

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2023

Monika Zelenková

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Všeobecné ošetřovatelství B 5341

Monika Zelenková

**EDUKACE PACIENTA S HEMATOONKOLOGICKÝM
ONEMOCNĚNÍM PŘI PODÁVÁNÍ CHEMOTERAPIE**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Petra Vodičková

PLZEŇ 2023

Prohlášení

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

V Plzni dne 31. 3. 2023.

.....

vlastnoruční podpis

Abstrakt

Příjmení a jméno: Monika Zelenková

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Edukace pacienta s hematologickým onemocněním při podávání chemoterapie

Vedoucí práce: Mgr. Petra Vodičková

Počet stran – číslované: 69

Počet stran – nečíslované: 23

Počet příloh: 4

Počet titulů použité literatury: 43

Klíčová slova: hematologie, chemoterapie, ošetrovatelství, edukace, pacient

Souhrn:

V této bakalářské práci se zabýváme edukací pacientů s maligním onemocněním krve a krvetvorby, kteří podstupují léčbu chemoterapií. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část.

V teoretické části se věnujeme stručnému popisu nejčastěji se vyskytujících maligních hematologických onemocnění. V další kapitole se zaměřujeme na problematiku chemoterapie a na komplikace, které s ní souvisí. Dále se v této části zabýváme popisem edukačního procesu. V empirické části se zaměřujeme na analýzu dat a informací, které jsme získali pomocí polostrukturovaných rozhovorů, od pacientů s hematologickým onemocněním. Výzkum byl uskutečněn na Hematoonkologickém oddělení ve Fakultní nemocnici v Plzni. Výsledky jsou prezentovány v přehledných tabulkách a schématech.

Výstupem této práce je edukační leták pro pacienty, kteří podstupují chemoterapeutickou léčbu.

Abstract

Surname and name: Monika Zelenková

Department: Nursing and midwifery assistance

Title of thesis: Education of a patient with a hematooncological disease during chemotherapy

Consultant: Mgr. Petra Vodičková

Number of pages – numbered: 69

Number of pages – unnumbered: 23

Number of appendices: 4

Number of literature items used: 43

Keywords: hematooncology, chemotherapy, nursing, education, patient

Summary:

In this bachelor thesis, we focus on the education of patients with malignant diseases of the blood and hematopoiesis who are undergoing chemotherapy treatment. The thesis is divided into theoretical and practical parts.

In the theoretical part we give a brief description of the most frequently occurring malignant haematological diseases. In the next chapter, we focus on chemotherapy and its related complications. Furthermore, in this section we describe the educational process. In the empirical part, we focus on the analysis of data and information obtained through semi-structured interviews, from patients with haemato-oncological diseases. The research was conducted at the Haemato-oncology Department at the University Hospital in Pilsen. The results are presented in clear tables and diagrams.

The result of this work is an educational leaflet for patients undergoing chemotherapy treatment.

Poděkování

Děkuji Mgr. Petře Vodičkové za odborné vedení práce, poskytování cenných rad, odborné literatury a také za mimořádnou trpělivost. Dále děkuji respondentům, kteří byli ochotni mi poskytnou rozhovor.

OBSAH

SEZNAM TABULEK.....	10
SEZNAM SCHÉMÁT	11
SEZNAM ZKRATEK.....	12
ÚVOD	14
TEORETICKÁ ČÁST	15
1 TEORETICKÁ VÝCHODISKA	15
2 HISTORIE A VÝSKYT NÁDOROVÝCH ONEMOCNĚNÍ KRVE	16
2.1 Historie maligních onemocnění krve a krvetvorby	16
2.2 Výskyt maligních onemocnění krve a krvetvorby v ČR.....	16
3 NÁDOROVÁ ONEMOCNĚNÍ KRVE A KRVETVORBY	17
3.1 Leukémie.....	17
3.1.1 Akutní leukémie	17
3.1.2 Chronická leukémie	18
3.1.3 Maligní lymfomy.....	19
3.2 Mnohočetný myelom	20
4 CHEMOTERAPIE.....	22
4.1 Historie chemoterapie	22
4.2 Rezistence k chemoterapii.....	23
4.3 Způsoby podávání chemoterapie	23
4.3.1 Perorální aplikace	24
4.3.2 Intravenózní aplikace.....	24
4.3.3 Intramuskulární a subkutánní aplikace	25
4.3.4 Intrathekální aplikace.....	25
4.4 Komplikace chemoterapie.....	26
4.4.1 Nevolnost, zvracení a nechutenství	26
4.4.2 Průjem, zácpa	27

4.4.3	Útlum krvetvorby	28
4.4.4	Infekční komplikace v důsledku neutropenie.....	29
4.4.5	Mukozitida	30
4.4.6	Komplikace žilních přístupů	31
4.4.7	Alopecie, ztráta ochlupení, změny na kůži	31
5	BEZPEČNÁ MANIPULACE S CYTOSTATIKY.....	33
6	EDUKACE	34
6.1	Projektování edukace	34
6.2	Realizace edukačního procesu.....	35
6.3	Edukační činnost sestry.....	36
6.4	Edukace hematoonkologických pacientů.....	36
	PRAKTICKÁ ČÁST.....	38
7	FORMULACE VÝZKUMNÉHO PROBLÉMU.....	38
8	CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY/PŘEDPOKLADY	39
8.1	Hlavní cíl.....	39
8.2	Dílčí cíle a výzkumné otázky	39
9	METODIKA KVALIFIKAČNÍ PRÁCE	40
9.1	Metodologie výzkumu	40
9.2	Charakteristika sledovaného souboru	40
9.3	Organizace výzkumu	40
9.4	Operacionalizace pojmů.....	41
9.5	Zpracování dat.....	41
10	PREZENTACE A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ	42
10.1	Demografické údaje	42
10.2	Kategorie 1 – Potřeba edukace	44
10.3	Kategorie 2 – časová dotace edukace.....	56
10.4	Kategorie 3 – přínos edukace.....	63

10.5	Kategorie 4 – metoda edukace.....	69
DISKUZE.....		78
ZÁVĚR		82
SEZNAM LITERATURY		83
SEZNAM PŘÍLOH.....		88
PŘÍLOHY.....		89
Příloha A, Otázky k rozhovoru.....		89
Příloha B, Informovaný souhlas		90
Příloha C, Povolení výzkumu.....		91
Příloha D, Edukační leták.....		92

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1 Byl/a jste edukován/a před začátkem chemoterapie nebo až v průběhu?.....	46
Tabulka č. 2 O čem jste byl/a edukován/a v podávání chemoterapie?.....	40
Tabulka č. 3 Jaké informace jste nejvíce ocenil/a?.....	42
Tabulka č. 4 Jak Vám edukace pomohla zvládat lépe komplikace během léčby?.....	44
Tabulka č. 5 Co Vám při edukaci chybělo?.....	46
Tabulka č. 6 Byli Vám informace podány jednorázově nebo byli opakovány?.....	48
Tabulka č. 7 Potřeboval/a byste více času edukace nebo naopak by Vám stačilo méně času?.....	50
Tabulka č. 8 Bylo něco, co Vám bylo sděleno během edukace a myslíte si, že jste to dostatečně nepochopil/a, popř. co?.....	52
Tabulka č. 9 Kolik času Vám bylo dopřáno na případné otázky?.....	54
Tabulka č. 10 Jaký pro Vás měla edukace význam?.....	56
Tabulka č. 11 Jak byste zhodnotil poskytnuté informace sestrou?.....	58
Tabulka č. 12 Jakým způsobem jste byl/a edukován/a v podávání chemoterapie?.....	59
Tabulka č. 13 Jaké metody edukace byly při edukaci použity?.....	61
Tabulka č. 14 Jaká metoda edukace Vám nejvíce vyhovuje?.....	63
Tabulka č. 15 Jak jste se o průběhu terapie informoval svou vlastní pomocí?.....	65

SEZNAM SCHÉMÁT

Schéma č. 1 Byli pacienti edukováni před začátkem chemoterapie nebo až v jejím průběhu?.....	39
Schéma č. 2 O čem byli pacienti edukováni v podávání chemoterapie?.....	41
Schéma č. 3 O čem byli pacienti edukováni v podávání chemoterapie?.....	41
Schéma č. 4 Jaké informace pacienti nejvíce ocenili?.....	43
Schéma č. 5 Jak edukace pomohla pacientům zvládat lépe komplikace během léčby?.....	45
Schéma č. 6 Co pacientům při edukaci chybělo?.....	47
Schéma č. 7 Byli informace podány jednorázově nebo byli opakovány?.....	49
Schéma č. 8 Potřebovali pacienti více času edukace nebo naopak by jim stačilo méně času?.....	51
Schéma č. 9 Bylo něco, co bylo pacientům sděleno během edukace a myslí si, že to dostatečně nepochopili?.....	53
Schéma č. 10 Kolik času bylo pacientům dopřáno na případné otázky?.....	55
Schéma č. 11 Jaký měla pro pacienty edukace význam?.....	57
Schéma č. 12 Jakým způsobem byli pacienti edukováni v podávání chemoterapie?.....	60
Schéma č. 13 Jaké metody edukace byly při edukaci použity?.....	62
Schéma č. 14 Jaká metoda edukace nejvíce pacientům vyhovuje?.....	64
Schéma č. 15 Jak se pacienti o průběhu terapie informovali vlastní pomocí?.....	66

SEZNAM ZKRATEK

AIDS.....	Acquired Immune Deficiency Syndrome
ALL.....	Akutní lymfoblastická leukémie
AML.....	Akutní myeloidní leukémie
Bc.....	Bakalář
CLL.....	Chronická lymfatická leukémie
CML.....	Chronická myeloidní leukémie
Č.....	Číslo
ČOS.....	Česká onkologická společnost
ČR.....	Česká republika
DiS.....	Diplomovaný specialista
EBV.....	Virus Epsteinova – Barrové
ET AL.....	A další
Fn.....	Fakultní nemocnice
Fzs.....	Fakulta zdravotnických studií
GVHD	Reakce štěpu proti hostiteli
HL.....	Hodgkinův lymfom
I.m.....	Intramuskulární
Kol.....	Kolektiv
MDS.....	Myelodysplastický syndrom
ml.....	Mililitr
MM.....	Mnohočetný myelom
Např.....	Například

NCCN.....	National Comprehensive Cancer
NHL.....	Non – Hodgkinův lymfom
PEG.....	Perkutánní endoskopická gastrostomie
PICC.....	Periferní implantovaná centrální kanyla
PŽK.....	Periferní žilní katetr
RTG.....	Rentgen
S.....	Stránka
S.c.....	Subkutánní
Sb.....	Sbírky
Tj.....	To je
Tzv.....	Takzvaně
V.....	Vena
VAS.....	Visuální analogová škála
WHO	World Health Organization
ZČU.....	Západočeská univerzita

ÚVOD

Tématem, kterým se v této bakalářské práci zabýváme, je edukace pacientů s hematologickým onemocněním při podávání chemoterapie. Maligní onemocnění mízního systému a krve je přetrvávající globální problém. V roce 2021 Národní hematologický program ČR zveřejnil statistiky, z kterých je zřejmé, že pacientů s maligním onemocněním krve či krevetvorby neustále přibývá. Přetrvávající nárůst těchto onemocnění byl jedním z impulzů ke zpracování této práce.

Na praxi při mém studiu na ZČU FZS jsem se osobně mohla setkat s pacienty, kterým byla diagnostikována rakovina krve či lymfatického systému. Velkým překvapením pro mě bylo, v jakém psychickém rozpoložení většina pacientů byla. Nevzpomínám si na nikoho, kdo by hospitalizaci prožíval v depresivním duchu nebo utápěl se v sebelítosti. Tím si tito pacienti získali můj obdiv a stali se mou inspirací ke psaní této práce. Během odborné praxe jsem dostala možnost být přítomna u edukace těchto pacientů ze strany sester i lékařů. Díky této zkušenosti vím, že správně položené informace mohou výrazně ovlivnit celý postoj a průběh léčby. Z mého pohledu byl zdravotnický personál pacientům obrovskou oporou a snažil se jejich pobyt v nemocnici udělat co nejméně nepříjemný. Chemoterapeutická léčba onkologických onemocnění představuje pro pacienty fyzickou, psychickou i sociální zátěž.

V teoretické části práce popisujeme vybraná hematologická onemocnění, chemoterapii a edukaci.

Empirická část je zaměřená na edukaci pacientů před podáváním chemoterapie. Snažíme se zde zmapovat, které oblasti edukace v souvislosti s chemoterapií jsou pacienty vnímány jako důležité a zjistit, zda pacienti vnímají edukaci za srozumitelnou.

Hlavním cílem je popsat zásadní oblasti edukace u pacientů před podáváním chemoterapie.

Výstupem práce je informační leták, ve kterém jsou popsány postupy preventivních opatření vzniku komplikací, které cytostatika způsobují.

TEORETICKÁ ČÁST

1 TEORETICKÁ VÝCHODISKA

Pro teoretickou část práce byl uskutečněn sběr odborné literatury na podkladě zvolených klíčových slov, mezi která jsme vybrali: hematologické onkologie, chemoterapie, ošetrovatelství, edukace a pacient. Vyhledávání odborného materiálu probíhalo ve Studijní a vědecké knihovně Plzeňského kraje, v knihovně zdravotnických studií a na Google Scholar. Oslovená byla i staniční sestra Bc. Denisa Cyprisová, DiS. na onkologické a radioterapeutické klinice ve FN Plzeň, která nám do bakalářské práce zapůjčila odbornou literaturu ze své osobní sbírky. Všechny použité zdroje, jsou citovány v normě ČSN ISO 690.

2 HISTORIE A VÝSKYT NÁDOROVÝCH ONEMOCNĚNÍ KRVE

2.1 Historie maligních onemocnění krve a krvetvorby

První poznatky o leukemii sahají až o 200 let zpět, kdy Peter Cullen popsal případ akutní splenitidy s mléčnou krví. Příznaky spojené s leukémií určil v roce 1825 Alfred Velpeau, který zároveň pozoroval hnis v krevním řečišti. Roku 1844 Alfred Donné zkoumal zástavu procesu zrání leukocytů. Velký prolom nastal v roce 1845, kdy si Rudolf Virchow všiml jiného vzhledu krve, jako obrácené rovnováhy mezi obvykle se objevujícími erytrocyty a leukocyty. Tato rovnováha ukazovala na potlačování červených krvinek. Virchow také vyloučil hnisavost bílých krvinek a v roce 1847 označil toto onemocnění jako „leukémie“. (Kampen, 2011, s. 6 - 13)

Doktor Thomas Hodgkin, po kterém je pojmenován Hodgkinův lymfom a non – Hodgkinovy lymfomy, v roce 1832 popsal několik onemocnění s adenomegalií a splenomegalií. V roce 1994 pracovní tým hematopatologů a kliniků zveřejnil klasifikaci REAL, která se později stala šablonou pro celosvětovou WHO klasifikaci hematopoetických a lymfoidních nádorů. (Trněný, Klener, Pytlík, 2015, s. 3S56)

2.2 Výskyt maligních onemocnění krve a krvetvorby v ČR

Počet nově diagnostikovaných novotvarů lymfatických a krvetvorných tkání v ČR neustále narůstá. Věk pacientů se ale v individuální diagnostice lymfatických nádorů a krvetvorné tkáně liší. V České republice byl nejnižší střední věk zaznamenán pro akutní lymfocytární leukemii a Hodgkinovým lymfomem. Nejvyšší střední věk byl zaznamenán u myelodysplastických syndromů, chronické lymfocytární leukémie a mnohočetného myelomu a plasmocytárních novotvarů. V letech 2014 až 2018 byl medián věku pacientů s nově diagnostikovanými lymfoidními a krvetvornými novotvary v České republice 69 let. 50 % nemocných pacientů jsou ve věku 59 - 76 let. (Koščík, Mayer, 2021, s. 10, 12)

3 NÁDOROVÁ ONEMOCNĚNÍ KRVE A KRVETVORBY

3.1 Leukémie

3.1.1 Akutní leukémie

Akutní myeloidní leukémie (AML) a akutní lymfoblastická leukémie (ALL) patří mezi nejzávažnější zhoubné typy onemocnění krvinek, vycházející z nekontrolovatelného bujení nezralých krevních buněk, tzv. blastů v kostní dřeni. Možnost přežití u neléčených pacientů se pohybuje v rozmezí několika dní až týdnů. V opačném případě, při podávání vysokodávkované chemoterapie nebo při indikované alogenní transplantaci krevních buněk, mají zejména mladší pacienti šanci dosáhnout výrazného prodloužení života. (Vokurka, Tesařová a kol., 2018, s. 200)

Dle klasifikace WHO z roku 2016 potvrzujeme diagnózu ALM, pokud je nalezena minimálně 20% přítomnost blastů v kostní dřeni nebo periferní krvi. (Doubek, Mayer, 2022, s. 32)

Příčiny AML jsou ve většině případech neznámé. Ve vzácných okolnostech se může AML rozvinout s odstupem měsíců či let po radioterapii nebo chemoterapii. (Vokurka, Tesařová a kol., 2018, s. 201). V etiologii mají patrně význam faktory zevního prostředí: předchozí chemoterapie, aktinoterapie a ionizujícího záření. U ALL je příčina také idiopatická, jsou zde ale obecné rizikové faktory: kouření, ionizující záření, chemikálie a genetické predispozice, např. Downův syndrom. (Rohoň, 2016, s. 35)

AML se vyskytuje nejčastěji u dospělých osob, nejčastěji ve věku okolo 65 - 70 let. U dětí je toto onemocnění méně časté, narodí se od ALL, která postihuje převážně pacienty v raném věku. (Rohoň, 2016, s. 35)

Symptomy nemoci jsou zapříčiněné velkým deficitem všech druhů krvinek. Krvácení z nosu, z dásní, petechie, či až dokonce krvácení do mozku způsobuje nedostatek trombocytů. Nedostatek erytrocytů může způsobovat malátnost, únavnost a nevykonnost. Dalším příznakem může být infekce, která vzniká jako důsledek z nedostatku funkčních leukocytů, zejména granulocytů. Při akutní leukemii probíhá infekce mnohem závažněji než u zdravého člověka. (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková a kol., 2012, s. 381)

Důležitým faktorem pro zvolení typu léčby je pacientův věk, celková kondice pacienta a podtyp leukémie. U pacientů s vyšším věkem (nad 65 let) bývá často zvolena již paliativní terapie, která zahrnuje léčbu nízkodávkovaným cytosinarabinosidem, transfuzi krevních elementů, zejména erytrocytů a krevních destiček. Důležitou součástí péče je i podpůrná terapie, která se zabývá prevencí infekcí, psychosociální podporou, léčbou bolestí, monitorací a údržbou vnitřního prostředí. (Vydra, Cetkovský a kol., 2015, s. 274, 275)

