

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Specifika ošetrovatelské péče u klientů s anémií

Bakalářská práce

Vedoucí práce:
Mgr. Pavel Scholz

Autor:
Pavla Rokůsková

2010

Abstract

The topic of this bachelor thesis is “The Specifics of Nursing Care of Anaemic Clients”. Anaemia is one of the most common diseases associated with haemopoiesis. It is mostly revealed as a secondary finding accompanying other diseases. Since the occurrence of this disease is rather common, the probability of providing care to an anaemic patient is large.

The research part of this bachelor thesis is processed by means of qualitative research methods. The objective of the thesis was to ascertain the specifics of nursing care of anaemic patients and their unsatisfied needs as identified by them. The data were collected by means of semi-structured interviews. The interviewed persons were the nurses working in the hematologic outpatient ward and the internal ward and the anaemic clients attending the hematologic outpatient ward. The questions asked in the semi-structured interviews are based in particular on technical literature and on the conceptual nursing model of M. Gordon. The research results are processed in case reports, categorization tables and basic charts. The categorization tables contain the most interesting data obtained from the conducted interviews.

The main results of the research include the ascertained specifics of nursing care in the area of blood taking, changes in the food composition and the movement regime, and application of transfusions and medication. The other results of the research include ascertainment of unsatisfied needs of anaemic clients. The unsatisfied needs of the clients are reported in particular in the area of physiological needs where the greatest troubles are caused by prevalent tiredness accompanying this disease.

On the basis of the research results a hypothesis for further research has been proposed. This thesis is intended especially for the professional nursing community. The results of the research draw attention to the needs felt by the clients and to the specifics of nursing care provided to these clients. The benefit of the thesis consists in the opportunity to utilize the obtained findings for study purposes and in provision of nursing care to anaemic clients.

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Specifika ošetrovatelské péče u klientů s anémií“ vypracovala samostatně a použila jsem jen prameny, které cituji v přiložené bibliografii.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění, souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezměněné podobě, fakultou elektronickou cestou, ve veřejně přístupné části databáze STAG, provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích, na jejích internetových stránkách. Souhlasím s použitím práce k vědeckým účelům.

V Českých Budějovicích

.....

Podpis studenta

Poděkování:

Touto cestou bych chtěla velmi poděkovat Mgr. Pavlu Scholzovi za odborné vedení, věnovaný čas, cenné rady a připomínky při zpracování mé bakalářské práce.

Obsah

Úvod.....	3
1. Současný stav.....	4
1.1 Fyziologie krve.....	4
1.1.1 Složení krve	4
1.2 Hematologie.....	6
1.3 Anémie	6
1.4 Diagnostika anémií.....	7
1.4.1 Anamnéza	7
1.4.2 Fyzikální vyšetření.....	8
1.4.3 Vyšetření krevního obrazu.....	8
1.4.3.1 Ošetrovatelský postup odběru venózní krve.....	9
1.5 Klinický obraz anémií.....	11
1.6 Dělení anémií.....	14
1.6.1 Mikrocytární anémie.....	14
1.6.1.1 Anémie z nedostatku železa- sideropenická anémie.....	14
1.6.1.2 Specifika ošetrovatelské péče u klientů s anémií z nedostatku železa.....	17
1.6.2 Normocytární anémie.....	22
1.6.2.1 Aplastická anémie.....	22
1.6.2.2 Specifika ošetrovatelské péče u klientů s aplastickou anémií.....	23
1.6.3 Makrocytární anémie.....	24
1.6.3.1 Anémie z nedostatku vitamínu B12 a kyseliny listové.....	25
1.6.3.2 Specifika ošetrovatelské péče u klientů s anémií z nedostatku vitamínu B12 a kyseliny listové.....	26
1.6.4 Anémie se zvýšeným počtem retikulocytů.....	27
1.6.4.1 Korpuskulární a extrakorpuskulární hemolytické anémie.....	27
1.6.4.2 Specifika ošetrovatelské péče u klientů s korpuskulární a extrakorpuskulární hemolytickou anémií.....	28
1.6.4.3 Akutní posthemoragická anémie.....	29

1.6.4.4 Specifika ošetrovateľskej péče u klientů s akutní posthemoragickou anémií.....	29
1.7 Transfúze krve.....	30
1.7.1 Transfúzní přípravky.....	30
1.7.2 Komplikace při transfúzi.....	32
1.7.2.1 Časné komplikace.....	32
1.7.2.2 Pozdní komplikace.....	32
1.7.2.3 Ošetrovateľská péče a realizace transfúze.....	33
1.8 Potřeby nemocného v ošetrovatelství.....	35
2. Cíle práce a výzkumné otázky.....	36
2. 1 Cíle práce.....	36
2. 2 Výzkumné otázky.....	36
3. Metodika.....	37
3.1 Metodika výzkumu.....	37
3.2 Charakteristika výzkumného souboru.....	37
4. Výsledky.....	39
4.1 Výsledky rozhovorů s klienty.....	39
4.1.1 Kazuistiky respondentů.....	39
4.1.2 Základní grafy.....	51
4.1.3 Kategorizace dat v tabulkách.....	52
4.2 Výsledky rozhovorů se sestrami.....	59
4.2.1 Základní grafy.....	59
4.2.2 Kategorizace dat v tabulkách.....	60
5. Diskuse.....	67
6. Závěr.....	74
7. Seznam použitých zdrojů.....	76
8. Klíčová slova.....	79
9. Přílohy.....	80

Úvod

Nemoc je pro člověka vždy nepříjemnou událostí, která je většinou spojena s nelibými prožitky. Jednou z nemocí, která nás může postihnout je i anémie neboli chudokrevnost. Anémie se řadí mezi onemocnění krve, které je definováno jako chorobný stav vznikající snížením koncentrace hemoglobinu. Důsledkem anémie je tkáňová hypoxie neboli snížený přenos kyslíku do tkání, což nemocnému způsobí potíže. Lidé trpící tímto onemocněním jsou často dušní, cítí únavu, mají bledé sliznice a kůži. Potíže jako je únava a dušnost, mohou nemocného velkou měrou omezovat v běžném životě.

Anemičtí klienti mohou být hospitalizováni v nemocničním zařízení, nebo jsou dispenzarizováni u svého lékaře, který dohlíží na jejich zdravotní stav. Jak v nemocničním zařízení, tak v ordinacích lékařů sestra vždy pečuje o tyto klienty. Pro sestru je nezbytnou součástí, aby znala specifika ošetřování o anemického klienta. Sestra musí využít všech poznatků, které má, aby dokázala klienta kvalitně a komplexně ošetřit, jelikož klient má nárok na kvalitní péči.

Pro poskytování účelné a kvalitní ošetrovatelské péče je výchozím bodem u sester zjištění všech potřeb klienta. Opakované a dlouhodobé neuspokojování potřeb klienta vede k nesouladu, neshodám a poruše jeho chování. Proto naším cílem je tyto potřeby co nejrychleji aktivně vyhledat, snažit se je uspokojit, a tak pomoci klientovi. Je velice důležité, aby si sestra našla svojí vlastní cestu k pacientovi, tak aby dokázala zjistit všechny potřeby.

Toto téma mě při mém výběru bakalářské práce ihned oslovilo. Za svou praxi v nemocničním zařízení jsem se mnohokrát setkala s anemickými klienty. Bylo zajímavé porovnat, jak každý klient pociťuje jiné potíže a problémy. Díky této práci jsem se mohla o tomto onemocnění dozvědět mnoho nových informací, které bych ráda sdělila i ostatním.

1. Současný stav

1.1 Fyziologie krve

Krev je vysoce specializovaná neprůhledná vazká tekutina červené barvy. Tvoří nedílnou součást vnitřního prostředí organismu. Vykonává řadu funkcí nezbytných pro náš život. Tyto funkce můžeme rozdělit na transportní a specifické. Transportní funkce zajišťují převod dýchacích plynů (O^2 a CO^2) z plic do tkání a z tkání zpět do plic, dále rozvod živin (glukóza), tepla, vitamínů, hormonů a dalších látek. Mezi specifické funkce krve patří obranná funkce mající na starosti ochranu proti vniknutí cizorodých látek do organismu a homeostatická funkce udržující stálé vnitřní prostředí (7, 25, 26).

Krev se řadí mezi extracelulární tekutiny proudící uzavřeným cévním systémem lidského těla. Tvoří asi 6 – 8 % celkové tělesné hmotnosti. Celkový objem krve činí v průměru 5 - 6 litrů u dospělého muže. U žen je tomu jinak, ty mají o 10 % objemu méně než muži, tedy okolo 4,5 litru krve (7, 25, 26).

1.1.1 Složení krve

Krev představuje suspenzi buněčných elementů. Základní dvě složky krve jsou krevní plazma a krevní buňky (7, 25).

Krevní plazma je tekutá složka krve nažloutlé barvy. Největší část plazmy představuje voda (91%), zbytek jsou rozpuštěné organické a anorganické látky (albuminy, globuliny, fibrinogen, glukóza, soli a ionty). Mezi krevní buňky neboli elementy patří červené krvinky (erytrocyty), bílé krvinky (leukocyty) a krevní destičky (trombocyty) (7, 25, 29).

Erytrocyty mají v krevní plazmě největší zastoupení. Díky svému tvaru, rozměru a počtu jsou dobře přizpůsobeny své funkci. Jsou to bezjaderné buňky bikonkávního tvaru. Bikonkávní tvar zvětšuje povrch erytrocytů o 30%, a tím i plochu pro difúzi kyslíku. Životnost erytrocytů v oběhu se pohybuje okolo 100 až 120 dní. Opotřeбенé červené krvinky zanikají ve slezině (7, 25).

Fyziologická hodnota erytrocytů u člověka se pohybuje u mužů okolo

$4,3 - 5,3 \times 10^{12}$ / litru, u žen je to o něco méně $3,8 - 4,8 \times 10^{12}$ / litru. Množství červených krvinek v jednom litru krve je u ženy 0,4litru a u muže 0,46 litru. Tato hodnota je označována jako hematokrit. Nejčastěji bývá vyjádřena v procentech, tedy 41% a 46%. Počet erytrocytů se během života mění. Po narození je počet erytrocytů navýšený o 10%, ale postupem času dochází k rozpadu a poklesu počtu erytrocytů (7, 25).

Hemoglobin neboli červené krevní barvivo, patří mezi nejdůležitější složku erytrocytů. Skládá se z kulovité bílkoviny globinu a červeného nebílkovinného barviva hemu. Na každý globin nasedají čtyři hemy obsahující jedno dvojmocné železo. Toto dvojmocné železo pak umožní navázat molekulu kyslíku (7, 25, 37).

Tvorba červených krvinek je řízena pomocí hormonu erytropoetinu, vznikajícího v ledvinách. Erytropoetin, vyplavující se v závislosti na množství kyslíku, stimuluje tvorbu erytrocytů v kostní dřeni, což se projeví zvýšeným počtem retikulocytů (prekursory erytrocytů v krvi). Při nedostatku kyslíku se zvýší počet červených krvinek, tím pádem se transportuje více kyslíku a jeho nedostatek mizí. Pokud dojde v krevním řečišti k poklesu erytrocytů, opět začne produkce erytropoetinu stoupat (7, 33).

Mezi látky potřebné pro erytropoézu neboli vznik a tvorbu erytrocytů patří dostatečný přísun železa, vitaminů B12, kyseliny listové a bílkovin. Všechny tyto složky získává organismus ze smíšené stravy (7, 33).

Vitamin B12 je společně s železem důležitý pro konečné zrání erytrocytů. Resorpce vitaminu B12 se váže na tzv. vnitřní faktor (intrinsic factor), tvořený buňkami žaludeční sliznice. Tento faktor chrání vitamin B12 před účinky trávicích enzymů. Vitamin B12 se vstřebává v dolních částech ilea pomocí pinocytózy. V krvi se naváže na bílkovinu a následně je zachytáván v játrech, kde se ukládá do zásoby. Vitamin B12 se uvolňuje dle potřeby organismu. Pokud máme nedostatek tohoto vitamínu, vzniká perniciózní anémie a jiné megaloblastické anémie (31, 37).

Kyselina listová patří do skupiny vitaminů B vstřebávajících se v tenkém střevě. Je nezbytná pro metabolismus bílkovin, pro tvorbu červených krvinek a k buněčnému dělení. Následky jejího nedostatku jsou nejnapadnější v červené krvetvorbě. Kyselinu listovou v přírodní formě získáváme ze zeleniny, ovoce a vnitřností. (31, 37).

Železo představuje pro organismus nepostradatelný biogenní prvek. Nejvíce se uplatňuje v procesech buněčného dýchání. Existuje ve dvou oxidačních stavech, ve formě dvojmocné (Fe^{2+}) a trojmocné (Fe^{3+}). V lidském organismu se železo vyskytuje především jako součást hemu ($\frac{2}{3}$). Z $\frac{1}{4}$ se železo ukládá ve formě bílkoviny feritinu, který slouží jako rychle využitelná rezerva. Zbytek představuje funkční železo (myoglobin, enzymy obsahující železo), (33, 37).

Železo je vstřebáváno podle potřeb organismu, jelikož organismus nemá mechanismy, které by byly schopny nadbytečné železo odstranit, proto je množství železa vstupujícího do organismu přesně regulováno. Pokud máme nedostatek železa, tělo zareaguje tak, že zvýší absorpci železa a naopak. Při vstřebávání musí být železo v rozpustné formě (Fe^{2+}), ke které napomůže nízké pH žaludku a kyselina askorbová. Vzhledem k potřebě nízkého pH se většina železa absorbuje již v duodenu (37).

1.2 Hematologie

Hematologie se řadí mezi podobory vnitřního lékařství. „*Studuje příčiny vzniku krevních chorob a krevních abnormalit, zabývá se jejich diagnostikou a léčbou* (7, s. 109)“. Jelikož se medicína neustále rozvíjí, přináší množství nových poznatků a metod, vznikly v průběhu doby další specializace. O současné hematologii můžeme mluvit jako o oboru s velmi progresivním vývojem, se značnou šíří rozsahu řešeného předmětu (3, 11, 15).

1.3 Anémie

Anémie patří k nejčastějším onemocněním krevetvorby a je jednou z nejčastějších chorob vůbec. Většinou se jedná o druhotný nález provázející jiné onemocnění. „*Je definována jako chorobný stav vznikající snížením koncentrace hemoglobinu v 1 litru periferní krve pod 135 g u mužů a pod 120 g u žen. Konečným důsledkem anémie je porucha přenosu kyslíku do tkání* (8, s. 429-430)“. V několika zdrojích se můžeme setkat s různými definicemi anémie, které se budou lišit. Autorka Šafránková uvádí definici anémie: „*Anemie není choroba, ale syndrom, vznikající z různých příčin*

a charakterizovaný snížením koncentrace hemoglobinu pod 135 g/l u mužů a u žen pod 120 (podle WHO pod 110) g/l, hematokritu a počtu erytrocytů (20, s. 91)“ (3, 31).

1.4 Diagnostika anémií

Moderní hematologie dnes využívá několik set vyšetřovacích metod, které jsou popisovány a uváděny ve speciálních příručkách. Mezi vyšetřovací metody v hematologii patří anamnéza, fyzikální vyšetření, laboratorní vyšetření a speciální metody. V diagnostice anémií se uplatňuje zejména anamnéza, fyzikální vyšetření, laboratorní vyšetření krevního obrazu a různé speciální metody, které pomohou odhalit příčinu anémie. Pro velký počet speciálních vyšetření, která se uplatňují u jednotlivých typů anémií, budou některé speciální vyšetřovací metody popisovány až u jednotlivých typů anémií (16, 19).

1.4.1 Anamnéza

Anamnéza je soubor všech údajů o zdravotním stavu klienta od narození až po současnost. Tyto informace jsou zpravidla získávány přímo od klienta pomocí rozhovoru. Důkladná anamnéza zůstává základem pro určení správné diagnózy i při pokroku a modernizaci laboratorních vyšetřovacích metod krve. Říká se, že dobře provedená a zpracovaná anamnéza je 50% diagnózy. Lékařskou anamnézu zpracovává lékař. Ošetrovatelskou anamnézu zpracovává sestra (27, 30).

Ošetrovatelskou anamnézu neboli zhodnocení stavu klienta odebírá sestra prostřednictvím metod pozorování, rozhovoru a naslouchání. Rozhovor a pozorování patří mezi nejbohatší zdroje poznatků o nemocném. Sestra získává informace jak objektivní, tak i subjektivní. Na základě zjištěných informací sestra sestaví aktuální a potencionální ošetrovatelské diagnózy a individuální plán ošetrovatelské péče (27, 30).

1.4.2 Fyzikální vyšetření

Fyzikální vyšetření je vyšetřovací metoda, při které jsou shromažďovány objektivní údaje pro úplné zhodnocení stavu zdraví klienta. Vyšetřování nemocného se provádí prostřednictvím zevních smyslů vyšetřující osoby (zrak, sluch, hmat, čich, eventuelně chuť). K základním fyzikálním vyšetřovacím metodám patří: inspekce (vyšetření pohledem), palpce (vyšetření pohmatem), perkuse (vyšetření poklepem), auskultace (vyšetření poslechem), vyšetření per rektum a vyšetření pomocí čichu (14, 27, 21).

Fyzikální vyšetření provádí nejen lékař, ale i sestra. Lékař i sestra musí vědět čeho si při fyzikálním vyšetření všimát, jak vyšetřovat a co znát. Vyšetření provádíme několika způsoby „od hlavy k patě“ nebo podle systémů těla. Je zcela nezbytné, aby sestra znala nejdůležitější nálezy, protože právě ona může jako první rozpoznat závažné patologické stavy nebo změnu stavu klienta (14, 21, 27).

1.4.3 Vyšetření krevního obrazu

Vyšetření krve patří mezi základní laboratorní vyšetření, která se provádí u všech interně nemocných a je nedílnou součástí při stanovování diagnózy anémie. Termínem krevní obraz se obvykle označuje vyhodnocení počtu červených a bílých krvinek, krevních destiček. Termín diferenciální krevní obraz neboli diferenciální rozpočet bílých krvinek vyjadřuje vyhodnocení všech typů bílých krvinek ve vzorku periferní krve (1, 16).

Základní parametry vyšetřující se u klientů s anémií jsou hemoglobin, hematokrit, počet erytrocytů, objem erytrocytu (MCV), průměrná hmotnost hemoglobinu na erytrocyt (MCH), průměrná koncentrace hemoglobinu (MCHC) a počet retikulocytů. Normální hodnoty těchto parametrů u dospělých jsou: hemoglobin u mužů 135-175 g/l, u žen 120-168 g/l, hematokrit u mužů 0,38-0,49, u žen 0,35-0,46, počet erytrocytů u mužů $4,2-5,8 \times 10^{12}/l$, u žen $3,8-5,2 \times 10^{12}/l$, MCV 80-95 fl, MCH 27-32 pq, MCHC 0,32-0,37 a počet retikulocytů 0,005-0,02 (16).

Jedním z parametrů krevního obrazu je i hematokrit. Pro diagnostiku anémie má vyšetření hematokritu stejný význam jako vyšetření hemoglobinu. Hematokrit udává

objemový podíl erytrocytů k celkovému objemu krve. Vyšetření hematokritu se provádí jednoduchou a přesnou metodou za použití centrifugace.

Počty retikulocytů jsou dnes schopny zjistit již modernější krvinkové analyzátory, nebo se dají spočítat mikroskopem (20).

1.4.3.1 Ošetřovatelský postup odběru venózní krve

Odběr krve patří mezi základní dovednosti a denní činnosti sester, které jsou za kvalitu jeho provedení přímo zodpovědné. Sestra přímo ovlivňuje faktory preanalytické fáze. Preanalytická fáze je období od ordinace po vyšetření krevního vzorku laboratoři. Právě tato doba je velmi kritická pro vznik negativních faktorů ovlivňujících spolehlivost vyšetření. Je nutné, aby sestra znala správný postup odběru a minimalizovala tak tyto faktory. Negativní faktory dělíme na ovlivnitelné v případě pacienta, ovlivnitelné v postupu odběru a faktory neovlivnitelné (18, 34).

Mezi faktory ovlivnitelné v případě klienta patří fyzická aktivita, psychický stres, strava, tekutiny, alkohol, kouření, léky, drogy a zevní prostředí. Fyzická zátěž vede ke zvýšení hodnot hemoglobinu a hematokritu. Sestra by měla klientovi doporučit interval odpočinku po namáhavé fyzické aktivitě v rozmezí 24 až 48 hodin před odběrem. Pokud přichází na odběr ambulantní klient z běžného dne, doporučuje se 20-30 minut klidu před odběrem. Příjem stravy a tekutin před vyšetřením krve ovlivňuje koncentraci některých látek a hustotu krve. V krevním obrazu dochází zejména ke změně koncentrace hemoglobinu. Abychom předešli chybné interpretaci výsledků, musíme klienta poučit o dvanáctihodinovém lačnění. Kouření, jako další z ovlivnitelných faktorů u klienta, způsobuje významné změny ve složení séra. Kuřáci mají vyšší koncentraci hemoglobinu a železa. Klienta upozorníme, aby před odběrem krve nekouřil. Léky a drogy mají vliv na změnu laboratorních hodnot. Odběr krve bychom rozhodně neměli provádět z končetiny, do které je aplikována infúze. Pokud je infúze aplikována v nepřiměřené rychlosti, dochází ke změně koncentrací látek v krvi, proto je doporučováno provádět odběr před, nebo po aplikaci infúze. Navrhovaný čas odběru po podání infúze je asi jedna hodina. Z faktorů zevního prostředí výrazně

ovlivňujících koncentraci látek v krvi, zejména erytrocytů a hemoglobinu, patří nadmořská výška (18, 34).

Mezi faktory ovlivnitelné v postupu odběru se řadí správné vyplnění žádanky, identifikace klienta, načasování odběru, poloha při odběru, výběr místa odběru, kontrola identifikace údajů, zatažení paže, cvičení paže před odběrem, dezinfekce kůže, průsvit jehly, odběrový systém, pořadí zkumavek při odběru a doba a transport biologického materiálu (34).

