



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Ošetrovatelská problematika u pacientů s leukémií

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program:
OŠETŘOVATELSTVÍ

Autor: Karolina Machová

Vedoucí práce: Mgr. et Bc. Jitka Tamáš Otásková

České Budějovice 2018

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou/diplomovou práci s názvem „***Ošetrovatelská problematika u pacientů s leukémií***“ jsem vypracoval/a samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské/diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby bakalářské/diplomové práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské/diplomové práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 2.5.2018

.....

Karolina Machová

Poděkování

Touto cestou bych chtěla poděkovat své vedoucí bakalářské práce Mgr. et Bc. Jitce Tamáš Otáskové za její odborné vedení a cenné rady, které mě doprovázely v průběhu zpracování mé bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat všem dotazovaným sestrám, které byly vstřícné a ochotné věnovat svůj čas na rozhovor se mnou.

Ošetrovateľská problematika u pacientů s leukémií

Abstrakt

Teoretická část bakalářské práce je zaměřena především na ošetrovateľskou péči o pacienta s onemocněním leukémie a na její problematiku. Práce se snaží o popis tohoto závažného onemocnění s nepříznivou prognózou. Teoretická část práce byla postavena na základě analýzy informačních zdrojů týkajících se daného tématu.

Pro bakalářskou práci byly stanoveny dva cíle. První cíl měl za úkol zjistit specifika ošetrovateľské péče u pacientů s leukémií. Druhým cílem bylo zjistit ošetrovateľské problémy u pacientů s leukémií. Na základě stanovených cílů byly vytvořeny dvě výzkumné otázky. Těmito výzkumnými otázkami byly-Jaká jsou specifika ošetrovateľské péče u pacientů s leukémií? Jaké nejčastější ošetrovateľské problémy řeší sestry u pacientů s leukémií?

Pro zpracování výsledků v empirické části práce byla zvolena forma kvalitativního výzkumného šetření, a to metodou polostrukturovaných rozhovorů. Výběr sester byl záměrný. Byly tedy osloveny sestry poskytující péči pacientům s leukémií.

Výzkumné otázky byly zodpovězeny a cíle byly splněny. Výsledky plynoucí z odpovědí, které jsme získali od sester byly rozděleny do kategorií a následně zpracovány. Je nutné, aby sestry postupovaly přísně dle standardů, aby se zabránilo vzniku komplikací u pacienta s leukémií, který má oslabenou imunitu. Z toho důvodu bych navrhla rozšíření přednášek a seminářů na tuto problematiku v nemocnicích, aby se poskytovala co nejkvalitnější péče pro tyto pacienty.

Tato bakalářská práce může být nápomocna pro studenty k získání nových informací o daném onemocnění a lépe tomuto problému porozumět.

Klíčová slova

Leukémie; ošetrovateľská péče; pacient; sestra.

Issues relating to caring for patients with leukaemia

Abstract

The theoretical part of my bachelor thesis is primarily focused on nursing care of the patient diagnosed with leukemia and related issues. Purpose of the thesis is to describe this serious disease with an unfavourable prognosis. The theoretical part is built on the basis of analysis of available sources of information concerning the given topic.

Two major goals were set for this bachelor thesis. The first objective is to determine the specifics of the nursing care of the patients with leukemia. The second goal was to establish the main issues connected with the nursing care of patients with leukemia. Two research questions were created on grounds of the objectives defined. Those research questions were: What are the specifics of the nursing care of the patients with leukemia? What are the most common issues that nurses have to cope with when treating patients with leukemia?

For processing of results acquired in the empirical part of the thesis the form of qualitative research was chosen using the method of semi-structured interviews. The choice of the nurses was intentional, therefore only nurses providing care to the patients with leukemia were addressed.

Both research questions were answered and both goals were met. Results from answers received from the nurses were divided into categories and consequently processed. It is necessary for the nurses to comply with the standards in order to avoid complications regarding the patient with leukemia whose immunity is well weakened. Therefore, I would suggest lectures and seminars extension in the hospitals in order to ensure the best quality care for patients with leukemia.

This bachelor thesis can be helpful to the students who wish to acquire new information about given disease and provide better understanding of the described issue.

Key words

Leukemia; nursing care; patient; nurse.

Obsah

Úvod	8
1 <i>Současný stav</i>	9
1.1 <i>Leukémie a její dělení</i>	9
1.2 <i>Příznaky leukémie</i>	11
1.3 <i>Druhy léčby akutní a chronické leukémie</i>	12
1.4 <i>Nejčastější komplikace u pacientů s leukémií</i>	15
2 <i>Cíle a výzkumné otázky</i>	26
2.1 <i>Cíle práce</i>	26
2.2 <i>Výzkumné otázky (VO)</i>	26
3 <i>Metodika</i>	27
3.1 <i>Metodika práce</i>	27
3.2 <i>Charakteristika výzkumného souboru</i>	28
4 <i>Výsledky výzkumného šetření</i>	29
4.1 <i>Identifikační údaje sester</i>	29
4.2 <i>Seznam kategorizačních skupin</i>	31
4.3 <i>Kategorie 1 – Projevy leukémie</i>	31
4.4 <i>Kategorie 2 – Specifika léčby u pacientů s leukémií</i>	32
4.5 <i>Kategorie 3 – Zajištění komfortu u pacientů</i>	34
4.6 <i>Kategorie 4 – Vedlejší účinky</i>	37
4.7 <i>Kategorie 5 – Žilní vstupy</i>	46
4.8 <i>Kategorie 6 – Krevní transfuze</i>	50
4.9 <i>Kategorie 7 – Cytostatika</i>	52
4.10 <i>Kategorie 8 – Přístup sester</i>	53
5 <i>Diskuze</i>	55
6 <i>Závěr</i>	63

7	<i>Seznam literatury</i>	64
8	<i>Seznam příloh</i>	69

Úvod

Bakalářskou práci na téma „Ošetrovatelská problematika u pacientů s leukémií“ jsem si vybrala z důvodu prohloubení svých vědomostí ohledně této problematiky, neboť se jedná o velmi vážné onemocnění, které je pro pacienty velmi náročné a mnohdy jeho konec není úspěšný. Touto cestou jsem chtěla získat více informací, které by mi pomohly poskytovat vhodnou ošetrovatelskou péči pacientovi, který trpí touto chorobou.

Bakalářská práce na téma „Ošetrovatelská problematika u pacientů s leukémií“ se zabývá léčbou a poskytováním ošetrovatelské péče těmto pacientům. Řeší problémy, které se při poskytování ošetrovatelské péče mohou vyskytnout. V této bakalářské práci se proto budeme věnovat práci sester s těmito pacienty a budeme se zaměřovat na specifika ošetrovatelské péče a její problémy, které se mohou vyskytnout.

Leukémie je onemocnění krve, kdy dojde ke zvýšení leukocytů v krevním obraze. Leukémie se dělí na akutní a chronické, přičemž akutní se dále dělí na akutní myeloidní leukémii a akutní lymfoblastovou leukémii. Chronická leukémie se dále dělí na chronickou myeloidní a chronickou lymfatickou leukémii. Příčiny tohoto onemocnění jsou doposud nejasné. Prognóza u pacientů s leukémií nebývá mnohdy příznivá.

Toto onemocnění se může projevovat únavou, bledostí sliznic, sníženou imunitou, dušností, zažívacími problémy či krvácivostí. Mezi léčbu leukémie patří nejčastěji chemoterapie, radioterapie, biologická léčba a transplantace kostní dřeně. Pacienti chodí často na pravidelné kontroly krevního obrazu, dále chodí na trepanobiopsii či na krevní transfuze. V průběhu léčby dochází také k mnoha vedlejším účinkům, se kterými se pacienti musí vypořádat.

Leukémie patří mezi jedno z nejvážnějších onkologických onemocněních a pro pacienta je léčba tohoto onemocnění náročná jak psychicky, tak i sociálně a fyzicky. Pacienti se potýkají s problémy jako jsou snížená imunita, nevolnost, porucha krvetvorby, zažívací potíže, bolest či poškození sliznic dutiny ústní. Z toho důvodu musí být od sester přísně dodržovány ošetrovatelské standardy, aby nedošlo k větším a závažnějším komplikacím.

1 Současný stav

V následující kapitole se budeme zabývat druhy leukémie, jejími příznaky a možnostmi léčby. Dále budou uváděny nejčastější potíže, se kterými se pacienti s leukémií setkávají, a ošetrovatelská péče poskytovaná sestrami.

1.1 Leukémie a její dělení

Leukémie je soubor onemocnění, kdy ve většině případů mají nemocní v krevním obraze zvýšený počet bílých krvinek (Slezáková et al., 2010b, s. 284). Obecně počet leukocytů neboli bílých krvinek se mění na základě různých faktorů, jako je věk či výskyt infekce. Celkový počet leukocytů je $4-9 \times 10^9/l$. Leukocyty se dělí na granulocyty a agranulocyty. Granulocyty se dělí dále na leukocyty neutrofilní, eozinofilní a bazofilní. Agranulocyty tvoří lymfocyty a monocyty. Lymfocyty se dále dělí na B lymfocyty a T lymfocyty, které mají významnou funkci v obranných reakcích organismu (Dylevský, 2009).

Ovšem jsou i případy, kdy počet bílých krvinek je normální, a dokonce může být i jejich počet snížený (Vorlíček et al., 2012). Leukémii lze rozdělit podle průběhu nemoci, tedy její rychlosti nástupu, na akutní a chronickou (Vrublová, 2011). Rozdíl mezi akutní a chronickou leukémií je takový, že akutní leukémie má velmi rychlý průběh, kdežto chronická se vyznačuje průběhem pomalejším. Bez léčby akutní leukémie může pacient zemřít za dny až týdny od vypuknutí prvních příznaků nemoci. Bez léčby chronické leukémie pacient podlehně zhruba v rozmezí jednoho měsíce až několika let (Slezáková et al., 2010b). Dále lze rozdělit toto onemocnění dle typu leukocytu, ze které choroba vychází. Rozlišujeme tedy myeloidní a lymfatické leukémie (Vrublová, 2011). Akutní a chronické leukémie jsou heterogenní onemocnění a mohou ovlivňovat jakoukoliv část těla. Myeloidní nebo lymfatické leukémie mohou způsobit neurologické komplikace. Pokud dojde k zapojení centrálního nervového systému, obvykle dochází ke špatné prognóze a vyžaduje naléhavou léčbu. Léčba potom zahrnuje podávání chemoterapeutických látek intratekálně a záření (Berg a Nand, 2017).

Příčina onemocnění není přesně zcela známa, ovšem vznik choroby podporují určité rizikové faktory, jako jsou faktory genetické, karcinogenní látky či snížená obranyschopnost organismu. Mezi případy snížené obranyschopnosti lze zařadit např. nezdravý životní styl, stres či infekci (Slezáková et al., 2010b).

Akutní leukémie má rychlý průběh, což je následkem rychlého množení nevyzrálých buněk, tedy blastů, v kostní dřeni a lymfatické tkáni. Dále dochází k útlaku všech krvinek, které se normálně vyskytují v kostní dřeni, a dochází k jejich nedostatku v periferní krvi (Slezáková et al., 2010b). Akutní leukémie představuje heterogenní skupinu, kterou zařazujeme do maligních hematologických onemocnění. Pro určení diagnózy tohoto onemocnění lze označit, že rozhodujícím kritériem je počet blastů v kostní dřeni (Penka et al., 2011). Množení nádorových blastů v kostní dřeni způsobuje to, že dojde k útlaku zdravé krvetvorby, a právě nedostatek zdravých krvinek vede k řadě problémů, jako je tvorba hematomů nebo krvácivost při trombocytopenii. Dále únava, slabost či dušnost v souvislosti s anémií a v neposlední řadě horečky a infekce při granulocytopenii (Vokurka, 2008).

Příčiny tohoto onemocnění jsou nejasné. Bylo zjištěno, že expozice ionizujícímu záření zvyšuje riziko vzniku leukémie. U nemocného se při akutní leukémii vyskytují dvě populace buněk, přičemž jedna vychází z buňky kmenové, druhá naopak z buňky leukemické. Akutní leukémii dělíme na akutní myeloidní leukémii, dále AML, a akutní lymfoblastovou leukémii, dále ALL (Navrátil et al., 2008). Akutní myeloidní leukémie se vyskytuje podstatně častěji než akutní lymfoblastová leukémie. AML tvoří 80 %, ALL pouze 20 % (Adam et al., 2008).

U akutní myeloidní leukémie se v periferní krvi může vyskytnout jak vysoký počet leukocytů, tak může být počet bílých krvinek v normě, a přesto se bude jednat o akutní leukémii (Adam et al., 2008). U pacientů s AML lze pozorovat zduření dásní a vzácněji ložiska leukémie v kůži (Vokurka, 2008).

Při akutní lymfoblastické leukémii může dojít k infiltraci mnohých orgánů, jako jsou játra, slezina či lymfatické uzliny (Adam et al., 2008). Pacient s ALL bude mít tedy zvětšené lymfatické uzliny, slezinu či játra. Může dojít k poškození centrální nervové soustavy, dále CNS, což se projevuje bolestmi hlavy, nevolností či zvracením (Vokurka, 2008).

Chronická leukémie se u většiny pacientů rozvíjí pozvolna v průběhu měsíců či let. Pokud onemocnění není zjištěno náhodně, a to například na preventivní prohlídce, přichází nemocný ke svému lékaři s únavou, nevykonností, slabostí, pocením či hubnutím. Dále si může pacient stěžovat na pocit plnosti a tlaku v břiše, a to z důvodu zvětšení sleziny (Vokurka, 2008).

Průběh chronické leukémie je podstatně delší než průběh akutní leukémie. Chronická myeloidní leukémie má nestabilní genetickou informaci maligních buněk.

Může přejít do fáze akutní (Vorlíček et al., 2012). *Chronická myeloidní leukémie je zhoubné nádorové onemocnění způsobené poruchou kmenové buňky, která nekontrolovaně bují a zachovává si schopnost vyžívání* (Vokurka, 2008, s 17).

Chronická lymfatická leukémie se dominantně vyskytuje hlavně u osob nad 50 let věku. Toto onemocnění je vyvoláno množением malých lymfocytů, které nejsou morfologicky odlišné od normálních lymfocytů (Vorlíček et al., 2012). U této choroby dochází k zvyšování lymfocytů v periferní krvi a kostní dřeni (Ulrych, 2014).

1.2 Příznaky leukémie

Příznaky jsou poměrně stejné jak pro akutní, tak pro chronickou leukémii. U akutní leukémie může být jedním z příznaků únava či pocit vyčerpání (Adam et al., 2008). Dalším klinickým příznakem mohou být infekce, které mají často velmi agresivní průběh. Při infekcích lze pozorovat vyšší teploty či horečky. Teploty a horečky se mohou vyskytnout i bez prokazatelné infekce. Dalšími projevy mohou být hemoragické diatézy, hyperplazie dásní a poškození CNS u leukémií, které vycházejí z monocytární řady (Adam et al., 2007).

Únavu a nevýkonnost způsobuje nedostatek červených krvinek, tedy anémie. Nedostatek červených krvinek dále způsobuje dušnost, gastrointestinální potíže či nechutenství (Slezáková et al., 2010b). Erytrocyty jsou buňky, které mají bikonkávní tvar o průměru asi 7,2 μm a jejich funkcí je transport dýchacích plynů mezi plicními alveoly a tkáněmi (Dylevský, 2009). Při nedostatku erytrocytů může také dojít k tomu, že u starších lidí dojde k bolestem na hrudi, což je způsobeno nedostatečným zásobováním srdečního svalu krví (Vorlíček et al., 2012). Na pacientovi lze vidět bledost sliznic, dlaní i celé kůže, což naznačuje anémii. Dále se zvyšuje výskyt infekcí, které se mohou vyskytnout jako záněty dýchacích cest, stomatitidy či angíny (Adam et al., 2008).

Infekce jsou vyvolány nedostatkem funkčních leukocytů. Tyto infekce mají závažný průběh a v podstatě nereagují na antibiotika (Vorlíček et al., 2012). U pacienta se mohou projevit zvýšené teploty až horečky, aniž by byla přítomna infekce. Pacient s leukémií se potýká také s trombocytopenií, tedy nedostatkem krevních destiček, kdy poté dochází ke krvácení z nosu či z dásní, mohou se také objevit petechie (Adam et al., 2008). Dále může dojít ke krvácení do mozku, což je život ohrožující (Vorlíček et al., 2012). Krevní destičky neboli trombocyty jsou nejmenšími elementy krve a jejich procesy vedou k zástavě krvácení. Důležitou podmínkou zástavy krvácení je vznik

trombu neboli krevní sraženiny (Dylevský, 2009). K tomu, aby došlo ke sražení krve je nutný faktor pro srážení krve, který se jmenuje tromboplastin (Slezáková et al., 2010b).

Pro chronickou leukémii se v první fázi nemoci vyskytují například zažívací problémy, rychle plný žaludek po jídle či tlak v levém podžebří, což je vyvoláno zvětšením sleziny, která poté tlačí na žaludek (Vorlíček et al., 2012). Dále dochází k patologické únavě, hubnutí či nočnímu pocení. V pozdějším období se dále objevují anémie, infekce a krvácivé projevy (Slezáková et al., 2010b). Počáteční příznaky chronické myeloidní leukémie, dále CML, se liší od akutní leukémie tím, že v počáteční fázi je v oběhu dostatek granulocytů a trombocytů, tudíž se u CML nevyskytují infekční či krvácivé komplikace, jako je tomu u akutní leukémie (Adam et al., 2007).

1.3 Druhy léčby akutní a chronické leukémie

O typu léčby rozhoduje hlavně věk pacienta, rizikovost leukémie a dostupnost dárce krvetvorných buněk (Vokurka, 2008). AML je léčena standardně chemoterapií či transplantací. I po této důkladné terapii se může stát, že zbytkové buňky AML přetrvají a způsobí relaps. Proto se začala využívat imunoterapie, která ničí nádorové buňky a inhibuje jejich růst. Je tedy prokázáno, že imunoterapie je potenciální alternativou k chemoterapii a radioterapii při léčbě AML (Achaempong et al., 2017).

U léčby ALL se kombinují cytostatika a Prednizon. Dále se používá kombinovaná chemoterapie či radioterapie hlavy nebo jejich kombinace, neboť dochází i k postižení CNS (Navrátil et al., 2008). Poté, co se ukončí hlavní chemoterapie, obvykle následuje udržovací terapie, která trvá přibližně 2,5 roku. Ozáření CNS je nezbytnou součástí terapie (Adam et al., 2007).

Chronická myeloidní leukémie se léčí nejprve zavedením inhibitorů tyrozinových kináz. Ovšem jedinou kurativní léčbou CML je alogenní transplantace krvetvorných buněk (Navrátil et al., 2008). Pacienti s CML se léčí Imatinibem. Při léčbě ovšem může vzniknout rezistence na imatinib. Proto poté bylo schváleno podávání Dasatinibu či Nilotibinu. Sestry si proto musí být vědomy toho, co představuje požadavek na změnu léčby a musí znát identifikaci rezistence (Bauer a Romvari, 2009).

Co se týče chronické lymfatické leukémie, tak v časných stádiích tohoto onemocnění lze být indikována pouze dispenzarizace. V pokročilejších stádiích je možno léčit kombinací biologické léčby a chemoterapie. U mladších pacientů je možné zvážení alogenní transplantace (Ulrych, 2014).

Leukémii lze léčit *chemoterapií*, která se v průběhu šedesátých let 20. století stala jednou z hlavních léčebných metod, neboť poskytovala systémový léčebný účinek (Klener jr. a Klener, 2013). Chemoterapie zahrnuje několik cytostatických léků, které lze aplikovat nitrožilně či intratekálně, tedy do páteřního kanálu k ovlivnění infiltrace CNS (Penka et al., 2011). Při léčbě se využívají látky chemické, které mají protinádorový účinek. Tyto chemické látky zabraňují nádorové buňce v dělení (Slezáková et al., 2010a).

(Vorlíček et al., 2012) uvádí, že sestra při chemoterapii musí znát účinky cytostatických léčiv, včetně účinků vedlejších. Sestra má mít dovednosti při podávání cytostatik intravenózně do centrálního žilního katétru jako jsou port a Hickmanův katétr. Dále umí manipulovat s pumpami a žilními přístupy. Náplň sestry je ovšem také sledování stavu pacienta, komunikace s ním a věnuje pozornost nežádoucím účinkům terapie. Je nutné poskytovat pacientovi dostatečné informace jako je organizace aplikace chemoterapie, působení léků, frekvence a délka podávání, a hlavně vedlejší účinky jako jsou například reverzibilní ztráta vlasů či změny v krevním obraze. Chemoterapii připravuje na základě ordinace lékaře poté, co provede kontrolu přebíraného cytostatika z lékárny. Před podáním podá doplňující informace a zjistí, zdali pacient všemu rozumí. Je důležité sdělit pacientovi, aby určité známky a symptomy hlásil sestře nebo lékaři (Vorlíček et al., 2012). Samotná onkologická terapie, a to především právě chemoterapie, je jedním z faktorů, který se podílí na poruše imunity. Při chemoterapii lze dojít k narušení přirozených ochranných bariér pomocí invazivních vstupů (Slezáková et al., 2010b). Proto, když sestra zajistí venózní přístup, tak pečuje o jeho průchodnost, a důležitá je hlavně prevence infekce (Vorlíček et al., 2012).

