

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2020

Jessica Kuttová

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetřovatelství B5341

Jessica Kuttová

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

**PROBLEMATIKA REVERZNÍ IZOLACE U PACIENTŮ
S AKUTNÍ LEUKEMIÍ**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Petra Vodičková

PLZEŇ 2020

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI

Fakulta zdravotnických studií

Akademický rok: 2019/2020

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE (projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Jessica KUTTOVÁ**
Osobní číslo: **Z17B0048P**
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Téma práce: **Problematika reverzní izolace u pacientů s akutní leukemií**
Zadávající katedra: **Katedra ošetrovatelství a porodní asistence**

Zásady pro vypracování

- Zpracovat seznam odborné literatury na vybrané téma
- Stanovit cíl kvalifikační práce
- Zpracovat teoretickou a praktickou část práce dle požadavků FZS
- Popsat metodiku praktické části
- Vypracovat diskuzi a závěr kvalifikační práce
- Dodržet formální úpravu kvalifikační práce dle požadavků FZS
- Dodržet citační normu
- Dodržet předepsaný minimální počet konzultací s vedoucím práce

Rozsah bakalářské práce:
Rozsah grafických prací:
Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná**

Seznam doporučené literatury:

- VOKURKA, S., et al. Ošetrovatelské problémy a základy hemoterapie. 1. vyd. Praha: Galen, 2005, 140s. ISBN 80-7262-299-4
- VOKURKA, S., SVOBODA, T. Základy hematologických onemocnění a jejich charakteristika. 1.vyd. Praha: Galén, 2008. 89s. ISBN 978 - 80 - 7262 - 553 - 6
- VORLÍČEK, J., ABRAHÁMOVÁ, J., VORLÍČKOVÁ, H. A KOL. Klinická onkologie pro sestry. 2. vyd. Praha : Grada, 2012. 450 s. ISBN 978- 80- 247- 3742- 3.
- KOLEKTIV AUTORŮ. Akutní myeloidní leukémie: Informace pro pacienty a jejich blízké. 1. vyd. Praha: Česká leukemická skupina - pro život (CELL), 2013. ISBN 948-80-260-4154-2.
- ABRAHAM, J., GULLEY, L.J., ALLEGRA, J.C., 2014. The Bethesda Handbook of Clinical Oncology. Fourth Edition. Philadelphia: Wolters Kluwe. 742 s. ISBN 1451187588.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Petra Vodičková**
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Datum zadání bakalářské práce: **18. června 2019**
Termín odevzdání bakalářské práce: **31. března 2020**



PhDr. Lukáš Štich
děkan



PhDr. Mgr. Jitka Krocová
vedoucí katedry

V Plzni dne 31. ledna 2020

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval/a samostatně a všechny použité prameny jsem uvedl/a v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 30. 4. 2020.



vlastnoruční podpis

Abstrakt

Příjmení a jméno: Kuttová Jessica

Katedra: Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Problematika reverzní izolace u pacientů s akutní leukemií

Vedoucí práce: Mgr. Petra Vodičková

Počet stran – číslované: 67

Počet stran – nečíslované: 26

Počet příloh: 8

Počet titulů použité literatury: 27

Klíčová slova: akutní leukemie, reverzní izolace, izolace, transplantace, potřeby

Souhrn:

Předmětem bakalářská práce je problematika reverzní izolace u pacientů s akutní leukemií. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část obsahuje úvod do problematiky samotného onemocnění, psychiku a potřeby pacientů a základní informace o režimu reverzní izolace. V praktické části se zaměřuji na kvalitativní výzkumné šetření, které se zabývá analýzou psychického stavu a uspokojování potřeb pacientů hospitalizovaných v režimu reverzní izolace. Závěr práce obsahuje poznatky získané výzkumným šetřením.

Abstract

Surname and name: Kuttová Jessica

Department: Department of nursing and midwifery

Title of thesis: The Problematics of Reverse Isolation of In-patients with Acute Leukemia

Consultant: Mgr. Petra Vodičková

Number of pages – numbered: 67

Number of pages – unnumbered: 26

Number of appendices: 8

Number of literature items used: 27

Keywords: acute leukemia, reverse isolation, isolation, transplantation, needs

Summary:

The subject of this bachelor thesis is the issue of reverse isolation in patients with acute leukemia. The thesis is divided into a theoretical and a practical part. The theoretical part contains an introduction to the disease itself, the psyche and the needs of patients and basic information about the regime of reverse isolation. In the practical part I focus on a qualitative research survey, which deals with the analysis of mental health and meeting the needs of patients hospitalized in the regime of reverse isolation. The conclusion contains the findings of the research.

Předmluva

Onemocnění závažné jako akutní leukemie je už samo o sobě pro člověka i jeho rodinu velice náročná životní zkouška. Vyrovnat se s takovou situací je pro pacienty psychicky i fyzicky vyčerpávající. Vše je o to těžší, že si léčba akutní leukémie často žádá pobyt v izolačním režimu, kde je pacient naprosto sociálně izolovaný a ztrácí možnost volného pohybu.

Cílem práce je zjistit a analyzovat názory pacientů na jednotlivá opatření související s režimem reverzní izolace a zjistit jejich vliv na uspokojování lidských potřeb. Zaměřuji se na prostředí izolačního režimu, psychosociální podmínky pacientů, jejich informovanost o izolačním režimu a uspokojování vyšších potřeb po dobu hospitalizace.

Použila jsem kvalitativní výzkumné šetření formou čtyř polo-strukturovaných rozhovorů, které jsem vedla s pacienty, kteří mají diagnózu akutní leukémie a jsou hospitalizováni v režimu reverzní izolace na ALO JIP plzeňské fakultní nemocnice.

Poděkování

Děkuji paní Mgr. Petře Vodičkové za její čas při vedení práce, cenné a odborné rady, připomínky při zpracování a za její vstřícný přístup. Poděkování patří také staniční sestře na ALO JIP Bc. Monice Marxové za poskytování potřebných informací. Také děkuji všem respondentům za jejich ochotu. Osobní dík patří rodině a přátelům.

OBSAH

SEZNAM OBRÁZKŮ.....	12
SEZNAM TABULEK.....	13
SEZNAM ZKRATEK.....	14
ÚVOD.....	15
TEORETICKÁ ČÁST.....	17
1 LEUKEME.....	17
1.1 Historie leukemie.....	17
1.2 Rozdělení leukemie.....	17
1.3 Akutní leukemie.....	18
1.3.1 Klinické příznaky.....	18
1.3.2 Diagnostika.....	19
1.3.3 Léčba.....	19
1.3.4 Prognóza.....	20
1.4 Transplantace krvetvorných buněk.....	20
1.4.1 Postup.....	21
1.4.2 Autologní transplantace.....	21
1.4.3 Alogenní transplantace.....	21
1.4.4 Syngenní transplantace.....	22
2 REVERZNÍ IZOLACE.....	22
2.1 Významné mikroorganismy.....	23
2.2 Jednotlivá opatření.....	24
2.2.1 Příprava pokoje.....	24
2.2.2 Úprava vzduchu.....	24
2.2.3 Úprava vody.....	25
2.2.4 Strava.....	25
2.2.5 Hygiena pacienta.....	25
2.2.6 Návštěvy.....	26
3 PSYCHIKA PACIENTA.....	27
3.1 Pacient a izolace.....	29
3.2 Strach.....	30
3.3 Úzkost.....	31
3.4 Deprese.....	31
3.5 Stres.....	32
3.6 Zvládání nemoci.....	33
3.7 Hospitalizmus.....	33

4	POTŘEBY PACIENTA.....	34
4.1	Maslowa pyramida potřeb	35
4.1.1	Fyziologické potřeby	35
4.1.2	Potřeba jistoty a bezpečí	36
4.1.3	Potřeba lásky a sounáležitosti	36
4.1.4	Potřeba uznání, ocenění, sebeúcty.....	36
4.1.5	Potřeba seberealizace.....	36
4.2	Potřeby dle Bárlové.....	37
4.2.1	Potřeby, které se nemocí nemění.....	37
4.2.2	Potřeby, které se nemocí modifikovaly	37
4.2.3	Potřeby, které nemocí vznikly.....	37
	PRAKTICKÁ ČÁST	38
5	FORMULACE PROBLÉMU	38
6	CÍL A ÚKOLY PRÁCE.....	39
6.1	Hlavní cíl	39
6.2	Dílčí cíle	39
6.3	Výzkumné otázky.....	39
7	CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU	40
8	METODIKA PRÁCE.....	41
9	ORGANIZACE VÝZKUMU	42
10	RESPONDENTI	43
10.1	RESPONDENT A	43
10.1.1	Problematika prostředí.....	43
10.1.2	Psycho-sociální problematika	46
10.1.3	Oblast informovanosti.....	48
10.1.4	Oblast vyšších potřeb.....	49
10.2	RESPONDENT B	50
10.2.1	Problematika prostředí.....	51
10.2.2	Psycho-sociální problematika	53
10.2.3	Oblast informovanosti.....	55
10.2.4	Oblast vyšších potřeb.....	56
10.3	RESPONDENT C	57
10.3.1	Problematika prostředí.....	58
10.3.2	Psycho-sociální problematika	60
10.3.3	Oblast informovanosti.....	62
10.3.4	Oblast vyšších potřeb.....	63
10.4	RESPONDENT D	64

10.4.1	Problematika prostředí.....	64
10.4.2	Psycho-sociální problematika	66
10.4.3	Oblast informovanosti.....	68
10.4.4	Oblast vyšších potřeb.....	69
10.5	DISKUZE	71
11	ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ	78
11.1	Problematika prostředí.....	78
11.2	Psychosociální problematika	79
11.3	Oblast informovanosti	80
11.4	Oblast vyšších potřeb	81
12	ZÁVĚR.....	82
	SEZNAM LITERATURY	84
	SEZNAM PŘÍLOH	86
	PŘÍLOHY	87
	Příloha 1 – Klinické příznaky u akutní leukémie	87
	Příloha 2 – Maslowa pyramida potřeb.....	88
	Příloha 3 – Otázky k rozhovoru.....	89
	Příloha 4 – Informovaný souhlas.....	90
	Příloha 5 – Žádost o poskytnutí informací.....	91
	Příloha 6 – Povolení sběru informací	92
	Příloha 7 – Edukační karta	94

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1: Klinické příznaky u leukémie.....	87
Obrázek 2 - Maslowa pyramida potřeb.....	88

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 - Zhodnocení vlivu prostředí RI na uspokojování základních životních potřeb.....	78
Tabulka 2 - Zhodnocení vlivu RI na psychosociální potřeby	79
Tabulka 3 - Zhodnocení vlivu správné a dostatečné informovanosti na psychiku pacienta v RI	80
Tabulka 4 - Zhodnocení vlivu RI na růstové potřeby pacienta.....	81

SEZNAM ZKRATEK

ALL.....	akutní lymfoblastická leukemie
AML.....	akutní myeloidní leukemie
CML.....	chronická myeloidní leukemie
CLL.....	chronická lymfatická leukémie
RI	reverzní izolace
ALO	alogenní
JIP	jednotka intenzivní péče
BP	bakalářská práce
FN.....	fakultní nemocnice
CT.....	výpočetní tomografie (<i>computed tomography</i>)
HLA	antigeny lidských leukocytů (<i>human leukocyte antigens</i>)
DNA.....	deoxyribonukleová kyselina (<i>deoxyribonucleic acid</i>)
CMV	cytomegalovirus
VZV	varicella zoster virus
HSV	herpes simplex virus
KD.....	kostní dřev
ORL	otorhinolaryngologie
gtt.	kapky (<i>guttae</i>)
°C.....	Celsiův stupeň
NANDA	severoamerické sdružení pro sesterské diagnózy (<i>North American for Nursing Diagnosis Assotiation</i>)
PC	osobní počítač (<i>personal computer</i>)
Atd	a tak dále
Atp	a tak podobně
HEPA	filtrace vzduchu s vysokou efektivitou odstraňování částic (<i>high efficiency particulate air filtration</i>)

ÚVOD

Jakékoliv nádorové onemocnění představuje pro pacienta obrovskou fyzickou i psychickou zátěž. Každé nádorové onemocnění má své specifika jak v diagnostice, tak v léčbě. Konkrétně akutní leukémie, kterou jsem si pro svoji bakalářskou práci vybrala, je velmi zhoubné a agresivní onemocnění s rychlým průběhem. U neléčených pacientů je šance na přežití zpravidla jen několik týdnů, maximálně měsíců. Ovšem při správné a intenzivní léčbě, která trvá několik měsíců, existuje relativně vysoká šance na přežití, nebo alespoň prodloužení života. Dle doktora Vokurky (2008, str. 7) je nedílnou součástí komplexní péče o takto nemocného pacienta včasné vyhledávání dárce krvetvorných buněk pro případ, že by bylo třeba zajistit alogenní transplantaci.

Právě pro případ, že je třeba u pacienta provést alogenní transplantaci krvetvorných buněk, existuje transplantační oddělení – ALO JIP. Samozřejmě zde nejsou hospitalizováni jen pacienti, kteří právě podstupují transplantaci krvetvorných buněk, ale i pacienti, u kterých se například zhoršil zdravotní stav a potřebují intenzivní péči, a nebo třeba pacienti, u kterých nastaly po transplantaci nějaké zdravotní komplikace. Takovéto oddělení je velmi specifické. Jednoduše řečeno, opatření na tomto oddělení se snaží maximálně chránit pacienta před vnějším nebezpečím v podobě virů a bakterií, které mohou pro pacienta s akutní leukémií představovat zásadní komplikaci. Jednotlivým opatřením se budu podrobněji věnovat v teoretické části mé bakalářské práce. V praxi to ovšem znamená, že je pacient sám na pokoji, který nemůže opustit a zároveň musí dodržovat několik dalších, v běžném životě nestandardních, opatření. V této izolaci musejí pacienti vytrvat několik týdnů, někdy i měsíců.

Pro představu – měla jsem kamaráda. Ve svých 20 letech se ze zdravého sportovce stal během krátké chvíle vážně nemocný člověk, který onemocněl akutní leukémií. Po zjištění diagnózy ho čekala okamžitá hospitalizace a následně transplantace kostní dřeně. V izolaci na transplantační jednotce strávil pět týdnů. Co tím chci říci? Zamyslela jsem se nad tím, v čem spočívá problematika tohoto onemocnění a léčby s ním spojené. Pacientovi se v mžiku změnil život. Ze zdravých jedinců se stávají vážně nemocní pacienti, kteří ztrácejí svoji svobodu, možnost volného pohybu a tím i své životní jistoty. S tím souvisí i sociální izolace a velmi omezený osobní kontakt s nejbližšími lidmi. Zdravotně jasně vysvětlitelné a prakticky nepostradatelné důvody izolačního režimu představují pro pacienta společně s jeho onemocněním velkou psychickou zátěž. Tato psychická zátěž

pacientů v izolačním režimu a její vliv na léčbu samotnou je stále diskutující téma. Předmětem této bakalářské práce je zjistit vliv izolačního režimu na uspokojování pacientových potřeb a celkové názory pacientů na tento režim.

Téma bakalářské práce jsem si zvolila z několika důvodů. Zaprvé mám k této problematice blízko, právě kvůli osobním zkušenostem a celkově je pro mě hemato-onkologie zajímavý obor. Také si myslím, že toto téma je stále aktuální, kvůli neustále přibývajícím novým pacientům a do jisté míry je v této problematice stále co objevovat a zkoumat. V neposlední řadě jsem se přesvědčila o tom, že široká veřejnost není o akutní leukémii a způsobům její léčby příliš informovaná, proto usuzuji, že pro pacienta, který takto náhle onemocní, musí být většinou vše opravdu nové a neznámé. Proto bych jim chtěla situaci ulehčit edukačními materiály, které vznikly jako součást bakalářské práce. Důvodem k výběru této tematiky bylo také prostředí ALO-JIP, na kterém jsem strávila několikery praxe, a díky skvělému personálu na mě udělalo obrovský dojem.

Poznatky a informace pro teoretickou část bakalářské práce jsem čerpala z dostupné literatury a jiných odborných zdrojů. Hledala jsem ve Studijní a vědecké knihovně Plzeňského kraje a v knihovně Fakulty zdravotnických studií. Dále jsem použila odborné materiály, které mi byly poskytnuty na ALO-JIP a jako zdroj jsem také použila odborné internetové články.

Pro praktickou část jsem využila kvalitativní výzkumné šetření formou polostrukturovaného rozhovoru se čtyřmi pacienty právě hospitalizovanými na ALO-JIP FN Plzeň s diagnózou akutní leukémie.

TEORETICKÁ ČÁST

1 LEUKEMIE

„Pojem leukemie dnes zahrnuje celou řadu maligních onemocnění postihujících hemopoetický systém.“ (Mayer, Jan Starý a kolektiv, 2002, s. 19-20). Jinými slovy leukemii můžeme definovat jako zhoubné nádorové onemocnění krvetvorby. K pochopení podstaty leukemie je dobré vědět, že veškeré krvinky vznikají v kostní dřeni z jednoho typu buněk. Tento typ buněk se nazývá „kmenové buňky“. Při leukemii dochází k tomu, že kmenové buňky začnou nekontrolovatelně tvořit abnormální množství určitého typu krvinek. Tyto krvinky bohužel nejsou dostatečně zralé a neplní v lidském organismu svoji funkci. Leukemické krvinky se zmnoží natolik, že začnou vyplňovat kostní dřeň a vyplavovat se do krevního oběhu a usazovat se v jednotlivých orgánech. Zároveň potlačují zdravé krvetvorné buňky a ostatní krvinky. Tímto je v lidském těle narušena celá rovnováha krvetvorby. (Krahoullová, Vorlíček, 1998, s. 5-6)

1.1 Historie leukemie

Pravděpodobně první popis nemoci, která se příznaky shodovala s leukémií, učinil francouzský chirurg Alfred Armand Louis Marie Velpeau roku 1827. Hlavně díky vynálezu mikroskopu v polovině 19. století toto onemocnění popsali nezávisle na sobě dva vědci, francouzský lékař Alfred François Donné a anglický lékař a patolog John Hughes Bennet. Roku 1849 Rudolf Virchow poprvé užil termín leukemie a charakterizoval ji jako samostatné onemocnění. Pomocí aspirátu kostní dřenež ze sterna byla leukémie poprvé diagnostikována Moslerem roku 1876. První léčba cytostatiky proběhla v roce 1946, avšak neúspěšně. Okolo poloviny 20. století byly objeveny první účinné léky na leukémii a od 60. let začali lékaři provádět transplantace kostní dřenež, tehdy jen mezi jednovaječnými dvojčaty. Od 70. let do dnes došlo v léčbě leukémií k velkému pokroku, stále ale zůstává množství nevyjasněných otázek. (Mayer, Jan Starý a kolektiv, 2002, s.19-20)

1.2 Rozdělení leukemie

Jak již bylo řečeno, název leukémie označuje skupinu několika různých onemocnění týkajících se krvetvorby. Její rozdělení může být tedy klasifikováno na velké množství jednotlivých druhů. Jako základní specifikace se používá dělení leukémií dle typu postižených buněk a dle klinického průběhu. Podle typu postižených buněk nemoc

dělíme na myeloidní leukémie a lymfatické leukémie. Podle klinického průběhu dělíme leukémie na akutní a chronické. Tímto nám vznikají čtyři základní druhy leukemií, a to akutní myeloidní leukémie (AML), akutní lymfoblastická leukémie (ALL), chronická myeloidní leukémie (CML) a chronická lymfatická leukémie (CLL). Pro chronickou formu je typický pomalý a postupný průběh, při kterém může pacient žít až několik let bez léčby. Blasty mohou diferenciovat do dospělé buňky, ale neumírají přirozeně. Tato práce se bude podrobněji věnovat pacientům s akutní leukémií, proto jí je věnována samostatná podkapitola. (Vokurka, 2008, s. 7-8,17-18)

1.3 Akutní leukemie

Akutní leukemie mají rychlý nástup a průběh. Neléčení pacienti z pravidla umírají během několika týdnů či měsíců. Při včasné a intenzivní několikaměsíční léčbě je naopak velká šance na uzdravení nebo alespoň prodloužení života pacienta. Při akutní leukémii dochází k nekontrolovatelnému bujení blastů v kostní dřeni – krvetvorných buněk. Blasty u pacienta s akutní leukémií ztrácí schopnost diferenciací, velmi rychle se množí a nejsou schopny zdravého vývoje. V případě akutní leukémie je velmi důležitá včasná a správná diagnostika. (Vydra, Cetkovský, 2015 s. 261-268)

Akutní myeloidní leukemie se rozvíjí z myeloblastů, které by za správného vývoje vyzrály ve zdravé granulocyty, erytrocyty a trombocyty. Kvůli tomuto procesu u pacienta dochází k selhání krvetvorby s anémií a trombocytopenií. Akutní myeloidní leukémie se vyskytuje převážně u starších pacientů. „Do 60 let věku onemocní přibližně 3 lidé ze 100 000, ve vyšším věku pak již více než 15 ze 100 000“.

Akutní lymfoblastická leukémie se rozvíjí z lymfoblastů. Ty by při normálních okolnostech vyzrály do lymfocytů. Vyskytuje se nejčastěji v dětském věku. V naší populaci akutní lymfoblastickou leukémií onemocní ročně 5 dětí z 100 000. U dětských pacientů je velmi dobře léčitelná a dlouhodobě přežívá až 80% pacientů. U dospělých pacientů je léčba bohužel méně účinná a dlouhodobě přežívá jen 30-40%. U pacientů nad 60 let, díky genetickým změnám a častějším komplikacím dlouhodobě přežívá pouze 10% pacientů. (Vokurka, 2008, s.8)

1.3.1 Klinické příznaky

Pacienti většinou vyhledají pomoc praktického lékaře z důvodů zvýšené únavy, sníženého fyzického výkonu, zadýchávání se, to jsou symptomy, které považujeme za projevy anémie. Pacienti bývají velice zesláblí. Kvůli trombocytopenii - nedostatku

krevních destiček, se objevuje drobné kožní krvácení, které nazýváme petechie, pacienti zároveň trpí zvýšenou a snadnou tvorbou modřin, či zvýšenou krvácivostí z dásní nebo nosu. Díky nedostatku správně fungujících bílých krvinek je narušena pacientova imunita a proto je dalším příznakem stále se vracející infekční onemocnění. (Šálek, 2012, s. 366)

V případě ALL můžeme u pacienta vyzorovat zvětšené lymfatické uzliny, slezinu, nebo játra. Nemoc může doprovázet i postižení CNS, kterému pacientovi způsobuje bolesti hlavy, nevolnosti, nebo zvracení. (Vokurka, 2008, s. 8)

1.3.2 Diagnostika

Standardně je třeba odebrat anamnézu společně se základním fyzikálním vyšetřením. Pacientovi s typickými leukemickými příznaky by měl být proveden odběr krve. Krev se odešle na vyšetření krevního obrazu a stanovení diferenciálního rozpočtu leukocytů. Vyšetření diferenciálního rozpočtu leukocytů by mělo být provedeno mikroskopickou metodou a ne pouze v analyzátoru. Pro akutní leukémii je typické větší množství blastů. Počet leukocytů může být v podstatě jakýkoliv. Ve většině případů je přítomna leukocytóza, počet leukocytů ale může být i normální, nebo snížený.

Při výsledcích, které jakkoliv poukazují na podezření na leukémii, by měl být pacientovi odebrán aspirát kostní dřeně. U dospělých pacientů se aspirát většinou získává při sternální punkci odběrem z hrudní kosti. Vyšetření bývá bolestivé a nepříjemné, proto je třeba danou oblast v místě odběru znecitlivět. Aspirát kostní dřeně se posílá na cytologické, cytochemické, imunocytologické a histologické vyšetření. Dále může být aspirát zaslán i k doplňujícímu vyšetření na imunocytologii a cytogenetiku. Aby byla stanovena diagnóza akutní leukémie, musí být v kostní dřeni přítomno minimálně 20% blastů. Při ALL je odebírán i vzorek mozkomíšního mok. Jako doplňující vyšetření může být indikována magnetická rezonance mozku, nebo výpočetní tomografie (CT). (Doubek, Mayer, 2013, s. 9-10,32-33)

1.3.3 Léčba

Pro stanovení léčby je podstatný věk pacienta, typ a rizikovost leukémie a případná dostupnost dárce krvetvorných buněk. Léčba je tedy podle věku pacienta rozdělena do dvou základních skupin, a to:

Věk do 65 let, který jednoznačně indikuje k dlouhodobé, intenzivní léčbě. Tato léčba probíhá v několika krocích. Prvním krokem je takzvaná indukce. Pacienti podstoupí

první cyklus chemoterapie za cílem ústupu nemoci. Zhruba po třech týdnech od zahájení léčby by díky chemoterapiím měla být umožněna regenerace zdravé krvetvorby. Zhruba 70-80% pacientů dosáhne kompletní remise. Druhým krokem je konsolidace, která přímo navazuje na indukci a má za cíl zajistit uzdravení, nebo pacienta udržet v remisi. Tato fáze trvá několik týdnů až několik měsíců. Lékaři při tom rozhodují, zda pacient bude nadále pokračovat pouze v léčbě chemoterapií, nebo zda podstoupí transplantaci krvetvorných buněk. Třetí krok neboli udržovací léčba, trvá několik měsíců, někdy i let. Indikuje se především u pacientů s ALL, kterým nebyla zajištěna alogenní transplantace krvetvorných buněk.

Věk nad 65 let, kde jsou často pacienti s velmi rizikovými typy AML a ALL. Dosažení remise je proto málo pravděpodobné, zároveň je zde vyšší riziko komplikací a přidružených chorob. Pro takové pacienty je třeba zajistit šetrnou, paliativní a symptomatickou léčbu. (Vokurka, 2008, s.11-12)

V případě, že nemoc zasáhne mladého muže, který do budoucna ještě plánoval rodinu a potomky, měl by být informován o možnostech kryokonzervace spermatu. Při kryokonzervaci spermatu se uchovávají spermie ve zmraženém stavu. Předtransplantační chemoterapie totiž může ovlivnit kvalitu mužských zárodečných pohlavních buněk a tím způsobit v budoucnu problémy s početím dítěte. Pokud by došlo k takové situaci, spermie mohou být využity k umělému oplodnění partnerky. (Švojkrová, Koza, Hamplová, 2006, s. 42-49)

1.3.4 Prognóza

Při prognóze u AML záleží na rizikovosti skupiny, do které je pacient zařazen. Pro rozdělení do skupin je nejdůležitější genetické vyšetření. Máme tři základní podskupiny AML, a to AML nepříznivá - vysoce riziková, AML standardní - středně riziková, AML příznivá – nízce riziková. (Vokurka, 2008, str. 10)

1.4 Transplantace krvetvorných buněk

U zdravého člověka se standardně tvoří krevní buňky v kostní dřeni. Kostní dřeň je rosolovitá tkáň uvnitř kostí, která produkuje erytrocyty, leukocyty a trombocyty. Všechny tyto krevní buňky, které kostní dřeň produkuje, se vyvíjejí z jedné, hlavní buňky. Té se říká krvetvorná kmenová buňka.