Odběr krve by měl být prováděn v ranních hodinách, protože koncentrace látek v krvi se během dne mění. Pokud provádíme odběr v jinou denní dobu, je nutné na žádanku i zkumavku napsat přesný čas odběru. Před samotným odběrem musíme provést správné označení zkumavek, identifikaci a poučení klienta ze stránky psychické a somatické. Poloha klienta při odběru má být vsedě. Sestra zajistí vhodnou polohu natažené horní končetiny a podloží jí podložkou jako prevenci znečištění okolí. Obvykle se krev u dospělých odebírá z kubitální žíly nebo z ostatních žil v loketním ohbí. Jako další možnost místa odběru krve využíváme hřbet a předloktí ruky (18, 34).

Po vhodném výběru místa následuje kontrola identifikačních údajů na zkumavkách a kontrola pomůcek k odběru. Příprava pomůcek na odběr krve musí být důkladná, tak aby žádná pomůcka při odběru nechyběla. Pomůcky se budou mírně lišit podle použitého způsobu odběru. Rozeznáváme otevřený a uzavřený postup odběru. Při otevřeném systému používáme klasickou jehlu a plastovou stříkačku. Krev odebíráme buď jemným tahem pístu stříkačky, nebo necháme krev stékat přímo do zkumavky. Rychlost nasávání krve by měla být přiměřená, jelikož hrozí hemolýza krve. Sestra je při tomto typu odběru vystavena velkému riziku přenosu infekce, jelikož přímo manipuluje s biologickým materiálem. Uzavřený systém dnes využívá většina zdravotnických zařízení. Pro sestru představuje větší ochranu před kontaminací krví. Odběr se provádí do vakuových plastových stříkaček nebo zkumavek (18, 34).

Mezi základní pomůcky na odběr krve patří: jednorázová plastová stříkačka, dvě jednorázové jehly, rukavice, podložka, suché sterilní tampóny, antiseptický dezinfekční roztok, toulec s peánem, dvě emitní misky (kontejner na jehly), náplast a zkumavky na

odběr. Pokud odebíráme krev uzavřeným systémem, připravíme si navíc plastový adaptér a vakuové zkumavky (18, 34).

Po kontrole údajů a pomůcek sestra provede zatažení klientovy paže pomocí turniketu neboli škrtidla (Esmarchova). Doba použití škrtidla by neměla být delší než jednu minutu, jelikož zatažení končetiny vede již po jedné minutě k ovlivnění kvality vzorku. Pokud přikládáme škrtidlo před odběrem za účelem výběru žíly a místa vpichu, vlastní odběr lze provést až po dvou minutách uvolnění. Cvičení a pumpování klientovy paže po zatažení se obecně nedoporučuje. Před nabodnutím žíly, sestra provede dezinfekci místa vpichu. Tato dezinfekce slouží jako prevence přenosu infekce do klientova krevního oběhu. Dezinfekční roztok nanášíme nebo nastříkáme. Necháme jej úplně zaschnout, nebo kůži důkladně osušíme tampónem, jelikož dezinfekční roztok zvyšuje riziko hemolýzy krve. Odběrovou jehlu používáme dostatečného průsvitu, aby následně nedocházelo k hemolýze erytrocytů. K hemolýze erytrocytů dochází i tehdy, pokud nasáváme krev pístem stříkačky pod příliš velkým tlakem (18, 34).

Pokud je od lékaře naordinováno více krevních parametrů, sestra musí znát pořadí odběrových zkumavek. Pořadí odběrových zkumavek je následující. Nejdříve začínáme hemokulturou, následuje biochemie a serologie, dále hemokoagulace, krevní obraz a nakonec sedimentace. Transport odebraného materiálu musí být rychlý, šetrný a při vhodné teplotě (34).

Mezi neovlivnitelné faktory patří zejména cyklické změny (periodické změny koncentrací látek v krvi během dne), pohlaví, rasa, věk a gravidita (34).

1.5 Klinický obraz anémií

Anémie se klinicky projevuje jako anemický syndrom. Projevy závisí na stupni, rychlosti vzniku a typu anémie. Platí zásada, že příznaky anémie jsou tím výraznější, čím je stupeň anémie závažnější a čím rychleji došlo k jejímu vzniku (15, 20).

Obecné příznaky anémie, které jsou společné všem typům anémií, se rozdělují na objektivní a subjektivní. U velice pomalu vyvíjejících se případů jsou příznaky popisovány až u závažného poklesu hodnot hemoglobinu. Mezi objektivní příznaky řadíme bledost sliznic, bledost kůže, tachykardie. Do subjektivních příznaků patří

únava, celková slabost, nízká výkonnost, dušnost, závratě, spavost a palpitace. Specifické příznaky se liší u každého typu anémie (20, 28, 31).

Sestra pomocí svých teoretických a praktických zkušeností dokáže rozpoznat uvedené příznaky. Zjišťování příznaků provádí pomocí ošetrovatelské anamnézy, příslušného fyzikálního vyšetření za použití vhodných screeningů a hodnocení. Pomocí těchto metod, je sestra schopna zjistit, objektivně pozorovat a zapisovat do ošetrovatelské dokumentace všechny zjištěné poznatky. Je nutné, aby si všímala i nepatrných příznaků, které se u klienta objeví (14, 27, 32).

Sestra shromažďuje a získává informace způsoby „od hlavy k patě“ nebo podle systémů těla. U anemického klienta zjišťuje a pozoruje celkové zdraví, kůži, vlasy, sliznice, nehty, hlavu, oči, ústa, dýchací systém, kardiovaskulární systém, centrální nervový systém.

Při zjišťování celkového zdraví klienta bude shledávat příznaky neúplného zdraví jako je celková fyzická nevykonnost, únava, spavost. Otázky v rozhovoru s klientem směřuje tak, aby zjistila, jak se cítí, jaký má denní režim, jaké provádí běžné denní činnosti, kdy a po jakých aktivitách cítí únavnost (21, 27).

Při pozorování klientovy kůže sestra uvidí nápadnou bledost, která je klinicky zjistitelná při poklesu hladiny hemoglobinu pod 90 g/l. Bledost jako objektivní nález, je také dobře viditelná na sliznicích. Nejlépe se bledost posuzuje na spojivkách, měkkém patře, nehtových lůžkách, nežli jen na kůži. Sliznice, kde je nejvíce nápadná bledost, je spojivka (15, 20, 26, 31).

Při vyšetření vlasů sestra hodnotí jejich hustotu, kvalitu a barvu. Vyšetření provádí pohledem a pohmatem. Na klientových vlasech sestra může spatřit předčasné šedivění, suchost a lámavost.

Pozornost sestry by měla být věnována i klientovým nehtům. Vyšetřuje tvar, povrch a barvu lůžek. Klientovy nehty mohou být ploché či lžičkovité, třepivé a lomivé. Struktura nehtů může být poškozena. I zde na lůžkách nehtů bude pozorovat bledost, jak již bylo zmíněno. Po rozhovoru s klientem zjistí časové období, kdy začaly problémy a obtíže s nehty (21, 26, 27, 28).

Cefalea neboli bolest hlavy patří mezi subjektivní příznaky anémie, proto ji sestra zjistí pouze pomocí rozhovoru s klientem. Otázky v rozhovoru klade tak, aby odhalila charakter bolestí, stupeň bolestí, frekvenci bolestí, vyvolávající moment a možnost uvolnění od bolestí (21, 27).

V dutině ústní bude sestra hodnotit jazyk a sliznice úst. Aby zjistila stav úst, musí klienta vyzvat, aby otevřel ústa a vyplázl jazyk. Vyšetření by měla provádět za denního světla, aby byly změny v ústech dobře patrné. Pečlivě si prohlédne povrch, strukturu a barvu jazyka. U klienta s anémií může být jazyk hladký, lesklý a červený (*glositis*). Zejména měkké patro bude vykazovat známky bledosti (10, 27).

Sestra nesmí opomenout ani vyšetření rtů. Rty sestra vyšetřuje pohledem. U klienta hodnotí barvu a stav ústních koutků. Na rtech může pozorovat bledost a bolestivé trhlinky v koutcích úst neboli *stomatitis angularis* (u sideropenické anémie) (10, 21, 27).

Aby sestra zjistila příznaky související s dýchacím systémem, je třeba nejprve provést rozhovor s klientem. Z rozhovoru může odhalit klientovu dušnost. Dušnost se objevuje jak při námaze, tak v klidu. Pohledem si sestra bude všimnout prohloubeného a zrychleného dýchání. Při počítání dechů se orientuje podle zvedání hrudníku. Klient nesmí vědět, že se sestra soustředí na dech, proto musí předstírat např. počítání pulzů (21, 27).

Na kardiovaskulárním systému bude objektivně monitorovat zrychlený pulz (tachykardii). Tachykardie vzniká v důsledku sníženého počtu erytrocytů, proto dochází ke zrychlení krevního oběhu. Při rozhovoru se sestrou bude nemocný popisovat bušení srdce (palpitace). Tento nepříjemný pocit vnímají klienti kvůli zvýšené akci srdeční (15, 27).

Nervové buňky patří k nejcitlivějším na nedostatek kyslíku, proto i zde vznikají příznaky. Klient si může stěžovat na závratě, hučení v uších až mdloby, které vznikají při změně polohy, zejména při vstávání z lůžka (26).

1.6 Dělení anémií

Anémie lze klasifikovat podle morfologického a patofyziologického kritéria. Obě tyto kritéria se při stanovování diagnózy navzájem doplňují (16).

Patofyziologické kritérium obsahuje různé patogenetické mechanismy, které se uplatňují při vzniku anémií. Tyto mechanismy dělíme do čtyř skupin. První skupinu tvoří anémie z nedostatečné tvorby erytrocytů, ve druhé skupině jsou anémie z nedostatku látek nutných pro normální proliferaci a maturaci, ve třetí skupině jsou anémie ze zvýšeného zániku krvinek a do poslední skupiny patří anémie ze zvýšených krevních ztrát (16).

Morfologická klasifikace rozděluje anémie na základě hodnot hemoglobinu (Hb), objemu erytrocytu (MCV- mean cell volume), množství hemoglobinu v erytrocytu (MCH- mean cell hemoglobin) a počtu retikulocytů. Všechny tyto hodnoty lze zjistit ze standardně provedeného krevního obrazu. Na základě výše uvedených parametrů lze anémie rozdělit do čtyř základních morfologických podskupin. Jsou to anémie mikrocytární, normocytární, makrocytární a anémie se zvýšeným počtem retikulocytů (1, 16).

1.6.1 Mikrocytární anémie

Mikrocytární anémie jsou charakteristické sníženým objemem erytrocytů (< 80 fl). Hemoglobin je rovněž pod fyziologickou hladinou a počet retikulocytů je v normě. U mikrocytárních anémií se většinou objevuje hypochromie. Mezi mikrocytární anémie se zařazují anémie z nedostatku železa (sideropenická anémie), thalasémie, anémie při chronickém onemocnění a sideroblastické anémie (16).

1.6.1.1 Anémie z nedostatku železa- sideropenická anémie

Sideropenická anémie patří mezi nejčastější typy anémie ve vyspělých zemích. Dle Světové zdravotnické organizace (WHO) až 1/3 obyvatel planety trpí nedostatkem železa. Sideropenická anémie vzniká na základě nedostatku železa v organismu (16, 20, 35).

Sideropenie jako nedostatek železa má tři stádia. První stádium, prelatentní sideropenie, je charakteristická tím, že jsou postupně vyčerpány zásoby železa při dosud trvající dostatečné dodávce pro potřeby erythropoézy. V tomto prvním období nejsou ještě patrné klinické příznaky. Ve druhé fázi latentní sideropenie jsou zásoby železa již úplně vyčerpány a je snížena jeho dodávka do kostní dřeně. Tento pokles však prozatím nelimituje proliferaci buněk. V posledním stádiu manifestní sideropenie je již tlumena proliferace buněk a následně vzniká sideropenická anémie, jako důsledek neschopnosti erythropoézy kompenzovat normální či mírně zvýšený zánik červených krvinek (16, 31).

K nedostatku železa dochází ze třech různých příčin. Z nadměrné ztráty železa, z nedostatečného přívodu železa a ze zvýšené spotřeby železa (16).

Nejčastější příčinou sideropenie jsou nadměrné ztráty železa. K nedostatku železa v organismu vedou denní ztráty krve, které jsou větší než 6 ml krve. Krvácení může mít původ z různých systémů těla. Nejvíce ztrát bývá zjišťováno z trávicího ústrojí, urogenitálního ústrojí a dýchacího ústrojí. Příčin ztrát z trávicího ústrojí bývá mnoho. Z celé řady příčin lze zdůraznit peptické vředy, brániční kýlu, jícnové varixy, hemoroidy, polypy, divertikly a zhoubné nádory. V urogenitálním traktu jsou příčiny ztrát menoragie, metroragie, krvácení z ledvin a vývodných cest močových. Příčiny krvácení z dýchacího ústrojí jsou velmi vzácné. Dalšími zdroji ztrát jsou tzv. umělé ztráty obsahující časté odběry krve, dárce krve a hemodialýzu (6, 16, 26, 31).

Nedostatečný příjem železa může být způsoben malnutricí, maldigescencí nebo malabsorpčí železa. Sideropenie způsobená nedostatečným přívodem železa se nejvíce vyskytuje u sociálně slabších skupin (zejména v rozvojových zemích) a vegetariánů. Kromě přímého nedostatku železa v potravě se může na nedostatečném přívodu podílet i malabsorpce. Mezi častý původ malabsorpce železa patří celiakie, Crohnova nemoc, intolerance kravského mléka či resekce žaludku nebo střeva. Maldigescenci železa zapříčiňuje nedostatečná redukce železa, která vzniká např. u stavů po resekcích žaludku (16, 20).

Zvýšené nároky na přívod železa se objevují v těhotenství, během kojení a v období růstu (16).

Diagnostika sideropenické anémie se provádí z klinického obrazu a laboratorního nálezu (40).

Klinický obraz sideropenické anémie se projevuje jednak nespecifickými příznaky společné všem typům anémií, jako jsou nízká výkonnost, celková slabost, závratě, dušnost, bledost, palpitace, a jednak specifickými projevy. Specifické projevy projevující se u klienta jsou neuromuskulárního původu, jako je snížená svalová výkonnost (i u pouhé sideropenie), poruchy chování (iritabilita, ztráta pozornosti, ztráta zájmu, ojediněle neuralgie, raritně zvýšení intrakraniálního tlaku) a poruchy epiteliálních tkání. U klienta se objevuje angulární stomatitida neboli zánět sliznice v koutcích úst, dysfagie, obtíže s polykáním, různý stupeň asymptomatické gastritidy, pálení jazyka. V těžkých případech dochází až k úplnému vyhlazení jazyka. Pika neboli požívání neobvyklých substancí (led, hlína, omítka) je také jedním z příznaků, který můžeme na klientovi pozorovat. Sideropeničtí nemocní mívají poruchy imunity se zvýšeným sklonem náchylnosti k infekcím (6, 16, 31).

Laboratorní vyšetření spočívá ve stanovení počtu erytrocytů, množství hemoglobinu, hematokritu a odvozených hodnot- středního objemu erytrocytů (MCV), středního množství a barevné koncentrace hemoglobinu v jednom erytrocytu a distribuční křivky erytrocytu. Dalším stádiem vyšetřování je stanovení železa v séru i s celkovou vazebnou kapacitou a saturací, feritinu a transferinu. Pokud se objeví manifestní nedostatek železa, bude anémie nejprve normocytární. Při poklesu hemoglobinu cca pod 110 g/l dochází ke zmenšování objemu krvinky a anémie se tak mění na mikrocytární. V časně fázi se vyskytuje normochromie, později se mění na hypochromii (6, 31, 40).

Pokud bude stanovena diagnóza sideropenické anémie, je nezbytné zjistit příčinu nedostatku železa v organismu. Stanovení příčiny je podmínkou správné léčby. Zjištění příčiny může odhalit jinou závažnou chorobu (1, 6).

Léčba sideropenie a sideropenické anémie se zakládá na odstranění příčiny krevních ztrát a substituci železa. Nejprve se preferuje dietní opatření se substitucí perorálního železa. K dispozici je celá řada preparátů např. Ferronat ret. tbl., Aktiferin cps., Ferrlecit inj., Ferrum inj. Substitute železa musí být v dostatečném množství a po

dostatečně dlouhou dobu. Parenterální podání železa je indikováno lékařem pouze tehdy, pokud je příčinou sideropenie prokázaná malabsorpce z trávicího ústrojí. Transfúze erymasy se podává při těžkém stupni anémie a při závažné symptomatologii (6, 16, 20, 40).

Prognóza onemocnění je příznivá pouze v těch případech, kdy lze odstranit příčinu krevních ztrát či jiný důvod nedostatku železa (6).

1.6.1.2 Specifika ošetrovateľskej péče u klientů s anémií z nedostatku železa

Ošetrovateľská péče u klientů s různými druhy anémií je obdobná, avšak u některých druhů se ošetrovateľská péče liší. Pokud si srovnáme příznaky a léčbu u jednotlivých typů anémií, uvědomíme si rozdíly v diagnostice, léčbě i při samotném ošetrování (28, 35).

Mírnější formy anémií se léčí ambulantně, kdy jsou klienti pravidelně sledováni a léčeni buď praktickým lékařem, nebo hematologem. Klienti s těžší formou anémie potřebují být hospitalizováni. Bývají přijímáni na standardní jednotku interního oddělení nebo na hematologické oddělení (12, 28, 35).

Poloha a pohybový režim u klienta, závisí na stupni soběstačnosti nemocného. Sestra musí nejprve zhodnotit stupeň klientovy soběstačnosti a následně dle toho provést příslušná opatření. Klient by měl být uložen v malém a klidném pokoji. Kvůli únavě, která je velmi častá, by sestra měla vybrat pokoj tak, aby měl klient vše v blízkosti. Pohybový režim je u klienta volný, v těžších stavech se doporučuje klidový režim. Poloha klienta je zpravidla přirozená. Není vyžadovaná speciální poloha, pouze v případě dušnosti uložíme klienta do zvýšené polohy nebo do polohy ortoptické, při níž bude sedět na lůžku mírně předkloněn se spuštěnými nohama, předloktí a ruce bude opírat o stolek. Při vzniklé dušnosti si sestra všimá charakteru a vyvolávající příčiny, pečuje o dokonalou průchodnost horních cest dýchacích a zahajuje léčbu kyslíkem, kterou lékař naordinoval. Po celou dobu sleduje průběh klientova stavu (12, 14, 32).

Sestra pravidelně monitoruje fyziologické funkce. Svou pozornost věnuje hlavně pulzu, který bývá u nemocných zvýšený. Pravidelným měřením sestra získá hodnoty, které pak zhodnotí a srovnává. Stálou kontrolou a dokumentací příznaků onemocnění (únava, dušnost, sliznice úst, barva sliznic, kůže, nehtových lůžek) sestra monitoruje stav klienta. Má tak možnost pozorovat změny a odchylky od optimálního vývoje. Důležitou povinností sestry je upozornit lékaře o krvácivých projevech např. do moče, stolice, z nosu apod. (12, 25).

Sestra postupně provádí všechna naordinovaná vyšetření (odběry krve, EKG), která jsou základem pro stanovení správné lékařské diagnózy. Zvýšenou pozornost by

měla dát zásadám a technikám správného odběru krve a uvědomit si důležitost tohoto úkonu. Tyto zásady již byly popsány u vyšetřovacích metod anémie (4, 28).

Sestra monitoruje účinky podaných léků, obzvláště železa. Sleduje jak účinky žádoucí, tak nežádoucí. Podávání železa, jako základního léku při léčbě sideropenické anémie, má svá specifika. Železo má celou řadu lékových forem. Nejčastěji to bývají tablety, suspenze, kapsle, sirupy, kapky nebo léky k intravenóznímu podání. Sestra podává léky 30 minut před jídlem, nebo nejdříve 2 hodiny po jídle, aby byla léčba železem efektivnější. Kapky je nejvhodnější užívat nalačno, pouze při příznacích dráždění gastrointestinálního traktu je možné kapky užívat při jídle. Nejlépe je nakapeme do ovocného čaje nebo ovocné šťávy a následně pak necháme zapít dostatečným množstvím tekutiny. Sirupy, kapsle, tablety sestra podává nejlépe nalačno a nechá zapít dostatečným množstvím tekutiny (vody, ovocné šťávy, ovocného čaje, pomerančový džus) (2).

Tekuté lékové formy mohou klientovi vytvořit tmavý povlak na zubech, proto by sestra měla podávat tekutou formu léku s malým množstvím tekutiny a následně nechat zapít. Povlak lze ze zubů odstranit namočeným hadříkem v roztoku jedlé sody (2).

Sestra klienta edukuje o potravinách a nápojích snižujících resorpci železa. Z potravin to jsou např. obilniny, vejce a celozrnný chléb. Nápoje snižující absorpci železa jsou mléko, káva, alkalické minerálky (Vincentka, Bílinská kyselka), černý a zelený čaj. Dále poučí klienta o možných negativních důsledcích podávání železa per os. Při perorální léčbě železem se může u klienta objevit pálení žáhy, nauzea, tlak v žaludku, zvracení, nechutenství, průjemy, u starších pacientů spíše zácpy. Přípravky obsahující soli železa mohou zbarvit klientovu stolici do černé barvy (2, 4).

Intravenózní přípravek železa je sterilní, tmavě hnědý, neprůhledný vodný roztok železa, určený výhradně k intravenózní injekci, nebo jako koncentrát pro přípravu infuzního roztoku. Aplikaci intravenózních injekcí provádí lékař nebo kvalifikovaná sestra podle odborné způsobilosti, nebo která má písemné pověření lékaře. Intravenózní podání železa musí být aplikováno přímo do žíly. Potřebnou dávku, kterou nemocný potřebuje, vypočítá lékař z výsledků krevních vyšetření a hmotnosti nemocného.

