

OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U PACIENTA S AKUTNÍ LYMFOBLASTICKOU LEUKÉMIÍ

Bakalářská práce

JITKA WINTNEROVÁ

VYSOKÁ ŠKOLA ZDAVOTNICKÁ, o.p.s.
PRAHA 5

Vedoucí práce: PhDr. Jana Hlinovská
Komise pro studijní obor: Všeobecná sestra

Stupeň kvalifikace: Bakalář

Datum odevzdání práce: 2009-03-31

Datum obhajoby:

Praha 2009

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

Praha 31. března 2009

.....

ABSTRAKT

WINTNEROVÁ Jitka. *Ošetrovatelská péče u pacienta s akutní lymfoblastickou leukémií*. Praha 2009. Bakalářská práce. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Bakalář všeobecná sestra. Školitel: PhDr. Jana Hlinovská.

Hlavním tématem bakalářské práce je péče o pacienty s nádorovým onemocněním při respektování jejich přirozených potřeb. Teoretická část práce charakterizuje patofyziologii onemocnění, léčbu, komplikace a ošetrovatelskou péči u pacienta s akutní lymfoblastickou leukémií. Hlavní část práce je zaměřená na konkrétní případ nemocného jako celku v její bio-psycho-sociální jednotě, s veškerou snahou, která vede k uzdravení a k úspěšnému návratu nemocného do běžného života.

Klíčová slova: Nádorové onemocnění, bio-psycho-sociální jednota, uzdravení.

ABSTRACT

WINTNEROVA Jitka. *Nursery care in a patient with acute lymphoblastic leukemia*. Prague 2009. Bachelor study. Medical college, Prague. Bachelor ordinary nurse. Tutor: Jana Hlinovka Ph.D.

System of care with special respect for specific needs of patients with malignant diseases is the main topic of BSc thesis. The theoretical part is focused on pathophysiology, treatment, side effects and special care for patients with acute lymphoblastic leukaemia. The topic of thesis is focussed on patient in holistic approach to demonstrate the unity of biology, psycho-sociology. The aim is to show way for succesful return of ill patient back to normal life.

Key words: Malignant disease, unity of biology, psycho-sociology, restore to health.

PŘEDMLUVA

Nádorová onemocnění jsou jedním z nejpálčivějších problémů současné společnosti. Jejich incidence narůstala v průběhu druhé poloviny 20. století mimořádnou rychlostí. V České republice onemocní některým nádorovým onemocněním každý třetí občan. Nádorová onemocnění postihují jedince v každém věku – od narození po vysoké stáří. Je přirozené, že už jenom vyslovené podezření na nádorové onemocnění vyvolává u pacienta a jeho blízkých strach. Změní-li se podezření ve skutečnost, převáží často nad strachem beznaděj.

Skutečnost, že se nádorová onemocnění nevyhýbají ani dětem, je pro laickou, ale i zdravotnickou veřejnost jen těžko přijatelná a přirozeně vyvolává úzkost. Donedávna panující všeobecné přesvědčení, že nádorová onemocnění jsou chorobami stáří, je mylné. Jejich vznik v dětství a dospívání není ničím mimořádným.

Nejčastějším nádorovým onemocněním u dětí je leukémie. V České republice je ročně diagnostikováno osmdesát nových případů nemoci.

Přestože za posledních dvacet let, díky novým objevům v lékařských, biologických, chemických, fyzikálních i technických vědách došlo v léčbě hematologických onemocnění k velkému pokroku, stále se řadí na druhé místo v počtu dětských úmrtí, hned za úrazy.

Výběr tématu byl ovlivněn dlouholetou prací na Klinice dětské hematologie a onkologie ve FN Motole. Podklady pro práci jsem čerpala jak z knižních, tak i z odborných časopiseckých pramenů.

Práce je určena studentům i sestřám z praxe, kteří se chtějí věnovat práci s onkologicky nemocnými pacienty.

Touto cestou vyslovuji poděkování vedoucí bakalářské práce PhDr. Janě Hlinovské, za podnětné rady a podporu, kterou mi poskytla při jejím vypracování.

SEZNAM POUŽÍVANÝCH ZKRATEK

AA	alergie
ALL	akutní lymfoblastická leukémie
ATB	antibiotika
Bpn	bez patologického nálezu
CNS	centrální nervový systém
CRP	C-reaktivní protein
CŽK	centrální žilní katétr
Dg	diagnóza
Ery	erytrocyty
FF	fyzilogické funkce
FN	fakultní nemocnice
FW	sedimentace erytrocytů
Hb	hemoglobin
Hkt	hematokrit
hod	hodina
i.v.	intra venózně
KI	kapací infúze
KO	krevní obraz
Leuko	leukocyty
ml	mililitr
NO	nynější obraz
NZB	nízkobakteriální
OS	osobní anamnéza
RA	rodinná anamnéza
Ret	retikulocyty
SO ₂	saturace kyslíku
Tbl	tableta
Trombo	trombocyty
TT	tělesná teplota
WHO	světová zdravotnická organizace

OBSAH

ÚVOD	9
I TEORETICKÁ ČÁST	11
1. Klinická charakteristika onemocnění akutní lymfoblastické leukémie	11
1.1 Definice, charakteristika	11
1.2 Etiologie, patofyziologie	11
1.3 Klinický obraz	12
1.4 Průběh, formy, komplikace, prognóza	12
1.5 Diagnostika	14
1.6 Terapie	15
1.6.1 Chirurgická léčba	15
1.6.2 Konzervativní léčba	15
1.6.2.1 Chemoterapie	15
1.6.2.2 Podpůrná léčba	17
1.6.2.3 Radioterapie	17
1.6.2.4 Paliativní léčba	18
1.6.2.5 Dietoterapie	18
1.6.2.6 Pohybový režim	19
1.6.2.7 Psychoterapie	19
1.6.3 Prognóza – funkční důsledky	20
2. Ošetrovatelská péče u pacienta s onemocněním akutní lymfoblastická leukémie	21
2.1 Ošetřování nemocných	21
2.1.1 Příjem na oddělení, volba pokoje, poloha nemocného	21
2.1.2 Sledování nemocných	21
2.1.3 Obecný ošetrovatelský proces	23
2.2 Možné ošetrovatelské diagnózy	24

II PRAKTICKÁ ČÁST	25
3. Posouzení stavu pacienta	25
3.1 Identifikační údaje	25
3.2 Výtah z lékařské dokumentace	25
3.2.1 Lékařská anamnéza	25
3.2.2 Vyšetření	26
3.3 Terapie	27
3.3.1 Chirurgická léčba	27
3.3.2 Chemoterapie	27
3.3.3 Dietoterapie	28
3.3.4 Pohybový režim	28
3.3.5 Psychoterapie	28
3.4 Fyzikální vyšetření sestrou	28
3.5 Posouzení stavu potřeb klienta dle „Functional Health Patterns“	30
3.5.1 Vnímání zdraví	30
3.5.2 Výživa, metabolismus	31
3.5.3 Vylučování	31
3.5.4 Aktivita, cvičení	31
3.5.5 Spánek, odpočinek	32
3.5.6 Vnímání, smysly	32
3.5.7 Sebepojetí	32
3.5.8 Role, mezilidské vztahy	32
3.5.9 Sexualita, reprodukční schopnosti	33
3.5.10 Stres, zátěžové situace	33
3.5.11 Víra, životní hodnoty	33
3.5.12 Jiné	34
4. Ošetrovatelská péče	35
4.1 Seznam ošetrovatelských diagnóz	35
4.2 Plán ošetrovatelské péče	36

5. Edukace pacienta	42
5.1 Edukační list	42
5.2 Edukační záznam – realizace	42
5.3 Edukační plán	42
5.3.1 Cíl edukačního plánu	42
5.3.2 Význam	43
5.3.3 Technika	43
5.3.4 Kontrolní otázky pro sestru	43
5.3.5 Postup při zaškolování pacienta	44
5.3.6 Kontrolní otázky pro pacienta	44
6. Zhodnocení ošetrovatelské péče	45
7. Prognóza	45
ZÁVĚR	46
SEZNAM LITERATURY	50
SEZNAM PŘÍLOH	51

ÚVOD

Pro svoji bakalářskou práci jsem si zvolila pacienta s diagnózou akutní lymfoblastická leukémie nejen proto, že jde o nejčastější nádorové onemocnění u dětí a dospívajících, ale i proto, že s těmito pacienty pracuji již více jak 25let. U takto závažných onemocnění hraje mimořádně důležitou roli spolupráce s rodinou a přáteli nemocného. Nemocní s nádorovým onemocněním netrpí pouze fyzicky, ale mají také velké psychické a sociální problémy. Léčba „duše“ je v rámci komplexního pojetí péče o nemocné stejně důležitá jako léčba nemocného těla.

Stanovení diagnózy nádorového onemocnění je pro všechny zainteresované těžkým psychickým otřesem. Týká se všech – nemocného dítěte, rodičů, sourozenců, prarodičů, ale i ostatních, se kterými dítě komunikuje – spolužáků, kamarádů, učitelů.

Zároveň spočívá velká psychická zátěž na sestřích, lékařích i ostatních členech zdravotnického týmu, kteří s dítětem a celou rodinou prožívají všechny úspěchy i neúspěchy po celou dobu léčby. Každé nemocné dítě a jeho rodina prožije a protrpí nemoc jinak. Provází je zoufalství, zlost, vztek, ale především strach ze smrti.