Vedlejší účinky chemoterapie závisí na druhu cytostatik. Vzhledem k vedlejším účinkům se sestra musí zabývat například nevolnostmi, vyrážkami, záněty v dutině ústní, průjmami či sníženou obranyschopností jako následek utlumení krvetvorby. Je nutné chemoterapii tedy doplňovat i podpůrnou léčbou. Nebezpečná může být alergická reakce, kdy musí sestra okamžitě přerušit podávání cytostatik. Některé cytostatika mohou způsobit také zánět močového měchýře, kdy dochází ke krvácení. Cytostatika také mohou způsobit zničení pohlavní buněk, což může vést až ke sterilitě (Vrublová, 2011).

U chemoterapie může dojít ke vzniku rezistence, a to tím, že u nádorových buněk vznikne primární necitlivost k cytostatiku, což nazýváme primární rezistence. Častěji se

vyskytuje rezistence sekundární, která vznikne v průběhu cytostatické léčby. Při sekundární rezistenci se původně citlivá nádorová populace stane rezistentní, a proto dojde ke snížení účinnosti léčby (Klener jr. a Klener, 2010).

Důležitou roli při léčbě leukémie hraje *transplantace kostní dřeně* neboli transplantace hematopoetických buněk. Transplantaci lze provést buď odběrem kostní dřeně z pánevních kostí, což se provádí na chirurgickém sále v celkové anestézii, anebo odběrem periferních kmenových buněk za pomoci separátoru, kdy je dárci čtyři dny před tím aplikován injekčně růstový hormon pro granulocyty. Poté jsou buňky vyplaveny do periferní krve. Cílem transplantace hematopoetických buněk tedy je, aby dřeň příjemce byla osídlena kmenovými buňkami dárce, což zajistí vznik krvetvorby (Penka et al., 2012). V kostní dřeni se vyskytují kmenové buňky, které jsou stejné pro všechny typy krvinek. Dělením kmenové buňky dochází ke vzniku nových buněk jako jsou bílé a červené krvinky, a krevní destičky (Dylevský, 2009). Důležité při výběru dárce je shoda HLA (Human Leucocyte Antigen) systému s příjemcem. Požadavky pro dárce kostní dřeně jsou takové, že dárce musí být mezi 18–35 let věku a musí být zdravý. Dále je vhodný dobrý psychický a sociální stav a negativní historie i současný stav, co se týče závažnějších onemocnění. Po transplantaci může také dojít k vedlejším účinkům jako jsou infekční nemoci přenosné krví, cerebrovaskulární onemocnění či respirační nedostatečnost (Slezáková et al., 2010b). Transplantace kmenových buněk je velmi náročná metoda především z hlediska sekundární imunodeficiency, neboť pro nemocné, kteří podstupují tuto léčbu, hrozí infekce, které představují nejčastější příčinu smrti (Bartůňková et al., 2007).

Další metoda používána k léčbě leukémie je *radioterapie*. Při léčbě leukémie hraje radioterapie spíše podpůrnou roli, jejímž cílem je zničit nádorové buňky, aniž by došlo k poškození okolní tkáně. V tomto případě se kombinuje s cytostatiky, která jsou podávána do CNS pomocí lumbální punkce (Vrublová, 2011). U radioterapie mohou být zdroje záření například rtg záření, radium či radiokobaltové ozařovače (Slezáková et al., 2010a). U radioterapie se ovšem také vyskytují nežádoucí účinky, a to časně a pozdní. První postradiační změnou je postradiační syndrom, který se projevuje únavou, letargií, bolestmi hlavy, průjmami či nauzeou. Dále mohou vzniknout kožní reakce a poškození krvetvorby. Při poškození kůže by měl pacient nosit volný oděv, nevystavovat pokožku slunečnímu záření, udržovat suchou kůži. Dále by pacient neměl kůži omývat mýdlem, na postiženou oblast nepoužívat deodoranty a parfémy a holit se

elektrickým strojkem. Dále může dojít k poškození sliznic či se vyskytnou střevní změny (Vorlíček et al., 2012).

1.4 Nejčastější komplikace u pacientů s leukémií

Na každého člověka působí bio-psycho-sociální faktory, které ovlivňují jak zdraví, tak nemoc jedince. Přesto, že je těchto faktorů nespočet, my se zde budeme zabývat těmi nejčastějšími, se kterými se lze setkat u pacienta s leukémií. Nejčastějšími komplikacemi tedy jsou zvracení a nauzea, špatný nutriční stav, střevní problémy, bolest, porucha krvetvorby, komplikace u zavedeného žilního katétru, kožní změny a infekce.

Zvracení a nauzea jsou jedním z nežádoucích účinků, které se objevují po cytostatické léčbě. Nauzea neboli nevolnost je nucení na zvracení, je to subjektivní příznak a příčinou je dráždění centra pro zvracení (Nejedlá, 2015). Zvracení neboli vomitus je vyprázdnění žaludečního obsahu skrze ústa. Může předcházet slinění či nauzea (Navrátil et al., 2008). Příznaky zvracení mohou dále být pocení, bledost či tachykardie. Při zvracení může dojít k rizikům jako je aspirace gastrointestinálního obsahu, ztráta tekutin či metabolická alkalóza. Jedním z úkolů sestry je zhodnotit množství, příměsy a barvu zvratků (Kapounová, 2007).

Sestra upozorní pacienta na to, že pokud bude zhluboka dýchat, zmírní tím nucení na zvracení. Sestra musí pacienta uvést do polohy polosedu nebo na bok, aby zabránila aspiraci gastrointestinálního obsahu. Dále by měla odsát či jinak odstranit zvratky z dutiny ústní, poté nabídnout pacientovi výplach dutiny ústní. Dále sestra kontroluje základní životní funkce. Sestra bude dále kontrolovat množství, charakter, barvu a příměsy zvratků a vše bude zaznamenávat do ošetrovatelské dokumentace. Důležité je, aby v tomto stavu sestra nepodávala pacientovi nic per os. Při zvracení lze podat antiemetika dle ordinace lékaře. Při zvracení může dojít k znečištění pacientovo oblečení a lůžkovin, proto tyto věci sestra vymění, aby měl pacient pohodlí, popřípadě může vyvětrat pokoj, aby se pacientovi lépe dýchalo a měl čerstvý vzduch. V případě, že se pacientovi udělá lépe, je možné se vrátit k podávání per os. Sestra by měla začít podávat vodu, poté čaj, popřípadě masový vývar. Pokud toto pacient bez obtíží zvládne, může sestra podat jídla, která jsou snadno stravitelná jako například kuře, bílé pečivo a hlavně netučná jídla (Kapounová, 2007). Jídla je vhodné podávat chladnější, neboť teplá jídla mají silnou vůni, a to může způsobit dráždění žaludku. Sestra může nabídnout kousky mraženého ovoce, které jsou celkem dobře tolerovány. Po zlepšení stavu

pacienta sestra může nabídnout perorální nutriční doplňky (Grofová, 2007). Sestra by neměla podávat potraviny, které povzbuzují peristaltiku, jako jsou potraviny s vysokým obsahem vlákniny či kofein. Poté, co se pacient nají, mu sestra doporučí, aby odpočíval, popřípadě mu pomůže do polosedu, aby se snížilo riziko zvracení. Dále může pacientovi přinést džus nebo chladné šumivé nápoje (Kapounová, 2007).

Pro zmírnění vedlejších nežádoucích příznaků, jako je zvracení a nevolnost, vznikla studie, která se zabývala účinností léku Taurin. Účelem studie bylo vyhodnotit účinek Taurinu podávaného per os na zvracení a nevolnost u pacientů s akutní lymfoblastickou leukémií, které je způsobeno chemoterapií. Studie obsahovala 40 pacientů, kteří měli stejnou chemoterapii. Studie byla randomizovaná, pacienti tedy dostávali náhodně buď placebo, nebo Taurin. Pacienti placebo či Taurin dostali po 2 gramech denně per os, což bylo rozděleno do dvou dávek, a které pacienti brali za šest hodin po skončení chemoterapie po dobu šesti měsíců. Výsledkem bylo, že u pacientů, kteří užívali Taurin, došlo k významnému zlepšení, co se týče zvracení a nevolnosti po chemoterapii. Navíc Taurin významně snižuje únavu (Islambulchilar et al., 2015).

Taurin je tedy beta-aminokyselina a je důležitý pro regulaci buněčného objemu, agregaci trombocytů, dále jako antioxidant a neurotransmitter. Nízká hladina Taurinu se může vyskytnout u těžkých katabolických stavů, jako jsou nádorová onemocnění při chemoterapii a ozařování (Zadák, 2008).

Poté následuje *ošetřovatelská péče o pacienta v oblasti nutriční podpory*. U pacientů s onkologickým onemocněním může špatná výživa způsobit zhoršenou odpověď na protinádorovou léčbu, může snižovat toleranci chemoterapie i radioterapie, čímž může dojít ke zkrácení života pacienta. Z tohoto důvodu je nutné, aby pacienti podstoupili vyšetření nutričního stavu a u těch, kteří jsou ohroženi malnutricí, zvážit nutriční podporu. Podvýživa se může vyskytnout jako vedlejší účinek protinádorové léčby, kdy se objevuje nechutenství, nauzea, zvracení, změny v dutině ústní, průjem, únava či celková slabost. Dieta pacienta by měla obsahovat potraviny, které jsou energeticky bohaté jako jsou plnotučné sýry a mléko, máslo, omáčky či smetana. Sestra může pacientovi nabídnout, pokud je pacient schopen, procházku na čerstvém vzduchu, což může zvýšit chuť k jídlu. Dále by sestra měla pacientovi doporučit, že k normální stravě by mohl popíjet přípravky jako je Nutridrink či Fresubin. Sestra pacienta upozorní na to, že během chemoterapie je dobré vypustit pacientova oblíbená jídla, neboť k nim může vzniknout odpor. Při podávání jídla je dobré, aby sestra na talíř připravila menší porce, čímž zabrání případnému pocitu plnosti pacienta ještě před

začátkem konzumace tohoto jídla. S tímto souvisí, že pro pacienta je vhodné jíst menší porce jídla, a to vícekrát za den (Kapounová, 2007).

Pacientům, kteří mají pocit sucha a bolesti v ústech, sestra doporučí jíst menší kašovitě porce, a to třeba 6-7 x denně. Nemocný by měl být dále informován, že by potraviny, které bude konzumovat, neměly obsahovat koření. Je dobré se vyhnout kyselým jídlům a nápojům, včetně džusu (Kapounová, 2007).

Pacienti, kteří trpí průjmem, by měli vypít nejméně 3 l tekutin a jíst netučná jídla. Sestra nebude podávat po dobu průjmu kávu, plynatou stravu, jako je hlávkové zelí, kapusta, brokolice či fazole (Kapounová, 2007). Vzhledem k tomu, že dojde k úbytku tekutin, je nutné pacienta opět rehydratovat. Sestra nabídne čiré tekutiny jako je voda, nemastný vývar, ovocné džusy ředěné vodou či slabý čaj (Grofová, 2007). U pacientů po transplantaci krvetvorných buněk a se sníženou imunitou je nutné dodržovat určitá pravidla, neboť u nich hrozí vysoké riziko infekce. V těchto případech by sestra doporučila dodržování diety s nízkým obsahem mikroorganismů. Pacienti budou informováni, že je důležité vyhnout se potravinám s prošlou záruční lhůtou, špatně skladovaným či s porušeným obalem. Strava, kterou nemocní budou konzumovat, musí být tepelně upravena. Mezi dietu s nízkým obsahem mikroorganismů lze zařadit potraviny, jako je dobře tepelně upravené maso a ryby, vejce vařená či smažená, ovoce, které lze oloupat, či všechny druhy čerstvého pečiva. Pokud u pacientů nestačí příjem per os, lze zajistit sipping, enterální výživu pomocí nozogatrické sondy či parenterální výživu (Kapounová, 2007).

Dále se budeme zabývat *ošetřovatelskou péčí o pacienta s průjmem a zácpou*. Jako nežádoucí účinek chemoterapie lze dále označit poškození sliznic zažívacího traktu. V tomto případě se u pacienta s leukémií mohou vyskytnout problémy jako jsou zácpa či průjem. Buňky sliznice jsou při chemoterapii velmi často poškozovány. Sestra pacienta předem informuje o možném poškození sliznice, dále doporučí pacientovi zvýšit hygienu a doporučí časté vyplachování dutiny ústní. Cílem sestry při ošetřovatelské péči je prevence infekcí na porušené sliznici a zmírnit potíže, jako je například bolestivost. Při toxickém poškození sliznice může také dojít k průjmu, který přejde do zácpy, až může přejít do stavu střevní neprůchodnosti. Může také dojít k perforaci střeva a zánětu pobřišnice (Vorlíček et al., 2012).

Průjem je jeden z vedlejších účinků chemoterapie (Grofová, 2007). Průjem lze označit jako časté vyprazdňování řídké stolice (Navrátil et al., 2008). Může vést k dehydrataci doprovázenou slabostí a únavou. Je proto nutné, aby došlo k rehydrataci

buď perorální, nebo infuzní. Pacientovi sestra může doporučit čiré tekutiny, slabý čaj či nemastný vývar. Pacient by neměl pít příliš chlazené ani horké nápoje, neboť může dojít k dráždění žaludku. Při průjmu je nutné, aby pacient dodržoval pitný režim více než za normálních okolností, což znamená 2 a více litrů tekutin. Dále není vhodná konzumace jídel, která nadýmají, jako jsou luštěniny (Grofová, 2007).

Dalším z vedlejších účinků chemoterapie může být zácpa (Grofová, 2007). Zácpa je opakem průjmu a lze ji označit jako málo frekventní vyprazdňování tuhé a formované stolice (Navrátil et al., 2008). Zácpa se projevuje u pacientů s onkologickým onemocněním především jako vedlejší účinek opiátů. Základním doporučením je pít hodně tekutin, jíst ovoce, zeleninu, ovesné vločky a celozrnné produkty. Ovoce je důležité, aby pacient konzumoval neloupané. Tyto potraviny totiž zajišťují příjem vlákniny pro pacienta. Důležité je kromě potravin také zvýšení fyzické aktivity. Laxantiva by se měly podávat omezeně. Výživa je tedy základem podpůrné léčby onkologických onemocnění, která organismus posiluje (Grofová, 2007).

V další části se zaměříme na *ošetřovatelskou péči u pacienta s bolestí*. Dle (Kapounová, 2007) je bolest subjektivní prožitek. Bolest existuje vždy, kdykoliv pacient říká, že bolest má. V těle má člověk uloženy periferní receptory bolesti neboli nocireceptory, a ty jsou uloženy v kůži, svalech, kloubech a v oblasti míchy, mozkového kmene, talamu a mozkové kůry. Tyto receptory jsou drážděny na základě mechanického, chemického či termického podnětu. U pacientů se může vyskytnout jak bolest akutní, tak bolest chronická (Kapounová, 2007). Akutní bolest má rychlý nástup a trvá několik hodin až dnů. Taková bolest je ostrá, intenzivní a dobře lokalizovaná. Akutní bolest je silným stresorem a způsobuje především změny psychické, jako je úzkost či strach. Akutní bolest může přejít do bolesti chronické (Feixová, 2016). Sestra musí vědět, že při akutní bolesti se u pacienta objeví tachykardie, hypertenze, tachypnoe, dilatace zorniček, pocení na dlaních a ploskách nohou. Co se týče chronické bolesti, tak ta obvykle trvá 3-6 měsíců, ale i déle. Mezi chronické bolesti lze zařadit především nádorové onemocnění či fantomové bolesti. Chronická bolest se projevuje poruchou spánku, podrážděností, nechutenstvím, zácpou či sníženou tolerancí bolesti (Kapounová, 2007).

Sestra při vyšetření onkologického pacienta s bolestí vyšetřuje lokalizaci, intenzitu, charakter, časový průběh a psychologickou rovinu bolesti. Místo bolesti pacient na optání buď řekne, nebo ukáže. K lepší lokalizaci napomáhá tzv. mapa bolesti, kde pacient na obrázek lidské postavy zakreslí místo bolesti (Feixová, 2016). Intenzitu

bolesti může sestra získat na základě verbální škály bolesti. Další možnost, kterou může sestra využít, je vizuální analgová škála, tedy VAS, kdy pacient vyznačí intenzitu své bolesti na úsečce, která je zobrazena od žádné bolesti po nejhorší bolest. Jako poslední lze využít numerickou škálu, kdy pacient přiřadí intenzitě bolesti číslo obvykle v rozmezí 0-10. U onkologických pacientů by mělo být hodnocení bolesti jedním z rutinně sledovaných parametrů (Vorlíček, 2012). U charakteru bolesti je důležité, jak bolest člověka ovlivňuje během jeho denních aktivit. Co se týče časového průběhu bolesti, tak bolest může být stálá či intermitentní. Zde využíváme metodu VAS, kde zaznamenáváme intenzitu bolesti s jejím časovým údajem. Jako poslední je psychologická rovina bolesti, která je dána emoční kvalitou (Feixová, 2016).

Nádorovou bolest lze léčit farmakoterapií. Dochází tedy k systémovému podávání analgetik nebo adjuvantních léků, a to per os, parenterálně či rektálně podávaná neopioidní i opioidní analgetika a koanalgetika. Lze také podávat spinální analgetika (Vorlíček et al., 2012). Úkol sestry v rámci ošetrovatelské péče při podávání spinálních analgetik je sledovat vitální funkce pacienta, kontrolovat místo vpichu (zalomení, neprůchodnost katétru, infekce v místě vpichu) a fixaci katétru, pravidelně pečovat o místo vpichu jako jsou sterilní převazy, sledovat bolest pacienta pomocí hodnocení bolesti, kontrolovat diurézu pacienta, neboť v míše se nachází mikční centrum, dodržovat aseptické podmínky při manipulaci s katétre a měnit bakteriální filtr katétru. Dále aplikovat analgetika dle ordinace lékaře a v neposlední řadě sledovat místo vpichu po vyjmutí katétru, spolu s únikem mozkomíšního moku přes dura mater a nežádoucí účinky analgetik nejméně 12 hodin po ukončení epidurální infuze (Kapounová, 2007).

Pro nádorové bolesti je vodítkem analgetický žebříček Světové zdravotnické organizace (WHO), který má tři stupně. První stupeň se vyznačuje mírnými bolestmi a začíná se zde s neopioidními analgetiky. Při střední bolesti, což je druhý stupeň, se podávají neopioidní analgetika, ke kterým se přidávají slabá opioidní analgetika. Při silné bolesti, tedy při třetím stupni, se slabé opioidy mění za silné opioidy. Dále se uplatňují adjuvantní analgetika (Kršiak, 2009). Cíle, léčby není úplné vymizení bolesti, ale zmírnění bolesti na snesitelnou míru pacienta. Cílem je, aby bolest pacienta neomezovala v jeho aktivitách a nezhoršovala kvalitu jeho života (Sláma, 2015).

Průlomová, epizodická, bolest znamená, že u onkologických pacientů během dne často kolísá intenzita bolesti. Je to tedy přechodné zhoršení bolesti u pacienta, jehož základní bolest je relativně stabilní. Trvání epizody průlomové bolesti je přibližně 30-60

minut. Změna intenzity bolesti může být způsobena například i únavou, frustrací či úzkostí. Pro léčbu se využívají farmakologické i nefarmakologické postupy (Vorlíček et al., 2012).

U pacientů trpících bolestí je tedy důležité, aby si sestra stanovila ošetrovatelskou diagnózu, cíl a intervence. Sestra se bude věnovat lokalizaci, charakteru, šíření a časovému průběhu bolesti. Kromě farmakologické léčby je dobrá i léčba podpůrná ve formě masáží, cvičení či úlevové polohy (Vorlíček et al., 2012).

Sestra dále poskytuje *ošetrovatelskou péči u pacienta s poruchou krvetvorby*. U pacientů s leukémií dochází k nedostatku erytrocytů, které mohou způsobovat dušnost, únavu a nevykonnost. Nedostatek červených krvinek nazýváme anémie (Slezáková et al., 2010b). Dále dochází k nedostatku funkčních leukocytů, což vyvolává infekce, které nereagují na antibiotika (Vorlíček et al., 2012). U pacienta s leukémií se může vyskytnout i trombocytopenie, což je nedostatek krevních destiček, kdy dochází ke krvácení z nosu či dásní, nebo se objevují petechie (Adam et al., 2008).

V těchto případech může dojít k aplikaci transfúzních přípravků. Transfuze znamená převod lidské krve nebo její složky do organismu. Transfuzi indikuje lékař a spolu se sestrou jsou zodpovědní za správnost provedení této transfuze (Vytejšková et al., 2015). Transfuze se podává nitrožilně a její množství je udáno v transfúzních jednotkách, tedy TU. Při transfuzi se převádí krev, která má stejnou skupinu a stejný Rh faktor jako pacient. Před aplikací transfuze je nutný souhlas nemocného a jeho edukace. Jako první sestra odebere krev na vyšetření krevní skupiny pacienta. Sestra dále vyplní žádanku na výdej transfúzního přípravku, která bude obsahovat jméno a příjmení, rodné číslo, identifikační číslo, číslo pojišťovny, kód diagnózy, oddělení, číslo nákladového střediska, druh derivátu, počet transfúzních jednotek, datum poslední transfuze, požadavek na statim či vitální indikaci, datum a čas, na kdy je derivát požadován. Se žádankou se posílá zkumavka s krví pacienta (Kapounová, 2007).

