

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

**KOMPLEXNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U PACIENTA S AKUTNÍ
MYELOIDNÍ LEUKÉMIÍ**

Bakalářská práce

ANETA VONDRÁKOVÁ

Praha 2012

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

**KOMPLEXNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U PACIENTA S AKUTNÍ
MYELOIDNÍ LEUKÉMIÍ**

Bakalářská práce

ANETA VONDRÁKOVÁ

Vedoucí práce: PhDr. Jana Hlinovská, PhD.

Stupeň kvalifikace: bakalář

Datum předložení: 30-03-2012

Datum obhajoby práce: 06-2012

Praha 2012



VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s.
se sídlem v Praze 5, Dušková 7, PSČ 150 00

Vondráčková Aneta
3. B VS

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 13. 4. 2011 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Komplexní ošetrovatelská péče u pacienta s akutní myeloidní
leukémií

*Comprehensive Nursing Care of a Patient with Acute Myeloid
Leukemia*

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Jana Hlinovská, PhD.

V Praze dne: 1. 9. 2011

prof. MUDr. Zdeněk Seidl, CSc.
rektor

PROHLÁŠENÍ

Prohláším, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité zdroje literatury jsem uvedla v seznamu použité literatury. Současně dávám svolení k tomu, aby tato bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

V Praze dne 30. 03. 2012

Podpis:

Abstrakt

VONDRÁ KOVÁ, Aneta. *Komplexní o-et ovatelská pé e u pacienta s akutní myeloidní leukémií*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s., stupe kvalifikace: bakalá (Bc.). Vedoucí práce: PhDr. Jana Hlinovská, PhD. Praha. 2012. 61 s.

Hlavním tématem bakalá ské práce je holistická pé e o pacienta s nádorovým onemocněním p i respektování jeho p irozených pot eb. Teoretická ást práce obsahuje charakteristiku a klasifikaci onemocnění, diagnostiku, klinický pr b h, komplikace, prognózu a terapii. Praktickou ást tvo í kazuistika konkrétního nemocného s akutní myeloidní leukémií, o-et ovatelské diagnózy a intervence. V o-et ovatelském procesu klademe d raz na respektování bio- psycho- sociálních pot eb pacienta. Nosnou ástí práce je specifika o-et ovatelské pé e a edukace pacienta s akutní myeloidní leukémií. Zam ujeme se také na spolupráci sestry s rodinou pacienta a její zapojení do o-et ovatelského procesu, v etn edukace celé rodiny.

Klí ová slova: Akutní myeloidní leukémie. Edukace. O-et ovatelská pé e. Pacient. Sestra.

Abstract

VONDRÁ KOVÁ, Aneta. Comprehensive Nursing Care of a Patient with Acute Myeloid Leukemia. College of Health Public Service, the degree of qualification: Bachelor (BA). Thesis supervisor: PhDr. Jana Hlinovská, PhD. Prague. 2012. 61 p.

The main topic of thesis is the holistic care of patients with cancer respecting their natural needs. The theoretical part of the work includes characterization and classification of diseases, diagnosis, clinical course, complications, prognosis and therapy. The practical part consists of case history of the particular patient with acute myeloid leukemia, nursing diagnosis, planning, intervention, implementation and evaluation. In nursing process we place emphasis on respect for bio-psycho-social needs of the patient. Main part of the work is focused on specifics of nursing care and education of patients with acute myeloid leukemia. We also target on cooperation with the patient's family and its involvement in the nursing process, including the education of the whole family.

Key words: Acute leukemia. Education. Nursing care. The patient. Nurse.

P edmluva

Nádorová onemocn ní zaznamenala v posledních desetiletích nebývalý pokrok. I p esto jsou v eské republice druhou nejhlavn j-í p í inou úmrťí. Jejich po et má p es v-echny snahy o prevenci vzr stající tendenci. Podle studií Sv tové zdravotnické organizace se o ekává, že v nejbliž-ích letech bude ve vysp lých zemích postífen tímto onemocn ním kařdý t etí ob an (ZACHAROVÁ, 2011, s. 20).

Není se tedy emu divit, že p ed touto problematikou má -iroká ve ejnost obrovský respekt. P i vyslovení této diagnózy reaguje kařdý lov k jiným zp sobem. Od sebeobvi ování p es popírání skute nosti dochází v t-inou k beznad ji, strachu a smutku. Tyto pocity a reakce jsou o to siln j-í a intenzivn j-í, postihne- li nádorové onemocn ní dít . U mladistvých adolescent je velmi d ležitá brát v potaz psychosociální zm ny vyvolané nádorovým onemocn ním. Psychosociální pé e je v t chto p ípadech asto náro n j-í neřl samotná onkologická lé ba. Nej ast j-ím nádorovým onemocn ním v d tském v ku je leukémie. P estože v posledních dvaceti letech do-řo k nebývalému pokroku v oblasti diagnostiky i terapie, lé ba leukémie trvá ařl 2 roky a -ance na vylé ení dosahuje 50 - 80 % podle typu leukémie (WINTNEROVÁ, 2009).

Výb r tématu práce byl ovlivn n mým dlouholetým p sobením na Klinice d tské hematologie a onkologie (KDHO) ve Fakultní nemocnici v Motole. Podklady pro práci jsem erpala jak z kniřních, tak i z odborných asopiseckých pramen . Práce je ur ena v-eobecným sestřám a student m, kte í se v nují práci s onkologicky nemocnými pacienty.

Touto cestou vyslovuji pod kování vedoucí bakalá ské práce PhDr. Jan Hlinovské, PhD. za podn tné rady a podporu, kterou mi poskytla p i vypracovávání bakalá ské práce a zdravotnickému personálu Kliniky d tské hematologie a onkologie ve Fakultní nemocnici v Motole za vst ícný p ístup. Velký řík pat í zejména MUDr. Lucii Třámkové, PhD. za odbornou konzultaci.

OBSAH

ÚVOD.....	9
I TEORETICKÁ ÁST.....	11
1 Definice a klasifikace akutní myeloidní leukémie	11
1.1 Etiologie a patogeneze.....	11
2 Diagnostika	13
3 Klinický obraz a stádia nemoci	15
4 Léčba, komplikace.....	16
4.1 Prognóza pacienta a sociální aspekty onkologického onemocnění	18
5 Kvalita života lidí s akutní myeloidní leukémií	19
6 Specifika péče u pacienta s onemocněním akutní myeloidní leukémie	20
6.1 Ošetřovatelské diagnózy u AML	20
6.2 Edukace pacienta a jeho rodiny s akutní myeloidní leukémií	22
7 Neziskové organizace a jejich význam.....	23
II PRAKTICKÁ ÁST	24
8 Kazuistika.....	24
8.1 Identifikační údaje.....	24
8.2 Lékařská anamnéza	25
8.3 Medicínský management.....	26
8.4 Posouzení stavu pacienta.....	28
8.5 Ošetřovatelská anamnéza dle modelu Marjory Gordon.....	35
8.5.1 Vnímání zdraví.....	36
8.5.2 Výživa, metabolismus	36
8.5.3 Vylučování.....	37
8.5.4 Aktivita, cvičení.....	37
8.5.5 Spánek, odpočinek	38

8.5.6	Vnímání, smysly	38
8.5.7	Sebepojetí, sebeúcta	39
8.5.8	Role, mezilidské vztahy	39
8.5.9	Sexualita, reprodukční schopnosti	40
8.5.10	Stres, zátlřové situace.....	40
8.5.11	Víra, řivotní hodnoty.....	41
8.5.12	Jiné	41
8.6	O-et ovatelské diagnózy.....	41
8.6.1	Strach.....	42
8.6.2	Infekce, riziko vzniku.....	44
8.6.3	Výřliva poru-ená, nedostate ná.....	45
8.6.4	Aktivita, intolerance	47
8.6.5	Neznalost, pot eba pou ení o lé ebném a o-et ovatelském reřřimu.....	49
8.6.6	Spole enská interakce poru-ená	51
8.7	Zhodnocení o-et ovatelské pé e	54
9	Doporu ení pro praxi.....	55
9.1	Doporu ení pro zdravotnický personál	55
9.2	Doporu ení pro management.....	56
ZÁV R	58
Seznam pouřřité literatury	59
Seznam p řloh		

ÚVOD

Akutní myeloidní leukémie (dále AML) je klonální maligní onemocnění hematopoetické tkáně charakterizované akumulací leukemických blastů a porušenou tvorbou normálních buněk krvetvorby. Na začátku onemocnění se mohou vyskytnout příznaky nespecifické, způsobené anémií, jako je například únava, dušnost, bledost a slabost, tak i příznaky specifické, zejména krvácení do kůže, krvácení z dýchacího nebo gastrointestinálního traktu. Pro stanovení diagnózy AML je nezbytný nález blastických buněk v kostní dřeni a/nebo v periferní krvi (CETKOVSKÝ, 2007).

AML představuje asi 15 % případů všech hematologických onemocnění u dětí a adolescentů. Léčba spoívá v kombinaci různých cytostatik a trvá několik měsíců až let. V indikovaných případech je součástí také ozařování, případně transplantace kostní dřeně. Úspěšnost úplného vyléčení je asi 50 % (<http://kdho.fnmotol.cz>).

Cílem bakalářské práce je zpracovat problematiku tohoto onemocnění formou ošetovatelského procesu dle modelu Marjory Gordonové, navrhnout, realizovat a zhodnotit plán ošetovatelské péče u konkrétního pacienta. Bakalářská práce má dvě části, teoretickou a praktickou. Teoretická část se zabývá vlastním onemocněním, jeho definicí, klasifikací, formami, etiologií, příznaky, diagnostikou, léčbou, prognózou a komplikacemi. Pojednává o tom, jaký vliv má na psychologickou stránku jedince rodina a jeho nejbližší okolí a jak nemoc ovlivňuje kvalitu života člověka.

V závěru první části se můžeme dočíst o specifické péči u pacienta s AML, možných ošetovatelských diagnózách, edukaci pacienta a jeho rodiny. Na konci teoretické části je přehled organizací, které se touto problematikou zabývají.

Dílem cílem praktické části bakalářské práce je navrhnout individuální plán ošetovatelské péče, zrealizovat ho a zhodnotit. V praktické části je popisována péče o konkrétního pacienta s akutní myeloidní leukémií. Je tvořena tematickým celkem: posouzení stavu pacienta, posouzení stavu potřeb pacienta dle funkčních vzorců zdraví, plán individuální ošetovatelské péče, zhodnocení ošetovatelské péče, edukace pacienta i rodiny a zhodnocení péče. S pomocí Kapesního průvodce zdravotní sestry jsou

stanoveny ošetovatelské diagnózy a podle North American Nursing Diagnosis Association= asociace sesterských diagnóz Severní Ameriky (dále jen NANDA) taxonomie I je vypracován plán ošetovatelské péče, realizace a hodnocení. Na pacienta se zamůžeme v rámci holistické ošetovatelské péče po bio- psycho- sociální stránce. Na konci praktické části jsou uvedena doporučení pro zdravotnický personál a pro management KDHO.

Při práci je použitý koncepční model Funkčního typu zdraví Marjory Gordon. Model splňuje požadavek na rámcový standard pro systematické ošetovatelské zhodnocení stavu pacienta v jakékoli oblasti systému péče a vytváří prostor pro komunikaci v multidisciplinárním týmu s využitím odborné terminologie. Funkční vzorce zdraví představují optimální modely chování člověka, které při zohlednění faktorů vývoje, kultury a prostředí, přispívají ke zdraví, kvalitě života a využití lidského potenciálu (ARCHALOUSOVÁ- SLEZÁKOVÁ, 2005).

I TEORETICKÁ ÁST

1 Definice a klasifikace akutní myeloidní leukémie

AML představují heterogenní skupinu maligních onemocnění, v níž je možné z pohledu dnešních poznatků vylenit několik podskupin s různým klinickým i laboratorním nálezem, prognózou a odpovědí na léčbu. Proto v roce 1976 navrhla "French- American- British (FAB) Cooperative Group" klasifikaci akutních leukémií na základě vyšetření periferní krve a kostní dřeně. Užívání této FAB klasifikace se velmi osvědčilo a rozšířilo, a ve světle nových poznatků bylo opakovaně revidováno v letech 1982, 1985, 1990 (MUNTAU, 2009).

ŠPodle FAB klasifikace rozdělujeme leukémie na M0, M1, M2, M3, M3v, M4, M5A, M5B, M6 a M7d (MAYER et al., 2002, s. 38).

Toto rozdělení je velice důležité nejen pro určení správné terapie, ale i pro všeobecné sestry z ošetřovatelského hlediska a v rámci prevence komplikací.

1.1 Etiologie a patogeneze

Při některých vrozených onemocněních je u dětí riziko AML z etelny zvýšeno (například trizomie 21, Fanconioho anémie). Akutní leukémie jako sekundární nádorové onemocnění po jiných nádorových onemocněních se ve většině případech projevuje jako AML.

Pro vznik AML jsou nutné minimálně dvě genetické změny. Týkají se poruchy proliferace a diferenciace hematologických prekursorových buněk. Místem vzniku AML je kostní dřeň, která je difúzně infiltrována leukemickými buňkami. Vyzrání normální hematopoézy je porušeno a dochází k progresivní insuficienci kostní dřeně.

Blasty mohou kostní dřeň opouštět a infiltrovat jiné tkáně, nejčastěji játra, slezinu a lymfatické uzliny (MUNTAU, 2009).

2 Diagnostika

Anamnéza bývá krátká a velmi boulivá. Vtina pacient udává vpedchorobí virové i bakteriální opakované infekce s vysokými horekami, bolestmi kloub a zejména dlouhých kostí, zvýšenou krvácivostí a tvorbou hematom .

Mezi základní vyšetení patří krevní obraz (KO), včetně diferenciálního rozpo tu leukocyt , kompletní biochemické vyšetení, kde sledujeme zejména funkce jater, ledvin, hladinu fosfátu a laktátdehydrogenázy (LD).

šV periferní krvi bývá leukocytóza, dosahující afl stovkových hodnot. Po et leukocyt v-ak m fle být i normální nebo snížený. Tém vfdy je patologický diferenciální rozpo et bílých krvinek a v krvi jsou p ítomny blasty. Dále bývá v krevním obraze výrazná anémie a trombocytopenie (KA ÍRKOVÁ, 2007, s. 89).

U pacient s AML kontrolujeme pravideln koagulace, které obzvlá-t u n kterých podtyp AML (nap . u AML M3) odebíráme i n kolikrát denn . Další krevní vyšetení jsou individuální a záleží na celkovém stavu pacienta a na ordinaci léka e.