Sdělování diagnózy je určitá forma předléčby. Pokud se tato fáze zanedbá, může dojít k výraznému narušení psychiky pacienta. Významnou roli hraje míra a způsob informování rodičů a dětí o diagnóze, o léčbě a komplikacích. Informace by měly být plynulé a vyčerpávající po celou dobu léčby. Rodiče musí mít možnost se na cokoliv zeptat a být vždy pravdivě a včas informováni. Podstatou je omezení strachu a nejistoty a navození pocitu jistoty a naděje.

V první chvíli prožívají rodiče zmatek a nejsou schopni vnímat nic jiného, než že jejich dítě onemocnělo smrtelnou nemocí. Hledají viníka, mají dojem, že se jim stala velká nespravedlnost. To vše se někdy obrací i proti zdravotníkům. Nějaký čas trvá, než se celá rodina se všemi provázejícími problémy vyrovná. Vedle zármutku a strachu však v této situaci poznávají i jiné hodnoty, zejména velkorysost v maličkostech, podporu a solidaritu rodiny a přátel a rozhodně svůj žebříček hodnot přehodnotí.

Na odděleních, kde jsou onkologicky nemocné děti léčeny, je zapotřebí celý tým erudovaných, odborně i morálně vyspělých zdravotníků.

Cílem mé práce je nastínit problematiku onkologicky nemocných pacientů se zdůrazněním skutečnosti, brát nemocného jako celek v jeho bio-psycho-sociální jednotě. Donedávna byla výuka lékařů a sester zaměřena více na teoretickou a

technickou oblast, využívající náročné a léčebné postupy, vedoucí k uzdravení nemocného bez ohledu na etické normy.

První část mé práce je teoretická, která se zabývá patofyziologií onemocnění, jeho léčbou, komplikacemi a ošetrovatelskou péčí u pacienta s akutní lymfoblastickou leukémií. Druhou hlavní částí je část praktická, aplikovaná na případ konkrétního pacienta. Ta obsahuje lékařskou anamnézu, ošetrovatelskou péči včetně sesterské anamnézy, posouzení stavu podle potřeb nemocného, seznam ošetrovatelských diagnóz, edukaci, plán a zhodnocení ošetrovatelské péče.

I TEORETICKÁ ČÁST

1 Klinická charakteristika onemocnění akutní lymfoblastické leukémie

1.1 Definice a charakteristika

Od roku 2000 je platná terminologie pro zhoubné krevní choroby podle světové zdravotnické organizace – WHO.

Základní rozdělení krevních chorob podle typů krevních buněk:

- myeloidní buňky a maligní choroby od nich odvozené
- lymfatické buňky a maligní choroby od nich odvozené
- monocytomakrofágové buňky a choroby od nich odvozené
- histiocytární buňky a choroby od nich odvozené

Z těchto čtyř skupin chorob jsou nejčastější choroby z myeloidních nebo lymfatických buněk.

Leukémie přeloženo do češtiny znamená bělokrevnost. Tento název odráží skutečnost, že ve většině případů leukémií mají nemocní v krevním obraze zvýšený počet bílých krvinek /leukocytů/ a přítomnost nezralých patologických forem, které se nazývají blasty. Podle typů těchto blastů se leukémie dělí do několika skupin. Zásadním dělením z hlediska léčby je akutní lymfatická a akutní myeloidní leukémie.

1.2 Etiologie a patofyziologie

Příčina vzniku ALL u dospělých, stejně jako ostatních malignit, není doposud objasněna. Vliv mohou mít genetické předpoklady, fyzikální či chemické vlivy, případně působení některých virů.

ALL u dětí vzniká velmi pravděpodobně jako abnormální odpověď organismu na běžné virové infekce u predisponovaných jedinců. U dětských ALL se nalézá stále více chromozomálních translokací spojených s typickými molekulárně genetickými změnami.

Nejvyšší výskyt ALL je ve věku pod 10 let, mírný nárůst incidence je též ve věkové skupině nad 50 let. ALL představuje 20% leukémií u dospělých a 80% leukémií u dětí.

Mechanismus neoplastické transformace není ještě kompletně prostudován a objasněn. Jde nejspíše o více na sebe navazujících kroků. Leukemický klon nejpravděpodobněji vzniká v kostní dřeni. V době diagnózy bývá již normální buněčná populace velmi potlačena leukemickým klonem. Vymizení zdravé hematopoézy je nejčastěji důsledkem akumulace lymfoblastů v kostní dřeni a z toho vyplývajícího útlaku normální krevetvorby.

1.3 Klinický obraz

Příznaky nemoci vyplývající z nedostatku všech krvinek:

- nedostatek trombocytů (krevních destiček) způsobuje krvácení z dásní, z nosu, krvácení do kůže, smrtelný konec může mít krvácení do mozku
- nedostatek erytrocytů (červených krvinek) způsobuje únavu, nevykonnost, pocit nedostatku dechu při malé námaze
- nedostatek funkčních leukocytů (bílých krvinek) - hlavně granulocytů, způsobuje závažně probíhající infekce

Příznaky vyplývající z infiltrace extramedulárních orgánů a tkání:

- hepatomegalie a splenomegalie
- lymfadenomegalie (typické je postižení uzlin v předním mediastinu)
- infiltrace varlat (zvětšení varlete)
- infiltrace do CNS (bolest hlavy, zvracení, poruchy vidění)

Jedna třetina dětí si stěžuje na bolesti kostí a kloubů nejčastěji končetin, ale i páteře. Bolest má za následek odmítání chůze. Na RTG skeletu se v této situaci často nacházejí typické změny: osteolytická ložiska, generalizovaná osteoporóza, kompresivní zlomeniny obratlů.

1.4 Průběh, formy, komplikace, prognóza

Průběh leukémie

Podle průběhu se dělí leukémie na akutní a chronické. Slovo akutní zde vyjadřuje opravdu velmi rychlý průběh nemoci. Interval mezi obdobím, kdy měl naposledy

nemocný pocit plného zdraví a období, kdy příznaky nemoci jsou natolik intenzivní, že jej přivedou na přijetí do nemocnice, je velmi krátké. Obvykle několik dnů až týdnů. Bez léčby může nemoc zahubit nemocného řádově za dny až týdny od prvních příznaků, které vedly ke stanovení diagnózy.

Formy leukémie

- akutní lymfoblastická leukémie
- akutní myeloidní leukémie
- akutní promyelocytární leukémie
- chronická myeloidní leukémie
- chronická lymfatická leukémie
- vlasobuněčná leukémie
- T-buněčná leukémie/lymfom dospělých
- Myelodysplastický syndrom /preleukémie/

Komplikace při léčbě leukémie

Častá a asi nejzávažnější je porucha obranyschopnosti. Bývá způsobena hlavně chemoterapií. Protrahovaná leukopenie, spjatá většinou s granulocytopenií, je velmi obávanou komplikací, která velmi často vede k celkové infekci /sepsi/ a nebo pneumonii. Jediným příznakem i velmi závažné infekce může být jen horečka.

Mezi další komplikace protinádorové chemoterapie patří:

- trombocytopenie a anémie
- orgánová toxicita
- metabolické komplikace
- nevolnost, zvracení, nechutenství
- neurologické komplikace /periferní polyneuropatie/
- poškození kůže a kožních adnex /např. alopecie/

Prognóza ALL u dospělých a u dětí:

Prognóza dětí s ALL je mnohem lepší než u dospělých. Podle informací získaných z mikroskopického, flowcytometrického a cytogenetického vyšetření je možné nemocné rozdělit do četných prognostických skupin s lepší či horší prognózou. U některých typů ALL v dětském věku je naděje na vyléčení 80-90%.

1.5 Diagnostika

Anamnéza a fyzikální vyšetření

První setkání s nemocným, kterým je zjištění anamnézy a fyzikální vyšetření, má mimořádný význam a často rozhoduje o celém dalším vývoji vztahů pacient – zdravotník. Proto by měla být této úvodní fázi celkového vyšetření věnována náležitá pozornost.

V rodinné anamnéze jsou důležité údaje o výskytu nádorového onemocnění v širším okruhu rodiny, o vrozených vadách a všech familiárních patologických stavech, které jsou známé rizikem vzniku zhoubného nádoru. Významné jsou také informace o kontaktech příslušníků rodiny s rozličnými karcinogeny.

Osobní anamnéza musí zahrnovat veškeré zásadní informace o dosavadním životě pacienta od narození po současnost.

Dobře zhodnocené příznaky současného onemocnění mohou směřovat další racionální postup vyšetření.

Fyzikální vyšetření, jehož umění se z dovedností lékaře pomalu vytrácí, je pro diferenciální diagnostiku nejpřístupnější a nejrychlejší. Vyšetření základních tělesných funkcí je samozřejmostí (Koutecký, 2004).

Vyšetření krve

- krevní obraz s diferenciálním rozpočtem leukocytů
- hemokoagulační testy
- FW
- Biochemie

Vyšetření kostní dřeně

- cytologická morfologie
- imunologická klasifikace metodou průtokové cytometrie
- molekulární genetika
- cytogenetika

Zobrazovací metody

- nativní vyšetření srdce a plic rentgenem
- ultrazvuk (sonografie) břicha

- počítačová tomografie (CT)
- magnetická rezonance (MR)

1.6 Terapie

1.6.1 Chirurgická léčba

K léčbě leukémie se chirurgická léčba nevyužívá. Po stanovení diagnózy a zařazení pacienta do skupiny podle stupně rizika je chirurgicky zaveden dlouhodobý centrální žilní katétr. U pacienta s nízkým a středním rizikem je většinou zavedena podkožní aplikační komůrka Porth-a-cath, u pacienta s vysokým rizikem se zavádí 2cestný dlouhodobý CŽK typu Hickman.

