

**FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ**

Studijní program: Ošetrovatelství B5341

**Magdaléna Lundáková**

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

**ŽIVOT S LEUKÉMIÍ**

**Bakalářská práce**

**Vedoucí práce: Mgr. Simona Šípová**

PLZEŇ 2017

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala samostatně, s použitím odborné literatury a pramenů uvedených v seznamu, který je součástí této bakalářské práce.

V Plzni dne 27. 3. 2017

.....

vlastnoruční podpis

**Poděkování:**

Ráda bych poděkovala vedoucí bakalářské práce Mgr. Simoně Šípové, vrchní sestře Onkologické a radioterapeutické kliniky FN Plzeň za cenné profesionální rady, připomínky a metodické vedení práce. Dále bych ráda poděkovala respondentům za jejich ochotu a čas, který mi věnovali během rozhovorů.

## **Anotace**

Příjmení a jméno: Lundáková Magdaléna

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Život s leukémií

Vedoucí práce: Mgr. Simona Šípová

Počet stran – číslované: 51

Počet stran – nečíslované: 19

Počet příloh: 5

Počet titulů použité literatury: 27

Klíčová slova: leukémie, potřeby nemocných, kompetence sester, role všeobecných sester, dětský pacient

## **Souhrn:**

Bakalářská práce je zaměřena na život s leukémií a na zjištění jak vnímali roli všeobecné sestry pacienti dětského věku (14-17 let), kteří se léčili na KDHO ve FN Motol.

V teoretické části popisují onemocnění leukémie jako takové. Obsahuje přehled o složení krve, způsobu vzniku leukémie, o typech leukémie, příznaky tohoto onemocnění, prováděná vyšetření a léčbu leukémie. Dále se v teoretické části také zmiňují o potřebách nemocných, o kompetencích sester a ošetrovatelském modelu Marjory Gordon.

Praktickou část tvoří rozhovory s bývalými pacienty, kteří se léčili na akutní lymfatickou leukémií na KDHO ve FN Motol. Rozhovor byl rozdělen do jednotlivých oblastí, tj. na oblasti denních aktivit, oblast změn či problémů s výživou, oblast informovanosti, oblast ošetrování invazivních vstupů, oblast komunikace, oblast léčby bolesti, dále na oblast psychické podpory u invazivních výkonů, oblast samotné psychické podpory a na roli všeobecné sestry v jednotlivých oblastech. Rozhovory byly nahrávány na diktafon, doslovně přepsány a následně zanalyzovány.

Výstupem mé bakalářské práce je vytvoření mapy ošetrovatelské péče.

## **Annotation**

Surname and name: Magdaléna Lundáková

Department: Nursing and Midwifery

Title of thesis: Life with leukemia

Consultant: Mgr. Simona Šípová

Number of pages – numbered: 51

Number of pages – unnumbered: 19

Number of appendices: 5

Number of literature items used: 27

Keywords: leukemia, needs of patients, nursing skills, the role of nurses, child patient

## **Summary**

This bachelor thesis focuses on life with leukemia and determining how the role of the general nurse is perceived by paediatric patients (aged 14-17) treated at the Department of Paediatric Haematology and Oncology at Motol University Hospital.

In the theoretical part I describe the disease of leukemia. This part includes an overview of the composition of the blood, how leukemia originates, types of leukemia, the symptoms of this disease, examinations and the treatment of leukemia. The theoretical part also mentions what leukemia sufferers need, nursing skills, and the Marjory Gordon nursing model.

The practical part comprises interviews with former patients who were treated for acute lymphoblastic leukemia at the Department of Paediatric Haematology and Oncology at Motol University Hospital. The interviews were divided up into individual areas, i.e. daily activities, dietary changes or problems, awareness, the treatment of invasive surgery, communication, pain management, as well as psychological support for patients undergoing invasive procedures, psychological support itself, and the role of the nurse in these individual areas. The interviews were recorded using a dictaphone, transcribed verbatim and subsequently analysed.

The outcome of my bachelor thesis is a nursing care map.

# OBSAH

	ÚVOD.....	9
1	LEUKÉMIE.....	10
1.1	Seznámení s leukémií .....	10
1.2	Z čeho se skládá krev.....	10
1.3	Způsob vzniku leukémie.....	11
2	ROZDĚLENÍ LEUKÉMIÍ DLE TYPU A FORMY .....	12
2.1	Akutní lymfatická leukémie (ALL).....	12
2.2	Chronická lymfatická leukémie (CLL).....	13
2.3	Akutní myeloidní leukémie (AML).....	13
2.4	Chronická myeloidní leukémie (CML) .....	13
3	PŘÍZNAKY LEUKÉMIE .....	14
3.1	Příznaky u akutní leukémie .....	14
3.2	Příznaky u chronické leukémie.....	14
4	PROVÁDĚNÁ VYŠETŘENÍ .....	15
4.1	Vyšetření krve .....	15
4.2	Vyšetření kostní dřeně .....	15
4.3	Vyšetření mozkomíšního moku.....	16
5	LÉČBA LEUKÉMIE.....	16
5.1	Možnosti léčby .....	17
5.1.1	Chemoterapie .....	17
5.1.2	Radioterapie .....	19
5.1.3	Transplantace kostní dřeně.....	19
6	POTŘEBY NEMOCNÝCH .....	20
6.1	Základní rozdělení a seznámení s potřebami nemocných .....	20
6.2	Rozdělení potřeb z pohledu psychologie.....	21
6.3	Hierarchie potřeb dle A. H. Maslowa.....	21
6.4	Maslow a jeho seřazení potřeb .....	21
6.5	Maslowova teze o vyšších potřebách .....	22
6.6	Uspokojování potřeb nemocných .....	22
6.7	Ovlivňující faktory při uspokojování potřeb nemocných.....	23
7	Kompetence sester .....	23

7.1	Zákonné ustanovení .....	23
7.2	Příprava sester pro výkon kompetencí .....	24
7.3	Kompetence sester dle typu studia .....	25
8	Ošetrovatelský model .....	26
8.1	Marjory Gordon: Model funkčních vzorců zdraví .....	26
8.2	Dvanáct vzorců zdraví M. Gordon obsahuje: .....	27
9	FORMULACE PROBLÉMU .....	29
10	CÍL VÝZKUMU .....	29
11	DÍLČÍ CÍLE.....	29
12	VÝZKUMNÉ OTÁZKY .....	30
13	DRUH VÝZKUMU A VÝBĚR METODIKY .....	30
14	VÝBĚR PŘÍPADU .....	30
15	POPIS RESPONDENTŮ .....	30
16	ZPŮSOB ZÍSKÁVÁNÍ INFORMACÍ.....	31
17	INTERPRETACE ROZHOVORŮ .....	32
17.1	Respondent č. 1 .....	32
17.2	Respondent č. 2: .....	37
17.3	Respondent č. 3 .....	41
17.4	Respondent č. 4: .....	46
18	ANALÝZA ROZHOVORŮ.....	51
19	DISKUZE .....	55
	ZÁVĚR.....	59
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A ZDROJŮ	
	SEZNAM ZKRATEK	
	SEZNAM PŘÍLOH	

## ÚVOD

Předkládaná práce je zaměřena na celkový pohled dětských pacientů (zejména ve věku 15 – 17 let) na prostředí v němž léčba probíhala, na ošetřující personál a na celkový vjem klinického pracoviště. Dominantním tématem byl zájem o zjištění, jak výše uvedená skupina pacientů vnímá zejména roli všeobecné sestry v celém procesu léčby. U této věkové skupiny pacientů je oproti mladším léčeným dětem častější absence rodičů či rodinných příslušníků u lůžka v době léčby a léčebných procesů. Celkovou potřebu zabývat se výzkumem konkrétních potřeb tohoto tématu mi byla vlastní zkušenost v roli pacientky léčené v FN Motol v Praze, kliniky dětské hematologie a onkologie s diagnostikovanou akutní lymfoblastickou leukémií. Celková doba mé léčby čítala 24 měsíců. Má léčba probíhala formou chemoterapie, k transplantaci kostní dřeně nedošlo.

V průběhu mé léčby mě zaujala práce středního zdravotnického personálu natolik, že v době výběru následného studia bylo zdravotnické lyceum jedinou možnou volbou. Během docházky na střední školu výše uvedeného oboru jsem neměla možnost přímé praxe na klinických odděleních a žádného styku s pacienty. Proto jsem po maturitě nastoupila na Fakultu zdravotnických studií – obor všeobecná sestra. V průběhu praktické výuky jsem měla možnost aplikace ošetrovatelských procesů přímo na pacientech a spektrum umožněných oborů mi dovolilo srovnání potřeb pacientů s různými diagnózami. I zde jsem vnímala v roli sestry rozdílnost jednotlivých potřeb u pacientů dětského a dospělého věku, nutnost individuálního přístupu vzhledem k diagnózám a době léčení. Obrovskou zkušeností a hlavním podkladem pro psaní mé bakalářské práce byla několika týdenní praxe na klinice dětské hematologie a onkologie ve FN Motol v Praze. Zde jsem čerpala většinu praktických zjištění o problematice mé práce.

Text je rozdělen do tří částí; první seznamuje se samotnou nemocí a jejími druhy, druhá uvádí konkrétní případy zkoumaných pacientů a jejich pohledu na střední zdravotnický personál. Třetí část je formou diskuze a zabývá se srovnáváním zkušeností zmíněných pacientů o průběhu jejich léčby.



# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 LEUKÉMIE

### 1.1 Seznámení s leukémií

Pojem leukémie registrujeme v lékařském názvosloví začátkem roku 1847. V tomto období ji zcela nezávisle na sobě dva vědci určili toto jméno. Samotné objevení této nemoci bylo jen malinko předtím. Avšak až uvedeného roku 1847 se tato nemoc dočkala svého definitivního jména, které do světa lékařství přinesl Rudolf Vichrow. Druhým jménem v pojmu leukémie je jistě Johan John Huges Bennet, který v roce 1851 leukémii určil název leukocytémie. Pokud rozebereme leukémii jako slovo tak toto se skládá z pojmu leukos (bílý) a termínu haima (krev). Z těchto uvedených informací je patrné odkud se vzali v lékařství kdysi používané názvy pro leukémii, která byla známá jako bílá nemoc nebo dokonce bělokrevnost. Až dokončení mikroskopu do naprosto funkční podoby pomohlo vědcům a lékařům definitivně pozorovat a zkoumat samotnou krev a určit závěr, že bílé krvinky jsou v několika typech. Pokud se budeme vyjadřovat konkrétněji, je potřeba jmenovat monocyty, granulocyty, lymfocyty. Všechny tyto složky plní v krvi svůj nenahraditelný a nezměnitelný úkol v principu ochrany organismu těla. První složka, kterou jsou granulocyty, má za úkol z velké většiny zabraňovat bakteriálním nákazám. Virové nákazy a jejich potírání mají na zodpovědnost zase lymfocyty. Odstraňovat a zneškodnit mrtvé buňky, choroboplodné zárodky či jinak poškozené buňky je úkolem monocytů. Zcela přesné odhalení a vyložení významu kostní dřeně v podílu na tvorbě krve vyřadilo veškeré milníky v dosavadním výzkumu leukémie. Do doby absolutního pochopení funkce kostní dřeně a tvorby krve jich byla velká řada. Zcela první pokusy o léčbu leukémie jsou znamenány v 50. letech minulého století. Následně pak první experimentální transplantace kostní dřeně provedli pak lékaři skoro o 10 let později. V tomto případě se jednalo o jednovaječná dvojčata. (17)

### 1.2 Z čeho se skládá krev

Samotná tvorba krve se odehrává v kostní dřeni, zde z tzv. kmenových buněk vzniká všechen druh krvinek. Jedná se tedy o bílé krvinky (leukocyty), červené krvinky (erytrocyty) a samozřejmě i destičky (trombocyty). Červené krvinky dávají krvi její barvu (hemoglobin), bílé krvinky se účastní obrany našeho organismu a krevní destičky udržují

krv v cévním řečišti. Nově vzniklé krvinky vzniknou dělením a poté dozrávají. Až následně po tomto procesu jsou uvolněny do krevního řečiště, kde plní svoji funkci. Přirozeným řízením tohoto procesu vzniku se tak docílí zcela vhodného počtu jednotlivých krvinek. Z tohoto důvodu v sobě nese každá krvinka implementovaný program buněčné smrti. Zatímco destičky i bílé krvinky zaniknou v několika dnech, tak červené krvinky mají své funkční období v řádu okolo 120 dnů. Poté jsou červené krvinky nahrazeny nově vzniklými. Pokud předběhneme definici principu leukémie a uvedeme způsob zásahu leukémie směrem k abnormálním buňkám, budeme se bavit o způsobu nádorového onemocnění v tkáni, kdy tyto buňky v sobě mají více či méně poškozený „svůj program“. Tyto poškozené krvinky mají popřený program buněčné smrti, což má za následek jejich nekontrolovatelné množení. Právě z tohoto důvodu žijí poškozené krvinky déle než zdravé a nadále se v krvi dělí. Buňky samotné leukémie pozorujeme z větší části jako nevyzrálé a přesto, že krev obsahuje zvýšený počet bílých krvinek, tak nedokáží plnit svoji funkci. V tomto případě dochází k vynechání normální křetvorby, což má za následek, že kostní dřeň, některé orgány, ale i krevní řečiště jsou zaplavovány. (3, str. 10 – 13), (21, str. 2 -5)

### 1.3 Způsob vzniku leukémie

Přesto, že jsou nám známy určité faktory, které ovlivňují vznik samotné leukémie, tak úplný princip jejího vzniku a propuknutí v lidském těle je prozatím z většinové části všem případů nemoci neznámý. To, že doposud neexistuje žádný důvod, proč k této nemoci dochází, je sporem všech výzkumů již od doby objevu samotné leukémie. Veškeré výzkumy a jejich závěry však shodně uvádí to, že jde o mnoho faktorů, které ve společném působení způsobí onu uvedenou poruchu křetvorby. Leukémie se může rozvíjet na základě genetické poruchy a důležitou roli hraje také genetická predispozice, především u lidí majících u chromozomu odlišnou stavbu, je onemocnění leukémií daleko častější. Za všechny příklady nejznámější Downův syndrom. Nepřetržitým pozorováním a dokumentováním všech případů leukémie a také dle zvyšování počtu stále nových pacientů s touto nemocí byla opět shodně všemi výzkumy zjištěna i úloha životního prostředí. V tomto pojmu nalezneme zcela běžné útoky proti svému zdraví, jako je kouření, užívání drog či jiné znehodnocování svého zdraví. Obrovskou roli zde sehrává také vliv některých chemických látek v našem životě, kupříkladu benzen je zcela prokazatelně jednou z příčin poškození kostní dřeně. Také ionizační záření a virová onemocnění mají podíl a vliv na vzniku leukémie. Obecně „s radou“ jsou však případy vzniku nemoci u jedinců,

u kterých není zjištěn ani jeden z výše uvedených faktorů podporujících vznik nemoci. Zde se výzkum poněkud sebekriticky kaje, že nepokročil dostatečně kupředu. (21, str. 6 -7), (24, str. 18)

## **2 ROZDĚLENÍ LEUKÉMIÍ DLE TYPU A FORMY**

V předchozích kapitolách jsme uvedli, že bílé krvinky jsou tvořeny z monocytů, lymfocytů a granulocytů. Rozdělení leukémie na lymfatickou či myeloidní určujeme právě podle toho, kterou z výše jmenovaných složek maligní leukémie zasáhne. Též určujeme, jakou měrou agresivity se nemoc projeví, a dle toho jí dělíme na akutní a chronickou. Akutní forma leukémie má velmi rychlý nástup i průběh, a pokud se včas nezačne léčit, končí v řádu několika málo měsíců smrtí. Oproti tomu chronická forma leukémie nemusí příznaky vykazovat několik let a to vůbec žádné. Lékařská věda v současné době zná několik druhů leukémie, avšak obecně jmenujeme čtyři základní: akutní lymfoblastická leukémie (ALL), chronická lymfatická leukémie (CLL), akutní myeloblastická leukémie (AML), chronická myeloidní leukémie (CML). (17)

### **2.1 Akutní lymfatická leukémie (ALL)**

Pojem akutní lymfatická leukémie (ALL), je velmi často také nahrazován významově zcela shodným, a to jako akutní lymfoblastická leukémie. Definice ALL dle Penky a Slavičkové (Hematologie a transfuzní lékařství) je nádor z nezralých T či B lymfoidních buněk, které označujeme jako T či B lymfomy. Právě tato forma leukémie je nejčastější u dětí, kdy zcela největší výskyt u pacientů je mezi druhým až pátým rokem života. V pohledu na dospělé pacienty bývá méně častou spíše u starších pacientů. Její princip spočívá v utlačování zdravých buněk lymfocyty, kdy z tohoto důvodu dojde k narušení krvetvorby a je proto zcela běžně doprovázena s tím spojenými symptomy, mezi které patří: celkové zhoršení imunity pacienta, jeho výrazně zvýšená krvácivost (anémie). U tohoto druhu leukémie (ALL) je znamenán obrovský pokrok s léčbou a to zejména u dětských pacientů natolik, že počet uzdravených je okolo 80%. Významně horší výsledky jsou sledovány u dospělých pacientů, což je vlivem věku, jenž je zásadním faktorem jejich anamnézy. (8, str. 279), (12, str. 311)

