

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetrovatelství

Petra Koudelová

Studijní obor: Všeobecná sestra

**EDUKACE PACIENTA S MNOHOČETNÝM MYELOMEM
PŘI PODÁVÁNÍ BIOLOGICKÉ LÉČBY**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Petra Vodičková

PLZEŇ 2021

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI

Fakulta zdravotnických studií

Akademický rok: 2020/2021

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Petra KOUDELOVÁ**
Osobní číslo: **Z18B0290P**
Studijní program: **B5341 Ošetřovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Téma práce: **Edukace pacientů s mnohočetným myelomem při podávání biologické léčby**
Zadávající katedra: **Katedra ošetřovatelství 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 minimalní počet konzultací s vedoucím práce.

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

Seznam doporučené literatury:

- VOOKURKA, Samuel. *Ošetrovatelské problémy a základy hemoterapie: učební texty a ošetrovatelské intervence nejen pro sestry z oboru hematologie a onkologie*. Praha: Galén, c2005. ISBN 80-726-2299-4.
- ADAM, Zdeněk, Marta KREJČÍ a Jiří VORLÍČEK. *Hematologie: přehled maligních hematologických nemocí*. 2., dopl. a zcela přeprac. vyd. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2502-4.
- ŠPIČKA, Ivan. *Mnohočetný myelom a další monoklonální gamapatie*. Praha: Galén, c2005. ISBN 80-726-2330-3.
- JUŘENÍKOVÁ, Petra. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2010. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2171-2.
- GASPARETTO, Cristina a Dharshan SIVARAJ. *Understanding Multiple Myeloma*. 2019. ISBN 9781284149821.

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

Datum zadání bakalářské práce: **18. června 2019**
Termín odevzdání bakalářské práce: **31. března 2021**



PhDr. Lukáš Štich, MBA
děkan



PhDr. Mgr. Jitka Krocová
vedoucí katedry

V Plzni dne 31. ledna 2021

Prohlášení

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

V Plzni dne 28. 1. 2020.

.....

vlastnoruční podpis

Abstrakt

Příjmení a jméno: Petra Koudelová

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Edukace pacientů s mnohočetným myelomem při podávání biologické léčby

Vedoucí práce: Mgr. Petra Vodičková

Počet stran – číslované: 56

Počet stran – nečíslované: 30

Počet příloh: 9

Počet titulů použité literatury: 34

Klíčová slova: Mnohočetný myelom, pacient, edukace, biologická léčba

Souhrn:

Tato bakalářská práce se zabývá problematikou edukace pacientů s mnohočetným myelomem. Teoretická část je zaměřena na informace o mnohočetném myelomu, jeho diagnostice, léčbě a v neposlední řadě edukaci. Praktická část se zabývá zmapováním problematiky edukace pacientů při podávání biologické léčby. Celý výzkum byl proveden na Hematoonkologické ambulanci ve Fakultní nemocnici v Plzni. Výzkumné šetření bylo provedeno kvalitativní metodou ve formě polostrukturovaného rozhovoru s pacienty, splňujícími podmínky účelu a rozsahu této bakalářské práce. Rozhovory byly zaměřeny na zjištění informací, zda pacienti mají dostatek potřebných informací o biologické léčbě a jejím podávání. Výsledky jsou zpracovány do přehledných tabulek a schémat.

Abstract

Surname and name: Petra Koudelová

Department: Nursing nad Midwifay

Title of thesis: Informing the patients with multiple myeloma about the biological treatment

Consultant: Mgr. Petra Vodičková

Number of pages – numbered: 56

Number of pages – unnumbered: 30

Numberof appendices: 9

Number of literature items used: 34

Key words: Multiple myeloma, patient, education, biological treatments

Summary:

This bachelors thesis addresses the topic of education of patients with a multiple myeloma. The theoretical part is focused on information about multiple myeloma, its diagnosis, treatment and last but not least education. The practical part addresses the explanation of the situation with the education in the administration of biological treatment. The entire research was carried out at the outpatient clinic of the Hematology and Oncology Department at the University Hospital in Pilsen. The research was carried out using a qualitative method in the form of a semi-structured interview with patients who meet the conditions of the purpose and scope of this bachelors thesis. The interviews focused on finding out if patients had enough information about biologic therapy and its administration. The results are processed into clear tables.

Předmluva

Onemocnění mnohočetný myelom stále patří mezi nevyléčitelné onemocnění i přes veškerý pokrok v medicíně. Pro pacienty a jejich rodiny je to nesmírně náročná situace s povšechně fatální prognózou. Vyrovnat se s tak vážnou nemocí je pro pacienty psychicky i fyzicky náročné.

Cílem práce je zmapování problematiky edukace pacientů, kteří podstupují biologickou léčbu na ambulanci Hematoonkologie. Zjistit případné chyby v porozumění a zaměřením se na informace, které jsou pro pacienty důležité.

V mé bakalářské práci jsem použila kvalitativní výzkumné šetření formou polostrukturovaného rozhovoru s 15 otázkami zabývající se edukací. Rozhovor byl veden se záměrně vybranými pacienty, kteří splňovali podmínky pro mou bakalářskou práci.

Poděkování

Tímto bych chtěla poděkovat MUDr. Jungové, lékařce na Hematoonkologické ambulanci ve Fakultní nemocnici v Plzni, za materiály, odborné rady a za vysvětlení problematiky mnohočetného myelomu. Staniční sestře Mgr. Vodičkové z Hematoonkologické ambulance Fakultní nemocnice v Plzni, bych chtěla poděkovat za cenné a odborné rady, vstřícný přístup, věnovaný čas při koncipování mé bakalářské práce. Poděkování patří také vrchní sestře Mgr. Kabátové Maxové z téhož Hematoonkologického oddělení, za poskytování potřebných informací. Díky patří také MUC. Jiřímu Pilařovi za rady v oblasti terminologie. V neposlední řadě bych chtěla poděkovat svým respondentům za jejich ochotu. Osobní dík patří mé rodině a přátelům za jejich trpělivost a podporu.

OBSAH

SEZNAM OBRÁZKŮ	11
SEZNAM TABULEK	12
SEZNAM SCHÉMÁT	13
SEZNAM ZKRATEK	14
ÚVOD.....	16
TEORETICKÁ ČÁST	17
1 MNOHOČETNÝ MYELOM	17
1.1 Definice.....	17
1.1.1 Historie	17
1.1.2 Epidemiologie.....	17
1.2 Příčina a prognóza onemocnění	18
1.3 Klasifikace monoklonálních gamapatií.....	18
2 KLINICKÉ PROJEVY	20
2.1 Syndrom CRAB.....	20
3 DIAGNOSTIKA.....	22
3.1 Vyšetřovací metody	22
4 LÉČBA	24
4.1 Léčebné metody	24
4.2 Biologická léčba	26
5 EDUKACE V OŠETŘOVATELSTVÍ.....	28
5.1 Druhy edukace	28
5.1 Role sestry při edukaci.....	29
5.2 Edukační proces	29
5.3 Edukace při biologické léčbě	31
6 PROBLEMATIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE	33
6.1 Vybrané ošetřovatelské diagnózy u pacientů s mnohočetným myelomem	36
PRAKTICKÁ ČÁST	38
7 FORMULACE PROBLÉMU	38
8 CÍL A ÚKOLY PRÁCE	39
8.1 Hlavní cíl.....	39
8.2 Dílčí cíle.....	39
8.3 Výzkumné otázky	39
9 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU	40
10 METODIKA PRÁCE	41
11 ORGANIZACE VÝZKUMU	42

12 ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ	43
12.1 Přepis rozhovor	43
12.2 Respondentka č. 1	43
12.2.1 Problematika podávání informací.....	43
12.2.2 Problematika informovanosti	44
12.2.3 Problematika edukace.....	45
12.3 Respondentka č. 2	46
12.3.1 Problematika podávání informací.....	46
12.3.2 Problematika informovanosti	47
12.3.3 Problematika edukace.....	48
12.4 Respondent č. 3	50
12.4.1 Problematika podávání informací.....	50
12.4.2 Problematika informovanosti	51
12.4.3 Problematika edukace.....	52
12.5 Respondent č. 4	53
12.5.1 Problematika podávání informací.....	53
12.5.2 Problematika informovanosti	54
12.5.3 Problematika edukace.....	55
DISKUZE.....	65
ZÁVĚR.....	72
SEZNAM LITERATURY.....	73
SEZNAM PŘÍLOH	76
PŘÍLOHY	77
Příloha A – Mnohočetný myelom	77
Příloha B – Průběh mnohočetného myelomu.....	78
Příloha C – Stádia mnohočetného myelomu	79
Příloha D – Syndrom CRAB	80
Příloha E – Diagnostika mnohočetného myelomu	81
Příloha F – Informovaný souhlas	82
Příloha G – Povolení výzkumu.....	84
Příloha H – Výstup z práce.....	85
Příloha I -Výstup z práce	86

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek A – Mnohočetný myelom	77
Obrázek B – Průběh mnohočetného myelomu	78
Obrázek C – Stádia mnohočetného myelomu	79
Obrázek D – Syndrom CRAB	80
Obrázek E – Diagnostika mnohočetného myelomu	81
Obrázek F – Povolení výzkumu	82
Obrázek G – Povolení výzkumu.....	84
Obrázek H – Brožura část 1.....	85
Obrázek I – Brožura část 2.	86

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1- Zkušenosti pacientů s edukací o podávání biologické léčby	56
Tabulka 2 - Informace, které pacienti potřebují nejvíce.....	59
Tabulka 3- Jaký způsob edukace pacienti upřednostňují	62

SEZNAM SCHÉMAT

Schéma 1 Zkušenosti pacientů s edukací o podávání biologické léčby	58
Schéma 2 Informace, které pacienti potřebují nejvíce	61
Schéma 3 Jaký způsob edukace pacienti upřednostňují	64

SEZNAM ZKRATEK

Anti CD38.....cílená monoklonální protilátka

BJ.....biologická léčba

B-JBence-Jones, bílkovina v moči

Ca.....vápník

Cl.....chloridy

CRAB.....akronym pro hlavní příznaky MM

CT..... počítačová tomografie

DNA..... deoxyribonukleová kyselina

ELFO..... elektroferéza

FISH..... luorescenční in situ hybridizace

Gy..... gray

HOO..... Hematologicko-onkologické oddělení

K.....draslík

Mg.....magnézium

MG.....monoklonální gamapatie

MGUS.....monoklonální gamapatie nejasného významu

mg/l.....miligram na litr

MM.....mnohočetný myelom

M-protein.....paraprotein

MR..... magnetická rezonance

Na.....sodík

PET- CT..... pozitronová emisní tomografie a počítačová tomografie

PET-MR.....pozitronová emisní tomografie a magnetická rezonance

PICC.....periferně zavedený centrálně žilní katétr

RTG.....radioizotopový termoelektrický generátor, rentgen

ÚVOD

Mnohočetný myelom je druhé nejčastější hematoonkologické onemocnění a zároveň patří mezi méně známé nádorové onemocnění krevních buněk. Jedná se o nemoc, která ovlivňuje především tvorbu krvinek. Rovněž výrazně poškozuje kosti a ledviny pacientů z důvodu nekontrolované proliferace nádorových buněk v kostní dřeni. Nádorové buňky produkují patologické bílkovinné řetězce, které se označují jako paraprotein.

Toto téma jsem si vybrala proto, že je méně známé a každý rok přibývá více a více nemocných s touto léčitelnou leč nevléčitelnou nemocí. Při takto těžké prognóze dochází k velkým psychickým i fyzickým změnám. Důkladná slovní příprava v přímém kontaktu se sestrou a tištěné edukační brožury mohou pomoci pacientovi zlepšit psychickou pohodu a eliminovat případné obavy klienta. Tím se dá předejít vypjaté stresové situaci, která může stav daného jedince ještě zhoršit.

To, jak se klienti vyrovnají s tímto onemocněním a jeho léčbou, závisí vždy na přístupu sester a lékařů. Klienti by měli lékařům i sestrám důvěřovat, proto je důležité podávat informace tak, aby jim pacienti zcela porozuměli. Z tohoto důvodu je vhodné využít principy edukačního procesu.

Tato bakalářská práce se snaží shrnout informace o onemocnění mnohočetný myelom jeho diagnostice, léčbě, edukaci a ošetrovatelské problematice. Veškeré informace byly čerpány z dostupné literatury.

Výzkumné šetření bylo zaměřeno na pacienty s mnohočetným myelomem docházející na Hematoonkologické oddělení ve Fakultní nemocnici v Plzni. Šetření bylo provedeno kvalitativní metodou formou polostrukturovaného rozhovoru. Rozhovor byl zaměřen na edukaci pacientů při podávání biologické léčby. Otázky v rozhovoru se vztahují na zkušenosti pacientů s edukací, jaké informace pacientům chybí a jaký způsob vysvětlení pacienti upřednostňují. Výsledky výzkumu byly zpracovány do přehledných tabulek a schémat.

TEORETICKÁ ČÁST

1 MNOHOČETNÝ MYELOM

1.1 Definice

„Mnohočetný myelom je onemocnění, vyznačující se klonální proliferací patologických plazmatů, které se nazývají myelomové buňky. Tyto buňky utlačují fyziologickou krvetvorbu v kostní dřeni a často způsobují destrukci kostí. (příloha A) Způsobují tak anémii, případně trombocytopenii a v 80 % osteolytických změn skeletu.“ (Matějovská Kubešová, 2015, str. 283)

1.1.1 Historie

Historie monoklonálních gamapatií je více než 150 let stará. Od první analýzy moče nemocného s mnohočetným myelomem v roce 1847 Henry Bence Jonese, přes první klinický popis mnohočetného myelomu profesorem Otto Kahlerem, měl zásadní význam v poznacích o monoklonálních gamapatií. (Maisnar, 2012, str. 8). Mnohočetný myelom se dříve nazýval Kahlerova nemoc. Objevíli ho patologové v 19.století po pitevních nálezech kostí postižených osteolytickými ložisky. Zjistili, že se nejedná o metastázy nějakého karcinomu, ale o nádory vznikající či vyrůstající z buněk kostní dřene. Nádor z kostní dřene se nazývá řecky myelé a je doplněn o koncovku –om, vytvořil se tak myelom. Protože byl mnohočetný, přidalo se k němu latinské přídavné jméno multiple a vznikl popisný termín multiplemyeloma. Před mnoha desítkami let byla charakteristika mnohočetného myelomu následující: výrazné zmenšování postavy, ložiska odvápnění, s tím související samovolné zlomeniny kostí a kruté bolesti znemožňující hybnost. Později byly popsány jednotlivé typy buněk a zjistilo se, že tyto nádory jsou podobné plazmocytům, po přidání koncovky –om vznikl tedy termín plazmocytom. (Adam,2008, str.209)

1.1.2 Epidemiologie

„Mnohočetný myelom tak tvoří 1 % všech onkologických a 10 % hematologických onemocnění. Je tak po ne-Hodgkinových lymfomech druhou nejčastější hematologickou malignitou.“ (Maisnar, 2012, str.24) Incidence onemocnění se pohybuje v rozmezí 4-5/ 100 tisíc obyvatel. (Rohoň, 2016, str. 167) Platí, že čím vyšší je věková kategorie, tím vyšší je výskyt této nemoci. (Hana Matějovská Kubešová, 2015, str. 283). Medián věku při stanovení diagnózy je 70 let pro ženy a 68 let pro muže, z toho 2 % nemocných jsou

mladší 40 let. (Maisnar, 2018, str. 24) Vyšší incidence této nemoci je v afro-karibské skupině obyvatel než u populace kavkazské. (Maisnar, 2018, str. 24)

1.2 Příčina a prognóza onemocnění

Příčina vedoucí ke vzniku onemocnění mnohočetného myelomu nebyla značně určena. Předpokládá se nahromadění nepříznivých vlivů v průběhu života. Ty vedou k nestabilitě genetické výbavy plazmatických buněk a k jejich malignizaci. (Rohoň, 2016, str. 168) V některých případech se rozvíjí řadu měsíců někdy i let přechodem ze stavu monoklonální gamapatie nejasného významu, kdy je u pacienta detekována přítomnost nízkých hladin paraproteinu v krvi nebo moči bez jiných známek onemocnění. (příloha B) (Vokurka, Tesařová, 2019, str. 215) Je nutné poznamenat, že se nejedná o onemocnění dědičné ani nakažlivé. (Starostka, 2018, str. 15)

Mnohočetný myelom je nadále považován za nevléčitelné onemocnění. Od zavedení vysokodávkované terapie s podporou autologní transplantace krvetvorných buněk a užití nových léků s biologickým mechanismem se prognóza významně zlepšila. V současné době je průměr celkového přežití cca 8-10 let od stanovení diagnózy. Bohužel existuje skupina 25 % nemocných s vysoce agresivní formou, kteří přežívají méně než tři roky. Na druhou stranu nejsou vzácné případy, kdy pacienti žijí déle než 15 let od stanovení diagnózy. (Starostka, 2018, str. 17, 19)

1.3 Klasifikace monoklonálních gamapatií

Podle Durieho a Salmona se mnohočetný myelom klasifikuje do tří stádií. Důležitými aspekty do začlenění těchto stádií je koncentrace hemoglobinu, vápníku a imunoglobulinů v krvi. Dalším důležitým faktorem, který se hodnotí je výskyt osteolytických ložisek v kostní struktuře. (příloha C) (zdravi.euro, 2020)

Do první klasifikace spadá **monoklonální gamapatie nejistého významu (MGUS)**. Dřívějším termínem benigní monoklonální gamapatie. Jedná se o asymptomatická premaligní stav. Diagnóza monoklonální gamapatie nejasného významu se stanovuje na podkladě splnění všech laboratorních kritérií a po vyloučení jiné monoklonální gamapatie, případně jiného zhoubného B-lymfoproliferativního onemocnění. Poměrně často je monoklonální gamapatie spojována s revmatickými a kožními chorobami. Hodnota M-proteinu v séru musí být pod 30mg/l, počet klonálních plasmocytů v kostní dřeni nesmí

přesáhnout hodnotu 10 % a nesmí být přítomny známky orgánového poškození, které by souvisely s plazmocelulárním onemocněním. (Maisnar, 2018, str. 143)

Do druhé kategorizace patří **doutnající mnohočetný myelom**. Dříve nazýván asymptomatický. Do maligních monoklonálních gamapatií lze zařadit asymptomatický mnohočetný myelom, symptomatický mnohočetný myelom a v neposlední řadě samotný mnohočetný myelom. Riziko transformace monoklonální gamapatie nejasného významu do mnohočetného myelomu či jiných asociovaných nemocí je přibližně 1 % ročně. Mezi významné prognostické markery maligní transformace patří: koncentrace sérového M-proteinu, stabilita koncentrace sérového M-proteinu, poměr volných lehkých řetězců v séru, izotopy těžkého řetězce M-proteinu, přítomnost B-J proteinurie, infiltrace kostní dřene plasmocyty, cytogenetické změny a mnoho dalších. (Maisnar, 2018, str. 143)

Do třetí klasifikace můžeme začlenit **mnohočetný myelom**. Ten je charakterizován neoplastickou proliferací plazmatických buněk v kostní dřeni více než 10 %, jejichž aktivita vede k poruchám různých orgánových systémů. Jedná se o stav s klinickou symptomatologií. Ve většině případů mu předchází premaligní fáze monoklonální gamapatie nejasného významu. Typické projevy mnohočetného myelomu jsou shrnuty do akronymu CRAB. (Vydra, Novák, 2019, str. 348)

2 KLINICKÉ PROJEVY

Mnohočetný myelom má od většiny hematologických nádorů poměrně odlišný soubor projevů. Od nespecifických obtíží, mezi které patří únava, ztráta hmotnosti, malátnost a slabost až multiorgánové poškození. (Starostka, 2018, str. 15)

Nejčasnější symptomy mnohočetný myelomu jsou bolesti kostí, anémie, příznaky zhoršené funkce ledvin, případně časté a závažné infekce. Na myelom je nutno pomyslet u osob s novou nebo neočekávanou bolestí zad, která neustupuje. Také při snižování tělesné výšky a dalších projevech osteoporózy. Někteří nemocní jsou dlouho bez příznaků nemoci a diagnóza je nezdědkou odhalena při náhodném rentgenovém vyšetření nebo vyšetření krve, indikovaném z jiného důvodu. (Maisnar, 2018, str. 24)