Transplantací krvetvorných buněk se rozumí léčebná metoda, při které je nemocnému podána krvetvorná tkáň, která má za úkol nahradit jeho nefunkční, nebo špatně fungující kostní dřeň. Na rozdíl od klasických transplantací se při transplantaci krvetvorných buněk nejedná o chirurgický výkon. (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková, 2012, str. 395)

Prvním krokem pro pacienta je včasné prověření platnosti jeho zdravotního pojištění. Cena za transplantaci kostní dřeně se pohybuje v průměru kolem milionu korun. Může se ale stát, že nastanou komplikace a cena vyšplhá několikanásobně výš. Transplantace kostní dřeně standardně hradí zdravotní pojišťovny. (Švojgrová, Koza, Hamplová, 2006, s. 42-49)

1.4.1 Postup

Samotná transplantace není složitý výkon. Krvetvorné buňky se podávají stejně, jako klasické transfuze – do žilního vstupu. Buňky si poté v kostní dřeni samy najdou svoje místo. Je ovšem třeba pacienta na samotnou transplantaci připravit buď to chemoterapií, nebo celotělovým ozářením. Díky tomu se buďto zničí nemocná kostní dřeň, nebo se v kostní dřeni udělá místo pro uchycení nových krvetvorných buněk. Při alogenních transplantacích dostávají pacienti nejdéle ode dne podání transplantátu ještě léky, které potlačují nežádoucí imunitní reakce mezi buňkami dárce a příjemce. Tyto léky se nazývají imunosupresiva. (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková, 2012, str. 400)

1.4.2 Autologní transplantace

Jedná se o transplantaci, při které je nejprve odebrána vlastní krvetvorná tkáň nemocného. Pacient poté podstoupí léčbu vysokodávkovanými chemoterapiemi, nebo celotělovým ozářením. To jsou velice účinné léčebné metody, ale nenávratně poškozují kostní dřeň. Proto je po absolvování léčby nemocnému zpětně transplantována jeho vlastní krvetvorná tkáň. Při tomto typu transplantace nemusí nemocný užívat žádná imunosupresiva. (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková, 2012, str. 396)

1.4.3 Alogenní transplantace

Jde o způsob převodu krvetvorné tkáně, která je získaná od zdravého dárce. Pacientům je před alogenními transplantacemi také podávána chemoterapie, nebo radioterapie. Ta však nemusí být vysokodávkována, protože jejím cílem není odstranění všech zhoubných buněk, ale pouze vytvoření místa pro uchycení krevních buněk dárce. Při alogenních transplantacích spočívá léčebný efekt i v takzvaném efektu štěpu proti

nádorovému onemocnění. Jedním z hlavních klíčových faktorů kompatibility u alogenních transplantací je shoda v HLA znacích bílých krvinek. Tyto HLA antigeny představují skupinu bílkovin na povrchu buněk. (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková, 2012, str. 398)

Cetkovský (2016, str. 78) zjednodušeně popisuje, že HLA molekuly společně s imunoglobuliny a receptory T-lymfocytů tvoří základ adaptivní imunity jedince.

1.4.4 Syngenní transplantace

Jedná se o převod krvevorné tkáně mezi jednovaječnými dvojčaty. Genetickou identitu zdravého dvojčete je třeba prokázat analýzou DNA obou sourozenců. Výhodou těchto transplantací je, že nemocní nemusejí po transplantaci dlouhodobě užívat žádné léky, na rozdíl od alogenně transplantovaných jedinců. Naopak nevýhodou u syngenních transplantací je, že bohužel nefunguje dobře efekt štěpu proti onemocnění. (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková, 2012, str. 398)

2 REVERZNÍ IZOLACE

V nemocnicích jsou běžně izolováni infekční pacienti od ostatních, aby nedošlo k přenosu infekčního agens na zdravého jedince. Oproti tomu při režimu reverzní izolace je cílem chránit pacienta s potlačenou imunitou před infekcemi, které mohou být přeneseny z okolního prostředí skrz vodu, vzduch, stravu, nebo od ošetřujícího personálu, jiných pacientů a návštěv.

Obecně řečeno, reverzní, neboli ochranná izolace označuje soubor opatření, které chrání těžce impunosuprimovaného jedince před vnějšími vlivy. V praxi to znamená, že pacient, který podstupuje proces transplantace kostní dřeně nebo periferních kmenových buněk má svůj vlastní omezený prostor – jednolůžkový pokoj se specifickými opatřeními. Zároveň ošetrovatelská péče o takového pacienta vyžaduje speciální a profesionální přístup od ošetřujícího personálu. Stejně tak je třeba, aby určitá pravidla dodržovali i návštěvy. Pacient je na pokoji izolován několik týdnů až měsíců.

Celosvětově není režim reverzní izolace jednotně definován. Liší se názory na míru ochranné izolace a také výsledky jednotlivých světových studií na přínos této izolace nepřinesli jednoznačné výsledky. (Cetlová, 2013, s. 155)

Samuel Vokurka popisuje pojem reverzní izolace jako stan, kde je pacient sice chráněn před infekcí, zároveň ale může takový pobyt vnímat jako vězení. Velice důležité

je, aby byl pacient i rodina o tomto režimu dostatečně edukován a pokud je to možné, aby se na tento režim mohl psychicky co nejlépe připravit.

2.1 Významné mikroorganismy

Každé specifické opatření režimu reverzní izolace má svůj důvod. Snaží se pacienty chránit před mikroorganismy, které způsobují nákazu bakteriálními, virovými a plísňovými infekcemi. Tyto mikroorganismy můžeme rozdělit na exogenní a endogenní. Exogenní jsou ty, které mohou být na pacienta přeneseny vnějším prostředím. Za endogenní považujeme mikroorganismy, které se vyskytují u pacienta na kůži, sliznicích a v zažívacím traktu. Dále můžeme infekce rozdělit na bakteriální, mykotické a infekce způsobené viry, přičemž každá z výše uvedených infekcí představuje závažnou komplikaci. (Mayer, Starý a kolektiv, 2002, s. 155 – 160)

U pacientů po alogenní transplantaci kostní dřeně je velmi rozšířený a zároveň komplikovaný virus CMV – cytomegalovirus. Tento virus může být přenesen transplantovaným štěpem, transfúzí, nebo trombokonzentrátem. Proto se za důležitou prevenci považuje zajištění deleukotizovaných transfúzních přípravků. Zároveň musí být na CMV vyšetřen i dárce štěpu. CMV u imunosuprimovaného pacienta způsobuje zápal plic, hepatitidu, průjmy, nebo útlum krvetvorby. Pro léčbu jsou používány antivirotika.

Ohrožujícím virem je také VZV - varicella-zoster virus. Jedná se o virus planých neštovic. V případě oslabené imunity může dojít k reaktivaci a způsobit pásový opar na trupu nebo končetinách.

Dalším významným virem je Herpes simplex virus, neboli HSV, je běžný virus, který vyvolává opar rtů a obličeje u oslabených pacientů. Výjimečně může způsobit zánět jícnu nebo pneumonii.

Mezi významné bakteriální infekce řadíme streptokoky. Ty vyvolávají angíny, flegmóny, zápaly plic, nebo sepse. Pro ochranu a léčbu jsou používána antibiotika.

Další bakteriální skupinou jsou stafylokoky. Běžně se vyskytují na kůži a sliznicích. Způsobují hnisavá onemocnění kůže a podkoží, zároveň mohou infikovat centrální žilní vstupy.

Velmi obávanou a odolnou infekcí je plíseň *Aspergillus*. Plíseň může přežívat v prachu při stavebních rekonstrukcích, v květináčích, na zahánvajících rostlinách, nebo

mohou kontaminovat klimatizační systém. U velmi oslabených pacientů se může usadit na plicích, cévách, játrech, ledvinách a kůži a CNS. (Vokurka, 2005, s. 28-29)

2.2 Jednotlivá opatření

Na alogenní jednotce intenzivní péče hemato-onkologické kliniky FN Plzeň je k dispozici 9 samostatných izolačních boxech. Každý izolační box má vlastní hygienické zařízení. Zároveň všechny boxy splňují přísná kritéria, která jsou pro izolaci určena tak, aby pacienta co nejlépe chránily před vnějšími vlivy.

2.2.1 Příprava pokoje

V každém izolačním boxu dochází k pravidelným dekontaminacím povrchů. Ty zahrnují konečnou dekontaminaci, která se provádí po propuštění pacienta, kdy je každý předmět a každá plocha v místnosti dekontaminována k tomu určeným desinfekčním roztokem dle platného desinfekčního plánu. Zároveň probíhají i průběžné dekontaminace, a to každé ráno v době, kdy se pacient odebere k ranní toaletě. Ošetřující personál vysvětle použité lůžkoviny a provede desinfekci jednotlivých povrchů a předmětů. Po provedení desinfekce si pracovník vymění rukavice a povleče postel čistými nebo sterilními lůžkovinami, dle stavu pacienta. (Vítková, 2011, str. 15)

2.2.2 Úprava vzduchu

Mezi podmínky reverzní izolace patří úprava vzduchu třístupňovou filtrací. Ta slouží jako preventivní opatření proti infekcím přenášeným vzduchem. Používá se takzvaná HEPA filtrace, která je doporučena Centrem pro kontrolu nemocí v USA. Průzkumy dokazují snížení aspergilózy ve filtrovaném prostředí. Dle zkušeností transplantačních center v ČR byla pozorována menší mortalita u pacientů, kteří byli izolováni v HEPA filtrovaném prostředí. Vzduchový filtr se nachází při vstupu na oddělení, v předsíni každého pokoje a v pokoji samotném. Nasávaný vzduch je upravován filtrací, ohřevem (chlazením) a parním zvlhčováním. Pro funkčnost této vzduchotechniky je třeba dodržovat několik zásad – při vstupu do boxu musejí být zavřené alespoň jedny dveře předsínky, samotné filtry nesmějí být zakryty nábytkem, nebo jinými předměty, filtry musejí podstupovat pravidelnou kontrolu a čištění. Důležité opatření, se kterým musí být pacient seznámen, se týká otvírání oken a případných balkonových dveří, u kterých je vždy nutné, aby zůstávaly zavřené! (Cetkovský, Mayer, Starý, Hričincová et al, 2016, s. 161)

2.2.3 Úprava vody

Pro hematoonkologické pacienty může být životně nebezpečná i klasická pitná voda z vodovodního kohoutku. V této vodě jsou mnohdy přítomny různé druhy bakterií, které u takto imunosuprimovaných pacientů mohou vyvolat onemocnění, jako jsou pneumonie a těžké septické stavy. Opatření pro filtraci vody se různí podle jednotlivých transplantacních center. Některé filtraci vody vůbec neprovádějí, jiné zase provádějí úpravu vody speciálními filtry v čističce vody a navíc koncovými filtry na vodovodních bateriích umyvadla a sprchy. (Vítková, 2011, str. 18)

Na ALO JIP FN Plzeň se jako ochranné opatření používá balená voda. Pacient ji používá na pití, výplach úst, čištění zubů, atd.

Některé zdroje uvádějí, že je po dobu imunosuprese doporučováno vyvarovat se při osobní hygieně sprchování a tím riziku vzniku infekce. Během posledních let jsou dostupné informace o šíření aspergilózy právě cestou vodovodního rozvodu. (Cetkovský, Mayer, Starý, Hričincová et al, 2016, s. 162)

2.2.4 Strava

Standardním opatřením v době hospitalizace je strava s nízkým rizikem kontaminace mikroorganismy. Důležitý je proto vhodný výběr stravy, správná tepelná úprava a dokonalá hygiena potravin. Za rizikovou a zakázanou stravu se považují například nedostatečně tepelně upravená masa, saláty, salámy, zrající sýry, polotovary, nepasterizované džusy a mléka, kupované zákusky a dorty, nebo jídla z fast-foodu. Zelenina a ovoce by měly být z jídelníčku vyloučeny. Konzumovat se smí pouze vařená zelenina a ovoce, nebo takové druhy ovoce a zeleniny, které jdou na povrchu desinfikovat a poté oloupat. (Cetkovský, Mayer, Starý, Hričincová et al, 2016, s. 161)

Na ALO JIP FN Plzeň dochází za každým pacientem pravidelně nutriční terapeut, společně probírají veškeré stravovací opatření a vybírají vhodný jídelníček. Denně dochází ke kontrole stravy v lednici na pokoji pacienta, zbytky potravin se odstraňují do 24 hod. Veškerá strava se ohřívá v mikrovlnné troubě. Čaj a veškeré balené nápoje se denně vyměňují.

2.2.5 Hygiena pacienta

U pacientů hospitalizovaných v režimu reverzní izolace na transplantacní jednotce probíhá celková hygiena těla jedenkrát denně a to dezinfekčním mýdlem a šamponem. Je třeba dbát na zvýšenou hygienu rukou, ke které se také používá dezinfekční mýdlo,

a poté ještě dezinfekční roztok. Pokud pacient vykonává potřebu na WC, využije k tomu jednorázové rukavice. K hygieně v oblasti hlavy a obličeje se využívá balená pitná voda. Pacient je zároveň ohrožen vznikem mukozitidy, proto je třeba dbát o hygienu dutiny ústní. Doporučují se několikrát denně opakované výplachy balenou pitnou vodou a využívá se Skinsept mucoza. Pro péči o dutinu nosní je standardně využíván Mukoseptonex gtt. Dále se u pacientů dbá například o hygienu zevního zvukovodu, pomocí Otosporinu gtt., nebo také o hygienu plosky nohou a nehtů Clotrimazolem. K výměně osobního a ložního prádla dochází denně. Kapesníky, žínky, ručníky používají pacienti jednorázově. Na pokoji pacientů dochází každý den k výměně desinfekčních roztoků a skel – kádinka se rtuťovým teploměrem, sklenička k výplachu úst, sklenička na pití, sklenička s roztokem peroxidu vodíku k uchování zubního kartáčku. Jako prevence se také denně odpouští voda ze všech vodovodních baterií na pokoji pacienta. (Bergerová, 2018, str. 1)

2.2.6 Návštěvy

K úspěšné léčbě neodmyslitelně patří psychická pohoda pacienta. K té jednoznačně patří i umožněný kontakt pacienta s rodinou a blízkými. Celá transplantační jednotka je svým způsobem velice specifická a to platí i v případě návštěv. Stejně jako na standardním oddělení, tak i zde musí být o návštěvě informovaný ošetřující personál a zároveň návštěva nesmí trpět infekčním onemocněním. V případě transplantační jednotky platí, že je lepší vykonávat raději častější krátkodobé návštěvy, než delší dlouhotrvající. Návštěvníci by měli na pokoj vstupovat maximálně po dvou osobách. Dolní věková hranice pro návštěvníka je 10 let, pod 10 let se zvyšuje riziko infekčnosti před objevením prvních příznaků.

Návštěvy při vstupu na oddělení procházejí prvotním filtrem, ve kterém si důkladně desinfikují ruce a navlečenou ochranné pomůcky – jednorázové empíry, návleky na obuv, ústenky, rukavice. Pro návštěvy je zakázáno používat WC na pokoji pacienta a sedat si, či lehat k pacientovi na lůžko.

Zároveň by návštěvníci měli být informováni o tom, co je a co není vhodné pacientovi nosit. Bez omezení je vhodné nosit knihy, časopisy, poštu, nebo jiné potřeby dle zálib pacienta. Dále je možné přinést hygienické potřeby jako je ústní voda, nový zubní měkký kartáček, zubní pastu, pro muže po doporučení případně elektrický holicí strojek. Zakázané jsou květiny, čerstvé ovoce a zelenina, majonézové saláty, mražené výrobky

a vážené potraviny. Jiné potraviny a tekutiny je možné nosit podle daných pravidel, doporučení a po domluvě s personálem. (Kabátová-Maxová, 2017, s 1-2)

3 PSYCHIKA PACIENTA

„Rakovina je psychicky zničující onemocnění, které často vyvolává silní pocity strachu, smutku a zlosti. Mezi nejčastější reakce v emocionální oblasti patří úzkost, deprese, chronická bezmocnost, potlačování emocí, poruchy sexuální funkce, snížený pocit vlastní hodnoty, postižení kognitivních schopností, sociálních vztahů a pracovní kapacity.“ (Block, 1997, Angenendt, Schutze – Kreilkamp, Tschuschke, str. 43,44, 2010)

Pacienti s akutní leukemií před transplantací kostní dřeně se dostávají do nového prostředí, které v nich vyvolává řadu obav i očekávání. V samostatné místnosti o jednom lůžku pacient v osamění prožije následující týdny až měsíce. Zde se projeví pacientova psychická připravenost a síla. Jestliže je pacient po psychické stránce předem dobře připravený na pobyt v reverzní izolaci, je možné, že se významně zkrátí doba přichycení transplantátu a tím i celková doba strávená v izolaci. Pro mírnění pacientova pocitu osamělosti a zvládnání odloučení od rodiny a blízkých je třeba poskytnout pacientovi určitou psychologickou/psychickou podporu. Ta spočívá například v tom, že je pacientovi umožněn telefonický kontakt s rodinou, zároveň má pacient k dispozici televizi nebo rádio a své osobní věci pro krácení času, jako jsou různé knihy, časopisy, počítač, hry. V častém denním styku s pacientem jsou především sestry, proto je velice důležité jejich taktní chování a přístup. Pokud tomu tak není, u pacienta stoupá riziko úzkostí, změn nálad, obav a s tím přicházejících depresí. (Mayer, Starý a kolektiv, 2002, str. 215)

„Výzkumy a poznatky z transplantačních center ukazují, že nepřestává-li se pacient zajímat o život „venku“ nebo je-li dokonce schopen pokračovat v pracovních aktivitách, odezva těla na psychickou pohodu je velmi příznivá.“ (Mayer, Starý a kolektiv, 2002, str. 215)

Akutní leukemie je velmi závažné onemocnění. Kvůli svému prudkému vývoji, délce i náročné lékařské péči vyvolává u pacienta značné pocity strachu, úzkostí, bezmoci a později deprese. Podle Mayera a Starého (2002) je vhodné pacientovi umožnit dostatečně

jeho chorobu poznat, pochopit a naučit se s chorobou účelně a účinně komunikovat. Díky tomuto by u pacienta mohlo dojít k navození odhodlání nepodlehnout nemoci.

Obecně existují mnohé teorie o tom, zda se psychické faktory podílejí na vzniku onemocnění. V současné době existuje velmi málo důkazů o tom, že se tyto faktory na vzniku onemocnění opravdu podílejí. Otázka tedy zní, jak a jestli tyto psychosociální faktory ovlivňují průběh nemoci. Sami pacienti si mnohokrát kladou otázku, zda nějaké jejich určité vnitřní nastavení a zvládání chování zvyšuje jejich šance na přežití. Tímto směrem se zaměřuje i daleko větší množství interpretovatelných výzkumných studií - jaký vliv mají psychosociální faktory na další průběh onemocnění u již propuknuté nemoci. Zcela určitě totiž platí, že psychická zátěž, se kterou se pacient potýká v průběhu onemocnění a která vyvolává obrovskou nejistotu a strach, značně ovlivňuje průběh celého onemocnění i samotného uzdravení. Z řad studií zkoumajících způsob přizpůsobení se nemoci vyplývá, že pacient, který využívá aktivní a nápomocné zvládací strategie žije život s výrazně vyšší kvalitou. To je způsobeno snížením úzkosti, zoufalství, strachu a deprese. Zásadní tedy je, zda je pacient dostatečně psychicky stabilní a jestli má k dispozici zdroje, které mu pomáhají nemoc zvládnout. (Angenendt, Schutze – Kreilkamp, Tschuschke, str. 43,44, 2010)

Ačkoliv je pobyt v reverzní izolaci pro pacienta jistě nezbytný a potřebný pro jeho zdravotní stav, přináší sebou i negativní stránky. Pacient ztrácí svobodu pohybu, jednání, rozhodování. Některým negativním stránkám lze díky správnému přístupu ošetřujícího personálu předejít a to je důležité především pro dobrou psychickou pohodu, snížení rizika úzkostí, strachu a depresí a lepší zvládání zdravotního stavu. Pacienti často ztrácejí v nemocničním zařízení svoji sociální identitu a své specifické společenské určení. Pro spoustu lidí se pacient stává jen „případem“. Dochází k takzvané depersonalizaci a neosobnímu jednání. V řadě pokusů se zjistilo, že pro člověka nastává mimořádně náročná a těžká situace, pokud nemá možnost řídit běh dění. To je třeba si při hospitalizaci pacienta uvědomit, informovat ho o všech potřebných krocích a pokud možno nechat pacienta spolurozhodovat. Na samotnou informovanost by měl být kladen velký důraz. Pacient může mít několik nejasností a otázek, ať už se týkají jednotlivých opatření izolačního režimu, různých vyšetření a jejich výsledků, postupů při léčbě, prognóz, atd. Správná informovanost pacientovi pomůže snížit strach a obavy z nejasností. (Křivohlavý, str. 52, 2002)

V současné době se při léčbě uplatňuje komplexní přístup k pacientovi, tedy zaměření i na psychologické aspekty léčby. Konkrétně léčba na transplantační jednotce zahrnuje psychosociální izolaci. S tím souvisí vznik úzkostí, strachu, a depresí. S mírou sociální izolace u onkologických pacientů stoupá vývoj depresí. (Beran, Hynčík, 2006, s 14). Strach i úzkost jsou zařazeny jako ošetřovatelské diagnózy v NANDA international.

3.1 Pacient a izolace

Pro zajištění maximální psychické pohody po dobu izolace je třeba, aby byl pacient na tento režim dostatečně připravený. K tomu neodmyslitelně patří jednotlivá opatření, kterými je třeba se zabývat ještě před samotnou hospitalizací, pokud to situace umožňuje. Nápomocné mají být psané brožury, které slouží jako průvodce pacienta. Důležitou roli hrají sestry a lékaři, kteří jsou pacientovi psychickou oporou a zároveň zvládnout pacientovi i jeho rodině poskytnou všechny potřebné informace. Pro snížení nejistoty z neznáma je třeba, aby se pacient mohl na zdravotnický tým spolehnout. Opatření ze strany pacienta se úzce prolíná s uspokojováním pacientových potřeb a jeho psychickým stavem. Při akutních leukemiích ovšem může dojít k takové situaci, při které pacient nemá dostatek času na vyřízení všech potřebných náležitostí, proto je velice důležitá i komunikace s pacientovou rodinou.

Ať už je průběh hospitalizace jakýkoliv, v každém případě stráví pacient v izolovaném pokoji bez možnosti vycházení několik týdnů. Proto je pro pacienta důležité předem zajistit praktické věci, jako je péče o děti, zvířata, dům, zahradu, soukromý podnik, atd. Zároveň si pacient vyřizuje pracovní neschopnost. Délku pracovní neschopnosti, celkovou dobu rekonvalescence po transplantaci a zpětný návrat do zaměstnání s pacientem projednává jeho ošetřující lékař.

Režim na transplantačních jednotkách je zcela specifický a odlišný od ostatních zdravotnických zařízení. Nezbytná je tedy včasná a správná edukace pacienta tak, aby pochopil veškerá nezbytná opatření a celkové důvody izolace. Na transplantační jednotce FN Plzeň jsou pacienti předem seznámeni s chodem a režimem celého oddělení, zároveň dostávají informační brožury a před nástupem nad oddělení jsou po celém jeho prostoru provedeni a pokud to situace umožňuje, je pacientovi ukázán i transplantační pokoj. Na pokojích se pacienti smí pohybovat volně, avšak musejí dodržovat veškerá výše uvedená opatření a pokoj nesmějí libovolně opouštět. Transplantační pokoje bývají vybaveny tak, aby pacientům čas lépe utíkal, například televizí, nebo rádiem. I tak je ale dobré, aby se

pacient na pobyt připravil a zajistil si své osobní věci, se kterými bude čas utíkat rychleji. Běžně si pacienti nosí své knihy, časopisy, počítače, různé hry jako jsou stavebnice, nebo puzzle, případně věci na kreslení, pletení, atd. Veškeré věci jsou při příjmu kontrolovány a schvalovány sestrami.

Pacient by měl být předem připravený i na zotavovací období po transplantaci. Jeho obranyschopnost je stále velice snižena a proto se stává náchylný ke všem běžným, i atypickým infekčním onemocněním. Na ochranný režim je vhodné se předem připravit, pacient by totiž v rizikovém období neměl dělat žádné špinavé práce, pracovat s hlínou, nebo ošetřovat domácí zvířata. Neměl by přijít do styku s nemocnými osobami, proto se zároveň doporučuje vyhnout se místům s koncentrací většího počtu osob, jako jsou restaurace, obchody, nebo veřejné dopravní prostředky. Vhodné je, aby pacient předešel jakýmkoliv poraněním. Měl by proto předem zvážit prostředí, ve kterém žije a spolupracovat s rodinou, aby byla v době pacientovi rekonvalescence nápomocná. Návrat domů neznamena úplné vyléčení, je tedy třeba zajistit některé domácí práce, optimální hygienické podmínky prostředí, ve kterém pacient žije, či různé potřebné převozy automobilem. K ambulantním lékařským kontrolám lze pacientům zajistit převoz sanitou. Je dobré, aby pacient myslel na to, že veškerá tyto opatření jsou jen dočasná, ale pro prevenci komplikací zcela nutná. (Švojgrová, Koza, Hamplová, 2006, s. 42-49)

3.2 Strach

Vymětal v knize Lékařská psychologie (1994) definuje strach jako: „*Nepříjemný prožitek vázaný na určitý předmět nebo situaci, které v jedinci vyvolávají obavu z ohrožení. Je tedy reakcí na poznané nebezpečí a má signální a obrannou funkci.*“ Ohrožení může být vnější, k takovému dochází například při nástupu pacienta k hospitalizaci na oddělení, nebo vnitřní, které pramení z vlastních vnitřních obav a pochybností. Jinými slovy by se dalo říct, že strach je silná emocionální reakce, kterou v nás vyvolávají konkrétní předměty, situace, nebo události, nebo osoby. Strach rozdělujeme na reálný, a nereálný (často u duševně nemocných pacientů). (Zacharová, Šimíčková-Čížková, 2011, str. 143)

U pacientů na transplantační jednotce je tento strach reálný, přirozený a oprávněný. Je několik faktorů, které u pacienta v režimu reverzní izolace mohou vyvolávat pochopitelný strach. Pacienta je v procesu dlouhé a náročné léčby, bojí se, co ho všechno čeká, jak bude samotnou léčbu zvládat a jak na ni bude reagovat jeho tělo. Pacient má strach z bolesti, nebo z různých nepříjemných vyšetření. Obává se transplantace kostní

dřeně a toho, jak transplantace dopadne. Pacient má strach z odloučení od svých nejbližších. Nemocný se zároveň může bát ztráty životních jistot a možností, jako je zaměstnání, nebo péče o rodinu. Předmětem strachu také může být nutnost změny dosavadního způsobu života. V neposlední řadě pacienti prožívají strach ze změny vzhledu, či případné smrti a umírání.