## **2.2 Chronická lymfatická leukémie (CLL)**

CLL je nejrozšířenějším druhem této nemoci. Chronická lymfatická leukémie (CLL) postihuje zejména pacienty ve věku 50 let a starší. Za zajímavou zmínku jistě stojí zjištění, že pacienti postižení tímto druhem leukémie bývají zcela převážně běloši a více jak ve dvojnásobném počtu muži proti ženám. Principem tohoto druhu leukémie je samotná přeměna lymfocytů na nádorové buňky. Touto přeměnou dojde k vymknutí kontroly jejich vývoje a života a dojde k postupnému množení a hromadění v organismu pacienta, což způsobí útlak vzniku buněk zdravých. Již výše je uvedeno, že chronické leukémie jsou prozatím chorobou nevléčitelnou, léčbou je můžeme jen potlačit. Léčebná terapie dokáže na dlouhotrvající období pacientův život zkvalitnit, bohužel však tato terapie neumí zničit veškeré maligní buňky, kdy toto má za následek jejich opětovné množení. (25, str. 285)

## **2.3 Akutní myeloidní leukémie (AML)**

AML čili akutní myeloblastická leukémie je spíše zjišťována ve vyšším věku, ale její vznik může být i u mladistvých. Její typickou vlastností je zastavení vyžívání blastů, kdy toto má za následek zaplavení organismu pacienta postiženými bílými krvinkami. V závislosti na jejich množství určujeme stupeň závislosti nemoci. Při této formě leukémie rozdělujeme mnoho podtypů, u nichž pak závisí na druhu a úspěšnosti léčby. Nejčastěji se objevuje AML s vyžíváním (M2), akutní monomyelocytární (M4) a akutní myeloblastická leukémie bez vyžívání, což je značeno (M1). (13)

## **2.4 Chronická myeloidní leukémie (CML)**

Chronická myeloidní leukémie (CML) je diagnostikována asi tak u jedné čtvrtiny pacientů věkové skupiny 45 – 55 let. Při této formě leukémie dochází k zcela nekontrolovatelnému množení bílýchrvinek, což rapidně zvyšuje srážlivost krve. Průběh nemoci se u formy CML obecně rozděluje na tři stádia, tj. chronická fáze, akcelerovaná fáze, blastický zvrát. Fáze chronická může trvat až několik let a její objevení se z velké části daří díky preventivním testům krve. Snížení leukocytů je pak možné bez nasazení progresivní léčby a nenese téměř žádné vedlejší příznaky. Chemoterapie se nasazuje, až když vypukne akcelerovaná fáze. V případě odhalení CML až v tomto stádiu má

za následek celou škálu nežádoucích příznaků a jen když zahájíme léčbu, je zde velká pravděpodobnost propuknutí třetí fáze, kdy jsou možnosti léčby velmi omezené. (2, str. 65 – 67)

## **3 PŘÍZNAKY LEUKÉMIE**

### **3.1 Příznaky u akutní leukémie**

U akutní leukémie spojujeme většinu příznaků s poruchou krvetvorby. V tomto případě není kostní dřev schopná vyprodukovat dostatečný počet zdravých krvinek, což má za následek vyvolání anémie, u které jsou zcela běžnými příznaky: únava, bledost kůže, nedostatečnost energie, bledost sliznic. Nedostačující počet funkčních bílých krvinek je rapidně znát na obranyschopnosti těla což má za následek častý postih infekcemi. Pomocným faktorem se zde podílejí i krevní destičky, které zajišťují správnou srážlivost krve. V případě jejich nedostatků se dostaví častější krvácení z dásní nebo nosu. Pozorovatelným příznakem na kůži pacienta je také tvorba petechií (červených teček) a modřin bez evidentních příčin vzniku. Následně může u pacienta dojít k hromadění nádorových buněk v oblasti lymfatických uzlin, které postupně získávají na objemu. Pokud dojde k velkému zvětšení uzlin, může nastat útlak krevního řečiště, kdy se toto projevuje natékáním končetin. Velmi obvyklým příznakem je i bolest břicha a pocit plnosti, kdy toto způsobuje zvětšená slezina. Asi tak u 10% pacientů dojdou nádorové buňky do centrálního nervového systému a mohou způsobit poruchy zraku nebo způsobovat bolest hlavy. (6, str. 106 – 107), (24, str. 8)

### **3.2 Příznaky u chronické leukémie**

Zcela typickou vlastností chronické leukémie je dlouhé období bez projevů jediného příznaku nemoci. Například u leukémie lymfatické známe období bez jakéhokoliv příznaku i v řádu desetiletí. Dosti kratší období bez příznaku má leukémie myeloidní, která má však první příznaky velmi shodné s akutní leukémií. Zejména se jedná o anémii a bolesti břicha, jenž jsou způsobeny zvětšenou slezinou. Nebolestivé avšak značné zvětšení lymfatických uzlin je pravidlem u CLL. Jak bylo již výše popsáno, může trvat až několik let než se nemoc od prvních projevů dostaví. Z tohoto důvodu považujeme za skutečný

příznak nemoci v raných stádiích pouze samotný nárůst bílých krvinek a naopak pokles krvinek červených. Pokud preventivní prohlídka a vyšetření krve neodhalí tuto skutečnost, může leukémie přejít k patrným příznakům. Takovými příznaky myslíme noční pocení, znatelný úbytek na váze, potíže s dechem, závratě a zvýšené teploty. (2, str. 159)

## **4 PROVÁDĚNÁ VYŠETŘENÍ**

### **4.1 Vyšetření krve**

Krev k vyšetření můžeme odebrat z prstu či žíly. Úvodní vyšetření je prováděno odběrem žilní krve. Odebraná krev pak slouží k vyšetření krevního obrazu a získání informace o funkci orgánů. Jmenovat můžeme například játra a ledviny. Dále nás odběr informuje o krevní skupině pacienta, schopnosti srážlivosti krve a tvorbě protilátek. Krevní obraz a jeho podrobné vyšetření je nedílnou součástí veškerých vyšetření pacienta pro určení dalších postupů. Poskytnuté informace z krevního obrazu o počtu červených a bílých krvinek, o jejich podskupinách, množství krevního barviva, o počtu krevních destiček nám pomáhá stanovovat přesnější a podrobnější stav pacienta a jeho krve. Z výsledků krevního obrazu vyšetření pacienta posuzujeme účinek léčby, potenciální vznik infekce, můžeme předvídat krvácení pacienta či rozhodnout o transfuzi. (21, str. 11)

### **4.2 Vyšetření kostní dřeně**

V případě náznaku některé choroby krve (leukémie, aplastická anémie), hypoplazie kostní dřeně či její postižení metastatické či jiné, ordinujeme vyšetření kostní dřeně. Cílem takového vyšetření je zcela přesně diagnostikovat chorobu, případně její stádium nebo rozsah. Princip tohoto vyšetření spočívá v dostání se do měkké části uvnitř kosti – kostní dření. Zcela konkrétně uvádíme červenou kostní dřeň, v níž společně s funkcí kmenových buněk vzniká krvetvorba. Červená kostní dřeň je u dospělého pacienta zřejmá v místech kosti lebeční, v obratlech, v oblasti hrudníku, konce dlouhých kostí nebo pánve. Hrudní kost či lopatka kosti kyčelní slouží k provedení sternální punkce nebo trepanobiopsii. (23)

### 4.3 Vyšetření mozkomíšního moku

Usazování a množení se blastů na různých orgánech je jejich typickou vlastností. Takovým běžným místem je v jejich případě centrální nervový systém (CNS) – mozek a mícha. Okolo mozku a v jeho vnitřku a také okolo míchy je výplní tekutina, kterou jmenujeme mozkomíšním mokem. Pro jeho samotné vyšetření je třeba odebrat jeho malé množství a z tohoto provést definitivní vyšetření a určit případný nález. Pokud provádíme napíchnutí páteřního kanálu v bederní části zad, provádíme výkon nazývaný se lumbální punkce. Místo zavedení odběrové kanyly se provádí v místě, kde již není v páteři mícha. Po ukončení samotného odběru se do páteřního kanálu aplikují cytostatika. Občasně se u pacienta po takovém odběru může projevit zvracení či bolest hlavy. Po skončení lumbální punkce se doporučuje dětskému pacientovi minimálně tři hodiny ležet. Lumbální punkce je prováděna nejen v počátku, ale i v průběhu léčby dle konkrétního léčebného protokolu. Během hospitalizace na oddělení se pacient podrobí mnoha vyšetřením. Mezi taková patří rentgen, sono, CT a jiné. Do této řady vyšetření patří i vyšetření kardiologa, očního lékaře, ORL a opakovaná denzitometrie. (15, str. 12 – 13), (21, str. 12)

## 5 LÉČBA LEUKÉMIE

Poslední léta jsou ve znamení rapidního zlepšení a zvýšení úspěšně vyléčených dětských pacientů. Zcela plného uzdravení dosahují dětské pacienti až v 80% případů. Téměř polovinou, tedy 40% se vyznačují statistiky dospělých vyléčených pacientů. Zde nejsou výsledky léčby tolik uspokojivé. Obecně hovoříme o uzdraveném pacientovi v případě, že se u něj za posledních 5 let od doby ukončení léčby neopakovaly či neobjevily žádné z příznaků nemoci. (8, str. 286)

U leukémie je základní léčbou chemoterapie, která má za cíl nastavit remisi. Remise je stavem, u kterého nemocný nemá žádné příznaky, avšak předpokládáme, že v jeho těle je stále leukémie. U léčby leukémie obecně hraje obrovskou roli věk pacienta. I to je důvodem skvělých výsledků u léčby dětí. Z tohoto zjištění vyplývá, že vyšší věk omezuje intenzitu léčby, například z důvodu doprovodných nemocí vůči věku pacienta. Pokud přiblížíme rozsah remise k věkovým skupinám pacientů, tak nezaznamenáváme větších rozdílů. Rozdílnost však ovlivňuje riziko návratu nemoci nebo relapsu. Samotný relaps má pak za následek odolnost leukemických buněk vůči

cytostatikům a ve většině případů je nutné přistoupit k transplantaci kostní dřeně. (25, str. 281 – 282)

## **5.1 Možnosti léčby**

Díky znalostem biologického složení buněk na molekulární úrovni mají dnes lékaři zcela jasný podklad fungování jejich patogeneze, což zlepšuje možnosti při určování léčby. Tento pokrok je znamenán ve výzkumu akutní a chronické leukémie za poslední roky jako obrovský. Při určování léčby hodnotíme mnoho zásadních faktorů. Nejdůležitější je věk, protože jak bylo výše popsáno, čím mladší pacient s leukémií je, tím je větší prognóza na jeho léčbu. O tomto jednoznačně mluví i shora uvedené procentuální rozložení úspěšnosti léčby děti versus dospělí. Dalším vlivem na úspěšnost léčby je prodělání předchozích chorob. Odchytky v řadách chromozomů a počet leukocytů na počátku léčby. (17)

### **5.1.1 Chemoterapie**

#### ***Chemoterapie u akutní formy leukémie***

Nezákladnější formou léčby akutních forem leukémie je chemoterapie. Při této podáváme pacientovi léky, které nazýváme cytostatika. Cílem cytostatik je zničení rychle množících se buněk což ale mimo nádorových buněk zasáhne i ty zdravé. Zdravá buňka se zcela sama dokáže regenerovat, a to oproti těm nádorovým ve velmi krátkém čase. Nádorové buňky mají regenerační opravný mechanismus poškozený čili možnost regenerace je zcela vyloučena. To je důvodem, proč nádorové buňky převážné části zahynou. Cytostatika jsou vytvořena zkombinováním několika léků, z pravidla 4 – 5 a jejich podání je určeno ve stanovených postupech. Díky této kombinaci podávání cytostatik dochází k maximálnímu možnému zničení buněk nemocných a zcela minimálního zásahu zdraví. Po ukončení intenzivní chemoterapie ve většině případů následuje tzv. udržovací léčba. Tato trvá 2 – 3 roky. Nevýhodou chemoterapie je široká škála nežádoucích účinků. Častým a nejnepříjemnějším patří nevolnost a zvracení. Rozsah těchto příznaků se odvíjí dle druhu cytostatika. Zcela běžně pacient ztrácí vlasy, trpí vyrážkami, průjmy a rozsáhlými záněty v ústní dutině. Velmi nežádoucím účinkem



vedlejšího charakteru je alergická reakce, při jejímž projevu se okamžitě přerušuje podávání cytostatik a v řešení je nová kombinace léků. Snížení obranyschopnosti organismu je také jeden z následků nasazené chemoterapie. Nejen z tohoto důvodu vyvstává nutnost dalších podporných léčeb. Určité skupiny cytostatik jsou významné vážnými vedlejšími účinky. Mezi takové patří zánět močového měchýře doprovázené krvácením, které může mít toxický vliv na játra a srdce. Rizikem léčby cytostatiky je také sterilita. (17), (25, str. 280 – 281)

### ***Chemoterapie u chronické formy leukémie***

U chronických forem leukémie pozorujeme oproti akutním velmi pomalé rozvíjení se nemoci a z tohoto důvodu je velmi obtížné rozeznání vznikového stádia. Dlouhé období bez příznaků je pro toto onemocnění zcela typické. Jak bylo v počátku popsáno, až samotné vyšetření krve je prvním vodítkem. S lehkou nadsázkou můžeme hovořit v případě chronické leukémie o dobře léčitelné nemoci. V případě chronické lymfatické leukémie se po potvrzení její diagnózy provede určení rozsahu onemocnění. Z tohoto je následně určen další průběh léčby. Stádium 0 je známo pouze zvýšeným množstvím lymfocytů v krvi a také kostní dřeni. U prvního stádia dochází k velkému avšak nebolestivému zvětšení lymfatických uzlin. V případě druhého stádia se společně s uzlinami zvětšují i játra a slezina. Anémie v důsledku ztráty červeného barviva je pak typická pro stádium třetí. Poslední čtvrté stádium znamená klesání počtu krevních destiček. Stádia 0 – 2 čili první tři stádia se většinou žádná léčba nezapočíná, neboť by z pohledu prodloužení života neměla žádný efekt. Změnou je pak až případ kdy dojde k rychlému a výraznému postupu. V tomto případě je významné zvětšení uzlin, jater, sleziny a pokles červených krvinek a destiček. (12, str. 342 – 344)

Společně s chemoterapií, která může být podávána i ambulantně, pacientovi preventivně podáváme i kortikoidy. Ty mají za úkol tlumit případné komplikace spojené s tvorbou abnormálních protilátek. Za zcela běžnou je považována i praxe nasazovat během chemoterapie léky na podporu imunitního systému. V neposlední řadě je také využívána doplňková léčba radioterapií, která se aplikuje při obtížích funkčního rázu či mimořádně zvětšené uzlině. (8, str. 332)

U chronické myeloidní leukémie tvoří první obrannou linii imunoterapie. Imunitní systém v sobě obsahuje interferony, což jsou bílkoviny. Takové bílkoviny se dnes zcela úspěšně vyrábí v medicínských laboratořích a velmi úspěšně se používají při boji proti zhoubným nádorům. Jejich aplikace podkožní injekcí snižuje počet či zapříčiňuje úplné vymizení buněk u leukémie do několika měsíců. V některých případech jsme nuceni je podávat ale i několik let. Při zahajování léčby interferony a jejich prvních aplikacích se zcela často objevují určité vedlejší příznaky. Nepříjemnou jistotou je například horečka, bolest hlavy a svalů. Postupem času však tyto příznaky zcela odejdou. Interferony jsou vůbec první léčbou, která docílila úplného vymizení philadelphského chromozomu. Extrémně účinný je v doprovodu s chemoterapií. Hydroxyurea je cytostatikum velmi často využíváno při chemoterapii chronické myeloidní leukémie. Jeho užití je v závislosti na množství leukocytů a podává se per os. Nejčastěji se nasazuje v počátku léčby, aby dopomohlo co nejrychlejšímu snížení hladiny leukocytů. Běžným vedlejším účinkem je zvracení, bolest hlavy, ekzém či lehká nevolnost. Zcela novou možností léčby je látka Glivec, která dokáže zasáhnout vznik leukémie, zaměřuje se na poškozené buňky a zabraňuje jim v množení. V případě této formy leukémie indikujeme radioterapii nejčastěji pro ozařování sleziny. Před případnou transplantací bývá nasazováno ozařování celého těla. Transplantace je prozatím jediným druhem léčby, který vede k definitivnímu uzdravení pacienta. (8, str. 305)