3.1.2 Chronická leukémie

Chronické leukémie jsou maligní nádorová onemocnění krvetvorby s pomalým rozvojem. V dospělosti se nejčastěji setkáváme s chronickou lymfocytární leukémií (CLL). Dále do skupiny chronických leukémií řadíme chronickou myeloidní leukémii (CML), která je vzácnější formou. (Vokurka, Tesařová a kol., 2018, s. 204)

Jednoznačná příčina, která by vedla ke vzniku chronických leukémií není určena. V typu CML lze ale zjistit specifickou genetickou změnu, kdy vznikne výměna části ramének mezi chromozomy 9 a 22. (Vokurka, Tesařová a kol., 2018, s. 205)

Četnost CLL vzrůstá s věkem. Průměrný věk při stanovení diagnózy je 70 let, přičemž muži jsou postiženi dvakrát častěji než ženy. CML postihuje všechny věkové skupiny lidí, ale u dětí se vyskytuje velmi vzácně. (Vydra, Cetkovský, kol., 2015, s. 226)

CML má postupný vývoj a na začátku nemoci se nemusí vyskytovat žádné subjektivní potíže. Spuštění nemoci není obvykle rozpoznáno, často bývá objevena náhodně při kontrolním vyšetření krevního obrazu, např. v rámci preventivní prohlídky u praktického lékaře. V pokročilejší fázi CML se v krevním obraze postupně zvyšuje počet zralých leukocytů zvaných neutrofilů. V prvním období nemoci se mohou objevovat zažívací problémy, subfebrilie, váhový úbytek, patologická únava nebo noční pocení. Se zhoršováním nemoci se objevují příznaky, které jsou podobné příznakům akutní leukémie (krvácení, infekce, příznaky anémie). (Vorlíček, Abramáhová, Vorlíčková, kol., 2012, s. 384)

3.1.3 Maligní lymfomy

Maligní lymfomy jsou rakovinová onemocnění, vycházející z lymfocytů, které jsou typem bílých krvinek. V základu jsou dělené podle morfologických a imunohistologických charakteristik na Hodgkinské a na non – Hodgkinské. (Vokurka, Tesařová a kol., 2018, s. 208)

Non – hodgkinské lymfomy (NHL) jsou skupinou významně heterogenních maligních onemocnění, vznikajících klonálním bujením nádorově transformovaných lymfocytů B – anebo T/NK – linie. (Rohoň, 2016, s. 139)

NHL zastupují 4 % zhoubných onemocnění, jejichž četnost roste s věkem a muži jsou postižení častěji než ženy. Etiologie není dostatečně probádána, tudíž nelze určit konkrétní důvod vzniku tohoto onemocnění, existují ale určité rizikové faktory, které se mohou podílet na vzplanutí nemoci. Větší riziko mají pacienti s imunodeficitem, například pacienti po transplantaci a pacienti s AIDS. Určité riziko přináší i infekce, např. EBV, virus hepatitidy C, *Helicobacter pylori*. (Vydra, Cetkovský a kol., 2015, s. 181)

Klinické projevy jsou velmi rozmanité a jsou rozdílné podle podtypu a místa postižení. Příznaky mohou být celkové a místní. Mezi celkové symptomy řadíme noční pocení, subfebrilní až febrilní stavy, snížení tělesné hmotnosti a patologickou únavu. Lokální symptom lymfadenomegalie zahrnuje zvětšené uzliny v oblasti krku, v axilách nebo v tříselech. (Vokurka, Tesařová a kol., 2018, s. 209)

Druh léčby NHL se rozhoduje dle typu lymfomu, rozsahu postižení, prognostických faktorech a stavu nemocného. U bezpříznakových NHL se využívá metoda „watch and wait“, tzv. pouze sledování. U agresivních NHL je nezbytné zahájit terapii imuno – chemoterapií v kombinaci s cytostatiky. (Vydra, Cetkovský a kol., 2015, s. 190, 191)

Hodgkinovy lymfomy (HL) se řadí mezi maligní krevní nemoci, které jsou snadněji léčitelné a při správně zvolené terapii jsou i snadno vyléčitelné. (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková a kol., 2012, s. 391) Průměrný věk pacientů při stanovení diagnózy je 39 let. Přestože dnes HL patří mezi nejlépe léčitelné hematologické malignity, 20–30 % nemocných po úvodní terapii propadají relapsu. (Procházka, Papájík, 2017, s. 98)

Prvním příznakem bývá nebolestivá lymfadenopatie v krční a supraklavikulární oblasti. Mezi objektivní symptomy můžeme zařadit otok krku, obličeje a rukou. Pro tuto triádu příznaků se používá označení syndrom horní duté žíly. (Vokurka, Tesařová a kol., 2018, s. 209)

Rozvoj terapeutických přístupů v posledních desítkách let ovlivnil léčbu HL relativně významně. Z HL se stalo poměrně dobře léčitelné a vyléčitelné nádorové onemocnění. Obdobně jako u dalších nádorových onemocnění je důležité pro volbu primární léčby definovat přesné určení rozsahu onemocnění. (Indrák, 2014, s. 342, 343)

U většiny nemocných s HL je základem léčby kombinace chemoterapie s radioterapií na postiženou část. U 10 - 15 % nemocných je riziko relapsu, v tomto případě se nasazuje záchranná léčba, která zahrnuje kombinovanou chemoterapii, vysokodávkovanou chemoterapii s autologní nebo alogenní transplantací krvetvorných buněk, případně radioterapie. (Büchler a kol., 2020, s. 216)

3.2 Mnohočetný myelom

Mnohočetný myelom (MM) je hematologické maligní onemocnění krve, které vychází z buněk kostní dřeně. Vzniká hojným bujením a hromaděním zhoubných klonů plazmatických buněk, konkrétně maligní přeměnou B – lymfocytů. (Hájek, Jelínek, 2017, s. 88)

V mnoha případech onemocnění se jedná o myelom s vícečetnými ložisky, proto je nemoc klasifikována jako mnohočetný myelom. Ve vzácných situacích, kdy je MM izolovaný, nazýváme nádor plazmocytom. (Vokurka, Tesařová a kol., 2018, s. 214)

Po NHL je MM druhou nejčastější hematologickou malignitou, kdy průměrný věk při stanovení diagnózy je 63 let a výskyt je častější u mužů než u žen. Konkrétní příčina vzniku onemocnění není známa. (Rohoň, 2016, s. 167)

MM se nejčastěji projevuje bolestmi kostí, které jsou doplněny RTG nálezem osteolytických změn, anemií, zhoršenou funkcí ledvin, hyperkalcémií a periferní neuropatií

(syndrom POEMS), která se objevuje vždy u extramedulárního myelomu. (Vydra, Cetkovský a kol., 2015, s. 337)

Terapii MM můžeme rozdělit na protinádorovou terapii, do které zahrnujeme podávání cytostatik, kortikoidy, inhibitory proteazomu, imunomodulační látky a monoklonální protilátky. Běžný postup léčby u pacientů pod věkovou kategorií 70 - 75 let je podání vysokodávkované chemoterapie s následnou autologní transplantací hematopoetických kmenových buněk. Dávky vysokodávkované chemoterapie musí být regulovány v závislosti na klinickém stavu pacienta. Součástí terapie je podpůrná léčba, která se zaměřuje na léčbu a prevenci komplikujících infekcí, ochranu před hlubokou žilní trombózou a na ortopedickou léčbu. (Büchler a kol., 2020, s. 206) Součástí léčby je bezpodmínečně i radioterapie, která může mít analgetické, kurativní nebo paliativní účinky. U většiny pacientů s MM dochází po určité době ke znovu vzplanutí onemocnění, a proto bývá léčba opakována. (Indrák, 2014, s. 397)

4 CHEMOTERAPIE

Chemoterapie spolu s biologickou léčbou, radioterapií a autologní či alogenní transplantací krvetvorných buněk představují základní modalit v léčbě hematologických onemocnění. Často jsou tyto léčebné metody kombinovány, protože jejich společný účinek se vzájemně doplňuje a společně mají lepší efekt. Proto můžeme říct, že onkologická léčba je mnohdy komplexní. (Kolářová, Vaňásek, Horáčková, 2019, s. 5)

Léčba cytostatiky působí na obecné vlastnosti buněk, čímž se zásadně liší od cílené biologické léčby, která naopak působí specificky cíleně na molekulární aberace. Může se podávat s rozlišnými indikacemi: kurativní radikální chemoterapie, která se podává samostatně a je hlavním léčebným způsobem s cílem dosáhnout kontroly onemocnění či trvalého vyléčení. Adjuvantní a neadjuvantní chemoterapie doplňují jiné léčebné metody, např. chirurgickou léčbu, radioterapii. Adjuvantní chemoterapie má za úkol úplné vyléčení pacienta, zatímco neadjuvantní chemoterapie se indikuje před chirurgickým zákrokem s cílem zmenšit nádor a zničit mikrometastázy. (Adam, Krejčí, Vorlíček et al. 2011, s. 85, 86)

4.1 Historie chemoterapie

Přesný počátek protinádorové léčby nelze konkrétně určit, protože se v minulosti užívaly převážně bylinné léky. (Oktavec, Jampilek, 2013, s. 151, 152) První zaznamenané pokusy o léčbu maligních onemocnění chemickými látkami pocházejí z období již před naším letopočtem, kdy k terapii byla využívána měď a arsen.

Jádro moderní chemoterapie bylo založeno ve 40. letech 20. století. Protinádorové účinky byly mnohdy považovány za náhodné a klinické metody byly empirické. Historický obrat nastal koncem první světové války objevením cytotoxického působení Yperitu, jehož odvozené látky byly považovány za první cytostatikum. (Klener, 2013, s. 9)

4.2 Rezistence k chemoterapii

Multiléková rezistence patří mezi hlavní příčiny selhání chemoterapeutické léčby. K rezistenci k chemoterapiím může dojít buď přirozeným odporem, který je dán typem a biologickým charakterem rakovinotvorných buněk, nebo druhotnou rezistencí, vzniklou v průběhu léčby. Odolnost může vzniknout vůči jednomu konkrétnímu cytostatiku nebo jemu strukturálně podobnému, anebo k řadě nepříbuzných a funkčně různorodých cytostatikům. Rezistence může vést k rychlému relapsu rakoviny, a nakonec i k smrti pacienta. (Lei Zhang, Biwei Ye, Zhuo Chen, Zhe - Sheng Chen, 2022)

4.3 Způsoby podávání chemoterapie

Pro aplikaci chemoterapie se nejčastěji využívá intravenózní cesta pomocí infuzí nebo bolusovým podáním. Méně často se pak využívá perorální cesta či jiný parenterální způsob, který může chemoterapii vhodně doplňovat tam, kde systémová chemoterapie příliš nepůsobí. (Büchler, 2019, s. 171)

Pro vhodné dávkování cytostatik se nejčastěji vypočítává celkový povrch těla nemocného, který se určí z jeho výšky a hmotnosti. V ordinaci lékaře musí být čitelně uveden název, léková forma, čas podání, způsob podání, přesné množství, čas a délka podání každé jednotlivé dávky cytostatika.

Předpokladem lépe úspěšné léčby je podávání cytostatik v takových intervalech, aby v přestávce mezi podáním cytostatik nenastalo k podstatnému zvýšení počtu zhoubných buněk, ale aby se po každé dávce postupně jejich počet snižoval. (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková a kol., 2012, s. 121)

V hematologii se nejčastěji využívá perorální, intravenózní, subkutánní a intrathekální podání cytostatik.

4.3.1 Perorální aplikace

Perorální aplikací se myslí podání chemoterapie dutinou ústní. Touto cestou se podávají cytostatika ve formě tablet, dražé, nebo kapslí, která jsou příznivě vstřebatelná a šetrná ke gastrointestinálnímu traktu. Mívají menší toxicitu a pacienti je lépe snášejí. Avšak nejsou vhodná pro podání při nauze a zvracení. Sestra by před podáním měla pacienta poučit o důvodu medikace, o správném užívání, o možných vedlejších účincích, o vhodných tekutinách pro zapíjení a o vzájemném působení s některými potravinami. Nutné je rovněž dodržovat doporučenou dobu podání v závislosti na jídle, při manipulaci s perorální medikací se nedotýkat rukama léčiv – používat nitrilové rukavice nebo mít vyčleněnou pinzetu a nedávat do jedné lékovky s ostatními léky. (Vytejičková, Sedlářová, Wirthová, Otradovcová, Kubátová, 2015, s. 25, 26)

4.3.2 Intravenózní aplikace

Intravenózní aplikace je podání léčiva v tekuté formě do žilního systému pacienta. Využívá se pro rychlý průnik léčiva do tkání. Mohou se zde objevit závažné komplikace jako je extravazace cytostatika nebo infekční komplikace. V hematologii se nejčastěji u pacientů, kteří mají indikovanou pravidelnou chemoterapeutickou léčbu, využívá periferní žilní katétr (PŽK). Předpokladem pro podání cytostatika cestou PŽK je kvalitní cévní systém pacienta. V případě insuficientního cévního řečiště nebo křehkých žil u starších pacientů nebo u pacientů po podání dráždivých cytostatik se mohou objevit závažné komplikace ve smyslu extravazace cytostatika. Možný je také rozvoj infekční komplikace, tzv. iritační flebitidy. (Vokurka, Maňásek, Navrátilová Hrabánková, et al., 2019, s. 467)

Pro pacienty se špatným žilním přístupem je indikováno zavedení periferního centrálního žilního katétru (PICC). Velkou výhodou tohoto katétru je dlouhá životnost. Dle studií lze katétr za určitých podmínek využívat i déle než jeden rok. Avšak v České republice je průměrná délka využívání katétru 3 měsíce. PICC se zavádí nejčastěji do žil na paži, mezi které patří v. basilica, v. cephalica a v. brachialis. Zavádí se pod ultrasonografickou kontrolou. (Charvát a kol., 2016, s. 100, 101)

Pro pacienty s nepravidelným podáváním chemoterapie se pak častěji indikuje implantace intravenózního portu. Pro zajištění portu se používá speciální jehla, tzv.

Huberova jehla. Nejčastěji je port umístěn v pravém podklíčkovém prostoru. (Charvát a kol., 2016, s. 83, 84)

Cestou žilního vstupu lze podávat chemoterapii kontinuálně i intermitentně, a pro přesné dávkování využíváme infuzní pumpu. Nebo můžeme cytostatika aplikovat bolusově pomocí injekční stříkačky.

O komplikacích spojených s intravenózními vstupy se pak dále zabýváme v následující kapitole.

4.3.3 Intramuskulární a subkutánní aplikace

Subkutánní podání (s.c.) spočívá v aplikaci chemoterapie do podkoží. V hematologii je nejvíce využíváno s.c. podání v ambulantní léčbě AML a MDS. Nejčastější místo pro vpich je v okolí pupku, ale důležité je místo pravidelně střídat z důvodu eliminace vzniku případných hematomů lokální reakce, např. zarudnutí, hematom nebo zvýšená citlivost v místě vpichu.

Intramuskulární aplikace (i. m.) vyplývá z vpravení léků do svalu. Tento způsob je využíván vzácně u hematologické léčby. (Vytejková, Sedlářová, Wirthová, Otradovcová, Kubátová, 2015, s. 61, 66)

4.3.4 Intrathekální aplikace

Intrathekální aplikace cytostatika je podání chemoterapie systémem lumbální punkce, která spočívá v nabodnutí páteřního kanálku, ve kterém se nachází mozkomíšní mok. Punkci lze využít kromě k aplikaci chemoterapie i k diagnostice agresivní formy ALL, u které hrozí postižení centrální nervové soustavy. Při intrathekálním podání cytostatik se mohou objevit komplikace se zaměřením na nervovou soustavu, např. chemická meningitida. Je nezbytné, aby pacient po aplikaci cytostatik do páteřního kanálu zůstal vleže na lůžku po dobu 24 hodin. (Vytejková, Sedlářová, Wirthová, Otradovcová, Kubátová, 2015, s. 268; Doubek, Mayer, 2020, s. 65; Obermannová et al, 2012, s. 317)

4.4 Komplikace chemoterapie

Komplikace chemoterapie jsou následkem mechanismu účinku cytostatik nejen na nádorové buňky, ale také na buňky zdravých tkání. Jejich vznik se odvíjí podle dávky, druhu podávaného léku a individuální reakce organismu pacienta.