2.1 Syndrom CRAB

Čtyři nejčastější klinické projevy diagnostiky mnohočetného myelomu lze shrnout do akronymu CRAB. (příloha D)

První nejčastější klinický projev vychází z **narušení struktury kostí**. Mnohočetný myelom si uvnitř kostí z důvodu jeho růstu vytváří prostor, rozpouštěním kostních trámčů. Takto vznikají typická osteolytická ložiska, která můžeme zobrazit pomocí zobrazovacích metod mezi, které patří MR a CT. (Starostka, 2018, str. 15) Mezi nejčastější příznaky nemoci patří osteolytická ložiska. Pacienti si nejčastěji stěžují na bolesti v oblasti bederní páteře, která je nejvíce zatěžovaná. To vede ke zmenšení pevnosti obrate a následně k rychlejšímu rozvoji patologické kompresní fraktury. (myeloma, 2021) Při odvápnění kostí dochází k vyšší hladině vápníku v krvi, což může přispět řadě nežádoucích důsledků, jako je dehydratace, únava, nechutenství, zmatenost a porucha vědomí. (Starostka, 2018, str.15) Hyperkalcémie se vyskytuje u 10–15 % pacientů, kterým je diagnostikován mnohočetný myelom. Může se vyvinout kdykoliv v průběhu onemocnění. V případě nedostatečného rozpoznání může vést k chronickému selhávání ledvin nebo dokonce k smrti pacienta. (Gertz, Rajkumar, 2013, str. 2)

Druhým klinickým projevem je **renální postižení**. Z širokého spektra renálních syndromů je u monoklonálních gamapatií nejčastěji přítomnost symptomatické proteinurie, která je prokázána až u 70 % nemocných. Jedná se o Bence Jonesovu proteinurii. (Maisnat, Tichý, 2012, str.77) Postižení funkce ledvin u pacientů s mnohočetným myelomem se může projevit akutním nebo častěji chronickým selháním ledvin. V době

diagnózy má téměř polovina pacientů zvýšený sérový kreatinin. Přibližně 20 % pacientů má kreatinin vyšší než 2 mg/ dl v době diagnózy. Hlavní příčinou selhání ledvin je syndrom „myelomové ledviny“ komplikací hyperkalcémie a nefropatie. Jedná se o precipitaci paraproteinu, který následně poškodí funkci nefronu. Paraprotein může poškodit funkci tvorbou a ukládáním amyloidů. (Gertz, Rajkumar, 2013, str. 2)

Do třetí kategorie projevů patří **útlum normální funkce kostní dřeně**. Tím, jak se nádorové onemocnění rozpíná uvnitř kostí, dochází k potlačení normální krvetvorby a ta vede ke snížení počtu červených krvinek. Ty mají za následek chudokrevnost neboli anémii. Důsledkem anémie dochází ke snížení imunity, a také k poklesu krevních destiček, které vedou ke krvácivým projevům. (Starostka, 2018, str. 15) Anémie je zpočátku přítomna u více než 70 % pacientů a v době stanovení diagnózy téměř u všech pacientů již nemocných. (Gertz, Rajkumar, 2013, str. 102)

Poslední nejčastější projev vzniká v důsledku **přítomnosti defektního paraproteinu**. Velké množství paraproteinu v krvi vede ke zvýšení viskozity krve. Imunoglobulin se může střídat v drobných cévách a tím narušovat funkci některých orgánů, především ledvin. (Starostka, 2018, str. 15) V hematologii hyperviskózní syndrom je život ohrožující stav a patří mezi akutní příhody, které je nutné řešit okamžitě. Léčbou hyperviskózního syndromu je plazmaferéza. Cílem plazmaferézy je odstranění patologického proteinu z cirkulace. Jde o vysoce účinnou metodu s nízkým rizikem komplikací. (Maisnat, Tichý, 2012, str. 81,84)

3 DIAGNOSTIKA

Mezi nejčastější příčiny pozdní diagnostiky nebo neposkytnutí adekvátní léčby mnohočetného myelomu patří podceňování subjektivních obtíží samotného pacienta. Neřešení zjištěné anémie, která je přičítána vyššímu věku pacienta. Nedořešená renální insuficience s nápadnou proteinurií provedením elektroforézy moče, případným provedením vyšetření sérových hladin volných lehkých řetězců imunoglobulinů, které je možné přisoudit např. nefroskleróze nebo diabetické nefropatii. Neodeslání nemocného s jasnými projevy mnohočetného myelomu do péče hematologa vede k zpoždění léčby a zhoršení pacientovi prognózy. (Maisnar, 2012, str.65,66)

Základní **laboratorní vyšetření** by mělo být provedeno u každého, kdo má nově vzniklé bolesti kostí, a to nejpozději do konce prvního měsíce od jejich vzniku. K potvrzení diagnózy mnohočetného myelomu se provádí **odběrem vzorku kostní dřeně**, kde pak bývá patrná typická infiltrace nádorovými plazmocytami, popřípadě může patolog vertifikovat i přímou biopsií nebo excizí tkáně tumoru. Typickým nálezem je přítomnost monoklonálního proteinu při ELFO nebo imunoELFO vyšetření moči a séra. (myeloma.cz, 2021) Nutné je vyšetření skeletu a okolních měkkých tkání minimálně pomocí RTG, ideálně CT vyšetření, případně MR páteře. Následně PET-CT nebo PET-MR k ověření míry expanze. Zásadní je **vyšetření krevního obrazu** a diferenciálního rozpočtu, dále biochemie včetně hladiny kalcia z důvodu možnosti renální insuficience nebo hyperkalcémie. Důležitá jsou také **genetická vyšetření** nádorových buněk, mezi které patří např. FISH, cytogenetika nebo molekulární genetika, jež zhodnotí rizikovost a léčebnou strategii. (příloha E) (Vokurka, Tesařová, 2019, str. 216)

3.1 Vyšetřovací metody

Základním vyšetřením je **vyšetření krve a moče** z důvodu stanovení přítomnosti a kvantity monoklonálního imunoglobulinu neboli paraproteinu. Platí, že pokud je této bílkoviny více, je více i myelomových buněk, a naopak. Množství paraproteinu se udává v gramech na litr. Stejně jako je důležité vyšetření krve tak je důležité vyšetření moči. U každého nově diagnostikovaného onemocnění bychom měli znát typ a koncentraci monoklonálního imunoglobulinu v moči a séru a tu zjistíme pomocí elektroforézy spolu s imunofixací. (Maisnar, 2012, str. 39) Pro přesné hodnoty monoklonálního imunoglobulinu v moči se udává sběr moči za 24 hodin. Při zjištění nemoci a v jeho průběhu se kontroluje vždy **krevní obraz**, neboť se může při ústupu nemoci zlepšovat, a naopak při zvýšené

aktivitě nemoci zhoršovat. Dále se sleduje funkce ledvin (kreatinin a urea), celková koncentrace bílkoviny, ionty (Na, K, Cl, Ca, Mg), hodnoty albuminu a další parametry plazmy. (Matějovská Kubešová, 2015, str. 299)

Mezi obvyklou součástí diagnostiky jsou **zobrazovací techniky** jako konvenční radiografie, magnetická rezonance či výpočetní tomografie, které stanovují rozsah kostního postižení. (Starostka, 2018, str. 16)

Dalším diagnostickým metodou je **vyšetření kostní dřeně**, popřípadě cíleně nádorového ložiska mikroskopicky je nutné pro potvrzení přítomnosti nádorových buněk. Současně lze genetickým vyšetřením ověřit případné změny chromozomů, který je významný při hodnocení diagnózy. (Vokurka, 2008, str. 62,63) Při vyšetření počtu a klonální proliferace plazmatických buněk v kostní dřeni se používá metoda sternální punkce nebo trepanobiopsie lopaty kosti kyčelní. K histologickému vyšetření se odebírá váleček kostní dřeně. Aspirát kostní dřeně slouží k cytologickému vyšetření a dále k flowcytometrickému vyšetření počtu klonálních plazmocytů. (Matějovská Kubešová, 2015, str. 292)

4 LÉČBA

Při rozhodování o léčbě je nutno plánovat léčbu komplexně, tedy jak léčbu protinádorovou, tak i podpůrnou a při zahajování iniciální léčby již přemýšlet nad tím, jak budeme postupovat při relapsu nemoci. Také jaké léky zvolíme a zda si volbou iniciální léčby nezablokujeme další kroky v budoucnosti. Platí, že autologní transplantace je základní součástí léčby vždy, kdy je to možné. (Maisnar, 2018, str.37)

Pokrok v léčbě mnohočetného myelomu, který proběhl za posledních patnáct let patří mezi nejvýznamnější v hematologii a pomohl tak zlepšit celkové přežívání pacientů. (Jungová, 2017, s. 5) V posledních 10 letech bylo dosaženo neuvěřitelného pokroku v léčbě a diagnostice mnohočetného myelomu. Dříve bylo mediánem přežití u stále ještě nevléčitelného onemocnění hranice 5 let. Dnes po autologní transplantaci kmenových buněk žije 40 % nemocných déle než 10 let od stanovení diagnózy. (Maisnar, 2012, str. 8)

„Mnohočetný myelom je dosud nutno považovat za onemocnění chronické, které se většinou nedaří zcela odstranit. Cílem léčby je dosažení co nejdelšího bezpříznakového období – remise.“ (Vydra, 2019, str. 361)

Dostupné léčebné postupy mají potenciál dosáhnout remise, ale ne úplného vyléčení. Léčba se zahajuje v případě, že nemoc pacientovi svými symptomy ubližuje. U osob s asymptomatickou formou myelomu se doporučují pravidelné kontroly a oddálení zahájené protimyelomové léčby až do prvních projevů příznaků nemoci. Léčba mnohočetného myelomu se má zahájit, jakmile jsou zjištěny subjektivní příznaky nemoci nebo prokázáno poškození tkání nebo orgánů. Pacienti po radiografickém průkazu jen jednoho osteolytického ložiska bez příznaků nemoci již mají vysoké riziko přechodu v symptomatickou chorobu. (Adam, Krejčí, str. 349, 350)

4.1 Léčebné metody

U pacientů nad 65 let se obvykle nepoužívá vysokodávkovaná chemoterapie s autologní transplantací kostní dřeně z důvodu zátěže, byť jsou výjimky, kdy stav pacienta je tak výborný, že je vysokodávkovaná terapie možná. Úvodní léčba se obvykle skládá z kombinace alkylačních látek jako jsou např. melfalan nebo cyklofosfamid, nárazových vysokých dávek glukokortikoidů, mezi které patří dexametazon a některého z nových necytologických léků pro tuto nemoc, thalidomid nebo bortenzomid. Uvedená chemoterapie je obvykle dobře snášena i pacienty vyššího věku. Je nutné pečlivě sledovat nežádoucí

účinky a vhodně upravovat dávky tak, aby nežádoucí účinky nepřevyšovaly nad přínosem léčby. Podstata léčby mnohočetného myelomu spočívá v podávání iniciální chemoterapie, která trvá relativně dlouho, po dobu 8–12 měsíců. (Kubešová, 2015, str.292)

Transplantace krvetočných buněk je léčebná metoda, která se používá při léčbě zhoubných krevních onemocnění. Je základním postupem léčby mnohočetného myelomu. Nemocnému jsou podány krvetočné kmenové buňky, aby nahradily jeho poškozenou nebo, zhoubně změněnou krveobrodu, jeho nefunkční, nebo špatně fungující kostní dřev. (Vorlíček, 2012, str. 395) Léčebný protokol obsahuje 3 až 5 cyklů klasické indukční chemoterapie, které jsou následně zakončeny vysokodávkovanou chemoterapií s autologní transplantací kostní dřevě nebo kmenových krvetočných buněk získaných z krvetočných buněk. (myeloma.cz, 2021, online)

Podpůrná léčba je základním postupem v léčbě mnohočetného myelomu. Bisfosfonáty, do kterých patří například clodronát nebo zolendronát jsou léky, které zpomalují odbourávání kostí a pomáhají mírnit bolest. Důležité je zahájit podávání těchto léků ihned po zjištění nemoci a podávat je dlouhodobě. Podávání se ukončuje, jakmile je nemoc více jak dva roky v kompletní remisi. U nemocných, kteří tyto léky dlouhodobě užívají, probíhá patologická osteolýza podstatně pomaleji. Tito pacienti mají menší potřebu analgetik, méně patologických fraktur a míšních kompresí než nemocní, kteří bisfosfonáty nedostávali. (Matějovská Kubešová, 2015, str. 296)

Další možnou metodou léčby je **radioterapie**, která je nedílnou součástí léčby mnohočetného myelomu. V kurativní dávce (30-40 Gy) má potenciál zničit myelomové buňky v ozařovaném ložisku. Kurativní záření je vhodné pro všechna velká ložiska, která potenciaálně ohrožují nosnost skeletu. Pokud stav pacienta nedovolí použití kurativní dávky záření, je vhodné podat analgetickou nebo paliativní dávku, která zmenšuje intenzitu bolesti. (Matějovská Kubešová, Kiss, 2015, str. 294)

Patologická fraktura se řeší **operačním výkonem**. Každou patologickou frakturu obratle musí posoudit chirurg běžně operující kosti, tedy traumatolog nebo ortoped. Každá fraktura dlouhé kosti se obvykle léčí fixací vnitřní, a ne fixací zevní, která se provádí u běžných fraktur. U velkých osteolytických ložisek v nosném skeletu ortopedové doporučují provedení preventivní vnitřní fixace před vznikem zlomeniny. Po provedení vnitřní fixace je po zhojení operační rány vhodná radioterapie na patologické ložisko. (Matějovská Kubešová, Kiss, 2015, str. 294, 295)

Míšní komprese vyžaduje **operační zákrok**. Může být způsobena kostními strukturami při patologické fraktuře anebo propagací medulárního mnohočetného myelomu. Základním vyšetřením je magnetická rezonance. Rychlá operace, která se provádí do 24 hodin od vzniku neurologických příznaků, se provádí v případě, že míšní komprese vznikla následkem nestabilní fraktury a je způsobena kostní tkání. (Matějovská Kubešová, 2015, str. 295)

4.2 Biologická léčba

„Biologická léčiva vstoupila na trh v roce 1982. Od té doby procházejí téměř exponenciálním vývoje a na rozdíl od ubývajících počtu nových syntetických léčiv pozorujeme jejich stálý nárůst.“ Významným způsobem rozšiřují naše možnosti léčby ať již ve smyslu nových alternativ, přístupů nebo léčbě nemoci. (Fusek, 2012, str. 17)

V současné době je považována za páteř léčby nádorových onemocnění. Donedávna tím byly považovány léky označované jako cytostatika, které svým mechanismem blokovaly růst nádoru. Jejich role zůstává klíčová v mnoha oblastech hematologie, ale její necílené působení vede k vedlejším následkům terapie. Biologická léčba ukazuje na její biologický původ některých léčiv. Biologická léčba je cílená, působí na buňky nádoru a méně zatěžuje organismus pacienta. (Starostka, 2018, str. 34)

Biologická léčiva patří mezi základní pilíře léčby u dříve velmi obtížně léčitelných onemocnění. Uplatňuje se v terapii nemocí autoimunitních, nádorových, infekčních i metabolických. Jejich vývoj je v současné době expanzivní. *„Pojem biologická léčiva jsou často vnímána funkčně a za biologické léčivo je považován každý lék, který pokud možno selektivně ovlivňuje některý z intracelulárních mechanismů buněčné soustavy.“* Za biologický lék lze považovat pouze preparáty, které jsou připravené pouze biotechnologickými postupy. (Pavelka, 2014, str.3)

Mezi nejčastěji používané biologické preparáty patří daratumumab a thalidomid, které jsou svým účinkem zásadní v léčbě mnohočetného myelomu.

Daratumumab je monoklonální humánní protilátka antigenu CD38, která je vytvářena ovárií čínského křečička pomocí technologie rekombinantní DNA. Patří do skupiny cytostatik v podskupině monoklonálních protilátek. Nežádoucí účinky jsou poměrně nízké. Mezi nejčastější reakce při podávání pomocí infuze patří zvýšená teplota, zimnice, třesavka, zvracení nebo kašel. Každým podáním další infuze s daratumumabem

jsou nežádoucí účinky menší, a proto se doporučuje první podání infuze nechat podávat 6-7 hodin. Následující podání mohou být již kratší, zhruba 3 hodiny. (Jungová, 2017, str. 5)

Thalidomid je prvním zástupcem skupiny imunomodulačních léků pro léčbu mnohočetného myelomu. Je indikován v primoléčbě i při relapsu onemocnění. Thalidomid má svá rizika a je provázen řadou vedlejších účinků. Mezi časté léčbu komplikující nežádoucí účinky patří obstipace, ospalost, třes a tromboembolická nemoc. Včasná redukce dávky a časné zastavení léčby jsou vhodným opatřením při zjištění nežádoucích účincích. (Maisnar, Krejčí, 2018, str. 59)

5 EDUKACE V OŠETŘOVATELSTVÍ

„Pojem edukace lze definovat jako proces soustavného ovlivňování chování a jednání jedince s cílem navodit pozitivní změny v jeho vědomostech, postojích, návycích a dovednostech.“ (Juřeníková, 2010, str. 9)

V oblasti edukace jsou používány následující pojmy:

Edukační proces je činnost, při které se edukant učí a edukátor mu toto učení zprostředkovává. Je uskutečňován ve specifickém prostředí a je založen na vzájemné interakci zdravotníka a klienta. (Dušová, Hermannová, 2019, str. 19)

Edukant je subjekt, u kterého probíhá edukace. Ve zdravotnickém zařízení bývá nejčastěji subjektem zdravý nebo nemocný klient. Edukantem se může stát i zdravotník, který si prohlubuje své vědomosti a dovednosti svým celoživotním vzděláváním. (Zacharová, 2016, str. 8,9)

Edukátorem ve zdravotnictví bývá nejčastěji lékař, všeobecná sestra, fyzioterapeut, porodní asistentka etc. Edukátorem je aktér edukační aktivity. (Dušová, Hermannová, 2019, str. 19)

Edukační prostředí je místo, ve kterém probíhá edukace. Charakter edukačního prostředí ovlivňují podmínky ergonomické, jako je zvuk, osvětlení, nábytek, ale i atmosféra edukace. (Juřeníková, 2010, str. 10)

Edukační standard znamená závaznou normu pro udržení požadované úrovně kvality edukace. Standard je předem naplánovaná edukace pro klienta s konkrétním onemocněním. (Juřeníková, 2010, str. 11)

5.1 Druhy edukace

Edukace má nezastupitelnou úlohu v primární, sekundární a terciální prevenci. Edukace v **primární prevenci** je zaměřena na zdravé jedince, především na prevenci nemocí a zdraví prospěšná opatření, aby došlo k udržení a zlepšení zdraví nebo kvality života. Uplatňujeme ji tehdy, kdy jedinec nebyl ještě obeznámen s danou problematikou svého onemocnění, probíhá převážně u nově zjištěné nemoci. (Kuberová, 2010, str. 35) Edukace v **sekundární prevenci** probíhá u již nemocných jedinců. Snažíme se ovlivnit postoj, dovednosti a vědomosti jedince tak, aby došlo k pozitivnímu vlivu na jeho uzdravení a nedošlo k možným komplikacím. Edukace je převážně zaměřena na dodržení léčebného

režimu, na prevenci recidivy onemocnění a udržení soběstačnosti. Edukace v **terciální prevenci** je zaměřena na jedince, kteří mají již trvalé nebo nevratné změny svého zdravotního stavu. Edukace se zaměřuje na zlepšení kvality života, kterou lze u jedince edukací ovlivnit a předejít tak možným komplikacím. (Juřeníková, 2010. str. 11)

5.1 Role sestry při edukaci

„Každý pacient, v každém zařízení a v každém typu péče má právo na edukaci.“ (Špirudová, 2006, str. 117) Je důležité edukovat nejen pacienta, ale i jeho rodinu, aby se předešlo případným povšechným nedorozuměním. Před zahájením samotného procesu edukace by měli být eliminovány bariery komunikace, jak na straně pacienta, tak i poskytovatele péče. V rámci výuky edukátor plní nejen kroky edukačního procesu, ale také reaguje na další potřeby pacienta i jeho blízkých. Snaží se redukovat potřeby nejistoty, úzkosti a pomoci pacientovi pochopit jeho roli v péči o svoji osobu a přijmout zodpovědnost za své zdraví. Od sestry jako edukátora se očekává, že bude mít potřebné znalosti, konzultační dovednosti, respekt k osobnosti pacienta, dostatek empatie a ochoty pomoci, komunikační schopnosti, popř. jazykové znalosti. (Ptáček, Bartůněk, 2011, str.81, 82)

Sestry v naší zemi nejsou oprávněny ze zákona informovat pacienta o stanovené prognóze, diagnóze nebo postupu léčby. Sestra je oprávněna podávat poučení v rámci svých profesních kompetencí a činností. Etický kodex České lékařské komory ukládá lékařům povinnost nemocného nebo jeho zákonného zástupce srozumitelným způsobem informovat o charakteru onemocnění, diagnostických a léčebných postupech, včetně rizik a dalších důležitých informacích, které během léčby mohou nastat. (Špirudová, 2006, str. 119)

5.2 Edukační proces

Jedná se o proces, který je záměrný, cílevědomý, řízený a plánovaný. Promyšlená příprava edukačního procesu je základní povinností a kompetencí zdravotní sestry před edukací, v průběhu a po skončení edukace. Kvalita edukačního procesu závisí na vzájemné interakci mezi edukátorem a edukantem, jejich normách, osobnostních kvalitách, hodnotách, postojích, názorech a zájmech. (Kuberová, 2010, str. 25) Edukační proces má své specifika a je nedílnou součástí zdravotnického zařízení. (Juřeníková, 2010, str. 21)

Edukační proces se člení do 5 fází, které na sebe postupně navazují.