Nezbytným vyšetením u pacient s AML je vyšetení kostní d en . Kostní d e získáme aspirací vzorku ze spongiózní ásti kosti, nej ast ji z lopaty kosti ky elní nebo ze sternu. Následn se provede nát r aspirátu na sklí ko a po obarvení se v r zných laborato ích hodnotí cytologická analýza (CETKOVSKÝ, 2004).

K vyšetení kostní d en vyuffíváme morfologickou diagnostiku, pr tokovou cytometrii, cytogenetiku a molekulární genetiku.

Blastické bu ky mají schopnost usazovat se v r zných orgánech a tam se dále množit, nej ast ji v centrálním nervovém systému (CNS). Proto se provádí u v t-iny pacient lumbální punkce (LP), p i nífl se odebírá mozkomí-ní mok. Sou asn se do páte ního kanálu aplikují cytostatika s kortikoidy, tudífl má lumbální punkce i terapeutický efekt.

U d t í se provád í LP v fdy, d ále je indikována u pacient s podtypem M4, M5 a p í úvodní leukocytóze nad sto tisíc (MAALOUFOVÁ SOUKUPOVÁ - fiÁK, 2010).

š V intenzivní medicín se LP provád í v t-inou vlefě, u hematologických pacient , kte í nemají váfn j-í komplikace, se obvykle provád í vsed ō (CETKOVSKÝ, 2004, s. 478).

Pacient podstupuje v rámci vstupních vy-et ení ultrazvuk b ichta, echokardiografii, elektrokardiografii, rentgen hrudníku, eventueln po íta ovou tomografií.

Mezi dal-í vy-et ení, která jsou d lefítá pro posouzení vývoje nemoci, ú innosti lé by nebo p ípadných komplikací, pat í spirometrie, u-ní, nosní, kr ní (ORL) vy-et ení, kardiologické vy-et ení a jiné. Každý pacient je na za átku lé by vy-et en oftalmologem, neurologem, pop . jiným odborníkem.

3 Klinický obraz a stádia nemoci

Klinický obraz je u každého pacienta individuální a záleží především na podtypu leukémie. U pacientů s AML v krevním obraze v t-ínou dominuje leukocytóza (n kdy leukopenie), anémie a trombocytopenie. Proto velmi často přicházejí tito pacienti s hematomy, petechiemi a epistaxí. Může být přítomno i závažné krvácení do gastrointestinálního traktu nebo do CNS, zvláště riziková jsou pacienti s hyperleukocytózou a souasnou koagulopatií (PIZZO, 2002).

U AML bývá v t-ínou porucha koagulace, z čehož vyplývá, že jsou pacienti, zejména v počáteční léčbě, ohroženi diseminovanou intravaskulární koagulací. V biochemii je patrná hyperurikémie a zvýšené LD. Pacienti mívají lymfadenopatii a hepatosplenomegalii.

Z celkových příznaků je důležité jmenovat únavu, slabost, bledost, nechutenství, nauzeu, zvracení, bolesti končetin, zejména dolních a opakované infekce s vysokými teplotami.

Cílem léčby leukémie je uvést pacienta do remise. Remise je stav, kdy v kostní dřeni nenacházíme atypické blasty. Cílem je dosáhnout remise co nejdříve a udržet ji. Pokud se v průběhu remise znovu objeví v kostní dřeni nebo v jiném orgánu atypické blasty, jde o relaps. I relaps je možné léčit, je to ale vždy mnohem složitější. Léčba relapsu je intenzivnější a je provázena celou řadou komplikací s výrazným nárůstem nákladů na úspech. Pro většinu pacientů s relapsem přichází do úvahy jako jediná léčebná možnost transplantace kostní dřeni (TRÁMKOVÁ, 2006).

4 Léčba, komplikace

Již řádu let jsou pacienti s akutní leukémií léčeni podle jednotných léčebných schémat, tzv. protokolů, které byly vytvořeny na základě spolupráce evropských center pro léčbu nádorových onemocnění a na základě dlouhodobého klinického a laboratorního výzkumu. Tyto protokoly jsou pravidelně vyhodnocovány a zdokonalovány. Volba protokolu závisí na typu leukémie a odpovídá na léčbu.

Po ukončení intenzivní chemoterapie nastává fáze tzv. udržovací chemoterapie, kdy pacient dostává jeřuritou dobu léky, většinou v tabletové formě a postupně se vrací k běžnému životu. Dlouhodobá léčba leukémie má za úkol dosažení a udržení co nejdélejší remise. Trvá-li remise pět let, můžeme zpravidla mluvit o vyléčení (TRÁMKOVÁ, 2006).

Po stanovení diagnózy a zařazení pacienta do skupiny podle stupně rizika je chirurgicky zaveden dlouhodobý centrální žilní katétr (CfK). U pacientů s AML se zavádí obvykle dvoucestný dlouhodobý CfK typu Hickman.

Šd ležitou součástí komplexní léčby leukémie je chemoterapie. K indukci remise se používá především cytosinarabinosid a antracyklinová antibiotika. Z ostatních cytostatik se používá též mitoxantron nebo etopozid. Tato cytostatika se používají v různých kombinacích (KLENER, 1996, s. 431- 432).

Do podpůrné léčby patří podávání transfuzních přípravků, což je léčebný výkon, při němž se pacientovi dodávají chybějící složky krve indikovaným přípravkem. Pacienti s AML jsou během léčby podávány nejčastěji separované trombocyty, erytrocytární masa a mražená plazma. Krevní deriváty se podávají ozařené a de leukotizované.

Další léčebnou možností u pacientů s AML je radioterapie. U těchto pacientů se ozařuje cíleně oblast, kde je nahromadeno velké množství nádorových buněk a je nepřístupná systémové chemoterapii. Proto se tato léčebná možnost používá jen výjimečně a to zvláště u pacientů s iniciální infiltrací CNS nebo varlat (TRÁMKOVÁ, 2006).

Průběh choroby u pacientů s AML výrazně ovlivňuje výživa. Pacienti se špatným stavem výživy jsou méně odolní k různým komplikacím a hůře snášejí léčbu. Základem je kvalitní a pestrá, tzv. nízkobakteriální strava s dostatkem tekutin (viz příloha A).

AML i její léčba postihují také pohybový aparát. Může dojít k ochabnutí svalstva, prořívání kostí, objevují se bolesti v zádech a končetinách, těs rukou a snižuje se obratnost pacienta. Proto je velmi vhodné, aby byl součástí zdravotnického týmu, který ošetřuje pacienty s leukémií, také fyzioterapeut.

Šnedílnou součástí komplexní péče o pacienta s nádorovým onemocněním je i péče o jeho psychický stav. Psychologická péče je u nás přes svou mimořádnou důležitost značně opomíjena. Profesionální psycholog by měl mít stále místo v týmu onkologických pracovníků. Psychologické problémy související s onkologickým onemocněním jsou v jednotlivých etapách onemocnění rozdílné. Při stanovení diagnózy je důležitá nezamlčet pacientovi závažnost onemocnění, ale zároveň mu dát naději na možnost léčby. Během léčby postupují další faktory, které nepříznivě ovlivňují psychiku nemocného. Jde zejména o anatomické a funkční poruchy (alopecie, impotence), které vyžadují zevrubnou psychologickou analýzu. Při progresi onemocnění a v terminálním stádiu pacienti očekávají zejména bezprostřední budoucnost a mají strach ze smrti a samoty. Povinností lékaře a zdravotnického personálu je zajistit nemocnému důstojné umírání (KLENER, 1996, s. 261 - 263).

Dítě i dospělý jedinec na jednotce intenzivní péče (JIP) je vystaven stresu, který je spojen s celou řadou nepřijemných aspektů, které ovlivňují jeho psychiku. Mezi nejzávažnější aspekty patří odloučení od rodiny, bolestivé procedury, narušení schématu den a noc i stíhání cizích lidí v okolí pacienta. Měli bychom dbát na tyto zásady: s pacientem co nejvíce mluvit, respektovat cyklus den a noc, umožnit pacientovi návštěvy v co největší možné míře, při prvním kontaktu se pacientovi představit jménem, každou proceduru vysvětlit a nechat prostor na dotazy (NOVÁK, 2008).

Pacient s akutní myeloidní leukémií je ohrožen především na začátku léčby, kdy je v krevním obraze výrazná leukocytóza. V této fázi hrozí pacientovi zejména leukostáza (nebezpečí plicní embolie, mikrotromb v CNS a ledvinách), syndrom nádorového rozpadu - tumor lysis syndrom s hyperkalémií, hyperurikémií a selhání ledvin (MUNTAU, 2009).

š Tumor lysis syndrom m fle nastat spontánn nebo krátce po zahájení lé by. P í inou vzniku je rychlé zni ení nádorových bun k v d sledku lé by. Tento stav m fle vést k selhání ledvin, proto musí být pacient dostate n hydratovánō (MUGHAL et al., 2006, s. 153).

Dal-í závařnou komplikací leukémie m fle být diseminovaná intravaskulární koagulopatie. Jde o dysbalanci mezi protrombinem a plazminem, která vede k následné ischemizaci, konzumpci koagula ních faktor a krvácení. Nejde o samostatné onemocn ní, ale o syndrom, p í n mfl musíme vřdy hledat a e-ít vyvolávající p í inu (CETKOVSKÝ, 2004).

Mezi komplikace provázející AML adíme i dal-í orgánová a systémová onemocn ní, která nejsou výjimkou. Nej ast ji jde o gastrointestinální, urogenitální a kardiologické komplikace.

4.1 Prognóza pacienta a sociální aspekty onkologického onemocn ní

š Prognóza u pacient s akutní myeloidní leukémií je hor-í neř u pacient s akutní lymfoblastickou leukémií. V sou asné dob má -anci na vylé ení 50 ó 60 % pacient s AML. Prognóza u pacient , kte í primárn nedosáhli řádné remise nebo byli postiřeni recidivou, je nep ízniváō (MUNTAU, 2009, s. 268).

P í sd lení onkologické diagnózy dochází ke zm nám v sociální situaci lov ka. M ní se sociální role, pot eby, prost edí i profesní za azení. Zhor-uje se i ekonomické zabezpe ení a mnohdy se m ní vztahy v rodin v etn partnerských. Vyskytují se pocity osam losti a ztráty sociální jistoty, poruchy sebeúcty a sebekoncepce.

Onkologická pé e tudířl nem fle být zam ena pouze na odbornou lé bu, ale je nutné, aby zahrnovala i pomoc psychickou a sociální, a to jak pro pacienta, tak i jeho rodinu.

š Ze strany zdravotník je vhodné pomoci pacient m a jejich rodinným p íslu-ník m nabídnout kontakty na pomocné organizace a spole nosti, které poskytují odbornou a profesionální pomocō (ZACHAROVÁ, 2011, s. 20).

5 Kvalita života lidí s akutní myeloidní leukémií

Šonkologická onemocnění vedou ke společným, emocionálním i ekonomickým následkům, které ovlivní nejen zdraví člověka, ale i vztah k okolí, jeho životní styl a vztah k ostatním lidem. Po potvrzení onkologické diagnózy prochází pacient náročným obdobím, ve kterém se střídají fáze šoku, zloby, popření, smlouvání, rezignace, deprese. Na tyto fáze navazuje vyrovnání nebo odevzdanost. Reakce pacienta na nemoc závisí i na zdravotním úvdomní, které bývá ovlivněno výchovou a zkušenostmi, ale také hodnotovým systémem každého člověka (ZACHAROVÁ, 2011, s. 20).

Nemocný ztrácí sociální jistoty a stává se závislým a potřebuje pomoc od druhých. Je izolován od svého okolí a je ohrožen ztrátou zaměstnání i peněžením studia. To s sebou přináší další stres. Pacient musí věřit, zda dokonce úspěšně se svým onemocněním nebo bude muset přerušit a tím vzdávání prodloužit i vyutilje možnosti, kterou v dnešní době nabízejí téměř všechny státní i vysoké školy a přistoupí na individuální studijní program.

Při dlouhodobé hospitalizaci se často stává, že si dítě i adolescent zvykne na relativně malou náročnost a malé požadavky, které jsou na něj v nemocnici kladeny a velmi neradi se vracejí k plnění povinností, zejména učení. Návrat do běžného života bývá obtížný a rodina často musí vyhledat pomoc psychologa.

Při sdělování závažné diagnózy se lékaři snaží být co nejvíce ohleduplní a taktičtí. I přesto tím vznikne pro pacienta i jeho rodinu velmi náročná situace, se kterou se musí postupně vyrovnávat. Chování pacienta v tomto období je závislé především na jeho osobnosti a na jeho koncepci já, kterou si vytvořil před onemocněním. Velmi záleží také na vztazích v rodině a na jeho blízkých přátelích, jak mu v daný moment budou umět pomoci a být mu oporou (ECHOVÁ et al., 1997).

6 Specifika péče u pacienta s onemocněním akutní myeloidní leukémií

Světová zdravotnická organizace definuje ošetřovatelský jako systém typicky ošetřovatelských činností týkajících se jednotlivce, rodiny, společnosti, v němž pomáhá, aby byli schopni pečovat o své zdraví a pohodu (<http://ošetřovatelstvi.blog.cz>).

Š Komplexní ošetřovatelská péče je zajišťována formou ošetřovatelského procesu. Jde o systematickou racionální metodu plánování a poskytování ošetřovatelské péče. Ošetřovatelský proces je cyklický a skládá se z posuzování, diagnostiky, plánování, realizace a vyhodnocení (KOZIEROVÁ et al., 1995, s. 166).

Aplikace ošetřovatelského procesu vyžaduje, aby sestra ovládala dovednosti interpersonální, technické a intelektové. Základem je interakce mezi pacientem a sestrou (BOROVÁ, 2010).

Těchle nemocní pacienti představují pro zdravotníky velkou fyzickou i psychickou zátěž. Péče o tyto pacienty a kontakt s jejich nejbližšími je pro ošetřující personál velice stresující. Všeobecná sestra je hospitalizovanému pacientovi z ošetřujícího týmu nejbližší a vyžaduje se od ní obětavost, trpělivost, laskavost a fyzická i psychická zdatnost. Proto je velice důležité, aby sestry zvládaly regenerovat svoje fyzické i psychické síly. Předpokladem pro tuto regeneraci je péče o vlastní duševní hygienu, dostatek odpočinku mezi službami a odpovídající pracovní podmínky (NOVOTNÁ, VALENTOVÁ, 2011).

