

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně Sociální fakulta

**Specifika ošetrovatelské péče o nemocného s lymfomem**

Bakalářská práce

Autor práce: Lucie Štoksová

Studijní program: Ošetrovatelství

Studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: Mgr. Monika Matoušková

Datum odevzdání práce:

## **Abstrakt**

Bakalářská práce se zabývá ošetrovatelskou péčí o pacienta s lymfomem. Pacienti s tímto onemocněním pociťují značnou únavu a jejich stav mohou zhoršovat komplikace spojené s léčbou. Nejčastější komplikace, které se při léčbě objevují, jsou nevolnost, zvracení, průjem a záněty dutiny ústní. Úlohou sestry je efektivní ošetrovatelská péče o pacienta, psychická podpora a dostatečná komunikace.

Bakalářská práce je rozdělena na část teoretickou a na část výzkumnou. V teoretické části je popsána charakteristika onemocnění, léčba a ošetrovatelská péče o pacienta s lymfomem. Ve výzkumné části bylo použito kvantitativního šetření pomocí anonymních dotazníků pro sestry a kvalitativního šetření, kde byly provedeny rozhovory s pacienty.

Prvním stanoveným cílem bakalářské práce bylo zjistit informovanost sester o ošetrovatelské péči u nemocných s lymfomem. Druhým cílem bylo zjistit, zda současná ošetrovatelská péče o nemocné s lymfomem přispívá ke zlepšení jejich psychického stavu. K prvnímu cíli byla zvolena hypotéza: Sestry jsou informovány o ošetrovatelské péči u pacientů s lymfomem. Odpověď na tuto hypotézu zní: Ano, sestry jsou informovány o ošetrovatelské péči u pacientů s lymfomem. Ke druhému cíli byla zvolena výzkumná otázka: Jak přispívá ošetrovatelská péče ke zlepšení psychiky u nemocných s lymfomem? Odpověď na tuto otázku zní: Ošetrovatelská péče přispívá ke zlepšení psychiky nemocných možnostmi spolupracovat s psychologem, podporou ze strany zdravotnického personálu a dostatečným informováním pacientů o průběhu léčby a ošetrovatelské péči.

Tato práce může sloužit jako doplňující informační materiál pro sestry, které se během své praxe s onemocněním zvané lymfom setkávají, ale i pro sestry, které chtějí získat informace o daném onemocnění. Důležité je, aby sestry své teoretické znalosti aplikovaly i v praxi.

**Klíčová slova:** lymfom, sestra, pacient, ošetrovatelská péče, psychický stav pacienta

## **Abstract**

This thesis deals with the nursing care of patients with lymphoma. Patients with this disease experience considerable fatigue and their condition may be worsened by complications associated with treatment. The most common complications that occur during treatment include nausea, vomiting, diarrhea and inflammation of the oral cavity. The role of nurses is effective nursing care for patients, psychological support and adequate communication.

The thesis is divided into two sections, a theoretical section and a research section. The theoretical part describes the characteristics of the disease, the treatment and the nursing care of patients with lymphoma. In the research part a quantitative survey, using anonymous questionnaires from nurses, was used and qualitative research was conducted using interviews with patients.

The first stated aim of this thesis was to discover the level of knowledge of nurses about the nursing care of patients with lymphoma. The second objective was to determine whether the current nursing care for patients with lymphoma contributes to the improvement of their psychological state. The hypothesis chosen for the first part was: Nurses are informed about the nursing care of patients with lymphoma. The answer to this hypothesis is: Yes, nurses are informed about the nursing care of patients with lymphoma. The research question chosen for the second part was: How does nursing care contribute to improving the psychological state of patients with lymphoma? The answer to this question is: Nursing care helps to improve the psychological state of patients with the opportunity to cooperate with a psychologist, the support of medical staff and adequately informing patients about the course of treatment and nursing care.

This work may serve not only as additional information for nurses who encounter patients with the disease lymphoma, but also for nurses who wish to obtain information about the disease. It is important that nurses apply their theoretical knowledge in practice.

Key words: lymphoma, patient, nursing care, psychological state

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracoval(a) samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne

.....

Lucie Štoksová

## **Poděkování**

Tímto bych chtěla poděkovat Mgr. Monice Matouškové za odborné vedení mé bakalářské práce. Za čas, vstřícnost a dobré rady, které mi poskytla. Také bych chtěla poděkovat všem, kteří se podíleli na výzkumné části této práce.

Úvod .....	8
<b>1. Současný stav</b> .....	9
<b>1.1 Anatomie lymfatického systému</b> .....	9
1.1.1 Slezina .....	9
1.1.2 Brzlík .....	10
1.1.3 Míza a mízní cévy.....	10
1.1.4 Mízní uzliny .....	11
<b>1.2 Lymfom</b> .....	12
1.2.1 Hodgkinův lymfom .....	13
1.2.2 Nehodgkinův lymfom .....	13
<b>1.3 Možnosti léčby</b> .....	14
1.3.1 Chemoterapie .....	14
1.3.2 Radioterapie .....	15
1.3.3 Imunoterapie .....	16
1.3.4 Transplantace krvetvorných buněk.....	16
<b>1.4 Ošetrovatelská péče o pacienta s lymfomem</b> .....	17
1.4.1 Ošetrovatelská péče při nevolnosti a zvracení.....	17
1.4.2 Ošetrovatelská péče při nedostatečné výživě .....	19
1.4.3 Ošetrovatelská péče při únavě .....	20
1.4.4 Ošetrovatelská péče při zácpě .....	21
1.4.5 Ošetrovatelská péče při průjmu .....	22
1.4.6 Ošetrovatelská péče při změnách v dutině ústní .....	23
1.4.7 Ošetrovatelská péče o pacienta s centrálními žilními vstupy ..	24
<b>1.5 Psychické důsledky onemocnění</b> .....	25
1.5.1 Ošetrovatelská péče o pacienta se strachem a úzkostí .....	26
1.5.2 Ošetrovatelská péče o pacienta s beznadějí .....	27
<b>2. Cíle práce a hypotézy</b> .....	29
<b>2.1 Cíle práce</b> .....	29
<b>2.2 Hypotéza</b> .....	29
<b>2.3 Výzkumná otázka</b> .....	29

<b>3. Metodika</b> .....	30
<b>3.1 Použitá metodika</b> .....	30
<b>3.2 Výzkumný soubor</b> .....	30
<b>4. Výsledky</b> .....	31
<b>4.1 Rozhovory s pacienty</b> .....	31
<b>4.2 Kategorizace dat v tabulkách</b> .....	38
<b>4.3 Výsledky dotazníků pro sestry</b> .....	42
<b>5. Diskuze</b> .....	53
<b>6. Závěr</b> .....	58
<b>7. Seznam informačních zdrojů</b> .....	60
<b>8. Klíčová slova</b> .....	64
<b>9. Přílohy</b> .....	65
<b>9.1 Seznam příloh</b> .....	65

## Úvod

Onkologické onemocnění postihuje velkou část naší populace, proto je důležitá prevence a zdravý životní styl. Mezi onkologické onemocnění se řadí i lymfom, který je charakteristický maligním průběhem a postižením lymfatických cest. Jako rizikové faktory vzniku tohoto onemocnění jsou udávány dědičné dispozice, životní prostředí, věk, ionizující a ultrafialové záření. Více ohroženi jsou lidé s nakažou viry, jako jsou lidský papilomavirus, virus hepatitidy B, helicobacter pylori, nebo lidé s mononukleózou. Hlavní rozdělení lymfomu je na Hodgkinův a Nehodgkinův lymfom. Každý druh lymfomu má rozdílnou léčbu a prognózu, proto je důležitá správná diagnostika.

Pacienti s tímto onemocněním pociťují značnou únavu a jejich stav mohou zhoršovat komplikace spojené s léčbou. Nejčastější komplikace, které se při léčbě objevují, jsou nevolnost, zvracení, průjem a záněty dutiny ústní. Ošetrovatelská péče by se měla věnovat i duševnímu stavu nemocného, která by měla začít již od sdělení diagnózy, aby pacient neztrácel naději a podílel se plnohodnotně na léčbě. Léčba lymfomu probíhá dlouhodobě pomocí chemoterapie, radioterapie, imunoterapie či transplantace krvetvorných buněk. Většinou se užívá kombinace léčebných strategií podle diagnostikovaného druhu lymfomu.

Aby mohla být poskytnuta kvalitní ošetrovatelská péče, je důležitá dostatečná informovanost sester o onemocnění. Cílem této práce je zjistit, zda tyto informace sestrám nechybějí. Dalším cílem je zjistit, zda ošetrovatelská péče pomáhá pacientům zvládat psychické potíže spojené s onemocněním.

Téma bakalářské práce „Specifika ošetrovatelské péče o nemocného s lymfomem“ mě ihned při výběru bakalářské práce zaujalo. Chtěla jsem se dozvědět více informací o pacientech s tímto onemocněním a zjistit, zda je ošetrovatelská péče zaměřená i na psychickou stránku nemoci, která je mnohdy opomíjena.



# 1. Současný stav

## 1.1 Anatomie lymfatického systému

Lymfatický systém je složen z lymfatických cév, lymfatických uzlin a z lymfatické tkáně. V lymfatické tkáni jsou lymfocyty, které se tvoří v kostní dřeni, v lymfatických uzlinách, v thymu, v lymfatické tkáni trávicího traktu a bronchů a také ve slezině. Z těchto tkání putují lymfocyty do krve, do lymfatických cév a do extravaskulárních prostorů. Lymfatická tkáň je napojena na lymfatické cévy až na slezinu, která je od nich úplně oddělena. Lymfocyty se dělí na lymfocyty B a T podle svého původu a funkce. Jejich životnost se liší od několika dnů až po několik let. Podle toho se rozlišují na krátkověké a dlouhověké. Dále se dají rozlišit na malé a velké. T lymfocyty zajišťují buněčnou imunitu a B lymfocyty jsou odpovědné za humorální imunitu, proto produkují globulin (1).

### 1.1.1 Slezina

Slezina, latinsky lien, je orgán, který je uložený u páteře v levé brániční klenbě. Tvarem se podobá kávovému zrnu. Jeho hmotnost a velikost závisí na náplni krevními buňkami. Většinou měří kolem deseti až dvanácti centimetrů na délku, šesti až osmi centimetrů na šířku a tří až čtyř centimetrů na tloušťku. Váží v rozmezí sto až dvě stě gramů. Pro krevní oběh obsahuje rezervní zásobu krve jen asi padesát mililitrů krve. Na povrchu se nachází tenká orgánová pobřišnice, která tvoří závěsy, pomocí nichž je slezina upevněna. Pod pobřišnicí je vazivový obal s menším množstvím hladké svaloviny. Vnitřní prostor sleziny je rozdělen pomocí vazivových trámčů, které odstupují od vazivového pouzdra na dutiny, jež jsou vyplněny bílou a červenou pulpou. Některé buňky v červené pulpě mají fagocytární schopnost. Bílá pulpa vytváří uzlíky lymfatické tkáně a pruhy mízní tkáně kolem tepen. Slezina má čtyři funkce. Tvoří lymfocyty a červené krvinky u plodu. Je rezervoárem krevních destiček a červených

krvinek. Probíhá zde destrukce červených krvinek a bílá pulpa zahajuje imunitní odpověď organismu. I přes tyto funkce není slezina životně nezbytným orgánem. Po jejím odstranění přebírají všechny funkce ostatní mízní tkáně (2).

### *1.1.2 Brzlík*

Brzlík, latinsky thymus, je centrální lymfatický orgán, který v průběhu života mění svoji velikost i strukturu. Po narození váží asi patnáct gramů, poté hmotnost mírně klesá a do dvou až tří let opět narůstá až do váhy třicet pět až třicet sedm gramů. Tuto hmotnost si zanechává do puberty. Po pubertě se opět pomalu zmenšuje a kolem padesátého roku váží asi dvanáct gramů. V dětství je složen ze dvou nesouměrných laloků. Je umístěn před průdušnicí. Povrch brzlíku je krytý vazivovou blánou, která ho rozděluje na jednotlivé lalůčky. Uvnitř se nachází T lymfocyty. Funkcí brzlíku je rozpoznání cizích a vlastních látek organismu a poté zahájení imunitní reakce. Imunitní reakce je zahájena pomocí T lymfocytů. Z thymu se dostávají lymfocyty krví do ostatních mízních orgánů, kde se mění v různé buněčné typy se specifickými imunologickými vlastnostmi. Brzlík produkuje i růstové faktory, které stimulují tvorbu T lymfocytů (2).

