

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD
Ústav ošetrovatelství

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2010

Adéla Šturmová

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD
Ústav ošetřovatelství

Adéla Šturmová

**SEBEPÉČE U NEMOCNÝCH S GvHD PO ALOGENNÍ
TRANSPLANTACI**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: PhDr. RENATA HALMO

Olomouc 2010

Anotace

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Název práce: Seběpěče u nemocných s GvHD po alogenní transplantaci
Název práce v AJ: Self-care in patients with GvHD after allogeneic transplantation
Datum zadání: 2009-12-03
Datum odevzdání: 2010-05-03
Vysoká škola, fakulta, ústav: Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotnických věd,
Ústav ošetřovatelství
Autor práce: Šturmová Adéla
Vedoucí práce: PhDr. Renata Halmo

Abstrakt v ČJ: Tato bakalářská práce se zabývá problémy nemocných s GvHD po alogenní transplantaci, popisuje projevy, stadia, diagnostiku, léčbu, prognózu a komplexní péči o pacienty s GvHD. Náplní práce je zjištění vlivu GvHD na požadavky seběpěče Oremové a sestavení situační potřeby seběpěče u pacientů s touto diagnózou. Těžiště práce tvoří dotazníkové šetření ve Fakultní nemocnici Olomouc a Plzeň, které bylo zaměřené na zjištění kompetencí seběpěče u pacientů s GvHD v oblasti znalosti onemocnění, výživy a vyprazdňování. Na základě analýzy a interpretace získaných dat bylo provedeno srovnání seběpěče u pacientů v těchto 2 zdravotnických zařízeních. Praktickým výstupem práce je vytvoření edukačního programu pro pacienty s GvHD na téma: „Problematika GvHD u pacientů po alogenní transplantaci.“

Abstrakt v AJ: This bachelor thesis deals with problems of patients with GvHD after allogeneic transplantation; it describes symptoms, stages, diagnostics, treatment, prognosis and comprehensive care for patients with GvHD. The scope of this thesis is to determine the effect of GvHD on the Dorothea Orem's Self-Care Requisites and the establishment of situational self-care needs patients with this diagnosis. The fundamental point of this work is the questionnaire survey performed at teaching hospitals in Olomouc and Plzeň. The goal of the survey was to find out at finding self-care skills in patients with GvHD of knowledge of disease, nutrition and emptying. Based on this analysis and interpretation of the obtained data, comparison of self-care patients at these two hospitals was carried out. The practical outcome of this work is to create educational program for patients with GvHD on the topic: "Problems of GvHD in patients after allogeneic transplantation."

Klíčová slova v ČJ: seběpěče, Teorie deficitu seběpěče, D.E.Orem, alogenní transplantace, GvHD

Klíčová slova v AJ: self-care, The theory of self-care deficit, D. E. Orem, allogeneic transplation peripheral blood stem cell, GvHD

Rozsah: 94 s., 13 příl.

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala samostatně a uvedla v ní veškeré informační zdroje.

V Olomouci dne 3. května 2010

Chtěla bych poděkovat PhDr. Renatě Halmo za odborné vedení bakalářské práce, za její trpělivost, ochotu a čas, který mi věnovala. Děkuji Mgr. Kláře Kabátové z Fakultní nemocnice Plzeň a sestřám Hematoonkologické ambulance z Fakultní nemocnice Olomouc za jejich spolupráci při realizaci výzkumného šetření. Dále děkuji MuDr. Zuzaně Rusiňákové za cenné rady při zpracování této bakalářské práce. V neposlední řadě bych ráda poděkovala svému manželovi a celé své rodině za pomoc a podporu.

OBSAH

Úvod	7
1 TEORETICKÁ ČÁST	10
1.1 Sebevěče, samostatnost a starost o sebe sama	10
1.1.1 D. E. Oremová – životopis	10
1.1.2 Ošetřovatelský model Dorothy E. Oremové	11
1.1.3 Teorie sebevěče	13
1.1.4 Teorie deficitu sebevěče	14
1.1.5 Teorie ošetřovatelských systémů	15
1.2 Alogenní transplantace periferních kmenových buněk	16
1.3 GvHD	17
1.3.1 Výskyt a rozdělení GvHD	17
1.3.2 Klinický obraz GvHD	18
1.3.3 Diagnostika GvHD	19
1.3.4 Terapie a prognóza GvHD	20
1.3.5 Ošetřovatelská péče u nemocných s GvHD.....	21
2 PRAKTICKÁ ČÁST	24
2.1 Cíle práce	24
2.2 Metodika výzkumného šetření	24
2.2.1 Zdroje odborných poznatků	24
2.2.2 Metodika tvorby SIP a SIPoSP	24
2.2.3 Metoda výzkumného šetření	25
2.2.4 Charakteristika souboru respondentů	25
2.2.5 Organizace výzkumného šetření	26
2.2.6 Zpracování výsledků výzkumného šetření	26
2.2.7 Metodika tvorby edukačních materiálů	28
2.3 Interpretace dat	29
2.3.1 Interpretace dat k cíli č.1	29
2.3.2 Interpretace demografických dat	46
2.3.3 Interpretace dat k cíli č.2	48
2.3.4 Interpretace dat k cíli č.3	50
2.3.5 Interpretace dat k cíli č.4	71
2.3.6 Interpretace dat k cíli č.5	73

3	DISKUZE	74
	ZÁVĚR	81
	LITERATURA A PRAMENY	87
	SEZNAM ZKRATEK	90
	SEZNAM TABULEK	91
	SEZNAM OBRÁZKŮ	92
	SEZNAM PŘÍLOH	94

ÚVOD

„ Když se vytratila veškerá naděje a krásy života vyprchaly, zjišťuji, že pomoc přece přichází...“ (Gándhí)

Onkologická onemocnění, jakož i stále vzrůstající množství onkologicky nemocných, jsou ve své podstatě velmi závažným jevem. Ročně je jen v Česku diagnostikováno kolem 60 tisíc nových onkologických pacientů, z nichž významný podíl tvoří i nemocní s hematologickými malignitami. V současné době umírá na onkologická onemocnění nejméně pět milionů lidí na světě ročně. Nádory postihují příslušníky všech ras a obou pohlaví prakticky v každém věku. Onkologická onemocnění jsou tedy závažným problémem osobním, medicínským, ale stejně tak i celospolečenským a ekonomickým, jak uvádí Vorlíčková (2000, s. 1).

Každý člověk, který se ocitne v těžké životní situaci, jakou je zdolávání onkologické choroby, prochází různými psychickými změnami a krizemi. Na začátku bývá šok. Nádorové onemocnění? U mne? To přece musí být omyl! Zdravý člověk, plný energie a plánů do budoucna se v jediné minutě mění v pacienta s nejistou budoucností. Kariéra, úspěch a peníze náhle ztrácejí smysl, velké plány se rozplývají a začíná boj o život.

Psycholožka Kalvodová (2006) uvádí, že neexistují typické psychologické fenomény u onkologických onemocnění. Nádor, tumor, rakovina – to je fenomén natolik tragický, smrtelný a beznadějný v představě všech lidí, že nezáleží na typu onemocnění ani na pohlaví. Záleží jen na odvaze, motivaci a nezdolnosti člověka, na tom, jak se rozhodne nemoci čelit. To je v mysli a srdci každého z nás. Někdo to dokáže použít, někdo ne, podotýká Kalvodová (2006).

Bakalářská práce se zabývá úrovní činností sebepéče u pacientů s GvHD po alogenní transplantaci. Alogenní transplantace, kterou se bakalářská práce zabývá, je moderní léčebnou metodou hematologických malignit, která přináší velkou šanci na úplné uzdravení. Nemocným ale také může přinášet velkou zátěž v souvislosti s komplikacemi, které mohou nastat. Častou a závažnou komplikací je právě GvHD (Graft versus Host Disease, nemoc štěpu proti hostiteli). Zjednodušeně řečeno, GvHD je způsobena reakcí imunitních buněk (některých bílých krvinek) pocházejících z transplantátu, které vnímají nový organizmus - tělo příjemce - jako něco cizího, a snaží se proti němu bojovat, jak uvádí Mayer (1999).

Akutní GvHD postihuje asi 40% pacientů a chronická GvHD asi 50 – 80% pacientů po alogenní transplantaci. Představuje velký zásah do života nemocných, normálního fungování a dobrého pocitu pohody well-being. Onemocnění postihuje zejména sliznici dutiny ústní, žaludeční a střevní sliznici, játra, kůži a oči. GvHD limituje

nemocného hlavně v oblasti fyzické aktivity, ve společenských aktivitách a emoční oblasti. Má dopad také na kognitivní funkce, duševní zdraví, vitalitu, sociální zázemí, schopnost nezávislosti (soběstačnosti) a obecný pocit zdraví. Hlavním psychosomatickým problémem u pacientů s GvHD je únava, po únavě následují bolesti a psychická tenze, a dále pak nevolnost, nechutenství či průjem.

Teoretickým základem bakalářské práce je teorie deficitu sebekpěče D. E. Oremové. Její koncepce je založena na předpokladu, že člověk má vrozenou schopnost sebekpěče a zdůrazňuje individuální odpovědnost jedince, prosazuje prevenci a zdravotní výchovu jako klíčové aspekty ošetrovatelského procesu. Koncepty sebekpěče (Dorothey E. Oremové) umožňují odhalit a definovat problémy pacienta a tím stanovit potřebu (sebe)kpěče (Halmo, 2006, s. 71).

Onemocnění GvHD staví pacienta do zcela nové situace s celou řadou problémů, které se musí naučit zvládat pomocí nově nabytých vědomostí, tvorbou postojů a osvojením praktických dovedností (Halmo, 2006, s. 71).

Pacienti s GvHD musí bojovat hlavně s deficitní znalostí problematiky GvHD, s problémy ve výživě (nevolnost, zvracení, nechutenství, mukozitida), ve vyprazdňování (průjem, malabsorpce), kožními problémy a problémy se zrakem. S tím souvisí i zvýšené nároky v oblasti hygienické kpěče, dodržování protiinfekčních a dietních opatření. Musí se naučit zvládat užívání předepsaných léků nebo se učit žít s vedlejšími účinky určitých léků.

Nemocné s GvHD ale často trápí i problémy v psychické a sociální oblasti (deprese, pocity beznaděje, apatie, poruchy spánku a sociální izolace).

Zůstává otázkou, do jaké míry umějí pacienti s GvHD, případně jejich rodinní příslušníci o sebe kpěčovat a jsou-li činnosti sebekpěče (dependentní kpěče) dostatečné, nebo vykazují-li určité nedostatky, které by bylo možné konkrétním edukačním programem upravit, podotýká Halmo (2005, s. 27).

„Závažné příznaky, omezená vitální kapacita a léčba ovlivňují fyzický, osobní a sociální život postižené osoby. Aby se pacient mohl tomuto přizpůsobit, potřebuje zvláštní vzdělání a dovednosti. Sestry mohou pacientům pomoci podporou, vedením, poskytováním motivačního prostředí a učením podpůrně edukačního systému (Orem, 1995).

Bakalářská práce se snaží zmapovat problémy nemocných s GvHD a zjistit kompetence sebekpěče pacientů s GvHD v oblasti znalosti onemocnění, výživy a vyprazdňování. Ze získaných údajů jsou odvozeny deficity sebekpěče a formulovány problémy (situační problematiky SIP) (Halmo, 2006, s. 73).

Pro zlepšení úrovně sebepéče u pacientů s GvHD byl vypracován edukační program, vycházející z rozpracované situační potřeby sebepéče u onemocnění GvHD s nadefinovanými kompetencemi sebepéče. Dále byl vytvořen edukační leták pro pacienty s GvHD s názvem: „Problematika GvHD“.

Téma bakalářské práce jsem si vybrala z toho důvodu, že se mi zdálo být zajímavým a zpracování problematiky sebepéče u nemocných s GvHD jsem brala jako výzvu pro možnost něco nového zjistit a přispět k pozitivnímu ovlivnění péče o pacienty po alogenní transplantaci. S hematologickými nemocnými pracuji již sedmým rokem. Často znám jejich lidské osudy, příběhy a také životní cestu, kterou jim zkřížila vážná nemoc.

1 TEORETICKÁ ČÁST

1.1 SEBEPÉČE, SAMOSTATNOST A STAROST O SEBE SAMA

„Současná ošetrovatelská praxe často užívá pojmu soběstačnost jako synonymum samostatnosti a někdy dochází k tomu, že na stejnou úroveň je stavěn i pojem sebezpečí“ (Bekel, 2006, s. 40).

Tyto pojmy se ale liší a je důležité je správně používat.

„Rozlišení konceptů starosti o sebe sama, sebezpečí a lidské samostatnosti je nutný krok pro popsání charakteristického předmětu ošetrovatelství“ (Bekel, 2006, s. 40).

„**SAMOSTATNOST** je často používaný pojem v běžné řeči, který představuje svébytnost člověka. Synonymy jsou také pojmy, jako je nezávislost a vlastní zodpovědnost. Lidé jsou za to, co provádějí, sami odpovědní. V literatuře se nedá nalézt přesný teoretický nebo konceptuální výklad. V konečném důsledku to znamená, že nemáme žádný vědecký koncept samostatnosti“ (Bekel, 2006, s. 40).

„**SEBEPÉČE** je vědomé jednání (žádná fyziologická reakce), lidé jednají vědomě na rozdíl od zvířat, což se vyznačuje sociálním chováním, komunikací, mluvením, ...

Sebezpečí má dvojí význam:

- a) péče o sebe sama
- b) péče prostřednictvím sebe sama“ (Bekel, Halmo, 2004, s. 25).

„Sebezpečí je chápána jako lidská, regulatorní funkce, kterou pro sebe osoba vědomě vykonává nebo pro sebe nechá vykonávat (dependentní péče), aby zajistila a udržela určitý stav materiálních věcí a podmínek k zachování života. Odlišuje se od instinktů a reflexů. Je naučená a má určité cíle“ (Orem, 1997).

„**STAROST O SEBE SAMA** je koncept, který od antiky popisuje základní lidské cíle. Francouzský sociolog Michel Foucault doložil ve svých studiích ke starosti o sebe sama a sexualitě výzkumné poznatky, které nám umožňují porozumět, proč se o sebe staráme. Péče o sebe sama podle Foucaulta přijala v antice základní funkci pro tvorbu společenského získávání hodnot“ (Bekel, Halmo, 2004, s. 25).

1.1.1 D. E. OREMOVÁ – životopis

Paní D. E. Oremová pracovala jako zdravotní sestra v mnoha oborech. Narodila se v roce 1914 v Baltimoru, USA. V roce 1930 získala základní ošetrovatelské vzdělání na Providence Hospital School of Nursing ve Washingtonu.

Hned po ukončení zdravotnické školy začala pracovat na operačním sále, potom přešla na pediatrii, interní oddělení i chirurgii.

V roce 1939 získala bakalářské vzdělání v oblasti edukace na Catholic University of America ve Washingtonu a v roce 1945 zde ukončila magisterské vzdělání ve stejném oboru.

V roce 1940 se stala ředitelkou pro ošetřovatelství v Providence Hospital v Detroitu a v letech 1947 – 1957 pracovala ve státě Indiana jako sestra v nemocnici, jako privátní sestra a sestra konzultantka. V tomto období začala pracovat na své teorii a to tak, že prováděla reflexi ošetřovatelských činností a ošetřovatelského jednání v ošetřovatelské praxi. Se svými kolegy zkoumala také organizační strukturu klinik a požadavky, které jsou kladeny na ošetřující personál. Změna struktury péče o pacienty na klinikách měla dle poznatků enormní vliv na ošetřovatelství. Poznatky, které při těchto zkoumáních získala, využila při tvorbě teorie (Bekel, Halmo, 2004, s. 10).

Pojem sebedpěče byl paní Oremovou poprvé systematicky popsán a objasněn ve spojitosti s oblastí činností (Orem, 1956, s. 87).

V roce 1957 se vrátila do Washingtonu a od roku 1959 působila na katolické univerzitě. V roce 1970 založila poradenskou firmu Orem a Sciels a pracovala jako poradkyně pro ošetřovatelství v Marylandu.

V roce 1971 vydala knihu „Nursing: Concept of practice“ a v roce 1976 získala titul doktora věd na Georgetown University ve Washingtonu, dále získala čestné doktoráty na univerzitě v Georgetownu, Washingtonu a Catholic University of America. V roce 1984 byla penzionována.

Paní D. E. Oremová zemřela v roce 2007.

1.1.2 OŠETŘOVATELSKÝ MODEL DOROTHEY E. OREMOVÉ

V současné době se v ošetřovatelství setkáváme s novými trendy, které jsou zaměřené na modely ošetřování. Koncepční modely chápeme jako kombinaci pohledů, názorů a vědomostí na jevy světa. Ukazují nám směr chápání jedince v jeho prostředí. Soustředí pozornost na některé poznatky, skutečnosti a hlediska a také poskytují systém pro myšlení, pozorování a interpretaci. Ukazují směr hledání, poznávání a praktického řešení, zkoumají, jaké jsou vztahy v souvislosti mezi jednotlivými pojmy a zejména jaký mají smysl pro ošetřovatelství, pacienty i sestry (Gulášová, 2007, s. 25).

„D. Oremová jako jedna z prvních začala v r. 1953 zkoumat předmět zmíněného oboru a otázku, které teorie používáme k vysvětlení pojmů a jevů v ošetřovatelství (rozpracovala strukturu teorie). Předmětem disciplíny jsou podle ní reakce na onemocnění, problémy pacienta, a to nejen v souvislosti s onemocněním, dále pak potřeba pomoci. Teorie, které nám pomáhají tuto předmětnou oblast popsat, jsou tři základní: **teorie sebepéče, teorie deficitu sebepéče, teorie ošetřovatelských systémů**. D. Oremová se svými spolupracovníky vychází z **vědomého jednání člověka** a jeho schopnosti starat se sám o sebe v každodenním životě – má tedy potenciál k sebepéči. Praktické užití *teorie deficitu sebepéče* je pak zaměřeno především na systematický odhad pacientových schopností postarat se v dané situaci sám o sebe.

Velká přednost této teorie spočívá v obsáhlé možnosti ohodnocení a popsání pacientových problémů vycházejících z vědomého jednání člověka. Tímto mohou být ošetřovatelské intervence systematicky a se ziskem pro pacienta plánovány a realizovány. Užití *teorie deficitu sebepéče* v ošetřovatelské praxi je ovšem diferencovanější, vychází z komplexní teorie a předpokládá úplné zapojení pacienta nebo rodinných příslušníků do ošetřovatelské situace. Velkou předností je mj. i to, že všechny výsledky ošetřovatelských činností jsou měřitelné a dokazatelné. Na *teorii deficitu sebepéče* může být pohlíženo jako na celkovou koncepci ošetřovatelství, ve srovnání s mnohými ostatními ošetřovatelskými modely (King, Henderson, Roper, Roger, Leininger, Peplau, Gordon) totiž není zaměřena na jednotlivé problémy pacientů, ale vysvětluje perspektivu ošetřovatelství, různé oblasti jednání a metodiku ošetřovatelské péče“ (Halmo, 2003, s. 3).

Koncepcí D. Oremové tedy nedochází k ohraničení vůči ostatním modelům, nabízí se možnost i kombinovaného užití.

Teorie Dorothey E. Oremové je jednou z filozofií ošetřovatelství. Objasňuje sebepéči při naplnění lidských potřeb. Specifickým zájmem je potřeba člověka a její uspokojení mobilizováním starostí o sebe sama na podkladě lidské přirozenosti, tj. zachování zdraví a života, ochrana před nemocí a zraněním anebo uzdravení se z nemoci či poranění (Gulášová, 2007, s. 25 – 26).

Teorie deficitu sebepéče kopíruje logickou strukturu tvůrčích úvah D. E. Oremové. a je tvořena třemi teoriemi: teorií sebepéče, teorií deficitu sebepéče a teorií ošetřovatelských systémů.

1.1.3 TEORIE SEBEPÉČE

„Během života lidé získávají vědomosti a schopnosti v péči o vlastní zdraví. Tyto činnosti vykonáváme tak, jak se je učíme v rodině anebo ve skupině. Za nejdůležitější považuje D. Oremová období dětství, kdy si jedinec vytváří základ pro další existenci. **Sebepéče** je kapacita osoby, která dobrovolně a záměrně vykonává cíleně orientovanou činnost. Je to komplex schopností plnit kontinuální požadavky sebepéče regulující životní proces, podporující strukturu, integritu, vývoj a pohodu. Každý člověk je schopný řídit svoji sebepéči. Nemoc nebo postižení nemusí být důvodem pro poskytování ošetrovatelské péče.

Komplex sebepéče zahrnuje tři typy schopností:

1. **všeobecná schopnost** - základní způsobilost a dispozice, která není specifická pro zajištění sebepéče (vnímání, paměť, intelektové schopnosti, sebepoznání, schopnosti orientace a organizace).
2. **schopnost, která všeobecně umožňuje vykonávat sebepéči** (pozornost, pohyblivost, motivace, zručnost, rozhodovací schopnosti).
3. **schopnost, která přímo souvisí s plněním požadavků sebepéče**
 - odhadovací operace (odhadnout sebepéči zhodnocením potřeb)
 - přechodné operace (rozhodování o průběhu sebepéče)
 - produktivní operace (příprava na splnění a monitorování činností sebepéče)

Požadavky a schopnost sebepéče ovlivňují vnější a vnitřní faktory: věk, pohlaví, vývojové období, zdravotní stav, sociokulturní orientace, systém péče - diagnostika, léčba, rodinný systém, zaměstnání, enviromentální faktory, prostředky a jejich použitelnost.

„**Požadavky sebepéče** vysvětlují, proč se má někdo o sebe starat. Požadavky jsou více než potřeby, jsou nutné proto, aby člověk zůstal na živu. Jestliže pečují osoby samy o sebe, případně se starají o jiné osoby, existují určité podněty, které uskutečňují žádoucí jednání. Tyto podněty označuje Oremová za požadavky sebepéče. V každé věkové skupině existují požadavky na sebepéči. Ty jsou rozdílné co do intenzity, specifické délky trvání nebo osobního stupně manifestace. Tak jsou požadavky na sebepéči u lidí s nachlazením méně výrazné, jako u lidí s chronickým onemocněním. Koncept požadavků sebepéče je teoretickým vyjádřením požadavků na lidský život. Jedná se o formulované názory v jednání, které mají být vykonány pro jedince nebo jedinci a o kterých člověk ví nebo si myslí, že jsou nutné pro regulaci lidských funkcí a vývoj každého jednotlivce.

Požadavky sebedpěče jsou D. Oremovou klasifikovány do tří skupin:

A) Obecné požadavky sebedpěče

B) Vývojově podmíněné požadavky sebedpěče

C) Zdravotně podmíněné požadavky sebedpěče“

(Bekel, Halmo, 2004, s. 27).

Kompetence sebedpěče jsou specifické schopnosti, k vykonávání potřebných činností v závislosti na určité potřebě sebedpěče.

„Koncept kompetence sebedpěče objasňuje, jakým způsobem obecné a specifické schopnosti zaměřené na sebedpěči umožňují využití činností (operací jednání)“ (Bekel, Halmo, 2004, s. 30).

1.1.4 TEORIE DEFICITU SEBEPÉČE

Teorie deficitu sebedpěče tvoří centrum práce D. Oremové. Určuje, kdy je zapotřebí ošetrovatelské péče.

„Dle paní D. Oremové vyjadřuje deficit sebedpěče vztah mezi kompetencí sebedpěče a situativní potřebou sebedpěče jednotlivců, u nichž schopnosti k sebedpěči neumožňují vyplnění některých nebo všech komponentů jejich situativní potřeby sebedpěče“ (Bekel, Halmo, 2004, s. 33).

„Deficit sebedpěče se projevuje v situaci, kdy vztahy mezi působením sebedpěče a terapeutickými požadavky sebedpěče jsou neadekvátní, vzniká mezi nimi nerovnováha a požadavky pak nejsou uspokojeny“ (Archalousová, 2003).

„Deficity sebedpěče mohou být úplné nebo částečné. Úplný deficit sebedpěče znamená nedisponovat žádnými schopnostmi uspokojit situativní potřebu sebedpěče“ (Bekel, Halmo, 2004, s. 33).

„Každá zkušená sestra si klade hned při prvním kontaktu s pacientem otázku: „Mohu se rozumě domnívat, že při stávajících podmínkách existuje již přítomný deficit sebedpěče nebo se deficit sebedpěče projeví v budoucnosti?“ Jsou-li přítomny následující podmínky nebo jejich kombinace, tak existují známky deficitu sebedpěče:

- Chybí trvalá angažovanost pro sebedpěči nebo extrémní nepřiměřenost aktivity, které mají být podniknuty k vyplnění požadavků sebedpěče
- Omezení vědomí nebo bezvědomí (s výjimkou přirozeného stavu spánku)
- Neschopnost rozpomenout se na dřívější kontroly chování
- Omezení schopnosti úsudku a rozhodnutí s ohledem na sebedpěči ve spojení s nedostatkem vědomostí a nezkušeností s vnitřními a vnějšími podmínkami

- Příhody, které vykazují porušené nebo omezené fungování, v jejichž důsledku vznikají nové zdravotně podmíněné požadavky sebek péče a vyžadují přizpůsobení jednoho, více nebo všech obecných požadavků sebek péče
- Potřeba jednotlivce integrovat nové předepsané komplexy činností sebek péče do svého systému sebek péče, jejichž vyplnění vyžaduje speciální vědomosti a schopnosti, které musejí být získány tréninkem a zkušenostmi“
(G. Bekel, 1999).

„D. Orem rozeznává pět způsobů pomoci:

- zastoupení nebo konání za pacienta
- vedení pacienta
- fyzická nebo psychická pomoc
- zajištění podpůrného prostředí
- učení pacienta“

(Orem, 2001).

1.1.5 TEORIE OŠETŘOVATELSKÝCH SYSTÉMŮ

„Ošetřovatelské systémy vypovídají o způsobu a objemu ošetřovatelských činností, umožňují systematické rozlišení ošetřovatelských situací a nabízejí přiřazovací systém pro výkony, které vyplývají z ošetřovatelských činností“
(Bekel, Halmo, 2004, s. 35).

„Ošetřovatelské činnosti jsou aktivované potřebami osob s deficitem sebek péče. Tvoří je vlastní činnosti a řízení péče. Ošetřovatelský systém plánovaný sestrou vychází z potřeb sebek péče a z možností a schopností pacienta uskutečnit aktivity sebek péče.

V teorii byly definovány tři ošetřovatelské systémy:

- celkově kompenzační ošetřovatelský systém** – jedinec potřebuje podporu a učí se ošetřovat sám sebe
- částečně kompenzační ošetřovatelský systém** – sestra a pacient spolu provádějí péči na určité úrovni, některé činnosti vykonává pacient sám, některé spolu se sestrou
- podpůrně výchovný systém** – jedinec není schopen vykonávat sebek péči, je závislý na druhých a potřebuje úplnou pomoc sestry“

(Orem, 2001).

„Ošetrovatelské systémy jsou neoddelitelně spojeny s ostatními dílčími koncepty. D. Oremová těmto systémům přiřadila podsystém pro odvození z toho vyplývajících ošetrovatelských činností v souvislosti s platnou situativní potřebou sebezpečí a existujícími deficity sebezpečí. Jednotlivé systémy vypovídají o rolích, které přijímají ošetřující, pacienti nebo jiné osoby v průběhu těchto situačních souvislostí“ (G. Bekel, 2003).

1.2 ALOGENNÍ TRANSPLANTACE KRVETVORNÝCH BUNĚK

„Většina lidí v naší zemi už o transplantacích dřeně zaslechla. Málokdo ale přesně ví, oč se jedná. „Taková exotika,“ řeknou si mnozí. „Co s tím mám společného? To se mě přece netýká!“ Přitom transplantace dřeně není nic výjimečného. Je to běžný, mnoho let ověřený medicínský postup, který přináší vyléčení řady jinak neovlivnitelných nebo obtížně ovlivnitelných nemocí. Ročně ji absolvují desítky tisíc lidí na celém světě. Jenom v naší republice ji podstupuje několik set pacientů ročně.

Nelze ovšem zamlčet, že jde o závažný výkon. Může člověka uzdravit z těžké, život ohrožující choroby, na druhé straně však přináší rizika různých komplikací, které mohou být dočasně velmi nepříjemné a na které se může v některých případech i zemřít. Zvážení tohoto výkonu je pro to velmi odpovědná záležitost“ (Švojgrová et al., 2006, s. 8).

Transplantace krvetvorných buněk

„Transplantace je výraz pro přenesení. V medicíně rozumíme transplantací přenesení orgánu nebo tkáně na jiné místo“ (Klener, 2001, s. 119).