6.1 Ošetřovatelské diagnózy u AML

V období onemocnění jsou pacienti hospitalizováni na hematologických, případně onkologických odděleních. Dle současného stavu se přijímají na JIP, která je součástí těchto klinik. Po sdělení diagnózy pacient podstupuje řadu nezbytných vyšetření a poté

za jiná léčba, která zahrnuje podávání perorálních a intravenózních léků v etn cytostatik, kortikoidů a antibiotik a podávání krevních derivátů. Tato léčba s sebou přináší řadu ošetovatelských problémů, na které se sestra musí aktivně zaměřit a dbát na dodržování správného užívání léků a na prevenci možných komplikací spojených s léčbou.

V raném stádiu onemocnění jsou ošetovatelské problémy spojené především s psychickým vyrovnáváním a smířením se s diagnózou a problémy související s poruchou sekundárních obranných mechanismů organismu. Z ošetovatelského hlediska jde zejména o následující problémy.

- Strach v souvislosti se změnou zdravotního stavu a vzniklou situací krizí, projevující se obavami, pocitem bezmocnosti, zvýšeným napětím, nervozitou a zaměřením na vlastní osobu.
- Úzkost v souvislosti se změnou zdravotního stavu a strachem ze smrti, projevující se nepřijemnými myšlenkami o smrti, bezmocností a hlubokým smutkem.
- Infekce, riziko vzniku v souvislosti se zavedením invazivního vstupu, s poruchou sekundárních obranných mechanismů (porucha vyžrávání bílých krvinek, zvýšený počet nezralých lymfocytů, imunosuprese a útlum kostní dřeně).
- Tělesné tekutiny, riziko deficitu v souvislosti s excesivními ztrátami (zvracení, krvácení, průjmy), sníženým příjmem (nauzea, nechutenství) a sníženou potřebou tekutin (DOENGES et al., 2001).

V pozdějším stádiu onemocnění jsou ošetovatelské diagnózy ovlivněny aktuálním stavem pacienta a především komplikacemi spojenými s podáváním cytostatik a krevních derivátů.

Mezi nejčastější ošetovatelské diagnózy patří:

- Bolest akutní v souvislosti s infiltrací tkání a orgánů v etn CNS, expanzí kostní dřeně nebo antileukemickou léčbou, projevující se stíflnostmi na oběhové v oblasti břišní, slovním vyjádřením a určením stupně bolesti, rozrušením a změnou fyziologických funkcí.

- Hypertermie v souvislosti s imunitním deficitem, projevující se tělesnou teplotou nad horní hranici normy, opocení, bolestí hlavy, zvýšenou dechovou a tepovou frekvencí, zčervenáním v obličeji.
- Aktivita, intolerance v souvislosti se sníženou zásobou energie, zvýšeným metabolismem, omezením v rámci léby (klid na lůžku) a úinkem farmakologické léby, projevující se celkovou slabostí, únavou, námahou, dušností a abnormální reakcí srdeční frekvence a krevního tlaku.
- Průjem v souvislosti s neplánovanými úinky cytostatické léby, projevující se naléhavým nucením na stolicí, které může být i hyperaktivními střevními zvuky a nejméně třemi idy stolicemi denně.
- Ústní dutina, postížení sliznice v souvislosti s vedlejšími úinky cytostatické léby, projevující se vznikem vředů, leukoplakií, potížením polykání, sníženou tvorbou slin a nepříjemnými pocity v dutině ústní.
- Koflní integrita porušena v souvislosti s hypertermií a fyzickou imobilizací s porušenou výživou a porušeným metabolismem, projevující se porušením koflního povrchu a narušením tělesných struktur kůže (DOENGES, 2001).

6.2 Edukace pacienta a jeho rodiny s akutní myeloidní leukémií

Edukace v ošetřovatelsví je obor, který se zabývá výchovou a vzdáváním pacienta i zdravé populace. Efektivní edukace ovlivňuje hodnotový systém pacienta a přináší tak posun v jeho přesvědčeních a postojích. Smyslem výchovy a vzdávání je podpořit učením a ovlivnit rozhodnutí pacienta.

Z edukačních metod volíme v ošetřovatelsví nejčastěji vysvětlování, přednášku, rozhovor, práci s cvičením praktických dovedností i demonstrativní metodu.

U pacientů s AML a jejich rodinných příslušníků se zamůžeme především na edukaci v oblasti psychosociální péče, dále na edukaci o chemoterapii, dietoterapii, režimovém opatření, později i o domácím režimu a následné dispenzarizaci (PRŮCHA, 2002).

7 Neziskové organizace a jejich význam

Novým aspektem v péči o onkologické pacienty jsou pomocné neziskové organizace. Jejich význam spoívá v aktivní pomoci pacient m nejen po stránce du-ovní, ale i sociální. Tyto organizace pomáhají zp íjemnit pacient m jejich pobyt v nemocnici a zlep-ít kvalitu služeb, které jsou pacient m poskytovány.

Nada ní fond Kapka nad je byl založen v roce 2000 Vendulou Svobodovou, která osobn í profila neúsp-chnou lé bu své dcery na KDHO v Motole. Kapka nad je pomáhá zlep-ovat nejen diagnostické postupy a lé ebné metody, ale angažuje se i v oblasti psychosociální pé e, podporuje vdecké aktivity a pomáhá p í financování dostavby a p ístrojového vybavení nové Transplanta ní jednotky (<http://www.kapkanadeje.cz>).

V roce 1991 vzniklo ob anské sdružení HAIMA CZ (Unie pro pomoc d tem s poruchou krvetvorby), které na bázi dobrovolnosti sdružuje ob any k aktivní pomoci onkologicky nemocným d tem. Mezi hlavní aktivity sdružení HAIMA CZ pat í vedení dít te a jeho rodiny celým pr b hem nemoci afl do plného zapojení do spole nosti a zlep-ení vybavenosti l íkových za ízení (TRÁMKOVÁ, 2006).

Dobrovolnické centrum ve Fakultní nemocnici v Motole p sobí od roku 1999. Zaji-uje aktivní zlep-ení du-ovní pohody pacient a tím se podílí na jejich efektivním uzdravení. Dobrovolníci vykonávají innost ve svém volném ase, bez nároku na finan ní odm nu (<http://www.dcmotol.cz/cs>).

V srpnu 2011 byl založen Nada ní fond Dobrý and l, který pomáhá rodinám, jež se vlivem nemoci dostaly do finan ní tísn . V p ípad onemocn ní dít te i adolescenta závažnou chorobou je tém nutné, aby jeden rodi p estal pracovat a v noval se pln svému dít ti. U velké ásti rodin tato skute nost výrazn snižuje jejich ílivotní úrove . Dobrý and l pomáhá v eské republice práv t mto rodinám s onkologicky nemocnými d tmi a jsou pln podporováni eskou onkologickou spole ností (<http://www.dobryandel.cz>).

II PRAKTICKÁ ÁST

8 Kazuistika

Pacient byl přijat na JIP Kliniky dětské hematologie a onkologie dne 30. 8. 2011. Ošetřovatelskou péči o pacienta jsem prováděla od 30. 8. 2011 do 5. 9. 2011 od 7.00 do 16.00. Základní informace o jeho zdravotním stavu jsem získala ve zdravotnické dokumentaci, anamnestickým rozhovorem s pacientem a jeho rodinou a pozorováním pacienta. Zhodnotila jsem jeho zdravotní stav, posoudila aktuální potřeby a ošetřovatelské problémy podle koncepčního modelu Funkčních vzorců zdraví Marjory Gordon a sestavila jsem ošetřovatelskou anamnézu. Dále jsem zformulovala ošetřovatelské diagnózy dle priorit pacienta a určila jsem si plán ošetřovatelské péče, který jsem pravidelně vyhodnocovala a aktualizovala.

Model jsem si zvolila z důvodu toho, že se jedná o mladého člověka, kdy se s velkou pravděpodobností očekává vyléčení.

8.1 Identifikační údaje

Jméno: Maxim D.

Pohlaví: muž

Věk: 19 let

Stav: svobodný

Bydliště: Praha

Zaměstnání: student 4. ročníku gymnázia v Praze

Datum přijetí: 30. 8. 2011

8.2 Lékařská anamnéza

Medicínská diagnóza: Relaps AML, M4 eo.

Nynější onemocnění: Při pravidelné ambulantní kontrole na ambulanci KDHO dne 30. 8. 2011 byla provedena aspirace kostní dřeně při leukopenii, kde nález 40 % atypických blastů. Byl potvrzen relaps AML, téměř 2 roky od stanovení diagnózy. Odeslán na lůžkové oddělení KDHO.

Dne 4. 9. 2011 zahájena léčba dle recidivového protokolu (AML REZ BFM).

Rodinná anamnéza: Matka nar. 1963, zdravá, rodiče zdraví, otec nar. 1960, zdravý, rodiče: matka zdravá, otec zemřel ve 49 letech, hepatopatie při abusu alkoholu, sourozenci: nevlastní sestra 28 let, zdravá.

Osobní anamnéza: Prodávatel benigních onemocnění, kromě varicelly. Je z fyziologické gravidity, porod v termínu, spontánní, poporodní adaptace v normě. Psychomotorický vývoj probíhal v normě, ovládnutí dovedností podle ruského kalendáře. Ve 4 letech prodávatel meningitidu, bez dlouhodobých následků. Věšesti letech prodávatel nekomplikovanou apendektomií. Úrazy neprodávatel vážné. Hospitalizován byl již několikrát, pro meningitidu, apendicitidu, pro akutní myeloidní leukémii na naší klinice před dvěma lety. Dosud byl dispenzarizován na ambulanci KDHO.

Alergologická anamnéza: Negativní.

Abusus: Je nekuřák, alkohol nepije ani pít, jiné závislosti neje.

Sociální anamnéza: žije sám s otcem, matka je dlouhodobě v Rusku, bydlí v rodinném domě, doma je kočka a pes. Studuje 4. ročník gymnázia, pokračuje individuálním studijním programem.

8.3 Medicínský management

Ordinovaná vyšetření: Krevní obraz, biochemie, koagulace, sedimentace krve, laboratorní vyšetření moči (močový sediment, mikrobiologické vyšetření), RTG srdce a plic, ultrazvuk břicha, echokardiografie, elektrokardiogram, spirometrie, neurologické vyšetření, oční vyšetření.

Dieta: 13 nízkobakteriální (viz příloha A)

Pohybový režim: neomezený

Chirurgická léčba:

Dne 31. 8. 2011 zaveden dlouhodobý CfiK typu Hickman, cestou vena subclavia l. sin., CfiK je plně funkční, bez známek infekce, místo zavedení klidné.

Chemoterapie:

Podle protokolu AML REZ BFM 2001.

Psychoterapie:

Za pacientem dochází pravidelně psychoterapeutka, se kterou řeší otázku jeho studia. Pacient její pomoc přijímá, ale komunikuje, odpovídá a neodmítá ji. O jiných věcech s nikým nemluví, pouze s jeho blízkými, především s otcem a přítelkyní. Jsou mu velkou oporou.

Tabulka 1 ó Farmakologická anamnéza

Název léku	Léková skupina	Nefládoucí ú inky	Dávka	Forma léku
Cytosinarabinosid	Cytostatikum	Febrilie,exantém, zvracení,neurotoxicita, útlum krvetvorby	dle protokol u	Inj.
Daunoxome	Cytostatikum	embryo- kardio- neuro- nefrototoxicita, útlum krvetvorby	dle protokol u	Inj.
Etoposid	Cytostatikum	kardiotoxicita, útlum krvetvorby	dle protokol u	Inj.
Fludarabine	cytostatikum	útlum krvetvorby	dle protokol u	Inj.
Neupogen	hemopoetický r stový faktor	bolest hlavy, subfebrilie, bolest kloub	0 ó 1 ó 0	S. c.
Noxafil	Antimykotikum	bolest hlavy, nechutenství, hepatotoxicita	10 ml ó 0 ó 10ml	Sir.
Sumetrolim 480 mg	antimikrobiální chemoterapeutikum	pr jem, vyráfka	Pá ó Ne 2 -0 -2	Tbl.
Zoloft 50 mg	Antidepresivum	nauzea, vyráfka, ospalost, otok o ních ví ek, neklid, zmatenost, bolest hlavy	1 ó 0 ó 0	Tbl.

Zdroj: Perlík, 2005, s. 154

8.4 Posouzení stavu pacienta

Tabulka 2 ó Vitální funkce p i p íjmu

TK : 130/75	Vý-ka : 180 cm
P : 88/min.	Hmotnost : 61 kg
D : 18/min.	BMI : 18,83
TT : 36,7 ° C	Pohyblivost : neomezená
Stav v domí : pln p i v domí	Krevní skupina : B+
Povrch t la : 1,79 m ²	FW : 60/90

KO p i p íjmu: 30. 8. 2011

Leukocyty	3,9	norma: 4,0 - 12,0 x 10 ⁹ /l
Erytrocyty	3,83	norma: 4,0 - 5,2 x 10 ¹² /l
Hemoglobin	13,2	norma: 11,5 - 15,5 g/dl
Hematokrit	0,377	norma: 0,35 - 0,45
Trombocyty	132	norma: 150 - 450 x 10 ⁹ /l

Blasty v periferní krvi: 19 % (norma: 0 %)

Koagulace: v norm

Biochemismus: mírná elevace transamináz, ostatní v norm

Virologie: negativní

Kostní d e : 30. 8. 2011

Blasty v kostní d eni: 40 % (norma: 0 %)

Kostní d e vy-etená na cytochemii, imunologii, cytogenetiku a molekulární genetiku.

Závěr: relaps AML izolovaný deoxy, pozdní s nálezem 40 % atypických blast M4 eo

Mooový sediment: chemicky negativní, sediment 0

Bakteriologie: krk, nos, stolice oběčná flora, moč negativní

Mozkomíšní mok: diagnostická LP s aplikací tripletu: 1. 9. 2011 - nález: 30/3 leuko-
element - 91 % lymfocyt, 9 % monocyt

Mok: normální tlak bez pím si, bez nálezů blast v cytopsinu

Neurologie: 2. 9. 2011 - v nálezů areflexie na DK jako následek po prod lané chemoterapii

Oční: 1. 9. 2011 - na očním pozadí bez patologických změn

RTG srdce a plíce: 30. 8. 2011 - bez nápadných ložiskových změn. Bránice hladké, úhly volné. Srdce nezvětšeno. Nápadné odchylky říe mediastina nejsou patrné.