Prvním krokem sestry při přípravě transfuze u lůžka pacienta je identifikace pacienta. Dále sestra zkontroluje shodu transfúzního přípravku s dokumentací a zkontroluje transfúzní přípravek, zda nedošlo například k porušení obalu. Sestra dále vyšetří pacientův krevní tlak, puls a teplotu (Řeháček, 2013). Sestra transfuzi začne biologickou zkouškou, což znamená, že rychle aplikuje 10-20 ml přípravku, poté přeruší a sleduje reakce na podání přípravku, a to pod dohledem lékaře. Všechny úkony provedené při podávání transfuze zapíše sestra do dokumentace (Maisnar et al., 2015). Poté, co sestra podá transfuzi je nutné, aby pacienta sledovala, zdali se neprojeví

příznaky potransfuzní reakce (Řeháček, 2013). Důležité je také, aby sestra zkontrolovala, zdali má pacient u sebe funkční signalizační zařízení, aby případné příznaky komplikací při podání transfuze ohlásil neprodleně sestře. Sestra tedy k výkonu potřebuje dokumentaci pacienta, transfúzní přípravek s dokumentací, jednorázové rukavice, transfúzní set, dezinfekční čtverečky nebo dezinfekci ve spreji, emitní misku a infúzní stojan nebo infúzní pumpu (Vytečková et al., 2015).

Transfuzi sestra ukončuje v momentě, kdy zbývá ve vaku 5-10 ml přípravku (Řeháček, 2013). Sestra si umyje ruce, nasadí rukavice a odpojí set od venózního katétru (Vytečková et al., 2015). Vak se zbytkem transfúzního přípravku se skladuje v lednici po dobu 24 hodin z důvodu pozdějšího vyšetření transfúzního přípravku, kdyby došlo k potransfuzní reakci. Po skončení transfuze sestra změří tlak, puls a teplotu. Dále vše zaznamená do dokumentace pacienta (Řeháček, 2013).

Potransfuzní reakce se může projevit v průběhu podávání přípravku nebo po skončení transfuze. Dělíme je na lehkou, středně závažnou a závažnou potransfuzní reakci. Sestra tyto reakce musí nahlásit transfúznímu oddělení. Mezi tyto reakce patří akutní hemolytická reakce, akutní potransfuzní reakce, alergická reakce, akutní plicní selhání vyvolané transfúzí, bakteriální kontaminace, reakce z přetíženého oběhu, pozdní hemolytická reakce, hemolýza způsobená fyzikálním nebo chemickým poškozením erytrocytů, reakce štěpu proti hostiteli vyvolaná transfúzí, transfuzemi indukovaná hemosideróza, potranfúzní purpura, febrilní nehemolytická reakce a přenos infekcí transfúzí (Dušková a Darebníček, 2016).

U pacientů s leukémií se při léčbě používá mnoho léků, které se podávají pouze nitrožilně, a proto se zde může vyskytnout spousta problémů při poskytování *ošetřovatelské péče o zavedený žilní katétr*. Vzhledem k tomu, že sestra provádí opakované punkce periferních žil, dochází na horních končetinách k trombotizaci a zániku, tedy vazivovatění (Vorlíček et al., 2012). Periferní žilní kanylu, dále PŽK, zavádí sestra nejčastěji na hřbet ruky, předloktí, v loketní jamce či na nártu nohy. Sestra musí vědět, že zavedení PŽK do loketní jamky se může při ohnutí paže zalomit a poté neplní svůj účel. Dále musí vědět, že v takovémto případě hrozí nabodnutí n. medianus či a. brachialis. U kanyly na noze se zvyšuje riziko trombózy. Sestra tedy jako první zkoumá ruku pacienta a postupuje od hřbetu ruky výše (Vytečková et al., 2015). Kromě periferní žilní kanylace lze využívat i centrální žilní kanylaci, kde se jedná o centrální žílu, což je horní a dolní dutá žíla se soutokem u pravé srdeční síně. Centrální žilní kanylace, dále CŽK, se zavádí přes žílu podklíčkovou, jugulární a stehenní. Výhoda

centrální kanylace je, že do ní lze podávat léky, které normálně dráždí tenké periferní žíly. Přes kanylu lze provádět odběry krve na vyšetření (Vorlíček et al., 2012).

Ovšem jak u periferní, tak u centrální žilní kanylace je riziko infekce, krvácení či přímého poškození. Aby sestra zabránila infekci, je nutné, aby dodržovala ponechání periferního žilního katétru v místě 72-96 hod. U kanylací může také dojít k sepsi, která vzniká při nedodržení zásad asepse venózní kanyly. Toto se často vyskytuje spíše u CŽK. Z toho důvodu je důležité, aby sestra řádně pečovala o kanyly, aby nedošlo ke vzniku infekce. Může také dojít ke vzduchové embolii, která vzniká negativním tlakem v žíle, nebo pokud je vzduch do žíly natlačen (Vytejková et al., 2015). Infekce v místě vpichu katétru se může projevit například v podobě erytému, místní citlivosti a bolestivosti, pocitu napětí, infiltrace či hnisavé sekrece v místě vpichu. Při infekci se často vyskytují zvýšené teploty, zvýšení CRP a prokalcitoninu. Lze dojít také k hematogennímu rozsevu infekce, což je infekce rozšířená a má delší trvání. Zde se také vyskytuje zvýšená tělesná teplota doprovázena třesavkou, průjem či známkami sepse (Streitová et al., 2015).

Dále se lze setkat s PICC katétretem neboli peripherally inserted central catheter. PICC katétr se zavádí přes periferní žílu na paži a končí na přechodu horní duté žíly v pravou srdeční síň. Obvykle je veden v. basilica, v. cephalica nebo v. brachialis (Vytejková et al., 2015). Při léčbě leukémie se běžně PICC katétr využívá. Vznikla studie, jejímž účelem bylo zjistit rizikové faktory infekce související s katétretem u pacientů s leukémií. Studie zkoumala vztah mezi různými faktory, včetně typů leukémie, základních onemocnění, doby zavedení katétru, použití chemoterapie či imunitních funkcí. Ze 140 sledovaných pacientů se ve 25 případech objevily infekce spojené s katétretem, což tedy bylo 17,9 %. Tyto infekce jsou častou komplikací u PICC katétru a v některých případech mohou vést i k sepsi. Během chemoterapeutické léčby je důležité poskytnout podpůrnou léčbu, sledovat změny vitálních funkcí, sledovat výskyt krvácení v místě punkce a poskytnout kvalitní výživu, čímž se zlepšuje imunitní funkce pacienta. Dále sestra udržuje čistotu okolí, osobní hygienu pacienta a zajistí čisté převazy (Zhou et al., 2017).

Sestra poskytuje také *ošetřovatelskou péči u pacienta s kožní reakcí po radioterapii*. Při léčbě leukémie radioterapií může tedy docházet k poradičním kožním změnám. Kožní změny a jejich rozsah záleží na celkové dávce záření, na oblasti kůže v léčebném poli i jak světlá je pacientova pleť. Kožní změny se mohou dělit na čtyři typy kožní reakce. Nejčastější reakcí je erytém, kdy je kůže růžová až červená. Po ozáření

může sestra promazat kůži pacienta Panthenol gelem a lze použít sprej s ochranným filmem, který dlouhodobě chrání kůži. Dále se může vyskytnout suchá deskvamace, kdy dochází k tomu, že kůže pacienta začíná osychat a olupovat se, neboť došlo ke zničení mazových žláz. Jako se vyskytuje suchá deskvamace, tak se může vyskytnout i vlhká deskvamace, kdy se vytvářejí puchýře a dochází k odlupování epitelových vrstev. Při výskytu této reakce sestra opět promazává kůži například Infadolan mastí či Bepanthen mastí, lze podávat analgetika dle ordinace lékaře a jako prevenci infekce sestra využije krytí Mepilex transfer či Mepilex lite, kdy se krytí nepřilepí do rány, minimalizuje bolest a odvádí exsudát z rány. Dále může dojít ke zničení potních a mazových žláz (Vorlíček et al., 2012).

Pacientovi sestra doporučí, aby nosil volný a nedráždivý oděv. Dále je nutné nevystavovat se slunečnímu záření. Při hygieně sestra pacienta upozorní, že není vhodné, aby se omýval mýdlem. Na místa, kde se vyskytují kožní změny, pacient nesmí používat deodoranty či parfémy, a pro holení je vhodné použít elektrický strojek (Slezáková et al., 2010b). Dále sestra pacientovi doporučí, aby poté, co se osprchuje, jemně pokožku usušil a udržoval ji suchou. Dále je třeba pacienta upozornit, aby pokožku chránil před tepelným, mechanickým a chemickým drážděním (Vorlíček et al., 2012).

Nedílnou součástí péče u pacientů s leukémií je také *ošetřovatelská péče u pacienta se sníženou imunitou*. U pacientů trpících onemocněním, jako je leukémie, dochází k narušení imunity, tedy obranyschopnosti proti infekcím (Vorlíček et al., 2012). Aby pacient měl dostatečnou obranu proti infekčnímu agens, musí mít neporušený imunitní systém, optimální nutriční stav a normální orgánové funkce. Pokud dojde k narušení některé z těchto tří složek, dojde k zvýšené vnímavosti jedince k tomuto infekčnímu agens (Adámková, 2014). Aby byla integrita a homeostáza organismu zachována, nesmí dojít k invazi patogenů do tkání a orgánů. Tomuto zabraňují právě fyziologické bariéry (Streitová et al., 2015). Obranyschopnost je ovlivňována u pacientu s leukémií také dlouhodobou imobilizací, malnutricí či jiným přidruženým onemocněním (Adam et al., 2008). Infekční komplikace u onkologických pacientů jsou druhou nejčastější příčinou smrti pacienta. Narušení imunity způsobuje samotné nádorové onemocnění. K poruše imunity přispívá i samotná onkologická terapie, a to především chemoterapie (Slezáková et al., 2010b). Při léčbě cytostatik může dojít k přechodnému nežádoucímu útlumu kostní dřeně, kdy dochází především ke snížení neutrofilních granulocytů. Cytostatika dále vedou k poškození sliznice zažívacího traktu, čímž dochází k snazšímu

přestupu mikrobů do oběhu ze střev. U pacientů s leukémií může dojít například k infekci nitrožilního katétru, kdy dojde k průniku bakterií z tělesného povrchu nemocného do krevního řečiště. Z toho důvodu sestra musí poskytnout maximální péči o zevní konec kanyly a musí přísně dodržovat sterilitu při nitrožilní aplikaci léků. To samé se může vyskytovat i u močového katétru (Vorlíček et al., 2012).

Imunodeficiencie vzniká nejčastěji při nádorech vycházejících z buněk imunitního systému, a to je zejména akutní myeloidní leukémie. Na imunodeficienci se podílí cytostatika, ozařování i transplantace, které způsobují sekundární imunodeficienci. K ní lze dále přiřadit nedostatečnou výživu, ať už ze sníženého příjmu potravy pro nechutenství, tak z důvodu malabsorbce (Bartůňková et al., 2007).

S infekcí lze bojovat například okamžitým nasazením antimikrobiální léčby intravenózně, odběrem hemokultur a následné podávání antibiotik. Roli zde hraje i podpůrná terapie, a to v podobě hydratace intravenózní cestou (Slezáková et al., 2010b). Pokud se léčba akutní leukémie daří úspěšně, snižuje se tím i riziko infekce (Adam et al., 2008).

Neutropenie je stav, kdy dojde ke snížení neutrofilních granulocytů v periferní krvi a dochází k poklesu $1,5 \times 10^9 /l$. U neutropenie často dochází k infektům. Mezi typické infekce můžeme řadit záněty kůže či povrchové nebo hluboké abscesy (Penka et al., 2011). *Podkladem febrilní neutropenie je v mnoha případech sepse v podmínkách granulocytopenie, ale může vzniknout jen jako pyretická reakce na rozpad nádorových buněk nebo toxickou léčbu* (Rozsypal, 2015, s. 437). Neutropenie vzniká na základě protinádorové léčby leukémie a je jednou z nejzávažnějších faktorů infekčních komplikací. Infekce, která se vyskytuje u neutropenie, může vést rychle ke generalizaci infekce, tedy k rozvoji sepse. Sestra musí znát klinické projevy septického šoku, který se v tomto případě může projevit. U pacienta lze zpozorovat tělesnou slabost, zmatenost, pokles krevního tlaku, tachykardii, febrilii, nitkovitý puls či poruchy prokrvení kůže. Pokud u pacienta nastane febrilie nad $38\text{ }^{\circ}\text{C}$, sestra okamžitě musí informovat lékaře, změřit krevní tlak a následně ho monitorovat v určitých intervalech, dále změřit puls a sledovat celkový stav pacienta (Vorlíček et al., 2012).

Pokud se u pacienta projeví stav neutropenie s febrilními stavy, sestra musí sledovat příznaky infekce, poruchu integrity kůže a sliznice, jako mohou být například ragády ústních koutků. Dále sestra kontroluje okolí žilního katétru, sleduje krevní tlak, puls, dechovou frekvenci a tělesnou teplotu. Tělesnou teplotu je nutné, aby sestra měřila nejméně 3 x denně. V neposlední řadě by sestra měla sledovat množství moči a příjem

tekutin za 24 hodin. Všechno, co by naznačovalo klinickým známkám infekce, je nutno okamžitě nahlásit lékaři (Vorlíček et al., 2012). Febrilní neutropenie je tehdy, pokud je přítomnost horečky větší 38,5 °C, a to jedenkrát za den nebo 38-38,5 3x za 24 hodin. Vysoké riziko infekce se může objevit, pokud hodnota neutropenie klesne pod 500 bb/ μ l a zvláště pokud trvá 7-10 dní (Rozsypal, 2015). Při vyšetření pacienta hledáme infekci v dutině ústní, okolí genitálu a lůžek nehtů. Odebírá se krev na kultivaci, tedy hemokultura z žilních vstupů (Obermannová, 2015). Dále je nutnost, aby sestra udělala odběry krve na vyšetření krevního obrazu s diferenciálním rozpočtem, dále biochemické vyšetření, také koagulační vyšetření a biochemické a mikroskopické vyšetření moče a močového sedimentu. Dále se provádí mikrobiologické vyšetření, tedy odběry hemokultur z periferní žíly pro kultivaci aerobních a anaerobních bakterií, a to pokud je možné, tak odebrat před podáním antibiotik. Dále kultivace moči pro průkaz bakterií. (Adam et al., 2008).

Úlohou sestry v péči o pacienta s neutropenií je ho informovat, aby dodržoval pravidelnou hygienu rukou, pravidelnou hygienu celého těla a dutiny ústní. U dutiny ústní je doporučeno provádět hygienu až 4 - 6x denně. Sestry umístí pacienta na pokoj, kde nejsou nemocní s klinicky zjevnou infekcí, a pravidelně edukuje veškerý personál o dodržování preventivních opatření (Vorlíček et al., 2012). Na pokoji nesmí sestra nechat živé květiny a zajistí důkladný úklid a dezinfekci pokoje. Sestra si dezinfikuje ruce před vstoupením do pokoje a poté, co z pokoje odchází. Důsledně používá ochranné pomůcky, jako jsou rukavice, ústenka a plášť. Provede důkladnou dezinfekci všech konců žilních kanyl, pokud jde odebírat krev či aplikovat lék intravenózně (Slezáková et al., 2010b). Je nutné dbát o intravenózní kanyly či katétry, neboť se infekce může dostat do krevního řečiště pomocí bakterií pocházejících z povrchu těla a míst právě intravenózních kanyl a katétrů (Rozsypal, 2015). U pacienta je nutné se vyvarovat nevhodným složkám potravin jako je například smažená vejce, nepasterizované mléčné výrobky, plísňové sýry či syrové ovoce s hrubým povrchem jako jsou maliny či jahody (Slezáková et al., 2010b).

Léčba se zahajuje nasazením antibiotik, antimykotik, růstových faktorů a provádění podpůrné léčby a specializovaných vyšetření (Petruželka, 2014).

2 Cíle a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

Cíl 1: Zjistit, jaká jsou specifika ošetrovatelské péče u pacientů s leukémií.

Cíl 2: Zjistit, jaké nejčastější ošetrovatelské problémy řeší sestry u pacientů s leukémií.

2.2 Výzkumné otázky (VO)

VO 1: Jaká jsou specifika ošetrovatelské péče u pacientů s leukémií?

VO 2: Jaké nejčastější ošetrovatelské problémy řeší sestry u pacientů s leukémií?

3 Metodika

3.1 Metodika práce

Tato bakalářská práce byla rozdělena do dvou částí. První část, teoretická část, byla zpracována na základě dostupných tištěných a elektronických zdrojů. Tyto zdroje byly vyhledány na základě rešerše z Národní lékařské knihovny v Praze, následně byly mnou vyhledány potřebné zdroje. Informace o tématu byly zjišťovány z literatury Jihočeské vědecké knihovně v Českých Budějovicích, zakoupených knih a dále databázových zdrojů. Seznam použité literatury činí 40 zdrojů, z čehož pět těchto zdrojů byly zdroje databázové. Databáze využitě v této práci byly zahraniční. Informace k danému tématu mé bakalářské práce byly čerpány tedy z databází PubMed a PMC. Zbytek použitých zdrojů zahraniční nebyl. Po dokončení vyhledávání informací z různých zdrojů, následovalo sepsání teoretické části mé bakalářské práce.

Pro zpracování empirické části bakalářské práce byla použita metoda kvalitativního šetření, a to formou polostrukturovaného rozhovoru. Rozhovory probíhaly se sestrami onkologického a hematologického oddělení. Průběh rozhovoru se odvíjel od předem připravených otázek. Rozhovor, který byl veden se sestrami obsahoval celkem 34 otázek (viz. Příloha 1).

Výzkum probíhal v období březen 2018–duben 2018 a všechny sestry, které byly během rozhovoru dotazovány, byly seznámeny s tématem bakalářské práce a všechny souhlasily s nahráváním svých odpovědí na diktafon.

Před začátkem výzkumného kvalitativního šetření byla prostudována literatura týkající se daného tématu. Rozhovory byly vedeny dle předem připravených otázek a byly nahrávány na diktafon, následně byly po nahrání každého rozhovoru přepsány, a to doslovně. Tyto rozhovory probíhaly s každou dotazovanou sestrou samostatně, tedy za přítomnosti jednoho dotazovaného a jednoho tazatele. Sestry byly předem upozorněny na fakt, že rozhovor a jejich odpovědi jsou zcela anonymní.

Výsledky, které byly získány během rozhovorů a následně přepsány, byly poté zpracovány metodou kódování, tedy technika tužka – papír. Švaříček a Šed'ová (2014) uvádí, že metoda kódování znamená operace, pomocí níž se údaje rozeberou, konceptualizují a jsou dále složeny jiným způsobem. Rozhovory byly tedy rozebrány a zpracovány touto metodou (viz. Příloha 2). Tyto výsledky, které byly získány, byly dále rozděleny do kategorií a v některých případech i následných podkategorií.

Dotazované sestry, které odpovídaly na otázky, jsou ve výsledcích výzkumného šetření označovány jako S1 – S8.

3.2 *Charakteristika výzkumného souboru*

Výzkumný soubor byl složen z osmi všeobecných sester, které byly ochotny poskytnout odpovědi na otázky v rámci polostrukturovaného rozhovoru. Rozhovor s dotazovanými sestrami obvykle trval 30 minut, v některých případech i hodinu. Výběr těchto sester byl záměrný. Dotazované sestry byly poučeny o tom, že jejich jména nebudou v práci vůbec zmíněna. Dále byly seznámeny s možností, že pokud si nebudou přát odpovědět na některé z předem stanovených otázek, mohou kdykoliv odmítnout. Rozhovory se sestrami byly prováděny v jejich volném čase, aby byl dostatek času na plnohodnotný rozhovor. Do rozhovoru byly zařazeny identifikační otázky, které popisují identifikační údaje dotazovaných sester. Identifikační údaje jsou tedy slovně popsány v kapitole Výsledky výzkumného šetření, kde je přiložena i tabulka pro lepší přehled.

4 Výsledky výzkumného šetření

Výsledky výzkumného šetření této práce jsou rozděleny do 8 kategorií. Některé z kategorií jsou rozšířeny o další podkategorie. Rozhovory probíhaly se sestrami pracujícími na onkologickém a hematologickém oddělení, včetně ambulancí a JIP. Tato kapitola se nejprve bude zabývat identifikačními údaji dotazovaných sester, dále zde bude vypsán seznam kategorizačních skupin a jejich následné rozpracování. U každé kategorie i podkategorie budou znázorněny nejčastější odpovědi dotazovaných sester na dané téma.

4.1 Identifikační údaje sester

Zde budou slovně popsány identifikační údaje sester a pro lepší přehled byla vytvořena tabulka s těmito údaji.

Tabulka 1 – Identifikační údaje sester

Identifikační údaje sester pečující o pacienty s leukémií				
	Věk	Délka praxe ve zdravotnictví	Délka praxe na oddělení	Nejvyšší dosažené vzdělání
Sestra 1	50 let	33 let	3 měsíce	odborná specializace Brno, v geriatrických oborech
Sestra 2	53 let	33 let	20 let	odborná specializace Brno, v onkologických oborech
Sestra 3	49 let	29 let	14 let	odborná specializace Brno, v interních oborech
Sestra 4	45 let	25 let	1 rok a 3 měsíce	SŠ s maturitou
Sestra 5	50 let	25 let	19 let	VŠ, bakalář
Sestra 6	45 let	20 let	12 let	odborná specializace Brno, v onkologických oborech
Sestra 7	53 let	35 let	10 let	odborná specializace Brno
Sestra 8	55 let	37 let	7 let	VŠ, bakalář

Zdroj: vlastní

Identifikace dotazovaných sester se zaměřovala na jejich pohlaví, věk, délku zaměstnání ve zdravotnictví, délku zaměstnání na oddělení, nejvyšší dosažené vzdělání a funkce na oddělení.