Transplantace krvetvorných buněk zahrnuje transplantaci kostní dřeně, periferních kmenových buněk nebo pupečnickové krve.

Transplantace krvetvorných buněk se používá při narušení fyziologické funkce krvetvorby nádorovým procesem nebo jiným onemocněním, případně po vysokodávkované chemoterapii. V případě autologní transplantace tedy slouží jako současná regenerace krvetvorby po vysokodávkované chemoterapii.

Druhy transplantací: „Obnovu poškozené krvetvorby může zajistit transplantace krvetvorných buněk, které získáme od jiného zdravého člověka (**transplantace alogenní**), nebo i s pomocí vlastních kmenových buněk, získaných od samotného pacienta (**transplantace autologní**)“ (Švojgrová et al., 2006, s. 17).

Alogenní transplantace – jde tedy o převod krvevorné tkáně získané od zdravého dárce. Pokud je dárce HLA identický sourozenec, jde o **alogenní příbuzenskou transplantaci**. Daleko méně často mohou být dárce i další HLA shodní nebo HLA podobní příbuzní. Pokud je dárce po stránce HLA vhodný nepřibuzný člověk, jde o **alogenní nepřibuzenskou transplantaci** (Doubek, 2009, [online]).

Pouze po alogenní transplantaci se vyskytuje takzvaná **NEMOC ŠTĚPU PROTI HOSTITELI** (GvHD, *graft-versus-host disease*).

1.3 GvHD

„Reakce štěpu proti hostiteli (graft-versus-host disease, GvHD) představuje jednu z hlavních komplikací po provedení alogenní transplantace krvevorných buněk.“

GvHD je imunologická reakce lymfocytů dárce proti organismu příjemce.

Pro pacienta ale GvHD nemusí znamenat jen nevýhody, protože bývá doprovázena reakcí proti nádoru či leukémii (Graft Versus Leukemia = GVL) a tím vlastně pomáhá bojovat proti původní pacientově nemoci.

(Švojgrová et al. 2006, s. 72)

1.3.1 VÝSKYT A ROZDĚLENÍ GvHD

Při transplantaci krevních buněk z jednoho člověka do jiného musíme s výskytem GvHD počítat více či méně vždycky. (Švojgrová et al. 2006, s. 72)

„Riziko případné GvHD se nedá dopředu stoprocentně spočítat“

(Švojgrová et al. 2006, s. 72).

„V roce 1966 definoval Bilingham **3 základní kritéria nezbytná pro rozvoj GvHD:**

- 1) Štěp musí obsahovat imunokompetentní buňky
- 2) Buňky příjemce musí exprimovat antigeny, které jsou dárcovskými imunokompetentními buňkami rozpoznány jako cizí
- 3) Příjemce musí být dostatečně imunokompromitován“ (Indrác, 2006, s. 245).

Projevy obecně souvisejí se stupněm tkáňové neshody mezi dárce a příjemcem krevních buněk, **riziko stoupá s věkem nemocného, ale i s věkem dárce a také, je-li dárkyní žena – vícerodička.**

U GvHD rozlišujeme dvě rozdílné formy: **akutní a chronickou**.

Akutní GvHD se objevuje do 100. dne od transplantace krvetvorných buněk. Po transplantaci proto podáváme preventivně imunosupresiva. „Klinické stážování rozlišuje **4 stupně akutní GvHD**“ (Indrák, 2006, s. 245).

„**Chronická GvHD** může vzniknout přímo z akutní GvHD nebo po určité latentní fázi. Bývá definována jako GvHD, která vzniká po 100. dnu po transplantaci.“ „cGvHD z hlediska symptomatologie může připomínat některá autoimunitní onemocnění (vaskulitidy, systémový lupus erytematos, sklerodermie, Sjögrenův syndrom, primární biliární cirhóza, obliterující bronchiolitida). V rámci stážování lze rozlišit **limitovanou a extenzivní formu**“ (Indrák, 2006, s. 245).

1.3.2 KLINICKÝ OBRAZ GvHD

Akutní GvHD – má typické projevy a postihuje zpravidla kůži, játra nebo sliznice trávicího traktu, její klinický obraz je velmi pestrý a představuje většinou kombinaci postižení více orgánů.

Postižení kůže – objevuje se většinou jako **první příznak**. Projeví se nejdříve jako nenápadné začervenání nebo jako neobvyklé pálení dlaní a chodidel. Někdy může být od začátku exantém na větší části těla, výjimečně až puchýře. Mohou se objevit drobné papilózní, makulopapulózní léze, vzácně bulózní / exfoliativní. Zbarvení kůže bývá červené až profialovělé, může, ale nemusí být svědění. Exantém má někdy tendenci splývat s postižením obličeje, krku a trupu.

Postižení gastrointestinálního traktu – postižení žaludeční a střevní sliznice vyvolává průjem, který nereaguje na odnětí per os příjmu. Stolice bývají vodnaté, zelené až krvavé. Objevují se symptomy postižení horního zažívacího traktu jako nauzea, zvracení, anorexie, dyspepsie a bolesti břicha.

Postižení jater – se projevuje hyperbilirubinemií cholestatického charakteru, vzestupem GMT a ALP. Vzácně se může objevit jaterní selhání s encefalopatií.

Chronická GvHD – je syndrom multiorgánového postižení s variabilním klinickým obrazem často připomínající různé systémové autoimunitní choroby. Chronická GvHD se rozvíjí většinou v průběhu 3. měsíce a později po transplantaci. Horní časová hranice rozvoje cGvHD není striktně určena. Často vzniká v době, kdy se sníží či vysadí imunosuprese.

První projevy bývají často zpozorovány **na kůži a sliznicích** – kůže je suchá, zpočátku začervenalá a může svědit. Může dojít až ke sklerodermickým změnám.

Mezi další projevy patří:

Postižení sliznice dutiny ústní se projevuje se xerostomií, pálením a atrofií jazyka, ulceracemi, nedostatkem slin až potížemi s polykáním.

Postižení očí se projevuje pálením a suchostí v očích (keratokunjunktivitis sicca), tzv. sicca syndrom a fotofobií.

Postižení jater – dochází k abnormalitám jaterních testů, cholestatické hepatidě a vzácně k cirhoze.

Postižení plic může vést ke vzniku obliterující bronchiolitidy.

Postižení GITU – bývají průjemy, anorexie, nauzea, malabsorpce, úbytek na váze.

Postižení svalů se projevuje myalgiemi, slabostí a křečmi.

Vzhledem k časté nutnosti imunosuprese jsou pacienti zvýšeně ohroženi vznikem infekce.

Lehká forma cGvHD většinou pacienty nijak výrazně neohroží, může být ale pro ně nějakou dobu nepříjemná.

„Projevy s odstupem času odeznívají, někdy i samy od sebe, jindy s dočasnou podporou léků. Jen vzácně obtěžují projevy GvHD dlouho a její projevy jsou těžké, s celkovou podvýživou, chátráním a zvýšeným sklonem k infekcím“

(Švojgrová et al, 2006, s. 96).

Zvýšené riziko vzniku cGvHD:

- periferní kmenové buňky
- HLA inkompatibilita
- předchozí akutní GvHD
- vyšší věk pacienta
- reinfuze dárcovských leukocytů (DLI)

(Zdroj: FN Olomouc – HOK)

1.3.3 Diagnostika GvHD

GvHD můžeme diagnostikovat snadno, pokud má typické klinické projevy. Jestliže však nejsou projevy kompletní (například chybí-li typická vyrážka nebo průjem), může být problém rozlišit projevy GvHD od jiných komplikací transplantace (infekce, VOD – venookluzivní nemoc jater,...).

Ke správné diagnóze nám pomůže bioptické vyšetření postižených tkání. Vyšetřujeme **vzorky odebrané kůže, nebo vzorky sliznice rtu, žaludku či střeva.**

Vzorek kůže a sliznice rtu se odebírá velmi jednoduše **kožní biopsií**, v místním znecitlivění. **Vzorek žaludku a střeva** se získává **endoskopickou cestou**, kdy se z vhodného místa odebere speciálními malými kleštičkami malý vzorek sliznice.

Někdy je potřeba získat k vyšetření pod mikroskopem i **vzorek jater**. Ten se získává **jaterní biopsií** speciální jehlou píchnutím přes kůži nebo tzv. cévní cestou – speciálním katetrem zavedeným pod rentgenovou kontrolou do jater ze žíly na krku nebo v oblasti třísel. Jedná se o tzv. transjugulární biopsii (Švojgrová et al, 2006, s. 73).

Další vyšetření, která mohou pomoci v diagnostice cGvHD:

- **Schirmerův test** (při podezření na sicca syndrom)
- **Spirometrie** – postupné zhoršování plicních funkcí (bronchiolitis obliterans na podkladě cGvHD)
- **biochemie** – zhodnocení jaterních testů, bilirubinu, hladiny albuminu (malnutrice při progresi extenzivní GvHD), markery charakteristické pro některé kolagenózy (ANF, anti-ds-DNA, LE buňky, SMA,...)

1.3.4 Terapie a prognóza GvHD

Terapie: „Principem profylaxe a léčby GvHD je navození imunologické tolerance“ (Slováček et al, 2005, s. 132).

K léčbě a profylaxi se používají **imunosupresiva**. Lékem 1. volby v profylaxi je **Cyklosporin A**. K léčbě GvHD se k běžně dávkovanému **Cyklosporinu A** (Sandimmun, Equoral) přidávají v první řadě **kortikoidy** (Medrol, Solumedrol, Prednison,...).

Při neúspěchu, nebo pokud je odpověď na zmíněnou léčbu nedostatečná, mohou se přidat jiné speciální léky s imunosupresivním efektem, např. **mykofenolát mofetilu** (CellCept), **Daclizumab**, nově i některé **protilátky proti imunoreaktivním bílým krvinkám (ATG)** či jiné léky, jejichž vývoj jde velmi dopředu (Švojgrová et al, 2006, s. 96).

Podpůrná léčba u GvHD

- antibakteriální a antimykotická profylaxe a screening bakteriálních a virových infekcí, virologická a preemtivní léčba (EBV, CMV, adenoviry)
- léčba bolesti
- nutriční terapie
- psychologická a psychiatrická terapie+medikace

- k mírnění místních potíží (kůže, sliznice, oči) se používají různé masti, emulze, umělé slzy, umělé sliny a podobně

„ Jakmile se reaktivita imunitních buněk ztlumí, jejich agresivní působení na tkáň pacienta většinou rychle odeznívá a potíže ustupují. Jen u někoho potíže přetrvávají delší dobu, obvykle v mírné snesitelné formě (například menší chuť k jídlu, mírně zvýšené jaterní testy)“ (Švojgrová et al, 2006, s. 73).

Akutní GvHD může také přejít během týdnů plynule do chronické formy.

Prognóza GvHD závisí na:

- stupni GvHD (grading)
- odpovědi na primární léčbu (steroid refrakterita je velmi špatným znamením)
- době začátku GvHD

aGvHD – mortalita v závislosti na gradingu GvHD

grade	pravděpodobnost přežití v 6 letech po transplantaci
0-I	70%
II	55%
III-IV	25%

(Toušovská, 2009, [online].)

Prognóza cGvHD – chronická GvHD může probíhat jak v mírné formě, která výrazně neovlivňuje život pacienta, tak v závažné extenzivní formě GvHD s nutností komplexní intenzivní terapie. Což výrazným způsobem zvyšuje mortalitu po transplantaci vzhledem k rozvoji těžkého imunodeficitu a infekčním komplikacím. U většiny nemocných s GvHD nedochází k relapsu choroby, což potvrzuje existenci GvL efektu.

1.3.5 Ošetrovatelská péče u nemocných s GvHD

Současná vysoká úroveň moderní medicíny v oboru intenzivní, hematologické péče je doprovázena vzestupem speciální ošetrovatelské péče o pacienty s GvHD po alogenní transplantaci. Tato vysoce speciální ošetrovatelská péče vyžaduje kvalitní přípravu a vzdělání veškerého ošetrovatelského personálu.

Ošetrovatelská péče u nemocných s GvHD :

- **prevence infekčních komplikací:**
 1. zvýšený hygienický režim
 2. prevence nozokomiálních infekcí
- **nutriční péče** - je jednou ze základních součástí péče o pacienty s GvHD
 1. antimikrobiální strava
 2. parenterální výživa
 3. enterální výživa
 4. edukace nemocných o správné výživě při GvHD
 5. sledování biochemických parametrů (albumin, prealbumin, cholinesteráza, celková bílkovina, odpad urey v moči za 24 hod.)
- **péče o centrální nebo periferní žilní přístup** - převazy při důrazném dodržení sterilních zásad, odběry biologického materiálu, aplikace léků, infuzí a krevních derivátů
- **rehabilitační péči** - hlavním úkolem rehabilitace u pacientů s GvHD je zmírnit negativní důsledky vznikající dlouhodobou nehybností
 1. péče o dýchací cesty
 2. prevence trofických změn a kontraktur
 3. zachování optimálního stavu pohybového aparátu
- nedílnou součástí komplexní péče je i péče **o pokožku celého těla a prevence dekubitů**
 1. využívání antidekubitárních pomůcek
 2. polohování
 3. péče o kůži s projevy GvHD (aplikace mastí, emulzí...)
- **další podpůrná péče** – analgetická péče, psychologická péče, prevence dlouhodobých následků
- **sestra monitoruje:**
 - vitální a fyziologické funkce (stav vědomí, TK, P, TT, D, SpO₂, EKG, CŽT...)
 - výsledky laboratorních vyšetření (KO+diff., hemokoagulace, biochemie,...)
 - bilanci tekutin (diuréza, známky dehydratace,...)
 - nežádoucí účinky léčby (zejména cytostatik) - nauzea, zvracení, průjem, alopecie,...
 - psychiku nemocného (strach, depresivní prožívání,...)

- známky počínající infekce (subfebrilie až febrilie, třesavka, zimnice, únava, pokles TK, projevy septického šoku,...)
- patologické změny sliznice dutiny ústní (počínající mukozitida)
- bolest
- dodržování ochranného léčebného režimu

Komplexní edukace pacienta a kvalitní ošetrovatelská péče o pacienty po alogenní transplantaci, která se provádí dle platných standardů a směrnic je nedílnou součástí kvalitní léčebné péče (Molčanová, 2006)

Sebepéče u nemocných s GvHD je podrobněji zpracována v kapitole 2.3.1

„Projevy a potřeba péče u nemocného s GvHD“.

2 PRAKTICKÁ ČÁST

2.1 CÍLE PRÁCE

- Cíl 1 :** Sestavit situační potřebu sebezpečí u nemocných s GvHD
- Cíl 2 :** Zmapovat problémy nemocných s GvHD po alogenní transplantaci
- Cíl 3 :** Srovnat kompetence sebezpečí klientů s GvHD v oblasti znalosti onemocnění, výživy a vyprazdňování ve Fakultní nemocnici Olomouc a Fakultní nemocnici Plzeň
- Cíl 4 :** Sestavit edukační program s názvem: „Problematika GvHD“
- Cíl 5 :** Vytvořit edukační leták pro klienty s GvHD

2.2 METODIKA VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

2.2.1 Zdroje odborných poznatků

Odborné poznatky a údaje z oblasti metodologie, potřebné ke konstrukci dotazníku, byly získány studiem odborných literárních zdrojů s podobnou tématikou a zdroji uvedenými na internetové síti.

2.2.2 Metodika tvorby SIP a SIPoSP

Dříve než bylo přikročeno k tvorbě dotazníku, tak jsme na základě získaných poznatků o problematice GvHD sestavili výčet oblastí, ve kterých mají nemocní s GvHD nejčastěji potíže. Následně jsme tyto potíže rozpracovali jako situační problematiku (SIP), tzn. všechny činnosti sebezpečí, které by měly být provedeny, aby došlo ke zvládnutí zvýšených nároků nové situace (problémů – SIP), týkající se jednoho nebo více požadavků sebezpečí.

Při tvorbě SIPoSP bylo nutné zjistit, jak GvHD ovlivňuje obecné, vývojově podmíněné a zdravotní požadavky sebezpečí a poté určit, jaké specifické schopnosti (kompetence sebezpečí a kompetence dependentní péče) musí být přítomny, aby byly dané požadavky sebezpečí naplněny (Slováková, Halmo, 2007).

Druh požadavku zde představuje cíl, kterého má být u klienta s GvHD nebo jeho rodiny dosaženo, patří sem jak vědomosti o onemocnění tak dovednosti, které pomáhají ke zmírnění zvládnutí potíží spojených s onemocněním GvHD (Hrabáčková, Halmo, 2007).

Výzkumné šetření se zaměřovalo na KSP/KDP, které jsou v katalogu SIP a SIPoSP zvýrazněny žlutě. Celý katalog SIP a SIPoSP byl vytvořen ve spolupráci s R. Halmo.

2.2.3 Metoda výzkumného šetření

K získání dat byl použit dotazník. Dotazník obsahoval soustavu pečlivě připravených položek, vytvořených pro získání specifických údajů, potřebných pro výzkumné šetření. Při sestavování dotazníku jsme vycházeli z činností sebepéče u nemocných s GvHD, studiem literatury k dané problematice a také praktickými znalostmi. Tento dotazník se snaží odhalit úroveň sebepéče klientů s GvHD, konkrétně v oblastech znalosti onemocnění, výživy a vyprazdňování.

V dotazníku byly použity tyto položky:

Uzavřené, které respondentovi předloží možnosti pro odpověď a ten pak vybírá jednu správnou odpověď.

Polozavřené, respondentovi předkládají několik možnosti pro odpověď, z nichž jednu vybírá. Pokud mu žádná z navrhovaných odpovědí nevyhovuje, dopíše svou vlastní odpověď do nabídky „jiné“.

Výčtové, zde respondent vybírá několik možnosti.

Celý dotazník obsahuje 31 položek rozvržených to 4 tematických celků postihujících oblasti znalosti onemocnění GvHD, výživy a vyprazdňování. Zjištěním obecných informativních údajů se věnovaly položky číslo 26, 27, 28, 29, 30.

Cíl 1 měl za úkol sestavit situační potřebu sebepéče u nemocných s GVHD. Nejdříve jsme sestavili vliv GvHD na požadavky sebepéče Oremové. Ze získaných údajů byly odvozeny deficity sebepéče („tzn. stavy, kdy situační potřeba sebepéče převyšuje kompetence sebepéče) a formulovány problémy (situační problematiky SIP“) (Halmo, s. 73, 2006).

Cíl 2 měl za úkol zmapovat problémy klientů s onemocněním GvHD. Tomuto cíli se věnovaly položky dotazníku číslo 8, 20, 31.

Cíl 3 byl zaměřen na srovnání úrovně kompetencí sebepéče klientů s GvHD v oblasti znalosti onemocnění, výživy a vyprazdňování ve Fakultní nemocnici Olomouc a Plzeň. Položky číslo 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 se věnují oblasti znalosti onemocnění, položky číslo 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19 se zaměřují na oblast výživy a položky číslo 20, 21, 22, 23, 24, 25 na oblast vyprazdňování.

2.2.4 Charakteristika souboru respondentů

Zkoumaný soubor byl vybrán dle následujících kritérií:

- muži a ženy do 65 let věku
- klienti po alogenní příbuzenské a nepříbuzenské transplantaci
- klienti, kteří jsou nejméně 30 dnů od transplantace

- klienti s projevy akutní či chronické formy GvHD
- klienti FN Olomouc nebo Plzeň

2.2.5 Organizace výzkumného šetření

Před zahájením výzkumného šetření byla předložena žádost o možnost provedení výzkumného šetření v rámci Hemato-onkologické kliniky FN Olomouc a Hematologicko-onkologického oddělení FN Plzeň. Žádost ve FN Olomouc byla schválena Manažerem pro nelékařské obory Bc. Šamajem Martinem dne 11.01 2010. Ve FN Plzeň byla žádost schválena Náměstkyní pro ošetrovatelskou péči Bc. Mašínovou Andreou, MBA dne 28.01 2010.

Schválená verze dotazníku byla v rámci pilotního šetření předložena 5 klientům, aby jej vyplnili a vyjádřili se, zda všemu porozuměli. Po kladném zhodnocení všech položek bylo přistoupeno k dalšímu kroku - realizaci celého výzkumného šetření. Ve spolupráci se zdravotními sestrami HOK ambulance FN Olomouc a ve spolupráci s Bc. Kabátovou Klárou z FN Plzeň proběhla distribuce dotazníků.

Distribuce dotazníků proběhla v období od 15.01–30.03 2010. Celkem bylo rozdáno 60 dotazníků. Z toho poštou bylo osloveno 14 respondentů. Na HOK ambulancích byly umístěny uzavřené označené schránky, do kterých klienti vhazovali vyplněné dotazníky. Dotazník byl anonymní a dobrovolný. Návratnost vyplněných dotazníků byla 100 %, z čehož 3 dotazníky nebylo možné použít k dalšímu zpracování pro jejich neúplné vyplnění. K dalšímu zpracování je počítáno 57 dotazníků. Ty jsou rozděleny na 29 respondentů z FNOL (100 %) a 28 respondentů z FNPL (100 %).

2.2.6 Zpracování výsledků výzkumného šetření

Získaná data z výzkumného šetření byla zpracována na počítači do četnostní tabulky. Získané výsledky byly převedeny do jednoduchých tabulek četnosti a doplněny o výpočty relativní četnosti. Relativní četnost poskytuje informace o tom, jak velká část z celkového počtu hodnot připadá na danou dílčí hodnotu. Nejčastěji se udává v %. Vypočítaná relativní četnost pozorovaných jevů byla znázorněna grafickou úpravou.

Relativní četnost byla počítána pomocí vzorce:

$$f_i = n_i / n \times 100$$

f_i relativní četnost
n_i absolutní četnost
n celková četnost

V práci byly použity sloupcové grafy. Pro rozlišení FNOL a FNPL bylo použito rozdílného značení tvaru sloupce v grafu. FNOL je znázorněna ve tvaru jehlanu, FNPL ve tvaru kuželu. Při konstrukci tabulek i grafů byl použit počítačový program Microsoft Word.

U položky č. 16 jsme se zajímali, které nápoje dotazovaní respondenti zařazují do svého pitného režimu. Zjištěné informace jsou potom zpracovány v grafu, který znázorňuje údaje jak od respondentů z FNOL tak od respondentů z FNPL.

U položky č. 31 jsme pátrali po nejčastějších problémech, které se u nemocných objevili v souvislosti s GvHD. V grafickém znázornění jsou uvedeny všechny potíže respondentů. Tyto potíže jsou rozděleny do jednotlivých oblastí, kterých se problémy týkají. Z grafu je zřejmé, že jeden respondent může mít potíže ve více oblastech.

U položky č. 30 jsme se ptali na váhu a výšku respondentů. Z těchto údajů byl potom vypočítán BMI (body mass index) podle vzorce:

$$\frac{\text{Váha}}{\text{výška v m}^2}$$

Dle hodnot BMI byli dotazovaní respondenti rozděleni do tabulky, která hodnotí jejich stav výživy.

méně než 18,5 BMI	podváha
18,5 – 24,9 BMI	norma
25,0 – 29,9 BMI	nadváha
30,0 – 34,9 BMI	obezita 1. stupně
35,0 – 39,9 BMI	obezita 2. stupně

Položky dotazníku (číslo 1 – 26), kde byla možná pouze jedna správná odpověď, byly **ohodnoceny bodově**. Za každou správnou odpověď mohl klient získat **1 bod**. Součástí položek číslo 12, 24 byly podotázky, které byly také ohodnoceny 1 bodem. **Dohromady tedy mohl klient získat 28 bodů. Správná odpověď byla v četnostních tabulkách a v grafu označena zelenou barvou.** Podle počtu získaných bodů, jsme vyhodnotili, jaká je úroveň sebepěče klientů s GvHD v oblasti znalosti onemocnění, výživy, vyprazdňování. Mohli jsme tak porovnat úroveň sebepěče mezi klienty FN Olomouc a FN Plzeň.

Ke statistickému vyhodnocení úrovně sebepéče bylo použito toto rozmezí:

úroveň sebepéče	bodové rozmezí
vysoká	28 - 19
střední	18 - 9
nízká	8 - 0

Pro srovnání úrovně kompetencí sebepéče v jednotlivých oblastech (znalost onemocnění GvHD, výživa, vyprazdňování) mezi respondenty FNOL a FNPL **byl použit vzorec:**

$$f_i = n_i / n \times 100$$

- f_i** relativní četnost
n_i počet lepších odpovědí
n počet hodnocených položek

2.2.7 Metodika tvorby edukačních materiálů

Cíl 4 měl za úkol sestavit edukační program s názvem: „Problematika GvHD“. Úkolem zdravotní sestry je edukovat klienta o ošetrovatelských problémech a výkonech. **Edukace** se považuje za celkové a celoživotní rozvíjení osobnosti člověka působením formálních výchovných institucí i neformálního prostředí. Edukace představuje situace, při nichž probíhá edukační proces. **Edukační proces** je taková činnost, při které se subjekt učí obvykle za působení jiného subjektu (příímého nebo zprostředkovaného), který vyučuje nebo instruuje.

Pro vývoj edukačního programu byly podniknuty **3 kroky**:

Prvním krokem bylo získat poznatky o dané problematice GvHD z odborné zdravotnické literatury a připojit k nim zkušenosti s péčí o pacienty s tímto onemocněním.

Druhým krokem bylo posoudit situační potřebu sebepéče a nadefinovat nezbytné kompetence sebepéče typických pacientů s GvHD.

„Díky této informaci byl vyvinut odhadní nástroj/posouzení, který může být použit pro popis aktuálního PSP a KSP u určitého pacienta s GvHD“(Bekel, Halmo, s. 47, 2004).

Třetím krokem bylo vypracování edukačního programu pro pacienty s GvHD.

Edukační program vychází z rozpracované situační potřeby sebepéče u onemocnění GvHD s nadefinovanými kompetencemi sebepéče. Měl by přispět ke zlepšení úrovně sebepéče u klientů s GvHD.

Cíl 5 měl za úkol vytvořit edukační leták, který by byl vhodný pro klienty s GvHD. Tento edukační leták je opět zpracován dle situační potřeby sebepéče. Klientům s GvHD poskytne informace o problematice onemocnění, výživě a vyprazdňování při onemocnění GvHD. Edukační leták je umístěn jako příloha č. 2 na s. iv.

2.3 INTERPRETACE DAT

2.3.1 Interpretace dat k cíli č. 1

Podle vlivu GvHD na obecné a zdravotně podmíněné požadavky sebepéče byl v rámci 1. cíle bakalářské práce sestaven výčet všech situačních problematik, které by se mohly u klientů s GvHD vyskytovat s následným rozpracováním situační potřeby sebepéče.