3.3 Úzkost

„Úzkost je nepříjemný prožitek a stav a na rozdíl od strachu si neuvědomujeme její bezprostřední příčinu, tedy určitý předmět či situaci, které ji vyvolávají. Je reakcí na tušení a neznámé nebezpečí.“ (Vymětal, 1994). Úzkost bývá zpravidla nepříjemnější než strach, v nemoci je bezpředmětná a má charakter neurčitého ohrožení. Pacient v úzkostném stavu vykazuje jisté fyziologické a psychické znaky, jako například rozšířené zornice, zrychlený tep, dech, zblednutí, sucho v ústech, pocení, nervozita, nebo svalová ztuhlost, atp. Subjektivně takový pacient vnímá vnitřní napětí, sevření, obavy a bezmoc. Podnětů k úzkosti u nemocného může být celá řada, stejně tak mohou být úzkosti různě intenzivní. U pacientů v reverzní izolaci výše úzkosti závisí na typu osobnosti, schopnosti přizpůsobit se novému prostředí, momentální vyladěnosti, věku a předešlých zkušeností.

Každý z výše uvedených příznaků, které jsou spojeny se strachem, nebo s úzkostí, mohou průběh nemoci rapidně zhoršit. Obecně je známo, že úzkost přechází ve strach a stejně tak i naopak strach může přejít v úzkost. Strach a úzkost od sebe lze oddělit, vzhledem k tomu, že se vzájemně podmiňují a splývají.

3.4 Deprese

Autor knihy Viditelná temnota Wiliam Styron popisuje depresi následovně: *„Deprese je porucha duševního ustrojení, tak záhadně bolestivá a nepostižitelná ve způsobu, jakým se projevuje vlastnímu subjektu - tedy intelektu, který je prostředníkem - že se blíží hranici, kde končí veškerá možnost popisu“*. Existuje několik možných definic deprese. Obecně je v dnešní době velice často výraz „deprese“ zaměňován za pouhou vnitřní nepohodu a špatnou náladu. To je ale zásadní chyba, protože deprese je velice závažné onemocnění. Dle MUDr. Kryla je deprese stav patologicky skleslé a smutné nálady, kterou je nutné odlišit od obvyklého zármutku na nepříznivou událost.

Mezi oblasti zasažené depresí patří nálada, myšlení a psychomotorika. Pacient s depresí ztrácí vlastní sebeúctu, je celkově pesimistický a trpí negativním sebepojetím.

Celkově může takovýto člověk působit unaveným dojmem. Projevem depresivní psychomotoriky jsou celkově zpomalené pohyby, gesta a tempo řeči. (Vymětal, 2003, str. 245)

Křivohlavý (2013, s. 28-32) uvádí jako hlavní příčiny vzniku deprese následující oblasti: narušení životního stylu, tělesné příčiny, pocity selhání, obtížné životní situace a zkoušky, osamění, existenční prázdnota, špatné mezilidské vztahy, biologické faktory.

Pacienti v reverzní izolaci jsou vystavováni řadě rizikových faktorů, které mohou přispívat ke vzniku deprese, a to například kvůli sociální izolaci, který je zapříčiněna omezenými návštěvami. Pacienti mohou prožívat pocity osamění, mohou mít tendenci k pesimismu. Celková doba strávená v reverzní izolaci může být nepříjemná jak po psychické, tak po fyzické stránce. Pacient by se měl obrnit maximální trpělivostí a vírou v to, že každý den je o krok blíže svému uzdravení a domovu. (Švojkrová, Koza, Haplová, 2006, s. 66)

3.5 Stres

Dle Křivohlavého (2002, s. 170) je stres definován jako: „*Negativní emocionální zážitek, který je doprovázen určitým souborem biochemických, fyziologických, kognitivních a behaviorálních změn, jež jsou zaměřeny na změnu situace, která člověka ohrožuje, nebo na přizpůsobení se tomu, co nelze změnit.*“

V jakékoliv zátěžové situaci reaguje lidský organismus celkovou aktivizací. Ta se projevuje vzrušením, zrychleným tepem a dechem, pohybovým neklidem, napětím, zvýšenou motivací a zvýšenou myšlenkovou aktivitou. Stejně tak ale může dojít i k opačným stavům, které se projevují strachem, úzkostí, pocity nejistoty, mlčením a celkovým útlumem. Obecně se tedy v zátěžových situacích objevují prvky přizpůsobivé, i prvky neadaptivní, až patologické. Tyto prvky mohou zvládnutí celé situace a zátěže znemožňovat. Platí zde, že nečinný jedinec rychleji podléhá v nepříznivé situaci úzkosti. Oproti tomu jedinec, který zůstává aktivní, přizpůsobí se závažné situaci a má jasně vyhraněný hodnotový systém je vůči úzkostem odolnější. (Zacharová, Šimíčková-Čížková, 2011, str 153)

Autorka Zábojová ve svém textu uvádí, jak náročný je pobyt na transplantační jednotce a jak velké nároky na pacienta klade. Náhlá ztráta životního postavení, práce, životních jistot, životního rytmu, volnosti pohybu, navykklých aktivit a stravovacích

zvyklostí může u pacient vyvolat úzkost, agresi, deprese a zmatenost. Na zvládání pobytu v režimu reverzní izolace mají dle Zábojové vliv osobnostní rysy, jako je temperament, odolnost proti stresu, inteligence, schopnost přizpůsobit se, uchování naděje, nebo důvěra ke zdravotníkům. Dalším důležitým faktorem je dobré rodinné zázemí a přátelé. (Zábojová. 2000, s. 13)

3.6 Zvládání nemoci

Proces zvládání je chápán jako dynamický děj, při kterém dochází k interakci mezi člověkem a danou životní situací. Každý jedinec má určité zdroje, možnosti, hodnoty a osobní zaměření, na které nemoc klade určité požadavky. O tom, jak jedinec zvládá nátlaky nemoci a utrpení, hovoříme jako o strategii boje s nemocí. Strategií rozumíme určitý plán, program, nebo postup k dosažení jednotlivých cílů. (Zacharová, Šimíčková-Čížková, 2011, str 153)

Podle Cohena a Lazaruse (Křivohlavý, 2002) je několik strategických cílů pro zvládání životních těžkostí. Těmi jsou snížit to, co člověka ohrožuje. Tolerovat, co nepříjemného se děje. Dále by si měl člověk zachovat tvář a pozitivní obraz sebe sama a zachovat si emocionální klid a duševní rovnováhu. Důležité je také zlepšení podmínek pro regeneraci po těžké životní události a zachování sociální interakce.

Jinak tomu není ani u pacientů v reverzní izolaci, kteří se dostali do těžké životní situace a jsou na ně vytvářeny určité nátlaky a požadavky. Pacienti v reverzní izolaci ovšem mají těžší cestu k dosažení cílů, a to právě z důvodů jejich sociální izolace a specifického izolačního režimu. Pro to, aby jedinec zvládal dané nátlaky a mohl dosáhnout strategických cílů, existují vhodné taktiky zvládání životních těžkostí. Dle Zacharové a Šimíčkové-Čížkové (2011, str. 155) je to například relaxace, která pomůže uvolnit napětí svalů a uklidnit psychiku. Dechová cvičení, která zklidní dech i psychiku. Imaginace, při které dochází psychickému soustředění a zaměření se na něco klidného, hezkého, např. moře, letní krajinu, atp. Meditace, která pracuje na principu hlubokého zamyšlení nad určitou myšlenkou a může pacienta povzbudit. Dále může pomoci i vhodně zvolená hudba, nebo beletrie. Důležitá je také sociální opora.

3.7 Hospitalizmus

Pacientův duševní stav může být v průběhu déle trvajícího pobytu v nemocnici negativně ovlivněn. Zacharová a Šimíčková-Čížková (2011, str. 169) popisují

hospitalizmus jako důsledek souboru negativních faktorů, které působí na nemocného při jeho pobytu v lůžkovém zařízení. U pacienta mohou nastat fyzické a psychické potíže, které jsou vyvolány právě dlouhodobým pobytem v nemocnici. Příčiny hospitalizmu jsou změny, které se v průběhu hospitalizace objevují, jako je nucená nečinnost, změna zaběhlých zvyklostí, odtržení od rodiny a zaměstnání, přístup zdravotnického personálu, atp. Čím delší je hospitalizace pacienta, tím větší je pravděpodobnost vzniku hospitalizmu. Vlivy vedoucí k hospitalizmu jsou shrnuty pod název psychická deprivace. To je stav, kdy jedinci není umožněno z různých důvodů po delší dobu uspokojovat některou ze svých základních životně důležitých potřeb. Psychickou deprivaci máme senzorickou, emoční, intelektovou a sociální. Mezi projevy hospitalizmu patří strach, úzkost, nespavost, nechutenství, smutek, špatná nálada a další negativní emoce. (Zacharová, Šimíčková-Čížková, 2011, str 169)

4 POTŘEBY PACIENTA

Obecně se život člověka neustále točí v kruhu uspokojování různých potřeb. Zacharová a Šimíčková-Čížková, 2011, str 119) uvádějí, že potřeba je vlastnost organismu, která pobízí k vyhledávání určité podmínky nezbytné k životu. Jde o vzájemné působení organismu a prostředí. Potřeby dělíme na primární a sekundární. Pro lidskou existenci jedince jsou nepostradatelné primární potřeby. Jsou to potřeby biologické a fyziologické, jako je spánek, teplo, potrava, nebo rozmnožování. Pokud potřeby nejsou naplněny, může dojít k smrti jedince, nebo vyhynutí rodu. Sekundární potřeby se vyvíjejí z potřeb primárních, jsou velmi individuální a nesmírně důležité pro duševní a emocionální pohodu jedince. Sekundární potřeby na rozdíl od primárních potřeb při absenci přímo neohrožují náš život, nebo fyzické zdraví.

Sestra by měla vnímat pacienta jako bio-psycho-sociální celek. Individualizovaná péče a systematické plánování uspokojování pacientových potřeb je významnou součástí náplně práce sestry, zvláště u pacientů v izolačním režimu, kteří mají v uspokojování potřeb značně omezené možnosti. V holistickém pojetí je lidský organismus brán jako organizovaná jednota. Pokud tedy dojde k poruše jedné části z celku, dojde zákonitě i k poruše jiné části, případně celého systému. (Trachtová a kolektiv, 2008, str. 9)

4.1 Maslowa pyramida potřeb

Známý americký psycholog Abraham H. Maslow (1908 – 1970) byl organizátorem a zároveň prvním prezidentem Společnosti pro humanistickou psychologii. Tato společnost je považována za „3. cestu psychologie“. V oblasti kategorizace potřeb je jedním z nejvýznamnějších výzkumníků. Základní myšlenkou Maslowy teorie zaměřené na lidské potřeby byly neustálé tužby, které každý člověk má. Ve chvíli, kdy člověk dosáhne toho, po čem touží, začne dřív nebo později zase toužit po něčem jiném, dalším. Tyto tužby Maslow označil jako potřeby a tvrdí, že lidé jsou danými potřebami motivováni, přičemž každý jedinec má svůj individuální systém motivů. Tento systém tvoří jakousi hierarchii, protože některé z motivů jsou silnější, než jiné a z těch silných jsou některé motivy nejsilnější. Svoji slavnou hierarchii potřeb poté uvedl v roce 1943. Dle slov Maslowa *„Člověk je bytost s potřebami a dosahuje zřídka stavu plnějšího uspokojení, vyjma krátké doby. Jakmile je jedna potřeba uspokojena, staví se na její místo druhá... Pro lidskou bytost je v celém jejím životě charakteristické, že prakticky stále něco vyžaduje“*

Ve svém hierarchickém systému uspořádal Maslow potřeby člověka podle jejich naléhavosti a rozdělil je na nižší a vyšší, přičemž v konfliktu převládnu neuspokojené nižší potřeby nad neuspokojenými vyššími potřebami. Až ve chvíli, kdy jsou uspokojeny nižší potřeby, mohou dominovat a ovlivňovat chování člověka potřeby vyšší. To ovšem neznamená, že by nižší, již uspokojená potřeba, přestala svým uspokojením existovat. (Trachtová a kolektiv, 2008, str. 14)

K nižším potřebám Maslow zařadil potřeby fyziologické – potrava, vzduch, pohyb, spánek, atd. a potřebu jistoty a bezpečí. Ta má dle Kozierové (1995, str. 67) dvě stránky. Jedna je ta, že chce být člověk ve fyzickém bezpečí a druhá je ta, že se chce cítit bezpečně v emocionální rovině – touha po jistotě, důvěře.

Ve vyšších patrech pyramidy jsou zařazeny vyšší potřeby. K těm patří potřeba sounáležitosti, uznání a seberealizace. K těmto vyšším potřebám přiřadil Maslow i takzvané metapotřeby, neboli potřeby růstu. Ty jsou oproti základním potřebám méně naléhavé, ale podle Maslowa (1960) jejich uspokojování *„posiluje vývoj k první lidskosti, k vyššímu štěstí a radosti“* (Trachtová a kolektiv, 2008, str. 14)

4.1.1 Fyziologické potřeby

Jsou to nejzákladnější potřeby, které vyjadřují potřebu lidského organismu, a díky jejich uspokojování zůstává člověk naživu. Člověk většinou uspokojuje fyziologické

potřeby ještě před tím, než se stanou aktuálními, například dodržováním denního režimu v oblasti výživy, spánku, pohybu, atd. Spadá sem také potřeba dýchání, vyprazdňování a rozmnožování. Ve chvíli, kdy je některá z fyziologických potřeb neuspokojena, stane se potřebou dominantní a začne mít vliv na chování i jednání jedince.

4.1.2 Potřeba jistoty a bezpečí

Další potřebou je vyhýbání se ohrožení, nebezpečí a neznámým podnětům. Tyto potřeby můžeme vnímat jako touhu po důvěře, spolehlivosti, stabilitě, ekonomickém zajištění, atd. Uspokojení této potřeby by nás mělo zbavit pocitu strachu a úzkosti. Potřeba jistoty a bezpečí se objevuje v situaci, kdy jedinec ztratí pocit životní jistoty. Dle Trachtové můžeme u nemocného, nebo potencionálně nemocného člověka, vždy mluvit o ztrátě životní jistoty. Životní jistoty vyhledáváme právě ve svém zdraví, rodině, nebo například zaměstnání.

4.1.3 Potřeba lásky a sounáležitosti

Potřeba lásky a sounáležitosti bývá někdy také nazývána potřebou afiliační. Bereme ji jako touhu po intimitě, sociální integraci, potřebu někam patřit, milovat a zároveň být milován. Díky této potřebě udržujeme partnerské, příbuzenské a přátelské vztahy. Do popředí vystupuje v situacích, kdy je člověk osamocený a opuštěný.

4.1.4 Potřeba uznání, ocenění, sebeúcty

V této oblasti se jedná o dvě spojené potřeby. A to o touhu člověka být uznán jak sám sebou, tak i svým okolím. V prvním případě tato potřeba vyjadřuje přání výkonu, kompetence a nezávislosti na méněných druhých. V druhém případě se jedná právě o touhu po respektu druhých, respektu uvnitř sociální skupiny. Dosažení opravdové sebeúcty může být dlouhý životní proces a ne každému se během života podaří tuto potřebu naplnit.

4.1.5 Potřeba seberealizace

Na samém vrcholu pyramidy je potřebou rozvinout svůj potenciál, schopnosti a talent. Potřeba osobního růstu a touha po vědění. Člověk chce být tím, kým podle sebe může být. Musí sám u sebe nacházet uspokojení. Naplňování těchto potřeb obvykle přichází až po období středního věku a dle Maslova se potřeby seberealizace podaří uspokojit pouze 1% lidí. Takové osoby potom Maslow definuje jako osoby tvořivé, spontánní, bez předsudků a etické. Ne každý má předpoklad pro uspokojení těchto potřeb. (Trachtová a kolektiv, 2008, str. 14)

4.2 Potřeby dle Bárlové

Dle Bárlové (2003, s. 91-92) se potřeby dělí na tři základní okruhy.

4.2.1 Potřeby, které se nemocí nemění.

Tyto potřeby zůstávají stejné, jako u zdravého jedince. Jsou to potřeby, jako je spánek, výživa, vzduch, odpočinek, vyprazdňování se, atp. Ačkoliv zůstávají takovéto potřeby u hospitalizovaného pacienta stejné, může dojít k posunu v jejich důležitosti a jejich potřebu může pacient pociťovat intenzivněji.

4.2.2 Potřeby, které se nemocí modifikovaly

Je to nejsložitější skupina potřeb, která je velmi individuální a rozmanitá. Potřeby v této skupině jsou ovlivněny samotným onemocněním, závažností onemocnění a fází onemocnění. Při hospitalizaci se modifikují například potřeby sociální. Ty se nejprve redukují a poté se postupně vracejí. Může docházet i k deformaci některých potřeb, protože ne každému pacientovi se po nemoci povede vrátit do původního stavu, jako před nemocí. Potřeba aktivity se u pacientů soustřeďuje na snahu o aktivní boj s nemocí, kdy pacient sám aktivně chce spolupracovat na svém uzdravování. Pozitivní výsledky pomáhají pacientovi překonávat bolest, strach a úzkost. Důležitá je vzájemná komunikace mezi zdravotním pracovníkem a pacientem, protože dostatečné a srozumitelné informace o průběhu léčby a režimu v nemocnici dopomáhá pacientovi k vnitřnímu klidu a vzájemné spolupráci. V opačném případě může dojít k obavám a narušení celé léčby.

4.2.3 Potřeby, které nemocí vznikly.

Takovéto potřeby značně záleží na osobnosti pacienta, charakteru, závažnosti a průběhu onemocnění, informovanosti, vztahu a chování okolí – rodiny, přátel, ale i zdravotních pracovníků. Mezi nejzásadnější potřeby patří potřeba navrácení zdraví, potřeba tlumení bolesti a potřeba udržení a obnovení sociálních funkcí pacienta. Pacientovi je omezen v řadě jemu přirozených činností a pobyt v režimu reverzní izolace může u pacienta způsobit silnou sociální izolaci a zkomplikovat tak jeho zdravotní stav. (Zacharová, 2017, str. 26)

PRAKTICKÁ ČÁST

5 FORMULACE PROBLÉMU

Samotné onkologické onemocnění představuje pro pacienta velkou fyzickou i psychickou zátěž. V případě, že člověk onemocní konkrétně akutní leukemií a je potřeba transplantace kostní dřeně, změní se v jeho životě mnoho základních návyků, a ne všechny potřeby mohou být plně uspokojovány. Jak jsem se sama mohla přesvědčit, široká veřejnost není příliš informovaná o problematice tohoto hemato – onkologického onemocnění. Proto soudím, že i většina pacientů slyší opatření spojená s léčbou poprvé v životě a je pro ně velmi náročné se s celou situací vyrovnat.

Laicky řečeno, je třeba „vynulovat“ pacientovu imunitu, aby tělo přijalo nově transplantovanou kostní dřeň. To sebou ale samozřejmě nese spoustu možných vedlejších komplikací a ohrožení. Proto je třeba udržovat pacienta v co nejsterilnějším prostředí je možné.

V praxi to pro pacienta znamená samostatný pokoj, dvojí filtr při vstupu, téměř žádné osobní věci, sterilní nemocniční oblečení, speciální dieta, návštěvy pouze se všemi ochrannými pomůckami a mnoho dalších opatření. Pacient samozřejmě nesmí místnost vůbec opustit, aby se nevystavoval nebezpečí. V tomto režimu musejí pacienti trávit čas v řádu týdnů, někdy i měsíců.

Tato izolace od okolního světa, ač z jasně vysvětlitelných a prakticky nepostradatelných důvodů, představuje pro pacienta velkou psychickou zátěž. Ve své bakalářské práci se zabývám otázkou: „Jak velký vliv má tento specifický režim na uspokojování pacientových potřeb?“

6 CÍL A ÚKOLY PRÁCE

6.1 Hlavní cíl

Cílem bakalářské práce bude zjistit názory pacientů s lékařskou diagnózou akutní leukémie na opatření související s režimem reverzní izolace.

6.2 Dílčí cíle

1. Zjistit vliv reverzní izolace na uspokojování základních potřeb pacienta
2. Zmapovat dopad reverzní izolace na psychosociální potřeby pacienta
3. Zjistit, jakým způsobem ovlivňuje správná a dostatečná edukace pacientovu psychiku
4. Zjistit, jakým způsobem jsou u pacientů ošetřovaných v režimu reverzní izolace naplňovány vyšší potřeby
5. Vypracovat edukační materiály

6.3 Výzkumné otázky

1. Má režim reverzní izolace vliv na uspokojování základních potřeb pacienta?
2. Působí režim reverzní izolace na psychosociální potřeby pacienta?
3. Jaký vliv má na psychiku pacienta správná a dostatečná informovanost?
4. Ovlivňují režimová opatření růstové potřeby pacientů?

7 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU

Do výzkumu jsem záměrně vybrala čtyři respondenty, kteří jsou hospitalizováni v režimu reverzní izolace na transplantační jednotce Hemato-onkologického oddělení FN Plzeň s diagnózou akutní leukemie. Všichni pacienti jsou v době mého výzkumu právě hospitalizováni na ALO JIP FN Plzeň. Ve svém výzkumném vzorku jsem chtěla mít zastoupeny respondenty mužského i ženského pohlaví. Zároveň jsem chtěla, aby ve výzkumném vzorku byli porovnáni respondenti, kteří žijí přímo v Plzni i ti, kteří žijí mimo Plzeň a nejsou tady tedy „doma“. Do výzkumného vzorku jsem také chtěla zahrnout pacienty, kteří již podstoupili transplantaci kostní dřeně a zároveň i pacienty, kteří transplantováni nebyli. V neposlední řadě jsem respondenty vybírala tak, abych mohla porovnat různé věkové kategorie, žijící rozdílným životním stylem a způsobem.

Respondent A – Žena, ročník 1983, bezdětná, žije sama, akutní leukemie diagnostikována v únoru 2019, podstoupila transplantaci KD od cizího dárce, celkem 24 dní v režimu reverzní izolace.

Respondent B – Žena, ročník 1961, má dvě dospělé dcery, žije s manželem, akutní leukemie diagnostikována v říjnu 2019, transplantaci kostní dřeně prozatím nepodstoupila, celkem 18 dní v režimu reverzní izolace.

Respondent C – Muž, ročník 1967, má dospělého syna, žije s manželkou, akutní leukemie diagnostikována v březnu 2019, podstoupil transplantaci KD od cizího dárce, celkem 40 dní v režimu reverzní izolace.

Respondent D – Muž, ročník 1989, bezdětný, žije v dvougeneračním domě s rodiči, akutní leukemie byla respondentovi diagnostikována v dubnu 2019, podstoupil KD od cizího dárce, celkem 29 dní v režimu reverzní izolace.

8 METODIKA PRÁCE

Pro vypracování praktické části mé bakalářské práce jsem zvolila metodu kvalitativního výzkumu. Pomocí kvalitativního výzkumu a rozhovoru vedeného s respondenty zjistím a vyhodnotím informace, které mě povedou k vysvětlení předem zvolených výzkumných otázek a dílčích cílů. Cílem kvalitativního výzkumu je tedy zkoumat příčiny a motivaci chování a jednání respondentů v jejich přirozeném prostředí a různých situacích. (Vojtíšek, 2012, str. 32)

Ke sběru dat byla použita metoda individuálně vedených rozhovorů s pacienty, kteří jsou hospitalizováni na Hemato – onkologickém oddělení FN Plzeň v režimu reverzní izolace s diagnózou akutní leukémie.

Pro získávání informací jsem zvolila polostrukturovaný rozhovor, který měl předem stanovenou 16 otevřených otázek, a v průběhu byly ještě pokládány otázky doplňující.

9 ORGANIZACE VÝZKUMU

Výzkum proběhl na Hemato-onkologickém oddělení FN Plzeň v letním semestru AR 2018/2019 od 24. 6. 2019 do 5. 7. 2019 a na Hemato-onkologickém oddělení FN Plzeň v zimním semestru AR 2019/2020 od 4. do 10. 11 2019.

Před zahájením šetření byla oslovena náměstkyně pro ošetrovatelskou péči Fakultní nemocnice Plzeň Mgr. Bc. Světlana Chabrová se žádostí o povolení výzkumného šetření. Poté byla oslovena vrchní sestra hemato – onkologického oddělení Mgr. Klára Kabátová Maxová a dále ještě staniční sestra ALO – JIP Bc. Monika Marxová. Výzkum byl bez problémů povolen.

Vždy před zahájením rozhovoru byl pacient seznámen s tématem mé bakalářské práce, důvodem rozhovoru a podepsal informovaný souhlas. Rozhovory byly prováděny anonymně. Každý rozhovor byl zaznamenán na diktafon a jeho obsah později přepsán a údaje dále zpracovány. Rozhovory byly vedeny s pacienty, kteří byli právě hospitalizováni na alogenní jednotce intenzivní péče v režimu reverzní izolace ve FN Plzeň. S každým respondentem jsem se při svých praxích vídala pravidelně, a tudíž jsme se při našich rozhovorech již znali.

10 RESPONDENTI

10.1 RESPONDENT A

Respondentka A je žena narozena v roce 1983. Děti nemá a momentálně je čerstvě po rozchodu se svým dlouholetým partnerem. Má čtyři sourozence. Žije v bytě sama, daleko od Plzně, ale poblíž své rodiny. Před onemocněním pracovala ve výrobě a k tomu na brigádách v gastronomii. Akutní leukémie (C92.0) byla respondentce diagnostikována počátkem února 2019. V době našeho rozhovoru je žena v izolačním režimu déle než tři týdny a již podstoupila transplantaci kostní dřeně. Rozhovor probíhal při mých praxích na příslušném oddělení v době od 24. 6. do 5. 7. 2019.

Žena udává, že před tím, než onemocněla akutní leukemií, hodně často přecházela veškeré chřipky, nachlazení a podobná onemocnění. Vše původně začalo jako angína, která byla léčena antibiotiky. Poté žena nastoupila zpět do zaměstnání, ale cítila se opravdu špatně. Popisuje, že byla opravdu až nezdravě unavená, stále se zadýchávala. K tomu se přidaly afty v ústech, a velké modřiny po celém těle, žena udává hlavně oblast dolních končetin, chřipka a horečky nad 39°C. Byl víkend, kdy když ženu ještě tehdejší přítel odvezl do nemocnice, kde začal kolotoč vyšetření. Po všech výsledcích byla ženě diagnostikována akutní leukemie a byla ihned převezena do plzeňské fakultní nemocnice.