Všechny dotazované všeobecné sestry byly ženy ve věkovém rozmezí od 45–55 let. Sestry pracují ve zdravotnictví v rozmezí 20–37 let. Na daném oddělení pracuje sestra S1 3 měsíce, sestra S2 20 let, sestra S3 14 let, sestra S4 jeden rok a tři měsíce, sestra S5 19 let, sestra S6 12 let, sestra S7 10 let a sestra S8 7 let. Mezi sestrami se objevilo vysokoškolské bakalářské vzdělání, středoškolské vzdělání s maturitou a vzdělání všeobecné sestry specialistky s nástavbou v Brně jak v geriatrických, interních, tak onkologických oborech. Dvě z dotazovaných sester, které byly ochotny mi poskytnout rozhovor, měly funkci staniční sestry. Zbytek sester měl funkci všeobecné sestry.

Sestra S1, ve věku 50 let, dosáhla odborné specializace v Brně, a to v oboru geriatrickém. Ve zdravotnictví pracuje již 33 let a na oddělení je nyní zaměstnána tři měsíce. Sestra S2 je ve věku 53 let, také dosáhla odborné specializace v Brně, ale nikoliv v oboru geriatrickém, ale v oboru onkologickém. Stejně jako sestra S1 pracuje ve zdravotnictví již 33 let. Na oddělení však sestra S2 pracuje déle, a to 20 let. Sestra S3 má také odbornou specializaci v Brně, ale její obor se také liší od oboru u sester S1 a S2. Sestra S3 má obor interní, je jí 49 let, ve zdravotnictví pracuje 29 let a na oddělení 14 let. Sestra S4 má 45 let, její nejvyšší dosažené vzdělání je střední zdravotnická škola s maturitou, délka její praxe ve zdravotnictví je 25 let a na oddělení pracuje 19 let. Sestra S5 má stejnou délku praxe ve zdravotnictví jako sestra S4, tedy 25 let. Dále sestra S5 pracuje na oddělení 1 rok a 3 měsíce, je jí 50 let a dosáhla vzdělání vysokoškolské, a to titulu bakalářského. Sestra S6 je ve věku 45 letu, ve zdravotnictví pracuje 20 let, na daném oddělení pracuje 12 let a dosáhla odborné specializace v Brně, a to v onkologickém oboru, stejně jako sestra S2. Sestra S7 je ve věku 53 let, její celková praxe ve zdravotnictví činí 35 let. Dále sestra S7 pracuje na daném oddělení 10 let a získala odbornou specializaci v Brně, obor však neuvedla. Sestra S8 je 55 let, ve zdravotnictví pracuje již 37 let, na oddělení pracuje 7 let a dosáhla vysokoškolského vzdělání, stejně jako sestra S5 s titulem bakalářským.

4.2 Seznam kategorizačních skupin

Z výsledků jsou vytvořeny následující kategorie.

Kategorie 1 Projevy leukémie

Kategorie 2 Specifika léčby u pacientů s leukémií

Kategorie 3 Zajištění komfortu u pacientů

Podkategorie 1 Tělesná pohoda

Podkategorie 2 Sociální pohoda

Podkategorie 3 Duševní pohoda

Kategorie 4 Vedlejší účinky léčby

Podkategorie 1 Zvracení

Podkategorie 2 Zažívací potíže

Podkategorie 3 Podvýživa

Podkategorie 4 Bolest

Podkategorie 5 Poradiační kožní změny

Podkategorie 6 Infekce

Kategorie 5 Žilní vstupy

Podkategorie 1 Centrální žilní katétr

Podkategorie 2 Porty

Podkategorie 3 PICC katétr

Kategorie 6 Krevní transfúze

Kategorie 7 Cytostatika

Kategorie 8 Přístup sester

4.3 Kategorie 1 – Projevy leukémie

První kategorie zahrnuje projevy leukémie. Sestrám byla položena otázka, jak se u pacientů nejčastěji projevuje leukémie. Téměř všechny sestry jsou toho názoru, že leukémie se projevuje jako chřipka. Pouze sestry S7 a S5 projev chřipky nezmínily. Sestra S3 souhlasí, že se u projevů leukémie vyskytnou zvýšené teploty a dále odpověděla: „Úplně nejčastěji se to stane tak, že ty lidi přijdou k obvodnímu lékaři a řeknou, že mají zvýšenou teplotu, a že jsou unavení, no a on mu nabere krevní obraz a výsledky potom už mluví za vše. Na těch lidech je jen vidět, že jim není dobře, že je bledej, unavený a opocenej, což jsou příznaky čehokoliv. U tý leukémie to na první pohled nejde poznat.“. Sestra S1 také zmínila stejně jako sestra S3, že se leukémie může projevit únavou. K tomu také dodala: „Potom asi taky, že třeba, když se někde uhoďej

nebo někde spadnou, tak se jim třeba udělaj víc modřinky, než by se udělaly normálně třeba, protože tam jsou špatný ty červený krvinky, že jo.“. Sestra S2 kromě chřipky navíc dodala: „No, tak podle výsledků krve. Podle toho, co pošle laborka za výsledky. Často se to dá splést s chřipkou, takže asi nějaký příznaky chřipky taky.“. Projevy leukémie se dají zjistit podle výsledků krve, jak uvedla sestra S2, a s tím souhlasí i sestra S5, která je toho názoru, že jinak to na pacientovi nelze poznat. Sestra S5 tedy odpověděla: „Tak leukémie se nedá zjistit jinak než krevním odběrem a podle výsledků. Protože na tom člověku to prostě nepoznáte.“. S odběrem a následnými výsledky krve souhlasí i sestra S8. Sestra S6 kromě zmínění únavy stejně jako sestra S1, S3 a S8, dodala: „No, ty lidičky jsou unavený, bledý, malátný, moc nechtěj komunikovat, spíš jsou uzavřený, mají příznaky infekce a není jim dobře.“.

Nejčastější projevy nemoci u pacientů s leukémií dle sester:

Chřipka – S1, S2, S3, S4, S6, S8

Únava – S1, S3, S6, S8

Výsledky krve – S2, S3, S5, S8

Porucha krvetvorby – S1

4.4 Kategorie 2 – Specifika léčby u pacientů s leukémií

Druhá kategorie zahrnuje specifika léčby u pacientů s leukémií. První otázka, která byla položena, je, jakou léčbu nejčastěji mají pacienti s leukémií.

Všechny dotazované sestry se shodly, že základem pro léčbu leukémie je chemoterapie. Dále se většina sester shodla, kromě sester S6 a S7, že další možnou léčbou je radioterapie. Sestry S6 a S7 k léčbě chemoterapií dále uvádějí léčbu biologickou. Sestra S6 tedy odpověděla: *„Ta biologická léčba je vlastně doplňková léčba. Vždycky se začne chemoterapií, a potom vlastně musí splňovat určitá kritéria, podle kterých se rozhoduje, zda jsou vhodní k tomu, aby se jim podávala biologická léčba. A ta biologická léčba vlastně doplňuje tu chemoterapii, anebo proběhne ta chemoterapie, a potom pokračují tou biologickou léčbou. A ta by měla hubit pouze vlastně ty nemocný postižený buňky, ale ne ty zdravý.“. Sestra S4 souhlasí s chemoterapií i zářením, dále ale doplňuje, že pacienti chodí pravidelně na kontroly krevního obrazu a uvádí: „Když mají málo leukocytů, což se právě může stát po těch chemoterapiích, no tak jim musíme dát nějaký růstový faktor, aby se jim ty krvinky zase nastoupaly pěkně. Růstové faktory jsou tedy třeba Novastin. Růstové faktory podporují*

růst a vznik těch leukocytů a čekáme až to nastoupá na nějakou hladinu, která nám už bude stačit.“. Dále sestra S4 dodává i doplnění erytrocytů a trombocytů: „Potom můžeme vidět v krevním obraze, že dojde k úbytku červených krvinek, potom se tedy podává krevní transfuze, deleukotizovanou, ozářenou. V krevním obraze taky uvidíme, zdali pacient má málo krevních destiček, čímž je pacient ohrožen krvácením z nosu. Destičky doplňujeme za pomoci trombokoncentrátu, což je krevní derivát. To normálně kape jako transfuze, je to krevní derivát a musí se to taky křížit. Na destičky bývají často alergické reakce, takže my před tím dáváme Solu-Medrol, Hydrokortizol. Může dojít k horečce, třesavce, osypání.“. Sestra S4 dále doplnila, že další možnou léčbou je transplantace kostní dřeně. Sestra S3 také odpověděla, že nejčastější léčbou je chemoterapie a radioterapie, dále ovšem dodává, že pacienti během léčby podstupují také trepanobiopsii a uvádí: „Poté, co se jehla vyndá, tak se to sterilně zalepí a pacient by měl 2 hodiny ležet na zádech a zatěžovat to místo vpichu, neboť se někdy stane, že krvácí. Někdy může dojít k tomu, že se to musí sešít. Ten den pacient, pokud je ambulantní, odchází domů. Ten den by měl mít pacient klidový režim. Pacientovi řeknu, aby nedělal žádnou fyzickou námahu, nedoporučuje se sauna nebo bazén. V průběhu té leukémie se tohle vyšetření dělá opakovaně.“.

Druhou otázku, kterou sestry dostaly na zodpovězení, byla, jakým způsobem se sestry snaží motivovat pacienta, aby se sám aktivně zapojil do léčby a péče.

Sestry S5 a S8 se domnívají, že záleží na určitém pacientovi, jak k němu přistupovat, ale že pokud se někdo odmítá podílet na péči, tak ho nelze přesvědčit o opaku. Sestra S3 odpověděla: „Tak někdo nemá zájem a chce dělat jen to, co mu řekneš, někdo o tej léčbě diskutuje a chce, někdo se třeba radí o nákejších alternativních způsobech.“. Sestry S4 a S7 se shodují na názoru, že je důležité podporovat pacienta v soběstačnosti, pokud je to možné. Sestra S7 tedy uvádí: „Snažíme se tady, aby byli soběstační, postarali se o sebe a ty, kteří můžou, tak aby se snažili dojít na záchod a do sprchy, to je nejdůležitější, co může být.“.

Nejčastější léčba u pacientů s leukémií dle sester:

Chemoterapie – S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7, S8

Radioterapie – S1, S2, S3, S4, S5, S8

Biologická léčba – S6, S7

Monitorace léčby – S3-trepanobiopsie, S4-pravidelná kontrola krevního obrazu

Transplantace kostní dřeně – S4

4.5 Kategorie 3 – Zajištění komfortu u pacientů

Podkategorie 1 Tělesná pohoda – Sestrám byla položena otázka, jak se starají o tělesnou pohodu pacientů. Sestra S1 do své odpovědi zahrнула, že je důležité, aby pacienti dodržovali pravidelnou stravu. Mimo to, sestra S1 dále zahrнула: „No, tak protože každé pacient, a to myslím jakékoliv, má prostě v nemocnici stres z té hospitalizace. No, a důležitý je, protože tyhle dvě věci jdou ruku v ruce spolu, aby při tom stresu ty lidi dodržovali pořád nějakou pravidelnou stravu, aby se nepřecpávali nebo zase naopak, aby nehubli, tak je hlídáme, aby bylo všechno dobrý.“. Sestra S2 odpověděla: „Tak, aby měli pohodlí během vykapání chemošek nebo transfuzí. Aby měli třeba sklenici s vodou připravenou během toho.“. S tím souhlasí sestra S5, která je toho názoru, že důležité je pohodlné lůžko, nejlépe elektrické a dále možnost osprchování a osobní hygiena. Naopak pro sestru S3 je podstatnější, aby pacienti neměli bolesti a sestra S4 je názoru takového: „No, asi já nevím, aby asi měli všechno, co potřebují od základních jakoby já nevím pohodlí, tepelného komfortu přes jídlo a přes tekutiny.“. Sestra S8 se především zaměřila ve své odpovědi na hygienu. Sestra S8 tedy odpověděla: „Někdo třeba jelikož má různé problémy a bolesti, a i další komplikace, který jsou k té léčbě, tak třeba vůbec nechť přijímat léky, chtějí mít klid, svoji pohodu. To se ale v určitých věcech respektovat nemůže, že jo. Udělá se hygiena, pokud možno, aby pacienty zatěžovala co nejméně, ošetřovat pokožku. Potom, pokud je pacient imobilní, aby nedocházelo třeba k dekubitům.“. Sestra S6 se zaměřila již na pacientovo přijetí, ať už ambulantní nebo lůžkové. Její odpověď tedy byla: „My, když se vlastně na ty lidi připravujeme, ať už do ambulantní péče nebo do lůžkové péče, kde ty lidi u nás budou ležet, tak mi jim řekneme, ať si vezmou pohodlný oděv, ať si vezmou čtení, pití, svačinu. Mohou si tady vybrat, zdali chtějí ležet nebo sedět v křesle. Když potřebují na WC, odpojíme je, můžou se projít. Na lůžkách i těmhle ležícím pacientům vyhovujeme ve všech možných věcech. Odvíjí se to od toho, že když je přijmeme, tak jim dáme vybrat, že mají možnost, kde chtějí ležet, jestli raději leží u okna nebo jestli je jim to jedno. A zase, u těch lůžek je to spíš o polohování toho pacienta, hygiena, pohodlný oděv.“.

Jak se sestry starají o tělesnou pohodu u pacientů s leukémií:

Osobní hygiena – S5, S6, S8

Pravidelná strava – S1, S4

Pohodlí během aplikace cytostatik – S2, S5

Pohodlné lůžko – S4, S5

Útlum bolesti – S3

Vycházet vstříc pacientovi – S6

Podkategorie 2 Sociální pohoda – Druhá otázka této kategorie a první této podkategorie tedy byla, jak sestry motivují pacienty k opětovnému začlenění do společnosti. Na tuto otázku sestry S1, S5, S6, a S7 odpověděly, že takovou situaci by řešily s paní psychologkou, která by s pacienty tento problém rozebrala a pomohla jim. Sestra S1 si dále myslí, že důležitá je v tomto případě i rodina. Sestra S2 odpověděla: „*Tak já třeba hodně preferuju, jak ty mladý lidi chodí za těma starýma lidma do těch důchod'áků, takže opravdu zvát sem ty studenty, když budou chtít a budou mít zájem, aby si sem s nima chodili povídat.*“. Dále sestra S4 je toho názoru, že je dobré poradit pacientům a dát jim nějaké rady. Sestra S4 tedy odpověděla: „*Já si myslím, že tam je to jakoby o tom vysvětlit, co a jak mají dělat, aby vlastně nebyli nastydly nebo aby něco od někoho nechytly, nebo taky vím, že hodně lidí chodí a mají tu ústenku, tu roušku.*“. Sestra S5 zmínila, že by pro pacienty v tomto ohledu mohly být vhodné spolky pacientů, kteří se s takovýmto problémem potýkají. Sestra S5 proto odpověděla: „*U těch leukemiků, oni jsou v obrovský imunosupresi, mají hrozný dardy těch chemoterapií. Každopádně si myslím teda, dávat jim nějaký příklady nebo nějaký ty spolky patientský, ale asi psychologka by mohla bejt takovým... Jako jestli by tam byla ta obava ze sociálního začlenění, tak bych to viděla na tu psychologku a ubírala bych se tímhle směrem.*“. Jako poslední bude zmíněna sestra S8, která se zaměřila na problém financí, když nemocný nemá možnost chodit příliš do společnosti, a tedy ani do práce. Sestra S8 tedy odpověděla: „*No, ono je to v tomhle toady hodně těžký. Samozřejmě pacienti, kteří jsou dlouhodobě nemocný, tak samozřejmě dostávají nějakou sociální dávku, ale je vidět, že těch finančních prostředků moc nemaj. Jak je motivovat? Na tohle se hrozně těžko odpovídá. Možná mám s tímhle špatný zkušenosti, ale spousta z nich se zapojí zase zpátky do pracovního procesu, ale já to vnímám tak, že se do práce nevrací.*“.

Jak sestry pomáhají pacientům s leukémií začlenit se opět do společnosti:

Pomoc psychologky – S1, S5, S6, S7

Rodina – S1

Poskytnout radu – S4

Pacientské spolky – S5

Podkategorie 3 Duševní pohoda – Další otázka, na kterou dotazované sestry odpovídaly, zněla, jak se starají o duševní pohodu pacienta. Sestra S3 a S4 odpověděly, že se starají o duševní pohodu pacienta tím, že si s ním povídají. Sestra S3 navíc dodala, že v tomto případě je problém nedostatku všeobecných sester, kdy sestra nemá tolik času, jak by správně měla mít, aby se pacientům mohla věnovat i tak, že si s nimi bude častěji a déle povídat o jejich problémech. Sestra S3 ve své odpovědi zmínila: „Tak asi nejlepší starat se o duševní pohodu je ten, že si na to najdeš čas a s tím člověkem si povídáš. Tak on ti řekne, co ho nejvíc trápí a ty mu pak zkusíš pomoci tím směrem, kterej ho nejvíc trápí. No, ale vzhledem k tomu, že je málo zdravotních sester, prosím, tak není na to čas a ty sestry jsou tak přetížené a psychicky unavené, že málokterá si najde čas na to, aby si s někým promluvila. Kromě toho samozřejmě, že jim odstraníš bolest, tak největší přínos pro ně je určitě to, že si s nima povídáš.“. Sestra S4 si naopak myslí, že hlavní je psychická podpora rodiny, a proto odpověděla: „Většinou je to tak, že jakoby o tom, aby neztratili ten kontakt s tou rodinou, to je hlavně to důležité, protože si myslím, že psychická podpora rodiny je hrozně důležitá, a to fakt vidím. Ty rodiny ty pacienty většinou chodí navštěvovat, ale záleží na.“. Sestry S1 a S5 se shodly, že důležité v této oblasti je být klidná, vyrovnaná a umět odpovědět pacientům. Sestra S5 si tedy myslí: „Každá sestra vlastně do toho musí vnášet to své. A já nevím, aby sestra byla klidná, vyrovnaná, trpělivá, empatická, no umět poslouchat. Taky je to o tom umět odpovědět. Dát nějakou radu.“. S tímto se ztotožňuje i sestra S6 a poté dále doplnila: „No, a pak někteří potřebují přijít do kolektivu stejně nemocných lidí, kdy si řeknou ty svoje zážitky, zkušenosti i svoje osudy. Pomáhají si navzájem, asi spíš takhle, no.“. Sestra S8 si dále myslí, že u každého pacienta je v tomto ohledu přístup naprosto individuální a dodává: „On to taky každej nepřijme, když se na něj hodně mluví nebo se na něj usmívá, někomu to i vadí a někomu to je i líto. Někdo zase vyžaduje dotek a pohlázení no, a to jde prostě nějak z nás samo, že my to ani neregistrujeme, to zase cítíte na těch lidech, co sami chtějí.“.

Jak se sestry starají o duševní pohodu u pacientů s leukémií:

Chování sestry – S1, S5, S6

Komunikace – S3, S4

Psychická podpora rodiny – S4

Kolektiv stejně nemocných – S6

Individuální přístup – S8

4.6 Kategorie 4 – Vedlejší účinky

Čtvrtá kategorie se zabývá vedlejšími účinky protinádorové léčby a jejich řešením. Kategorie tedy obsahuje vedlejší účinky, kdy první podkategorie se věnuje zvracení. Dalšími podkategoriemi, tedy vedlejšími účinky, jsou zažívací potíže, podvýživa, bolest, poradiační kožní změny a infekce.

Podkategorie 1 Zvracení – Na otázku, jak sestra řeší potíže se zvracením, sestra S6 odpověděla: „*Tak lékovou formou to bych řekla, že je docela slušnej výběr, kdy před těma chemoterapiema jim vykape v infuzích, kde je Kytril, Ondansetron. Potom jsou taky v tabletách Kytril, Zofran, Aloxi. Většina léků je dělaných jak v tabletový formě, tak potom ve formě, kdy se to dá jako i.v., buď v infuzi nebo bolusově. Jsou to léky, který jako jim nezpůsobí, aby zvraceli v průběhu té chemoterapie, ale potom se může stát, že doma jí a je jim nevolno až zvracení, ale většinou jsou vybavený taky lékama v tabletový formě. Přistupuje se třeba i k čípkům, když mají zažívací potíže takovýho rázu, že by to v sobě už neudrželi, tak i čípky se dají dát.*“. S podáním antiemetik souhlasí i sestra S4, která zmínila, že se pacientovi může aplikovat injekce proti zvracení nebo se podá pacientovi infuze s antiemetiky. S tím souhlasí i sestra S5, která odpověděla, že v dnešní době už je velké spektrum antiemetik a je zbytečné, aby pacienti měli takové problémy, když se tomu dá snadno předejít. Dále sestra S5 také dále mluví o důležitosti komunikace mezi pacientem a sestrou: „*Já vždycky říkám pacientům, bolest a zvracení jsou věci, který se dají už hodně dobře dneska ovlivnit, takže je to zas jenom o komunikaci, aby mi řekli, kdy začali zvracet, jak jim bylo špatně, jestli se třeba jenom dávili nebo vyloženě zvraceli. Když jim nestačí jeden preparát, tak prostě dát ještě psychickou nástavbu, stačí nějakým sedativem, prostě nějak ovlivnit tu psychiku.*“. Sestra S2 medikaci nezmínila, ale navrhla jiný postup: „*No, tak jako polosed, aby nebyl úplně naležato, protože tím se pak potom zvrací víc, otevřu mu okno a dám mu vodu, aby pil po douškách.*“. Sestra S1 s tímto postupem souhlasí, spolu s podáním Deganu a Torecanu a dodala: „*Z pohledu sestry můžeme vyvětrat místnost, změnit polohu pacienta, anebo třeba dieta. Řeknu mu, ať v klidu leží, ať nikam třeba neběhá, aby se mu neudělalo blbě a tak.*“. Sestry S3, S7 a S8 ve svých odpovědích zmínily, že pacienti před chemoterapií dostávají premedikace, kde jsou obsaženy antiemetika. Sestra S7 tedy zmínila některé z těchto léků: „*Je to třeba Dexona, Ondasetron, Zofran, to dáváme i tabletky. Pak jsou to různé kombinace jako Torecany, Controloc, Degany a takhle ty*

antiemetiky, snad jsem vyjmenovala skoro všechny, takže to mají to před léčbou. Solu-Medroly se dávají hodně taky, vlastně jako předléčba u biologický léčby.“.