V první fázi je klíčem k úspěšnému edukačnímu procesu důkladný sběr informací, třídění a analýza údajů o pacientovi. Údaje můžeme získat mnoha způsoby, mezi které patří rozhovor, pozorování, dotazník, dokumentace a rovněž fyzikální vyšetření. Sestra analyzuje a posuzuje všechny faktory ovlivňující proces učení. Důležitým faktorem je, jak pacient vnímá sebe samého, onemocnění i postoj k životu. (Bednařík, Andrašiová, 2020, str. 85,86)

V druhé fázi edukace se edukátor snaží naplánovat cíle, zvolit obsah edukace, formy, metody, pomůcky, časový rámeček a způsob evaluace edukace. (Juřeníková, 2010, str. 21)

Hlavním záměrem **třetí edukační fáze** je vytvoření edukačního plánu. V procesu jeho tvorby se stanovují cíle, jejichž prostřednictvím dosáhneme upevnění zdraví jedince nebo odstranění jeho dosavadního zdravotního problému. Dalším úkolem etapy plánování je vhodně zvolit vzdělávací strategii. Výběr edukačních metod je třeba přizpůsobit tak, aby co nejvíce a po všech stránkách vyhovovaly jak danému jedinci a zdravotní sestře, tak obsahu edukace. Obsah edukace je daný jejími cíli, které vyplývají z potřeb jedince. (Bednařík, Andrašiová, 2020, str. 86,88)

Čtvrtá fáze je nezbytná k uchování vědomostí v dlouhodobé paměti. Je známo, že 50 % osvojeného učiva zapomeneme do druhého dne. Proto je nutné, abychom systematicky procvičovali a opakovali tak, aby docházelo k jeho dlouhodobé fixaci. (Juřeníková, Doubek, 2011, str. 34)

Pátá fáze je zaměřena na zpětnou vazbu mezi edukátorem a edukantem. V této fázi hodnotíme nejen výsledky pacienta, ale i naše. Hodnocení výsledků nám dává možnost zpětné vazby mezi edukantem a námi. (Juřeníková, 2010, s.22) Sestra poskytuje pozitivní zpětnou vazbu různými způsoby, jako je například pochvala nebo odměna na žádoucí chování klienta, což má pozitivní vliv na učení a postoj pacienta. Negativní zpětná vazba může klienta od učení odradit, proto se v ošetrovatelské praxi nepoužívá. Zřídka se uplatňuje slovní napomenutí nebo postačí odstrašující příklad. (Bednařík, Andrašiová, 2020, str. 86,88)

V poslední fázi sestra spolu s edukovaným hodnotí hlavně změnu chování a jednání, ke kterému v průběhu procesu došlo. Hodnocení je proces průběžný a konečný. Velký

význam má i to co se pacient naučil, zda došlo k dosažení cíle, které se hodnotí dle kritérií, jež byla nastavena v procesu plánování. (Kuberová, 2010, str. 29)

Uvedené fáze edukace bychom se měli snažit přizpůsobit nejčastěji užívané metodě péče o nemocné – ošetřovatelskému procesu. (Juřeníková, 2010, str. 22)

5.3 Edukace při biologické léčbě

Edukace před podáním biologické léčby probíhá v místnosti pro to určené vyškolenou sestrou. Před podáním se sestra vždy ptá, zda klient nemá nějaký akutní infekci či se jeho zdravotní stav od předešlé kontroly nezhoršil. (Cahová, 2011, str. 28)

Sestra edukuje pacienta v těchto oblastech:

- Srozumitelně vysvětlí pacientovi pojem biologická léčba tak, aby pacient před podáním léčby neměl pochybnosti, pocity úzkosti a strachu.
- Jakým způsobem bude látka podávána, jestli se jedná o podávání s.c. nebo i.v. a následně vysvětlí celý postup podávání léčby.
- Podá informace o možném vzniku nežádoucích účincích a vysvětlí pacientovi, jak se zachovat v případném vzniku těchto komplikací.
- Poučí pacienta o možném vzniku alergické reakce na podávanou léčbu a následně podá informace, jak se zachovat v případě vzniku.
- Informuje pacienta, aby se v průběhu léčení vyvaroval kouření a užívání alkoholických nápojů. (Cahová, 2011, str. 28)

Úkoly sestry v průběhu podávání biologické léčby

Klient je pozván do aplikační místnosti, kde sestra zkontroluje jeho identifikační údaje (jméno, příjmení, rodné číslo). Pokud vše souhlasí, přistoupí se k dalšímu kroku. Dle lékařské zprávy sestra provede neinvazivní výkony jako je změření krevního tlaku, tělesné teploty a v některých případech i tělesné hmotnosti. Dále se sestra zeptá, zda nedošlo ke změně zdravotního stavu v předchozích dnech nebo v době od poslední léčby. Pokud je vše v pořádku, zavede sestra periferní žilní kanylu do některých z žíly na předloktí ruky

a provede odběr krevních vzorků podle ordinace lékaře. V případě, že pacient má dlouhodobý žilní vstup (PICC, žilní port), se odběry krve provádějí z tohoto přístupu.

Po tomto výkonu je pacient uložen na aplikační lůžko, kde bude probíhat podání intravenózní léčby. Sestra pacientovi podá premedikaci ordinovanou lékařem, což je nejčastěji antihistaminikum v perorální formě a také antiemetikum intravenózně. Poté pacient vyčkává na dodání biologické léčby ve formě infúze, která je připravena farmaceutem přímo v lékárně na základě tělesných parametrů pacienta.

Po dodání léčiva z lékárny sestra zkontroluje údaje z připravené infuzní terapie s ordinací lékaře a identifikačními údaji pacienta. Zavěsí infuze do stojanu a nastaví infuzní pumpy, které řídí rychlost podávání léčby. Pacient je vždy upozorněn, že jakékoli změny svého zdravotního stavu má vždy okamžitě hlásit, aby se zamezilo vzniku dalším vedlejšími účinkům. Také je pacient poučeno správné poloze ruky, ve které má zavedenou periferní žilní kanylu. Úkolem sestry je monitorování stavu pacientů a celkového průběhu aplikace léčby.

6 PROBLEMATIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

Mezi zásadní problematiku ošetrovatelské péče o pacienty s mnohočetným myelomem patří bolest, dehydratace, riziko zlomenin a pádů, obstipace a žilní trombóza s ohledem na charakter onemocnění. (Vokurka, Třešničková, 2019, str. 217)

Při výběru adekvátní **léčby bolesti** je nutné zhodnotit příčinu, místo, charakter, intenzitu a do jaké míry bolest ovlivňuje kvalitu pacientova života. Hodnotit ji můžeme pomocí analogové škály bolesti (VAS), Melzackovi škály bolesti, vizuální škály bolesti etc. Důležitost musíme brát v úvahu i při včasné intervenci medikací dle ordinace lékaře při počínajícím nástupu bolesti, zajištění kompenzačních pomůcek, polohování lůžka a nalezení vhodné úlevové polohy. (Starostka, 2018, str. 45, 46) Slabou bolest léčíme neopioidními analgetiky např. paracetamol nebo metamizol. Při středně silné bolesti se k neopioidním anestetikům podávají slabé opioidy, mezi které patří codein a tramadol. Při silné bolesti se slabé opioidy vymění za opioidy silné např. morfin nebo fentanyl. Pacienti s myelomem při léčbě bolesti opioidy mají zvýšené riziko **obstipace**. Obzvláště při léčbě lidomidem nebo vincristinem. (Vokurka, Třešničková, 2019, str. 217)

Imobilní pacient s myelomem je ve vysokém **riziku trombózy**. Kompresní punčochy nebo bandáže jsou základním preventivním opatřením před vznikem trombózy. (Vokurka, Třešničková, 2019, str. 217) Polohování pacientů patří mezi nedílnou součást ošetrovatelské péče. Jedná se o prevenci svalových kontraktur a vzniku dekubitů. Při polohování pacienta, které probíhá každé 2-3 hodiny, sestra využívá antidekubitních pomůcek. Sestra se vždy řídí polohovacím plánem, který se řídí dle potřeb pacienta. Vše konzultuje s fyzioterapeutem. (zdravi.euro.cz, 2020, online)

Kostní poškození myelomem výrazně zvyšuje riziko vzniku patologické **zlomeniny** při pádu, polohování, či při pomoci pacientovi vstát z lůžka tahem za končetinu. Pacientovi se doporučuje omezit fyzickou námahu a nezvedat těžké předměty. Pacienti po onkologické léčbě thalidomidem nebo bortenzomibem mohou být zasaženi polyneuropatií s možností poruchy chůze, citlivosti a tím i vyšším rizikem pádu. (Vokurka, Třešničková, 2019, str. 217)

Léčba hematoonkologických pacientů je závislá na **podávání léků** nitrožilní cestou. Nejedná se pouze o biologickou léčbu či cytostatika, ale také o podpůrnou léčbu např. transfuze nebo antibiotika. Při aplikaci těchto léků je důležitý kvalitní žilní přístup. Průběh podávání infuze musí neustále sestra kontrolovat a pacienta především poučit, aby hlásil

jakoukoliv změnu. Velmi závažnou komplikací je únik cytostatik do podkoží, je nutné zastavit infuzi, aspirovat tekutinu z místa vpichu, extrahovat kanylu, odsát jehlou roztok z podkoží, končetinu dát do zvýšené polohy, podat antidotum do postižené části tkáně a přiložit suché chlazení. (zdravi.euro.cz, 2020, online)

V mnoha případech je žilní systém pacienta opakovaným podáváním infuzní terapie poškozený, proto je dobrým řešením dlouhodobý žilní vstup. Nejčastější indikací k zavedení dlouhodobých katétrů je potřeba dlouhodobého podávání léků do žíly, chabý periferní žilní systém a nutnost opakované kanylace periferní žíly, kterou pacienti nemusí dobře snášet. Hemato-onkologický pacient má nejčastěji na výběr žilní port nebo PICC. Komplikace těchto dlouhodobých katétrů jsou málo časté a lze je omezit správným ošetřováním cévního přístupu. (Starostka, 2018, str. 48,49)

Onkologický pacient je ohrožen **nedostatečným příjmem kvalitní stravy** a hubnutím se ztrátou svalové hmoty a fyzických sil vlivem chemoterapie, biologické léčby nebo radioterapie. Čím rychlejší a větší je hubnutí, tím větší je ztráta svalů a celkové oslabení organismu, včetně oslabení imunity. Z toho vyplývá malá odolnost k infekcím a vyšší výskyt různých komplikací. Mezi příčiny nedostatečného příjmu potravy patří nechutenství, obtížné polykání, bolest břicha, diarhoea nebo obstipace. (Kozáková, Doležalová, 2011, str. 163)

V případě, že pacient trpí **nauseou** nebo **zvracením**, je doporučováno, aby jídlo bylo podáváno v malých dávkách a častěji. Vhodné je doplnit stravu přípravky sippingového typu. (zdravi.euro.cz) V dnešní době jsou používány velmi účinné postupy a léky, díky nimž se dá nauzea a zvracení spolehlivě předejít. V hematoonkologii jsou antiemetika základem podpůrné terapie. Antiemetická léčba je nejúčinnější v případě, že se podává preventivně. Již vzniklé potíže se ovlivňují zřetelně hůře. (Starostka, 2018, str. 43, 44)

Pacienti mohou trpět **průjmem** nebo **zácpou**. Zácpa bývá často způsobena opioidy, antiemetiky, sníženou mobilitou nebo dehydratací. Naopak průjemy způsobují dietní chyby, některá cytostatika nebo dlouhodobé podávání antibiotické léčby. (Pavlíková, 2010, str. 74)

Mezi základní doporučení patří **dostatečný příjem tekutin**. (zdravi.euro.cz) Zajištění dostatečného množství tekutin p.o. nebo i.v. u pacienta s myelomem je zásadní, nemá-li pacient restrikcii tekutin. Nedostatek tekutin výrazně zhoršuje funkci ledvin a může vést až k selhání ledvin. (Vokurka, Třešničková, 2019, str. 217)

Správně prováděná **hygienická péče** je základní složkou péče o onkologické pacienty. Sestra musí věnovat zvýšenou pozornost a péči u pacientů po radioterapii, u kterých může vzniknout radiodermatitida. Jedná se o začervenalé a mokvající rány na kůži. Důležité je předcházet chemickému a mechanickému dráždění. Pokud rána nemokvá, je vhodné pravidelně kůži promazávat. I několik let od ozařování může vzniknout radiodermatitida, který se projevuje sníženým ochlupením v místě ozařování, suchost kůže a nedostatečná tvorba mazu. Z tohoto hlediska je vhodné kůži pravidelně promazávat. Sestra by měla dbát standardů při ošetřování rány a obzvláště dbát na prevenci zanesení infekce. (zdravi.euro., 2020)

Pacienti s pokročilým onemocněním mohou mít multifaktoriální **poruchu spánku**. Mezi hlavní příčiny patří obavy a strach z onemocnění, nemocniční prostředí, strach z budoucnosti nebo nežádoucí účinky léků. Úlohou sestry je zmapovat příčinu zhoršeného spánku a eliminovat rušivé elementy. Edukovat pacienta o nejvhodnějších metodách, jak zabránit poruše usínání a spánku. (zdravi.euro.cz). Základem terapie je odstranění příčiny vyvolávající poruchu spánku. Může se jednat o nespavost z důvodu bolesti, úzkosti, deprese, strachu a z mnoha dalších příčin. Spánek může být také ovlivňován přísunem kofeinu, alkoholem nebo nějakým druhem farmakoterapie. (Bednařík, Andrašiová, 2020, str. 86,88)

Sestra je v neustálém kontaktu s pacientem, a proto je důležité, aby využila své dovednosti pro efektivní a účelnou komunikaci. Svou schopností empatie může od klienta získat důvěru a zvýšit tím ochotu spolupracovat. Pro udržení **psychické pohody** je důležitá i informovanost pacienta. Sestra svým laskavým a vlídným přístupem může v některých případech u pacienta eliminovat psychickou zátěž. (Kubešová, Kiss, 2015, str 152)

6.1 Vybrané ošetrovatelské diagnózy u pacientů s mnohočetným myelomem

Na základě výše uvedených potřeb a vyjádřených projevů lze podle NANDA taxonomie stanovit u klientů následující ošetrovatelské problémy.

Po zjištění diagnózy:

- 00124 - Beznaděj v souvislosti se zjištěním své diagnózy.
- 00146 – Úzkost ze smrti v souvislosti se zjištěním své prognózy onemocnění.
- 00152 - Riziko bezmocnosti z důvodu nedostatečné kontroly nad vzniklou situací nebo nemocí.

Při podávání léčby:

- 00134 – Nausea v souvislosti s podávanými cytostatiky nebo biologickou léčbou.
- 00046 – Porušení kožní integrity v souvislosti s chirurgickým výkonem, která se projevuje jizvou v oblasti nad zavedeným žilním portem.
- 00148 – Strach z případných chirurgických výkonů v průběhu léčby onemocnění a jeho diagnostiky.
- 00132 – Akutní bolest v souvislosti s chirurgickým výkonem projevující se verbálně nebo neverbálně.
- 00133 – Chronická bolest související s progresí onemocnění, která se projevuje dlouhodobou bolest skeletu převážně bolestí zad.
- 00118 - Porušený obraz těla v souvislosti se zavedením žilního portu, PICCU nebo periferního žilního katétru projevující se zakrýváním tělesné části kde je jeden z těchto portů zaveden. Ošetrovatelská problematika
- 00206 – Riziko vzniku krvácení v souvislosti s podáváním antikoagulační léčby.
- 00178 – Riziko zhoršené funkce ledvin z důvodu progresu onemocnění nebo podávání látek s cytostatickým účinkem.

- 00155 – Riziko pádů zapříčiněné progresí onemocnění nebo slabost vzniklá při nebo po podání cytostatických nebo biologických léčiv.
- 00004 – Riziko infekce v souvislosti se zavedením periferního žilního katétru, PICCU nebo žilního portu.

PRAKTICKÁ ČÁST

7 FORMULACE PROBLÉMU

Edukace je nedílnou součástí života pracovníků pracujících především v ošetrovatelství a zdravotnictví. Kdykoliv se jedná o lidský život, je zapotřebí dbát na správnou edukaci.

Důležitost edukace si uvědomíme, až když nám jde o život nebo máme zdravotní problémy. Při tom vycházíme ze stavu, že jsme nemocní, vždy máme potřebu si vyhledávat co nejvíce informací o té aktuální nemoci, kterou právě procházíme. Čím více nemocní jsme, tím více informací potřebujeme, abychom se s nemocí nějak vypořádali a byli na ni dostatečně připravení. Mnoho pacientů vyššího věku neumí používat internet a jediná možnost, jak informace získat, jsou od zdravotní sestry nebo lékaře.

Správně směřovaná edukace pacienta mnohdy předchází komplikacím, se kterými se může setkat v průběhu nemoci nebo její léčby. Může také snížit míru stresu a pozitivně ovlivnit přípravu před podáním biologické léčby.

V praktické části mé bakalářské práce bychom se předně chtěly zaměřit na otázky vymezené v části 9 v odstavci 9.3 této bakalářské práce.

8 CÍL A ÚKOLY PRÁCE

8.1 Hlavní cíl

Zmapovat problematiku edukace pacientů s mnohočetným myelomem podstupující biologickou léčbu na HOO ambulanci.

8.2 Dílčí cíle

1. Zmapovat zkušenosti pacientů s edukací o podávání biologické léčby.
2. Zjistit jaké informace pacientům s mnohočetným myelomem podstupující biologickou léčbu nejčastěji chybí.
3. Zjistit jaký způsob edukace pacienti upřednostňují.

8.3 Výzkumné otázky

1. Jaké jsou zkušenosti pacientů s mnohočetným myelomem s edukací o podávání biologické léčby?
2. Jaké informace pacienti s mnohočetným myelomem podstupující biologickou léčbu nejvíce potřebují?
3. Jaký způsob edukace považují pacienti s mnohočetným myelomem podstupující biologickou léčbu za nejpřínosnější?

9 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU

Výběr vzorku participantů pro mou bakalářskou práci byl záměrný.