### **5.1.2 Radioterapie**

V případě radioterapie hovoříme o jedné z nejefektivnějších možností léčby onkologických pacientů, avšak v případě léčby leukémie sehraává spíše roli podpurnou. Cílem radioterapie je zničení nádorových buněk společně s minimem škod na okolí tkání. V případě ALL je nasazována společně s cytostatiky, tyto zavádíme do CNS vlivem lumbální punkce. Pověšinou taková kombinace léčby indikuje transplantaci kostní dřeně. (6, str. 54 – 55)

### **5.1.3 Transplantace kostní dřeně**

Transplantace kostní dřeně je léčebnou variantou pacientů s vážnější formou leukémie. Pro dosažení remise je potřebné nasadit velmi vysoké dávky cytostatik, což

podporuje snahu zahubit všechny nádorové buňky. Bohužel s tímto odumírá i kostní dřev. Vzhledem k její důležitosti při krvetvorbě je její nutnost k životu nedílná. Podle celkového stavu pacienta, jeho anamnézy a doprovodných chorobách, je volena transplantace buď autologní či alogenní. V případě některých typů leukémie využíváme autologní transplantace, kdy po intenzivní chemoterapii, která tomuto předcházela, bývá využíváno vlastních pacientových kmenových buněk. Vhodný dárcem je podmínkou v ostatních případech kdy nelze použít kmenové buňky vlastní. Dárcem první volby je rodinný příslušník, v jehož případě je několikanásobně vyšší pravděpodobnost shody s pacientem. Samotný název transplantace můžeme diskutovat jako mírně zavádějící, protože krvetvorné buňky jsou během léčby podány formou transfuze. Tyto se sami krevním řečištěm dopraví do vnitřku kosti a zde začínají opětovně růst. Ideálním případem je pak, že se zde sami začnou tvořit zdravé krvinky. (25, str. 294 – 297)

## **6 POTŘEBY NEMOCNÝCH**

### **6.1 Základní rozdělení a seznámení s potřebami nemocných**

V obecném hledisku můžeme pohlížet u potřeb na jejich několik základních významů. První takový význam je biologický. Tento stav vyjadřuje narušení fyziologické rovnováhy (homeostázy). Dalším významem je význam ekonomický, u kterého se bavíme o obvyklé nutnosti vlastnit nebo alespoň užívat daný objekt (movité věci jako auto, televize, dům). Toto poukazuje spíše směrem k tomu, že samotnou potřebou je myšlen uvedený prostředek jako naplnění psychologického cíle. (22, str. 10)

Při nastudování výzkumné práce doc. Bártlové dojdeme k jejímu zjištění oddělení potřeb člověka na potřeby, které se však nějak nezmění v případě nemoci. Podrobným zkoumáním její metodiky se dobereme závěru, že tyto potřeby jsou naprosto totožné jako u zdravých lidí, avšak v době nemoci může být pocit potřeby razantnější, případně dochází k přehodnocení a posunu stupně důležitosti. V případě potřeb, které nemoc modifikovala a u potřeb, které vznikly až s nemocí, nesmíme zapomínat na pravidlo že, „Priorita potřeb se v průběhu nemoci mění. Jestliže na začátku byly prvořadé potřeby biologické, v závěrečné fázi nabývají na důležitosti potřeby spirituální.“ (18, str. 58)

## 6.2 Rozdělení potřeb z pohledu psychologie

Z psychologického hlediska rozdělujeme potřeby:

- **Biogenní**, fyziologické,
- **Psychogenní**, sociogenní, psychologické.

Výše uvedené rozdělení při vněmu člověka jako bytosti je odpovídající potřebám biologickým i sociálním. Pokud na věc pohlédneme z hlediska ošetrovatelství, budeme k potřebám člověka přistupovat spíše holisticky a celostně. V oboru psychologie jsou sestavovány pravidelně obsáhlé a rozdílné indexy potřeb, zatímco v ošetrovatelství je pro nás nejvíce využitelná hierarchie potřeb vědce Maslowa, kdy tento vychází z teorie motivace. (22, str. 11)

## 6.3 Hierarchie potřeb dle A. H. Maslowa

Americký psycholog Maslow žijící v letech 1908 – 1970 razil teorii individuality potřeb každého jedince. Každý takový měl podle Maslowa vybudován jedinečný a individuální systém motivů, který si hierarchicky uspořádal. V uspořádání uvedených motivů hraje svojí roli síla, nutnost a časový horizont potřeby. V odborné literatuře je toto znázorněno ve tvaru pyramidy osazené jednotlivými potřebami dle Maslowa. (7, str. 23)

## 6.4 Maslow a jeho seřazení potřeb

Jako první je uvedena potřeba fyziologická. Tato se projevuje při poruše homeostázy. Obecně lze říci, že slouží k přežití, neboť vyjadřuje potřeby organismu. Z pohledu jedince je pak patrné, že tento dělá vše pro uspokojení své fyziologické potřeby daleko dříve, než potřeba aktuálně nastane. Následnou potřebou je jistota a bezpečí. Zde se bavíme o potřebě a nutnosti vyvarovat se ohrožení a nebezpečí. Tato potřeba definuje touhu po důvěře, stabilitě, spolehlivosti. Neméně podstatnou věcí v této potřebě je i nutnost ekonomického zajištění. Projev této potřeby se většinou objevuje, pokud nastane pocit ohrožení nebo ztráty životní jistoty a daleko výraznější je pak v době trvání nemoci. Třetí potřebou je potřeba lásky a sounáležitosti. Jednoduše potřeba být milován a milovat, cítit

náklonnost a umožnění sociální integrace. Tato potřeba přebírá dominantní roli v situacích opuštění či samoty. Předposlední potřebou dle Maslowa je uznání, ocenění a sebeúcta. V tomto případě se jedná vlastně o spojení dvou potřeb. Ta první je sebeúcta a sebehodnocení a soustředí se na přání výkonu, důvěry k okolnímu světu a nezávislosti na pohledu ostatních. Naopak druhá touha je typická touhou po respektu druhých lidí či postavení v prestižním popředí sociální sféry. Tato je v popředí při ztrátě respektu, kompetence a snažně motivuje o zpětné získání sociální hodnoty. Poslední potřebou je seberealizování a sebeaktualizování. Zde vystupuje jako tendence potřeba uskutečnit svoje touhy, plány a schopnosti. Člověk se touží státi tím, kým dle svého názoru být může. Ten kdo chce být například dobrým zdravotníkem či technikem, ten musí být dobrým zdravotníkem či technikem. Tato potřeba hovoří o tom, že z uvedené práce musí být každý přesvědčen, že jí dělá dobře. (20, str. 19 – 21), (22, str. 13 – 14)

## **6.5 Maslowova teze o vyšších potřebách**

Maslow řadí k vyšším potřebám tzv. metapotřeby. Tyto upřesňují a definují různé specifické tendence osoby v procesu seberealizace. Zejména jsou nám v tomto případě známy potřeby poznání, rovnováhy s harmonií, autonomie, ale i jednoty a smysluplnosti. K těmto řadíme i spirituální potřeby. Shora uvedené vyšší potřeby jsou daleko méně naléhavé oproti potřebám základním. Avšak jejich uspokojování dle Maslowa posiluje k pravé lidskosti, radosti a rozsáhlému štěstí. Potřeba transcendence je Maslowem vysvětlována jako touha přesáhnouti sebe sama a touha najít smysl života. Je to zcela ta největší touha po tom nejvyšším smyslu a mystických hodnotách. V tomto případě jedinec přerůstá svou osobnost a obrací své potřeby k Bohu. (7, str. 24)

## **6.6 Uspokojování potřeb nemocných**

Nejen A. H. Maslow, S. Freud, ale i mnoho dalších psychologů poukazuje na důležitost potřeb pro tzv. pocit dohody. V odborné terminologii je toto známo také pod zkratkou (well – being). Dle této teorie každá taková neuspokojená potřeba má za následek negativní změnu a dopad na následném fungování každého jedince. Z obecného hlediska na tuto potřebu pohlížíme jako na frustraci. Tomuto může být příčinou například úraz nebo nemoc. Z psychologického hlediska případně cokoliv co snižuje pocit pohody. Oproti tomu

každá taková uspokojená potřeba daný pocit osobní pohody zvětšuje. Důležitým faktorem, který ovlivňuje subjektivní pocit pohody je postoj jedince k dané situaci či jeho celkový postoj vůči sobě samému. V podstatě pohlížíme na to, jak se konkrétní jedinec staví vůči svému životu a okolnímu světu. Konkrétně jakým způsobem pojmá a vidí svět a život. Zcela největší negativní vliv u subjektivního pocitu pohody mají nesrovnalosti s pohledem jaký má daný jedinec jako ideál na své sebepojetí a jaký ve skutečnosti je, případně jakým by chtěl být. Při používání hodnocení well – being, nemůžeme zapomenout vliv změn v určitém momentu hodnocení a to jak v životě, tak v prostředí života. Aby byla zachována pozitivita duševního zdraví, je vyžadován kladný přístup člověka k sobě samému. (16)

## **6.7 Ovlivňující faktory při uspokojování potřeb nemocných**

Podle výzkumu z roku 1999 profesorky Trachtové jsme schopni se seznámit s celou řadou faktorů, u kterých je prokázáno, že zcela znemožní, stíží, naruší nebo změní způsob v potřebách člověka a jejich uspokojování. Jedná se celkem o pět skupin. První skupinou je nemoc. Za ní následuje samotná osobnost člověka, mezilidské vztahy, vývojové stádium a okolnosti, při kterých nemoc vznikne. Všechny tyto faktory na sebe navzájem navazují, plní význam jak skupinový, tak individuální. Projevit se může jednotlivě v nezávislosti na ostatních. (22)

# **7 KOMPETENCE SESTER**

## **7.1 Zákonné ustanovení**

Kompetence sester stejně jako jejich rozdělení dle oborů vykonávaných v praxi rozděluje vyhláška číslo 55/2001 Sb. o činnostech pracovníků. Tato vyhláška zcela doplňuje a upravuje změny vyhlášky MZ ČR č. 424/2004 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Zcela zásadní byl pro sestry všech oborů rok 2004, kdy vešly v definitivní platnost veškeré právní úpravy všech norem MZ ať už z pohledu ukončeného vzdělání či postgraduálních studií. Velmi zásadním způsobem se o dané kompetence a jejich finální úpravy zasloužil tříletý výzkum prof. Proškové probíhající v letech 2007 – 2010 na různých klinických pracovištích. (9, str. 401 – 402), (14, str. 6 -7)

Rok 2011 přinesl úplné nahrazení stávající vyhlášky 424/2004 Sb. vyhláškou č. 55/2011 Sb., která zcela podrobně definovala a vymezila činnosti všeobecným sestřím, ale i ostatním odborným pracovníkům ve zdravotnictví. Dochází zde u všeobecných sester k rozdělování jednotlivých odborností dle úrovně vzdělání, jmenuje přímá postgraduální studia a zcela zásadně umožňuje zdravotním sestřím intenzivně přispívat k léčebným procesům diagnostikou. K této diagnostice nabízejí doplňující materiály a přílohy výše uvedené vyhlášky nabízí grafy s hodnotícími škálami. Tyto sestávají zejména na lůžkách intenzivní péče součástí ošetrovatelské dokumentace. Jmenovaná novelizace kompetencí sester konkrétně popisuje povinnosti a kompetence sester zejména v úkolech jako sledování stavu pacienta, provádění vyšetření biologického materiálu, zajišťování průchodnosti a odsávání sekretu z horních dýchacích cest, hodnocení a ošetřování poruchy celistvosti kůže, ošetřování stomie, péče o invazivní vstupy, rehabilitační ošetřování, nácvik soběstačnosti, edukace pacientů, spolupráce se sociálními pracovníky, zajišťování příjmu a překladu – propouštění pacientů a v neposlední řadě psychická péče o umírající a jejich blízké. Všechny tyto jmenované činnosti provádí sestra bez odborného dohledu a indikace lékaře. Vyhláška také ale definuje kompetence k úkonům sestry, které může vykonat pouze s indikací lékaře. Oborově se můžeme zaměřit na preventivní, diagnostickou, léčebnou, neodkladnou, rehabilitační a dispenzární péči. V těchto výše jmenovaných odvětvích se bavíme zejména o podávání léčivých přípravků, aplikace kyslíkové terapie, ošetřování akutních a operačních ran, výměna a ošetřování tracheostomické kanyly, zavádění a péče o nasogastrickou sondu, aplikace výživy sondou. Pod odborným dohledem může pak zdravotní sestra aplikovat i.v. krevní deriváty a asistovat při podávání transfúzních přípravků. Samostatnou kapitolou jsou pak kompetence sester pro intenzivní péči, která definuje rozšířené úkoly například o punkci a. radialis bez dohledu lékaře a i pod dohledem lékaře naopak zakazuje punkci a. femoralis. Poslední výjimkou je odebrání kompetence psychiatrickým sestřím a to vedení skupinové psychoterapie. (10, str. 131-13), (1, str. 509 a 513)

## **7.2 Příprava sester pro výkon kompetencí**

Obecně lze hovořit o tom, že velmi zásadní význam tvořilo přijetí zákona č. 95/1948 Sb. o základní úpravě jednotného školství. Tento zákon vytvořil systém jednotného vzdělávání středních zdravotnických pracovníků. Zde byla definitivně uzákoněna čtyřletá doba studia zakončená maturitní zkouškou. Ukončení základní školní

docházky pro přijetí na zdravotní školu zůstalo ponecháno až dodnes. V celém sledu platných zákonů o vzdělávání zdravotnických pracovníků znamenáme velmi krátkou výjimku a to v roce 1951, kdy vyhláškou č. 103 z téhož roku byla doba studia pro zdravotnické pracovníky zkrácená na tři léta pro jejich obrovský nedostatek. V roce 1955 se doba studia opět vrátila ke standartním čtyřem létům. (5, str. 8)

### **7.3 Kompetence sester dle typu studia**

Rok 2004 přinesl přijetím zákona č. 96/2004 Sb. o nelékařských zdravotnických povoláních úplnou změnu koncepce vzdělávání zdravotnických pracovníků. Zásadní změnou bylo zrušení oboru všeobecná sestra na středních školách a jeho nahrazením oborem zdravotnický asistent. V praxi tato změna znamená, že zdravotnický asistent vykonává svou činnost pouze pod odborným dohledem všeobecné sestry. (4, str. 21)

V pohledu současnosti legislativně všeobecnou sestru k výkonu profese vybaví pouze na vyšších odborných školách a vysokých školách. Pokud porovnáme například model vzdělávání sester v 50. – 80. letech minulého století, kdy doba studia bez postgraduálního vzdělávání nepřesáhla 4 roky, tak v dnešní době, aby všeobecná sestra mohla vykonávat stejný rozsah kompetencí a hodnotou ukončeného vzdělání stačila sestram z výše uvedených let, může být doba jejího studia až 12 let. Objektivním pohledem lze nutno přihlédnout na povinnost ukončení základní školy. Poté již následuje odborná příprava a to v rozsahu: střední zdravotnická škola 4 roky, obor diplomovaná všeobecná sestra 3 roky a 2 léta navazujícího magisterského studia. Tato jmenovaná doba však nezahrnuje specializační kurzy, odborné přípravy a povinné semináře. (19, str. 3)

Zákon z roku 2011 však naprosto podrobně rozděluje zdravotnické pracovníky dle stupně a specializace vzdělání do jednotlivých odvětví zdravotnických oborů. Spektrum oborů, které zdravotnictví nabízí, se v poslední době rozrostlo o přesné definice jednotlivých skupin práce sester. V současné době jsou stále vytvářeny a rozvíjeny specializace všeobecných sester na obory v rehabilitačním úseku, intenzivní péči, psychosociální a psychiatrické péče, pracovně lékařských službách, v intenzivní medicíně



a záchranářství a v neposlední řadě také zubního lékařství. Všem těmto jednotlivým oborům připravuje právě vyšší odborná nebo vysoká škola. (27, s. 309-316)

