla rozhovor, jehož výsledky budou použity ke zpracování mé bakalářské práce.

Mohu Vás ujistit, že provedený rozhovor bude anonymní a bude sloužit jen pro mé výzkumné účely. Pokud by se v rozhovoru vyskytla otázka, na kterou nebudete chtít odpovídat, budu toto samozřejmě plně respektovat a přizpůsobím se Vám. Předem bych Vám ráda poděkovala za ochotu a trpělivost.

Řozhovor s pacienty s hematoonkologickým onemocněním:

Identifikační údaje:

- Jaký je Váš věk?
- Jaké je Vaše pohlaví?
- Jaké onemocnění Vás přesněji trápí?

1. Vnímání zdravotního stavu, aktivit k udržení zdraví

1. Jak vnímáte svůj zdravotní stav? Co pro Vás znamená pojem zdraví? Dokázal/a byste pojem zdraví definovat vlastními slovy?
2. Jaké projevy onemocnění na sobě pozorujete či pociťujete?
3. Co všechno děláte pro udržení svého zdraví? (Dodržujete zdravý životní styl? Užíváte vitamínové preparáty?)
4. Zvládáte dodržovat doporučení od lékaře či sestry? Chápete všechna lékařská doporučení? Vysvětlil/a Vám lékař/ka všechno tak, abyste to pochopil/a a porozuměl/a tomu?
5. Ví o Vašem onemocnění rodina? Pokud ne, chcete ji informovat?

Změnu zdraví v této doméně celkově hodnotím jako:

- a) velmi výrazná změna,
- b) výrazná změna,
- c) mírná změna,
- d) žádná změna,
- e) nevím, nemohu zhodnotit.

2. Výživa a metabolismus

1. Změnily se během Vašeho onemocnění Vaše stravovací návyky?
2. Kolik toho za den sníte a co převážně tvoří Vaši stravu? Dodržujete nějaká speciální dietní omezení?
3. Zaznamenal/a jste během své nemoci nějaké změny hmotnosti? (úbytek nebo příbytek hmotnosti?)
4. Vnímáte Vaši výživu jako dostatečnou? (Netrpíte nechutenstvím? Jestli ano, tak jak dlouho?)
5. Jaké množství tekutin denně vypijete?
6. Nosíte zubní protézu (horní i dolní)?

Změnu zdraví v této doméně celkově hodnotím jako:

- a) velmi výrazná změna,
- b) výrazná změna,
- c) mírná změna,
- d) žádná změna,
- e) nevím, nemohu zhodnotit.

3. Vylučování

1. Máte pravidelnou stolici? Jak často? Máte nějaké potíže při vyprazdňování (zácpa, průjem)? Používáte projímadla? Pokud ano, jak často?
2. Nemáte nějaké potíže při močení? Jak chodíte často? Jakou má moč barvu? Jsou v moči nějaké příměsi (jako např. krev, hnis, sraženiny aj.)
3. Trpíte nadměrným pocením?

Změnu zdraví v této doméně celkově hodnotím jako:

- a) velmi výrazná změna,
- b) výrazná změna,
- c) mírná změna,
- d) žádná změna,
- e) nevím, nemohu zhodnotit.

4. Aktivita a cvičení

1. Jakým způsobem Vás omezuje nemoc při vykonávání běžné denní činnosti? Jak vnímáte svou sílu a energii? Připadáte si silná/ý nebo slabá/ý? Jak se Vám dýchá? Nepocítujete nějaké potíže při dýchání?
2. Udržujete nějakou aktivitu, ať je to sport nebo pohyb na zahrádce?
3. Jak trávíte svůj volný čas? Pasivně nebo aktivně? Uveďte mi nějaké aktivity.
4. Jak se zvládáte se nyní o sebe postarat? Potřebujete s nějakou aktivitou pomoci? Jak jste aktivitu zvládal/a před onemocněním? Jaké pocítujete změny v pohybové aktivitě?
5. Potřebujete k chůzi nějaké kompenzační pomůcky? (francouzské hole, podpažní berle aj.)