Přehled situačních problematik u nemocných s GvHD

- SIP č. 1: Problematika GvHD
- SIP č. 2: Problematika výživy u nemocného s GvHD
- SIP č. 3: Problematika vyprazdňování
- SIP č. 4: Problematika hygienické péče
- SIP č. 5: Problematika pohybové aktivity
- SIP č. 6: Problematika medikamentózní léčby
- SIP č. 7: Psychosociální problematika
- SIP č. 8: Problematika komunikace
- SIP č. 9: Problematika smyslového vnímání a kognitivních funkcí
- SIP č. 10: Problematika komplikací

Projevy a potřeba péče u nemocného s GvHD

A) Obecné požadavky sebedpěče

Obecné požadavky sebedpěče	Vliv GvHD na PSP
1) Udržení dostatečného přívodu vzduchu	<ul style="list-style-type: none">• plicní forma GvHD se objevuje asi u 10 % případů• klinicky se projevuje suchým kašlem a dušností, histologickým podkladem je obliterující bronchiolitida, až pneumonie s projevy dechové nedostatečnosti, která může přejít do chronicity
2) Udržení dostatečného příjmu tekutin	<ul style="list-style-type: none">• pacienti jsou často ohroženi dehydratací z důvodu postižení sliznice dutiny ústní (mukozitida, xerostomie, atrofie jazyka, pálení jazyka, ulcerace v dutině ústní), což může mít za následek nedostatečný příjem tekutin
3) Zachování dostatečného přívodu potravy	<ul style="list-style-type: none">• nedostatečný příjem potravy při průjmech, nauze a zvracení z důvodu postižení žaludeční a střevní sliznice• pro pacienty je typická anorexie, úbytek na váze, malabsorpce, neprospívání• v pokročilých stádiích může vést nedostatečný příjem stravy k podání parenterální výživy
4) Udržení správného vylučování stolice a moče	<ul style="list-style-type: none">• při postižení gastrointestinálního traktu se objevují průjmy nereagující na odnětí p. o. příjmu, stolice vodnaté, zelené až krvavé• doprovodným příznakem GvHD může být i hemoragická cystitida

<p>5) Udržení rovnováhy mezi aktivitou a odpočinkem</p>	<ul style="list-style-type: none"> • celková únava a snížená tělesná výkonnost může doprovázet pacienty i několik měsíců po transplantaci (příčinou může být anémie, poruchy výživy, dlouhodobé užívání některých léků) • dochází ke zpomalené regeneraci svalů, svalová síla se vrací velmi pomalu • pacienti mívají porušenou celkovou koordinaci, pocit nedostatku energie, jsou citliví na změny počasí • jakákoliv delší fyzická aktivita (výlet, nákupy,...) pacienta vyčerpává
<p>6) Udržení rovnováhy mezi samotou a sociální interakcí</p>	<ul style="list-style-type: none"> • objevují se projevy deprese: únava, pocit chybění energie, poruchy spánku, uzavřenost, pocity smutku, beznaděje, osamocení, apatie, neklid, negativní myšlenky – o nemoci, smrti... • deprese může trvat různě dlouho a může se periodicky vracet • pacienti se mohou cítit se svými problémy osamoceni, vyčlenění ze společnosti, chvílemi mohou ztrácet zájem o své okolí a o své blízké
<p>7) Předcházení životních rizik týkajících se lidského fungování a well – being, fyzická rovnováha</p>	<ul style="list-style-type: none"> • může dojít k oslabení psychických rezerv → potraumatický syndrom: depresivní nálady, úzkostné či agresivní pocity, podrážděnost, neklid, zapomínání, zhoršená kvalita spánku, plačtivost
<p>8) Podpora lidských funkcí a rozvoje v rámci sociální skupiny, ve vztahu k lidskému potenciálu, známých lidským hranicím a lidské touze být normální</p>	<ul style="list-style-type: none"> • vážná nemoc zasahuje nejen konkrétního pacienta, ale celé jeho nejbližší okolí – starosti, práce, povinnosti musí za nemocného dočasně někdo převzít, finanční problémy v rodině, strach o nemocného, obavy z budoucnosti

B) Vývojově podmíněné požadavky sebepěče

I. Zajištění podmínek, které podporují vývoj:

1) Dostatečné zaopatření základními substancemi k podpoře vývoje	<ul style="list-style-type: none">• vhodně zvolené podněty z okolí, dostatečná aktivita, pevná vůle, podpora a motivace k aktivitám
2) Udržení fyzikálních, sociálních a okolních podmínek, které dávají pocit pohody a bezpečí	<ul style="list-style-type: none">• rekonvalescence může trvat různě dlouhou dobu – klient musí najít někoho, kdo se postará o děti, byt, zahradu, zvířata, soukromý podnik apod. → rodina, sociální pracovník• připravení domácích podmínek na dobu rekonvalescence (ochranný režim, transport ke kontrolám,...)
3) Zajištění a udržení podmínek s optimálními sensorickými potřebami	<ul style="list-style-type: none">• zhoršené vidění, způsobené keratokonjunktivitidou, fotofobie• postižení kůže se objevuje většinou jako 1. příznak: pálení, svědění plosek a dlaní, drobné papilózní, makulopapulózní léze, červené až profialovělé zbarvení, icterus• mikroangiopatie• změna chuti v jídle
4) Zajištění a udržení podmínek, které podporují afektivní a kognitivní vývoj	<ul style="list-style-type: none">• u pacientů s GvHD může docházet k těmto změnám kognitivních funkcí: poruchy soustředění, zapomínání...• velmi vzácně se může objevit encefalopatie v důsledku jaterního selhání
5) Zajištění podmínek a zkušeností nutných pro rozvoj schopnosti pro život ve společnosti	<ul style="list-style-type: none">• v důsledku onemocnění se často objevuje snížený zájem o cokoliv (třeba i o svou osobu, o zdravotní informace apod.), pocit neúčinnosti, zbytečnosti• ke změnám dochází nejen v životě pacienta ale i jeho blízkých – člověk může být na poměrně dlouhou dobu vyřazen z normálního života• během rekonvalescence musí pacienti dodržovat různá doporučení - opatření ochranného režimu jsou dočasná, ale nutná• plný návrat do práce nebo do školy je individuální, dle vývoje stavu

<p>6) Zajištění podmínek a zkušeností nutných pro rozvoj sebevědomí</p>	<ul style="list-style-type: none"> • pacienti se mohou cítit rozladěni jejich dočasným vzhledem: přechodná ztráta vlasů, změny na kůži, přírůstek na váze apod., trpět pocití méněcennosti, vlastní viny • návrat do reálného života může přinést první zklamání – všechno nejde tak, jako dřív (ztráta fyzické kondice, psychická reakce na prodělanou zátěž, pocit omezení všemi různými příkazy, zákazy...) • jakmile se pacient bude cítit lépe, je vhodné dávat si drobné jednoduché úkoly a postupně si budovat svou sebedůvěru
<p>7) Naučení se zvládat strach</p>	<ul style="list-style-type: none"> • v situaci, jakou je dlouhodobá nemoc, jsou pacienti mnohem více ohroženi pocití deprese – důležité je poradit se s lékařem nebo psychologem • na prvním místě, by měl člověk zpomalit, nevyhýbat se druhým, neobviňovat se ze svých pocitů, zamyslet se nad uspokojováním svých duševních potřeb • v okolí vyhledávat přátele s pozitivním myšlením

II. Angažovanost ve vývoji sebepečce

<p>1) Pochopení vlastního pozorování a reflexe vlastního jednání</p>	<ul style="list-style-type: none"> • pochopení onemocnění GvHD, projevů, léčby, prognózy • pochopení vlastního jednání při zvládání problémů souvisejících s onemocněním
<p>2) Učit se akceptovat pocití s ohledem na vlastní osobu a ostatní lidi</p>	<ul style="list-style-type: none"> • depresivní nálady, úzkostné či agresivní pocití vůči svému okolí: typickým projevem je podrážděnost (pocití pacienta, že ho všichni štvou, vadí mu každá maličkost), neklid (nesoustředění na běžné věci, čtení knihy, sledování filmu), plačtivost (nad jinak obvyklými věcmi, filmem), smutek a skleslost, osamocenosť

3) Využití talentu a oblasti zájmu	<ul style="list-style-type: none"> důležitost využití talentu a zájmu pro udržení tělesné a duševní kondice (dle stavu pacienta): cvičení, čtení, poslech relaxační hudby, kontakt s přáteli, pletení, práce na PC, sledování televize,...
4) Reflektovat cíle a hodnotové představy	<ul style="list-style-type: none"> dochází ke změně veškerých životních hodnot (to, co bylo dříve důležité, je dnes úplně vedlejší, mění se pohled pacienta na svět,...) daleko intenzivněji vnímají pacienti dříve nedocenené hodnoty, jako jsou mezilidské vztahy, přátelství, láska
5) Zodpovědně jednat v určitých životních situacích	<ul style="list-style-type: none"> pečlivé a zodpovědné dodržování ochranného režimu v domácím prostředí mohou se objevit negativní nutkavé myšlenky (o nemoci, o smrti), deprese
6) Učit se rozumět emocím	<ul style="list-style-type: none"> krok za krokem uspokojovat nejzákladnější psychické potřeby: potřeba porozumění, přátel, komunikace, být někdy sám, informovanosti, činnosti, úspěchu a ocenění, uvolnění a odpočinku pacienti mohou mít někdy potřebu být sami, aby se vyrovnali se svými myšlenkami a pocity
7) Snaha o pochopení negativních emocí a impulsů jednání	<ul style="list-style-type: none"> uvědomit si, že pocity související s prožitým stresem jsou úplně normální a není potřeba se za ně stydět důležité je zachovat trpělivost, vůli – myslet na to, že trápení nebudou trvat věčně
8) Podpora duševního zdraví	<ul style="list-style-type: none"> pomoc rodiny, přátel a blízkého okolí odborná péče (psycholog, psychiatr) komunikace, relaxace, odpočinek

III. Vývojové poruchy, působené životním prostředím nebo nemocí, potencují vznik požadavků, které se zabývají následujícími cíli:

1. Zabránit negativnímu důsledku vývoje. Tady budou prováděny činnosti sebekpěče, které rezultují z I. a II. a z obecných a zdravotně podmíněných požadavků sebekpěče.
2. Zajistit podmínky a zkušenosti, které mírní a překonávají stávající negativní vlivy na vývoj jedince.

C) Zdravotně podmíněné požadavky sebekpěče

1. Nárokování a zajištění vhodné zdravotnické péče	<ul style="list-style-type: none"> ● rodina/klient by měli znát: vyšetřovací metody, které vedou k průkazu onemocnění GvHD, strategie léčby a její vedlejší účinky, metody podpurné léčby
2. Uvědomit si a rozpoznat důsledky patologických stavů	<ul style="list-style-type: none"> ● znalost: typických klinických projevů těchto patologických stavů, jejich komplikací – schopnost je rozpoznat
3. Efektivní dodržování a provádění naordinovaných zdravotnických opatření	<ul style="list-style-type: none"> ● dodržovat opatření ochranného režimu ● dodržování pravidelných kontrol na ambulanci ● řídit se pokyny a různými doporučeními, týkající se domácího režimu ● pravidelné užívání a znalost léků ● předcházet možným komplikacím a rizikům (infekce, krvácení, nechutenství, hubnutí, dehydratace,...)
4. Uvědomit si, znát a regulovat vedlejší efekty zdravotnických intervencí	<ul style="list-style-type: none"> ● dodržovat přesné zásady a zvláštnosti při užívání léků, znalost nežádoucích a vedlejších účinků ● nebrat, bez porady s lékařem žádné jiné léky
5. Akceptování změny konceptu sebe sama, v souvislosti s určitým zdravotním stavem, který vyžaduje specifickou formu	<ul style="list-style-type: none"> ● změna hodnotové orientace v důsledku onemocnění, akceptování průběhu onemocnění při zvládání běžných denních aktivit ● plnit drobné jednoduché úkoly, budovat sebedůvěru
6. Integrace účinku a podmínek nemoci a postupu léčby do života, který dovolí neustálý osobní rozvoj	viz. vývojové požadavky sebekpěče

SIP č. 1 Problematika GvHD:

- **Projevy:** nedostatek znalostí o této nemoci, počáteční projevy GvHD bývají zejména **na kůži** (pálení, svědění plosek a dlaní, drobné papilózní, makulopapulózní léze, červené až profialovělé zbarvení, icterus)
- pacienti jsou často ohroženi dehydratací z důvodu **postižení sliznice dutiny ústní**, postižení žaludeční a střevní sliznice vyvolává **průjem, nauzeu a zvracení**
- pro pacienty je typická anorexie, **úbytek na váze, malabsorpce, neprospívání**
- **zhoršené vidění**, způsobené keratokonjunktivitidou, fotofobie – zhoršuje klientovu orientaci v prostoru, ovlivňuje soběstačnost a ohrožuje bezpečnost
- **psychické změny** (deprese, úzkost, agrese,...), **kognitivní poruchy** (poruchy soustředění, zapomínání)
- **ztráta fyzické kondice, únava**, svalová slabost ovlivňuje zvládání běžných denních aktivit

Druh požadavku:

1.1. Klient/rodina zná a chápe příčinu vzniku GvHD

KSP/KDP:

1.1. a) zná základní definici GvHD

1.1. b) zná příčiny, vedoucí ke vzniku GvHD

1.1. c) ví, jaké jsou rizikové faktory vzniku GvHD

1.1. d) ví, který systém/orgán je při GvHD postižen

1.1. e) ví, jaký význam má GvHD

1.2. Klient/rodina zná klinické projevy GvHD

KSP/KDP:

1.2. a) zná typické klinické projevy a umí je rozpoznat

1.2. b) ví, jaké jsou základní 2 formy GvHD

1.2. c) ví, za jak dlouho po transplantaci se mohou objevit 1. příznaky

1.2. d) ví, jaké je riziko intenzity vzniku případné GvHD

1.3. Klient/rodina zná vyšetřovací metody, vedoucí k prokázání GvHD

KSP/KDP:

- 1.3. a) zná rozdíl mezi invazivním a neinvazivním vyšetřením
- 1.3. b) ví, která vyšetření mu mohou být provedena
- 1.3. c) zná základní postup vyšetření a jejich význam
- 1.3. d) zná případná rizika prováděných výkonů

1.4. Klient/rodina zná strategie léčby a případné komplikace

KSP/KDP:

1.4. a) zná možnosti léčby GvHD

- 1.4. b) ví, jaká je prevence vzniku GvHD
- 1.4. c) ví, jak léky užívat v domácím prostředí
- 1.4. d) ví, jak dlouho může léčba trvat
- 1.4. e) zná možné komplikace a strategie jejich zvládnání

1.5. Klient/rodina ví, na koho se mohou obrátit v případě nejasných otázek, týkajících se tohoto onemocnění

KSP/KDP:

- 1.5. a) má dostatek doporučené literatury týkající se GvHD
- 1.5. b) ví, jaká sdružení a nadace zabývající se transplantací kostní dřeně existují
- 1.5. c) zná pracoviště, transplantující kostní dřeň v ČR
- 1.5. d) zná kontaktní údaje na své transplantační pracoviště, kam se může v případě potíží obrátit

SIP č. 2 Problematika výživy nemocného s GvHD

- **Projevy:** postižení sliznice dutiny ústní – mukozitida, xerostomie, atrofie jazyka, pálení jazyka, ulcerace v dutině ústní, postižení žaludeční a střevní sliznice vyvolává **průjem, nauzeu a zvracení**
- pro pacienty je typická **anorexie, úbytek na váze, malabsorpce, neprospívání**
- při postižení gastrointestinálního traktu se objevují **průjmy nereagující na odnětí p. o. příjmu**, stolice vodnaté, zelené až krvavé

Druh požadavku:

2.1. Klient/rodina ví, jaké problémy v oblasti výživy se mohou při GvHD objevit

KSP/KDP:

- 2.1. a) ví, jak může být postižena sliznice v dutině ústní, umí tyto změny rozpoznat
- 2.1. b) ví, jak může být postižena žaludeční a střevní sliznice
- 2.1. c) zná typické projevy postižení gastrointestinálního traktu
- 2.1. d) zná rizika spojená s nedostatečným příjmem tekutin a potravy

2.2. Klient/rodina zná zásady správné a dostatečné výživy a dodržuje je

KSP/KDP:

- 2.2. a) zná doporučení správné a kvalitní výživy a dodržuje je
- 2.2. b) ví, jaký by měl být správný jídelníček a jaké živiny by měl obsahovat
- 2.2. c) zná potraviny, které jsou pro něj imunologicky rizikové
- 2.2. d) zná výživové doplňky a roztoky, které jsou k dispozici v lékárnách

2.3. Klient/rodina zná doporučení, která jsou vhodná při nechutenství, nevolnosti a zvracení a řídí se jimi

KSP/KDP:

- 2.3. a) zná zásady vhodného stravování při nevolnosti a zvracení a dodržuje je
- 2.3. b) ví, jak často by měl jíst a jak velké porce
- 2.3. c) zná jídla, která jsou lehce stravitelná
- 2.3. d) zná pokrmy, kterých by se měl v jídelníčku vyvarovat
- 2.3. e) ví, jakou přibližnou teplotu by mělo jídlo mít
- 2.3. f) zná zásady, které je vhodné dodržovat po jídle
- 2.3. g) zná polohu, která je při jídle vhodnější
- 2.3. h) zná metody k odvádění pozornosti od svých potíží

2.4. Klient/rodina zná zásady správného příjmu tekutin a dodržuje je

KSP/KDP:

- 2.4. a) ví, jaké množství tekutin by měl denně vypít
- 2.4. b) zná zásady správného příjmu tekutin
- 2.4. c) zná nápoje, které jsou vhodné k popíjení

2.4. d) ví, jaké nápoje je vhodné pít pro zvýšení chuti k jídlu

2.4. e) zná způsob popíjení nápojů v případě nevolnosti

2.5. Klient/rodina je seznámena se zvláštnosti výživy při léčbě kortikosteroidy

KSP/KDP:

2.5. a) ví, jaké jsou nežádoucí účinky těchto léků

2.5. b) zná jídla, kterých by se měl při užívání léků vyvarovat

2.5. c) zná příznaky zvýšené hladiny cukru v krvi, zná optimální hodnoty glykemie

2.5. d) ví, při kterých potížích, v souvislosti s užíváním těchto léků, by se měl o dietních opatření poradit s lékařem

SIP č. 3 Problematika vyprazdňování

- **Projevy:** typickým projevem GvHD při postižení gastrointestinálního traktu jsou **průjmy nereagující na odnětí p. o. příjmu**, stolice vodnaté, zelené až krvavé
- doprovodným příznakem GvHD může být i **hemoragická cystitida**

Druh požadavku:

3.1. Klient/rodina ví, jaké změny ve vyprazdňování stolice a moče mohou při GvHD nastat a rozpozná je

KSP/KDP:

3.1. a) ví, jaké poruchy ve vyprazdňování stolice a moče mohou nastat

3.1. b) ví, jak tyto potíže souvisejí s příjmem potravy

3.1. c) zná rizika, která mohou nastat při dlouhodobých průjmech

3.1. d) ví, čeho si musí všimnout při vyprazdňování moče a stolice

3.1. e) ví, proč je důležité při všech změnách ve vyprazdňování včas informovat lékaře

3.2. Klient/rodina zná dietní doporučení při průjmech a dodržuje je

KSP/KDP:

3.2. a) ví, v jakém intervalu a jak velké porce by měl jíst při průjmech

3.2. b) zná potraviny, které jsou nadýmavé a špatně stravitelné

3.2. c) zná nápoje, které je vhodné pít při průjmech

3.2. d) ví, která jídla nejsou při průjmech vhodná a jaké potraviny by měl omezit

SIP č. 4 Problematika hygienické péče

- **Projevy:** u nemocných s GvHD je výrazně snížena obranyschopnost, proto je naprosto nutná **denní pečlivá hygiena**, jako ochrana před možným vznikem infekce
- velmi důležitá je péče o dutinu ústní jako **prevence** před vznikem **mukozitidy**
- pacienti mívají **porušenou celkovou koordinaci**, trpí únavou, celkovou slabostí a potřebují pomoc při úkonech denní hygieny
- při postižení očí (keratokonjunktivitida, zhoršené vidění, fotofobie) bývá **zhoršená orientace v prostoru, riziko pádu** – musí být zajištěna bezpečnost při hygieně

Druh požadavku:

4.1. Klient/rodina chápe, že hygienická péče je důležitou součástí ochrany proti infekci

KSP/KDP:

4.1. a) zná opatření, týkající se hygienické péče, která musí dodržovat v období rekonvalescence

4.1. b) ví, jaké jsou zásady správného sprchování

4.1. c) ví, proč a jaké pomůcky musí mít vyčleněné pouze pro sebe

4.1. d) zná dezinfekční prostředky určené na kůži a sliznice

4.1. e) zná zásady správného úklidu v domácnosti a dodržuje je

4.2. Klient/rodina zná správné zásady péče o dutinu ústní

KSP/KDP:

4.2. a) ví, proč je důležitá pečlivá péče o dutinu ústní

4.2. b) ví, jak často si musí čistit zuby a jaký zubní kartáček má používat

4.2. c) zná vhodné ústní vody a dezinfekční prostředky k výplachům dutiny ústní

4.2. d) ví, jak často musí provádět výplach dutiny ústní

4.2. e) ví, jak dlouho by měl ponechat výplachovou tekutinu v ústech

4.2. f) zná pojem mukozitida, její stupně a základní projevy zánětu v dutině ústní

4.3. Klient/rodina zná opatření k zajištění bezpečnosti a dopomoci při provádění hygieny

KSP/KDP:

- 4.3. a) ví, proč a jak by měl zajistit bezpečnost v koupelně a na záchodě
- 4.3. b) zná podpěrné pomůcky, zajišťující bezpečnost v koupelně
- 4.3. c) zná zásady správného a bezpečného holení a stříhání nehtů
- 4.3. f) ví, kdy a v kterých činnostech potřebuje rodina/klient dopomoc nebo úplnou pomoc
- 4.3. g) ví, proč je důležité podporovat nemocného v co největší míře soběstačnosti

SIP č. 5 Problematika pohybové aktivity

- **Projevy:** u pacientů se objevuje **celková únava a snížená tělesná výkonnost** - může přetrvávat i několik měsíců po transplantaci (příčinou může být anémie, poruchy výživy, dlouhodobé užívání některých léků)
- dochází ke **zpomalené regeneraci svalů**, svalová síla se vrací velmi pomalu
- pacienti mívají **porušenou celkovou koordinaci**, pocit nedostatku energie
- jakákoliv delší fyzická aktivita (výlet, nákupy,...) pacienta vyčerpává

Druh požadavku:

5.1. Klient/rodina je seznámena s nežádoucím účinkem kortikosteroidů na svalovou aktivitu

KSP/KDP:

- 5.1. a) zná nežádoucí účinky dlouhodobého užívání kortikosteroidů a umí je rozpoznat
- 5.1. b) ví, k čemu mohou vést tyto nežádoucí účinky
- 5.1. c) ví, jak dlouho tyto vlivy mohou trvat

5.2. Klient/rodina zná zásady správné fyzické aktivity a cvičení

KSP/KDP:

- 5.2. a) ví, proč by se mělo cvičit pravidelně
- 5.2. b) zná doporučení správného cvičení
- 5.2. c) ví, v jakém prostředí není vhodné cvičit a proč
- 5.2. e) zná oblečení, které je vhodné pro pohyb venku

5.3. Klient/rodina zná vhodné pohybové aktivity, které může provádět

KSP/KDP:

5.3. a) zná vhodné aktivity, které se mohou provádět na počátku rekonvalescence

5.3. c) ví, jak může provádět domácí kondiční cvičení

5.3. d) ví, na koho se může v případě nejasností obrátit

5.3. e) ví, kdy může vykonávat i náročné sporty

SIP č. 6 Problematika medikamentózní léčby

- **Projevy:** nedostatek informací týkající se medikamentózní léčby

Druh požadavku:

6.1. Klient/rodina zná léky, které se užívají při léčbě GvHD a zná jejich nežádoucí vedlejší a nežádoucí účinky

KSP/KDP:

6.1. a) zná léky, které se používají k léčbě GvHD

6.1. b) ví, jaký je hlavní účinek a efekt těchto léků

6.1. c) zná lékovou formu, v které mu mohou být léky podávány

6.1. d) ví, proč se při užívání těchto léků sleduje jejich hladina v krvi

6.1. e) umí rozpoznat nežádoucí a vedlejší účinky těchto léků

6.1. f) zná možnost podpůrné léčby

SIP č. 7 Psychosociální problematika

- **Projevy:** objevují se **projevy deprese**: únava, pocit chybění energie, poruchy spánku, uzavřenost, pocity smutku, beznaděje, osamocení, apatie, neklid, negativní myšlenky – o nemoci, smrti...
- **agresivní pocity** vůči svému okolí (podrážděnost, neklid, plačtivost,...)
- v důsledku onemocnění se často objevuje **snížený zájem o cokoliv**
- vážná nemoc zasahuje i nejbližší okolí – starosti, práce, povinnosti musí za nemocného dočasně někdo převzít, **finanční problémy v rodině, strach o nemocného, obavy z budoucnosti**

Druh požadavku:

7.1. Klient/rodina je seznámena s psychickými potížemi, které se mohou objevit v souvislosti s onemocněním

KSP/KDP:

- 7.1. a) zná pojem posttraumatický syndrom a jeho projevy
- 7.1. b) ví, jaké jsou příčiny jeho vzniku
- 7.1. c) ví, na koho se může v případě potíží obrátit

7.2. Klient/rodina zná metody, jak se chránit před depresí

KSP/KDP:

- 7.2. a) zná typické projevy depresivního chování
- 7.2. b) ví, jaký je rozdíl mezi lehčí a těžší depresí
- 7.2. c) ví, proč je důležité vyhledat odbornou pomoc
- 7.2. d) zná způsoby, které jsou vhodné pro udržení duševní rovnováhy
- 7.2. e) ví, jak dlouhý může být průběh deprese
- 7.2. f) zná léky, kterými se deprese a úzkost léčí

7.3. Klient/rodina je seznámena se sociálními a zdravotními službami, které může využívat

KSP/KDP:

- 7.3. a) má informace o možnosti mimořádné podpory sociálního zabezpečení
- 7.3. b) zná organizace, které může požádat o pomoc
- 7.3. c) ví, jaké další služby v místě bydliště může využívat
- 7.3. d) má kontakty na nejbližší služby pomoci

SIP č. 8 Problematika komunikace

- **Projevy:** komunikace může být obtížná:
- u pacientů s plicní formou GvHD v souvislosti s obstrukcí DC a narůstající dušností
- při postižení sliznice dutiny ústní (xerostomie, mukozitida, atrofie jazyka,...), kdy mluvení může klientovi způsobovat značné bolesti
- u depresivních, úzkostných klientů, vlivem strachu z budoucnosti, smrti

Druh požadavku:

8.1. Klient/rodina zná možné příčiny a projevy obtížné komunikace

KSP/KDP:

- 8.1. a) zná příčiny obtížné komunikace
- 8.1. b) rodina zná projevy obtížné komunikace
- 8.1. c) rodina ví, proč musí být trpělivá v komunikaci s klientem

8.2. Klient/rodina zná alternativní formy komunikace

KSP/KDP:

- 8.2. a) rodina ví, proč je při komunikaci důležité využívat oční kontakt
- 8.2. b) rodina ví, proč je důležité při komunikaci s klientem se ho dotýkat
- 8.2. b) rodina zná pojem neverbální komunikace
- 8.2. c) rodina zná a umí používat prostředky neverbální formy komunikace

SIP č. 9 Problematika smyslového vnímání a kognitivních funkcí

- **Projevy:** při GvHD kůže může být narušena schopnost doteku, vnímání tepla a chladu, zhoršená citlivost v prstech - **postižení kůže** se objevuje většinou jako 1. příznak: pálení, svědění plosek a dlaní, drobné papilózní, makulopapulózní léze, červené až profialovělé zbarvení
- **zhoršené vidění**, způsobené keratokonjunktivitidou, fotofobie
- **změna chuti v jídle**
- u pacientů s GvHD může docházet k těmto změnám kognitivních funkcí: **poruchy soustředění, zapomínání...**
- velmi vzácně se může objevit **encefalopatie** v důsledku jaterního selhání

Druh požadavku:

9.1. Klient/rodina zná možné projevy zhoršeného smyslového vnímání

KSP/KDP:

- 9.1. a) ví, jak se zhoršené smyslové vnímání může projevovat
- 9.1. b) zná příčiny, které vedou k narušenému smyslovému vnímání
- 9.1. c) ví, jaké kožní změny mohou nastat
- 9.1. d) uvědomuje si, že jedním z projevů může být zhoršené vidění
- 9.1. e) ví, jaké jsou projevy kognitivních poruch

9.1. f) ví, kde a kdy vyhledat odbornou pomoc při poruchách smyslového vnímání

9.2. Klient/rodina zná správné zásady péče o kůži a oči

KSP/KDP:

9.2. a) ví, proč se musí chránit před účinky přímého slunce

9.2. b) ví, proč jsou spojivky a kůže zvýšeně citlivé

9.2. c) ví, jaký oděv je vhodné nosit při pobytu na slunci

9.2. d) zná vhodné opalovací krémy na nechráněnou kůži a používá je

9.2. e) zná masti a emulze, které se používají k léčbě GvHD kůže

9.2. f) zná metody léčby při postižení očí

SIP č. 10 Problematika komplikací

- **Projevy:** u rozsáhlé plicní formy může dojít v konečném stádiu k **respirační insuficienci**
- při postižení zažívacího traktu – **anorexie, malabsorpce, neprospívání, ileus**
- velmi vzácně se může objevit **encefalopatie** v důsledku jaterního selhání
- při poklesu trombocytů pod bezpečnou hodnotu je klient ohrožen nebezpečným krvácením
- u klienta je velké riziko bakteriální infekce a vzniku sepse

Druh požadavku:

10.1. Klient/rodina zná komplikace, ke kterým může vlivem GvHD dojít

KSP/KDP:

10.1. a) zná komplikace, které mohou nastat u GvHD

10.1. b) ví, jak se tyto komplikace projevují

10.1. c) zná pojmy respirační insuficience, anorexie, sepse, encefalopatie

10.1. d) ví, jaká je prevence těchto komplikací a dodržuje ji

10.1. e) zná metody léčby případných komplikací

2.3.2 Interpretace demografických dat

Součástí dotazníku byly i položky týkající se demografických údajů a informací, které charakterizují zkoumanou skupinu respondentů. Jednalo se o položky č. 27, 28, 29, 30

Položka 27. Jakého jste pohlaví?