## **8 OŠETŘOVATELSKÝ MODEL**

### **8.1 Marjory Gordon: Model funkčních vzorců zdraví**

Ošetřovatelský model shora uvedené autorky je aplikován v procesech ošetřovatelství po celém světě. Již od 80. let minulého století. V těchto letech celý projekt výzkumu a vývoje uspořádání tohoto modelu financovala a podporovala federální vláda USA. Jeho cílem bylo vypracovat shodný metodický postup v ošetřování nemocných, který by byl závazný pro všechny klinická pracoviště a fakulty lékařství. Celý výzkum a tedy i koncepce tohoto modelu se soustřeďovala na obecné potřeby nemocných a jejich vývoj po celou dobu léčby, ale i po její ukončení. Rozdělovalo se do několika základních kategorií. Vycházel ze základního vzorce reakce, osoba, prostředí. Základní myšlenkou bylo ovlivnění zdravotního stavu jedince a jeho vyjádření bio - psycho - sociální interakce. Model měl určit postup při kontaktu sestry s pacientem a identifikovat funkční nebo disfunkční vzorce pro zdraví. Jako vzorec berme úsek chování jedince ve sledovaném čase a reprezentaci základních ošetřovatelských údajů a postupů jak v objektivní tak subjektivní době sledování pacienta. Námí vybraný model Gordonové tvoří 12 oblastí čili 12 funkčních vzorců zdraví. Každý takový uvedený vzorec je určitou částí zdraví ať už právě funkční či dysfunkční. Tento model pracuje s dvěma hlavními jednotkami. První základní jednotkou je samotný cíl v ošetřovatelství. Zde se soustředíme na zdraví samotné, přístupu jedince z odpovědnosti za své zdraví, za již jmenovanou rovnováhu bio - psycho - sociální interakce a sledování těchto jednotek současně. (11, str. 99)

Následující a pro nás nejvýznamnější jednotkou je samotný pacient či klient. Tohoto vnímáme po celou dobu ošetřovatelského procesu jako holistickou bytost s biologickými psychologickými, sociálními, kulturními, spirituálními, kognitivními a behaviorálními potřebami. Takový pacient/klient je jedinec s funkčním či dysfunkčním typem zdraví. V celém modelu se v roli sestry autorka soustředí na hlavní úkoly jako je systematické získávání informací jednotlivých vzorců zdraví pomocí standartních metod jako je pozorování, rozhovor a fyzikální vyšetření. Všechny získané informace pak sestra

zanalyzuje, aby dospěla k závěru, zda se jedná o funkční či dysfunkční zdraví. Tyto získané informace by měly sestru dle tohoto modelu také nasměrovat k tzv. zdroji potíží. Dle závěru, kterým sestra na základě výše popsaných úkonů disponuje, rozhodne následně o rozsahu a druhu poskytnuté intervence. Sestra počítá s různými důsledky pacientova zdraví. (7, str. 64)

## **8.2 Dvanáct vzorců zdraví M. Gordon obsahuje:**

1. Vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdraví
  2. Výživa a metabolismus
  3. Vylučování
  4. Aktivita, cvičení
  5. Spánek a odpočinek
  6. Vnímání, poznávání
  7. Sebepojetí, sebeúcta
  8. Role, mezilidské vztahy
  9. Sexualita
  10. Stres
  11. Víra, životní hodnoty
  12. Jiné
- (26, str. 18)

Všech dvanáct uvedených vzorců napomáhá sestře rozhodnout, zda se u pacienta jedná o funkční chování, které se projevuje ve zdraví či dysfunkční chování, které je projevem nemoci pacienta. Celý model také definuje dysfunkční vzorec, který aktuálně zobrazuje onemocnění jedince v dané době zkoumání, a nebo naopak, pouze předvídá potenciální problém. Pokud sestra takový problém odhalí, čili poukáže na dysfunkční

chování, je povinná toto zaznamenat a toto zjištění předat v rámci léčby ošetřujícímu lékaři. Dysfunkční vzorec a jeho použití může být podkladem pro sesterskou a ošetřovatelskou diagnózu. Autorka celého modelu ve své koncepci navrhuje, aby sestra porovnávala získané údaje s jednou nebo několika odvětvími. Prvním takovým je individuální výchozí stav, dále pak normy stanovené pro danou věkovou skupinu a poslední položkou jsou normy kulturní či společenské. Tato porovnání užíváme zejména při zhodnocování zdravotního stavu pacienta ze specifické rodiny či komunity. Mezi odbornou veřejností je ošetřovatelský model M. Gordon označován za nejkompexnější pojetí člověka v celém procesu ošetřovatelství z hlediska holistické filosofie. Její funkční vzorce zdraví splňují požadavky nejen na rámcové standardy v ošetřovatelském hodnocení, ale i v jakémkoliv systému zdravotní péče. Čerpáme jej jak v péči primární, sekundární tak terciální. (11, str. 102)

# PRAKTICKÁ ČÁST

## 9 FORMULACE PROBLÉMU

Leukémie je nádorové onemocnění, které postihuje krevní buňky a to zejména skupinu bílých krvinek. Ročně se v České republice diagnostikuje kolem 1100 nových případů leukémií. Leukémie dělíme na akutní a chronické a dále se rozdělují na lymfatické a myeloidní. Léčebné možnosti leukémie jsou chemoterapie, radioterapie a transplantace kostní dřeně. Toto onemocnění je velmi těžkou životní situací nejen pro pacienta, ale i pro jeho rodinu. Nejen, že je pacient léčen cytostatiky či dalšími léčebnými možnostmi, je také izolován od svých přátel, někdy musí strávit v nemocnici velmi dlouhou dobu a zde se mohou vyskytovat psychosociální problémy. Častěji pacienti přichází do kontaktu se všeobecnými sestrami, a proto se zabývám vnímáním role všeobecné sestry z pohledu dětského pacienta ve věku 14 -17 let.

Jakou velkou roli mají všeobecné sestry na takovém oddělení a jaká je dosavadní ošetrovatelská péče, popřípadě v jakých ošetrovatelských oblastech by bylo možné zlepšení?

## 10 CÍL VÝZKUMU

- 1) Cílem je zjistit, jak vnímali roli všeobecné sestry pacienti dětského věku (14 - 17 let), kteří se léčili na KDHO ve FN Motol.

## 11 DÍLČÍ CÍLE

- 1) Zjistit jakou roli hrála všeobecná sestra v usnadnění uspokojování základních životních potřeb.
- 2) Dle zjištěných výsledků vytvořím mapu ošetrovatelské péče.

## **12 VÝZKUMNÉ OTÁZKY**

- 1) Jak významnou roli hraje všeobecná sestra v usnadnění uspokojování základních lidských potřeb?
- 2) Podílí se všeobecná sestra i v oblasti psychosociální?

## **13 DRUH VÝZKUMU A VÝBĚR METODIKY**

Pro praktickou část bakalářské práce bylo využito kvalitativního výzkumu a metody případové studie. Kvalitativní výzkum umožňuje zaměřeni se na menší počet respondentů a o to ucelenější pohled na zkoumanou problematiku z pohledu jedince. Bakalářská práce zahrnuje pacienty ve věku 14 - 17 let, kteří se léčili s leukémií na KDHO FN Motol. Práce se bude zaměřovat na roli a význam všeobecné sestry v průběhu léčby.

## **14 VÝBĚR PŘÍPADU**

Výběr případu byl záměrný, protože se jedná o problematiku, se kterou má autorka osobní zkušenost. Ve věku 12 - 14 let absolvovala léčbu ALL. Setkala se s různými všeobecnými sestrami a měla pouze pozitivní zkušenost.

Ráda by zjistila, jaké zkušenosti mají ostatní v tomto věku (14 – 17 let), kdy probíhá rozvoj osobnosti, a všeobecné sestry jsou jedny z mála osob, se kterými jsou v sociálním kontaktu.

Respondenti byli seznámeni s obsahem rozhovoru, s nahráváním na diktafon souhlasili a všichni podepsali informovaný souhlas. Respondenty jsem ujistila, že veškeré informace slouží jen pro mou bakalářskou práci a nebudou nijak zneužity.

## **15 POPIS RESPONDENTŮ**

Respondent číslo 1: muž, léčen na akutní lymfatickou leukémií ve věku 16 – 17 let

Respondent číslo 2: muž, léčen na akutní lymfatickou leukémií ve věku 14 – 16 let

Respondent číslo 3: muž, léčen na akutní lymfatickou leukémií ve věk 15 – 17 let

Respondent číslo 4: žena, léčena na akutní lymfatickou leukémií ve věku 15 – 17 let

## **16 ZPŮSOB ZÍSKÁVÁNÍ INFORMACÍ**

Pro získávání dat byl využit polostrukturovaný rozhovor. Rozhovor probíhal se čtyřmi respondenty (14 - 17 let), kteří se léčili na KDHO ve FN Motol. Rozhovory probíhaly v průběhu měsíce ledna roku 2017 v místě bydliště, trvaly cca 20 minut a byly nahrávány na diktafon z důvodu správné interpretace, a aby nedocházelo ke zkreslení informací. Otázky se soustředily na vnímání role všeobecných sester z pohledu dětských pacientů léčených na KDHO ve FN Motol.

Materiály byly zpracovány pomocí doslovné transkripce a následně analyzovány.

# 17 INTERPRETACE ROZHOVORŮ

## 17.1 Respondent č. 1

- 1) Zeptám se Tě, jak se jmenuješ?

*Jára*

- 2) Kolik Ti bylo, když ses léčil?

*16-17 let*

- 3) Na jaký typ leukémie jsi byl léčen?

*Na akutní lymfatickou leukémii – ALL*

- 4) Jak dlouho trvala léčba tvého onemocnění?

*2 a čtvrt roku*

- 5) Vlivem vedlejších účinků léčby Tvého onemocnění mohlo dojít k různým dočasným omezením Tvých denních aktivit a Tvé soběstačnosti (například: vlivem únavy, ztráty fyzických sil atd.). Můžeš prosím uvést činnosti, kde jsi potřeboval pomoc sestřičky?

Pomoc s nakrmením

Pomoc s oblékáním

Pomoc s mytím

Pomoc na toaletu

Pomoc při mobilizaci

Pomoc při chůzi

*Ehm, no během léčby jsem tam měl jako horší období, kdy jsem ležel v nemocnici a tam mi teda sestřička musela pomáhat de facto se vším no. S toaletou, s mytím, jídlo jsem nejedl, protože jsem měl afly tou dobou, takže jsem dostával výživu parenterálně, ale v podstatě se vším komplet.*

I. Měl jsi tam třeba i rodiče, kteří Ti pomáhali?

*Ano, pravidelně tam se mnou byla máma, občas i táta, když nemohla máma.*

II. Ale jinak sestřičky tedy v těchto oblastech jako je nakrmení, oblékání se vším pomáhaly? Musel jsi jim i nějak říkat nebo si všimly sami?

*Ne ne, celkem to asi že jo znají a vědí, kdy co člověk potřebuje, evidentně na takovém oddělení pochyty empatii.*

6) Došlo v průběhu tvé léčby k zásadním změnám/problémům v oblasti výživy a k jakým změnám došlo? Jakým způsobem se staral ošetřující personál?

*Ano. V průběhu mé léčby jsem měl poměrně přísnou dietu, takže jsem nesměl jíst spoustu potravin jako ořechy, syrovou zeleninu a ovoce, které se nedaly loupat. Také uvařené jídlo po delší době než 3 hodiny a byla tam spousta dalších omezení. Starost to spíše přidělovalo mamce, když jsem byl doma, a když jsem byl v nemocnici, tak jsem dostával obědy dle dané diety. Ošetřující personál se staral tím způsobem, že mě pobízel k jídlu a pobídky byly občas na místě, jelikož nemocniční strava nebyla zrovna nejlepší. Během léčby jsem míval různá další dietetická omezení podle momentálních léků a v nemocnici sestřičky dohlížely, aby mi v jídle nebyly podávány suroviny, které by byly proti těmto dietám. ☺*

7) Kde jsi získal/a informace o svém onemocnění, způsobu léčby, následných možných komplikacích?

*Hm jo, no tak prvotní základ mi řekli nebo přetlumočili rodiče od doktora a zbytek v podstatě mi řekl doktor, a nebo jsem vyčetl z brožurky, kterou jsem na začátku léčby dostal.*

III. Koukal jsi třeba i na internet?

*(Zasmál se) Popravdě ne, nějak jako jsem se tím úplně netrápil.*



IV. Dávaly Ti informace třeba i sestřičky?

*Tak se sestřičkama jsem přicházel do styku více než s doktorem, takže když jsem se poptal a chtěl něco vědět, tak co mohly, mi sdělily.*

- 8) Jakou formou Ti předával ošetřující personál potřebné informace o jednotlivých výkonech (např.: lumbální punkce, punkce kostní dřeně, odběry krve, správná péče o dutinu ústní atd.). Forma rozhovoru, informační brožury.

*Ne normálně mi to jako prostě ústně vysvětlili, řekli o co jde, normálně, žádný brožurky.*

- 9) Vyhovoval Ti způsob komunikace s ošetřujícím personálem v případě podávání informací o jednotlivých léčebných či diagnostických výkonech?

*Jo určitě, vždycky to tak jako podali dostatečně výstižně a jasně abych to pochopil s ohledem na můj věk.*

- 10) Měl jsi v rámci léčby zavedený invazivní vstup? Byl nějaký problém s invazivním vstupem? Jakým způsobem se sestřička starala o invazivní vstupy?

*Než mi zavedli na operačním sále centrální, tak jsem měl kanylu. Bohužel v průběhu léčby se mi hadičky „zanítily“ a museli mi dávat nový centrální, takže jsem pak měl ještě jednu kanylu. Pak už vše fungovalo. O kanylu se sestřičky staraly tak, že to každý den kontrolovaly, ptaly se, jestli to nepálí či nebolí a po třech dnech mi dávaly novou. Pak když už jsem měl zase hadičky, tak vše probíhalo sterilně. Doma jsem si moc nepobyl, takže všechny možné proplachy mi dělaly sestřičky.*

- 11) Věnoval ošetřující personál dostatek pozornosti situacím, kdy jsi sám prožíval nepříjemné zážitky spojené s bolestí?

*Ano, jako vždycky tam ty sestřičky byly prostě takový jako pozitivně naladěný, takže i když člověk byl jako v horší náladě a nebylo mu úplně dobře, tak mu to zvedlo náladu, když viděl ty sestřičky.*

12) Reagoval ošetřující personál na Tvé požadavky ohledně léčby bolesti?

*Ano, jako když prostě jsem měl nějaký bolesti tak jako stačilo říct sestřičkám, ty po dohodě s doktorem mi daly nějaké „utišováky“ (painkillers).*

13) Byl/byla jsi klidnější, pokud u různých invazivních výkonů byli Tvoji nejbližší? Můžeš specifikovat, kdo byl při těchto výkonech Tvoji oporou?... máma, táta, zdravotní sestřička

*Tak u těch drobnějších tam se mnou...no teď ty jo když si tak vzpomínám tak snad ani u lumbálek a těchto výkonů jako že tam nenechávali rodiče.*

V. Ani jsi nevyžadoval přítomnost rodičů?

*Tak ono přece jenom ten rok, když se vidíš jen s rodinou a tím zdravotnickým personálem, tak se z toho zdravotnického personálu stane taková rodina a vnímáš je trošku blíž než jen nějaký sestřičky a doktory. Nemáš pak problém, když jsou tam pak jen ty sestřičky a doktor, který to vykonává. Stačí tam.*

14) Dokážeš specifikovat nabízenou formu pomoci zdravotní sestřičky, v případě její přítomnosti u invazivních výkonů. Vyhovovala Ti forma pomoci (po stránce fyzické – např.: šetrný přesun z lůžka na lůžko, šetrné ošetřování ran, po stránce emocionální – samotná přítomnost sestřičky, povzbuzování, vhodná komunikace, fyzický kontakt – držení za ruku při výkonu).

*Jo rozhodně, nebo když mě třeba já nevím sestřička vezla na nějaký výkon nebo tak, byl to takový přátelský vztah, normálně mě utěšovala, prostě jsme si povídali, abych na to nemyslel atd.*

VI. Držela Tě za ruku?

*Asi při operaci ne, nebo nevím, že jo, o tom nevím (zasmál se).*

VII. Myslím tím, když s Tebou jela na ten daný výkon?

*No jasně tak to jo, chytla mě třeba za ruku nebo pohladila po ruce.*

15) Léčba Tvého onemocnění mohla způsobit i změny v oblasti Tvé psychiky, vnímal jsi nějaké změny? Popřípadě jak na to reagoval ošetřující personál?

*Jo jako pamatuju si, že jsem jedno období měl, že jsem po těch lécích byl jako takovej dost podrážděnej. Řekněme, že jsem byl trosku agresivnější, snadno jsem se vytočil, spíš se to projevovalo doma, že jsem byl jako hodně nepříjemnej, těkavej, ale nevím no, v nemocnici jsem to neprojevoval, ale sestřičky byly zvyklé a nedávaly najevo, že bych byl nepříjemnej.*

16) Zažil jsi někdy situaci, kdy Ti bylo smutno, cítil/la jsi se osamoceny/ná, izolovaný/ná od okolí, kamarádů, rodiny.