Sonografie bicha: 30. 8. 2011 - hepatosplenomegalie, cholecystolithiasa - 3 konkrementy velikosti do 10 mm

EKG a kardiologické vyšetření: 2. 9. 2011 - normální EKG k ivka

ECHO: 2. 9. 2011 - normální základní srdeční anatomie a funkce

Základní screeningové fyzikální vyšetření sestrou

Hlava: lebka mezocefalická, na poklep nebolestivá. Oční bulby ve středním postavení, skléry bílé, spojivky r flové, zornice izokorické. Uši normální velikosti, bez výpotku. Nos soumrný, s mírnou vodnatou sekrecí. Rty r flové, suché. Jazyk suchý s bílým povlakem, plazí ve střední áe. Chrup zdravý, bez kazí. Sliznice suché, s mírným povlakem. Krk soumrný, pím en pohyblivý kafdým smrem, lymfatické uzliny zvětšeny, štítná žláza nezvětšena.

Hrudník a dýchací systém: hrudník klenutý, poklep plný, jasný. Eupnoe, bez vedlejších fenomén, bez kašle.

Srdce a cévní systém: krevní tlak v normě, puls pravidelný, plný, dobře hmatný. Dolní končetiny dostatečně teplé, prokrvené, bez edému, deformit a varixů.

Břicho a gastrointestinální systém: polyká bez obtíží. Břicho v úrovni nuly, palpation nebolestivá, perkuse bubínková, peristaltika zvýšená, mírný ascites. Játra a slezina zvětšené. Stolica pravidelná, bez problémů. Plyny odcházejí pravidelně.

Urogenitální systém: ledviny na perkuse nebolestivé, bez dysurie. Moč fluitá, bez problémů. Ochlupení pigmentované v kůži. Genitálie bez výtoků a krvácení. Regionální uzliny mírně zvětšené.

Kosterní a svalový systém: postava normostenická, pohyby koordinované. Horní i dolní končetiny souměrné, bez deformit, bez edému a varixů. Svalový tonus průměrný, pohyblivost neomezená.

Nervový a smyslový systém: reakce průměrné, orientován v čase, prostoru i osobě. Zrak dobrý, průměrná adaptace na světlo a tmu. Sluch dobrý, sluch zachovaný, chuť snížená, hmatová vnímavost neporušená, reflexy zachované.

Endokrinní systém: endokrinní žlázy bez viditelných projevů. Lymfatické uzliny na krku a v tělesech zvětšené.

Imunologický systém: bez projevu ekzému, bez alergie. Imunita je celkově oslabena.

Kůže a její adnexa: kůže suchá, růžová, čistá, bez ikteru a cyanózy. Kožní turgor je snížený. Nehty zdravé, čisté, upravené. Vlasy řídké, krátké. Zaveden CíK v levé vena subclavia- bez známek infekce.

Aktivity denního života			
		SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Stravování	Doma	šPoslední dobou jsem jedl velmi málo, nem 1 jsem chu k jídlu a po jídle se mi cht lo zvracet. Taky jsem zhubnul 3 kg za m síc.õ	Nelze objektivn posoudit.
	V nemocnici	šV nemocnici mi jídlo nechutná, takže te nejím skoro v bec, snařím se vypít aspo 1 Nutridrink denn . Je mi po v-em na zvracení.õ	Pacient jí velmi málo, pije denn 1 - 2 Nutridrinky. Snařím se jíst alespo polévku. Trpí asto nauzeou. Pacient zhubnul b hem m síce o 3 kg. D: 13 NB BMI - 18,83 (norma - minimální zdravotní rizika).
P íjem tekutin	Doma	šVřdlycky jsem pil hodn , asi 2 - 3 litry tekutin. V poslední dob o trochu mén , n co p es p 1 litru.õ	Nelze objektivn posoudit.
	V nemocnici	šTe jsem rád, kdyžl zvládnú za den vypít 3 hrní ky.õ	P íjem tekutin p.o.: 700 ml/24 hod. Do p íjmu tekutin zapo ítáváme i polévku, kterou jí vřdly k ob du. M ení bilancí tekutin - p íjem a výdej po 6 hod. Dostate ný p íjem tekutin je zaji-t n infuzemi. P íjem kapacích infuzí: 3500 ml/24 hod.

		SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Vylučování moče	Doma	šS močením jsem problémy nikdy neměl.õ	Nelze objektivně posoudit.
	V nemocnici	šMusím občas dostávat léky, abych mohl. Kape mi hodně infuzí a málo močím.õ	Vylučování do močové láhve pro klid na 1 flku. Pálení ani bolest při močení neudává. Měnění bilancí tekutin - příjem a výdej po 6 hod. Diuréza je dle cytostatického bloku podpořena diuretiky.
Vylučování stolice	Doma	šBez problémů. Byl jsem zvyklý mít stolicí každý den.õ	Nelze objektivně posoudit.
	V nemocnici	šNikdy bych si neuměl představit, jak se budu vyprazdňovat na podložní mísu, ale zvykl jsem si kupodivu hned a nedělám si to problém.õ	Stolice: formovaná, bez příměsí, 1 ó 2 x /24 hod. Vylučování na podložní mísu pro klid na 1 flku. BMI - 18,83(norma-minimální zdravotní rizika).
Spánek a bdění	Doma	šDoma jsem spal bez problémů. Byl jsem zvyklý usínat u televize, v noci jsem se nebudil.õ	Nelze objektivně posoudit.
	V nemocnici	šDělám mi trochu problém usínání, ale ufl si pomalu zvykám. Jsem rád, že mám v pokoji televizi, u které usínám.õ	V noci spím v klidu, bez medikace. Usínám později, je zvyklý usínat u televize. Během noci se neprobouzím. Přes den spím asi 2 hodiny.

		SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Aktivita a odpoinek	Doma	šVfřdycky jsem hodn sportoval, to ale te nem flu, takfe mám nejrad-i po íta ové hry a knihy.õ	Nelze objektivn posoudit.
	V nemocnici	šV nemocnici se snařím u ít, abych nezame-kal ve -kole. Rád hraju hry na po íta i. Taký si rád tu. Ob as cvi ím s fyzioterapeutkou na posteli, ale jsem hned unavený.õ	Pacient má klid na l fku, te si, u í se nebo hraje hry. Má asto náv-t vy. Za pacientem denn dochází fyzioterapeutka a cvi í s ním na l fku.
Hygiena	Doma	šKařdý den jsem se sprchoval, n kdy i dvakrát denn . Byl jsem sob sta ný.õ	Nelze objektivn posoudit.
	V nemocnici	šByl jsem úpln samostatný. Jsem zvyklý spoléhat se ve v-em hlavn sám na sebe. Pot ebuju minimální pomoc sest i ek. Nerad jsem na n kom závislý.õ	Pacient pot ebuje minimální dopomoc pro nutný klid na l fku. S hygienou na l fku mu pomáhají sestry. Norton skóre- 20 (řádné riziko) Barthel v test stupn závislosti - 100 (nezávislý).
Samostatnost	Doma	šByl jsem úpln samostatný. Nerad jsem na n kom závislý.õ	Nelze objektivn posoudit.
	V nemocnici	šMusím jen leřet, snařím se být ale co nejvíce sob sta ný. Nezládn se jen umýt. Pot ebují od sest i ek p íněst umyvadlo s vodou a pom cky k mytí, ostatní zvládnu sám.õ	Pacient je sob sta ný, ale vyřáduje dopomoc sester p i hygien pro klid na l fku. Norton skóre - 20 (řádné riziko) Barthel v test stupn závislosti - 100 (nezávislý).

Posouzení sociálního stavu			
		SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Komunikace	Verbální	šMyslím, že se vyjaduji správně a že mluvím srozumitelně.õ	Verbální - adekvátní, přiměřená vku, je artikulovaná.
	Neverbální	šGesta a mimiku asi využívám přiměřeně.õ	Neverbální - přiměřeně využívá mimiku a gestikulace.
Informovanost	O onemocnění	šPan doktor mi všechno vysvětlil.õ	Je informovaný. Zná diagnózu, potřebuje použití o režimu a diet .
	O diagnostických metodách	šPan doktor mi řekl, čím lékař a věchápu.õ	Je informovaný.
	O léčbě a diet	šNejsem si jistý tím, co smím a co nesmím jíst.õ	Verbálně vyjaduje neznalost nízkobakteriální stravy a léčebného režimu.
	O délce hospitalizace	šVím, že tady budu minimálně půl roku, ale doufám, že se dostanu občas domů na propustku.õ	Je informovaný o délce hospitalizace i o možných propustkách domů, pokud mu to jeho zdravotní stav dovolí.õ
Sociální role a jejich vlivní nemocí, hospitalizací a změnou životního stylu v průběhu nemoci a hospitalizace	Primární (role související s věkem a pohlavím)	šJsem muž a student gymnázia. Třikrát budu muset asi třeba být, ale vědím, že ji dokončím. Mám spoustu přátel a jsem společenský. Bojím se odloučení od nich.õ	Je muž, momentálně je jeho hlavní rolí role pacient.

		SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Sociální role a jejich ovlivnění nemocí, hospitalizací a změnou životního stylu v průběhu nemoci a hospitalizace	Sekundární (související s rodinou a společenskými funkcemi)	„Jsem syn a student gymnázia.“	Je student gymnázia, syn a přítel.
	Terciální (související s volným časem a zálibami)	„Teď jsem pacient, ale byl jsem dobrý student, kamarád a tenista.“	Je tenista, student, pacient.

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

Norton skóre - 20 (vhodné riziko)

Barthel test stupně závislosti - 100 (nezávislý)

BMI - 18,83 (normální - minimální zdravotní rizika)

8.5 Ošetřovatelská anamnéza dle modelu Marjory Gordon

Model je odvozený z interakcí osoba - prostředí. Zdravotní stav jedince je vyjádřením bio-psycho-sociální interakce. Při kontaktu s pacientem sestřina identifikuje funkční nebo dysfunkční vzorce zdraví. Vzorce jsou úseky chování v určitém čase a reprezentují základní ošetřovatelské údaje v subjektivní a objektivní podobě.

„Základní strukturu modelu tvoří dvanáct oblastí, označených jako dvanáct funkčních vzorců zdraví. Každý vzorec představuje určitou část zdraví, která může být funkční, nebo dysfunkční“ (PAVLÍKOVÁ, 2006, s. 100).

8.5.1 Vnímání zdraví

Nyní hospitalizace je jeho druhá v souvislosti s tímto onemocněním. Pacient si velmi dobře uvědomuje závažnost jeho zdravotního stavu a bojí se o svůj život. Má spoustu přátel, je kamarádský a do současné doby byl aktivní. Hodně sportoval a kulturně se vzdělával. Často navštěvoval divadlo, kino a různé výstavy. Je si vědom toho, že nyní bude minimálně jeden rok od všech těchto společenských akcí distancován a své přátele bude moci vidět jen v roušce a za velmi přísných hygienických podmínek.

Vzhledem k diagnóze je na následující den podle standardních protokolů naplánováno zavedení dlouhodobého CíK. Je rád, že z nich budou prováděny i odbočky, a tím se minimalizují odbočky ze flíly, které jsou mu velice nepříjemné. Před prvním propuštěním do domácího prostředí bude podrobně edukován společně s rodinou v ošetřování CíK a o dodržování hygienických podmínek. Pacient přistupuje ke všem doporučením velmi zodpovědně a velmi dobře spolupracuje. Rodina má zájem o edukaci, ale pacient chce vše zvládnout sám, bez pomoci rodiny.

Použitá mýcí technika: 0

Ošetřovatelský problém: pocit odloučení od přátel, málo informací v oblasti péče o CíK a nedostatečné poučení o režimu neutropenického pacienta.

8.5.2 Výživa, metabolismus

Pacient se stravoval pravidelně ve škole, doma byl zvyklý na studenou večeři. Je zvyklý jíst 3 až 4krát denně, spíše střední porce. Nyní má menší chuť k jídlu, jí méně, často je mu na zvracení. Během měsíce zhubl 3 kilogramy. Od začátku první léčby dodržoval nízkobakteriální stravu, kterou dodržoval pod dohledem rodiny. Nyní chce být poučen o dietě a chce si hlídat sám, co smí a nesmí jíst. Vadí mu, že nesmí jíst kupované bagety. Bylo mu doporučeno jíst domácí bagetu, kterou mu rodina přináší každé návštěvě do nemocnice nosí. S tímto doporučením se pacient spokojil. Denně byl zvyklý vypít asi 2000 až 2500 ml tekutin. Nyní vypije asi 700 ml za den. Při onkologické léčbě je nutné sledovat příjem tekutin, minimální příjem se pohybuje kolem 3500 ml

tekutin denně. Pacient se snaží dodržovat pitný režim, ale moc mu to nejde. Nejrad ji pije neslazené minerálky a ovocný čaj. Snaží se jíst polévky, které započítáváme do perorálního příjmu tekutin.

Použitá měřicí technika: příjem a výdej tekutin.

Ošetřovatelský problém: váhový úbytek, nechutenství, málo pije, nedostatek informací o nízkobakteriální stravě.

8.5.3 Vylučování

Na toaletě chodil pacient doma pravidelně 1x denně bez problémů. V nemocnici má také pravidelné vyprázdnění. Stolicí má formovanou, bez příměsí. Vyprázdnění se do močové láhve a na podložní mísu, nedělá mu to problém.

Močí bez obtíží, při chemoterapeutickém bloku má naordinováno sledování bilance tekutin po 6ti hodinách, při retenci moče je nutné podat diuretikum dle ordinace lékaře.

Použitá měřicí technika: příjem a výdej tekutin.

Ošetřovatelský problém: riziko nevyrovnané bilance tekutin (BT).

8.5.4 Aktivita, cvičení

Pacient udává, že před diagnostikováním leukémie před dvěma lety hrál závodní tenis. Ze zdravotních důvodů musel tenisu na nějaký čas zanechat a velmi se těšil, až za něho opět hrát. Nyní se pomalu vracel k závodnímu hraní, ale opět musel ze zdravotních důvodů přestat. Rád lyžoval a plaval. Ve volných chvílích pracuje s počítačem, hraje na elektrickou kytaru.

Vzhledem k nynějšímu onemocnění má obavy, jestli ještě někdy bude hrát tenis závodně. V nemocnici se dívá na televizi nebo hraje hry na počítači. Velmi rád čte, nejrad ji knihy o technologii, přírodě a biologii.