### *1.1.3 Míza a mízní cévy*

Míza, latinsky lymfa, je čirá, bezbarvá kapalina, která se svým složením liší od krevní plazmy tím, že obsahuje méně bílkovin, více tukových kapének ve formě mastných kyselin, cholesterol a ostatní látky, které vznikly z látkové výměny. Lymfa vtéká přes systém lymfatických uzlin a cév do žilní cirkulace. Funkce mízy je imunitní, drenážní a transportní. Odvádí z tkání vstřebané látky, tekutinu a odpadové produkty. Svým složením se podílí na udržení stálého vnitřního prostředí orgánů a tkání (2).

Mízní cévy se rozdělují na vlásečnice (kapiláry), sběrné cévy (mízní kolektory)

a mízní kmeny. Tyto cévy jsou přítomny skoro ve všech tělních tkáních. Nenacházejí se v avaskulárních strukturách, což jsou nehty, vlasy, epidermis, čočka, sklivec, rohovka a některé druhy chrupavek. Dále nejsou přítomny v nitru jaterního lalůčku, v kostní dřeni a v nervové tkáni. Lymfatické vlasečnice mají slepý začátek ve tkáňových prostorech. Nejčastěji se nacházejí v řídkém tukovém vazivu. Sběrné mízní cévy jsou tvořeny sítí kapilár a mají stejnou stavbu jako mízní kmeny. Jedním z důležitých mízovodů je hrudní mízovod, latinsky ductus thoracicus, který je největší v lidském těle a sbírá lymfu z dolních končetin, břicha, pánve, z levé poloviny hrudníku, z hrudních orgánů, z levé poloviny horní končetiny a z levé poloviny krku a hlavy. Hrudní mízovod má začátek v dutině břišní, kde pokračuje kolem pravého boku aorty až do zadního mediastina na krk a tam se vlévá do levé hrdelní žíly. Hlavní mízní kmen je pravostranný mízní kmen, který odvádí lymfu z orgánů a ze stěny pravé poloviny hrudníku, z brániční poloviny jater, z pravé horní končetiny a z pravé poloviny hlavy a krku. Je krátký asi jeden centimetr a vzniká soutokem lymfatických cév (1).

#### *1.1.4 Mízní uzliny*

Mízní uzliny jsou tvořeny shlukem opouzdrěných lymfoidních buněk. Uzliny jsou kulovitého nebo ledvinovitého tvaru velikosti od jednoho milimetru do tří centimetrů. Často jsou uspořádány do skupin nebo řetězců uzlin, ale mohou se vyskytovat i jednotlivě. Funkcí uzliny je produkce lymfocytů, filtrace lymfy, humorální a buněčná imunita. Na hlavě a krku se uzliny nacházejí před uchem, za uchem, v krajině týlní, pod dolní čelistí, na přední a boční straně krku. Regionální uzliny horní končetiny jsou uzliny podpažní, které pokračují do podklíčkových uzlin. Lymfatický systém hrudníku je tvořen uzlinami plic, srdce, mezihrudí a jícnu. Břišní a pánevní uzliny jsou uloženy ve vazivu na vnitřní stěně dutiny břišní a jejich názvy odpovídají především názvům velkých krevních cév. Regionální uzliny dolních končetin jsou uzliny tříselné (1).

## ***1.2 Lymfom***

Lymfom je maligní onkologické onemocnění, které vychází z lymfocytů. Maligní nádory jsou specifické tím, že rostou rychleji než benigní a tvoří vzdálené metastázy. Mezi rizikové faktory vzniku onemocnění patří dědičné dispozice, životní prostředí, věk, ionizující a ultrafialové záření. Více ohroženi jsou lidé s nakažou viry, jako jsou lidský papilomavirus, virus hepatitidy B, helicobacter pylori, nebo lidé s mononukleózou. Lymfomy se dělí na dva hlavní druhy. První je Hodgkinův lymfom a druhý je Nehodgkinův lymfom. S novými výzkumy se upřesňovala klasifikace až dodnes, kdy je používána terminologie, kterou vytvořila Světová zdravotnická organizace a čítá přes padesát různých diagnóz lymfomů. Ke stanovení správné diagnózy lymfomu je potřeba důkladná diagnostika onemocnění při vyšetření pacienta. Provádí se biopsie vzorku tkáně z mízních uzlin, biopsie kostní dřeně s cytologickým, histologickým a flowcytometrickým vyšetřením, flowcytometrie periferní krve, počítačová tomografie uzlin uložených pod bránicí a nad bránicí, ultrazvuk, lymfografie a novější vyšetření celého těla, jako je pozitronová emisní tomografie, která se před léčbou doporučuje hlavně u Nehodgkinova lymfomu. U ostatních druhů lymfomů se doporučuje až po léčbě ke stanovení úspěšnosti léčby. U několika málo pacientů může být pozitronová emisní tomografie po léčbě falešně pozitivní, proto se poté vždy provádí histologické vyšetření, které potvrdí, zda je onemocnění pozitivní či negativní. Toto onemocnění postihuje častěji muže než ženy. Úkolem sestry je efektivní ošetrovatelská péče o pacienta s příznaky onemocnění, jako je horečka, nauzea, únava, svědění kůže, kašel a další různé symptomy. Sestra edukuje pacienta a připravuje k vyšetřením. Důležitou částí ošetrovatelské péče je ošetřování pacienta po vyšetřeních a výkonech spojených s nemocí a všímání si celkového stavu pacienta. Sestra by měla být psychickou podporou pacienta a měla by s nemocným komunikovat (3, 4, 5).

### *1.2.1 Hodgkinův lymfom*

Nemoc byla poprvé popsána v roce 1832 Thomasem Hodgkinem. V roce 1898 popsali Sternberg a Reedová typické buňky pro tuto chorobu, které dodnes nesou jejich jména. Od ostatních lymfomů se liší velkým počtem neaktivních lymfocytů, které převyšují počet buněk Hodgkinových a Reedové-Sternbergových. Hodgkinův lymfom patří mezi lymfomy s dobrou prognózou. Jde o nejlépe léčitelný druh lymfomu. Vyskytuje se kolem dvacátého a šedesátého roku. Jedná se o systémové onemocnění. Nejprve postihuje periferní uzliny a později se šíří hematogenně do plic a dalších extralymfatických tkání, pouze výjimečně se rozšíří i do nervového systému. Kvůli příznakům vede většinou k časnému rozpoznání nemoci a okamžitému zahájení léčby. Hlavním příznakem bývá nebolestivé zvětšení uzlin, nejčastěji v oblasti krku. Léčba se provádí podle klinického stadia nemoci. Základem léčby je chemoterapie, po které sestra sleduje, zda se u pacienta neprojevují nežádoucí účinky chemoterapie, a zajišťuje pacientovi ošetrovatelskou péči (6, 7).

### *1.2.2 Nehodgkinův lymfom*

Nehodgkinův lymfom je jeden název pro širokou škálu lymfomů. Má horší prognózu než Hodgkinův lymfom. Liší se od něj biologicky, ale i klinickým průběhem. Lze ho diagnostikovat pomocí biopsie lymfatické tkáně. Každý druh Nehodgkinova lymfomu se léčí jiným způsobem, proto je důležité jeho rozeznání a zařazení do správné skupiny. Úlohou sestry je správné poučení pacienta o vyšetření a zodpovězení všech jeho otázek. Je zde také důležitá psychická podpora klienta. U Nehodgkinova lymfomu se obvykle nepoužívá Tumor-nodus-metastazy klasifikace klinických stadií jako u jiných tumorů, ale používá se zde klasifikace Ann Arbor. Tato klasifikace je pojmenována podle města, kde ji hematologové vytvořili. Podle této klasifikace se rozlišují čtyři stadia. První stadium postihuje jednu oblast lymfatických uzlin, pouze podpažní nebo krční uzliny. Druhé stadium postihuje více lymfatických uzlin, ale jen na

stejně straně bránice. Třetí stadium je postižení lymfatických uzlin na obou stranách bránice. Čtvrté stadium značí postižení uzlin a difuzní postižení některého orgánu. Podle léčby lze ještě Nehodgkinův lymfom rozdělit do prognostických skupin. První skupinu tvoří nízké agresivní lymfomy, druhou agresivní lymfomy a třetí skupina je složena z vysoce agresivních lymfomů (3, 4, 5, 6, 7).

### ***1.3 Možnosti léčby***

Léčba lymfomu je závislá na jeho typu a stadiu. Lékař se podle diagnostiky onemocnění a po domluvě s pacientem rozhodne, která léčba bude pro daný typ lymfomu nejlepší. Jako nejčastější terapie je užívána radioterapie, chemoterapie a jejich kombinace. Další součástí terapie je transplantace krvetvorných buněk, která je užívána jako primární léčba. Pouze u některých případech se užívá jako doplněk léčby imunoterapie (8).

#### ***1.3.1 Chemoterapie***

Chemoterapie je podání léčiva ve formě intravenózní terapie nebo ve formě perorálních tablet. Léky v chemoterapii jsou produkty chemické syntézy a jsou účinnou zbraní proti rakovině. Při léčbě chemoterapií se často objevují nežádoucí účinky. Kompetence k podávání chemoterapie bez dohledu má všeobecná sestra, která je absolventkou školení o chemoterapii a zvládla úspěšně závěrečný test vědomostí. Při této léčbě je úkolem sestry bezpečné podání cytostatika a co největší zabránění vzniku nežádoucích účinků (9).

Hlavní zásadou před aplikací cytostatik je sdělení potřebných informací nemocnému a příbuzným. Sestra dodržuje standardy o zásadách správného zacházení s cytostatickými léčivými a rizicích, které souvisejí s aplikací těchto léčiv. Po celou dobu chemoterapie sestra sleduje žilní vstupy a pečuje o ně. Před aplikací cytostatik provede

identifikaci pacienta a kontrolu cytostatika přebíraného z lékárny. Musí souhlasit jméno a příjmení pacienta, rodné číslo, množství a název cytostatika. Převezetí léku sestra potvrdí podpisem a razítkem. Poté lékař zodpoví pacientovi otázky ohledně léčby. Pacient by měl být informovaný o vedlejších účincích, které se mohou objevit okamžitě nebo až později. Edukace se zaznamenává do dokumentace. Sestra připraví pacienta na aplikaci cytostatik. Samotný výkon zahrnuje zajištění žilního přístupu a pečování o něj. Během aplikace cytostatika stanoví sestra plán ošetrovatelské péče a kontroluje, zda nevznikly nežádoucí účinky terapie. Poté vše zaznamená do dokumentace. Za komplikace chemoterapie je považováno paravenózní podání cytostatika, nucení na zvracení a zvracení, vypadávání vlasů (někdy mohou vypadat i řasy a obočí). Dalším nežádoucím účinkem je ztráta chuti k jídlu, zácpa, průjem, zánět močového měchýře, snížená obranyschopnost, únava a problémy s dutinou ústní. Tyto problémy ale nemusí nastat u každého pacienta léčeného cytostatiky (9, 10).