Nežádoucí účinky chemoterapie lze rozdělit do tří kategorií podle času jejich vývoje. Rychle nastupující reakce nastupuje ihned nebo maximálně pár hodin po aplikaci. Některé neustoupí tak rychle, jak začnou, ale mohou trvat i několik dnů. Řadíme sem alergické reakce, nechutenství, zvracení a cévní komplikace. Časně komplikace mají pozvolný vývoj, který může trvat několik dnů až týdnů po aplikaci cytostatik. Pozdní reakce se objeví po měsících až letech. Mezi pozdní komplikace řadíme kardiopatie, pneumopatie, hepatopatie a pokles tvorby pohlavních hormonů. (Zítková a kol., 2016, s. 18)

4.4.1 Nevolnost, zvracení a nechutenství

Nevolnost a zvracení jsou nejčastějšími komplikacemi chemoterapeutické léčby. V průběhu terapie se můžeme setkat se třemi typy zvracení a nevolností. Akutní zvracení, které se objevuje nejpozději do 9 hodin po podání a oddálené zvracení, které se obvykle projeví až následující den. Anticipační nevolnost a zvracení je naučenou odpovědí na terapii, ke které dochází již před podáním samotných cytostatik. (Adam, Krejčí, Vorlíček et al., 2011, s. 221)

Kombinace cytostatik zhoršuje problémy s nauzeou a se zvracením, proto existují mezinárodní doporučení, např. Modrá kniha ČOS, NCCN, které napomáhají zvládnání těchto komplikací. (Tuček, 2021, s. 5)

Základní léčbou a prevencí je podávání antiemetik, jejichž cílem je primárně prevence. Povinností sestry je dostatečné poučení a informování pacienta o možných komplikacích a užívání léků, zmírnit strach a úzkost. Dále by sestra měla zaručit podání antiemetik, sledovat a zaznamenávat jejich účinky. (Zítková a kol., 2016, s. 20)

Pacientovi, který pobývá v domácí péči, je doporučeno mnoho preventivních opatření. Měl by jíst malé porce několikrát denně, pít hodinu před jídlem nebo po něm, jíst a pít pomalu a vyhnout se sladkému a smaženému jídlu. Pokud je pacient hospitalizován,

je mu doporučena výběrová dieta a probíhá spolupráce s nutričním terapeutem. (Vorlíčková, Adam, Šmardová, Vorlíčková, 2013, s. 19) Sestra pravidelně hodnotí pacientův nutriční stav, o kterém následně provádí zápis do zdravotnické dokumentace. (Zítková a kol., 2015, s. 57)

4.4.2 Průjem, zácpa

Lze říct, že průjem je běžnou komplikací při podávání chemoterapie. U hematoonkologických pacientů je sdružován se zvýšeným rizikem vzniku infekcí. Je zapotřebí, abychom zjistili patrnou příčinu vzniku průjmu, do které mohou spadat dietní návyky pacienta, nevhodně zvolená terapie či infekce v gastrointestinálním traktu. (Novotná, Pohanková, Sirák, Petera, 2020, s. 14) Pacienty, kteří trpí touto komplikací, sestry poučí o důkladnější hygieně, zvýšeném příjmu tekutin a o dietním opatření. (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková a kol., 2012, s. 142)

Sestra nebo lékař informují pacienta, že by měl jíst menší porce jídla, ale je doporučeno jíst častěji, přibližně 6x – 8x denně. Pacient by se rovněž měl vyhnout potravinám, které jsou velmi bohaté na vlákninu, kávu, alkoholu, sladkostem, mastným a pálivým potravinám. Pokud je průjem příliš závažný, obvykle lékař doporučí pacientovi pouze tekutiny a poté, co se jeho stav zlepší, je nemocnému nastavena dieta s nízkým obsahem vlákniny. (Vorlíček, Adam, Šmardová, Vorlíčková, 2013, s. 21)

Příčinou zácpy u hematoonkologických pacientů nemusí být vždy podání jen chemoterapie, ale mohou ji způsobit antiemetika, léky tlumící bolesti nebo snížená fyzická aktivita. Lékem první varianty jsou laxativa. Zvýšeným příjmem tekutin a potravou bohatou na vlákninu lze tento problém řešit konzervativně a pokud to pacientův stav dovolí, můžeme doporučit i zvýšený tělesný pohyb. (Novotná, Pohanková, Sirák, Petera, 2020, s. 14)

Pacienti, kteří trpí zácpou při léčbě cytostatiky, jsou zdravotnickým personálem informováni, aby přijímali hodně tekutin a jedli jídla bohatá na vlákninu. (Vorlíček, Adam, Šmardová, Vorlíčková, 2013, s. 21)

4.4.3 Útlum krvetvorby

Anémie chronických onemocnění jsou součástí infekčních, zánětlivých, autoimunitních a nádorových onemocnění. Po anémii z deficitu železa je anémie chronických chorob druhá nejčastější.

Anémie se rozvíjí v průběhu 1 - 2 měsíců, poté je stabilní. Podle závažnosti se projevuje neurčitými symptomy, mezi které spadá únava, bledost, nauzea, bolesti hlavy apod. (Vydra, Novák, Lauermannová a kol., 2019, s. 24, 25)

Sestra u pacienta se sníženým počtem erytrocytů zajišťuje jeho odpočinek, kvalitní spánek, asistuje mu při běžných denních aktivitách, čímž zajišťuje jeho bezpečí a předchází riziku pádu. Opatří pacientovi dostatečný příjem tekutin a nezapomíná na měření fyziologických funkcí, např. saturaci, stav vědomí a krevní tlak. Pokud lékař indikuje pacientovi podání erytrocytárních transfúzních přípravků, kompetencí sestry je jejich zajištění na transfúzním oddělení. Sestra asistuje při jejich podání a sleduje u pacienta potencionální reakce. Všechny skutečnosti o projevech anémie, o změřených hodnotách fyziologických funkcí, o aplikacích léků a transfúzi provádí sestra záznam do zdravotnické dokumentace. Povinností sestry je přesné plnění ordinace lékaře a edukace pacienta o užívání nebo aplikaci těchto léčiv a možných komplikacích v rámci kompetencí. Nedílnou součástí poskytované péče je vedení příslušné dokumentace. (Zítková a kol., 2016, s. 38, 39) Lékař může indikovat rovněž podávání preparátů železa, substituci růstovým faktorem erythropoézy, kortikoterapii nebo imunosupresivní léčbu, která může být realizována i v domácím prostředí. (Kissová, 2018, s. 279)

Příčiny trombocytopenie jsou rozmanité. U hematologických pacientů vzniká nejčastěji v souvislosti se základním onemocněním a jeho léčbou, tj. podáváním chemoterapie. K dalším příčinám řadíme např. infekce, záněty, nádorové choroby, infiltrace kostní dřeně, léky a další. Při snížení trombocytů pod $10 \times 10^9/l$ vzniká riziko spontánního krvácení. (Vydra, Novák, Lauermannová a kol., 2019, s. 81)

Symptomy často vyplývají z prvotní nemoci, která trombocytopenii provází, a proto je důležité při léčbě nejprve myslet na terapii vyvolávající onemocnění. (Indrák, 2014, s. 560)

Základem péče o trombocytopenického pacienta je zamezení rizika krvácení a jeho informování o důležitosti dodržovat veškerá opatření, které vedou k zamezení komplikací. Pacient je rovněž edukován o tom, že by měl okamžitě hlásit každý projev krvácení, např. při močení nebo při stolici. Sestra mimo jiné sleduje projevy krvácení i na sliznicích a kůži, dodržuje ordinace lékaře, provádí zápis do dokumentace o aktuálních potížích pacienta a o provedených ošetrovatelských činnostech. Při podezření na zhoršení pacientova stavu okamžitě informuje lékaře. U pacientů s klinicky významnou trombocytopenií nebo trombocytopenií s krvácením může být lékařem indikováno podání trombocytárního nálevu. Povinností sestry je jejich zajištění na transfúzním oddělení a kooperace s lékařem při jejich podání včetně sledování pacienta a vedení příslušné dokumentace. (Zítková a kol., 2016, s. 37)

4.4.4 Infekční komplikace v důsledku neutropenie

Oslabená obranyschopnost je u hematoonkologických pacientů častý problém. Imunodeficit významně zvyšuje riziko vývoje infekce a její vzplanutí komplikuje celý průběh a výsledky onkologické terapie. Mezi nejvíce závažné imunodeficiencie patří stav neutropenie. (Vokurka, Tesařová a kol., 2018, s. 91) Neutropenii definujeme jako stav snížených neutrofilů. Diagnostikujeme ji pomocí krevního obrazu a podle výsledků ji můžeme rozdělit na neutropenii nízkého či vysokého stupně. Výskyt horečky u neutropenie považujeme za velmi závažný stav, který může hematoonkologického pacienta ohrožovat na životě. (Lustberg, 2012)

Sestra neustále sleduje možné příznaky infekce. Při jakémkoliv jejím náznaku musí lékař posoudit jeho závažnost a podle toho určit další postup. Zejména monitorace tělesné teploty a při jejím zvýšení odběr hemokultury (ordinuje lékař), krevního obrazu – hodnot leukocytů a neutrofilů (na základě indikace lékaře), provádění bakteriologického screeningu minimálně 1x týdně. U pacienta s prokázanou infekcí je nařízená bariérová ošetrovatelská péče, která má za cíl zabránit šíření infekce. Pravidla bariérové péče musí dodržovat celý zdravotnický personál, který důkladně o režimu poučí pacienta a vyzve ho k aktivnímu zapojení. (Kachlová, Plevová, 2022, s. 89)

V péči o hematoonkologické pacienty je nejčastěji využívána tzv. reverzní neboli ochranná izolace, jejímž cílem je ochránit imunitně oslabeného pacienta před infekcí zanesenou z vnějšího prostředí. (Cetlová, 2013, s. 155)

4.4.5 Mukozitida

Mukozitida je definována jako toxicko – zánětlivé poškození celého trávicího traktu, které se upíná nejen na dutinu ústní. Může vzniknout v souvislosti s aplikací chemoterapie, GVHD, radiační terapií a infekčními komplikacemi. Mukozitida sama o sobě přináší další řadu komplikací. Poruchy trávení, průjmy, sucho v ústech, anebo poruchy vnímání chutí řadíme mezi subjektivně vnímané komplikace. Objektivně může sliznice obsahovat známky zarudnutí, prosáknutí a scalloping (otisky zubů na jazyku a na rtech).

Ošetrovatelský personál by měl pacienta předem edukovat o zvýšené hygieně, vyjmutí protéz a častém vyplachování úst. (Zítková a kol., 2016, s. 40) Sestra se při péči zaměřuje na subjektivní pocity pacienta, konkrétně na bolest v oblasti dutiny ústní, na pocit zhoršeného polykání a na nepříjemnou chuť v ústech. Objektivně hodnotí suchost sliznic, produkci slin a krvácivost. (Vokurka, Tesařová a kol., 2018, s. 97)

Bolest může pacient sám určit pomocí VAS (Visual Analog Scale, vizuální analogová škála) na číselné stupnici 0 - 10. (Vokurka, 2021, s. 5) K útlumu bolesti lze využít přípravky, které obsahují kyselinu hyaluronovou nebo lokální kortikoidy v kombinaci s lokálním anestetikem. Pro bolest, kterou určí pacient na škále minimálně 4, je vhodné řešení použití silnějších analgetik. Nejvhodnější je aplikace morfinu s.c. nebo morfinové tablety. (Vokurka, 2021, s. 10,11)

Pokud je omezen příjem potravin dutinou ústní, je nutné opatřit pacientovi doplňky výživy sippingem, zajistit nazogastrickou sondu, PEG nebo parenterální podávání výživy po konzultaci s nutričním terapeutem. (Vokurka, Tesařová a kol., 2018, s. 100)

4.4.6 Komplikace žilních přístupů

Nejvíce je zatěžován u onkologických pacientů, kteří podstupují léčbu cytostatiky cévní systém. S tím se pojí i zvýšené riziko vzniku komplikací. Nejvíce se u pacientů se zavedeným žilním vstupem obáváme trombotických, infekčních komplikací a paravazace. Komplikace můžeme rozdělit dle různých typů vstupů. U intravenózního implantabilního portu může dojít při nesprávné manipulaci k jeho odlomení a k infekčním komplikacím, v nejhorším případě ke katérové sepsi. Komplikace u PICC katetru můžeme rozdělit na krátkodobé a dlouhodobé. Krátkodobé komplikace jsou spojeny s punkcí jehly, poraněním nervové soustavy a s technicky nesprávně zavedeným PICC. Dlouhodobými komplikacemi myslíme infekční komplikace, uzávěr katetru a trombózu žíly, v níž je PICC zaveden. Aby se co nevíce zamezilo komplikacím, musí sestra pečlivě odebrat anamnézu o zavedených žilních vstupech v minulosti, o případných alergiích a při manipulaci se vstupem musí zdravotnický tým postupovat asepticky. (Charvát a kol., 2016, s. 80, 90, 114, 123, 137)

Zavádět a pečovat o invazivní vstupy může pouze prokazatelně vyškolená sestra, která o nich vede databázi v ošetrovatelské dokumentaci.

Hlavním úkolem sester při péči o invazivní vstupy je udržet jejich průchodnost, zajistit jejich maximální dobu zavedení a zabránit vzniku komplikací. O všech opatřeních musí sestra poučit i pacienta, aby sám zvýšil svou pozornost na katétr, který má zavedený. (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková a kol., 2012, s. 138)

Při extravazaci kompetentní sestra okamžitě pozastaví chemoterapii, uloží končetinu do zvýšené polohy a přivolá lékaře, který zhodnotí celkový stav a doporučí další postup, podle kterého se sestra bude řídit. (Vytejková, Sedlářová, Wirthová, Otradovcová, Kubátová, 2015, s. 141)

4.4.7 Alopecie, ztráta ochlupení, změny na kůži

Ztráta ochlupení může postihnout vlasy, obočí, řasy, ochlupení v podpaží či jiná místa na těle. Pacienti se však nejčastěji potýkají se ztrátou vlasů, která se začíná projevovat již po 1 - 4 týdnech od zahájení chemoterapie. O možnosti ztráty vlasů musíme pacienty předem informovat, aby měli dostatek času na přijetí této události, případně si zajistili

paruku, eventuálně jinou pokrývku hlavy. Po několika měsících od ukončené terapie začnou vlasy opět růst. (Nováková, Pohanková, Sirák, Petera, 2020, s. 14) Pacientům je doporučeno používání nedráždivých šampónů a měkkých kartáčů na vlasy. Vhodné je chlazení pokožky během aplikace chemoterapie. (Vorlíček, Adam, Šmardová, Vorlíčková, 2013, s. 20)

Nejčastější komplikací na kůži je postižení nehtů a hand – foot syndrom. Postižení nehtů se vyvíjí několik týdnů po prvním chemoterapeutickém cyklu. Projevuje se zhoršenou kvalitou nehtové ploténky, odlučováním od nehtového lůžka nebo zvýšenou lomivostí. Do normálního stavu se nehty vrátí za mnohem delší dobu. Hand – foot syndrom je stav, při kterém dochází k začervenání a svědění rukou a nohou. (Důra, 2021, s. 27)

Pro lepší zvládnání kožních projevů je pacientům doporučeno, aby se vyvarovali přípravkům obsahující alkohol, aby své nehty chránili rukavicemi a na svou pokožku používali vhodné masti, které jim lékař nebo sestra doporučí. (Vorlíček, Adam, Šmardová, Vorlíčková, 2013, s. 22)

5 BEZPEČNÁ MANIPULACE S CYTOSTATIKY

Příprava cytostatik probíhá v lékárnách dle zákona, konkrétně vyhláškou č. 32/2020, která mění vyhlášku č. „84/2008 Sb., o správné lékařské praxi, bližších podmínkách zacházení s léčivý v lékárnách, zdravotnických zařízeních a u dalších provozovatelů a zařízení vydávajících léčivé přípravky, ve znění pozdějších předpisů“ . (Zákony pro lidi.cz)

Výroba cytostatik probíhá v centrální přípravně cytotoxických látek, kde jsou pracovníci pravidelně proškolení a mají povinnost dodržovat bezpečnostní pracovní postupy a používat ochranné pracovní pomůcky. Příprava se zahajuje převzetím žádanky, která obsahuje data o pacientovi a konkrétní lék v požadovaném složení s nosným roztokem.

Po převzetí cytostatika na oddělení nebo stacionář, proběhne tzv. dvojí kontrola léčiva, kdy dvě sestry nezávisle na sobě zkontrolují pacientovo údaje, dávku látky dle ordinace lékaře a datum podání terapie. Sestra odděluje administrativní činnost při manipulaci s připravenou chemoterapií a pro svou ochranu při styku s léčivem používá standardně ochranné nitrilové rukavice a ústenku. Pro vyšší bezpečnost jsou cytostatika uchovávaná ve speciálních uzavřených setech, tzv. ve dvojitým obalu, ze kterého je sestra vyjímá těsně před podáním a po splnění všech kontrolních opatření. Před spuštěním chemoterapie intravenózní cestou musí sestra zkontrolovat funkčnost a průchodnost žilního katetru pomocí proplachu alespoň 20 ml fyziologického roztoku. Během aplikace sleduje místo vpichu pro případné včasné odhalení paravazace, kontroluje celkový stav a monitoruje fyziologické funkce pacienta. Při likvidaci podané chemoterapie se využívají speciální koše pro cytostatický odpad. Nepoužitou chemoterapii vrací zpět do lékárny. (Cimbálníková, Brabcová, 2018, s. 45)

Kompetence k podávání chemoterapie se řídí dle zákona č. 105/2011 Sb., kterým se mění „zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění pozdějších předpisů, a zákon č. 634/2004 Sb., o správních poplatcích, ve znění pozdějších předpisů“ . (Zítková a kol., 2016, str. 22, 23)

6 EDUKACE

Pojem edukace je možné formulovat jako proces systematického ovlivňování jednání a chování člověka s úmyslem přinášet kladné změny ve znalostech, postojích, zvycích a dovednostech. Edukaci taky lze definovat jako výchovu a vzdělávání člověka.

Edukační proces je jednání lidí, pomocí kterého probíhá učení. K učení může docházet záměrně, nebo nezáměrně. Edukační činnost je celoživotní záležitost.

Edukant je osoba, která podstupuje celým procesem učení bez rozdílu věku a prostředí. Všichni edukanti jsou vnímáni jako individuální osobnosti, které jsou vyznačovány vlastními fyzickými, afektivními a kognitivními vlastnostmi.

Edukátor je aktivní účastník, který vede celý edukační proces, v nemocničním prostředí jde především o lékaře a sestru.

Kvalitu edukačního procesu ovlivňují i tzv. edukační konstrukty, mezi které řadíme plány, zákony, předpisy, edukační standardy a materiály. (Juřeníková, 2010, s. 9, 10)

6.1 Projektování edukace

Projektování edukace se neobejde bez procesu plánování a přípravy. Podmínkou plánování je pečlivé shromažďování údajů o pacientovi. Pozornost zaměřujeme především na jeho znalosti, postoje a dovednosti. Důležité je si předem stanovit cíl, kterého chceme edukací dosáhnout a metody, které budeme využívat. (Juřeníková, 2010, s. 25)

Stanovený cíl by měl odpovídat schopnostem edukanta. B. S. Bloum rozdělil kognitivní cíle do šesti skupin: znalost, porozumění, aplikace, analýza, syntéza a hodnotící posouzení. Dle B. Krathwohlova do afektivních cílů řadíme přijímání, reagování, oceňování hodnoty, integrování hodnot a začleňování systému hodnot do charakterové struktury. Poslední kategorie, ve které ověřujeme zručnost a návyky pacienta, nazýváme psychomotorická. Dle R. H. Davea do ní řadíme imitaci, praktické cvičení, zpřesňování, koordinaci a automatizaci. (Juřeníková, 2010, s. 28, 29)

V procesu edukace se neupínáme pouze na jednu kategorii, ale dochází k propojení všech tří. (Juřeníková, 2010, s. 30)

Při výběru edukačních metod bychom měli přihlížet k osobnosti edukanta, k jeho současné úrovni informovanosti, dovednostem a zkušenostem. Metoda by měla být vhodně přizpůsobena k aktuálnímu psychickému a zdravotnímu stavu pacienta.