1.6.2 Konzervativní léčba

1.6.2.1 Chemoterapie

Chemoterapie znamená podávání léků, které jsou produkty chemické syntézy. Chemoterapeutika se tedy používají jak k léčbě onkologických, tak i k léčbě jiných onemocnění. V onkologii se pod pojmem chemoterapie rozumí podávání léků – cytostatik, s potenciálem zabíjet buňky.

Kurativní protinádorová léčba si klade za cíl – vyléčení nemocného, totální odstranění nemoci, smrt nádorových buněk. Samostatná chemoterapie může být podána s kurativním cílem u poměrně omezeného počtu diagnóz, mezi něž patří i akutní leukémie. Dosažení cíle kurativní léčby převáží i poměrně výrazné zhoršení kvality života během léčby. Intenzivní léčebné postupy jsou možné jen při současné léčbě podpůrné.

Cytostatika zastavují buněčné dělení a ničí buňky tím, že poškozují jejich genetickou informaci. Dále se rozčleňují do více skupin podle mechanismu poškozování nukleových kyselin. Cytostatika se dávkuje podle vypočítaného povrchu těla nemocného, který se stanoví podle jeho váhy a výšky. Principem úspěchu léčby je podávání různých druhů cytostatik v takových intervalech, aby v pauze mezi

jednotlivými podáními nedošlo k nárůstu počtu maligních buněk, ale aby se postupně, po každém podání cytostatika, jejich počet zmenšoval.

Pro léčbu akutní lymfoblastické leukémie používáme německý protokol BFM-ALL 2002, který je ještě rozdělen do tří skupin, pro nízké, střední a vysoké riziko, kam je pacient zařazen podle prognostických faktorů. Léčba má čtyři základní součásti. Indukci remise, její konsolidaci, pozdní intenzifikaci a udržovací léčbu. V průběhu celé intenzivní terapie je podáváno cytostatikum i intratekálně jako prevence leukemické infiltrace mozku.

Cytostatika, která se používají k léčbě ALL:

Alkylační cytostatika – cyklofosamid

Antimetabolity – methotrexát /MTX/, cytosinarabinosid, 6-tioguanin, 6-merkaptopurin

Protinádorová antibiotika – doxorubicin a daunorubicin

Rostlinné alkaloidy – vincristin

Cytostatikum jiné – L-asparagináza

Antidota a protektiva – Leukovorin a Mesna

Hormonální protinádorová léčba

Kortikosteroidy – Prednison, Dexamethazon

Podávání kortikoidů, jejich lymfolytický účinek, je podstatou léčebného úspěchu při léčbě ALL.

Nežádoucí účinky podávání vysokých dávek kortikosteroidů již po čtyřech dnech:

- podráždění žaludku, žaludeční vřed
- steroidní diabetes mellitus
- oportunní infekce, kandidóza dutiny ústní
- změna chuti k jídlu, většinou zvýšená chuť
- změna psychiky (nervozita, neklid, nespavost, mírná forma deprese)
- zadržování tekutin s následným vzestupem krevního tlaku
- protrombotický vliv, mohou přispívat ke vzniku žilní trombózy a plicní embolie

- při dlouhodobém podávání zhoršené hojení ran, atrofie svalů, steroidní akné, strie, zvýšená fragilita cév a tvorba hematomů, růst chloupků na kůži, rozvoj osteoporózy, cushingoidní syndrom

1.6.2.2 Podpůrná léčba

Podpůrná, symptomatická léčba usiluje o co nejlepší kvalitu života pacientů a také jejich blízkých v celém průběhu onkologického onemocnění. Podpůrná léčba je zaměřena na mírnění obtíží vyvolaných protinádorovou léčbou.

- nevolnost a zvracení (podávání antiemetik)
- infekce (zahájení včasné léčby antibiotiky, antimykotiky, antivirotiky)
- oslabení obranyschopnosti (podávání imunoglobulinů a růstových faktorů, které stimulují vyžívání granulocytů původně utlumených po chemoterapii)
- anémie a trombocytopenie (podávání transfúzí erytrocytů a trombokoncentrátů)
- koagulopatie (podávání mražené plasmy a antitrombinu III)
- nutriční podpora

1.6.2.3 Radioterapie

V radioterapii se využívá jak elektromagnetického, tak i korpuskulárního záření. V tkáních záření způsobuje buď přímou nebo nepřímou ionizaci. Jednotkou absorbované dávky záření v tkáni je 1 Gray /Gy/ = 1J/kg.

Základní typy léčby zářením:

- radikální (cílem je eradikovat nádor)
- adjuvantní (pooperační, cílem je eradikovat event. mikroskopickou nemoc)
- paliativní (cílem je zlepšení kvality života, úleva od obtíží)
- profylaktické (preventivní)

Součástí léčby ALL je profylaxe postižení CNS – ozáření krania 18 Gy v 10 dávkách, během 12-14 dnů u vysokého rizika.

1.6.2.4 Paliativní léčba

I přes veškerou snahu lékařů a celého zdravotnického týmu se nepodaří všechny nemocné nádorovým onemocněním vyléčit. Onemocnění se dříve či později dostává do konečné fáze, tzv. terminálního stadia. Paliativní léčbu lze považovat za podpůrnou léčbu u pacientů v pokročilých a terminálních stádiích nevléčitelných chorob. Světová zdravotnická organizace definuje paliativní léčbu jako „*aktivní komplexní péči o pacienty, jejichž onemocnění neodpovídá na kurativní léčbu. Zásadní důležitost má léčba bolesti a ostatních tělesných symptomů, stejně jako mírnění psychických, sociálních a duchovních problémů. Cílem paliativní péče je dosažení co nejlepší kvality života pro pacienty a jejich rodiny.* (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková a kolektiv, 2006, str.151)“.

Otevřená a empatická komunikace zdravotníků s nemocným a jeho blízkými je základním předpokladem dobré paliativní péče.

1.6.3.5 Dietoterapie

Po celou dobu intenzivní chemoterapie je nutné dodržovat nízkobakteriální dietu. Některé potraviny, zvláště v období neutropenie, jsou pro pacienta nebezpečné. Všechny potraviny je nutno jíst vždy čerstvé, po otevření uchovávat v lednici a spotřebovat do 24 hodin.

Je zakázáno:

- vejce syrová, vařená na měkko
- majonéza, tatarská omáčka, jogurty s živou kulturou, sýry s plísní, sýry uzené a nebalené vakuově, acidofilní mléko, kefír, kyselá smetana
- sušené ovoce, ovesné vločky, musli, ořechy
- syrovou zeleninu, která nejde oloupat
- měkké druhy ovoce /jahody, maliny, třešně, meruňky, broskve/
- zákusky, točená zmrzlina, jídlo z rychlého občerstvení
- nepít vodu z vodovodu

1.6.3.6 Pohybový režim

Při léčbě ALL není pacient nijak pohybově omezen. Je zakázáno koupání v přírodních i umělých koupalištích po celou dobu intenzivní a udržovací chemoterapie. Koupání doma v bazénu je povoleno po ukončení intenzivní chemoterapie, až po vynětí dlouhodobého CŽK. Mezi jednotlivými cykly chemoterapie tráví většinu času nemocný v domácím prostředí. Nesmí se tělesně přepínat, ale přiměřená tělesná aktivita je přínosná a prospívá psychice nemocného.

Pacient je edukován při propuštění do domácí péče, aby nenavštěvoval místa, kde je koncentrace více lidí.

1.6.3.7 Psychoterapie

Pacient přichází s podezřením na leukémii na specializované hematoonkologické pracoviště a je většinou vytržen z důvěrně známého prostředí. Jeho základními pocity jsou strach a nejistota. Výzkumy a praxe ukazují, že v první fázi hospitalizace je neúčelnější být co nejčastěji s pacientem v osobním kontaktu a nechat ho mluvit o sobě.

Při moderní léčbě pacientů na takto úzce specializovaných pracovištích je zcela běžné, že členy zdravotnického týmu jsou i psychologové, sociální pracovníci, dietní a edukační sestra, fyzioterapeuti.

Všichni, kteří přijdou do kontaktu s takto nemocným pacientem, by měli respektovat základní fyzické prožívání příchodu a rozvoje vážné nemoci.

Fáze psychické odezvy, podle teorie Elizabeth Kübler Rossové z roku 1972:

- fáze šoku – emočně velmi silná odezva na sdělení závažné diagnózy, projevuje se pláčem, ztíženým dechem, neklidem nebo naopak ztrnulostí
„Proč právě já, proč právě teď?“
- popření – stažení se do izolace, pacienti se nechtějí smířit s diagnózou
„Jedná se určitě o omyl.“, „To nemůže být pravda.“
- agrese – pacienti projevují zlost vůči všem zdravým lidem ve svém okolí, je to obtížné období zloby a hněvu, pacienti podle své mentality přestávají buď komunikovat se zdravotníky, nebo jsou se vším nespokojeni

- smlouvání – pacient hierarchizuje svá přání a uvažuje, co by ještě mohl a chtěl udělat v životním čase, který může být limitován
- deprese – nejtěžší fáze psychické odezvy, kterou provází smutek, lítost, zoufání, pocit beznaděje, tuto fázi je někdy nutno překonat s pomocí psychofarmak
- smíření – akceptace pravdy, fáze psychického uvolnění
rozumový přístup k nemoci a k léčbě převáží nad emocemi

Po celou dobu léčby je velmi důležitá souhra celého zdravotnického týmu, protože pacient i jeho nejbližší se postupně ptají všech, kteří nemocného ošetřují a porovnávají jednotlivé odpovědi. Proto je nutné, aby pacient i jeho blízcí dostávali stejné a kvalitní odpovědi (Mayer, Starý a kolektiv, 2002). **Jen trpělivost a vlídnost při všech intervencích dokáže nemocného pomalu zklidňovat. Vědomá aktivní spoluúčast pacienta je v celém léčebném procesu velmi žádoucí.**

1.6.3 Prognóza – funkční důsledky

Děti starší 10 let jsou při diagnóze ohroženy vznikem aseptické kostní nekrózy, která postihuje nejčastěji kyčelní a kolenní kloub. Riziko závisí na typu léčby, pohybuje se mezi 2-5%. Rizikovým faktorem jsou zejména kortikoidy vždy v kombinaci s cytostatiky. Proces může zanechat trvalé následky s nutností umělé náhrady kloubu.