ANO x NE

*Jo, spíše od kamarádů.*

17) Byla Ti v těchto pro Tebe nelehkých okamžicích sestřička oporou, vyžadoval/la jsi její přítomnost?

*Ehm, já jsem takovej, ne že bych vyžadoval tu přítomnost, ale ty sestřičky tam sami od sebe nějak byly a byly tou psychickou oporou.*

18) Vnímal/la jsi mimoošetřovatelskou činnost zdravotních sester. Např.: vhodná komunikace, věnovala více pozornosti, zájem o Tvoji osobu, Tvé koníčky, plnění různých přání, empatické chování k Tobě samému, schopnost respektovat Tvé problémy a požadavky...atd. Pokud ano, prosím o specifikaci.

*Jo tak určitě jak jsem říkal tam ten vztah mezi pacientem a sestřičkama je řekněme bližší, přátelštější, takže jsme si normálně povídali, nebo když přišla z jakéhokoliv důvodu tak jsme si normálně povídali.*

VIII. Tak jestli vyhověla nějakému přání nebo jestli jsi měl nějaké přání? I když člověk má asi jen to jediné přání a to být zdravý.

*No jasně a ve výsledku Ti ho tam plní. Ted' mě momentálně nenapadá, že bych měl nějaké požadavky, ale nevím no, asi ne.*

## 17.2 Respondent č. 2:

- 1) Zeptám se Tě, jak se jmenuješ?

*Matěj*

- 2) Kolik Ti bylo, když ses léčil?

*14 – 16*

- 3) Na jaký typ leukemie jsi byl léčen?

*Na akutní lymfoblastickou leukémii – ALL*

- 4) Jak dlouho trvala léčba tvého onemocnění?

*2 roky*

- 5) Vlivem vedlejších účinků léčby Tvého onemocnění mohlo dojít k různým dočasným omezením Tvých denních aktivit a Tvé soběstačnosti (například: vlivem únavy, ztráty fyzických sil atd.). Můžeš prosím uvést činnosti, kde jsi potřeboval pomoc sestřičky?

*Pomoc s nakrmením*

*Pomoc s oblékáním*

*Pomoc s mytím*

*Pomoc na toaletu*

*Pomoc při mobilizaci*

*Pomoc při chůzi*

*Tak většinou po nějakých těch zákrocích byla potřeba pomoc. Při té chůzi nebo nám nebylo dobře, nebo když se nám udělalo špatně na toaletě.*

- 6) Došlo v průběhu tvé léčby k zásadním změnám/problémům v oblasti výživy a k jakým změnám došlo? Jakým způsobem se staral ošetřující personál?

*Ano došlo, měli jsme nízkobakteriální stravu. Nemohli jsme jíst například mléčné výrobky, ořechy, syrová či tepelně neupravená jídla, jídlo z restaurací, ořechy atd. Během*

*léčby se mi vytvořili bohužel v dutině ústní afty a nemohl jsem nic sníst, takže mi musely sestřičky dávat jídlo parenterální formou.*

*Ošetřující personál vždy kontroloval, jaké jídlo dostáváme a malým dětem například pomohli s krmením, když rodiče nemohli být u svého dítěte.*

*Bohužel mám trvalé následky díky léčbě do teď s trávicím traktem. Nemohu mléčné výrobky.*

- 7) Kde jsi získal/a informace o svém onemocnění, způsobu léčby, následných možných komplikacích?

*Tak my jsme to za nás získávali od doktorů, protože za nás internet, když to tak vezmu, moc nebyl, tak spíš od doktorů nebo co se získalo od známých, co pracují ve zdravotnictví.*

- I. A sestřičky když tak také byly nápomocny?

*Ano byly.*

- 8) Jakou formou Ti předával ošetřující personál potřebné informace o jednotlivých výkonech (např.: lumbální punkce, punkce kostní dřeně, odběry krve, správná péče o dutinu ústní atd.). Forma rozhovoru, informační brožury.

*Ne, byli jsme vždycky od doktora nebo od sestřičky. Řekli nějaký konkrétní postup, že budu uspaný, že bude následovat nějaký zákrok, jaký mi budou podávané léky, takže jsme byli informovaný od doktoru nebo od sestřiček.*

- 9) Vyhovoval Ti způsob komunikace s ošetřujícím personálem v případě podávání informací o jednotlivých léčebných či diagnostických výkonech?

*Jo vyhovoval, myslím si, že byl vždycky dostačující, nepotřebovali jsme si nikde nic zjišťovat. Nebo jak říkám, dali se nějaké informace získat i od kamarádů, kteří pracují ve zdravotnictví. Ale vždycky to bylo dostačující.*

- 10) Měl jsi v rámci léčby zavedený invazivní vstup? Byl nějaký problém s invazivním vstupem? Jakým způsobem se sestřička starala o invazivní vstupy?

*Než mi zavedli „komůrku“ tak jsem měl kanylu, bylo to cca týden. Sestřičky kanylu denně kontrolovaly a po třech dnech měnily. Co se týká „komůrky“ tak s tou žádné problémy nebyly. Ba naopak byla výhoda, že se s tím člověk mohl koupat. O tento centráل není tak těžké se starat, stačilo jednou za dny propláchnout a to vždy dělaly sestřičky sterilně v nemocnici.*

- 11) Věnoval ošetřující personál dostatek pozornosti situacím, kdy jsi sám prožíval nepříjemné zážitky spojené s bolestí?

*Ano věnoval. Sestřičky se vždycky snažily nějakým způsobem ty situace zlehčit, pokusit se nás rozesmát, povídat si, abychom na ty bolestivé situace nemysleli.*

- 12) Reagoval ošetřující personál na Tvé požadavky ohledně léčby bolesti?

*Jo vždycky, když nám nebylo dobře.*

- II. Jestli to třeba i sami poznaly, když Tě něco bolelo.

*Já většinou teda jsem byl takovej, že jsem se snažil co nejvíc, abych nějaký prášky nemusel dostávat, ale samozřejmě, když jsem řekl, že mi není dobře tak se sestřičky se souhlasem doktora daly.*

- 13) Byl/byla jsi klidnější, pokud u různých invazivních výkonů byli Tvoji nejbližší? Můžeš specifikovat, kdo byl při těchto výkonech Tvojí oporou?... máma, táta, zdravotní sestřička

*Tak určitě to bylo příjemnější v tom, že se člověk mohl o někoho opřít nebo se na někoho spolehnout a měl jsem tam sebou vždycky mámu, která se mnou byla celý průběh léčby.*

- 14) Dokážeš specifikovat nabízenou formu pomoci zdravotní sestřičky, v případě její přítomnosti u invazivních výkonů. Vyhovovala Ti forma pomoci (po stránce fyzické – např.: šetrný přesun z lůžka na lůžko, šetrné ošetřování ran, po stránce

emocionální – samotná přítomnost sestřičky, povzbuzování, vhodná komunikace, fyzický kontakt – držení za ruku při výkonu).

*Sestřičky byly pokaždé v dobré náladě nebo se alespoň snažily tak vypadat, takže už to bylo pozitivní a příjemné. Snažili se nás rozptýlit, abychom na ten výkon nemysleli.*

15) Léčba Tvého onemocnění mohla způsobit i změny v oblasti Tvé psychiky. Vnímali jsi nějaké změny? Popřípadě jak na to reagoval ošetřující personál?

*Tak já myslím, že změny nálady jsme měli asi všichni a ten personál nebo rodiče to berou jako součást léčby.*

III. Byly na tebe nějakým způsobem nepříjemné sestřičky?

*Vždycky nám pomohli a byli nás příjemný, nechovali se k nám ošklivě.*

IV. Byla nabídnuta pomoc psychologa?

*Ano byla, ale já jsem ji nikdy nevyužil.*

16) Zažil jsi někdy situaci, kdy Ti bylo smutno, cítil/la jsi se osamoceny/ná, izolovaný/ná od okolí, kamarádů, rodiny.

ANO x NE

*Od rodiny ne, ale tak určitě tím, že jsme všichni museli zanechat školy a buď se učit v nemocniční škole, nebo opakovat ročník, tak určitě mi chyběl ten pocit, že se nemůžu kontaktovat s lidmi ze školy, někteří ani nechtěli přijít, protože by museli mít roušku. Samozřejmě někteří chodili, ale moc jich nebylo. Jak se říká „v nouzi poznáš přítele“.*

17) Byla Ti v těchto pro Tebe nelehkých okamžicích sestřička oporou, vyžadoval/la jsi její přítomnost?

*Nevyžadoval, já jsem spíš byl takovej, že jsem to měl v sobě uzavřený a se vším jsem se snažil poradit sám, ale vždycky když byla potřeba, tak pomohli a mohl jsem se na ně spolehnout, popovídat si s nimi.*

- 18) Vnímala jsi, mimošestřovatelskou činnost zdravotních sester. Např.: vhodná komunikace, věnovala více pozornosti, zájem o Tvoji osobu, Tvé koníčky, plnění různých přání, empatické chování k Tobě samému, schopnost respektovat Tvé problémy a požadavky...atd. Pokud ano, prosím o specifikaci.

*Sestřičky se snažily zlehčovat ty horší situace, věnovat se mi/nám. Když viděly, že poslouchám hudbu, tak se poptaly, co poslouchám atd. Měly o mě/nás zájem. Snažily se i udělat srandu a věnovat se nám i v dobách, kdy měli po pracovní době. Myslím tím, že k nám zašly i na pokoj, třeba se i rozloučit (usmál se).*

### 17.3 Respondent č. 3

- 1) Zeptám se Tě, jak se jmenuješ?

*Vojta*

- 2) Kolik Ti bylo, když ses léčil?

*15 – 17*

- 3) Na jaký typ leukémie jsi byl léčen?

*Měl jsem ALL.*

- 4) Jak dlouho trvala léčba tvého onemocnění?

*2 roky*

- 5) Vlivem vedlejších účinků léčby Tvého onemocnění mohlo dojít k různým dočasným omezením Tvých denních aktivit a Tvé soběstačnosti (například: vlivem únavy, ztráty fyzických sil atd.). Můžeš prosím uvést činnosti, kde jsi potřeboval pomoc sestřičky?

Pomoc s nakrmením

Pomoc s oblékáním

Pomoc s mytím

Pomoc na toaletu



Pomoc při mobilizaci

Pomoc při chůzi

*Nepotřeboval jsem pomoc z žádných těchto potřeb. V průběhu mé léčby nedošlo k nějakým větším zásadním komplikacím, abych v těchto oblastech potřeboval pomoc.*

- 6) Došlo v průběhu tvé léčby k zásadním změnám/problémům v oblasti výživy a k jakým změnám došlo? Jakým způsobem se staral ošetřující personál?

*Změny v oblasti výživy jsem měl pouze způsobené omezením z důvodu snížení imunity, například jsem nemohl neloupané jablko, rajče atd. Nic co nebylo vakuově zabaleno, a nebo tepelně zpracované. Chuť k jídlu jsem měl normální, spíše zvýšenou díky lékům, které jsem bral. Jediné na co jsem byl alergický, tak byla nemocniční strava, ta mi pouhým pohledem a "vůní" způsobovala žaludeční nevolnost. Ošetřující personál pouze informoval a seznamoval s riziky spojených s konzumací neošetřených nebo syrových potravin. To, že mi nemocniční jídlo nechutná, je moc nezajímalo.*

- 7) Kde jsi získal/a informace o svém onemocnění, způsobu léčby, následných možných komplikacích?

*Ehm, od doktora a z brožury, kterou jsme dostali.*

- I. A sestřičky když tak také umožnily nějaké informace?

*Spíš to bylo hlavně od doktora, sestřičky už to tolik nerozváděly.*

- 8) Jakou formou Ti předával ošetřující personál potřebné informace o jednotlivých výkonech (např.: lumbální punkce, punkce kostní dřeně, odběry krve, správná péče o dutinu ústní atd.). Forma rozhovoru, informační brožury.

*Formou rozhovoru a z části i tou brožurou, kde bylo vysvětleno spoustu věcí, ohledně i těch vedlejších komplikací spojené s nemocí.*

- 9) Vyhovoval Ti způsob komunikace s ošetřujícím personálem v případě podávání informací o jednotlivých léčebných či diagnostických výkonech?

*Jestli mi vyhovoval ten způsob?*

I. Ano, jestli byly například informace dostatečné?

*Jo určitě byly dostatečné. Doktoři se vždycky snažili vysvětlit a podat informace tak, aby byly dostatečné k mému věku.*

II. Zasahovaly do toho i sestry když ses jich zeptal?

*Jako vždycky, když jsem se na něco zeptal, tak se snažily odpovědět. Nepociťoval jsem, že bych šel někam, kde bych nevěděl, co se bude dít.*

10) Měl jsi v rámci léčby zavedený invazivní vstup? Byl nějaký problém s invazivním vstupem? Jakým způsobem se sestřička starala o invazivní vstupy?

*Invazivní vstup formou kanyly jsem měl pouze ze začátku léčby. Po cca týdnu mi zavedli centrální katétr, z kterého mi byla odebírána krev, přijímal jsem jím chemoterapii a jiné léky. V rámci údržby centrálního katétru jsme museli přelepovat místo zavedení do těla, dále se musel po určité době proplachovat, proto aby se neucpal sraženou krví. Zpravidla jsem měl údržbu centrálního katétru na ambulantním ošetření, vše sterilně. V případě delších intervalů jsme proplachování a přelepování dělali doma. V údržbě jsme byli proškoleni zdravotním personálem a také vybaveni vším potřebným co k tomu bylo potřeba.*

11) Věnoval ošetřující personál dostatek pozornosti situacím, kdy jsi sám prožíval nepříjemné zážitky spojené s bolestí?

*No, ptali se mě, co mě bolí, když jsem vypadal hrozně a když jsem se nesmál.*

12) Reagoval ošetřující personál na Tvé požadavky ohledně léčby bolesti?

*Reagoval. Často se ptali a kolikrát to i sami poznali, že mi není nejlépe, takže po domluvě s lékařem vždy vymysleli, jak mi pomoci.*

13) Byl/byla jsi klidnější, pokud u různých invazivních výkonů byli Tvoji nejbližší? Můžeš specifikovat, kdo byl při těchto výkonech Tvoji oporou?... máma, táta, zdravotní sestřička

*No vzhledem k tomu, že jsem byl většinou pod narkózou, tak ani nevím, kdo tam byl.*

III. Ale než jsi byl pod narkózou, tak tam nějaké sestřičky byly. ☺

*Někdo se tam vždycky pohyboval, jako určitě bylo příjemný, když tam byl někdo z rodičů, ale se sestřičkama jsem měl hezký vztah a stačily pro uklidnění i ony.*

14) Dokážeš specifikovat nabízenou formu pomoci zdravotní sestřičky, v případě její přítomnosti u invazivních výkonů. Vyhovovala Ti forma pomoci (po stránce fyzické – např.: šetrný přesun z lůžka na lůžko, šetrné ošetřování ran, po stránce emocionální – samotná přítomnost sestřičky, povzbuzování, vhodná komunikace, fyzický kontakt – držení za ruku při výkonu).

*Ehm no.*

IV. Myslím tím, jestli Ti byla příjemná samotná přítomnost té sestřičky nebo jestli Tě držela za ruku při těchto výkonech.

*Myslím, že jsem nebyl nějak citově labilní nebo rozladěnej tak abych potřeboval někoho jako ještě si to citově podržet víc. Jakože většinou jsem to vnímal v pohodě.*

15) Léčba Tvého onemocnění mohla způsobit i změny v oblasti Tvé psychiky. Vnímal jsi nějaké změny? Popřípadě jak na to reagoval ošetřující personál?

*Personál na to reagoval že, mi začaly dávat léky na podporu, jakoby nějaký nálady, jako na zvýšení. To jsem na sobě pociťoval nepříjemným dojmem, že nad sebou člověk nemá kontrolu, jako na drogách, takže to jsem řekl, že to nechci, rozhodně to nepotřebuju. Nebo nepociťoval jsem, že bych potřeboval psychiku zvyšovat nebo zlepšovat prostě, takže to bylo pro mě horší s tím, než bez toho.*

V. Ale tak, když si neměl náladu, tak jestli se snažily nějakým způsobem Ti udělat radost.

*Nevím, že bych byl náladovej, že bych měl výkyvy nebo deprese, nějaký euforie, byl jsem stabilní. Záleželo, jak člověku bylo a jestli měl hlad v noci nebo ne, což bylo častěji. Když by mi dali víc najíst, tak by to bylo lepší (smích).*

VI. Pokud jsi nebyl zrovna ve formě a sestřičky věděly, že léky nechceš, nabídli Ti pomoc psychologa? Chtěl jsi nějakou takovou pomoc?