Vhodné žíly pro aplikaci jsou na pohmat měkké, velké a rovné. Mezi nevhodná místa aplikace se řadí sklerotizující žíla, žíla na dominantní končetině, paretické končetině, místa předešlé kanylace, malé, viditelné nehmavné žíly. Místa vpichu na horní končetině mohou být: *vena metacarpeae*, *vena cephalica*, *vena basilica*, *vena mediana cephalica*, *vena mediana basilica*, *vena mediana cubiti*. Při intravenózní aplikaci léku uložíme klienta vždy do polohy vleže, protože účinek léku je bezprostřední a nemůžeme předvídat reakci organismu. Přípravek železa sestra před podáním řádně vizuálně zkontroluje, v ampuli nesmí být usazeniny a roztok nesmí být nestejnorodý. Před podáním první terapeutické dávky novému klientovi, musí být pomalou injekcí po dobu 1 až 2 minut podána testovací dávka 1 – 2,5 ml. Pokud do 15 minut po podání nedojde k nežádoucím reakcím, může se podat zbytek iniciální dávky. Je-li přípravek železa naordinován do infuze, musí ho sestra naředit jedině ve 0,9% fyziologickém roztoku. Rychlost intravenózní injekcí je 1 ml neředěného roztoku za minutu. Po podané intravenózní injekci je třeba, aby sestra paži fixovala zvednutou a nataženou. Místo vpichu musí klient nebo sestra stlačovat nejméně po dobu 5 minut, aby se zamezilo riziku paravenózního úniku. Při aplikaci je třeba, aby sestra zajistila dostupnost vybavení pro kardiopulmonální resuscitaci a měla k dispozici léčbu anafylaktické reakce. Sestra musí důsledně sledovat klientův stav jak při aplikaci, tak po aplikaci železa intravenózní cestou (9, 23).

Mezi negativní reakce objevující se po podání patří přechodné změny chuti, bolesti hlavy, závratě, hypotenze, vyrážka, červenání, palpitace, svalové křeče. Pokud by sestra vyzorovala kterýkoli z nežádoucích účinků v závažné míře, je nutné o tom ihned informovat lékaře (9).

Hygienickou péči u klienta provádíme dle stavu soběstačnosti a zdravotního stavu. Pokud není klient dušný, unavený, vyčerpaný, provádí si hygienu sám. V případě neschopnosti klienta provést hygienu, sestra zajistí hygienickou péči. Zvýšenou pozornost sestra věnuje kůži, dutině ústní a genitáliím. Při výskytu poranění a změn na sliznici, musí pravidelně potírat rty, sliznice úst a jazyk. Jako přípravek lze použít borglycerin. K péči o rty sestra doporučí užití jeleního loje nebo placenty (12, 28, 35).

Vyprazdňování u klienta, který užívá perorální preparáty železa, může být úplně bez problémů, nebo se objeví zácpa či průjem. Stolice bývá tmavě zbarvena, téměř až do černa. Sestra musí klienta včas upozornit na tyto případné změny a problémy. Pokud má klient průjem, musíme u něho zajistit dostatečnou hydrataci. Pravidelně budeme zapisovat příjem tekutin. Pozornost musíme věnovat i péči o konečník, protože v okolí mohou vznikat opruzeniny. Pravidelně sleduje pravidelnost, vzhled, příměsi a problémy při vyprazdňování stolice. Všechny údaje sestra zaznamená do dekurzu. Pokud je klient soběstačný doporučíme, aby prováděl dostatečnou hygienu oblasti konečníku, zároveň mu poskytneme vhodné masti na okolí konečníku. Klienta trpícího zácpou po užívání perorálního preparátu železa, musíme poučit o zásadách v boji proti zácpě. Ráno podáme sklenici vlažné vody, seznámíme s nácvikem defekačního reflexu a během dne aktivně nabízíme vhodné tekutiny. Stolicí se snažíme změkčit vhodnou stravou. Při déletrvajících potížích podáme laxativa dle ordinace lékaře (12, 17, 28).

Ve většině případů mají klienti se sideropenickou anémií dietu číslo 3 (racionální). Strava by měla být podávána bohatá na vitamin C (lepší aktivace železa), železo, měď (ořechy, hovězí játra). Železo v potravinách má dvě formy – hemové a non-hemové. Železo označované jako hemové se vyskytuje v živočišné potravě, která původně obsahovala hemoglobin (červené maso, vnitřnosti, drůbeží maso, ryby). Non-hemové železo se vyskytuje především v rostlinné potravě, a to zejména v luštěninách, listové zelenině nebo sušeném ovoci. Strava musí být vždy chutně a vkusně upravena. Sestra si všímá, kolik nemocný přijme potravy během dne. Klientovi ve vážném stavu, který nemůže dobře polykat, podáváme kašovitou stravu, popřípadě stravu podáváme enterální sondou. V nejtěžších stavech jsou klienti vyživováni parenterálně (5, 12, 22, 35, 37).

Aktivita klienta by měla být úměrná zdravotnímu stavu. Upozorníme, aby se vyvaroval nadměrné fyzické zátěži a nadměrnému přetěžování. Zároveň dbáme na dostatečný odpočinek a spánek. Před spaním vytvoříme klientovi vhodné prostředí, tak aby mohl mít kvalitní a nerušený spánek po celou noc (12, 35).

Nesmíme opomenout psychickou stránku klientů. Během hospitalizace dáváme klientovi pocit jistoty, bezpečí a porozumění. (36).

Po úpravě zdravotního stavu je nemocný propuštěn do domácího léčení. Před odchodem do domácího prostředí musíme klientovi poskytnout dostatek srozumitelných a vhodných informací, které jsou v naší kompetenci. Doporučíme dostatek potravin obsahujících železo, zajistíme informační leták o vhodné skladbě potravin, informujeme o nutnosti dodržování správného pitného režimu a pravidelném užívání léků dle ordinace lékaře. Klient by měl i v domácím prostředí dodržovat klidnější režim, mít dostatek spánku a odpočinku, vyvarovat se velké fyzické zátěži. Poučíme o potřebě pravidelné návštěvy u lékaře (12, 35).

1.6.2 Normocytární anémie

Normocytární anémie jsou charakteristické normálním objemem erytrocytů. Hemoglobin je v krevním obraze snížený a počet retikulocytů navýšen (0,5-2%). U normocytární anémie se většinou vyskytuje normochromie. Mezi normocytární anémie se řadí anémie z primární poruchy dřeně (aplastická anémie, čistá aplazie červené řady, myelodysplastický syndrom) a anémie ze sekundární poruchy dřeně (infiltrace dřeně, anémie při urémii, anémie při infekci a chronickém onemocnění) (16).

1.6.2.1 Aplastická anémie

Aplastická anémie je onemocnění, u kterého dochází k útlumu kostní dřeně, v převážné většině všech tří řad. Rozeznáváme formu vrozenou a získanou. Získanou aplastickou anémii může vyvolat ionizující záření, podání chemoterapeutik, některé léky, chemické látky, infekce (hepatitis, EB virus, cytomegalovirus, HIV 1,2). Avšak až u 70% nemocných vyvolávající příčinu zjistit nelze (3, 16, 35).

Aplastická anémie postihuje rovnoměrně muže i ženy a to v jakémkoli věku. Při akutně vzniklém dřeňovém útlumu se objevují krvácivé a infekční projevy (horečka, nekrotizující stomatitida, kožní a slizniční krvácení, epistaxe, gynekologické krvácení). U chronicky probíhající formy jsou příznaky většinou méně vyjádřeny. Kromě horečky a krvácivých projevů se objevují i výraznější projevy anémie (cefalea, bledost, únava), (16).

Ke stanovení diagnózy je třeba získat podrobnou anamnézu. Těžiště diagnostiky je laboratorní vyšetření krve a kostní dřeně. V krevním obrazu bude zřetelná pancytopenie (úbytek všech typů krevních buněk) nebo bicytopenie (úbytek dvou řad), případně úbytek jedné řady (např. trombocytopenie). V diferenciálním obrazu je znatelná převaha lymfocytů. Nález vypadající podezřele na dřevový útluh je vždy nutné ověřit trepanobiopsií. (histologické vyšetření kostní dřeně), (3, 6, 19, 35).

Terapie aplastické anémie je velmi svízelná. Dnes se léčí metodami transplantací krvetvorných buněk a kombinované imunosuprese. Transplantace krvetvorných buněk je indikována u mladších nemocných s těžkou formou aplastické anémie. Důležitá součást léčby je podpůrná terapie. Do podpůrné léčby spadá podávání delukotizovaných transfúzí erytrocytů a trombocytů, intravenózních antibiotik, antimykotik, virostatik a imunoglobulinů (16).

1.6.2.2 Specifika ošetrovatelské péče u klientů s aplastickou anémií

Hlavním úkolem sestry při poskytování ošetrovatelské péče u klienta s aplastickou anémií je zajistit omezený kontakt s okolím. Kontakt s okolím musí být co nejmenší, aby se snížilo riziko přenosu infekce na nemocného. Pokud není možná nebo nutná reverzní izolace (ochrana nemocného před okolím ve sterilním boxu), klienta nesmíme ukládat na pokoj s jiným nemocným, který by byl infekční. Návštěvy u klienta musejí být rovněž omezeny. Před každým vstupem do pokoje či boxu musíme návštěvu převléct do plášťů a roušek, aby nedošlo k přenosu infekce (3).

Sestra musí důsledně dbát na dodržování bariérové ošetrovatelské péče, která má zabránit vzniku a šíření nozokomiálních nákaz. Nozokomiální nákaza je onemocnění, které vzniká u hospitalizované osoby ve zdravotnickém zařízení. Sestra musí dodržovat opatření, která minimalizují přenos infekce. Mezi tyto opatření patří používání ochranných oděvů a ochranných pomůcek, mytí a dezinfekce rukou dle pracovního postupu, používání jednorázových a individuálních pomůcek, udržování čistoty, zbytečné nepoškozování kožní bariéry klienta, dodržování aseptických postupů aj. Tato opatření musí sestra dodržovat při každé manipulaci s klientem (3, 13).

Ošetrovatelská péče o dutinu ústní spočívá ve vyplachování úst dezinfekčními a antimykotickými roztoky (např. Stopangin, Canesten, roztoky s kyselinou sorbovou). Při péči o chrup je nutné vybrat vhodný zubní kartáček, aby nedocházelo k poranění. Pokud zubní kartáček nevyhovuje, zkusíme jiný způsob čištění. Při krvácení z dásní zajistíme klientovi masážní roztoky (3).

Sestra zjistí stav klientovy pohyblivosti a soběstačnosti. Pokud potřebuje pomoc, bude mu nápomocná v denních činnostech.

Při ošetřování kožních defektů je nutné postupovat asepticky. Vždy provedeme dezinfekci rány a uděláme převaz (3).

U klientů se vyskytují různá krvácení. Sestra vždy upozorní lékaře na zjištěné krvácení. Např. u krvácení z nosu sestra udělá tamponádu pomocí tzv. Gelasponu (3).

Vzhledem k častým krevním převodům je nutné, aby sestra dala pozor při přípravě transfúzních preparátů, aby nedošlo k záměně. Kapitola týkající se transfúzí bude dále v práci popsána (3).

Jelikož součástí léčby je i podpůrná léčba, povinností sestry je důsledně a v přesných časových intervalech podávat antibiotika, antimykotika, virostatika aj. (3, 16).

Sestra musí pravidelně kontrolovat výsledky vzorků krve, moče, stolice, sterrů kůže a sliznic. Nedílnou součástí je znalost odběrů vzorků a přechovávání před přenosem do laboratoře (3).

Výživa nemocného hraje stále významnější roli v léčebném režimu. Sestra společně spolupracuje s nutričními pracovníky. Dohromady se podílejí na přípravě, výběru, ale i podávání stravy a nápojů. Sestra musí být informována, co klientovi může a nesmí podat (3).

1.6.3 Makrocytární anémie

Makrocytární anémie jsou charakteristické zvětšeným objemem erytrocytů. Hemoglobin bude snížený pod fyziologickou hladinu, počet retikulocytů bude normální. U makrocytární anémie se většinou vyskytuje hyperchromie. Mezi makrocytární anémie se řadí anémie s přítomností megaloblastů (anémie z nedostatku vitamínu B12 a

kyseliny listové, myelodysplastický syndrom) a anémie bez přítomnosti megaloblastů (anémie u jaterních chorob a hypotyreózy), (16).

1.6.3.1 Anémie z nedostatku vitaminu B12 a kyseliny listové

Anémie z nedostatku vitaminu B12 a kyseliny listové jsou kvůli morfologickému vzhledu erytrocytů označovány jako megaloblastické. Vznikají v důsledku nedostatečného přívodu vitaminu B12 či kyseliny listové, poruchy vstřebávání, poruchy transportu vitaminu B12, zvýšené spotřeby (těhotenství, růst), zvýšené ztráty a podávání některých léků. Nejčastější příčinou je porucha vstřebávání způsobená nedostatkem vnitřního faktoru a omezení resorpční plochy ve střevě (16).

Mezi nejčastěji vyskytovanou megaloblastickou anémií patří perniciózní anémie (zhoubná chudokrevnost, anémie Addison- Biermerova). Objevuje se zejména u lidí vyšší věkové skupiny. Jedná se o autoimunitní onemocnění, které je zapříčiněné tvorbou protilátek. Protilátky se tvoří buď proti parietálním buňkám žaludeční sliznice, proti vnitřnímu faktoru nebo proti receptorům schopným vázat komplex (vnitřní faktor-zevní faktor B12). Vnitřní faktor je nezbytný pro vstřebávání vitaminu B12 v ileu (3, 16, 40).

Klinický obraz u megaloblastických anémií se vyvíjí velice pomalu, jelikož máme těchto vitaminů v organismu poměrně velké zásoby. Příznaky se proto objevují až při těžkém stupni. Vyskytují se příznaky jednak nespecifické společné všem typům anémií, a jednak specifické. Mezi specifické příznaky patří Hunterova glositis (červený, vyhlazený, lesklý jazyk) a kůže mající žlutý nádech. Typická je neurologická symptomatologie, při níž se objevují parestázie v prstech končetin, poruchy hlubokého cití. Bývají i poruchy polohocitu, které se projevují nejistou chůzí a u těžkých stavů hypersplenomegalie (16, 20).

V krevním obraze je často výrazná hluboká anémie a makrocytózou (MCV > 100fl), zvýšená hodnota MCH a počet retikulocytů je snížený. U klientů bývá leukopenie, trombocytopenie a nález chronické gastritidy. Diagnóza se určí na základě megaloblastové přestavby kostní dřeně. K ověření deficitu B12 můžeme použít buď stanovení hladiny B12 v krvi, nebo tzv. Schillingův test. Schillingův test je scintigrafické vyšetření, kdy se perorálně požije radioaktivní B12 a následně se sleduje

jeho vyloučení močí. U perniciózní anémie budou prokázány protilátky proti parietálním buňkám a proti vnitřnímu faktoru (3, 16, 20).

Při nedostatku vitamínu B12 je nutná substituce. Nejprve je vitamin B12 podáván denně a to intramuskulárně. Po úpravě anémie se přechází na udržovací dávku jednu za měsíc. Substituční léčba je celoživotní. Vzhledem ke zvýšenému riziku karcinomu žaludku u nemocných s perniciózní anémií, je nutná jejich dispenzarizace u gastroenterologa. Při nedostatku kyseliny listové je dostačující denně podávat tablety kyseliny listové (Acidum folicum). Substituční léčba erytrocytární masou je jen zcela výjimečná u života ohrožujících stavů (16, 20, 31).

1.6.3.2 Specifika ošetrovateľskej péče u klientů s anémií z nedostatku vitamínu B12 a kyseliny listové

Ošetrovateľská péče u klientů s megaloblastickou anémií je podobná jako u sideropenické anémie. Existují však specifika ošetrování, která je nutno zdůraznit (12).

Sestra sleduje pohyblivost, která může být narušená. U klienta může pozorovat nejistou chůzi. Pokud klient trpí poruchami chůze, nabídne pomoc, při které zároveň zabrání vzniku úrazu (3, 12, 35).

Sestra musí být klientovi nápomocná i při běžných úkonech jako je např. osobní hygiena a příprava stravy. Klient často trpí obtížným stravováním, proto musí zvolit vhodnou přípravu a složení stravy (3).

U klienta se mohou objevit i různé druhy potíží na končetinách jako je brnění, bolestivost, pálení, parézy. Povinností sestry je, aby klientovi pomáhala, byla mu nápomocná a sledovala zmíněné projevy (3, 35).

Další úkoly sestry spočívají v přípravě klienta na řadu vyšetření (punkce kostní dřeně, gastrofibroskopie, RTG vyšetření a izotopová vyšetření), (12).

Je třeba vědět, že se u klienta mohou objevit psychické projevy, jako je např. zmatenost. Klienti jsou často úzkostliví, konfliktní a mají sníženou koncentraci. Všechny tyto změny musíme brát jako příznaky choroby, proto ke klientovi přistupujeme taktně a s pochopením (3, 12, 35).

Klientova strava by měla být bohatá na vitamin B12 a kyselinu listovou. Kyselina listová se vyskytuje v plno živočišných a rostlinných potravinách. Její příjem je dostatečný při běžné pestré stravě. Vitamin B12 je obsažen výhradně v živočišné stravě, proto vegetariánům hrozí riziko deficitu vitaminu B12 (20, 31).

Preparát vitaminu B12 se klientovi aplikuje nejčastěji intramuskulárně a nikdy ne intravenózní injekcí. Léky aplikují lékaři či sestry, v tom případě musí být lékař k dosažení. Aby se předcházelo vzniku bolestí a kožních pigmentací, je velmi důležité pečlivě aplikovat nitrosvalovou injekci. Před podáním injekce sestra očistí kůži a odtlačí podkožní tkáň asi 2 cm směrem dolů, aby minimalizovala pozdější prosáknutí léku. Nitrosvalovou injekci podává do horního zevního kvadrantu *musculus gluteus maximus* s použitím 5cm až 6cm jehly, aby mohla aplikovat hluboko do svalu. Po aplikaci injekce odtáženou tkáň vrátí zpět a místo vpichu alespoň na 1 minutu stlačí (12, 24).

Před propuštěním do domácí léčby klienta upozorníme na potřebnou aplikaci a perorální příjem léků (12).

1.6.4 Anémie se zvýšeným počtem retikulocytů

Tento typ anémií je charakteristický zvýšeným počtem retikulocytů. Hemoglobin je snížený pod fyziologickou hladinu a objem erytrocytů je v normě nebo dochází ke zvětšení objemu. U anémií se zvýšeným počtem retikulocytů bývá hodnota MCH (průměrná hmotnost hemoglobinu na erytrocyt) v normě či zvýšená. Mezi anémie se zvýšeným počtem retikulocytů řadíme korpuskulární hemolytické anémie, extrakorpuskulární hemolytické anémie, myelodysplastický syndrom a anémie při akutním krvácení, infekci (16).

1.6.4.1 Korpuskulární a extrakorpuskulární hemolytické anémie

Hemolytické anémie jsou charakterizovány předčasným a většinou překotným rozpadem červených krvinek. Příčina předčasného zániku může být v krvince, potom to jsou korpuskulární anémie, pokud je příčina mimo krvinku jedná se extrakorpuskulární anémii (3).

Korpuskulární hemolytická anémie patří mezi dědičná onemocnění. Příčinou je porucha složení erytrocytární membrány, enzymatického vybavení nebo porušená tvorba hemoglobinu. Mezi korpuskulární anémie patří dědičná sférocytóza, dědičná eliptocytóza, anémie při deficitu pyruvátinázy, anémie při deficitu glukóza-6-fosfátdehydrogenázy, alfa a beta thalasémie a srpkovitá anémie (16).

Klinicky se korpuskulární anémie projevuje anemickými příznaky, zvětšením sleziny, zvýšeným výskytem žlučových kamenů a kožními změnami. Při atace se objevuje ikterus, horečka, schvácenost, pocení, bolesti na hrudi, v břiše a kříži a dechové obtíže (3, 16).

Diagnóza se stanoví na základě průkazu hemolýzy v krvi. Diagnózu zejména potvrdí vyšetření rodinných příslušníků (3).

Extrakorpuskulární anémie je zapříčiněna buď imunitními, nebo neimunitními mechanismy. Mezi extrakorpuskulární anémie řadíme autoimunní hemolytickou anémii s tepelnými či chladovými protilátkami, polékovou hemolytickou anémii, hemolytickou chorobu novorozenců a mikroangiopatickou hemolytickou anémii (tato jediná je neimunitní hemolytická anémie), (16).

Klinicky se projevuje celkový otok, jádrový ikterus s poškozením mozkových jader a těžká anémie (3).

Diagnóza se stanoví na základě známek inkompatibility krve matky, plodu, nálezů protilátek v krvi dítěte, anémie a dalších komplikací (3).

Léčba u všech typů hemolytických anémií je velice specifická. Každý typ vyžaduje jiný druh léčby (16).

1.6.4.2 Specifika ošetrovatelské péče u klientů s korpuskulární a extrakorpuskulární hemolytickou anémií

Ošetřování nemocných se soustřeďuje na hemolytická období, která často probíhají velmi dramaticky. Při těchto obdobích dochází k prudké anemizaci (3).

Je třeba si všimnout všech příznaků, které se u klienta objeví. Zvláště pak v době hemolytických atak je nutné klienta bedlivě sledovat. Případné změny např. zjištění ikteru, krvácivých nebo trombotických projevů, teplot, bolestí, změn psychického stavu

ohlásí lékaři. Sestra zjišťuje výsledky krevního obrazu, krevní tlak, pulzovou frekvenci, teplotu těla. Klientovi podává léky působící analgeticky a antipyreticky. Klienta je třeba tišit a psychicky podpořit (3).