### *1.3.2 Radioterapie*

Radioterapie je léčba ozářením. Lymfomy mají vysokou radiosenzitivitu, ale i přesto je hlavní nevýhodou léčby u tohoto onemocnění velký výskyt relapsů, které vyžadují následnou chemoterapii. Většinou se proto provádí léčba pomocí radioterapie i chemoterapie. Pacientů s lokalizovaným onemocněním se vyléčí asi čtyřicet procent pouze radioterapií. Ozařují se oblasti uzlin nad bránicí, břišní uzliny a místo vstupu a výstupu cév ze sleziny. Dávka záření, která se aplikuje, závisí na tom, zda se radioterapie aplikuje samostatně nebo společně s chemoterapií. Léčebná strategie radioterapie má dva základní přístupy. První zahrnuje ozáření více oblastí uzlin a druhý se specifikuje na postižené uzliny. U druhé strategie je důležitá správná diagnostika a dostatečná zkušenost radioterapeuta, který léčbu provádí. Novějším přístupem v ozařování je cílená radioterapie, která funguje na principu navázání radionuklidu na monoklonální látku a doručení k cílové buňce, kterou poté zničí. Současně je v cílené radioterapii používána monoklonální protilátka ibritumomab tiuxetan, která je složena

z protilátky anti-CD20 s navázaným radioizotopem yttria. Sestra připraví pacienta na radioterapii a zodpoví pacientovi otázky ohledně postupu přípravy na léčbu a možných nežádoucích účinků po léčbě. Po radioterapii u nemocného sleduje, zda nedochází ke kožním reakcím nebo k jiným potížím spojeným s radioterapií (11, 12).

### *1.3.3 Imunoterapie*

Imunoterapie je léčba, která je cílená na imunitní systém. Dochází u ní k cílenému zničení nežádoucích buněk. Prognózu Nehodgkinova lymfomu velmi ovlivnilo zavedení monoklonálních protilátek, především rituximabu, který je představitelem imunoterapie. Dnes je rituximab standardní látka používána u léčby Nehodgkinova lymfomu společně s chemoterapií. V poslední době se také využívá protilátka, jejíž název je antiCD 20, na kterou se váže radioaktivní prvek. Tato protilátka je používána při recidivujícím onemocnění. Při imunoterapii se vyskytuje minimální množství nežádoucích účinků a zvyšuje se šance na vyléčení pacientů s lymfomem (12, 13).

### *1.3.4 Transplantace krvetvorných buněk*

Transplantace krvetvorných buněk je podání krvetvorných kmenových buněk od dárce jako náhrada poškozené krvetvorné tkáně příjemce. Krvetvorné buňky se získávají odběrem kostní dřeně nebo z periferní krve. Druh transplantace je autologní nebo alogenní. U autologní transplantace dochází k převodu vlastní krvetvorné tkáně nemocného. K odběru dochází před zahájením léčby chemoterapií a radioterapií. Po ukončení této léčby se odebraná krvetvorná tkáň vrací zpět nemocnému. Po této transplantaci nemusí nemocný užívat imunosupresiva. Při alogenní transplantaci se převádí krvetvorná tkáň od zdravého dárce nemocnému. Využívá se zde vysokodávková terapie, ale i efekt štěpu proti nádorovému onemocnění. Tento efekt funguje na principu



zničení zhoubných buněk u nemocného příjemce pomocí tvořících se imunitních buněk od dárce. U alogenní transplantace je nutné, aby sestra nemocnému podávala nejpozději v den transplantace imunosupresiva podle ordinace lékaře. Po transplantaci je pacient uložen na sterilním pokoji a sestra dbá o prevenci vzniku infekce u nemocného. Vede pacienta ke správné hygieně a sleduje tělesnou teplotu nemocného. Při vzestupu tělesné teploty ihned informuje lékaře. Neustále pozoruje celkový stav pacienta a kontroluje, zda se neprojevují známky infekce. Při výkonech dodržuje asepti. Do prevence vzniku infekce je zahrnuto i podávání antibiotik a antimykotik podle ordinace lékaře (3).

#### **1.4 Ošetrovatelská péče o pacienta s lymfomem**

Při terapii nemocného s lymfomem vzniká mnoho nežádoucích účinků. V chemoterapii se aplikují cytostatika, které způsobují nevolnost, zvracení, průjem, zácpu, vypadávání vlasů a jiné problémy. Při radioterapii se očekávají změny v dutině ústní, pokud se ozařují uzliny v oblasti hlavy a krku. Pacient má při léčbě sníženou imunitu. Je nutné dbát již na prevenci vzniku těchto nežádoucích účinků, aby se potíže zmírnily, nebo se jim předešlo. Po úspěšném ukončení léčby se opět obnoví správná funkce zažívací traktu, růst vlasů i imunita pacienta (14).

##### *1.4.1 Ošetrovatelská péče při nevolnosti a zvracení*

Při nevolnosti pociťuje nemocný nucení na zvracení. Zvracení je považováno za stav, kdy pacient vypuzuje žaludeční obsah ústy. Nevolnost a zvracení jsou obvyklé problémy u pacientů s lymfomem po léčbě. Tyto obtíže mohou negativně ovlivňovat pacientův stav, proto je velmi důležité věnovat jim pozornost a snažit se těmto problémům předcházet vhodnou intervencí. Nyní je preventivně indikována farmakologická léčba pomocí antiemetik u každého nemocného, který má středně vysoké nebo vysoké riziko zvracení po léčbě chemoterapií. Léčba antiemetiky je

zaměřena buďto proti akutnímu zvracení, což znamená v tentýž den, kdy se podává chemoterapie, nebo proti oddálenému typu zvracení, které může trvat celý týden po aplikaci cytostatik. Vyvolavatelem nevolnosti může být celá řada podnětů, které mohou působit přímo na centrum zvracení či na citlivé receptory v gastrointestinálním traktu. U léčby lymfomů je nejčastější příčinou zvracení chemoterapie, protože cytostatika jsou obecnými vyvolavateli zvracení. Nauseu či zvracení mohou pacienti mít již v průběhu podávání cytostatik nebo až s odstupem několika dní po aplikaci chemoterapie. Pacient už může očekávat nevolnost před podáním cytostatik z důvodu psychické lability, kdy už předem očekává, že po podání medikamentu se nevolnost dostaví, čímž se tento problém umocňuje. Špatná zkušenost se zvracením při léčbě onkologického onemocnění může být tak závažná, že pacient někdy odmítne další pokračování léčby. Vznik nevolnosti u léčby chemoterapií závisí i na jiných faktorech, než je pouze podávané cytostatikum. Tyto potíže se častěji vyskytují u mladších žen a u nemocných, kteří již dříve měli problémy s nevolností například v dopravním prostředku. Příčinou nevolnosti mohou být i některé léky, psychické a zrakové vjemy, úporná obstipace, transplantace kostní dřeně a ozařování. Po ozařování se zvracení většinou vyskytuje, pokud se ozařuje horní část břicha a celé tělo (15, 16).

Sestra musí věnovat pozornost tomu, zda se ve zvracích neobjeví příměsi v podobě krve, žlučových šťáv nebo nenatráveného obsahu střev. Poté sleduje barvu a objem zvratků. Důležité je, aby si všímala, zda se pacientovi nesnižuje váha, a popřípadě zajistila vhodnou dietu nebo parenterální výživu. V rámci intervencí doporučí, aby pacient jedl po menších dávkách a tekutiny pil pouze před jídlem nebo po jídle. Pití tekutin během jídla může dráždit ke zvracení. Sestra se stará, aby měl pacient čisté a klidné prostředí, a doporučí, aby několikrát během dne prováděl hygienu dutiny ústní a tím předešel špatné chuti v ústech. Vhodné je cucání ledu nebo ovocných bonbónů a pití chladného nápoje. Pacient by měl vědět, že i v období nechutenství musí přijímat dostatečné množství tekutin, aby nedošlo k dehydrataci. Jídlo by si měl připravovat předem na dny, kdy lze očekávat silnou nauzeu, která by mu znemožňovala vaření. Sestra vysvětluje pacientovi význam hlubokého a pomalého dýchání, které napomáhá k relaxaci. Zvracení může mít vliv i na rozvoj deprese u nemocného

a snižování motivace k terapii, proto je vhodné zajistit ošetrovatelskou péči již v období, kdy pacient nemá problémy, ale nauzeu i zvracení lze očekávat. Terapie zahrnuje podávání antiemetik, podpůrnou medikaci, což mohou být léky s antidepresivním a zklidňujícím efektem, a dodávání dostatečného množství tekutin, živin a iontů. Sestra podává antiemetika před aplikací chemoterapie, během aplikace i po chemoterapii podle ordinace lékaře a vše zaznamenává do dokumentace. Následně se dotazuje pacienta, zda antiemetika účinkují a přinášejí úlevu (15, 17).

#### *1.4.2 Ošetrovatelská péče při nedostatečné výživě*

Při onkologickém onemocnění vzniká porucha energetického výdeje na základě změny metabolismu tuků, bílkovin i cukrů. Tato porucha vzniká ovlivněním centra v hypotalamu a je vyvolána přímo nádorovou tkání, která může být umístěna kdekoli v těle pacienta. Příčinou nedostatečné výživy může být i nechutenství po chemoterapii nebo poškození sliznice v dutině ústní. Sestra od pacienta zjistí nutriční anamnézu, u které je nejvýznamnější hodnota úbytku hmotnosti v krátké době. Dále se zjišťuje Body mass index a také jak často a jaké množství potravy pacient přijímá a zda má chuť k jídlu. Po zjištění nutriční anamnézy se provádí definitivní nutriční screening. Na standardním oddělení stanoví nutriční terapeutka nutriční plán tehdy, pokud vyjdou méně než tři body v definitivním nutričním screeningu. Na jednotce intenzivní péče stanovuje nutriční plán ošetřující lékař ve spolupráci s nutričním terapeutem. U pokročilého nádorového onemocnění může dojít až k nádorové kachexii, proto je nutné, aby pacient během onkologické léčby přijímal dostatek živin. Sestra pacienta motivuje k příjmu stravy podáváním vhodných potravin. Během chemoterapie by nemocný neměl jíst svá oblíbená jídla, aby si vůči nim nevytvořil averzi. Pokud se u pacienta objeví nesnášenlivost masa, snaží se je sestra nahradit jinými potravinami s vysokým obsahem bílkovin. Při změnách chuti respektuje přípravu masa upraveného s ovocem a doporučuje kořenit čerstvými bylinkami. Nesnaží se, aby pacient dodržoval zásady správné výživy. Důležitější je, aby byl schopen stravu jakkoliv přijímat.

Pacientovi servíruje menší porce, ale častěji, a snaží se o denní přísun minerálů a vitamínů. Seznámí pacienta s nutričními doplňky, jako je například Nutridrink. U pacientů v pokročilém stadiu onemocnění je volena parenterální výživa, která je neobtěžuje a dodá jim dostatečné nutriční hodnoty. Pokud je parenterální výživa podávána déle než 6 týdnů, zavede se perkutánní endoskopická gastrostomie, o kterou sestra pečuje a ošetřuje ji dle standardu. Výživu sestra aplikuje dle doporučení nutričního terapeuta a ordinace lékaře (18, 19, 20).

#### *1.4.3 Ošetrovatelská péče při únavě*

I přesto, že je únava jako příznak onemocnění pro pacienta často velmi obtěžující, není jí přikládán velký význam. V praxi se většinou nijak neléčí. U zdravých lidí se únava objevuje po fyzickém či duševním vyčerpání. U onkologicky nemocných se vyskytuje bez předchozí námahy. Při únavě se často objevuje pocit deprese a úzkosti. V nedávné době byla únava přijata jako ošetrovatelská diagnóza, takže je vedena jako ošetrovatelský problém. Kritéria pro stanovení diagnózy jsou tři. První je významná únava, druhé je nedostatek energie a třetí zvýšená potřeba odpočinku. Současně s těmito kritérii musí být přítomno pět nebo více z příznaků, jako je slabost nebo tíha končetin, snížená motivace nebo zájem zapojit se do normálních aktivit, snížená schopnost soustředit se nebo udržet pozornost, poruchy spánku, neosvěžující a neposilující spánek, značná emoční reaktivita k pocitu únavy, vnímané problémy s krátkodobou pamětí, neklid po námaze, rozrušení trvající několik hodin, únavou způsobené obtíže uskutečnit denní úkoly. Příčina únavy u nemocných s onkologickou chorobou není známa, ale většinou je propojena se samotným nádorovým onemocněním a s nevolností. Velký vliv na únavu mohou mít i některé léky, jako jsou například hypnotika nebo porušený spánek, kdy má pacient potřebu nadměrného spánku nebo se v noci probouzí. Tyto léky by se měly aplikovat po rozhovoru s pacientem, abychom se ujistili, jak na něj působí. Vyšetření únavy vychází hlavně z anamnézy. Při hodnocení únavy má důležitou úlohu všeobecná sestra, která u pacienta sleduje vzhled a vědomí. Zjišťuje, jak nemocný sám

hodnotí svoji únavu, pozoruje nemocného v čase a tím hodnotí délku provádění různých aktivit. Po zjištění základních informací stanoví sestra ošetrovatelský plán a pomáhá pacientovi se zajištěním běžných potřeb, které sám nezvládá. Poté komunikuje s pacientem o změnách životního stylu, aby se snížila únava. Úkolem pacienta při únavě je, aby si vytvořil správnou spánkovou hygienu. Měl by mít pravidelný rytmus spánku a bdění. Sestra stanoví ošetrovatelskou péči tak, aby měl pacient dostatek času na nerušený odpočinek (17, 21, 22).