Změnu zdraví v této doméně celkově hodnotím jako:

- a) velmi výrazná změna,
- b) výrazná změna,
- c) mírná změna,
- d) žádná změna,
- e) nevím, nemohu zhodnotit.

5. Spánek a odpočinek

1. Necítíte se přes den unaven/á? Nechce se Vám přes den spát?
2. Spáváte v noci dobře? Jestliže ne, jaké máte problémy? Kolik spíte denně hodin? Usínáte dobře? Neprobouzíte se v noci? Užíváte nějaké léky na spaní? Jestli ano, léky Vám doporučil lékař? Užíváte je pravidelně nebo dle potřeby?

Změnu zdraví v této doméně celkově hodnotím jako:

- a) velmi výrazná změna,
- b) výrazná změna,
- c) mírná změna,
- d) žádná změna,
- e) nevím, nemohu zhodnotit.

6. Vnímání - poznávání

1. Máte nějaké problémy se sluchem? Používáte naslouchadlo nebo jiné kompenzační pomůcky?
2. Vidíte dobře? Nosíte brýle? Pokud ano, vidíte špatně do dálky nebo na blízko?
3. Nepocítujete v poslední době nějaké změny paměti (zapomínání, výpadky paměti aj.)?
4. Co všechno víte o svém stavu? Myslíte si, že jste plně informován/á o svém zdravotním stavu? Jsou Vám dostatečně srozumitelné informace poskytované zdravotnickým personálem?
5. Pociťujete v době své nemoci změnu v přístupu blízkého okolí k Vaší osobě?
6. Bolí Vás teď něco? Pokud ano, jak bolest vnímáte? Co děláte pro odstranění nebo zmírnění bolesti? Zaujímáte úlevovou polohu, užíváte nějaké léky od bolesti aj.? Užíváte je pravidelně nebo jenom dle potřeby?
7. Trpíte zvýšeným sklonem ke krvácení? Používáte nějaká doporučení a prostředky pro rychlejší hojení (např. masti, pasty apod.)?
8. Jak byste popsal/a stav kůže, kožní léze apod.? (suchá, loupe se, otoky apod.)?
9. Trpíte na hematomy/modřiny aj.?

Změnu zdraví v této doméně celkově hodnotím jako:

- a) velmi výrazná změna,
- b) výrazná změna,
- c) mírná změna,
- d) žádná změna,
- e) nevím, nemohu zhodnotit.

7. Sebekoncepce a sebekontrola

1. Jak hodnotíte sám/sama sebe? Jste spíše extrovert nebo introvert?
2. Změnilo se vaše chování a Váš pohled na sebe během nemoci?
3. Jak prožíváte současnou situaci (od vzniku nebo průběhu onemocnění), eventuálně došlo ke změně způsobu vnímání sebe sama nebo Vašeho těla?
4. Existuje něco, co Vás zneklidňuje? Máte teď momentálně z něčeho strach/obavy?

Změnu zdraví v této doméně celkově hodnotím jako:

- a) velmi výrazná změna,
- b) výrazná změna,
- c) mírná změna,
- d) žádná změna,
- e) nevím, nemohu zhodnotit.