Jakým způsobem sestry řeší zvracení u pacienta s leukémií:

Antiemetika – S1, S3, S4, S5, S6, S7, S8

Poloha pacienta – S1, S2

Čípky proti nevolnosti – S6

Komunikace – S5

Dieta – S1

Druhá otázka, která byla sestrám položena, se týkala stravy pro pacienta, který v ten den zvracel. Na tuto otázky sestry S5, S6 a S7 odpověděly stejně a všechny se tedy shodly, že by doporučily chlazenou Coca-Colu. Důvod podání Coca-Coly vysvětlila sestra S5 a odpověděla: *“No, tak my máme určitě hodně osvědčený studenou Coca-Colu, ale musí se pít jako opravdu jenom jako zvlažit pusu a ona má vlastně cukr a ten kofein, takže ten taky vyklidňuje žaludek. Nehorký, nearomatický, nekořeněný jídla. Ale ta Coca-Cola, to je asi první, aby to pomohlo zastavit, ale nesmí do sebe nalejt půl litru najednou samozřejmě.“.* Sestra S1 je toho názoru, že pro pacienta, který zvrací je vhodná strava šetřící, kdy se pacientovi podá hořký čaj spolu s piškoty. Sestry S2, S4 a S6 by dále doporučily pacientům jíst teplé vývary, s čímž ovšem nesouhlasí sestra S5, která odpověděla: *“Vždycky pacientům doporučujeme, aby si nedělali teplý jídla a hodně aromatický jídla, aby to v nich neevokovalo zvracení nebo nevolnost a poté zvracení. Třeba horký a teplý polívky to vůbec.“.* Sestra S2 dále ke své odpovědi přidala možnost podání pacientovi ovoce. Sestra S6 dále poznamenala, že je možno v lékárně zakoupit lízátko či žvýkačky proti zvracení. Sestry S3 a S4 jsou obě toho názoru, že důležité je především se zeptat pacienta, zdali má o jídlo zájem a jak se cítí. Dohlédnou ale zároveň na to, aby alespoň něco málo pacient za den vypil a snědl. S tím souhlasí i sestra S8 a dále dodává: *„Jako podle toho, jak se člověk cítí. Jo, můžeme dát nějaký sipping, nějaký popíjení, když nechce jíst.“.*

Podání stravy pacientovi s leukémií, který v ten den zvracel dle sester:

Podání Coca-Coly – S5, S6, S7

Dle potřeby pacienta – S3, S4, S8

Teplý vývar – S2, S4, S6

Dieta šetřící – S1

Ovoce – S2

Sipping – S8

Podkategorie 2 Záživací potíže – Sestry byly dotázány, jakým způsobem řeší problém zácpy u pacientů. Sestry S4, S5, S7 a S8 odpověděly, že zácpu by řešily Duphalacem, tedy laktulózou. Sestra S8 také doplnila, že je možné zácpu řešit klyzmatem, dostatkem tekutin či ovocem. Sestra S7 dále doplňuje: *„Zácpy řešíme vlastně obyčejným Duphalacem, někdy se píchá i Syntostigmin injekčně a čípky glycerinový. Ještě ty jogurty doporučujeme a když si dají ty Nutridrinky, tak po nich mívají i někdy průjem, a to teda někdy pomůže no.“*. Sestra S4 by doporučila laktulózu, jak již bylo zmíněno, protože je dle jejího názoru méně agresivní a nedráždí tolik flóru v tlustém střevě jako třeba Hylak či MgSO₄. Sestra S5 by dále na zácpu doporučila jogurty či minerální vody. Dále sestra S5 dodala: *„Ale pokud je to v souvislosti s tou léčbou, s těma lékama na bolest, tak se doporučuje zbytková strava, hodně pít, aby měli tu stolicí měkčí.“*. Sestra S6 souhlasí s dostatkem příjmu tekutin a také dodala, že je důležitý pohyb, pokud pacienti jsou toho schopni. Sestra S1 by problém zácpy řešila následovně: *„No, tak tu zácpu tady řešíme klyzmatem, hodně děláme to kapenkový klyzma, to je s tím NaCl ne, tak to celkem funguje.“*. Sestra S2 nezmínila lékovou formu ani klyzma, ale problém by řešila formou úpravy stravy. Sestra S2 tedy odpověděla: *„Při zácpě doporučím teplou vodu, vlákninu, to je třeba ovoce a zelenina.“*.

Jak sestry řeší problém zácpy u pacientů s leukémií:

Duphalac – S4, S5, S7, S8

Tekutiny – S2, S5, S6, S8

Klyzma – S1, S8

Ovoce – S2, S8

Nutridrinky – S7

Čípky – S7

Zbytková strava – S5

Pohyb – S6

Dále sestrám byla položena otázka, jak řeší problém průjmu u pacientů. Sestra S7 odpověděla: *„No, a ty průjem se řeší vlastně práškama, někdy teda čaj, suchej rohlík,*

takovýto dietnější, když jsou ty průjmy. Oni toho moc nesní, když mají ten průjem ty lidičky, takže řešíme většinou pomocí Imodia, podává se dieta, jako ten čaj a suchý rohlík.“. S lékem Imodium by na průjem souhlasila i sestra S5, která odpověděla: „A u průjmu, ten se řeší zase medikačně nebo dietně potom. U nás mívají ty pacienti ty průjmy hodně po těch chemoterapiích. To se potom ovlivňuje zase medikacema, no. Nejčastěji se používá asi to Imodium, to je takovej lék první záchrany. Samozřejmě ten průjem nesmí být dlouhodobý, aby to nedošlo k nějakým dehydratacím.“. Lék Imodium by doporučila i sestra S1, dále doplnila podání i léku Raesec. Jak sestra S1, tak sestra S2 by u pacienta hlídaly dostatek tekutin. S tím souhlasí sestra S3 také jak u zácpy, tak u průjmu. Sestra S2 dále zmínila: „Na průjem mu doporučím suchý rohlík, banán, nemastné pokrmy, měl by taky hodně pít.“.

Jak sestry řeší problém průjmu u pacientů s leukémií:

Dieta – S2, S5, S7

Imodium – S1, S5, S7

Dostatek tekutin – S1, S2, S3

Raesec – S1

Podkategorie 3 Podvýživa – Na otázku, co sestra doporučí pacientovi, který trpí podvýživou jako následek protinádorové léčby, odpověděly sestry S1, S4, S5, S6 a S7 totožně. Všechny se shodly, že by pacientovi podávaly Nutridrinky. Sestra S1 odpověděla: „No, myslím tím ty Nutridrinky, aby měli třeba dva za dopoledne a dva za odpoledne. No, a zkusit asi nějaký polívky nebo něco, co se jim bude dobře polykat.“. Sestra S4 navíc doplňuje, že se pacientů, také často podávají výživy, které kapou ve vaku, aby se jim živiny pomalu dostávaly do těla. Toto zmínila i sestra S8, která odpověděla: „No, malnutrice ta potom přichází ve stádiu, kdy jsou hodně kachektičtí, takže to se jim dávají potom kapací nutrice, ať už to jsou s bílkovinami nebo minerály.“. Sestra S6 by kromě Nutridrinků doporučila pacientovi si zakoupit kuchařku, kde jsou vypsána jídla, do kterých se tyto Nutridrinky přidávají, aby získal výživové hodnoty. Dále také, co se týče Nutridrinků, doporučuje: „Ať si to dají pacienti ty Nutridrinky vychladit, ať pijí po douškách, ono se to dá jako líp vypít, nebo se z toho taky dělají kostky ledu, takže to potom cucaj, takže takhle.“. Sestra S5 poté doplnila i jiný způsob, jak nabrat na váze a odpověděla: „No, a dneska už existují takový ty PEGy do toho žaludku, takže se dá obejít úplně ten polykací trakt. Taky se obejde nějaký vnímání

těch chutí, a to docela funguje ty PEGy, že se to obejde a dá se jim tam tu jejich dávku. A stalo se i, že ty pacienti se pak na základě toho PEGu spravili.“. V případě, že jsou pacienti již podvyživení, tak sestra S8 také souhlasí, že je v tomto případě dobrý PEG. Sestra S8 tedy odpověděla: „Potom se ještě snažíme, když jsou pacienti podvyživení, tak potom už maj udělaný PEGy, tam dávaj ty Nutrisony.“. Sestra S2 zmínila, že ona jako sestra s tím nic moc neudělá a že by u tohoto problému požádala nutričního terapeuta, aby zvolil vhodný jídelníček. Sestra S7 kromě Nutrdrinků zmínila následující: „U nás teda jdou nutrice, třeba támhle mám připravenou, potom Nutrdrinky. Řekla bych, že ty Nutrdrinky jim moc nechutnají, ale někteří se snaží je pít. Pak máme různé takové pudinky Nutrdrinky taky, a hlavně teda u nás ty nutrice. Vlastně ta výživa jde injekčně.“.

Jak sestry řeší podvýživu u pacienta s leukémií:

Nutrdrinky – S1, S4, S5, S6, S7

Kapací nutrice – S4, S7, S8

PEG – S5, S8

Polévky – S1

Nutriční terapeut – S2

Podkategorie 4 Bolest – Další podkategorie se zabývá bolestí a jejím řešením. První otázkou, která byla sestrám položena je, jak pomáhají pacientům ulevit od bolesti. Všechny sestry, kromě sester S5, S6 a S8, zmínily ve svých odpovědích polohování a úlevovou polohu. Sestra S1 a sestra S3 dále doplnily, že kromě úlevové polohy by zkusily pacienta zabavit určitými aktivitami, aby na bolest tolik nemyslel. Sestra S3 dále dodává: „No, tak dostávají náká analgetika. No, prostě ty lidi si stěžují hlavně na... Ty lidi, který maj zvětšenou tu slezinu, tak ty si stěžují na bolesti. Pak si lidi stěžují hodně na bolesti v těch kostech, jak tam metastázuje ty metastázy. Tak prostě se jim napíšu náká analgetika, u těch stádií vyšších už dostávají opiáty, už ty náplasti opiátový. No, anebo opiáty jako polykací, tak to se jim samozřejmě dává.“. Sestra S4 zmínila úlevovou polohu a dále vyjmenovala léky, které se na bolest pacientům obvykle podávají. Sestra S4 tedy odpověděla: „No, a na bolest se jim podává třeba ze začátku Algifen, pak Tramal, pak se dávají léky, jako Zaldiar. No, a pak už se dávají třeba náplasti opiátový.“. Sestry S5 a S6 také zmínily možnost docházení na ambulanci bolesti. Sestra S5 tedy odpověděla: „Ale existuje něco jako ambulance bolesti a myslím

si, že to je ve všech nemocnicích a zařízeních, kde jsou vlastně AROvní lékaři, specialisti, kteří dokážou podle té bolesti opravdu natitrovat složení těch medikamentů.“.

Jak sestry uleví pacientovi s leukémií od bolesti:

Úlevová poloha – S1, S2, S3, S4, S7

Analgetika – S3, S4

Opiáty – S3, S4

Aktivita – S1, S3

Ambulance bolesti – S5, S6

Další otázka, na kterou dotazované sestry odpovídaly, byla, jak řeší průlomovou bolest u pacientů. Sestra S3 odpověděla: *„Aby ten pacient byl připraven, že tato bolest může přijít, tak je dobré těm lidem to říct, aby se nevyděsili, že se něco stalo. Třeba jsem to viděla u pacientů se zvětšenou slezinou, kdy je zvětšená opravdu hodně, tak ona ta slezina najednou začne bolet, protože když je ta slezina zvětšená, tak samozřejmě utlačuje ty vnitřní orgány v tom břiše, a tím způsobuje tu bolest. Prostě, aby ty lidi měli o tom ty informace, samozřejmě musí mít nějaký léky k dispozici, musí na sebe bejt opatrný.“.* Sestra S7 hovořila o tabletách a opiátech a odpověděla tedy: *„Oni většinou, když mají ty opiáty, třeba tabletkový, tak je berou po 12cti hodinách, a to teda ráno a večer, tak by se to mělo brát pravidelně. No, a mezi to se jim ještě naordinuje tabletky při nějaký té atace bolesti, při té průlomové bolesti, která je nesnesitelná.“.* Sestra S2 dále doplnila: *„Ale, když si žádají nějaký silnější léky na bolest, tak to řekneme panu doktorovi a ten nám předepíše další varianty tláčení bolesti, ať už v podobě infuzí, tablet nebo náplastí.“.* Sestra S5 je toho názoru, že vhodné jsou v tomto případě opiátové náplasti, neboť se tím vyhneme záživacímu traktu. Sestra S5 tedy odpověděla: *„Potom můžou mít průlomovou bolest potom, když to teda jednorázově zabolí, tak se k tomu potom něco přidá. My máme dobrou zkušenost u těch našich pacientů s těma náplastmi, protože to nemaj přes ten žaludek tabletama, ale je to přes tu kůži, že se jim to vstřebává a plus je zas, že se obejde ten záživací trakt. Taky se zkoušeli spreje do nosu a kapičky, nebo něco pod jazyk, tak to mi nepřijde, že to dost fungovalo. Taky jsme to tu používali chvíli, ale myslím, že teď jsou dominantní ty náplasti.“.*

Jak sestry řeší průlomovou bolest u pacientů s leukémií:

Analgetika – S2, S3, S5 S7

Opiáty – S2, S5, S7

Podat dostatečné informace pacientovi – S3

Předposlední otázka této kategorie, která byla sestrám položena, byla, zdali provádějí na jejich oddělení podávání spinálních analgetik. Všechny sestry, kromě sestry S7, se shodly, že podávání spinálních analgetik se na jejich oddělení neprovádí. Sestra S7 poznamenala, že se jednou setkala u pacienta s podáním spinálních analgetik, ale dodala, že už tomu je dávno.

Poslední otázkou je, zdali by věděly, jaká je ošetrovatelská péče o pacienty, pokud by došlo k podávání spinálních analgetik. Sestry S3, S4, S5 a S7 vůbec nevěděly, jak by se staraly o takového pacienta. Sestra S1 odpověděla: *„Možná jen tak když zkusím by to mohlo bejt, že ty lidi potom nesmí chodit nějakou dobu jako, když se třeba dělá lumbálka.“*. Sestra S6 podotkla, že by podání spinálních analgetik ani pacientům s leukémií nedoporučovala kvůli jejich snížené imunitě. Dále odpověděla: *„Jen vím, že se jim zavádí jehlička kontinuálně a do toho kontinuálně jde analgetický lék, to vím, že to tak je, ale viděla jsem to hodně dávno, tady jsem se s tím nesetkala.“*. Sestra S8 je naopak toho názoru, že podávání spinálních analgetik je úžasná věc a dále zmínila: *„Jako setkala jsem se s tím, vím, že se musí kontrolovat, aby ten katétr nedošlo k zalomení, aby to bylo nastavený, tak jak to má být a samozřejmě místo vpichu, aby to nešlo mimo, než má.“*.

Péče o pacienty s leukémií při podávání spinálních analgetik dle sester:

Nevědí – S3, S4, S5, S7

Zákaz chůze po výkonu – S1

Kontrola katétru – S8

Kontrola vpichu – S8

Podkategorie 5 Poradiační kožní změny – Předposlední kategorie se zaměřuje na poradiační kožní změny a jejich řešení. Sestra S1 odpověděla, že na kožní poradiační změny je důležité hlavně sterilní krytí, aby se do rány nic nedostalo. Dále zmínila produkty, které lze na kožní změny nanést. Byly jimi například Dexa parvaz mast, Dexametazon, parafín či vazelína. Sestry S3 a S8 také zmínily problém změn nejen na kůži, ale i v ústech. Sestra S3 tedy odpověděla: *„Tak mívají hodně v puse, že mají*

spálenej třeba ten jazyk, maj tam ty sóry. A to je pak problém, protože oni pak neví, že jo.“. Sestra S8 dále uvedla, že na poradiační kožní změny lze namazat například Calcium Panthotheticum a dále dodala: „Používaj se různý obkládky jako Rivanoly, aby to bylo jako víc zavlažený, aby to nepraskalo. Pak se to překryje sterilním krytím. Potom je to spojený samozřejmě s tlumením bolesti ještě.“. Sestry S4 a S5 zmínily produkt Bactigras, který se dává na tyto kožní změny. Sestra S4 navíc podotkla aplikaci Panthenolu, aby se místo promazávalo. Sestra S5 dále odpověděla: „Jinak se to pak řeší podle stupně začervení, podle stupně toho začervení. Dáváme tam Panthenol, ten se dává jenom na začátku. Pak se tam dává takovej gelik, filtr, kterej by se tam měl nastříkat, jmenuje se to Cavilon, a to by se mělo dávat po záření. A potom je další, kdy se dávaj obklady z řepíku, a ty taky dobře fungujou, vysušujou a jsou protizánětlivý, a když jsou větší ložiska, tak se dává Bactigras. No, a dutina ústní, tam jsou potom různý na proplachy, Chlorhexidin, Tantumverde, bylinná sléz. Ale ono se prokázalo, že po tý iradiaci je nelepší dodržovat hygienu dutiny ústní.“. Sestra S5 také dodala, že kožní změny se projeví v různých stupních, a to záleží i na tom, jak se pacienti opalují. Poté dodala, že také záleží na jednotlivé dávce záření. S tím souhlasí i sestra S6, která by dále doporučila: „Lékař jim doporučí už jako péči o to místo, že mají třeba promazávat třeba měsíčkovou masťou nebo jsou další různý přípravky, který se jim doporučí a oni si to místo ošetřují. No, záleží na tom, jak si to místo ošetřujou, kde se to ozařuje, jakou dávku ozáření dostanou, záleží na tom taky, kdo jak má citlivou kůži. Když si o to dobře pečujou, tak pak je větší šance, že se to dobře zahojí a že ten poradiační účinek bude co nejmenší. Projevuje se to zarudnutím, to bývá jako první, nebo někdy i mokvající ranka, malý nehojící se ložisko, taky svědění se objevuje.“.

Péče o pacienty s leukémií s poradiačními změnami dle sester:

Mast – S1, S5, S6, S8

Sterilní krytí – S1, S8

Panthenol – S4, S8

Péče o dutinu ústní – S3, S5

Obklady – S5

Podkategorie 6 Infekce – Poslední kategorie se zabývá otázkami týkajícími se infekce. První otázka, která byla dotazovaným sestrám položena, byla, jak se infekce projevují u pacientů s leukémií. Téměř všechny dotazované sestry ve svých odpovědích

zahrnuly projev teploty. Projev teploty nezahrnula pouze sestra S8. Sestra S2 kromě teploty odpověděla: „*Setkáváme se s nima opravdu často, protože oni jsou imunosupresivní, že jo, takže ty se projevují hlavně teplotama nebo mají ty sóry v puse, moučnivky a takovýty všelijaký boláky, afty a takový.*“. Sestra S3 dále zmínila: „*No, tak mají oslabenou imunitu a mají málo těch leukocytů, takže nejčastěji se setkáme s nějakýma bakteriálníma infekcemi, jsou osídlení nějakýma těma bakteriema. Mají teploty, mají záněty na kůži, anebo mají infekty na plicích, někdy pneumonie.*“. Sestra S3 navíc zmínila i krevní odběry na chřipku a nutnost měření teploty u pacienta dvakrát denně. Sestra S5 odpověděla: „*Především jsou to infekty horních cest dýchacích, popřípadě potom močový infekce. Dále mají teploty. Potom průdušky, plíce. Virózy jako takový, často to právě bývá spojeno s oslabenou imunitou.*“. Jako poslední bude zmíněna dotazovaná sestra S6, která se především zaměřila na infekce v dutině ústní. Sestra S6 tedy odpověděla: „*Mají i po podání různých chemických látek různý kožní infekce, kožní projevy. Ty mukositivity se řeší většinou, že se udělá výtěr, podle toho se naordinuje medikamentózní léčba plus teda pacient se musí sám aktivně starat o dutinu ústní, výplachy, roztoky ústními. Tyto roztoky mohou mít buď bylinkové nebo z lékárny, ale prostě on musí sám aktivně spolupracovat. I když potom třeba i medikamentózně ho toho zbavíme, tak i potom v průběhu té léčby musíme dělat nějakou prevenci, zvýšenou hygienu dutiny ústní.*“. Sestra S7 navíc zmínila, že infekce se nejlépe zjistí projevem vysokého CRP a prokalcitoninu.

Projevy infekce u pacientů s leukémií dle sester:

Teplota – S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7

Sóry v dutině ústní – S2, S6

Infekty – S3, S5

Virózy – S5

Na otázku, jak se sestry snaží zabránit vzniku infekce, se většina shodla na dodržování aseptických postupů. Sestra S8 dodala navíc příklady: „*Když pracujete se žilním vstupem, tak odezinfikujete a čekáte až nastane ta účinnost. Při nápichu těch portů třeba je důležitá dezinfekce, třikrát se to otírá a pak čekáte na zaschnutí.*“. S aseptickým prostředím souhlasí i sestra S1 a S2. Sestra S1 navíc dodává, že je důležité, aby pacienti nebyli vystaveni infekcím.