#### *1.4.3 Ošetrovatelská péče při zácpě*

Zácpa, latinsky obstipace, znamená vylučování malého množství tuhé a suché stolice nebo úplné přerušení jejího vylučování po dobu tří a více dnů. U každého pacienta je definována zácpa podle jeho zvyků. Někteří lidé jsou zvyklí, že mají stolicí pouze několikrát do týdne, a přesto se nejedná o zácpu. Příznakem zácpy je bolest při defekaci, pocit plnosti, namáhavá defekace, nadýmavost a oslabené střevní zvuky. Při dlouhodobé zácpě vzniká nauzea. Příčinou zácpy může být nevhodná dieta, nedostatečné přijímání tekutin, některé léky, defekt v dutině ústní, nedostatečná fyzická aktivita, věk, nepravidelné návyky, hospitalizace v nemocnici a utlačení tlustého střeva.

Sestra zjistí z ošetrovatelské anamnézy příčinu zácpy. Ptá se nemocného, zda má potíže při defekaci a jestli užívá nějaká projímadla. Poté stanoví vhodné intervence. Mezi ošetrovatelské intervence patří zajištění soukromí pacienta při defekaci, kdy ho nebude nikdo rušit a bude mít dostatek času. Další sesterskou intervencí je správná hygiena a zajištění dostatku pomůcek k hygieně. Největší snaha je o to, aby si pacient došel sám na toaletu a nemusel provádět defekaci na lůžku. Sestra zaznamenává barvu, konzistenci, množství, zápach stolice, a sleduje, jak dlouho tento problém trvá. Doporučí pacientovi, aby zvýšil tělesnou aktivitu cvičením, pokud je to možné. Důležité je nabízet dostatek tekutin a vhodnou stravu s dostatečným obsahem vlákniny. Sestra pacientovi vysvětlí, že některé léky, jako je například morfium, mohou být příčinou zácpy. Podle požadavků lékaře podává laxancia nebo klyzma a doporučí pacientovi, aby

si jako prevenci návratu zácpy zavedl pravidelné návyky, které bude dodržovat (17, 23, 24).

#### *1.4.4 Ošetrovatelská péče při průjmu*

Za průjem, latinsky diarhea, je považován odchod časté, řídké až tekuté neformované stolice nejméně třikrát za dvacet čtyři hodin. Průjem je opak zácpy. Příčiny průjmu mohou být psychického původu, ze stresu a z úzkosti. Mezi další příčiny se řadí zánět, infekce, malabsorpce, dietní chyba, cestování a podávání stravy sondou. U onkologicky nemocných se vyskytuje průjem jako nežádoucí účinek léků a léčby chemoterapií nebo zářením. Průjem se projevuje křečemi v břišní dutině, bolestí břicha, nechutenstvím, změnou barvy stolice, řídkou stolicí, zvýšeným množstvím střevních zvuků a zvýšenou frekvencí vyprazdňování stolice. Při dlouhodobém průjmu se může objevit únava, bolest hlavy, slabost a úbytek na váze. Sestra spolupracuje s lékařem a po zjištění příčiny průjmu z anamnézy stanoví ošetrovatelský plán. Pokud je průjem stresového původu, komunikuje s pacientem o aktuální situaci a o příčině stresu. Podporuje pacienta a motivuje ho k relaxaci, aby zvládal stres lépe. Sestra zjišťuje, zda pro pacienta není průjem bolestivý, a sleduje vzhled stolice. Pacientovi přinese podložní mísu nebo pomáhá při vyprazdňování na toaletě a zajistí dostatek pomůcek k důkladné hygieně okolí konečníku. Při podráždění okolí konečníku pomáhá aplikovat krémy nebo masti, protože zde hrozí riziko vzniku opruzenin a porušení integrity kůže. Sestra stále udržuje čisté a suché osobní i ložní prádlo pacienta. Pokud sestra ve stolici objeví příměsí, oznámí to co nejdříve lékaři. Stará se o podávání neдрáždivé stravy pacientovi a dostatečného množství tekutin, aby nedošlo k dehydrataci. Vhodné je popíjení džusů, bujónů a nápojů, ve kterých se nachází vysoký obsah elektrolytů. Sestra sleduje příjem a výdej tekutin, který zaznamenává do dokumentace, a všímá si, zda pacient neztrácí hmotnost, informuje jej o aktuálním léčebném režimu (17, 23, 25).

#### *1.4.5 Ošetrovatelská péče při změnách v dutině ústní*

Důležitou součástí ošetrovatelské péče u onkologicky nemocných pacientů je péče o dutinu ústní. Správná péče slouží jako prevence vzniku změn v dutině ústní, které se nazývají mukozitidy nebo stomatitidy. Tyto změny mohou vznikat v souvislosti s chemoterapií a radioterapií nebo následkem oslabené imunity či nedostatečné a nevyvážené stravy. Pacienta při mukozitidě trápí bolest, nepříjemný zápach z úst, porucha artikulace, objevuje se i porušené polykání, což vede ke snížení perorálního příjmu potravy a tekutin. Mukozitida se v začátcích projevuje jako zčervenání, které se mění v bílá ložiska. Později se začínají tvořit povlaky v dutině ústní, které způsobují poruchy polykání. Léze v dutině ústní vznikají pět až sedm dnů po aplikaci chemoterapie nebo radioterapie. Dochází k porušení integrity ústního epitelu, kde se šíří mikroorganismy, které tudíž vstupují do celého těla. Proto se dutina ústní může stát zdrojem infekce. Mukozitida se klasifikuje dle Světové zdravotnické organizace. V prvním stupni dochází k nebolestivému zčervenání, ale pacient může přijímat stravu ústy. Při druhém stupni se objevují bolestivé defekty a pacient přijímá měkčí stravu. U třetího stupně přetrvává bolest a pacient přijímá pouze tekutou stravu. Čtvrtý stupeň vyžaduje podávání umělé výživy. Prevencí změn v dutině ústní při léčbě nádorového onemocnění je prohlídka u stomatologa a následná léčba nebo úprava zubní protézy před zahájením léčby nádorového onemocnění. Sestra edukuje pacienta o dodržování správné a pravidelné hygieny během léčby (26, 27).

Léčba mukozitidy je symptomatická, kdy sestra aplikuje výplachy úst pomocí dezinfekčních a mikrobiálních roztoků. Pacientovi lze aplikovat roztoky lokálních anestetik, které většinou nejsou žádoucí z důvodu krátkodobého znecitlivění, při němž může dojít k mechanickému poranění sliznice v dutině ústní a jazyka. Vhodným zdravotnickým přípravkem k ošetření sliznice ústní při mukozitidě je Gelclair. Gelclair je gel, který před podáním sestra naředí vodou a poté si jím pacient třikrát denně vyplachuje ústa. Tento gel vytvoří v ústech ochranný film, který hydratuje dutinu ústní a uleví od bolesti. Vhodné je, aby sestra pacientovi aplikovala prvky chladu pomocí

kostek ledu vložených do úst. Při aplikaci chladu dochází k úlevě od bolesti a ke zklidnění dutiny ústní (27).

#### *1.4.6 Ošetrovatelská péče o pacienta s centrálními žilními vstupy*

Centrální žilní vstup je vstupní cesta do centrálního žilního řečiště přes vena subclavia, vena femoralis nebo vena jugularis. V některých případech, kdy se použije dostačující délka kanyly, lze aplikovat žilní vstup i přes vena brachialis. Centrální žilní vstupy jsou vhodné k aplikaci léků, které nelze aplikovat do periferních žil. Mezi základní druhy žilních vstupů patří běžná centrální žilní kanyla, která se zavádí punkcí do centrální žíly. Její využití se předpokládá na dny až týdny. Další typ je tunelizovaná žilní kanyla, která se zavádí přes podkožní tunel. Tato kanyla zmírňuje riziko vzniku infekce a její předpokládané využití může být až několik měsíců. Další druh je dialyzační kanyla, což je silná dvojluminální kanyla, kterou může protékat velké množství krve. Je využívána při dialýze a separaci krvetvorných buněk. Pacientům lze aplikovat i implantované systémy, které se nazývají porty. Porty jsou vyrobeny z oceli nebo z plastu a jsou chirurgicky vloženy do podkoží. K punkcím do portu se užívají speciální Hubertovy jehly. Porty se aplikují jen tehdy, pokud se předpokládá jejich několikaměsíční až roční využití. O zavedení centrálního žilního vstupu rozhoduje lékař (15).

Sestra před zavedením centrálního žilního vstupu zajistí řádnou aseptickou přípravu pomůcek. Pomůcky připravuje v ústence a v rukavicích na sterilní stolek. Pacienta připraví k výkonu a zkontroluje místo zavedení centrálního žilního katétru, které v případě nutnosti vyholí. Podle ordinace lékaře podá pacientovi premedikaci. Těsně před výkonem zajistí horizontální polohu pacienta a zjistí, zda nemá alergii. Při zavádění asistuje lékaři. Po výkonu sestra provádí ošetrovatelskou péči podle standardu oddělení a sleduje, zda nevznikly komplikace spojené s centrálním žilním katétre. Mezi hlavní komplikace patří pneumotorax, infekce, trombóza, hematom, vzduchová embolie a odtržení nebo ruptura kanyly. Sestra pravidelně kontroluje funkci kanyly,



okolí, napojení spojů, zda se v kanyle neobjevuje krev. Sleduje, jestli pacient nepocítuje bolest a nevzniká otok v místě vstupu. Při zvýšené teplotě myslí na riziko vzniku infekce a naměřenou hodnotu oznámí co nejdříve lékaři. Sestra zná zásady správného zacházení s centrálním žilním vstupem. Při manipulaci s centrálním žilním katétrelem informuje pacienta a vysvětluje, co do kanyly aplikuje. Převoz provádí podle standardu oddělení a stavu kanyly. Vše by měla provádět asepticky (15).

### **1.5 Psychické důsledky onemocnění**

Nádorové onemocnění je velká zátěž pro pacienta. Pacient je většinou vnímá jako nevyhládnou nemoc. Od té doby, kdy je mu oznámena diagnóza, nemá žádnou jistotu, zda se vyléčí, a stává se závislým na svém ošetřujícím lékaři a lidech ve svém blízkém okolí. Musí si zvyknout, že se o něj bude někdo starat. Oznámení diagnózy přísluší lékaři a lze je provést v několika etapách, aby se pacient nepříjemnou pravdu nedozvěděl nárazově. Důležité je, aby lékař těžkou nemoc oznamoval s takovým přístupem, aby měl nemocný alespoň malou naději na uzdravení. Psychika nemocného hraje důležitou roli při léčbě a zvládnání všech nepříjemností spojených s léčbou. Při přijetí diagnózy pocítuje pacient strach, úzkost, smutek a obavy z budoucnosti. Prochází různými etapami přijetí svého onemocnění. Někdy o svém strachu nechce komunikovat, ale mnohdy je rád, že se může někomu svěřit. Podle osobnosti přijme každý nemocný diagnózu jiným způsobem. Někteří nemocní mohou nemoc bagatelizovat, což je jiný způsob, jak ji popřít. Další důležitou součástí při léčbě pacienta jsou jeho nejbližší příbuzní, kteří mnohdy s pacientem soucítí tak moc, až mu to ubližuje, proto je vhodné, aby i oni měli dostatečné informace, jak se k pacientovi v této chvíli chovat. Ani zkušený lékař nemusí vždy odhadnout, v jakém emocionálním rozpoložení se pacient nachází. Při léčbě dochází ke stresu a k sociální izolaci. Pacient se musí smířit s novým stylem života. Nemá za úkol vyrovnat se pouze s nádorovým onemocněním, ale také s vedlejšími účinky léčby a se změnou životních rolí. Pacient s onkologickým

onemocněním zjišťuje, že i sám sebe vnímá jinak, než jak se vnímal do oznámení diagnózy (28, 29).