*Ne, ale standardně tam byl psycholog k dispozici.*

1. Zažil jsi někdy situaci, kdy Ti bylo smutno, cítil/la jsi se osamoceny/ná, izolovaný/ná od okolí, kamarádů, rodiny.

ANO x NE

*Tak asi ano i ne. Od rodiny jsem izolován nebyl, spíš od těch kamarádů, ale někteří, když to bylo možné, mi udělali i návštěvu, ale moc jich nebylo.*

16) Byla Ti v těchto pro Tebe nelehkých okamžicích sestřička oporou, vyžadoval/la jsi její přítomnost?

*Nevyžadoval, po většinu času tam se mnou byla máma nebo táta. Když tam být nemohli, tak jsem se sám nějakou aktivitou zabavil nebo jsem spal. Přítomnost sestřičky jsem nevyžadoval. Hlavně sestřičky jsou na oddělení neustále, takže kdyby mi bylo hodně smutno, asi bych za nimi zašel.*

17) Vnímal/la jsi, mimoošetrovatelskou činnost zdravotních sester. Např.: vhodná komunikace, věnovala více pozornosti, zájem o Tvoji osobu, Tvé koníčky, plnění různých přání, empatické chování k Tobě samému, schopnost respektovat Tvé problémy a požadavky...atd. Pokud ano, prosím o specifikaci.

*Tak určitě.*

VII. Myslím tím, zda sestřička funguje i mimo tu její práci.

*No vzhledem k tomu, že člověk zažívá s těma sestřičkama i určitý osobní chvíle, tak je určitě lepší, když se ten pacient a sestra sblíží jak po straně sociální, jako že si jsou fakt blíž a že si dokážou říct i víc věcí. Určitě komunikace i mimo, nejen o té léčbě, jako určitě byla jak dobrá a pomáhala k tomu sblížení.*

## 17.4 Respondent č. 4:

19) Zeptám se Tě, jak se jmenuješ?

*Míša*

20) Kolik Ti bylo, když ses léčila?

*15 – 17 let*

21) Na jaký typ leukémie jsi byla léčena?

*Na akutní lymfoblastickou leukémii – ALL*

22) Jak dlouho trvala léčba tvého onemocnění?

*2 roky*

23) Vlivem vedlejších účinků léčby Tvého onemocnění mohlo dojít k různým dočasným omezením Tvých denních aktivit a Tvé soběstačnosti (například: vlivem únavy, ztráty fyzických sil atd.). Můžeš prosím uvést činnosti, kde jsi potřeboval/a pomoc sestřičky?

Pomoc s nakrmením

Pomoc s oblékáním

Pomoc s mytím

Pomoc na toaletu

Pomoc při mobilizaci

Pomoc při chůzi

*Tak ze začátku léčby to bylo při chůzi, protože jsem měla velký úbytek váhy, samozřejmě občas i s oblékáním a s mytím, jinak jsem tak nějak všechno zvládala sama.*

I. Sestřičky byly milé, příjemné? Nabídly se i samy, že Ti pomohou?

*No tak sestřičky byly vždycky velice ochotné, vlastně aniž bych se musela nějak doprošovat, tak vždycky přišly, jestli nepotřebujeme s něčím pomoci, převázat něco,*

*kontaktovat třeba rodiče, když tak s námi nebyli, takže sestřičky byly spíš na takový bázi kamarádek než jako ošetřujících sestřiček.*

24) Došlo v průběhu tvé léčby k zásadním změnám/problémům v oblasti výživy a k jakým změnám došlo? Jakým způsobem se staral ošetřující personál?

*Ano, došlo během mé léčby ke změnám v oblasti výživy. Během léčby jsem měla nízkobakteriální stravu. Stále si pamatuji zkratku, která se v Motole pro tuto stravu používala a to NB13. Také jsem si v léčbě prodělala DM zhruba na měsíc, a tudíž jsem měla poupravený jídelníček. Také si pamatuji, že jsme v léčbě nesměli jíst ořechy díky plísním, které by nám kvůli nízké až skoro žádné imunitě mohli ublížit. Nesměli jsme jíst určité druhy ovoce, sladkostí, mléčných výrobků a hlavně jsme se nesměli stravovat ve fast foodech, restauracích a společných stravovacích zařízeních (vše díky hygieně a naší nízké imunitě). Ošetřující personál nám pomáhal hlavně ve chvíli, kdy jsme nemohli jíst a podávali nám umělou stravu v kapací formě. Pamatuji si, že sestřičky krmili i menší děti ve chvíli, kdy rodiče nemohli být přítomni.*

25) Kde jsi získal/a informace o svém onemocnění, způsobu léčby, následných možných komplikacích?

*Tak spoustu informací jsem samozřejmě dostala od ošetřujících lékařů, následně i od sestřiček, spoustu informací jsem věděla i z internetu, ale ráda jsem se vždycky zeptala na oddělení, protože tam ty informace byly vždycky směrodatný.*

26) Jakou formou Ti předával ošetřující personál potřebné informace o jednotlivých výkonech (např.: lumbální punkce, punkce kostní dřeně, odběry krve, správná péče o dutinu ústní atd.) Forma rozhovoru, informační brožury.

*Vždycky to bylo formou rozhovoru, kde i já jsem mohla pokládat otázky, když mě něco zajímalo, jestli to bolí/nebolí, jaký jakoby léky budu dostávat budu/nebudu takže vždycky formou rozhovoru. Byly i brožurky, ale ty jsem fakt četla minimálně.*

27) Vyhovoval Ti způsob komunikace s ošetřujícím personálem v případě podávání informací o jednotlivých léčebných či diagnostických výkonech?

*Bylo to dostačující, kolikrát až vyčerpávající informace, co mě čeká.*

28) Měl/a jsi v rámci léčby zavedený invazivní vstup? Byl nějaký problém s invazivním vstupem? Jakým způsobem se sestřička starala o invazivní vstupy?

*Invazivní vstup, myslím tím kanylu, jsem měla jen ten první týden po přijetí na KDHO. Kanylu mi každý den sestřičky kontrolovaly, ptaly se mě, jestli mě nebolí atd. Po třech dnech mi ji vyměnily za novou a sedmý den mé hospitalizace mi byl na operačním sále zaveden CŽK. Kanyly jako takové jsem během léčby neměla díky zavedenému CŽK. O CŽK jsem se starala hlavně já sama. Dostala jsem od doktorů a sestřiček vše potřebné na převaz a převazy jsem si dělala sama doma. Pokud bylo zapotřebí, a nebo se musel centráل zkontrolovat, převaz mi dělali v nemocnici sestřičky. Šlo vždy o převázání respektive „přepleení hadiček“. Používal se desinfikovaný čtvereček, velká náplast, malé náplasti a samozřejmě samotná dezinfekce a vše se dělalo ve sterilních rukavicích. Problém s centrálem jsem naštěstí neměla žádný, jen se občas stalo, že nešla nabrat krev hned napoprvé.*

29) Věnoval ošetřující personál dostatek pozornosti situacím, kdy jsi sama prožívala nepříjemné zážitky spojené s bolestí?

*Určitě ano, byli mi i jako v podstatě nabídnuty léky proti bolesti, ale úplně jsem to nevyužívala, ale vždycky se ptali, jak mi je, jestli mě něco bolí/nebolí.*

30) Reagoval ošetřující personál na Tvé požadavky ohledně léčby bolesti?

*Ano reagoval. Vždycky se snažili, aby byla bolest co nejvíce utištěna.*

31) Byl/byla jsi klidnější, pokud u různých invazivních výkonů byli Tvoji nejbližší? Můžeš specifikovat, kdo byl při těchto výkonech Tvojí oporou?... máma, táta, zdravotní sestřička.

*Tak při spoustu výkonech byla moje maminka, ale samozřejmě tím, že jsem měla v tu dobu hodně malýho brášku, byli mu tři roky, tak u spousty výkonů byly sestřičky, což pro mě bylo naprosto super. Co se třeba týče odběru kostní dřeně nebo lumbální punkce, tak u toho byly vždycky sestřičky, u toho jsem mamku ani nechtěla, takže třeba vždycky sestřičky mě držely za ruku, říkaly třeba, že teď už si to nebudu tolik pamatovat, takže tam byl vždycky někdo při tom.*

32) Dokážeš specifikovat nabízenou formu pomoci zdravotní sestřičky, v případě její přítomnosti u invazivních výkonů. Vyhovovala Ti forma pomoci (po stránce fyzické – např.: šetrný přesun z lůžka na lůžko, šetrné ošetřování ran, po stránce emocionální – samotná přítomnost sestřičky, povzbuzování, vhodná komunikace, fyzický kontakt – držení za ruku při výkonu).

*Tak tím, že jsme na tom oddělení byli dva roky tak spíš ty sestřičky byly jako kamarádky, takže kolikrát přesně při těch výkonech nás držely za ruku, povídaly si se mnou, když mě třeba převážely na nějaký vyšetření, tak vždycky sestřička si se mnou povídala, říkala mi co mě čeká/nečeká, ale vždycky jakoby ta pomoc té sestřičky tak byla, což bylo naprosto skvělý, protože jsem věděla, že i když tam nebude ta mamka, tak tam je někdo, kdo tam se mnou prostě bude a koho mám ráda.*

33) Léčba Tvého onemocnění mohla způsobit i změny v oblasti Tvé psychiky, vnímala jsi nějaké změny? Popřípadě jak na to reagoval ošetřující personál?

*Tak určitě je to velká změna, protože v době kdy jsem se sama dozvěděla co mi je, s čím se budu léčit, tak ten člověk nikam nesmí, takže samozřejmě ta psychika byla horší, protože jsem tušila, že nějaké kamarády tím můžu ztratit, i když jsem si v Motole našla spoustu jiných kamarádů, s kterými to přátelství je do dneška mnohem silnější než takový ty kamarádky ze školy. Reagoval na to personál tak, že nám nabízeli nějaké léky, co se týče jakoby srovnání psychiky, já jsem to využila asi na jeden měsíc a už bych do toho asi znovu nešla.*

II. Nabídli Ti například pomoc psychologa?

*Určitě, psycholog dokonce docházel na oddělení KDHO, byl tam často, takže kdykoliv i když jsme vlastně nepotřebovali, tak jsme si mohli promluvit s psychologem, probrat třeba naší současnou situaci, jak se cítíme/necítíme, co nás čeká, jaké z toho máme obavy, takže psycholog tam byl dost často, dalo se té pomoci využít.*

III. Sestřička změny poznala/vnímala nebo si změn nevšímalý?

*Tak zdravotní sestřičky nás znaly vlastně od začátku léčby, takže vždycky poznaly, když jsme byli smutný nebo i když nám jakoby v tom věku, mě bylo 15 – 16, když nám chyběli rodiče nebo jsem si prostě přišla sama, tak i ty sestřičky přišly, povídaly si s námi*



*nebo nám třeba řekly, ať jdeme na hernu a bavili jsme se tam i s jinýma dětma a zároveň i se sestřičkou, vymýšleli jsme různé hry, prostě aby nám ten čas nějak rychleji utíkal.*

34) Zažila jsi někdy situaci, kdy Ti bylo smutno, cítil/la jsi se osamoceny/ná, izolovaný/ná od okolí, kamarádů, rodiny.

ANO x NE

*Ano, nejvíc asi od svých kamarádů.*

35) Byla Ti v těchto pro Tebe nelehkých okamžicích sestřička oporou, vyžadoval/la jsi její přítomnost?

*Tak bylo určitě příjemný, když třeba už bylo hodně pozdě a měla jsem třeba problémy se spaním a věděla jsem, že už ty menší děti spí, tak sestřičky kolikrát přišly, povídaly si s námi nebo jsem za nima šla já, takže vždycky tam ta sestřička byla jako taková ta kamarádka navíc na tom oddělení.*

36) Vnímal/la jsi mimoošetrovatelskou činnost zdravotních sester. Např.: vhodná komunikace, věnovala více pozornosti, zájem o Tvoji osobu, Tvé koníčky, plnění různých přání, empatické chování k Tobě samému, schopnost respektovat Tvé problémy a požadavky...atd. Pokud ano, prosím o specifikaci.

*Tak určitě, když jsem měla přání toho, že jsem chtěla, aby za mnou přišla nějaká učitelka nebo nějaký dobrovolník, vždycky sestřičky byly schopny to zařídit nebo ony samy když měly čas, tak s námi třeba chvílku taky navlékaly korálky, pokud nemusely ošetřovat nějaké jiné dítě. Malovali jsme s nimi různé obrázky, navzájem jsme i vymýšleli nějaké činnosti, co by se dalo udělat. Sestřičky tam byly pořád, bylo to fajn.*

## 18 ANALÝZA ROZHOVORŮ

Moji čtyři respondenti byli léčeni na akutní lymfatickou leukémií (ALL) v dospívajícím věku (14 – 17 let) na KDHO ve FN Motol. Tři respondenti byli léčeni cca dva roky, jeden respondent byl léčen dva roky a čtvrt roku.

### **Otázka zaměřená na pomoc v oblasti denních aktivit (pomoc s nakrmením, oblékáním, mytím, pomoc na toaletu, při mobilizaci a při chůzi.**

Respondent č. 1 měl závažnější reakci na léčbu, a tudíž při některých těchto činnostech potřeboval na začátku léčby více pomoci. Respondenti č. 2 a č. 4 se také vyjádřili, že potřebovali pomoci například při chůzi po některých zákrocích nebo když jim nebylo dobře po chemoterapii či když měli úbytek váhy. Respondent číslo 3 neměl žádné závažnější komplikace a nepotřeboval pomoc v žádných těchto denních aktivitách.

Lze tedy napsat, že pokud nastala potřeba pomoci v denních aktivitách, všeobecné sestry byly vždy milé, ochotné a rády pomohly. Respondenti věděli, že se mají na koho obrátit, kdo by jim pomohl.

### **Otázky zaměřené na změny/problémy v oblasti výživy a způsob péče všeobecných sester.**

Všichni respondenti měli jedno „velké“ dietní omezení, tj. museli dodržovat nízkobakteriální stravu, dále nestravovat se ve „fast-foodech“, restauracích, nejíst stravu po třech hodinách od uvaření či den uvařenou, nesměli ořechy, některé druhy ovoce a sladkostí. Respondent č. 1 řekl, že to bylo náročné hlavně pro jeho mámu. Respondenti č. 1, 2 a 4 měli v průběhu léčby i parenterální stravu, kvůli komplikacím či porušené dutině ústní. Respondent č. 2 má kvůli léčbě do dnes problémy s trávicím traktem, nemůže mléčné výrobky. Respondent č. 4 měl zhruba měsíc v rámci léčby DM, kvůli které měl také dietní omezení.

Všeobecné sestry hlídaly, aby respondenti dostali správné jídlo a pokud někdo potřeboval pomoc s nakrmením, nebyl problém a všeobecné sestry s nakrmením pomohly. Respondent č. 3 vypověděl, že všeobecné sestry ho pouze informovaly a seznamovaly

s riziky neošetřených a nebalených potravin, a že se moc nestaraly o to, že se mu z nemocničního jídla dělalo špatně.

### **Otázky zaměřené na oblast informovanosti.**

Respondenti dostávali informace hlavně od ošetřujících lékařů za přítomnosti rodičů či jednoho z nich. Pokud u toho rodiče nebyli, dostal informaci jak respondent, tak samozřejmě i rodiče. Pokud se potřebovali na něco doptat nebo jim nebylo něco jasné, mohli kdykoliv vznést dotaz, nejen na lékaře či všeobecnou sestru, a vše jim bylo vysvětleno. Všeobecná sestra informovala jen, jak jí určují kompetence.

Informace dostávali především rozhovorem, nějaké informace se mohli dočíst i v brožurce, kterou respondenti dostali na začátku léčby. V brožurce je vše hezky vysvětleno a nakresleno, je určená pro děti malé i velké. Informace byly dostačující, respondenti byli vždy o všem plně informováni.

### **Otázky zaměřující se na oblast ošetřování invazivního vstupu.**

Respondenti měli kanylu jen ze začátku léčby, než jim zavedli centrální žilní vstup. Všichni respondenti vypověděli, že všeobecná sestra se o kanylu starala, kontrolovala každý den, proplachovala a po třech dnech kanylu měnila. Respondent č. 1 měl v průběhu léčby problém s centrálním žilním katétrem (hadičky), museli mu ho vyměnit, a proto mezi těmi dny měl opět kanylu. Respondent č. 2 měl zavedenou komůrku, respondentka č. 4 měla zavedené hadičky. Ani jeden z nich s centrálním žilním katétrem neměli problém. Respondent č. 2 uvedl, že stačilo, aby se komůrka jednou za 14 dní propláchla a že vše vykonávaly všeobecné sestry sterilně. Respondenti č. 3 a 4 také odpověděli, že hadičky všeobecné sestry sterilně převazovaly. Respondenty č. 3 a 4 všeobecné sestry edukovaly, jak si mají převazy hadiček dělat sami, když budou doma a dali jim k tomu potřebný materiál.