1.6.4.3 Akutní posthemoragická anémie

Akutní posthemoragická anémie vzniká v důsledku náhlé ztráty většího množství krve. Náhlá ztráta vzniká při např. ruptuře velkých cév, ruptuře sleziny, krvácení z jícnových varixů, mimoděložním těhotenství. Klient je ohrožen oběhovým selháním a šokem, v nejhorším případě až smrtí. Pokud ztráta krve vzniká delší dobu během jednoho až tří dnů, lze přežít ztrátu až 50-60% objemu krve (3, 16).

Klinický projev při akutní ztrátě krve je dán jednak snížením objemu cirkulující krve, a jednak nedostatečným přenosem kyslíku. Dochází k vazokonstrikci, přechodnému vzestupu krevního tlaku až k postupnému poklesu k obrazu hemoragického hypovolemického šoku s tachykardií, nitkovitým pulzem, slabostí, pocením, pocitem žízně, chladu končetin a dušností (3, 16).

Obraz anémie vzniká až po řadě hodin. V počáteční fázi není navýšen počet retikulocytů, postupně však jejich počet stoupá společně s leukocyty a trombocyty (16).

Léčba je komplexní, je nutné zastavit krvácení, urychleně doplnit krevní ztráty, aby se udržel dostatečný objem cirkulující krve. Zabráníme tak rozvíjejícímu se šoku podáním transfúzí plné krve, plazmy či jiných náhražek (3, 16).

1.6.4.4 Specifika ošetrovatelské péče u klientů s akutní posthemoragickou anémií

K povinnostem sestry patří sledování krevního tlaku, pulzové frekvence a dechu. Sestra asistuje lékaři při stavění krvácení. Nemocného polohuje a zabraňuje aspiraci při zvracení. Po celou dobu sleduje klientův celkový zdravotní stav a podávanou infúzní léčbu. Nezbytnou součástí péče je zklidnění klienta (3).

Intenzita ošetrovatelské péče závisí na příčině, intenzitě a délce trvání krvácení (3).

1.7 Transfúze

Transfúze představuje jednu z léčebných metod u anémie. Úspěšné zajištění transfúze v sobě ukrývá významný fakt vzájemně závislé a zodpovědné spolupráce sestry a lékaře. Pokud by se vyskytla v celém procesu jakákoli chyba, může být ohroženo zdraví i život klienta (18, 38).

Hemoterapie je prostředek léčby, při které jsou klientům podávány převody krve a přípravky z ní vyrobených. Krevní neboli transfúzní přípravky jsou produkty vyrobené nebo získané od krve dárců (38).

1.7.1 Transfúzní přípravky

Mezi základní transfúzní přípravky řadíme plnou krev, koncentráty erytrocytů, trombokoncentráty a plazmu (38).

Plná krev je kompletní krev, která obsahuje všechny své složky. Objem tohoto přípravku je asi okolo 450 ml. V praxi se plná krev využívá i pro přípravu dalších přípravků. Indikace plné krve je omezená na případy masivních ztrát krve (38).

Koncentráty erytrocytů jsou přípravky s dominantním obsahem erytrocytů a zbytkovou příměsí plazmy, leukocytů a trombocytů. Příměs trombocytů a leukocytů je dále ještě snižována u přípravků tzv. bez buffy coatu, případně úplně minimalizována u přípravků deleukotizovaných. Objem přípravků je okolo 250-300ml. Expirace přípravků se liší podle použitého konzervačního prostředku. Pohybuje se v rozmezí od 3 do 6 týdnů. Indikace těchto přípravků je u náhrad ztráty krve při větším krvácení nebo u anémií, kdy zdravotní stav klientů je nepříznivě ovlivněn. Mezi nepříznivé stavy patří slabost, bušení srdce, bolesti na hrudi při ischemické chorobě srdeční, kolapsy (38).

Trombokonzentráty jsou přípravky s koncentrovaným obsahem trombocytů v plazmě. Objem přípravků je okolo 300ml. Barvu mají světle žlutou až čirou. Indikace trombokoncentrátů se řídí podle aktuálního počtu trombocytů a dále s ohledem na charakter krvácení, rizikové faktory a příčinu trombocytopenie (38).

Plazma je kompletní, obsahuje všechny koagulační faktory, albuminy, imunoglobuliny a zcela minimální množství krevních buněk. Je indikována jako náhrada koagulačních faktorů (38).

Kromě výše uvedených přípravků existují ještě další, jako jsou např. koncentráty granulocytů, štěpy alogenních krvetvorných buněk, autologní plná krev, krvetvorné buňky a další (38).

Transfúzní přípravky musí projít zvláštní úpravou, než budou podány příjemci. Tyto úpravy se neprovádí vždy, pouze pokud jsou vyžadovány. Mezi speciální úpravy patří deleukotizace, iradiace a promytí (38).

Deleukotizace znamená odstranění příměsí leukocytů v koncentrátech trombocytů a erytrocytů. Deleukotizace erytrocytů může probíhat buď u lůžka klienta, nebo filtraci zajistí transfúzní stanice již při samotné výrobě přípravku. Význam spočívá ve snížení potransfúzních horeček, rizika přenosu infekce (např. cytomegaloviru) a tvorby protilátek proti antigenům transfundovaných krvinek. Deleukotizace by měla být vyžadována u klientů s předpokladem dlouhodobější a opakované potřeby transfúzí např. u aplastické anémie (38).

Iradiace neboli ozáření je úprava koncentrátů trombocytů, erytrocytů a plazmy za použití gama záření. Ozáření způsobí zneškodnění lymfocytů v přípravku. Tato úprava se provádí u klientů po alogenní a autologní transplantaci krvetvorných buněk nebo po chemoterapii (38).

Promytí se provádí u erytrocytů, za účelem maximálního odstranění plazmy, bílkovin, leukocytů a trombocytů. Promývání se provádí na transfúzní stanici. Toto opatření snižuje nebezpečí těžkých alergických reakcí a hemolýzy. Promyté erytrocyty jsou indikovány u klientů s těžkou autoimunitní hemolytickou anémií, nebo s opakovanými výraznými potransfúzními reakcemi (38).

Zhodnocení efektu podaného transfúzního přípravku vyžaduje posoudit míru zlepšení stavu klienta a změnu hodnot krevního obrazu. Podle typu a hloubky anémie bývá ústup potíží patrný již po podání jedné či dvou transfúzních jednotek (38).

1.7.2 Komplikace při transfúzi

Aplikace transfúzních příznaků může sebou přinést řadu vážných komplikací. Tyto komplikace můžeme minimalizovat vhodným výběrem dárců, dodržováním pravidel indikace a manipulace s přípravky a sledováním klientů. Komplikace podání transfúzních přípravků rozdělujeme na časné a pozdní (23, 38).

1.7.2.1 Časné komplikace

Časné komplikace vznikají do minut a hodin. Do časných komplikací řadíme febrilní (hečnaté) reakce, alergické reakce, hemolytické reakce, oběhové přetížení a febrilie a septický šok.

Horečnatá reakce je charakterizována vzestupem teploty o 1°C a více, často doprovázena třesavkou a zimnicí. Reakce je vyvolána protilátkami klientů, které jsou namířené proti darovaným trombocytům a leukocytům obsažených v přípravku.

Alergická reakce vzniká při přecitlivělosti klienta na některou složku přípravku. U klientů se může objevit zrudnutí, svědění, bledost, kolaps, palpitace, dušnost až anafylaktický šok.

Hemolytická reakce vzniká po podání nekompatibilní krve, následně nastává rozpak erytrocytů. Klienti můžou pociťovat bolesti zad, bolesti na hrudi, dušnost, nevolnost, svědění. Pozorovat můžeme i ikterus.

Oběhové přetížení nastává po podání transfúze především u starších nemocných nebo u nemocných s onemocněním srdce. Projevuje se srdečním selháním, městnáním tekutiny na plicích a následnou dušností, která se zhoršuje při poloze vleže.

Febrilie a septický šok vzniká při přemnožení bakterií v přípravku. Klienti mají celkově zhoršený stav s horečkou a hypotenzí (38).

1.7.2.2 Pozdní komplikace

Pozdní komplikace vznikají v rámci dnů až roků. Mezi pozdní komplikace patří alloimunizace, hemosideróza, přenos infekce a TA-GvHD.

Alloimunizace neboli tvorba protilátek je namířená proti antigenům na povrchu darovaných erytrocytů, trombocytů a leukocytů. Zvyšuje se tak riziko febrilních reakcí.

Hemosideróza neboli přetížení organismu železem je stav, který se stává po opakovaných transfúzích erytrocytů. Nadbytečné železo se začne ukládat v orgánech, následně pak bude poškozena jejich funkce.

Přenos infekce transfúzí může být např. viry hepatitidy, viry onemocnění AIDS, syfilis, CMV (cytomegalovirus).

TA-GvHD je s transfúzí spojená reakce štěpu proti hostiteli. Vzácně se může rozvinout u klientů s velice oslabenou imunitou (38).

1.7.2.3 Ošetrovatelská péče a realizace transfúze

Za indikaci a průběh transfúze je zodpovědný ošetřující lékař. Sestra však musí dodržovat předepsaná pravidla a zásady. Aktivně se podílí na celém procesu aplikace transfúze. Mezi kompetence sestry patří odběr klientovy krve na vyšetření krevní skupiny, příprava pomůcek, klienta, provedení zajišťovací zkoušky kompatibility u lůžka klienta, zajištění žilního vstupu dle domluvy s lékařem, sledování klienta a vedení dokumentace (38).

Sestra musí vždy připravit klienta na transfúzi krve, vysvětlit důvody, uklidňovat a zajistit informovaný souhlas. Klienta by měla o všem dostatečně informovat dle její kompetence (18).

Sestra dále zajistí odběr vzorku na izoserologické vyšetření, při němž se zjistí krevní skupina, Rh faktor a provede se křížová zkouška. Před odběrem si musí připravit vhodnou zkumavku určenou na transfúzní stanici a vyplněnou žádanku. Řádně ji označí jménem a rodným číslem klienta. Na odběr venózní krve si připraví všechny potřebné pomůcky. Před samotným odběrem je základem se ujistit, že krev odebíráme správnému klientovi, proto klienta vyzveme, aby se identifikoval svým jménem, přijímáním a datem narození. Odebraný vzorek odešleme společně s žádankou na transfúzní stanici (38, 39).

Po převzetí transfúzního přípravku sestra překontroluje, zda je to ten, který si žádala (typ, jméno klienta, krevní skupinu a expiraci). Porovná data na průvodním listu a transfúzním přípravku. Dále provede zápis údajů o přípravku do dokumentace a informuje lékaře o převzetí přípravku. Sestra musí přípravek správně skladovat

a šetrně s ním manipulovat. Nevystavuje ho přímému slunci a chrání ho před působením vyšších teplot. Přípravek může být aplikován až po dosažení pokojové teploty (38, 39).

Sestra před podáním transfúze připraví všechny potřebné pomůcky, mezi které řadíme krevní vak se žádankou o izoserologickém vyšetření, transfúzní set, sangvíttest se séry anti- A a anti- B, dezinfekci, rukavice, tampóny, jehlu a emitní misku (18, 38).

Bezprostřední příprava klienta spočívá ve vysvětlení postupu při aplikaci transfúze, oznámení doby trvání (1-2 hodiny). Klienta informujeme o možných komplikacích, poučíme ho, aby v případě obtíží přivolal sestru. Následně klienta vyzveme, aby se vymočil a pohodlně uložil. Podložíme horní končetinu, změříme krevní tlak, pulz a teplotu. Všechny naměřené hodnoty zapíšeme do záznamu (18, 38).

Zajišťovací zkoušku provádíme u lůžka klienta. Sestra odebere vzorky z transfúzního přípravku erytrocytů a krve klienta na ověření krevní skupiny klienta a erytrocytárního koncentrátu. Tuto zajišťovací zkoušku provádíme pomocí diagnostické soupravy tzv. sangvíttestu. Lékař pak zhodnotí výsledek zkoušky, zkontroluje údaje a dá souhlas k provedení transfúze. Sestra dále napojí set s koncentrátem na nitrožilní přístup a zahájí biologickou zkoušku na pokyn lékaře (rychlá aplikace 20 ml přípravku, celkem 3 krát). Nedojde-li k rozvoji komplikací, pokračujeme v transfúzi. Rychlost podání transfúze sestra konzultuje s lékařem. Transfúze by neměla trvat delší dobu než 2 hodiny. Sestra zapíše čas zahájení aplikace. V průběhu transfúze musí klienta kontrolovat, jak rychlost podání, tak jeho celkový stav. V případě výskytu komplikací okamžitě přeruší transfúzi a informuje lékaře (18, 38).

Po ukončení transfúze sestra zaznamená do dokumentace čas ukončení a aktuální hodnoty krevního tlaku, pulzu a tělesné teploty. Po skončení musí klienta ještě minimálně hodinu pozorovat a vyptávat se na jeho obtíže. Veškeré použité pomůcky likviduje jako nebezpečný odpad. Vaky se zbytkem přípravku sestra uchová v lednici po dobu 24 hodin po podání transfúze (38).

1.7 Potřeby nemocného v ošetrovatelství

Člověk jako lidská bytost má své vlastní jedinečné vlastnosti, postoje, názory a potřeby. Potreba je projevem nedostatku, chybění něčeho. Pro potřeby je charakteristické, že jsou předmětné (potřeba je vždy potřebou něčeho), dynamické (neustále se mění) a cyklické (mohou se opakovat). Potřeby jsou pro člověka nepostradatelné a v průběhu života se mění jak v kvalitě, tak v kvantitě. Každý své potřeby vyjadřuje a uspokojuje jiným způsobem (8, 36).

Dle amerického psychologa Abrahama Maslowa se potřeby dělí na tzv. nižší a vyšší. Do nižších potřeb se řadí fyziologické potřeby (potřeby pohybu, čistoty, výživy, vyprazdňování, spánku, kyslíku, sexuální potřeba), potřeby jistoty a bezpečí (vyvarování se nebezpečí, ohrožení, vyjádření touhy po důvěře a stabilitě). Vyšší potřeby jsou představovány potřebou sounáležitosti a lásky (potřeby milovat a být milován, potřeba být sociálně integrován), uznání a sebeúcty a potřebou seberealizace. Všechny tyto vyšší i nižší potřeby byly organizovány v hierarchickém systému podle své naléhavosti. Hierarchie byla uspořádána do pyramidy, kde spodní část pyramidy tvoří nižší potřeby a vrchní část obsazují vyšší potřeby. V roce 1995 byla tato hierarchie potřeb upravena podle Atkinsonové, Atkinson, Smith (viz. příloha 1). Tito autoři do hierarchie potřeb přidali potřeby kognitivní (potřeby vědět a rozumět) a estetické (8, 36).

Mezi faktory, které zhoršují uspokojování potřeb, patří nemoc, individualita člověka, mezilidské vztahy, vývojové stádium člověka a okolnosti, za kterých nemoc vzniká. Nemoc brání klientovi v uspokojování potřeb, proto sestra je nápomocná v uspokojování jejich fyziologických i psychických potřeb. S postupem uzdravování klienta klesá potřeba pomoci sestry. Nemocní často věnují svoji pozornost hlavně na potřeby fyziologické a potřebami vyššími se přechodně nezabývají (8, 36).

Zjištěním a pochopením potřeb klienta sestra zařadí zjištěné problémy do priorit a následně vytvoří plán ošetrovatelské péče. Cílem činnosti sestry je poskytnout klientovi včasnou pomoc, v co největší míře zajistit adaptaci na změněné prostředí a získat klientovu samostatnost v uspokojování potřeb (8, 36).

2. Cíle práce a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

1. Zjistit specifika ošetrovatelské péče u klientů s anémií hospitalizovaných na interním oddělení a docházejících do hematologické ambulance.
2. Zjistit neuspokojené potřeby u klientů s anémií docházejících do hematologické ambulance.

2.2 Výzkumné otázky

1. Jaká jsou specifika ošetrovatelské péče u klientů s anémií hospitalizovaných na interním oddělení a docházejících do hematologické ambulance?
2. Jaké neuspokojené potřeby udávají klienti s anémií docházející do hematologické ambulance?

3. Metodika

3.1 Metodika výzkumu

Ve výzkumné části bakalářské práce byla použita metoda kvalitativního výzkumu. Technikou sběru dat byl polostrukturovaný rozhovor. Kvalitativní výzkum byl prováděn u 2 výzkumných vzorků. První výzkumný vzorek tvořilo 6 anemických klientů, kteří byli objednáni do hematologické ambulance Nemocnice České Budějovice, a.s. Druhý výzkumný vzorek tvořilo 6 sester pracujících na interním oddělení a v hematologické ambulanci Nemocnice České Budějovice, a.s.

Polostrukturovaný rozhovor s anemickými klienty (viz. příloha 2) byl vytvořen na základě prostudované odborné literatury a z koncepčního ošetrovatelského modelu M. Gordonové. Celkem obsahoval 47 otázek. Identifikační údaje tvořily první 2 otázky, dále následovala uzavřená otázka týkající se uspokojení či neuspokojení potřeb klienta, zbylých 44 otázek nám zjišťovalo potřeby klienta. Polostrukturovaný rozhovor se sestrami (viz. příloha 3) obsahoval celkem 12 otázek. Otázky byly zaměřeny na specifika ošetrovatelské péče o anemické klienty.

Na základě rozhovoru s anemickými klienty byly vytvořeny kazuistiky. Nejdůležitější výsledky kazuistik byly zpracovány v kategorizačních tabulkách a základních grafech. Výsledky rozhovoru se sestrami byly zpracovány do kategorizačních tabulek a základních grafů. Rozhovory byly zcela anonymní. Sběr dat se uskutečnil v průběhu měsíce března roku 2010.

3.2 Charakteristika výzkumného vzorku

Kvalitativní výzkum byl prováděn u dvou výzkumných vzorků. První výzkumný vzorek tvořili anemičtí klienti, kteří byli objednáni během 2 dnů do hematologické ambulance Nemocnice České Budějovice, a.s. Těmto klientům byl po příchodu do ambulance odebrán vzorek krve, ze kterého se zjišťovalo, zda jim musí být podána krevní transfúze. Z výsledků krve vyplynulo, že u 6 klientů musí být aplikována krevní transfúze. Těchto 6 anemických klientů bylo osloveno, všichni dali souhlas pro

uskutečnění rozhovoru. V časové prodlevě mezi doručením transfúzního přípravku a podáním transfúze pak byla možnost vést rozhovory.

Druhý výzkumný vzorek tvořilo 6 registrovaných sester pracujících na interním oddělení a v hematologické ambulanci Nemocnice České Budějovice, a.s. V hematologické ambulanci byly osloveny 3 sestry, na interním oddělení byly náhodně osloveny rovněž 3 sestry.

4. Výsledky

4.1 Výsledky rozhovorů s klienty

Na základě provedených rozhovorů s anemickými klienty byly sepsány kazuistiky. Ze zaznamenaných rozhovorů jsou pak nadále vytvořeny kategorizační tabulky, ve kterých jsou vypsány nejdůležitější údaje výzkumu.

4.1.1 Kazuistiky respondentů

Kazuistika respondenta č. 1

Respondent č. 1 je žena ve věku 79 let, v důchodu, původním povoláním knihovnice. Onemocnění, kterými trpí, jsou anémie, depresivní stavy a velké množství alergií. Před dvěma měsíci spadla na náledí a utrpěla úraz páteře, kvůli kterému byla šest týdnů hospitalizována na traumatologickém oddělení a na oddělení následné péče. Návštěva hematologické ambulance je opakovaná. Projev anémie, který pociťuje, je značná únava. Její barva kůže je bledá, ale svou barvu kůže vnímá jako normální.

Jako neuspokojené potřeby respondentka uvádí potřebu pohybu a potřebu integrace. Zbylé potřeby vnímá jako uspokojené. U sexuální potřeby, potřeby sounáležitosti, potřeby uznání souhlasu a potřeby autonomie respondentka neví, zda jsou uspokojené.

V oblasti stravovacích návyků se u respondentky nic nezměnilo. Stravu udává jako velmi bohatou a pestrou. Jídlo jí přináší velké potěšení. Po úraze a nutné hospitalizaci ubyla na váze asi 5 kilogramů. Své stravování nyní vnímá jako velmi dostatečné a nic by na něm neměnila. Občas se u ní objevují potíže s trávením, ale není to dlouhodobý stav, který je většinou zapříčiněný nevhodnou kombinací stravy. Denně vypije okolo 2 litrů tekutin. O svém denním příjmu tekutin si myslí, že je dostatečný.

Respondentka chodí přes den často močit. Frekvence močení je závislá na jejím denním příjmu tekutin. Při močení nemá žádné potíže. Stolicí má pravidelnou, zpravidla úplně bez problémů, někdy se u ní objeví zácpa. S dýcháním respondentka nemá problémy.

Respondentka spí denně přibližně 10 hodin. Většinou usíná ve 22 hodin večer a probouzí se ráno kolem osmé hodiny. Svůj spánek vnímá jako kvalitní, i když se během noci občas budí, jelikož musí na toaletu. Anémie respondentku omezuje zejména v běžných denních činnostech. Dopoledne je unavená, proto si nechává práci a nutné úkoly na odpoledne. Denní práce se snaží udělat sama, ale občas je tak unavená, že práci raději odloží na později.

Informací o nemoci má dostatek, nemá proto potřebu se dále informovat. Informace získala od lékaře, který jí vše dostatečně a srozumitelně vysvětlil. Mnoho informací si sama vyhledává v literatuře.

Myslí si, že přístup blízkého okolí se k respondentce nezměnil, stále o ni velmi pečují a starají se. Svou osobu v době nemoci vnímá stále stejně. Respondentka se cítí být částečně nezávislá. Pokud to jde, snaží se vše udělat sama, ale někdy to její zdravotní stav nedovoluje. Po prodělaném úraze potřebuje pomoc od své dcery téměř každý den. Dcera jí chodí na nákupy a napomáhá v domácnosti. V době nemoci se nejčastěji seberealizuje čtením knih. Svůj zájem o vzhled je u respondentky stále stejný.