Nejprve jsem ženu oslovila s žádostí, zda by si na mě udělala chvilku času. S ženou jsme se zapovídaly již několikrát během mých praxí a jejího pobytu v izolačním režimu, a tak mi odpověděla, že samozřejmě čas má. Fakt, že studuji obor všeobecná sestra a jsem ve třetím ročníku žena již věděla. Nyní jsem jí popsala, že právě pracuji na bakalářské práci, která se věnuje právě pacientům s akutní leukemií, kteří jsou zde hospitalizováni v režimu reverzní izolace. Zeptala jsem se, zda by žena byla ochotná stát se součástí mého výzkumu a popsala jsem jí, jak vše probíhá a co takový výzkum obnáší. S tím okamžitě souhlasila a zároveň podepsala informovaný souhlas. Respondentku jsem informovala o anonymitě celého výzkumu. Celý rozhovor byl se souhlasem respondentky nahrávaný na diktafon a probíhal přímo v izolačním pokoji na ALO JIP.

10.1.1 Problematika prostředí

Každý rozhovor jsem začínala otázkou na **spánkový režim** respondenta, protože to byla první oblast, na kterou jsem se ve svém výzkumu chtěla zaměřit. Ženy jsem se jako

první zeptala, zda izolační režim nějakým způsobem ovlivňuje její spánkové návyky. Žena uvedla, že v izolačním režimu má pro spánek daleko více prostoru, než v běžném, životě a to jí momentálně vyhovuje. Vzhledem k tomu, že ve svém životě byla neustále zaměstnávána jinými činnostmi, jako je práce a ostatní povinnosti, různé koníčky, nebo jiné volnočasové aktivity, nevěnovala spánku dostatek prostoru. Uvědomuje si, že je spánek pro zdraví důležitý a že ho do jisté míry zanedbávala. V téhle oblasti tedy usuzuje, že má režim reverzní izolace na její potřeby ohledně spánku pozitivní vliv a je za to ráda. Zároveň vidí přínos izolačního režimu v oblasti spánku i v tom, že je na pokoji sama. Určitě by někdy ocenila společnost, ale v těchto těžkých chvílích, kdy se ví, že její zdravotní stav není stoprocentní a doprovází ji často únava, nebo i bolest je žena ráda, že v těchto chvílích může být na pokoji sama. Jak říká: *„Člověk je někdy opravdu unavený, není mu dobře. Jsou chvíle, kdy nemám náladu na to, aby na mě někdo mluvil, chci jen ticho, klid a spát. V takovém momentě si neumím představit, že bych byla na pokoji ještě s někým dalším, kdo by zrovna chtěl mít třeba zapnutou televizi, nebo rádio. Takhle, když jsem na pokoji sama, si svůj režim určuji sama. Mohu zatáhnout rolety a spát když zrovna chci a potřebuji a nemusím při tom na nikoho brát ohledy. Po téhle stránce mi izolační režim opravdu vyhovuje“*. Zároveň respondentka dodává, že spánku věnuje daleko více času i z důvodu, že už se zkrátka kolikrát nudí a nemá co jiného na práci. *„Navíc po delší době v reverzní izolaci mě omrzelo neustálé sledování televize, nebo luštění křížovek, proto věnuji spánku daleko více času.“* Žena se také zmínila o tom, že se občas v noci probouzí. Může za to ale prý fakt, že chodí často čůrat a s psychikou její probouzení nemá nic společného. Zeptala jsem se ženy na doplňující otázku, zda má izolační režim vliv na její psychiku, který by souvisel se špatným spaním, či probouzením. K tomuto dodává, že momentálně tomu tak není. Ze začátku hospitalizace ovšem celou situaci nesla velmi špatně a dle jejích slov několik nocí probřečela.

Má druhá otázka na respondenty se týkala **stravovacích návyků** a rozdílů mezi stravováním zde v režimu reverzní izolace a v domácím prostředí. Respondentka udává: *„Největší rozdíl v mých stravovacích návycích vnímám v pravidelnosti stravování.“* Jak žena již popisovala v první otázce, která se týkala spánkového režimu, tak i zde u stravovacích návyků respondentka nevěnovala v běžném životě stravování dostatečné množství času. Žena trávila spoustu času prací, nebo jinými činnostmi a na pravidelnost stravy nedbala. Ve svém zaměstnání údajně kolikrát neměla ani dostatek časového prostoru pro řádné stravování. Pravidelnost stravování žena nedodržovala ani ve dnech, kdy nebyla

ve svém zaměstnání. „*Člověk kolikrát vstane později a jako první jídlo dne je oběd*“. Žena přiznává, že její stravovací návyky nebyly správné a vnímá změny, ke kterým v režimu reverzní izolace v tomto směru dochází, jako pozitivní. Udává, že jí vyhovují pevně daná časová rozmezí na jednotlivá jídla v průběhu dne. Pravidelnost stravy vidí jako velký přínos ve svém životě. Zároveň respondentka dodává i negativní stránku aktuální situace. „*Na druhou stranu jsem musela ze svého jídelníčku vyřadit různá jídla, která jsem běžně doma jedla, jako je třeba čerstvá zelenina*.“ Respondentka ovšem ví, z jakých důvodů je třeba tyto opatření dodržovat a věří, že je vše na správné cestě k tomu, aby jednou mohla všechny vyřazené potraviny do svého jídelníčku zase vrátit. Na závěr ještě žena dodává, že by si ráda udržela pravidelné stravovací návyky i po propuštění z nemocnice.

Další část společného rozhovoru byla zaměřena na **hygienické návyky**. Zajímalo mě, zda režim reverzní izolace nějakým způsobem pacienty ovlivňuje v uspokojování těchto základních lidských potřeb. Respondentka udává, že v tomto směru nevnímá žádný zásadní rozdíl. „*Sociální zázemí je zde vyhovující a kdykoli mi to okolnosti a stav umožňují, využívám ho*.“ Respondentka si cenní toho, že má své vlastní sociální zázemí, které může nerušeně využívat jen ona sama a nemusí se při tom střídat s jinými hospitalizovanými pacienty. Navíc jako výhodu žena shledává fakt, že je sociální zázemí nové a moderní. Se smíchem dodává: „*Díky tomu, jak tady ta moje koupelna vypadá, si člověk ani tolik nepřijde jako v nemocnici*.“

V první části rozhovoru jsem se dále zajímala o to, zda existuje něco, co by respondentům pomohlo cítit se v prostředí reverzní izolace o něco komfortněji a jaký je jejich **celkový názor** na tento režim a opatření s ním spojená. Žena mi sdělila, že zdejší prostředí vnímá pozitivně a to z několika různých důvodů. Těmi jsou například pohodlí, které reverzní izolace zajišťuje, dostatečné soukromí a skvělá komunikace s personálem. Respondentka zároveň velmi vyzdvihuje informovanost, kterou jí personál o všem poskytuje. „*Rozumím, že přísné podmínky pro alogenní transplantaci mají svá opodstatnění a prostředí zde je pro to velice dobře přizpůsobeno*“. Rozhovor pokračoval tématem o možnostech, které by respondentce pomohly cítit se v **prostředí izolačního režimu** komfortněji, pokud nějaké vůbec jsou. Jako první respondentka zmínila konzumaci některých potravin a nápojů. „*Vím, že tohle teď ale nejde, jen je to pro mě zkrátka nezvyk*“. Jako další příklad pro zlepšení komfortu žena udává možnosti větší interakce a komunikace s ostatními lidmi a okolím. Ačkoliv žena udává, že je ráda za klid, soukromí a možnost si odpočnout, občas postrádá někoho dalšího, s kým by mohla trávit čas,

komunikovat a popovídat si. Osamocení na pokoji žena oceňuje především za období při začátku hospitalizace, kdy potřebovala svůj čas a prostor pro adaptaci na nové prostředí. Nyní je v izolaci již delší dobu a společnost by v některých chvílích přivítala. „*I přes to, že za mnou asi 1x týdně chodí příbuzní na návštěvu, nebo sem pravidelně chodí sestry, mi zkrátka společnost jiného člověka někdy chybí.*“ Žena zvažuje využití psychologické pomoci pro překlenutí doby v tomto izolačním režimu a zároveň to vnímá jako možnost otevřeně komunikovat s další osobou.

10.1.2 Psycho-sociální problematika

V druhé části rozhovoru jsme společně s respondentkou nejprve hovořily o tom, co nejvíce v režimu **reverzní izolace postrádá** a co jí na tomto režimu nejvíce chybí. Dle mých očekávání ženě nejvíce chybí možnost volného pohybu a běžného fungování. „*Kolikrát, když je venku hezké počasí mám chuť se jít projít a někam se podívat, to ale teď bohužel není možné.*“ Respondentka popisuje svůj pokoj, ve kterém se celý náš rozhovor odehrává. Uvádí, že pokoj je sice hezky zařízený, má možnost využít televizi, nebo se zabavit jinými aktivitami, například četbou, nebo svým vlastním PC, ale zároveň dodává, že se stále jedná jen o čtyři stěny, mezi kterými se teď může pohybovat. Tak, jak již bylo zmíněno v předchozí části rozhovoru, postrádá žena také své blízké, případně společnost další osoby. Doba strávená v izolaci ženě někdy utíká pomalu a uvítala by, kdyby měla možnost trávit tento čas s další osobou. Na závěr žena shrnuje dva hlavní faktory, které jí v izolačním režimu nejvíce vadí – ztráta možnosti volného pohybu a sociální izolaci. „*Nicméně jsem si po určité době v izolaci zvykla a rozhodně se z toho nehroučím.*“

Svoji poslední větou respondentka sama navázala na další část našeho rozhovoru, ve které se zajímám o to, zda by byla nějakým způsobem schopna popsat **vliv reverzní izolace na svoji psychiku**. Žena popisuje svůj psychický stav od začátku onemocnění. „*V počátku jsem na tom psychicky byla fakt špatně. Po oznámení výsledků se dostavily pocity jako sebelítost, strach a beznaděj.*“ Respondentka špatně nesla také informaci o tom, jak dlouho bude v izolačním režimu hospitalizovaná. Z počátku se žena snažila co nejvíce spát, aby zaspala co nejvíce času a s tím i své špatné nálady. To byly ty chvíle, kdy byla respondentka ráda, že je v pokoji sama, jak již popisovala na úplném začátku našeho rozhovoru. „*Mluvila jsem o tom, jak jsem ze začátku hospitalizace několik nocí probřečela. Občas to na mě dopadne i teď, třeba když odchází rodina z návštěvy, ale jinak jsem si tady už docela zvykla.*“ K tomu ženě pomohly i různé aktivity k zabavení, ráda čte, luští křížovky, nebo pracuje na svém notebooku. Zároveň se o zlepšení psychického

rozpoložení perfektně stará nemocniční personál „*Kdykoliv zazvoním a chci se na něco zeptat, nebo s něčím pomoci, tak mi všichni vyjdou vstříc. Sestry i doktoři jsou velice ochotní a ohleduplní, ale o tom už jsem mluvila, jen vím, že díky nim na mě nemá tahle izolace takový dopad*“. K tomu žena dodává, že již v minulosti zažila hospitalizaci na jiném oddělení (nemocnici neudává), kde personál nebyl tak vlídný a to se údajně na psychické stránce ženy po dobu tohoto pobytu velice negativně podepsalo. To i přes fakt, že dřívější hospitalizace nebyla v izolačním režimu. Respondentka se momentálně snaží na všem hledat pozitivní stránku věci, protože si uvědomuje, že izolační režim je nezbytnou součástí celé léčby. Ženy jsem se ještě zeptala, zda pro ni má izolační režim po psychické stránce i nějaký **přínos**. Ten vidí především v čase na přemýšlení, který teď má. Díky tomu má žena dostatek prostoru na srovnání životních priorit. „*Přemýšlím o sobě, o svých snech a následujících cílech, chci tak získat další motivaci do života*“. Stejně tak si žena uvědomuje, jakým způsobem žila před onemocněním a hospitalizací. Údajně měla tři různá zaměstnání, fungovala v neustálém stresu za účelem vydělání finančních prostředků a nevěnovala pozornost svému zdraví. Díky svému onemocnění a izolačnímu režimu však žena měla možnost o těchto tématech přemýšlet a přehodnotila svůj žebříček hodnot. To vnímá jako veliký přínos. Nejzásadnější změnu však pociťuje v oblasti kouření. „*Jako kuřáka mě tohle prostředí ovlivnilo tím, že nejsem ve styku s dalšími kuřáky a díky tomu moje chuť na cigaretu postupně slábne*.“

V oblasti psychosociální problematiky jsme s respondentkou dále hovořili o tom, jak se k aktuální situaci postavila **rodina a přátelé** respondentky. Žena mi sdělila, že rodina nese celou situaci velmi těžce už od začátku jejího onemocnění. Nejhůře je na tom matka respondentky, která se údajně stále nedokáže s celou situací vyrovnat. Žena si ale velice váží toho, že se k ní nikdo z rodiny a blízkých neotočil zády a naopak ji poskytují naprostou psychickou podporu. „*Hodně také pociťuji, jak jsme se jako rodina semknuli, držíme pohromadě a velice nás to všechny sblížilo*“. Respondentka udává, že před jejím onemocněním si jako rodina nebyli tolik blízcí, a kolikrát nebyli v kontaktu i několik týdnů. Nyní je se svoji rodinou v telefonickém kontaktu každý den a i přesto, že rodina bydlí velice daleko od Plzně, tak minimálně jedenkrát týdně přijedou ženu osobně navštívit a podpořit. „*Znamená to pro mě strašně moc, protože jsem si díky tomu opět mohla uvědomit, jak moc je rodina důležitá a co pro mě znamená*.“ V rovině přátelských vztahů došlo dle respondentky k výrazné redukci přátel a kamarádů. „*Přibližně s polovinou mých známých a přátel jsem během mé nemoci ztratila kontakt*“. Zeptala jsem se respondentky,

že je to zapříčiněno. Žena si myslí, že se někteří z přátel zdráhají napsat, protože neví jak na tom momentálně zdravotně je a čekají, až se bude sama cítit na to, aby se ozvala ona jim. *„Na druhou stranu jsem díky téhle životní situaci poznala opravdové přátele, kteří při mně stojí i v těžkých chvílích“*. Zároveň žena popisuje, že své přátele prosila, aby se k ní chovali normálně, jako ke zdravému člověku. Díky tomu mohla mít lepší pocit, že je v pořádku a nemusela stále myslet na to, že je nemocná.

Dalším bodem našeho rozhovoru byl respondentčin **partnerský vztah**. Víím, že je to velmi osobní a citlivá otázka, proto jsem respondentku upozornila na to, že pokud nechce odpovídat, tak samozřejmě nemusí. Žena mi sdělila, že měla dlouholetý vztah, ve kterém ale vznikaly různé problémy ještě před samotným onemocněním. Zlomovým bodem pro tento vztah nastal po diagnostice onemocnění, kdy si žena uvědomila, že svého partnera nevnímá jako oporu a rozhodla se vztah ukončit. *„Nemyslím si ale, že za naším rozchodem stálo moje onemocnění, nebo pobyt tady na transplantační jednotce. Jen jsem si prostě uvědomila, že pokračování v tomhle vztahu by teď za dané situace působilo na moji psychiku a celkový zdravotní stav spíš negativně“*. Celou situaci respondentce pomohli psychicky zvládnout přátelé a rodina.

10.1.3 Oblast informovanosti

Třetí část našeho společného rozhovoru se věnovala oblasti informovanosti a tomu, jakým způsobem byla respondentka **edukována** o izolačním režimu. *„Jelikož jsem již ležela na oddělení naproti, měla jsem určitou představu, jak takový režim zhruba funguje“*. I tak byla respondentka o specifickém režimu na alogenní jednotce intenzivní péče řádně poučena. Pravidla izolačního režimu ženě velice ochotně a srozumitelně vysvětlily sestry. Sdělily jí, jaké věci může mít u sebe, co je naopak zakázané, jak se zachází s různým vybavením, kde najde vše potřebné, nebo třeba jakým způsobem provádět osobní hygienu. Respondentce bylo také nabídnuto, že pokud bude mít jakýkoliv dotaz v průběhu pobytu v izolačním režimu, může se na sestry kdykoliv obrátit. Respondentka také dostala informační brožuru.

Zajímala jsem se, zda pro respondentku byly informace, které obdržela, dostačující, jakým způsobem by informace **zhodnotila** a zda jí nějakým způsobem tyto informace pomohly, případně jestli jsou pro ni informace, které na oddělení dostává, dostačující. Celkovou míru informací i způsob edukace o fungování izolačního režimu hodnotí respondentka velice pozitivně. Na ženu zapůsobil také osobní a trpělivý přístup sester,

kteře předali veškeré potřebné informace velice srozumitelně. Tyto informace ženě údajně pomohly nejen s orientací v pokoji a s vybavením, ale také ji umožnily vytvořit si v hlavě představu toho, jakým způsobem bude pobyt v izolačním režimu probíhat. „*Vlastně jsem byla i předem informovaná o tom, jaké mohu mít psychické a fyzické stavy, jaké činnosti mohu a nemohu dělat. Bylo pro mě moc důležitý vědět, co můžu očekávat*“. Možnost dostačujících a srozumitelných informací vnímá respondentka jako dobrý krok k předejití strachu, zmatení, či panice.

V oblasti informovanosti mě dále zajímalo, zda respondentka všem opatřením souvisejícím s izolačním režimem **rozumí** a pokud ne, v jaké oblasti nemá jasno. Žena udává, že kromě výše zmíněných základních informací o reverzní izolaci, které ji byly od personálu vysvětleny, se ještě zajímala například o to, proč není vhodné donášení určitých předmětů od návštěv do izolačního pokoje. „*Je totiž běžné, že návštěvy chtějí pacienta potěšit a když ho jdou navštívit do nemocnice, tak většinou přijdou s nějakým dárkem, jídlem, nebo tak něco*“. Respondentka ovšem ví, že zde na oddělení platí speciální podmínky a sestry jí uvedly všechny důvody, proč tomu tak je. Těmi jsou například nebezpečí přenosu bakterií, speciální dieta, apod. „*Sestřičky odpověděly na všechny moje dotazy*“. Kombinaci správné formy edukace od personálu a zkušenost z již předešlého pobytu na oddělení autologních transplantací považuje respondentka za naprosto dostačující a rozumí díky tomu všem opatřením souvisejícím s izolačním režimem.

10.1.4 Oblast vyšších potřeb

Respondentku jsem informovala o tom, že se dostáváme do poslední části rozhovoru. Zajímalo mě, zda režim reverzní izolace nějakým způsobem ovlivnil respondentčin **pohled na život** a zda by uměla zhodnotit, co je pro ni v životě nejdůležitější. „*Tenhle izolační režim ovlivnil můj pohled na život docela razantně*“. To žena odůvodňuje tím, že její životní styl před onemocněním nebyl úplně vzorový. „*Byl to životní styl většiny běžně fungujících lidí v dnešní společnosti myslím*“. Ten žena charakterizuje nepravidelným stravováním ve spěchu, prací, fyzickým vyčerpáním, nedostatkem spánku a odpočinku, a neadekvátním množstvím stresu. Středobodem vesmíru pro ženu údajně bylo vydělání dostatku finančních prostředků. Nyní měla respondentka díky režimu reverzní izolace dostatek času na to, o všem s odstupem popřemýšlet. „*Vím, že to byla chyba a uvědomuji si, že nejdůležitější věci v životě je zdraví, milující rodina a přátelé, kteří vám dokážou být oporou*“.

Dále mě zajímalo, zda má režim reverzní izolace u respondentky nějaký **vliv na sebevědomí**. Žena sama sebe popisuje jako životní optimistku, která se vždy navenek snaží působit pozitivně. Přiznává ovšem, že její sebevědomí ovlivněno bylo. To však nezapříčinil přímo pobyt v izolačním režimu, ale choulostivá situace týkající se ztráty vlasů. *„Dalo mi velkou práci překonat ostych a vstoupit do společnosti bez vlasů“*. Respondentka se jako žena snaží dbát o svůj vzhled a v počátcích ji pohledy z okolí sebevědomí velice podlamovalo. Avšak s odstupem času a po delší době v režimu reverzní izolace si uvědomila, že se nemá za co stydět a že tento stav není její vina. *„Jedná se o nemoc a já jsem si až tady uvědomila, že co je moje slabina, to musím upřednostňovat.“* Respondentce údajně také hodně pomohlo, že si přečetla knihu „Musela jsem zemřít“, která je psaná onkologicky nemocnou ženou. V knize žena popisovala, že člověk musí mít sám sebe rád a sám sebe přijmout, aby postoupil dál a podle toho se žena momentálně snaží žít.

Respondentky jsem se ještě zeptala, zda existují nějaké **problémy z běžného života**, které musí řešit i zde, při hospitalizaci v režimu reverzní izolace a jakým způsobem případně jejich řešení zvládá. Jako jeden z praktických problémů, který zde žena musí od počátku hospitalizace řešit, je placení jednotlivých fixních výdajů. Například má s majitelem bytu, který má pronajatý, dohodu o platbě nájemného v hotovosti. *„Nejdřív jsem musela využít pomoc přátel, nebo příbuzných, aby za mě nájem platili hotově a já jim peníze zasílala na účet, než jsem se s majitelem bytu domluvila jinak“*. Co se zaměstnání týče, před onemocněním žena pracovala šest let na jedné pracovní pozici a k tomu chodila na různé brigády. Po prvním cyklu chemoterapií byla žena nějakou dobu na nemocenské podpoře, na které je i nyní. V této otázce se žena zmiňuje ještě o svých koníčcích a zájmech, které musela v aktuální situaci přerušit. S veškerými provozními problémy respondentce pomáhají přátelé a rodina. *„V mojí životní situaci je pro mě teď nejdůležitější soustředit se na zdraví a na to, že mám zázemí, kam se budu moci po úspěšné léčbě vrátit.“*

Na **závěr** jsem ženě mnohokrát poděkovala za rozhovor a popřála jí úspěšnou léčbu a hlavně mnoho zdraví.

10.2 RESPONDENT B

Respondentka B je žena narozena v roce 1961, má dvě dcery a 12 let žije se svým manželem. Žena nežije v Plzni. Před onemocněním pracovala jako kuchařka. Akutní leukémie (C92.0) byla respondentce diagnostikována v druhé polovině října roku 2019.

V době našeho společného rozhovoru byla žena v režimu reverzní izolace hospitalizována déle než dva týdny. Transplantace kostní dřeně u ženy zatím neproběhla, momentálně má po odběru vzorku kostní dřeně a čeká se na výsledky, aby se stivil další léčebný postup. Rozhovor probíhal při mých praxích na příslušném oddělení v době od 4. 11. do 10. 11. 2019.

Tři měsíce před stanovením diagnózy žena onemocněla angínou a byla léčena antibiotiky. Tři týdny po té se jí opět vrátila nesnesitelná bolest v krku, společně s rýmou a kašlem, opět byla léčena antibiotiky. Za necelý měsíc se celý tento proces znovu opakoval. Po zaléčení žena nastoupila do zaměstnání, ale opět se vrátila nesnesitelná bolest v krku, rýma, kašel a vše doprovázelo ještě velké množství aft, opět byla léčena antibiotiky, ale tentokrát léčba vůbec nezabírala. Respondentka se cítila stále hůř a její zdravotní stav se zhoršoval. To došlo až do stavu, kdy žena zkolabovala a byla převezena rychlou záchranou službou do spádové nemocnice. Po následujících vyšetřeních byla ženě diagnostikována akutní leukémie a bez prodlení byla převezena do plzeňské fakultní nemocnice na hemato-onkologické oddělení.

Před začátkem výzkumného rozhovoru jsem za respondentkou přišla na její izolační pokoj a zeptala jsem, zda by mi mohla věnovat chvilku času. Ženě jsem vysvětlila, že jsem ve třetím ročníku bakalářského studia oboru všeobecná sestra a momentálně pracuji na své bakalářské práci, zabývající se právě pacienty s akutní leukémií, kteří jsou hospitalizováni v režimu reverzní izolace. Ženu jsem požádala, zda by byla tak ochotná a stala se součástí mého výzkumu a popsala jsem jí, co takový výzkum obnáší. Žena bez váhání souhlasila a podepsala mi informovaný souhlas. Zároveň jsem respondentku informovala o to, že je celý výzkum veden anonymně a její osobní údaje nebudou nikde zveřejňovány. Domluvily jsme se, že celý náš rozhovor bude zaznamenáván na diktafon. Rozhovor probíhal přímo v izolačním pokoji na ALO JIP.

10.2.1 Problematika prostředí

I u druhé respondentky začínal můj rozhovor stejnou otázkou, zabývající se oblastí **spánkového režimu**. Po tom, co jsem položila první otázku: „*Jak RI ovlivňuje Vaše potřeby, jako je spánek?*“, se respondentka usmála a s velice pozitivním tónem v hlase mi sdělila, že od prvního dne hospitalizace spí absolutně spokojeně. Žena udává, že ani doma, ve svém přirozeném prostředí, nikdy neměla problémy se spánkem. Respondentka tvrdí, že večer dobře usíná, přes noc se neprobouzí a v oblasti spánku si nemůže vůbec na nic

stěžovat. Zeptala jsem se ženy, zda její spánek zde něco ovlivňuje, nebo jestli je něco, co má na její spánek vliv. „*Myslím, že díky té nemoci je moje tělo hodně unavené a zároveň jsem pod různými medikacemi. Takže teď spím dokonce víc než normálně doma, a to jsem z toho měla strach. Celkově hodně odpočívám, abych měla dost sil na boj s nemocí*“. Žena zároveň udává, že je ráda za klidné prostředí, které jí izolační režim poskytuje.

Stejně jako u první respondentky i zde u respondentky B byla má další otázka zaměřena na oblast **stravovacích návyků**. Zeptala jsem se, jestli hospitalizace v režimu reverzní izolace nějakým způsobem ovlivnila stravovací návyky, na které byla žena v domácím prostředí zvyklá. „*Moje stravovací návyky se zde určitě nezhoršily, to dokonce naopak. Řekla bych, že zde mi dopřávají až nadstandardní příjem potravy*“. Žena popisuje své stravovací návyky před hospitalizací, kdy byla sice zvyklá jíst pravidelně, ale zároveň dodává, že neměla natolik pestrou a vyváženou stravu, jako zde. Velice si chválí fakt, že jídlo, které zde dostává, jí opravdu chutná. Za výhodu také považuje to, že k jídlu dostává navíc různé džusíky, pitíčka, nebo přesnídávky. „*Opravdu mě tenhle nadstandard velice překvapil*“. Zeptala jsem se respondentky, zda jí nestrádá po nějakých potravinách, které musejí být momentálně z jejího jídelníčku vyřazeny. Na moji otázku odpověděla záporně. Vyřazené potraviny si ráda dá, až se vyléčí, ale teď si opravdu nemá na co stěžovat. „*Abych pravdu řekla, já jsem tady začala jíst fakt ve velkém, slušně řečeno. Doma jsem nikdy nesnědla polívku a pak ještě oběd. Tady sním bez problému obojí a pak bych si klidně dala ještě něco dalšího*“.