### *1.5.1 Ošetrovatelská péče o pacienta se strachem a úzkostí*

Strach a úzkost jsou obranné mechanismy organismu, které jsou vázané s pudem sebezáchovy. Patří mezi silně emočně zabarvené prožitky, které se projevují při pocitu ohrožení. Ohrožení může být vnější nebo vnitřní. Mezi vnější ohrožení se řadí například nástup do nemocnice. Mezi vnitřní ohrožení patří obava, že pacient něco nezvládne. Strach je popsán jako reakce na něco konkrétního. Je to nepříjemný pocit, kterým pacient reaguje na ohrožení, kdy má strach z toho, co bude, nebo co by mohlo přijít. Předmětem strachu pacienta se stává odloučení od svých blízkých a pobyt v nemocnici. Další příčinou může být změna způsobu života, strach z léčení nebo ze smrti, nedostatek znalostí a informací. Sestra sleduje zrychlenou srdeční frekvenci, soustředěnost na zdroj strachu, nervozitu, zvýšené napětí, sníženou sebejistotu a zvýšenou čílost. Strach vyvolávají i změny, které na sobě pacient pociťuje v průběhu nemoci. Nemocného může ohrozit pocit stálé únavy, kožní změny, nechutenství a mnoho dalších příznaků onemocnění. Při úzkosti lze těžko rozeznat, co je jejím zdrojem. Projevuje se jako nepříjemný pocit, který je reakcí na tušení z neznámého nebezpečí. Bývá nepříjemnější než strach, protože nemocný nezná příčinu. Související faktory vzniku jsou ohrožení života, nenaplněné potřeby, změna zdravotního stavu a stres. Somatické a psychické projevy úzkosti jsou rozčilení, podráždění, ustaraný a ustrašený výraz, nejisté a nekoordinované pohyby, rychlá a překotná řeč, roztržitost, tendence k zapomínání, nervozita a pocení, lítostivost, vyděšenost, depresivní předtuchy, bušení srdce, nauzea a bolest břicha. Všechny tyto projevy společně se strachem mohou nepříznivě ovlivnit průběh onemocnění. Proto je důležité, aby sestra znala způsob vhodné komunikace s nemocným (17, 30).

Přístup k nemocnému se strachem a úzkostí není jednoduchý. Vždy záleží na

chování, profesionálním přístupem a jednáním sestry. Sestra si musí získat pacientovu důvěru a chovat se k němu vlídně, trpělivě a klidně. Rozhovor bývá účinný v případě, kdy sestra nemocnému umožní hovořit o svém strachu a má pro nemocného pochopení. Při komunikaci se pacient uvolní a dojde k úlevě. Sestra je vždy trpělivá a nikdy nedává najevo rozladění. Podává pacientovi přesné informace o situaci ošetrovatelské péče a sleduje, zda se pacient kvůli strachu může, či nemůže zapojit do běžných činností. Je vhodné, aby sestra nemocného povzbuzovala a vysvětlila mu, že strach je užitečný v péči o vlastní osobu. Sestra učí pacienta relaxovat a nabádá ho ke cvičení, u kterého dochází k uvolnění. Po celou dobu ošetrovatelské péče se sestra zaměřuje na somatické projevy strachu a úzkosti. Pozoruje chování pacienta a zjišťuje, zda danou situaci zvládá. Uznává jeho strach a nesnaží se ho ubezpečit, že vše bude zase v pořádku. Umožní pacientovi pobývat v tichém, klidném prostředí s dostatkem soukromí a akceptuje nemocného takového, jaký je (17, 30).

#### *1.5.2 Ošetrovatelská péče o pacienta s beznadějí*

Beznaděj je situace, kdy pacient nevidí žádné alternativy a způsoby řešení situace a není schopný vyvíjet energii, která by mu pomohla řešit problémy. Má pocity přesvědčení, že věci nelze změnit a nemůže pro to nic udělat. Projevy beznaděje jsou povzdechy, nemluvnost, pasivita ohledně léčby a ošetrovatelské péče a chybějící iniciativa. Pacient nechce odpovídat. Jako dostačující reakci na otázku považuje krčení ramen, zavírání očí při komunikaci a má snížený zájem o blízké osoby. Mohou se objevovat výbuchy hněvu. Pacient je přesvědčený, že nic na světě nemá smysl.

Cílem ošetrovatelské péče je, aby se pacient zaměřil na krátkodobé cíle a vrátil se mu zájem o své zdraví, o zábavu a blízké osoby. Sestra od pacienta zjišťuje rodinnou a osobní anamnézu. Poté si všímá projevů beznaděje a postoje pacienta k nemoci. Zaměřuje se na povzbuzování pacienta, aby vyjadřoval své pocity a dojmy. Vede pacienta k uvědomění si svých pocitů a k zájmu řešit své problémy. Odpovídá na otázky ohledně ošetrovatelské péče a zajímá se o pacientovy cíle, které měl před zjištěním

diagnózy. Snaží se, aby si pacient ujasnil krátkodobé cíle. Poté podporuje jejich realizaci. Zapojí do léčby i rodinné příslušníky, aby nedošlo k pocitům izolace. Úkolem pacienta je, aby si uvědomil, co má pod kontrolou a o čem nemůže rozhodovat sám. Sestra pacienta aktivizuje a doporučuje mu cvičení, které vede k pocitům pohody. Pacient by si měl uvědomit, která situace vede k pocitům beznaděje a poté o ní komunikovat. Sestra vytváří vstřícnou atmosféru, která pacientovi pomáhá vyjádřit své pocity a snaží se ho zapojit do plánování ošetrovatelské péče. Pacient získá důvěru ve zdravotnické pracovníky a upevní se terapeutický vztah. Po konzultaci s lékařem sestra doporučí pomoc psychiatra nebo specializované zdravotní sestry (17).

## **2. Cíle práce a hypotézy**

### ***2.1 Cíle práce***

**Cíl 1:** Zjistit informovanost sester o ošetrovatelské péči u nemocných s lymfomem.

**Cíl 2:** Zjistit, zda současná ošetrovatelská péče o nemocné s lymfomem přispívá ke zlepšení jejich psychiky.

### ***2.2 Hypotéza***

Sestry jsou informovány o ošetrovatelské péči u pacientů s lymfomem.

### ***2.3 Výzkumná otázka***

Jak přispívá ošetrovatelská péče ke zlepšení psychiky u nemocných s lymfomem?

## **3. Metodika**

### ***3.1 Použitá metodika***

Ke zpracování bakalářské práce na téma Specifika ošetrovatelské péče o nemocného s lymfomem byla zvolena metoda kvalitativního šetření pomocí rozhovorů s pacienty a kvantitativní metoda pomocí dotazníků pro sestry. Výzkum probíhal v březnu 2012 ve Fakultní nemocnici Bohunice v Brně a v Nemocnici v Českých Budějovicích a. s., za ústního souhlasu hlavních a vrchních sester. Rozhovor pro pacienty obsahoval 18 otázek a byl polostandardizovaný. Rozhovory byly přepsány. Dotazník pro sestry obsahoval 19 otázek a obsahoval 15 uzavřených a 4 otevřené odpovědi.

### ***3.2 Výzkumný soubor***

Výzkumný soubor tvořili sestry a pacienti z oddělení hematoonkologické kliniky ve Fakultní nemocnici Bohunice v Brně a z onkologického a interního oddělení v Nemocnici v Českých Budějovicích a.s.

Celkem bylo rozdáno 80 (100%) dotazníků, z toho 35 na hematoonkologickou kliniku Bohunice v Brně a 45 na oddělení onkologické a interní v Nemocnici v Českých Budějovicích a.s. Návratnost řádně vyplněných dotazníků z celkového množství 80 (100%) rozdaných dotazníků byla 71 (89%). Tento údaj 71 dotazníků byl ve výsledcích brán jako 100%.

Pro rozhovor bylo osloveno 6 pacientů. Rozhovor se 3 pacienty proběhl v nemocnici v Brně a se 3 pacienty v nemocnici v Českých Budějovicích.

## 4. Výsledky

### 4.1 Rozhovory s pacienty

#### Pacient číslo 1

První oslovenou pacientkou s lymfomem je paní, které je šedesát let. Pacientka se s lymfomem léčí již půl roku a nyní je hospitalizována týden ve Fakultní nemocnici Brno- Bohunice, kde jí již tenkrát diagnostikovali Nehodgkinův difuzní velkobuněčný typ lymfomu. Pacientka během rozhovoru rozvádí odpovědi a povídá i o svém životě.

Na otázku, zda zná všechny informace ohledně léčby, odpovídá velmi váhavě, že informace, které o onemocnění zná, jsou spíše z internetu, kde si je ve volných chvílích vyhledává. Domnívá se, že paní doktorka zastává názor, že čím méně pacient ví, tím víc je chráněn od stresu a je to pro něj lepší. Při dotazu, jestli pociťuje z onemocnění strach a úzkost, odpovídá: „ Strachem a úzkostí velice trpím. Během dne, ale i někdy v noci pláču a bojím se, jak to vše dopadne.“ Vypráví, že si to zažila z pohledu přihlížejícího, když onemocněla její maminka a po krátké době i tchyně. Obě boj s rakovinou prohrály a zemřely. Po celou dobu jejich nemoci byla u nich, a tak viděla, jak procházejí všemi etapami onemocnění. Proto má ze svého onemocnění takový strach. Doufá, že vše dopadne dobře, ale i přesto má někdy pesimistické vidiny ohledně budoucnosti. Při otázce, jak pacientka pocity strachu zvládá, odpovídá, že hned druhý den od sdělení diagnózy musela navštívit psychiatra, který jí předepsal léky na uklidnění. Tyto léky brala převážně první dny. Nyní už to zvládá bez nich. I když občas pláče, tak si myslí, že už tyto pocity dokáže zvládnout a léky již potřebovat nebude. Hodně ji podporuje rodina, bez které by to prý nezvládla. Myslí si, že ošetrovatelská péče nepřispívá ke zlepšení jejího psychického stavu.

Po dotazu, zda s pacientkou sestry komunikují o problémech, odpovídá: „ Sestry mají moc práce, aby měly čas poslouchat, než se vypovídám, ale jsou na mě moc

hodné.“ Myslí si, že kdyby je poprosila, tak by ji určitě vyslechly. Sama je ale neobtěžuje.

Hospitalizace na pacientku moc dobře nepůsobí, je radši, když dojíždí pouze na chemoterapie, a to i přesto, že trvají několik hodin. Manžel si na ni udělá vždy čas a doprovází ji na léčbu cytostatiky. Tím se podílí na její léčbě. Nyní ji v nemocnici chybějí domácí prostředí a rodina. Byla by velmi ráda, kdyby si za ní během dne přišel někdo povídat. Pobyt v nemocnici je pro ni dlouhý, ale je ráda, že může alespoň sledovat televizi, a tak i relaxovat. Na pokoji je radši s více lidmi, samota jí nedělá dobře. Je společenský typ, který si rád povídá s ostatními. Kdyby byla na jednolůžkovém pokoji, byl by to pro ni trest. Je velmi ráda, že si s ostatními pacienty může postěžovat na své onemocnění a na oplátku si vyslechnout, s čím se léčí oni. Taky zde zjistila, že není jediná na světě, koho něco trápí.

## **Pacient číslo 2**

Druhým osloveným pacientem je pán, kterému je třicet šest let a léčí se druhý měsíc s Hodgkinovým lymfomem třetího stupně v mezihrudí. V brněnské nemocnici je hospitalizován devátý den. Rozhovor probíhal dobře, pacient byl vstřícný a nedělalo mu problém mluvit o svém onemocnění.