1/3 pacientů po léčbě ALL má chronické jaterní postižení, v důsledku toxického působení chemoterapie.

Fertilita je v dospělosti většinou u žen neporušena a u mužů je snížena, po prodělané léčbě leukémie. U jejich dětí není pozorován vyšší výskyt anomálií nebo zhoubných nádorů.

2 Ošetrovatelská péče u pacienta s onemocněním akutní lymfoblastická leukémie

2.1 Ošetřování nemocných

2.1.1 Příjem na oddělení, volba pokoje, poloha nemocného

Při prvním přijetí na specializované pracoviště, kde se má vyvrátit nebo potvrdit závažná diagnóza provází nemocného hlavně strach a nejistota. Vstupní informace spočívají v seznámení s důvodem přijetí a s plánovanými vyšetřeními, z nichž některá jsou nepříjemná a bolestivá. Teprve po jejich provedení je možná informace o konečné diagnóze, stanovené léčbě a prognóze, která je sdělována v chráněné atmosféře, zaručující intimitu většinou za přítomnosti psychologa. Nemocný i jeho nejbližší musí mít možnost se kdykoliv a na cokoliv opakovaně zeptat a dostat adekvátní odpověď. Při prvním kontaktu s nemocným a jeho blízkými je velmi důležitý vlídný, empatický přístup veškerého zdravotnického personálu. U závažných diagnóz je dobré seznamovat nemocného s provozem oddělení a s dalšími informacemi postupně.

Při opakovaných přijetích jsou naopak důležité informace získané od pacienta a jeho blízkých o zdravotním stavu v období domácí péče.

Volba pokoje je důležitá zvláště při prvním přijetí, kdy volíme raději samostatný pokoj. Někteří spolupacienti mají tendenci seznámit nově příchozího s léčbou a se všemi komplikacemi provázející onkologicky nemocné podle svého.

Poloha nemocného nehraje při tomto onemocnění zvláštní roli.

2.1.2 Sledování nemocných

- při podávání chemoterapie
 - pacient podepsal informovaný souhlas s podáním chemoterapie
 - pacientovi bylo poskytnuto dostatečné množství informací o chemoterapii
 - vlastní aplikace chemoterapie je poskytována nemocnému bezpečným způsobem
 - sledování nežádoucích vedlejších účinků chemoterapie
 - správné vedení dokumentace

- při ošetřování CŽK
 - pacient podepsal informovaný souhlas a je seznámen s popisem výkonu a riziky při zavedení CŽK
 - sledovat okolí místa zavedení CŽK
 - pracovat po celou dobu s CŽK asepticky, aby bylo zabráněno katéetrové sepsi

- při neutropenii
 - sledování TT, FF a diurézy
 - při TT nabrat hemokultury a ihned informovat lékaře, aby byla zahájena léčba ATB
 - sledování laboratorních výsledků, při nahlášení pozitivního výsledku ihned informovat lékaře
 - informace pacienta a blízkých o preventivních opatřeních (dbát na časté mytí a dezinfekci rukou, pravidelná hygiena dutiny ústní, po stolici)
 - přísné dodržování nízkobakteriální stravy
 - každou změnu je nutné zaznamenávat do sesterské dokumentace

- při podávání krevních derivátů
 - pacient podepsal informovaný souhlas, a byl seznámen s možnými komplikacemi
 - sledovat pacienta po celou dobu podání krevních derivátů, při reakci na transfuzi provést okamžitá opatření (zastavit přívod krevního derivátu, zavolat lékaře, podat léky dle ordinace, vše řádně zaznamenat)

- při podávání vysokých dávek kortikoidů
 - pacient je seznámen s nežádoucími účinky kortikoidů
 - sledovat 3x denně moč na cukr a aceton, při pozitivním nálezu cukru v moči nabrat ihned glykémii, informovat lékaře, zajistit diabetickou dietu a vše řádně zaznamenat

- při bolesti
 - zhodnotit bolest podle vizuální analogové škály společně s nemocným
 - podávat analgetika podle doporučení lékaře
 - pravidelně sledovat vývoj bolesti a vše zaznamenávat do dokumentace

2.1.3 Obecný ošetrovatelský proces

Ošetrovatelský proces je systematická, racionální metoda plánování a poskytování ošetrovatelské péče. Cílem ošetrovatelského procesu je kvalitní ošetrovatelská péče s uspokojováním individuálních potřeb pacienta. Nemoc člověka patří mezi faktory, které narušují nebo mění způsob uspokojování jeho potřeb.

Ošetrovatelský proces má pět fází:

a) Zhodnocení zdravotního stavu pacienta

Sepsání ošetrovatelské anamnézy co nejdříve po přijetí. Je to sběr dat a informací, které získáme pohovorem, fyzikální vyšetřením „od hlavy k patě“. Nesmějí zde chybět FF a náchylnost k dekubitům. Do 24 hodin po přijetí (pokud nebylo možné udělat hned při příjmu) provést detailnější ošetrovatelskou anamnézu, kde je součástí dřívější a nynější stav.

b) Ošetrovatelská diagnostika podle Taxonomie II ošetrovatelských diagnóz NANDA

Ošetrovatelský problém je jakýkoliv stav nebo situace, ve které nemocný potřebuje pomoc při udržení nebo znovunabytí zdraví. Ošetrovatelská diagnóza je standardní pojmenování problému pacienta na aktuální a potenciální problémy. Po zpracování a analýze získaných informací je třeba zhodnotit problémy a rizika nemocného, podle kterých stanovíme ošetrovatelské diagnózy.

c) Plánování ošetrovatelské péče

Stanovení priorit, podle závažnosti ošetrovatelských diagnóz.

Stanovit si očekávaný výsledek a výsledné kritérium u pacienta.

Stanovit si cíle sestry (ošetrovatelské zásahy a intervence).

Sestavit písemnou formu plánu ošetrovatelské péče.

d) Realizace

Ošetrovatelské činnosti mají být vždy holistické, činnosti u pacienta vyžadují psychickou podporu a uklidnění. Aktivní účast pacienta je velmi žádoucí.

Ošetrovatelské zásahy je nutné individuálně přizpůsobovat.

Při ošetrovatelském zásahu je nutné dbát na prevenci komplikací.

Vždy přesně a pečlivě provádět všechny ošetrovatelské aktivity.

e) Vyhodnocení

Průběžně hodnotit dosažení stanovených očekávaných výsledků. Revidovat nebo změnit ošetrovatelské intervence.

2.2 Možné ošetrovateľské diagnózy u ALL

- **Infekce, riziko vzniku:** riziko je spôsobeno poruchou sekundárných obranných mechanizmov (porucha vyzrávaní bílých krvinek, zvýšený počet nezralých lymfocytů, imunosuprese a útlum kostní dřeně), invazivními postupy a nedostatečnou výživou.
- **Úzkost / Strach** v souvislosti se změnou zdravotního stavu, strachu ze smrti a vzniklou situační krizí, k projevům patří aktivace sympatiku, obavy, pocity bezmocnosti, zaměření na vlastní osobu a nespavost.
- **Aktivita, intolerance** souvisí se sníženou zásobou energie, zvýšeným metabolismem, nerovnováhou mezi zásobováním kyslíkem a jeho potřebou, omezením v rámci léčby (klid na lůžku) a účinkem farmakologické léčby: projeví se celkovou slabostí, únavou, námahou, dušností a abnormální reakcí srdeční frekvence či krevního tlaku.
- **Bolest (akutní)** může být způsobena infiltrací tkání a orgánů včetně CNS, expanzí kostní dřeně nebo antileukemickou léčbou a projeví se stížnostmi (obtíže v oblasti břicha, bolestmi v kostech a bolestí hlavy), rozrušením, zúžením zájmů a vegetativními reakcemi (změny základních fyziologických parametrů).
- **Tělesné tekutiny, riziko deficitu:** riziko souvisí s excesivními ztrátami (zvracení, krvácení, průjem), sníženým příjmem (nauzea, nechutenství) a sníženou potřebou tekutin (zvýšený metabolismus, horečka) a je predispozicí pro tvorbu ledvinných kamenů a syndrom rozpadu tumoru.

II PRAKTICKÁ ČÁST

3 Posouzení stavu pacienta

3.1 Identifikační údaje

Jméno: Vojtěch F.

Věk: 17 let

Bydliště: Mnichovice, Praha-východ

Zaměstnání: studuje 2. ročník na gymnáziu v Říčanech

Datum přijetí: 12.12.2008

3.2 Výtah z lékařské dokumentace

3.2.1 Lékařská anamnéza

RA: rodiče: matka Jitka F., 1961, alergická rýma

otec Jaroslav F., 1955, zdrav

sourozenci: bratr 19 let, zdrav

OA: z fyziologického těhotenství, porod s.c. pro nepostupující porod, 3100g/51cm.

Poporodní období bez komplikací, silný novorozenecký ikterus vymizel do 2 měsíců. Kojen 3 měsíce, prospíval, kyčle bpn. V předškolním a časném školním věku opakované otitidy a bronchitidy.