Další oblastí v uspokojování základních lidských potřeb jsou **hygienické návyky**. Zajímalo mě, zda respondentka pociťuje nějaké změny v uspokojování svých hygienických potřeb. „*V téhle oblasti zůstaly veškeré moje návyky stejné, jako doma*“. Žena uvádí, že je ráda za soukromí, které zde má. Díky své vlastní koupelně si mohla zachovat své hygienické návyky. Žena dodává, že těmito návyky myslí například pravidelnost hygieny, či vyprazdňování a časovou dotaci pro tyto potřeby. Zároveň ale připouští, že v některých věcech rozdíl pociťuje. A to především ve speciálních opatřeních, které s izolačním režimem napřímo souvisejí. „*Třeba doma jsem nebyla zvyklá používat pro výplach úst po čištění zubů balenou vodu, nebo třeba brát si rukavice na hygienu po vykonání stolice*“. Stejně tak žena komentuje sterilní nemocniční oblečení, které je třeba, aby zde nosila. Zároveň udává, že tohle jsou maličkosti. Respondentka si je vědoma toho, že jsou veškerá tyto opatření nepostradatelné a nemůže k tomuto tématu říci nic špatného. Dále žena mluví o svých těžších dnech, které zde zažila. „*Náročnější pro mě byly ty dny, kdy jsem byla*

připoutaná a izolovaná pouze na lůžku, kvůli mému zdravotnímu stavu. Ale i to se dalo zvládnout, protože vždycky přišla nějaká hodná sestřička, která mi s hygienou pomohla“. Na závěr respondentka dodává, že si vážím personálu, který se o ni zde stará.

První část rozhovoru pokračovala otázkou na **celkový názor** pacienta na prostředí reverzní izolace. Respondentka opět reagovala velice pozitivním tónem a sdělila mi, že po měsíci pobytu v izolačním režimu dokonce psala přímo na stránky nemocnice recenzi. *„Stejně tak to řeknu i vám, prostě tady není nic, co negativního bych mohla říct. Ať se jedná o sestřičky, lékaře, nebo jiný zdravotnický personál, stravování během pobytu, zkrátka není nic, co bych mohla říct negativního, ba naopak“.* Žena si prostředí izolačního režim velice chválí a to především v oblasti přístupu personálu, který je k respondentce opravdu vlídný a milý i přes její občasné špatné nálady. *„Dodávají mi energii, mluví se mnou, usmívají se na mě a to je pro mě teď opravdu strašně důležité a cítím se zde díky tomu mnohem lépe“.* Respondentka o personálu hovoří jako o profesionálech na svém místě, kteří ji pobyt zde velmi usnadňují. Dále jsem se zajímala, zda existuje něco, co by respondentce pomohlo cítit se v **prostředí izolačního režimu** o něco komfortněji. K tomuto bodu žena uvádí, že je samozřejmě spoustu věcí, které by jí pomohly, ale právě izolace to neumožňuje. Respondentka se snaží věc vnímat pozitivně a moc se nad tímto tématem nepozastavovat. Chápe, že pro uzdravení je třeba setrvat a akceptovat nastavené podmínky a pravidla. *„Vím, že je potřeba v tomto izolačním režimu vydržet a vím, že jsou všechna opatření s tím spojená zkrátka nepostradatelná“.* I přes snahu o pozitivní přístup ženu někdy přepadne špatná nálada. Zde opět vyzdvihuje zdejší personál, díky kterému vše zvládá.

10.2.2 Psycho-sociální problematika

V druhé části rozhovoru jsem se respondentky zeptala, co nejvíce v režimu **reverzní izolace postrádá** a co jí na tomto režimu nejvíce chybí. *„Tak to je celkem jasné, nejvíc postrádám osobní kontakt s mojí rodinou“.* Žena nepochází z Plzně a o to složitější kontakt s blízkými je. V tom respondentka vidí přínos dnešní moderní doby, kdy je komunikace mezi lidmi velmi usnadněna díky moderním technologiím. Telefony bývají převážně vybaveny kamerou a možností připojení k WI-FI síti, která je na transplantačním oddělení k dispozici. Díky tomu může být respondentka alespoň takovýmto způsobem v kontaktu s blízkými každý den. *„Ale jak říkám, ten osobní kontakt je zkrátka nenahraditelný, tomu se nic nevyrovná, hlavně tím, že jsem se celý život pohybovala mezi lidmi, mi ta klasická komunikace mimo telefon někdy schází“.* Žena především postrádá svá

malá vnučata. Nejmenší vnuk je na respondentku údajně velmi fixovaný, ale kvůli vnitřnímu řádu oddělení za ni nemůže ani na návštěvu. To je psychicky náročné jak pro respondentku, tak pro jejího vnuka. *„Každý večer mi do telefonu říká, jak moc by si přál za mnou přijít na návštěvu.“*

Další téma, které jsme s respondentkou probíraly byl **vliv reverzní izolace na psychiku** a zda má izolační režim pro ženu i nějaký **přínos**. *„Pro mě byla po psychické stránce nejtěžší hlavně ta chvíle, kdy mi byla oznámena moje diagnóza, to jsem na tom byla fakt špatně“*. Respondentku doprovázelo několik komplikací, jako třeba začínající zápal plic. Bez prodlení ji čekal převoz do Plzně. Žena vzpomíná na to, jak se ji v sanitce při převozu v hlavě promítl celý život. *„Člověk samozřejmě myslí na to nejhorší, co se může stát. A najednou jsem byla sama na pokoji a vedle mě byl jen stojan plný všech možných infuzí, to se mi prostě život během chvíle otočil vzhůru nohama“*. Tato situace byla pro ženu údajně daleko náročnější, než samotný režim reverzní izolace. Ženě byla nabídnuta i pomoc psychologa, tu ale nakonec ani nepotřebovala. Zeptala jsem se respondentky, zda vidí v izolačním režimu i nějaký přínos, například čas na přemýšlení, tak, jako mi sdělila předchozí respondentka. *„To ani nijak nevnímám. Já jsem ve věku, kdy člověk už občas ocení ten svůj klid. Navíc jsem na takovou samotu a samostatnost zvyklá z domova“*. To žena vysvětluje tím, že její manžel má profesi, při které začne pracovat ráno a skončí večer. Proto se žena v životě musela podřídit svým aktivitám. *„Doma jsem si třeba sedla na gauč a háčkovala, nebo pletla. Zkrátka jsem byla zvyklá se nějak sama doma zabavit a o to lehčí to tady pro mě bylo“*. Zároveň respondentka dodává, že ji samozřejmě samota někdy vadí, ale nemůže vyloženě říct, že by na ni měl izolační režim nějaký velký vliv.

Dále mě zajímalo, jak se k aktuální situaci postavila **rodina a přátelé** respondentky. Při oznámení diagnózy byla s respondentkou přítomna její dcera. *„V prvním okamžiku jsme se s dcerou objaly a obě jsme asi hodinu v kuse plakaly“*. Svému manželovi žena nejprve svůj zdravotní stav vůbec nesdělovala. Vzhledem k tomu, že manžel v minulosti několikrát prodělal IM, měla žena strach, že by takovou informaci v tuhle chvíli neustál. Informaci o zdravotním stavu se respondentčin manžel dozvěděl od dcer až ve chvíli, kdy byla žena už hospitalizovaná v Plzni. *„Nejdřív to byl opravdu šok, ale po tom prvním šoku to všichni nakonec ustáli. Samozřejmě mají strach, ale to je v téhle situaci normální“*. Za velmi důležitou a skvělou věc respondentka považuje to, že nemocnice má k dispozici hotel, který je poplatkově přijatelný. To uvítala především v prvním týdnu své

hospitalizace, kdy tuto možnost ubytování využila respondentčina dcera, která pak za ženou mohla docházet každý den. Žena na tom při začátku hospitalizace byla po zdravotní stránce opravu špatně a psychická podpora od její dcery pro ni byla nepostradatelná. Žena ještě zmiňuje svá vnoučata, tak, jako v předešlých otázkách. Děti prý byly zvyklé trávit víkendy u babičky a teď ženu vidí pouze přes telefon. *„Jsou pro mě ale všichni velkou oporou. Rodina hraje v mém uzdravení nepostradatelnou roli a to, jak se na ně těším a že s nimi chci zase být, to mě žene kupředu“.*

Respondentky jsem se ještě zeptala, jestli izolační režim nějakým způsobem ovlivnil její **partnerský vztah**. Manžel respondentky má prý spoustu práce, která ho zabaví přes den, ale večer na něj doléhá stesk, když ví, že zůstane doma sám. Partneři jsou spolu dvanáct let a jsou na sebe hodně zvyklí. Žena nemá strach o chod domácnosti, manžel dokáže uvařit, vyprat, uklidit a celkově se o domácnost postarat, ale dle slov respondentky je přítomnost druhého člověka nenahraditelná a oba partneři si navzájem velice chybí. *„Pokud bych ale měla říct, jak tahle situace a tenhle izolační režim ovlivnil náš společný vztah, tak můžu mluvit jedině pozitivně. Manžel by u mě byl nejraději každý den. Strašně moc se snaží být tu pro mě a pomáhat mi s čím může“.* Respondentka teď ví, že spolu s manželem při sobě dokáží stát a mohou se na sebe spolehnout i v takto náročné životní situaci, a za to je velice ráda.

10.2.3 Oblast informovanosti

S respondentkou v třetí části rozhovoru hovořili o způsobu, jakým byla o izolačním režimu **edukována**. Stejně jako předchozí respondentka žena nejprve prošla hospitalizací na oddělení autologních transplantací, kde dle slov ženy byl režim oddělení trochu jiný, a ne tolik přísný jako zde, na jednotce alogenních transplantací. *„Pamatuji si, že to bylo ve středu a v pátek ráno sem za mnou přijel manžel s dcerou. Poprosila jsem je, jestli by mi nepomohli do sprchy, jenže ve sprše se mi udělalo strašně zle, asi tím, jak už začaly působit léky, co jsem dostávala“.* Respondentka dále popisuje, že manžel s dcerou zalarmovali sestry, které okamžitě přiběhly i s lékařem. V ten moment se rozhodlo, že bude žena okamžitě kvůli zhoršenému stavu přeložena na ALO-JIP, kde bude sama na pokoji a také bude pod neustálým dohledem sestry. *„Pan doktor mi pečlivě všechno vysvětlil. To, jak oddělení funguje, že sestra má na starost jen jednoho, nebo dva pacienty a má možnost na mě dohlížet i přes kameru“.* Stejně tak respondentku informovaly i sestry, když ji na oddělení přijímaly. Vše ženě dostatečně vysvětlily a ukázaly. *„Ještě mi sestřičky také řekly, že když budu cokoliv potřebovat, nebo nebudu něčemu rozumět, tak se na ně mám hned*

obrátit“. Respondentka i její rodina ještě obdrželi příručku pro pacienty na transplantační jednotce.

Zajímalo mě, jak by respondentka **zhodnotila** informace, které o izolačním režimu obdržela a zda pro ni jsou informace o izolačním režimu a ostatní informace, které jsou jí na oddělení poskytovány, dostačující. Na to respondentka reaguje naprostým souhlasem. Udává, že jí byly vysvětleny veškerá opatření spojené s izolačním režimem a zároveň bylo ženě sděleno i to, co všechno jí v následujících dnech čeká. *„Bylo to pro mě všechno úplně nový a takový rychlý, ale díky skvělému přístupu celého personálu to šlo zvládnout“*. Jako další pozitivní věc respondentka vnímá to, že je každý den informovaná o všem, co se s ní bude momentálně dít. *„Každý den mi lékaři i sestry hodně mluví. Sdělí mi, co se semnou bude dít, jak dopadly různé výsledky mých testů, zkrátka všechno. A to mi opravdu pomáhá“*.

Respondentky jsem se ještě zeptala, jestli tedy všem opatřením spojeným s izolačním režimem **rozumí**, nebo jestli je nějaká oblast, ve které nemá jasno. *„Není nic, o čem bych mohla říct, že tomu nerozumím, nebo že mi to nedává smysl“*. To je dle slov ženy zapříčiněno tím, že jí vše bylo vysvětleno naprosto lidsky. Nikdo nepoužíval žádné zbytečné a pro ženu neznámé lékařské pojmy. *„Všechno mi řekli prostě tak, jak to je“*. Díky tomu respondentka snadno všechna opatření pochopila. Dále ženě také pomohla příručka pro pacienty, kterou dostala jak ona sama, tak i její rodina. *„Já i všichni z rodiny jsme porozuměli všemu, co bylo třeba“*.

10.2.4 Oblast vyšších potřeb

Respondentku jsem informovala o tom, že se dostáváme do poslední části našeho společného rozhovoru. Jako první mě zajímalo, zda režim reverzní izolace nějakým způsobem ovlivnil u respondentky její **pohled na život** a jestli by uměla zhodnotit, co je pro ni v životě nejdůležitější. *„To je celkem jasný. Je to rodina a zdraví“*. Respondentka popisuje, že vždycky věděla, jak moc je pro ni její rodina důležitá. Ale až ve chvíli, kdy ji takto vážně zradilo zdraví měla možnost si v praxi vyzkoušet, jak potřebné je mít kolem sebe semknutou rodinu. *„Vůbec nevím, co bych dělala, nebo jak bych na tom byla, kdybych tu svoji rodinu neměla“*. Respondentka přiznává, že celkový pohled na život nějakým razantním způsobem nezměnila. Zdraví pro ni vždy bylo důležité a rodina také. Popisuje ovšem, že si velice váží všech a všeho, kdo ji pomáhá celou nemoc zvládnout. Svě rodiny, jak již zmiňovala, ale také přátel a nemocničního personálu. Respondentka si uvědomuje,

jak moc je přístup personálu důležitý. „*Je krásný vidět, že jsou na světě takhle hodný lidi. Z toho mám opravdu radost*“.

Zeptala jsem se respondentky, jestli měl režim reverzní izolace nějaký vliv na její **sebevědomí**. Žena mi sdělila, že tento izolační režim na její sebevědomí nějaký výrazný vliv neměl. „*Já myslím, že jsem pořád tak nějak stejná, jako jsem byla*“. Zeptala jsem, zda respondentku někdo během jejího pobytu zde ocenil, že takovouto situaci a izolaci od běžného života zvládá. Žena udává, že všichni, se kterými o své nemoci a hospitalizaci v izolačním režimu mluvila, byli poměrně udiveni a zděšení. „*Třeba u mě v práci z toho byli všichni v šoku. Ale to jsem byla původně i já, takže se není čemu divit*“. Po prvotním šoku lidé údajně většinou reagují tak, že se snaží ženě dodat sílu a případně jí nabídnout pomoc. „*K takovým běžným frázím, jakože jsem dobrá, že to takhle zvládám, samozřejmě také došlo. Jinak mi lidi prostě drží palce, a pokud budu něco potřebovat, můžu se na ně obrátit*.“ Za takovou podporu je žena samozřejmě velice ráda a moc si toho váží, přímý vliv to ale na její sebevědomí údajně nemá.

Jako poslední mě ještě zajímalo, zda respondentka musí z izolačního režimu řešit i nějaké **problémy z běžného života** a případně jakým způsobem tyto problémy zvládá řešit. „*Řešila jsem třeba placení účtů, ale to jsem s rodinou vyřešila úplně jednoduše*“. Dcera respondentky ji stáhla do mobilního telefonu platební aplikaci a vysvětlila jí, jak s internetovým bankovníctvím zacházet. Díky tomu žena všechny poplatky z účtu zvládá řešit přes telefon přímo z nemocničního pokoje. „*Přímo moji platební kartu má u sebe manžel, takže ten zase může vybírat peníze a řešit to, co je třeba platit v hotovosti*“. V zaměstnání si žena zvládla potřebné věci vyřešit telefonicky. Původně šla prý na neschopenku kvůli angíně a nikdo v tu chvíli netušil, že ji za týden odvezou do nemocnice. „*Papír na peníze vždycky odveze dcera přímo na sociálku*“. Respondentka všechno díky rodině zvládá řešit bez problémů a tím pádem nejsou žádné věci, které by ji ohledně tohoto tématu zde v reverzní izolaci stresovaly.

Na **závěr** našeho společného rozhovoru jsem ženě za vše poděkovala a do budoucna ji popřála mnoho sil a hlavně zdraví a úspěšnou léčbu.

10.3 RESPONDENT C

Respondent C je muž narozen v roce 1967, má syna a manželku, se kterou žije již 20 let. Muž žije v Plzeňském kraji. Pracuje na pozici obchodního ředitele v nejmenované společnosti. Akutní leukémie (C92.0) byla respondentovi diagnostikována koncem března

roku 2019. Transplantaci kostní dřeně podstoupil v půlce října téhož roku. V době našeho společného rozhovoru byl muž v režimu reverzní izolace hospitalizována téměř šest týdnů a již podstoupil transplantaci kostní dřeně. Rozhovor probíhal při mých praxích na příslušném oddělení v době od 4. 11. do 10. 11. 2019.

Onemocnění u respondenta začalo bolestí v krku, kašlem a rýmou. Zároveň se respondentovi udělal útvar na krku, o kterém lékař řekl, že se vstřebá. Po čtrnácti dnech beze změny stavu byly muži lékařem předepsány antibiotika. Léčba zabrala, ale boule se neměnila. Po měsíci se celý proces opakoval a mužovi byla nasazena léčba penicilinem. Týden poté muž zpozoroval na svém těle drobné petechie. Dále následovalo vyšetření na kožní ambulanci a ambulanci ORL, kvůli neměnicímu se útvaru na krku. Muž byl sonograficky vyšetřen a bylo mu sděleno, že se jedná o „zvětšené uzliny“. Muž byl objednan na další a podrobnější vyšetření v následujícím týdnu, ke kterému ale ani nedošlo. Po dvou dnech od posledního vyšetření se muži u ranní kávy udělalo nevolno a udává, že měl velice nepřírozenou barvu v obličejí, až fialovo černou. Na to muž navštívil pohotovost a po odběrech krve byl hospitalizovaný na hemato-onkologické oddělení s akutní leukémií. Muži bylo lékaři rovnou sděleno, že bez transplantace kostní dřeně se jeho léčba neobejde.

Muže jsem se jako první dotázala, zda by mi mohl věnovat chvilku svého času. Poté jsem mu vysvětlila, že jsem studentkou třetího ročníku bakalářského studia oboru všeobecná sestra a popsala jsem, že momentálně pracuji na své bakalářské práci, která se věnuje problematice reverzní izolace právě u pacientů s akutní leukémií. Muže jsem požádala, zda by byl tak hodný a stal se součástí mého výzkumu a informovala jsem ho, co by to obnášelo a jak by náš rozhovor probíhal. Muž souhlasil a zároveň podepsal informovaný souhlas. Respondentovi jsem sdělila, že celý rozhovor bude veden anonymně a jeho osobní údaje nebudou nikde zveřejňovány. Celý rozhovor jsem se souhlasem respondenta nahrávala na diktafon a vše probíhalo přímo na ALO JIP.

10.3.1 Problematika prostředí

Po vysvětlení záměru mého výzkumu jsem se respondenta zeptala na první otázku, které má za cíl zjistit vliv izolace na **spánkový režim** pacienta. Respondent udává, že kvalita jeho spánku se v průběhu hospitalizace měnila a to v závislosti na etapách léčby. „První týden v izolačním režimu probíhal naprosto v pořádku. „*Spal jsem o něco víc, než spím normálně doma*“. Za častější spánek podle respondenta může to, že neměl čemu

jinému věnovat čas. Doma je zvyklý chodit na procházky, ale v izolačním režimu je možnost volného pohybu značně omezena. Respondent ale zároveň zdůrazňuje, že nadbytek spánku ze začátku vůbec nebyl na škodu. Je rád, že si mohl pořádně odpočinout a připravit se na transplantaci kostní dřeně. V této fázi léčby nastali dle respondenta různé změny v jeho fyzickém stavu, což ovlivnilo i jeho spánkový režim. „*Po transplantaci mě začali opravdu hodně trápit zažívací potíže a průjem. S tím přišel i nepravidelný a velice narušovaný spánek. Špatně jsem usínal, probouzel jsem se několikrát za noc a byl jsem celé dny strašně moc unavený*“. Za problémy se spánkem dle respondenta může průběh samotné léčby, nikoliv opatření související s režimem reverzní izolace. Momentálně pacientovi problémy se zažíváním již odeznívají a s tím se zároveň zlepšuje i spánek.

Dalším tématem, kterým jsem se v rozhovoru s respondentem zabývala, byla oblast **stravovacích návyků**. Oproti předchozím respondentům jsem se od respondenta C dostala zcela rozdílné odpovědi. Na otázku, zda se nějakým způsobem liší pacientovy stravovací návyky zde v režimu reverzní izolace mi bylo sděleno, že ano, a to poměrně zásadním způsobem. Zároveň respondent dodává, že to není zapříčiněno přímo izolačním režimem, ale spíše tím, jak snáší svoji léčbu. Zajímalo mě, v čem se stravovací návyky liší. „*Doma jsem měl normální chuť k jídlu a mohl jsem si dovolit to, na co jsem měl zrovna chuť. Třeba kachnu se zelím a k tomu pivo*“. Oproti tomu při hospitalizaci zde v režimu reverzní izolace se u pacienta při transplantačním procesu projevily silné zažívací potíže, jak již udával na začátku našeho společného rozhovoru. Kvůli těmto zažívacím potížím došlo k tomu, že respondent začal zvracet i běžně stravitelná jídla. Tyto potíže následně u respondenta zapříčinili nedobrovolnou striktní dietu a odrazem toho byl rapidní úbytek váhy v řádech několika kilogramů. Respondent zároveň dodává, že kdyby nebylo těchto zažívacích potíží, pravidelnost stravy by zůstala stejná, na jakou byl zvyklý ve svém domácím prostředí.

Další oblast, o které jsme s respondentem hovořili, se zabývala **hygienickými návyky**. Respondent mi sdělil, že v tomto směru se v jeho návycích nejedná o žádnou razantní změnu. „*Jediný rozdíl je v tom, že tady mi v případě potřeby pomáhají sestřičky*“. Kvůli problémům, které během transplantačního procesu u respondenta nastaly, jako jsou zažívací potíže, nebo celkové fyzické oslabení, bylo v určitém období třeba muži při hygieně dopomoci. Zajímalo mě, jaké pocity respondent v tomto těžším období prožíval. „*Samozřejmě to není nic příjemného, když se o sebe člověk nedokáže tak úplně postarat*“.

sám“. Zároveň respondent dodává, že je velice rád za pomoc a ochotu personálu, která mu byla v tomto období poskytnuta.

V dalším bodě mě zajímalo, zda by byl respondent schopný mi nějakým způsobem popsat svůj **celkový názor** na zdejší izolační režim. I přes zdravotní komplikace, které u respondenta během hospitalizace nastaly, hodnotí tento režim velice pozitivně. Muž popisuje izolační režim jako velice striktní, kde je zapotřebí dodržovat určitá pravidla a omezení a uvědomuje si, že pobyt v režimu reverzní izolace je nezbytný pro léčbu jeho onemocnění. Stejně tak, jako ostatní respondenti muž vyzdvihuje zdejší personál. *„Je potřeba zmínit, že především personál se v rámci možností snaží mi pobyt v izolaci maximálně zpříjemnit“*. Respondenta jsem se zeptala, zda by chtěl zmínit něco, co by mu pomohlo se cítit v **prostředí izolačního režimu** komfortněji. Muž se zde vrací k jeho zaživačím potížím a s tím související již zmíněné dietě. Kvůli těmto problémům se respondent cítí již několik dnů velice zesláblý a to se odráží i na jeho psychickém stavu. *„Pomohlo by mi, kdybych opět mohl jíst standardní stravu, ale teď tu možnost bohužel nemám“*. Respondent v tomto okamžiku vypadal opravdu sklesle. Snažila jsem se ho povzbudit, načež sám dodává, že se mu chuť k jídlu pomalu postupně vrací a sám si je vědom toho, že je to jen otázka času.

10.3.2 Psycho-sociální problematika

V oblasti psychosociální problematiky jsem se jako první zajímala o to, co respondent v režimu **reverzní izolace** nejvíce **postrádá** a co mu nejvíce chybí. Respondent udává dva hlavní body, a to absenci sociálního kontaktu s přáteli a okolím a dále postrádá možnost volného pohybu. *„Někdy je opravdu náročné být tak dlouho na jednom místě bez stálého kontaktu s nejbližšími“*. Respondent se snaží zabavit jinými aktivitami, rád luští křížovky, kouká na televizi, nebo čte. Sám o sobě ale mluví jako o dobrodružném člověku, který byl celý život zvyklý na pohyb v přírodě a na čerstvém vzduchu. O to více tuhle možnost momentálně postrádá. *„Na druhou stranu mám díky sestřám a doktorům pořád možnost si s někým promluvit“*.

Při otázce na celkový **vliv reverzní izolace na psychiku** respondenta mi bylo sděleno, že to je velice proměnlivé. *„Jsou dny, kdy se cítím fyzicky i psychicky lépe, ale během několika hodin se to změní“*. Za to údajně do jisté míry může i celkový fyzický a zdravotní stav respondenta a komplikace spojené s léčbou. Psychiku pacienta ovlivňuje i absence volného pohybu a někdy i fakt, že se zkrátka nudí. *„Neméně zde zažívám i velice*

příjemné momenty, o dobrou náladu se mi vždycky skvěle postará personál“. Stejně tak respondentovi zlepšuje náladu každá návštěva ze strany rodiny či přátel. Jako jeden z hlavních **přínosů** izolačního režimu respondent vnímá především čas na zamyšlení se. *„Jsou věci, o kterých lidé v běžné denní rutině nepřemýšlejí a berou je automaticky“.* Oproti tomu v izolačním režimu má muž údajně spoustu času se zamyslet nad tím, co je v životě důležité a uvědomuje si věci, které doposud nevnímal. Zajímalo mě, zda by byl respondent schopný popsat, o jaké věci se jedná. Při tom se muž vrací zpět k tomu, jak byl zvyklý na procházky a přírodu. Vůbec si v těch chvílích neuvědomoval, že jednou může nastat situace, kdy mu takové procházky nebudou umožněny. Stejně tak popisuje i kontakt s rodinou a přáteli. Respondent si teď mnohem víc váží společně strávených chvílí.