Mezi edukační metody řadíme vysvětlování, přednášku, praktické cvičení, rozhovor, diskusi, e - learning, práci s textem a konzultaci. Do jedné z nejčastěji užívaných metod ve zdravotnictví je výše zmíněná konzultace. Znamená to edukace od odborníka, při které je nemocnému dán prostor pro vyjasnění obav a nejasností. Často se jedna zvolená metoda doplňuje jinou metodou. (Juřeníková, 2010, s. 37 - 47)

6.2 Realizace edukačního procesu

Na úspěšné realizaci edukačního procesu závisí spolupráce celého zdravotnického týmu, jehož členové provádí edukaci na základě svých kompetencí, specializace a předem stanoveného plánu. (Juřeníková, 2010, s. 53)

Před samotným začátkem realizace je potřeba pacienta předem informovat proč budeme edukaci provádět, jaký je náš cíl a zjistit, zda je ochoten se do edukace aktivně zapojit. (Juřeníková, 2010, s. 55)

Realizace se uskutečňuje v několika fázích. Nejdříve musíme začít s motivační strategií, kde motivujeme pacienta nebo jeho rodinu. Poté zajišťujeme nové poznatky o edukovaném tématu. V této fázi je vhodné, aby se edukant zapojil. Následně vyzveme edukanta, aby si procvičil své nově nabitě vědomosti, a v následující fázi si ověříme, zda si osvojil informace, které mu byly sděleny a zda je umí využít v praxi. (Krátká, 2016, s. 42)

6.3 Edukační činnost sestry

Edukační činnost ve zdravotnictví definujeme jako sekundární prevenci, která má za cíl přispět k vyléčení pacienta a zamezit rozvoji komplikací. Edukační plán, který sestra připraví by měl pacientovi snadněji uskutečnit případné změny v jeho počínání. Zárukou celé úspěšné činnosti je nezbytná aktivní spoluúčast edukanta a edukátora.

Aby sestra byla způsobilá k vykonávání edukace, je potřeba, aby měla nezbytné znalosti v lékařské a ošetrovatelské oblasti. Opomenout se také nesmí komunikační a vyučující schopnosti na vysoké úrovni. (Svěráková, 2012, s. 23)

Před zahájením edukace si sestra musí zjistit nezbytné informace o pacientovi. Pečlivá příprava může usnadnit práci sestry a pokud pacient vnímá, že mu ošetřující personál věnuje pozornost, přistupuje k edukaci odpovědněji. Edukace patří do mnoha rolí, kterou sestry zastávají. (Svěráková, 2012, s. 29)

Při edukaci by se měla sestra řídit principy, mezi které zahrnujeme individuální přístup k nemocnému, trpělivost, přihlížení na aktuální zdravotní stav pacienta a jedna z nejdůležitějších zásad je empatie. (Svěráková, 2012, s. 33)

Průběžné hodnocení dosažených výsledků a zároveň konečné zhodnocení je součástí posledního stádia edukačního procesu. Výsledky může sestra ověřit pokládáním testovacích otázek, písemného testu či pozorováním pacientovo chování. (Svěráková, 2012, s. 35)

Nezbytnou součástí celého procesu je vedení záznamu o celém průběhu edukace. Dokumentace obsahuje popis o naplánované a o provedené edukaci, dílčí témata výuky a záznam dosažených výsledků. (Svěráková, 2012, s. 36)

6.4 Edukace hematoonkologických pacientů

Edukace na hematoonkologickém oddělení je specifická záležitost. Mimo edukace pacienta je důležité edukovat i jeho rodinné příslušníky. Pacient i jeho rodina by měli být informováni o významu chemoterapeutické léčby, o možných nežádoucích účincích a komplikacích.

Výživa při chemoterapeutické léčbě může zvýšit kvalitu průběhu terapie. V edukaci se zaměřujeme na vhodné a nevhodné potraviny pro hematoonkologické pacienty a doplňky stravy (sipping). Dodržováním správného dietního režimu lze předcházet průjmům nebo zácpě, které komplikují toleranci léčby.

Úkolem sestry je pacienta také edukovat o ostatních nežádoucích účincích chemoterapie, kde jsou důkladně rozebrány výše. Nevolnost, zvracení a alopecie může výrazně ovlivnit pacientovo zvládnání léčby.

Pacient, kterému je aplikována chemoterapie intravenózní cestou, je rovněž poučen o riziku paravazace, tj. o únik cytostatika mimo žilní řečiště, které se projevuje bolestí, pocitem pálení nebo otokem v místě zavedení katétru. Jsou mu podány informace o jednotlivých symptomech a o nutnosti je okamžitě ohlásit. (Kolářová, Vaňásek, Horáčková, 2019, s. 19)

Sestra má povinnost o proběhlé edukaci provést záznam, který se následně zakládá do ošetrovatelské dokumentace pacienta. Pro vyšší efektivitu záznamu, by měla edukační dokumentace obsahovat úroveň vědomostí edukanta na začátku a na konci edukace, požadované cíle, obsah edukace, metody a formy edukace, které byly během procesu použity, učební pomůcky a podpis edukanta a edukátora. (Krátká, 2016, s. 44)

Kromě edukace od zdravotnického personálu mají pacienti na hematoonkologické ambulanci k dispozici edukační letáky, které si mohou samostatně prostudovat.

PRAKTICKÁ ČÁST

7 FORMULACE VÝZKUMNÉHO PROBLÉMU

Edukace se v našich životech prolíná celý život v různých okolnostech. Narážíme na ní v rodině, ve škole i v zaměstnání. Přestože je edukace s námi od narození, v určitých oblastech má stále několik nedostatků. Ve zdravotnické praxi lze správnou edukací předejít, nebo tlumit komplikace, které mohou nastat v průběhu nemoci a terapie.

Hlavní problém, kterým se v této práci zabýváme je zaměřen na vnímání edukačního procesu, který se týká preventivních opatření u pacientů před chemoterapeutickou léčbou. Potřeba informací je pro každého pacienta jiná, proto se snažíme pojmout výzkum se subjektivním pohledem.

Hlavním cílem je poskytnout zdravotnickému personálu takové poznatky, které by jim pomohly se více zaměřit na zásadní oblasti edukace.

8 CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY/PŘEDPOKLADY

8.1 Hlavní cíl

Hlavním cílem je popsat zásadní oblasti edukace u pacientů s hematologickým onemocněním před podáváním chemoterapie.

Hlavní výzkumná otázka: Jak pacienti s chemoterapeutickou léčbou vnímají edukační proces týkající se preventivních opatření před podáním chemoterapie?

8.2 Dílčí cíle a výzkumné otázky

Dílčí cíle

1. Zjistit, které oblasti edukace v souvislosti s podáváním chemoterapie jsou respondenty vnímány jako důležité.
2. Zjistit, zda respondenti vnímají edukaci za srozumitelnou.

Výzkumné otázky

1. Jaké informace o podávání chemoterapie potřebují respondenti nejvíce?
2. Považují respondenti poskytnuté informace za srozumitelné a dostačující?
3. Jakou formu edukace respondenti upřednostňují?

9 METODIKA KVALIFIKAČNÍ PRÁCE

9.1 Metodologie výzkumu

Pro zpracování bakalářské práce byl zvolen kvalitativní výzkum. „*V posledních dekádách zaznamenáváme (nejen) v ošetrovatelství výrazný nárůst kvalitativního výzkumů, který je spjatý s holistickým a na osobu zaměřeným přístupem.*“ (Gurková, 2019, s. 12)

Kvalitativní výzkum můžeme využít případech, kdy chceme odkrýt podstatu zkušeností osob, kdy chceme popsat dosud nedostatečně probádaný jev a chceme se soustředit na citlivou oblast. (Gurková, 2019, s. 13)

Sběr dat probíhal polostrukturovaným rozhovorem. Každému respondentovi bylo podáno 15 otevřených otázek (Příloha A), které se týkají procesu edukace ze strany sester.

9.2 Charakteristika sledovaného souboru

Výběr respondentů do výzkumné části bakalářské práce byl záměrný. Jedinými požadavky bylo hematoonkologické onemocnění a podstupující léčba chemoterapií. Celkem bylo vybráno 12 respondentů, kteří podepsali informovaný souhlas (příloha B) a byli informováni o anonymitě výzkumu a o jeho dobrovolnosti.

9.3 Organizace výzkumu

Výzkumné šetření bylo realizováno od října 2022 do prosince 2022 na lůžkovém oddělení hematoonkologie ve FN Plzeň. Výzkum byl nejdříve písemně schválen v červenci od náměstkyně paní magistrou Chabrovou. (příloha C) Následně byla oslovena vrchní sestra hematoonkologické kliniky, paní magistra Kabátová Maxová a déle staniční sestra lůžkového oddělení Jaklová, Dis. Výzkum byl schválen.

Rozhovory probíhaly po individuálních domluvách a podle časových možností respondentů. Vzhledem k tomu, že rozhovory probíhaly na lůžkovém oddělení, mohli si respondenti zvolit, zda bude rozhovor probíhat v pokoji nebo v prostoru pro návštěvy.

S ohledem na zdravotní stav respondentů, si všichni vybrali, že rozhovor bude probíhat na jejich pokojích. Každý rozhovor trval přibližně 8 minut.

Před zahájením rozhovoru byli respondenti informováni o tématu práce a byl jim vysvětlen pojem edukace.

Z důvodu zachování anonymity označují respondenty jako respondent 1, respondent 2, respondent 3 atd.

9.4 Operacionalizace pojmů

Preventivní opatření – činnosti, pomocí kterých se zabraňuje vzniku komplikací

Edukace – poučení, vysvětlení, učení

Oblast edukace – téma edukace

Srozumitelnost edukace – snadno pochopitelná edukace

Dostatečnost edukace – postačující, uspokojivá edukace

Metoda edukace – způsob provádění edukace, např. slovně, písemně.

9.5 Zpracování dat

Rozhovory byly nahrávány na diktafon na mobilním telefonu a v lednu byly následně přepsány do elektronické podoby v programu Microsoft Office Word. Data byla zpracována pomocí kódování, které probíhalo pomocí úpravy textu přepsaných rozhovorů. Jednotlivé oblasti byly v textu zvýrazněny. Následně byly stanoveny jednotlivé kategorie a subkategorie. Výsledky rozhovorů jsou zpracovány do grafické podoby v přehledných tabulkách a schématech.

10 PREZENTACE A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

10.1 Demografické údaje

Respondent 1 je žena ve věku 40 let. Dříve pracovala jako mzdová účetní pro nejmenovanou firmu. Nyní je na pracovní neschopnosti, protože léčba je pro ni časově a fyzicky příliš náročná. Má zdravého, pečujícího manžela, který je pro ni prý velkou oporou a 17letou dceru, o kterou má velký strach. Ve 39 letech ji byla diagnostikována AML a nyní pravidelně dochází na chemoterapeutickou léčbu. Právě podstupuje 5. cyklus léčby.

Respondent 2 je muž ve věku 72 let. Dříve pracoval jako hlídač ve fabrice. Nyní je ve starobním důchodu. Byla mu diagnostikována AML, ale už si nepamatuje kdy. Nyní podstupuje paliativní chemoterapii, o které má potřebné informace.

Respondent 3 je žena ve věku 61 let. Před důchodem se živila jako OSVČ. Vlastnila kavárnu ve městě, kde žije. Lékaři ji před pár měsíci diagnostikovali ALL. Nyní podstupuje vysokodávkovanou chemoterapii pro přípravu autologní transplantace kostní dřeně.

Respondent 4 je žena ve věku 45 let. Pracuje na částečný úvazek v nejmenované nemocnici jako sestra. Přibližně před rokem ji byl diagnostikován MM. Přiznala, že nejdříve léčbu odmítala, ale nyní již pravidelně dochází na chemoterapeutickou a radiologickou léčbu.

Respondent 5 je žena ve věku 71 let. Před nastoupením do důchodu se živila jako učitelka na základní škole. Nepamatuje si, před jakou dobou ji byla diagnostikována CLL, ale již pár měsíců dochází na cytostatickou léčbu.

Respondent 6 je muž ve věku 27 let. Studuje vysokou školu aplikovaných věd. Hospitalizován je z důvodu relapsu HL. Diagnostikován mu byl poprvé, když mu bylo 19 let. Nyní podstupuje chemoterapeutickou léčbu.

Respondent 7 je žena ve věku 59 let. Dříve pracovala jako vedoucí prodejny nejmenovaného obchodu. Diagnostikována ji byla CML a nyní dokončuje poslední cyklus chemoterapie.

Respondent 8 je žena ve věku 31 let. Nyní je na mateřské dovolené se svou 2letou dcerou. Zhruba před rokem ji byla diagnostikována CLL a od té doby dochází na pravidelné cykly chemoterapie.

Respondent 9 je muž ve věku 47 let. Živí se jako profesionální hasič. Nyní podstupuje poslední chemoterapeutický cyklus pro léčbu NHL.

Respondent 10 je muž ve věku 54 let. Dříve pracoval na pozici manažera v automobilové firmě, ale kvůli náročnosti onemocnění musel podat výpověď. Diagnostikována mu byla ALL. Nyní podstupuje léčbu chemoterapií.

Respondent 11 je muž ve věku 49 let. Pracuje jako profesionální řidič, ale kvůli onemocnění si dává od zaměstnání pauzu. Diagnostikována mu byla CML a lékaři mu indikovali léčbu cytostatiky.

Respondent 12 je muž ve věku 63 let. Nyní je ve starobním důchodu. Lečí se pro diagnostikovaný MM. Podstupuje chemoterapeutickou léčbu v kombinaci s radioterapií.

10.2 Kategorie 1 – Potřeba edukace

Tato kategorie je zaměřena na výzkumnou otázku č. 1. Snažíme se zde zjistit míru potřeby edukace pacientů. Kategorie je rozdělena do pěti subkategorií. První subkategorií znázorňujeme, zda byli respondenti edukováni před začátkem léčby nebo až v jejím průběhu. Druhou subkategorií popisujeme obsah prováděné edukace a třetí subkategorií vyobrazujeme informace, které jsou pro pacienty hodnotné. Čtvrtou subkategorií popisujeme, zda edukace pomohla respondentům lépe snášet komplikace během léčby. V páté subkategorii znázorňujeme, jestli respondentům při edukačním procesu něco chybělo. Jednotlivé rozhovory jsou přepsány do přehledných tabulek a následné odpovědi jsou zvýrazněny v jednotlivých schématech.

Tabulka č. 1 Byl/a jste edukován/a před začátkem chemoterapie nebo až v průběhu?

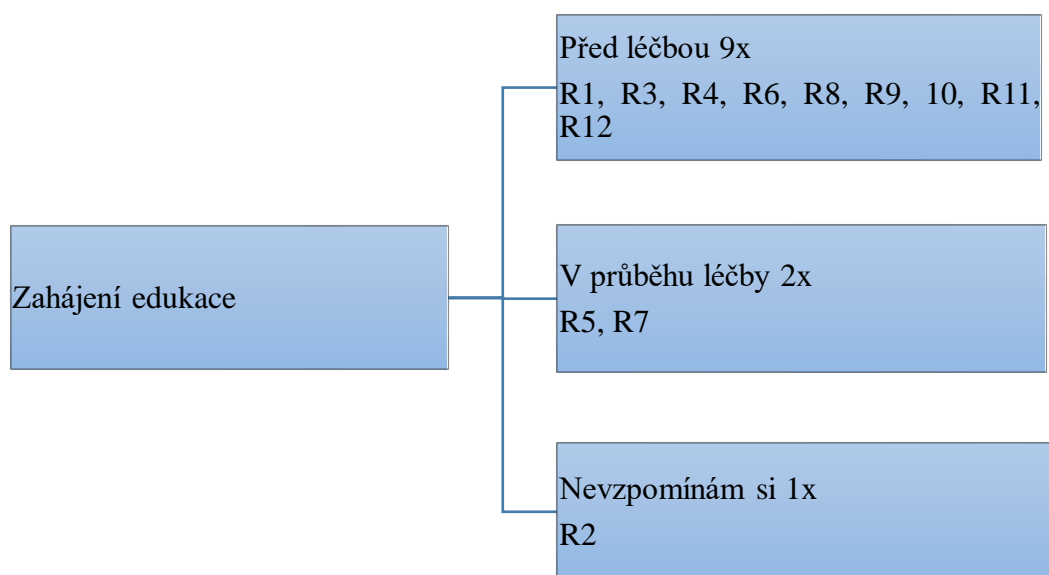
Subkategorie 1: **Byl/a jste edukován/a před začátkem chemoterapie nebo až v průběhu?**
Zahájení edukace

Respondent 1	Doktorka mi řekla, co mám za nemoc a že mě budou léčit chemoterapií. A taky, že při tom léčení můžu mít řadu různých problémů.
Respondent 2	Nevzpomínám si. Když si mě tady prvně nechali, byl jsem vyděšený ze svojí diagnózy a moc jsem nevnímal, co všechno mi lékaři a sestry říkali.
Respondent 3	Vzpomínám si, že sestry mi vždy předem řekly, co se mnou budou dělat a co to obnáší.
Respondent 4	Paní doktorka mi vždycky řekla, co mě čeká a jaké jsou se mnou plány. A když mi sestry chodí dávat tu léčbu, nebo se mnou dělají jiné činnosti, vždy mě na to předem připraví.
Respondent 5	No, co se týče té léčby, tak mě sestry vždycky poučí, až když mi ji napojí na tu hadičku, co mám v ruce.
Respondent 6	Já chci vždycky předem vědět, co se mnou bude, takže pan doktor i sestry mě informovali zavčasu a předem, co se se mnou bude dít.
Respondent 7	Až když mi byla zahájena léčba mi sestry a doktoři vysvětlili, jak to bude probíhat a jaké mi z toho mohou nastat problémy.
Respondent 8	No, než jsem sem k vám nastoupila, tak mi řekli, čím a jak mě budou léčit.
Respondent 9	Když mi řekli, jakou mám nemoc, bylo mi i sděleno, jaké jsou mé možnosti. Doktorka mi řekla postup léčby a jaké mi mohou nastat potíže.
Respondent 10	O tom, jak mě budou léčit, jsem byl informován předem.
Respondent 11	Pokud myslíte to, že mi sdělili postup léčby ještě před jejím začátkem, tak před.
Respondent 12	Od lékařů i sester jsem byl informován před léčbou. Lékaři mi sdělili postup a sestry mě informovaly o komplikacích.

Zdroj: vlastní zpracování

Z tabulky lze vyčíst, že devět respondentů bylo edukováno ještě před zahájením chemoterapie, dva respondenti byli edukováni v průběhu a jeden respondent si nevzpomíná.

Schéma č. 1 Byli pacienti edukováni před začátkem chemoterapie nebo až v jejím průběhu?



Zdroj: vlastní zpracování

Schéma č. 1 znázorňuje, že devět respondentů bylo edukováno před zahájením léčby, dva respondenti v průběhu jejího průběhu a jeden si nevzpomíná.