Úrazy: comotio cerebri 2004

Hospitalizace: 0

Dětské nemoci: varicella

AA: pyl, prach bez terapie, alergii na léky nemá

Abusus: neguje

NO: Od 27.11.2008 intermitentní (hlavně noční) bolesti kloubů a kostí. Na počátku obtíží vyšetřen na obvodním středisku, kde zjištěna elevace FW a leukocytosa. Po vyšetření na ortopedii začal užívat Klacid do 8.12.2008. V té době se trvale přidaly teploty do 38°C. V noci zvýšené pocení. Bolesti končetin beze změn. 11.12. opět

vyšetřen na středisku, kde progrese leukocytů na 20,3 tisíc, elevace FW a CRP. Tentýž den hospitalizován na Dětské klinice v Krči. Zde v krevním obraze v diferenciálním rozpočtu 56% blastů při leuko 26 tisíc. Celkový stav stabilizovaný, nemá dechové obtíže, zvracení ani průjem. Za posledních 14 dní zhubl 3kg. Rtg končetin ani hrudníku neprovedeny. Odeslán jako suspektní leukémie.

3.2.2 Vyšetření

Váha: 69 kg Výška: 174 cm Povrch těla: 1,83 m²
Krevní skupina: A2B Rh negat.
FW: 118/132

KO při přijetí 12.12.2008

Leuko: 1,2 ery: 3,35 Hb: 10,3 HKT: 0,310 trombo:97

Ret: 0,78% **blasty 63%**

Kostní dřev: 13.12.2008

Blasty: 92%

Kostní dřev vyšetřena na cytochemii, imunologii, cytogenetiku, molekulární genetiku

Závěr: ALL-L1 /je to tzv. „dětská leukémie“, představuje 70-80% nálezů ALL v tomto věku/

common ALL /leukémie z prekurzorů B-buněk = BCP ALL je vůbec nejčastějším maligním onemocněním dětského věku; i v dospělosti tvoří BCP ALL většinu všech ALL. BCP ALL se dále dělí na velmi nezralou proB-ALL, dále na common ALL a nakonec na preB-ALL/

Genetika trombofilních stavů: Leidenská mutace: negativní

Gen pro protrombin: negativní

Koagulace: v normě

Biochemismus: v normě, pouze CRP 61

Moč+sed: chemicky negativní, sediment 0

Bakteriologie: krk, nos, stolice – běžná flora
moč – negativní

Liquor: diagnostická lumbální punkce 14.12.2008

Mok: normální tlak bez příměsi, **blasty**++

Neurologie: 14.12.2008, normální neurologický nález

Oční: 14.12.2008, na očním pozadí bez patologických změn

Rtg srdce a plíce: 12.12.2008

Bez nápadných ložiskových změn. Bránice hladké, úhly volné. Srdce nezvětšeno.

Nápadné odchylky šíře mediastina nejsou patrné.

Sono břicha: 13.12.2008

Játra, žlučník, žlučové cesty bez patologických změn. Pankreas a retroperitoneum pro plynatost hůře přehledné, v přehledných částech neprokazují zvětšení uzlin.

Závěr: splenomegalie, jinak přiměřený sono nález.

EKG+kardiologické: 15.12.2008

normální EKG křivka

ECHO: 15.12.2008

normální základní srdeční anatomie a funkce

Densitometrie: objednána na leden 2009

Kryokonzervace spermií: 15.12.2008

3.3 Terapie

3.3.1 Chirurgická léčba

Dne 15.12.2008 zaveden dlouhodobý CŽK typu Bard Hickman F7 Dual lumen, cestou vena subclavia l.dx. CŽK je plně funkční, bez známek infekce, místo zavedení klidné.

3.3.2 Chemoterapie

podle protokolu BFM-ALL 2002

Po odpovědi organismu na prednisonovou předfázi bude zařazen do středního nebo vysokého rizika léčby.

3.3.3 Dietoterapie

Vojta byl již edukován společně s rodinou o nutnosti dodržovat nízkobakteriální stravu po celou dobu intenzivní chemoterapie.

V nemocnici je mu objednávána dieta č. 13 NZB.

3.3.4 Pohybový režim

Vojta nemá žádná omezení v pohybovém režimu. Na oddělení se volně prochází s infúzním stojanem, na kterém jsou připevněny infúzní pumpy. Je informován o nutnosti dát pozor na infúzní sety, aby nedošlo k povytažení CŽK, který je nutné dobře fixovat.

3.3.5 Psychoterapie

Vojta potřebuje pomoc psychologa. Velkou oporou jsou mu rodiče a bratr, kteří ho navštěvují každý den. Z hlediska psychiky pociťuje izolaci od kamarádů ze školy. Uvědomuje si závažnost své nemoci.

3.4 Fyzikální vyšetření sestrou

Základní screeningové fyzikální vyšetření sestrou (podle modelu M. Gordonové)

Celkový vzhled, úprava zevnějšku, hygiena: upraven

Dutina ústní a nos: v normě

Zuby: bez kazů, v pořádku

Sluch: slyší dobře i šepot

Zrak: nosí brýle na dálku, pravidelné kontroly v místě bydliště

Puls: Rychlost 82/min Pravidelnost: ano Jakost /síla/: v normě

Dýchání: čisté 18/min Pravidelnost: ano Hloubka: v normě

Krevní tlak: 125/75

Stisk ruky: silný

Může zvednout tužku? ano

Rozsah pohybu kloubů: v normě

Svalová tuhost/pevnost: dostatečná

Kůže: změna barvy 0

kožní defekty 0

riziko dekubitů (podle stupnice Nortonové) 20 – žádné riziko

Chůze: bez omezení

Držení těla: v normě

Chybění části těla: 0

Sebepéče: Barthelův test 100 – nezávislý

Kanyly intravenózní: dlouhodobý CŽK, plně funkční

Odsávání: nemá

Vývody/cévkky: nemá

Jiné: 0

Nynější hmotnost: 69 kg

Hmotnost nahlášená: 69 kg

Výška: 174 cm

Tělesná teplota: 36,7° C

Nutriční skóre: není nutná nutriční intervence

K objektivnímu hodnocení aktuálního stavu nemocného byly využity tyto hodnotící škály:

Norton skóre

Barthelův test stupně závislosti

Nutriční skóre pro dospělé

Objektivní pozorování:

Orientace: dobrá

Chápe myšlenky a otázky: ano

Řeč, způsob vyjadřování: v normě

Hlas a způsob řeči:	hluboký, mluví rychle
Úroveň slovní zásoby:	dobrá
Oční kontakt:	ano
Rozsah pozornosti:	udržuje
Nervozita:	je klidný, uvolněný
Pasivní, asertivní:	asertivní
Vzájemná spolupráce a součinnost s rodinou:	dobrá

3.5 Posouzení stavu potřeb klienta dle „Functional Health Patterns“

3.5.1 Vnímání zdraví

Nynější hospitalizace je jeho první v souvislosti s tímto onemocněním. Před tím nikdy v nemocnici neležel. Před vlastním onemocněním se cítil zdravý, ještě před dvěma roky závodně sportoval – z důvodu nedostatku času skončil s fotbalem. Rekreačně rád plaval a lyžoval. Od listopadu si stěžoval na bolesti kloubů a kostí, v noci se potil, přetrvávaly teploty kolem 38°C. Byl vyšetřen na obvodním středisku, na ortopedii, jeden den byl hospitalizován na Dětské klinice v Krči, odkud přeložen na naši kliniku. Po potřebných vyšetřeních lékař stanovil diagnózu akutní lymfoblastická leukémie. Diagnóza byla pacientovi sdělena ošetřujícím lékařem za přítomnosti rodičů a psychoterapeuta. Od té doby je Vojta uzavřený do sebe, velmi málo komunikuje a trpí nespavostí. Velmi často si prohlíží nástěnku v denní místnosti pacientů „Naše vyléčené děti a jejich děti“. Opakovaně si prohlíží fotoalbum z různých akcí našich vyléčených pacientů. Každý den je v kontaktu s psychologem, má naordinovány antidepresiva. Neumí si představit, jak bude vypadat bez vlasů.

Vojta má zaveden dlouhodobý CŽK. Je rád, že jsou z něho prováděny i odběry, a tím jsou minimalizovány odběry ze žíly. Před prvním propuštěním do domácího prostředí bude velmi podrobně edukován společně s rodiči v ošetřování CŽK a dodržování hygienického režimu. Pacient i rodina přistupují ke všem doporučením velmi zodpovědně.

3.5.2 Výživa, metabolismus

Vojta se stravoval ve škole, doma byl zvyklý na teplé večeře. Je zvyklý jíst 4-5krát denně, spíše střední porce. Od začátku léčby dodržuje nízkobakteriální stravu, se kterou nemá žádný problém. Ze začátku mu vadilo, že nesmí saláty s majonézou a tatarskou omáčku. Bylo mu doporučeno nahrazení bílým jogurtem, s čímž se spokojil. Denně vypil asi 2 l tekutin. Při léčbě je nutné sledovat příjem tekutin, minimální příjem se pohybuje kolem 2,5 l tekutin denně. Vojta svědomitě dodržuje. Nejradyji pije neslazené minerálky.

Vojta je v období indukční léčby, kde má vysoké dávky Prednisonu. Má vyšší potřebu příjmu potravy, někdy i v nočních hodinách.

3.5.3 Vylučování

Na stolici chodil Vojta doma pravidelně 1x denně bez problémů. Stolicí má formovanou, bez příměsí. V nemocnici první dny nešel, pak se vše samo upravilo. Před zjištěním diagnózy se hodně v noci potil, po zahájení terapie se již nepotí. Močí bez problémů.