Na otázku, zda má dostatek informací, odpovídá: „Před nástupem do nemocnice jsem toho moc nevěděl, až tady jsem se dozvěděl něco víc a stále se ke mně nové informace dostávají. Větší část informací, které mi chybějí, jsou od lékařů, kteří mě navštěvují každý den zhruba dvakrát, ale nemají čas na delší komunikaci. Sestry se snaží na vše odpovídat. Ohledně postupu léčby mi ale doporučují, abych se obrátil na lékaře.“

Pacient z onemocnění pociťuje velký strach, hlavně kvůli rodině, protože má dvě malé děti a bojí se, aby manželka nezůstala na výchovu sama. Před okolím se snaží, aby svůj strach nedával moc najevo. Bojí se, že by to rodina nesla ještě hůř než doteď. I přestože mu manželka a tchýně pomáhají tyto pocity zvládat, mají o něj velký strach,



a proto jim nechce přidělovat další starosti. Sestry mu se strachem moc nepomáhají, i když se chodí často ptát, zda něco nepotřebuje. Má dojem, že je okolo víc pacientů, kteří pomoc sester potřebují více než on, proto je se svými problémy moc neobtěžuje a nezdržuje je od práce povídáním. Snaží se s onemocněním vyrovnat sám. Celkově udává, že ošetrovatelská péče přispívá ke zlepšení jeho psychického stavu hlavně tím, že je možnost využívat návštěv psycholožky až na pokoj, kterou ani on neodmítá.

Hospitalizace na něj moc dobře nepůsobí, udává, že má panickou hrůzu z hospitalizace, ale i ze samotné nemocnice. Na otázku, zda by byl rád, kdyby si za ním během dne přišel někdo povídat, odpovídá: „Komunikace mi nechybí, protože nejsem na pokoji sám. Za to, že nejsem na pokoji sám, jsem hodně rád, protože zjišťuji, jak se s tímto onemocněním léčí ostatní a můžu se s nimi radit o všech problémech. Sám bych být na pokoji nechtěl. Cítil bych se ještě víc izolovanější než nyní, a tím víc bych nad onemocněním přemýšlel.“ Na dotaz, jestli v nemocnici dokáže relaxovat, odpovídá, že ano, ale chybí mu zde počítač s internetem, který si nechal doma. Doufá, že už brzy bude moci jít domů, a tak už ani neříká manželce, aby mu ho do nemocnice přinesla.

Pacientovi příbuzní se prý na léčbě moc podílet nemohou. Pomáhají mu hlavně po psychické stránce. Podílejí se na léčbě pouze tím, že ho doprovázejí do nemocnice, ale jinak si léčbou prochází sám.

### **Pacient číslo 3**

Třetí oslovenou pacientkou je paní, které je padesát osm let a léčí se již rok s folikulárním B lymfomem. V brněnské nemocnici je hospitalizována sedm dní. Pacientka byla příjemná a dobře se s ní komunikovalo. Odpovědi byly stručné a odpovídala pouze na položené otázky.

Na dotaz, zda je dostatečně informovaná a zná vše ohledně léčby, odpovídá: „Myslím si, že ano. Nic navíc od sester ani od lékařů vědět nepotřebuji.“ Jediné, co jí chybí a co považuje za vzácné informace, jsou prožitky od jiných lidí se stejným

onemocněním, nebo od těch, kteří tuto nemoc porazili a vyléčili se.

Strach a úzkost pacientka pociťovala spíše ze začátku, kdy poprvé onemocněla. Nyní zažívá relaps onemocnění a už se tolik nebojí. Od oznámení diagnózy užívá antidepresiva, konkrétně Prozac. Od návratu onemocnění pociťuje ještě větší podporu okolí. Nejdůležitější je pro ni pomoc rodiny, přátel, ale i některých zdravotníků. Pacientka je optimisticky naladěna a věří, že se s nemocí popere i teď. Na otázku, zda při zvládání těchto pocitů pomáhají i sestry, odpovídá, že rozhodně ano. Dokonce si s ní i často povídají. Myslí si, že ošetrovatelská péče přispívá ke zlepšení psychického stavu hlavně tím, že dostala vysvětlení o všem, co se onemocnění týká a jak zvládat obtíže, které mohou nastat.

Hospitalizaci pacientka zvládá velmi špatně, jako důvod uvádí, že nemá ráda žádnou hospitalizaci, a to hlavně kvůli tomu, že je sama zdravotník už dvaatřicet let. Pracuje na porodních sálech. Byla by ráda, kdyby si za ní během dne přišel někdo popovídat, protože je na pokoji sama a to ticho je pro ni nepříjemné. Čas v nemocnici si zkracuje hlavně čtením a stále čeká, kdy bude moci jít domů. Myslí si, že se příbuzní mohou podílet na léčbě, protože je pro ni velmi důležitá psychická podpora.

#### **Pacient číslo 4**

Čtvrtou oslovenou pacientkou je paní, která má padesát devět let. Od zjištění lymfomu uběhly dva měsíce. Léčí se s maligním typem lymfomu, ale přesný název neví. Nyní je hospitalizována dva týdny v nemocnici v Českých Budějovicích. Pacientka se během rozhovoru cítila unaveně, ale rozhovor proběhl celý.

Na otázku, zda má všechny potřebné informace ohledně léčby, odpovídá: „Dostávám je průběžně, a tudíž si myslím, že jsem informována dostatečně. Zatím mi nechybí žádné vysvětlení od lékařů ani od sester. S lymfomem se léčím krátkou dobu, a tak všechny odpovědi dostávám podle výsledků vyšetření, kterými nyní procházím. Když něco potřebuji vědět, můžu se kdykoliv zeptat.“ Strach a úzkost z onemocnění pociťuje. Bojí se, jestli se vyléčí. Snaží se ale na nemoc příliš nemyslet.

Tyto pocity zvládá hlavně pomocí čtení, procházek a sledování televize. Tímto způsobem se snaží prožít každý den, aby nepřemýšlela pouze nad svým zdravotním stavem. Pacientce velmi pomáhá rodina, známí, ale i kolegyně z práce, které ji chodí navštěvovat a telefonují jí novinky, které se udály během její nepřítomnosti. Pomocí všech těchto lidí je stále spojena s životem mimo nemocnici, takže se necítí odstrčená od zdravých lidí. I sestry jí pomáhají tyto pocity zvládat. Povídají si s ní a snaží se ji povzbuzovat .

Pacientka uvádí, že ošetrovatelská péče přispívá ke zlepšení jejího psychického stavu hlavně tím, že od zdravotnického personálu dostává víru v uzdravení.

S hospitalizací žádný problém nemá. Nevadí jí, protože věří, že je to krok k vyléčení, proto si tento pobyt v nemocnici nechce ještě více znepríjemnit negativními myšlenkami. Na otázku, zda by byla ráda, kdyby si za ní během dne přišel někdo povídat, odpovídá: „Určitě ano. I když za mnou chodí známí a rodinní příslušníci, jsem vždy ráda, když se objeví někdo nečekaný a povídá si se mnou.“ V nemocnici dokáže velmi dobře relaxovat, myslí si, že i lépe než doma, kde nemá na čtení knih čas ani náladu. Na pokoji by nechtěla být v žádném případě sama.

Příbuzní, ač by se rádi podíleli na léčbě, tak nemohou, ale dopravují ji do nemocnice. I za tohle jim je pacientka moc vděčná.

## **Pacient číslo 5**

Pátou v pořadí oslovenou pacientkou je paní, která má osmdesát sedm let. S lymfomem se léčí od prosince roku 2011. V nemocnici v Českých Budějovicích je hospitalizována čtyři týdny, ale nepamatuje si, jaký druh lymfomu má. Při rozhovoru působí klidným dojmem.

Na otázku, zda má všechny potřebné informace, odpovídá: „Vím všechno, co vědět potřebuji. Věřím, že se o mě sestry dobře postarají, a tak je důležitější, aby toho věděli víc než já.“ Proto uvádí, že jí nechybějí žádné informace od sester ani od lékařů.

Z onemocnění žádný strach ani úzkost nepocítuje. Povídá, že během celého

životu byla již tolikrát nemocná a mnohokrát i hospitalizovaná v nemocnici, že si již nepřipouští žádné takové pocity. Sestry s ní komunikují dostatečně. Hlavně během ranní hygieny, ale i během dne, když za ní přijdou na pokoj. V nemocnici pacientce nic nechybí a je velmi spokojená. Na otázku, zda ošetrovatelská péče přispívá ke zlepšení jejího psychického stavu, odpovídá: „Určitě ano. Čím přesně nevím, ale doma bych se cítila opuštěněji. V nemocnici se mám dobře po všech stránkách. Všichni se zde o mě starají a pomáhají mi s běžnými denními činnostmi.“

Byla by velmi ráda, kdyby si za ní někdo přišel během dne popovídat. Někdy je radši, když může ona vyprávět a ostatní ji poslouchají. Dnes se ale necítí moc dobře, proto se jí nechce moc povídat. V nemocnici dokáže relaxovat hlavně posloucháním rádia, knihy už moc nečte. Poslední dobou špatně vidí, proto ji už čtení neláká, i když dříve četla běžně. Na pokoji by sama být nechtěla. Má ráda společnost.

Příbuzní se na léčbě mohou podílet. Odvází ji do nemocnice, kupují jí léky a doma se o ni celkově starají.

## **Pacient číslo 6**

Poslední oslovenou pacientkou je slečna, které je osmnáct let. S Nehodgkinovým typem lymfomu se léčí tři týdny. Nyní je hospitalizována pátý den v nemocnici v Českých Budějovicích. Pacientka není moc společenská, ale s rozhovorem souhlasí. Vypráví hlavně o tom, jak onemocněla. Bývala často unavená a pak se jí udělala bulka na krku. Dlouho nemohli zjistit, co jí je.

Na otázku, zda má všechny potřebné informace ohledně léčby, odpovídá: „Nemám, mám pocit, že mi nebylo řečeno všechno. Informace mi chybí spíše od lékaře, ten mě nenavštěvuje tak často jako sestra a při vizitě má málo času.“ Z onemocnění pociťuje velký strach i úzkost. Neví, jestli se vyléčí, a toho se moc bojí. Má strach i z nemocničního prostředí a z následků léčby. Bojí se toho, že jí bude po chemoterapiích nevolno. Na otázku, jak tyto pocity zvládá, odpovídá: „Hlavně pomocí přítele a rodičů. Na noc беру tabletky na spaní a během dne se snažím, abych si

nepřipouštěla závažnost onemocnění, i když to moc nejde. Sestry mi s těmito pocity moc nepomáhají, ani se mnou moc nekomunikují, protože mají dost své práce, takže jsem vděčná za svou rodinu, která stojí stále při mně.“ Myslí si, že ošetrovatelská péče přispívá ke zlepšení jejího psychického stavu pouze částečně, a to hlavně tím, že věří v uzdravení a taky věří, že sestry a lékaři vědí, co dělají, a že jí pomůžou.

Hospitalizace na pacientku působí jako velký stres. Přirovnává to skokem do neznáma. Chybějí jí zde rodiče i přítel. Je pro ni velmi těžké, když musí být v tak těžké chvíli bez nich a spokojit se pouze s jejich návštěvami. Špatně si zvyká na cizí prostředí. Chtěla by jít co nejdříve domů, i kdyby musela každý den dojíždět. Rodiče by to pro ni určitě udělali a dováželi by ji každý den na léčbu. Na otázku, zda by byla ráda, kdyby si za ní během dne přišel někdo povídat, odpovídá, že by ráda nebyla. Je pro ni těžké přijmout onemocnění a nemá náladu bavit se s dalšími lidmi, kromě své rodiny. V nemocnici nedokáže relaxovat. Nesoustředí se na čtení, ani na hudbu. Je stále hodně nervózní z toho všeho a na pokoji by chtěla být radši sama. Špatně si zvyká na nové lidi, a proto by jí více vyhovoval pokoj o samotě, kde by ji nikdo nerušil. Kdyby chtěla s někým mluvit, tak by šla na chodbu.