Tabulka č. 2 O čem jste byl/a edukován/a v podáním chemoterapie?

Subkategorie 2: **O čem jste byl/a edukován/a v podáním chemoterapie?**

Obsah edukace

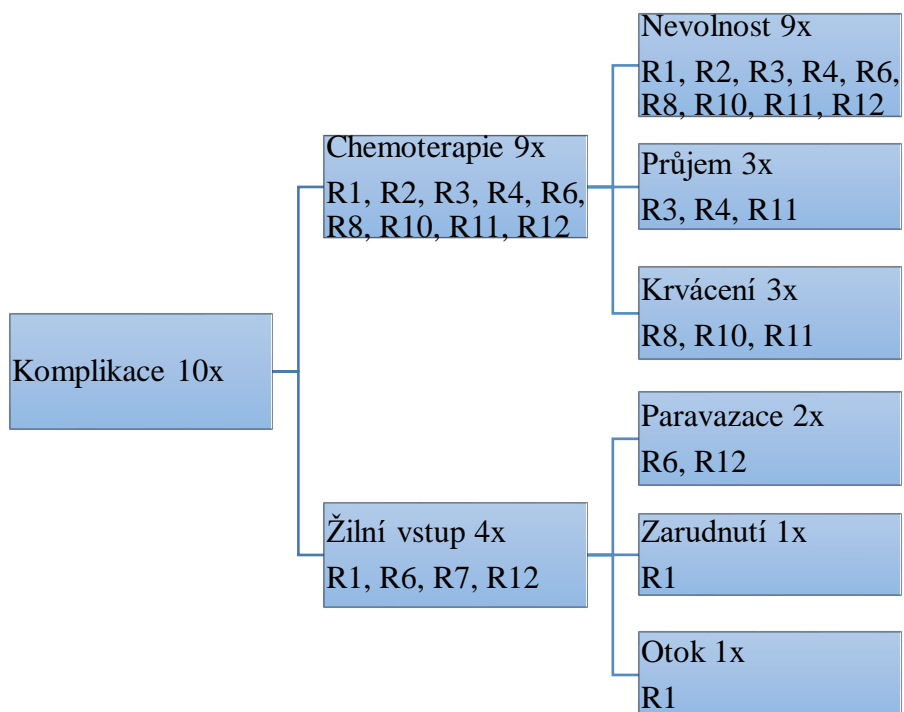
Respondent 1	Sestry mě poučily o možných komplikacích se žilním vstupem, jejich projevech, např. zarudnutí v místě vpichu, otok a jak se mám při jejich výskytu zachovat (že mám informovat personál). Informovaly mě o nevolnosti, kterou může léčba vyvolat.
Respondent 2	Řekli mi, že mi po chemoterapii může být špatně, a že jsou určitá omezení, která moje nemoc přináší, např. že nesmím jíst syrové maso a sýry.
Respondent 3	Že mi může být špatně, můžu mít průjem a jak se při těchto komplikacích v době hospitalizace zachovat.
Respondent 4	Že mi bude chemoterapie podávána vstupem, který mi zavedou do žíly. Že mi po léčbě může být nevolno a mohu trpět na průjmy.
Respondent 5	Že na léčbu budu chodit sem (lůžkové oddělení) a bude mi zaveden žilní vstup, který budu moct mít asi 5 měsíců.
Respondent 6	O tom, že mohu mít pocit na zvracení, že mě budou léčit tady a poté budu docházet ambulantně, a rizika při aplikaci chemoterapie do žíly, např. paravazace.
Respondent 7	Že mi budou léčbu aplikovat do žíly a jaká to obnáší rizika.
Respondent 8	Že mi může být špatně, že můžu krvácet a musím dodržovat hygienická opatření.
Respondent 9	Že budu mít oslabený imunitní systém, musím zvýšit osobní hygienu a dodržovat dietní opatření.
Respondent 10	O nevolnostech, krvácení, o hygienických opatřeních a dietním režimu
Respondent 11	O komplikacích, např. nevolnostech, krvácení a průjmu, a jak se při nich zachovat.
Respondent 12	Sestry mě poučily o riziku paravazace, nevolnosti a jak se zachovat.

Zdroj: vlastní zpracování

Z rozhovorů s respondenty vyplývá, že devět z nich bylo informováno o možných komplikacích, které souvisí s chemoterapeutickou léčbou. Čtyři respondenti dostali informaci, jakou cestou jim bude léčba aplikována a jaké komplikace se mohou vyskytnout se zavedeným intravenózním vstupem. Tři respondenti byli edukováni o hygienických

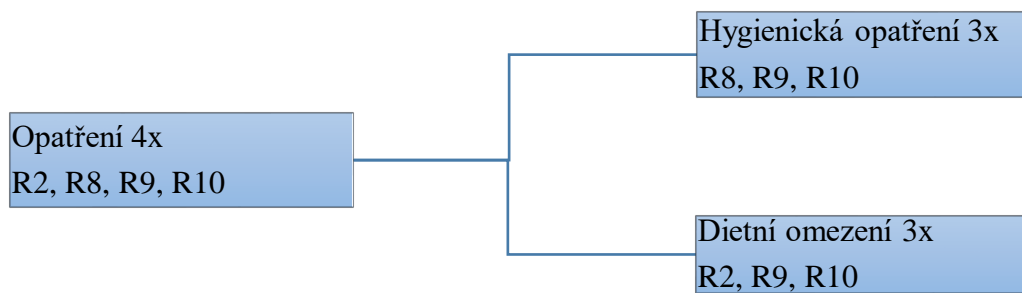
opatření, která by měla dodržovat. Informace o průběhu léčby dostali tři respondenti a tři byli informováni o dietních omezeních související s léčbou.

Schéma č. 2 O čem byli pacienti edukováni v podávání chemoterapie?



Zdroj: vlastní zpracování

Schéma č. 3 O čem byli pacienti edukováni v podávání chemoterapie?



Zdroj: vlastní zpracování

Tabulka č. 3 Jaké informace jste nejvíce ocenil/a?

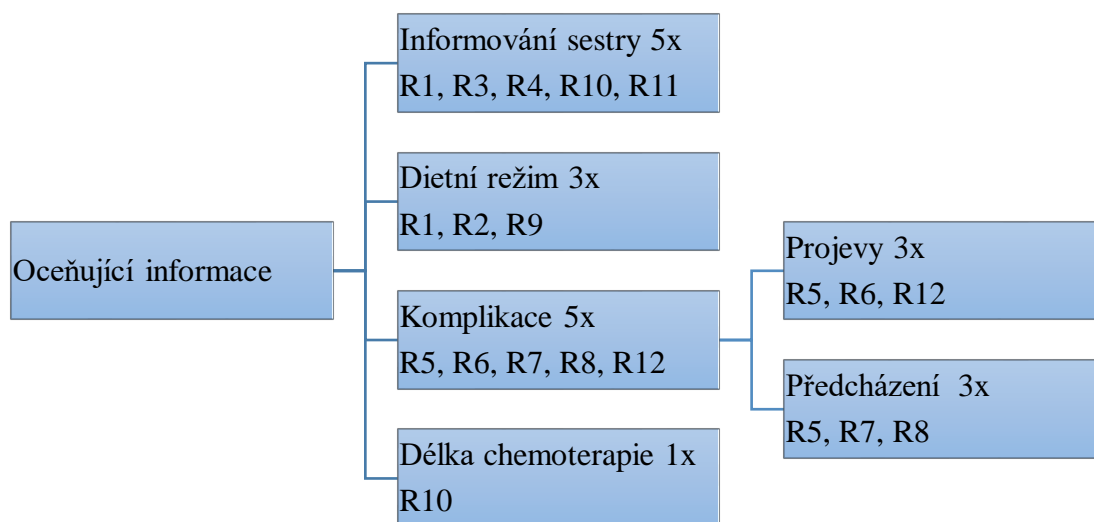
Subkategorie 3: Cenné informace **Jaké informace jste nejvíce ocenil/a?**

Respondent 1	Jakým způsobem přivolat sestru, když se mi udělá zle a informace o jídle, kterým bych se měla vyhnout, např. jídlo ze samoobslužného pultu.
Respondent 2	Informace, jakým potravinám se mám vyhnout.
Respondent 3	Jak informovat sestru při výskytu komplikací.
Respondent 4	Koho a jak informovat, když se můj zdravotní stav zhorší.
Respondent 5	Jaké komplikace se mohou projevit a jak se s nimi vyrovnat.
Respondent 6	Jak se projevují komplikace se žilním vstupem.
Respondent 7	O možnostech předcházení komplikací.
Respondent 8	Jak svým chováním mohu zabránit zhoršení stavu.
Respondent 9	Že po propuštění musím dodržovat nízkobakteriální stravu.
Respondent 10	Jak dlouho mi bude chemoterapie kapat a jak přivolat sestru.
Respondent 11	Jak přivolat sestru, když se mi udělá nevolno.
Respondent 12	O projevech paravazace, a že je musím okamžitě hlásit.

Zdroj: vlastní zpracování

Z tabulky 3 lze vyčíst, že pět respondentů nejvíce ocenilo, když věděli, jak informovat sestru. Dále byli rádi za informace o komplikacích, které chemoterapie mohou způsobovat, a o komplikacích se žilními vstupy. Tři respondenti ocenili informace o dietním režimu a jeden o délky infúze.

Schéma č. 4 Jaké informace pacienti nejvíce ocenili?



Zdroj: vlastní zpracování

Tabulka č. 4 Jak Vám pomohla edukace zvládat lépe komplikace během léčby?

Subkategorie 4: vliv
edukace na zvládání
léčby

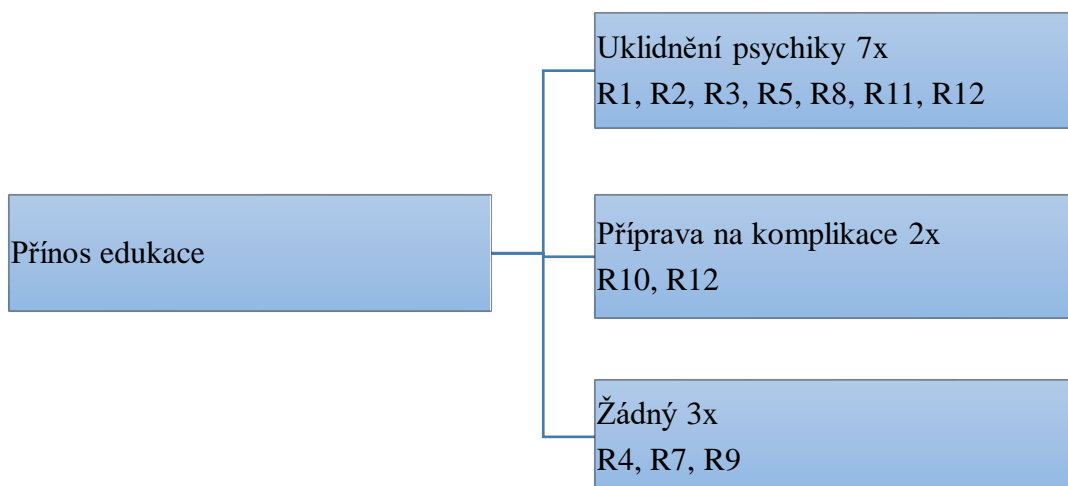
Jak Vám pomohla edukace zvládat lépe komplikace během léčby?

Respondent 1	Věděla jsem, že se mohu kdykoliv obrátit na personál a jak ho přivolat. Díky této informaci jsem věděla, že se na sestry mohu kdykoliv obrátit a byla jsem hned psychicky klidnější.
Respondent 2	Nebyl jsem tolik překvapený, když se objevily nějaké komplikace, takže se dá říct, že mi to částečně zklidnilo psychiku.
Respondent 3	Uklidnilo mi to psychiku.
Respondent 4	Asi nijak. Možná jsem to tolik nevnímala.
Respondent 5	Částečně mě to psychicky připravilo na to, co se může stát.
Respondent 6	Žádné komplikace jsem neměl.
Respondent 7	Nijak.
Respondent 8	Byla jsem psychicky klidnější, když se nějaké komplikace dostavily.
Respondent 9	Na tuto otázku vám asi neodpovím. Neměl jsem totiž komplikace.
Respondent 10	Věděl jsem, jak se při komplikacích zachovat.
Respondent 11	Nejdřív jsem měl z celé léčby strach, ale po vysvětlení, co a jak jsem nebyl tolik vystrašený.
Respondent 12	Byl jsem psychicky připravený a věděl jsem, jak se zachovat při komplikacích.

Zdroj: vlastní zpracování

Na otázku, jak respondentům pomohla edukace zvládat lépe komplikace odpověděli čtyři respondenti, že nijak nebo že žádné komplikace neměli. Sedm respondentů odpovědělo, že byli díky edukaci psychicky klidnější a dva respondenti uvedli, že díky edukaci věděli, jak se při objevení komplikace zachovat.

Schéma č. 5 Jak edukace pomohla pacientům zvládat lépe komplikace během léčby?



Zdroj: vlastní zpracování

Edukce měla u nejvíce respondentů význam na psychiku. Sedm respondentů odpovědělo, že obdržení informací jim pomohlo zmírnit strach z léčby a celkově zlepšit psychický stav. Pro dva respondenty měla edukace největší přínos v tom, že věděli, jak se při objevení komplikací zachovat a tři respondenti se shodli, že edukační proces neměl pro ně žádný přínos.

Tabulka č. 5 Co Vám při edukaci chybělo?

Subkategorie 5: chybějící informace

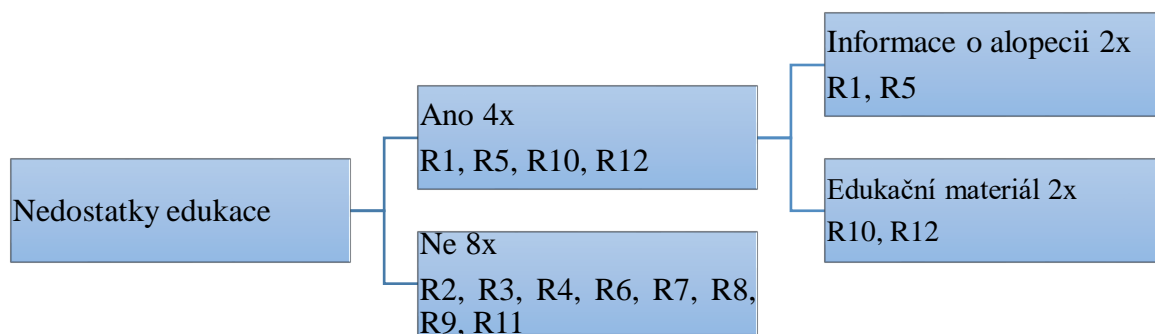
Co Vám při edukaci chybělo?

Respondent 1	Asi více informací o vypadávání vlasů, třeba jestli to lze a jak to zpomalit.
Respondent 2	Myslím, že nic. Nebo si teď aspoň na nic nevzpomenu.
Respondent 3	Nepřišla jsem na nic, co by mi chybělo.
Respondent 4	Co se týče informovanosti mi nechybělo nic, ale chybí mi cigareta.
Respondent 5	Neřekli mi, že mi vypadají vlasy, když se to začalo dít, byla jsem nemile překvapená.
Respondent 6	Nic. Já totiž ani nevím, co vše by mi měli říct.
Respondent 7	Nic. Myslím, že vše, co jsem se potřebovala vědět mi řekli.
Respondent 8	Nic mi nechybělo. Vím asi vše, co potřebuji.
Respondent 9	Nic. Já byl víceméně spokojený.
Respondent 10	Nějaký edukační leták nebo brožura, lépe bych si ty informace po přečtení zapamatoval.
Respondent 11	Já jsem nenáročný, takže mi nic nechybělo.
Respondent 12	Nějaká informativní brožura, byl bych si třeba lépe zapamatoval vše, co mi řekli.

Zdroj: vlastní zpracování

Při otázce, zda respondenti při edukaci něco postrádali se osm respondentů z dvanácti shodlo, že nic. Dva respondenti by při edukaci ocenili edukační materiál a dalším dvěma chyběla informace o vypadávání vlasů.

Schéma č. 6 Co pacientům při edukaci chybělo?



Zdroj: vlastní zpracování

Ze schématu lze poznat, že nedostatky při edukaci se spíše neobjevovaly. Pouze dva respondenti by při edukaci ocenili edukační materiál a dalším dvěma chyběla informace o alopecii.

10.3 Kategorie 2 – časová dotace edukace

Kategorie 2 se vztahuje na výzkumnou otázku č. 2. Zde zjišťujeme, jestli respondenti vnímají čas edukace, který jim byl dopřán za dostačující. Kategorie je rozdělena do tří subkategorií. První subkategorií znázorňujeme, zda byly informace respondentům podány jednorázově nebo opakovaně. Druhou subkategorií popisujeme, jak respondenti vnímají časovou dotaci edukace. Třetí subkategorii zaměřujeme na čas, který byl dopřán respondentům na případné dotazy. Výpovědi respondentů jsou vypsány v přehledných tabulkách a schématech.

Tabulka č. 6 Byly Vám informace podány jednorázově nebo byly opakovány?

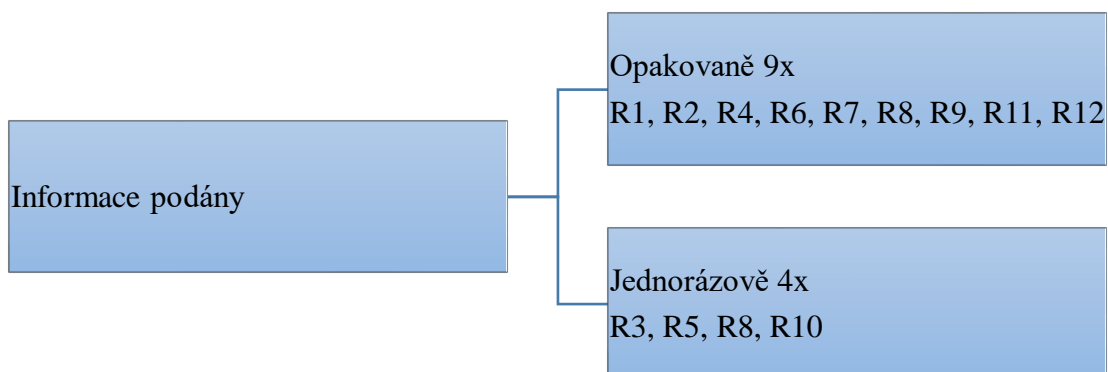
Subkategorie 1: **Byly Vám informace podány jednorázově nebo byly opakovány?**
Poskytnutí informací

Respondent 1	Když jsem potřebovala, tak mi vše zopakovali.
Respondent 2	Opakovali je pokaždé v průběhu hospitalizace.
Respondent 3	Jednorázově. Ale asi mi to ani nevadí.
Respondent 4	V průběhu hospitalizace mi jsou informace opakovány.
Respondent 5	Jednorázově. Já tu stejně moc dlouho nebudu.
Respondent 6	Asi opakovaně, když jsem se vždy zeptal.
Respondent 7	Opakovány.
Respondent 8	Některé jednorázově, některé informace byly opakovány.
Respondent 9	Opakovaně, ale musel jsem se vždy zeptat.
Respondent 10	Jednorázově. Stejně mě za chvíli pustí domů.
Respondent 11	Opakovány. Sestry se u mě střídají, takže každá, která mi přijde dát léčbu mi vysvětlí vše, co ta předchozí sestra.
Respondent 12	Opakovány. Ale stejně bych si to všechno spíš potřeboval přečíst.