Rozhovor dále pokračoval otázkou, jak se k aktuální situaci postavila respondentova **rodina a přátelé**. Muž mi sdělil, že se k situaci všichni staví velmi statečně. Všichni z respondentovi rodiny se snaží být maximálně informováni o jeho aktuálním zdravotním stavu a celkově hodně spolupracují. Už před hospitalizací s respondentem rodina pročetla informační brožuru a všichni se zajímali o to, proč musí být respondent takovýmto způsobem izolovaný. Všichni chtěli tomuto režimu porozumět, aby mohli být respondentovi co největší oporou. A to se jim dle slov muže opravdu daří. *„Cítil jsem, že to všechny vnitřně hodně zasáhlo, ale jsou pro mě od začátku tou nejvýznamnější oporou“.* Rodina i nejbližší přátelé muže pravidelně v nemocnici navštěvují a ti, co bydlí daleko, zůstávají s respondentem alespoň v telefonickém kontaktu. Podporu rodiny a přátel vnímá respondent jako velmi důležitou součást jeho boje s leukemií a je to pro respondentův psychický stav je tato podpora nepostradatelná. Během našeho rozhovoru jsem byla svědkem toho, když za respondentem přišel na návštěvu dlouholetý přítel. Bylo krásné vidět, jakou má respondent z návštěvy radost. Rozhovor jsme přerušili a pokračovali jsme následující den.

S respondentem jsme také probírali vliv izolačního režimu na jeho **partnerský vztah**. Respondent je se svojí ženou již více než dvacet let a i přes to, že měli vždycky skvělý vztah, tak momentálně díky pobytu v izolačním režimu pociťuje, že je celá situace ještě více semknula. *„Vlastně na nás tahle situace měla pozitivní dopad, moje žena mi dodává velkou podporu, snaží se mi být stále na blízku a dělat všechno pro to, aby mi pobyt tady usnadnila“.*

10.3.3 Oblast informovanosti

S respondentem jsme v třetí části rozhovoru nejprve mluvili o tom, jakým způsobem byl **edukován** o izolačním režimu. Respondent mi sdělil, že o tomto režimu již před několika lety slyšel od svého známého, který v minulosti prodělal podobné onemocnění. *„Nebylo to pro mě tedy něco úplně nového, o čem bych nikdy neslyšel. Ale samozřejmě je rozdíl, když si to pak člověk prožije na vlastní kůži, na to se snad nedá ani pořádně připravit“*. Respondent vzápětí dodává, že mu lékaři i sestry velice profesionálně a zároveň srozumitelně a jasně popsali veškerá pravidla a opatření, která sebou izolační režim nese. Jako příklad respondent jmenuje hygienické zásady, poučení o vybavení pokoje a zacházení sním a celkový denní režim. Zároveň respondent zmiňuje příručku, kterou obdržel a také to, že byl před samotnou hospitalizací po oddělení proveden.

Zajímalo mě, jak by respondent **zhodnotil** informace, které před hospitalizací obdržel a jestli mu nějakým způsobem pomohly, případně jakým způsobem hodnotí informace, které dostává během hospitalizace. Způsob i obsah informací, které muž o izolačním režimu obdržel, hodnotí jako naprosto dostačující. Dle respondentových slov se dozvěděl vše podstatné a nezbytné. Jako velké plus vnímá fakt, že vše bylo doplněno o možnost se kdykoliv na personál obrátit s jakýmkoliv dotazem. *„Díky tomu vím, že se můžu na cokoliv zeptat nebo o něco požádat, aniž bych si připadal, že personál otravuji“*. Respondent také kladně hodnotí průběžné informace, které jsou mu poskytovány každý den ohledně jeho zdravotního stavu.

Poslední věc, která mě zajímala, byla, zda respondent opravdu všem opatřením **rozumí**, nebo zda je nějaká oblast, ve které nemá jasno. Muž popisuje, že ho kromě základní edukace o izolačním režimu ještě zajímal i možný vývoj a jednotlivá stádia jeho zdravotního stavu, které v průběhu izolačního režimu mohou nastat. I na toto téma dostal komplexní odpověď. *„Dozvěděl jsem se, že se může dostavit průjem, zhoršený spánek, nechut' k jídlu, nebo třeba bolesti. Některými komplikacemi jsem si pak opravdu prošel, jak jsem již zmiňoval. Ale díky tomu, že jsem věděl, co se může stát, jsem se na to mohl v rámci možností alespoň trošku předem připravit“*. O izolačním režimu a všech opatřeních byla edukována také respondentova rodina. To muž vnímá jako velice pozitivní věc především proto, že díky tomu jeho rodina ví, jakým způsobem funguje takto specifické oddělení, kde se léčí.

10.3.4 Oblast vyšších potřeb

S respondentem jsme společně vstoupili do poslední části našeho rozhovoru. Jako první mě zajímalo, zda reverzní izolace nějakým způsobem ovlivnila respondentův **pohled na život** a zda by uměl zhodnotit, co je pro něj v životě nejdůležitější. „*Uvědomil jsem si, že v životě není nejdůležitější vydělávat co nejvíce peněz a mít co nejvíce hezkých věcí*“. Muž mluví o tom, že si myslí, že drtivá většina lidí v dnešní společnosti se přílišně stresuje, že celkově žijeme v uspěchané době. „*Jak se říká, člověk si neuvědomí co má, dokud o to nepříjde*“. Dle respondenta je dar už jen to, když se člověk může ráno člověk vzbudit u sebe doma, ve své posteli, kdykoliv se vidět se svými blízkými a celkově běžně fungovat ve svém normálním životě. Na respondenta měly vliv i zdravotní komplikace, kterými si během léčby a pobytu v režimu reverzní izolace prošel. „*Vím, že nejdůležitější je především zdraví a rodina. Ostatní věci jsou druhotný*“. O tomto muž hovořil i v otázce, která se zabývala vlivem reverzní izolace na respondentovu psychiku.

Zajímalo mě, zda měl režim reverzní izolace nějaký vliv na respondentovo **sebevědomí**. Respondent udává, že pro něj byla celá situace vnitřně velmi náročná a určitý čas mu trvalo, než se se vším vyrovnal. „*Je to zase rodina a přátelé, kteří mi mé sebevědomí zvedají a pomáhají mi vidět vše pozitivně*“. Muž konstatuje, že si neumí představit, jak takovouto situaci mohou zvládnout lidé, kteří nikoho nemají. Respondent dále hovoří o svých životních jistotách, kdy popisuje skutečnost, že si po celý život se svoji ženou vytvářeli finanční rezervu, právě pro případ nějaké nepředvídatelné situace, jako je například tato. Díky tomu se muž momentálně cítí lépe a uklidňuje ho, že v období, kdy se nemůže úplně zapojit do běžného rodinného života, není jeho žena a zbytek rodiny v komplikované finanční situaci.

Poslední věc, která mě zajímala, byla, zda existují nějaké problémy z běžného života, které respondenta zasahují i zde v režimu reverzní izolace a jakým způsobem takové problémy případně řeší. Dle muže nastalo nejvíce komplikací v pracovním prostředí. Muž mi sdělil, že musel většinu svých pracovních zakázek a klientů přesměrovat na své kolegy. „*Naštěstí se můžu vzdáleně z notebooku připojit k systému a tak mohu být kdykoliv informovaný o tom, jak se pracovní zakázky vyvíjejí*“. O běžné provozní věci z každodenního života, jako jsou nákupy, platby, nebo domácnost, se perfektně stará respondentova žena a zbytek rodiny. „*I to mě uklidňuje. Vím, že se nemusím stresovat nad jinými záležitostmi*“. Díky tomu se respondent může plně věnovat odpočinku, léčbě a regeneraci.

V **závěru** rozhovoru jsem respondentovi mockrát poděkovala za jeho ochotu a popřála mu do budoucna spoustu zdraví a úspěšnou léčbu.

10.4 RESPONDENT D

Respondent D je muž narozen v roce 1989, nemá děti a momentálně ani partnerku. Žije v dvougeneračním domě se svými rodiči v Plzni. Pracuje s otcem v rodinné firmě. Akutní leukemie (C92.0) byla respondentovi diagnostikována v polovině dubna 2019. V době výzkumného šetření byl respondent v režimu reverzní izolace hospitalizován čtyři týdny. U muže již proběhla transplantace kostní dřeně. Rozhovor probíhal při mých praxích na příslušném oddělení v době od 24. 6. do 5. 7. 2019.

Muž udává, že vše začalo šílenou únavou a slabostí. Dva týdny před jeho příchodem do nemocnice nebyl prý schopný vyjít ani pár schodů. Stále jen polehával a spal. Celý tento stav komplikovala stále se vracející chřipka. Muž poté popisuje, že už cítil, že s ním opravdu není něco v pořádku a navštívil tedy nemocnici. Po výsledcích krevních odběrů byl muž okamžitě hospitalizovaný na hemato-onkologickém oddělení. Popisuje, že v tu chvíli vůbec nevěděl, co se s ním děje a co ho následujících několik měsíců čeká.

Muže jsem se nejprve zeptala, zda by mi mohl věnovat chvilku svého času a vysvětlila mu, že jsem studentkou oboru všeobecná sestra ve třetím ročníku a momentálně pracuji na své bakalářské práci. Popsala jsem, že se práce zabývá problematikou reverzní izolace u pacientů s akutní leukemií. Požádala jsem muže, zda by byl natolik ochotný a stal se součástí mého výzkumného šetření. Zároveň jsem muži popsala, jak rozhovor probíhá a podala všechny potřebné informace. Muž souhlasil a podepsal mi informovaný souhlas. Zároveň jsem sdělila, že celý výzkum bude veden anonymně. Rozhovor byl po domluvě s respondentem zaznamenán na diktafon a probíhal přímo na ALO JIP.

10.4.1 Problematika prostředí

Na moji první otázku, zda reverzní izolace nějakým způsobem ovlivňuje respondentův **spánkový režim**, mi bylo sděleno, že částečně ano. Muž byl ve svém domácím prostředí zvyklý přes den věnovat čas jiným aktivitám, rodině, sportu, nebo práci. Spát chodil vždy až večer kolem desáté hodiny. „*Tady pospávám i přes den, večer se mi pak někdy hůř usíná. Možná na to má částečně vliv i psychika. Před spaním hodně přemýšlím,*.. Respondenta jsem se zeptala, nad čím před spaním přemýšlí. Sdělil mi, že se

mu hlavou honí všechny možné myšlenky. „*Někdy přemýšlím nad prací, jindy zase nad tím, jak tohle všechno dopadne. Člověk má prostě občas strach*“. Muž zároveň dodává, že se snaží strachu co nejvíce odolávat a to se mu snad v rámci možností daří. Přiznává ale, že kdyby byl na pokoji hospitalizovaný s jiným pacientem se stejnou diagnózou, měl by lepší pocit, že v této situaci není sám. Na druhou stranu je rád, že si může svůj denní režim řídit dle svých individuálních potřeb. „*Bývám dost unavený a tak někdy pospávám i přes den, tady je ta výhoda, že mě nikdo další neruší,*“. Za velice důležité respondent považuje fakt, že na transplantacním oddělení pracuje skvělý personál, který mu dodává sílu a pozitivní náladu. Domácí prostředí ale zkrátka nic nenahradí. „*Nemůžu se dočkat, až budu doma. Už jen to, že budu moct ležet ve své vlastní posteli, mít svoje peřiny a vlastní povlečení. To mi nic nemůže vynahradit. Jenže takový věci si člověk v běžném životě neuvědomuje.*“

Rozhovor dále pokračoval tématem **stravovacích návyků** respondenta. Muž popisoval své stravovací návyky před hospitalizací, při kterých nebyl zvyklý jíst až tak pravidelně. „*Ne vždy byl čas na snídani, jindy jsem zase třeba neobědval, celkově jsem jedl hodně nepravidelně a popravdě ani to, co jsem jedl, nebylo vždycky úplně zdravé příkladové jídlo*“. V téhle změně vidí respondent jednoznačný pozitivní přínos. Rád by si tyto návyky zachoval i po propuštění. Za pomoci rodiny věří tomu, že dokáže své nové stravovací návyky udržet. Na druhou stranu respondent popisuje i negativní stránky tohoto režimu, při kterých má určité potraviny momentálně vyřazené z jídelníčku. Popírá však, že by to na jeho psychickou stránku mělo nějaký závažný dopad. „*Je to jako kdyby člověku zjistili alergii na nějakou potravinu, prostě se pro svoje zdraví naučíte žít bez toho*“. Respondent by ještě rád vyzdvihl nutriční terapeutky, kteří se pravidelně každému pacientovi na oddělení věnují.

Hygienické návyky se u respondenta během hospitalizace nezměnily, ale vnímá v tomto směru pár nepatrných rozdílů oproti domácímu prostředí. Jsou to rozdíly, které již zmiňovala respondentka A, jako je například výplach úst balenou vodou po čištění zubů. Respondent se vrací k začátku rozhovor, při kterém již zmiňoval, že není nad domácí prostředí. Ačkoliv je rád, že může využívat svoji vlastní koupelnu podle svých vlastních potřeb, tak se těší na svoji koupelnu doma. „*Nemůžu se dočkat, až si dám doma koupel ve vaně a obleču se do svého voňavého pyžama na spaní*“. Dále muž sděluje ještě problematiku holení, kdy byl doma zvyklý holit se obyčejnými žiletkami a zde je třeba pro bezpečnost používat holící strojek. „*Trošku mi dělá problém holení, musím se holit každý*

den, protože kdybych to nechal třeba tři dny, tak už mi to ten strojek nevezme“. Zároveň ale respondent dodává, že to je maličkost a postupně si na tyto opatření zvyká.

S respondentem jsem dále hovořila o jeho **celkovém názoru** na izolační režim. V tomto bodě byl muž velice stručný. Sdílel mi, že ho samozřejmě trochu trápí, že se může pohybovat pouze po jedné místnosti, zároveň se ale těší, až ho bude moct alespoň na chodbu. K tomu opět, stejně jako všichni předchozí respondenti, zmiňuje personál na transplantačním oddělení. *„Jsou tu fakt skvělé sestřičky a doktoři, celkově ten kolektiv dokáže při té izolaci vytvořit lepší atmosféru“*. V **prostředí izolačního režimu** by respondent pro zlepšení komfortu uvítal své vlastní domácí osobní prádlo. Dále muž uvádí, že je mu často zima kvůli klimatizaci a přivítal by nějakou regulaci této teploty. *„Možná to ale je také tím, jak je člověk kvůli nemoci a léčbě oslabenej“*. Respondent postrádá možnost otevření oken, ale zároveň ví, že je to vůči izolaci potřebné opatření. V tomto bodě se muž ještě zmiňuje o fyzioterapeutce, která pravidelně dochází na cvičení. *„Líbí se mi, že sem dochází paní na cvičení, je to super, člověk se alespoň na chvíli zabaví a zároveň nezakrní“*.

10.4.2 Psycho-sociální problematika

V druhé části rozhovoru jsem se zajímala o to, co respondent v izolačním režimu nejvíce **postrádá** a co mu nejvíce chybí. Muž již zmiňoval, co mu v izolačním režimu chybí. Jsou to běžné věci, které člověk normálně považuje za automatické, jako je třeba nošení vlastního osobního prádla, nebo možnost spát ve svém domácím povlečení. *„Jinak mi nejvíc vadí to, že nemůžu ven, ale člověk se teď prostě musí snažit brát věci tak, jak jsou“*. Dále respondent ještě dodává, že mu samozřejmě také chybí rodina a přátelé. Nicméně díky možnostem dnešní doby zůstává pomocí telefonu se všemi v kontaktu, necítí se proto od svých blízkých úplně odříznutý. Na druhou stranu osobní kontakt je zkrátka nenahraditelný. Respondent také vnímá to, že když už má návštěvu, musejí být všichni oblečení ve speciálních ochranných pomůckách. *„Je to takový zvláštní, vidět tady lidi jenom v tom empíru, rukavicích a ústence“*.

V další části rozhovoru jsme společně s respondentem probírali celkový **vliv reverzní izolace na jeho psychiku** a to, zdá má izolační režim pro respondenta i nějaký pozitivní **přínos**. Muž mi sdělil, že jeho psychika byla ovlivněna hlavně z počátku hospitalizace na transplantačním oddělení, v době před transplantací kostní dřeně. V té době byl respondent dle svých slov úzkostný a často ho popadal strach a panika. *„Myslím,*

že na můj stav měla vliv hlavně ta transplantace. Do té doby, než vše úspěšně proběhne, vlastně člověk jen čeká a čeká a doufá, že se nic nepokazí“. Situace byla pro muže opravdu náročná, protože na svoji kostní dřeň čekal opravdu dlouho. Vhodný dárcce se sice pro muže našel relativně brzy, ale transplantace proběhla o měsíc déle, než měla, z důvodů, že měl dárcce zaplacenou dovolenou a dohodl se s lékaři, že na svoji cestu může odjet. O měsíc delší čekání se na respondentovo psychice značně podepsalo. „Stále jsem měl strach, že přijdou nějaké komplikace, které transplantaci znemožní“. Doptala jsem se, zda má izolační režim pro psychickou stránku respondenta i nějaké přínosy. O tom muž prý vůbec nepřemýšlel. Přehodnotil svůj život a své životní priority již ve chvíli, kdy onemocněl. V ten moment si údajně uvědomil, jak je strašně důležité se nestresovat a být v klidu. „Dřív jsem si stále říkal, co všechno ještě musím udělat, jaké úkoly a povinnosti mě čekají. A teď? To prostě počká. Nebudu to dělat. Nebudu se zbytečně stresovat“.

Dále mě zajímalo, jakým způsobem se k celé situaci postavila respondentova rodina a jeho přátelé a zda izolační režim nějakým způsobem ovlivnil jejich společné vztahy. První věc, kterou mi respondent k této otázce sdělil byla, že ho všichni jeho blízcí obdivují. „Všichni mi řekli, že by to nedali tady být, v tomhle režimu, že jsem dobřej, že to zvládám“. To v respondentovi vyvolává dva různé pocity. První je ten, že je na sebe pyšný a je rád, že celou situaci v rámci možností zvládá. Jako druhý pocit muž udává strach, protože si díky tomu uvědomuje opravdovou vážnost situace. Byly dokonce i dny, kdy respondent odmítal návštěvy svých blízkých. Jako důvod uvedl fakt, že byl unavený, vyčerpaný, bez nálady anebo měl strach z přenosu některých infekcí. I tak je pro respondenta podpora od blízkých velice důležitá a je se všemi v pravidelném telefonickém kontaktu. Situaci prý všichni zvládají dobře a snaží se být respondentovi oporou. „Je dobrý vědět, že dokážeme všichni držet spolu“. Jako výhodu muž popisuje umístění svého pokoje, ze kterého má výhled na svůj domov. „Můžu kdykoliv k oknu a podívat se na svůj domov, žiju v dvougeneračním baráku se svými rodiči, takže jim pak třeba zavolám, že zrovna koukám domů a zeptám se, jak se mají“. Jako výhodu muž bere i to, že pochází z Plzně a žijí zde i jeho přátelé. Stejným způsobem pak komunikuje s nimi a výhled na město, kde všichni žijí respondentovi dodává pocit, že je si se všemi není tolik odcizen a vzdálen.

S respondentem jsme v této části rozhovoru probírali ještě otázku týkající se partnerského vztahu. Poprvé za všechny rozhovory, které jsem s respondenty vedla, mi byla sdělena poměrně smutná a citlivá informace, která mě samotnou překvapila.

„O tomhle je škoda mluvit. Nevím, jestli to partnerka nechce pochopit, nebo to ignoruje, ale prostě nemá vůbec zájem. Zeptala jsem se, jakým způsobem se to projevuje. Muž mi sdělil, že například potřeboval párkrát odvést do nemocnice, ale bylo mu sděleno, cituji: „Na takové nesmysly si nebudu plýtvat dovolenou“. Partneri jsou spolu čtyři roky a před onemocněním mezi nimi bylo všechno v naprostém pořádku. Na transplantační jednotce partnerka muže nenavštívila ani jednou, ale občas prý zavolá. „Popravdě a narovinu, v tuhle chvíli jsem jí ale poslal do patřičných míst, nemáme spolu žádné závazky, takže nebylo co řešit“. Zajímalo mě, jak se respondent kvůli celé této situaci cítí a zda to zvládá, nebo jestli využil pomoc psychologa. „Snažím se to brát s nadhledem a vidět to z té lepší stránky. Přece bych nemohl život strávit s někým, na koho se nemohu spolehnout v takovéto situaci“. O pomoci psychologa prý neuvažoval.

10.4.3 Oblast informovanosti

Respondenta jsem informovala o tom, že přecházíme do další části rozhovoru, ve které se budeme věnovat tomu, jakým způsobem byl o izolačním režimu **edukován**. Respondent mi sdělil, že za ním přišla nějaká sestřička, která u sebe měla celý seznam informací, které poté společně jednu po druhé probrali. *„Pak jsem si to ještě pročetl já sám, co můžu a co nemůžu a podle toho se snažím tady vycházet“*. Respondent měl také možnost prohlédnout si oddělení autologních transplantací ještě před jeho hospitalizací zde. Zajímalo mě, zda respondenta nevystrašilo vidět předem, co ho čeká. *„No byl jsem z toho tak trochu paf, to najednou na člověka dolehne myšlenka, že vlastně bude tady mezi těma čtyřma stěnama a nemůže nikam. Ale člověk se s tím musí srovnat“*. Na druhou stranu respondent udává fakt, že byl alespoň rád, že ví, do čeho přesně jde a prohlídku před hospitalizací vidí jako přínosnou. Respondentovi byla také poskytnuta informační brožura“.

Jako další mě zajímalo, jak by respondent **zhodnotil** informace, které obdržel, a zda pro něj jsou informace, které zde dostává, dostačující. Muž mi sdělil, že informace byly srozumitelné, ale na některé oblasti se ještě doptával, aby je pochopil do hloubky a protože byl zvědavý. *„Hodně mi ale taky napovídala ta informační knížtička od sestřiček, co jsem dostal“*. Respondent mi sdělil, že si o izolačním režimu hledal informace také na internetu, kde toho spoustu našel. Respondenta jsem se zeptala, na jaké oblasti se doptával sestřiček. Muž odpověděl, že se hodně zajímal o to, které potraviny může konzumovat, které naopak ne, a z jakých důvodů. Zajímalo mě, zda by byl muž schopný mi tyto důvody

popsat, abych zjistila, že informacím opravdu rozumí. Muž vše popsal bez problémů. Také dodává, že je vždy pravidelně a srozumitelně informován o svém zdravotním stavu.

Respondenta jsem se dále zeptala, zda tedy opravdu **rozumí** všem informacím a opatřením, která se týkají izolačního režimu, případně jestli je nějaká oblast, ve které nemá jasno. *„Nemůžu si stěžovat, že bych nevěděl, co se děje, nebo mi teď nebylo něco jasné. Pokud tomu tak někdy je, na všechno se doptám a vždycky se mi dostane odpovědi tak, abych porozuměl“*. Srozumitelné informace umožňují respondentovi snadnější pobyt v izolačním režimu.

10.4.4 Oblast vyšších potřeb

Respondenta jsem informovala o tom, že jsme se dostali k poslední části rozhovoru. Jako první mě zajímalo, zda režim reverzní izolace nějakým způsobem ovlivnil respondentův **pohled na život** a zda by uměl zhodnotit, co je pro něj v životě nejdůležitější. Po položení otázky muž chvíli váhal a díval se na mě velmi zamyšleně. Chtěla jsem mu s otázkou nějakým způsobem pomoci, tak jsem se doptala, zda zkrátka třeba přehodnotil nějaké své životní priority a to, co je pro něj důležité. *„A víte, že máte pravdu, přehodnotil“*. Pak se muž vrátil již k dříve sdělené skutečnosti, že se teď tolik nestresuje. Prioritou pro něj teď je být v klidu. Jako prioritu nade všechny povinnosti teď staví své zdraví, ačkoliv tomu v minulosti bylo naopak. Jako předností věc muž také udává vztahy se svými blízkými a do priorit tak řadí také rodinu. Zároveň se ale respondent těší na to, až se dá do pořádku a začne zase fungovat jako normální člověk. *„Těším se, až se vrátím do práce. Do běžného života. S tím že se samozřejmě nebudu zbytečně stresovat. Víím teď co je v životě nejdůležitější“*. Muž chce udělat maximum pro to, aby se co nejdříve mohl vrátit do běžného života a cítit se zase jako zdravý a normální člověk. *„Taky bych se chtěl po skončení léčby víc věnovat svým koníčkům a prostě tomu, co mě baví a co mám rád“*.

Jako další otázku jsem se respondenta zeptala, zda má tento specifický izolační režim vliv na jeho **sebevědomí**. *„Myslím si, že to člověk pozná, až vyleze ven“*. Muž mi sděluje, že to se teď ještě nedá říct a celé zhodnotit, protože celý proces ještě není u konce. Dle muže je třeba počkat na to, až celá tato cesta skončí a bude třeba jen jednou za rok jezdit na kontroly. *„To až pak, s odstupe času může člověk říct, že je z toho venku, že se z toho dostal a jak se to na něm podepsalo. Všechno tohle budu moct zhodnotit až zpětně“*. Respondent se snaží zůstat optimistou a věří, že po skončení hospitalizace a celkovém vyléčení vše bude stejné, nebo ještě lepší, než dříve. Muž ještě dodává, že pokaždé, když

mluví s někým z příbuzných nebo přátel tak ho vychvalují. „*Vždycky říkají, že jsem dobřej, statečnej a tak. Nebudu lhát, trošku mi díky tomu sebevědomí roste*“.

Jako poslední otázku jsem se respondentu zeptala, zda jsou nějaké **problémy z běžného života**, které se ho týkají i zde v režimu reverzní izolace, případně jakým způsobem tyto problémy řeší. Respondent mi sdělil, že nic takového není a nic takového nevnímá. Jelikož pracuje v rodinné firmě s otcem tak ví aktuální dění ze zaměstnání a i to, že otec a ostatní zaměstnanci jeho práci zastanou. Zeptala jsem se, zda nemusí řešit ani nějaké pracovní, nebo provozní problémy, nebo zda je řeší rodina. „*Ne, prostě tohle se neřeší. To se bude řešit až do budoucna. Až to bude všechno v pohodě*“. Zeptala jsem se ještě, zda má respondent nějaké domácí mazlíčky. Respondent se mi svěřil, že mají doma dva psy. Tím, že ale žije v dvougeneračním domě s rodiči, jak již zmiňoval, je o psy postaráno.

Na **závěr** jsem po skončení rozhovoru respondentovi poděkovala za jeho ochotu a popřála mu do budoucna pevné zdraví a úspěšnou léčbu.

10.5 DISKUZE

V první části mého výzkumného rozhovoru jsem se s respondenty bavila o tom, jaký vliv má prostředí reverzní izolace na uspokojování jejich základních lidských potřeb, jako jsou hygienické, spánkové, nebo stravovací návyky. Dále mě v této části rozhovoru zajímalo, co si respondenti o izolačním režimu myslí a zda existuje něco, co by jim pobyt v tomto režimu usnadnilo. Jak jsem již popisovala v teoretické části, režim reverzní izolace na transplantační jednotce je oproti jiným standartním jednotkám velice specifický. S pacienty jsem vedla rozhovory v době jejich hospitalizace a to z důvodu, aby mi své pocity a poznatky popisovali tak, jak je aktuálně cítí a prožívají. Bez časového odstupu a určitého nadhledu. Těmito otázkami jsem se snažila odpovédět na moji první výzkumnou otázku, zda má režim reverzní izolace vliv na uspokojování základních lidských potřeb.