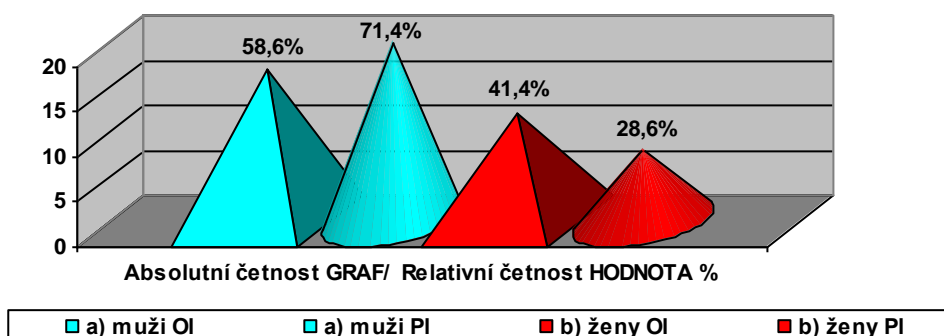
Z 29 (100 %) respondentů ve FNOL odpovědělo 58,6 % (17) muž a 41,4 % (12) žena.

Z 28 (100 %) respondentů ve FNPL odpovědělo 71,43 % (20) muž a 28,57 % (8) žena.

Tabulka 1: Pohlaví respondentů

Interpretace dat k položce č. 27	Olomouc		Plzeň	
Pohlaví respondentů	Absolutní četnost	Relativní četnost %	Absolutní četnost	Relativní četnost %
a) Muž.	17	58,6	20	71,4
b) Žena.	12	41,4	8	28,6
Celkem	29	100	28	100

Graf 1: Pohlaví respondentů



Položka 28. Prosím, napište kolik Vám je let

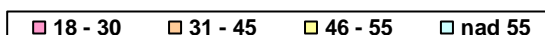
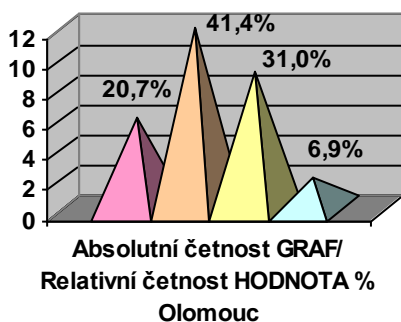
Z 29 (100 %) respondentů ve FNOL se 20,7 % (6) pohybuje ve věkovém rozmezí 18 – 30 let, 41,4 % (12) ve věkovém rozmezí 31 – 45 let, 31,0 % (9) ve věkovém rozmezí 46 – 55 let a ve věku nad 55 let je to 6,9 % (2).

Z 28 (100 %) respondentů ve FNPL se 7,1 % (2) pohybuje ve věkovém rozmezí 18 – 30 let, 14,3 % (4) ve věkovém rozmezí 31 – 45 let, 50,0 % (14) ve věkovém rozmezí 46 – 55 let a ve věku nad 55 let je to 28,6 % (8).

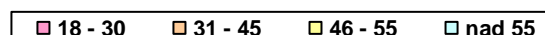
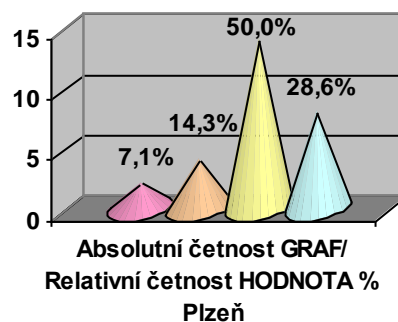
Tabulka 2: Věk respondentů

Interpretace dat k položce č. 28	Olomouc		Plzeň	
Věk respondentů	Absolutní četnost	Relativní četnost %	Absolutní četnost	Relativní četnost %
18 – 30 let	6	2,7	2	7,1
31 – 45 let	12	41,4	4	14,3
46 – 55 let	9	31,0	14	50,0
nad 55 let	2	6,9	8	28,6
Celkem	29	100	28	100

Graf 2a: Věk respondentů Ol



Graf 2b: Věk respondentů Pl



Položka 29. Jak dlouho jste po transplantaci krvetvorných buněk?

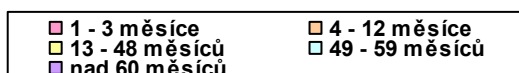
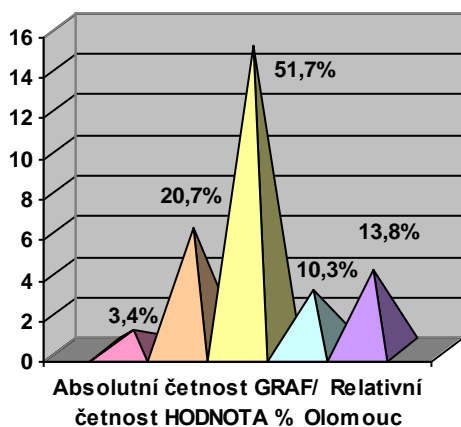
Z 29 (100 %) respondentů ve FNOL se 3,4 % (1) pohybuje v rozmezí doby od transplantace mezi 1 – 3 měsíci, 20,7 % (6) v rozmezí 4 – 12 měsíců, 51,7 % (15) v rozmezí 13 – 48 měsíců, 10,3 % (3) v rozmezí 49 – 59 měsíců a 13,8 % (4) je nad 60 měsíců.

Z 28 (100 %) respondentů ve FNPL se 28,6 % (8) pohybuje v rozmezí doby od transplantace mezi 1 – 3 měsíci, 50 % (14) v rozmezí 4 – 12 měsíců, 21,4 % (6) v rozmezí 13 – 48 měsíců, 0 % (0) v rozmezí 49 – 59 měsíců a 0 % (0) je nad 60 měsíců.

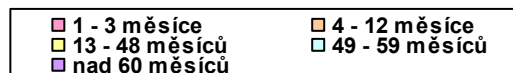
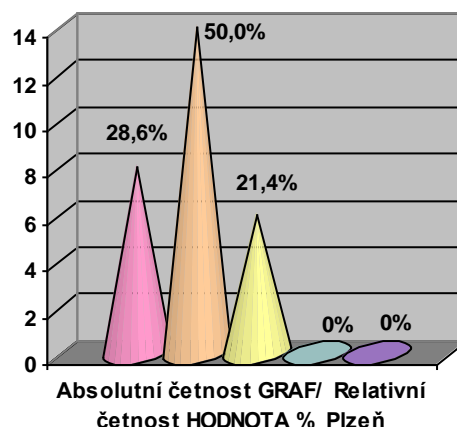
Tabulka 3: Doba od transplantace

Interpretace dat k položce č. 29	Olomouc		Píseň	
	Absolutní četnost	Relativní četnost %	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Doba od transplantace				
1 – 3 měsíce	1	3,4	8	28,6
4 – 12 měsíců	6	20,7	14	50,0
13 – 48 měsíců	15	41,4	6	21,4
49 – 60 měsíců	3	31,0	0	0
nad 60 měsíců	4	6,9	0	0
Celkem	29	100	28	100

Graf 3a: Doba od transplantace Ol



Graf 3b: Doba od transplantace Pl



Položka 30. Kolik vážíte a měříte?

Z uvedených hodnot (váha, výška) byl vypočítán BMI.

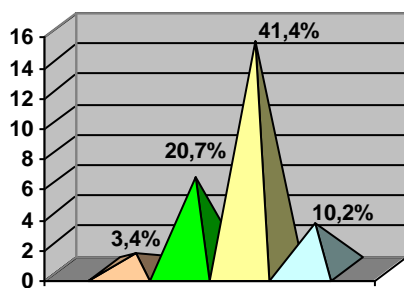
Z 29 (100 %) respondentů ve FNOL má 3,4 % (1) má BMI menší než 18, 20,7% (6) je v rozmezí 18 – 24,9, 41,4 % (15) v rozmezí 25 – 29,9 a 10,2 % (3) se pohybuje v rozmezí 30 – 34,9.

Z 28 (100 %) respondentů ve FNPL má 28,6 % (8) BMI menší než 18, 50,0 % (14) se pohybuje v rozmezí 18 – 24,9, 21,4 % (10) v rozmezí 25 – 29,9 a 0 % (0) je v rozmezí 30 – 34,9.

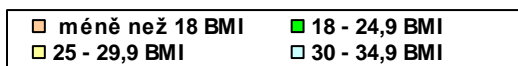
Tabulka 4: BMI

Interpretace dat k položce č. 30		Olomouc		Plzeň	
BMI		Absolutní četnost	Relativní četnost %	Absolutní četnost	Relativní četnost %
méně než 18,5 BMI	podváha	1	3,4	8	28,6
18,5 – 24,9 BMI	norma	6	20,7	14	50,0
25,0 – 29,9 BMI	nadváha	15	41,4	6	21,4
30,0 – 34,9 BMI	obezita 1. stupně	3	10,2	0	0

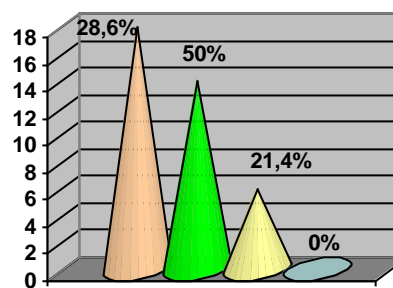
Graf 4a: BMI OI



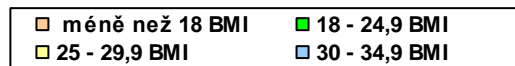
Absolutní četnost GRAF/
Relativní četnost HODNOTA %
Olomouc



Graf 4b: BMI PI



Absolutní četnost GRAF/
Relativní četnost HODNOTA %
Plzeň



2.3.3 Interpretace dat k cíli č. 2

Druhým cílem bakalářské práce bylo zmapovat potíže nemocných s GvHD po alogenní transplantaci. Tohoto cíle se týkala položka dotazníku č. 31.

Položka 31. Jaké potíže se u vás objevily v souvislosti s GvHD.

Položka, kde respondenti mohli uvádět více možných odpovědí.

Ve FNOL mají respondenti v souvislosti s GvHD tyto potíže: 44,8 % (14) potíže v oblasti zažívacího traktu, 48,3 % (14) problémy se zrakem, 31 % (9) problémy s kůží, 31 % (9) ostatní potíže a 20,7 % nemá žádné potíže.

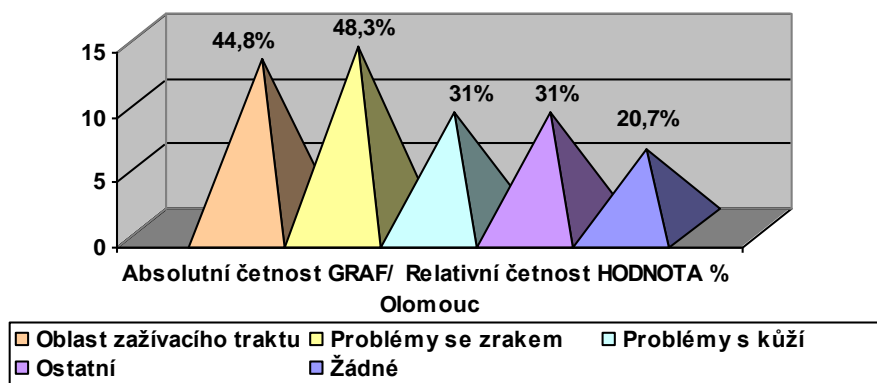
Ve FNPL mají respondenti v souvislosti s GvHD tyto potíže: 50 % (14) potíže v oblasti zažívacího traktu, 7,1 % (2) problémy se zrakem, 42,9 % (13) problémy s kůží, 35,7 % (10) ostatní potíže a 7,1 % (2) nemá žádné potíže.

V grafickém znázornění jsou uvedeny nejčastější potíže respondentů. Tyto potíže jsou rozděleny do jednotlivých oblastí, kterých se problémy týkají. Z grafu je zřejmé, že jeden respondent může mít potíže ve více oblastech.

Tabulka 5a: Nejčastější potíže v souvislosti s GvHD Olomouc

Interpretace dat k položce č. 31	ANO		NE		CELKEM	
	Absolutní četnost	Relativní četnost %	Absolutní četnost	Relativní četnost %	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Nejčastější potíže v souvislosti s GvHD						
Oblast zaživacího traktu	13	44,8	16	55,2	29	100
Problémy se zrakem	14	48,3	15	51,7	29	100
Problémy s kůží	9	31,0	20	69,0	29	100
Ostatní	9	31,0	20	69,0	29	100
Žádné	6	20,7	23	79,3	29	100

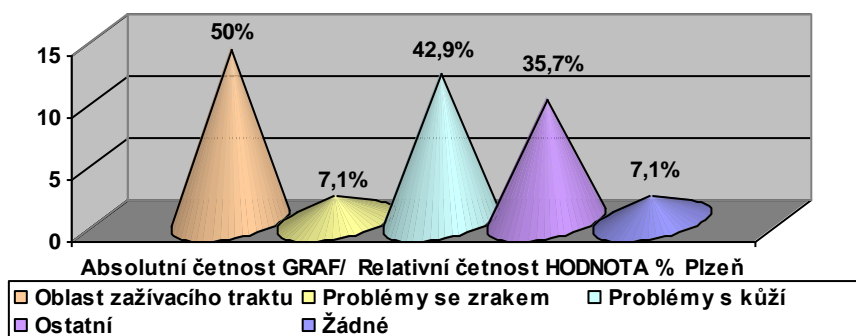
Graf 5a: Nejčastější potíže v souvislosti s GvHD Olomouc



Tabulka 5b: Nejčastější potíže v souvislosti s GvHD Plzeň

Interpretace dat k položce č. 31	ANO		NE		CELKEM	
	Absolutní četnost	Relativní četnost %	Absolutní četnost	Relativní četnost %	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Nejčastější potíže v souvislosti s GvHD						
Oblast zaživacího traktu	14	50,0	14	50,0	28	100
Problémy se zrakem	2	7,1	26	92,9	28	100
Problémy s kůží	12	42,9	16	57,1	28	100
Ostatní	10	35,7	18	64,3	28	100
Žádné	2	7,1	26	92,9	28	100

Graf 5b: Nejčastější potíže v souvislosti s GvHD Plzeň



2.3.4 Interpretace dat k cíli č. 3

Třetím cílem bakalářské práce bylo srovnat kompetence sebeděže klientů s GvHD v oblasti znalosti onemocnění, výživy a vyprazdňování ve Fakultní nemocnici Olomouc a Fakultní nemocnici Plzeň.

Celkové hodnocení úrovně kompetencí sebeděže v oblasti znalosti onemocnění, výživy a vyprazdňování

Z 29 (100 %) respondentů ve FNOL dosáhlo 3,4 % (1) nízké úrovně sebeděže, 48,3 % (14) střední úrovně sebeděže a 48,3 % (14) vysoké úrovně sebeděže.

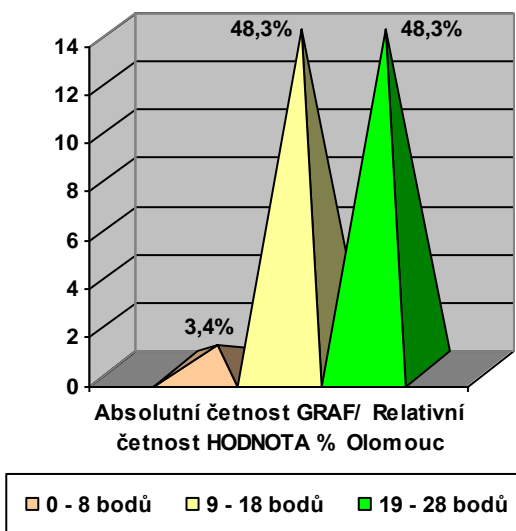
Z 28 (100 %) respondentů ve FNPL dosáhlo 0 % (0) nízké úrovně sebeděže, 64,3 % (18) střední úrovně sebeděže a 35,7 % vysoké úrovně sebeděže.

Tabulka 6: Celková úroveň kompetencí sebeděže

Úroveň znalostí v oblasti sebeděže	Olomouc		Plzeň	
	Absolutní četnost	Relativní četnost %	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Celková úroveň kompetencí sebeděže				
Nízká úroveň sebeděže 0 – 8 bodů	1	3,4	0	0
Střední úroveň sebeděže 9 – 19 bodů	14	48,3	18	64,3
Vysoká úroveň sebeděže 19 – 28 bodů	14	48,3	10	35,7
Celkem	29	100	28	100

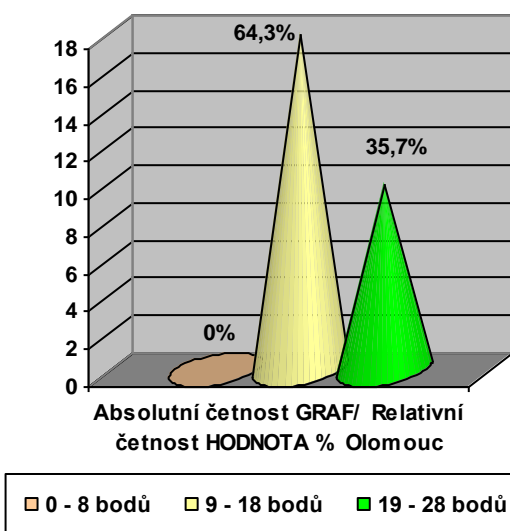
Graf 6a:

Celková úroveň kompetencí sebeděže OI



Graf 6b:

Celková úroveň kompetencí sebeděže PI



Položka 1. Víte, co znamená onemocnění GvHD?

Správná odpověď byla možnost **b) Reakce štěpu proti hostiteli.**

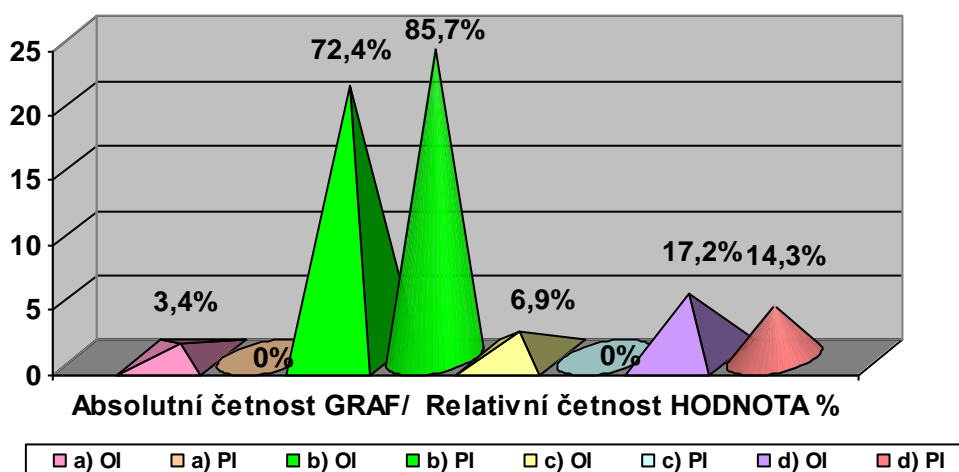
Z 29 (100 %) respondentů ve FNOL odpovědělo správně 72,4 % (21), ostatní uvedli špatnou odpověď: 3,4 % (1) selhání štěpu, 17,2 % (5) reakce proti nádoru či leukémii a 17,2 % (5) odpovědělo nevím.

Z 28 (100 %) respondentů ve FNPL odpovědělo správně 85,7 % (24), ostatní uvedli špatnou odpověď: 0% (0), že se jedná o selhání štěpu nebo reakci proti nádoru či leukémii a 14,3% (4) nevím.

Tabulka 7: Definice GvHD

Interpretace dat k položce č. 1	Olomouc		Plzeň	
	Absolutní četnost	Relativní četnost %	Absolutní četnost	Relativní četnost %
a) Selhání štěpu.	1	3,4	0	0
b) Reakce štěpu proti hostiteli.	21	72,4	24	85,7
c) Reakce proti nádoru či leukémii.	2	6,9	0	0
d) Nevím.	5	17,2	4	14,3
Celkem	29	100	28	100

Graf 7: Definice GvHD



Položka 2. Jaké jsou typické projevy GvHD?

Správná odpověď byla možnost **a) Změny na kůži, postižení sliznice dutiny ústní, průjem, zvracení, zhoršení vidění.**

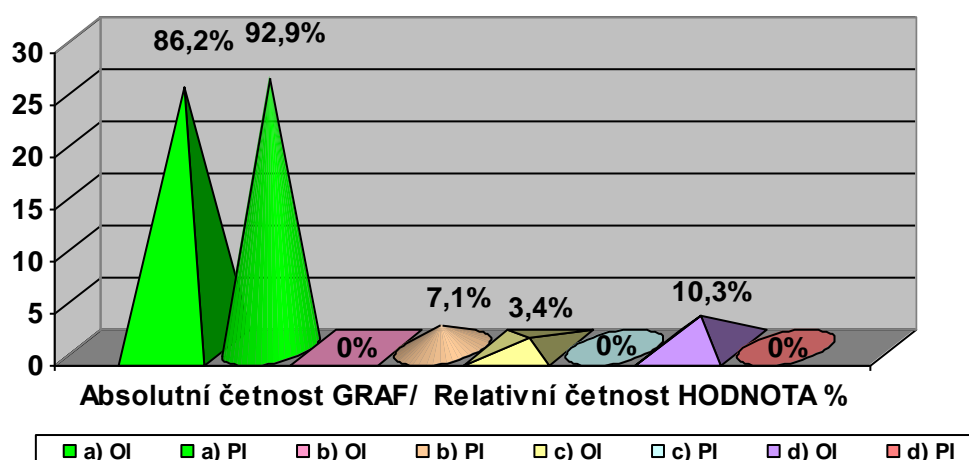
Z 29 (100 %) respondentů ve FNOL odpovědělo správně 86,2 % (25), ostatní uvedli špatnou odpověď: 0 % (0) bolesti hlavy a kloubů, 3,4 % (1) zvýšená chuť k jídlu a velká žízeň a 10,3 % (3) nevím.

Z 28 (100 %) respondentů ve FNPL odpovědělo správně 92,9 % (26), ostatní uvedli špatnou odpověď: 7,1 % (2) bolesti hlavy a kloubů, 0 % (0) zvýšená chuť k jídlu a velká žízeň a 0% (0) nevím.

Tabulka 8: Typické projevy GvHD

Interpretace dat k položce č. 2	Olomouc		Plzeň	
	Absolutní četnost	Relativní četnost %	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Typické projevy GvHD				
a) Změny na kůži, postižení sliznice dutiny ústní, průjem, zvracení, zhoršení vidění.	25	86,2	26	92,9
b) Bolesti hlavy a kloubů.	0	0	2	7,1
c) Zvýšená chuť k jídlu a velká žízeň.	1	3,4	0	0
d) Nevím.	3	10,3	0	0
Celkem	29	100	28	100

Graf 8: Typické projevy GvHD



Položka 3. Který orgán může být při onemocnění GvHD postižen?

Správná odpověď byla možnost **a) Kůže, zažívací trakt, játra, oči.**

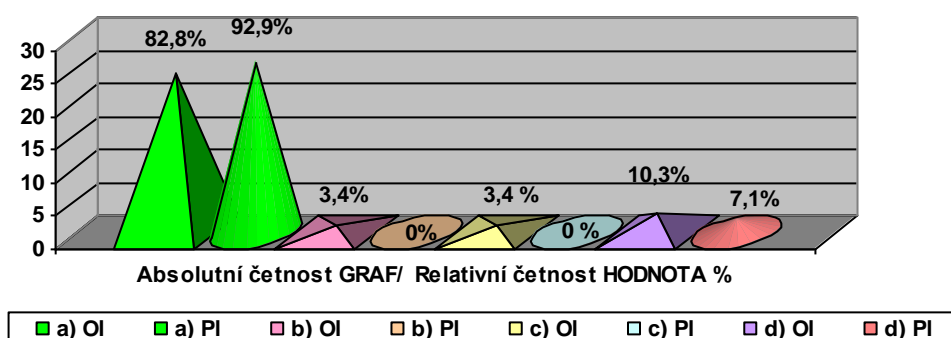
Z 29 (100 %) respondentů ve FNOL odpovědělo správně 82,8 % (24), ostatní uvedli špatnou odpověď: 3,4 % (1) srdce, 3,4 % (1) nadledviny, slinivka břišní, 10,3 % (3) odpovědělo nevím.

Z 28 (100 %) respondentů ve FNPL odpovědělo správně 92,9 % (26), 0 % (0) srdce nebo nadledviny, slinivka břišní a 7,1 % (2) nevím.

Tabulka 9: Orgán, který může být při GvHD postižen

Interpretace dat k položce č. 3	Olomouc		Plzeň	
	Absolutní četnost	Relativní četnost %	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Orgán, který může být při GvHD postižen				
a) Kůže, zažívací trakt, játra, oči.	24	82,8	26	92,9
b) Srdce.	1	3,4	0	0
c) Nadledviny, slinivka břišní.	1	3,4	0	0
d) Nevím.	3	10,3	2	7,1
Celkem	29	100	28	100

Graf 9: Orgán, který může být při GvHD postížen



Položka 4. Které vyšetřovací metody vedou k prokázání GvHD?

Správná odpověď byla možnost **c) Biopsie kůže, jater, endoskopie zažívacího traktu.**

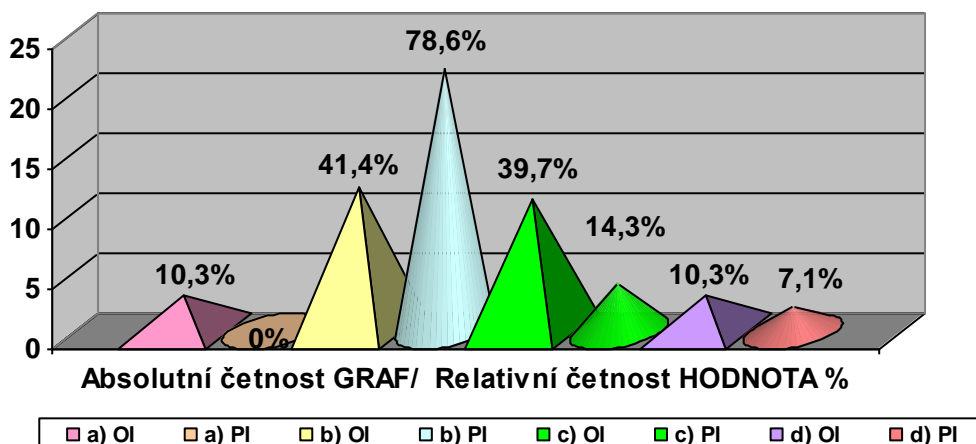
Z 29 (100 %) respondentů ve FNOL odpovědělo správně 37,9 % (11), ostatní uvedli špatnou odpověď: 10,3 % (3) RTG, CT (výpočetní tomografie), 41,4 % (12) laboratorní vyšetření krve a moče a 10,3 % (3) nevím.

Z 28 (100 %) respondentů ve FNPL odpovědělo správně 14,3 % (4), ostatní uvedli špatnou odpověď: 0 % (0) RTG, CT (výpočetní tomografie), 78,6 % (22) laboratorní vyšetření krve a moče, 7,1 % (2) nevím.

Tabulka 10: **Vyšetřovací metody, vedoucí k prokázání GvHD**

Interpretace dat k položce č. 4 Vyšetřovací metody, vedoucí k prokázání GvHD	Olomouc		Plzeň	
	Absolutní četnost	Relativní četnost %	Absolutní četnost	Relativní četnost %
a) RTG, CT (výpočetní tomografie).	3	10,3	0	0
b) Laboratorní vyšetření krve a moče.	12	41,4	22	78,6
c) Biopsie kůže, jater, endoskopie zažívacího traktu.	11	37,9	4	14,3
d) Nevím.	3	10,3	2	7,1
Celkem	29	100	28	100

Graf 10: **Vyšetřovací metody, vedoucí k prokázání GvHD**



Položka 5. Víte, jaké léky se používají k léčbě GvHD?