### **Otázky zaměřující se na oblast komunikace.**

Respondenti byli s oblastí komunikace velmi spokojeni a to nejen ze strany lékařů, ale i všeobecných sester. Vždy dostali až vyčerpávající informace o jednotlivých výkonech a možných komplikacích. Komunikovali a informovali respondenty tak, aby to bylo pochopitelné k jejich věku.

### **Otázky zaměřující se na oblast léčby bolesti.**

Pokud nebylo respondentům nejlépe, bylo jim špatně kvůli cytostatikům či je něco bolelo, vždy se mohli obrátit na všeobecné sestry, které na oddělení byly, a po dohodě s ošetřujícím lékařem dostali nějaké léky na ztišení bolesti. Respondenti č. 2, 3 a 4 se snažili s onou situací vždy „poprat“ sami, ale když nebylo zbylí, bylo jim pomoheno. Respondenti se také vyjádřili, že všeobecné sestry se nejen ptaly, zda je něco nebolí a je vše v pořádku, ale také, že to i samy poznaly, pokud respondentům nebylo dobře. Respondenti č. 1 a 2 řekli, že všeobecná sestra se vždy snažila nějakým způsobem odlehčit situaci, povídat si s nimi, tak aby alespoň na chvíli zapomněli na bolest. Vždy byla pozitivně naladěná a usmívala se, což přispělo k lepší náladě.

### **Otázky zaměřené na oblast psychické podpory u invazivních výkonů.**

Respondenti u invazivních výkonů, jako je například lumbální punkce, sternální punkce nebo výkon na operačním sále atd., rodiče nepotřebovali. Stačil jim ošetřující personál, pro udržení dobré nálady. Vyjádřili se, že během léčby, jak jsou s všeobecnými sestrami v podstatě denně v kontaktu, tak se z nich stanou „kamarádi“ a mají spolu blízký vztah, takže se jim i tyto výkony snášely mnohem lépe. Věděli, že mají u sebe někoho, komu věří a navíc se je snažily všeobecné sestry vždy něčím rozptýlit, povídat si s nimi, vtipkovat.

### **Otázky zaměřené na oblast psychické podpory.**

Respondenti č. 1, 2 a 4 na sobě pocítili změny nálad v průběhu léčby. Respondent č. 3 změny mírně pocítoval, ale snažil se s tím nějak sám vyrovnat a nedávat to moc

najevo. Respondenti č. 1 a 2 řekli, že všeobecné sestry a rodiče si toho všimli, ale brali to jako součást náročné léčby. Ani jeden z respondentů č. 1 a 2 nechtěl žádné léky na zklidnění. Respondent č. 3 nějaké léky dostal, ale ihned po aplikaci řekl, že už je nechce. Respondentka č. 4 také dostávala léky na zklidnění, také je potom odmítla. Dostala nabídku klinického psychologa, ale nevyužila ji. Respondenti věděli, že mohou využít pomoci od klinického psychologa, který denně na oddělení dochází, ale ani jeden ji nevyužil.

V oblasti osamocení či izolace od rodiny respondenti vypověděli, že nebyli ani tak izolovaní od rodiny, jako spíš od kamarádů. Respondent č. 2 řekl, že některý z jeho kamarádů za ním zašel, ale moc jich nebylo. Respondentka č. 4 měla tutéž situaci, ale v nemocnici na oddělení KDHO poznala plno jiných dospívajících a kamarádství fungují do teď. Respondenti se shodli, že nevyžadovali přítomnost všeobecných sester, ale že věděly, že na tom oddělení jsou, že si s nimi mohou kdykoliv popovídat a že jsou takovou jejich psychickou oporou.

#### **Otázky zaměřené na mimoošetřovatelskou činnost.**

Respondenti se shodli, že jak jsou na oddělení se všeobecnými sestrami denně v kontaktu, tak mají velmi hezké vztahy a jsou si blízko. Všeobecné sestry se snaží si s nimi povídat, zajímat se o jejich koníčky, vytvořit zábavu. Respondentka č. 4 řekla, že pokud chtěla například, aby za ní zašel nějaký dobrovolník či paní učitelka, vždy to všeobecné sestry zařídily.

## 19 DISKUZE

Hlavním cílem mé bakalářské práce bylo zjistit, jak vnímali roli všeobecné sestry pacienti dětského věku (14 – 17 let), kteří se léčili na KDHO ve FN Motol.

Výběr tématu nebyl náhodný, jedná o problematiku, se kterou mám osobní zkušenost. Ve věku 12 – 14 let jsem se léčila na ALL na KDHO ve FN Motol. Setkala jsem se s různými všeobecnými sestrami a moje zkušenosti jsou pouze pozitivní. Touto bakalářskou prací jsem tedy chtěla zjistit, jaké zkušenosti mají ostatní v tomto věku, kdy probíhá rozvoj osobnosti, a všeobecné sestry jsou jedny z mála osob, se kterými jsou v sociálním kontaktu.

Jedním z dílčích cílů tedy bylo zjistit, jakou roli hrála všeobecná sestra v usnadnění uspokojování základních životních potřeb. Dalším mým cílem bylo dle zjištěných výsledků vytvořit mapu ošetrovatelské péče.

Rozhovory probíhaly s respondenty v místě bydliště, byly nahrávány na diktafon a přepsala jsem je tak, jak mi byly sděleny. První dvě otázky se týkaly osobních údajů, tj. jméno, věk. Další dvě otázky se týkaly typu leukémie a délce léčby. Následující otázky byly zaměřeny na oblast denních aktivit, oblast změn či problémů s výživou, oblast informovanosti, oblast ošetřování invazivních vstupů, oblast komunikace, oblast léčby bolesti, dále na oblast psychické podpory u invazivních výkonů, oblast samotné psychické podpory a na roli všeobecné sestry v jednotlivých oblastech.

### **Výzkumná otázka č. 1**

Jak významnou roli hraje všeobecná sestra v usnadnění uspokojování základních lidských potřeb?

Základní lidské potřeby zahrnují fyziologické potřeby (hlad, žízeň, vylučování, spánek), potřeby jistoty a bezpečí (soběstačnost, klid, ochrana, zdraví), potřeby lásky a souznělosti (komunikace, přátelství, důvěra), potřeba uznání, ocenění a sebeúcty a poslední potřebou je potřeba seberealizace.

Na základě odpovědí od respondentů ohledně významu role všeobecné sestry v usnadnění uspokojování základních lidských potřeb jsem zjistila, že všeobecné sestry, jsou velmi důležité v uspokojování všech těchto potřeb.

V oblasti denních aktivit (pomoc s nakrmením, oblékáním, mytím, pomoc na toaletu, při mobilizaci a pomoc při chůzi) jsem zjistila, že pokud tato potřeba s pomocí u pacienta nastane, všeobecné sestry rády a ochotně pomohou. Respondent č. 1 měl více komplikací při začátku léčby, a tak potřeboval častější pomoc v jednotlivých oblastech denních aktivit. Respondenti č. 2 a 4 občas potřebovali pomoc s chůzí, respondent č. 4 potřeboval pomoc i s umytím a oblékáním. Podobný výzkum prováděla i Pavla Medková v bakalářské práci „Kvalita života u dlouhodobě hospitalizovaných dětí s onemocněním leukémie“ a zjistila, že vedlejší účinky cytostatické léčby narušují oblasti denní aktivity, ale že komplexní podpůrnou péčí dochází ke zlepšení kvality života v oblasti fyzického zdraví dítěte.

Co se týká oblasti změn/problémů výživy v léčbě, všeobecné sestry kontrolují, co pacienti dostávají k jídlu, aby nedošlo k nějakým záměnám, povzbuzují k jídlu. Respondenti č. 2 a 4 se vyjádřili, že všeobecné sestry pomáhaly i s krmením malým dětem, pokud u nich nebyli rodiče. Respondent č. 3 řekl, že všeobecné sestry ho pouze informovaly o rizicích spojených s konzumací zakázaných potravin v průběhu léčby. Respondenti č. 1, 2 a 4 měli v průběhu léčby porušenou dutinu ústní, a proto museli dostávat výživu parenterální formou. O porušené dutině ústní kvůli cytostatické léčbě se zmiňuje i Monika Mašková ve své bakalářské práci „Problematika ošetrovatelské péče o pacienty s akutní leukémií“, kde se zmiňuje, že poškozená sliznice dutiny ústní je u pacientů s leukémií častým ošetrovatelským problémem.

Do základních lidských potřeb bezesporu také patří informovanost. V této oblasti se respondenti shodli, že nejvíce informací dostávali od ošetřujících lékařů. Od všeobecných sester jen co bylo v jejich kompetencích, popřípadě sestra zajistila, aby ošetřující lékař byl obeznámen s dotazem, prosbou od konkrétního pacienta. Respondenti vypověděli, že vždy byli se vším srozuměni a o všem věděli. Nikdy nenastal problém, že by se nemohli zeptat. Respondenti č. 1, 3 a 4 využili informací i v brožuře, kterou dostali na začátku léčby. Renata Míková ve své bakalářské práci „Informovanost příbuzných pacientů s leukémií“ také potvrdila hypotézu (Většina respondentů byla spokojena s podáním informací

od zdravotnického personálu.), že většina respondentů byla s informacemi od zdravotnického personálu spokojena.

V oblasti komunikace byli respondenti také velmi spokojeni a to nejen ze strany lékařů, ale i všeobecných sester. Respondenti vypověděli, že s nimi komunikovali a informovali je tak, aby to bylo pochopitelné k jejich věku.

Všeobecné sestry samozřejmě na takovém oddělení musí řešit i oblast bolesti. Respondenti v průběhu léčby bolesti měli a vždy se vyřešily. Nejdříve se snažili se s bolestmi „poprat“ sami, ale když nebylo zbylí, poprosili všeobecnou sestru a po dohodě s doktorem dostali analgetika. Respondenti se shodně vyjádřili, že všeobecné sestry se častokrát ptaly, zda je něco nebolí, jestli je vše v pořádku. V bakalářské práci „Problematika ošetrovatelské péče o pacienty s akutní leukémií“ se Monika Mašková zmiňuje také o tom, že všeobecná sestra pravidelně kontroluje zdravotní stav nemocných, sleduje vývoj bolesti a dle ordinace lékaře podává analgetika. Respondenti také vypověděli, že všeobecné sestry to občas i samy poznaly, že mají jejich pacienti nějaké trápení/bolesti. Respondenti č. 1 a 2 řekli, že všeobecné sestry byly vždy v dobré náladě a že se je snažily nějakým způsobem i zabavit, povídat si s nimi, aby na to nemysleli.

## **Výzkumná otázka č. 2**

Podílí se všeobecná sestra i v oblasti psychosociální?

Do oblasti psychosociální jsem zahrнула oblasti, na které jsem se respondentů ptala, tj. oblast psychické podpory u invazivních výkonů, samotné psychické podpory a mimošetrovatelskou činnost.

V oblasti psychické podpory u invazivních výkonů respondenti vypověděli, že jim u výkonu stačil ošetřující personál a nevyžadovali u takových výkonů rodiče. Respondenti se shodli, že jak jsou s ošetřujícím personálem denně v kontaktu a neustále si s nimi povídají, mají pocit sblížení a přátelského vztahu, takže vždy věděli, že tam je s nimi někdo, kdo je zná a je jim „blízký“. Vyjádřili se, že se je snažily všeobecné sestry vždy něčím rozptýlit a uklidnit, aby nemysleli na daný výkon.

V oblasti samotné psychické podpory respondenti nevyžadovali pomoc či přítomnost všeobecných sester, ale shodli se, že věděli, že všeobecné sestry na oddělení



jsou, a že za nimi kdykoliv mohou přijít a popovídat si s nimi. Respondenti byli obeznámeni i s tím, že mohou požádat o pomoc klinického psychologa, ale ani jeden ji nevyužil.

Respondenti č. 1, 2 a 4 pocítovali změny nálad v průběhu léčby. Respondent č. 3 také nějaké mírné změny pocítoval, ale snažil se to zvládnout sám, spíše se neprojevoval. Respondenti č. 1 a 2 žádné léky na srovnání po psychické stránce nechtěli, respondenti č. 3 a 4 léky dostali, ale oba je pak už nechtěli. Respondenti č. 1 a 2 se vyjádřili, že všeobecné sestry (příp. rodiče) si změn zajisté všimly, ale nebyly na ně kvůli tomu naštvané, brali to jako součást léčby a reakci na cytostatika či jiné léky.

V oblasti osamocení či izolace respondenti vypověděli, že se necítili být osamocení ani moc tak od rodiny, jako spíš od svých kamarádů. Potvrzuje to i výzkum v bakalářské práci „Kvalita života u dlouhodobě hospitalizovaných dětí s onemocněním leukémie“ od Pavly Medkové, která zjistila, že nejvíc pacientům chyběl kontakt s kamarády.

V oblasti mimoošetřovatelské činnosti se respondenti shodli, že nějaké zvláštní přání od všeobecných sester neměli. Vyjádřili se, že s všeobecnými sestrami měli hezké vztahy, že se o ně a o jejich koníčky zajímaly a často si s nimi povídaly (i mimo léčbu). Respondentka č. 4 řekla, že když například poprosila o to, jestli by za ní nemohl přijít nějaký dobrovolník či paní učitelka, všeobecné sestry to vždy rády zařídily.

## ZÁVĚR

Cílem mé bakalářské práce bylo zjistit, jak vnímali roli všeobecné sestry pacienti dětského věku (14 – 17 let), kteří se léčili na KDHO ve FN Motol.

Teoretická část seznamuje s onemocněním leukémie v obecné rovině. Obsahuje přehled o složení krve, způsobu vzniku leukémie, o typech leukémie, příznaky tohoto onemocnění, prováděná vyšetření a léčbu leukémie. Dále se v teoretické části také zmiňují o potřebách nemocných, o kompetencích sester a ošetřovatelském modelu Marjory Gordon. V praktické části jsou uvedené čtyři rozhovory s pacienty, kteří si prožili léčbu akutní lymfatické leukémie na KDHO ve FN Motol. Rozhovor byl strukturován na oblasti denních aktivit, oblast změn či problémů s výživou, oblast informovanosti, oblast ošetřování invazivních vstupů, oblast komunikace, oblast léčby bolesti, dále na oblast psychické podpory u invazivních výkonů, oblast samotné psychické podpory a na roli všeobecné sestry v jednotlivých oblastech.

Průběh a výsledky mé bakalářské práce směřují k potvrzení, že pozice práce všeobecné sestry je na oddělení KDHO velmi významná a důležitá. Nejen, že všeobecná sestra koordinuje a komunikuje s lékaři, ale také je zapotřebí, aby uměla komunikovat s dětmi a jejich rodiči, což může být někdy velmi náročné. Domnívám se, že náročná práce je to i z důvodu psychické zátěže a to jak pro pacienty a jejich rodiče, ale i pro lékaře a všeobecné sestry. Myslím si, že každý, kdo pracuje na tomto oddělení, by měl být empatický a také po psychické stránce dost silný, aby zvládl některá úskalí této nemoci.

Důležitost všeobecných sester, které pracují na KDHO se objevuje v každé z oblastí již výše zmíněných. Pokud je zapotřebí, pomáhají v oblastech denních aktivit, jako je například nakrmení, chůze, pomoc na toaletu atd. Dále všeobecné sestry musí zvládat oblast komunikace a informovanosti. Měly by zvládat umět řešit oblast bolesti, protože bolest se na takovém oddělení vyskytuje velmi často. Významnou oblastí je také oblast psychické podpory u invazivních výkonů a psychické podpory jako takové.

Za přínos mé práce tak považuji popsání důležitosti všeobecných sester, které pracují na KDHO. Všeobecné sestry fungují na tomto oddělení nejen profesně, ale mají i krásný a blízký vztah s pacienty, kteří to oceňují, protože všeobecné sestry jsou jedny z mála lidí, se kterými mohou přijít do blízkého kontaktu v průběhu léčby.