Kritéria, která měl participant splňovat, byla:

1. Pacient s onemocněním mnohočetný myelom
2. Pacient léčený na HOO ambulanci FN Plzeň
3. Pacient, kterému je podávána biologická léčba

Pro výzkum byli vybráni čtyři participant. Jednalo se o dva muže a dvě ženy, kteří se léčí na ambulanci HOO a jsou ochotni být součástí mé BP.

Pro výzkum byli vybráni:

1. Žena ve věku 54 let, MM diagnostikován v roce 2018, proběhlo 6 léčebných cyklů.
2. Žena ve věku 68 let, MM diagnostikován v roce 2018, proběhlo 5 léčebných cyklů.
3. Muž ve věku 72 let, MM diagnostikován v roce 2019, proběhly 3 léčebné cykly.
4. Muž ve věku 59 let, MM diagnostikován v roce 2018, proběhlo 5 léčebných cyklů.

První setkání s pacienty se uskutečnilo na HOO ambulanci v průběhu mé zimní praxe. S některými pacienty jsem měla možnost se setkat vícekrát. Respondenti byli seznámeni s anonymitou ve výzkumu a s cílem mé bakalářské práce. Dobrovolně mi podepsali informovaný souhlas, který jsem prázdný pro ochranu osobních údajů vložila do své bakalářské práce. (příloha F)

10 METODIKA PRÁCE

Pro zpracování bakalářské práce byl zvolen kvalitativní výzkum. „*Kvalitativní výzkum je nenumerické šetření a interpretace sociální reality. Cílem tu je odkrýt význam pokládany sdělovaným informacím.*“ (Disman, 2011, s. 285)

Cílem mého výzkumu bylo zjistit hloubkové informace od 4 respondentů a zmapovat problematiku edukace při podávání biologické léčby.

Strukturovaný rozhovor se skládal z otevřených otázek a celý průběh byl se souhlasem respondentů nahrán na diktafon. Nahráný materiál byl poté přepsán do písemné podoby. Výsledky rozhovorů byly zaznamenány do přehledných tabulek a schémat.

11 ORGANIZACE VÝZKUMU

Výzkum probíhal od října 2020 do března 2021 po dobu mé praxe na hematologické ambulanci ve Fakultní nemocnici v Plzni. Tento výzkum byl veden na základě schválené žádosti o jeho provedení ve Fakultní nemocnici v Plzni, od magistry Světluše Chabrové. (příloha G) Poté byla oslovena vrchní sestra hematologického oddělení Mgr. Klára Kabátová Maxová a dále také staniční sestra HOO-ambulace Mgr. Petra Vodičková. Výzkum byl povolen.

Výzkumné šetření proběhlo v prostorách Fakultní nemocnice Lochotín na ambulanci hematologie, na kterou účastníci výzkumu pravidelně docházeli. Osloveno bylo celkem 8 pacientů, z nichž účastí na výzkumu souhlasili a stanovenému výzkumu se podrobili pouze 4 osoby.

Před zahájením rozhovoru byl vždy pacient seznámen s tématem, cílem mé bakalářské práce a poté podepsal informovaný souhlas. Poté jsem s každým pacientem realizovala jednu osobní schůzku, která trvala přibližně 1,5 hodiny. Dále jsem se souhlasem pacienta nahrála celý rozhovor na diktafon. Značným přínosem pro vypracování této bakalářské práce je skutečnost, že jsem měla možnost s pacienty bezprostředně komunikovat, lépe poznat jejich vnitřní pocity a zjistit nedostatky obsažené v rozhovoru. A ty jsem měla možnost následně opravit. Vše probíhalo tak, aby nebyl narušen chod tohoto oddělení, a přitom byl na rozhovor zachován dostatek času. Po domluvě se staniční sestrou Mgr. Vodičkovou jsem mohla využít pro rozhovory přípravný sálek, který nám zajistil dostatečný pocit soukromí a pomohl eliminovat případné nežádoucí interakce zvenčí.

12 ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

12.1 Přepis rozhovor

12.2 Respondentka č. 1

Žena ve věku 54 let. Pracuje jako knihovnice. Mnohočetný myelom jí byl diagnostikován v roce 2018, při preventivní kontrole u svého praktického lékaře. Klientka v té době trpěla mírnými bolestmi zad.

12.2.1 Problematika podávání informací

Každý rozhovor jsem zahájila otázkou na období, kdy respondent dostal první informace o průběhu podávání biologické léčby. Dotazovaná respondentka uvedla, že je velice specifický pacient, protože hned jak se dozvěděla svou diagnózu, tak si informace vyhledávala z pro ni dostupných zdrojů na internetu. Pacientka uvedla následující: *„vzhledem k tomu, kde pracuji, mám možnost získat ty nejaktuálnější informace o mnohočetném myelomu a jeho léčbě z mnoha zdrojů“* Také uvedla, že na oddělení ambulance jsou k dispozici různé poučné brožury, které jsou pravidelně obnovovány, a tudíž jsou aktuální. Dotazovaná zmínila stránky myelomové skupiny, kde lze získat mnoho potřebných informací o mnohočetném myelomu a jeho léčbě. Dotazovaná pacientka rovněž uvedla, že požadovaných informací se jí dostalo hned při první návštěvě své ošetřující lékařky. Na další otázku, kdo klientce poskytl informace o průběhu podávání biologické léčby odpověděla následovně: *„moje ošetřující lékařka, jinak nikdo jiný“*

Má třetí otázka byla zaměřena na to, jakým způsobem byly dotazované poskytnuty informace. Respondentka řekla: *„jednak osobním rozhovorem a jednak z různých odborných zdrojů nebo brožurek, které jsou umístěny před ordinací paní doktorky.“*

Na otázku, zda klientka porozuměla všem sděleným informacím o průběhu podávání biologické léčby odpověděla: *„ano, pokud něčemu nerozumím, tak si to dokážu vyhledat na internetu. Vždy jsem měla možnost zeptat se paní doktorky, když jsem něčemu neporozuměla.“* Poté pacientka dodala, že se ještě nesetkala s tím, že by u informací podaných ošetřující doktorkou něčemu neporozuměla.

Otázka položená následně byla zaměřena na podání informace k celkovém přínosu údajů o průběhu poskytování biologické léčby. Respondentka uvedla, že to není její první biologická léčba, takže si myslí, že potřebné informace k průběhu biologické léčby má. *„Určitě je důležité vědět, co člověka čeká, protože z vlastní zkušenosti vím, jak mohutně působící je nejistota při nedostatku informací, co vlastně člověku je. Vše je tak ubíjející. Ten strach se právě eliminuje tím, že si zjistím požadované informace směřující ke zlepšení mého psychického stavu,“* svěřila se respondentka.

12.2.2 Problematika informovanosti

Na otázku ohledně kvality informací o biologické léčbě a jejím podáváníí dotazovaná považuje za nejdůležitější vědomí o existenci další léčebné metody. *„V okamžiku kdy zjistím, že jeden způsob léčby je u svého konce, mohu dále pokračovat jiným způsobem léčby.“* Pro respondentku je důležitý pozitivní pohled do budoucnosti.

Další otázka byla směřována na její názor na nejméně podstatné informace o biologické léčbě a jejím podáváníí. Pacientka si myslí, že jsou všechny informace podávané ošetřující paní doktorkou a na oddělení pracujících sester jsou stejně důležité. To proto, že ošetřující sestry někdy sdělí nějakou informaci, která třeba opomněla ošetřující lékařka dodat z důvodu jejího pracovního zaneprázdnění. Poté doplnila: *„pro moji osobu jsou i tyto následně podané informace velmi důležité.“* Respondentka dále také dodala, že jsou pro ni důležité údaje o lécích, které jsou jí v různých denních dobách podány a způsobem jejich užití. Také s jistým studem přiznala, že si řadu věcí nepamatuje a často si musí dělat písemné poznámky.

Následujícím dotazem jsem chtěla získat poznatek, jaké informace a jakého druhu jsou klientce poskytovány opakovaně. Na to ona odpověděla, že informace, které jsou jí podávány opakovaně, se týkají dalšího postupu léčení choroby. Obsahem těchto informací jsou údaje o způsobu poskytované léčby, jejich částech a informacích o očekávané reakci organismu.

Další dotaz směřoval k tomu, jak často potřebuje respondentka zopakovat informace o léčbě její choroby. Na to dotazovaná s klidem odpověděla: *„nevím jak často, ale paní doktorka je opakuje při každé návštěvě.“* Zmínila se také, že základní informace jsou uvedené v jí předané lékařské zprávě.

V další části rozhovoru jsem se pacientky dotazovala, které informace o biologické léčbě postrádá. Opět odpověděla, že je velice specifický případ a svou nemoc intenzivně a často studuje v pro ni dostupné literatuře. Současně vyhledává i další, s léčbou související informace. „*To platí samozřejmě i o biologické léčbě. Mám nastudováno mnoho informací a troufnu si říct, že vím, jaké komplikace se mohou vyskytnout a co na ně pomáhá.*“ Respondentka se mi svěřila s tím, že patří mezi skupinu lidí, kteří si informací o onemocnění a jeho léčbě velice cení, a proto čerpá z více zdrojů. Informace ze zdrojů si poznamenává a využívá je v praxi.

12.2.3 Problematika edukace

Ve třetí části rozhovoru jsem s respondentkou hovořila o tom, jak jí vyhovuje způsob poskytování informací o průběhu a podávání biologické léčby. Klientka vysoce hodnotila přístup ošetřující lékařky a sester, které o ní v průběhu podávání biologické léčby pečují. Hovořila o tom, že je spokojená s tím, co se dozví od své ošetřující lékařky a od sester, které ji svým empatickým a laskavým přístupem zpříjemňují den, který tráví na ambulanci.

Při další otázce se pacientka rozpovídala o tom, jak jí informace o průběhu podávání biologické léčby pomohly při zvládnutí procesu léčení. Dotazovaná hovořila o tom, jak je důležité nastavit hlavu tak, aby myslela pozitivně. V rozhovoru srovnávala svůj psychický stav, kdy neměla dostatek informací o svém onemocnění a jeho léčbě a svůj současný psychický stav, kdy potřebné informace načetla nebo získala od sester nebo od ošetřující lékařky. Došli jsme k názoru, že pro respondentku jsou informace v boji s tímto onemocněním velice důležité, protože z každé informace si respondentka něco odnese a přizpůsobí tomu svůj život. Také mluvila o tom, jak je důležité, aby byl nějaký pozitivní výhled do budoucnosti. Zhodnotila, že celkový nadhled nad prodělanou chorobou je velmi důležitý pro psychickou pohodu každého nemocného člověka. Na závěr vážící se k tomu dotazu dotazovaná rovněž se zjevným klidem odpověděla, že bylo pro ní zásadní vědomí o tom, že z této situace je vždy možné nějaké léčebné východisko. I v této části rozhovoru jsem z dotazované klientky cítila velmi vyrovnanou ženu, která ve svém životě potřebuje alespoň kousek naděje, která ji žene kupředu.

V další části rozhovoru jsem hodlala získat informace, s jakými pozitivy nebo negativy se respondentka setkala v souvislosti s podáváním biologické léčby. Paientka se usmála a odpověděla, že by mohla vyprávět celý den o pozitivních věcech, se kterými se setkala a zároveň by nenašla žádnou negativní věc, jež by mohla vytknout. Rozhovor byl

provázen velmi pozitivní atmosférou, která mezi námi během konverzace panovala. Respondentka vydatně vyzdvihovala přístup a chování ošetřující lékařky i sester.

V předposlední otázce našeho rozhovoru mě zajímalo, zda by respondentka hodlala získávat informace i jiným způsobem a pokud ano, jaký by preferovala. Z rozhovoru vyplynulo, že klientce současný způsob získávání informací velmi vyhovuje. Dotazovaná by případně rovněž uvítala možný přístup k nějaké aktuální informační publikaci nebo brožurce a tím si doplnila nové poznatky. Hovořila také o tom, že po dobu, kdy do ambulance dochází, dostává se jí stále novějších informací, které ji velmi pozitivním způsobem ovlivňují.

V poslední otázce našeho rozhovoru jsem chtěla vědět, co by respondentka doporučila zlepšit v průběhu předávání informací. Respondentka odpověděla: „*Za moji osobu si myslím, že by bylo vhodné rozlišit způsob komunikace dle úrovně vzdělání a dosaženého věku.*“ Poté se mi žena snažila vysvětlit, jak velký rozdíl je v komunikaci mezi nedoslýchavým pacientem důchodového věku a pacientem ve věku kolem čtyřiceti let, který nemá tolik přidružených onemocnění. Poukázala také na rozdíl v komunikaci mezi vysoce vzdělaným člověkem a člověkem se základním vzděláním. Obě jsme shodně došly k závěru, že podávání informací by mělo být pro každého individuální a mělo by v sobě zahrnout značné množství jiných aspektů, které by mohly komunikaci následně ovlivnit.

12.3 Respondentka č. 2

Žena ve věku 68 let. V současné době je v důchodu. Klientka nějakou dobu pociťovala bolesti zad, ale myslela si, že to nic není. Náhodným provedením odběru krve se zjistilo, že má odchylky v krevním obraze. Po provedení kontrolního CT bylo zjištěno, že se jedná o mnohočetný myelom. K diagnostice této nemoci došlo v roce 2018.

12.3.1 Problematika podávání informací

I u druhé respondentky začínal můj rozhovor stejnou *otázkou* zabývající se podáváním informací. Pacientka byla velmi pozitivně naladěná. Položila jsem jí první otázku, kdy dostala první informace o průběhu podávání biologické léčby. Dotazovaná rozhovor zahájila tím, že se ve své mysli vrátila o dva roky zpět, čili do roku 2018, kdy jí byla podána informace o její diagnóze. Rozhovořila se o tom, že v té době se její nemoc vrátila a ona byla nucena podstoupit transplantaci krevetvorných buněk. Ta pro ni byla svým způsobem velice vyčerpávající. Po návratu k původní otázce respondentka uvedla, že informace o biologické léčbě a jejím podávání jí poskytla ošetřující lékařka před zahájením léčby.

Stejně jako u první respondentky i zde u byla má další otázka směřována k tomu, kdo klientce poskytl informace. V předešlé otázce na ni už dotazovaná odpověděla, že se jednalo o informace poskytnuté ošetřující lékařkou. V rozhovoru jsme pokračovaly a žena zmínila, že jí poskytly informace i sestry následně po rozhovoru s ošetřující lékařkou.

Třetí otázka mého rozhovoru s respondentkou směřovala ke zjištění, jakým způsobem jí byly poskytnuté informace sděleny. Respondentka odpověděla: „*Všechny informace mi byly podávány verbálně.*“ Pacientka se rozpovídala o tom, že je zdaleka a musela dojíždět až do Plzně a celý tento proces byl zdoluhavý a fyzicky i psychicky náročný. Informace dotazovaná čerpala také z brožurek, které ležely před ordinací paní doktorky a byly jí k dispozici. Rovněž dodala, že ošetřující lékařka při jednání s ní byla velice příjemná a nastínila jí, jak celý léčebný proces bude probíhat.

V další části rozhovoru jsem chtěla zjistit, do jaké míry respondentka porozuměla všem sděleným informacím a zda měla možnost dotázat se, čemu neporozuměla. Na tento dotaz pacientka reagovala tak, že z počátku všem podaným informacím neporozuměla, ale časem se jí poznání v této věci zlepšovalo. Dále také dodala, že pokud něčemu neporozuměla, podala jí ošetřující lékařka doplňující informace. Z rozhovoru bylo patrné, že je dotazovaná uvolněná a opravdu má o této nemoci a její léčbě přehled.

Po další otázce měla dotazovaná zhodnotit celkový přínos informací o průběhu a podávání biologické léčby. Pacientka úroveň podaných informací hodnotila velice kladně. Při rozhovoru použila respondentka slova, že je se vším: „*Na 100 % spokojená*“. Pro dotazovanou je celkový přínos informací velice důležitý, protože podle toho se odvíjí její další způsob života a její celkový životní styl. Hovořila také o tom, že je velice společenský člověk, který rád cestuje a s ošetřující lékařkou konzultuje i cesty do zahraničí.

12.3.2 Problematika informovanosti

V druhé části rozhovoru jsem se respondentky zeptala, jaké informace o biologické léčbě a jejím podávání hodnotí jako nejdůležitější. Z rozhovoru bylo patrné, že pacientku nejvíce zajímají možné komplikace léčby a jejich následný vliv na ostatní orgány. Zmínila také důležitost informací o úrovni dávkování léčebných prvků. Pacientka se ve vedeném rozhovoru z velké části zmínila o možných komplikacích spojených s podáváním biologické léčby. Svěřila se, že v průběhu její léčby měla velké bolesti a otoky dolních končetin. Z toho důvodu dotazovaná byla nucena na nějakou dobu se pohybovat na invalidním vozíku a její dcera ji musela doprovázet na každé podávání léčby. V současné době je respondentka bez

otoků a invalidní vozík nepotřebuje. Klientka zmínila, že jediné, na co jí ošetřující lékařka nedokázala odpovědět, je dotaz na zbývající dobu jejího života. V souvislosti s tím uvedla, že takovou otázku ošetřující lékařka nepřijímá a nehodlá na ni ani odpovědět.

Dále jsem se dotazovala na nejméně důležité informace související s léčbou této choroby. Respondentka uvedla, že všechny informace jsou pro ni důležité a nedokáže posoudit, které méně. Zajímalo ji také, jaké je složení infuzních roztoků, které jsou jí podávány. To odůvodnila vzájemnou provázaností léčebných postupů.

Moje třetí otázka týkající se informovanosti obsahovala dotaz na opakovaně poskytované informace. Klientka se mírně pousmála a reagovala způsobem, že v současné době asi nijaké, neboť se domnívá, že dosud získané informace jsou pro ni plně dostačující. K tomu dodala, že si občas uvědomí, že už je jí známo vše, co léčba obnáší. „*Už delší dobu sem docházím a zastávám názor, že léčebný postup se výrazně nezměnil.*“ Na klientce bylo patrné, že léčbu absolvovala již několikrát a detailně znala postup celé léčby.

Další otázka navazovala na tu předchozí. Pacientky jsem se zeptala, jak často potřebuje informace zopakovat. Žena se na chvíli zamyslela a s klidem odpověděla, že informace vůbec zopakovat nepotřebuje. V průběhu rozhovoru dotazovaná zavzpomínala na to, jak často sem dříve musela docházet. Za zmíněnou dobu měla respondentka možnost projít tímto procesem několikrát, takže si celý proces zapamatovala. Také zmínila, že nutnost pravidelného dojíždění do hematologické ambulance je velice únavná a časově náročná, kdy takto stráví celý jeden den léčbou a cestováním. Pozitivní věc, kterou pacientka vidí v podávání léčby je, že se alespoň na krátký časový úsek může položit na nemocniční lůžko a odpočinout si.

Další otázku jsem směřovala k tomu, zda jsou nějaké informace, které klientce chybí. Respondentka zodpověděla, že jí žádné informace nechybí a když zjistí opak, zeptá se ošetřující lékařky případně sester, které jí vše ochotně objasní.

12.3.3 Problematika edukace

Třetí část mého rozhovoru s pacientkou byla zaměřena na problematiku edukace. Na otázku, jak respondentce vyhovuje způsob poskytování informací o průběhu podávání biologické léčby dotazovaná, odpověděla: „*nemohu si na nic stěžovat, vše mi přijde dokonalé*“. V rozhovoru jsme pokračovaly a respondentka zmiňovala jen samou chválu.

Z dialogu vyplynulo, že kdykoliv dotazovaná něco zapomněla nebo nevěděla, vždy měla možnost se zeptat ošetřující lékařky nebo sester, které jí vše rády vysvětlily.

Dále mě zajímalo, jak respondentce poskytnuté informace pomohly při zvládnutí procesu léčení. Před rozhovorem byla pacientka značně rozrušená. Dále zmínila, jak jsou informace o takové nemoci a její léčbě pro ni zásadní. Hlavně po psychické stránce. V rozhovoru respondentka pokračovala a hovořila o tom, jak je důležité této věci uvažovat pozitivně neboť takové myšlení se následně odráží na celkovém zdravotním stavu. Vysvětlovala, že je důležité nastavit myšlení tak, aby myšlenky byly vedeny jen v pozitivním směru a nezmizel ten kousek naděje, který pacientku žene kupředu.