Správná odpověď byla možnost **b) Imunosupresiva a kortikoidy.**

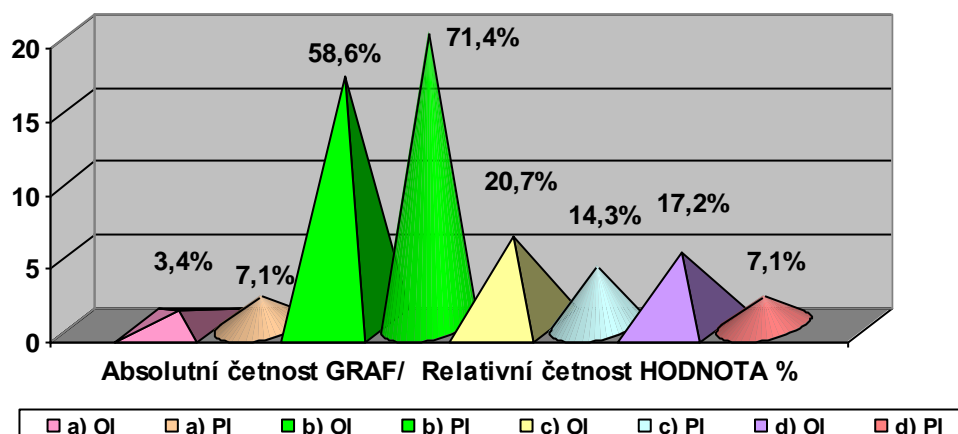
Z 29 (100 %) respondentů ve FNOL odpovědělo správně 58,6 % (17), ostatní uvedli špatnou odpověď: 3,4 % (1) ATB, Antivirotika, 20,7 % (6) cytostatika – chemoterapie a 17,2 % (5) nevím.

Z 28 (100 %) respondentů ve FNPL odpovědělo správně 71,4 % (20), ostatní uvedli špatnou odpověď: 7,1 % (2) ATB, Antivirotika, 14,3 % (4) cytostatika – chemoterapie, a 7,1 % (2) nevím.

Tabulka 11: Léky, které se používají k léčbě GvHD

Interpretace dat k položce č. 5	Olomouc		Plzeň	
Léky, které se používají k léčbě GvHD	Absolutní četnost	Relativní četnost %	Absolutní četnost	Relativní četnost %
a) ATB, Antivirotika.	1	3,4	2	7,1
b) Imunosupresiva a kortikoidy.	17	58,6	20	71,4
c) Cytostatika – chemoterapie.	6	20,7	4	14,3
d) Nevím.	5	17,2	2	7,1
Celkem	29	100	28	100

Graf 11: Léky, které se používají k léčbě GvHD



Položka 6. Jaké formy GvHD znáte?

Správná odpověď byla možnost **a) Akutní i chronickou.**

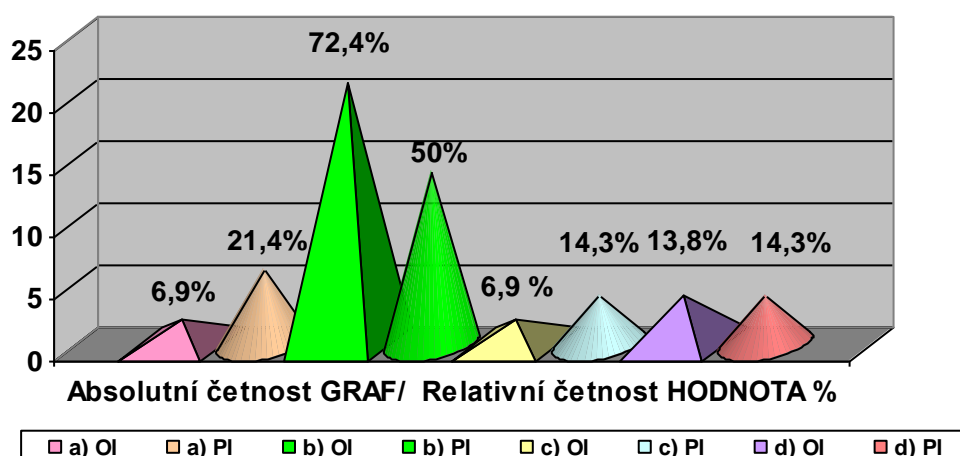
Z 29 (100 %) respondentů ve FNOL odpovědělo správně 72,4 % (21), ostatní uvedli špatnou odpověď: 6,9 % (2) akutní, 6,9 % (4) GvHD nemá žádné formy a 13,8 % (4) nevím.

Z 28 (100 %) respondentů ve FNPL odpovědělo správně 50,0 % (14), ostatní uvedli špatnou odpověď: 21,4 % (6) akutní, 14,3 % (4) GvHD nemá žádné formy a 14,3 % (4) nevím.

Tabulka 12: **Formy GvHD**

Interpretace dat k položce č. 6	Olomouc		Plzeň	
	Absolutní četnost	Relativní četnost %	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Formy GvHD				
a) Akutní.	2	6,9	6	21,4
b) Akutní i chronickou.	21	72,4	14	50,0
c) GvHD nemá žádné formy.	2	6,9	4	14,3
d) Nevím.	4	13,8	4	14,3
Celkem	29	100	28	100

Graf 12: **Formy GvHD**



Položka 7. Víte, na koho se můžete obrátit v případě obtíží spojených s vaším onemocněním?

Správná odpověď byla možnost **b) Ano, mám kontakt na své transplantační pracoviště.**

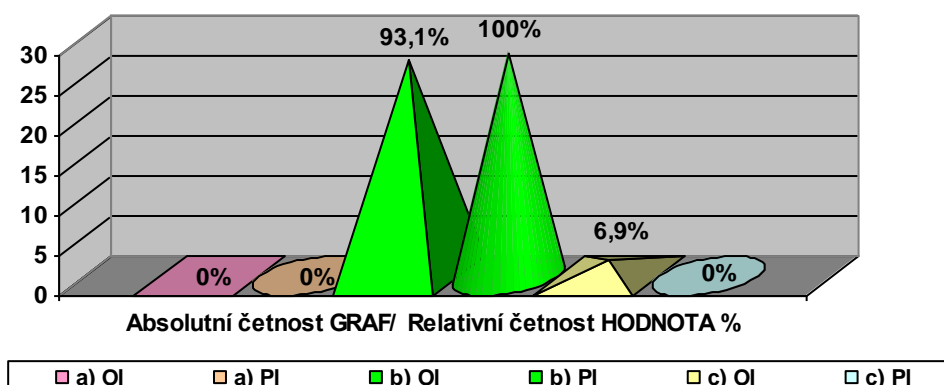
Z 29 (100 %) respondentů ve FNOL odpovědělo správně 93,1 % (27), ostatní uvedli špatnou odpověď: a) 0 % (0) ne, nevěděl/a bych si rady, 6,9 % (2) ano, navštívím svého praktického lékaře.

Z 28 (100 %) respondentů ve FNPL odpovědělo správně 100 % (28) a 0 % (0) nevedlo špatnou odpověď.

Tabulka 13: **Reakce při potížích**

Interpretace dat k položce č. 7	Olomouc		Plzeň	
	Absolutní četnost	Relativní četnost %	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Reakce při potížích				
a) Ne, nevěděl (a) bych si rady.	0	0	0	0
b) Ano, mám kontakt na své transplantační pracoviště.	27	93,1	28	100
c) Ano, navštívím svého praktického lékaře.	2	6,9	0	0
Celkem	29	100	28	100

Graf 13: Reakce při potížích



Položka 8. Jaké problémy v oblasti výživy se mohou při GvHD objevit?

Správná odpověď byla možnost **b) Postižení sliznice v dutině ústní, žaludeční a střevní sliznice.**

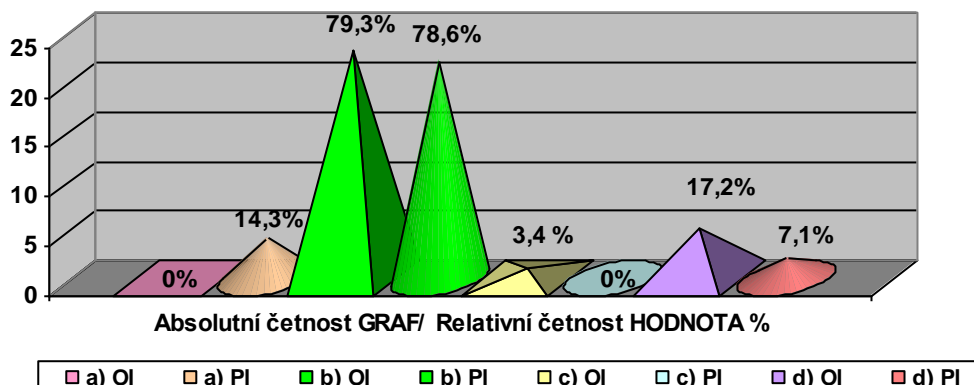
Z 29 (100 %) respondentů ve FNOL odpovědělo správně 79,3 % (23), ostatní uvedli špatnou odpověď: 0 % (0) zvýšená chuť k jídlu a žízeň, 3,4 % (1) nadýmání a plynatost a 17,2 % (5) nevím.

Z 28 (100 %) respondentů ve FNPL odpovědělo správně 78,6 % (22), ostatní uvedli špatnou odpověď: 14,3 % (4) zvýšená chuť k jídlu a žízeň, 0% (0) nadýmání a plynatost a 7,1 % (2) nevím.

Tabulka 14: Problémy v oblasti výživy

Interpretace dat k položce č. 8 Problémy v oblasti výživy	Olomouc		Plzeň	
	Absolutní četnost	Relativní četnost %	Absolutní četnost	Relativní četnost %
a) Zvýšená chuť k jídlu a žízeň.	0	0	4	14,3
b) Postižení sliznice v dutině ústní, žaludeční a střevní sliznice.	23	79,3	22	78,6
c) Nadýmání a plynatost.	1	3,4	0	0
d) Nevím.	5	17,2	2	7,1
Celkem	29	100	28	100

Graf 14: Problémy v oblasti výživy



Položka 9. Znáte zásady správné a dostatečné výživy?

Správná odpověď byla možnost **a) Ano.**

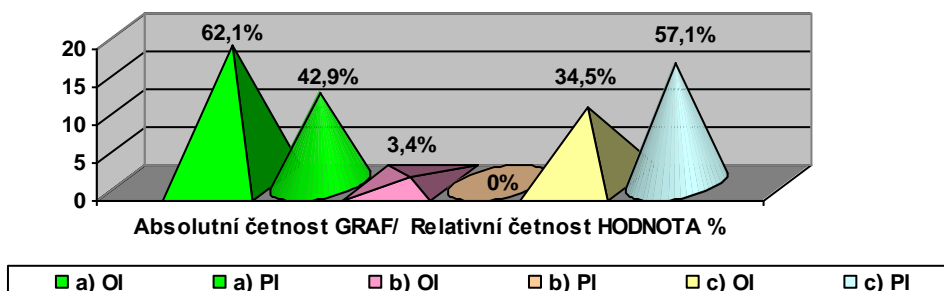
Z 29 (100 %) respondentů ve FNOL odpovědělo správně 62,1 % (18), ostatní uvedli špatnou odpověď: 3,4 % (1) ne a 34,5 % (10) částečně ano.

Z 28 (100 %) respondentů ve FNPL odpovědělo správně 42,9 % (12) ano, ostatní uvedli špatnou odpověď: 0 % (0) ne a 57,1 % částečně ano.

Tabulka 15: **Znalost zásad správné a dostatečné výživy**

Interpretace dat k položce č. 9	Olomouc		Plzeň	
Znalost zásad správné a dostatečné výživy	Absolutní četnost	Relativní četnost %	Absolutní četnost	Relativní četnost %
a) Ano.	18	62,1	12	42,9
b) Ne.	1	3,4	0	0
c) Částečně ano.	10	34,5	16	57,1
Celkem	29	100	28	100

Graf 15: **Znalost zásad správné a dostatečné výživy**



Položka 10. Jaký by měl být správný jídelníček při onemocnění GvHD?

Správná odpověď byla možnost **a) Přiměřeně kalorický, pestrý, vyvážený, bohatý na bílkoviny.**

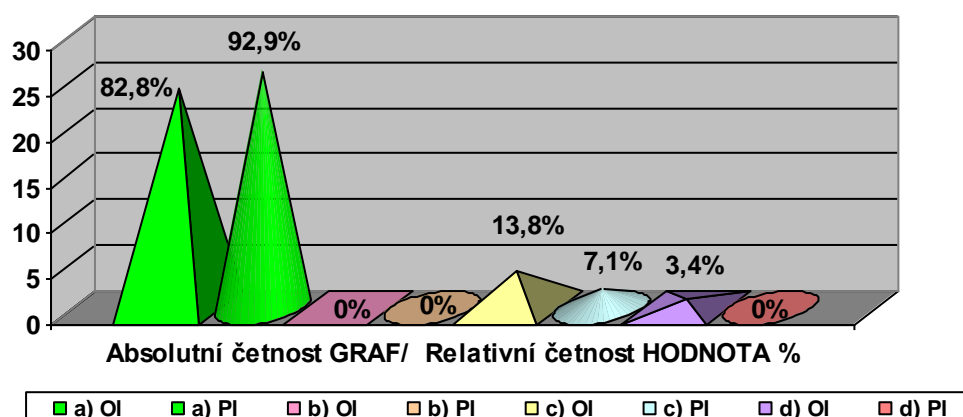
Z 29 (100 %) respondentů ve FNOL odpovědělo správně 82,8 % (24), ostatní uvedli špatnou odpověď: 0 % (0) bohatý na tuky a cukry, 13,8 % (4) můžu jíst úplně všechno, nemusím se omezovat a 3,4 % (1) nevím.

Z 28 (100 %) respondentů ve FNPL odpovědělo správně 92,9 % (26), ostatní uvedli špatnou odpověď: 0 % (0) bohatý na tuky a cukry, 7,1 % (2) můžu jíst úplně všechno, nemusím se omezovat a 0 % (0) nevím.

Tabulka 16: **Správný jídelníček při GvHD**

Interpretace dat k položce č. 10	Olomouc		Plzeň	
Správný jídelníček při GvHD	Absolutní četnost	Relativní četnost %	Absolutní četnost	Relativní četnost %
a) Přiměřeně kalorický, pestrý, vyvážený, bohatý na bílkoviny.	24	82,8	26	92,9
b) Bohatý na tuky a cukry.	0	0	0	0
c) Můžu jíst úplně všechno, nemusím se omezovat.	4	13,8	2	7,1
d) Nevím.	1	3,4	0	0
Celkem	29	100	28	100

Graf 16: Správný jídelníček při GvHD



Položka 11. Setkal (a) jste se již s pojmem „IMUNOLOGICKY RIZIKOVÉ“ potraviny?

Správná odpověď byla možnost **c) Ano, vím o které potraviny jde.**

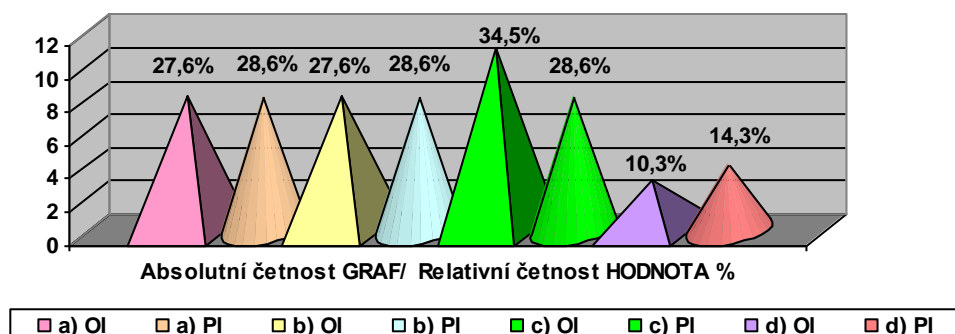
Z 29 (100 %) respondentů ve FNOL odpovědělo správně 34,5 % (11), ostatní uvedli špatnou odpověď: 27,6 % (8) ne, nikdy jsem o tom nic neslyšela, 27,6 % (8) ano, něco málo jsem o tom slyšela a 10,3 % (3) nevím.

Z 28 (100 %) respondentů ve FNPL odpovědělo správně 28,6 % (8), ostatní uvedli špatnou odpověď: 28,6 % (8) ne, nikdy jsem o tom nic neslyšela, 28,6 % (8) ano, něco málo jsem o tom slyšela a 14,3 % nevím.

Tabulka 17: Setkání s imunologicky rizikovými potravinami

Interpretace dat k položce č. 11	Olomouc		Plzeň	
	Absolutní četnost	Relativní četnost %	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Setkání s imunologicky rizikovými potravinami				
a) Ne, nikdy jsem o tom nic neslyšel(a).	8	27,6	8	28,6
b) Ano, něco málo jsem o tom slyšel(a).	8	27,6	8	28,6
c) Ano, vím o které potraviny jde.	11	34,5	8	28,6
d) Nevím.	3	10,3	4	14,3
Celkem	29	100	28	100

Graf 17: Setkání s imunologicky rizikovými potravinami



Položka 12. Jaké potraviny by jste zařadil/a mezi „IMUNOLOGICKY RIZIKOVÉ“?

Správná odpověď byla možnost **b) Plísňové sýry, syrové a polosyrové maso, nedostatečně tepelně zpracovaná vejce, krájené salámy, zmrzlina,....**

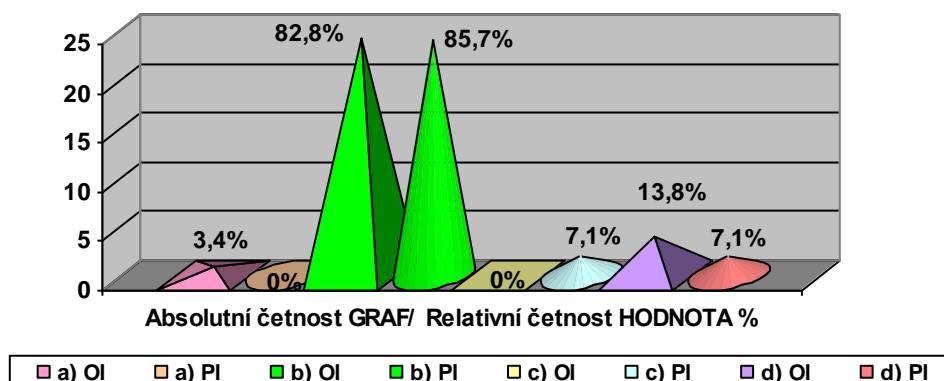
Z 29 (100 %) respondentů ve FNOL odpovědělo správně 82,6 (24, ostatní uvedli špatnou odpověď: 3,4 % (1) brambory, rýže, guláš, kompoty, pomeranče, 0% (0) pečivo – rohlíky, chleba, máslo, med, marmeládu a 13,8 % (4) nevím.

Z 28 (100 %) respondentů ve FNPL odpovědělo správně 85,7 % (24, ostatní uvedli špatnou odpověď: 0 % (0) brambory, rýže, guláš, kompoty, pomeranče, 7,1 % (2) pečivo – rohlíky, chleba, máslo, med, marmeládu a 7,1 % (2) nevím.

Tabulka 18: **Imunologicky rizikové potraviny**

Interpretace dat k položce č. 12	Olomouc		Plzeň	
	Absolutní četnost	Relativní četnost %	Absolutní četnost	Relativní četnost %
a) Brambory, rýže, guláš, kompoty, pomeranče.	1	3,4	0	0
b) Plísňové sýry, syrové a polosyrové maso, nedostatečně tepelně zpracovaná vejce, krájené salámy, zmrzlina,....	24	82,8	24	85,7
c) Pečivo – rohlíky, chleba, máslo, med, marmeládu.	0	0	2	7,1
d) Nevím.	4	13,8	2	7,1
Celkem	29	100	28	100

Graf 18: **Imunologicky rizikové potraviny**



Položka 13. Pokud se u Vás vyskytne nechutenství, nevolnost nebo zvracení, jak upravujete Váš jídelníček?

Správná odpověď byla možnost **d) Jíte pomalu, v klidu, malé porce, nespěcháte.**

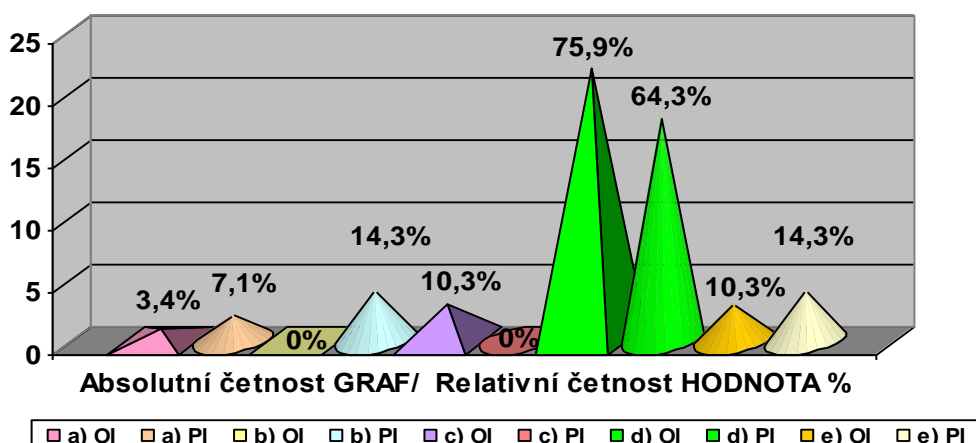
Z 29 (100 %) respondentů ve FNOL odpovědělo správně 75,9 % (22), ostatní uvedli špatnou odpověď: 3,4 % (1) jíte větší porce, méně často, 0 % (0) zařazujete do stravy teplá jídla, 10,3 % (3) jíte více nízkoenergetických nápojů a pokrmů a 10,3 % (3) jiné.

Z 28 (100 %) respondentů ve FNPL odpovědělo správně 64,3 % (18), ostatní uvedli špatnou odpověď: 7,1 % (2) jíte větší porce, méně často 14,3 % (4) zařazujete do stravy teplá jídla 0 % (0) jíte více nízkoenergetických nápojů a pokrmů a 14,3 % (4) jiné.

Tabulka 19: Úprava jídelníčku při nechutenství, nevolnosti a zvracení

Interpretace dat k položce č. 13	Olomouc		Plzeň	
Úprava jídelníčku při nechutenství, nevolnosti a zvracení	Absolutní četnost	Relativní četnost %	Absolutní četnost	Relativní četnost %
a) Jíte větší porce, méně často.	1	3,4	2	7,1
b) Zařazujete do stravy teplá jídla.	0	0	4	14,3
c) Jíte více nízkoenergetických nápojů a pokrmů.	3	10,3	0	0
d) Jíte pomalu, v klidu, malé porce, nespěcháte.	22	75,9	18	64,3
e) Jiné:	3	10,3	4	14,3
Celkem	29	100	28	100

Graf 19: Úprava jídelníčku při nechutenství, nevolnosti a zvracení



Položka 14. Dodržujete zásady správné a dostatečné výživy?

Správná odpověď byla možnost **a) Myslím, že ano.**

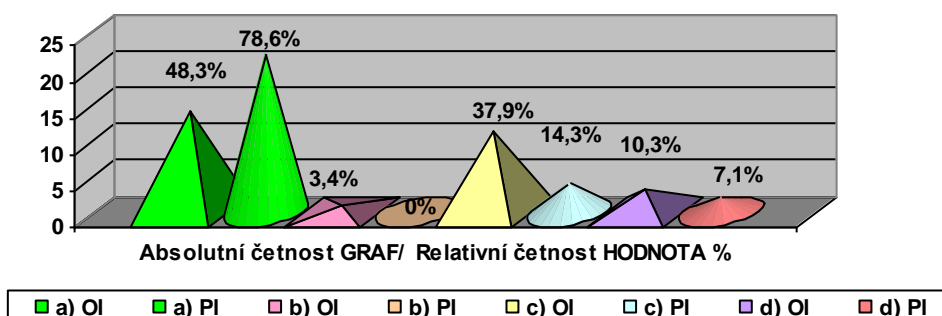
Z 29 (100 %) respondentů ve FNOL odpovědělo správně 48,3 % (14), ostatní uvedli špatnou odpověď: 3,4 % (1) ne, nepovažuji to za důležité, 37,9 % (11) občas a 10,3 % (3) nevím, nejsem schopen (a) posoudit.

Z 28 (100 %) respondentů ve FNPL odpovědělo správně 78,6 % (22), ostatní uvedli špatnou odpověď: 0 % (0) ne, nepovažuji to za důležité, 14,3 % (4) občas a 7,1 % (2) nevím, nejsem schopen (a) posoudit.

Tabulka 20: **Dodržování zásad správné a dostatečné výživy**

Interpretace dat k položce č. 14	Olomouc		Plzeň	
	Absolutní četnost	Relativní četnost %	Absolutní četnost	Relativní četnost %
a) Myslím, že ano.	14	48,3	22	78,6
b) Ne, nepovažuji to za důležité.	1	3,4	0	0
c) Občas.	11	37,9	4	14,3
d) Nevím. Nejsem schopen (a) posoudit.	3	10,3	2	7,1
Celkem	29	100	28	100

Graf 20: **Dodržování zásad správné a dostatečné výživy**



Položka 15. Kolik litrů tekutin denně vypijete?

Správná odpověď byla možnost d) Více jak 2 litry.

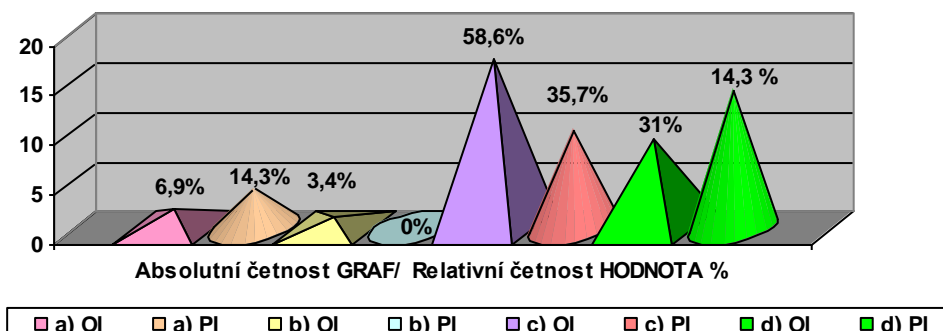
Z 29 (100 %) respondentů ve FNOL odpovědělo správně 31,0 % (9), ostatní uvedli špatnou odpověď: 6,9 % (2) 1 litr, 3,4 % (1) 0,5 litru 58,6 % (17) 2 litry.

Z 28 (100 %) respondentů ve FNPL odpovědělo správně 50 % (14), ostatní uvedli špatnou odpověď: 14,3 % (4) 1 litr, 0 % (0) 0,5 litru a 42,9 % (10) 2 litry.

Tabulka 21: **Denní příjem tekutin**

Interpretace dat k položce č. 15	Olomouc		Plzeň	
	Absolutní četnost	Relativní četnost %	Absolutní četnost	Relativní četnost %
a) 1 litr.	2	6,9	4	14,3
b) 0,5 litru.	1	3,4	0	0
c) 2 litry.	17	58,6	10	35,7
d) Více jak 2 litry.	9	31,0	14	50
Celkem	29	100	28	100

Graf 21: **Denní příjem tekutin**



Položka 16. Které nápoje jsou vhodné k popíjení u GvHD?

Správná odpověď byla možnost **b) Neperlivé nápoje, slabé čaje.**

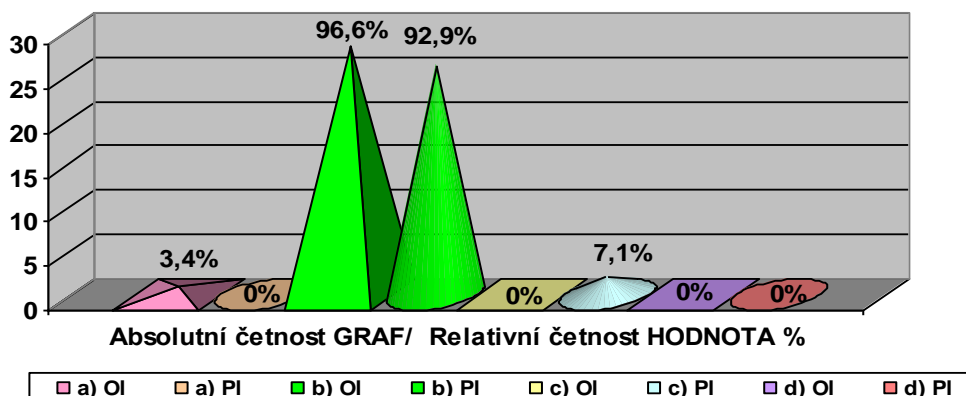
Z 29 (100 %) respondentů ve FNOL odpovědělo správně 96,6 % (28), ostatní uvedli špatnou odpověď: 3,4 % (1) káva, silný čaj, 0 % (0) odpovědělo limonády, perlivé nápoje, nápoje s vyšším obsahem cukru a 0 % (0) nevím.

Z 28 (100 %) respondentů ve FNPL odpovědělo správně 92,9 % (26), ostatní uvedli špatnou odpověď: 0 % (0) káva, silný čaj, 7,1 % (2) limonády, perlivé nápoje, nápoje s vyšším obsahem cukru a 0% (0) nevím.