Respondentky blízké okolí tvoří rodina a nejbližší přítelkyně, v případě potřeby dokážou podat pomocnou ruku. Podpory a lásky má od svých blízkých dostatek, zejména pak od své dcery a manžela. Do společnosti nechodí kvůli nedávnému úrazu páteře. Před úrazem pravidelně chodila na procházky, kde často navazovala kontakt s lidmi a zapomínala tak na své starosti. Nyní jí tyto procházky schází.

V sexuálním životě se nic nezměnilo. Myslí si, že sexuální život v jejím věku už nehraje velkou roli.

Pro respondentku představuje největší stresující událost těžká nemoc manžela, která se podepsala na jejím psychickém stavu. Sama neví, jak se s velkými životními problémy vyrovnat. Je introvert, proto nechce nikoho obtěžovat a raději se s problémy vypořádává sama.

Její nejcennější životní hodnotou je zdraví. Na druhé místo žebříčku hodnot řadí rodinu a na třetí místo lásku. Její víra je římsko-katolická, ale v době nemoci neví, jestli jí v něčem napomáhá.

V současnosti se cítí bezpečně, ale dává na sebe stále pozor, aby neupadla. Respondentka pociťuje úzkost téměř pořád. Nejvíce se úzkostné stavy objevují v dopoledních hodinách. S úzkostí se snaží bojovat, ale nedaří se jí to. Strach má zejména o svého manžela z důvodu jeho vážné nemoci. Ze strany svého blízkého okolí pociťuje dostatek jistoty a bezpečí. Vždy se na svou rodinu může spolehnout. K ošetřujícímu personálu má dostatek důvěry. Respondentka je důchodkyně, proto nemoc nenarušuje její zaměstnání.

V době nemoci se u respondentky nezměnily její hygienické návyky. Respondentka ale cítí omezení při provádění hygienické péče. Důvodem omezení je špatná pohyblivost. Respondentka má bolesti v oblasti zad. Tyto bolesti zapříčiňuje prodělaný úraz. Intenzitu bolesti vnímá, na stupnici od jedné do deseti, číslem čtyři.

Respondentky pohybový režim se změnil kvůli prodělanému úrazu. Pohyb jí hodně unavuje, proto při aktivnějším pohybu si musí dávat přestávky k odpočinku.

Kazuistika respondentka č. 2

Respondent č. 2 je muž ve věku 88 let, v důchodu, původním povoláním dělník. Respondent trpí chudokrevností. Do hematologické ambulance dochází opakovaně. Jeho návštěvy ambulance jsou většinou po 3 až 4 týdnech, ale záleží na jeho momentálním zdravotním stavu. Jako příznak anémie respondent uvádí hlavně velkou únavu.

Jako neuspokojené potřeby respondent vnímá potřeby pohybu, spánku, vyprazdňování a realizovat vlastní potenciál. Zbylé potřeby uvádí jako uspokojené. U sexuální potřeby, potřeby sebeúcty a potřeby autonomie respondent neví, zda jsou uspokojené.

V oblasti výživy si respondent stěžuje na zhoršenou chuť k jídlu. Téměř nemá potřebu přijímat potravu. Často se u něho objevují zažívací problémy, jako je nadýmání a špatné trávení. V poslední době respondent udává úbytek váhy. Během dne vypije okolo jednoho litru tekutin. Respondent ví, že jeho výživa a množství tekutiny nejsou dostatečné, ale sám se nedonutí něco měnit.

V noci respondenta sužuje časté močení, které je téměř v hodinových intervalech. Přes den tak často nemočí. Vylučování stolice je u respondenta velice nepravidelné, jiné potíže spojené s vylučováním stolice nemá. Při námaze se respondentovi hůře dýchá.

Svůj spánek vnímá jako nekvalitní, protože se v noci budí kvůli časté potřebě močení. Z nedostatku spánku pospává i přes den. Respondenta anémie omezuje zejména v denních činnostech. Velmi často je hned unaven, proto může vykonávat pouze nenáročnou činnost. S fyzicky náročnějšími činnostmi mu vypomáhá manželka.

Veškeré informace o nemoci získal od lékaře. Myslí si, že jsou tyto informace dostatečné a velice srozumitelné.

Respondent se cítí být závislý na druhých lidech, zejména pak na manželce, která mu velice pomáhá. U manželky pozoruje větší zájem, z důvodu jeho zhoršeného zdravotního stavu. Oblast seberealizace u respondenta zanikla, dříve byl kutil, což ho velice naplňovalo. Rád by v této zálibě pokračoval, ale jeho zdravotní stav mu to nedovoluje. Zájem o respondentův vzhled se nezměnil.

Mezi jeho nejbližší blízké osoby patří manželka a dcera. Obě mu jsou v případě potřeby nápomocny. Respondent je velice rád, že má ve svém okolí někoho, na koho se může spolehnout. V současnosti pocítuje od svých blízkých dostatek lásky a podpory. Dříve velmi často chodil hrát mariáš s přáteli. Nyní již nikam nechodí, proto není v kontaktu se svými bývalými přáteli, což ho velice mrzí.

Na otázku změny v sexuálním životě respondent nechce odpovídat.

Respondenta v současné době netrápí žádná stresová situace. Pokud v jeho životě nastaly vážnější problémy, vždy se mohl spolehnout na svou manželku, která mu byla pokaždé oporou.

Respondent vyznává římsko-katolickou církev, ale nepocítuje, že by mu víra napomáhala v době nemoci. V oblasti životních hodnot řadí na první místo zdraví, na druhé místo rodinu a na třetí místo lásku.

Respondent se cítí být v kruhu svých blízkých v bezpečí. Pocit větší jistoty v něm vzbuzují zejména nejbližší příbuzní a ochotní sousedé. K ošetřujícímu personálu má dostatek důvěry. Respondent v současnosti nemá pocit úzkosti, ale někdy má obavy

z pádu, protože nemá dostatek jistoty při chůzi. Respondent je již starobní důchodce, proto mu nemoc nenarušuje jistotu zaměstnání.

V oblasti hygienické péče respondent pociťuje změnu zejména v soběstačnosti. Nejvíce mu při hygieně pomáhá manželka, ale mnoho úkonů se snaží zvládat sám. Hygienu provádí u umyvadla, protože kvůli jeho špatné pohyblivosti se nedostane do vany. Bolest pociťuje zejména v oblasti kyčelních kloubů. Intenzitu bolesti respondent označuje, na stupnici od 1 do 10, číslem 3.

Pohyblivost je u respondenta značně omezená. Důvodem jeho zhoršené pohyblivosti jsou problémy s kyčlemi a zvýšená únava. Vzhledem k jeho zdravotnímu stavu není schopen delších vycházek, proto veškeré nákupy obstarává manželka.

Kazuistika respondenta č. 3

Respondent č. 3 je muž ve věku 84 let, v důchodu. Respondent trpí chudokrevností, vznikající špatnou poruchou funkcí kostní dřeně, nízkým tlakem a cukrovkou odhalenou před 35 lety. Hematologickou ambulanci navštěvuje opakovaně již 2 roky. Projevy způsobené anémií nemůže z důvodu svých malých znalostí o této nemoci posoudit.

Jako neuspokojené potřeby vnímá potřeby vyprazdňování a realizovat vlastní potenciál. Zbýlé potřeby uvádí jako uspokojené. Sexuální potřebu neví, zda jí má uspokojenou.

Respondentovo stravování se změnilo zejména v oblasti množství stravy. Dříve jedl mnohem méně, dnes je pro něho strava velkým potěšením. Přesto za poslední 2 roky zaregistroval velký váhový úbytek, téměř až 20 kg. Respondent nemá během přijímání potravy žádné potíže. Svou stravu vnímá jako dostatečnou. Přestože ví, že se doporučuje vypít alespoň dva litry tekutin, sám vypije okolo jednoho litru tekutin, protože si nevzpomene pít. Proto svůj pitný režim označuje jako nedostatečný.

Respondent užívá lék Furon, proto jeho frekvence močení je mnohem častější. Pokud jde někam na delší dobu, tabletu si nebere, aby neměl potřebu příliš častého močení. Při močení nemá jinak žádné potíže. Stolicí má většinou pravidelnou, záleží na

aktuálním složení stravy. Respondent neudává žádné problémy při vyprazdňování stolice. Dýchání je většinou v pořádku, ale jsou dny, kdy se mu hůře dýchá.

Respondentova doba spánku se pohybuje okolo 8 hodin. Čím jde později spát, tím i později vstává. Občas se ale i po kvalitním spánku budí unaven. Respondent má nízký tlak a trpí únavou, proto není schopen vykonávat náročné činnosti. Bydlí sám v rodinném domku, ale synovec jej navštěvuje každý den a pomáhá mu v domácích činnostech.

O své nemoci je respondent dostatečně informován. Péči, která je mu věnována, si nemůže vynachválit. Moc si cení své praktické lékařky, která je velice pečlivá a vždy mu dokáže vyhovět a pomoci. Většina informací získaných od zdravotnického personálu je mu srozumitelných. Pokud však něčemu nerozumí, zeptá se.

V době své nemoci svou osobu vnímá stále stejně. Myslí si, že přístup okolí k jeho osobě se nezměnil. Respondent by byl nejradši úplně nezávislý na druhých lidech, ale ví, že jeho zdravotní stav mu to nedovoluje. Myslí si, že jeho závislost na ostatních není tak obtěžující. Od té doby, co respondentovi zemřela manželka, se již nevěnuje jeho oblíbeným zájmovým činnostem. Zvýšený nebo snížený zájem o svůj vzhled nepozoruje.

Pomocnou ruku mu v době nemoci nejvíce podávají nejbližší příbuzní, zejména synovec, velmi ochotní sousedé a přátelé. Myslí si, že od svých blízkých má nadmíru podpory a lásky. I v době nemoci má respondent neustále kontakt s nejbližšími přáteli, proto necítí žádné odloučení od společnosti.

Oblast sexuálního života respondent uvádí za „již dávno zapomenutou“.

Respondenta momentálně netrápí žádná stresová situace. V případě větších životních problémů se musí spoléhat většinou sám na sebe, nerad obtěžuje své okolí.

Respondent udává, že ke svému životu víru nepotřebuje, proto je nevěřící. V oblasti životních hodnot respondent řadí na první místo zdraví, na druhé místo rodinu, na třetí místo přátelé a na čtvrté místo spokojenost.

Respondent se nyní cítí bezpečně. V minulosti se mu několikrát stala osudnou nepozornost a následný pád, proto si teď při chůzi dává větší pozor. Od svých blízkých cítí dostatek jistoty i pocitu bezpečí. K ošetřujícímu personálu má dostatek důvěry.

V respondentovi momentálně nic nevyvolává úzkost ani strach, cítí se v relativní pohodě. Respondent je již starobní důchodce, nenarušuje se jistota zaměstnání.

Své hygienické návyky respondent nemění. Pouze delší dobu pozoruje pomalost při vykonávání hygieny. Respondent pociťuje bolesti v oblasti kloubů. Tyto bolesti jsou pouze občasné. Na stupnici od jedné do deseti, respondent intenzitu bolesti udává na čísle tři.

Pohyb je v současnosti zhoršen. Po dlouhé zimě, kdy respondent nechodil ven, se cítí zesláblý. Nyní, při lepším počasí se vydává na kratší procházky. Jakmile cítí únavu, raději se vrací zpět domů. K chůzi používá francouzské berle.

Kazuistika respondenta č. 4

Respondent č. 4 je muž ve věku 59 let, v důchodu. Respondent trpí chudokrevností, cukrovkou léčenou inzulinem a onemocněním plic, kvůli kterému byl na operaci. Do hematologické ambulance dochází po dobu jednoho roku. K projevům chudokrevnosti, které na sobě pociťuje či pozoruje, patří únava, bledost a zhoršené dýchání.

Jako neuspokojené potřeby uvádí, potřeby pohybu, výživy a spánku. Zbylé potřeby vnímá jako uspokojené.

Respondent má již delší dobu problémy se stravováním. Ztrácí chuť k jídlu, proto i množství stravy je výrazně menší. V současnosti respondent trpí velkou nevolností. Za poslední dobu respondent zaznamenal úbytek váhy. Svou výživu vnímá jako nedostatečnou. Za den přijme okolo 1,5 litru tekutin. Myslí si, že toto množství tekutin je dostačující.

Vylučování moči u respondenta probíhá v pořádku. Denně chodí močit přibližně sedmkrát. Trpí nepravidelným vyprazdňováním stolice. Většinou se u něho vyskytuje zácpa. Respondent má často dýchací potíže.

Respondent spí přibližně 8 hodin, ale obvykle méně. Svůj spánek vnímá jako nekvalitní, proto pravidelně užívá léky na spaní. Tyto léky, mu dle jeho názoru, spánek zkvalitňují. Nemoc ho omezuje natolik, že není schopen skoro žádné činnosti. Většinu času je unaven, proto využívá pomoci od svých blízkých.

Respondent je dostatečně informován lékařem o jeho nemoci. Informace mu jsou srozumitelné.

V době nemoci pocítuje od okolí větší zájem o svou osobu. Sám sebe v době nemoci vnímá stále stejně. Respondent se cítí být částečně závislý na druhých lidech, protože jeho zdravotní problémy mu nedovolují jinou variantu. Na seberealizaci nemá pomyšlení, je rád, že může doma v klidu odpočívat. Zájem o vzhled teď nepovažuje za důležitý.

Ve svém okolí má lidi, kteří mu vždy v případě nouze pomáhají. Za nejdůležitější osoby v jeho životě považuje svou matku a blízké přátele. Myslí si, že od svých nejbližších má dostatek lásky i podpory. Respondenta velmi mrzí, že kvůli zdravotnímu stavu nemůže žít normální společenský život. Velkou část času tráví ve svém bytě, jinak než do zdravotnických zařízení se nedostane.

Na otázku ohledně sexuálního života respondent nechtěl odpovídat.

Respondent nepocítuje stres. Své velké životní problémy řeší se svou matkou, která mu dokáže poradit a pomoci.

V oblasti životních hodnot respondent uvádí pouze jednu životní hodnotu, která u něj hraje největší význam. Touto hodnotou je zdraví. Respondent nevyznává žádné náboženství.

Momentálně se respondent cítí v bezpečí. Má ale stavy úzkosti, které ho trápí již delší dobu. Ze strany svého nejbližšího okolí pocítuje dostatek jistoty a bezpečí, a to zejména ze strany své matky. Respondent je již v důchodu, proto není narušena jistota zaměstnání.

V době nemoci se jeho zvyky v oblasti hygieny nezměnily. Překážky, které by mu narušovaly hygienickou péči, si nevybavuje. Respondent nyní nepocítuje žádnou bolest.

Respondentův pohybový režim je ovlivněn jeho zdravotním stavem. Pokud se cítí lépe, má chuť k pohybu, pokud se cítí špatně, pohybový režim omezuje.

Kazuistika respondenta č. 5

Respondent č. 5 je muž ve věku 76 let, v důchodu. Onemocnění, kterými trpí, jsou anémie, astma, zvětšená prostata a hemoroidy. Do hematologické ambulance dochází opakovaně po dobu 2 let. Četnost návštěv je přizpůsobená aktuálnímu zdravotnímu stavu. Projevy anémie, které na sobě pozoruje, uvádí výraznou únavu, bledost a dušnost.

Jako neuspokojené potřeby respondent vnímá, potřeby pohybu, kyslíku a spánku. Zbylé potřeby uvádí jako uspokojené. Sexuální potřebu neví, zda má uspokojenou.

Stravovací návyky se u respondenta nezměnily. Dle respondentova vyjádření se stravuje přiměřeně, svou stravu považuje za dostatečnou, protože váží kolem 87 kilo. Za poslední dobu na sobě nepozoroval žádný úbytek váhy. Respondenta netrápí žádné zažívací potíže. Denně vypije okolo dvou litrů tekutin, což udává za dostatečné denní množství.

Respondent nemá při močení žádné problémy. Pokud pije více, tak častěji chodí močit. Občas má nucení na moč i během noci, což mu narušuje spánek. Stolicí má zpravidla pravidelnou. Občas má průjem či zácpu. Potíže spojené s dýcháním má respondent velmi často, nejvíce při námaze, ale jsou dny, kdy se mu špatně dýchá i v klidu.

Se spánkem má respondent potíže. V průměru spí denně okolo 6 až 7 hodin. Skoro pravidelně bere léky na spaní, jinak by se nevyspal. Svůj spánek z těchto důvodů neudává jako kvalitní. Anémie respondenta omezuje zejména v běžné denní činnosti. Nedokáže dlouho vydržet u práce. Na nákupy musí chodit dcera, obědy mu zajišťuje pečovatelská služba.

Všechny informace získané od lékařů jsou mu srozumitelné a dostačující. Nemá potřebu si další informace dohledávat.

Okolí k respondentovi přistupuje stále stejně, nemá pocit, že by se něco změnilo. Svou osobu vnímá stále stejně. Závislost na svých blízkých přiznává, ale sám není rád, že tomu tak je. Během dne většinou čte knihy nebo luští křížovky, tyto činnosti ho zabaví, ale i dokážou naplnit. Zájem o vzhled se dle respondenta vůbec nemění.

Ve svém okolí považuje za největší pomocníky dceru a dva syny. Od těchto osob má dostatek podpory i lásky. Respondenta nemoc neomezuje v kontaktu s okolím. Se všemi známými má možnost se telefonicky spojit.

Svůj sexuální život již nepovažuje ve svém věku za důležitý, proto ani nemá žádné změny v sexuálním životě.

Respondent nepocituje stres. Své životní problémy řeší nejprve sám, ale pokud se jedná o velký problém, řeší jej nejčastěji se svou nejbližší rodinou.

V oblasti životních hodnot uvádí na prvním místě zdraví, dále pak rodinu a spokojenost. Víru vyznává římsko- katolickou, ale v době nemoci nemůže říci, že by mu víra pomáhala snadněji se vyrovnávat s nemocí

Nyní se respondent cítí v bezpečí. Ze své rodiny pocituje dostatek jistoty a bezpečí. Z ničeho nemá strach, ani netrpí úzkostí. K ošetřujícímu personálu nemá žádné výhrady. Personál považuje za profesionály, tudíž má k nim dostatek důvěry. Respondent je již v důchodovém věku, proto není narušena jistota zaměstnání.

Oblast hygienické péče se u respondenta nezmění. Svou hygienu provádí stále stejně kvalitně. Občas se cítí dost unavený, ale hygienu se snaží zvládat bez pomoci. Bolesti nyní respondent nepocituje.

S pohybem má velmi často problémy. Kvůli únavě nevydrží dlouho chodit, proto se po 30 minutách chůze zastaví a odpočine si. Pohyb přesto považuje za důležitý.

Kazuistika respondenta č. 6

Respondent č. 6 je žena ve věku 87 let, v důchodu. Trpí chudokrevností a potížemi se srdcem, na kterém prodělala operaci By-pass. Hematologickou ambulanci navštěvuje již už řadu let. Dříve návštěvy hematologické ambulance nebyly tak časté, postupem času se stupňovaly a nyní jsou téměř po 14 dnech. K projevům anémie respondentka připisuje zejména ztrátu síly, únavu a dušnost.

Jako neuspokojenou potřebu respondentka uvádí, potřebu vyvarovat se nebezpečí, ohrožení. Zbylé potřeby vnímá jako uspokojené. U sexuální potřeby uvádí, že neví, zda je uspokojena.

Poslední dobou nemá příliš chuť k jídlu, ale i přesto se snaží jíst pravidelně. Po operaci srdce ubyla na váze až 20 kilo. Nyní se její úbytek váhy zastavil. Svou výživu označuje jako dostatečnou. Respondentka ví, že musí pít, proto se denně snaží vypít alespoň 2 litry tekutin. Myslí si, že toho množství je dostačující.

Vylučování moči je přes den u respondentky časté, z důvodu užívání léku Furon. Jiné potíže než časté močení nemá. Stolicí nemá pravidelnou, poslední dobou jí obtěžuje zácpa. Jiné potíže s vyprazdňováním neudává. S dýcháním má problémy, zejména při namáhavé činnosti.

Denně spí okolo 8 hodin. Svůj spánek vnímá jako kvalitní. Respondentka se snaží být soběstačná. Zvládá téměř všechny domácí činnosti, pouze obědy má dovážené od svých dcer.

O své nemoci je dostatečně informována od svého ošetřujícího lékaře. Všem informacím od lékaře rozumí.

Respondentka nepocituje změnu v chování ze strany svého okolí. Na otázku změny vnímání sebe sama respondentka neumí odpovědět. Na lidech se cítí být nezávislá, i přes občasnou pomoc dcer. V době nemoci ráda zapojuje své myšlení, tudíž čte knihy, luští křížovky a sleduje pořady v televizi. Svůj zájem o vzhled má již v těchto letech velice snížený.

Z nejbližšího okolí, ze strany dcer, pocituje dostatek lásky a podpory. Myslí si, že je částečně izolována od společnosti. Za posledních pár let se její kontakt s okolím výrazně snížil. Díky rodině se necítí tak osamoceně.

Změnu v sexuálním životě nepocituje. Myslí si, že v jejím věku už není důležitý.

Stres na sobě v současné době nepozoruje. Své životní problémy nejčastěji řeší se svou rodinou, jelikož je těžko zvládá sama.

V oblasti životních hodnot respondentka řadí na první místo zdraví. Na druhém místě udává rodinu a na třetím místě lásku. Respondentka nevyznává žádnou víru.