Podle informací, vyplývajících z jednotlivých rozhovorů, není spánkový režim u pacientů s akutní leukemií výrazně ovlivněn systémem reverzní izolace. Pokud se u pacientů spánkový režim měnil, tak většinou obecně z důvodu hospitalizace a únavy spojené s onemocněním. Žádný z respondentů neudával fakt, že by reverzní izolace měla na spánkový režim negativní vliv. Nejčastější změnou ve spánkovém režimu u respondentů byl častější spánek, který zapříčinila buď to únava a vyčerpání, nebo skutečností, že respondenti neměli co jiného na práci. Respondentka A dokonce uvádí, že tuhle změnu vnímá pozitivně a je za ní ráda. Pacientům v izolaci vyhovuje možnost řídit si svůj spánkový režim dle svých aktuálních potřeb, což je zapříčiněno tím, že jsou v izolačním pokoji pouze oni sami. S respondenty jsem měla díky odborným praxím na transplantačním oddělení možnost mluvit každé ráno po dobu dvou týdnů. Při mém příchodu do izolačního pokoje jsem vždy pozdravila „Dobré ráno“ a položila stejnou otázku: „Jak jste se dnes vyspal/a?“. Málokdy jsem se setkala s negativní odpovědí. Respondenti většinou v odpovědi uváděli klidný a nerušený spánek. Pokud udávali jinou odpověď, důvodem byly problémy spojené s onemocněním a léčbou. I přes fakt, že reverzní izolace pacienty ve spánkovém režimu zásadně negativně neovlivňuje, se všichni shodují na tom, že doma je doma.

V oblasti stravovacích návyků vedl režim reverzní izolace u většiny respondentů k pozitivním změnám. Tyto změny respondenti vnímají především v pravidelnosti stravování a vyváženosti jednotlivých pokrmů. Zároveň je vyzdvihovaná i dobrá chuť pokrmů. Pokud u respondentů docházelo k úbytku na váze či nechutenství, bylo to především kvůli komplikacím léčebného procesu. Respondentům chybí některé potraviny,

kteřé bylo třeba kvůli nízkobakteriální dietě vyřadit, nicméně o důležitosti správného stravování jsou informováni a všichni tomu plně rozumí.

Hlavní rozdíly v oblasti hygienických návyků vnímají pacienti především v jednotlivých bezpečnostních opatřích, jako jsou například jednorázové rukavice na hygienu po vykonání potřeby, nebo výplach úst balenou vodou po čištění zubů, případně ještě v nutnosti nosit sterilně připravené nemocniční prádlo. Respondenti zároveň vyzdvihují kvalit sociálních zařízení, která jim umožňují standartní a kvalitní zachování vlastních hygienických návyků a zároveň jim dodává dostatečné soukromí.

Celkový názor respondentů na izolační režim se shodoval v jedné zásadní věci, a to ve chvále na přístup personálu. Většina respondentů samozřejmě pocituje změny, které sebou nese hospitalizace na transplantačním oddělení, ale zároveň chápou nutnost jednotlivých opatřích. Zároveň ale respondenti udávají fakt, že celou situaci zvládají lépe právě díky skvělému personálu, který na oddělení pracuje. O pozitivním přístupu personálu jsem se mohla sama přesvědčit po dobu mých praxí na tomto oddělení. Za celou dobu jsem se ani jednou nesetkala s tím, že by sestřičky byly nepříjemné, negativní, nebo měly špatnou náladu a bylo opravdu vidět, jak je pro pacienty chování personálu důležité. Jsem přesvědčena, že kdyby zde lékaři, sestřičky a ostatní personál nefungoval tak, jak funguje, respondenti by celou situaci a hospitalizaci v režimu reverzní izolace snášeli hůř. Existuje několik drobností, které by respondenti v prostředí izolačního režimu respondenti změnili tak, aby se cítili o něco komfortněji, ve většině případů jsou to ale věci, které nezbytnou součástí izolačního režimu. Jedná se například o možnost otvírání oken, nošení vlastního prádla, nebo konzumování některých potravin.

V druhé části rozhovorů jsem se věnovala psychosociální problematice a dopadu reverzní izolace na psychiku respondenta. Zároveň jsem se zabývala otázkou, zda má izolační režim vliv na sociální život pacienta a pokud ano, zajímala jsem se o to, jakým způsobem je tato stránka ovlivněna. Vzhledem k tomu, že jsou respondenti vytrženi ze své rodiny a izolováni od všech ostatních lidí, jako jsou přátelé, širší rodina, známí, nebo i kolegové v práci, považovala jsem tuto problematiku za nedílnou součást mého výzkumu. S tím souvisí i fakt, že respondenti jsou při hospitalizaci nejčastěji v kontaktu právě s nemocničním personálem. Proto vidím jako nesmírně důležitou skutečnost to, jakým způsobem zdravotnický personál k pacientovi přistupuje, jak jsem již zmiňovala v první části výzkumného šetření. Tato oblast byla rozdělena tak, abych zjistila, jak se naplňují

potřeby respondentů z oblasti lásky, přijetí a sounáležitosti. To patří mezi sociální potřeby, které se skládají z citových vztahů, jako například potřeba mít rodinu, přátelství, nebo partnerský vztah. V této části rozhovoru jsem se snažila získat odpovědi na moji druhou výzkumnou otázku, zda režim reverzní izolace působí na psychosociální potřeby pacientů.

Respondenti se shodují ve dvou hlavních bodech, které v izolačním režimu nejvíce postrádají. To je zaprvé omezený kontakt s rodinou a blízkými lidmi. V tomto bodě respondenti většinou vyzdvihují možnost používání dnešních moderních technologií, díky kterým mohou zůstat v kontaktu s ostatními lidmi a jejich sociální život díky tomu není až natolik odříznutý. Druhá strana pohledu je ta, že osobní kontakt je nenahraditelný. V tomto je specifický i návštěvní režim na transplantacním oddělení, při kterém jsou návštěvy značně omezeny, a to například počtem osob, speciálními ochrannými pomůckami, nebo věkem návštěvníků, kdy je dolní věková hranice pro návštěvníka 10 let. I přes fakt, že se jedna z respondentek při této části rozhovoru rozplakala, se všichni účastníci snaží být silní a izolaci zvládat v maximální možné pohodě. Druhým bodem, ve kterém se respondenti shodují, že jej nejvíce postrádají, je omezená možnost volného pohybu. Respondenti tráví veškerý čas v jedné místnosti bez možnosti vycházek. Udávají, že velice postrádají možnost projít se na čerstvém vzduchu a čas strávený v izolačním prostoru respondentům někdy utíká pomalu. Proto využívají veškerých možných podnětů, které jim pomohou tento čas lépe překonat.

Vliv reverzní izolace na psychiku se u jednotlivých respondentů liší a každý z nich si svůj pobyt na transplantacní jednotce prožívá jiným způsobem. Odlišnost ve vlivu reverzní izolace na psychiku pacienta přisuzují faktu, že každý z respondentů je individuální osobnost utvářená specifickým způsobem po celý jejich život. Zároveň je každý z respondentů jiný typ osobnosti. Někteří prožívají svoji hospitalizaci hůře především před tím, než úspěšně proběhne transplantace kostní dřeně. Jiným se psychický stav mění v závislosti na tom fyzickém. Pokud respondenti vnímají i nějaký přínos izolačního režimu, tak v čase na přemýšlení, který zde mají. Ten některým z nich umožnil přehodnotit své životní priority. Respondenti tvrdí, že před onemocněním a hospitalizací příliš podléhali stresu a pracovnímu vytížení. Ostatní respondenti nad přínosem izolačního režimu nepřemýšleli, nebo žádný nevnímají.

Dalším téma této oblasti se zabývalo otázkou, jakým způsobem se k aktuální situaci a izolačnímu režimu staví rodina a přátelé respondentů. Ačkoliv každý z respondentů má

jiné rodinné zázemí a jiný způsob rodinného života, všichni se shodují v tom, že podpora rodiny je při léčbě a pobytu v izolačním režimu zásadní a mnohdy až nepostradatelná. Respondenti často zmiňují fakt, že jsou sice momentálně v náročné životní situaci, ale paradoxně to má na vztahy s jejich nejbližšími pozitivní dopad. Ten vidí především v upevnění vzájemných vztahů, a to jak rodinných, tak přátelských. Společně procházejí nestandardním obdobím, ve kterém je třeba, aby všichni fungovali specifickým způsobem, a díky tomu teď vědí, že se mohou jeden na druhého spolehnout i v těch nejtěžších chvílích. Tuhle skutečnost respondenti vnímají jako přínos izolačního režimu. Mezi respondenty nebyl nikdo, kdo by během našich rozhovorů zmínil zklamání z přístupu rodinných příslušníků, jeden z respondentů ovšem uvedl fakt, že přátelské vztahy se během izolace částečně vytříbily. Jak se říká, v nouzi poznáš přítele.

Poslední otázka v psychosociální oblasti byla směřována na partnerské vztahy respondentů. Vzhledem k citlivosti a intimitě této otázky jsem vždy respondenty upozornila na to, že pokud jim je otázka nepříjemná, není třeba na ni odpovídat. Tuto možnost ale nikdo z respondentů nevyužil. Ze čtyř respondentů došlo u poloviny během hospitalizace či onemocnění k ukončení vztahů, a to z důvodů nedostatečné psychické podpory. Jeden z ukončených vztahů byl problematický již před hospitalizací. Druhý z ukončených vztahů fungoval až do onemocnění a hospitalizace bez problému. Respondenti naštěstí tuto skutečnost psychicky zvládají relativně dobře. Druhá polovina respondentů naopak uvedla, že mají ve svém partnerovi naprostou psychickou oporu a jejich vztah tato situace maximálně utužila. V tomto případě se jedná o dlouhodobé vztahy.

Ve třetí části rozhovoru jsem společně s respondenty hovořila o způsobu, jakým byli o izolačním režimu poučeni, o tom, jak informacím porozuměli a zda je pro ně dostatečné a srozumitelné podávání informací důležité. Dostatečná a správná informovanost patří k jedné z potřeb pacientů hospitalizovaných v nemocničních zařízeních. O této problematice jsem se již zmiňovala v teoretické části své bakalářské práce. Během odborných praxí, které jsem několikrát absolvovala na alogenní jednotce intenzivní péče, jsem se několikrát setkala s příjmem a edukací pacienta. O celém chodu a řádu oddělení jsem byla řádně a srozumitelně poučena i já při začátku a i během mých odborných praxí. Mohu tedy z vlastních zkušeností říci, že informace, které sestry na oddělení podávají, a způsob, jakým to dělají, je opravdu profesionální. Otázky položené respondentům v třetí části rozhovoru byly směřovány tak, aby mi pomohly odpovědět na

třetí výzkumnou otázku, a to jaký vliv má na psychiku pacientů v režimu reverzní izolace správná informovanost.

V první otázce jsem se respondentů ptala na to, jakým způsobem byli o izolačním režimu edukováni. Všichni respondenti obdrželi informační brožuru, která má sloužit jako průvodce pacienta během pobytu na transplantačním oddělení. Stejnou brožuru dostávají i rodinní příslušníci, pro snazší pochopení celé situace. Dále respondenti také hovoří o tom, že byli před samotnou hospitalizací provedeni přímo po oddělení alogenních transplantací. Při tom jim bylo vše názorně popsáno a předvedeno. Tuto možnost vnímají respondenti pozitivně. Údajně se díky tomu mohou na hospitalizaci na oddělení psychicky připravit. Mezi respondenty byl i muž, kterého nejprve trochu vyděsilo vidět, co ho čeká. Nakonec byl ale i tento respondent rád, že ví, do čeho jde. Respondenti byli o izolačním režimu také poučeni od lékařů a sester. Informace od personálu všichni vnímají jako dostatečné a srozumitelné. Respondenti byli poučeni jak o pravidlech izolačního režimu, tak o fungování vybavení, chodu oddělení, atp. V případě nejasností mají respondenti vždy možnost se kohokoli z personálu na cokoliv doptat.

V další otázce jsme se společně s respondenty zabývali tím, jak by zhodnotili informace, které o izolačním režimu obdrželi, zda jsou pro ně dostatečné a jestli jsou respondenti spokojeni s tím, jakým způsobem jsou informováni v průběhu hospitalizace. Všichni z respondentů hodnotí informace o poučení o izolačním režimu jako dostatečné. Jak jsem již zmiňovala, v případě nejasností, či dalších doplňujících otázek se respondenti obracejí na nemocniční personál. Vlídlost, trpělivost a profesionalitu personálu považují respondenti za jeden z velice důležitých faktorů, které jim pomáhají pochopit vše o izolačním režimu a jejich zdravotním stavu. Veškeré nové informace právě o zdravotním stavu a následujících postupech dostávají respondenti vždy pravidelně a hodnotí tyto informace jako srozumitelné.

Dále mě zajímalo, zda respondenti rozumějí všem opatřením, která izolační režim zahrnuje. Nikdo z výše dotázaných si nestěžoval, že by byla nějaká oblast, které by nerozuměl. Někteří z respondentů měli několik dodatečných otázek, kterými si chtěli znalosti o izolačním režimu ještě více osvojit a prohloubit. Dostatečnou a správnou informovanost respondenti považují za důležitý faktor působící na jejich psychickou pohodu a lepší zvládnání celé situace.

V poslední části rozhovoru jsem se zajímala o oblast vyšších potřeb. Mezi ty jsem zařadila otázky, které se zabývaly sebevědomím a sebeúctou, což vnímám jako potřebu úcty a uznání. Tyto potřeby představují typickou lidskou potřebu být přijímán a oceňován okolím. Dalším okruhem byl pohled na život a žebříčkem životních hodnot, a zda se toto nějak během pobytu v izolačním režimu změnilo, či přehodnotilo. Přijímání okolností života, zájem o řešení problémů, pociťovat blízkost jiných lidí a všeobecně si vážit života patří dle Maslowa do charakteristiky seberealizovaných osob. Poslední otázka v mém rozhovoru byla směřována na oblast problémů, které musejí respondenti řešit i během hospitalizace v režimu reverzní izolace. Mezi takové problémy řadím například zaměstnání, jistotu příjmů, nutnost placení účtů, péče o rodinu, nebo třeba o domácí mazlíčky. V poslední části rozhovoru jsem se snažila získat odpovědi na výzkumnou otázku, zda režimová opatření ovlivňují růstové potřeby pacientů.

Respondenti většinou udávají, že onemocnění a pobyt v režimu reverzní izolace jim pohled na život částečně změnil a ovlivnil. Udávají, že díky času strávenému o samotě v izolačním pokoji měli možnost více přemýšlet a uvědomit si některé věci. Například to, že se dříve velice stresovali a přednostně řešili to, aby vydělali dostatek finančních prostředků. Tento fakt někteří respondenti přehodnotili a nechtějí se již tolik stresovat na úkor svého zdraví. Zároveň respondenti udávají, že si nyní váží věcí, které dřív brali jako automatické a neuvědomovali si, že nejsou samozřejmostí. Mezi to řadí respondenti například možnost volného pohybu, vykonávání své práce a koníčků, možnost nošení vlastního oblečení, a pak hlavně tedy zdraví. Tím se dostáváme do žebříčku hodnot, kde respondenti na prvních příčkách udávají právě zdraví, rodinu a přátele. Dle respondentů by bylo náročné celou aktuální životní situaci zvládnout bez podpory nejbližších.

Zda má režim reverzní izolace vliv na sebevědomí, vnímá každý z respondentů jinak. Sešla jsem se s názory, kde respondenti udávají, že jim velice lichotí chvála od ostatních. Při té slychají, že jsou dobří a stateční, když zvládají boj se svou nemocí a pobyt v izolačním režimu. To se na sebevědomí u některých respondentů kladně podepisuje. U jedné z respondentek jsem se setkala s tím, že jí sebevědomí ovlivnila ztráta vlasů. Ovšem po pobytu v izolačním režimu, kdy měla žena čas právě na přemýšlení a srovnání si myšlenek, došlo ke smíření se ztrátou vlasů a navrácení sebevědomí. Jiní z respondentů udávají, že tuhle oblast nemohou hodnotit teď, ale až zpětně. Je to dle jejich slov věc, která se projeví až s odstupem času po ukončení léčby, kdy se celý tento proces uzavře.

Problémy z běžného života, které musejí respondenti řešit i při hospitalizaci v režimu reverzní izolace, se většinou týkají zaměstnání a placení fixních výdajů. Tyto problémy řeší každý z respondentů individuálním způsobem, ale většinou za dopomoci rodinných členů či přátel. Pro řešení povinností jsou často využívány moderní technologie, které respondentům umožňují fungovat v některých oblastech online na dálku. Těmi jsou například internetové bankovníctví, nebo propojené pracovní systémy. Dále jsem se u respondentů setkala s problematikou domácích mazlíčků, kdy opět ale situaci bez problémů vyřešila respondentova rodina. Díky pomoci ze svého okolí celkově zvládají respondenti řešit všechny problémy tak, aby je to co nejméně stresovala a psychicky zatěžovalo. S tím souvisejí i předchozí skutečnosti, kdy respondenti udávají, že se v minulosti přílišně stresovali a nechtějí, aby tomu bylo tak i teď. Velké plus vnímám u respondenta C, který si se svojí ženou během života tvořil finanční rezervu právě pro neočekávanou situaci, jako je tato. Nemusí tedy nyní řešit žádné problémy týkající se nedostatečného finančního příjmu.

11 ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

11.1 Problematika prostředí

Tabulka 1 - Zhodnocení vlivu prostředí RI na uspokojování základních životních potřeb

	Spánkový režim	Stravovací návyky	Hygienické návyky	Celkový názor	Zvýšení komfortu
Respondent A	Pozitivní vliv, spí více, oceňuje soukromí, probouzí se kvůli močení	Pozitivní vliv, stravuje se pravidelněji než doma, postrádá čerstvou zeleninu	Bez rozdílů, oceňuje soukromí a vzhled sociálních zařízení	Pozitivní, oceňuje pohodlí, soukromí a personál	Konzumace některých potravin a nápojů, větší interakce s okolím
Respondent B	Bez vlivu, spí stejně, oceňuje soukromí, neprobouzí se	Zlepšení stravovacích návyků, oceňuje pestrost a vyváženost stravy, jí více než doma	Rozdíly vnímá jen ve speciálních opatřeních souvisejících s RI, jinak bez vlivu	Velmi pozitivní, oceňuje personál, stravování a celkové prostředí	Pouze věci, které RI neumožňuje
Respondent C	Negativní vliv z důvodu léčby, nepravidelný a narušovaný spánek, zvýšená únava	Zásadní vliv, nechutenství, zažívací potíže, úbytek na váze	Bez zásadních změn, občas potřebuje pomoc personálu	I přes komplikace hodnotí pozitivně, vyzdvihuje personál	Návrat k běžné stravě
Respondent D	Celkově spí více, hůře usíná kvůli strachu, oceňuje soukromí, zvýšená únava	Pozitivní vliv, stravuje se pravidelněji než doma, negativně vnímá vyřazení některých potravin z jídelníčku	Vnímá nepatrné rozdíly související s režimem RI	Vyzdvihuje a chválí personál	Vlastní domácí osobní prádlo, možnost regulace teploty, možnost otevření oken

Ze získaných údajů vyplývá, že základní potřeby týkající se hygienických a stravovacích návyků nejsou režimem reverzní izolace zásadně negativně ovlivněny. Pokud docházelo k nějakým změnám ve stravovacích návycích respondentů, tak převážně k pozitivním a to z důvodů lepší pravidelnosti stravování a pestřejšího jídelníčku. Negativní dopad na stravovací návyky má u respondentů pouze fyzický stav související s léčebným procesem. Někteří z respondentů ještě vnímají vyřazení některých potravin z jídelníčku, to na jejich psychiku ovšem nemá zásadní dopad. V oblasti hygienických návyků respondenti nejvíce vnímají drobné změny související s režimovými opatřeními, jako je výplach úst balenou vodou. Ani oblast spánkového režimu není izolačním režimem negativně ovlivněna. Vliv na spánek má pro respondenty spíše fyzický stav a psychický stav, který je spojený s celkovým onemocněním. Pro svůj spánek respondenti oceňují soukromí, které jim RI poskytuje. Celkový názor na prostředí izolačního režimu vnímají respondenti pozitivně, a to díky pohodlí, soukromí, pěknému prostředí a především díky profesionálnímu přístupu personálu, který zde na oddělení pracuje. Věci, které by

respondentům pomohly cítit se v izolačním režimu lépe, jsou většinou právě ty, které tento specifický režim zakazuje, jako je například konzumace některých potravin, nebo nošení vlastního prádla.

11.2 Psychosociální problematika

Tabulka 2 - Zhodnocení vlivu RI na psychosociální potřeby

	Nejvíce postrádá	Vliv na psychiku	Přínos RI	Rodina a přátelé	Partnerské vztahy
Respondent A	Možnost volného pohybu, rodinu a přátele, společnost	Mění se v průběhu hospitalizace, nejhorší z počátku - strach, sebelítost	Čas na přemýšlení, srovnání životních priorit, omezení kouření	Semknutí rodiny, psychická podpora, redukce přátel	Ukončení dlouhodobého vztahu
Respondent B	Osobní kontakt s celou rodinou	Mění se v průběhu hospitalizace, nejhorší z počátku	Nevnímá	Nepostradatelná psychická podpora	Pozitivní dopad, semknutí partnerů
Respondent C	Možnost volného pohybu, rodinu a blízké	Mění se v průběhu hospitalizace, souvisí s fyzickým stavem	Čas na přemýšlení, více si váží běžných věcí	Psychická podpora, spolupracují	Pozitivní dopad, semknutí partnerů
Respondent D	Možnost volného pohybu, rodinu a přátele, vlastní oblečení	Mění se v průběhu hospitalizace, horší před transplantací KD	Nepřemýšlel	Psychická podpora	Ukončení dlouhodobého vztahu

V režimu reverzní izolace respondenti nejvíce postrádají dvě základní věci. Těmi jsou možnost volného pohybu a pravidelný osobní neomezený kontakt se svými blízkými. V kontaktu respondenti s rodinami sice zůstávají díky moderním technologiím a návštěvám, ale režim reverzní izolace vyžaduje specifické opatření i pro návštěvníky, jak jsem se již zmiňovala v teoretické části. To všechno u respondentů zapříčiňuje pocit sociální izolace. Jejich psychický stav se během hospitalizace mění v závislosti na několika faktorech, jako je například fyzický stav, nebo úspěšná transplantace kostní dřeně. Jedna z respondentek mi sdělila, že několikrát plakala právě po tom, co odešla z návštěvy její rodina. Psychický stav pro respondenty bývá horší z počátku hospitalizace. Přínos izolačního režimu někteří respondenti vnímají v čase na přemýšlení, díky kterému měli možnost přehodnotit životní priority. Jiní nad tímto nepřemýšleli. Celkově je pro pacienty, kteří jsou hospitalizováni v režimu reverzní izolace velice důležitá psychická podpora rodinných příslušníků. V tom se všichni bez výjimky shodují, proto usuzuji, že je to jeden z nejdůležitějších bodů zvládnání této hospitalizace. Vážnost onemocnění, izolační režim a možné předchozí neshody ve vztazích u dvou respondentů zapříčinily ukončení

dlouhodobého vztahu. V partnerovi nevidí dostatečnou psychickou oporu. U druhé poloviny dotázaných je tomu přesně naopak.

11.3 Oblast informovanosti

Tabulka 3 - Zhodnocení vlivu správné a dostatečné informovanosti na psychiku pacienta v RI

	Způsob edukace	Zhodnocení informací	Porozumění informacím
Respondent A	Komplexní edukace personálem, informační brožura	Dostačující, srozumitelné, oceňuje možnost dotázat se, vyzdvihuje personál, celkově pozitivní dopad	Rozumí všemu
Respondent B	Komplexní edukace personálem, informační brožura	Dostačující, srozumitelné, oceňuje průběžné informace, pozitivní dopad	Rozumí všemu
Respondent C	Komplexní edukace personálem, informační brožura, předchozí provedení po odd	Dostačující, oceňuje možnost dotázat se, oceňuje průběžné informace, pozitivní dopad	Rozumí všemu
Respondent D	Komplexní edukace personálem, informační brožura, předchozí provedení po odd	Dostačující, srozumitelné, oceňuje možnost dotázat se, pozitivní dopad	Rozumí všemu

Respondenti jsou standardně o izolačním režimu edukováni personálem – sestrami, i lékařem. Zároveň dostávají informační brožuru, která jim slouží jako určitý jak pacientům samotným, tak i rodinným příslušníkům. Pokud to situace umožňuje, jsou pacienti před samotnou hospitalizací po transplantačním oddělení přímo provedeni a se vším seznámeni. Tento způsob informací hodnotí respondenti jako dostačující a srozumitelný. Velmi si cenní možnosti dotázat se v případě nejasností personálu, který je vždy ochoten vše srozumitelně vysvětlit a objasnit. Správná, dostatečná a srozumitelná informovanost má na psychickou stránku respondentů pozitivní dopad. Stejně tak respondenti vnímají i průběžné informace, které během hospitalizace dostávají o svém zdravotním stavu a následujících postupech. Všem opatřením souvisejícím s režimem reverzní izolace respondenti rozumějí.

11.4 Oblast vyšších potřeb

Tabulka 4 - Zhodnocení vlivu RI na růstové potřeby pacienta

	Pohled na život	Žebříček životních hodnot	Vliv na sebevědomí	Problémy z běžného života
Respondent A	Ovlivněn, přehodnotila životní priority, změnila životní styl	Zdraví, rodina, přátelé	Ovlivněno ztrátou vlasů, v RI se smířila, přijmula sama sebe, pozitivní vliv	Placení fixních výdajů, zaměstnání, přerušení zájmových aktivit
Respondent B	Razantně neovlivněn	Rodina, zdraví	Bez vlivu	Placení účtů, zaměstnání
Respondent C	Ovlivněn, přehodnotil životní priority	Zdraví, rodina	Částečně ovlivněno kvůli náročnosti celé situace, zvládá díky rodině	Zaměstnání
Respondent D	Ovlivněn, přehodnotil životní priority	Zdraví, rodina	Zhodnotí po celkovém ukončení léčby	Vše řeší rodina

U většiny respondentů došlo během pobytu v režimu reverzní izolace k ovlivnění jejich stávajícího pohledu na život. Mnohem více si momentálně uvědomují, co je v životě opravdu důležité. To má pro respondenty na psychiku pozitivní dopad, protože díky tomu udávají, že do budoucna chtějí více dbát o sebe, své zdraví a celkově se méně stresovat. Respondenti si uvědomují, že ne všechno, co člověk v životě má, je automatické a věčné. Díky tomu si cenní věci, jaké do teď nijak výjimečně nevnímali. Čas v izolaci strávený o samotě umožnil respondentům cestovat do svého nitra a díky tomu přijmout sebe takové, jací jsou. A to je teď především u žen po ztrátě vlasů velice důležitým krokem. Na prvních příčkách žebříčku životních hodnot se vždy nachází zdraví a rodina. To mne utvrzuje i v myšlence, že je fungující a podporující rodina nedílnou součástí pacientovi cesty za uzdravením. Vliv izolačního režimu na sebevědomí se velice liší a je u každého z dotázaných značně individuální. Ohledně záležitostí z běžného života, které se respondentů dotýkají i v izolačním režimu, se nejčastěji jedná o placení účtů a řešení nastalé situace v zaměstnání. Všem respondentům je ke všemu nápomocna rodina a proto nikdo z nich neudává, že by je tyto problémy z venkovního světa momentálně stresovaly a nějak narušovali při jejich léčbě.