Zdroj: vlastní zpracování

Sedmi respondentům byly informace podávány opakovaně, čtyři respondenti uvedli, že jim byly informace poskytnuty jednorázově a dva sdělili, že byli informováni opakovaně pouze, když se sami zeptali.

Schéma č. 7 Byly informace podány jednorázově nebo byly opakovány?



Zdroj: vlastní zpracování

Schéma č. 7 shrnuje, zda byly respondentům informace podány jednorázově nebo byly opakovány. 9x bylo zmíněno, že informace byly opakovány a 4x, že byly podány jednorázově.

Tabulka č. 7 *Potřeboval/a byste více času edukace nebo naopak by Vám stačilo méně času?*

Subkategorie 2: časová potřeba edukace

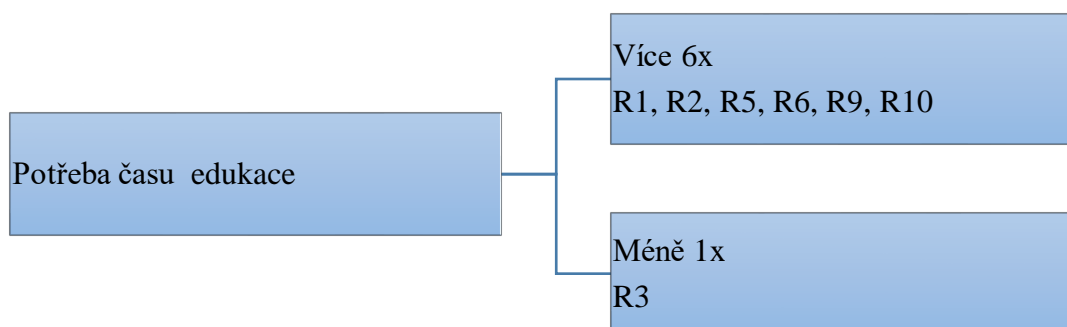
Potřeboval/a byste více času nebo naopak by Vám stačilo méně času?

Respondent 1	Asi více, člověk si totiž hned všechno nezapamatuje.
Respondent 2	Více, řekli mi to podle mě dost rychle.
Respondent 3	Méně, myslím si, že jsem to všechno pochopila hned.
Respondent 4	Tak jak to bylo, to bylo v pořádku.
Respondent 5	Určitě bych ocenila více času.
Respondent 6	Více. Ale nevím, co ještě by mi měli říct.
Respondent 7	Bylo to dostačující.
Respondent 8	Bylo to akorát. Věřím, že mi bylo sděleno vše, co potřebuji.
Respondent 9	Více. Ale to může být jen moje osobní potřeba.
Respondent 10	Více. Podle mě jsem si toho moc nezapamatoval.
Respondent 11	Stačilo to. Snad vím vše, co potřebuji.
Respondent 12	Stačilo to. Moc jsem si teda toho asi nezapamatoval, ale беру to tak jak to je.

Zdroj: vlastní zpracování

Z tabulky vyplývá, že na otázku, zda by respondenti potřebovali více nebo naopak méně času edukace, odpovědělo šest respondentů, že času bylo dostatek a šest respondentů odpovědělo, že by ocenili více času edukace.

Schéma č. 8 *Potřebovali pacienti více času edukace nebo by jim stačilo méně času?*



Zdroj: vlastní zpracování

Tabulka č. 9 Kolik času Vám bylo dopřáno na případné otázky?

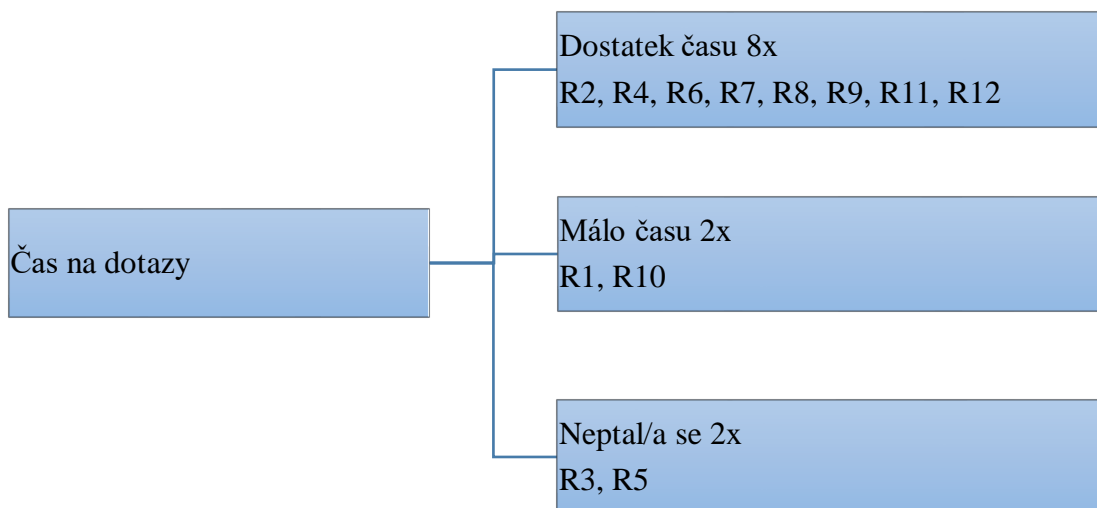
Subkategorie 3: časová dotace **Kolik času Vám bylo dopřáno na případné otázky?**
na dotazy

Respondent 1	Málo, ale nedávám to za vinu sestřičkám, určitě měly plno práce.
Respondent 2	Kolik bylo třeba.
Respondent 3	Já jsem se ani neptala, já tomu nerozumím a měla jsem trochu strach z odpovědí.
Respondent 4	Dostatek. Vždy mi bylo odpovězeno, když jsem měla otázku. A stejně mi furt vše opakovali.
Respondent 5	Já se neptala, nechtěla jsem zdržovat sestry.
Respondent 6	Dostatek, myslím, že jsem se dozvěděl vše, co jsem potřeboval vědět.
Respondent 7	Dostatečně. Ale já se zase tolik neptala.
Respondent 8	Dostatek. Ptala jsem se, jak jsem potřebovala.
Respondent 9	Dostatečně. Když jsem potřeboval, tak jsem se zeptal.
Respondent 10	Podle mě málo. Ale to je jen můj pocit, třeba vím podle sestřiček vše, co musím vědět.
Respondent 11	Kolik bylo třeba. Vždy když jsem něco potřeboval, tak jsem se zeptal.
Respondent 12	Kolik bylo třeba. Ale ani jsem se moc po informacích nepídil.

Zdroj: vlastní zpracování

Při dotazu, kolik bylo respondentům při edukaci dopřáno času na případné otázky, osm odpovědělo, že dostatek času, dva odpověděli, že by potřebovali více času na dotazy a dva uvedli, že se neptali na nic.

Schéma č. 10 Kolik času bylo pacientům dopřáno na případné otázky?



Zdroj: vlastní zpracování

10.4 Kategorie 3 – přínos edukace

Tato kategorie je zaměřena na výzkumnou otázku č. 2. Znárodnuje přínos edukace a je složena ze tří subkategorii. První subkategorii se zaměřujeme na informace, které respondenti dostatečně nepochopili. Druhou subkategorii znázornujeme, jaký měla edukace pro jednotlivé respondenty význam. Třetí subkategorii představujeme hodnocení edukace od respondentů.

Tabulka č. 8 Bylo něco, co Vám bylo sděleno během edukace a myslíte si, že jste to dostatečně nepochopil, popř. co?

Subkategorie 1:

Nepochopené informace

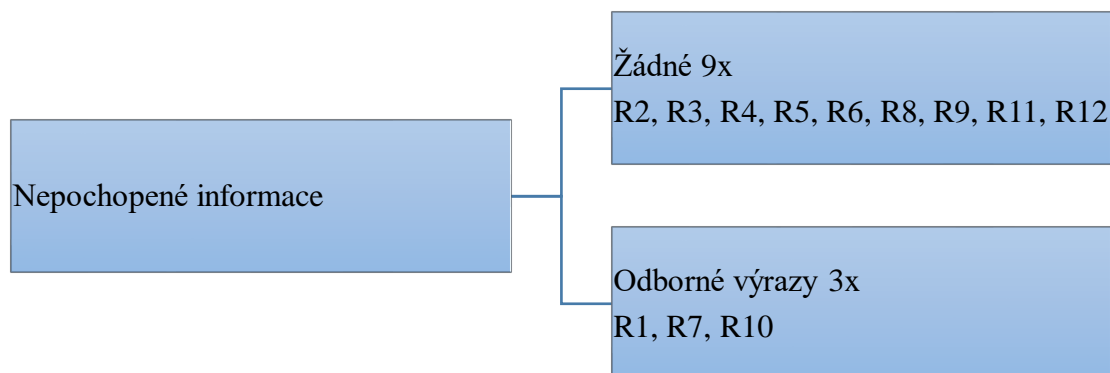
Bylo něco, co Vám bylo sděleno během edukace a myslíte si, že jste to dostatečně nepochopil, popř. co?

Respondent 1	Když používali cizí výrazy bez vysvětlení.
Respondent 2	Nevzpomínám si, ale myslím si, že jsem pochopil všechno.
Respondent 3	Myslím, že jsem pochopila od sestřiček vše.
Respondent 4	Já myslím, že nic.
Respondent 5	Asi ne, sestry všechno vždy vysvětlily.
Respondent 6	Asi nic.
Respondent 7	Asi odborným názvům.
Respondent 8	Asi ne.
Respondent 9	Nevzpomínám si, a když jsem něčemu nerozuměl, tak jsem se zeptal.
Respondent 10	Odborné názvy.
Respondent 11	Myslím si, že ne.
Respondent 12	Asi ne.

Zdroj: vlastní zpracování

Respondenti se většinou v odpovědích shodli, že rozuměli všemu, co jim sestry řekly. Pouze tři respondenti odpověděli, že nerozuměli použitým odborným názvům.

Schéma č. 9 Bylo něco, co bylo pacientům sděleno během edukace a myslí si, že to dostatečně nepochopili?



Zdroj: vlastní zpracování

Tabulka č. 10 Jaký pro Vás měla edukace význam?

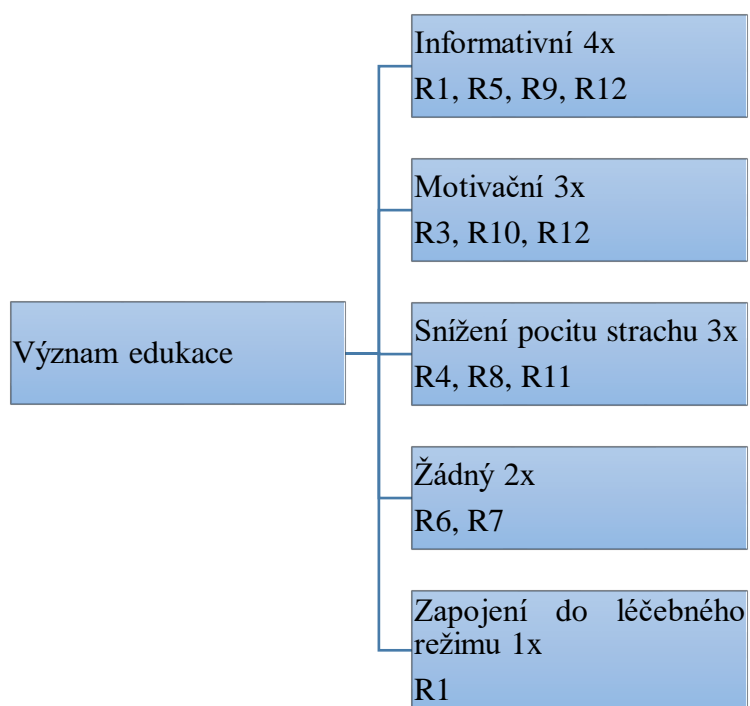
Subkategorie 2: **Jaký pro Vás měla edukace význam?**
význam edukace

Respondent 1	Nejsem překvapená, když se mi udělá špatně, a jsem ráda, že vím, jaké komplikace mohou nastat a jak je můžu zkusit ovlivnit.
Respondent 2	Díky edukaci jsem měl pocit, že se aktivně účastním léčebného procesu.
Respondent 3	Povzbudivý. Motivovalo mě to v pokračování v léčbě.
Respondent 4	Cítila jsem, že má někdo zájem o můj zdravotní stav, a to mi pomohlo snížit strach z léčby.
Respondent 5	Cítila jsem se informovaná a motivovaná.
Respondent 6	Asi žádný. Nevím, jaký by to pro mě mělo mít význam.
Respondent 7	Žádný.
Respondent 8	Edukace mi snížila strach z docházení na léčbu.
Respondent 9	Dozvěděl jsem se užitečné informace
Respondent 10	Povzbudilo mě to k docházení na léčbu.
Respondent 11	Nebyl jsem tolik vystrašený z léčby.
Respondent 12	Informativní a psychicky povzbuzující význam.

Zdroj: vlastní zpracování

Význam edukace je u respondentů rozmanitý. Čtyři respondenti uvedli, že edukace pro ně měla informativní význam. Tři respondenty edukace motivovala v pokračování léčby. Třem respondentům pomohla edukace snížit strach z postupující léčby. Jeden respondent uvedl, že díky edukaci měl pocit jeho aktivního zapojení do léčebného procesu a pro dva respondenty neměla edukace žádný význam.

Schéma č. 11 Jaký měla pro pacienty edukace význam?



Zdroj: vlastní zpracování

Tabulka č. 11 Jak byste zhodnotil poskytnuté informace sestrou?

Subkategorie 3: hodnocení
edukace

Jak byste zhodnotil poskytnuté informace sestrou?

Respondent 1	Sestry byly skvělé.
Respondent 2	Dostačující, co jsem musel vědět, tak mi řekli.
Respondent 3	Dobry. Mam ty sestry tady rada.
Respondent 4	Sestry byly hodné, vždy mi vše sdělily.
Respondent 5	Sestry byly skvělé, vše, co se mnou dělaly mi vysvětlily.
Respondent 6	Výborně, sestry tu pro mě byly vždy, když jsem potřeboval.
Respondent 7	Bezvadný. Jsem tu spokojená.
Respondent 8	Výborný.
Respondent 9	Skvělé. Myslím, že pro kvalitní péči dělaly vše, co mohly.
Respondent 10	Na profesionální úrovni.
Respondent 11	Dostačující.
Respondent 12	Kvalitně, nemohu si asi na nic stěžovat.

Zdroj: vlastní zpracování

Lze říct, že 100 % respondentů bylo s edukací poskytovanou sestrou spokojeno.

10.5 Kategorie 4 – metoda edukace

Kategorie 4 se vztahuje na výzkumnou otázku č. 3, pomocí které chceme zjistit, jakou metodu edukace respondenti upřednostňují. Kategorie je rozdělena do čtyř subkategorií. První subkategorii popisujeme, jakým způsobem byly respondentům sděleny informace. Druhá subkategorii vyobrazujeme použité metody edukace. Třetí subkategorii znázorňujeme metody, které respondentům nejvíce vyhovují. Čtvrtou subkategorii jsme zvolili pro znázornění, jak se respondenti informovali vlastní pomocí.

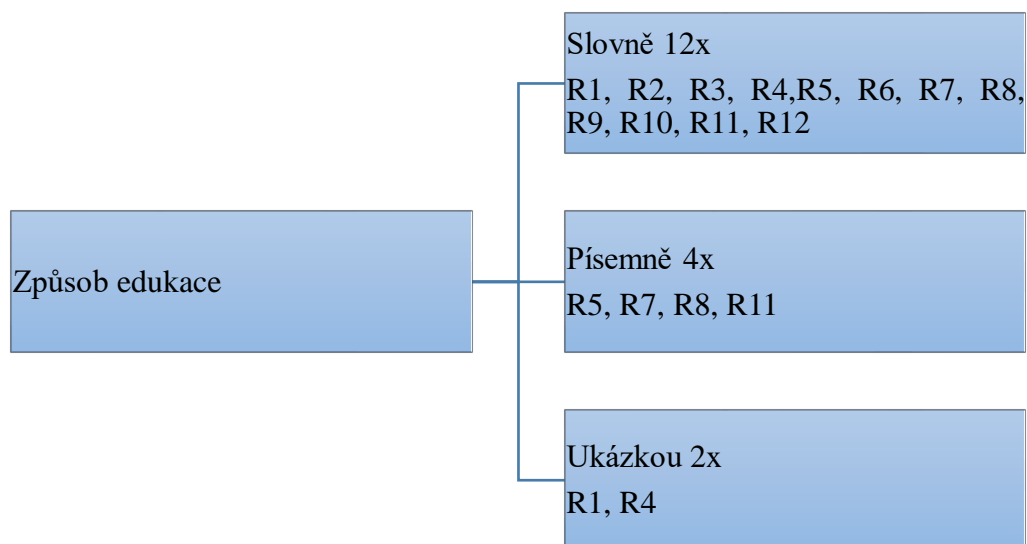
Tabulka č. 12 Jakým způsobem jste byl/a edukován/a v podávání chemoterapie?

<i>Subkategorie 1: způsob edukace</i>	Jakým způsobem jste byl/a edukován/a v podávání chemoterapie?
Respondent 1	Slovně a ukázali mi, jak si v případě potřeby přivolat sestru.
Respondent 2	Slovně.
Respondent 3	Pouze slovně.
Respondent 4	Slovně a předvedli mi, jak přivolat sestru, když bych ji potřebovala.
Respondent 5	Slovně a dali mi přečíst informativní brožuru.
Respondent 6	Slovně.
Respondent 7	Slovně a dostala jsem i letáček.
Respondent 8	Slovně a dostala jsem brožuru s informacemi.
Respondent 9	Jen slovně.
Respondent 10	Pouze slovně.
Respondent 11	Dali mi letáček a vysvětlili mi to i slovně.
Respondent 12	Slovně.