Jelikož respondentka bydlí sama v panelovém bytě, necítí se být vždy v úplném bezpečí, tak jak by si představovala. Někdy má dny, kdy je úzkostlivá, sama neví, co takové stavy vyvolá. Ze strany svého blízkého okolí má pocit jistoty. K ošetřujícímu

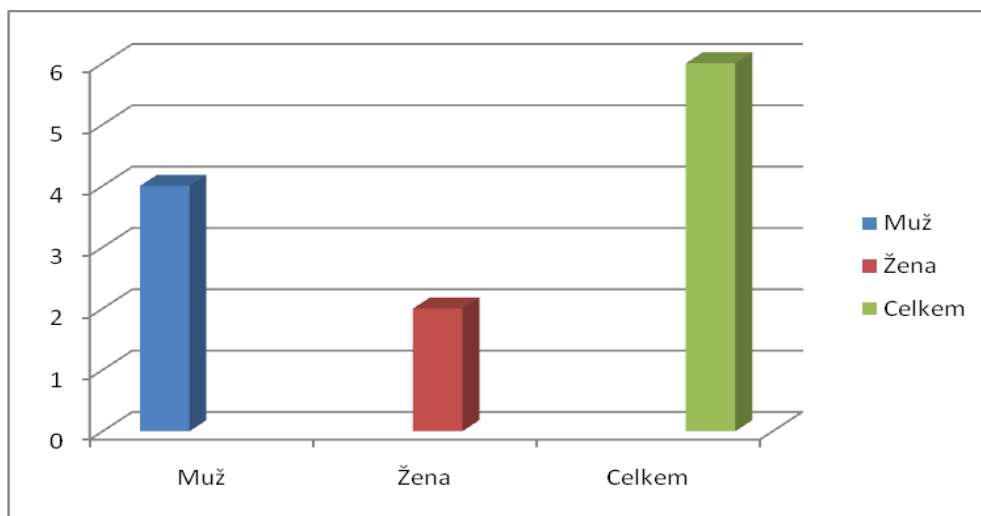
personálu má důvěru. Už dlouhou dobu je v důchodu, proto nemoc nenarušuje jistotu jejího zaměstnání.

Hygiena u respondentky probíhá stále stejně. Myslí si, že s touto činností nemá žádné problémy. Bolest nepocítuje žádnou.

Pohybový režim je kvůli chudokrevnosti narušený. Dlouhodobější pohyb respondentku unavuje, přesto se snaží neustále pohybovat, aby se nezhoršila její fyzická kondice.

4.1.2 Základní grafy

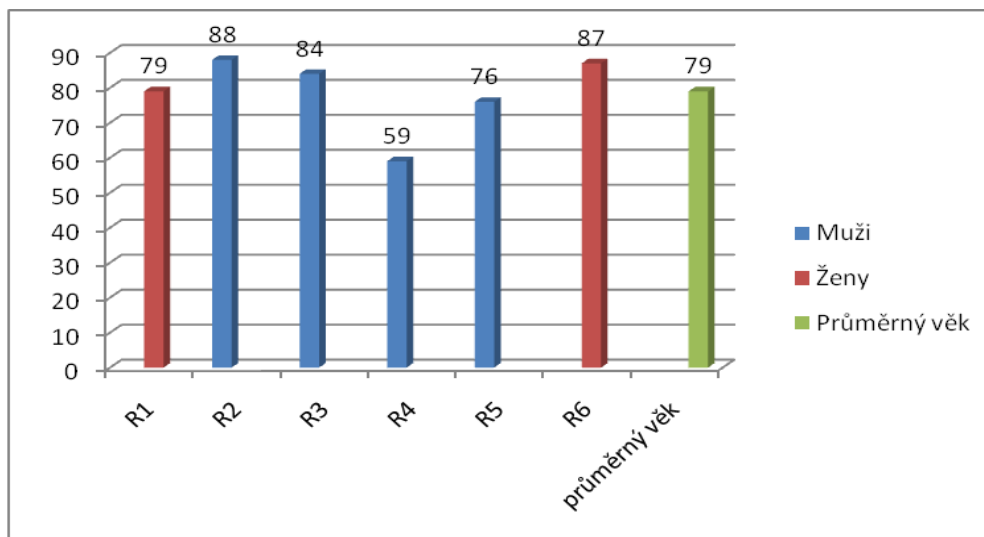
Graf 1 Pohlaví respondentů



Zdroj: Vlastní výzkum

Tento graf prezentuje pohlaví respondentů. Z celkového počtu 6 (100%) respondentů byli 4 (67%) muži a 2 (33%) ženy.

Graf 2 Věk respondentů



Zdroj: Vlastní výzkum

Tento graf znázorňuje věk respondentů. Průměrný věk respondentů byl 79 let. Respondenti mužského pohlaví byli ve věku 88, 84, 59 a 76 let. Respondenti ženského pohlaví byli ve věku 79 a 87 let.

4.1.3 Kategorizace dat v tabulkách

Seznam kategorizačních skupin

1. Návštěvnost hematologické ambulance (tabulka 1)
2. Pozorované či pociťované projevy anémie (tabulka 2)
3. Výživa a tekutiny (tabulka 3)
4. Zvládání běžných denních činností (tabulka 4)
5. Spánek a potíže se spaním (tabulka 5)
6. Potíže vyskytující se s dýcháním (tabulka 6)
7. Omezení vznikající po pohybové stránce (tabulka 7)
8. Změny v hygienických návycích (tabulka 8)
9. Vnímání pocitu bezpečí (tabulka 9)
10. Vnímání nezávislosti na okolí (tabulka 10)
11. Začlenění během nemoci do společnosti (tabulka 11)
12. Možnost seberealizace v době nemoci (tabulka 12)

Tabulka 1

Návštěvnost hematologické ambulance

R= respondent	R1	R2	R3	R4	R5	R6	Součet
Opakovaně navštěvuji	X	X	X	X	X	X	6
Docházím 1 rok				X			1
Docházím 2 roky			X				1
Docházím řadu let						X	1

Zdroj: vlastní výzkum

Tato tabulka nám prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentů na otázku: je Vaše návštěva hematologické ambulance opakovaná? Nejčastější kategorií odpovědi respondentů byla, *opakovaně navštěvuji*, která byla uvedena celkem šestkrát. Zbýlé kategorie odpovědi byly uvedeny jedenkrát.

Tabulka 2

Pozorované či pociťované projevy anémie

R = respondent	R1	R2	R3	R4	R5	R6	Součet
Únava	X	X		X	X	X	5
Bledost	X			X	X		3
Dušnost				X	X	X	3
Nemám znalosti o projevech anémie			X				1
Ztráta síly						X	1

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentů na otázku: jaké projevy chudokrevnosti na sobě pociťujete či pozorujete? Nejčastější kategorií odpovědi respondentů byla *únava*, která byla uvedena celkem pětikrát. Kategorie odpovědi *bledost* a *dušnost* byly uvedeny celkem třikrát. Kategorie odpovědi *nemám znalosti o projevech anémie* a *ztráta síly* byly uvedeny jedenkrát.

Tabulka 3

Výživa a tekutiny

R = respondent	R1	R2	R3	R4	R5	R6	Součet
Dostatečná výživa	X		X		X	X	4
Nedostatečná výživa		X		X			2
Chuť k jídlu nemám		X		X		X	3
Úbytek na váze	X	X	X	X			4
Potíže s trávením	X	X		X			3
Dostatek tekutin	X			X	X	X	4
Nedostatek tekutin		X	X				2

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentů na výživu a tekutiny. Nejčastější kategorie odpovědi byly *dostatečná výživa*, *dostatek tekutin* a *úbytek na váze*, které byly uvedeny celkem čtyřikrát. Kategorie odpovědi *chuť k jídlu nemám* a *potíže s trávením* byly zastoupeny celkem třikrát. Kategorie odpovědi *nedostatečná výživa* a *nedostatek tekutin* byly uvedeny celkem dvakrát.

Tabulka 4**Zvládání běžných denních činností**

R = respondent	R1	R2	R3	R4	R5	R6	Součet
Nejsem schopný/á vykonávat z důvodu únavy			X	X			2
Nejsem schopný vykonávat z důvodu nízkého tlaku			X				1
Nevydržím dlouho u práce					X		1
Téměř zvládám všechny činnosti						X	1
Práci odkládám na později, pokud cítím únavu	X						1
Vykonávám pouze nenáročnou činnost		X					1

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka nám znázorňuje v kategorizované formě odpovědi respondentů na otázku: jakým způsobem Vás omezuje nemoc při vykonávání běžné denní činnosti? Nejčastější kategorií odpovědí byla, *nejsem schopný/á vykonávat z důvodu únavy*, která byla uvedena celkem dvakrát. Kategorie odpovědí *nejsem schopný/á vykonávat z důvodu nízkého tlaku*, *nevydržím dlouho u práce*, *téměř zvládám všechny činnosti*, *práci odkládám na později, pokud cítím únavu*, *vykonávám pouze nenáročnou činnost*, byly uvedeny celkem jedenkrát.

Tabulka 5

Spánek a potíže se spaním

R = respondent	R1	R2	R3	R4	R5	R6	Součet
Kvalitní spánek	X		X			X	3
Nekvalitní spánek		X		X	X		3
Nedostatek spánku, spím přes den		X					1
Budím se v noci	X	X			X		3
Někdy únava po probuzení			X				1
Užívám léky na spaní				X	X		2

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentů na otázky: vnímáte svůj spánek jako kvalitní?, máte problémy se spaním? Nejčastější kategorie odpovědi byly *kvalitní spánek*, *nekvalitní spánek* a *budím se v noci*, které byly uvedeny celkem třikrát. Kategorie odpovědi *užívám léky na spaní*, byla zastoupena celkem dvakrát. Kategorie odpovědi *nedostatek spánku, spím přes den* a *někdy únava po probuzení*, byly uvedeny celkem jedenkrát.

Tabulka 6

Potíže vyskytující se s dýcháním

R = respondent	R1	R2	R3	R4	R5	R6	Součet
Nevyskytují se	X						1
Občas se hůře dýchá		X	X				2
Při námaze		X			X	X	3
Časté potíže				X	X		2
V klidovém stavu					X		1

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka prezentuje v kategorizované formě odpovědi na otázku: pociťujete obtíže spojené s dýcháním? Nejčastější kategorie odpovědi byla *při námaze*, která byla uvedena celkem třikrát. Kategorie odpovědi *občas se hůře dýchá* a *časté potíže* byly zastoupeny celkem dvakrát. Kategorie odpovědi *nevyskytují se* a *v klidovém stavu* byly uvedeny celkem jedenkrát.

Tabulka 7

Omezení vznikající po pohybové stránce

R = respondent	R1	R2	R3	R4	R5	R6	Součet
Mám, z důvodu vedlejších onemocnění	X	X					2
Mám, z důvodu únavy	X	X	X		X	X	5
Potřebuji odpočinek	X				X		2
Mám, záleží na zdravotním stavu				X			1
Nevydržím se dlouho pohybovat					X	X	2

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentů na omezení vznikající po pohybové stránce. Nejčastější kategorie odpovědí byla, *mám, z důvodu únavy*, která byla uvedena celkem pětkrát. Kategorie odpovědí *mám, z důvodu vedlejších onemocnění* a *potřebuji odpočinek* a *nevydržím se dlouho pohybovat*, byly zastoupeny celkem dvakrát. Kategorie odpovědi *mám, záleží na aktuálním zdravotním stavu*, byla uvedena celkem jedenkrát.

Tabulka 8

Změny v hygienických návycích

R = respondent	R1	R2	R3	R4	R5	R6	Součet
Zhoršená soběstačnost		X					1
Potřebuji pomoc		X					1
Hygiena se nezměnila	X		X	X	X	X	5
Pozoruji pomalost			X				1

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentů na otázku: změnily se z důvodu nemoci Vaše hygienické návyky? Nejčastější kategorie odpovědí byla, *hygiena se nezměnila*, která byla uvedena celkem pětkrát. Kategorie odpovědi *zhoršená soběstačnost*, *potřebuji pomoc* a *pozoruji pomalost*, byly uvedeny celkem jedenkrát.

Tabulka 9**Vnímání pocitu bezpečí**

R = respondent	R1	R2	R3	R4	R5	R6	Součet
Cítím se v bezpečí	X	X	X	X	X		5
Musím dávat pozor, aby nedošlo k pádu	X		X				2
Ano cítím, ale pocit bezpečí nemám vždy						X	1

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka nám znázorňuje v kategorizované formě odpovědi respondentů na otázku: cítíte se v současnosti v bezpečí? Nejčastější kategorie odpovědi byla, *cítím se v bezpečí*, která byla uvedena celkem pětkrát. Kategorie odpovědi *musím si dávat pozor, aby nedošlo k pádu*, byla uvedena celkem dvakrát. Kategorie odpovědi *ano cítím, ale pocit bezpečí nemá vždy*, byla uvedena celkem jedenkrát.

Tabulka 10**Vnímání nezávislosti na okolí**

R = respondent	R1	R2	R3	R4	R5	R6	Součet
Jsem částečně závislý/á na okolí	X			X			2
Jsem závislý na svém okolí		X	X		X		3
Zdravotní stav nedovoluje být nezávislý/á	X		X	X			3
Cítím nezávislost na okolí						X	1

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentů na otázku: cítíte se být nezávislý/á na druhých lidech? Nejčastější kategorie odpovědi byla *jsem závislý/á na svém okolí*, *zdravotní stav nedovoluje být nezávislý*, které byly uvedeny celkem třikrát. Kategorie odpovědi *jsem částečně nezávislý/á na okolí*, byla uvedena celkem dvakrát. Kategorie odpovědi *cítím nezávislost na okolí*, byla uvedena celkem jedenkrát.

Tabulka 11**Začlenění během nemoci do společnosti**

R = respondent	R1	R2	R3	R4	R5	R6	Součet
Do společnosti nechodím z důvodu úrazu	X						1
Společnost mi schází	X	X		X			3
Do společnosti nechodím		X		X			2
Mám kontakt se společností			X		X		2
Částečně vnímám odloučení od společnosti						X	1

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka nám znázorňuje v kategorizované formě odpovědi respondentů na otázku: máte v době nemoci omezené začlenění do společnosti? Nejčastější kategorie odpovědi byla, *společnost mi schází*, která byla uvedena celkem třikrát. Kategorie odpovědi *do společnosti nechodím* a *mám kontakt se společností*, byly uvedeny celkem dvakrát. Kategorie odpovědi *do společnosti nechodím z důvodu úrazu* a *částečně vnímám odloučení od společnosti*, byly uvedeny celkem jedenkrát.

Tabulka 12**Možnost seberealizace v době nemoci**

R = respondent	R1	R2	R3	R4	R5	R6	Součet
Ano, mám možnost se seberealizovat	X				X	X	3
Seberealizace ustoupila		X	X				2
Nemám, z důvodu špatného zdravotního stavu				X			1

Zdroj: Vlastní výzkum

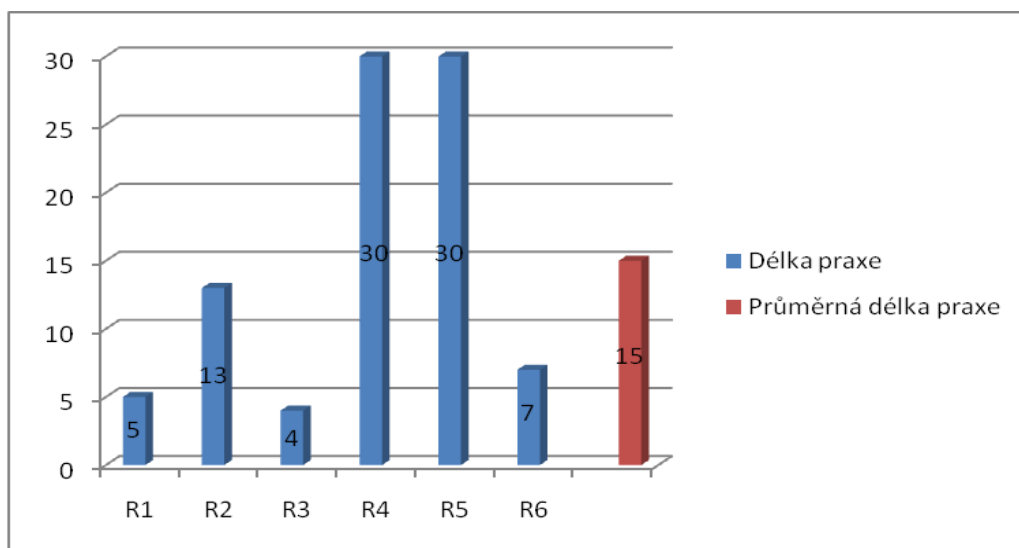
Tabulka nám znázorňuje v kategorizované formě odpovědi respondentů na otázku: máte možnost se v době nemoci seberealizovat? Nejčastější kategorie odpovědi byla, *ano, mám možnost se seberealizovat*, která byla uvedena celkem třikrát. Kategorie odpovědi *seberealizace ustoupila*, byla uvedena celkem dvakrát. Kategorie odpovědi *nemám, z důvodu špatného zdravotního stavu*, byla uvedena celkem jedenkrát.

4.2 Výsledky rozhovoru se sestrami

4.2.1 Základní grafy

Graf 3

Délka praxe

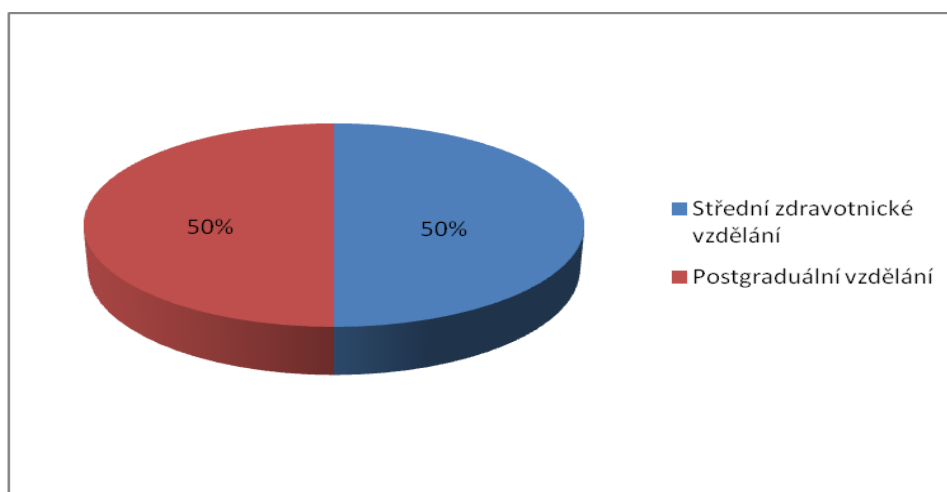


Zdroj: Vlastní výzkum

Tento graf znázorňuje délku praxe respondentek na interním oddělení a v hematologické ambulanci. Respondentky mají délku praxe 5, 13, 4, 30, 30 a 7 let. Průměrná hodnota délky praxe je 15 let.

Graf 4

Nejvyšší dosažené vzdělání



Zdroj: Vlastní výzkum

Tento graf znázorňuje nejvyšší dosažené vzdělání respondentek. Respondentky mají nejvyšší dosažené vzdělání střední zdravotnické 3 (50%) a postgraduální 3 (50%).

4.2.2 Kategorizace dat v tabulkách

Seznam kategorizačních skupin

1. Spatřování specifíků v ošetřování anemických klientů (tabulka 13)
2. Pozorované příznaky na anemických klientech (tabulka 14)
3. Zaznamenání častějších odběrů krve (tabulka 15)
4. Komplikace po krevní transfúzi (tabulka 16)
5. Aplikace intravenózního podávání železa (tabulka 17)
6. Problémy vzniklé při podávání intravenózního železa (tabulka 18)
7. Doporučení změny složení stravy (tabulka 19)
8. Výskyt zažívacích potíží po podání medikace (tabulka 20)
9. Doporučení změny pohybového režimu (tabulka 21)
10. Ošetřování klienta s aplastickou anémií (tabulka 22)
11. Zvláštnosti ošetřování klienta s aplastickou anémií (tabulka 23)
12. Poučení dávající se anemickým klientům před propuštěním do domácí péče (tabulka 24)

Tabulka 13**Spatřování specifík v ošetřování anemických klientů**

R = respondent	R1	R2	R3	R4	R5	R6	Součet
Ano, spatřuji		X	X			X	3
Ano, jako u jiných onemocnění				X	X		2
Nevím	X						1

Zdroj: Vlastní výzkum

Tato tabulka prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentů na otázku: jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání? Nejčastější kategorie odpovědí byla *ano, spatřuji*, celkem byla uvedena třikrát. Kategorie odpovědí *ano, jako u jiných onemocnění*, byla uvedena celkem dvakrát. Kategorie odpovědí *nevím*, byla uvedena celkem jedenkrát.

Tabulka 14**Pozorované příznaky na anemických klientech**

R = respondent	R1	R2	R3	R4	R5	R6	Součet
Bledost	X	X	X	X	X	X	6
Dušnost	X	X	X	X	X	X	6
Únava	X	X	X	X	X	X	6
Nestabilní chůze		X					1
Dle typu anémie				X	X		2

Zdroj: Vlastní výzkum

Tato tabulka prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentů na otázku: jaké hlavní příznaky pozorujete u anemických klientů? Nejčastější kategorie odpovědí byly *bledost*, *dušnost* a *únava*, celkem byly uvedena šestkrát. Kategorie odpovědí *dle typu anémie*, byla uvedena celkem dvakrát. Kategorie odpovědí *nestabilní chůze*, byla uvedena celkem jedenkrát.

Tabulka 15**Zaznamenání častějších odběrů krve**

R = respondent	R1	R2	R3	R4	R5	R6	Součet
Ano, zaznamenala	X	X	X	X	X	X	6
Záleží na zdravotním stavu			X	X	X		3
Ano, pacienti s tím počítají			X			X	2

Zdroj: Vlastní výzkum

Tato tabulka prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentů na otázku: zaznamenal/a jste u anemických klientů zvýšený počet odběrů krve? Nejčastější kategorie odpovědí byla *ano, zaznamenala*, celkem byla uvedena šestkrát. Kategorie odpovědí *záleží na zdravotním stavu*, byla uvedena celkem třikrát. Kategorie odpovědí *ano, pacienti s tím musejí počítat*, byla uvedena celkem dvakrát.