Další otázka se vztahovala na pozitiva a negativa se kterými se respondentka setkala v průběhu poskytování informací. Předně pacientka zdůraznila, že se v souvislosti se svým léčením setkala pouze s pozitivními věcmi. Dále hovořila o tom, že žádné negativa klientka nezaregistrovala. „*Všechny informace jsou poskytovány přesně tak, jak by tyto informace měly být poskytovány,*“ uvedla respondentka.

V další otázce jsem se zajímalo o to, zda dotazovaná má zájem získávat informace i jiným způsobem. Pacientka rázně uvedla, že informace nechce dostávat jiným způsobem než od její ošetřující lékařky. Mluvily jsme o různých způsobech, jak informace získat a dostaly jsme se k používání internetu. Respondentka se rozpovídala o tom, že informace poskytované z internetu jsou pro ni velkým strašákem. „*Je to velice náročná nemoc a číst nějaké špatné články z internetu nechci. Výslovně jsem si vyhledávání informací na internetu zakázala,*“ dodala respondentka.

Ženu jsem upozornila na to, že je tohle naše poslední otázka v rozhovoru. Chtěla jsem znát odpověď na to, co by respondentka chtěla zlepšit v průběhu procesu předávání informací. Rozhovor byl veden velmi pozitivní náladou. Dotazovaná přiznala, že byla se způsobem podávání informací nadmíru spokojená. Pro klientku je velmi důležitý poznatek, že má dostatek informací a další informace již nepotřebuje.

12.4 Respondent č. 3

Muž ve věku 72 let. V důchodu. Vede velmi aktivní život. Rád sportuje a cestuje. Mnohočetný myelom mu byl diagnostikován v roce 2019, kdy u něj došlo k fraktuře tibie.

12.4.1 Problematika podávání informací

Po vysvětlení záměru mého výzkumu jsem se respondentem zeptala na první otázku, která má za cíl zjistit, kdy dostal respondent první informace o průběhu podávání biologické léčby. V této věci klient zavzpomínal na začátky své první biologické léčby. Jednalo se o rok 2019, tedy o dobu, kdy poprvé dostal informaci o diagnóze jeho nemoci. S pacientem jsem hovořila i o tom, jak celý tento proces prožíval a kdy mu byly podány první informace o možné biologické léčbě. Respondent sdělil následující: *„ještě před podáním první biologické léčby mi byly kompletně sděleny všechny důležité informace týkající se podávání biologické léčby“*.

Na předešlou otázku jsem hned navázala další otázkou a chtěla jsem zjistit, kdo klienta informoval o podávání biologické léčby. *„Pouze ošetřující lékařka mi podala všechny důležité informace o biologické léčbě a jejím podávání, do té doby nikdo jiný“* odpověděl dotazovaný.

Následně jsem položila další otázku, jakým způsobem byly dotazovanému sdělovány informace. Z této části rozhovoru jsem zjistila, že všechny potřebné informace byly respondentovi podány výhradně verbálně. V následující části rozhovoru jsem se snažila zjistit, do jaké míry je pacient užívá údajů obsažených v informačních brožurkách. Dotazovaný se na chvíli zamyslel a sdělil, že: *„myslím si, že žádné brožurky jsem nedostal“*. Svěřil se, že spoustu informací v návalu stresu zapomněl a nenapadlo ho poznamenávat si důležité informace na papír. Poté dodal: *„to neměnilo nic na tom, že jsem neměl na výběr.“* Z tohoto sdělení jsem usoudila, že tímto výběrem měl na mysli volbu ve způsobu léčby.

Další otázka se zaměřovala na to, zda respondent porozuměl všem sděleným informacím a zda měl možnost dotázat se na to, co nevěděl. *„Ano, paní doktorka mi vše vysvětlila tak, že se to dalo pobrat,“* odpověděl. Z rozhovoru vyplynulo, že pacient měl vždy možnost dotázat se na věci, kterým buď nerozuměl, nebo neměl možnost využít.

V další otázce měl respondent zhodnotit celkový přínos informací o průběhu podávání biologické léčby. Pacient vše hodnotil velmi kladně. Zdůraznil, že měl veškeré potřebné informace. Kdykoliv se vyskytly nějaké komplikace nebo dotazovaný potřeboval

další informace, měl možnost kdykoliv své ošetřující lékařce telefonicky zavolat a ta mu poté vše vysvětlila.

12.4.2 Problematika informovanosti

V druhé části rozhovoru jsem se respondenta dotázala na úroveň informací, které považuje ve věci léčby jako informace zásadní. V této části rozhovoru dotazovaný zmínil, že pro něj jsou zásadní takové informace, které vedou k vědomostem o stavu a způsobu léčby. V souvislosti s tím se zajímal o způsobu léčby, který ho v budoucnosti čeká. A dále také to, jakým způsobem bude dále probíhat podávání biologické léčby. Také se zajímal komplikace, které se mohou vyskytnout v průběhu a ukončení biologické léčby. A na co se má dále v souvislosti s léčbou připravit.

Na tuto otázku jsem opět navázala a nyní mě zajímalo, jaké informace o biologické léčbě a jejím podávání považuje klient za nejméně důležité. Respondent zmínil složení biologické léčby, kdy tuto informaci považuje za nejméně důležitou ne-li nepodstatnou. Uvedl, že chemie není jeho silná stránka a složení by stejně neporozuměl.

Dále mě zajímalo, jaké informace jsou klientovi poskytovány opakovaně. Zjistila jsem, že pravidelně jsou respondentovi podávány zásadní informace týkající se průběhu podávání biologické léčby. „Pravidelně jsem poučen o tom, že kdykoliv na sobě pocítím nějaké změny, ať se jedná o zimnici nebo třes rukou, mám vše hlásit“ odpověděl. Rozhovor pokračoval a pacient mi vyprávěl o svých zkušenostech s nežádoucími účinky, které se u něj vyskytly v průběhu podávání léčby.

Při položení další otázky jsem se zajímala o to, jak často potřebuje respondent informace zopakovat. Ten odpověděl, že v současné době informace opakovaně sdělit nepotřebuje. „Na začátku léčby určitě ano, byl jsem z toho vyvalený, ale teď postupem času, kdy jsem v ambulanci skoro jako doma, si myslím, že potřebné informace jsem už nasbíral.“ Poté respondent srovnával transplantaci krvevorných buněk s podáváním biologické léčby a usoudil, že z celého procesu léčby je podávání biologické léčby to nejjednodušší a nejméně vyčerpávající.

V páté otázce téhle problematiky jsem se zajímala o to, jaké informace o biologické léčbě a jejím podávání respondentovi chybí. Uvedl, že žádné informace mu nechybí a od ošetřující lékařky má veškeré potřebné informace.

12.4.3 Problematika edukace

V následující části rozhovoru jsem se zajímala o to, jak je pacient spokojený se způsobem poskytování informací o průběhu podávání biologické léčby. V této věci dotazovaný vyjádřil naprostou spokojenost. K tomu dodal: „*paní doktorka mi o všem informuje ústně a mně to tak vyhovuje.*“

Na předchozí otázku jsem navázala a zajímalo mě, jak dotazovanému informace o průběhu podávání biologické léčby pomohly při zvládnutí procesu léčení jeho onemocnění. V rozhovoru pacient uvedl, že není ničím omezen což je pro něj velice příznivé. Také prohlásil, že za veškeré informace o biologické léčbě a jejím podávání je velice vděčný, protože ho to velmi uklidňuje a ví co ho čeká. „*Občas pociťuji smíšené pocity a strachu a nejistoty, ale když mám potřebné informace, tak se cítím mnohem klidněji a uvolněně,*“ svěřil se respondent se svým problémem.

Ve třetí otázce této problematiky jsem se zaměřila na pozitiva a negativa, se kterými se pacient setkal v průběhu poskytování informací. „*Mám jen pozitivní zkušenosti a s žádnými negativy jsem se ještě neseťkal a snad už ani neseťkám,*“ odpověděl. Dle respondentova názoru jsou ošetřující lékařka a sestry velice profesionální, mají příjemné vystupování a může o nich hovořit jen kladně.

Dále mě zajímalo, zda by měl pacient zájem získávat informace i jiným způsobem než doposud a pokud ano tak jakým. Dotazovaný bez přemýšlení uvedl, že jiným způsobem informace dostávat nechce a je spokojený s podáváním informací od své ošetřující lékařky.

Respondent popsal svůj příběh, kdy se dozvěděl svou diagnózu. Uvedl, že neměl vůbec chuť vyhledávat informace na internetu, protože se bál, že se dočte něco, co by nechtěl vědět. „*Na internetu vás každý straší a mému psychickému stavu by to rozhodně neprospělo,*“ dodal pacient na závěr.

Stejně jako předešlý respondent tak i tento byl upozorněn na to, že tohle je má poslední otázka z celého našeho společného rozhovoru. Respondenta jsem se na závěr dotázala, zda existuje něco, čím by doporučil zlepšit proces předávání informací v průběhu léčebného procesu. Dotazovaný poukázal na skutečnost, že by potřeboval více času na to, aby získané informace pro svoji potřebu dostatečně zpracoval. Dále poukázal na to, že trpí občasnými problémy s pamětí, kdy zejména ve stresovém stavu si nepamatuje téměř nic. Tímto jeho sdělením jsme vzájemnou konverzaci ukončili.

12.5 Respondent č. 4

Muž ve věku 59 let. Mnohočetný myelom mu byl diagnostikován v roce 2018 a to po fraktuře obratle. Do nedávna byl velmi sportovně aktivní, což se ukázala na jeho životním stylu. Bohužel z důvodu přidružených onemocnění došlo u klienta k úbytku sil.

12.5.1 Problematika podávání informací

Na moji první otázku, kdy pacient dostal první informace o biologické léčbě a jejím podávání, mi bylo sděleno, že to bylo v roce 2018. V této době se respondent poprvé dozvěděl o své diagnóze a ta následně změnila jeho další život. V pokračujícím rozhovoru se zmínil o tom, že informace o mnohočetném myelomu mu poskytla ošetřující lékařka. A ta mu také sdělila, že mu bude podávána biologická léčba, která je nezbytnou součástí celého léčebného procesu.

Ve své odpovědi na dříve položenou otázku pacient současně odpověděl na mou druhou otázku. Přesto jsem mu ji položila znovu. Chtěla jsem zjistit, kým byl respondent ve skutečnosti informován o průběhu podávání biologické léčby. I na tuto otázku shodně odpověděl, že informace získal od své ošetřující lékařky. Současně s tím se svěřil, že veškeré jemu podané informace plně nepochopil. „*Bral jsem to na lehkou váhu a netušil jsem, o jak zákeřnou nemoc se jedná. Neutěšovalo mě ani to, že je nemoc léčitelná, ale bohužel ne vyléčitelná. Myslel jsem si, že se jedná o rakovinu jako každou jinou a ne o tak závažné onemocnění s tak vážnou prognózou,*“ poznamenal dotazovaný. Z reakce bylo patrné, že odpovídá ve stavu značného psychického rozrušení.

Dále mě zajímalo, jakým způsobem byly informace pacientovi sdělovány. Dotazovaný odpověděl, že veškeré informace mu poskytla ošetřující lékařka verbální formou. Z rozhovoru vyplynulo, že sestry na tom neměly žádný podíl.

V následující otázce, stejně jako u předešlého respondenta, mě zajímalo, do jaké míry porozuměl všem sděleným informacím o průběhu podávání biologické léčby, které mu byly podány. Respondent odpověděl, že ne všemu úplně na 100 % porozuměl. Poté rozvedl rozhovor a začal vyprávět svůj příběh, kdy před 14 dny byl hospitalizován na lůžkovém oddělení hematonekologie z důvodu selhávání ledvin. „*Pan doktor na lůžkovém oddělení mi vše vysvětlil tak polopatě, že jsem většinu věcí porozuměl.*“

Pátá otázka se zaměřovala na to, jak by respondent zhodnotil celkový přínos informací o průběhu podávání biologické léčby. Klientova odpověď mě trochu zarazila. „*Já jsem toho v té době moc vědět nechtěl, ale na druhou stranu mi teď ty informace chybí*“.

12.5.2 Problematika informovanosti

V problematice informovanosti mě zajímalo, jaké informace o biologické léčbě a jejím podávání považuje dotázaný za nejdůležitější. Pro respondenta se jako nejdůležitější jeví informace o tom, jaký je rozdíl mezi biologickou léčbou a chemoterapií. Také jaký bude mít léčba vliv na jeho zdraví. Zmínil, že je obézní a potřebuje si hlídat svou váhu. V neposlední řadě pacient uvedl, že ho zajímají případné komplikace, které se mohou vyskytnout v průběhu podávání biologické léčby nebo až po její skončení.

Následně jsem na předchozí otázku navázala otázkou směřující ke zjištění jaké informace jsou pro respondenta nejméně důležité. Tento pacient, stejně jako pacient předchozí, uvedl, že je pro něj nejméně podstatná informace o chemickém složení preparátů biologické léčby. Jinak všechny ostatní jemu informace považuje za pro něj důležité. „*Nikdy nevíte, kdy se vám bude nějaká informace hodit*“ dodal respondent v závěru.

Další otázku, kterou jsem respondentovi položila, byla, jak často jsou mu informace poskytovány opakovaně. Hovořil o tom, že jsou mu pravidelně poskytovány informace, jak bude léčba dále probíhat a jaké může mít léčba účinky na jeho organismus. Respondent dále podotkl, že je pravidelně poučován o možných následných komplikacích, které se mohou vyskytnout a v případě jejich vzniku povinnost ihned je nahlásit ošetřujícímu personálu. „*Komplikace se u mě vyskytly nedávno a sestřičky i paní doktorka zareagovaly velmi rychle,*“ uvedl respondent.

Dále jsem se zajímala o to, jak často potřebuje dotazovaný zopakovat informace o biologické léčbě a jejím podávání v průběhu léčení. Pacient odpověděl: „*jsou dny, kdy to nepotřebuji znovu opakovat a zároveň jsou dny, kdy chci podané informace sdělit opakovaně. Třeba tak jednou měsíčně informace zopakovat potřebuji.*“

Poslední otázka této problematiky měla za cíl zjistit, zda respondentovi chybí nějaké informace o biologické léčbě a jejím podávání. Pacient se svěřil s tím, že dodnes neví, jaké léčebné prostředky jsou mu podávány a jsou součástí jeho biologické léčby nebo chemoterapie. „*Chtěl bych vědět, jaký je rozdíl mezi biologickou léčbou a chemoterapií a v čem přesně je biologická léčba cílená,*“ dodal na závěr respondent.

12.5.3 Problematika edukace

V poslední části našeho rozhovoru jsem se s pacientem zaměřila na problematiku edukace. První moje otázka byla, zda respondentovi vyhovuje způsob poskytování informací o průběhu podávání biologické léčby. Načež dotazovaný odpověděl, že moc informací o podávání biologické léčby nemá. „*Jsem ten obrácený typ člověka, co nechce vědět moc informací. Jsem takto spokojený,*“ uvedl respondent.

V následující položené otázce jsem se zajímala o to, jak poskytnuté informace pomohly pacientovi v procesu léčení jeho onemocnění. Ošetřující lékařka údajně respondentovi vysvětlila podstatu jeho nemoci a zároveň mu nastínila existenci možného způsobu jeho další léčby. Pacient se v rozhovoru zmínil, o skutečnosti, že mu ošetřující lékařka dodala velkou část morální podpory, která mu, dle jeho informací, zásadně pomohla v procesu jeho léčení.

Další otázkou jsem hodlala zjistit, jaká pozitiva či negativa v souvislosti s jemu předávanými informacemi byly pro něj podstatnými. Na to dotázaný reagoval tak, že jemu podané informace považoval vždy za informace pozitivní, a tudíž se údajně s negativními působícími informacemi nesetkal. „*K tomuto tématu jsem dostával informace pouze takové, že všichni říkají, že jsem v dobrých rukách, což si myslím i já.*“ Dále v rozhovoru uvedl, že sestry i ošetřující lékařka jsou velice příjemné a ochotné kdykoliv pomoci.

Respondenta jsem se poté dotázala, zda by měl zájem o získávání informací také jiným způsobem než tím současným. Dosavadním způsobem získané informace jsou dle sdělení pacienta dostačující. Veškeré informace respondent údajně získal od své ošetřující lékařky, které věří a o které je přesvědčen, že v souvislosti jeho léčbou užívá jen nejlepšího léčebného postupu. Další otázka byla směřována k informacím, do jaké míry čerpá jako zdroj informací internetové zdroje. Dotázaný odpověděl, že informace z internetu mu dcera zakázala, protože si myslí, že by to nepřispělo jeho duševnímu stavu. Respondent s tímto názorem souhlasil.

Jako poslední otázku jsem se respondenta zeptala, zda by doporučil něco v průběhu předávání informací zlepšit. Dotázaný odpověděl, že na tuto otázku nedokáže kladně odpovědět. „*Nevím, jestli se ty informace dokáží podat lépe. Proces předávání informací od paní doktorky je sice ve fofru, ale myslím si, že dostačující,*“ uvedl respondent a tím ukončil celý náš rozhovor.

Tabulka 1- Zkušenosti pacientů s edukací o podávání biologické léčby

Jaké jsou zkušenosti pacientů s mnohočetným myelomem s edukací o podávání biologické léčby?				
	P1	P2	P3	P4
Kdy jste dostal/a první informace o podávání biologické léčby?	Při první návštěvě u své ošetřující lékařky	Od ošetřující lékařky před zahájením biologické léčby	Od ošetřující lékařky před zahájením biologické léčby	Při první návštěvě u své ošetřující lékařky
Kdo Vás informoval o průběhu podávání biologické léčby?	Ošetřující lékařka	Ošetřující lékařka a sestry	Ošetřující lékařka	Ošetřující lékařka
Jakým způsobem Vám byly informace o podávání BL poskytnuty?	Z odborných internetových zdrojů, brožurek a osobním rozhovorem	Vše mi bylo podáváno verbálně nebo pomocí brožurek.	Všechny informace mi byly podány výhradně verbálně	Všechny informace mi byly podány výhradně verbálně
Porozuměl/a jste všem sděleným informacím o průběhu podávání BL? Byla možnost dotázu?	Ano všemu, vždy jsem měla možnost dotázat se	Ze začátku ne, ale postupem času ano, vždy jsem měla možnost dotázat se	Ano, vždy jsem měl možnost dotázat se	Myslím si, že 100 % ne
Jak byste zhodnotil/a celkový přínos informací o průběhu podávání BL?	Důležité je vědět co mě čeká, informace mi pomáhají k lepšímu psychickému stavu	Se vším jsem na 100 % spokojená, celkový přínos informací je pro mě důležitý v postoji k životu	Velmi kladně, mám veškeré potřebné informace	Moc jsem toho vědět nechtěl a teď mi ty informace chybí.

Tabulka č. 1 znázorňuje zkušenosti pacientů s edukací o podávání biologické léčby. Dva respondenti uvedli, že první informace o podávání biologické léčby dostali při první návštěvě u své ošetřující lékařky. Další dva respondenti uvedli, že přenos informací týkající se podávání biologické léčby proběhl až před prvním podáním biologické léčby.

Všichni čtyři respondenti se shodli na tom, že informace o průběhu podávání biologické léčby jim podala ošetřující lékařka. Pouze jedna respondentka uvedla, že jí informace o podávání biologické léčby poskytla i sestřička.

Všichni čtyři respondenti shodně uvedli, že jim poskytnuté informace byly podány verbálně. Dva respondenti uvedli, že jim informace byly podány i písemně formou brožurky. Pouze jedna respondentka sdělila, že jí byla fakta poskytnuta i přes odborné zdroje na internetu.