Zdroj: vlastní zpracování

Všichni respondenti udávají, že byli informováni slovně. Čtyři z nich dostali edukační letáček/brožuru a dvěma bylo ukázáno, jak si v případě potřeby přivolat sestru.

Schéma č. 12 Jakým způsobem byli pacienti edukováni v podávání chemoterapie?



Zdroj: vlastní zpracování

Tabulka č. 13 Jaké metody edukace byly při edukaci použity?

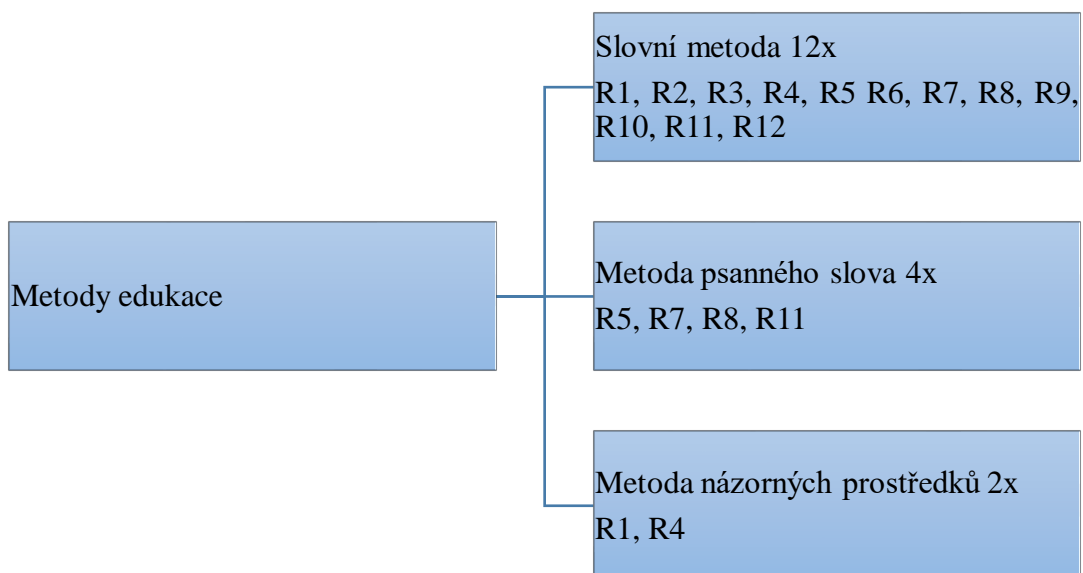
Subkategorie 2: použité metody **Jaké metody edukace byly při edukaci použity?**

Respondent 1	Řekli mi vše slovně a názorně mi ukázali, jak zacházet se signalizačním ovladačem.
Respondent 2	No řekli mi to všechno slovně.
Respondent 3	Slovně mi vše vysvětlili.
Respondent 4	Slovně mi to vysvětlili a pak mi i ukázali, jak přivolat sestru.
Respondent 5	Slovní vysvětlení a pak písemně, pomocí brožury, kde byly další informace.
Respondent 6	Vše mi vysvětlili jen slovně.
Respondent 7	Slovně a dostala jsem i letáčky.
Respondent 8	Vysvětlili mi vše slovně a pak jsem si zažádala o nějaký informativní letáček pro lepší zapamatování informací.
Respondent 9	Pouze slovně mě edukovali.
Respondent 10	Slovně.
Respondent 11	Slovně a písemně.
Respondent 12	Slovně.

Zdroj: vlastní zpracování

Všichni respondenti podstoupili při edukaci metodu mluveného slova. U čtyř respondentů byla metoda mluveného slova doplněna metodou tištěného slova a u dvou respondentů byla použita i metoda názorných prostředků.

Schéma č. 13 Jaké metody edukace byly při edukaci použity?



Zdroj: vlastní zpracování

Tabulka č. 14 Jaká metoda edukace Vám nejvíce vyhovuje?

Subkategorie 3:

Jaká metoda edukace Vám nejvíce vyhovuje?

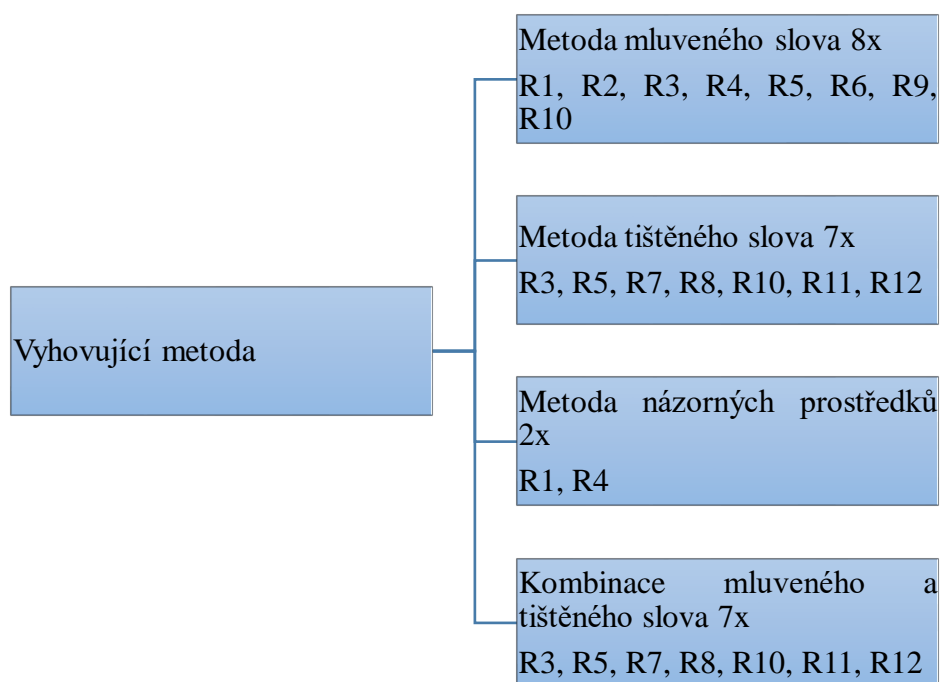
vyhovující metoda

Respondent 1	Slovní vysvětlení a ukázka.
Respondent 2	Myslím si, že mi stačí slovní vysvětlení.
Respondent 3	Slovní vysvětlení, ale ocenil bych i nějakou informativní brožuru pro lepší zapamatování informací.
Respondent 4	Slovní a názorné vysvětlení.
Respondent 5	Když mi to vysvětlí slovně a pak si to můžu i přečíst.
Respondent 6	Stačí mi, když mi všechno řeknou slovně.
Respondent 7	Nejvíc mi asi vyhovuje, když si ty informace mohu v klidu přečíst.
Respondent 8	Když si mohu všechny informace přečíst, tak se mi lépe vryjí do paměti.
Respondent 9	Vyhovuje mi, když mi vše slovně vysvětlí.
Respondent 10	Slovní a potřeboval bych si to i přečíst pro lepší zapamatování.
Respondent 11	Napsané informace, které si mohu kdykoliv přečíst. Lépe si pak vše pamatuji.
Respondent 12	Písemný popis pro lepší zapamatování informací.

Zdroj: vlastní zpracování

Nejčastěji vyhovuje respondentům kombinace metody mluveného slova s metodou tištěného slova. Respondenti uvedli, že pomocí této metody si dokážou lépe zapamatovat informace.

Schéma č. 14 Jaká metoda edukace nejvíce pacientům vyhovuje?



Zdroj: vlastní zpracování

Schéma č. 14 popisuje, které metody byly pro respondenty nejvíce vyhovující. Při dotazování zazněly tři různé odpovědi. Nejčastěji respondentům vyhovovala kombinace metoda mluveného slova a tištěného slova. Sedm respondentů uvedlo, že metoda tištěného slova jim pomáhá lépe si zapamatovat informace. R1 a R4 se shodli, že pro ně vyhovující byla názorná ukázka.

Tabulka č. 15 Jak jste se o průběhu terapie informoval/a svou vlastní pomocí?

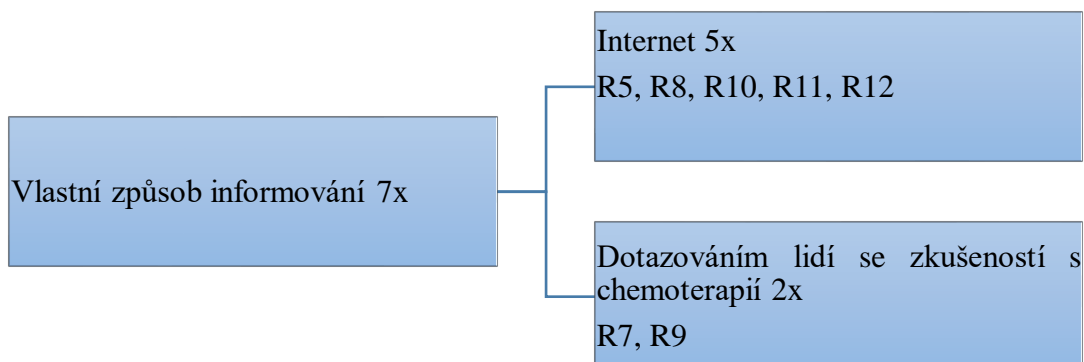
Subkategorie 4: vlastní způsob získání informací **Jak jste se o průběhu terapie informoval/a svou vlastní pomocí?**

Respondent 1	Nijak.
Respondent 2	Raději nijak.
Respondent 3	Nijak.
Respondent 4	Nijak.
Respondent 5	Já vím, že by se to nemělo, ale na internetu.
Respondent 6	Nijak.
Respondent 7	Ptala jsem se známé, která taky docházela na chemoterapie.
Respondent 8	Na internetu.
Respondent 9	Ptal jsem se pána, co byl při hospitalizaci se mnou na pokoji.
Respondent 10	Na internetu.
Respondent 11	Na internetu.
Respondent 12	Na internetu.

Zdroj: vlastní zpracování

Vyhledávání informací na internetu mezi respondenty bylo poměrně běžné. Skoro polovina dotazovaných se spokojilo s informacemi od zdravotnického personálu a svou vlastní pomocí se nijak neinformovali. Pouze dva respondenti se informovali dotazováním u lidí, kteří také podstupovali chemoterapeutickou léčbu.

Schéma č. 15 Jak se pacienti o průběhu terapie informovali vlastní pomocí?



Zdroj: vlastní zpracování

Schéma č. 15 znázorňuje, kolik respondentů se informovalo vlastní iniciativou. Většina z nich se rozhodla vyhledávat informace na internetu a dva respondenti se informovali u osob, kteří také mají zkušenost s chemoterapií.

DISKUZE

V této bakalářské práci se zabýváme problematikou edukace pacientů s maligním onemocněním krve a krvetvorby, kteří podstupují léčbu chemoterapií. Pro tuto práci jsme si stanovili tři cíle. Prvním a hlavním cílem bylo popsat zásadní oblasti edukace u pacientů před podáváním chemoterapie. Druhým cílem bylo zjistit, které oblasti edukace v souvislosti s podáváním chemoterapie jsou respondenty vnímány jako důležité. A posledním, třetím cílem bylo zjistit, zda respondenti vnímají edukaci za srozumitelnou. Ke zpracování výzkumu byl zvolen kvalitativní výzkum, pro který bylo osloveno dvanáct respondentů. Mezi respondenty bylo náhodně šest žen a šest mužů. Pro výzkumné šetření byl zvolen polostrukturovaný rozhovor složený z patnácti otevřených otázek. Celý výzkum jsem se snažila pojmout holisticky s přihlédnutím na zdravotní stav klientů.

První část rozhovoru jsme zahájili otázkou, zda byli respondenti edukováni před zahájením léčby nebo až v jejím průběhu. Většina respondentů uvedla, že byli edukováni před zahájením léčebného procesu. Dva respondenti se shodli, že jim byly informace podány až v průběhu terapie a jeden respondent si nemohl vzpomenout. Domníváme se, že si respondent 2 nemohl vzpomenout z důvodu pocitu nervozity.

Následující otázka směřovala na konkrétní informace, které obdrželi respondenti při edukaci. Klienti nejčastěji získali informace, které se týkají komplikací způsobené chemoterapií nebo žilních vstupů. Konkrétně byli informováni o nevolnostech, průjmech, zvracení, o paravazaci, zarudnutí a otoku. Další časté odpovědi, které se opakovaly zahrnují hygienická a dietní opatření.

Další otázkou jsme se snažili zjistit, které informace respondenti nejvíce ocenili. Odpovědi byli rozmanité. Nejvíce oceňující byli informace o komplikacích, jejich projevech a předcházení jim. Hned následně respondenti ocenili informace, jak si v případě potřeby přivolat sestru. Pro respondenty 1, 2 a 9 byly nejvíce přínosné informace o dietním režimu a respondent 10 ocenil informaci o délce chemoterapie. Došli jsme ke stejnému závěru, jako Koudelová (2021, s. 68) ve své bakalářské práci, že pro každého jsou důležité jiné informace.

Následující otázkou jsme se snažili zjistit, jak klientům pomohla edukace zvládat lépe komplikace. Schéma č. 5 znázorňuje, že edukace měla nejčastěji význam na psychiku respondentů. Vorlíček, Abrahámová a Vorlíčková ve své odborné literatuře potvrzují naše

získané informace. Tvrdí, že: „získané *informace odstraňují strach a obavy*“. (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková a kol., 2012, s. 185) Můžeme se tedy domnívat, že edukace výrazně zlepšuje vnitřní prožívání pacientů. Strach či úzkosti mohou způsobit horší průběh léčby, proto si myslíme, že je důležité tyto pocity co nejvíce utlumit. Pouze tři dotazovaní uvedli, že edukace neměla žádný vliv na zvládnání komplikací. Respondent 9 odpověděl, že žádné komplikace neměl, proto je jeho odpověď vcelku logická. U respondenta 7 se můžeme domnívat, že také žádné komplikace neměli, nebo nevnímali edukaci jako přínosnou v oblasti zvládnání komplikací.

Pátou otázkou jsme se pokoušeli zjistit, co klienti při edukaci nejčastěji postrádali. Více než polovina dotazovaných byla s edukačním procesem spokojená a neuvedli žádné nedostatky. Dvě účastnice výzkumu vypověděly, že postrádaly informace o alopecii, ale nevnímají to jako nedostatek ze strany sester, protože tyto informace by měli přijít od lékaře. Ve dvou odpovědích zaznělo, že žádné informace na víc nepostrádali, ale chyběl jim edukační materiál, který by jim napomohl si informace lépe zapamatovat.

Odpověď na první výzkumnou otázku, které informace o podávání chemoterapie potřebují respondenti nejvíce můžeme říct, že nejvíce přínosné byli informace o komplikacích, které jsou spojeny s chemoterapií a se žilním vstupem. Respondenti uvedli, že díky rozpoznání těchto nežádoucích událostí jim snížilo strach z léčby. Ke stejnému výsledku dospěla ve své bakalářské práci i Bergerová (2014, s. 58), která uvádí, že po vysvětlení nežádoucích účincích léčby, nebyli klienti tolik vyděšeni, když se komplikace objevili.

Druhou část jsme zahájili otázkou, zda byly informace od sester podány jednorázově nebo byly opakovány. Většina respondentů se shodli v odpovědi, když vypověděli, že jim informace byly podány opakovaně. Respondent 6 a respondent 9 uvedli, že se vždy museli zeptat, aby jim informace byly zopakovány. Při rozhovoru jsme zaznamenali u těchto pacientů větší nervozitu než u ostatních klientů. Můžeme se tedy domnívat, že právě nervozita může být příčinou toho, proč si informace nezapamatovali napoprvé. Respondent 8 vypověděl, že některé informace mu byly sděleny opakovaně a některé jednorázově. Můžeme se domnívat, že jeho subjektivní potřeby byly zaměřeny více na jiné informace než na ostatní. Zbylí respondenti uvedli, že jim informace byly podány jednorázově. Otázka byla časově směřována, na aktuální pobyt v nemocnici.

Následující otázkou jsme chtěli zjistit, jak vnímali klienti čas edukace. Reakce odpovídaly subjektivním potřebám každého z dotazovaných. Pro pět respondentů byl čas věnovaný edukaci dostačující. Respondent 3 vypověděl, že by mu nevadilo méně času edukace, zatímco zbytek respondentů by vyžadovalo více času.

Zda bylo něco, co respondenti v průběhu informování nepochopili, se pouze tři respondenti shodli, že nerozuměli jen odborným výrazům. Jestli ale ostatní pochopili informace správně, si můžeme pouze domýšlet.

Čas na případné otázky byl pro většinu dostačující. Respondent 1 a respondent 10 vypověděl, že by potřebovali více času na dotazy, ale mysleli si, že sestry nemají čas na zodpovězení jejich otázek. Respondent 3 a respondent 5 uvedli, že žádné dotazy ani neměli. Důvodem byl strach z odpovědi a pocit, že by zdržovali sestry.

Následující otázkou jsme se snažili zjistit, jaký měla pro klienty edukace význam. Edukaci můžeme považovat za kvalitní a úspěšnou, pokud si v ní edukant najde význam. To se nám podařilo u deseti ze dvanácti respondentů. Konkrétní odpovědi shrnujeme ve schématu č. 11.

Dále nás zajímalo hodnocení edukace, kterou poskytuje sestra. Všichni dotazovaní se shodli, že byli spokojeni. Tímto jsme si odpověděli na druhou výzkumnou otázku.

Poslední část rozhovoru byla zaměřena na formy edukace, které respondenti nejvíce upřednostňují. Nejdříve nás zajímalo, jakým způsobem byla edukace prováděna. Pro tuto otázku bylo vytvořeno schéma č. 12, ve kterém popisujeme jednotlivé odpovědi. Nejvíce respondentů bylo edukováno pouze slovně.

Navazující otázkou jsme se snažili zjistit, jaké metody byly při edukaci použity. Nejčastější metoda byla metoda mluveného slova. Pouze ojedinele byla tato metoda doplněna jinou metodou, např. metodou tištěného slova nebo metodou názorných prostředků. Konkrétní odpovědi shrnuji ve schématu č. 13.

Při otázce, jak se respondenti informovali o léčbě vlastní cestou, odpovědělo pět respondentů, že si vyhledávali informace na internetu. Respondent 7 a respondent 9 sháněli informace u lidí, kteří mají s chemoterapií osobní zkušenosti.