Tabulka 16**Komplikace při krevní transfúzi**

R = respondent	R1	R2	R3	R4	R5	R6	Součet
Ano, setkala	X	X	X	X	X	X	6
Teplota	X	X	X	X	X	X	6
Alergická reakce	X						1
Zimnice				X	X		2
Třesavka				X			1
Zvracení					X		1
Anafylaktický šok	X						1

Zdroj: Vlastní výzkum

Tato tabulka prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentů na otázku: setkala jste se během své praxe s komplikacemi při podávání krevní transfúze? Nejčastější kategorie odpovědí byla *ano, setkala*, celkem byla uvedena šestkrát. Kategorie odpovědí *zimnice*, byla uvedena celkem dvakrát. Kategorie odpovědí *alergická reakce*, *třesavka*, *zvracení* a *anafylaktický šok*, byla uvedena celkem jedenkrát.

Tabulka 17**Aplikace intravenózního podávání železa**

R = respondent	R1	R2	R3	R4	R5	R6	Součet
Ano, setkala	X	X	X	X	X	X	6

Zdroj: Vlastní výzkum

Tato tabulka prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentů na otázku: setkal/a jste se během své praxe s intravenózním podáním železa? Nejčastější kategorie odpovědi byla *ano, setkala*, celkem byla uvedena šestkrát.

Tabulka 18**Problémy vzniklé při podávání intravenózního železa**

R = respondent	R1	R2	R3	R4	R5	R6	Součet
Ano, nastaly problémy				X	X	X	3
Ne, problémy nenastaly	X	X	X				3
Pacientovi se udělalo nevolno				X	X	X	3
Dušnost					X		1
Zmatenost				X			1

Zdroj: Vlastní výzkum

Tato tabulka prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentů na otázku: vyvstaly nějaké problémy při intravenózní aplikaci železa? Nejčastější kategorie odpovědi byla *ano, nastaly problémy* a *ne, nenastaly problémy* a *pacientovi se udělalo nevolno*, celkem byly uvedeny třikrát. Kategorie odpovědi *dušnost* a *zmatenost*, byla uvedena celkem jedenkrát.

Tabulka 19**Doporučení změny složení stravy**

R = respondent	R1	R2	R3	R4	R5	R6	Součet
Ano, dávám, záleží dle typu anémie			X				1
Ne, nedávám doporučení						X	1
Ne, nedávám, při hospitalizaci není možná změna stravy				X	X		2
Ne, nedávám lékařská záležitost	X	X					2

Zdroj: Vlastní výzkum

Tato tabulka prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentů na otázku: doporučujete anemickým klientům změnu ve složení stravy? Nejčastější kategorie odpovědi byla *ne, nedávám, při hospitalizaci není možná změna stravy a ne, nedávám, lékařská záležitost*, celkem byly uvedeny dvakrát. Kategorie odpovědi *ano, dávám, záleží na typu anémie* a *ne, nedávám doporučení*, byly uvedeny celkem jedenkrát.

Tabulka 20**Výskyt zažívacích potíží po podání medikace**

R = respondent	R1	R2	R3	R4	R5	R6	Součet
Ano, vyskytly se potíže	X	X	X	X	X		5
Ne, nevyskytly se potíže						X	1
Nevolnost					X		1
Zvláštní chuť v ústech		X					1
Zácpy		X	X	X	X		4
Průjmy			X	X	X		3

Zdroj: Vlastní výzkum

Tato tabulka prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentů na otázku: setkal/a jste se během své praxe se zažívacími potížemi po podání medikace u anemických klientů? Nejčastější kategorie odpovědi byla *ano, vyskytly se potíže*, celkem byla uvedena pětkrát. Kategorie odpovědi *zácpy*, byla uvedena celkem čtyřikrát. Kategorie odpovědi *průjmy* byla uvedena celkem třikrát. Kategorie odpovědi *ne, nevyskytly se potíže, nevolnost a zvláštní chuť v ústech* byly uvedeny celkem jedenkrát.

Tabulka 21**Doporučení změny pohybového režimu**

R = respondent	R1	R2	R3	R4	R5	R6	Součet
Ano, doporučuji		X	X	X	X	X	5
Ne, nedoporučuji	X						1
Upozorňuji na opatrnost			X		X		2
Záleží na zdravotním stavu pacienta		X		X	X	X	4
Po transfúzi doporučuji klidový režim			X		X		2

Zdroj: Vlastní výzkum

Tato tabulka prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentů na otázku: doporučujete anemickým klientům změnu pohybového režimu? Nejčastější kategorie odpovědí byla *ano, doporučuji*, celkem byla uvedena pětkrát. Kategorie odpovědí *záleží na zdravotním stavu pacienta*, byla uvedena celkem čtyřikrát. Kategorie odpovědí *upozorňuji na opatrnost* a *po transfúzi doporučuji klidový režim*, byly uvedeny celkem dvakrát. Kategorie odpovědí *ne, nedoporučuji*, byla uvedena celkem jedenkrát.

Tabulka 22**Ošetřování klienta s aplastickou anémií**

R = respondent	R1	R2	R3	R4	R5	R6	Součet
Ano, ošetřovala jsem		X		X	X	X	4
Nevím	X						1
Ne, neošetřovala jsem			X				1

Zdroj: Vlastní výzkum

Tato tabulka prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentů na otázku: měl/a jste možnost během své praxe ošetřovat klienta s aplastickou anémií? Nejčastější kategorie odpovědí byla *ano, ošetřovala jsem*, celkem byla uvedena čtyřikrát. Kategorie odpovědí *nevím* a *ne, neošetřovala jsem*, byly uvedeny celkem jedenkrát.

Tabulka 23**Zvláštnosti ošetřování klienta s aplastickou anémií**

R = respondent	R1	R2	R3	R4	R5	R6	Součet
Dodržování bariérové péče				X	X	X	3
Nevím		X					1

Zdroj: Vlastní výzkum

Tato tabulka prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentů na otázku: jaké zvláštnosti v ošetřování se u klientů s aplastickou anémií vyskytly? Tato otázka navazovala na předchozí odpovědi respondentů. Nejčastější kategorie odpovědí byla *dodržování bariérové péče*, celkem byla uvedena třikrát. Kategorie odpovědí *nevím*, byla uvedena celkem jedenkrát.

Tabulka 24**Poučení dávající se anemickým klientům před propuštěním do domácí péče**

R = respondent	R1	R2	R3	R4	R5	R6	Součet
Dodržování léčebného režimu	X		X	X	X		4
Dodržování klidového režimu				X	X	X	3
Nevím		X					1
Poučení o návštěvě praktického lékaře					X		1
Záleží na typu anémie	X		X	X	X		4

Zdroj: Vlastní výzkum

Tato tabulka prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentů na otázku: jaká poučení dáváte anemickým klientům před propuštěním do domácí péče? Nejčastější kategorie odpovědí byly *dodržování léčebného režimu a záleží na typu anémie*, celkem byly uvedeny čtyřikrát. Kategorie odpovědí *dodržování klidového režimu*, byla uvedena celkem třikrát. Kategorie odpovědí *nevím* a *poučení o návštěvě praktického lékaře*, byly uvedeny celkem jedenkrát.

5. Diskuse

Výzkum této práce byl zaměřen zejména na zjišťování specifík ošetrovatelské péče o anemické klienty a jejich neuspokojených potřeb. Nejzajímavější získané výsledky práce jsou uvedeny formou kategorizačních tabulek v kapitole 4. V této diskusi budeme pracovat zejména s výsledky kategorizovaných skupin. V první části diskuse se budeme zabývat výsledky rozhovorů od anemických klientů, v další části pak s výsledky získanými z rozhovorů od sester.

Na základě provedených rozhovorů s anemickými klienty jsme dosáhli odpovědi na výzkumnou otázku č. 2, jaké neuspokojené potřeby udávají klienti s anémií docházející do hematologické ambulance.

Na samém začátku výzkumu nás zajímala oblast návštěvnosti hematologické ambulance anemickými klienty. Výsledek znázorňujeme v tabulce 1. Z výsledků vyplývá, že u všech dotazovaných respondentů byla návštěva hematologické ambulance opakovaná. Tento výsledek je v souladu s autorkou Šafránkovou, která ve své knize poukazuje na nutné pravidelné sledování anemických klientů lékařem.

Další oblastí, která nás zajímala, bylo, jak anemičtí klienti zvládají své běžné denní činnosti. Z výsledků je patrné, že 2 respondenti denní činnosti nezvládali vykonávat z důvodu přílišné únavy. Tento výsledek můžeme porovnat s výsledky popisující nejčastější pozorované či pociťované projevy anémie, výsledek popisujeme v tabulce 2. Nejvíce respondentů zde uvedlo jako nejčastější projev anémie únavu. Jak popisuje i autor Penka, mezi subjektivní příznaky anémie se řadí zejména únava, slabost, dušnost, palpitace a závratě. Na základě těchto výsledků jsme u klientů zjistili neuspokojenou potřebu pohybu. Pohyb, jako základní fyziologická potřeba, představuje pro klienty nedílnou součást jejich života. Každý respondent má individuální nároky na dobu pohybové aktivity, proto uspokojení potřeby pohybu je čistě individuální záležitostí (36). Jak uvádí literatura, anemické klienty často trápí únava, při vykonávání pohybu se u nich často vyskytují potíže. Tento fakt nám znázorňuje i tabulka 7, kde můžeme vidět výpovědi 5 respondentů uvádějících potíže při pohybu z důvodu únavy. Při porovnávání odpovědí respondentů s úvodní uzavřenou otázkou rozhovoru, kde jsme se ptali, zda klienti cítí uspokojení v potřebě pohybu, 5

respondentů odpovídělo neuspokojení v potřebě pohybu. Je třeba se nad tímto pozastavit, jelikož dostatečná pohybová aktivita má pro organismus, zejména pro samotného jedince, mnohostranný význam. Nejen že nám aktivita zlepšuje zdravotní stav a chrání nás tak před nemocemi, ale pro klienty představuje i uspokojení po stránce duševní (36). Na základě tohoto výsledku nám vyvstala hypotéza 1 určená pro další výzkum: Zhoršený pohybový režim u anemických klientů má nepříznivý vliv na jejich psychický stav. Je zajímavé tento výsledek porovnat s výsledky od sester. Většina sester doporučuje změnu pohybového režimu, ale záleží také na zdravotním stavu pacienta.

Zajímavé výsledky byly i v oblasti vnímání potřeby kyslíku (potřeby dýchání) u anemických klientů. V úvodní uzavřené otázce rozhovoru, kde jsme se respondentů ptali, zda cítí uspokojení v potřebě dýchání, 5 respondentů uvedlo uspokojení této potřeby. Avšak je zajímavé, že na dotaz, zda mají respondenti potíže s dýcháním, 5 respondentů odpovídělo, že ano při námaze. Jak uvádí Juřeníková, klient je unavený, námaha může způsobit dušnost. Důvodem, proč respondenti popsali potřebu kyslíku za uspokojenou je nejspíše to, že každý jedinec své potřeby vyjadřuje a uspokojuje individuálně v závislosti na závažnosti onemocnění (36).

Další oblastí našeho zkoumání bylo vnímání výživy a tekutin u anemických klientů. V úvodní uzavřené otázce jsme se respondentů ptali, zda cítí uspokojení v potřebě výživy. U 5 respondentů byla tato potřeba uspokojena. V následujících otázkách polostrukturovaného rozhovoru týkajícího se výživy a tekutin jsme se dozvěděli, že 4 respondenti svou výživu i tekutiny považují za dostačující. Zajímavé zjištění však bylo, že až 4 respondenti uvedli úbytek na váze.

Za důležité považujeme i výsledky v oblasti potřeby spánku u anemických klientů, tato potřeba se řadí do fyziologických potřeb. Jak uvádí autorka Trachtová, jedinec dělá všechno proto, aby uspokojil své fyziologické potřeby, dříve než se stanou aktuálními. Z výsledků úvodní uzavřené otázky rozhovoru, zda vnímají respondenti uspokojení potřeby spánku, nám 3 respondenti uvedli potřebu spánku za uspokojenou a 3 respondenti za neuspokojenou. Nejčastější příčinou nekvalitního spánku respondentů bylo časté noční buzení.

Další oblastí našeho výzkumu bylo vnímání potřeby čistoty u anemických klientů. Z výsledků rozhovorů je patrné, že všichni respondenti uvedli potřebu čistoty za naplněnou. Při bližším zkoumání oblasti hygienické péče (tabulka 8) jsme zjistili, že 5 respondentů považuje svou hygienu i v době své nemoci za nezměněnou. Jeden respondent při provádění hygienické péče potřeboval pomoc od své manželky, protože vnímal zhoršenou soběstačnost. Pro sestru je důležité, aby vždy při ošetřování klienta zhodnotila stav jeho soběstačnosti a podle toho provedla příslušná opatření, což se shoduje s poznatkem autorky Juřeníkové, která doporučuje nejprve před prováděním hygieny zhodnotit stav soběstačnosti. Stav soběstačnosti sestry mohou zhodnotit na příklad dle Barthelova testu základních všedních činností ADL (aktivity daily living).

Další oblastí, kterou jsme zkoumali, bylo vnímání pocitu bezpečí anemickými klienty. Z tabulky vyplývá, že 5 respondentů se cítilo v bezpečí, 2 respondenti na sebe museli dávat pozor, aby nedošlo k pádu. Tento výsledek považujeme za pozitivní, jelikož většina respondentů vnímala pocit bezpečí. Ale je třeba podotknout, že ne u všech byla potřeba jistoty a bezpečí naplněna, protože dle autorky Trachtové nemoc člověka je provázána nepříjemnými pocity jako je nejistota, úzkost, strach. Právě tyto nepříjemné pocity nám berou naši jistotu a bezpečí. Je zajímavé, že 1 respondentka v rozhovoru uvedla pocit úzkosti i strachu, ale i přesto v úvodní uzavřené otázce označila všechny potřeby týkající se jistoty a bezpečí, za uspokojené. Zjištěním nesouladu v těchto odpovědích je nutné, abychom připomněli důležitost provedení správné a důkladné ošetrovatelské anamnézy, jak popisuje i autor Pacovský.

Další velice zajímavý výsledek vyšel v oblasti vnímání nezávislosti anemických klientů na okolí. Tento výsledek je znázorněn v tabulce 10. Nejvíce vyskytovanými odpověďmi respondentů bylo, jsem závislý na svém okolí a zdravotní stav mi nedovoluje být nezávislý. Velice příjemným zjištěním bylo, že všichni dotázaní respondenti se vždy měli na koho v případě potřeby obrátit. Jak uvádí i autorka Trachtová, mezi další způsoby ošetrovatelské péče patří laická pomoc okolí, tj. péče poskytovaná rodinnými příslušníky, přáteli, sousedy, která umožňuje některým nemocným žít v domácím prostředí. Všichni dotázaní cítili uspokojení v potřebě důvěry.

Jednou ze zjišťovaných oblastí u anemických klientů bylo začlenění respondentů během nemoci do společnosti. V úvodní otázce jsme se respondentů tázali, zda cítí uspokojení v potřebě sociální integrace. Téměř všichni respondenti měli tuto potřebu uspokojenu. Pouze 1 respondent odpověděl, že necítí uspokojení v této potřebě. Výsledek znázorňujeme v tabulce 11, kde je patrné, že nejčastější odpovědí bylo, společnost mi schází.

V oblasti možnosti seberealizace anemických klientů v době nemoci jsme zjistili, že 3 respondenti mají možnost se seberealizovat. Při zkoumání jednoho z 6 respondentů jsme zjistili, že jako neuspokojené potřeby uvedl potřebu pohybu, spánku a potřebu realizovat vlastní potenciál. Respondent v rozhovoru uvedl, že na seberealizaci nemá ani pomyšlení. Dle A. Maslowa potřeby na jedné úrovni je třeba uspokojit dříve, než se začnou uspokojovat potřeby na následující úrovni. Rozhovor provedený právě u tohoto respondenta nám potvrzuje skutečnost, že čím vyšší potřeba, tím je méně důležitá pro pouhé přežití, tím déle může být její uspokojení odkládáno a tím snáze se potřeba trvale ztrácí (36).

V druhé polovině diskuse se budeme zabývat specifiky ošetrovatelské péče u anemických klientů. Pomocí rozhovorů vedených se sestrami jsme získali odpovědi na výzkumnou otázku č. 1, jaká jsou specifika ošetrovatelské péče u anemických klientů hospitalizovaných na interním oddělení a docházejících do hematologické ambulance. V rozhovoru se sestrami jsme položili 12 otázek, z nichž 10 nám mělo vyzdvihnout vybraná specifika ošetrovatelské péče u anemických klientů.

Na začátku výzkumu jsme se sester tázali, zda spatřují specifika v ošetřování anemických klientů. Výsledek nám znázorňuje tabulka 13. Z výsledků vyplynulo, že 5 respondentelek vidělo specifika v ošetřování anemických klientů. Dle autorky Šafránkové je třeba znát příznaky a léčbu jednotlivých anémií, abychom si uvědomili rozdíly v diagnostice, léčbě i samotném ošetřování. Sestry by si měly uvědomit rozdílnost ošetřování u jednotlivých typů anémií. Je důležité, aby sestry znaly jak obecné příznaky anémie, tak i základní specifické příznaky jednotlivých forem anémií. Jak uvádí Juřeníková, při ošetrovatelské péči anemických klientů je důležité, abychom monitorovali příznaky onemocnění. Na podkladě toho jsme se sester ptali, jaké pozorují

příznaky u anemických klientů. Tento výsledek znázorňuje tabulka 14. Všechny respondentky odpověděly bledost, dušnost a únavu. Je zajímavé srovnat tento výsledek s výpověďmi respondentů na jejich pozorované příznaky. Nejčastějšími příznaky, které respondentky pozorovali, byly bledost, dušnost a únava.

Další oblastí, o kterou jsme se zajímali, bylo zaznamenání častějších náběrů krve u anemických klientů. Odpovědi respondentek na otázku, zda zaznamenávají u anemických klientů zvýšený počet odběrů krve, nám popisuje tabulka 15. Všechny respondentky zaznamenaly zvýšený počet náběrů krve u anemických klientů. Zajímavou výpověď uvedly 2 respondentky, které odpověděly, že pacienti s častějšími náběry počítají. Tento výsledek je v souladu s autorkou Nejedlou, která poukazuje na pravidelné sledování anemických klientů u lékaře - sledování krevních hodnot.

Jako jedno ze specifíků ošetřování anemických klientů jsme viděli časté podávání transfúzních přípravků, jak uvádí literatura (38). Proto jsme se sester ptali, zda se během své praxe setkaly s komplikacemi při podávání krevní transfúze. Výsledek byl zajímavý, protože všechny respondentky se setkaly s komplikacemi při podávání krevní transfúze. Autor Vokurka uvádí, že aplikace transfúzních přípravků může být spojena s řadou i velmi vážných komplikací. Při dodržování pravidel manipulace s přípravky a při pečlivém sledování pacienta lze mnohá rizika minimalizovat. Jedna respondentka, která se setkala s anafylaktickou reakcí u pacienta, hned jak zjistila, že se jedná o komplikaci, zastavila převod transfúze a zavolala lékaře. Tento postup se shoduje s literaturou (Vokurka), kde jsou popsána okamžitá opatření při komplikacích během transfúze.

Jednou z možností léčby sideropenické anémie je i intravenózní aplikace preparátů železa. Zajímalo nás, zda se respondentky setkaly s intravenózní aplikací preparátů železa. Výsledek nás nepřekvapil, protože intravenózní podávání preparátů železa považujeme na základě prostudované literatury za specifickou léčbu anemických klientů, proto se dalo očekávat, že se respondentky s touto aplikací setkaly. Daleko zajímavější výsledky jsme se dozvěděli z navazující otázky, kde jsme se respondentek ptali, zda vyvstaly nějaké problémy při intravenózním podávání preparátů železa. Autorka Juřeníková popisuje, monitorace účinků léků (jak žádoucích tak i nežádoucích)

je podstatná. Respondentky, které se setkaly s problémy při intravenózním podávání preparátů železa, dokázaly dostatečně rychle odhalit problémy při aplikaci. Tyto potíže byly zejména nevolnost, dušnost a zmatenost.

Překvapivý výsledek můžeme shledat v tabulce 20, kde v kategorizované formě odpovědi popisujeme, zda sestry dávají doporučení anemickým klientům v oblasti složení stravy. Respondentky odpověděly, že nedávají doporučení, protože při hospitalizaci není možná změna stravy a je to lékařská záležitost. Pouze 1 respondentka uvedla, že doporučení dává, ale záleží na typu anémie. Jak uvádí autorka Šafránková, strava se podává, pokud nemá pacient jiná omezení, většinou racionální, ale měla by být obohacena o potraviny obsahující větší množství železa, vitamin B, C, libové maso, játra, meruňky, ořechy atd. Tato doporučení by se měla dávat hospitalizovaným klientům, ale i klientům navštěvující hematologickou ambulanci. Domníváme se, že v praxi nejsou klienti dostatečně informováni o možném obohacení jejich stravy, proto doporučujeme, aby sestry v rámci ošetrovatelské péče klienty informovaly o vhodném obohacení stravy.

Další oblast zkoumání nám popisuje tabulka 21, ve které zobrazujeme výskyt zažívacích potíží po podání medikace u anemických klientů. Až 5 respondentek nám uvedlo, že potíže se vyskytly. Nejčastějšími odpověďmi byly zácpa a průjem. Tento výsledek je v souladu s autorkou Nejedlou, která uvádí, že při dlouhodobém užívání preparátů železa per os pacienti mívají zácpu nebo naopak průjem. V rámci komplexní ošetrovatelské péče o anemické klienty je nutné, aby sestry pozorovaly nežádoucí účinky preparátů železa a následně dokázaly pomoci od vzniklých potíží. Doporučili bychom tedy sestrám, aby klienty důkladně pozorovaly, ale i aktivně vyhledávaly možné vedlejší účinky vyskytující se po podání preparátů železa, a zároveň dodržovaly správné podávání preparátů železa.