Výstupem mé bakalářské práce je vytvoření mapy ošetřovatelské péče.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A ZDROJŮ

1. ČESKO. Vyhláška č. 55 ze dne 1. března 2011 o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2011, částka 20, s. 482- 544. ISSN 1211-1244.
2. FABER, Edgar a Karel INDRÁK. *Chronická myeloidní leukémie*. Praha: Galén, c2010. ISBN 978-80-7262-680-9.
3. HADAČOVÁ, Ivana, *Leukémie – knížka pro rodiče*, Praha, 1993 ISBN 80-237-0067-7
4. HUBOVÁ, Vilma a Helena MICHÁLKOVÁ. *Historie vzdělávání všeobecných sester*. *Sestra*, 2012, roč. 22, č. 2, s. 20-22. ISSN 1210-0404.
5. JAROŠOVÁ, Darja. 2006. Organizace studia ošetrovatelství [online]. Ostrava: Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta [cit. 2017 – 02 - 01]. Dostupné z: <http://projekty.osu.cz/mentor/I-organizace%20studia%20osetrovatelstvi.pdf>
6. KOUTECKÝ, Josef, Edita KABÍČKOVÁ a Jan STARÝ. *Dětská onkologie pro praxi*. Praha: TRITON, 2002. ISBN 80-7254-288-5.
7. MASTILIAKOVÁ, Dagmar. Posuzování stavu zdraví a ošetrovatelská diagnostika: v moderní ošetrovatelské praxi. Praha: Grada, 2014. *Sestra (Grada)*. ISBN 978-80-247-5376-8.
8. MAYER, Jiří a Jan STARÝ. *Leukemie*. Praha: Grada, 2002. ISBN 80-7169-991-8.
9. MIKŠOVÁ, Zdeňka et al. *Dualita kvalifikační přípravy všeobecných sester v ČR*. *Medicína pro praxi*, 2013, roč. 10, č. 11-12, s. 401-402. ISSN 1214-8687
10. MIKŠOVÁ, Zdeňka et al. *Naplňování kompetencí členů ošetrovatelského týmu*. *Kontakt*, 2014, roč. 16, č. 2, s. 130-142. ISSN 1212-4117.
11. PAVLÍKOVÁ, Slavomíra. *Modely ošetrovatelství v kostce*. Praha: Grada, 2006. *Sestra (Grada)*. s. 99 -102. ISBN 80-247-1211-3.
12. PENKA, Miroslav a Eva SLAVÍČKOVÁ. *Hematologie a transfuzní lékařství*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3459-0.
13. POPAT, Uday R. *Leukemia*. New York, NY: Demos Medical Pub., c2011. *Emerging cancer therapeutics*, v. 2, issue 2. ISBN 978-1-933864-68-6.
14. PROŠKOVÁ, Eva. *Kompetence nelékařských zdravotnických pracovníků*. Florence, 2010, roč. 6, č. 10, ISSN 1801-464X.
15. PTOSZKOVÁ, Hana, *Knížka pro tebe 2*, Praha: Občanské sdružení HAIMA CZ, Praha, 2008 ISBN 978-80-254-2671-5

16. SCHREIBEROVÁ, Lenka. Praha, *Potřeby nemocných*, 2014 přednáška pro studenty 1. LF UK Praha.
17. STARÝ, Jan. *Rozdělení a typy leukémií*. Praha, 2015 přednáška pro studenty 2. LF UK Praha
18. SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*. Praha: ECCE HOMO, 1995. 144 s. ISBN 978-80-902049-2-9.
19. SVOBODOVÁ, Hana. *Nové požadavky mění přípravu na povolání*. Florence, 2011, roč. 7, č. 11, s. 3 příl. ISSN 1801-464X
20. ŠAMÁNKOVÁ, Marie. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3223-7.
21. ŠRÁMKOVÁ, Lucie. *Dětská leukémie: průvodce pro rodiče*. V Praze: Haima - Unie pro pomoc dětem s poruchou krve tvorby, 2006. ISBN 80-239-8904-9.
22. TRACHTOVÁ, E. a kol. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno: IDVPZ, 2001. 186 s. ISBN 80-7013-324-8.
23. *U lékaře.cz: Biopsie kostní dřeně* [online]. 2013 [cit. 2017-03-20]. Dostupné z: <http://www.ulekare.cz/clanek/biopsie-kostni-drene-1095>
24. VOKURKA, Samuel. *Základní hemato-onkologická onemocnění a jejich charakteristiky*. Praha: Galén, c2008. ISBN 978-80-7262-553-6.
25. VORLÍČEK, Jiří, Jitka ABRAHÁMOVÁ a Hilda VORLÍČKOVÁ. *Klinická onkologie pro sestry*. Praha: Grada, 2006. Sestra (Grada). ISBN 80-247-1716-6.
26. VÖRÖSOVÁ, Gabriela, Andrea SOLGAJOVÁ a Alexandra ARCHALOUSOVÁ. *Ošetrovatelská diagnostika v práci sestry*. Praha: Grada Publishing, 2015. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5538-0.
27. ZACHAROVÁ, Eva. Aplikovaná psychologie jako součást celoživotního vzdělávání sester. In: *Cesta k profesionálnímu ošetrovatelství: sborník příspěvků V. Slezské konference ošetrovatelství s mezinárodní účastí*. Vyd. 1. Opava: Slezská univerzita v Opavě, 2010, roč. 5, s. 305-309. ISBN 978-80-7248-607-6.

## SEZNAM ZKRATEK

AKUTNÍ - rychle probíhající, naléhavý

AKUTNÍ LYMFOBLASTICKÁ LEUKÉMIE - druh akutní leukémie vyskytující se častěji u dětí

AKUTNÍ MYELOIDNÍ LEUKÉMIE – druh akutní leukémie vyskytující se častěji u dospělých

ANÉMIE – chudokrevnost, nedostatek červených krvinek

BLAST – nezralá buňka

CYTOSTATIKA – chemické látky ničící především nádorové buňky

EOSINOFIL – druh zralé bílé krvinky

ERYTROCYT – červená krvinka

GRANULOCYT - druh zralé bílé krvinky

HAIMA - krev

HEMOGLOBIN – červené krevní barvivo, které váže kyslík a umožňuje jeho přenos krví

CHEMOTERAPIE – léčebná metoda využívající podávání látek – cytostatik

CHRONICKÁ LYMFOBLASTICKÁ LEUKÉMIE – lymfoproliferativní onemocnění s nižší malignitou

CHRONICKÁ MYELOIDNÍ LEUKÉMIE – druh chronické leukémie, vyskytující se častěji u dospělých

CHRONICKÝ – vleklý, trvající delší dobu

INFEKCE – nákaza způsobená choroboplodnými zárodky

KATÉTR – zařízení umožňující vstup do žilního resp. cévního systému

LEUKÉMIE – nádorové onemocnění kostní dřene

LEUKOCYT – bílá krvinka obecně

LEUKOS - bílý

LYMFOBLASTICKÝ – pocházející z lymfoblastu, tedy předchůdce lymfocytu

LYMFOCYT – druh zralé bílé krvinky

MONOCYT – druh zralé bílé krvinky

PUNKCE – nábodnutí tělesné dutiny nebo orgánu za účelem odběru materiálu nebo podání určité látky

RELAPS – znovuvzplanutí, obnovení nemoci

REMISE – klidová fáze nemoci, kdy ji nelze běžnými metodami prokázat

TREPANOBIOPSIE - odběr vzorku kostní dřeně pomocí speciální jehly

TROMBOCYT – krevní destičky

TROMBOCYTOPENIE – snížení počtu krevních destiček

## **SEZNAM PŘÍLOH**

- Příloha 1 – Mapa ošetrovatelské péče
- Příloha 2 – Informovaný souhlas pacienta s rozhovorem
- Příloha 3 – Informovaný souhlas pacienta s rozhovorem
- Příloha 4 – Informovaný souhlas pacienta s rozhovorem
- Příloha 5 - Informovaný souhlas pacienta s rozhovorem

## MAPA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

### **Oblast denních aktivit**

Hodnotit zdravotní stav dítěte, jakých činností je v rámci svého zdravotního stavu schopno, popřípadě vést postupně k plné možné soběstačnosti. Zapojovat rodinné příslušníky do základní ošetrovatelské péče (měření teploty, krmení dítěte, uspokojování potřeb v oblasti vyprazdňování). Dbát na prevenci pádu a bezpečnosti pacienta.

Zajistit školní výuku pacientovi, který je schopen v rámci svého zdravotního stavu se učit.

### **Oblast výživy**

Pravidelně hodnotit nutriční screening pacienta. Hlídat množství sněženého jídla, při nechutenství nabídnout výběrovou dietu či zajistit nutričního terapeuta. Pravidelně se dotazovat pacienta na preferovaná jídla, na změny chutí. Pacienta pravidelně vážit. Vše zapisovat do dokumentace.

### **Oblast informovanosti**

Po dohodě s lékařem seznámit pacienta a rodinné příslušníky s ošetrovatelskými a diagnostickými výkony či informovat pouze tak jak dovolují kompetence sester. Připravit pacienta k invazivnímu nebo operačnímu zákroku apod. (např. lumbální punkce, zavedení CŽK). Srozumět s denním řádem a chodem oddělení.

### **Oblast ošetrování invazivních vstupů**

*Periferní žilní katétr:* zavádí se na dobu 3 - 5 dní, pravidelně sledovat citlivost místa, začervenání, projevy místní či celkové infekce, průchodnost, použít transparentní krytí (dle standardu) a klasifikovat dle Madonna

*Hickmann - Broviac:* manipulace vždy ve sterilních rukavicích, dodržovat zásady sterility a asepsy, denně kontrolovat, převazy katétru 1x za týden, použít transparentní krytí dle standardu, sledovat známky infekce + povytažení, v případě odpojeného pacienta proplach všech lumen katétru heparinovou směsí



*Port:* přepichování jehly každý pátý den, krytí inadine + sterilní náplast dle standardu, sledovat známky infekce, sledovat průchodnost portu, doba zavedení až dva roky

### **Oblast komunikace**

Komunikovat za každé situace, dbát na empatický přístup.

### **Oblast léčby bolesti**

*Nefarmakologické tišení bolesti:* aktivně se ptát na bolest a pravidelně bolest sledovat, všimnout si známek bolesti u pacienta, hodnotit bolest adekvátně věku dítěte (u adolescentů dle škály VAS), pomoci zaujmout úlevovou polohu, vytvořit klidné prostředí, pokud je potřeba využít kryoterapie či teplých obkladů

*Farmakologické tišení bolesti:* vždy nad VAS 3, podávat analgetika dle ordinace lékaře, sledovat účinky a pravidelně hodnotit

### **Oblast psychické podpory u invazivních výkonů**

V oblasti psychické podpory přistupovat individuálně a zhodnotit schopnosti dítěte, vždy informovat dítě o bolestivých výkonech, informovat ho včas (cca hodinu před výkonem).

### **Oblast psychické podpory**

Multidisciplinární přístup (tj. spolupráce všeobecné sestry, lékaře, psychologa a sociálního pracovníka). Individuální přístup k dítěti, přátelský vztah k pacientovi a rodině. Spolupracovat s pacientem na organizaci volného času, zajímat se o jeho záliby, naslouchat pacientovi i rodině.

## INFORMOVANÝ SOUHLAS

Informovaný souhlas týkající se bakalářské práce na téma: „Život s leukémií“.

Žádám Vás o souhlas s poskytováním výzkumného materiálu pro výzkumný projekt ve formě audio nahrávky rozhovoru. Studuji na Fakultě zdravotnických studií, obor všeobecná sestra.

Vzhledem k citlivosti zkoumané problematiky je náležitá pozornost věnována etickým otázkám a zajištění bezpečí informantů. Důraz je kladen na:


- (1) Anonymitu informantů – v přepisech rozhovorů budou odstraněny (i potenciálně) identifikující údaje.
- (2) Mlčenlivost výzkumnice ve vztahu k osobním údajům o účastnících výzkumu (s tím, že s výzkumným materiálem budu pracovat výhradně já).
- (3) Po přepsání rozhovorů dojde k autorizaci textu – budete mít možnost vyjádřit se k uvedeným údajům a upravit je.
- (4) Jako informant/informantka máte právo kdykoli odstoupit od výzkumné aktivity.

Děkuji za pozornost věnovanou těmito informacím a žádám Vás tímto o poskytnutí souhlasu s Vaší účastí ve výzkumu.

Lundáková Magdaléna

Podpis: 

Podle zákona 101/2000 sbírky o ochraně osobních údajů ve znění pozdějších předpisů uděluji souhlas s účastí v uvedeném výzkumném projektu a s poskytnutím výzkumného materiálu.

V PRAZE dne 20. 1. 2017 Podpis: 

## INFORMOVANÝ SOUHLAS

Informovaný souhlas týkající se bakalářské práce na téma: „Život s leukémií“.

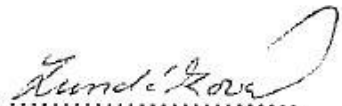
Žádám Vás o souhlas s poskytováním výzkumného materiálu pro výzkumný projekt ve formě audio nahrávky rozhovoru. Studuji na Fakultě zdravotnických studií, obor všeobecná sestra.

Vzhledem k citlivosti zkoumané problematiky je náležitá pozornost věnována etickým otázkám a zajištění bezpečí informantů. Důraz je kladen na:


- (1) Anonymitu informantů – v prepisech rozhovorů budou odstraněny (i potenciálně) identifikující údaje.
- (2) Mlčenlivost výzkumnice ve vztahu k osobním údajům o účastnících výzkumu (s tím, že s výzkumným materiálem budu pracovat výhradně já).
- (3) Po přepsání rozhovorů dojde k autorizaci textu – budete mít možnost vyjádřit se k uvedeným údajům a upravit je.
- (4) Jako informant/informantka máte právo kdykoli odstoupit od výzkumné aktivity.

Děkuji za pozornost věnovanou těmto informacím a žádám Vás tímto o poskytnutí souhlasu s Vaší účastí ve výzkumu.

Lundáková Magdaléna

Podpis: 

Podle zákona 101/2000 sbírky o ochraně osobních údajů ve znění pozdějších předpisů uděluji souhlas s účastí v uvedeném výzkumném projektu a s poskytnutím výzkumného materiálu.

V PRAGĚ dne 13. 1. 2017 Podpis: 

## INFORMOVANÝ SOUHLAS

Informovaný souhlas týkající se bakalářské práce na téma: „Život s leukémií“.


Žádám Vás o souhlas s poskytováním výzkumného materiálu pro výzkumný projekt ve formě audio nahrávky rozhovoru. Studuji na Fakultě zdravotnických studií, obor všeobecná sestra.

Vzhledem k citlivosti zkoumané problematiky je náležitá pozornost věnována etickým otázkám a zajištění bezpečí informantů. Důraz je kladen na:

- (1) **Anonymitu informantů – v prepisech rozhovorů budou odstraněny (i potenciálně) identifikující údaje.**
- (2) **Mlčenlivost výzkumnice ve vztahu k osobním údajům o účastnících výzkumu (s tím, že s výzkumným materiálem budu pracovat výhradně já).**
- (3) **Po přepsání rozhovorů dojde k autorizaci textu – budete mít možnost vyjádřit se k uvedeným údajům a upravit je.**
- (4) **Jako informant/informantka máte právo kdykoli odstoupit od výzkumné aktivity.**

Děkuji za pozornost věnovanou těmito informacím a žádám Vás tímto o poskytnutí souhlasu s Vaší účastí ve výzkumu.

Lundáková Magdaléna

Podpis: 

Podle zákona 101/2000 sbírky o ochraně osobních údajů ve znění pozdějších předpisů uděluji souhlas s účastí v uvedeném výzkumném projektu a s poskytnutím výzkumného materiálu.

V PRAZE ..... dne 10. 1. 2017 Podpis: 

## INFORMOVANÝ SOUHLAS

Informovaný souhlas týkající se bakalářské práce na téma: „Život s leukémií“.

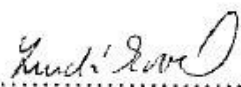
Žádám Vás o souhlas s poskytováním výzkumného materiálu pro výzkumný projekt ve formě audio nahrávky rozhovoru. Studuji na Fakultě zdravotnických studií, obor všeobecná sestra.

Vzhledem k citlivosti zkoumané problematiky je náležitá pozornost věnována etickým otázkám a zajištění bezpečí informantů. Důraz je kladen na:

- (1) **Anonymitu informantů – v prepisech rozhovorů budou odstraněny (i potenciálně) identifikující údaje.**
- (2) **Mlčenlivost výzkumnice ve vztahu k osobním údajům o účastnících výzkumu (s tím, že s výzkumným materiálem budu pracovat výhradně já).**
- (3) **Po přepsání rozhovorů dojde k autorizaci textu – budete mít možnost vyjádřit se k uvedeným údajům a upravit je.**
- (4) **Jako informant/informantka máte právo kdykoli odstoupit od výzkumné aktivity.**

Děkuji za pozornost věnovanou těmto informacím a žádám Vás tímto o poskytnutí souhlasu s Vaší účastí ve výzkumu.

Lundáková Magdaléna

Podpis: 

Podle zákona 101/2000 sbírky o ochraně osobních údajů ve znění pozdějších předpisů uděluji souhlas s účastí v uvedeném výzkumném projektu a s poskytnutím výzkumného materiálu.

V PRAZE ..... dne 3. 1. 2017 Podpis: 