8. Plnění rolí, mezilidské vztahy

1. Bydlíte sám/a s manželem/manželkou nebo s celou rodinou?
2. Někjaké problémy v rodině máte? (malé, dospívající děti, zakládání rodiny, rozšiřování rodiny? Jestli o nich chcete mluvit, tak jaké?
3. Máte ve svém okolí někoho, kdo Vám v případě potřeby podá pomocnou ruku?
4. Cítíte v době své nemoci dostatek podpory a lásky od svých blízkých?
5. Jak řešíte rodinné problémy? Jste schopný/á se o problémech bavit? Řešíte problémy s jednotlivci nebo rovnou se všemi?
6. Jak často Vás někdo navštěvuje? Kdo? Jste s někým v neustálém kontaktu (jak osobně tak třeba i písemně)?
7. Jak reagovala Vaše rodina na onemocnění? Jak se o tom dověděli (od Vás, od přátel nebo od zdravotnického personálu)? Je o Vašem stavu informována Vaše rodina plně nebo si nepřejete, aby byli informováni?
8. Jak vnímáte své okolí (spolupacienty, stacionář, personál)? Je to pro Vás depresivní nebo máte pocit, že si zde odpočínáte? Jak na Vás působí nemocniční prostředí (negativně nebo kladně)?
9. Máte v době nemoci omezené začlenění do společnosti?

Změnu zdraví v této doméně celkově hodnotím jako:

- a) velmi výrazná změna,
- b) výrazná změna,
- c) mírná změna,
- d) žádná změna,
- e) nevím, nemohu hodnotit.

9. Sexualita, reprodukční činnost

1. Neprodělal/a jste nějaké pohlavní onemocnění? Stačí ano ne, pokud se k tomuto nechcete vyjadřovat.
2. Nemáte nějaké problémy v sexuálním životě? Jak z Vaší strany, tak ze strany partnera? Pokud nechcete, nemusíte se k tomuto bodu vyjadřovat.
3. U žen
 - a. Užíváte hormonální antikoncepci? Jakou (pilulky, náplasti, nitroděložní tělísko apod.) a jak dlouho? Nemáte nějaké problémy s užíváním antikoncepce? Ne-projevili se u Vás nějaké vedlejší účinky spojené s užíváním hormonální anti-koncepce?
 - b. Menstruujete? Kdy naposledy? Pravidelně? Někjaké potíže jako bolesti břicha, zvracení, nechutenství apod. nemáte?
 - c. Počet porodů? Měla jste nějaké komplikace během porodu?
 - d. Navštěvujete pravidelně svého gynekologa? Provádíte si samovyšetření prsu? Pokud ano, jak často?
4. U mužů
 - a. Netrpíte onemocněním prostaty? Provádíte si samovyšetření varlat? Pokud ano, jak často?

Změnu zdraví v této doméně celkově hodnotím jako:

- a) velmi výrazná změna,
- b) výrazná změna,
- c) mírná změna,
- d) žádná změna,
- e) nevím, nemohu hodnotit.

10. Stres, zátěžové situace, jejich zvládnání, tolerance

1. Vyskytla se nějaký větší životní změna ve Vašem životě v posledních 2 letech? (svatba, úmrtí, finanční potíže)
2. Kdo Vám nejvíce pomůže při řešení Vašich životních problémů a záležitostí? Je tato osoba pro Vás vždy k dispozici? Nenavštěvujete nebo nenavštěvoval/a jste někdy psychologa nebo psychiatra? Užíváte nějaké léky na uklidnění, drogy, pijete alkohol, kouříte?
3. Když máte větší nebo jakékoliv problémy v životě, jak je zvládáte? Jaké řešení volíte? Jsou tyto způsoby efektivní?

Změnu zdraví v této doméně celkově hodnotím jako:

- a) velmi výrazná změna,
- b) výrazná změna,
- c) mírná změna,
- d) žádná změna,
- e) nevím, nemohu zhodnotit.

11. Víra, přesvědčení, životní hodnoty

1. Jaké 3 životní hodnoty mají pro Vás největší význam? Seřad'te, prosím, tyto hodnoty od 1. až do 3. místa

1.
2.
3.

2. Jste věřící? Jak je to pro Vás náboženství důležité? Pomáhá Vám víra vyrovnat se s nemocí?
3. Jaké máte životní cíle? Čeho byste chtěla v životě docílit? Co je pro Vás cílem života?