Vojta má naordinováno sledování bilance tekutin po 6ti hodinách, při retenci moče je nutné podat diuretikum i.v. dle ordinace lékaře.

3.5.4 Aktivita, cvičení

Vojta udává, že ještě před dvěma lety hrál závodně fotbal. Z časových důvodů toho musel zanechat. Velmi rád plave a jezdí na hory lyžovat. Ve volných chvílích pracuje s počítačem.

Vzhledem k nynějšímu onemocnění má obavy, jestli ještě někdy pojede na hory nebo na dovolenou k moři. V nemocnici se dívá na televizi nebo hraje hry na počítači. Také rád čte, nejradyji detektivky a knihy o přírodě.

3.5.5 Spánek, odpočinek

Doma neměl s usínáním žádné problémy. Spí 9 hodin denně, chodí spát kolem 22.00 hodiny a probouzí se kolem 7.00 hodiny. Doma spí sám v místnosti, v nemocnici má problém spát na pokoji s jiným pacientem. Naštěstí je nyní na pokoji sám. Po sdělení diagnózy měl špatné sny, které po nasazení léků postupně mizí.

3.5.6 Vnímání, smysly

Potíže se sluchem nemá, asi 3 roky nosí brýle na dálku (+ 1,0 dioptrie), které potřebuje ve škole při opisování z tabule, v kině, při televizi. Na kontroly chodí pravidelně, po půl roce. Má dobrou paměť, uvažuje logicky, orientuje se a odpovídá přiměřeně.

Vojta je plně informován o svém zdravotním stavu. Nepocítuje deficit informací, myslí si, že má dostatek informací o své nemoci i postupu léčby. Žádnými bolestmi netrpí.

3.5.7 Sebepojetí

Sám sebe hodnotí jako „klidáse“, je rád že studuje, pokud to všechno dobře dopadne, chtěl by pokračovat ve studiu na vysoké škole. Velmi rád by studoval práva.

Vojta bude muset přerušit studium na gymnáziu. V současné době mu nejvíce vadí odloučení od spolužáků, i když mu spolužáci do nemocnice pravidelně telefonují. Povahově je spíše optimista.

3.5.8 Role, mezilidské vztahy

Vojta bydlí v rodinném domku v blízkosti Prahy, kde má svůj vlastní pokoj. Žije společně s rodiči a bratrem. Každý den ho rodiče nebo bratr v nemocnici navštěvují. Pocity osamělosti netrpí. Rodina má o Vojtu strach, ale přesto spolupracují a Vojtovi velmi pomáhají. Vztahy s kamarády udržuje.

Nepříjemně vnímá, že při hospitalizaci je málo soukromí, nemá si s návštěvou kde o samotě popovídat. Těší se již na první propustku domů, na kterou půjde po zítřejší sternální punkci a chemoterapii.

3.5.9 Sexualita, reprodukční schopnosti

Vzhledem k věku nemocného a ke skutečnosti, že rozhovor probíhal na pokoji v přítomnosti rodičů, jsem se na sexuální život neptala.

Fertilita je po léčbě snížena, proto před zahájením intenzivní chemoterapie provedena kryokonzervace spermií.

3.5.10 Stres, zátěžové situace

Stres a zátěžové situace Vojta řeší se svými rodiči, kteří mu velmi pomáhají a jsou mu kdykoliv k dispozici. Jako stres pociťuje strach a úzkost z vážné nemoci, z léčby a také projevil obavy z návratu nemoci.

„První cigaretu“ má za sebou ještě na základní škole, ale nechutnala mu, proto nekouří. V rodině jsou všichni nekuřáci. Otázka drog ho nezajímá, i když ve škole by nebyl problém je sehnat, on má však jiné zájmy. Alkohol nepije vůbec, někdy si dal po obědě skleničku piva.

3.5.11 Víra, životní hodnoty

Nyní si nejvíce přeje, aby se brzy uzdravil, dokončil střední školu a dále studoval na vysoké škole. Rád sní o tom, že bude hodně vydělávat, založí si rodinu, bude mít alespoň dvě děti a prožije spokojený a klidný život.

V Boha nevěří, ale když je v obtížné situaci, obrací se k něčemu, co si nijak nenazývá, ale myslí si, že „něco existuje“.

V žebříčku hodnot si staví Vojta na první místo zdraví, porozumění, ale je dobré mít pro život i dostatek peněz. Žebříček hodnot změnil po několika dnech v nemocnici.

3.5.12 Jiné

Na začátku rozhovoru jsme se dohodli, že Vojtovi budu říkat jménem, je rád, nechce aby mu sestřičky vykali. On nás oslovuje jménem a vyká nám. Na našem pracovišti je to běžné, a nemáme s tím žádné problémy.

Na závěr rozhovoru jsem se Vojty zeptala, jestli pro něho mohu něco udělat, jestli něco potřebuje. Odpověděl: „Zatím nic, děkuji.“

4 Ošetrovatelská péče

4.1 Seznam ošetrovatelských diagnóz

Analýza získaných informací:

- Mladý muž
- 17 let
- svobodný
- student
- první hospitalizace
- strach z vážné nemoci

Terapie:

- Milurit tbl
- Prednison tbl
- Biseptol tbl (sobota + neděle)
- Zoloft tbl
- infuze: 5500ml/24hod Fyziologický roztok + přísady
- Furosemid i.v. podle Příjmu+Výdeje /P+V/
- zítra sternální punkce den +8 v analgosedaci
- zítra podání chemoterapie

Monitoring (naordinován lékařem)

- Příjem + výdej po 6 hodinách
- TT, TK, P, D, SO₂ 4xdenně
- denně biochemie statim
- péče o dlouhodobý CŽK

Zjištěné problémy

- úzkost
- nespavost
- infuze
- chemoterapie
- dlouhodobý CŽK

- potřeba sledování příjmu a výdeje tekutin
- potřeba poučení před zítřejším výkonem
- potřeba poučení před prvním propuštěním

Ošetrovatelské diagnózy jsou seřazeny podle priorit. Ošetrovatelské zákroky jsou zaměřeny především na edukaci pacienta.

- Úzkost (mírná), v souvislosti se změnou zdravotního stavu, projevující se uzavřeností a nespavostí, obavami o svůj zdravotní stav
- Spánek porušený, v souvislosti se zármutkem (nedostatek soukromí ke spánku), projevující se usínáním, které trvá déle než 30 minut, probouzením v průběhu noci, nespokojeností se spánkem
- Infekce, riziko vzniku, v souvislosti s invazivním vstupem (CŽK) a sníženou imunitou při základním onemocnění
- Neznalost (potřeba poučení) v souvislosti s nedostatečnou orientací v nové problematice, projevující se slovním vyjádřením neznalosti, nepřesným dodržováním pokynů
- Tělesné tekutiny, riziko deficitu, v souvislosti s medikací.
- Neznalost (potřeba poučení) z důvodu nedostatku zkušeností s daným problémem – edukace před prvním propuštěním

4.2 Plán ošetrovatelské péče

Ošetrovatelská diagnóza :

■ **Úzkost (mírná), v souvislosti se změnou zdravotního stavu, projevující se uzavřeností a nespavostí, obavami o svůj zdravotní stav**

Datum stanovení dg. 20.12.2008

Cíl ošetrovatelské péče a pacientova úsilí:

- snížení úzkosti na zvladatelnou míru

- dosáhnout uvolněného vzhledu
- efektivně využívat všech druhů podpory a pomoci
- uvědomovat si a slovy popsat pocity úzkosti

Výsledná kritéria:

- pacient denně spolupracuje s psychoterapeutem
- pacient je pravdivě a podrobně informován o léčbě, možných komplikacích, o prognóze onemocnění
- pacient dodržuje užívání antidepresiv

Ošetrovatelské zásahy (intervence):

- udělejte si přehled o rodinných i zdravotních faktorech a současně užívaných lécích
- zjistěte, jak pacient vnímá ohrožení v dané situaci
- sledujte jeho fyzickou odpověď
- všimněte si chování pacienta z hlediska hladiny úzkosti
- sledujte účinky naordinovaných léků-antidepresiv na snížení úzkosti

Realizace:

- pacienta denně navštěvují rodiče i bratr
- k žádné fyzické odpovědi na úzkost u pacienta nedošlo
- hladina úzkosti se po nasazení Zoloftu tbl. pomalu snižuje
- pacient se setkal s vyléčeným pacientem, začíná věřit, že se vyléčí
- vše bylo řádně dokumentováno

Cíl této ošetrovatelské diagnózy byl splněn částečně - pacient začíná komunikovat, hladina úzkosti se snižuje, lépe usíná.

■ Spánek porušený, v souvislosti se zármutkem (nedostatek soukromí ke spánku), projevující se usínáním, které trvá déle než 30 minut, probouzením v průběhu noci, nespokojeností se spánkem.

Datum stanovení dg. 20.12.2008

Cíl ošetrovatelské péče:

- zlepšení pocitu celkové pohody a odpočatosti
- zlepšení spánku a odpočinku
- přizpůsobit životní styl tak, aby vyhovoval biochronologickým rytmům

Výsledná kritéria:

- pacient je sám na pokoji, pokud to umožní chod oddělení
- pacient je podrobně informován o plánovaných výkonech, aby byla navázána důvěra mezi ošetřujícími personálem a nemocným, a tím se snížila úzkost a strach z neznámého
- pacient dodržuje pravidelný režim, včetně užívání léků

Ošetrovatelské zásahy (intervence):

- zjistěte přítomnost přispívajících faktorů porušeného spánku
- seznamte se s psychologickým posudkem, spolupracujte s psychologem
- vyslechněte subjektivní stížnosti na kvalitu spánku
- uspořádejte péči tak, aby měl pacient k dispozici nepřerušovaná období pro odpočinek
- snažte se většinu ošetřování provádět tak, aby nebylo nutno pacienta budít
- před spaním se postarejte o klidné prostředí a přiměřený komfort
- sledujte účinky naordinovaných léků-antidepresiv na délku usínání a na četnost špatných snů

Realizace:

- po nasazení Zoloftu tbl. se snížila hladina úzkosti, a tím došlo ke zlepšení usínání a špatné sny se objevují jen zřídka
- vše bylo řádně dokumentováno

Cíl této ošetrovatelské diagnózy byl splněn částečně - po nasazení antidepresiv pacient usíná téměř bez problému, špatné sny pomalu mizí, kvalita spánku se zlepšuje.