Jak jsme poukázali v první části diskuse a v souladu s odbornou literaturou, anemičtí klienti často mívají problémy při pohybové aktivitě z důvodu únavy. Zajímalo nás tedy, zda sestry doporučují anemickým klientům změnu pohybového režimu. Pozitivním výsledkem bylo, že respondentky změnu doporučují, což bylo v souladu s autorkou Šafránkovou, která ve své knize upozorňuje na přiměřenou fyzickou zátěž

a nepřetěžování anemických klientů. Sestry měly znalosti o tom, jak může anémie omezovat klienty v pohybovém režimu. Zároveň, vzhledem k těmto problémům, dokázaly klientovi správně poradit a upozornit ho na možná rizika.

V další oblasti nás zajímalo, zda respondentky ošetřovaly klienty s aplastickou anémií a jaké zvláštnosti se vyskytly při ošetřování těchto klientů. Protože ošetrovatelská péče o anemické klienty se liší dle typu anémie, tak i u aplastické anémie shledáváme specifika ošetřování klientů. Více než polovina respondentek se s tímto typem anémie setkala a zároveň prováděla ošetrovatelskou péči o tyto klienty. Za zajímavé považujeme to, že respondentky uvedly pouze jednu zvláštnost v ošetřování těchto klientů. Touto zvláštností v ošetřování bylo dodržování bariérové péče. Důsledné dodržování bariérové ošetrovatelské péče je jedním z hlavních specifik v péči o klienty s aplastickou anémií, což uvádí i autor Bláha, proto považujeme tento výsledek za pozitivní.

Další oblastí, která nás zajímala, byla specifika v poučování anemických klientů při odchodu do domácí péče. Dotazovaných respondentek jsme se ptali, jaká dávají poučení anemickým klientům před propuštěním do domácí péče. Z výsledků jsme se dozvěděli jednu z nejčastějších odpovědí, kterou bylo, že záleží na typu anémie. Jednou z dalších odpovědí bylo, dodržování léčebného režimu. Právě tato odpověď je v souladu s literaturou od Šafránkové, ve které se zmiňuje o nutném pravidelném užívání léků a pravidelné dispenzarizace.

V této diskusi jsme si shrnuli odpovědi na výzkumné otázky, které jsme si na začátku výzkumu položili. V první části diskuse jsme se zabývali otázkou, jaké neuspokojené potřeby udávají klienti s anémií docházející do hematologické ambulance. Na základě výsledků od anemických klientů nám vyvstala hypotéza: Zhoršený pohybový režim u anemických klientů má nepříznivý vliv na jejich psychický stav. V druhé části jsme se zabývali otázkou, jaká jsou specifika ošetrovatelské péče u klientů s anémií.

6. Závěr

V naší bakalářské práci jsme se zabývali specifickou ošetrovatelskou péčí o anemické klienty. Snažili jsme se zjistit nenaplněné potřeby u anemických klientů, zároveň jsme zjišťovali specifickou ošetrovatelskou péči o tyto klienty. Je důležité, abychom věděli, jak klienti vnímají své potřeby. Každý klient vnímá své potřeby jinak a jinými způsoby je také uspokojuje. Nejenom, že bychom měli neuspokojené potřeby zjistit, ale hlavně bychom se měli tyto potřeby snažit uspokojit a dokázat tak klientovi pomoci.

Jedním z cílů naší práce bylo zjistit specifika ošetrovatelské péče u klientů s anémií hospitalizovaných na interním oddělení a docházejících do hematologické ambulance. Na počátku našeho výzkumu jsme si pro dosažení tohoto cíle stanovili výzkumnou otázku: Jaká jsou specifika ošetrovatelské péče u klientů s anémií hospitalizovaných na interním oddělení nebo docházejících do hematologické ambulance. Dalším cílem bylo, zjistit neuspokojené potřeby u klientů s anémií docházejících do hematologické ambulance. K tomuto cíli jsme si stanovili výzkumnou otázku: jaké neuspokojené potřeby mají klienti s anémií docházející do hematologické ambulance. Naše výzkumné otázky byly zodpovězeny.

Na základě výsledků našeho výzkumu jsme si stanovili tuto hypotézu:

Hypotéza 1: Zhoršený pohybový režim u anemických klientů má nepříznivý vliv na jejich psychický stav.

Jelikož anémie je velmi časté onemocnění, je důležité, aby sestry znaly specifika péče o tyto klienty. Vždy bychom měli každého klienta brát jako individualitu a přizpůsobit tak péči jeho individuálním nárokům.

Výsledky naší práce budou poskytnuty odborné ošetrovatelské veřejnosti. Přínos této práce pro praxi může spočívat v poukázání potřeb, které se vyskytují u klientů s anémií hospitalizovaných na odděleních nebo docházejících do hematologické ambulance. Dále nám výsledky zejména poukázaly na specifika ošetrovatelské péče o anemické klienty, nad kterými se můžeme zamyslet a zkusit tak zkvalitnit

ošetrovatelskou péči. Výsledky práce budeme prezentovat na odborných konferencích a publikovat v odborných časopisech v České republice.

7. Seznam použitých zdrojů

- 1) ADAM, A., VORLÍČEK, J. *Hematologie pro praktické lékaře*. 1. vyd. Praha: Galén, 2007. 314 s. ISBN 978-80-7262-453-9.
- 2) Aktifferin. Farmaceutika [on line]. [cit. 2010-01-04]
URL: <<http://www.farmaceutika.info/aktiferrin>>.
- 3) BLÁHA, M., et al. *Vnitřní lékařství II. díl. Vybrané kapitoly z diagnostiky, léčby a speciální ošetrovatelské péče*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1999. 281 s. ISBN 80-7013-274-4.
- 4) BOLEDOVIČOVÁ, M., et al. *Pediatrické ošetrovatelstvo*. Martin: Osveta, 2000. 127 s. ISBN 80-8063-050-X.
- 5) BULIKOVA, A. *Anémie*. [on line]. [2010-01-20]
URL: <<http://www.nordicpharma.cz/anemie/>>.
- 6) DÍTĚ, P., et al. *Vnitřní lékařství II*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2005. 258 s. ISBN 80-210-3672-9.
- 7) DYLEVSKÝ, I. *Somatologie*. 2. vyd. Olomouc: Epava, 2000. 480 s. ISBN 80-86297-05-5.
- 8) FARKAŠOVÁ, D., et al. *Ošetrovatelství- teorie*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2006. 211 s. ISBN 80-8063-227-8.
- 9) Ferrologic. Státní ústav pro kontrolu léčiv [on line]. [cit. 2010-01-05]
URL: <<http://www.leky.sukl.cz/modules/medication/detail.php?kod=0110308>>.
- 10) CHROBÁK, L. *Propedeutika vnitřního lékařství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2003. 200 s. ISBN 80-247-0609-1.
- 11) INDRÁK, K. Koncepce oboru klinická hematologie [on line]. [cit. 2010-01-02]
URL: <<http://www.hematology.cz/download/koncepce.pdf>>.
- 12) JUŘENÍKOVÁ, P., HŮSKOVÁ, J., PETROVÁ, V. *Ošetrovatelství*. 2. vyd. Uherské Hradiště, 1999. 228 s.

- 13)KINDLOVÁ, Bariérová ošetrovatelská péče. eAMOS [on line].[cit. 2010-01-28]
URL:<http://www.eamos.cz/amos/kos/modules/low/kurz_text.php?id_kap=1&kod_kurzu=kos_392> .
- 14)KLENER, P., et al. *Vnitřní lékařství I*. 1. vyd. Praha: Informatorium, 2000. 103 s. ISBN 80-86073-53-X.
- 15)KLENER, P., et al. *Vnitřní lékařství II*. 1. vyd. Praha: Informatorium, 2001. 225 s. ISBN 80-86073-76-9.
- 16)KLENER, P., et al. *Vnitřní lékařství*. 3. vyd. Praha: Galén, 2006. 1158 s. ISBN 80-7262-430-X.
- 17)KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVIEROVÁ, R. *Ošetrovatelstvo 2*.
Martin: Osveta, 1995. 1474 s. ISBN 80-217-0528-0.
- 18)KRIŠKOVÁ, A., et al. *Ošetrovatelské techniky*. 2. vyd. Martin: Osveta, 2006. 804 s. ISBN 80-8063-202-2.
- 19)KUBEŠOVÁ, H. *Vnitřní lékařství II pro bakalářské studium ošetrovatelství*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2005. 104 s. ISBN 80-210-3647-8.
- 20)KUBISZ, P., et al. *Hematológia a transfuziológia*. 1. vyd. Bratislava: Grada, 2006. ISBN 80-8090-000-0.
- 21)MASTILIAKOVÁ, D. *Úvod do ošetrovatelství I. díl*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2002. 187 s. ISBN 80-246-0429-9.
- 22)Měď a výživa, MEDPORTAL. [on line]. [cit. 2010-01-04]
URL: <<http://www.medportal.cz/zdravi/vyziva>>.
- 23)MIKŠOVÁ, Z., et al. *Kapitoly z ošetrovatelské péče I*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 248 s. ISBN 80-247-1442-6.
- 24)Milgamma. Státní ústav pro kontrolu léčiv [on line]. [cit. 2010-01-10]
URL: < <http://www.leky.sukl.cz/modules/medication/detail.php?kod=0011485>>.
- 25)MOUREK, J. *Fyziologie- učebnice pro studenty zdravotnických oborů*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 204 s. ISBN 80-247-1190-7.
- 26)NAVRÁTIL, L., et al. *Vnitřní lékařství pro nelékařské zdravotnické obory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 424 s. ISBN 978-80-247-2319-8.

- 27) NEJEDLÁ, M. *Fyzikální vyšetření pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 264 s. ISBN 80-247-1150-8.
- 28) NEJEDLÁ, M., SVOBODOVÁ, H., ŠAFRÁNKOVÁ, A. *Ošetrovatelství III/1*. 1. vyd. Praha: Informatorium, 2004. 245 s. ISBN 80-7333-030-X.
- 29) NOVOTNÝ, I., HRUŠKA, M. *Biologie člověka*. 3. vyd. Praha: Fortuna, 2003. 240 s. ISBN 80-7168-819-3
- 30) PACOVSKÝ, V. *Klinická propedeutika pro magisterské a bakalářské studium ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1999. 166 s. ISBN 80-7184-943-X.
- 31) PENKA, M., et al. *Hematologie I. Neonkologická hematologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2001. 204 s. ISBN 80-247-0023-9.
- 32) ROZSYPALOVÁ, M., ŠAFRÁNKOVÁ, A. *Ošetrovatelství I*. 1. vyd. Praha: Informatorium, 2002. 231 s. ISBN 80-86073-96-3.
- 33) SILBERNAGL, S., DESPOPOULOS, A. *Atlas fyziologie člověka*. 6. vyd. Praha: Grada, 2006. 448 s. ISBN 80-247-0630-X.
- 34) STAŇKOVÁ, A. Odběr krve- žádná věda?. In *Sestra*. roč. 19, 2009, č. 4, s. 31-34 ISSN 1210-0404.
- 35) ŠAFRÁNKOVÁ, A., NEJEDLÁ, M. *Interní ošetrovatelství II*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 212 s. ISBN 80-247-1777-8.
- 36) TRACHTOVÁ, E., et al. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2006. 186 s. ISBN 80-7013-324-8.
- 37) TROJAN, S. *Lékařská fyziologie*. 4. vyd. Praha: Grada, 2003. 772 s. ISBN 80-247-0512-5.
- 38) VOKURKA, S., et al. *Ošetrovatelské problémy a základy hemoterapie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005. 140 s. ISBN 80-7262-299-4.
- 39) WHO. *Klinické použití krve- příručka*. 1. vyd. Praha: Grada, 2002. 232 s. ISBN 80-247-0268-1.
- 40) ZICHA, J., et al. *Rukověť základů praktické interny*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2001. 228 s. ISBN 80-210-2561-1.

8. Klíčová slova

Klient

Sestra

Anémie

Potřeby

Specifika

Ošetrovatelská péče

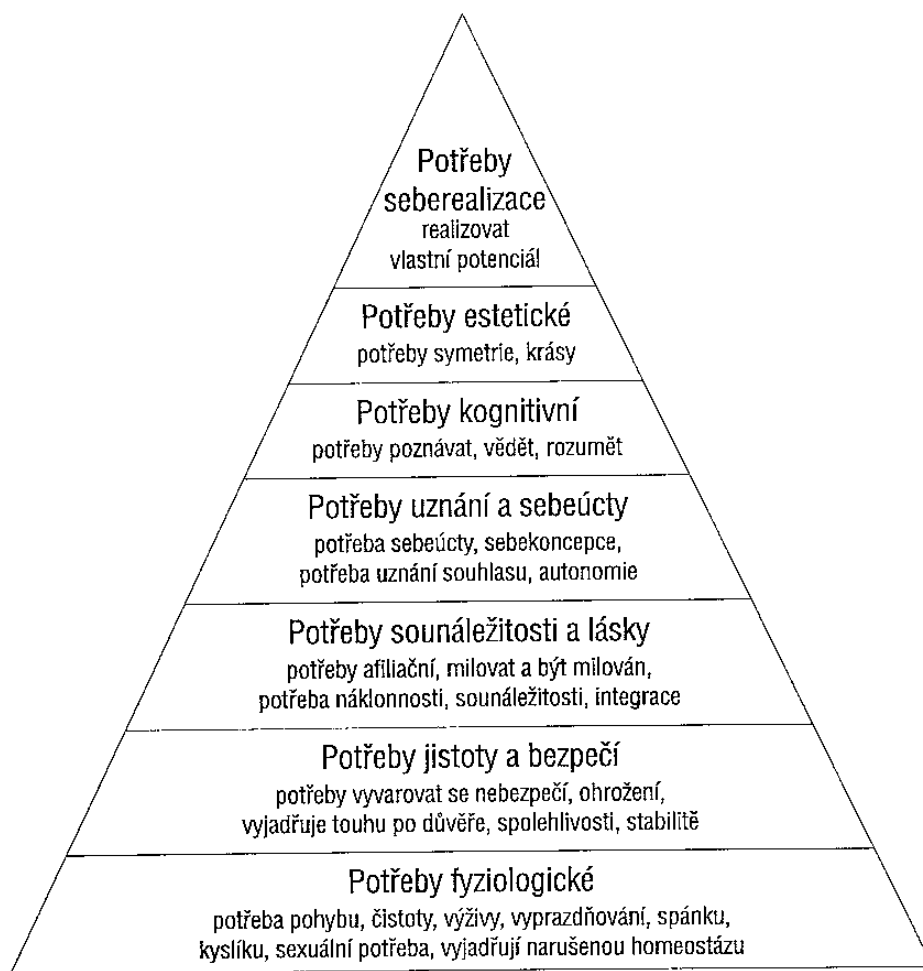
9. Přílohy

Příloha č. 1- Maslowova hierarchie potřeb

Příloha č. 2- Polostrukturovaný rozhovor s anemickými klienty

Příloha č. 3- Polostrukturovaný rozhovor se sestrami

Příloha č. 1: *Maslowova hierarchie potřeb*



Zdroj: TRACHTOVÁ, E., et al. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd.

Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2006. 186 s.

ISBN 80-7013-324-8.

Příloha č. 2: *Polostrukturovaný rozhovor s anemickými klienty*

Dobrý den,

jmenuji se Pavla Rokůsková a jsem studentkou 3. ročníku bakalářského oboru všeobecná sestra, který je pod Zdravotně sociální fakultou Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. V rámci výzkumu mé bakalářské práce na téma: „Specifika ošetrovatelské péče u klientů s anémií“, bych s Vámi ráda provedla rozhovor, jehož výsledky budou použity ke zpracování mé bakalářské práce. Mohu Vás ujistit, že provedený rozhovor bude anonymní a bude sloužit jen pro mé výzkumné účely. Pokud by se v rozhovoru vyskytla otázka, na kterou nebudete chtít odpovídat, budu toto samozřejmě plně respektovat. Předem bych Vám ráda poděkovala za ochotu a trpělivost.

Polostrukturovaný rozhovor s anemickými klienty:

Identifikační údaje:

- Jaký je Váš věk?
- Jaké je Vaše pohlaví?

Vnímáte uspokojení v následujících potřebách?

- Ano
- Ne
- Nevím

Potřeba pohybu	
Potřeba čistoty	
Potřeba výživy	
Potřeba vyprazdňování	
Potřeba spánku	
Potřeba kyslíku	
Sexuální potřeba	
Potřeba vyvarovat se nebezpečí, ohrožení	
Potřeba důvěry	

Potřeba spolehlivosti	
Potřeba stability	
Afiliční potřeba	
Potřeba milovat a být milován	
Potřeba náklonnosti	
Potřeba sounáležitosti	
Potřeba integrace	
Potřeba sebeúcty	
Potřeba sebekoncepce	
Potřeba uznání souhlasu	
Potřeba autonomie	
Potřeba poznávat	
Potřeba vědět	
Potřeba rozumět	
Potřeba symetrie, krásy	
Potřeba realizovat vlastní potenciál	

I. PODPORA ZDRAVÍ

1. Jaké onemocnění Vás trápí?
2. Je Vaše hospitalizace / návštěva hematologické ambulance opakovaná?
3. Jaké projevy chudokrevnosti na sobě pozorujete či pociťujete?

II. VÝŽIVA

1. Změnily se během nemoci Vaše stravovací návyky?
2. Objevují se u Vás potíže se stravováním?
3. Zaznamenal/a jste během své nemoci úbytek váhy?
4. Vnímáte Vaší výživu jako dostatečnou?
5. Jaké množství tekutin denně vypijete?
6. Myslíte si, že je Váš denní příjem tekutin dostatečný?

III. VYLUČOVÁNÍ

1. Kolikrát denně chodíte močit?
2. Objevují se u Vás potíže spojené s močením?
3. Máte pravidelnou stolicí?
4. Objevují se u Vás potíže spojené s vyprazdňováním stolice?
5. Pociťujete obtíže spojené s dýcháním?

IV. AKTIVITA – ODPOČINEK

1. Kolik hodin denně spíte?
2. Vnímáte svůj spánek jako kvalitní?
3. Máte problémy se spaním? Pokud ano, jaké?
4. Jakým způsobem Vás omezuje nemoc při vykonávání běžné denní činnosti?

V. VNÍMÁNÍ – POZNÁVÁNÍ

1. Jste o své nemoci dostatečně informován/a? Pokud ano, z jakých zdrojů (od lékaře, z odborné literatury, z internetových zdrojů)?
2. Jsou Vám dostatečně srozumitelné informace poskytované zdravotnickým personálem?

VI. VNÍMÁNÍ SEBE SAMA

1. Pociťujete v době své nemoci změnu v přístupu blízkého okolí k Vaší osobě?
2. Pociťujete z důvodu své nemoci změnu vnímání sebe sama?
3. Cítíte se být nezávislý/á na druhých lidech?
4. Máte možnost se v době své nemoci seberealizovat? Pokud ano, jakým způsobem?
5. Změnil se Váš zájem o vzhled s nástupem nemoci?

VII. VZTAHY

1. Máte ve svém okolí někoho, kdo Vám v případě potřeby podá pomocnou ruku?
2. Cítíte v době své nemoci dostatek podpory a lásky od svých blízkých?
3. Máte v době nemoci omezené začlenění do společnosti?

VIII. SEXUALITA

1. Změnilo se během Vašeho onemocnění něco ve Vašem sexuálním životě?

IX. ZVLÁDÁNÍ ZÁTĚŽE – ODOLNOST VŮČI STRESU

1. Je něco, co ve Vás nyní vyvolává stres?
2. Jakým způsobem zvládáte větší životní problémy?

X. ŽIVOTNÍ PRINCIPY

1. Jakých pět životních hodnot má pro Vás největší význam? Seřad'te, prosím, tyto hodnoty od 1. až do 5. místa.

1.
2.
3.
4.
5.

2. Máte nějaké náboženské vyznání?
3. Pomáhá Vám víra vyrovnat se s nemocí?

XI. BEZPEČNOST – OCHRANA

1. Cítíte se v současnosti v bezpečí?
2. Je něco, co ve Vás vyvolává strach či úzkost?
3. Máte pocit bezpečí a jistoty ze strany blízkého okolí?

4. Máte důvěru ke svému ošetřujícímu personálu?
5. Může Vaše nemoc narušit jistotu Vašeho zaměstnání?

XII. KOMFORT

1. Změnily se z důvodu nemoci Vaše hygienické návyky?
2. Víte o nějakých překážkách, které Vám zabraňují provádět hygienu?
3. Pociťujete nyní bolest? Pokud ano, jak prožíváte svou bolest a jaké intenzity je na stupnici od 0 až do 10 (0 označuje žádnou bolest a 10 je nesnesitelná bolest)?

XIII. RŮST, VÝVOJ

1. Změnil se době nemoci nějak Váš pohybový režim?
2. Cítíte během své nemoci omezení po pohybové stránce?

Příloha č. 3: Polostrukturovaný rozhovor se sestrami

1. Jak dlouho pracujete na interním oddělení či hematologické ambulanci?
2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
3. Spatřujete specifika v ošetřování anemických klientů?
4. Jaké hlavní příznaky pozorujete u anemických klientů?
5. Zaznamenal/a jste u anemických klientů zvýšený počet odběrů krve, než u klientů s jinými onemocněními?
6. Setkal/a jste se během své praxe s komplikacemi při podávání krevní transfúze? Pokud ano, jaká/é komplikace to byly?
7. Setkal/a jste se během své praxe s intravenózním podáním železa? Pokud ano, vyvstaly nějaké problémy při této aplikaci?
8. Doporučujete anemickým klientům změnu ve složení stravy?

9. Setkal/a jste se během své praxe se zažívacími potížemi při podávání medikace u anemických klientů?
10. Doporučujete anemickým klientům změnu pohybového režimu?
11. Měl/a jste možnost během své praxe ošetřovat klienta s aplastickou anémií?
Pokud ano, jaké zvláštnosti v ošetřování se u těchto klientů vyskytly?
12. Jaká poučení se dávají anemickým klientům před propuštěním do domácí péče?