Vzhledem ke klidovému režimu na lůžku potřebuje pomoc při hygieně. Nerad je na nikom závislý, snaží se být co nejvíce soběstačný.

Použitá měřicí technika: ADL 100 bodů – nezávislý.

Ošetřovatelský problém: bojí se návratu do běžného života, minimální pomoc při hygieně.

8.5.5 Spánek, odpočinek

Doma nemá s usínáním žádné problémy. Spí 8 hodin denně, chodí spát kolem 23.00 hodiny, někdy i déle a probouzí se kolem 7.00 hodiny. Doma spí sám ve svém pokoji, v nemocnici má problém spát na pokoji s jiným pacientem. Nástup je nyní na pokoji sám. Je rád, že má na pokoji televizi, jelikož je zvyklý u ní usínat. Po sdělení diagnózy má problémy s usínáním, do noci si ležet nebo byl na posteli. Nyní usíná bez problémů, v noci se nebudí. V posledních dnech je hodně unavený.

Použitá měřicí technika: 0

Ošetřovatelský problém: únava.

8.5.6 Vnímání, smysly

Potíže se sluchem ani se zrakem nemá. Má dobrou paměť, uvažuje logicky, orientuje se a odpovídá přiměřeně. Pacient je plně informován o svém zdravotním stavu. Nepociťuje deficit informací ohledně jeho léčby a nemoci. Má nedostatek informací o nízkobakteriální dietě, neutropenickém režimu a o starání se o CíK, který mu bude v následujících dnech zaveden. Je velmi zvědavý a chce být o všem informován. žádnými bolestmi netrpí.

Použitá měřicí technika: 0

Ošetřovatelský problém: nedostatek informací o nízkobakteriální stravě, o neutropenickém režimu a o starání se o CíK.

8.5.7 Sebepojetí, sebeúcta

Sám sebe hodnotí jako optimistu. Je rád, že studuje a jeho přáním je vystudovat medicínu na lékařské fakultě. Pacient bude muset odložit minimálně o jeden rok studium na medicínu. Nyní má studium ukončí nejspíše individuálním studijním programem. Chce úspěšně složit maturitní zkoušku, na kterou se pečlivě připravuje. Už si se velmi rád a baví ho to.

V současné době mu nejvíce vadí odloučení od přátel a přítelkyně, i když mu návštěvníci do nemocnice pravidelně telefonují. Rodina a jeho přítelkyně ho denně navštěvují. Povahou je spíše optimista.

Použitá metodická technika: 0

Ošetřovatelský problém: odloučení od přátel.

8.5.8 Role, mezilidské vztahy

Pacient bydlí v rodinném domě v Praze, kde má svůj vlastní pokoj. Míjí pouze s otcem, matka se sestrou mívá v Rusku, ale jsou v neustálém kontaktu přes telefon a počítač. Každý den ho otec v nemocnici navštěvuje. Pocity osamělosti netrpí, ale má obavy, že se mu bude stýskat po přátelích, ať mu jeho zdravotní stav nedovolí návštěvy. Rodina má o pacienta strach, spolupráce s otcem je výborná. Pacient je hodný, samostatný a nevyžaduje příliš pomoci od otce. Vztahy s kamarády udržuje přes telefon a internet. Těší se na propustku domů.

Použitá metodická technika: 0

Ošetřovatelský problém: pocit samoty, opuštěnosti.

8.5.9 Sexualita, reprodukční schopnosti

Pacient žije sexuálním životem od osmnácti let. Vzhledem k relapsu leukémie a k přísným hygienickým podmínkám při léčbě nemoci podle jeho slov šlo o partnerku. V současnosti má stálou partnerku, se kterou má rok pravidelný sexuální život. Obavy ani problémy neudává.

Fertilita je po léčbě snížena, proto byla před zahájením první intenzivní chemoterapie v předchozí léčbě provedena kryokonzervace spermií pro případ neplodnosti po cytostatické léčbě. Pacient je o tom informován a věsi plně uvědomuje.

Použitá mluvicí technika: 0

Ošetřovatelský problém: obavy o zvládnutí mužských rolí.

8.5.10 Stres, závažné situace

Stres a závažné situace pacient řeší především s jeho partnerkou a otcem, kteří mu velmi pomáhají a jsou mu kdykoliv k dispozici. Je stresován obavami ze závažné diagnózy a z toho, jak vě dopadne. Byla mu doporučena psychoterapeutka, kterou odmítl. Jeho ošetřitel lékař mu hned po oznámení diagnózy nasadil antidepresiva, jejichž efekt zatím nelze hodnotit. O svých obavách mluví jen se svými blízkými.

Nikdy nekouřil, ani to nezkusil. V rodině jsou věichni nekuřáci. Drogy nikdy nevykouřel, nemá o tuto problematiku zájem. Alkohol nepije vůbec.

Použitá mluvicí technika: 0

Ošetřovatelský problém: obavy ze smrti.

8.5.11 Víra, životní hodnoty

Nyní si nejvíce přeje své uzdravení, a aby se mu nemoc znovu nevrátila. Jeho dalším přáním je dokončit úspěšně gymnázium a vystudovat vysokou školu. Jeho snem je pracovat na dětské klinice a vnovat se onkologii. S přítelkyní plánují společný život a založení velké rodiny. V Boha nevíří, ale věří, že něco existuje. Věřícímu hodnot si staví pacient na první místo zdraví, rodinu, porozumění a lásku.

Použitá metodická technika: 0

Ošetřovatelský problém: 0

8.5.12 Jiné

S pacientem jsme se dohodli, že mu budu říkat jménem. Je rád, nemá rád vykáání. On personál oslovuje jménem, ale vykáá. Na tomto oddělení je to běžné, a ošetřující personál s tím nemá žádné problémy.

Na závěr rozhovoru jsem se pacienta zeptala, zda pro ni ho mohu něco udělat, jestli mu mohu nějak pomoci. Odpověď: „Momentálně nic nepotřebuji, děkuji.“

Použitá metodická technika: 0

Ošetřovatelský problém: 0

8.6 Ošetřovatelské diagnózy

Na základě diskuze s pacientem ke dni 30. 8. 2011 jsme stanovili akutní a potenciální ošetřovatelské diagnózy dle jeho priorit.

- **Strach** v souvislosti se změnou zdravotního stavu, projevující se obavami ze smrti, pocity bezmocnosti, zvýšeným napětím, nervozitou a zaměřením na vlastní osobu.

- **Infekce, riziko vzniku** v souvislosti se zavedením invazivního vstupu (CfK ve vena subclavia), s poruchou sekundárních obranných mechanismů (porucha vyzrávání bílých krvinek, zvýšený počet nezralých lymfocytů, imunosuprese a útlum kostní dřeně).
- **Výživa porušená, nedostatečná** v souvislosti s neschopností požití potravy, projevující se odporem k jídlu, odmítáním stravy, sníženým příjmem tekutin, nechutenstvím, nauzeou, ubýváním na váze (3 kg za měsíc), nedostatečným příjmem tekutin a nevyrovanými bilancemi tekutin.
- **Aktivita, intolerance** v souvislosti se sníženou zásobou energie a s klidovým režimem projevující se únavou, celkovou slabostí, malátností, změnami vitálních funkcí, obavami z návratu do běžného života, potřebou pomoci při hygieně.
- **Neznalost, potěba používání o léčebném a ošetřovatelském režimu** v souvislosti s nedostatkem informací o nízkobakteriální stravě, povolení o invazivní vstup a o léčebném režimu neutropenického pacienta, projevující se neschopností vyjmenovat zakázané a povolené potraviny, nedodržováním léčebného režimu, neschopností starat se o invazivní vstup a opakovanými dotazy na hygienu, režim a nedostatkem informací zdrojů.
- **Společenská interakce porušená** v souvislosti s nedostupností blízkých osob a vrstevníků a terapeutickou izolací, projevující se stíhlostmi na nepohodu, pocitem osamělosti a opuštěnosti, pocitem odloučení od přátel, obavami ze zvládnutí mužských rolí a obavami z návratu do běžného života (DOENGES et al., 2001).

8.6.1 Strach

v souvislosti se změnou zdravotního stavu, projevující se obavami ze smrti, pocity bezmocnosti, zvýšeným napětím, nervozitou a zaměřením na vlastní osobu.

Priorita: vysoká

Cíl dlouhodobý: pacient nejeví známky strachu do 2 týdnů

Cíl krátkodobý: pacient hovoří otevřeně o svém strachu, o svých obavách do 7 dnů

Výsledná kritéria:

Pacient ví o možnosti komunikace s psychoterapeutkou do 1 dne

Pacient je rozhodnutý plně spolupracovat s psychoterapeutkou do 5 dnů

Pacient dá najevo své city do 3 dn

Pacient verbálně vyjádí zmírnění strachu do 5 dn

Pacient mluví otevřeně o svých obavách do 3 dn

Pacient se zamůže i na jiné činnosti a osoby nejen sám na sebe do 5 dn

Plán intervencí:

Poučte pacienta o možnosti rozhovoru s psychoterapeutem - do 1 dne - všeobecná sestra

Dej pacientovi prostor k vyjádění jeho pocitů - denně při každém kontaktu s všeobecnou sestrou

Spolupracuj s rodinou pacienta s denně při každém kontaktu - všeobecná sestra

Naslouchej aktivně pacientovým obavám s denně při každém kontaktu - všeobecná sestra

Dej pacientovi příležitost k otázkám a upřímně odpovízej - do 2 dnů a dále každý sudý den - všeobecná sestra

Naučte pacienta relaxační techniky a odreagování se - do 2 dnů s psychoterapeutkou

Podávej pacientovi antidepresiva dle ordinace lékaře a sleduj jejich efekt a nežádoucí účinky s denně s všeobecnou sestrou

Realizace: 30. 8. 2011 - 5. 9. 2011

Při příjmu na oddělení dne 30. 8. 2011 pacient výborně spolupracoval. Znal téměř celý zdravotnický personál, oddělení i jeho režim, takže situaci nepociťoval jako novou. Provedla jsem ho po oddělení a připomněla mu uspořádání jednotlivých místností, řád oddělení a práva pacientů. Pacient vše rozuměl, tak jsem ho odvedla na jeho pokoj. Byl velmi rád, že je na pokoji sám, má rád klid a své soukromí. Byl však nervózní a uvedl, že se bojí o svůj život. Při rozhovoru s pacientem jsem pozorovala jeho neverbální projevy. Byl roztřáskaný, ustrašený a neuměl verbálně vyjádřit své pocity, pouze uvedl, že se bojí, že zemře.

Otec pacienta mě upozornil, že je Max introvert a že své pocity neumí dávat najevo. Zkontaktovala jsem tedy psychoterapeutku, se kterou na oddělení spolupracuje. Pacienta jsem informovala o možnosti rozhovoru s psychoterapeutkou, kterou první den hospitalizace odmítl.

Druhý den mě při podávání léků pacient požádal, zda bych mu domluvila konzultaci s psychoterapeutkou, že si to rozmyslel. Psychoterapeutka přišla týl den a s pacientem pracovala dvě hodiny. Naučila ho relaxační techniky a techniky

odreagování se. Po jejím odchodu byl pacient pozitivně naladěn, usmíval se a byl komunikativnější.

Těmto den si opět pacient vyfádal psychoterapeutku sám a ptal se, abych byla u jejich rozhovoru přítomná i já. Zpočátku byl nervózní, ale asi po půl hodině začal mluvit o jeho obavách a pocitech. Psychoterapeutka mu vysvětlila, že je důležité, aby si našel činnost, která ho baví a soustředil se na to, na kterou kladl velký důraz.

Čtvrtý den pobytu se pacient od rána ušklíbnutě a s úsměvem mi oznámil, že se rozhodl, že se příští rok dostane na vysokou školu a bude znát lékaře. Optimisticky uvedl, že vyflíje čas v nemocnici ke studiu a alespoň potlačí své negativistické myšlenky na smrt.

Od prvního dne pobytu jsem pacientovi podávala antidepresiva dle ordinace lékaře, jejichž efekt zatím nelze ke krátkému časovému úseku hodnotit. Nežádoucí účinky léků na pacientovi nepozoruji.

Hodnocení: 5. 9. 2011

Cíl byl splněn úspěšně: Pacient nejeví známky strachu, ale občas má potřebu mluvit o smrti a o jeho špatném zdravotním stavu. O svém strachu a obavách mluví otevřeně. Stále potřebuje pomoc psychoterapeutky a sám vyfáduje její návštěvy. Otevřenost a spolupráce musí pokračovat.

8.6.2 Infekce, riziko vzniku

v souvislosti se zavedením invazivního vstupu (CíK ve vena subclavia), s poruchou sekundárních obranných mechanismů (porucha vyzrávání bílých krvinek, zvýšený počet nezralých lymfocytů, imunosuprese a útlum kostní dřeně).

Priorita: vysoká

Cíl dlouhodobý: Pacient je bez známek infekce - po dobu hospitalizace

Cíl krátkodobý: Pacient zná zásady péče a možné komplikace spojené se zavedením invazivního vstupu - do 1 dne

Plán intervencí:

Poučení pacienta o základní hygieně rukou - do 2 hodin - všeobecná sestra

Dej pacientovi edukační materiály o nutné hygieně rukou a možných komplikacích spojených se zavedením CfiK - do 1 dne - všeobecná sestra

Vysvětli pacientovi nutnost a důležitost pravidelné hygieny rukou - do 1 dne - všeobecná sestra

Edukuj pacienta o projevech komplikací - do 1 dne - všeobecná sestra

Povímni si rizikových faktorů výskytu infekce - 1x denně - všeobecná sestra

Sleduj známky infekce- 1x denně - všeobecná sestra

Pracuj asepticky při podávání intravenózních léků - 1x denně - všeobecná sestra

Realizace: od 31. 8. 2011 do 5. 9. 2011

Druhý den pobytu byl pacientovi zaveden centrální žilní katétr. Pacienta jsem při prvním převazu CfiK poučila o nutnosti asepse, sterility a hygieny rukou. Dvakrát týdně jsem pacientovi převazovala CfiK a sledovala, zda nejsou přítomné známky infekce. CfiK byl bez zarudnutí, otoku a bolesti. Sledovala jsem zánětlivé laboratorní parametry, které byly v normě. Při každé manipulaci s převazem CfiK jsem pracovala asepticky. Pacientovi jsem vysvětlila všechny možné komplikace, které souvisí s nedodržováním správné hygieny. Zdůraznila jsem pacientovi nutnost každého mytí rukou a vysvětlila jsem mu, jak má zacházet s CfiK při celkové hygieně. Dala jsem pacientovi edukační materiál o hygieně rukou a péči o CfiK, který je zhotoven na KDHO.