Tabulka 22a: Nápoje vhodné k popíjení při GvHD

Interpretace dat k položce č. 16	Olomouc		Plzeň	
Nápoje vhodné k popíjení při GvHD	Absolutní četnost	Relativní četnost %	Absolutní četnost	Relativní četnost %
a) Káva, silný čaj.	1	3,4	0	0
b) Neperlivé nápoje, slabé čaje.	28	96,6	26	92,9
c) Limonády, perlivé nápoje, nápoje s vyšším obsahem cukru.	0	0	2	7,1
d) Nevím.	0	0	0	0
Celkem	29	100	28	100

Graf 22a: Nápoje vhodné k popíjení při GvHD



Které nápoje do Vašeho pitného režimu nejčastěji zařazujete Vy?

Položka, kde respondenti mohli uvádět více možných odpovědí.

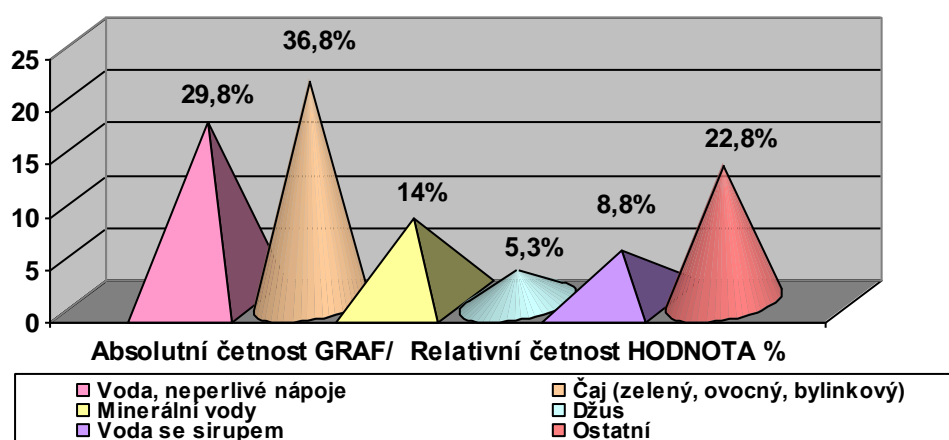
Respondenti z FNOL a FNPL odpověděli 29,8 % (17) voda, neperlivé nápoje, 36,8 % (21) čaj (zelený, ovocný, bylinkový), 14 % (8) minerální vody, 5,3 % (3) džus, 8,8 % (5) voda se sirupem, 22,8 % (13) ostatní nápoje.

V grafickém znázornění jsou uvedeny nejčastější nápoje, které respondenti zařazují do svého pitného režimu. Tyto potíže jsou rozděleny do jednotlivých oblastí, kterých se problémy týkají. Z grafu je zřejmé, že jeden respondent může upřednostňovat více nápojů.

Tabulka 22b: Nejčastěji uváděné nápoje

Nejčastěji uváděné nápoje	ANO		NE		CELKEM	
	Absolutní četnost	Relativní četnost %	Absolutní četnost	Relativní četnost %	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Voda, neperlivé nápoje	17	29,8	40	70,2	57	100
Čaj (zelený, ovocný, bylinkový)	21	36,8	36	63,2	57	100
Minerální vody	8	14,0	49	86,0	57	100
Džus	3	5,3	54	94,7	57	100
Voda se sirupem	5	8,8	52	91,2	57	100
Ostatní	13	22,8	44	77,2	57	100

Graf 22b: Nejčastěji uváděné nápoje



Položka 17. V léčbě GvHD se často užívají léky KORTIKOIDY (např. Prednison, Medrol, Solumedrol,...), jsou to léky, jejichž hlavním účinkem je:

Správná odpověď byla možnost **c) Tlumení zánětu, otoku, imunitních reakcí.**

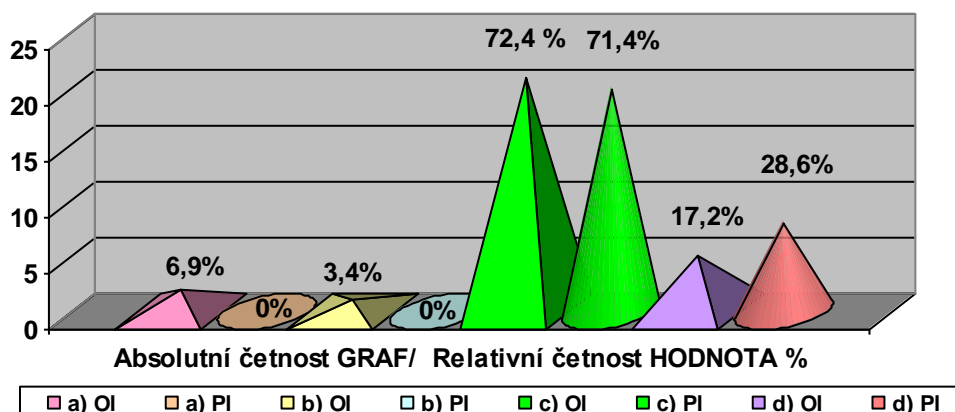
Z 29 (100 %) respondentů ve FNOL odpovědělo správně 72,4 % (21), ostatní uvedli špatnou odpověď: 6,9 % (2) zadržování sodíku v těle, 3,4 % (1) snižování krevního tlaku a 17,2 % (5) nevím.

Z 28 (100 %) respondentů ve FNPL odpovědělo správně 71,4 (20), ostatní uvedli špatnou odpověď: 0 % (0) zadržování sodíku, 0 % (0) snižování krevního tlaku a 28,6 % (8) nevím.

Tabulka 23: Účinek kortikoidů

Interpretace dat k položce č. 17	Olomouc		Plzeň	
	Absolutní četnost	Relativní četnost %	Absolutní četnost	Relativní četnost %
a) Zadržování sodíku v těle.	2	6,9	0	0
b) Snižování krevního tlaku.	1	3,4	0	0
c) Tlumení zánětu, otoku, imunitních reakcí.	21	72,4	20	71,4
d) Nevím.	5	17,2	8	28,6
Celkem	29	100	28	100

Graf 23: Účinek kortikoidů



Položka 18. Při léčbě kortikoidy je důležité omezit v potravě přívod:

Správná odpověď byla možnost **b) Cukrů.**

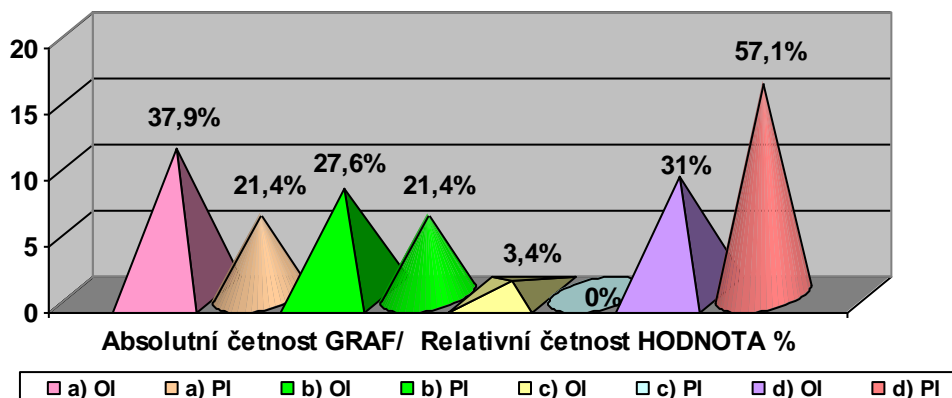
Z 29 (100 %) respondentů ve FNOL odpovědělo správně 27,6 % (8), ostatní uvedli špatnou odpověď: 37,9 % (11) tuků a soli, 3,4 % (1) bílkovin a 31,0 % (9) nevím.

Z 28 (100 %) respondentů ve FNPL odpovědělo správně 21,4 % (6) ostatní uvedli špatnou odpověď: 21,4 % (6) tuků a soli, 0 % (0) bílkovin a 57,1 % (16) nevím.

Tabulka 24: Omezení při léčbě kortikoidy

Interpretace dat k položce č. 18	Olomouc		Plzeň	
	Absolutní četnost	Relativní četnost %	Absolutní četnost	Relativní četnost %
a) Tuků a soli.	11	37,9	6	21,4
b) Cukrů.	8	27,6	6	21,4
c) Bílkovin.	1	3,4	0	0
d) Nevím.	9	31,0	16	57,1
Celkem	29	100	28	100

Graf 24: Omezení při léčbě kortikoidy



Položka 19. Při léčbě kortikoidy se může zvýšit:

Správná odpověď byla možnost a) Hladina krevního cukru.

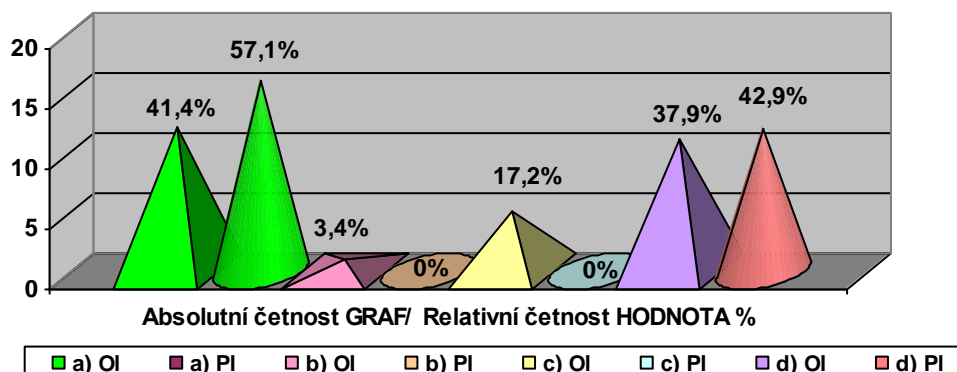
Z 29 (100 %) respondentů ve FNOL odpovědělo správně 41,4 % (12), ostatní uvedli špatnou odpověď: 3,4 % (1) hladina cholesterolu v krvi, 17,2 % (5) hladina draslíku a hořčíku v krvi a 37,9 % (11) nevím.

Z 28 (100 %) respondentů ve FNPL odpovědělo správně 57,1 % (16) hladina krevního cukru, ostatní uvedli špatnou odpověď: 0 % (0) hladina cholesterolu v krvi, 0% (0) hladina draslíku a hořčíku v krvi nebo a 42,9 % (12) nevím.

Tabulka 25: Při léčbě kortikoidy se může zvýšit

Interpretace dat k položce č. 19	Olomouc		Plzeň	
Při léčbě kortikoidy se může zvýšit	Absolutní četnost	Relativní četnost %	Absolutní četnost	Relativní četnost %
a) Hladina krevního cukru.	12	41,4	16	57,1
b) Hladina cholesterolu v krvi.	1	3,4	0	0
c) Hladina draslíku a hořčíku v krvi.	5	17,2	0	0
d) Nevím.	11	37,9	12	42,9
Celkem	29	100	28	100

Graf 25: Při léčbě kortikoidy se může zvýšit



Položka 20. Jaké změny ve vyprazdňování stolice mohou při GvHD nastat?

Správná odpověď byla možnost b) Častým projevem bývá průjem.

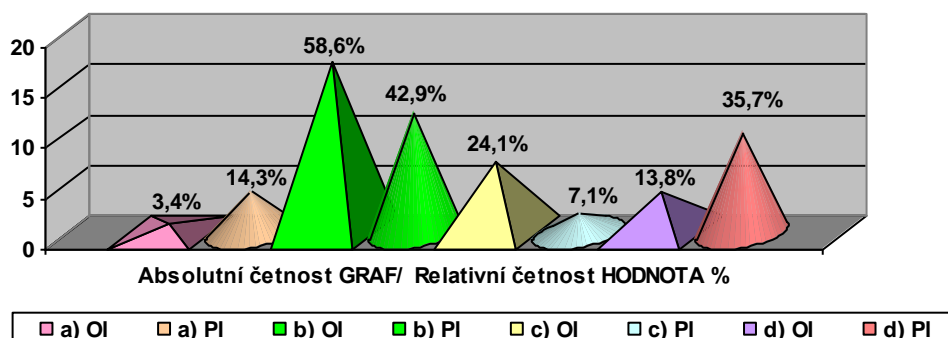
Z 29 (100 %) respondentů ve FNOL odpovědělo správně 58,6 % (17), ostatní uvedli špatnou odpověď: 3,4 % (1) při GvHD nejsou změny ve vyprazdňování, 24,1 % (7) typické je střídání průjmu a zácpy a 13,8 % (4) nevím.

Z 28 (100 %) respondentů ve FNPL odpovědělo správně 42,9 % (12), ostatní uvedli špatnou odpověď: 14,3 % při GvHD nejsou změny ve vyprazdňování, 7,1 % (2) typické je střídání průjmu a zácpy a 35,7 % (10) nevím.

Tabulka 26: Změny ve vyprazdňování stolice při GvHD

Interpretace dat k položce č. 20	Olomouc		Plzeň	
Změny ve vyprazdňování stolice při GvHD	Absolutní četnost	Relativní četnost %	Absolutní četnost	Relativní četnost %
a) Při GvHD nejsou změny ve vyprazdňování.	1	3,4	4	14,3
b) Častým projevem bývá průjem.	17	58,6	12	42,9
c) Typické je střídání průjmu a zácpy.	7	24,1	2	7,1
d) Nevím.	4	13,8	10	35,7
Celkem	29	100	28	100

Graf 26: Změny ve vyprazdňování stolice při GvHD



Položka 21. Co je důležité sledovat při vyprazdňování stolice?

Správná odpověď byla možnost **a) Barvu, množství a konzistenci stolice, frekvenci průjmů.**

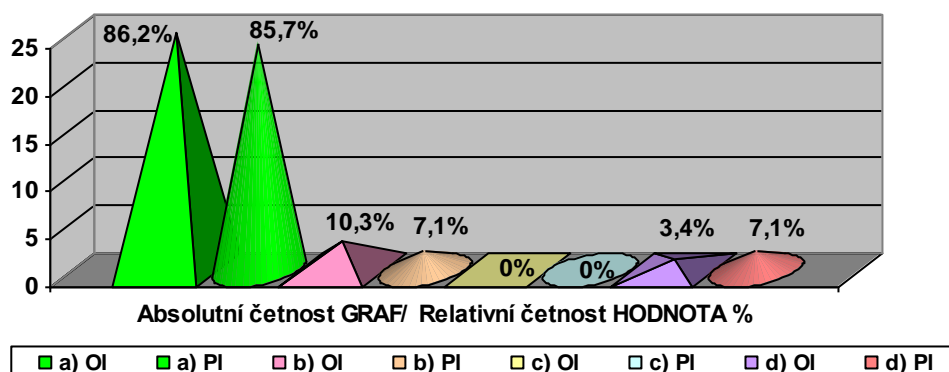
Z 29 (100 %) respondentů ve FNOL odpovědělo správně 86,2 % (25), ostatní uvedli špatnou odpověď: 10,3 % (3) stačí vědět, kdy byla poslední stolice, 0 % (0) vyprazdňování stolice se nemusí sledovat a 3,4 % (1) nevím.

Z 28 (100 %) respondentů ve FNPL odpovědělo správně 85,7 % (24), ostatní uvedli špatnou odpověď: 7,1 % (2) stačí vědět, kdy byla poslední stolice, 0 % (0) vyprazdňování stolice se nemusí sledovat a 7,1 % (2) nevím.

Tabulka 27: Sledování při vyprazdňování stolice

Interpretace dat k položce č. 21	Olomouc		Plzeň	
Sledování při vyprazdňování stolice	Absolutní četnost	Relativní četnost %	Absolutní četnost	Relativní četnost %
a) Barvu, množství a konzistenci stolice, frekvenci průjmů.	25	86,2	24	85,7
b) Stačí vědět, kdy byla poslední stolice.	3	10,3	2	7,1
c) Vyprazdňování stolice se nemusí sledovat.	0	0	0	0
d) Nevím.	1	3,4	2	7,1
Celkem	29	100	28	100

Graf 27: Sledování při vyprazdňování stolice



Položka 22. Souvisejí průjmy při GvHD s příjmem stravy a tekutin?

Správná odpověď byla možnost **c) Ne, strava a tekutiny na výskyt průjmů nemá vliv.**

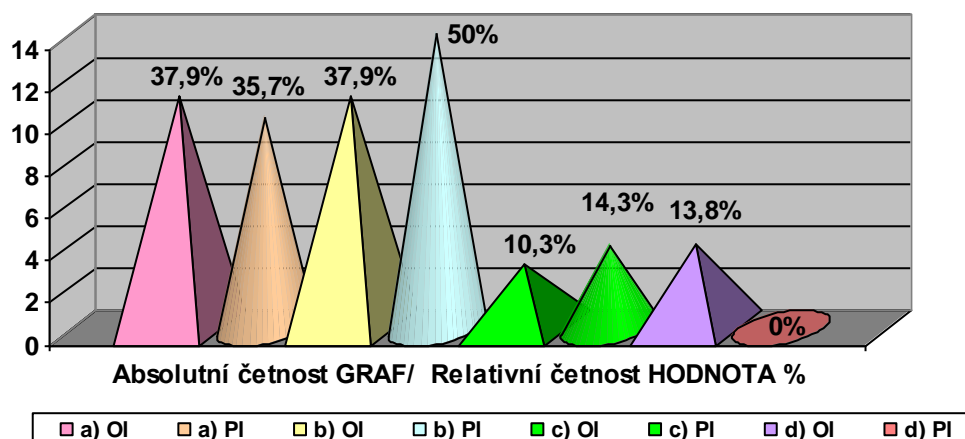
Z 29 (100 %) respondentů ve FNOL odpovědělo správně 10,3 % (3), ostatní uvedli špatnou odpověď: 37,9 % (11) ano, určitě souvisejí, 37,9 % (11) myslím, že je to individuální a 13,8 % (4) nevím.

Z 28 (100 %) respondentů ve FNPL odpovědělo správně 14,3 % (4), ostatní uvedli špatnou odpověď: 35,7 % (10) ano, určitě souvisejí, 50,0 % (14) myslím, že je to individuální a 0 % (0) nevím.

Tabulka 28: Vliv stravy a tekutin na průjmy při GvHD

Interpretace dat k položce č. 22	Olomouc		Píseň	
	Absolutní četnost	Relativní četnost %	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Vliv stravy a tekutin na průjmy při GvHD				
a) Ano, určitě souvisejí.	11	37,9	10	35,7
b) Myslím, že je to individuální.	11	37,9	14	50,0
c) Ne, strava a tekutiny na výskyt průjmů nemá vliv.	3	10,3	4	14,3
d) Nevím.	4	13,8	0	0
Celkem	29	100	28	100

Graf 28: Vliv stravy a tekutin na průjmy při GvHD



Položka 23. Pokud se u Vás vyskytnou průjmy, jak je vhodné upravit jídelníček?

Správná odpověď byla možnost **a) Jíst malé porce jídla, častěji, vynechat tučná, smažená, ostře kořeněná, nadýmavá jídla.**

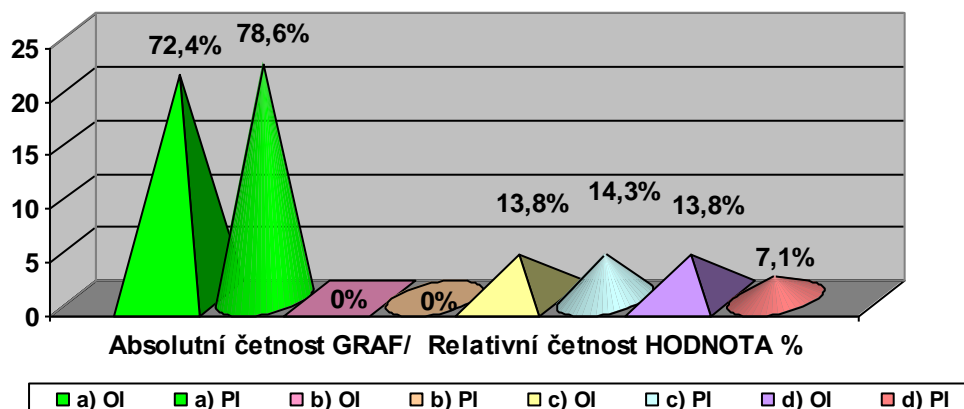
Z 29 (100 %) respondentů ve FNOL odpovědělo správně 72,4 % (21), ostatní uvedli špatnou odpověď: 0 % (0) zvýšit příjem mléka a mléčných výrobků, 13,8 % (4) jíst celozrnné pečivo, müsli a 13,8 % (4) jiné.

Z 28 (100 %) respondentů ve FNPL odpovědělo správně 78,6 % (22), ostatní uvedli špatnou odpověď: 0 % (0) zvýšit příjem mléka a mléčných výrobků, 14,3 % (4) jíst celozrnné pečivo, müsli a 7,1 % (2) jiné.

Tabulka 29: Úprava jídelníčku při průjmech

Interpretace dat k položce č. 23	Olomouc		Plzeň	
	Absolutní četnost	Relativní četnost %	Absolutní četnost	Relativní četnost %
a) Jíst malé porce jídla, častěji, vynechat tučná, smažená, ostře kořeněná, nadýmavá jídla.	21	72,4	22	78,6
b) Zvýšit příjem mléka a mléčných výrobků.	0	0	0	0
c) Jíst celozrnné pečivo, müsli.	4	13,8	4	14,3
d) Jiné:	4	13,8	2	7,1
Celkem	29	100	28	100

Graf 29: Úprava jídelníčku při průjmech



Položka 24. Dodržujete tato opatření, pokud máte průjmy?

Správná odpověď byla možnost **a) Ano, velmi přísně.**

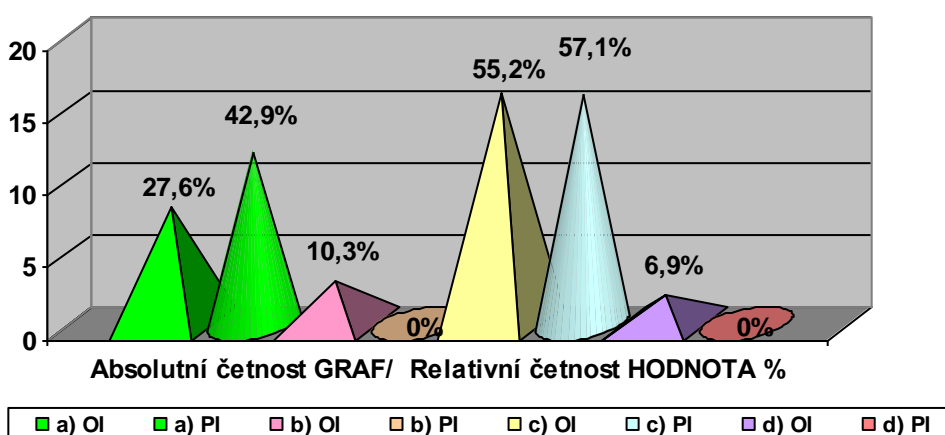
Z 29 (100 %) respondentů ve FNOL odpovědělo správně 27,6 % (8), ostatní uvedli špatnou odpověď: 10,3 % (3) ne, jím úplně normální stravu, 55,2 % (16) ano, ale občas to poruším a 6,9 % (2) nevím.

Z 28 (100 %) respondentů ve FNPL odpovědělo správně 42,9 % (12), ostatní uvedli špatnou odpověď: 0 % (0) ne, jím úplně normální, 57,1 % (16) ano, ale občas to poruším a 0 % (0) nevím.

Tabulka 30: **Dodržování dietních opatření při průjmech**

Interpretace dat k položce č. 24	Olomouc		Plzeň	
Dodržování dietních opatření při průjmech	Absolutní četnost	Relativní četnost %	Absolutní četnost	Relativní četnost %
a) Ano, velmi přísně.	8	27,6	12	42,9
b) Ne, jím úplně normální stravu.	3	10,3	0	0
c) Ano, ale občas to poruším.	16	55,2	16	57,1
d) Nevím.	2	6,9	0	0
Celkem	29	100	28	100

Graf 30: **Dodržování dietních opatření při průjmech**



Položka 25. Které luštěniny se mohou jíst při průjmech?

Správná odpověď byla možnost **c) Nevhodné jsou všechny druhy luštěnin.**

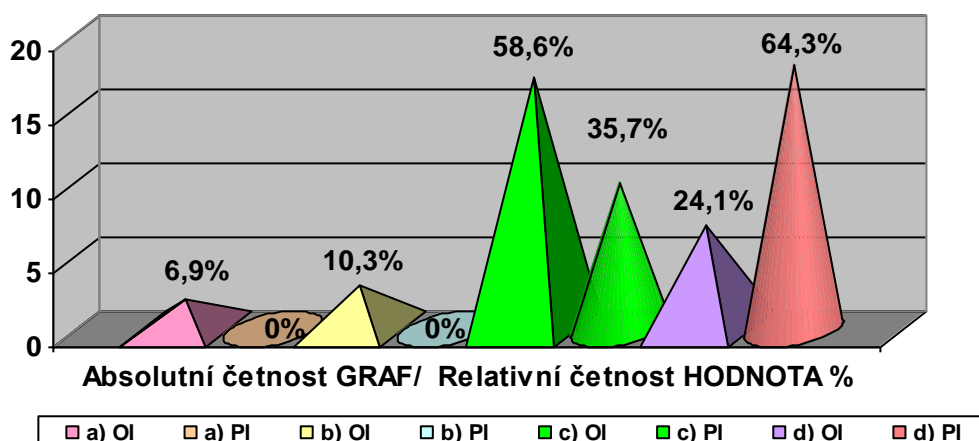
Z 29 (100 %) respondentů ve FNOL odpovědělo správně 58,6 % (17), ostatní uvedli špatnou odpověď: 6,9 % (2) fazole, čočka, 10,3 % (3) sója a 24,1 % (7) nevím.

Z 28 (100 %) respondentů ve FNPL odpovědělo správně 35,7 % (10), ostatní uvedli špatnou odpověď: 0 % (0) fazole, čočka, 0 % (0) sója a 64,3 % (18) nevím.

Tabulka 31: **Luštěniny vhodné při průjmech**

Interpretace dat k položce č. 25	Olomouc		Plzeň	
Luštěniny vhodné při průjmech	Absolutní četnost	Relativní četnost %	Absolutní četnost	Relativní četnost %
a) Fazole, čočka.	2	6,9	0	0
b) Sója.	3	10,3	0	0
c) Nevhodné jsou všechny druhy luštěnin.	17	58,6	10	35,7
d) Nevím.	7	24,1	18	64,3
Celkem	29	100	28	100

Graf 31: Luštěníiny vhodné při průjmech



Položka 26. Víte, co hrozí při déle trvajícím průjmu?

Správná odpověď byla možnost **a) Ztráta tekutin, minerálních látek, vitamínů a stopových prvků.**

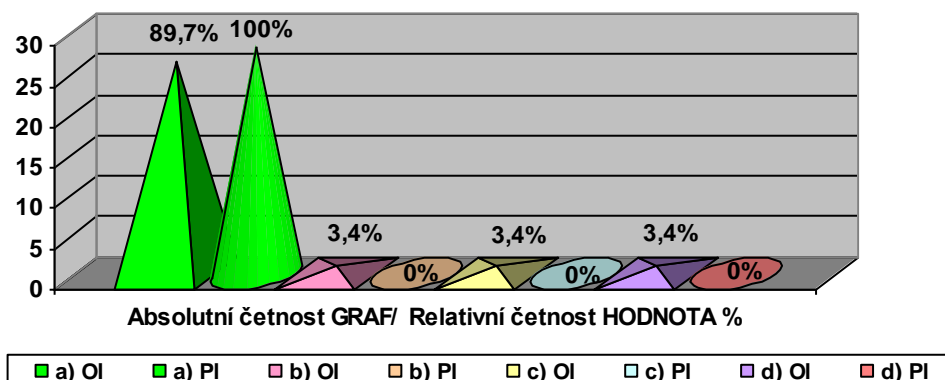
Z 29 (100 %) respondentů ve FNOL odpovědělo správně 89,7 % (26), ostatní uvedli špatnou odpověď: 3,4 % (1) zvýšené teploty až horečky, 3,4 % (1) nehrozí žádné komplikace a 3,4 % (1) nevím.

Z 28 (100 %) respondentů ve FNPL odpovědělo správně 100 % (28) a 0% (0) nevedlo špatnou odpověď.