Na otázku, zda respondenti porozuměli všem sděleným informacím o průběhu podávání biologické léčby, opověděli dva respondenti, že ano. Jedna pacientka uvedla,

že ze začátku všem informacím úplně neporozuměla, ale že v průběhu času informace nasbírala a porozuměla jim. Pouze jeden klient uvedl, že 100 % všem informacím o průběhu podávání biologické léčby neporozuměl.

Tři respondentky zhodnotily celkový přínos informací velmi kladně. Jeden respondent zhodnotil celkový přínos informací o průběhu podávání biologické léčby za nedostatečný.

Schéma 1 Zkušenosti pacientů s edukací o podávání biologické léčby

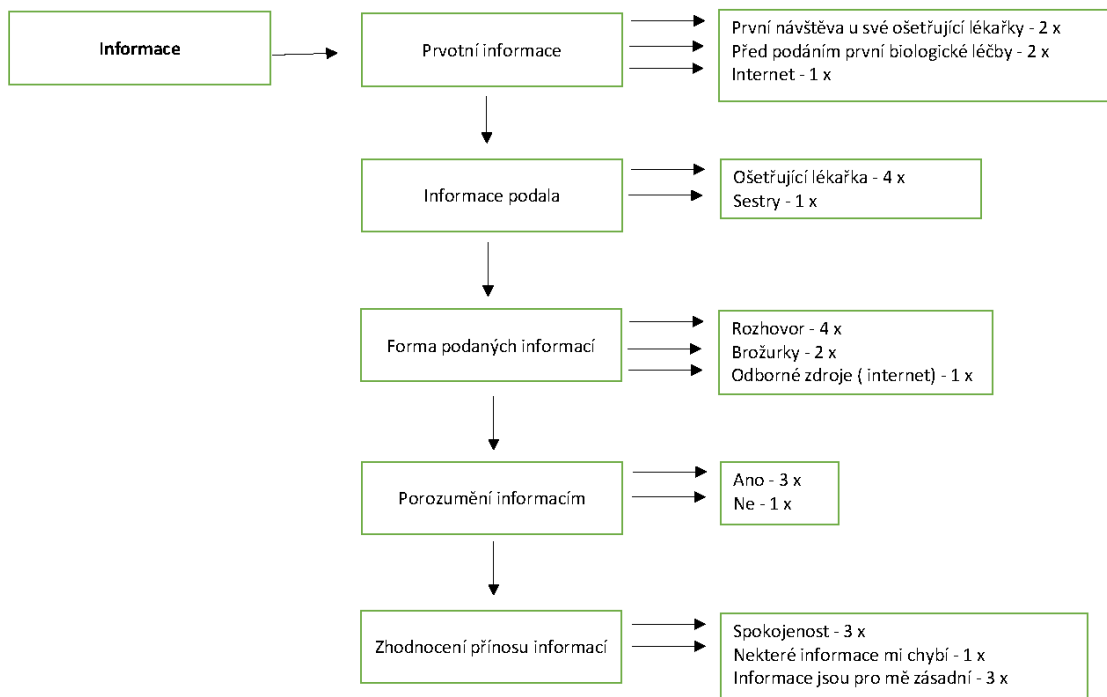


Schéma č. 1 zachycuje, jak participanti odpovídali na jednotlivé otázky týkající se zkušeností s edukací o podávání biologické léčby. Otázky byly zaměřené na poskytování prvotních informací o podávání biologické léčby, kdo jim informace poskytl, jaká byla forma podaných informací, jak informacím porozuměli a jak by zhodnotili celkový přínos těchto informací. Schéma má poukázat na shodnost odpovědí jednotlivých respondentů.

Tabulka 2 - Informace, které pacienti potřebují nejvíce

Jaké informace pacienti s mnohočetným myelomem podstupující biologickou léčbu nejvíce potřebují?				
	P1	P2	P3	P4
Jaké informace o biologické léčbě a jejím podávání považujete za nejdůležitější?	Existence další léčebné metody	Dávkování léčebných prvků, možné komplikace a vliv léčby na ostatní orgány	Vědomosti o stavu a způsobu léčby, průběh podávání biologické léčby, na co se připravit v souvislosti s léčbou	Rozdíl mezi biologickou léčbou a chemoterapií, vliv léčby na zdraví, komplikace biologické léčby
Jaké informace o biologické léčbě a jejím podávání považujete za nejméně důležité?	Žádné	Žádné	Chemické složení biologické léčby.	Chemické složení biologické léčby
Jaké informace o biologické léčbě a jejím podávání vám jsou poskytovány opakovaně?	Postup léčení onemocnění, způsob poskytované léčby a jejich částech, reakce organismu na léčbu	V současné době žádné	Průběh podávání léčby a případné komplikace sdělit ošetřující sestře	Průběh léčby a její účinky na organismus, možné komplikace
Jak často potřebujete zopakovat informace o biologické léčbě a jejím podávání v průběhu léčení?	Nevím jak často, ale paní doktorka je opakuje při každé návštěvě.	Nepotřebuji	Nepotřebuji	1 x měsíčně
Jaké informace o biologické léčbě a jejím podávání Vám chybí?	Žádné, vše mám nastudované	Žádné	Žádné	Jaké léčebné prostředky jsou mi podávány, rozdíl mezi biologickou léčbou a chemoterapií, cílenost biologické léčby

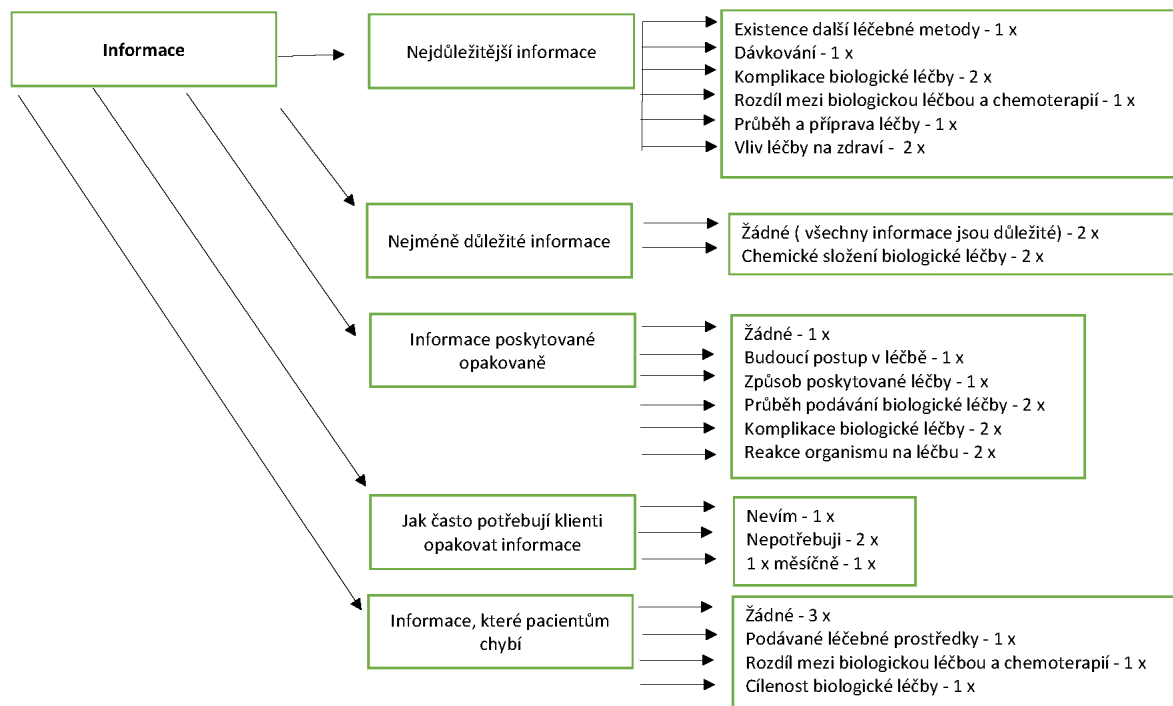
Tabulka č. 2 znázorňuje, jaké informace pacientům s mnohočetným myelomem chybí při podstupování biologické léčby. Na otázku, které informace respondenti považují za nejdůležitější, odpověděla jedna respondentka, že je pro ni nejdůležitější existence další léčebné metody. Jedna respondentka udala, že je pro ni důležité znát dávkování léčebných prvků. Ve dvou případech bylo uvedeno, že je důležité znát účinek biologické léčby na zdraví a její komplikace. Důležitost přípravy a průběhu biologické léčby uvedl jen jeden participant. A pouze jednou byl zmíněn rozdíl mezi biologickou léčbou a chemoterapií.

Dva pacienti uvedli, že je pro ně nejméně důležité znát složení biologické léčby. Další dva dotazovaní uvedli, že jsou pro ně všechny informace týkající se biologické léčby a jejím podávání důležité.

Jeden respondent uvedl, že mu v současné době nejsou podávány žádné informace opakovaně. Dvakrát byly jmenovány účinky, průběh a komplikace biologické léčby. Jedno byl zmíněn druh a název podávaného léku a budoucí postup v léčbě onemocnění.

Jedna dotazovaná uvedla, že neví, jak často potřebuje zopakovat informace, ale jsou jí podávány opakovaně při každé návštěvě u své ošetrující lékařky. Dva další respondenti uvedli, že informace nepotřebují a poslední participant udal, že informace potřebuje zopakovat 1 x měsíčně.

Schéma 2 Informace, které pacienti potřebují nejvíce



Tři respondenti se shodli na tom, že žádné informace o biologické léčbě a jejím podávání jim nechybí. Jeden respondent uvedl, že nezná rozdíl mezi biologickou léčbou a chemoterapií, v čem je biologická léčba cílená a jaké léčebné prostředky jsou mu v současné době podávány.

Schéma č. 2 ukazuje, jak klienti odpovídali na jednotlivé otázky zaměřující se na informace, které jsou pro ně důležité, méně důležité, jaké informace jsou jim podávány opakovaně. Dále jak často potřebují opakovat informace a informace, které jim chybí. Současně je znázorněna shodnost jednotlivých odpovědí.

Tabulka 3- Jaký způsob edukace pacienti upřednostňují

Jaký způsob edukace považují pacienti s mnohočetným myelomem za nejpříznivější?				
	P1	P2	P3	P4
Jak Vám vyhovuje způsob poskytování informací o průběhu podávání BL?	Jsem spokojená	Jsem spokojená	Jsem spokojený	Přesto, že nemám dostatek informací tak jsem spokojený
Jak Vám poskytnuté informace o průběhu podávání BL pomohly při zvládnutí procesu léčení vašeho onemocnění?	Velmi pomohly, důležité je nastavit hlavu pozitivním směrem, informace jsou pro mě zásadní	Informace o nemoci a její léčbě jsou pro ni zásadní, uvažovat pozitivně	Za veškeré informace jsem vděčný, protože mě uklidňují	Existence dalšího způsobu léčby, velká podpora od své ošetřující lékařky
S jakými pozitivy/negativy jste se v průběhu poskytování informací o průběhu podávání BL setkala?	Pouze pozitivita	Pouze pozitivita	Pouze pozitivita	Pouze pozitivita
Měl/a byste zájem získat informace o BL a jejím podávání jiným způsobem? Pokud ano, jakým?	Tento způsob mi vyhovuje, využití brožurek	S dosavadním způsobem jsem spokojená	S dosavadním způsobem jsem spokojený	Dosavadní způsob získávání informací je dostačující
Co byste doporučil/a v průběhu procesu předávání informací o průběhu podávání BL zlepšit?	Podávat informace dle úrovně vzdělání a dosaženého věku	Žádné, jsem spokojená	Více času na zpracování informací	Proces předávání informací je v rychlosti, ale dostačující

Tabulka č. 3 je zaměřena na způsob edukace, který pacienti upřednostňují.

Všichni respondenti se shodli na spokojenosti s poskytováním informací o průběhu podávání biologické léčby. Dále shodně klienti uvedli, že jsou pro ně informace o biologické léčbě a jejím podávání zásadní při zvládnutí procesu léčení. Jeden klient uvedl, že mu informace lékaře dodaly podporu a pomohly při procesu léčení. Všichni čtyři dotazovaní shodně odpověděli, že se v průběhu poskytování informací setkali jen s pozitivními věcmi.

Dotazovaní jednotně odpověděli, že informace chtějí dostávat pouze od své ošetřující lékařky. Žádné další informace si nepřejí vyhledávat přes internet. Jedna respondentka uvedla, že by ráda využila k doplnění informací informační brožurku.

V průběhu předávání informací jedna respondentka doporučuje nastavit komunikaci dle úrovně vzdělání a dosaženého věku klienta. Další klientka je se vším nadmíru spokojená a nic by nedoporučila. Jeden dotazovaný by doporučil delší čas na zpracování informací. Čtvrtý respondent nedokáže odpovědět. Pro něj jsou informace předávány ve spěchu, za to jsou ale dostačující.

Schéma 3 Jaký způsob edukace pacienti upřednostňují

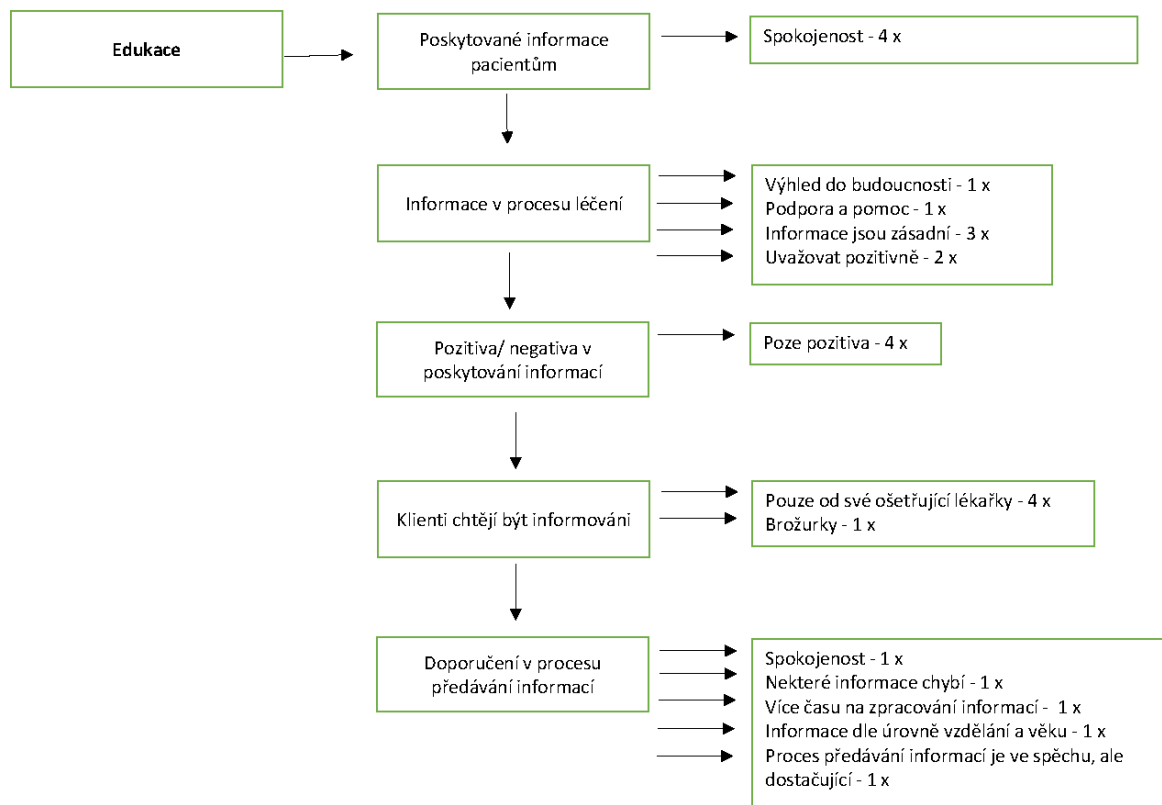


Schéma č. 3 poskytuje informace o tom, jak klienti odpovídali na jednotlivé otázky zabývající se způsobem edukace, který upřednostňují. Shodnost jejich odpovědí je zaznamenána ve schématu.

DISKUZE

V bakalářské práci jsme se snažili zmapovat problematiku edukace pacientů s mnohočetným myelomem při podávání biologické léčby. Ke zjištění těchto údajů jsme použili metodu polostrukturovaných rozhovorů. Výzkumný soubor byl složen ze čtyř respondentů, dvou mužů a dvou žen.

V první části našeho rozhovoru jsme s respondenty zjišťovali, kdy dostali první informace o biologické léčbě, kdo je informoval, jakým způsobem jim byly poskytnuté informace podávány, zda porozuměli všem sděleným údajům a jak by zhodnotili celkový přínos těchto informací. Zjištěné poznatky znázorňuje tabulka č.1. Dle našich poznatků vyplývající z těchto rozhovorů, že polovina klientů dostala informace o biologické léčbě a jejím podávání při první návštěvě ošetřující lékařky. Druhá polovina klientů dostala první informace až před podáním první biologické léčby taktéž od ošetřující lékařky. Z toho vyplývá, že informace o biologické léčbě a jejím podávání jsou předávány klientům individuálně po posouzení jejich ošetřující doktorky.

Další otázka byla směřována na zjištění zdrojů informací o průběhu podávání biologické léčby. Všichni čtyři respondenti shodně uvedli, že informace získali od ošetřující lékařky. Z toho tři klienti uvedli, že informace získali od ošetřující lékařky a pouze jedna klientka uvedla, že jí byly informace poskytnuty i od sestřiček. Cahová (2011, str. 68) ve své bakalářské práci uvádí, že pacienti byli převážně edukováni ošetřujícím lékařem a já dospěla ke stejnému výsledku. U každého respondenta jsem zjišťovala, zda by měli zájem získávat informace i od sester. Jejich názor byl jednotný. Ze začátku všichni potřebovali dostatek informací, a proto by za každou radu byli vděční. Informace od sester klienti nevyžadují, protože jsou plně spokojeni s tím, jaké informace dostanou od ošetřující lékařky. V současné době vlivem získaných poznatků a zkušeností, míru informací, které klienti potřebují, klesá. Z toho vyplývá, že informace, které dostávají od ošetřující lékařky, jsou pro respondenty velmi zásadní.

V průběhu praxe na hematologicko-onkologické ambulanci jsem měla možnost být přítomna právě u procesu předávání informací ze strany sester. Každý pacient je před léčbou přivolán do aplikační místnosti, kde mu je změřen krevní tlak, puls a tělesná teplota. Dalším postupem sestry je zjištění, zda se od poslední aplikace léčby stav nezměnil a jestli pacient netrpí nějakým akutním infektem. Pokud je vše v pořádku, zavede se kanyla, podá se premedikace ve formě tablet a v případě potřeby se provedou odběry krve. Klienti se usadí

v aplikační místnosti a čekají na svou léčbu. Před každou aplikací léčby jsou klienti poučeni o tom, aby hlásili jakoukoliv změnu svého zdravotního stavu. Jelikož je i toto součástí edukace pacientů, je tento fakt třeba zdůraznit, protože je nemocní za edukaci vůbec nepovažují.

Z vyplývajících rozhovorů jsou vždy klienti informováni verbálně. Pouze ve dvou případech získali respondenti informace z odborných naučných brožurek, které jsou, jak jsem zjistila, umístěny v čekárně před ordinací ošetřujícího lékaře. Dotazovaní, co využili informační brožurky čili respondent č. 1 a č. 2, byli s obsahem těchto letáčků velmi spokojeni. Zjistili a zároveň si osvojili mnoho důležitých informací, které jim buď ošetřující lékařka nesdělila nebo v procesu předávání informací tyto údaje přehlédli. Respondenti jsou vždy seznámeni s tím, že v případě potřeby jsou jim informační brožurky k dispozici. Pouze klientka č. 1 uvedla, že informace čerpá z odborných internetových zdrojů, které jsou pro ni aktuální, poučné a doplňují informace od její ošetřující lékařky. Celkové zhodnocení tohoto rozhovoru je, že pacienti, kteří využili edukační brožurky, získali více informací než klienti, kteří využili pouze rozhovoru s ošetřující lékařkou. Myslíme si, že využití informačních brožurek při verbální edukaci je nejlepším možným způsobem, jak edukovat pacienta. Vodičková (2009, str. 62) ve své bakalářské práci uvádí: „nejefektivnější metodou edukace klientů je tedy využití rozhovoru a materiálu v tištěné podobě společně.“ I když se jedná o jiné téma, myslíme si, že tato myšlenka se může aplikovat i zde.