12 ZÁVĚR

V této bakalářské práci jsem se zabývala problematikou reverzní izolace u pacientů s akutní leukemií. Hlavním cílem práce bylo zjistit názory pacientů na opatření související s režimem reverzní izolace a dopad těchto opatření na psychiku pacientů.

V teoretické části bakalářské práce jsem po prostudování dostupné literatury nejprve stručně popsala samotné onemocnění leukemie, jeho historii a rozdělení. Podrobněji jsem se zaměřila přímo na akutní leukemii, protože výzkum v praktické části byl věnovaný právě pacientům s akutní leukemií. Uvedla jsem jednotlivé klinické příznaky, způsoby diagnostiky a možnosti léčby. Druhá kapitola byla věnována režimu reverzní izolace a jednotlivým opatřením souvisejícím s tímto režimem. Třetí kapitola teoretické části se zabývala psychikou a potřebami pacientů. V oblasti psychiky jsem se zaměřila na základní pocity, jako je strach, úzkost, nebo deprese. Potřeby pacientů jsem rozdělila dle Maslowy pyramidy potřeb.

Pro praktickou část bakalářské práce jsem využila kvalitativní výzkumné šetření. Pomocí výsledků výzkumného šetření jsem hledala odpovědi na předem připravené cíle a jednotlivé výzkumné otázky. Toto šetření bylo provedeno formou polostrukturovaných rozhovorů se čtyřmi respondenty, kteří byli právě hospitalizováni v režimu reverzní izolace s diagnózou akutní leukemie. Ráda bych tímto poděkovala respondentům za jejich čas, který mému výzkumu věnovali a za ochotu, protože bez nich by se výzkum nemohl uskutečnit. Celé výzkumné šetření probíhalo na alogenní jednotce intenzivní péče ve Fakultní nemocnici v Plzni.

Zajímala jsem se o to, jakým způsobem jsou u pacientů v režimu reverzní izolace ovlivňovány základní lidské potřeby, zda tento režim ovlivňuje psychosociální potřeby pacientů, jak ovlivňuje psychiku pacienta v izolačním režimu dostatečná informovanost a zda jsou nějakým způsobem ovlivňovány růstové potřeby pacientů. Podle všeho je u respondentů nejvíce ovlivněna potřeba volného pohybu a sociálního kontaktu. Omezení těchto potřeb má na pacienty největší psychický dopad. Je to ale neodmyslitelná součást izolačního režimu a toho jsou si pacienti naprosto vědomi. Z výzkumu vyplývá, že pacienti s režimovými opatřeními nebojují a nesnaží se je bojkotovat, naopak chtějí udělat maximum pro dodržení těchto opatření a brzké uzdravení. Základní potřeby, jako je hygiena nebo stravování izolační režim většinou zásadně neovlivňuje a pokud ano,

většinou pozitivním způsobem díky například pravidelnosti stravování. Negativní vliv je u těchto potřeb vnímán především v souvislosti s fyzickým stavem. Spánkový režim většinou souvisí s psychickým rozpoložením pacientů. Psychický stav je u pacientů bývá proměnlivý a nejhorší bývá právě z počátků hospitalizace, než se pacienti specifickému režimu přizpůsobí. Na zvládnutí psychického stavu má zásadní vliv rodina pacientů, která pro ně představuje hlavní opěrný pilíř. Zároveň zde mají i neodmyslitelnou roli sestry, které na oddělení pracují. Jejich profesionální přístup, empatie, vlídnost, vstřícnost, trpělivost a výborná komunikace pacientům jednoznačně pomáhá psychický nápor lépe zvládat. S tím souvisí i informovanost, která díky své dostatečnosti a srozumitelnosti pacientům usnadňuje pochopení a pobyt v izolačním režimu. Stejně tak důležité jsou pro pacienty průběžné informace o jejich zdravotním stavu a dalších léčebných postupech. Většina pacientů během hospitalizace v izolačním režimu přehodnotila své životní priority a chtějí se teď méně stresovat a více zaměřit na své zdraví a rodinu. Právě zdraví a rodina jsou na prvních příčkách v žebříčku životních hodnot. Díky rodinným příslušníkům a přátelům se mohou pacienti věnovat odpočinku a léčbě, aniž by je zatěžovaly provozní problémy z běžného života. Pokud něco pacienti řeší, týká se to buď zaměstnání anebo placení pravidelných výdajů.

Výchozím materiálem této práce jsou edukační materiály pro pacienty v režimu reverzní izolace, které jsem vytvořila na základě výsledků celého výzkumného šetření.

SEZNAM LITERATURY

ANGENENDT, Gabriele, Ursula SCHÜTZE-KREILKAMP a Volker TSCHUSCHKE
Praxis Psychoonkologie, 1. Auflage, Stuttgart, 2007, ISBN 978-3-8304-7439-5.

BÁRTLOVÁ, Sylva. Sociologie medicíny a zdravotnictví. Vyd. 5., přeprac. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2003. ISBN 80-7013-391-0.

BERAN, Jiří, David HYNČÍK. Deprese a bolest u onkologicky nemocných. Medical Tribune. 2006, č. 31, s. 14. ISSN 1214-8911.

BERGEROVÁ, Veronika, Standardní postup SOP/HOO/P/005/00/01, Zásady reverzní izolace u transplantovaných pacientů, Hematologicko-onkologické oddělení, FN Plzeň, vydání ze dne 10. 1. 2018

CETKOVSKÝ, Petr, Jiří MAYER, Jan STARÝ a Mariana HRIČINOVÁ. Transplantace kostní dřeně a periferních hematopoetických buněk. Praha: Galén, [2016]. ISBN 9788074922671.

CETLOVÁ, Alice. Reverzní izolace – chrání nebo zatěžuje pacienty po transplantaci kostní dřeně?. Onkologie. 2013, roč. 7, č. 3, s. 155-156. ISSN 1802-4475.

DOUBEK, Michael a Jiří MAYER, ed. Postupy diagnostiky a léčby leukemií a jejich infekčních komplikací u dospělých pacientů: doporučení České leukemické skupiny - pro život (CELL). 2., přeprac. vyd. Brno: Česká leukemická skupina - pro život, 2013. ISBN 978-80-260-4744-5.

KABÁTOVÁ – MAXOVÁ, Klára, Informace pro příbuzné a návštěvy pacientů léčených na pokoji s reverzní izolací, Hematologicko-onkologické oddělení, FN Plzeň, vydání ze dne 17. 2. 2017, platné do revize, INL/0277/01

KOZIEROVÁ, Barbara, Lenora ERBOVÁ, Glenora OLIVIEROVÁ. Ošetrovatelstvo: koncepcia, ošetrovatelský proces a prax. 1. vyd. Martin: Osveta, 1995, 2 sv. ISBN: 80-217-0528.0.

KRAHULOVÁ, Markéta a Jiří VORLÍČEK. Akutní leukemie: informace pro pacienty a jejich blízké. Brno: Masarykova univerzita, 1998. ISBN 80-210-1783-x.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. Jak zvládat depresi. 3., aktualizované a rozšířené vydání. Praha: Grada, 2013, Psychologie pro každého. ISBN 978-80-247-3874-1.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. Psychologie nemoci. Praha: Grada, 2002. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0179-0.

MAYER, Jiří a Jan STARÝ. Leukemie. Praha: Grada, 2002. ISBN 80-7169-991-8.

STYRON, William. Viditelná temnota: Memoáry šílenství. 2. vyd., 1. kniž. vyd. Praha: Svoboda, 1993. ISBN 80-205-0306-

ŠVOJGROVÁ, Mája, KOZA, Vladimír a HAMPLOVÁ, Alice. Transplantace kostní dřeně: průvodce Vaší léčbou. 2. vyd. Plzeň: Apexart (F.S. Publishing) nákladem Nadace pro transplantace kostní dřeně, 2011. 126 s. ISBN 978-80-903560-6-1.

ŠÁLEK, Cyril. Diagnostika a léčba akutních leukemií. Interní medicína pro praxi, 2012, roč. 14, č. 10, s. 366-372. ISSN: 1212-7299.

TRACHTOVÁ, E. a kol. Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu. 4. Přepřacované vydání. Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2018. ISBN: 97880701359074.

VÍTKOVÁ, Jitka. Zátěž reverzní izolace u pacientů postupujících transplantaci kmenových buněk na Hemato-onkologii ve Fakultní nemocnici Olomouc. OHD. 2012, s. 4. ISBN 978-80-244-3157-4.

VOKURKA, S., et al. Ošetrovatelské problémy a základy hemoterapie. 1. vyd. Praha: Galen, 2005, 140s. ISBN 80-7262-299-4

VOKURKA, S., SVOBODA, T. Základy hematoonkologických onemocnění a jejich charakteristika. 1.vyd. Praha: Galén, 2008. 89s. ISBN 978 - 80 - 7262 - 553 - 6

VOJTÍŠEK, Petr. Výzkumné metody, Praha, 2012, ISBN: 978-80-905109-3-7

VORLÍČEK, J., ABRAHÁMOVÁ, J., VORLÍČKOVÁ, H. A KOL. Klinická onkologie pro sestry. 2. vyd. Praha : Grada, 2012. 450 s. ISBN 978- 80- 247- 3742- 3.

VYDRA, Jan a Petr CETKOVSKÝ. Hematologie v kostce. Praha: Mladá fronta, 2015. Aeskulap. ISBN 978-80-204-3698-6.

VYMĚTAL, Jan. Lékařská psychologie. 2003, 3. vydání, s. 400. ISBN 80-7178- 740-X.

VYMĚTAL, Jan. Základy lékařské psychologie. Praha: Psychoanalytické nakladatelství, 1994. Psychoterapie. ISBN 80-901601-3-1

ZABOJOVÁ, Monika, ANDRLOVÁ, Lia, INDRÁK, Karel. Psychika nemocného v izolaci na hematologické transplantační jednotce. Onkologická péče. Olomouc: Hematologicko-onkologická klinika FN. ISSN: 1214-5602. 2000, roč. 4, č. 3, s. 12-14.

ZACHAROVÁ, Eva a Jitka ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ. Základy psychologie pro zdravotnické obory. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4062-1.

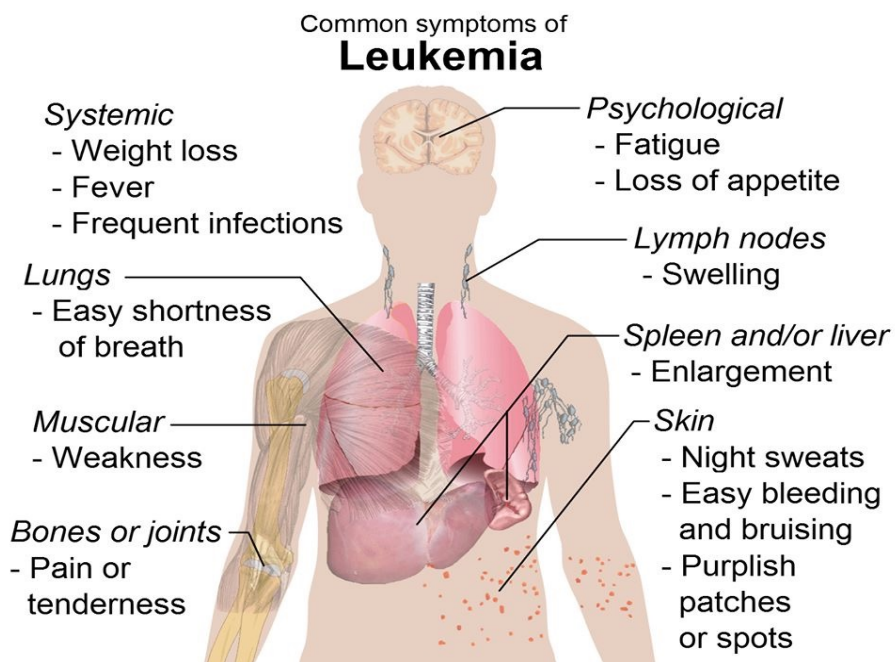
SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha 1 – Klinické příznaky u akutní leukémie
- Příloha 2 – Maslowa pyramida potřeb
- Příloha 3 – Otázky k rozhovoru
- Příloha 4 – Informovaný souhlas
- Příloha 5 – Žádost o poskytnutí informací
- Příloha 6 – Povolení sběru informací
- Příloha 7 – Bibliografie
- Příloha 8 – Edukační karta

PŘÍLOHY

Příloha 1 – Klinické příznaky u akutní leukémie

Obrázek 1: Klinické příznaky u leukémie



Zdroj: https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Symptoms_of_leukemia.png

Příloha 2 – Maslowa pyramida potřeb

Obrázek 2 - Maslowa pyramida potřeb



Zdroj: <https://www.verywellmind.com/what-is-maslows-hierarchy-of-needs-4136760>

Příloha 3 – Otázky k rozhovoru

Problematika prostředí

1. Jak RI ovlivňuje Vaše potřeby, jako je spánek?
2. Jak se liší Vaše stravovací návyky zde a doma?
3. Jak se liší Vaše hygienické návyky zde a doma?
4. Jaký je Váš celkový názor na režim RI?
5. Co by Vám pomohlo cítit se v RI o něco komfortněji?

Psycho-sociální problematika

6. Co nejvíce v režimu RI postrádáte a co Vám nejvíce vadí?
7. Jak byste zhodnotili celkový vliv RI na Vaši psychiku?
8. Měla pro Vás RI nějaký přínos po psychické stránce?
9. Jak se vaše rodina a přátelé postavili k aktuální situaci?
10. Jakým způsobem ovlivnila RI Váš partnerský život?

Oblast informovanosti

11. Jakým způsobem jste byl edukován o izolačním režimu?
12. Jak byste zhodnotil informace, které jste o izolačním režimu obdržel a pomohly Vám nějakým způsobem?
13. Rozumíte všem opatřením, které souvisí s RI? Pokud ne, v jaké oblasti nemáte jasno?

Oblast vyšších potřeb

14. Jakým způsobem RI ovlivnila Váš pohled na život a uměl byste zhodnotit, co je pro Vás v životě nejdůležitější?
15. Jaký vliv má RI na Vaše sebevědomí a životní jistoty?
16. Jaké problémy z běžného života se Vás týkají a je třeba je řešit, a jakým způsobem zvládáte jejich řešení?

Příloha 4 – Informovaný souhlas

INFORMOVANÝ SOUHLAS

NÁZEV BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

STUDENT

jméno
Katedra ošetřovatelství a porodní asistence
Fakulta zdravotnických studií ZČU
e-mail

VEDOUcí BP:

jméno
Katedra ošetřovatelství a porodní asistence
Fakulta zdravotnických studií ZČU
e-mail

CÍL STUDIE

Cílem studie je...

S Vaším svolením bude proveden rozhovor s Vámi, který bude zaznamenán na diktafon. Pořízený záznam nebude sdílen nikým jiným než studentem a vedoucím bakalářské práce. Záznamy budou ihned po kompletaci studie vymazány. Úryvky z rozhovoru mohou být použity při prezentaci studie, ale tyto citace budou vždy anonymní. Vaše identita nebude rozpoznána, bude použit pseudonym. Nemusíte odpovídat na žádné specifické otázky, pokud nebudete sám/sama chtít, a můžete také kdykoliv odstoupit od rozhovoru nebo studie.

SOUHLAS S VÝZKUMEM

Já
souhlasím s účastí ve výzkumné studii. Souhlasím se záznamem rozhovoru na diktafon. Rozumím, že mohu kdykoliv od rozhovoru nebo studie odstoupit a že citace rozhovoru budou použity anonymně, nebudu ve studii identifikována.

Podpis účastníka výzkumu:.....Datum:

Podpis studenta:.....Datum:

Příloha 5 – Žádost o poskytnutí informací



FAKULTNÍ NEMOCNICE PLZEŇ
Útvar náměstka pro ošetrovatelskou péči
Edvarda Beneše 13, 305 00 Plzeň - Bory
alej Svobody 80, 304 60 Plzeň - Lachotín
IČO 00669006 tel.: 377 401 111, 377 103 111

ŽÁDOST O POSKYTNUTÍ INFORMACÍ V SOUVISLOSTI S VYPRACOVÁNÍM BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

– FN PLZEŇ

(určeno pro nelékařské zdravotnické pracovníky)

Jméno a příjmení studentky: Jessica Kuttová

Úplný název vysoké: Západočeská univerzita Plzeň

Fakulta / katedra: Fakulta zdravotnických studií, Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Studijní obor / ročník: Všeobecná sestra, druhý ročník

Název bakalářské práce: Problematika reverzní izolace u pacientů s akutní leukémií

Vedoucí práce – Mgr. Petra Vodičková, Hematolo-onkologické ambulance,
Separační centrum, staniční sestra

Kontakt na vedoucího práce: vodickovap@fnplzen.cz, tel: 377 103 825

Nejsem v pracovním poměru.

Cíl mé bakalářské práce: Cílem bakalářské práce bude zjistit názory pacientů s lékařskou diagnózou akutní leukémie na opatření související s režimem reverzní izolace a na to, jak tato opatření ovlivňují uspokojování jejich potřeb.

Termín přípravy ve FN Plzeň pro empirickou část práce: Hemato-onkologickém oddělení FN Plzeň při letních individuálních praxích červen/červenec AR 2018/2019 a Hemato-onkologickém oddělení FN Plzeň v zimním semestru AR 2019/2020.

Kontaktní pracoviště FN Plzeň pro empirickou část: Jednotka alogenních transplantací krevtvočných buněk

Metoda empirické části práce

1. Pomocí dotazníku / rozhovoru

Pro sběr informací, pomocí rozhovoru oslovím: Pacienty

Plánovaný počet respondentů z FN Plzeň: 15

Žádost podává student: Jessica Kuttová, e-mail: kjessica seznam.cz, tel: 731024081

V Plzni dne: 22. 5. 2019

Příloha 6 – Povolení sběru informací



FAKULTNÍ NEMOCNICE PLZEŇ
Útvar náměstka pro ošetrovatelskou péči
Edvarda Beneše 13, 325 99 Plzeň - Bory
stej Svatobory 92, 324 60 Plzeň - Lochotín
ICO 59669005, IML, 377 401 111, 377 103 111

Vážená paní
Jessica Kuttová
Studentka oboru Všeobecná sestra
Fakulta zdravotnických studií, Katedra ošetrovatelství a porodní asistence
Západočeská univerzita v Plzni

Povolení sběru informací ve FN Plzeň

Na základě Vaší žádosti Vám jménem Útvaru náměstkyně pro ošetrovatelskou péči FN Plzeň **povolují** Vaše šetření na *Hematologicko-onkologickém oddělení (HOO) FN Plzeň*, v souvislosti s vypracováním Vaší bakalářské práce s názvem „*Problematika reverzní izolace u pacientů s akutní leukémií*“. Vaše šetření bude probíhat pomocí rozhovorů s pacienty HOO.

Podmínky, za kterých Vám bude umožněna realizace Vašeho šetření ve FN Plzeň:

- Vrchní sestra HOO souhlasí s Vaším šetřením.
- Vaše šetření osobně povedete.
- Vaše šetření nenaruší chod pracoviště ve smyslu provozního zajištění dle platných směrnic FN Plzeň, ochrany dat pacientů a dodržování Hygienického plánu FN Plzeň. Vaše šetření bude provedeno za dodržení všech legislativních norem, zejména s ohledem na platnost zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, v platném znění.
- Údaje ze zdravotnické dokumentace pacientů, jakož i údaje, které vám pacienti sami sdělí a budou uvedeny ve Vaší bakalářské práci, musí být zcela anonymizovány.
- **Sběr informací budete provádět v době své, školou schválené, odborné praxe pod přímým vedením oprávněného zdravotnického pracovníka FN Plzeň, kterým je paní Vodičková Petra, Mgr., staniční sestra HOO FN Plzeň.**

Po zpracování Vámi zjištěných údajů poskytnete zdravotnickému oddělení / klinice či organizačnímu celku FN Plzeň závěry Vašeho šetření, pokud o ně projeví oprávněný pracovník ZOK / OC zájem a budete se aktivně podílet na případné prezentaci výsledků Vašeho šetření na vzdělávacích akcích pořádaných FN Plzeň.

Toto povolení nezakládá povinnost respondentů s Vámi spolupracovat, pokud by spolupráci s Vámi respondenti pocítovali jako újmu či s rozhovorem nevyslovili souhlas, a dále pokud by spolupráce s vámi narušovala plnění pracovních povinností zaměstnanců. Účast všech jmenovaných osob na Vašem šetření je dobrovolná.

Přeji Vám hodně úspěchů při studiu.

Mgr. Bc. Světluše Chabrová
manažerka pro vzdělávání a výuku NELZP
zástupkyně náměstkyně pro oš. péči

Útvar náměstkyně pro oš. péči FN Plzeň
tel., 377 103 204, 377 402 207
e-mail: chabrovass@fnplzen.cz

V Plzni 23. 5. 2019

Příloha 7 – Bibliografie

ABRAHAM, J., GULLEY, L.J., ALLEGRA, J.C., 2014. The Bethesda Handbook of Clinical Oncology. Fourth Edition. Philadelphia: Wolters Kluwe. 742 s. ISBN 1451187588.

CETLOVÁ, Alice. Přínos či zátěž reverzní izolace u pacientů po transplantaci kostní dřeně [online]. Olomouc, 2012 [cit. 2020-04-23]. Dostupné z: <<https://theses.cz/id/464c0k/>>. Bakalářská práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotnických věd. Vedoucí práce Mgr. Jana Kameníčková.

FALEIDE, Asbjørn O., Lilleba B. LIAN a Eyolf Klæboe FALEIDE. Vliv psychiky na zdraví: soudobá psychosomatika. Praha: Grada, 2010. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2864-3.

HAFERLACH, Torsten. Kapesní atlas hematologie: překlad 6., přepracovaného vydání. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4787-3

KAREŠOVÁ, Jana. Praktické rady pro onkologické pacienty, aneb, Jak překonat nesnáze při léčbě rakoviny. 2. vyd. Praha: Maxdorf, 2011. ISBN 978-80-7345-268-1.

KOLEKTIV AUTORŮ. Akutní myeloidní leukémie: Informace pro pacienty a jejich blízké. 1. vyd. Praha: Česká leukemická skupina - pro život (CELL), 2013. ISBN 948-80-260-4154-2.

MESANYOVÁ, Marie, Jiří ŠIMEK. Transplantace kostní dřeně z pohledu pacienta. Praktický lékař. 2004, č. 9, s. 536-540, ISSN 1803-6597."

PENKA, Miroslav a Eva SLAVÍČKOVÁ. Hematologie a transfúzní lékařství. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3460-6.

ROHOŇ, Peter. Nové možnosti v léčbě vybraných hematologických onemocnění. Praha: Mladá fronta, 2016. 239 s. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-4220-8

ŠAMÁNKOVÁ, Marie. Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetrovatelském procesu. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3223-7.

VOKURKA, Samuel. Je ochranná izolace pacientů s těžce oslabenou imunitou nezbytná? Onkologická péče. Plzeň: Hematologicko-onkologické odd. FN. ISSN:1214-5602. 2004, roč. 8, č. 1, s. 11-13.

ZÍTKOVÁ, Marie. Ošetrovatelství v hematoonkologii. Brno: Masarykova univerzita, Lékařská fakulta, 2016. 108 s. ISBN 978-80-210-8264-9.

Příloha 8 – Edukační karta

REVERZNÍ IZOLACE

Součástí Vaší komplexní léčby je i izolační režim, který sebou nese mnoho specifických opatření. Každé z nich má svůj význam a hlavním cílem všeho je ochránit právě Vás a Vaše zdraví. Nezapomeňte, že pokud Vám není něco jasné, necítíte se dobře, nebo si zkrátka chcete jen s někým promluvit, můžete se vždy obrátit na tým odborníků, kteří zde pracují. Zůstaňte silní, chraňte se a hlavně se nikdy nevzdávejte!

R - Rouška, rukavice, všichni chodí zahalení. Neboj, nic špatného to není!

E - Eliminovat bacily - účel ochranných pomůcek. Jsou tu, aby tě chránily!

V - Vůbec se nemusíš bát, že se ti tu bude špatně spát!

E - Elektrická postel, televize, rádio - všichni se snaží, aby se ti tu co nejvíc líbilo.

R - Rádi čtete, malujete? Vezměte si s sebou vše, co k zábavě chcete.

Z - Zásadní je nemít strach! Uteče to jako voda a mračit se by byla škoda.

N - Nevíš-li si s něčím rady, sestřičky jsou vždycky tady!

I - I když jsi na pokoji sám, víš, že máš přátele a rodinu - ty, kteří ti pomůžou zvládnout i tu nejtěžší hodinu.

I - Informace jsou podstatná věc. Pomůžou ti pochopit, co se s tebou děje. Díky nim se můžeš cítit líp a vše k úspěšnému cíli spěje.

Z - Zavřená okna, zavřené dveře, místnost jediná. Je to těžká zkouška, ale to zvládneš a vyjdeš odtud jako hrdina!

O - O co se nemusíš bát? Jak se tu budeš stravovat. Je třeba na chvíli vynechat pár potravin, ale jinak tady vaří skvěle, to já vím!

L - Leukémie jako diagnóza, izolace součást terapie. Drž se, chce to spoustu energie. Hlavně to chce klid, zase bude líp!

A - A co hygiena? Vyplachuj si ústa balenou vodou, používej jednorázové rukavice. To jsou základy téhle izolace.

C - Celý režim je dost striktní, ale prostředí je nekonfliktní.

E - Evidentní je nakonec jedna věc - i když jsou teď těžké chvíle, brzy vstaneš v plný síle!

TRAVELA ZUBAŘNĚNĚKČSKÁ STUŽKA
ZPRAKOVANÉ
KURZOVĚ
V PLZEŇ