Změnu zdraví v této doméně celkově hodnotím jako:

- a) velmi výrazná změna,
- b) výrazná změna,
- c) mírná změna,
- d) žádná změna,
- e) nevím, nemohu zhodnotit.

12. Jiné

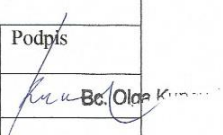
1. Jakékoli jiné záležitosti, o kterých jsme nemluvili a o kterých byste se rád/a zmínil/a?
(Vztah k lékařskému i nelékařskému zdravotnickému personálu, spokojenost s poskytováním ošetrovatelské péče apod.).

PŘÍLOHA VI: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

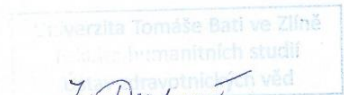
ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění dotazníkového šetření na Vašem pracovišti, které bude níže uvedený student realizovat v rámci zpracování bakalářské práce, jejíž součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetřovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra (prezenční – kombinovaná forma studia).

Jméno a příjmení studenta	CHYTIKOVÁ ANČIE		
Téma bakalářské práce	Specifická ošetrovatelská péče u pacientů s hemato-onkologickým onemocněním		
Vedoucí bakalářské práce	MUDr. Jéna Pelková		
 podpis		
Skupina respondentů			
Pracoviště	Vyjádření vrchní sestry / vedoucího pracoviště (nehodící se škrtněte)	Podpis	
HTO	<input checked="" type="radio"/> Souhlasím	<input type="radio"/> Nesouhlasím	
	<input type="radio"/> Souhlasím	<input type="radio"/> Nesouhlasím	
	<input type="radio"/> Souhlasím	<input type="radio"/> Nesouhlasím	

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne 14.12.2015



15-12-2015



Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
ředitelka Ústavu zdravotnických věd

 KRAJSKÁ NEMOCNICE (S)
T. BATI, a. s.
Havlíčkovo nábřeží 600, 762 75 Zlín
IČ: 27661989 DIČ: CZ27661989
Tel.: +420 577 552 111 Fax: +420 577 552 107
bazlin@bnzlin.cz www.kntb.cz

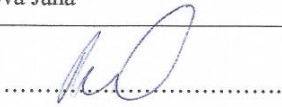
.....
razítko a podpis zástupce zařízení

PŘÍLOHA VI: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ PŘÍSTUPU K INFORMACÍM

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ PŘÍSTUPU K INFORMACÍM

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění přístupu k informacím na Vašem pracovišti, pro níže uvedeného studenta. Tento student v rámci ukončení studia bude zpracovávat bakalářskou práci, jejíž součástí je teoretická a empirická část. K tomu, aby mohl práci dokončit, potřebuje pracovat s informacemi z Vašeho pracoviště. Student je poučen o povinné mlčenlivosti a ochraně dat, včetně důsledků, které mu při porušení mlčenlivosti hrozí. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra (prezenční – kombinovaná forma studia).


Jméno a příjmení studenta	Lucie Chytilová	
Téma bakalářské práce	Specifika ošetrovatelské péče u pacientů s hematoonkologickým onemocněním	
Vedoucí bakalářské práce	MUDr. Pelková Jana  podpis	
Skupina respondentů	18 – 49 let a 50 let a více	
Pracoviště: KNTB	Vyjádření vrchní sestry / vedoucího pracoviště (nehodící se škrtněte)	Podpis
Hematologicko-transfuzní odd.	Souhlasím Nesouhlasím	
	Souhlasím Nesouhlasím	

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne 17-03-2016

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav zdravotnických věd


.....
Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
ředitelka Ústavu zdravotnických věd


Havlíčkovo nábřeží Tel.: +420 577 551 111
600, 762 75 Zlín Fax: +420 577 552 107
IČ: 27661989 bnzlin@bnzlin.cz
DIČ: CZ27661989 www.kntb.cz

.....
razítko a podpis zástupce zařízení