V otázce, zda porozuměli dotazovaní všem informacím o průběhu podávání biologické léčby, odpověděli dva klienti, že všem informacím plně porozuměli. Jedna klientka uvedla, že ze začátku všem poznatkům neporozuměla, ale postupem času se poznání v této věci zlepšovalo. Klientka svým zájmem o svou nemoc a její léčbu získala opakovaně informace od své ošetřující lékařky. Vždy měla možnost, stejně tak jako ostatní respondenti, využít příležitosti k získání informací od své ošetřující lékařky, jak uvedli v rozhovoru. Pacient č. 4 uvedl, že nemá dostatek informací. Odpověď mě velmi překvapila, jelikož respondent dochází na léčbu od roku 2018, jak mi sdělil v rozhovoru. Bez toho, aniž bych se klienta dotázala, mi začal vyprávět svůj příběh. Čtrnáct dní před naším rozhovorem byl respondent hospitalizován na lůžkovém oddělení hematologicko-onkologickém z důvodu selhávání ledvin. Údajně až na výše uvedeném oddělení jeden z ošetřujících lékařů sdělil informace klientovi tak srozumitelně, že většinu věcí porozuměl. Z vyplývajících poznatku je patrné, že klienti mají o informace značný zájem a vždy mají možnost využít doplňujících

informací od lékařů. Myslíme si, že mnoho informací klienti získají až v průběhu léčení svého onemocnění.

Celkový přínos informací o průběhu podávání biologické léčby tři ze čtyř dotazovaných hodnotí velmi kladně. Odpověď respondenta č. 4 není jasná, a proto jsem ji nezařadila mezi kladnou ani negativní odpověď. Dotazovaný č. 4 uvedl v rozhovoru: „já jsem toho v té době moc vědět nechtěl, ale na druhou stranu mi teď ty informace chybí.“ Při rozhovoru bylo patrné, že klient byl značně rozrušený, a proto jsem ho uvědomila o tom, že rozhovor můžeme kdykoliv přerušit, popřípadě ukončit. Klient si přál v rozhovoru pokračovat. Svou reakci odůvodnil tím, že je v rozporu s tím, co chce vědět, a naopak jaké údaje vědět nechce. Dotazovaná č. 1 hovořila o tom, jak jsou pro ni informace o její nemoci a léčbě zásadní, jak množství informací dokáže ovlivnit její psychický stav. Při rozhovoru jsem měla možnost hledět jak na verbální, tak neverbální vyjadřování nemocných. Myslím si, stejně jako respondentka č. 1, že množství informací má zásadní vliv na psychickou pohodu nemocného a na proces jeho léčení. Stejnému výsledku došla ve své bakalářské práci Bergerová (2014, str. 58), která uvedla, že, „pokud jsou pacientům předloženy dostatečné informace, tak aby jim rozuměli, léčení je méně komplikované.“ Dotazovaní č.1,2,3 byly při rozhovoru velmi uvolnění a celkový pocit z rozhovorů i atmosféra byla velmi pozitivní. Pouze respondent č. 4 byl v rozporuplném rozpoložení, z nedostatku informací, které teď nemůže využít. Má mnoho nezodpovězených otázek, které brání jeho psychické pohodě.

Všechny tyto údaje jsou stručně zapsány v tabulce č. 1, která znázorňuje všechny odpovědi na mou první dílčí otázku. Jedná se o zmapování zkušeností pacientů s edukací o podávání biologické léčby.

Schémata č.1,2,3 byla vytvořena na podkladě jednotlivých tabulek související s danou problematikou. Cílem těchto schémat bylo zachytit výpovědi všech klientů. Jejich shodné či odlišné výpovědi. Jedná se o podrobněji zachycený popis odpovědí dotazovaných.

Odpověď na první výzkumnou otázku je, že pacienti jsou informováni o biologické léčbě a jejím podávání vždy, před zahájením léčby. Informace si přejí dostávat převážně od svého ošetřujícího lékaře. Vždy mají respondenti možnost dotázat se lékaře na to, čemu nepochopili. Zkušenosti klientů jsou v zásadě pozitivní. Tímto jsem si odpověděla na svůj první dílčí cíl.

V druhé části rozhovoru jsem se zaměřovala na otázky, jaké informace o biologické léčbě a jejím podávání považují dotazovaní za nejdůležitější, nejméně důležité, jaké informace jsou jim poskytovány opakovaně. Dále jak často potřebují zopakovat informace a v neposlední řadě, jaké informace jim chybí. Všechny tyto údaje jsou znázorněny v tabulce č. 2. Informace, které dotazovaní považují za nejdůležitější, jsou pro každého individuální. Pouze v málo případech se výpovědi shodovaly. Jak znázorňuje schéma č. 2. Pro respondentku č. 1 je nejdůležitější informace ta, že existuje nějaká další varianta léčby, v okamžiku, kdy jeden ze způsobů léčby je u konce. Dále zmínila pozitivní pohled do budoucnosti, který je pro ni velmi důležitý. Pro dotazovanou č. 2 je důležité znát komplikace biologické léčby, vliv na ostatní orgány a dávkování léčebných medikamentů. Respondent č. 3 uvedl jako zásadní informace vědomost o stavu a způsobu léčby v budoucnosti, její průběh, komplikace a na závěr dodal na co se má v souvislosti s léčbou připravit. Pro pacienta č. 4 jsou zásadní informace znát rozdíl mezi biologickou léčbou a chemoterapií a vliv léčby na jeho zdraví. Došli jsme k názoru, že každý nemocný prožívá svou nemoc individuálně a pro každého mají informace jinou hodnotu. Jako nejméně důležité informace dva dotazovaní uvedli informaci o složení biologické léčby. A pro další dva dotazované jsou všechny informace důležité a nedokážou rozhodnout, která je důležitá méně.

Dle rozhovorů jsou dotazovaným poskytovány opakovaně informace o průběhu podávání biologické léčby a vzniku možných komplikací, jak se zmínili respondenti č. 3 a č. 4. Dotazovaný č. 1 zmínil budoucí postup léčby, název léčby a účinky léčby na tělo. Klientka č. 2 zhodnotila, že v současné době jí nejsou poskytovány žádné informace opakovaně. Klienti odpovídali zcela odlišně. Pouze výpověď respondenta č. 3 a č. 4 se částečně shodovala. Myslíme si, jak už jsem zmínila v první části rozhovorů v otázce, kdo dotazovaným poskytl informace o biologické léčbě a jejím podávání. Výpovědi klientů se liší, protože každý vnímá začátek edukace od jiného časového úseku. Zjistili jsme, že se jedná převážně o informace poskytované ošetřující lékařkou než o informace podávané všeobecnými sestrami.

O tom, jak často dotazovaný potřebují zopakovat informace o biologické léčbě a jejím podávání jsme zjistili: respondent č. 2 a č. 3 shodně uvedli, že informace zopakovat vůbec nepotřebují. Klientka č.1 uvedla, že si není jistá, jak často potřebuje informace zopakovat, ale ošetřující lékařka jí informace opakuje při každé návštěvě. Pouze respondent č. 4 uvedl, že by potřeboval 1 x měsíčně informace zopakovat. Z těchto poznatků usuzujeme,

že vnímání jedinců závisí na mnoha aspektech mezi, které patří psychický stav při procesu předávání informací, chuť učit se novým poznatkům a v neposlední řadě vnímání daného jedince.

Zásadní otázkou bylo jaké informace respondentům chybí v souvislosti s biologickou léčbou a jejím podáváním. Výpovědi 3 respondentů se shodovaly v tom, že žádné informace jim v současné době nechybí. Pouze respondent č. 4 uvedl, že v současné době neví, jaký druh léčby je mu podáván. Jestli se jedná o léčbu chemoterapií či biologickou léčbu a k čemu přesně je biologická léčba cílená. Z těchto poznatků z rozhovorů vyplývá, že respondenti mají zájem o to získávat informace. Myslíme si, že to, jak klienti prožívají svou nemoc individuálně, se to odráží na potřebě jejich informací. Jak jsem zjistila u dotazovaného č.4, který je v rozporu s tím, jaké informace jsou důležité při procesu léčení a informace, které vědět nechce. Jak již zde bylo zmíněno, klienti vždy měli možnost dotázat se na to, čemu zcela neporozuměli.

Odpověď na druhý dílčí cíl, bychom zhodnotili tak, že každý z respondentů subjektivně opověděl, jaké informace jsou pro něj důležité. Respondenti uvádí, že jsou pro ně důležité všechny informace, ale chemické složení biologické léčby nejméně. Vlivem častého docházení na léčbu do HOO ambulance mají dotazovaní potřebné informace a informace zopakovat nepotřebují. Jen jednomu pacientovi chybí informace o biologické léčbě a přál by si být informován 1 x měsíčně.

Ve třetí část rozhovoru jsme se chtěli od dotazovaných dozvědět odpovědi na otázky: jak jim vyhovuje způsob poskytování informací, jak jim pomohly informace v procesu jejich léčení, s jakými pozitivy či negativy se v procesu předávání informací setkali, jestli existuje jiný způsob, jak chtějí získávat informace a co by doporučili v průběhu předávání informací.

Všichni 4 dotazovaní shodně uvedli, že jsou velmi spokojeni s celým procesem předávání informací. Každý z respondentů chválil profesionální, milý, vstřícný a empatický přístup sester i své ošetřující lékařky. Respondent č. 4 uvedl, že moc informací o průběhu podávání biologické léčby nemá. V rozhovoru také uvedl, že je, jak sám řekl, „obrácený“ typ člověka, co nechce vědět moc informací. Z těchto výsledků rozhovorů vyplývá, že proces předávání informací je pro klienty velmi uspokojivý a kladně hodnotí jak předávání informací, tak samotný přístup zdravotnického personálu. Myslíme si, že velmi důležitou součástí v procesu edukace je samotný přístup personálu ke klientům. V případě,

že si pacient nevytvoří k sestře vztah založený na důvěře, je tento proces přenosu informací zpomalen nebo úplně zastaven.

Jak poskytnuté informace o průběhu podávání biologické léčby pomohly v procesu léčení, klienti odpověděli následovně: Každý respondent vyjádřil svůj subjektivní názor. Pro klientku č. 1 byl důležitý pozitivní pohled do budoucnosti a léčebné východisko v případě, že jedna léčebná metoda je u konce. Respondentka č. 2 zhodnotila tuto otázku tak, že dostatek informací je pro ni klíčovým v procesu léčení a vede to k její psychické pohodě. Stejně jako respondent č. 2 odpověděl i respondent č. 3 v souvislosti s tím, že dostatek informací v něm vyvolává pocit uvolnění a klidu. Ošetřující lékařka dotázanému č. 4 poskytla velkou morální podporu, která byla pro dotyčného velmi zásadní v tomto procesu. Všichni dotázaní uvedli jednu zásadní věc, že pozitivní myšlení zásadně ovlivňuje proces léčení. Z výsledků vyplývá, že informace týkající se biologické léčby a jejím podávání jsou pro respondenty zásadní a ovlivňují celý tento proces. Myslíme si, že psychický stav výrazně ovlivní i přístup a komunikace sester včetně lékaře s nemocným. Bednářík a Andrášiová uvádí ve své knize fakt, že lékař a zdravotnický personál svým přístupem nikdy nepůsobí neutrálně – buď pacientovi komunikace prospívá, nebo ho zraňuje. V našem případě se jedná o komunikaci, která pacientům prospívá, jak bylo zjištěno.

Všichni respondenti zhodnotili celkový průběh podávání informací velmi pozitivně. Žádný z respondentů nepodal žádné negativní informace. Z toho vyplývá, že pacienti jsou s celkovým podáváním informací o průběhu podávání biologické léčby nadměrně spokojeni. Výsledky mohou ztotožnit s knihou *Komunikace s nemocným: sdělování nepříznivých informací*, jejíž autorem je Bednářík a Ondrášiová (2020, str.14), kteří uvádí: „*komunikační dovednosti a přístup k pacientovi mají výrazný vliv na to, jak klient zvládá léčbu a jak během ní spolupracuje*“.

V další otázce, ve které se všichni respondenti shodli, se týkala způsobu získávání informací. Jednotně všichni odpověděli, že chtějí dostávat informace výhradně od ošetřující lékařky, které naprosto věří. Myslíme si, že vhodně vedenou komunikací se dá pacient získat ke spolupráci a nevhodnou komunikací může přijít o důvěru a ochotu dodržovat léčbu. Ptáček a Bartůněk (2011, str. 202) zmiňuje ve své knize, „*pokud si lékař dokáže vybudovat dobrý vztah s pacientem, (tj. vztah důvěry v odborné i lidské kvality lékaře, důvěru v doporučený léčebný postup) usnadňuje to oběma aktérům komunikaci i o těch tématech, která jsou citlivá, věcně i psychicky náročná, včetně nepříznivých zpráv.*“

V procesu předávání informací respondenti doporučili rozlišit způsob komunikace dle věku a úrovně dosaženého vzdělání. Dále doporučili, aby bylo více času na to zpracovat informace a nepředávat informace ve spěchu. Zacharová a Šimíčková-Čížová (2011, str. 260) uvádí ve své knize, že se jedná o nejčastější překážky efektivní komunikace. A s tímto názorem souhlasíme.

Respondenti jsou velmi spokojeni s poskytováním informací a setkali se pouze s pozitivními věcmi v průběhu předávání informací. Každému z dotazovaných, informace o biologické léčbě a jejím podávání, pomohly jiným způsobem, při zvládnutí procesu jejich léčení. S dosavadním způsobem získávání informací jsou klienti spokojeni a nic by neměnili. Každý z respondentů podal svůj osobní názor na doporučení v oblasti předávání informací. Tímto jsem si odpověděla na svůj poslední dílčí cíl.

ZÁVĚR

Téma této práce byla edukace pacientů s mnohočetným myelomem při podávání biologické léčby. Počet pacientů s tímto onemocněním v současné době vzrůstá a je důležité, aby byli dostatečně a co nejvhodněji informováni. V teoretické části jsem se zaměřila na dané onemocnění, jeho diagnostiku, léčbu, edukaci a ošetrovatelské problémy. Pro uskutečnění výzkumného šetření byla využita metoda individuálně vedených, polostrukturovaných rozhovorů s klienty s mnohočetným myelomem.

Prvním stanoveným dílčím cílem bylo zmapovat zkušenosti pacientů s edukací o podávání biologické léčby. Tyto informace byly zjištěny. Každý klient uvedl svůj subjektivní názor na danou problematiku. Cíl byl splněn.

Druhým dílčím cílem bylo zjistit, jaké informace pacientům s mnohočetným myelomem podstupující biologickou léčbu nejčastěji chybí. Všichni klienti uvedli, o jaké informace se jedná v případě, že jim nějaké chyběly. Cíl byl splněn.

Třetím stanoveným dílčím cílem bylo zjistit, jaký způsob edukace pacienti upřednostňují. Dle výsledků pacienti upřednostňují verbální rozhovor s lékařkou. Cíl byl splněn.

Při splnění těchto tří dílčích cílů jsem zároveň splnila i svůj hlavní cíl.

Svým výstupem z této bakalářské práce jsem zvolila informační brožurku zaměřenou na edukaci pacientů před a při podávání biologické léčby. (příloha H, I) Zjistila jsem, že brožurky jsou převážně zaměřeny na informace přímo o biologické léčbě, ale nedohledala jsem žádnou brožurku ani materiály zabývající se postupem přípravy pacienta před podáváním biologické léčby. Tuto brožurku jsem nechala k dispozici na oddělení Hematoonkologické ambulance pro všechny, co o tyto informace budou mít zájem. Sloužit bude hlavně pacientům, kteří biologickou léčbu ještě neznají.

1. SEZNAM LITERATURY

1. ADAM, Zdeněk, Marta KREJČÍ a Jiří VORLÍČEK. Speciální onkologie: příznaky, diagnostika a léčba maligních chorob. 2. vydání. Praha: Galén, c2010. Jessenius. ISBN 978-80-7262-648-9.
2. BEDNAŘÍK, Aleš a Mária ANDRÁŠIOVÁ. *Komunikace s nemocným: sdělování nepříznivých informací*. Praha: Grada Publishing, 2020. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-2288-2.
3. BERGEROVÁ, Yvona. *Biologická léčba u onkologických pacientů z pohledu všeobecné sestry*. Plzeň, 2014. Bakalářská práce. Západočeská Univerzita v Plzni. Vedoucí práce Mgr. Simona Boudová.
4. CAHOVÁ, Jana. *Edukace pacientů při biologické léčbě u pacientů s nespecifickými střevními záněty*. Olomouc, 2011. Bakalářská práce. Univerzita Palackého v Olomouci. Vedoucí práce Mgr. Dominika Babáková.
5. DUŠOVÁ, Bohdana, Martina HERMANNOVÁ, Eva JANÍKOVÁ a Radka SALOŇOVÁ. *Edukace v porodní asistenci*. Praha: Grada Publishing, 2019. ISBN 978-80-271-0836-7.
6. FUSEK, Martin. *Biologická léčiva: teoretické základy a klinická praxe*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3727-0.
7. GERTZ, Morie a Vincent RAJKUMAR. *Multiple Myeloma: Diagnosis and Treatment*. 2014th edition. Washington: Springer, 2014. ISBN 978-1-4614-8520-9.
8. JUŘENÍKOVÁ, Petra. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2010. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2171-2.
9. JUŘENÍKOVÁ, P., DOUBEK, M. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2011, 77 s. ISBN 978-802-4721-712
10. KLENER, Pavel, KLENER, Pavel jr. *Nová protinádorová léčiva a léčebné strategie v onkologii*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010. 232 s. ISBN 978-80-24-2808-7.
11. KOZÁKOVÁ, Šárka, DOLEŽALOVÁ, Lenka, ŠIROKÁ, Soňa, SÝKOROVÁ, Zuzana, KOCOURKOVÁ, Jana. *Chemoterapie a cílená léčba*. 1. vyd. Brno: Academicus, 2011. 97 s. ISBN 978-80-87192-13-9
12. KUBEROVÁ, Helena. *Didaktika ošetrovatelství* [online]. Praha: Portál, 2010 [cit. 2021-02-07]. ISBN 978-80-7367-684-1.

13. MATĚJOVSKÁ KUBEŠOVÁ, Hana a Igor KISS. *Geriatrická onkologie*. Praha: Mladá fronta, 2015. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-3738-9.
14. MAISNAR, Vladimír a Miloš TICHÝ. *Monoklonální imunoglobuliny - výskyt, význam a možnosti jejich průkazu*. Praha: Nucleus HK, 2012. ISBN 978-80-87009-87-1.
15. MAISNAR, Vladimír a Marta KREJČÍ. *Transfuze a hematologie dnes: časopis Společnosti pro transfuzní lékařství a České hematologické společnosti*. Praha: Česká lékařská společnost J.E.Purkyně, 2002-. ISBN 1213-5763.
16. PAVLÍKOVÁ, Slavomíra. *Modely ošetrovatelství v kostce*. 1.vyd.Praha: Grada Publishing, 2010. 160 s. ISBN 978-80-247-1211-6
17. PAVELKA, Karel. *Biologická léčba zánětlivých autoimunitních onemocnění v revmatologii, gastroenterologii a dermatologii* [online]. Praha: Grada, 2014 [cit. 2021-02-04]. ISBN 978-80-247-5048-4.
18. PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada, c2011. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-247-3976-2.
19. ROHOŇ, Peter. *Nové možnosti v léčbě vybraných hematologických onemocnění*. Praha: Mladá fronta, 2016. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-4220-8.
20. SLEZÁKOVÁ, Lenka. *Ošetrovatelství v pediatrii* [online]. Praha: Grada, 2010 [cit. 2021-02-13]. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3286-2.
21. STAROSTKA, David, Tomáš PAPAJÍK a Hana MATĚJOVSKÁ KUBEŠOVÁ. *Hemato-onkologická onemocnění u seniorů: příručka pro pacienty*. Olomouc: Nadace Haimaom, 2018. ISBN 978-80-270-3768-1.
22. ŠPIRUDOVÁ, Lenka. *Multikulturní ošetrovatelství II*. Praha: Grada, 2006. Sestra (Grada). ISBN 80-247-1213-X.
23. UHLÍK, Jiří a Václava KONRÁDOVÁ. *Lékařská histologie I.: cytologie a obecná histologie*. 2., upravené vydání. Praha: Karolinum, 2018. ISBN 978-80-246-4107-2.
24. VODIČKOVÁ, Petra. *Edukace sestry při edukaci pacientů se zavedeným žilním portem*. České Budějovice, 2009. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Vedoucí práce Marie Trešlová.
25. VOKURKA, Samuel. *Základní hemato-onkologická onemocnění a jejich charakteristiky*. Praha: Galén, c2008. ISBN 978-80-7262-553-6.
26. VOKURKA, Samuel a Petra TESAŘOVÁ. *Onkologie v kostce*. Praha: Current Media, [2018]. Medicus. ISBN 978-80-88129-37-0.