Zabránění infekce dle sester:

Aseptická péče o žilní vstupy – S1, S2, S5, S8

Hygienické zásady – S5, S6, S8

Izolace pacienta – S1

Další otázka, na kterou sestry odpovídaly, byla, jak se starají o pacienta s febrilní neutropenií. Většina sester odpověděla, že se u takového pacienta bude měřit teplota. Sestra S1 na tuto otázku odpověděla: *„Tak při horečce nebo teplotě kontrolujeme teplotu, jestli klesá nebo stoupá, třeba, já nevím, pět krát denně. Dám pacientovi hodně pít, když se třeba potí, aby nebyl dehydratovanej.“*. Sestra S3 navíc zmínila odběr hemokultur a podání antibiotik infuzí. Sestra S5 potom zmínila sledování diurézy a potřebu zajistit izolační režim. Sestra S8 odpověděla: *„No, nemělo by se podávat i.m., akorát s.c. anebo dávat do periferky, nebo ještě líp do centrálu. I.m. se nedělá, protože by se potom mohla rozběhnout nějaká krvácivost nebo hematomy pod kůží.“*. Sestra S7 by sledovala, aby u pacienta nedošlo ke krvácení: *„Takže vlastně ten pacient bude mít nízký trombocyty a leukocyty, takže tam dochází ke krvácivosti, nesmí upadnout, aby nevykrvácel. Musí se zabránit vlastně nějakému úrazu a vlastně se dodávají trombonáplavy. A to je vlastně podle těch hodnot.“*.

Péče o pacienta s leukémií s výskytem febrilní neutropenie:

Měření teploty – S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7, S8

Odběr hemokultur – S3

Podání antibiotik – S3

Sledování diurézy – S5

Izolační režim – S5

Příjem tekutin – S1

Krvácivost – S7

4.7 Kategorie 5 – Žilní vstupy

Pátá kategorie se zaměřuje na nejčastěji využívané žilní vstupy. Kategorie je dále rozdělena na podkategorie, které zahrnout péči o CŽK, PICC a port.

Na otázku, jaké nejčastější žilní vstupy používají, sestry odpověděly, kromě sestry S1, shodně, a odpověď byla periferní kanyla. Sestra S1 považuje jako nejčastější žilní vstup centrální žilní katétr. Dále sestry zmínily používání PICC katétrů a portů. Sestry S2, S4 a S8 dále zmínily použití Midline.

Nejčastější žilní vstup dle sester:

Periferní kanyla – S2, S3, S4, S5, S6, S7, S8

PICC katétr– S2, S4, S5, S6, S7, S8

Port – S4, S5, S6, S7, S8

Centrální žilní katétr – S1, S2, S7, S8

Midline – S2, S4, S8

Podkategorie 1 Centrální žilní katétr – U první podkategorie byly sestry dotázány, jak se starají o zavedený CŽK. Sestra S1, S2 a S3 se shodly, že CŽK převazují každé tři dny. Sestra S1 tedy odpověděla: „My tady vlastně děláme dezinfekce prostě, aby to bylo v aseptickém prostředí. Dá se čistý uzávěr, ty uzávěry by se měly obalit. Každý tři dny. Když má folii, tak tři dni. Když je to přikrytý tou prodyšnou folií, tak se to dělá jednou za tři dny. Pokud je to klasicky náplastí a čtvercema, tak se to dělá snad i každé den.“. Sestra S2 tedy odpověděla: „Tak já si myslím, že docela šikovný jsou ty folie, aby se tam ta infekce nedostala nebo méně než obvykle, ale hlavně teda dodržovat sterilitu a čistotu.“. Sestra S3 také zmínila péči o CŽK na různých lokalizacích. Sestra S3 dodala: „Taky záleží na tom, kde ten centráل máš, tak pokud ho máš v podklíčkovou, tak tam je to ošetřování celkem takový jednoduchý, tak tam to hezky drží, hezky se to tam přilepí, tak tam je to v poho. Když ho mají tady na krku, tak tam je to špatný, tam to nedrží, lidem to vadí, nejde to přilepit, tak tam je ta ošetrovatelská péče je těžší. No, a pak ho můžeš mít v tříslu, kde tam je krásně, drží se tam, ale je tam větší nebezpečí infekce a je třeba se o to starat víc.“. Sestra S4 odpověděla: „Jinak se teda centráل klasicky sterilně převazuje nějaký každý 4 dny. Jinak pokaždý, když se jde něco do centrálu aplikovat, tak musíte odezinfikovat vstup a pak až aplikovat.“.

Péče o CŽK dle sester:

Převaz á 3 dny – S1, S2, S3

Dezinfekce – S1, S4

Sterilita – S2, S4

Převaz á 4 dny – S4

Na otázku, jaké jsou výhody CŽK se sestry S3 a S4 shodly na odpovědi, že CŽK sestra nemusí napichovat, což je jeho výhoda. Dále sestra S7 a S8 vidí výhodu centrálu

v tom, že se napichuje při akutních stavech. Sestra S4 svou odpověď uvedla tedy takto: „*Tak centrál máte už napíchnutej a můžete ho hned použít, což je třeba výhoda oproti portu, protože port si musíte napřed napíchnout a pak až použít.*“. Sestra S7 vidí výhody i v dalších věcech: „*No, výhody centrálu jsou odběr krve, jakákoliv výživa tam může jít, jakékoliv i.v. látky.*“.

Podkategorie 2 Port – Na otázku, jak se starají sestry o port, většina nezapomněla zmínit přísně aseptické podmínky. Sestra S4 odpověděla na otázku: „*Vlastně všechno se dělá sterilně, takže sterilní rukavice, všechno musí být komplet sterilní. Potom vlastně, když to napíchnete, tak tam dáme takový malý čtverečky do Y, ty se vlastně jakoby vloží pod tu jehlu a ta jehla zůstane kousek koukat, uděláte takovou tu smyčku a dáte tam na to další sterilní čtverce a přelepíte to.*“. Sestra S5 dodala: „*No, dává se tam heparinová zátka, aby se v tom systému to neucpalo, důležitý je při vyndávání té jehly to dělat za přetlaku, aby se právě nenasála nakonec toho katétru, byť se sebemenším množstvím krve, může způsobit problémy, že se ten port ucpe. To proplachování je ideálně 6-8 týdnů, ale tolerujeme i tři měsíce, když pacienti nemůžou třeba dojít.*“. Sestra S1 odpověděla: „*Je poměrně snadnej na ošetření, ale nesmíš porušit sterilitu. Důležitý je taky, že, když pak třeba vyndáváš tu jehličku, tak to musíš dělat za podtlaku, ale musíš brát fýzák, a to ve stříkačce 10 ml a víc, jinak by mohli nastat komplikace.*“. Sestra S3 popsala, jak se stará o port ona a co je k tomu potřeba. Sestra S3 tedy odpověděla: „*Ty porty, to se potom dává lidem, u kterých se předpokládá, že to bude trvat několik let, tak to říkaj, že ty porty tam nechávaj tak pět let. A tam už je to složitější na to proplachování. No, zase se dělají všechny převazy asepticky a je na to speciální jehla, kdy se v tom portu musíte trefit do toho středu. Musí se to teda proplachovat. Za neustálého tlaku se to vytahuje. Lidi k tomu mají průkazku, při každým tom proplachu se do průkazky napíše, co, kdy a jak.*“.

Péče o port dle sester:

Sterilita – S1, S3, S4

Proplachovat port – S1, S3, S5

Heparinová zátka – S5

Vytáhnout jehlu za podtlaku – S3, S5

Všechny sestry se shodly, že nejlepší z žilních vstupů pro tyto pacienty je port. Sestra S8 vidí jeho výhodu v tom, že je port implantovaný pod kůži, a proto tedy hrozí

menší riziko infekce. Sestra S6 si myslí, že: „Většinou se zavede port, protože víme, že budou dlouhodobě léčeni, že si ponesou i chemoterapii domu, protože my máme i tu chemoterapii, kdy vlastně můžou odejít s baxterkou domů, takže k tomu ten port je potřeba. Je to bezpečný, nedochází k paravazaci, nedochází moc k vytažení jehly, když jsou šikovný a hlídají si to. Nedochází k prasknutí žíly, prostě je to hodně šikovný. Píchnete taky najisto.“. Sestra S1 vidí výhodu portu v tomto: „Tak port je dobrý v tom, že ty lidi můžou odejít domu a doma se jim můžou přes ten port podávat léky.“. Sestra S2 je toho názoru, že výhodou portu je to, že pro pacienty není tolik traumatizující. S tím souhlasí i sestra S6. Sestra S7 na tuto otázku odpověděla takto: „Výhody portu jsou takové, že se o něj člověk nemusí moc starat, lidem nepřekáží, můžu z něj odebrat krev, může do něj kapat vlastně prakticky cokoliv.“.

V čem vidí sestry výhody portu:

Málo traumatizující pro pacienty – S2, S6, S7

Pacient může s portem odcházet domů – S1, S6

Menší riziko infekce – S8

Bezpečný – S6

Podkategorie 3 PICC katétr – Poslední otázka této kategorie, která byla sestrám položena zněla, jak se starají sestry o PICC katétr. Sestra S6 na tuto otázku odpověděla: „Tak u pacienta, kterej má PICC musíme dávat pozor na to, aby byl nějak fixovanej, protože to není sešitý stehama nebo pod kůží jako port. Musíme ho proplachovat, aby byl průchodnej, a aby se tam nic neucpalo. Potom převazujeme a při převazu zkoumáme známky infekce nebo vytažení.“. Sestra S5 na otázku odpověděla: „No takže, když mají ty horší žíly, tak ten PICC je šikovnej, jediný negativní je, že se musí každý týden proplachovat a že to je nad úroveň toho těla. A myslím si, že s těma PICCama se ty lidičky sžijou a nemají s tím problémy.“. Sestra S5 dále dodala: „Jak jsem říkala, tak PICC se musí proplachovat každý týden, před proplachem se to odezinfikuje, zjistíme, zda pacienta proplachování nepálí, zkontrolujeme okolí.“. Sestra S2 odpověděla na tuto otázku takto: „Tak stará se o to, jako o periferku. Převazy, kontrola okolí a proplachování.“.

Péče o PICC katétr dle sester:

Kontrolovat známky infekce – S2, S5, S6

Proplach – S2, S5, S6

Fixace – S6

Na otázku, jaké jsou výhody PICC katétru odpověděla sestra S6, a to následovně: *„Výhody PICCu? Tak asi, že vydrží dlouho. Ale porty jsou lepší.“*. Sestra S5 odpověděla: *„PICC je vhodný pro pacienty se špatnými žilami.“*. S tím souhlasí i sestra S1. Sestra S2 vidí výhodu PICC katétru v následující odpovědi: *„Tak výhody PICCu asi mohou být, že může být zaveden dlouho, je vstup přímo do centrální žíly a nepřekáží těm pacientům.“*.

V čem sestry vidí výhodu PICC katétru:

Délka zavedení – S2, S6

Vhodný pro pacienty se špatnými žilami – S1, S5

4.8 Kategorie 6 – Krevní transfuze

Šestá kategorie je zaměřená na podání krevních transfuzí pacientovi a dále je také zaměřena na potransfuzní reakce.

První otázkou jsme zjišťovali, jaký je úkol sestry při podávání krevní transfuze. Sestry S1, S4, S6 a S8 zmínily nutnost kontroly moče, aby se v ní nevyskytovala po krevní transfuzi krev. Dále sestry S1, S4 a S7 zmínily, že před a po transfuzi patří mezi ošetrovatelskou péči měření tlaku u pacienta. Sestra S1 hlídá při aplikaci krevní transfuze, jestli se neobjevují alergické reakce. S tím souhlasí i sestra S4, S6 a S8. Dále byla zmíněna identifikace pacienta, na čemž se shodly sestry S2, S3 a S7. Sestra S3 rozvedla svou odpověď na tuto otázku a odpověděla: *„No, tak základem je nabrat správného pacienta, správnou krev a poslat jí na transfuzní stanici, kde tu krev vyšetří, najdou správnou krev pro toho příjemce, udělají zkoušky inkompatibility. Takže tam je důležité při tom samotném odběru toho pacienta identifikovat pořádně, zkontrolovat žádanku, štítky, aby nedošlo k záměně vzorku nebo pacienta.“*. Poté sestra S3 pokračovala, co sestra musí splnit při samotném podání krevní transfuze: *„No samotné podání transfuze, před vlastním podáním transfúze se provádí u lůžka pacienta... lékař – sestra – pacient ... křížová zkouška, kdy teda sestra odebere vzorek krve od pacienta, lékař nakříží vzorek krve a vzorek z konzervy, provede křížový test, biologická zkouška už se neprovádí několik let, to víme, že. Nově se teď dělá, že se kříží i destičky, což se dřív nedělalo a dneska už to transfuzní stanice chce taky, jako pro jistotu chce překřížit*

krev od pacienta. No, takže doktor překříží, vy ho napíchnete, transfuzi mu napíchnete. Každý vak musí mít svůj vlastní set, kontrola zase znova, identifikace pacienta, kontrola papírů, číslo konzervy.“. Sestra S7 také zmínila, jakou roli má při podání krevní transfuze a odpověděla: „Necháváme ji tak do půl hodinky při pokojové teplotě. Zkontrolujeme jméno pacienta, jestli nám souhlasí, vlastně potom podle čísílek. No, a potom vlastně změříme tlak, teplotu před tou transfuzí. No, a potom se dělají ty testy, kříží pan doktor vlastně, my mu to tady všechno připravíme, pícháme pacienta do prstíku a vlastně ta krev se potom nakříží. My vlastně nastavíme tu transfuzi a počkáme, až pan doktor schválí podání.“.

Role sestry při podání krevní transfuze:

Kontrola moče – S1, S4, S6, S8

Kontrola výskytu alergické reakce – S1, S4, S6, S8

Měření tlaku – S1, S4, S7

Kontrola identifikace pacienta – S2, S3, S7

Na otázku, s jakými nejčastějšími potransfuzními reakcemi se sestry setkaly, odpověděly sestry S4, S6 a S8, že se s těmito reakcemi nikdy nesetkaly. Všechny ostatní sestry, kromě sestry S2, se setkaly s pyretickou potransfuzní reakcí. Sestra S2 se setkala s nevolnostmi a vyrážkami na těle. Sestra S2 tedy odpověděla: „Jako úplně moc ne. Nebo takhle ty časné se nevyskytují moc často, my se setkáváme spíše s těmi pozdějšími reakcemi. To se projevuje třeba nevolnostmi nebo vyrážkami. Když tady teď paní dostala časnou potransfuzní reakci, tak celá zežloutla, bylo jí nevolno, tak dostala kortikoidy.“. Sestra S5 se dále setkala s reakcí hemolytickou a doplnila, že tuto reakci následně řešili s lékařem kortikoidy. Sestra S1 a sestra S7 zdůraznily, že pokud nastane potransfuzní reakce, je nutné transfuzi okamžitě přerušit. Sestra S7 odpověděla: „Tak s potransfuzními reakcemi jsem se setkala. Když se to stalo, tak jsme to museli stopnout, kdy ty lidi měli třeba třesavku, teplotu. Takže vlastně máme na to formulář a potom lékař musí zahájit, co a jak teď bude za léčení a vlastně posílá se to na transfuzní zpátky na vyšetření, abychom zjistili, proč k té reakci vlastně došlo.“. Sestra S3 na tuto otázku odpověděla: „Ty vykapávané transfuze se schovávají 24 hodin v lednici, takže se pošle vyšetření krve pacienta, vyšetření krve z té konzervy na transfuzní stanici, potom se sepíše nějaký potransfuzní protokol, ale většinou to skončí fakt tím, že mají jen teplotu, vezmou si paralen a je jim dobře.“. Sestra S3 dále odpovídala: „A pak ještě,

u těch lidí, co maj ty transfúze furt dokola, každej týden třeba, tak je ten organismus přetíženej tím železem z tý krve, a to taky nechceme, takže se těm lidem dává třeba před tou transfuzí vykapat infuze Desferalu, která stahuje to železo, a nebo pak se jim dávají prášky a polykají to, aby se zbavili toho železa z organismu, ale teď si nevzpomenu, jak se jmenujou ty prášky.“. Sestra S8 se s potransfuzní reakcí doposud zatím nesetkala. Na tuto otázku tedy odpověděla: „Já jsem ji neměla ani jednou, musím zaklepat. Jako představa, že podám špatnou krev? To je nepředstavitelný.“.

S jakými nejčastějšími potransfuzními reakcemi se sestry u pacientů setkaly:

Pyretická reakce – S1, S3, S4, S5, S6, S7, S8

Nikdy se s nimi nesetkaly – S4, S6, S8

Hemolytická – S5

Nevolnost, vyrážka na těle – S2

4.9 Kategorie 7 – Cytostatika

Sedmá kategorie se zaměřuje na podávání cytostatik. Otázka, kterou dotazované sestry dostaly, zní, jak podávají sestry cytostatika. Sestra S2 na tuto otázku odpověděla: „No, tak ty chemošky jsou většina zabalený v alobalu, protože se ty látky v tom rozpadají na světle, no je tam rovnou napojenej set, to je všechno připravený. A já to vlastně jen propláchnu tu kanylu a dám kapat, podle toho, jak to chce doktor rychle. Jinak na tom není nic zvláštního oproti klasický infuzi.“. Sestra S5 na otázku odpověděla: „My si to vlastně vybalíme z toho obalu, vezmu tácek, rukavice a proplach. U pacienta propláchnu kanylu, chemoterapii dám většinou na pumpu, nastavím, jak dlouho má kapat a kolik kapek za minutu a pak klasicky zas odpojujím.“. Sestra S7 odpověděla podobným způsobem: „Přijde mi chemoška, já jim to podepíšu, rozbalím si láhev z obalu, zkontroluju identifikační údaje, jestli chemoška sedí s údajem o pacientovi. Podívám se, jestli je to správný druh cytostatik a datum spotřeby, a v jaké teplotě smí daná látka být uchována. Potom si vezmu rukavice a proplach a chemošku aplikuju do žíly pacienta. Upozorním ho na vedlejší možné účinky a připravím mu pro tento případ zvoneček.“. Sestra S4 dodala, že cytostatika chodí na oddělení již připravené z lékárny, a samy na oddělení si připravují premedikace. Odpověděla tedy: „Každý pacient má vlastně rozepsanou svoji vlastní komplet chemoterapii, včetně veškerých premedikací, který by měli mít a času, jak by ty chemošky měly vlastně kapat. Chemošky nám chodí připravený z lékárny a ty premedikace ty si připravujeme sami.“. Sestra S3 odpověděla:

„Dneska je to už udělaný tak, že je centrální ředění těch cytostatik. Dřív se to ředilo na odděleních, dneska na to mají mašinu v lékárně. Takže lékař naordinuje nějaký protokol, kterež se pošle do lékárny a přes počítač se potvrdí ten den, pacient a ta určitá léčba. Cytostatika se podávají samozřejmě s ochrannými pomůckami, to znamená rukavice a roušku. No, a neměla bych se s tím pokapat, musím na to dávat pozor.“. Jako poslední bude zmíněna odpověď sestry S6, která byla následující: „Musím si dávat pozor na to, aby mi chemoterapie někde nevytekla a nedej bože na mě. Musím být opatrnější víc než s klasickou infuzí, neboť látky v chemoterapiích jsou karcinogenní. Manipuluju s chemoškou pouze v rukavicích.“.

Jak sestry podávají cytostatika:

Rukavice – S3, S5, S6, S7

Proplach kanyly – S2, S5

Přijetí cytostatik z lékárny – S4

Příprava premedikace – S4

Rouška – S3

4.10 Kategorie 8 – Přístup sester

Poslední kategorie, tedy kategorie osmá, se zabývá přístupem sester k pacientům a k samotné práci. První dotaz byl, jak si dotazované sestry myslí, že je jejich oddělení psychicky náročné. Všechny dotazované sestry, kromě sestry S8, se shodly na podobné odpovědi. Všechny se domnívají, že práce na jejich oddělení je velmi psychicky náročná, hlavně z hlediska častého úmrtí pacientů. Sestra S6 odpověděla: *„Je hodně psychicky náročná, musím říct. Nejenom, že těm pacientům dáváte naději a musíte s nima kolikrát i krotit svoje emoce v určitých případech. Nesete si ty jejich příběhy kolikrát v sobě, jejich moc a nejsou kolikrát moc pěkný.“*. Naopak sestra S8 to vnímá jinak, a to tak, že pro ni je to pouze práce a není třeba brát práci víc osobně.

Jak moc považují sestry jejich oddělení za psychicky náročné:

Velmi náročné na psychiku – S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7

Nenáročné na psychiku – S8

Na otázku, co si sestry myslí, že je psychicky nejnáročnější na práci s jejich pacienty, odpověděla většina shodně. Jsou toho názoru, že nejnáročnější jsou pro ně

špatné prognózy pacientů. Sestra S6 odpověděla: „*Tam je nejnáročnější to, že bojují o život a vy víte dopředu, že to nevyhrajete. Prognózy jsou samozřejmě někdy horší, někdy lepší. Mně konkrétně nejvíc vadí, když odchází mladej člověk, třeba mladá maminka od malých dětí, tak to mě samozřejmě zraňuje a je to pro mě hodně náročný. Takže prostě je náročný se dívat na ten konec toho člověka.*“. S5 si naopak myslí, že nejnáročnější je komunikace s pacienty.