Pátý den pacient vše pochopil, dodržoval hygienu rukou a sám vyjmenoval možné komplikace, které mohou nastat.

Hodnocení: 5. 9. 2011

Cíl byl splněn: Pacient je bez známek infekce. Pacient zná zásady péče a možné komplikace spojené se zavedením CfiK. Místo zavedení CfiK je bez komplikací. Během hospitalizace nedošlo ke vzniku komplikací. Ošetřovatelské intervence nadále pokračují.

8.6.3 Výživa porušená, nedostatečná

v souvislosti s neschopností požití potravy, projevující se odporem k jídlu, odmítáním stravy, sníženým příjmem tekutin, nechutenstvím, nauzeou, ubýváním na váze (3 kg za měsíc), nedostatečným příjmem tekutin a nevyrovanými bilancemi tekutin.

Priorita: střední

Cíl dlouhodobý: Pacient má normalizovanou výživu, jeho BMI je zachován v rozmezí normy o po dobu hospitalizace

Cíl krátkodobý: Pacient má stabilní hmotnost 61kg o do 1 týdne

Výsledná kritéria:

Pacient má stabilní hmotnost o po dobu hospitalizace

Pacient má k dispozici dostatek adekvátní výživy o denně

Pacient pije minimálně 1500 ml tekutin za 24 hodin o denně

Pacient zná, jakým způsobem má zaznamenávat příjem tekutin o do 1 dne

Pacient má vyrovnané BT o denně

Pacient má vztah k jídlu o do 3 dnů

Pacient sní po 1 porci každého jídla o do 4 dnů

Plán intervencí:

Zhodnotit výživovou anamnézu pacienta o do 1 dne a dále 1x týdně o všeobecná sestra

Monitoruj a zapisuj do dokumentace tělesnou hmotnost pacienta, denní příjem potravy a tekutin, BT dle ordinace lékaře o denně po dobu hospitalizace - všeobecná sestra

Vysvětli pacientovi, jak má zaznamenávat příjem tekutin o do 1 dne o všeobecná sestra

Podávej pacientovi kapaliny dle ordinace lékaře o denně o všeobecná sestra

Spolupracuj s nutričním terapeutem o do 1 dne o všeobecná sestra

Sleduj koflní turgor a stav sliznic o denně o všeobecná sestra

Dodržuj zásady kulturního stolování o denně o ošetřovatelka, všeobecná sestra

Pobízej pacienta k dostatečnému a pravidelnému příjmu tekutin o denně při každém kontaktu o ošetřovatelka, všeobecná sestra

Realizace: od 30. 8. 2011 do 5. 9. 2011

Při příjmu jsem pacienta změřila, zvářila a vypočetila jsem BMI: hmotnost o 61 kg, výška o 180 cm, BMI o 18,83 (norma).

Pacient je útlý, normostenický, svalová síla je přiměřená. Hovořila jsem s pacientem o výživě a o nutnosti pravidelného stravování malých porcí jídla. Vysvětlila jsem mu důležitost pitného režimu a sledování BT. Pacienta jsem poučila o zaznamenávání příjmu tekutin, pochopil, že má za každým hrnek napsat číslo.

Téhož dne při návštěvě otce mi pacient oznámil, že mu nemocní jídlo nechutná a že nemá pocit hladu, proto jsme se dohodli, že probereme společně s nutričním terapeutem možnosti stravy, které pro něj jsou přijatelné v úvahu.

tvrtý den naordinoval léka po našem společném rozhovoru dietu výběr, která pacientovi maximálně vyhovovala. Mohl si vybrat ze všech jídel, která se v daný den v nemocnici vařila, samozřejmě byl zachován aspekt nízkobakteriální stravy. U pacienta jsem pozorovala i vztah k jídlu.

Denn jsem sledovala pacientovu váhu, příjem potravy a tělesných tekutin, BT se kontrolovaly po 6 hod. dle ordinace lékaře. Od tvrtého dne pobytu se pacient více snažil, snědl vždy minimálně 1 porce, někdy i celou. Váha zůstávala stabilní, pohybovala se v rozmezí 60,5 kg- 61,5 kg. Bilance tekutin byly vyrovnané, občas v rámci chemoterapie byla diuréza podpořena diuretiky dle ordinace lékaře. Pitný režim pacienta se zlepšil, ale vypil maximálně 1000 ml za 24 hodin. Dostatečný příjem tekutin byl zajištěn kapacími infuzemi, které byly z důvodu probíhající chemoterapie nezbytné.

Koňní turgor a stav sliznic jsem sledovala denně, byl příjemný. Při každém kontaktu s pacientem jsem ho pobízela jíst i ošetřovatelka, aby se napil. Vždy se na požádání napil, ale velmi málo, neměl přitom pocit žízně. Ošetřovatelka kladla důraz na kulturní stolování, vzhledem k nutnosti klidového režimu zajistila pacientovi servírovací stůl do jeho pokoje, byl s ním velmi spokojen.

Hodnocení: 5. 9. 2011

Cíl byl splněn částečně: Pacient neubývá na váze. Jeho vztah k jídlu je lepší, snědl vždy alespoň 1 porce jídla, dokonce se na jídlo těší. Nauzeu ani nechutenství neudává. Příjem tekutin se mírně zvýšil, ale požadované množství 2000 ml pacient nevypil. Ošetřovatelské intervence musí pokračovat.

8.6.4 Aktivita, intolerance

v souvislosti se sníženou zásobou energie a s klidovým režimem projevující se únavou, celkovou slabostí, malátností, změnami vitálních funkcí, obavami z návratu do běžného života a minimální potřebou pomoci při hygieně.

Priorita: střední

Cíl dlouhodobý: Pacient je aktivní, toleruje aktivity běžného dne v nemocnici i po dobu hospitalizace

Cíl krátkodobý: Pacient ví, jakým způsobem má být aktivní i do 5 dnů

Výsledná kritéria:

Pacient zná dŕvod klidového refflimu ó do 1 dne

Pacient zná svŕj denní plán aktivit ó do 2 dn

Pacient spolupracuje pŕi provádŕní hygieny ó do 3 dn

Pacient neudává únavu, slabost a malátnost ó do 3 dn

Pacient je bez obav z návratu do bŕfíného ffivota ó do 5 dn

Pacient má fyziologické funkce v normŕ ó do 5 dn

Pacient má v testu ADL skóre stále 100 bodŕ ó po dobu hospitalizace

Plán intervencí:

Zhodnoŕ ADL skóre pacienta ó do 1 dne ó vŕeobecná sestra

Zjistí schopnost pacienta spolupracovat pŕi hygienŕ ó do 1 dne ó vŕeobecná sestra

Monitoruj fyziologické funkce (krevní tlak, puls, dech, tŕlesnou teplotu, saturaci krve kyslíkem) ó dennŕ dle ordinace lékaŕe ó vŕeobecná sestra

Dej pacientovi prostor k verbálnímu vyjádŕení ó pŕi kaŕfdém kontaktu ó vŕeobecná sestra

Uprav aktivitu tak, aby nedocházelo k pŕetŕflování pacienta ó vŕeobecná sestra, fyzioterapeut

Pŕi plánování péŕe dbej na to, aby mezi ŕinnostmi byl ŕas na odpoŕínek zmíŕující únavu ó dennŕ ó oŕet ovatelka, vŕeobecná sestra, fyzioterapeut

Spolupracuj s fyzioterapeutkou ó dennŕ ó vŕeobecná sestra

Realizace: od 30. 8. 2011 do 5. 9. 2011

Pŕi pŕíjmu pacienta jsem zhodnotila ADL skóre dle Barthelové ó 100 bodŕ a vysvŕtlila jsem mu nutnost klidového refflimu na 1 ffku. Vŕe pochopil a klidový refflim dodrŕfoval. Pacient je sobŕstaŕný, potŕebuje jen minimální pomoc pŕi hygienŕ, která se musí vzhledem ke klidovému refflimu provádŕt na 1 ffku. Základní ranní hygienu si provedl sám, pŕi hygienŕ celého tŕla potŕeboval pomoc sestry, oŕet ovatelky nebo otce. Tato pomoc mu byla nepŕíjemná a snaŕfil se, aby byl co nejvíce sobŕstaŕný.

Dohlíffela jsem na to, aby oŕet ovatelka, fyzioterapeutka i vŕeobecné sestry dodrŕfovaly odpoŕínek mezi jednotlivými náŕoŕnŕjŕími úkony.

Pacientovi jsem mŕila ty ikrát dennŕ fyziologické funkce. Po cviŕení nebo jakékoliv námaze mŕl vysoký krevní tlak ó 140/85 a tachykardii ó 130 pulzŕ/min. a byl zadŕychaný. Po kaŕfdé ŕinnosti potŕeboval odpoŕívat, ŕasto i po úpravŕ 1 ffka usnul.

Po probuzení byl krevní tlak, fyziologické funkce měly být v normálu a byl ochoten spolupracovat. Telesná teplota a saturace krve kyslíkem byly v normálu.

Při každém rozhovoru s pacientem jsem mu dávala prostor k verbálnímu vyjádření jeho pocitů. První den nebyl příliš sdílný, jen mi řekl, že se bojí toho, že jíhl nebude schopen v budoucnu hrát závodní tenis. Téhož dne po konzultaci s psychoterapeutkou byl jíhl optimističtější a o obavách z budoucí svalové síly nemluvil.

Spolupracovala jsem s fyzioterapeutkou, která za pacientem docházela každý den a prováděla s ním základní protahovací cviky na lůžku. Pacient byl po krátké době velmi unavený, proto cvičení trvalo v prvních dnech deset minut. Třetí den byl jíhl zdatnější, cvičil patnáct minut, byl méně unavený a nebyl zadýchaný. Tento úspěch velice podpořil jeho optimistické myšlení a pozitivní pohled do budoucna.

Sedmý den hospitalizace lékaři pacientovi zrušili klidový režim, tudíž je pacient jíhl plně soběstačný a to podpořilo i jeho náladu a eliminovalo obavy z budoucnosti.

Hodnocení: 5. 9. 2011

Cíl byl splněn: Pacient má zajistit své vlastní potřeby a má snahu postarat se o sebe v největší možné míře. Umí a chce provádět denní aktivity podle svého stavu a aktivně se zapojuje do péče. Vzhledem ke zrušení klidového režimu je pacient plně soběstačný a nevyžaduje dopomoc.

8.6.5 Neznalost, potřeba poučení o léčebném a ošetřovatelském režimu

V souvislosti s nedostatkem informací o nízkobakteriální stravě, péči o invazivní vstup a o léčebném režimu neutropenického pacienta, projevující se neschopností vyjmenovat zakázané a povolené potraviny, nedodržováním léčebného režimu, neschopností starat se o invazivní vstup a opakovanými dotazy na hygienu, režim a nedostatkem informací zdrojů.

Priorita: střední

Cíl dlouhodobý: Pacient je plně informován o léčebném a ošetřovatelském režimu o do 6 dnů

Cíl krátkodobý: Pacient ví, jakým způsobem má dodržovat denní režim o do 3 dnů

Výsledná kritéria:

Pacient zná zakázané a povolené potraviny v nízkobakteriální stravě o do 3 dnů

Pacient si umí sám vybrat vhodné potraviny o do 5 dnů

Pacient dodrfluje nízkobakteriální stravu ó do 5 dn

Pacient chápe a dodrfluje neutropenický režim ó do 5 dn

Pacient ví, jak má zacházet s invazivním vstupem ó do 5 dn

Pacient má dostatek informací a neklade opakované dotazy na léčebný režim ó do 6 dn

Plán intervencí:

Komunikuj s pacientem a zjisti úroveň jeho znalostí ó do 1 dne ó všeobecná sestra

Používej slovní výrazy, kterým pacient rozumí ó při každém kontaktu ó všeobecná sestra

Povzbuzuj pacienta, aby se nebál ptát na vše, co mu není jasné ó při každém kontaktu ó všeobecná sestra

Zapoj do spolupráce rodinu pacienta ó vždy ó všeobecná sestra

Poskytni pacientovi písemné materiály o zacházení s CfK, ke kterým se v případě potřeby může vrátit ó do 3 dn ó všeobecná sestra

Postupuj od jednoduchých informací ke složitějším ó vždy ó všeobecná sestra

Podej pacientovi informace v rámci sesterské kompetence ó vždy ó všeobecná sestra

Zajisti informace od ošetřujícího lékaře ó do 3 dn ó všeobecná sestra

Vysvětli pacientovi důvody nutnosti dodržování léčebného režimu a nízkobakteriální stravy

a seznam ho s možnými komplikacemi při jeho nedodržování ó do 5 dn ó všeobecná sestra

Dej pacientovi dostatek prostoru na jeho dotazy ó vždy ó všeobecná sestra

Realizace: od 30. 8. 2011 do 5. 9. 2011

Pacient byl při příjmu seznámen ošetřujícím lékařem s jeho zdravotním stavem, s diagnózou, léčebným postupem a možnými komplikacemi. Po rozhovoru s lékařem měl spoustu dotazů ohledně režimu neutropenického pacienta a nízkobakteriální stravy. Vzhledem k tomu, že se s touto diagnózou léčil před dvíma lety, základní informace znal. Měl jejich však nedostatek, protože předchozí léčba nebyl zletilý a většina informací byla podávána rodičem. Nyní je zapojen do léčebného procesu on sám, tudíž měl plno nejistot a nesrovnalostí, které chtěl vysvětlit.

V rámci sesterské kompetence jsem si naplánovala a provedla druhý den hospitalizace edukativní proces o vliv léčebného režimu a ošetřování CfK. Vysvětlila jsem pacientovi a jeho blízkým důvody dodržování režimu a nízkobakteriální stravy a seznámila jsem je s možnými komplikacemi. Při vysvětlování jsem používala slovní

výrazy, kterým pacient rozumí. Při vysvětlování jsem postupovala od jednoduššího ke složitějšímu. Na KDHO není písemný materiál o zacházení s CíK, tudíž jsem ho pacientovi neposkytla. Dala jsem pacientovi písemný pohled zakázaných a povolených potravin a nechala jsem mu prostor pro dotazy. Povzbudila jsem pacienta, aby se ptal na cokoli, co mu není jasné.