27. VORLÍČEK, Jiří, Adam ZDENĚK a Yvona POSPÍŠILOVÁ. *Paliativní medicína: Druhé, přepracované a doplněné vydání*. Grada, 2004. ISBN 9788024767611.
28. VORLÍČEK, Jiří, Jitka ABRAHÁMOVÁ a Hilda VORLÍČKOVÁ. *Klinická onkologie pro sestry*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2012. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3742-3.
29. VYDRA, Jan, Jan NOVÁK a Marie LAUERMANNOVÁ. *Hematologie v kostce*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Mladá fronta, 2019. Aeskulap. ISBN 978-80-204-5140-8.
30. *Transfuze a hematologie dnes: časopis Společnosti pro transfuzní lékařství a České hematologické společnosti*. Praha: Česká lékařská společnost J.E.Purkyně, 2018. ISBN 1213-5763.
31. ZACHAROVÁ, Eva a Jitka ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-4062-1.
32. ZACHAROVÁ, Eva. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing, 2016. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0156-6.

Internetové zdroje:

33. *zdravi.euro.cz* [online]. 2020 [cit. 2021-02-14]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/>
34. HÁJEK, Roman a Vladimír MAISNAR. [online]. 2021 [cit. 2021-03-29]. Dostupné z: <https://www.myeloma.cz/>

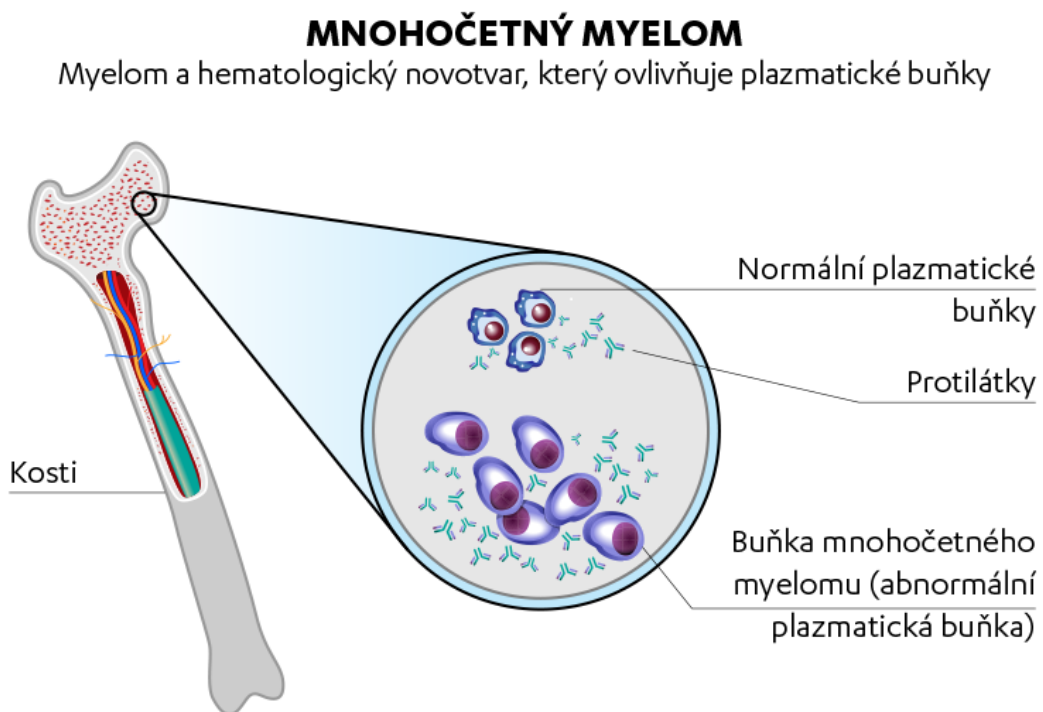
SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha A - Mnohočetný myelom
- Příloha B - Průběh mnohočetného myelomu
- Příloha C - Stádia mnohočetného myelomu
- Příloha D - Syndrom CRAB
- Příloha E - Diagnostika mnohočetného myelomu
- Příloha F - Informovaný souhlas
- Příloha G - Povolení výzkumu
- Příloha H - Brožurka 1. část
- Příloha I - Brožurka 2. část

PŘÍLOHY

Příloha A – Mnohočetný myelom

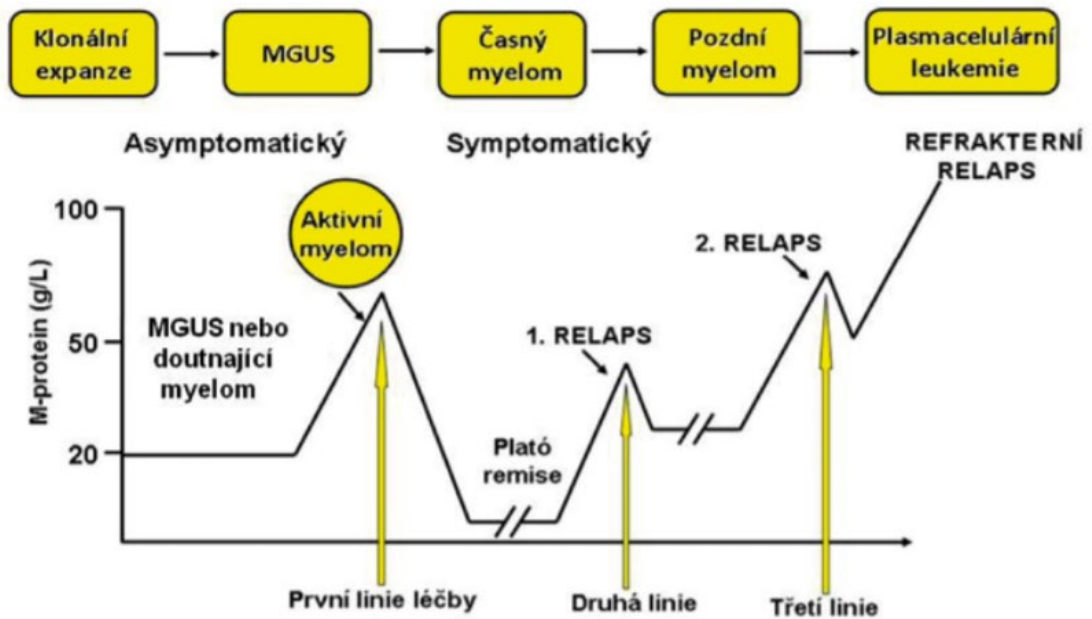
Obrázek A – Mnohočetný myelom



Zdroj: janssen4patients

Příloha B – Průběh mnohočetného myelomu

Obrázek B – Průběh mnohočetného myelomu



Obr. 6. 1 Schéma léčby mnohočetného myelomu
Délka remisí závisí dominantně na míře agresivity nemoci, ale také na zvolené léčbě. Relaps onemocnění během kratšího intervalu než 12 měsíců je považován za vysoce nepříznivý prognostický faktor.
Vysvětlivky: MGUS - monoklonální gamapatie nejasného významu.

Zdroj: *Transfúze a hematologie (Maisnar, Krejčí, 2018)*

Příloha C – Stádia mnohočetného myelomu

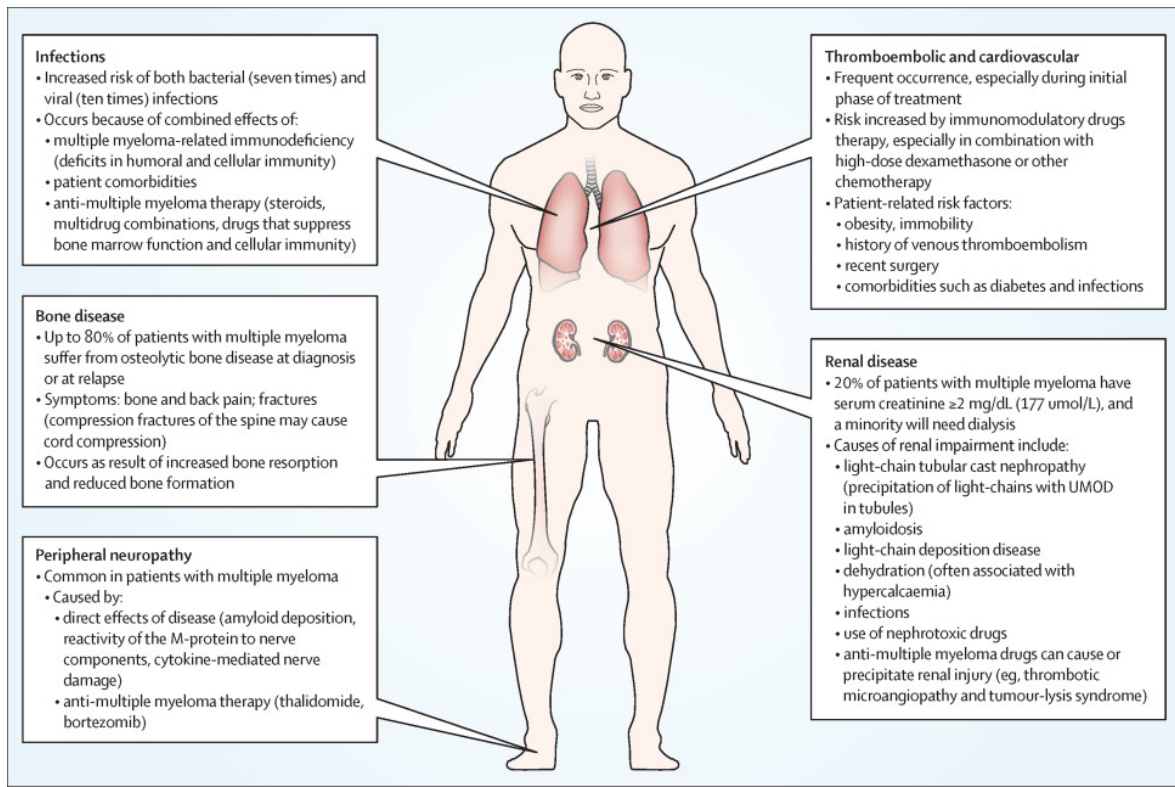
Obrázek C – Stádia mnohočetného myelomu

MGUS	Doutnající myelom	Mnohočetný myelom
Koncentrace monoklonálního imunoglobulinu v séru < 30 g/l	Koncentrace monoklonálního imunoglobulinu v séru ≥ 30 g/l	Je přítomen monoklonální imunoglobulin v séru a/nebo v moči (bez specifikace koncentrace).
Počet klonálních plazmocytů v kostní dřeni < 10 % při cytologickém a eventuálně i histologickém vyšetření (pokud bylo provedeno).	a/nebo počet klonálních plazmocytů v kostní dřeni ≥ 10 %	V kostní dřeni je přítomno ≥ 10 % klonálních plazmocytů anebo je plazmocytom prokázán biopsií tkáně (možné i méně v případě přítomnosti CRAB).
Není poškození orgánů či tkání myelomem (kostní ložiska) a nejsou další symptomy.	Není přítomno poškození orgánů či tkání myelomem (včetně kostních ložisek) a nejsou jiné symptomy	Je přítomno poškození orgánů a tkání myelomem tak, jak je definováno v níže uvedené tabulce „CRAB“.
Není jiná B-lymfoproliferativní choroba. Není přítomna AL-amyloidóza nebo choroba z ukládání lehkých či těžkých řetězců anebo jiný typ poškození organismu monoklonálním Ig.	„Ultra high risk“ doutnající mnohočetný myelom = infiltrace kostní dřene ≥ 60 % klonálních plazmocytů nebo poměr postižených/nepostižených FLC v séru ≥ 100 nebo > 1 ložisko při MRI \Rightarrow indikovaná léčba.	Symptomatický nesekreční myelom Infiltrace kostní dřene ≥ 10 % klonálních plazmocytů, bez průkazu monoklonálního imunoglobulinu, ale se známkami poškození orgánů.

Zdroj: Transfúze a hematologie (Maisnar, Krejčí, 2018)

Příloha D – Syndrom CRAB

Obrázek D – Syndrom CRAB



Zdroje: ScienceDirect.com

Příloha E – Diagnostika mnohočetného myelomu

Obrázek E – Diagnostika mnohočetného myelomu

Screeningové testy při podezření na myelom – provádí lékař prvního kontaktu	Testy, které mohou potvrdit diagnózu	Testy, které zjišťují velikost myelomové masy a prognózu	Testy pro zjištění poškození tkání a orgánů myelomem	Speciální testy indikované u některých nemocných
Krevní obraz, sedimentace erytrocytů	Aspirát kostní dřeně, případně trepanobiopsie	Cytogenetické vyšetření kostní dřeně + FISH	Krevní obraz	Imunohistologie a průtoková cytometrie kostní dřeně, NGS
Ionty včetně Ca, kreatinin, urea, kyselina močová, albumin, celková bílkovina	Imunofixční vyšetření přítomnosti monoklonálního Ig v krvi a moči	Kvantifikace MIG v krvi a moči (denzitometrické stanovení)	Urea, kreatinin, clearance kreatininu, Ca, albumin	Vitamin B 12 a kyselina listová v případě makrocytózy přímý a nepřímý antiglobulinový test
Elektroforéza séra a moče	Volné lehké řetězce v krvi	Ca, albumin, beta-2 mikroglobulin	LD, CRP	MR, CT, PET/CT, MIBI
Kvantifikace polyklonálních imunoglobulinů			Kvantitativní stanovení polyklonálních imunoglobulinů	
Rentgenový snímek suspektní oblasti	Rentgenové vyšetření skeletu nebo <i>low-dose</i> CT	Rentgenové vyšetření skeletu, CT, PET-CT		

Upraveno a doplněno podle [Kumar, 2016; Munshi, 2017; Smith, 2005; Terpos, 2015].

Vysvětlivky: FISH – fluorescenční in situ hybridizace; NGS – sekvenování další generace; Ig – imunoglobulin; MIG – monoklonální imunoglobulin; LD – laktátdehydrogenáza; CRP – C reaktivní protein; MR – magnetická rezonance; CT – počítačová tomografie; PET/CT – pozitronová emisní tomografie v kombinaci s počítačovou tomografií; MIBI – radionuklidové vyšetření pomocí technecia sestamibi.

Zdroj: *Transfúze a hematologie (Maisnar, Krejčí, 2018)*

Příloha F – Informovaný souhlas

Obrázek F – Informovaný souhlas

EDUKACE PACIENTŮ S MNOHOČETNÝM MYELOMEM PŘI PODÁVÁNÍ BIOLOGICKÉ LÉČBY

STUDENT

Petra Koudelová

Katedra ošetřovatelství a porodní asistence

Fakulta zdravotnických studií ZČU

Email: Petula.koudelova1@seznam.cz

VEDOUcí BP

Mgr. Petra Vodičková

Staniční sestra HOO ambulance

Email: VODICKOVAP@fnplzen.cz

CÍL STUDIE

Cílem studie bylo zmapovat problematiku edukace pacientů s mnohočetným myelomem při podávání biologické léčby.

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:

Zdroj: vlastní

Příloha G – Povolení výzkumu

Obrázek G – Povolení výzkumu



Vážená paní
Petra Koudelová
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 **povoluji** dotazníkové šetření s pacienty ~~Hematoonkologického oddělení (HOO) FN Plzeň~~. Tento souhlas je vydáván v souvislosti se sběrem podkladů pro vypracování Vaší bakalářské práce s názvem „Edukace pacientů s mnohočetným myelomem při podávání biologické léčby“.

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

- Vrchní sestra HOO souhlasí s Vaším postupem.
- 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.
- **Dotazníkové šetření s pacienty budete provádět v době své, školou schválené odborné praxe a pod přímým vedením oprávněného zdravotnického pracovníka FN Plzeň, kterým je paní Petra Vodičková, Mgr., staniční sestra HOO FN Plzeň.**
- Údaje o zdravotním stavu pacientů či další údaje z rozhovorů s pacienty, které budou uvedeny ve Vaší práci, musí být zcela anonymizovány.
- 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 či zdravotnických pracovníků s Vámi spolupracovat, pokud by spolupráci s Vámi respondenti pocítovali jako újmu či s dotazováním nevyslovili souhlas nebo pokud by spolupráce s Vámi narušovala plnění pracovních povinností zaměstnanců. Účast respondentů či zdravotnických pracovníků 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: chabrovas@fnplzen.cz

16. 9. 2020

Příloha H – Výstup z práce

Obrázek H – Brožura část 1.

Jak probíhá příprava před podáním biologické léčby

Budete pozváni do aplikační místnosti, kde setra, která se o vás bude v průběhu podávání léčby starat

- zkontroluje vaše identifikační údaje – jméno, příjmení, rodné číslo
- změří krevní tlak, puls, tělesnou teplotu
- zkontroluje vaši tělesnou hmotnost
- ověří aktuální zdravotní stav, event. jeho změny od poslední léčby
- zavede periferní žilní kanylu do žíly na předloktí nebo využije již dříve zavedený žilní přístup (PICC, žilní port)
- podá léky k zamezení nebo zmírnění možné alergické reakce a nevolnosti ve formě tablet

Vyberete si lůžko / křeslo v aplikační místnosti a vyčkáte na dodání vaší léčby. Její příprava probíhá v lékárně na základě vašich tělesných parametrů (výška a aktuální tělesná hmotnost)

Biologická léčba

Neboli léčba cílená. Je zaměřena přímo na změněné nádorové buňky.

Chemoterapie

Chemoterapie je zaměřená na všechny buňky v organismu a má tak nežádoucí účinky i na zdravé buňky v těle.

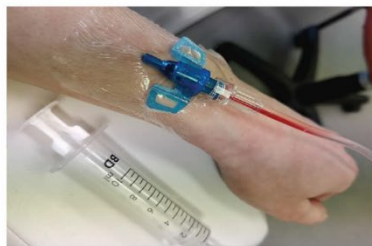


Zásady podávání biologické léčby

Zdroj: vlastní

Příloha I - Výstup z práce

Obrázek I – Brožura část 2.



Nejčastější komplikace při podávání biologické léčby

- Návaly horka
- Bušení srdce
- Změny krevního tlaku
- Zvýšená teplota
- Zimnice



FAKULTA
ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ
ZÁPADOČESKÉ
UNIVERZITY
V PLZNI

Jak probíhá podávání biologické léčby.

Po dodání léčby z lékárny vám sestra podá infuzi pomocí infuzní pumpy, která zajistí správnou rychlost a dobu podání infuse.

Sestra vás poučí o správné poloze ruky se zavedenou periferní žilní kanylou.

Změny zdravotního stavu v průběhu podání vaší léčby, je nutné okamžitě sdělit sestře.

Při jakémkoli dotazu se neváhejte na sestry v aplikační místnosti kdykoli obrátit, rády vám na dotazy odpoví.



„Nelze nebýt optimistou, chce-li si člověk zachovat přiměřenou míru duševního zdraví.“

(Roman Čile, 1937)

„Negativní emoce, způsobují nemoce.“

(Václav Dušek, 1944)

Autor: Petra Koudelová

Zdroj: vlastní