Co je pro sestry psychicky nejnáročnější na práci s pacienty s leukémií:

Špatná prognóza – S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7, S8

Komunikace – S5

Jednou z důležitých věcí na vztahu sestry a pacienta je také vzájemná důvěra. Sestry odpovídaly na otázku, jakým způsobem se snaží o zajištění důvěry mezi sestrou a pacientem. Sestra S2 na tuto otázku odpověděla: „*Vždycky, když přijmeme novýho pacienta, tak se mu představíme a řeknu mu, co kde najde. Jak se střídají směny. Seznámím ho s jeho zdravotním stavem. Řeknu mu, jak se na nás může obrátit, jak si nás může přivolat, když by došlo k nějakým komplikacím. Že se nemusí bát, že když se něco stane v jakoukoliv dobu, tak vždy mu někdo přijde pomoc.*“. Sestra S4 odpověděla, že pacienti by měli mít hlavně důvěru k lékařům, poté ale dodala: „*No ne, já si myslím, že je to o nějakým vzájemným respektováním a pak už je to na tom člověku, jestli se otevře nebo ne.*“. Sestry S1, S5 a S7 zmínily ve svých odpovědích, že je důležitá v tomto případě komunikace. Sestra S5 tedy odpověděla: „*Tak já nevím, já se snažím s každým hlavně právě komunikovat. Já si vždycky představuju na druhý straně sebe a беру to podle sebe. Takže je to důležitý třeba opakovat, všechno vysvětlovat, když třeba přijdou na tu chemošku, říct, co je čeká, třeba říct, kdy jim začnou padat vlasy přibližně, aby prostě věděli.*“.

Jak si sestry získají důvěru od pacientů s leukémií:

Komunikace – S1, S5, S7

Informace – S2, S5

Vzájemný respekt – S4

5 Diskuze

V rámci této kapitoly bakalářské práce budeme diskutovat o výsledcích a následně je porovnávat s literaturou a mými vlastními názory. Tyto výsledky byly získány během výzkumného šetření s dotazovanými sestrami pracujícími na oddělení hematologickém a onkologickém. Tyto výsledky budou uvedeny do souvislostí s teoretickou částí bakalářské práce. Výzkumného šetření se zúčastnilo celkem osm všeobecných sester. Výběr dotazovaných sester byl záměrný.

Mezi problémy, se kterými jsme se setkali během psaní mé bakalářské práce, patří hlavně problém s empirickou částí práce. Již při zpracovávání podkladu pro zadání mé bakalářské práce, jsem volala do jedné z největších českých nemocnic, zdali by bylo možné provádět svou výzkumnou část na jejich Interní hematologické a onkologické klinice. Vše jsem vysvětlila, a to tedy včetně názvu své bakalářské práce, oblasti, které bych ráda zkoumala, a rozhovorů, které bych vedla jak se sestrami, tak s pacienty. V tu dobu zde nebyl žádný problém mi vyhovět, a tak byl předběžně výzkum v této nemocnici dovolen. Ovšem, když jsem poslala písemnou žádost o možnosti výzkumné činnosti v této nemocnici na konci ledna, kdy jsem svůj výzkum chtěla začít provádět, začal být s výzkumem problém. Má žádost sice byla schválena, nicméně rozhovory mi byly dovoleny pouze u pacientů, nikoliv u sester, a to kvůli nedostatku personálu a pracovnímu vytížení. Zajímavé pro mě bylo, že si tato nemocnice účtuje za rozhovor s jednou sestrou na 15 minut 80 Kč. To, že mi byl povolen rozhovor pouze s pacienty znamenalo pro mě jediné, a to buď změnit celou mou dosavadní práci na této bakalářské práci, anebo udělat rozhovory s pacienty v nemocnici, se kterou jsem byla dohodnuta, a rozhovory se sestrami v jiném zdravotnickém zařízení. Samozřejmě druhá možnost byla pro mne volbou. Následující celý měsíc únor jsem každý týden do této nemocnice volala, zdali již mohu přijet a provést svůj výzkum a rozhovory s pacienty. Bohužel, celý únor a polovinu března platil v této nemocnici zákaz návštěv z důvodu chřipkové epidemie, tudíž jsem neměla přístup na oddělení. Kvůli časové tísní jsem byla nucena se rozhodnout pro jinou volbu mého výzkumu, ač ne takovou, jakou jsem si pro svou bakalářskou práci představovala.

V této kapitole se budeme dále zabývat shrnutím výsledků, které byly získány během výzkumného šetření s dotazovanými sestrami, které pracují na hematologickém a onkologickém oddělení. Tohoto výzkumného šetření se tedy zúčastnilo osm sester. Byly osloveny čtyři sestry, které pracují na hematologickém oddělení a čtyři sestry, které pracují na onkologickém oddělení. Všech osm oslovených sester se výzkumného

šetření zúčastnilo. Cílem výzkumu bylo popsat odpovědi všeobecných sester a zjistit odpovědi na výzkumné otázky, které jsem si před začátkem psaní empirické části práce připravila.

Výzkumné otázky „*Jaká jsou specifika ošetrovatelské péče u pacientů s leukémií?*“ a „*Jaké nejčastější ošetrovatelské problémy řeší sestry u pacientů s leukémií?*“ jsou díky spoustě získaných informací, které byly získány od dotazovaných sester během našeho rozhovoru, vhodně formulovány a bylo tedy možné na ně odpovědět. Stanovené cíle byly splněny.

Data, která byla sesbírána při rozhovorech, byla rozdělena do osmi kategorií. První kategorie byla nazvána „Projevy leukémie“. Nejčastěji dotazované sestry uvedly, že leukémie se projevuje jako chřipka. Tuto informaci potvrzuje Adam et al. (2007), který uvádí, že projevy leukémie lze mohou být doprovázeny vyššími teplotami až horečkami s infekcí, ale i bez prokazatelné infekce. Další odpovědí, se kterou jsem se při rozhovoru s dotazovanými sestrami setkala, byla únava. Čtyři dotazované sestry z osmi jsou toho názoru, že dalším projevem leukémie může být únava. Všechny tyto sestry odpověděly také již zmíněné projevy chřipky. Slezáková et al. (2010b) s touto odpovědí souhlasí, neboť jak uvádí, důvodem únavy a nevykonnosti je nedostatek červených krvinek, tedy anémie. Dle Adam et al. (2008) se pacient s leukémií dále potýká s trombocytopenií, tedy nedostatkem krevních destiček. Uvádí, že se u pacientů mohou v tomto případě vyskytnout například petechie. Tuto informaci sdělila i sestra S1, která konkrétně uvedla, že pokud se pacient s leukémií uhodí, mohou okamžitě vzniknout menší modřinky. Polovina dotazovaných sester dále zmínila, že příznaky leukémie lze poznat po odběru krve, a to jejími výsledky. Dle mého názoru je proto důležité, aby lidé nepodceňovali návštěvy lékařů v případě, že se u nich projeví příznaky chřipky, neboť ne vždy to jsou příznaky právě pro virové onemocnění, ale mohou to být příznaky právě pro onemocnění jako je leukémie. Příznaky chřipky, teploty či únavy mohou mít tedy větší váhu, než jim často lidé přikládají. Dále jsem také názoru, že by lidé neměli zapomínat chodit na preventivní prohlídky ke svým obvodním lékařům, neboť díky tomu se případná diagnóza leukémie může co nejdříve začít řešit.

Druhá kategorie mého výzkumu byla zaměřena na léčbu tohoto onemocnění. Všechny dotazované sestry zmínily ve svých odpovědích chemoterapii. Šest sester z osmi zmínilo radioterapii a dvě dotazované sestry podotkly biologickou léčbu. Léčba chemoterapií se nám potvrzuje podle Klener jr. a Klener (2013), kteří dodávají, že chemoterapie je jednou z hlavních léčebných metod, a to především kvůli jejímu

systemovému léčebnému účinku. Je pro to dle mého názoru naprosto nezbytné, aby sestra měla zkušenosti s podáváním cytostatik, neboť u pacientů s leukémií se cytostatické látky skoro pokaždé podávají. Z toho důvodu si myslím, že by sestry měly mít přehled, jaký druh cytostatické látky podávají a jaké se mohou u pacienta vyskytnout vedlejší a nežádoucí účinky těchto cytostatik. Sestry by také dále měly upozornit pacienty na tyto možné vedlejší účinky, aby pacienti měli dostatečné informace o tom, co se během léčby může vyskytnout. Nemyslím si, že by pacienti, a to na jakémkoliv oddělení, měli vždy dostatečné informace a dostatečnou edukaci o jejich zdravotním stavu či průběhu léčby. Při nedostatku informací se u pacientů může vyskytnout strach, nejistota či nedůvěra, a tomu by se mělo snažit zabránit. Sestry tedy dále odpověděly, že cytostatika se připravují v lékárně a na oddělení jsou poslány už hotové, což zmiňuje také Vorlíček et al. (2012) ve své publikaci. Dále zmiňuje, že sestra musí mít znalosti při podávání cytostatik do centrálního žilního katétru jako jsou port a Hickmanův katétr. Dále musí umět manipulovat s pumpami, věnovat pozornost nežádoucím účinkům terapie a poskytnout dostatečné informace pacientovi, což potvrzuje můj názor, který je uveden výše. To tedy prokázalo, že většina sester má v této oblasti dostatek zkušeností. Sestry také odpověděly, že se podání cytostatik neliší od podání klasické infuze, jen musí dávat větší pozor, aby dané cytostatikum nevyteklo ven. S čímž úplně nemohu souhlasit, protože pokud by došlo k paravazaci určitých cytostatik mohlo by dojít k závažným následkům. Z toho důvodu, jak jsem se dozvěděla od jedné dotazované sestry, jsou vhodné pro podání cytostatik právě ony porty, PICC či CŽK. Maňásek et al. (2014) zmiňuje, že tyto žilní vstupy redukuje riziko paravazace. Dále s již zmíněnou radioterapií souhlasí Vrublová (2011), která zmínila, že radioterapie spíše doplňuje chemoterapii pomocí ničení nádorových buněk, a to bez poškození okolní tkáně. Jako poslední se v odpovědích zmínila léčba biologická. Biologická léčba byla zmíněna také Ulrychem (2014), kdy tuto léčbu uvádí jako možnost kombinace s chemoterapií u CLL v pokročilejších stádiích. Sestrami ovšem nebyla zmíněna další celkem podstatná možnost léčby, a tou je imunoterapie, o které jsem se dočetla v zahraniční databázi PubMed ve článku od Achampong et al. (2017). Pouze jedna sestra zmínila možnost transplantace kostní dřeně. Dle Penka et al. (2012) je cílem transplantace hematopoetických buněk, aby dřeň příjemce byla osídlena kmenovými buňkami dárce, což zajistí vznik krvevotvorby. U některých případů je tato transplantace kostní dřeně pro pacienty nezbytná, proto si myslím, že je důležité, aby byla zmíněna a sestry o tomto výkonu měly povědomí.

Zaměříme-li se na zajištění komfortu u pacienta s leukémií, kterým se zabývá kategorie třetí, zjistíme odpovědi na oblasti tělesné, duševní i sociální pohody. Kategorie byla zaměřena na tyto tři oblasti, neboť na každého člověka působí bio-psycho-sociální faktory, ať už ve zdraví či v nemoci. Skoro polovina sester odpověděla, že v oblasti tělesného komfortu by se zaměřovaly především na osobní hygienu pacienta. Já osobně s touto odpovědí souhlasím, neboť leukemičtí pacienti jsou omezováni svou nemocí jak psychicky, tak sociálně a fyzicky. Z toho důvodu si myslím, že je pro ně důležité, aby stále dodržovali každodenní rutiny, mezi které patří i osobní hygiena. Myslím si, že je vhodné, aby pacienti byli během hospitalizace nabádáni k soběstačnosti ohledně této oblasti, protože nejenom, že se budou fyzicky cítit dobře, ale také jim to může vnést pocit, že vše zvládají sami a že alespoň některé věci jsou takové, jaké byly před určením diagnózy. Jedna dotazovaná sestra, sestra S3, zmínila, že pro tělesné pohodlí je důležitý také útlum bolesti. Ovšem já jsem toho názoru, že útlum bolesti je především důležitý pro psychické pohodlí. Ve většině případech, se kterými jsem se setkala, se mnohdy pacienti kvůli bolesti nemohou pořádně vyspat, najíst či vykonávat běžné denní aktivity. Proto si myslím, že je nezbytné, aby tento problém byl vždy řešen, aby nebyli pacienti omezováni jak z hlediska fyzického či psychického, tak i z hlediska sociálního. Bolest je tedy velmi náročný stav pro psychickou stránku pacienta, s čímž souhlasí i Feixová (2016), která říká, že akutní bolest způsobuje psychické změny jako je úzkost či strach. Dle Kapounová (2007) chronická bolest se projevuje poruchou spánku, což je pro psychický stav pacienta také velmi náročné. Pro duševní pohodu pacienta by dvě sestry použily především komunikaci s pacientem. Jsou toho názoru, že se poté pacient může podělit o to, co ho trápí. Další sestra by do tohoto problému zapojila i psychickou podporu rodiny. Mohu říci, že souhlasím jak s komunikací s pacientem, tak s psychickou podporou rodiny. A to z důvodu, že pacient, který je nemocen touto vážnou chorobou tráví mnohý čas v nemocnicích a zdravotnických zařízeních, kde není možné, aby měl svou rodinu neustále u sebe. Proto si myslím, že pacienty v těchto chvílích potěší pár milých slov nebo vyslechnutí jeho příběhu. Nejenom, že se dle mého pacientovi uleví, ale navíc se tím může vytvořit vztah důvěry mezi pacientem a sestrou, který je v poskytování ošetrovatelské péče pro mě velmi důležitý. Pro pacienty je důvěra v ošetrovatelský personál jistě důležitá, neboť z pohledu studentky na praxi vím, že někteří pacienti jsou vůči studentům nedůvěřiví pro jejich malé zkušenosti

s ošetrovatelskou péčí. Z toho důvodu by se měl veškerý ošetrovatelský personál snažit, aby jim pacienti důvěřovali.

V této části kapitoly bych se ráda dále zaměřila na vedlejší účinky protinádorové léčby, kde vzniká mnoho ošetrovatelských problémů, které je nutné nějakým způsobem řešit. Prvním vedlejším účinkem, který bych ráda rozepsala, je zvracení. Všechny sestry, kromě jedné, by tento problém řešily antiemetiky. Sestra S5, která by volila právě způsob podání antiemetik odpověděla: *„Já vždycky říkám pacientům, bolest a zvracení jsou věci, který se dají už hodně dobře dneska ovlivnit.“* Nás ovšem v tomto případě zajímal způsob řešení u pacienta, který zvrací, jinou cestou, než je právě léčba medikamentózní. Dvě z dotazovaných sester se shodlo, že by u pacienta především změnila polohu. Toto tvrzení potvrzuje Kapounová (2007), která uvedla, že je důležité, aby sestra uvedla pacienta, který zvrací, do polohy polosedu nebo na bok, aby zabránila aspiraci gastrointestinálního obsahu. Sestra S2, která navrhla polohu polosedu, také dodala, že by pacientovi mohlo pomoci otevřené okno, což opět potvrzuje Kapounová (2007), která mimo jiné zmínila vyvětrání pokoje, aby pacient měl čerstvý vzduch a lépe se mu dýchalo. Dle Kapounové (2007) poté, co se pacientovi udělá lépe, je vhodné, aby sestra začala pacientovi podávat vodu, čaj či masový vývar, s čímž souhlasila méně než polovina sester. Sestry také navrhly podání Coca-Coly, s čímž souhlasím, neboť vím z vlastní zkušenosti, že pacientům Coca-Cola uklidňuje žaludek.

Zažívací potíže jsou dalším problémem, který sestra musí při poskytování péče pacientovi, řešit. Mezi zažívací potíže zařadíme problém zácpy a problém průjmu. Jak uvádí Vorlíček et al. (2012) při chemoterapii jsou často poškozovány buňky sliznice zažívacího traktu. Dle Grofové (2007) by se při zácpě laxantiva měla podávat pouze omezeně. Nicméně polovina sester uvedla jako první odpověď právě Duphalac. Dále sestry odpovídaly, že by problém zácpy řešily pomocí klyzmatu. Sestra S1 například uvedla: *„No, tak tu zácpu tedy řešíme klyzmatem, hodně děláme to kapénkový klyzma, to je s tím NaCl ne, tak to celkem funguje.“* Polovina sester nezapomněla zmínit, že tekutiny mohou být vhodné při zácpě, neboť změkčují stolici. S tím souhlasí i Grofová (2007), která ve své publikaci uvedla, že základním doporučením pro zácpu je mít dostatek tekutin, jíst ovoce a zvýšit fyzickou aktivitu. Sestry uvedly při svých odpovědích také pohyb a příjem ovoce. Dle mého názoru klyzma může být pro pacienta velmi nepříjemné a někdy i bolestivé. Z toho důvodu bych klyzma u pacienta provedla jako poslední možnost. Nejprve bych pacientovi doporučila různé potraviny, kterými

lze zácpu ovlivnit, a to například švestkovým kompotem. Dále bych pacienta, pokud by to bylo v rámci jeho zdravotního stavu možné, nabádala k pohybové aktivitě.

Při odpovědích, jak by sestry řešily problém průjmu, zaznělo mezi nejčastějšími odpověďmi podání léku Imodia. Zde nás opět především zajímalo řešení problému nemedikamentózní cestou. Zaznělo tedy dále řešení pomocí diety a dostatečný přísun tekutin. Jak uvádí Grofová (2007) při průjmu může dojít k dehydrataci, proto je důležité, aby sestra pomohla pacientovi dodržet pitný režim více než za normálních okolností, což znamená alespoň dva litry tekutiny denně.

Dalším z ošetrovatelských problémů je vyskytující se podvýživa u pacientů s leukémií jako důsledek protinádorové léčby. Stejně jako Kapounová (2007), která by pro takového pacienta doporučila mimo jiné přípravky jako je Nutridrink, tak i dotazované sestry se shodly na podání tohoto přípravku pacientům.

Jedním z nejzávažnějších problémů u pacientů s leukémií je bolest. Některé sestry by řešily bolest podáním analgetik či opiátu. Mimo to nejčastější odpovědí bylo zajistit u pacienta úlevovou polohu pro zmírnění bolesti. S tím souhlasí i Vorlíček et al. (2012), který ve své publikaci zdůrazňuje i podpůrnou léčbu právě ve formě masáží, cvičení či úlevové polohy. Sestry dále zmínily aktivity pro pacienta, díky nimž by se pacient na svou bolest tolik nesoustředil. S tím musím souhlasit, osobně bych to pojala formou komunikace, kdy bychom si s pacientem povídali o věcech, které má například rád. Nicméně u pacientů trpících takovou bolestí, která je doprovází kvůli onemocnění, nelze tuto bolest řešit pouze úlevovými polohami nebo zabavením pacienta. Tyto prvky dle mého názoru, a také několik sester souhlasilo, mohou sloužit pouze jako podpůrné možnosti pro doplnění medikamentózní léčby proti bolesti. Poté se u pacientů s leukémií setkáváme také s průlomovou bolestí, která se dle dotazovaných sester nelze řešit jinak než podáním analgetik a opiátů. S tím ovšem nesouhlasí Vorlíček et al. (2012), který je toho názoru, že při průlomové bolesti je třeba upravit pacientovo prostředí či zajistit protetické pomůcky.

Na otázku podávání spinálních analgetik se všechny sestry shodly, že se na jejich oddělení neprovádí. Bolest u pacienta se na jejich oddělení řeší pouze analgetiky či opiáty, i přesto, že Vorlíček et al. (2012) ve své publikaci tuto možnost zmiňuje.

Pátá kategorie se zaměřovala na téma poradiačních kožních změn. Jak již bylo zmíněno, radioterapie je jedna z možností léčby leukémie. Dle Navrátila et al. (2008) se leukémie léčí například radioterapií hlavy nebo kombinací chemoterapie s radioterapií. Sestry odpověděly, že v případě výskytu poradiačních změn je důležité promazat místo

mastí. Byly zmíněné například Panthenol, Dexametazon, vazelína či Cavilon. S tímto tvrzením souhlasí ve své publikaci i Vorlíček et al. (2012). Slezáková et al. (2010b) dále doporučila, že není vhodné tyto místa při hygieně omývat mýdlem a je potřeba udržovat pokožku suchou. Dále sestry zmínily, že rána by měla být překryta sterilním krytím. Některé sestry se nezaměřovaly pouze na kožní změny, ale také na změny v dutině ústní, kde doporučily pečlivou hygienu této dutiny a proplachy například roztokem Tantumverde.

Snížená imunita je u pacientů s leukémií velmi podstatný problém. Vzhledem k tomu, že jsou více náchylní na infekce, musí být pacienti co nejméně vystaveni okolí a ošetrovatelská péče musí být dodržována přísně podle standardů, aby se předešlo nepříjemným a závažným komplikacím s tímto spojených. Slezáková et al. (2010b) zmiňuje, že infekční komplikace jsou u těchto pacientů druhou nejčastější příčinou smrti. Všechny sestry, kromě jedné, se shodly, že infekce se u těchto pacientů projeví samozřejmě teplotami. Jak uvádí Streitová et al. (2015) infekce se může snadno objevit v místě vpichu, což se může projevit erytémem, bolestivostí a také právě zvýšenými teplotami, které zmínily sestry. Některé z nich dále zmínily, že se mohou vyskytovat v dutině ústní například v podobě sórů. Otázkou je, jak se snažit zabránit tomu, aby se u pacientů s leukémií vyskytla infekce. Dle mého názoru je nutné, aby jakýkoliv žilní vstup byl ošetřován přísně asepticky, každý den kontrolován a pravidelně převazován. Neboť je známo, že pokud dojde k porušení jednoho z těchto postupů, mohou se vyskytnout komplikace, čemuž se musíme snažit zabránit. Dále jsem toho názoru, že k pacientům by se neměli pouštět návštěvy o více jak dvou lidech, aby se předešlo přenosu infekce na pacienta. Z toho důvodu si myslím, že je správné, že je v nemocnicích zaveden zákaz návštěv během chřipkových epidemií, aby se předešlo zbytečným komplikacím u těchto pacientů. Dále se většina sester shodla, že je nutné dodržování hygienických zásad. S čímž naprosto souhlasím, neboť dodržování hygienických zásad je jeden ze standardů, které sestry musí přísně následovat. Dále jedním z nejzávažnějších faktorů infekčních komplikací je neutropenie, jak uvádí Vorlíček et al. (2012). Všechny sestry se shodly, že je nutné, aby se u pacienta s neutropenií pravidelně měřila teplota. Dále mezi odpověďmi zaznělo dodržování izolačního režimu, sledování diurézy, odběr hemokultur a podání antibiotik. Vorlíček et al. (2012) potvrzuje ve svých publikacích některé z těchto tvrzení. Ve svých publikacích uvádí, že je nutné, aby sestra měřila teplotu 3x denně, sledovala množství moči a příjem tekutin za 24 hodin.