Tabulka 32: Ohrožení při déletrvajícím průjmu

Interpretace dat k položce č. 26 Ohrožení při déletrvajícím průjmu	Olomouc		Plzeň	
	Absolutní četnost	Relativní četnost %	Absolutní četnost	Relativní četnost %
a) Ztráta tekutin, minerálních látek, vitamínů a stopových prvků.	26	89,7	28	100
b) Zvýšené teploty až horečky.	1	3,4	0	0
c) Nehrozí žádné komplikace.	1	3,4	0	0
d) Nevím.	1	3,4	0	0
Celkem	29	100	28	100

Graf 32: Ohrožení při déletrvajícím



2.3.5 Interpretace dat k cíli č. 4

Čtvrtým cílem bakalářské práce bylo vytvořit **edukační program s názvem: „Problematika GvHD“**, který navazuje na rozpracovanou situační potřebu sebekpěče. Edukační program je určen převážně zdravotním sestřám, které edukují klienty s onemocněním GvHD nebo jejich blízké příbuzné, kteří se budou na péči také podílet.

Edukační program „Problematika GvHD“

TÉMA: Problematika GvHD

- edukace o onemocnění GvHD, projevech, diagnostice a léčbě
- edukace o výživě nemocných s GvHD, zásadách výživy při nevolnosti, nechutenství a zvracení
- edukace o imunologicky rizikových potravinách
- edukace o problémech s vyprazdňováním při GvHD

CÍLE:

- Klient/rodina zná a chápe příčinu vzniku GvHD
- Klient/rodina zná klinické projevy GvHD
- Klient/rodina zná vyšetřovací metody, vedoucí k prokázání GvHD
- Klient/rodina ví, na koho se mohou obrátit v případě nejasných otázek, týkajících se tohoto onemocnění
- Klient/rodina ví, jaké problémy v oblasti výživy se mohou při GvHD objevit
- Klient/rodina zná zásady správné a dostatečné výživy a dodržuje je
- Klient/rodina zná doporučení, která jsou vhodná při nechutenství, nevolnosti a zvracení a řídí se jimi
- Klient/rodina je seznámena se zvláštností výživy při léčbě kortikosteroidy
- Klient/rodina ví, jaké změny ve vyprazdňování stolice a moče mohou při GvHD nastat a rozpozná je
- Klient/rodina zná dietní doporučení při průjmech a dodržuje je

DÍLČÍ CÍLE: Klient / Rodina:

- zná základní definici GvHD
- ví, jaké jsou základní 2 formy GvHD
- zná možnosti léčby GVHD
- ví, jaký by měl být správný jídelníček a jaké živiny by měl obsahovat
- zná potraviny, které jsou pro něj imunologicky rizikové
- ví, jaké množství tekutin by měl denně vypít
- zná nápoje, které jsou vhodné k popíjení
- ví, jak potíže při vyprazdňování souvisejí s příjmem potravy
- zná rizika, která mohou nastat při dlouhodobých průjmech
- ví, čeho si musí všimnout při vyprazdňování stolice

OBSAH:

- 1) Definice GvHD, základní formy onemocnění, typické projevy GvHD
- 2) Diagnostika GvHD a způsob provedení vyšetřovacích metod
- 3) Léčba GvHD, zásady při užívání léků v domácím prostředí
- 4) Výživa, pitný režim, imunologicky rizikové potraviny
- 5) Problémy s vyprazdňováním při GvHD a jejich komplikace, monitoring vyprazdňování stolice

Pomůcky pro klienta:

psací potřeby, blok na poznámky, doporučené informační materiály a literatura

ORGANIZACE PROSTORU:

Nemocniční box (dostatek soukromí, dobré osvětlení místnosti, psací stůl, židle...)

ORGANIZAČNÍ TYP HODINY (forma výuky):

Individuální výuka: edukace sestrou na nemocničním boxu

SEBEREFLEXE KLIENTA:

Vyhodnocení vlastních pocitů, obav na začátku, v průběhu a na konci programu

VÝSTUP:

- Klient adekvátně hodnotí svoje vlastní pocity, myšlenky, poznává svoje slabé stránky a úskalí týkající se vůle, trpělivosti, sebeovládání a snaží se hledat možnosti k odstraňování těchto problémů.
- Klient prokáže dostatek znalostí o tom, co je GvHD, jak se projevuje a jaké má formy.
- Klient prokáže dostatek znalostí o vyšetřovacích metodách, které slouží k diagnostice GvHD.
- Klient prokáže dostatek znalostí o léčbě a způsobu užívání léků při GvHD.
- Klient prokáže dostatek znalostí o výživě, pitném režimu a imunologicky rizikových potravinách.
- Klient prokáže dostatek znalostí o problematice vyprazdňování při GvHD.
- Klient prokáže dostatek znalostí při sledování vyprazdňování stolice.

Úkoly pro klienta k sebereflexi:

1. Zkontrolujte, zda se vyplnilo Vaše očekávání, které jste měl (a) na počátku edukačního programu.
2. Zkontrolujte, zda Vám byly v průběhu edukace efektivně zodpovězeny všechny dotazy.
3. Zamyslete se nad tím, které nejasnosti, nejistoty, pochybnosti se u Vás objevily v průběhu edukace a případně si o nich pohovořte se sestrou.
4. Zhodnoťte, zda se snížily vaše obavy z neznámé problematiky.

2.3.6 Interpretace dat k cíli č. 5

Pátým cílem bakalářské práce bylo vytvoření edukačního letáku s názvem: „Problematika GvHD“, který by byl k dispozici klientům s GvHD. Edukační leták je opět zpracován dle situační potřeby sebestaršání. Klientům s GvHD poskytnete informace o problematice onemocnění, výživě a vyprazdňování při onemocnění GvHD.

Bude k dispozici klientům s GvHD na Hemato-onkologické klinice FN Olomouc a Hematologicko-onkologického oddělení FN Plzeň. V bakalářské práci je umístěn ve formátu A4 jako příloha č. 2 na s. iv.

3 DISKUZE

Bakalářská práce se zabývá problematikou sebepéče u nemocných s GvHD po alogenní transplantaci. V této práci jsme společně s R. Halmo vytvořily katalog situačních problematik a rozpracovaly situační potřebu sebepéče u nemocných s GvHD. A na základě toho vytvořily položky dotazníkového šetření. Cílem výzkumného šetření bylo zmapovat problémy nemocných s GvHD po alogenní transplantaci a srovnat kompetence sebepéče klientů s GvHD v oblasti znalosti onemocnění, výživy a vyprazdňování ve Fakultní nemocnici Olomouc a Plzeň.

První cíl práce měl za úkol sestavit situační potřebu sebepéče u nemocných s GvHD. „Pro posouzení a diagnostiku byly použity koncepty sebepéče (Dorothee E. Oremové), které umožňují odhalit a definovat problémy pacienta a tím i stanovit potřebu (sebe)péče, kterou pacient vykazuje“ (Halmo, s. 71, 2006).

Nejprve jsme odvodili vliv GvHD na požadavky sebepéče. Ze získaných údajů byly odvozeny deficity sebepéče a formulovány problémy (situační problematiky SIP). Bylo navrženo jejich řešení s konkrétním vypracováním činností, které by měli klienti s GvHD znát, osvojit si, aby změněnou situaci zvládli. Pro přehlednost uvedeme jen výčet problémů, jež v sobě ještě zahrnují druhy požadavků a konkrétní činnosti sebepéče (co má klient s GvHD vědět, být schopen rozhodnout a také umět provést) pro překonání problému (Halmo, s. 73, 2006).

Celkem bylo stanoveno 10 situačních problematik u nemocných GvHD a to v těchto oblastech: Problematika znalosti GvHD, problematika výživy nemocného s GvHD, problematika vyprazdňování, problematika hygienické péče, problematika pohybové aktivity, problematika medikamentózní léčby, psychosociální problematika, problematika komunikace, problematika smyslového vnímání a kognitivních funkcí a problematika komplikací.

Podrobněji jsou projevy a potřeba sebepéče nemocného s GvHD zpracovány v kapitole 2.3.1.

Pro splnění cílů 2 a 3 sloužilo dotazníkové šetření, kterého se účastnili klienti s akutní či chronickou GvHD, kteří byli po alogenní (příbuzenské nebo nepříbuzenské) transplantaci. Soubor tvořilo 57 respondentů. Jednalo se o respondenty z Fakultní nemocnice Olomouc, kterých bylo 29 a z Fakultní nemocnice Plzeň, kterých bylo 28. Z obecných informací nás zajímalo pohlaví respondentů, jejich věk, doba od transplantace (uváděná v měsících), výška a váha, z kterých byl vypočítán BMI. Výzkumného šetření ve Fakultní nemocnici Olomouc se zúčastnilo 58,6 % (17) mužů a 41,4 % (12) žen, ve Fakultní nemocnici Plzeň 71,43 % (20) mužů a 28,57 % (8) žen.

Věková hranice dotazovaných respondentů se pohybovala nejčastěji v rozmezí 31 – 45 let ve FNOL (41,4 %) a v rozmezí 46 – 55 let (50,0 %) ve FNPL.

Doba od transplantace se u respondentů nejčastěji pohybovala v rozmezí 13 – 48 měsíců (51,7 %) ve FNOL a v rozmezí 4 – 12 měsíců (50,0 %) ve FNPL. Ve FNOL mělo 3,4 % (1) respondentů BMI menší než 18, 20,7% (6) mělo normální tělesnou hmotnost, 41,4 % (15) trpělo nadváhou a dokonce 10,2 % (3) se pohybovalo v rozmezí 30 – 34,9 a spadalo tedy do kategorie obezity.

Ve FNPL už byly hodnoty značně odlišné. Zde mělo 28,6 % (8) respondentů BMI menší než 18, 50,0 % (14) se pohybovalo v normě, pouze 21,4 % (10) respondentů bylo v kategorii nadváhy a 0 % (0) bylo obézních.

Druhý cíl práce měl za úkol zmapovat problémy nemocných s GvHD po alogenní transplantaci. Ve FNOL z 29 (100 %) respondentů jako nejčastější problém uvádělo 48,3 % (14) respondentů problémy se zrakem, 44,8 % (13) potíže v oblasti zažívacího traktu, 31 % (9) problémy s kůží, 31 % (9) ostatní potíže a 20,7 % nemá žádné potíže. Ve FNPL z 28 (100 %) respondentů jako nejčastější problém v souvislosti s GvHD uvádělo 50 % (14) respondentů potíže v oblasti zažívacího traktu, 7,1 % (2) problémy se zrakem, 42,9 % (13) problémy s kůží, 35,7 % (10) ostatní potíže a 7,1 % (2) nemá žádné potíže.

Z problémů v oblasti zažívacího traktu uváděli respondenti nejčastěji průjem, nechutenství, zvracení, postižení sliznice v dutině ústní (suchost, afty, problémy s polykáním, pocit opařeného jazyka), zácpu, nadýmání a hubnutí. Co se týká problémů s kůží, tak nejčastěji dotazovaní respondenti zmiňovali svědění, suchost, loupání, zhnědnutí kůže, červenání dlaní, sklerodermie a exantém. Problémy se zrakem se týkaly hlavně pálení, suchosti očí, poškození rohovky, šedého zákalu a zhoršeného vidění. Z ostatních potíží uváděli respondenti nervozitu, únavu, lomivost nehtů, úbytek svalové hmoty, zhoršené jatrní testy, pneumonie, postižení a bolesti kostí a kloubů, omezenou mobilitu, febrilie, vysychání nosní dutiny a chronickou rýmu, postižení nervů na horní končetině, diabetes mellitus, dušnost a ztrátu fyzické kondice.

Podobné výsledky uvádí i Švojgrová (2006, s. 71-72) v publikaci „Transplantace kostní dřeně: Průvodce Vaší léčbou.“ Zmiňuje zde typické projevy na kůži (nenápadné začervenání, neobvyklé pálení dlaní a chodidel, vyrážka na větší části těla, výjimečně puchýře). Dále problémy v zažívací trubici (postižení žaludeční a střevní sliznice) a v játrech. Jako chronické projevy GvHD zde uvádí postižení kůže (suchá, olupující se, začervenala, může svědit), sucho v ústech (nedostatek slin, potíže s polykáním), pálení a sucho v očích. Tyto potíže u našich respondentů

dominovaly hlavně u těch, kteří byli více jak 12 měsíců od transplantace, což také potvrzuje, že se jedná o projevy cGvHD.

Třetí cíl práce měl za úkol srovnat úroveň kompetencí sebeděče klientů s GvHD v oblasti znalosti onemocnění, výživy a vyprazdňování ve Fakultní nemocnici Olomouc a Plzeň. Ve FNOL z 29 (100 %) respondentů dosáhlo 3,4 % (1) respondentů nízké úrovně sebeděče, 48,3 % (14) respondentů vykazovalo střední úroveň sebeděče a 48,3 % (14) dosáhlo dokonce vysoké úrovně sebeděče.

Ve FNPL z celkového počtu respondentů 28 (100 %) ani jeden z dotazovaných respondentů nedosáhl nízké úrovně sebeděče, 64,3 % (18) respondentů dosáhlo střední úrovně sebeděče a 35,7 % (10) vysoké úrovně sebeděče.

Podíváme-li se na jednotlivé kompetence sebeděče, tak co se týká **znalosti onemocnění GvHD**, dosáhla lepších výsledků FNPL, kde z celkového počtu respondentů 28 (100 %) odpovědělo 85,7 % (24) respondentů, že se jedná o reakci štěpu proti hostiteli. Zatímco ve FNOL z celkového počtu 29 (100 %) takto odpovědělo pouze 72,4 % (21) respondentů. Obdobné byly výsledky i u položky, týkající se typických projevů GvHD. Ve FNPL odpovědělo 92,9 % (26) respondentů, že jsou to změny na kůži, postižení sliznice dutiny ústní, průjem, zvracení, zhoršení vidění. Ve FNOL je o tom přesvědčeno 86,2 % (25) respondentů. Domníváme se, že takto výborné výsledky je možné přisuzovat vlastní zkušeností nemocných s projevy onemocnění. Což souvisí i s typickými projevy GvHD, které respondenti těchto zařízení uváděli. Vynikajících výsledků bylo dosaženo i u položky znalosti, který orgán může být při GvHD postižen. Ve FNPL uvádělo 92,9 % (26), že bývá postižena kůže, zažívací trakt, játra, oči. Téměř totožně odpovídali respondenti ve FNOL, kde takto odpovědělo 82,8 % (24) respondentů.

Nepříznivé výsledky jsme zaznamenali u položky, která zjišťovala, jaké vyšetřovací metody vedou k prokázání GvHD. Tyto výsledky byly závažnější v obou zdravotnických zařízeních. Ve FNPL odpovědělo 78,6 % (22) respondentů, že je to laboratorní vyšetření krve a moče, pouze 14,3 % (4) respondentů uvádí správně, že se jedná o biopsii kůže, jater, endoskopie zažívacího traktu. Ve FNOL se 41,4 % (12) respondentů domnívá, že je to laboratorní vyšetření krve a moče a pouze 37,9 % (11) respondentů odpovědělo správně. Možná je tento mýtus u klientů ovlivněn tím, že mezi nejčastější vyšetření, které absolvují jak v ambulancích, tak na lůžkových odděleních jsou právě odběry krve a moče. Zde by měla být provedena správná edukace hlavně ze strany lékařů, kteří by měli klienty seznámit s diagnostikou GvHD. Poměrně očekávatelné výsledky byly zaznamenány u položky, zjišťující léčbu GvHD, kde ve FNPL odpovědělo 71,4 % (20) respondentů, že se používají Imunosupresiva a

kortikoidy, ve FNOL takto odpovědělo 58,6 % (17) respondentů. Za zmínku stojí i počet respondentů, kteří se domnívají, že se jedná o cytostatika – chemoterapii. Ve FNOL to bylo 20,7 % (6) a ve FNPL 14,3 % (4) respondentů. V podvědomí u většiny lidí stále převládá myšlenka, že nádorová onemocnění se léčí pouze cytostatiky, což potvrzují i naše výsledky. Ve znalosti forem GvHD dosáhla lepších výsledků FNOL, kde 72,4 % (21) respondentů uvádí, že zná akutní a chronickou. Ve FNPL je stejného názoru 50,0 % (14) respondentů. Vynikajících výsledků bylo dosaženo u položky, která zjišťovala, zda si klienti budou vědět rady při potížích. Ve FNPL odpovědělo celých 100,0 % (28) respondentů ano, mám kontakt na své transplantační pracoviště. Pozadu nezůstává ani FNOL, kde stejně odpovědělo 93,1 % (27) respondentů.

Při srovnání úrovně kompetencí sebeděče **v oblasti znalosti onemocnění GvHD** mezi respondenty FNOL a FNPL jsme zjistili, že **lepších výsledků dosáhla FNPL**. V položkách dotazníku 1 – 7 odpověděla FNPL lépe 5 x (71,4 %), zatímco FNOL pouze 2 x (28,6 %).

Co se týká **zjišťování kompetencí sebeděče v oblasti výživy**, tak na položku, která pátrala po problémech v oblasti výživy při GvHD, odpovědělo ve FNOL 79,3 % (23), že se jedná o postižení sliznice v dutině ústní, žaludeční a střevní sliznice. Obdobně tomu bylo i ve FNPL, kde takto odpovědělo 78,6 % (22) respondentů. 62,1 %, (18) respondentů z FNOL zná zásady správné a zdravé výživy. Ve FNPL už tak příznivé výsledky nebyly, znalost uvádí pouze 42,9 % (12) respondentů. Je potěšující, že ve FNPL 78,6 % (22) respondentů tyto zásady dodržuje. Ve FNOL zásady správné a zdravé výživy dodržuje pouze 48,3 % (14) respondentů. Zde jsou poměrně velké rozdíly mezi FNOL a FNPL. Otázkou zůstává, jaké zásady klienti dodržují, když tolik z nich přiznává jejich neznalost. Velmi překvapivá byla znalost imunologicky rizikových potravin, a to v obou zdravotnických zařízeních. Ve FNOL tyto potraviny zná 34,5 % (11). Ve FNPL to bylo ještě méně – pouze 28,6 % (8) respondentů. Stejný počet respondentů - 28,6 % (8) ve FNPL ale o těchto potravinách vůbec nikdy neslyšela. Zjištěné výsledky jsou zarážející, protože o těchto potravinách se zmiňuje většina publikací, které mají klienti k dispozici. Lepší výsledky vykazovali respondenti znalostí vyjmenovaných imunologicky rizikových potravin. Ve FNPL správně odpovědělo 85,7 % (24) respondentů, že jsou to plísňové sýry, syrové a polosyrové maso, nedostatečně tepelně zpracovaná vejce, krájené salámy, zmrzlina. Ve FNOL je stejného názoru 82,6 % (24) respondentů. Dále stojí za zmínku položka, zjišťující denní příjem tekutin. Zde je na tom lépe Plzeň, kde odpovědělo 50 % (14) respondentů, že přijímá více jak 2 litry tekutin. Ve FNOL už výsledky nebyly tak pozitivní. Pouze 31,0 % (9) respondentů přijímá více jak 2 litry

tekutin. O to lepší byly výsledky týkající se položky, jaké jsou vhodné nápoje k popíjení. Tady byly i poměrně vyrovnané výsledky mezi FNOL a FNPL. Ve FNOL uvedlo 96,6 % (28) respondentů neperlivé nápoje, slabé čaje. Ve FNPL je stejného názoru 92,9 % (26) respondentů. Uspokojivé byly znalosti respondentů v oblasti vhodných nápojů, které zařazují do svého pitného režimu. Ve FNOL a FNPL uvádělo 29,8 % (17) respondentů, že popíjí vodu, neperlivé nápoje, 36,8 % (21) respondentů čaj (zelený, ovocný, bylinkový), 14 % (8) respondentů minerální vody, 5,3 % (3) respondentů džus, 8,8 % (5) respondentů vodu se sirupem a 22,8 % (13) respondentů uvedlo ostatní nápoje. Z ostatních nápojů klienti popíjí hlavně mléko, kakao, jogurtové nápoje, bílou kávu ale také pivo a nepříliš vhodnou kávu či colu. Překvapivé byly výsledky zjišťující, jaký účinek mají kortikoidy. Ve FNOL odpovědělo 72,4 % (21) respondentů tlumení zánětu, otoku, imunitních reakcí. Obdobně tomu bylo i ve FNPL, kde totožně odpovědělo 71,4 (20) respondentů. O to více jsou zarážející výsledky u položky, která pátrá potom, co by měli klienti omezit v potravě při léčbě kortikoidy. Ve FNOL odpovědělo pouze 27,6 % (8) respondentů, že se jedná o příjem cukrů. Výsledky ve FNPL byly ještě horší, zde správně odpovědělo pouze 21,4 % (6) respondentů. Tyto výsledky jsou neuspokojivé, pokud uvážíme, že o vzniku diabetes mellitus v souvislosti s užíváním kortikoidů, se zmiňuje i Švojgrová v publikaci Transplantace kostní dřeně: Průvodce Vaší léčbou (2006, s. 99). Tuto publikaci mají klienti k dispozici jako jeden z edukačních materiálů, který dostávají při příjmu na transplantační jednotku.

Na základě zjištěných výsledků by bylo dobré zvážit zapojení nutričního terapeuta do edukačního týmu. Klientům by poskytl informace, jak upravit jejich jídelníček při léčbě kortikoidy.

Při srovnání úrovně kompetencí sebezpečí **v oblasti výživy** mezi respondenty FNOL a FNPL jsme zjistili, že **lepších výsledků dosáhla FNOL.**

V položkách dotazníku 8 – 19 odpověděla FNOL lépe 7 x (58,3%), zatímco FNPL pouze 5 x (41,7 %).

V oblasti vyprazdňování jsme zjišťovali, zda klienti vědí, k jakým změnám při vyprazdňování stolice může u GvHD dojít. Ve FNOL se 58,6 % (17) respondentů domnívá, že častým projevem bývá průjem. Ve FNPL je stejného názoru jen 42,9 % (12) respondentů. Jako nejčastější potíže v souvislosti s vyprazdňováním, které se u klientů vyskytly, uváděli respondenti průjem, zácpu, krvácení z hemeroidů, křeče v břiše, vodnaté a nazelenalé stolice. Vynikající byly ovšem výsledky u položky, co by měli klienti při vyprazdňování stolice sledovat. Ve FNOL odpovědělo správně 86,2 % (25) respondentů. Pozadu nezůstává ani Plzeň, kde takto odpovědělo 85,7 % (24)

respondentů. Nepříliš pozitivní byly výsledky u položky, která pátrala potom, zda průjmy souvisejí s příjmem stravy a tekutin. Ve FNOL se pouze 10,3 % (3) respondentů domnívá, že ne, strava a tekutiny na výskyt průjmů nemá vliv. Ve FNPL byly výsledky, alespoň o trochu lepší. Správně zde odpovědělo 14,3 % (4) respondentů. Potěšující byly výsledky u položky, která zjišťovala, jak klienti upravují svůj jídelníček při průjmech. Ve FNPL uvádí 78,6 % (22) respondentů, že jí malé porce jídla, častěji, vynechávají tučná, smažená, ostře kořeněná, nadýmavá jídla. Ve FNOL je stejného názoru 72,4 % (21) respondentů. Další opatření, která klientům pomáhají při průjmech je pití hořkého čaje, jíst malé porce jídla a jídlo bohaté na vlákninu. O to horší už bylo zjištění, zda klienti tyto opatření dodržují. Ve FNOL pouze 27,6 % (8) respondentů uvádí ano, velmi přísně. Ve FNPL jsou na tom klienti lépe, zde takto odpovědělo 42,9 % (12) respondentů. Celkem překvapivé jsou výsledky u položky, která se ptala na to, které luštěniny se mohou jíst při průjmech. Ve FNPL se pouze 35,7 % (10) respondentů domnívá, že nevhodné jsou všechny druhy luštěnin. FNOL na tom byla o trochu lépe, zde správně odpovědělo 58,6 % (17) respondentů. Výborné ale byly výsledky u položky, co hrozí při déletrvajícím průjmu. Ve FNPL celých 100 % (28) respondentů se správně domnívá, že ztráta tekutin, minerálních látek, vitamínů a stopových prvků. I ve FNOL na tom nebyli klienti špatně, stejného názoru je tady 89,7 % (26) respondentů.

Při srovnání úrovně kompetencí sebezpečí **v oblasti vyprazdňování** mezi respondenty FNOL a FNPL jsme zjistili, že **lepších výsledků dosáhla FNPL.**

V položkách dotazníku 20 – 26 odpověděla FNPL lépe 4 x (57,1 %), zatímco FNOL pouze 3 x (42,9 %).

Ze zjištěných výsledků v kapitole 2.3.3 *Interpretace výsledků k cíli č. 2* vyplývá, že by měla být zlepšena edukace klientů s GvHD po alogenní transplantaci. V obou zdravotnických zařízeních by bylo vhodné změnit proces edukace klientů s GvHD. prostřednictvím edukačního programu „Problematika GvHD.“ Jednotlivé části edukačního programu by se mohli promyšleně zařadit v průběhu hospitalizace nebo ambulantní péče klienta.

Čtvrtý cíl měl za úkol sestavit edukační program, týkající se problematiky GvHD. Domníváme se, že tímto programem by bylo možné zlepšit úroveň sebezpečí klientů s GvHD, a to hlavně v oblastech znalosti onemocnění, výživy a vyprazdňování. Vycházíme v něm z rozpracované situační potřeby sebezpečí u onemocnění GvHD s nadefinovanými kompetencemi sebezpečí (Halmo, s. 29, 2005).

Edukační program „Problematika GvHD“ je určen pro klienty s GvHD nebo jejich blízké příbuzné, kteří se budou na péči také podílet.

Pátým cílem bylo vytvořit edukační leták s názvem: „Problematika GvHD.“ Tento edukační materiál byl sestaven dle nadefinovaných kompetencí a má klientům s GvHD poskytovat informace o onemocnění GvHD, jak se toto onemocnění projevuje, jaké vyšetřovací metody se používají k diagnostice, jakým způsobem se léčí, co musí vědět a dodržovat při užívání léků ale také na koho se mohou v případě potíží obrátit. Dále zde budou mít klienti informace, jaké problémy mohou nastat v oblasti výživy a vyprazdňování a jak při těchto potížích postupovat. Poskytne jim také odpovědi na otázky, jaké potraviny mohou, a jaké by neměli jíst. Edukační leták bude k dispozici pro klienty Hemato-onkologické kliniky ve Fakultní nemocnici Olomouc a Hematologicko-onkologického oddělení ve Fakultní nemocnici Plzeň.

ZÁVĚR

Cílem bakalářské práce bylo sestavit situační potřebu sebepéče u nemocných s GvHD, zmapovat problémy nemocných s GvHD po alogenní (příbuzenské nebo nepříbuzenské transplantaci) a také srovnat úroveň kompetencí sebepéče klientů s GvHD v oblasti znalosti onemocnění, výživy a vyprazdňování ve Fakultní nemocnici Olomouc a Plzeň. Dalším cílem bylo vytvořit edukační materiály pro klienty s GvHD, které navazují na rozpracovanou situační potřebu sebepéče.

Teoretickým základem bakalářské práce se stala teorie deficitu sebepéče D. E. Oremové. Přednost této teorie spočívá v obsáhlé možnosti ohodnocení a popsání pacientových problémů vycházejících z vědomého jednání člověka. Sebecpěče umožňuje sestřám nahlížet na pacienta jako na jedince, který pokud má dostatek informací, je schopen činit správná rozhodnutí a provádět smysluplné činnosti k zachování a udržení zdraví, jak svého, tak i svých blízkých, jak uvádí Halmo (2006)

Onemocnění GvHD je velkým zásahem do života pacientů po alogenní transplantaci a staví je do zcela nové situace. Problémy, které s sebou onemocnění GvHD nese, výrazně ovlivňuje nároky sebepéče klientů s GvHD. Abychom zabránili možnému deficitu sebepéče, jsou důležitými oblastmi ošetrovatelské péče edukace a podpora, jak podotýká Halmo (2004).

Prvním cílem práce bylo sestavit situační potřebu sebepéče u nemocných s GvHD. Museli jsme získat poznatky o problematice GvHD z odborné zdravotnické literatury a připojit zkušenosti s péčí o klienty s tímto onemocněním. Následně jsme posoudili situační potřebu sebepéče u klientů s GvHD a jejich požadované kompetence sebepéče. Závěry o adekvátních schopnostech sebepéče nebo schopnosti jednat za sebe sama, jsou založeny na pacientově navyklé praxi a způsobu, kterým daná osoba jedná, aby zvládla požadavky sebepéče, jak uvádí Halmo (2005). Celkem bylo stanoveno 10 situačních problematik sebepéče, a to v těchto oblastech: Problematika znalosti GvHD, problematika výživy nemocného s GvHD, problematika vyprazdňování, problematika hygienické péče, problematika pohybové aktivity, problematika medikamentózní léčby, psychosociální problematika, problematika komunikace, problematika smyslového vnímání a kognitivních funkcí a problematika komplikací.