Pro zodpovězení třetí výzkumné otázky, jsme se respondentů zeptali, jaká metoda jim nejvíce vyhovuje. Nejčastější odpovědí byla kombinace mluveného a tištěného slova. K této otázce bylo vypracované schéma č. 14. Můžeme tedy říct, že nejvíce vyhovující metoda edukace by pro respondenty byla kombinace písemného a mluveného slova. Ke stejným výsledkům dospěly ve svých bakalářských pracích i Koudelová (2021, s. 66) a Vodičková (2009, s. 62).

LIMITY VÝZKUMU

Potencionálními limity pro tvorbu výzkumu bylo odmítnutí rozhovoru respondentem a zamítnutí výzkumného šetření managementem osloveného zdravotnického zařízení. Žádný limit nebyl naplněn.

DOPORUČENÍ PRO OŠETŘOVATELSKOU PRAXI

V péči o nemocné, kteří podstupují léčbu cytostatiky, bych doporučila se v edukaci více zaměřit na možné komplikace a nežádoucí účinky. Dále bych doporučila častěji nabízet nemocným edukační materiál, který by si mohli v klidu přečíst.

ZÁVĚR

Edukační proces je nedílnou součástí ošetrovatelského procesu. Hlavním cílem pro tuto práci bylo popsat zásadní oblasti edukace pro pacienty s hematologickým onemocněním, kteří podstupují léčbu chemoterapií. Dále nás zajímalo, které oblasti edukace vnímají pacienti jako důležité a zda vnímají edukaci za srozumitelnou.

Teoretická část je složena ze šesti kapitol, ve kterých jsou popsány nejčastěji vyskytující se krevní malignity, chemoterapie, způsoby jejího podávání a komplikace, které jsou spojeny s celým průběhem léčby. V poslední kapitole je popsána edukace obecně a edukace hematologického pacienta. V praktické části jsou popsány výsledky kvalitativního výzkumného šetření.

Prvním dílčím cílem bylo zjistit, které oblasti edukace v souvislosti s podáváním chemoterapie jsou pacienti vnímány jako důležité. Zjistili jsme, že i navzdory subjektivním potřebám klientů, jsou pro ně nejvíce důležité informace o možných komplikacích. Cíl byl splněn.

Druhým dílčím cílem jsme chtěli zjistit, zda pacienti vnímají edukaci za srozumitelnou. Dle výsledků byli respondenti převážně spokojeni. Cíl byl splněn.

Splněním těchto dvou dílčích cílů jsme zároveň splnili i hlavní cíl.

Výstupem této práce je edukační leták (příloha D), který je zaměřen na komplikace, které mohou v průběhu chemoterapie nastat. Leták je určený pro pacienty, kteří postrádají informace v tištěné podobě. Edukační materiál bude k dispozici na hematologické klinice ve Fakultní nemocnici v Plzni.

„Učitel a žák mají mít týž cíl: prospěch, který má jeden přinášet, druhý získávat.“
(Seneca)

SEZNAM LITERATURY

Literární zdroje

1. *Acta medicinae: Onkologie Hematoonkologie*. 6.. Praha: ERA Média, 2015, 2017. ISSN 1805-398X.
2. ADAM, Zdeněk, Marta KREJČÍ a Jiří VORLÍČEK. *Obecná onkologie*. Praha: Galén, 2011. ISBN 978-80-7262-715-8.
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. BÜCHLER, Tomáš a Pavel KLENER. *Obecná onkologie*. Praha: Maxdorf, 2019. Jessenius. ISBN 978-807-3456-177.
5. BÜCHLER, Tomáš. *Speciální onkologie*. 2. vydání. Praha: Maxdorf, 2020. Jessenius. ISBN 978-80-7345-651-1.
6. CETLOVÁ, Alice. Reverzní izolace – chrání nebo zatěžuje pacienty po transplantaci kostní dřeně?. *Onkologie*. 2013, roč. 7, č. 3. ISSN 1802-4475.
7. CIMBÁLNÍKOVÁ, Eva; BRABCOVÁ, Iva. Úloha sestry v ošetrovatelské péči o dítě během chemoterapie. *Onkologie*, 2018, roč. 12, č. 1. ISSN 18024475, 18035345.
8. DOUBEK, Michael a Jiří MAYER, ed. *Léčebné postupy v hematologii 2020: doporučení České hematologické společnosti České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně*. Praha: Česká hematologická společnost ČLS JEP, 2020. ISBN 978-80-270-8240-7.
9. CHARVÁT, Jiří. *Žilní vstupy: dlouhodobé a střednědobé*. Praha: Grada Publishing, 2016. ISBN 978-80-247-5621-9.
10. INDRÁK, Karel, ed. *Hematologie a transfuzní lékařství*. V Praze: Triton, 2014. Lékařské repetitorium. ISBN 978-80-7387-722-4.
11. JUŘENÍKOVÁ, Petra. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2010. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2171-2.
12. KACHLOVÁ, Miroslava a Ilona PLEVOVÁ. *Postupy v ošetrovatelské péči*. Praha: Grada Publishing, 2022. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-1243-2.

13. KLENER, Pavel a Pavel KLENER. *Principy systémové protinádorové léčby*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-802-4741-710.
14. KOLÁŘOVÁ, Iveta, Jaroslav VAŇÁSEK a Kateřina HORÁČKOVÁ. *Chemoterapie pro nelékařské zdravotnické obory*. Pardubice: Univerzita Pardubice, 2019. ISBN 978-80-7560-218-3.
15. KRÁTKÁ, Anna PhDr., Ph.D. *Základy pedagogiky a edukace v ošetrovatelství*. Ústav zdravotnických věd: Fakulta humanitních studií Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2016. ISBN 978-80-7454-635-8.
16. KOUDELOVÁ, Petra. *Edukace pacienta s mnohočetným myelomem při podávání biologické léčby*. Plzeň, 2021. Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni. Vedoucí práce Mgr. Petra Vodičková.
17. ROHOŇ, Peter a Petra TESAŘOVÁ. *Nové možnosti v léčbě vybraných hematologických onemocnění*. Praha: Mladá fronta, 2016. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-4220-8.
18. ROHOŇ, Peter, Petr CETKOVSKÝ a Hilda VORLÍČKOVÁ. *Hematologie a hematoonkologie v kazuistikách*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Maxdorf, 2020. Jessenius. ISBN 978-80-7345-681-8.
19. SVĚRÁKOVÁ, Marcela. *Edukační činnost sestry: úvod do problematiky*. Praha: Galén, c2012. Sestra (Grada). ISBN 978-807-2628-452.
20. 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.
21. VOKURKA, Samuel a Petra TESAŘOVÁ. *Onkologie v kostce*. Praha: Current Media, 2018. Medicus. ISBN 978-80-88129-37-0.
22. VOKURKA, Samuel. *Péče o dutinu ústní u onkologických pacientů*. 2. aktualizované vydání. Praha: Dialog Jessenius, 2021. ISBN 978-80-905986-4-5.
23. 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.
24. VORLÍČEK, Jiří. *Chemoterapie a vy: rady pro nemocné léčené chemoterapií*. 5., přeprac. a dopl. vyd., 2. vyd. Medical Tribune CZ. Praha: Masarykův onkologický ústav Brno ve spolupráci se společností Teva Pharmaceuticals CR a s nakl. Medical Tribune CZ, 2013. ISBN 978-80-87135-51-8.

25. VYDRA, Jan, Jan NOVÁK a Marie LAUERMANNOVÁ. *Hematologie v kostce*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Mladá fronta, 2019. Aeskulap. ISBN 978-802-0451-408.
26. VYDRA, Jan, Petr CETKOVSKÝ a Hilda VORLÍČKOVÁ. *Hematologie v kostce*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Mladá fronta, 2015. Aeskulap. ISBN 978-80-204-3698-6.
27. VYTEJČKOVÁ, Renata, Petra SEDLÁŘOVÁ, Vlasta WIRTHOVÁ, Iva OTRADOVCOVÁ a Lucie KUBÁTOVÁ. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné III: speciální část*. Praha: Grada Publishing, 2015. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3421-7.
28. ZÍTKOVÁ, Marie. *Ošetrovatelství v hematoonkologii*. Brno: Masarykova univerzita, Lékařská fakulta, 2016. ISBN 978-80-210-8264-9.

Internetové zdroje

1. ČESKO. Vyhláška č. 32/2020 Sb., vyhláška, kterou se mění vyhláška č. 84/2008 Sb., o správné lékařské praxi, bližších podmínkách zacházení s léčivy v lékárnách, zdravotnických zařízeních a u dalších provozovatelů a zařízení vydávajících léčivé přípravky, ve znění pozdějších předpisů. In: *Zákony pro lidi.cz* [online]. AION CS 2010-2023 [cit. 23. 12. 2022]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2020-32>
2. ČESKO. Zákon č. 105/2011 Sb., zákon, kterým se mění zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění pozdějších předpisů, a zákon č. 634/2004 Sb., o správních poplatcích, ve znění pozdějších předpisů. In: *Zákony pro lidi.cz* [online]. AION CS 2010-2023 [cit. 23. 12. 2022]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-105>
3. DŮRA, Miroslav. Cutaneous complications in patients with malignant tumours. *Onkologie* [online]. 2021, roč. 15, č. 1 [cit. 2022-11-26]. Dostupné z: doi:10.36290/xon.2021.005

4. GURKOVÁ, Elena. *Praktický úvod do metodologie výzkumu v ošetrovatelství* [online]. Křížkovského 8, 771 47 Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2019 [cit. 2023-01-04]. ISBN 978-80-244-5627-0. Dostupné z: doi:10.5507/fzv.19.24456270.
5. Chemické listy: Historie chemoterapie. 2013, roč. 107, č. 2. ISSN 1213-7103.
6. KAMPEN, Kim R. The discovery and early understanding of leukemia. *Leukemia Research*. Online. 2012, [cit. 2022-11-14]. ISSN 01452126. Dostupné z: doi: 10.1016/j.leukres.2011.09.028
7. Koščík, M, Mayer, J., Národní hematologický program České republiky. Online. [cit. 2022-11-10], Dostupné z: https://www.hematology.cz/wp/content/uploads/2022/01/Narodni_hematoonkologicky_program_CR_2021-08-13.pdf
8. LUSTBERG, Maryam B. Management of neutropenia in cancer patients. *Clinical advances in hematology & oncology: H&O*, 2012, roč. 10, č. 12. ISSN 1543-0790
9. Marek Trněný, Pavel Klener, a Robert Pytlík, „Malignant Lymphomas – Past, Present and Future“, *Klinická onkologie*, 2015, roč. 28, č. Suppl 3. <https://doi.org/10.14735/amko20153S55>.
10. Národní hematoonkologický program ČR [online]. Praha, 2021 [cit. 2022-10-12]. Dostupné z: https://www.hematology.cz/wp-content/uploads/2022/01/Narodni_hematoonkologicky_program_CR_2021-08-13.pdf
11. NOVOTNÁ, Veronika, Denisa POHANKOVÁ, Igor SIRÁK a Jiří PETERA. Adrese efect of chemotherapy. *Onkologie* [online]. 2020, roč. 14, č. Suppl.C. [cit. 2022-12-25]. ISSN 18024475. Dostupné z: doi:10.36290/xon.2020.050
12. OBERMANNOVÁ, Radka, et al. Systémová terapie mozkových metastáz. *Onkologie*, 2012, roč.6, č. 6. Dostupné z <https://www.onkologiecs.cz/pdfs/xon/2012/06/06.pdf>.
13. TUČEK, Štěpán. The diagnostics of malnutrition. Is it easy to recognize a patient in need of nutritional support? *Onkologie* [online]. 2021, [cit. 2022-12-25]. ISSN 18024475. Dostupné z: doi:10.36290/xon.2021.001
14. VOKURKA, Samuel, Viktor MAŇÁSEK, Darja NAVRÁTILOVÁ HRABÁNKOVÁ, et al. Extravasation (Paravasation) of Chemotherapy Drugs – Recommendations for Standard Care in the Czech Republic based on

Consolations between Representatives of the Supportive Care Group of the Czech Society for Oncology, Oncology Section of the Czech Nurses Association, and the Society for Ports and Permanent Catheters. *Klinicka Onkologie* [online]. 2019, [cit. 2022-12-12]. ISSN 0862495X. Dostupné z: doi:10.14735/amko2019463

15. ZHANG, Lei, Biwei YE, Zhuo CHEN a Zhe-Sheng CHEN. Progress in the studies on the molecular mechanisms associated with multidrug resistance in cancers: Lecture Notes from the 2nd ERCOFTAC Summerschool held in Stockholm, 10-16 June, 1998. *Acta Pharmaceutica Sinica B* [online]. 2022, 1999 [cit. 2022-11-25]. ISSN 22113835. Dostupné z: doi:10.1016/j.apsb.2022.10.002

SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha A, Otázky k rozhovoru
- Příloha B, Informovaný souhlas
- Příloha C, Povolení sběru informací ve FN Plzeň
- Příloha D, Edukační leták

PŘÍLOHY

Příloha A, Otázky k rozhovoru

OTÁZKY K VÝZKUMNÉ OTÁZCE Č. 1 = JAKÉ INFORMACE O PODÁVÁNÍ CHEMOTERAPIE POTŘEBUJÍ RESPONDENTI NEJVÍCE?

1. O čem jste byl edukován v podávání chemoterapie?
2. Jaké informace jste nejvíce ocenil?
3. Co vám při edukaci chybělo?
4. Jak Vám edukace pomohla zvládat lépe komplikace během léčby?
5. Byl jste edukován před začátkem terapie nebo až v průběhu zahájení chemoterapie?

OTÁZKY K VÝZKUMNÉ OTÁZCE Č. 2 = POVAŽUJÍ RESPONDENTI POSKYTNUTÉ INFORMACE ZA SROZUMITELNÉ A DOSTAČUJÍCÍ?

1. Potřeboval byste více času edukace nebo naopak by vám stačilo méně času?
2. Byly Vám informace podány jednorázově nebo byly opakovány?
3. Kolik času Vám bylo dopřáno na případné otázky?
4. Jaký pro Vás měla edukace význam?
5. Jak byste hodnotil poskytnuté informace sestrou?
6. Bylo něco, co Vám bylo sděleno během edukace a myslíte si, že jste to dostatečně nepochopil, popř. co?

OTÁZKY K VÝZKUMNÉ OTÁZCE Č. 3 = JAKOU FORMU EDUKACE RESPONDENTI UPŘEDNOSTŇUJÍ?

1. Jakým způsobem jste byl edukován v podávání chemoterapie?
2. Jaké metody edukace byly při edukaci použity?
3. Jaká metoda edukace Vám nejvíce vyhovuje?
4. Jak jste se o průběhu terapie informoval svou vlastní pomocí?

Příloha B, Informovaný souhlas

INFORMOVANÝ SOUHLAS

NÁZEV BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Edukace pacienta s hematologickým onemocněním při podávání chemoterapie

STUDENT

Monika Zelenková

Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Fakulta zdravotnických studií ZČU

e-mail: monizelenkova@seznam.cz

VEDOUCÍ BP:

Mgr. Petra Vodičková

Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Fakulta zdravotnických studií ZČU

e-mail: vodickovap@fnplzen.cz

CÍL STUDIE

Cílem studie je popsat zásadní oblasti edukace před podáním chemoterapie. Zmapovat, které oblasti edukace v souvislosti s chemoterapií, jsou pacienti vnímány jako důležité a zjistit, zda pacienti vnímají edukaci za srozumitelnou.

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: ZČU FZS

Příloha C, Povolení výzkumu



FAKULTNÍ NEMOCNICE PLZEŇ

Útvar náměstka pro vnější vztahy a spolupráci s LF

Edvarda Beneše 13, 305 09 Plzeň - Gory
Aje Svobody 60, 304 00 Píseň - Lichodě
IČO 00693066 tel.: 377 401 111, 377 103 111

Vážená paní

Monika Zelenková

Studentka oboru Všeobecné ošetrovatelství

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 vnější vztahy a spolupráci s LF FN Plzeň **povoluji** dotazníkové šetření u pacientů *Hematoonkologického oddělení (HOO) FN Plzeň*. Tento souhlas je vydáván v souvislosti se sběrem podkladů pro vypracování Vaší bakalářské práce s názvem *„Edukace pacienta s hematoonkologickým onemocněním při podávání chemoterapie“*.

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

- Vrchní sestra HOO souhlasí s Vaším postupem.
- Vaše šetření osobně provedete.
- 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 pod přímým vedením oprávněného zdravotnického pracovníka FN Plzeň, kterým je paní Vodičková Petra, 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** Útvaru náměstkyně pro vnější vztahy a spolupráci s LF FN Plzeň závěry Vašeho šetření na níže uvedený e-mail, a to nejdéle k datu vaší obhajoby 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

Útvar náměstkyně pro vnější vztahy a spolupráci s LF
FN Plzeň
tel. 377 103 204, 377 402 207
e-mail: chabrovaz@fnplzeň.cz

21. 7. 2022

Zdroj: vlastní

KOMPLIKACE CYTOSTATIK

Cytostatika jsou léky, jejichž hlavním úkolem je ničit nádorové buňky v našem těle. Jejich toxická vlastnost však nedokáže rozeznat “dobré” buňky od “špatných” a poškozuje i některé zdravé buňky. Proto může jejich aplikace vyvolat některé nežádoucí účinky a komplikace.

Nejčastější komplikace/ nežádoucí účinky

NEVOLNOST - jezte a pijte pomalu, vyhněte se smaženému, tučnému a sladkému jídlu, jezte menší porce několikrát denně

PRŮJEM - vyhněte se pití kávy a alkoholu, nejezte smažená a tučná jídla, dejte přednost potravinám s vysokým obsahem vlákniny (rýže, ovoce, tvaroh, vejce, jogurt)

ZÁCPA - pijte hodně tekutin, jezte potraviny bohaté na vlákninu (obilniny, zeleninu, ořechy), pohybujte se (pokud to Váš zdravotní stav umožňuje)

MUKOZITIDA (zánětlivé poškození trávicího traktu) - čistěte si zuby po každém jídle, zubní kartáček uchovejte v suchém prostředí, používejte prostředky bez alkoholu

ALOPECIE (ztráta vlasů a ochlupení) - používejte nedráždivé šampóny, nebarvěte si vlasy, používejte měkké kartáče na vlasy, ostříhejte se na krátko



NEBOJTE SE

**A KDYKOLIV SE OBRAŤTE NA
ZDRAVOTNICKÝ PERSONÁL**