☐ **Infekce, riziko vzniku, v souvislosti s invazivním vstupem (CŽK) a sníženou imunitou při základním onemocnění.**

Datum stanovení dg. 20.12.2008

Cíl ošetrovatelské péče:

- pacient zná aseptické přístupy při péči a symptomy infekce
- pacient je bez známek infekce
- riziko vzniku infekce se sníží na minimum

Výsledná kritéria:

- pacient je seznámen s příznaky a projevy infekce
- pacient je poučen o vyvolávajících příčinách infekce a opatřeních, kterými jí lze zabránit
- pacient dodržuje základní hygienická pravidla

Ošetrovatelské zásahy (intervence):

- dodržujte aseptické postupy
- hodnotěte a dokumentujte stav kůže v místech invazivních vstupů
- zapisujte datum převazu
- sledujte a zapisujte tělesnou teplotu a fyziologické funkce
- při teplotě nabírejte hemokultury
- sledujte jiné obtíže pacienta, které mohou být projevem infekce
- edukujte pacienta o rizikových faktorech a prevenci infekcí

Realizace:

- při práci s CŽK byly dodržovány aseptické postupy, KI byly podávány přes bakteriální filtr
- FF byly v normě, pacient byl po celou dobu hospitalizace bez TT
- místo invazivního vstupu bylo denně převazováno, nevykazovalo žádné známky infekce
- vše bylo řádně dokumentováno

Cíl této ošetrovatelské diagnózy byl splněn – u pacienta se neprojevyly příznaky žádné infekce.

■ **Neznalost (potřeba poučení) v souvislosti s nedostatečnou orientací v nové problematice, projevující se slovním vyjádřením neznalosti, nepřesným dodržováním pokynů.**

Datum stanovení dg. 20.12.2008

Cíl ošetrovatelské péče:

- pacient zná důvod, proč musí být sternální punkce provedena
- pacient je poučen o postupu při sternální punkci
- pacient je poučen o analgosedaci
- pacient spolupracuje při výkonu

Výsledná kritéria:

- pacient zná důvod a postup při provedení sternální punkce
- pacient porozuměl účinku analgosedace

Ošetrovatelské zásahy (intervence):

- edukujte pacienta o způsobu provedení sternální punkce
- edukujte pacienta o účinku analgosedace

Realizace:

- před výkonem byl pacient nalačno
- pacient dostal analgosedaci i.v. dle ordinace lékaře
- místo vpichu bylo pravidelně kontrolováno
- vše bylo řádně zaznamenáno v dokumentaci

Cíl této ošetrovatelské diagnózy byl splněn – pacient byl řádně poučen a spolupracoval při výkonu.

■ **Tělesné tekutiny, riziko deficitu, v souvislosti s medikací.**

Datum stanovení dg. 20.12.2008

Cíl ošetrovatelské péče:

- pacient má vyrovnanou bilanci tekutin

Výsledná kritéria:

- pacient byl podrobně poučen v daném problému, kterému porozuměl
- pacient vypil přes den každou hodinu jeden hrníček tekutiny

Ošetrovatelské zásahy (intervence):

- sledujte příjem a výdej tekutin po 6 hodinách
- započítávejte všechny způsoby příjmu a výdeje
- při rozdílu v příjmu a výdeji podávejte Furosemid i.v. dle rozpisu lékaře po 6 hodinách
- zajistěte pacientovi dostatečný příjem tekutin
- pobízejte pacienta k popíjení
- doporučte pacientovi vhodné tekutiny
- informujte pacienta o daném problému
- vše řádně zaznamenávejte do dokumentace

Realizace:

- příjem a výdej byl pravidelně měřen po 6 hodinách
- pacient nedostal Furosemid i.v. dle rozpisu
- pacient vypil denně kolem 3 l tekutin
- pacient svědomitě zapisoval příjem tekutin

Cíl této ošetrovatelské diagnózy byl splněn - pacient měl vyrovnanou bilanci tekutin.

▣ **Neznalost (potřeba poučení) z důvodu nedostatku zkušeností s daným problémem – edukace před prvním propuštěním.**

Viz - Edukace pacienta.

5 Edukace pacienta

5.1 Edukační list

Edukovaným pacientem je Vojta F. s diagnózou ALL, který začal indukční léčbu. Nyní leží na standardním oddělení, pozítří půjde na první propustku. Jeho edukace bude zaměřena na aseptické přístupy v péči o CŽK a symptomy infekce a na nutnost dodržování nízkobakteriální stravy.

Plánovaným tématem edukace pacienta je „Péče o pacienta v domácím ošetření“. Edukace bude prováděna verbální formou a formou ukázky. Budeme sledovat reakci pacienta na edukaci.

5.2 Edukační záznam – realizace

Téma: Aseptické přístupy v péči o CŽK

Symptomy infekce

Nízkobakteriální strava

Forma edukace: verbálně, ukázka

Reakce na edukaci: verbální pochopení

Doporučení: sledovat porozumění pacienta

Edukant: Vojtěch F.

Edukátor: primární sestra Wintnerová

5.3 Edukační plán

5.3.1 Cíl edukačního plánu

Cílem edukace jsou teoretické a praktické znalosti v péči o CŽK, rozpoznat symptomy infekce, dodržování nízkobakteriální stravy v domácím prostředí.

5.3.2 Význam

Významem výuky pacienta při prvním propuštění do domácího ošetřování je, aby si osvojil správnou péči o CŽK, znal symptomy infekce a dodržoval všechna doporučení a tím minimalizoval riziko vzniku infekce. Pacient zná zakázané potraviny, které jsou pro něj, zvláště v období neutropenie, nebezpečné.

5.3.3 Technika

Pacient je nejprve seznámen s rizikem vzniku infekce a jejími prvními příznaky. V období neutropenie a TT nad 38°C, je nutné se dostavit co nejdříve na oddělení k hospitalizaci, kde mu budou ihned naordinovány ATB i.v. Dále je pacientovi názorně ukázáno, jak má pečovat o místo vstupu CŽK.

Pacient má k dispozici všechny potřebné pomůcky k ošetřování CŽK. Verbálně jsou mu vysvětleny jednotlivá doporučení.

S pacientem jsou podrobně probrány jednotlivé potraviny – vhodné, nevhodné, zakázané. Dále je seznámen s uchováváním potravin a se zákazem pít vodu z vodovodu.

5.3.4 Kontrolní otázky pro sestru

Co je to neutropenie?

Nejzávažnější porucha obranyschopnosti u onkologicky nemocných spojená s leukopenií a granulocytopenií.

Co způsobuje neutropenii?

Bývá způsobena hlavně chemoterapií.

Proč je TT nad 38°C u pacienta s neutropenií nebezpečná?

Jedinou známkou závažné infekce může být pouze zvýšená teplota. Terapie antibiotiky musí být zahájena co nejdříve, i v případech, kdy nejsou přítomny jiné známky infekce. Zbytečný odklad by mohl způsobit u rizikových pacientů fatální průběh infekce.

Jaké potraviny jsou zakázány při nízkobakteriální stravě?

Je zakázáno jíst vejce syrová a vařená na měkko, majonézu a tatarskou omáčku, jogurty s živou kulturou, sýry s plísní, sušené ovoce, syrovou zeleninu, která nejde oloupat, zákusky a točenou zmrzlinu, jídla z rychlého občerstvení, pitnou vodu z vodovodu.

5.3.5 Postup při zaškolování pacienta

- získat pacienta pro spolupráci
- seznámit pacienta s významem dodržování všech doporučení, a tím snížení rizika infekce
- doporučit pacientovi vhodnou stravu a dostatek tekutin

5.3.6 Kontrolní otázky pro pacienta

Co uděláte, když budete mít doma teplotu?

Co nejdříve přijedu do nemocnice.

Čím nahradíte majonézu v přípravě pokrmů?

Bílým jogurtem.

Jaké zásady budete dodržovat v prevenci infekce?

Pravidelné mytí rukou, častá hygiena dutiny ústní, pravidelná hygiena po stolici. Vyvaruji se návštěv ve větším kolektivu, zákaz návštěv s projevy infekce, dodržování nízkobakteriální stravy, zákaz koupání v bazénu a veřejných koupalištích, zákaz pobytu na slunci.

Porozuměl jste všem doporučením?

Ano.

6 Zhodnocení ošetrovatelské péče

S Vojtou byla po celou dobu hospitalizace dobrá spolupráce, dodržoval všechna doporučení, aby co nejdříve mohl odejít do domácí péče. Z pohledu pacienta byla ošetrovatelská péče v pořádku, o všech léčebných postupech byl dopředu a v dostatečné míře informován.

Z pohledu sestry byla ošetrovatelská péče v pořádku, protože bylo dosaženo částečně nebo úplně vytčeného cíle, ošetřující lékař byl s péčí spokojen.