S odkazem na kapitolu 2.3.1 *Interpretace výsledků k cíli č. 1* můžeme konstatovat, že **cíl 1 byl splněn.**

Pro dosažení cíle č. 2 zmapovat nejčastější problémy klientů s GvHD po alogenní transplantaci a **cíle 3** srovnat úroveň sebepéče klientů s GvHD v oblasti znalosti onemocnění, výživy a vyprazdňování ve FNOL a FNPL, bylo realizováno dotazníkové šetření. Respondenti, kteří se výzkumného šetření zúčastnili, byli klienti s akutní či chronickou GvHD, kteří byli po alogenní (příbuzenské nebo nepříbuzenské) transplantaci. Soubor tvořilo 57 respondentů. Jednalo se o respondenty z Fakultní nemocnice Olomouc, kterých bylo 29 (100 %) a z Fakultní nemocnice Plzeň, kterých bylo 28 (100 %). Věková hranice dotazovaných respondentů se pohybovala nejčastěji v rozmezí 31 – 45 let ve FNOL (41,4 %) a v rozmezí 46 – 55 let (50,0 %) ve FNPL. Doba od transplantace se u respondentů nejčastěji pohybovala v rozmezí 13 – 48 měsíců (51,7 %) ve FNOL a v rozmezí 4 – 12 měsíců (50,0 %) ve FNPL. Co se týká hodnot BMI, tak ve FNOL se nejvíce respondentů umístilo v kategorii nadváhy, kam spadalo 41,4 % (15) respondentů, ve FNPL mělo nejvíce respondentů - 50 % (14) normální tělesnou hmotnost.

Druhým cílem práce bylo zmapovat nejčastější problémy klientů s GvHD po alogenní transplantaci. Jako nejčastější potíže uváděli respondenti ve FNOL a ve FNPL problémy v oblasti zažívacího traktu, problémy se zrakem a s kůží. Podíváme – li se na jednotlivé potíže podrobněji, tak v oblasti zažívacího traktu uváděli respondenti nejčastěji průjem, nechutenství, zvracení, postižení sliznice v dutině ústní (suchost, afty, problémy s polykáním, pocit opařeného jazyka), zácpa, nadýmání a hubnutí. Problémy s kůží se nejčastěji týkalo svědění, suchosti, loupání, zhnědnutí kůže, červenaní dlaní, sklerodermie a exantému. Jako časté problémy se zrakem uváděli respondenti hlavně pálení, suchost očí, poškození rohovky, šedý zákal a zhoršené vidění. Z ostatních potíží zmiňovali respondenti nervozitu, únavu, lomivost nehtů, úbytek svalové hmoty, zhoršené jaterní testy, pneumonie, postižení a bolesti kostí a kloubů, omezenou mobilitu, febrilie, vysychání nosní dutiny a chronickou rýmu, postižení nervů na horní končetině, diabetes mellitus, dušnost a ztrátu fyzické kondice. S odkazem na kapitolu 2.3.3 *Interpretace výsledků k cíli č. 2* můžeme konstatovat, že **cíl 2 byl splněn.**

Třetím cílem práce bylo srovnat úroveň sebepéče klientů s GvHD v oblasti znalosti onemocnění, výživy a vyprazdňování ve Fakultní nemocnici Olomouc a Plzeň. Podle zjištěných výsledků můžeme konstatovat, že ve FNPL 64,3 % (18) respondentů vykazovalo střední úroveň sebepéče. Ve FNOL byl počet respondentů, kteří dosáhli střední úrovně sebepéče 48,3 % (14) a stejný počet respondentů -48,3 % (14) dosáhlo dokonce vysoké úrovně sebepéče.

V oblasti **znalosti onemocnění GvHD**, jsme zjišťovali, zda respondenti vědí, co je to onemocnění GvHD. Na tuto položku odpověděli lépe klienti z FNPL, kde 85,7 % (24) je přesvědčeno, že se jedná o reakci štěpu proti hostiteli. Zatímco ve FNOL takto odpovědělo pouze 72,4 % (21) respondentů. Nepříliš pozitivní bylo zjištění, že 78,6 % (22) respondentů ve FNPL se domnívá, že k prokázání GvHD stačí laboratorní vyšetření krve a moče. Pouze 14,3 % (4) respondentů odpovědělo správně, že se jedná o biopsii kůže, jater, endoskopii zažívacího traktu. Ve FNOL už byly výsledky o něco málo lepší, správně zde odpovědělo 37,9 % (11) respondentů. Ale i zde se poměrně velký počet respondentů - 41,4 % (12) - mylně domnívá, že je to laboratorní vyšetření krve a moče. Výborné zjištění bylo, že celých 100,0 % (28) respondentů ve FNPL si bude vědět rady při potížích a má kontakt na své transplantační pracoviště. Ve FNOL je o tom přesvědčeno 93,1 % (27) respondentů.

Srovnáme-li úroveň kompetencí sebepečce **v oblasti znalosti onemocnění GvHD** mezi respondenty FNOL a FNPL, můžeme konstatovat, že **lepších výsledků dosáhla FNPL**. V položkách dotazníku 1 – 7 odpověděla FNPL lépe 5 x (71,4 %), zatímco FNOL pouze 2 x (28,6 %).

V oblasti výživy jsme zjišťovali, jestli klienti vědí, jaké problémy v oblasti výživy se mohou při GvHD objevit. Ve FNOL odpovědělo 79,3 % (23) respondentů, že se jedná o postižení sliznice v dutině ústní, žaludeční a střevní sliznice. Obdobně tomu bylo i ve FNPL, kde stejného názoru je 78,6 % (22) respondentů. Co se týká znalostí zásad správné a zdravé výživy, tak ve FNOL odpovědělo 62,1 %, (18) respondentů, že zásady znají. Ve FNPL už tak pozitivní výsledky nebyly, zde ano odpovědělo pouze 42,9 % (12) respondentů. O to více nás potěšilo zjištění, že 78,6 % klientů ve FNPL tyto zásady dodržuje. Ve FNOL ale zásady správné a zdravé výživy dodržuje pouze 48,3 % (14) respondentů. Zamýšlíme se však nad tím, jaké zásady klienti dodržují, když tolik z nich přiznává jejich neznalost. Velmi zarážející jsou výsledky znalosti imunologicky rizikových potravin, a to v obou zdravotnických zařízeních. Ve FNOL se s těmito potravinami setkala pouze 34,5 % (11) respondentů. Ve FNPL je to ještě horší, odpovědělo takto pouze 28,6 % (8) respondentů. O to více překvapivé bylo zařazení potravin mezi imunologicky rizikové. Ve FNPL 85,7 % (24) respondentů tyto potraviny umělo správně zařadit. Ve FNOL tuto dovednost prokázalo 82,6 % (24) respondentů. Nepříliš pozitivní je ale zjištění, že pouze 27,6 % (8) respondentů ve FNOL ví, že při léčbě kortikoidy musí omezit příjem cukrů v potravě. Výsledky ve FNPL byly ještě horší, zde správně odpovědělo pouze 21,4 % (6) respondentů.

Srovnáme-li úroveň kompetencí sebeděče **v oblasti výživy** mezi respondenty FNOL a FNPL, můžeme konstatovat, že **lepších výsledků dosáhla FNOL.**

V položkách dotazníku 8 – 19 odpověděla FNOL lépe 7 x (58,3%), zatímco FNPL pouze 5 x (41,7 %).

Zajímavé jsou i výsledky **v oblasti vyprazdňování.** Pozitivně překvapeni jsme byli tím, že 86,2 % (25) respondentů ve FNOL ví, jaké změny musí při vyprazdňování stolice sledovat. Špatně na tom nebyla ani Plzeň, kde správně odpovědělo 85,7 % (24) respondentů. Už ne tak pozitivní byly výsledky, které ukazují, že pouze u 10,3 % (3) respondentů ve FNOL je přesvědčeno, že strava a tekutiny na výskyt průjmů nemá vliv. Ve FNPL byly výsledky, alespoň o trochu lepší. Správně zde odpovědělo 14,3 % (4) respondentů.

Srovnáme – li úrovně kompetencí sebeděče **v oblasti vyprazdňování** mezi respondenty FNOL a FNPL, můžeme konstatovat, že **lepších výsledků dosáhla FNPL.** V položkách dotazníku 20 – 26 odpověděla FNPL lépe 4 x (57,1 %), zatímco FNOL pouze 3 x (42,9 %).

Podle zjištěných výsledků, s odkazem na interpretaci dat v kapitole 2.3.4 můžeme konstatovat, že vyšší úrovně sebeděče dosáhli respondenti z Fakultní nemocnice Olomouc, kde 48,3 % (14) respondentů vykazuje vysokou úroveň sebeděče v oblastech znalosti onemocnění, výživy a vyprazdňování. Ve Fakultní nemocnici Plzeň dosáhlo vysoké úrovně sebeděče 35,7 % (10) respondentů. S odkazem na kapitolu 2.3.4 *Interpretace výsledků k cíli č. 3* můžeme konstatovat, že **cíl 3 byl splněn.**

Čtvrtým cílem práce bylo sestavení edukačního programu, který by byl zaměřený na problematiku GvHD. Tímto programem bychom rádi zlepšili úroveň sebeděče klientů s GvHD v oblastech znalosti onemocnění, výživy a vyprazdňování. Pro vývoj takového edukačního programu pro klienty s GvHD byla použita všeobecná teorie ošetřovatelství dle D. Oremové, speciálně část teorie deficitu sebeděče (Bekel, Halmo, s. 46, 24).

Dalším vhodným krokem by bylo zařazení edukačního programu v průběhu hospitalizace pacienta, tak aby opouštěl zdravotnické zařízení s dostatečnými znalostmi a dovednostmi v péči o sebe sama (Halmo, s. 29, 2005).

S odkazem na kapitolu 2.3.5 *Interpretace výsledků k cíli č. 4*, můžeme konstatovat, že **cíl 4 byl splněn.**

Pátým cílem práce bylo vytvořit edukační materiál pro klienty s GvHD po alogenní transplantaci. Byl vypracován edukační leták s názvem: „Problematika GvHD.“, který vychází ze sestavené potřeby (sebe)péče u těchto pacientů. Zde klienti

naleznou strukturované informace o jejich onemocnění, projevech, diagnostice ale také o léčbě a co musí dodržovat při užívání léků. Nezapomněli jsme uvést kontakty, na koho se obrátit v případě potíží. Klienti se zde také mohou seznámit s vhodnými a tzv. „zakázanými“ (imunologicky rizikovými) potravinami. Informační materiál obsahuje i rady, co dělat při nevolnosti, nechutenství, zvracení či průjmech. Edukační leták je umístěn jako příloha bakalářské práce č. 2. na s. iv.

S odkazem na přílohu č. 2 můžeme konstatovat, že **cíl 5 byl splněn.**

Praktickým přínosem této práce může být vytvořený katalog situačních problematik a situační potřeby sebeděže, který v sobě uceleně pojímá problematiku péče o nemocné s GvHD. V praxi může být dále využit dotazník, který vznikl jednak pro účely bakalářské práce, ale také může být využit při monitorování kompetencí sebeděže u nemocných s GvHD, kteří opakovaně navštěvují Hemato-onkologickou ambulanci. Pomocí něj můžeme sledovat jejich posun ve vědomostech a schopnostech, které jim pomáhají zvládat potíže související s onemocněním GvHD.

Doporučení pro praxi

Bohužel jsme zjistili, že uvedené problematice je věnována malá pozornost. Domníváme se tedy, že by bylo vhodné ve výzkumu v této oblasti pokračovat např. mapováním kompetencí sebeděže pacientů v oblastech hygienické péče, pohybové aktivity a psychosociální problematiky.

Na základě zjištěných výsledků z dotazníkového šetření by bylo vhodné ve zdravotnických zařízeních FNOL a FNPL upravit proces edukace klientů s GvHD po alogenní transplantaci. Cílenou edukací klientů bychom jim mohli zprostředkovat potřebné informace, navodit žádoucí postoje a dovednosti ke zvládnutí problému.

V současné době jsou klienti informováni hlavně o tom, co obnáší alogenní transplantace krevetvorných buněk, jaká je na ni příprava a jaký režim by měli dodržovat při pobytu v reverzní izolaci a po transplantaci. Bohužel je opomíjena edukace, která se týká právě problematiky GvHD. Myslíme si, že vhodným krokem by bylo zařazení edukačního programu „Problematika GvHD“ v průběhu hospitalizace klienta ale také během ambulantní péče. Edukace by měla být jednoduchá, výstižná, důsledná a opakovaná, to znamená během každé kontroly v Hematoonkologické ambulanci či během hospitalizace v nemocnici. Dále by měla být klientům doporučena literatura, týkající se problematiky GvHD. Seznam uvedené literatury, která je vhodná pro klienty s GvHD je uvedena v příloze č. 2 na s. iv. Klient by tak měl možnost seznámit se srozumitelně krůček po krůčku s konkrétní problematikou, která se ho

právě týká. Tam, kde je to vhodné, by měli být do procesu edukace začleněni rodinní příslušníci. Klientům s GvHD a jejich rodinám by měla být poskytnuta podpora, vedení a motivace.

Transplantace krvetvorných buněk umožňuje nemocným obnovit zdraví, vrátit je mezi blízké, k jejich profesi a znovu do plného života. Je to velký dar, který nejlépe ocení ten, kdo si někdy v životě sáhl na dno. Tento dar, schopnost do poslední kapky vychutnat život v celé jeho kráse, je u nemocných tvrdě zasloužený, jak podotýká Švojkrová (2006, s. 125).

LITERATURA A PRAMENY

- ANDĚL, M. et al. *Vnitřní lékařství: Hematologie*. 1. vyd. díl IIIb. Praha: Galén, 2001. s. 230. ISBN 80-7262-085-1.
- ARCHALOUSOVÁ, A. Přehled vybraných ošetrovatelských modelů. 1. vyd. Hradec Králové: Nukleus HK, 2003. 103 s. ISBN 80-86225-33-x
- BEKEL, G., HALMO, R. *Teorie deficitu sebedpěče*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2004. 60 s. ISBN-80-244-0794-9
- BEKEL, G. K rozdílu starosti o sebe sama, sebedpěče a lidské samostatnosti. *Diagnóza v ošetrovatelství*, 2006. Roč. 2, č. 1, s. 40-41, ISSN 1801-1349
- GULÁŠOVÁ, I. Uplatnenie ošetrovateľského modelu Dorothej E. Oremovej v geriatrickom ošetrovatelstve. *Diagnóza v ošetrovatelství*, 2007. Roč. 3, č. 1, s. 24-26, ISSN 1801-1349
- HALMO, R. Ošetrovatelské koncepční modely se zaměřením na teorii deficitu sebedpěče D. Oremové-poprvé v ČR. *Ošetrovatelství*, 2004. Roč. 6, č. 1-2, s. 56-57, ISSN 1212-723X
- HALMO, R., ŠIMEK J., Člověk pacientem. In KUDLOVÁ, P. (ed.) *Sociokulturní kontexty v ošetrovatelství a porodní asistenci, příspěvek k podpoře humánnější péče o člověka*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2006. s. 15-22, ISBN 80-244-1424-4
- HALMO, R. Kazuistika pacienta s vysoce založenou ileostomií podle konceptů sebedpěče. *Diagnóza v ošetrovatelství*, 2006. Roč. 2, č. 2, s. 71-74, ISSN 1801-1349
- HALMO, R. Ošetrovatelské koncepční modely se zaměřením na teorii deficitu sebedpěče poprvé v ČR, *Žurnál UP*, 2003. Roč. 13, č. 1
- HRABÁČKOVÁ, M. *Sebedpěče u nemocných s chronickým srdečním selháním*. Bakalářská práce obhájená na Fakultě zdravotnických věd Univerzity Palackého v r. 2008. 127 s. Depon in: Archiv univerzity Palackého v Olomouci
- INDRÁK, K., a kol. *Hematologie*. 1. vyd. Praha: Triton, 2006. 278 s. ISBN 80-7154-868-9
- IVANOVÁ, K., JURÍČKOVÁ, L. *Písenné práce na vysokých školách se zdravotnickým zaměřením*. 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2009. 99 s. ISBN 978-80-244-1832-2
- JAROŠOVÁ, D. *Filosofie a modely ošetrovatelství*, [online]. Ostrava: 2006, s. 18.
Dostupný z: < [http:// projekty.osu.cz/mentor/II-filozofie a modely osetrovatelstvi.pdf](http://projekty.osu.cz/mentor/II-filozofie_a_modely_oseetrovatelstvi.pdf)
- KALVODOVÁ, L. Umění říkat pravdu, *Reflex. Onkologické minimum*, [online]. [Cit. 2006].

- Dostupný z: <http://www.linkos.cz/pacienti/psycholog.php?a=1>
- KALVODOVÁ, L. Psychika onkologicky nemocných a jejich blízkých, MF Dnes, [online]. [Cit. 03-11-2006].
- Dostupný z: http://www.linkos.cz/pacienti/psycho_r1.php
- KLENER, P. a kol. *Vnitřní lékařství II*. 1. vyd. Praha: Informatorium, 2001. s. 117 -119 ISBN 80-86073-76-9
- MAYER, J., VORLÍČEK, J., a kol, Vysokodávkovaná protinádorová chemoterapie s transplantací krvetvorných buněk. 1. vyd. Brno, 1999. ISBN 80-210-1573 -x
- MIHÁL, V. *Co je to leukémie?* [online]. [Cit. 2008].
- Dostupný z: < [http:// www.sancecz.org /index.php](http://www.sancecz.org/index.php) >
- MOLČANOVÁ, Ošetřovatelská péče o pacienty po alogenní transplantaci PBPC v kritickém stavu na jednotce intenzivní a hematologické péče. [online]. [Cit. 2006].
- Dostupný z:
[http://www.olhemdny.cz/abstrakta/byauthor.php?year\[rocnik\]=2006&abstracts\[prijmeni\]=Molčanová&abstracts\[jmeno\]=Andrea](http://www.olhemdny.cz/abstrakta/byauthor.php?year[rocnik]=2006&abstracts[prijmeni]=Molčanová&abstracts[jmeno]=Andrea)
- ODEHNALOVÁ, L., HALMO, R. Úroveň činností sebepéče u pacientů s onemocněním ulcus cruris venosum. *Diagnóza v ošetřovatelsví*, 2005. Roč. 1, č. 1, s. 27-29, ISSN 1801-1349
- OREM, D. E. Strukturkonzepte der Pflegepraxis. Berlin/Wiesbaden: Ullstein Mosby GmbH & Co. KG, 1997. ISBN 3-86126-548-6
- PROTIVÁNKOVÁ , M., VORLÍČEK, J., *Akutní leukemie - Informace pro pacienty a jejich blízké*, 1998. ISBN 80-210-2807-6
- SKALA, E., TOŠOVSKÝ, V. *Leukémie*. [online]. [Cit. 2008-11-26].
- Dostupný z: <[http:// www.lpr.cz/down/publikace/leukemie.doc](http://www.lpr.cz/down/publikace/leukemie.doc)
- SKALA, E., DIENSTBIER, Z. *Záněty dutiny ústní při protinádorové léčbě*, Liga proti rakovině Praha
- SLOVÁČEK, L. a kol. Transplantace kostní dřeně. *Vojenské zdravotnické listy*, Ročník LXXIV 2005, č. 3-4, s. 125-134
- SLOVÁČEK, L. a kol. Transplantace krvetvorných buněk a kvalita života. *Vojenské zdravotnické listy*, Ročník LXXIV, 2005, č. 1, s. 9 -14
- SLOVÁKOVÁ, K. *Sebepéče u pacientů s lymfedémem dolních končetin*. Bakalářská práce., obhájená na Fakultě zdravotnických věd Univerzity Palackého v r. 2007, s. 52. Depon in: Archiv univerzity Palackého v Olomouci
- SOUČEK, M., ŠPINAR, J., SVAČINA, P. a kol. *Vnitřní lékařství pro stomatology*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. 380 s. ISBN 80-247-1367-5

- STARNOVSKÁ, T., PAVLÍČKOVÁ, J., HRBKOVÁ, D. *Výživa při nádorovém onemocnění: Praktická příručka pro pacienty*. 1. vyd. Praha 2007. 40 s. ISBN 978-80-239-9055-3
- ŠVOJGROVÁ, M., KOZA, V., HAMPLOVÁ, A. *Transplantace kostní dřeně: Průvodce Vaší léčbou*. 1. vyd. Plzeň: F. S. Publishing, 2006. 127 s. ISBN 80-93560-2-8
- TOUŠOVSKÁ, K. Reakce štěpu proti hostiteli – patofyziologie a léčba [online].
Dostupný z:
<http://www.detskaonkologie.cz/medical/prezentace/GVHD%20KDO.pdf>
- VORLÍČKOVÁ, H., KOCOURKOVÁ, J. Sexualita a tělesný image u onkologických pacientů. *Onkologická péče*, 2006. Roč. X, č. 3, s. 5-8
- DOUBEK, M. Transplantace krvetvorných buněk. [online]. [Cit. 05-01-2007].
Dostupný z: http://www.linkos.cz/pacienti/lecba/dalsi_4.php?t=8
- ŽAIKOVÁ, K. a kol. *Ošetrovatel'stvo teoria a vedecký výskum*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2003. 319 s. ISBN 80-8063-131-X

SEZNAM ZKRATEK

aGvHD	akutní Graft versus Host Diseases
ATG	Antithymocytární Globulin (protilátka proti T – lymfocytům)
AJ	anglický jazyk
BMI	body mass index
cGvHD	chronická Graft versus Host Diseases
CT	počítačová tomografie
CŽT	centrální žilní tlak
ČJ	český jazyk
D	dech
DLI	Donor Lymphocyte Infusion-dodatečná dávka dárcových bílých krvinek
EKG	elektrokardiografie
FNOL	Fakultní nemocnice Olomouc
FNPL	Fakultní nemocnice Plzeň
GIT	gastrointestinální trakt
GvHD	Graft versus Host Diseases (reakce štěpu proti hostiteli)
GvL	Graft versus Leukemia (reakce štěpu proti leukémii)
HOK	Hemato-onkologická klinika
HLA	Human Leukocyte Antigen – lidský leukocytární antigen
KSP	kompetence sebepéče
KDP	kompetence dependentní péče
OI	Olomouc
P	puls
PI	Plzeň
SIP	situační problematika
SIPoSP	situační potřeba sebepéče
SpO2	saturace krve kyslíkem
TK	tlak krve
TT	tělesná teplota
VOD	Venoocclusive Disease – venookluzivní nemoc jater

SEZNAM TABULEK

Tab. 1 – Pohlaví respondentů.....	46
Tab. 2 – Věk respondentů.....	46
Tab. 3 – Doba od transplantace.....	47
Tab. 4 – BMI.....	48
Tab. 5a – Potíže v souvislosti s GvHD OI.....	49
Tab. 5b – Potíže v souvislosti s GvHD PI.....	49
Tab. 6 – Celkové hodnocení úrovně sebepéče respondentů.....	50
Tab. 7 – Definice GvHD.....	51
Tab. 8 – Typické projevy GvHD.....	52
Tab. 9 – Orgán, který může být při GvHD postižen.....	52
Tab. 10 – Vyšetřovací metody vedoucí k prokázání GvHD.....	53
Tab. 11 – Léky, které se používají k léčbě GvHD.....	54
Tab. 12 – Formy GvHD.....	55
Tab. 13 – Reakce při potížích.....	55
Tab. 14 – Problémy v oblasti výživy.....	56
Tab. 15 – Znalost zásad správné a dostatečné výživy.....	57
Tab. 16 – Správný jídelníček při GvHD.....	57
Tab. 17 – Setkání s imunologicko rizikovými potravinami.....	58
Tab. 18 – Imunologicky rizikové potraviny.....	59
Tab. 19 – Úprava jídelníčku při nechutenství, nevolnosti a zvracení.....	60
Tab. 20 – Dodržování zásad správné a dostatečné výživy.....	61
Tab. 21 – Denní příjem tekutin.....	61
Tab. 22a – Nápoje vhodné k popíjení při GvHD.....	62
Tab. 22b – Nejčastěji uváděné nápoje.....	63
Tab. 23 – Účinek kortikoidů.....	63
Tab. 24 – Omezení při léčbě kortikoidy.....	64
Tab. 25 – Při léčbě kortikoidy se může zvýšit	65
Tab. 26 – Změny ve vyprazdňování stolice při GvHD.....	66
Tab. 27 – Sledování při vyprazdňování stolice.....	66
Tab. 28 – Vliv stravy a tekutin na průjmy při GvHD.....	67
Tab. 29 – Úprava jídelníčku při průjmech.....	68
Tab. 30 – Dodržování dietních opatření při průjmech.....	69
Tab. 31 – Luštěniny vhodné při průjmech.....	69
Tab. 32 – Ohrožení při déle trvajícím průjmu.....	70

SEZNAM OBRÁZKŮ

Graf 1 – Pohlaví respondentů.....	46
Graf 2a – Věk respondentů Ol	47
Graf 2b – Věk respondentů Pl	47
Graf 3a – Doba od transplantace Ol.....	47
Graf 3b – Doba od transplantace Pl.....	47
Graf 4a – BMI Ol.....	48
Graf 4b – BMI Pl	48
Graf 5a – Potíže v souvislosti s GvHD Ol.....	49
Graf 5b – Potíže v souvislosti s GvHD Pl.....	49
Graf 6a – Celkové hodnocení úrovně sebeděče respondentů Ol.....	50
Graf 6b – Celkové hodnocení úrovně sebeděče respondentů Pl.....	50
Graf 7 – Definice GvHD.....	51
Graf 8 – Typické projevy GvHD.....	52
Graf 9 – Orgán, který může být při GvHD postižen.....	53
Graf 10 – Vyšetřovací metody vedoucí k prokázání GvHD.....	53
Graf 11 – Léky, které se používají k léčbě GvHD.....	54
Graf 12 – Formy GvHD.....	55
Graf 13 – Reakce při potížích.....	56
Graf 14 – Problémy v oblasti výživy.....	56
Graf 15 – Znalost zásad správné a dostatečné výživy.....	57
Graf 16 – Správný jídelníček při GvHD.....	58
Graf 17 – Setkání s imunologicko rizikovými potravinami.....	58
Graf 18 – Imunologicky rizikové potraviny.....	59
Graf 19 – Úprava jídelníčku při nechutenství, nevolnosti a zvracení.....	60
Graf 20 – Dodržování zásad správné a dostatečné výživy.....	61
Graf 21 – Denní příjem tekutin.....	61
Graf 22a – Nápoje vhodné k popíjení při GvHD.....	62
Graf 22b – Nejčastěji uváděné nápoje.....	63
Graf 23 – Účinek kortikoidů.....	64
Graf 24 – Omezení při léčbě kortikoidy.....	64
Graf 25 – Při léčbě kortikoidy se může zvýšit	65
Graf 26 – Změny ve vyprazdňování stolice při GvHD.....	66
Graf 27 – Sledování při vyprazdňování stolice.....	67
Graf 28 – Vliv stravy a tekutin na průjmy při GvHD.....	67
Graf 29 – Úprava jídelníčku při průjmech.....	68

Graf 30 – Dodržování dietních opatření při průjmech.....	69
Graf 31 – Luštěniny vhodné při průjmech.....	70
Graf 32 – Ohrožení při déle trvajícím průjmu.....	70

SEZNAM PŘÍLOH

Příl. 1 – Ošetřovatelské systémy	ii
Příl. 2 – Edukační leták pro pacienty s onemocněním GvHD	iv
Příl. 3 – Histologické, klinické stážování a klinické stupně GvHD	xv
Příl. 4 – Klinicko-patologická klasifikace chronické GvHD	xvi
Příl. 5 – Diferenciální diagnostika GvHD	xvii
Příl. 6 – Alogenní transplantace krevetvorných buněk na HOK ve FN Olomouc v roce 2008	xviii
Příl. 7 – Dotazník GvHD	xx
Příl. 8 – Žádost o možnost uskutečnění výzkumného šetření ve FNOL	xxvii
Příl. 9 – Žádost o možnost uskutečnění výzkumného šetření ve FNPL.....	xxviii
Příl. 10 – Souhlas s realizací výzkumného šetření ve FNOL	xxix
Příl. 11 – Souhlas s realizací výzkumného šetření ve FNPL	xxx
Příl. 12 – Schéma transplantace krevetvorných buněk, Odběr periferních kmenových buněk	xxxi
Příl. 13 – Krevetvorné buňky, GvHD kůže	xxxii