Dle Rozsypala (2015) je nutné, aby sestra pečovala o intravenózní kanyly či katétrů. Sestry na odděleních se nejvíce setkávají s periferní žilní kanylou, portem, PICC katétrem, dále se také vyskytuje na jejich oddělení CŽK a Midline. Převaz CŽK by většina sester dělala každé tři dny a dodržovala by sterilitu, aby zabránila vzniku infekce. Jak uvádí Vytejšková et al. (2015) u kanylací hrozí riziko sepse, která může vzniknout při porušení zásad asepse u venózních kanyl.

Šestá kategorie se zabývala úkolem sestry při podávání krevních transfuzí, které jsou pro pacienty s leukémií v mnoha případech nezbytné. Jak uvádí Řeháček (2013) před podáním krevní transfúze sestra u pacienta změří krevní tlak, puls a teplotu. Tímto tvrzením se také řídí sestry S1, S4 a S7, které zmínily ve svých odpovědích také měření krevního tlaku, dodaly ovšem, že je nutné krevní tlak měřit před podání transfúze i po ukončení. S tvrzením poloviny sester, které při podávání krevní transfúze zdůraznily kontrolu příznaků potransfúzních reakcí, souhlasí také Řeháček (2013), který dále zmiňuje uchování zbytku transfúzního přípravku v lednici tomu určené po dobu 24 hodin, pokud by došlo u pacienta k potransfúzním reakcím. Dle Maisner et al. (2015) by sestra měla začít podání transfúze biologickou zkouškou, kdy sestra sleduje reakce na podání přípravku. Nicméně v odpovědích jsem se dozvěděla od sestry S3, že biologická zkouška se dle standardu neprovádí už několik let. Toto tvrzení sestry potvrzuje Gašová et al. (2015), která zmiňuje, že biologická zkouška už se neprovádí. Polovina sester také zmínila kontrolu krve v moči po dokapání krevní transfúze, což jsem ale zmíněné, v již výše uvedených publikacích, nenašla. Nedílnou součástí při podání transfúze je také identifikace pacienta, jak uvádí Řeháček (2013), což zmínilo i několik sester.

6 Závěr

V této bakalářské práci, která byla nazvána „Ošetrovatelská problematika u pacientů s leukémií“ jsme se zabývali specifiky ošetrovatelské péče a problémy, které se mohou v tomto případě vyskytovat.

Před zahájením této práce jsme si stanovili cíle práce a její výzkumné otázky. Cíle této bakalářské práce byly dva. Prvním cílem bylo zjistit specifika ošetrovatelské péče u pacientů s leukémií. Druhým cílem bylo zjistit ošetrovatelské problémy u pacientů s leukémií. Na základě těchto cílů byly vytvořeny dvě výzkumné otázky, kterými jsou: Jaká jsou specifika ošetrovatelské péče u pacientů s leukémií? Jaké nejčastější ošetrovatelské problémy řeší sestry u pacientů s leukémií? Na výzkumné otázky bylo možno odpovědět a stanovené cíle byly splněny.

Na základě výsledků jsme se dozvěděli, že ošetrovatelská péče o pacienty trpící leukémií je velice náročná jak v ohledu odborných dovedností, tak po stránce psychické. Nejenom, že sestra musí ovládat zásady práce s cytostatiky, ale musí také správně pečovat o žilní vstupy a asistovat lékaři. Pro ošetrovatelskou péči u pacientů s leukémií je podstatné, aby tato péče byla poskytována především tak, aby předcházela komplikacím, jako je především infekce. Mezi další a nejčastější ošetrovatelské problémy, které sestra při poskytování ošetrovatelské péče musí řešit, patří tedy imunosuprese, nežádoucí potíže, nevolnost až zvracení, porucha krvetvorby či bolest. Ke každým těmto problémům musí sestra přistupovat tak, aby předešla závažnějším komplikacím, než jsou tyto problémy samotné, které mohou být pro některé pacienty i fatální.

Z toho důvodu by bylo vhodné, aby se v nemocnicích rozšiřovaly přednášky, školení či semináře na toto téma k dané problematice, na kterých by se sestry nebo i jiní zdravotničtí pracovníci vzdělávali a zároveň zdokonalovali své dosavadní schopnosti, abychom mohli pacientům trpícím tímto onemocněním co nejvíce pomoci nebo alespoň ulevit.

Tato bakalářská práce může sloužit jako výukový materiál pro studenty nelékařských zdravotnických oborů, aby zjistili nebo rozšířili své vědomosti ohledně dané problematiky a mohli tyto poznatky dále využít v praxi. Výsledky výzkumného šetření dále mohou vést k vylepšení ošetrovatelské péče, aby se co nejvíce zamezilo vzniku ošetrovatelských problémů.

7 Seznam literatury

1. ADAM, Z. et al., 2007. *Hematologie: pro praktické lékaře*. Praha: Galén. 314 s. ISBN 978-80-7262-453-9.
2. ADAM, Z. et al., 2008. *Hematologie: přehled maligních hematologických nemocí*. 2. doplněné a zcela přepracované vydání. Praha: Grada. 404 s. ISBN 978-80-247-2502-4.
3. ADÁMKOVÁ, V., 2014. Antimikrobní terapie u onkologického pacienta. In: KRŠKA, Z. et al. *Chirurgická onkologie*. Praha: Grada, s. 173-183. ISBN 978-80-247-4284-7.
4. ACHAEMPONG, DO. et al., 2017. Immunotherapy for acute myeloid leukemia (AML): a potent alternative therapy. *Biomed Pharmacother* [online]. 26;97:225-232. [cit. 2017-10-21]. DOI: 10.1016/j.biopha.2017.10.100.
5. BARTŮŇKOVÁ, J. et al., 2007. *Imunodeficiency*. 2. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada. 256 s. ISBN 978-80-247-1980-1.
6. BAUER, S. a ROMVARI, E., 2009. Treatment of Chronic Myeloid Leukemia Following Imatinib Resistance. *Clinical Journal of Oncology Nursing* [online]. 13(5), 523-534. [cit. 2017-10-21]. DOI: 10.1188/09.CJON.523-534.
7. BERG, S. a NAND, S., 2017. Neurological Complications of the Leukemias Across the Ages. *Current Neurology Neuroscience Reports* [online]. 17(2):13. [cit. 2017-10-21]. DOI: 10.1007/s11910-017-0726-1.
8. DUŠKOVÁ, D. a DAREBNÍČEK, L., 2016. Transfuze a krevní deriváty. In: BARTŮŇEK, P. et al. *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. Praha: Grada, s. 200-207. ISBN 978-80-247-4343-1.
9. DYLEVSKÝ, I., 2009. *Funkční anatomie*. Praha: Grada. 544 s. ISBN 978-80-247-3240-4.

10. FEIXOVÁ, D., 2016. Léčba bolesti. In: BARTŮNĚK, P. et al. *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. Praha: Grada, s. 207-215. ISBN 978-80-247-4343-1.
11. GAŠOVÁ, Z. et al., 2015. *Doporučené postupy pro podání transfuzních přípravků* [online]. Společnost pro transfuzní lékařství ČLS JEP. [cit. 2018-04-19]. Dostupné z:
http://www.transfuznispolecnost.cz/index.php?page=dokumenty&identifikator_kategorie=DOPORUCENE_POSTUPY
12. MAISNAR, V. et al., 2015. Transfuze. In: FERKO, A. et al. *Chirurgie v kostce*. 2. doplněné. a přepracované vydání. Praha: Grada, s. 127-133. ISBN 978-80-247-1005-1.
13. GROFOVÁ, Z., 2007. *Nutriční podpora: praktický rádce pro sestry*. Praha: Grada. 240 s. ISBN 978-80-247-1868-2.
14. ISLAMBULCHILAR, M. et al., 2015. Taurine attenuates chemotherapy-induced nausea and vomiting in acute lymphoblastic leukemia. *Amino Acids* [online]. 47(1): 101-9. [cit. 2017-10-21]. DOI: 10.1007/s00726-014-1840-x.
15. KAPOUNOVÁ, G., 2007. *Ošetřovatelství v intenzivní péči*. Praha: Grada. 352 s. ISBN 978-80-247-1830-9.
16. KLENER, P. jr. a KLENER, P., 2010. *Nová protinádorová léčiva a léčebné strategie v onkologii*. Praha: Grada. 232 s. ISBN 978-80-247-2808-7.
17. KLENER, P. jr. a KLENER, P., 2013. *Principy systémové protinádorové léčby*. Praha: Grada. 200 s. ISBN 978-80-247-4171-0.
18. KRŠIAK, M., 2009. Farmakoterapie. In: ROKYTA, R. et al. *Bolest a jak s ní zacházet: učebnice pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada, s. 82-108. ISBN 978-80-247-3021-7.

19. MAŇÁSEK, V. et al., 2014. *Paravazace cytostatik a preventivní opatření pomocí permanentních žilních vstupů* [online]. Česká onkologická společnost České lékařské společnosti J.E. Purkyně. [cit. 2018-04-19]. Dostupné z: <https://www.linkos.cz/lekar-a-multidisciplinari-tym/kongresy/po-kongresu/databaze-tuzemskych-onkologickych-konferencnich-abstrakt/paravazace-cytostatik-a-preventivni-opatreni-pomoci-permanentnich-zilnich-vstupu/>
20. NAVRÁTIL, L. et al., 2008. *Vnitřní lékařství pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada. 424 s. ISBN 978-80-247-2319-8.
21. NEJEDLÁ, M., 2015. *Fyzikální vyšetření pro sestry*. 2. přepracované vydání. Praha: Grada. 288 s. ISBN 978-80-247-4449-0.
22. OBERMANNOVÁ, R., 2015. Zásady léčby vybraných nežádoucích účinků protinádorové léčby v kostce. In: TOMÁŠEK, J. et al. *Onkologie: minimum pro praxi*. Praha: Axonite CZ, s. 86-87. ISBN 978-80-88046-01-1.
23. PENKA, M. et al., 2009. *Neonkologická hematologie: 2. doplněné a zcela přepracované vydání*. Praha: Grada. 240 s. ISBN 978-80-247-2299-3.
24. PENKA, M. et al., 2011. *Hematologie a transfúzní lékařství*. Praha: Grada. 424 s. ISBN 978-80-247-3459-0.
25. PENKA, M. et al., 2012. *Hematologie a transfúzní lékařství II*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-3460-6.
26. PETRUŽELKA, L., 2014. Komplikace onkologické léčby při multimodalitní strategii. In: KRŠKA, Z. et al. *Chirurgická onkologie*. Praha: Grada, s. 132-142. ISBN 978-80-247-4284-7.
27. ROZSYPAL, H., 2015. *Základy infekčního lékařství*. Praha: Galén. 572 s. ISBN 978-80-246-2932-2.

28. ŘEHÁČEK, V., 2013. Transfuze – podání transfuzního přípravku. In: ŘEHÁČEK, V. et al. *Transfuzní lékařství*. Praha: Grada, s. 94-103. ISBN 978-80-247-4534-3.
29. SLÁMA, O., 2015. Management nádorové bolesti. In: TOMÁŠEK, J. et al. *Onkologie: minimum pro praxi*. Praha: Axonite CZ, s. 106-107. ISBN 978-80-88046-01-1.
30. SLEZÁKOVÁ, L. et al., 2010a. *Ošetrovatelství v chirurgii*. Praha: Grada. 264 s. ISBN 978-80-247-3129-2.
31. SLEZÁKOVÁ, L. et al., 2010b. *Ošetrovatelství v chirurgii II*. Praha: Grada. 304 s. ISBN 978-80-247-3130-8.
32. STREITOVÁ, D. et al., 2015. *Septické stavy v intenzivní péči: ošetrovatelská péče*. Praha: Grada. 160 s. ISBN 978-80-247-5215-0.
33. ŠVARŤÍČEK, R. a ŠEĐOVÁ, K., 2014. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál. 385 s. ISBN 978-80-262-0644-6.
34. ULRYCH, J., 2014. Slezina. In: KRŠKA, Z. et al. *Chirurgická onkologie*. Praha: Grada, s. 525-531. ISBN 978-80-247-4284-7.
35. VOKURKA, S., 2008. *Základní hemato-onkologická onemocnění a jejich charakteristiky*. Praha: Galén. 89 s. ISBN 978-80-7262-553-6.
36. VORLÍČEK, J. et al., 2012. *Klinická onkologie pro sestry*. 2. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada. 448 s. ISBN 978-80-247-3742-3.
37. VRUBLOVÁ, Y., 2011. *Ošetrovatelská péče v interních oborech* [online]. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě. 69 s. ISBN 978-80-7464-052-0. [cit. 2017-10-21]. Dostupné z: www.uzs.tul.cz/data/studijni_opory/oi1_vrublova.pdf.

38. VYTEJČKOVÁ, R. et al., 2015. *Ošetrovateľské postupy v péči o nemocné III: špeciálna časť*. Praha: Grada. 304 s. ISBN 978-80-247-3421-7.
39. ZADÁK, Z., 2008. *Výživa v intenzivní péči*. 2. rozšířené a aktualizované vydání. Praha: Grada. 544 s. ISBN 978-80-247-2844-5.
40. ZHOU, L. et al., 2017. Analysis of Risk Factors of Peripherally Inserted Central Catheter Induced Catheter-related Infection in Patients with Leukemia. *Iran Journal of Public Health* [online]. 46(4): 485-490. [cit. 2017-10-21].

8 Seznam příloh

Příloha 1– Otázky k rozhovoru

Příloha 2 – Zpracování rozhovoru metodou tužka – papír

Příloha 3 – CD-rozhovory

Příloha 1

Otázky k rozhovoru

1. Jaké potíže mají podle Vás nejčastěji pacienti s leukémií na Vašem oddělení?
2. Jaké si myslíte, že jsou největší ošetrovatelské problémy u pacientů s leukémií na Vašem oddělení?
3. Jak si myslíte, že se leukémie nejčastěji u Vašich pacientů projevuje?
4. Jakou léčbu mají nejčastěji pacienti s leukémií na Vašem oddělení?
5. Jak se staráte o tělesnou pohodu pacientů s leukémií na Vašem oddělení?
6. Jak se staráte o duševní pohodu pacientů s leukémií na Vašem oddělení?
7. Jak se snažíte zvýšit spokojenost pacientů s leukémií na Vašem oddělení?
8. Jak motivujete tyto pacienty k opětovnému začlenění do společnosti na Vašem oddělení?
9. Jakým způsobem se snažíte o zapojení pacienta do léčby a péče na Vašem oddělení?
10. Jak řešíte potíže se zvracením u pacienta s leukémií na Vašem oddělení?
11. Jakou stravu například nabízíte pacientovi, který v ten den zvracel?
12. Co doporučujete za stravu pacientům s leukémií?
13. Co doporučujete pacientovi, který trpí podvýživou jako vedlejší účinek protinádorové léčby?
14. Jakým způsobem řešíte na Vašem oddělení problém zácpy a průjmu u pacientů?
15. Jak pomáháte na Vašem oddělení ulevit od bolesti, kterou pacienti často trpí?
16. Jak na Vašem oddělení řešíte průlomovou bolest, kterou pacienti často trpí?
17. Provádíte na Vašem oddělení i podávání spinálních analgetik při bolesti?
18. Jak často se setkáváte na Vašem oddělení s podáváním krevní transfuze a jaký je Váš úkol jako sestry při podávání transfuze?
19. S jakými nejčastějšími potransfuzními reakcemi jste se na Vašem oddělení u pacientů setkala?
20. Kdo nemůže podávat a přijímat cytostatika?
21. Jak podáváte pacientům cytostatické látky na Vašem oddělení?
22. Jak často se setkáváte s infekcí u pacientů s leukémií na Vašem oddělení a jak se tyto infekce projevují?
23. Jak se snažíte celkově zabránit vzniku infekce?

24. Jak se projevuje u pacientů febrilní neutropenie a co u takového pacienta sledujete?
25. Jak často se setkáváte u pacientů na Vašem oddělení s poradiačními kožními změnami a jaké přípravky na tyto kožní poradiační změny na Vašem oddělení používáte?
26. Jaký druh žilního vstupu na oddělení nejčastěji používáte a jaké jsou jeho výhody?
27. Jak se na Vašem oddělení staráte o zavedený CŽK a jaké jsou jeho výhody?
28. Jak se staráte o port na Vašem oddělení a jaké jsou jeho výhody?
29. Jak se staráte o PICC katétr na Vašem oddělení a jaké jsou jeho výhody?
30. Jak často se na Vašem oddělení u pacientů vyskytují známky zánětů u žilních vstupů?
31. Jak moc je podle Vás práce na onkologickém oddělení psychicky náročná?
32. Co na práci s pacienty je psychicky nejnáročnější?
33. Jak zvládáte citový odstup od pacientů?
34. Jakým způsobem se na Vašem oddělení snažíte o zajištění důvěry mezi Vámi a pacientem?

Zdroj: vlastní

Zpracování rozhovoru metodou tužka – papír

KATEGORIE 6

No tak sleduju teplotu a nabírají se hemokultury podle ordinace doktora.

Jakou ošetrovatelskou péči dle zvyklosti Vašeho oddělení poskytujete pacientovi s febrilní neutropenií?

No tak sleduju tu teplotu, odebírají se hemokultury. Potom zajistím, aby mu nebyla zima. Dostává antibiotika..infúze s antibiotikama.

KATEGORIE 4

Jak často se setkáváte u pacientů s leukémií na Vašem oddělení s poradiačními kožními změnami a jaké přípravky na tyto kožní poradiační změny na Vašem oddělení používáte?

Tak mívají hodně v puse, že mají spálený třeba ten jazyk, mají tam ty sory. A to je pak problém, protože oni pak neví, že jo.

Jaký druh žilního vstupu na oddělení nejčastěji používáte a jaké jsou jeho výhody?

No, tak periferní kanyly zavádíme velmi často. Když ty lidi na lůžkách tam leží delší dobu a kapou dlouho, no a na těch ambulancích jim kapou dva pytlíky krve maximálně, víc se jim ambulantně nedává. Ale jako, když napíchneš transfúzi malou jehličkou, tak je to pro ty žíly jakoby ohleduplnější a méně se ničí než třeba těma kanylama, ale tam musíš posoudit ten stav. Někdo má žílu jenom jednu, takže tam je lepší píchnout rovnou kanylu, aby si předešla, že ti ta žíla praskne a pak už nemáš kam píchnout. Když někdo má těch žil víc a může si vybrat, tak tam píchnu tenkou jehličku, která tu žílu ničí méně. Ale záleží zase na tom, jestli ten pacient vydrží tu transfúzi na jehle nebo jestli je dezorientován a není v klidu, tak tam je důležitý zvážit tohle, jestli je pro něj lepší ta kanyla nebo ta jehla.

PODKATEGORIE 1

Jak se na Vašem oddělení staráte o zavedení ČŽK a jaké jsou jeho výhody?

No tak, někdo ho zavede a pak se o něj staráme těžce asepticky. Podle studií bylo zjištěno, že čím méně do toho centrálu lezeš, tak tím je to lepší. Takže u nás se to převazuje zhruba jednou za tři dny nebo když je to třeba. Taky záleží na tom, kde ten centrální máš, tak pokud ho máš v podklíčkovou, tak tam je to ošetřování celkem takový jednoduchý, tak tam to hezky drží, hezky se to tam přilepí, tak tam je to v poho. Když ho mají tady na krku, tak tam je to blbý, tam to nedrží, lidem to vadí, nejde to přilepit, tak tam je ta ošetrovatelská péče je těžší. No a pak ho můžeš mít v tříse, kde tam je krásně, drží se tam, ale je tam větší nebezpečí infekce a je třeba se o to starat víc. No u centrálu je dobrý, že se nemusí napichovat. Nevýhody ČŽK pro pacienty s leukémií, kteří chodí na chemoterapie jsou takové, že ten ČŽK tam nemůžou mít zas tak dlouho jako třeba PICC nebo porty. Další věc je, že se o to musíš víc starat, ty převazy jsou složitější a pro toho člověka je to taky obtěžující víc, méně příjemný. Těch 14 dní je ideální, bývají tam i 3 neděle, ale to už není ono.

PODKATEGORIE 2

Jak se staráte o port na Vašem oddělení a jaké jsou jeho výhody?

Ty porty, to se potom dává lidem, u kterých se předpokládá, že to bude trvat několik let, tak to říkají že ty porty tam nechávají tak pět let. A tam už je to složitější na to proplachování. No zase se dělají všechny převazy asepticky a je na to speciální jehla, kdy se v tom portu musíte trefit do toho středu. Musí se to teda proplachovat. Za neustálého tlaku se to vytahuje. Lidi k tomu mají průkazku, při každém tom proplachu se do průkazky napíše, co, kdy a jak. Proplachuje se to dle zvyklosti oddělení, někdy za měsíc, někdy za 3 měsíce. Každý to dělá jinak. Blbý je, že do toho portu, některé oddělení jako třeba naše, nechce, aby do něj kapala

KATEGORIE 5

Když -

- ČŽK
- PICC
- port
- má méně žilních vstupů