7 Prognóza

Prognóza pacienta s akutní lymfoblastickou leukémií je dobrá. Do skupiny s lepší prognózou lze pacienta zařadit podle dobré odpovědi na prednisonovou předfázi léčby. Vojta zatím odpovídá na léčbu Prednisonem velmi dobře, proto má až 85 % šanci na úplné vyléčení.

ZÁVĚR

Zdraví je dar, nemoc je trest; ke zdraví patří radost, síla, štěstí, život, k nemoci bolest, smutek, ztráta, smrt.

Bio-psycho-sociální model se stal základem interdisciplinárního oboru psychosomatické medicíny. K léčení nemoci se spojili lékaři, sestry, psychologové, sociální pracovníci, někdy i duchovní a tvoří tým, který zkoumá příčiny vzniku choroby a jejich cílem je uzdravení pacienta. Historie onkologie a psychologie je relativně krátká. Podpůrná psychologická péče je neodmyslitelnou součástí léčby, při tak závažném onemocnění, jakým leukémie je.

Pacient přichází na specializované pracoviště s podezřením na leukémii, je vytržen ze známého prostředí a jeho základními pocity jsou nejistota a strach. Výzkumy ukazují, že na začátku léčby je velmi důležité být co nejčastěji s pacientem v osobním kontaktu. Významnou částí podpůrné léčby je udržení co nejčastějších kontaktů pacienta s rodinou.

Sdělení diagnózy je velmi závažný akt. Dítěti jeho nemoc netajíme, ale způsob informací vždy předem prodiskutujeme s rodiči. Dospívající již chápe mnohé, proto se nevyhýbáme názvu nemoci, ale jsme vždy optimističtější než při informaci rodičům. Každé dítě ztrácí nemocí svůj způsob života. Dospívajícím se hrouť jejich vstup do světa dospělých, těžce nesou fyzické změny spojené s nemocí a její léčbou. Snáze propadají depresím a není vždy jednoduché s nimi navázat kontakt. Motivace pacienta konkrétními příklady zdárného zvládnutí této nemoci je zvláště v začátku léčby velmi úspěšná.

Po skončení intenzivní léčby se dítě pomalu vrací do normálního života, ale tento návrat sebou přináší nový stres – jak bude dítě přijato spolužáky, jak vyhoví nárokům školy, nedojde k návratu nemoci?

Kvalita života dětí vyléčených z leukémie je většinou srovnatelná s kvalitou života zdravých dětí. Děti normálně dospívají, nacházejí pracovní uplatnění, založí rodinu.

Leukémie je vyléčitelná nemoc, naopak smrt vnímají zdravotníci jako svoji prohru. Hledají, co mohli a měli udělat v péči o pacienta jinak a lépe.

Cíl mé práce byl splněn. Podařilo se mi nastínit problematiku onkologicky nemocných, se zdůrazněním skutečnosti brát nemocného v jeho bio-psycho-sociální jednotě, s holistickým přístupem k nemocnému po celou dobu jeho léčby.

SEZNAM LITERATURY

DOENGES, Marilyn E., MOORHOUSE, Mary Frances. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing, 2001. ISBN 80-247-0242-8

KOUTECKÝ, Josef a spolupracovníci. *Klinická onkologie I*. Praha: Riopress, 2004. ISBN 80-86221-77-6

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing, 2002. ISBN 80-247-0179-0

MAREČKOVÁ, Jana. *Ošetrovatelské diagnózy v nanda doménách*. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1399-3

MARTÍNKOVÁ, Vlasta. *Komunikace s dětským pacientem*. Diagnóza - odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky, duben 2008.

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

ONDERKOVÁ, Alice. *Edukační proces z pohledu komunikace mezi klientem a zdravotníkem*. Sestra – odborný časopis pro sestry a ostatní nelékařské zdravotnické pracovníky, prosinec 2007.

PAVLÍKOVÁ, Slavomíra. *Modely ošetrovatelství v kostce*. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1211-3

ŘÍČAN, Pavel, KREJČÍŘOVÁ, Dana a kolektiv. *Dětská klinická psychologie*. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 10: 80-247-1049-8

TRACHTOVÁ, Eva a kolektiv. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 1998. ISBN 80-7013-324-4

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

VORLÍČEK, Jiří, ABRAHÁMOVÁ, Jitka, VORLÍČKOVÁ, Hilda a kolektiv. *Klinická onkologie pro sestry*. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1716-6

VYMĚTAL, Jan. *Úzkost a strach u dětí*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-830-9

SEZNAM PŘÍLOH

Použité měřicí techniky v ošetrovatelství

- Příloha č.1 Tabulka č. 1 – Norton skóre
Příloha č.2 Tabulka č. 2 – Barthelův test stupně závislosti
Příloha č.3 Tabulka 4. 3 – Nutriční skóre pro dospělé

Příloha č. 1

Zdroj: součást ošetrovatelské dokumentace ve FN Motol

<p style="text-align: center;">NORTON SKÓRE ČÍM MÉNĚ BODŮ, TÍM VYŠŠÍ RIZIKO VZNIKU DEKUBITU</p>									
Fyzický stav		vědomí		aktivita		pohyblivost		inkontinence	
Dobry	4	Dobry	4	Chodí	4	Úplná	4	Není	4
Zhoršený	3	Apatický	3	S doprovodem	3	Částečně omezená	3	Občas	3
Špatný	2	Zmatený	2	Sedačka	2	Velmi omezená	2	Moč	2
Velmi špatný	1	Bezvědomí	1	Leží	1	Žádná	1	Moč + stolice	1

Zdroj: součást ošetřovatelské dokumentace ve FN Motol

BARTHELŮV TEST ADL

HODNOCENÍ STUPNĚ ZÁVISLOSTI V ZÁKLADNÍCH VŠEDNÍCH ČINNOSTECH

NAJEDENÍ, NAPITÍ	SAMOSTATNĚ	10	POUŽITÍ WC	SAMOSTATNĚ	10
	S POMOCÍ	5		S POMOCÍ	5
	NEPROVEDE	0		NEPROVEDE	0
OBLÉKÁNÍ	SAMOSTATNĚ	10	PŘESUN LŮŽKO - ŽIDLE	SAMOSTATNĚ	15
	S POMOCÍ	5		S MALOU POMOCÍ	10
	NEPROVEDE	0		VYDRŽÍ SEDĚT	5
KOUPÁNÍ	SAMOSTATNĚ NEBO S POMOCÍ	5	CHŮZE PO ROVINĚ	NEPROVEDE	0
	NEPROVEDE	0		SAMOSTATNĚ NAD 50m	15
OSOBNÍ HYGIENA	SAMOSTATNĚ NEBO S POMOCÍ	5	CHŮZE PO SCHODECH	S POMOCÍ 50m	10
	NEPROVEDE	0		NA VOZÍKU 50m	5
	KONTINENCE MOČI	PLNĚ KONTINENTNÍ		10	NEPROVEDE
OBČAS INKONTINENTNÍ		5	CELKOVÉ SKÓRE	SAMOSTATNĚ	10
TRVALE INKONTINENTNÍ		0		S POMOCÍ	5
KONTINENCE STOLICE	PLNĚ KONTINENTNÍ	10		NEPROVEDE	0
	OBČAS INKONTINENTNÍ	5	100 NEZÁVISLÝ 65-95 LEHKÁ ZÁVISLOST 45-60 ZÁVISLOST STŘEDNÍHO STUPNĚ 0-40 VYSOCE ZÁVISLÝ		
	TRVALE INKONTINENTNÍ	0			

Příloha č. 3

Zdroj: součást ošetrovatelské dokumentace ve FN Motol

DOSPĚLÉ NUTRIČNÍ skóre

<input type="checkbox"/> 0b. věk do 65 let			<input type="checkbox"/> 1b. věk nad 65 let		
<input type="checkbox"/> 0b. BMI 20 -35		<input type="checkbox"/> 1b. BMI 18 – 20; nad 35		<input type="checkbox"/> 2b. BMI pod 18	
ztráta hmotnosti za 3 měsíce					
<input type="checkbox"/> 1b. 0 – 3 kg			<input type="checkbox"/> 2b. 3 - 6 kg		<input type="checkbox"/> 3b. nad 6 kg
množství jídla za poslední 3 týdny					
<input type="checkbox"/> 0b. beze změny		<input type="checkbox"/> 1b. poloviční porce		<input type="checkbox"/> 2b. jí občas nebo nejl	
projevy nemoci v současné době					
<input type="checkbox"/> 0b. žádné		<input type="checkbox"/> 1b. nechutenství , bolesti břicha		<input type="checkbox"/> 2b. zvracení , průjem > 6 za den	
stres					
<input type="checkbox"/> 0b. žádný		<input type="checkbox"/> 1b. střední chron. nemoc, DM, menší nekomplikovaný chirurgický zákrok		<input type="checkbox"/> 2b. vysoký akutní dekompenzace chronického onemocnění, rozsáhlý chirurgický výkon, pooperační komplikace, UPV, popáleniny, trauma, hospitalizace ARO, JIP, krvácení GIT	
<input type="checkbox"/> 2b. nelze změřit a zvážit				<input type="checkbox"/> 3b.	
nelze zjistit BMI, ztrátu hmotnosti a jídlo za poslední 3 týdny					
NUTRIČNÍ RIZIKO / CELKOVÝ POČET BODŮ /					
<input type="checkbox"/> 0 – 3b. NÍZKÉ		NENÍ NUTNÁ NUTRIČNÍ INTERVENCE			
<input type="checkbox"/> 4 – 7b. STŘEDNÍ		NUTNÉ VYŠETŘENÍ DIETNÍ SESTROU			
<input type="checkbox"/> 8 – 12b. VYSOKÉ		NUTNÁ SPECIÁLNÍ NUTRIČNÍ INTERVENCE			