Pacient vše pochopil, byl spokojen s rozhovorem a díky zpevněným vztahům jsem usoudila, že není potřeba dalšího vysvětlování.

Hodnocení: 5. 9. 2011

Cíl byl splněn: Pacient zná důvody nutnosti dodržování léčebného režimu, má dostatek informací o své nemoci, o možných komplikacích a o nízkobakteriální dietě. Chápe poskytnuté informace a rozumí jim. Pacient slíbil, že bude dodržovat všechny instrukce. Při našem rozhovoru byl přítomen i otec a přítelkyně pacienta, kteří také pochopili nutnost dodržování léčebného režimu, na kterém se podílejí.

8.6.6 Společenská interakce porušená

v souvislosti s nedostupností blízkých osob a vrstevníků a terapeutickou izolací, projevující se stíhlostmi na nepohodu, pocitem osamělosti a opuštěnosti, pocitem odloučení od přátel, obavami ze zvládnutí mužských rolí a obavami z návratu do běžného života.

Priorita: nízká

Cíl dlouhodobý: Pacient se účastní společenského života v maximální možné míře s ohledem na neutropenický režim o dobu hospitalizace

Cíl krátkodobý: Pacient je plně zapojen do sociálních vztahů do 5 dn

Výsledná kritéria:

Pacient si uvědomuje pocity, které vedou ke špatným společenským interakcím do 5 dn

Pacient si uvědomuje podporu jeho rodiny a ví, že není na nemoc sám do 6 dn

Pacient si nestěžuje na pocity osamělosti a opuštěnosti do 6 dn

Pacient je v blízkém kontaktu s jeho přáteli do 2 dn

Pacient zná možnosti kryokonzervace spermií do 5 dn

Pacient nemá obavy z návratu do běžného života do 6 dn

Plán intervencí:

Zjistit dkladným sbrem anamnézy s pacientem p í inu poru-ené společenské interakce
ó v-eobecná sestra ó do 1 dne

Pov-ímní si vztah a společenského chování v rodině pacienta ó v-eobecná sestra ó do 2
dn

Pobízej pacienta k vyjádění obtíží ve společenských situacích a s nimi souvisejících
pocitů ó v-eobecná sestra, psychoterapeutka ó do 4 dn

Sleduj vyvolávající faktory poru-ené společenské interakce ó v-eobecná sestra,
psychoterapeutka ó do 2 dn

Pobízej pacienta k formulování problémů a svého názoru na důvody jejich vzniku ó
v-eobecná sestra, psychoterapeutka ó do 4 dn

Aktivně pacientovi naslouchej a nepřehlédni známky úzkosti, strachu, bezradie,
bezmocnosti i hněvu ó v-eobecná sestra, psychoterapeutka ó při každém kontaktu

Zapojte do péče blízké osoby pacienta ó v-eobecná sestra, psychoterapeutka ó do 1 dne

Umožňte pacientovi neomezené návštěvy rodiny a blízkých přátel, pokud to dovoluje
jeho zdravotní stav ó v-eobecná sestra ó do 1 dne

Vysvětli pacientovi jeho možnosti plodnosti v budoucnu ó psychoterapeutka ó do 4 dn

Zajisti pacientovi činnosti, které ho baví a odpoutají jeho myšlenky od negativních
pocitů ó v-eobecná sestra, psychoterapeutka ó do 1 dne

Pohovoř s pacientem o jeho společenských možnostech po ukonění léčby a o jeho
návratu

do březího života ó v-eobecná sestra, psychoterapeutka ó do 2 dn

Realizace: od 30. 8. 2011 do 5. 9. 2011

Na začátku rozhovoru se pacient stydl mluvit o osobních problémech. Byl málo
sdílný, mluvil potichu a odpovídal na otázky týkající se společenských vztahů
jednoslovně. Mluvili jsme spolu o rodině, o jeho vztazích s přáteli, se spolužačkou
a o přítelkyni. Pacienta jsem povzbudila, aby mluvil nahlas, pobízela jsem ho, aby sám
vyjádřil své pocity a obavy a aktivně jsem mu naslouchala. Zjistila jsem,
že v mezilidských vztazích problémy nemá, jeho rodina ho maximálně podporuje a má
spoustu přátel. Bojí se však odloučení od nich. Vysvětlila jsem mu možnost
neomezených návštěv v nemocnici a další možnosti komunikace se svými blízkými
(skype, email, telefon).

Téhož dne za pacientem přišla psychoterapeutka, zajistila pacientovi možnost
internetu na jeho pokoji a promluvila s ním o kryokonzervaci spermií, se kterou

souhlasil a dostal ihned termín. Dále pacienta seznámila s možnostmi neziskových organizací, které podporují naše pacienty v návratu do běžného života a v začlenění se do společnosti. Pacient byl spokojený, aktivně se zajímal o neziskové organizace a o jejich pomoc a byl velmi rád, že má v budoucnu šanci na vlastního potomka. Já jsem se pacienta zeptala, kdy ho navštíví jeho prátele a s úsměvem mi řekl, že zítra.

Třetí den mi pacient sám řekl, že už se cítí lépe, když ví, že za ním mohou navštívit kdykoliv. Ale že je den dlouhý a čekání na odpoledne na jeho blízké by si nepotřeboval zkrátit. Spolu s psychoterapeutkou jsme urychlily internetový přístup na pokoj pacienta a ještě týž den si pacient volal přes internet s jeho maminkou, která žije v Rusku a to ho velice pozitivně naladilo.

Při každém kontaktu s pacientem jsem si všimla neverbálních projevů porušené společenské interakce. Zpočátku byl pacient nervózní, málomluvný, tichý.

Od třetího dne byl sdílnější, veselejší a aktivně vyhledával informace, které by mu pomohly se odreagovat od negativních myšlenek. Pobízela jsem pacienta k formulování problému a k vyjádření jeho názoru na důvod jejich vzniku. Pacient byl třetí den sdílnější a uvědomil si, že se musí vyrovnat s jakýmsi informem, které ho odreagují od negativních myšlenek. Zjistili jsme tedy společně, že vyvolávajícím faktorem porušené společenské interakce je nuda a přehnané přemýšlení o zdravotním stavu.

Každý den za pacientem chodil na návštěvu otec a jeho přítelkyně, což mu velice pomáhalo zvládat pocity osamělosti a opuštěnosti. Byl rád, že leží sám na pokoji a může být sám se svými blízkými.

Hodnocení: 5. 9. 2011

Cíl splněn : Pacient se účastní společenského života v maximální možné míře s ohledem na neutropenický reflex. Přirozený strach z budoucnosti a z prognózy přetrvává. Pacient se aktivně snaží o dosažení pozitivních změn ve společenském chování a interpersonálních vztazích. Pacient si uvědomuje faktory, které vedou ke špatným společenským interakcím a snaží se tyto faktory eliminovat. Ošetřovatelské intervence musí pokračovat.

8.7 Zhodnocení ošetřovatelské péče

V rámci lékařské a ošetřovatelské péče se stav pacienta celkově mírně zlepšil, prognózu má ale vzhledem k relapsu jeho nemoci poměrně nepříznivou. Hospitalizaci na KDHO snášel zpočátku dobře, spolupracoval a snažil se aktivně podílet na jeho péči. Pacient byl plně seznámen se svým onemocněním, s léčbou, možnými komplikacemi, nízkobakteriální stravou, s péčí o invazivní vstup a režimem neutropenického pacienta. Pacient vše pochopil a dodržoval pravidla. Velice mu pomáhala rodina, kterou stavil spolu se zdravím na první místo a jeho přítelkyni. Postupně se podařilo navázat i důležitý vztah pacienta se zdravotnickým personálem.

Vzhledem k závažnosti diagnózy se některé problémy nedají odstranit, proto je nutné v ošetřovatelských intervencích nadále pokračovat. Pacient zhodnotil ošetřovatelskou péči pozitivně.

Pacient dostal celkem dva bloky chemoterapie, po nichž dne 10. 11. 2011 podstoupil alogenní transplantaci kostní dřeně od nepříbuzenského dárce. Úspěšný potransplantační průběh byl dle očekávání bez větších komplikací. Pacient dostával antibiotika, antimykotika, imunosupresiva a substituce dle výsledků v KO.

Dva měsíce po transplantaci kostní dřeně byl zjištěn pozitivní cytomegalovirus (CMV) v periferní krvi pacienta. Pro tuto komplikaci byl pacient znovu hospitalizován na KDHO a byla zahájena léčba virostatiky, která přes kombinaci různých preparátů nevedla k výraznějšímu poklesu CMV. Během této léčby se pacient psychicky zhroutil, užíval vysoké dávky antidepresiv a anxiolytik, nespolupracoval a opakovaně se pokusil o útek z nemocnice.

Dne 1. 2. 2012 byly na RTG plic zjištěny známky pneumonie, pravděpodobně CMV, pacientovi byla přidána další virostatika a antibiotika. Stav se však stále nelepšil, zvykla se potřebovat kyslíková maska, saturace krve kyslíkem byla na hodnotě 85 %.

Dne 8. 2. 2012 byl pacient přeložen pro progredující pneumonii na anesteziologicko-resuscitační kliniku, kde dne 10. 2. 2012 zemřel na multiorganové selhání při rezistentní CMV pneumonii.

9 Doporučení pro praxi

Na základě vlastních zkušeností získaných na KDHO ve FN v Motole a studiu odborné literatury předkládáme doporučení pro zdravotnický personál a management KDHO.

9.1 Doporučení pro zdravotnický personál

- zaměřit se na psychohygienu všeobecných sester i ostatních zdravotníků (dbát na dostatečný odpočinek mezi službami, na volnočasové aktivity, relaxaci);
- doporučit všeobecným sestřám kurzy profesionální komunikace zaměřené na neverbální komunikaci, na komunikaci s dětmi a adolescentem;
- doporučit všeobecným sestřám zvyšování jejich kvalifikace (studium, psaní odborných publikací, účast na seminářích a konferencích);
- zajistit pacientovi pravidelné a neomezené návštěvy rodiny a blízkých přátel dle jeho zdravotního stavu;
- edukovat pacienta a jeho rodinu o výhodách sociálního systému (prodloužení rodičovského příspěvku do 7 let věku dítěte, sociální příspěvek, příspěvek na péči o dítě, mimořádné výhody - prázky ZTP, příspěvek na pohonné hmoty, úhrada cestovného od zdravotní pojišťovny, pracovní neschopnost pro osobu doprovázející dítě v nemocnici);
- edukovat pacienta a jeho rodinu o možnosti bezplatného parkování v areálu nemocnice a o možnosti levného ubytování v blízkosti nemocnice;
- seznámit pacienta a jeho rodinu s možností spolupráce s neziskovými organizacemi;
- seznámit pacienta a jeho rodinu s možností spolupráce s psychoterapeutkou a sociální pracovnící KDHO (psychosociální pomoc a sociálně-právní poradenství);

- informovat pacienta a jeho rodinu o společných sezeních s ostatními rodiči a psychoterapeutkou v rámci KDHO;
- doporučit pacientovi a jeho rodině, aby si psali otázky, které je napadnou v průběhu hospitalizace i domácího ošetřování a nabídnout rozebrání a zodpovězení na tyto dotazy při dalším rozhovoru;
- upozornit pacienta a jeho rodinu na neregulované množství informací na internetu a doporučit mu vhodné internetové stránky;
- dát prostor pacientovi a jeho rodině na dotazy a přání;
- dát najevo rodičům, že jejich psychická podpora a aktivní přístup k dítěti i adolescentovi jsou nezbytnou součástí léčby;
- informovat pacienta a jeho rodinu o možnosti hospicové péče v terminálním stádiu nemoci;
- dbát na citlivý a důstojný přístup k rodičům zemřelého pacienta, nechat dostatečně dlouhou dobu rodinu pohromadě, aby měla možnost rozloučit se se zesnulým;
- ujistit rodinu zemřelého, že pacient v posledních chvílích svého života netrpěl bolestí, nechat rodinným příslušníkům a být jim nablízku;
- nechat pozstatelé vyjádřit své pocity, vyslechnout je, netiřit jejich plá (KÜBLER-ROSS, 1995).

9.2 Doporučení pro management

- zajistit pozitivní prostředí pro pacienty i pro všeobecné sestry (herna zařízená pro pacienty různých věkových kategorií, v etně adolescent , vhodné vybavení sesterny a vybavení, odpočívárna pro sestry);
- zajistit odborné publikace pro pacienty každého věku a rodiče o nemoci, dietě, režimu a ošetřování CíK;
- vytvořit speciální metody techniky soběstačnosti pro adolescenty (Barthelová je nedostatečná v polovce hygiena);
- dbát na malbu pokojů na oddělení, snaha o neinfantilní prostředí (myslet i na adolescenty);

- spolupracovat s neziskovými organizacemi;
- dbát na psychohygienu všeobecných sester (zajistit v případě potřeby psychologa pro všeobecné sestry);
- dbát na prevenci syndromu vyhoření (tzv. škole každ po celé klinice);
- podporovat všeobecné sestry v dalším studiu a vzdělávání (úprava služeb podle studia, finanční příspěvek na studium);
- podporovat volnočasové aktivity sester (příspěvky na relaxační pobyty, na sport a kulturu);
- vhodný výběr všeobecných sester (preferovat matky od rodin);

ZÁV R

Cílem bakalářské práce bylo zpracovat problematiku akutní myeloidní leukémie formou ošetřovatelského procesu dle modelu Marjory Gordonové, navrhnout, realizovat a zhodnotit plán ošetřovatelské péče u konkrétního pacienta. Tento cíl se podařilo splnit. Tato bakalářská práce by měla být přínosem nejen pro teorii, ale i pro klinickou praxi hematologického a onkologického ošetřovatelství.

Tato práce bude k dispozici nově nastupujícím všeobecným sestřím a zdravotnickým asistentům na Klinice dětské hematologie a onkologie Fakultní nemocnice v Motole.

Při vypracovávání této práce jsme došli k závěru, že je nutné vytvořit edukační materiál pro pacienty různých věkových kategorií a pro jejich rodiče o neutropenickém režimu, péči o Cfk v domácím ošetřování a o bariérové ošetřovatelské péči.

Dále jsme dospěli ke zjištění, že je nutné vytvořit speciální měřicí techniku soběstačnosti u pacientů v adolescentním věku. Barthelové testové denní činnosti (ADL) je nedostačující v polovce hygieny. Nebere v potaz jen ústřední pomoc u pacientů, která je u adolescentů upoutaných na lůžko, velmi málo. Proto je hodnocení u adolescentů podle Barthelové nepřesné.