Příbuzní se na léčbě podílejí psychickou podporou a dodávají jí novou sílu. Zařizují jí dopravu do nemocnice a doma se o ni starají.

## 4.2 Kategorizace dat v tabulkách

**Tabulka 1 Informovanost pacientů**

Pacient	P 1	P 2	P 3	P 4	P 5	P 6
ano			X	X	X	
částečně		X				
ne	X					X

Tabulka 1 znázorňuje 3 pacienty, konkrétně pacienta 3, 4 a 5 jako spokojené s informacemi ohledně léčby. Pacient 2 je částečně informován a pacientům 1 a 6 informace ohledně léčby chybějí.

**Tabulka 2 Chybějící informace**

Pacient	P 1	P 2	P 3	P 4	P 5	P 6
lékař	X	X				X
sestra						
nechybí			X	X	X	

Tabulka 2 označuje, že pacientům 1, 2 a 6 chybí informace od lékaře.

**Tabulka 3 Pocity strachu a úzkosti**

Pacient	P 1	P 2	P 3	P 4	P 5	P 6
ano	X	X		X		X
už méně			X			
ne					X	

Tabulka 3 znázorňuje, že pacienti 1, 2, 4 a 6 odpovídají ano na otázku, zda pociťují strach nebo úzkost, pacient 3 uvádí, že již má menší strach než na začátku onemocnění a pacient 5 odpovídá ne.

**Tabulka 4 Zdroje strachu**

Pacient	P 1	P 2	P 3	P 4	P 5	P 6
budoucnost	X			X		X
rodina		X				
hospitalizace						X
následky léčby						X
neudává důvod			X			
nemá strach					X	

Tabulka 4 udává zdroje strachu pacientů. Z budoucnosti má strach pacient 1, 4 a 6. Pacient 2 má největší strach o rodinu, pacient 3 neudává důvod svého strachu, pacient 5 strach nemá a pacient 6 má navíc strach z hospitalizace a z následků léčby.

**Tabulka 5 Pomoc při zvládnání strachu a úzkosti**

Pacient	P 1	P 2	P 3	P 4	P 5	P 6
léky	X					
rodina	X	X	X			X
přátelé			X			
zdravotníci			X			
procházka				X		
čtení				X		
televize				X		
partner						X

Tabulka 5 znázorňuje, co pomáhá pacientům zvládat strach a úzkost. Pacient 1 užívá léky a podporuje ho rodina. Pacient 2 udává rodinu. Pacient 3 uvádí rodinu, přátele a zdravotníky. Pacient 4 zvládá strach pomocí čtení, procházek a sledování televize. Pacient 5 strach nemá a pacienta 6 podporuje rodina a partner.

**Tabulka 6 Pomoc sestry při zvládnání strachu a úzkosti**

Pacient	P 1	P 2	P 3	P 4	P 5	P 6
ano			X	X		
ne		X				X
neuvádí	X					

Tabulka 6 označuje, že pacienti 3 a 4 pomáhají strach a úzkost zvládat sestry, pacienti 2 a 6 nepomáhají. Pacient 1 neuvádí, zda ano, či ne.

**Tabulka 7 Komunikace sestry s pacientem**

Pacient	P 1	P 2	P 3	P 4	P 5	P 6
ano			X	X	X	
ne	X	X				X

Tabulka 7 odpovídá na otázku o komunikaci mezi sestrou a pacientem. Pacienti 3, 4 a 5 jsou spokojeni a udávají, že s nimi sestry dostatečně komunikují. Pacienti 1, 2 a 6 udávají, že sestry nemají dostatek času na komunikaci s pacienty.

**Tabulka 8 Přispění ošetrovatelské péče ke zlepšení psychického stavu pacienta**

Pacient	P 1	P 2	P 3	P 4	P 5	P 6
ano		X	X	X	X	
ne	X					
částečně						X

Tabulka číslo 8 ukazuje, že pacienti 2, 3, 4 a 5 udávají, že ošetrovatelská péče přispívá ke zlepšení jejich psychického stavu, pacient 1 odpovídá, že nepřispívá a pacient 6 udává, že částečně.



**Tabulka 9 Co přesně přispívá ke zlepšení psychického stavu pacienta**

Pacient	P 1	P 2	P 3	P 4	P 5	P 6
psycholog		X				
informace			X			
podpora				X		
dobrá péče						X
nevím					X	
nepřispívá	X					

Tabulka 9 znázorňuje odpovědi pacientů na otázku, co přesně přispívá ke zlepšení jejich psychického stavu. Pacient 2 odpovídá, že možnost návštěvy psychologa. Pacient 3 uvádí, že mu pomáhá dostatečná informovanost. Pacient 4 uvádí podporu od sester, pacient 5 neví a pacient 6 odpovídá, že ke zlepšení jeho psychického stavu přispívá dobrá péče.

**Tabulka 10 Pocity z hospitalizace**

Pacient	P 1	P 2	P 3	P 4	P 5	P 6
špatně	X	X	X			X
nemá s hospitalizací problém				X		
dobře					X	

Tabulka 10 znázorňuje, že na pacienty 1, 2, 3 a 6 nepůsobí hospitalizace dobře. Pacient 4 nemá s hospitalizací problém a na pacienta 5 působí hospitalizace dobře.

**Tabulka 11 Komunikace s pacientem během dne**

Pacient	P 1	P 2	P 3	P 4	P 5	P 6
ano	X		X	X	X	
ne		X				X

Tabulka 11 znázorňuje odpovědi na otázku, zda by pacientům pomohlo, kdyby si za nimi přišel někdo během dne popovídat. Pacientům 1, 3, 4 a 5 by to pomohlo a pacienti 2 a 6 odpovídají, že ne.

**Tabulka 12 Schopnost relaxace při hospitalizaci**

Pacient	P 1	P 2	P 3	P 4	P 5	P 6
ano	X	X	X	X	X	
ne						X

Tabulka 12 označuje, že pouze pacient 6 nedokáže v nemocnici relaxovat. Pacienti 1, 2, 3, 4 a 5 nemají s relaxací problém.

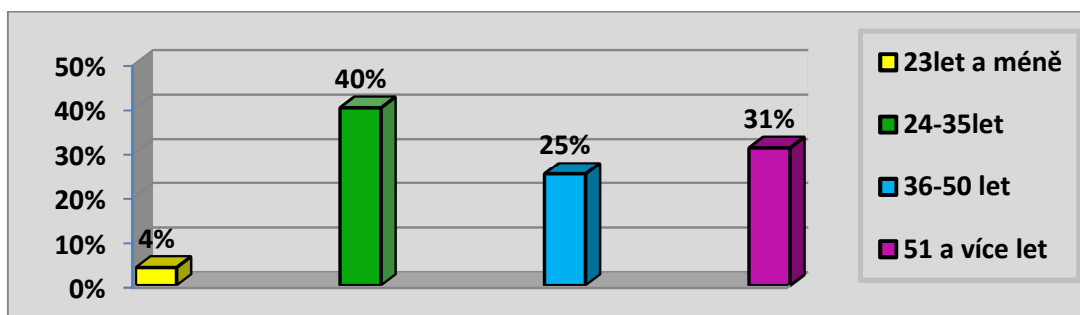
**Tabulka 13 Rodina a pomoc při léčbě**

Pacient	P 1	P 2	P 3	P 4	P 5	P 6
ano	X	X	X		X	X
ne				X		

Tabulka 13 udává, že pacient 4 si myslí, že se příbuzní nemohou podílet na léčbě. Ostatní pacienti odpověděli, že se podílet mohou.

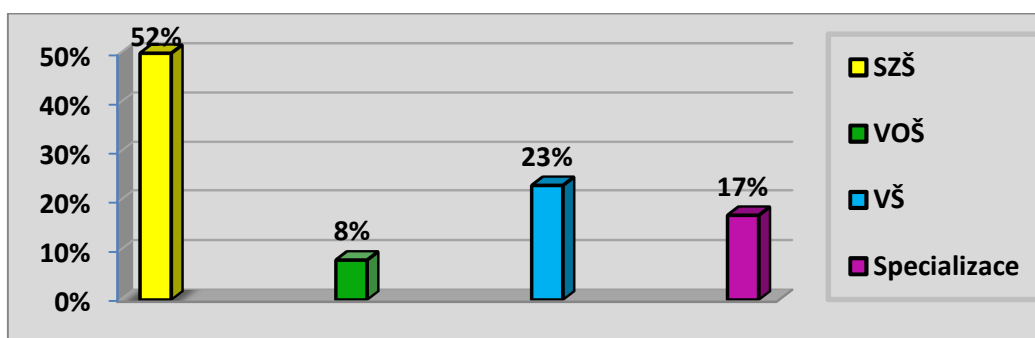
### 4.3 Výsledky dotazníků pro sestry

**Graf 14 Věková kategorie sester (otázka 1)**



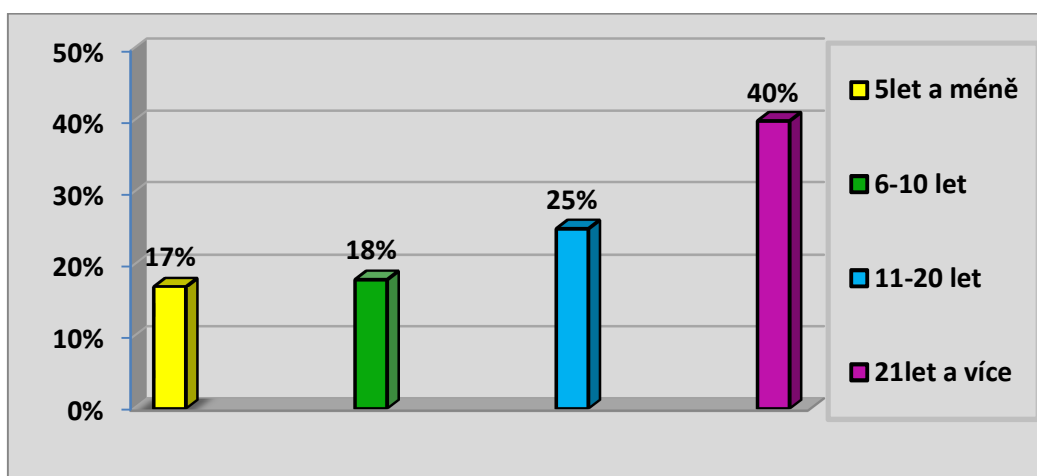
Graf 14 znázorňuje odpověď na věkovou kategorii sester. Z celkového počtu 71 (100%) dotazovaných sester, byly ve věkové kategorii 23 let a méně 3 (4%) sestry, kategorii 24-35 let uvedlo 28 (40%) sester, do kategorie 36-50 let se zařadilo 18 (25%) sester a 22 (31%) sester bylo ve věkové kategorii 51 a více let.

**Graf 15 Nejvyšší dosažené vzdělání (otázka 2)**



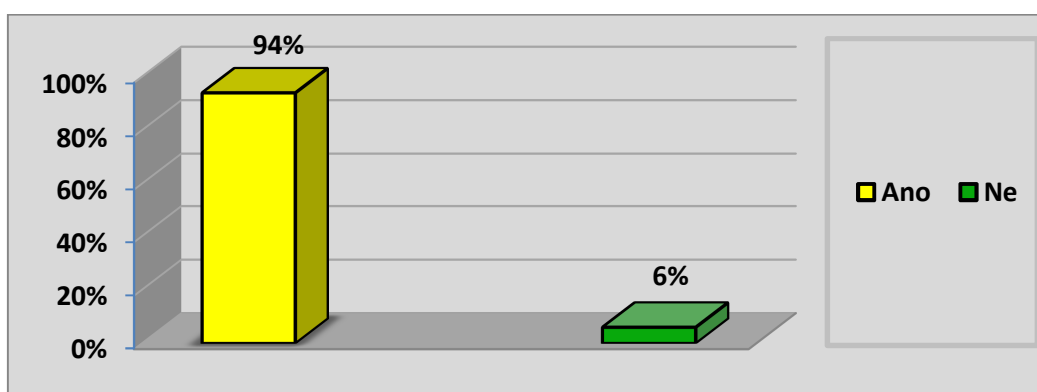
Na grafu 15 jsou uvedeny odpovědi na otázku, jaké mají respondenti nejvyšší dosažené vzdělání. Z celkového počtu 71 (100%) sester, má 37 (52%) sester střední školu s maturitou, 6 (8%) sester má vyšší odborné vzdělání, vysokou školu absolvovalo 16 (23%) sester a 12 (17%) sester má pomaturitní specializační vzdělání.