Komunikace, ošetřování a blízký kontakt s pacientem s takto závažnou diagnózou nás posouvá v život dále a nutí nás k přehodnocení našich hodnot, životních postojů a cílů. Uvědomíme si, že zdraví a život není samozřejmostí. Je důležité si svého života vážit, říci ho naplno a pečovat o své zdraví.

Seznam použité literatury

(Seznam literatury je zpracován dle normy ISO 690: 2, 1997)

ADAM, Z.=MAISNAR, V. a kolektiv. 2008. *Mnoho etný myelom, jak v as rozpoznat tuto nemoc a jak s ní flít: informace pro nemocné a jejich blízke*. 3. p epracované a dopln é vydání. Brno : MU, 2008. 73 s. ISBN 978-80-210-4680-1.

ADAM, Z.= VORLÍ EK, J. a kolektiv. 2001. *Hematologie II p ehled maligních hematologických nemocí*. Praha : Grada Publishing, 2001. 677 s. ISBN 80-247-0116-2.

ARCHALOUSOVÁ, A.=SLEZÁKOVÁ, Z. 2005. *Aplikace vybraných o-et ovatelských model do klinické a komunitní praxe*. Hradec Králové : Nukleus HK, 2005. 107 s. ISBN 80-86225-63-1.

BORO OVÁ, J. 2010. *Kapitoly z o-et ovatelství*. Praha : Maurea, 2010. 196 s. ISBN 978-80-902876-4-8.

CETKOVSKÝ, P. et al. 2004. *Intenzivní pé e v hematologii*. Praha : Galén, 2004. 572 s. ISBN 80-7262-255-2.

CETKOVSKÝ, P. Akutní myeloidní leukémie. *Zdravotnické noviny* [online]. 2007, 3, . 3, [cit. 2011-12-15]. Dostupné z WWW: <<http://www.zdn.cz/clanek/postgradualni-medicina/akutni-myeloidni-leukemie-295145>>. ISSN 1214-7664.

ECHOVÁ, V.= MELLANOVÁ, A.= ROZSYPALOVÁ, M. 1997. *Speciální psychologie*. Brno : Institut pro dal-í vzd lávání pracovník ve zdravotnictví v Brn , 1997. 173 s. ISBN 80-7013-243-4.

DOBROVOLNICKÉ CENTRUM FN V MOTOLE: šPomáháme vám pomáhatě. *Dobrovolnické centrum FN v Motole* [online]. 2009 [cit. 2012-01-09]. Dostupné z WWW: <<http://www.dcmotol.cz/cs#>>.

DOBŘÝ AND L.CZ. *DOBŘÝ AND L.CZ* [online]. Praha : 2011 [cit. 2012-01-30]. Dostupné z WWW: <www.dobryandel.cz>.

DOENGES, M. E.=MOORHOUSE, M. F. 2001. *Kapesní pr vodce zdravotní sestry*. Praha : Grada Publishing, 2001. 568 s. ISBN 80-247-0242-8.

KA ÍRKOVÁ, P.=CAMPR, V. 2007. *Hematologický atlas krve a kostní dřeně*. Praha : Grada Publishing, 2007. 285 s. ISBN 978-80-247-1853-8.

KAPKA NAD JE : hlavní cíle [online]. 2005. Praha : 2011 [cit. 2011-12-10]. Kapka nad je. Dostupné z WWW: <<http://www.kapkanadeje.cz/cz/o-kapce-nadeje/hlavni-cile>>.

KLENER, P. 1996. *Protinádorová chemoterapie*. Praha : Galén, 1996. 614 s. ISBN 80-85824-36-1.

KLINIKA D TSKÉ HEMATOLOGIE A ONKOLOGIE : Nejastější hematologická onemocnění dítě [online]. 2011. Praha : 2011 [cit. 2011-12-15]. Hematologická onemocnění. Dostupné z WWW: <<http://kdho.fnmotol.cz/klinika/?page=2>>.

KOZIEROVÁ, B.=ERBOVÁ, G.=OLIVIEROVÁ, R. 1995. *Ošetřovatelské koncepty, ošetřovatelský proces a praxe*. 1. vyd. Martin : Osveta, 1995. 1473 s. ISBN 80-217-0528-0.

KÜBLER-ROSS, E. 1995. *Odpovědi na otázky o smrti a umírání*. Praha : Nakladatelství H & H Jinoany, 1995. 288 s. ISBN 0-02-089150-4.

MAALOUFOVÁ-SOUKUPOVÁ, J. ; FIÁK, P. Akutní myeloidní leukemie. *Transfúze a hematologie dnes : Doporučené léčebné metody v hematologii*. 2010, 16, 3, s. 11- 14. Dostupný také z WWW: <www.cls.cz>. ISSN 1213-5763>.

MARTÍNKOVÁ, J. a kolektiv. 2007. *Farmakologie pro studenty zdravotnických oborů*. Praha : Grada Publishing, 2007. 379 s. ISBN 978-80-247-1356-4.

MAYER, J.=STARÝ, J. 2002. *Leukémie*. Praha : Grada Publishing, 2002. 357 s. ISBN 80-7169-991-8.

MUGHAL, T. I.=GOLDMAN, J. M.=MUGHAL, S. T. 2006. *Understanding Leukemias Lymphomas and Myelomas*. United Kingdom : Tailor & Francis, 2006. 252 s. ISBN 978-1-84184-409-1.

MUNTAU, A. C. 2009. *Pediatric*. Praha : Grada Publishing, 2009. 581 s. ISBN 978-80-247-2525-3.

N MCOVÁ, J.=MAURITZOVÁ, I. 2011. *Manuál k úpravě písemných prací*. Praha : Maurea, 2011. 84 s. ISBN 978-80-902876-8-6.

NOVÁK, I. et al. 2008. *Intenzivní péče v pediatrii*. Praha : Galén, 2008. 579 s. ISBN 978-80-7262-512-3.

NOVOTNÁ, L.; VALENTOVÁ, M. Zátěž sester v péči o umírající. *Sestra : odborný časopis pro lékařské zdravotnické pracovníky*. 12. 1. 2011, 21, . 1, s. 26-27. ISSN 1210-0404.

PAVLÍKOVÁ, S. 2006. *Modely ošetřovatelsví v kostce*. Praha : Grada Publishing, 2006. 150 s. ISBN 80-247-1211-3.

PERLÍK, F. 2005. *Základy farmakologie: klinická a speciální farmakologie*. Praha : Galén, 2005. 190 s. ISBN 80-7262-374-5.

PIZZO, P. A.=POPLACK, D. G. 2002. *Principles and practice of pediatric oncology fourth edition*. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins, 2002. 1692 s. ISBN 0-7817-2658-1.

PRŮCHA, J. 2002. *Moderní pedagogika*. 2. přepracované vydání. Praha : Portál, 2002. 481 s. ISBN 80-7178-631-4.

STARÝ, J. et al. 2005. *Trendy soudobé pediatrie- detská hematologie*. Praha : Galén, 2005. 251 s. ISBN 80-7262-327-3.

TRŮBÍKOVÁ, J. *Ošetřovatelsví* [online]. 2007 [cit. 2011-11-30]. Co je to ošetřovatelsví?. Dostupné z WWW: <<http://osetrovatelstvi.blog.cz/0712/co-je-to-osetrovatelstvi>>.

TRŮBÁMKOVÁ, L. 2006. *Detská leukémie: průvodce pro rodiče*. Praha : Občanské sdružení Haima, 2006. 57 s. ISBN 80-239-8904-9.

WINTNEROVÁ, J. 2009. *Ošetřovatelská péče u pacienta s akutní lymfoblastickou leukémií*. Praha, 2009. s. 48. Bakalářská práce (Bc.). Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.

ZACHAROVÁ, E. Psychosociální aspekty péči ošetřování onkologického pacienta. *Sestra: odborný časopis pro lékařské zdravotnické pracovníky*. 11. 05. 2011, 21 . 5, s.1920.ISSN1210-0404.

Seznam příloh

- Příloha A** - Nízkobakteriální strava í .I
- Příloha B** - Norton skóreí .í II
- Příloha C** - Barthelové test základních v-edních inností í í í íIII
- Příloha D** - Body mass indexí IV
- Příloha E** - žádost o umofn ní sb ru dat k bakalá ské práci í í í í í í í í í í ..V

Příloha A o Nízkobakteriální strava

Při nízkobakteriální dietě se vyhýbáme potravinám, které mohou ve větší míře obsahovat bakterie, kvasinky nebo plísně.

Proč mám tuto dietu dodržovat?

Po dobu, na kterou máte předepsanou chemoterapii nebo dlouhodobé neutropenie z jiných důvodů, je imunitní systém významně oslaben, touto stravou snížíme na minimum riziko infekce z potravin.

Základní principy:

Bakterie a další škodlivé mikroorganismy se spolehlivě ničí varem, zmrazením nebo tzv. pasterizací (zahřátí a následné zchlazení).

Je nutno dodržovat maximální hygienu při přípravě stravy a jídle, vždy umyté ruce, čisté nádoby. Důkladně omývat ovoce a zeleninu před oloupaním.

Při nákupu potravin věnovat pozornost dobrou maximální použitelnosti, okamžitě vyhodit cokoliv je špinavé, plesnivé či jinak barevně či chuově podezřelé. Dávat přednost nákupu malých balení. Uzeniny a sýry kupovat ve vakuových baleních.

Vyhýbat se jídlu z restaurací, rychlých občerstvení, stánků apod.

Uvažené jídlo spotřebovat do 24 hodin za podmínek rychlého zchlazení a uchování v dobře uzavřené nádobě v chladu.

ZAKÁZANÉ POTRAVINY

Mléko a mléčné výrobky: jogurty s živými kulturami, kysané nápoje, kefíry, nepasterizované čerstvé mléko, sýry, tvarohy apod. plísňové sýry (hermelín, niva), balkánský sýr, feta

Ovoce a zelenina: všechny druhy, které nelze oloupat či okrájet (jako například hlávkový salát, těstoviny, rybíz, jahody, maliny), rajčata lze spařit a oloupat, melouny čerstvě rozkrojené

Maso, masné výrobky: nedostatečně tepelně upravené či syrové maso a výrobky z něj

Nápoje: studní či voda, nepasterizované pivo, nepasterizované ovocné a zeleninové – šťávy

Ostatní: nedostatečně tepelně upravená vejce a tofu, med, droždí, šišinky, nudlové polévky, domácí konzervy, – šťávy a kompoty, ovesné vločky, müsli, sušené ovoce, ořechy, mák, koření, jídlo z restaurací a fast foodů: jako hamburgery, saláty, chleby, grilovaná kuřata, dorty, točená zmrzlina, majonéza a dresinky s výjimkou konzervovaných. Zakázané potraviny je možno jíst pod podmínkou dobrého tepelného zpracování nebo přemrazení.

Zdroj: interní materiál KDHO FN Motol

Příloha B – Norton skóre

Fyzický stav	v domí	Aktivita	Pohyblivost	inkontinence
dobrý 4	dobrý 4	chodí 4	úplná 4	není 4
zhoršený 3	apatický 3	s doprovodem 3	části n omezená 3	občas 3
špatný 2	zmatený 2	sedačka 2	velmi omezená 2	mo 2
velmi špatný 1	bezv domí 1	leží 1	fládná 1	mo + stolice 1

čím mén bod , tím vyšší riziko vzniku dekubitu.

Zdroj:

http://portalapl.fnmotol2w.cz/wps/wcm/myconnect/81e973804074315f9fb7ff42f13b1ef6/norton_skore.doc?MOD=AJPERES

Příloha C - Barthelové test základních vědních činností

Najedení, napití	samostatně	10	Použití WC	samostatně	10
	s pomocí	5		s pomocí	5
	neprovede	0		neprovede	0
Oblékání	samostatně	10	Přesun lůžko o šedle	samostatně	15
	s pomocí	5		s malou pomocí	10
	neprovede	0		vydrží sedět	5
Koupání	samostatně nebo s pomocí	5		neprovede	0
	neprovede	0	Chůze po rovině	samostatně nad 50 metr	15
Osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí	5		s pomocí 50 metr	10
	neprovede	0		na vozíku 50 metr	5
Kontinence moči	plně kontinentní	10		neprovede	0
	občas inkontinentní	5	Chůze po schodech	samostatně	10
	trvale inkontinentní	0		s pomocí	5
Kontinence stolice	plně kontinentní	10		neprovede	0
	občas inkontinentní	5	Celkové skóre	100	Nezávislý
	plně inkontinentní	0		65 - 95	lehká závislost
				45 - 60	závislost středního stupně
				0 - 40	vysoce závislý

Zdroj: http://portalapl.fnmotol2w.cz/wps/wcm/myconnect/40709f804074305d9e2bff42f13b1ef6/bartheluv_test.doc?MOD=AJPERE

Příloha D – Body mass index

BMI	Kategorie	Zdravotní rizika
mén než 18,5	podváha	vysoká
18,5 – 24,9	norma	minimální
25,0 – 29,9	nadváha	nízká až lehce zvýšená
30,0 – 34,9	obezita 1. stupně	zvýšená
35,0 – 39,9	obezita 2. stupně (závažná)	vysoká
40,0 a více	obezita 3. stupně (těžká)	velmi vysoká

Zdroj: <http://www.vypocet.cz/bmi>

Příloha E o žádost o umožnění sběru dat k bakalářské práci

Aneta Vondráčková

Datum nar.: 08. 07. 1981

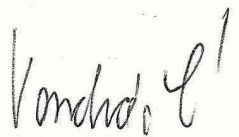
Erbenova 1427

Vlašim 258 01


Věc: Žádost o umožnění sběru dat k bakalářské práci

Jmenuji se Aneta Vondráčková a jsem studentkou třetího ročníku Vysoké zdravotnické školy, oboru Všeobecná sestra. V rámci své odborné praxe žádám o umožnění sběru dat ke své bakalářské práci. Získaná data budou anonymní a budou použita pouze pro účely mé bakalářské práce. Práce pomůže ke zkvalitnění péče o pacienty na klinice dětské hematologie a onkologie.

V Praze dne 19. 8. 2011.


Aneta Vondráčková




Bc. Jitka WINTNEROVÁ

FAKULTNÍ NEMOCNICE V MOTOLE
150 06 Praha 5 - Motol, V Úvalu 84 (30)
Klinika dětské hematologie a onkologie
Přednostka: Prof. MUDr. Jan Štáry, DrSc.