**Graf 16 Délka praxe ve zdravotnictví (otázka 3)**



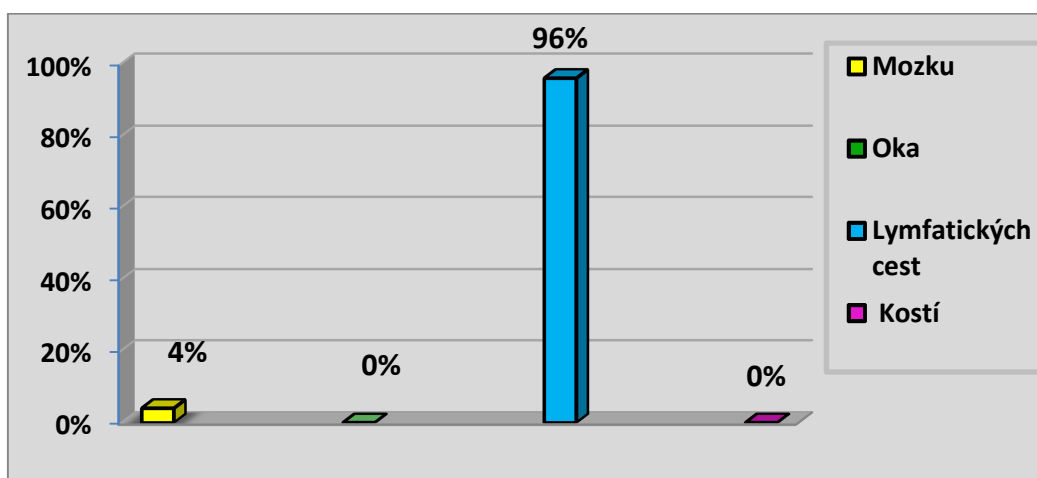
Graf 16 popisuje délku praxe dotazovaných sester ve zdravotnictví, z celkového počtu 71 (100%) sester pracuje 12 (17%) sester ve zdravotnictví 5 a méně let, 13 (18%) sester udává délku praxe 6-10 let, 18 (25%) sester má praxi dlouhou 11-20 let a největší počet sester 28 (40)% je s délkou praxe 21 let a více.

**Graf 17 Ošetřování pacientů s lymfomem (otázka 4)**



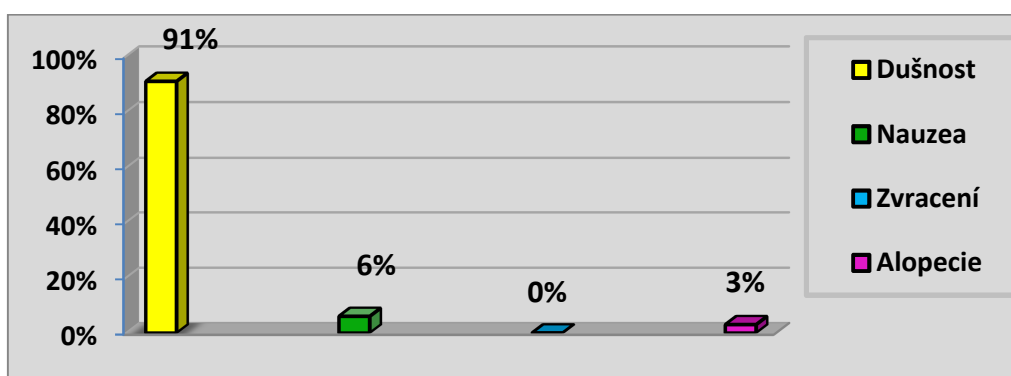
Graf 17 znázorňuje odpovědi na otázku, zda respondenti ošetřovali pacienta s lymfomem. Ze 71 (100%) sester ošetřovalo pacienta s lymfomem 67 (94%) sester, 4 (6%) sestry neošetřovaly pacienta s lymfomem.

**Graf 18 Lymfom postihuje (otázka 5)**



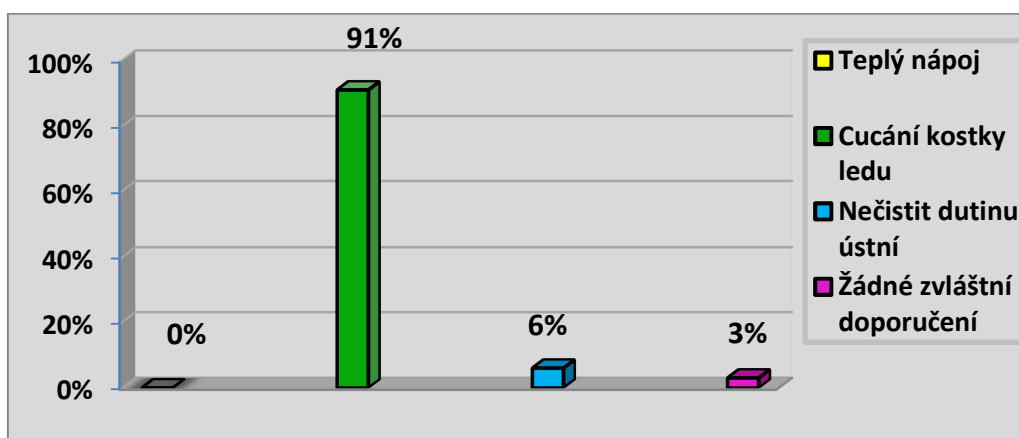
Graf 18 znázorňuje odpovědi na otázku, co lymfom postihuje. Z celkového počtu 71 (100%) dotazovaných sester označilo 67 (96%) sester, že lymfom postihuje lymfatické cesty. 3 (4%) sestry označily odpověď, že postihuje mozek. Žádná sestra neodpověděla možnost týkající se oka a kostí.

**Graf 19 Častý nežádoucí účinek chemoterapie není (otázka 6)**



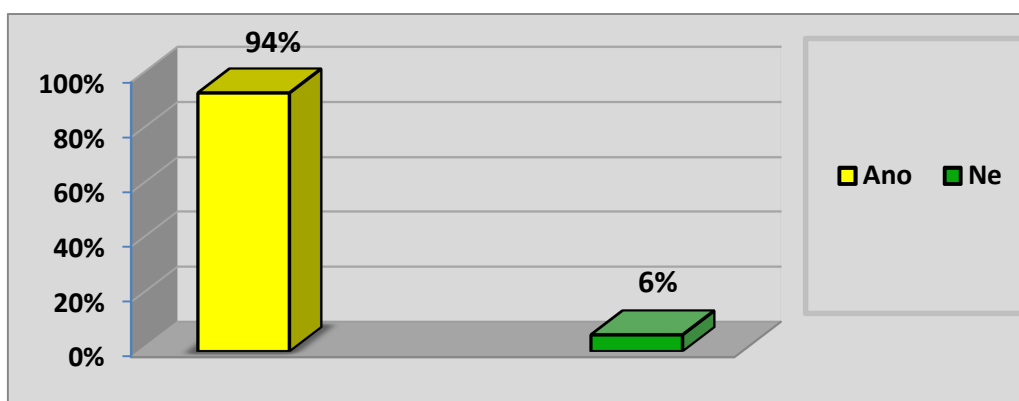
Graf 19 popisuje odpovědi na otázku, jaký je nejčastější nežádoucí účinek chemoterapie. Z celkového počtu 71 (100%) odpovědělo 65 (91%) sester, že dušnost. Nauzeu označily 4 (6%) sestry, zvracení neoznačila žádná sestra (0%) a alopecii uvedly 2 (3%) sestry.

**Graf 20 Doporučení při mukozitidě (otázka 7)**



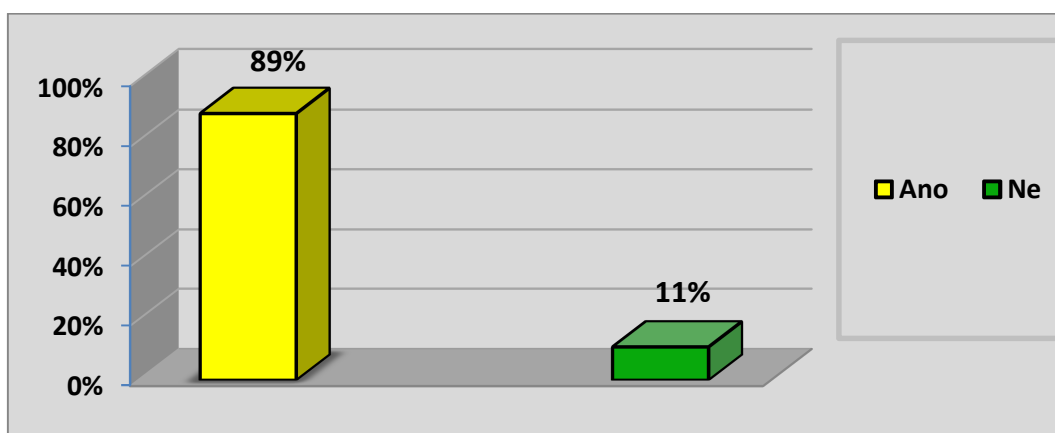
Graf 20 vypovídá odpovědi na otázku, co by respondenti doporučili pacientovi při mukozitidě. Z celkového počtu 71 (100%) sester označilo 0 (0%) sester jako odpověď teplý nápoj, 65 (91%) sester označilo, že je vhodné pacientovi s mukozitidou doporučit cucat kostku ledu, 4 (6%) sestry označily, že by si neměl čistit dutinu ústní a 2 (3%) sestry odpověděly, že není žádné zvláštní doporučení pro pacienta s mukozitidou.

**Graf 21 Bolest při mukozitidě (otázka 8)**



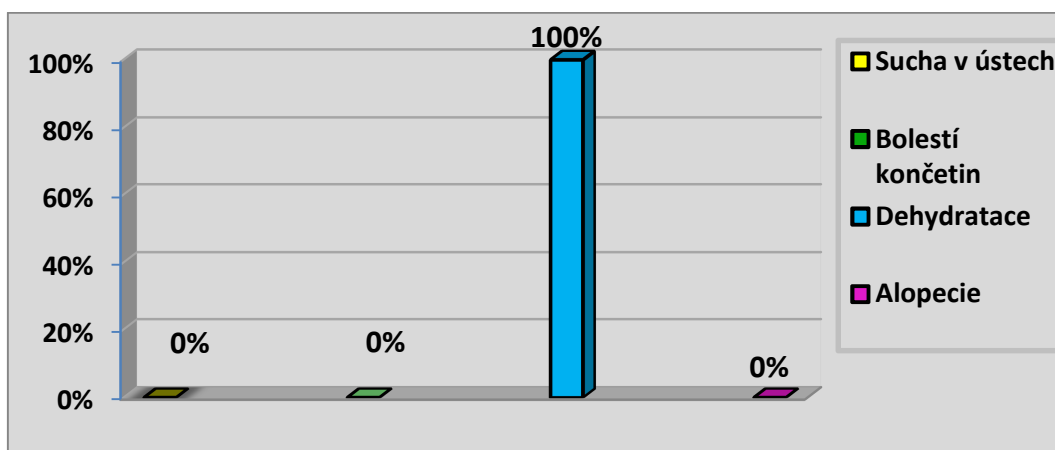
Graf 21 znázorňuje odpovědi na otázku, zda pacient pociťuje při mukozitidě bolest. Z celkového počtu dotazovaných sester 71 (100%) odpovědělo 67 (94%) sester, že má pacient při mukozitidě bolesti, 4 (6%) sestry odpověděly, že je mukozitida bezbolestná.

**Graf 22 Zvláštní péče o dutinu ústní (otázka 9)**



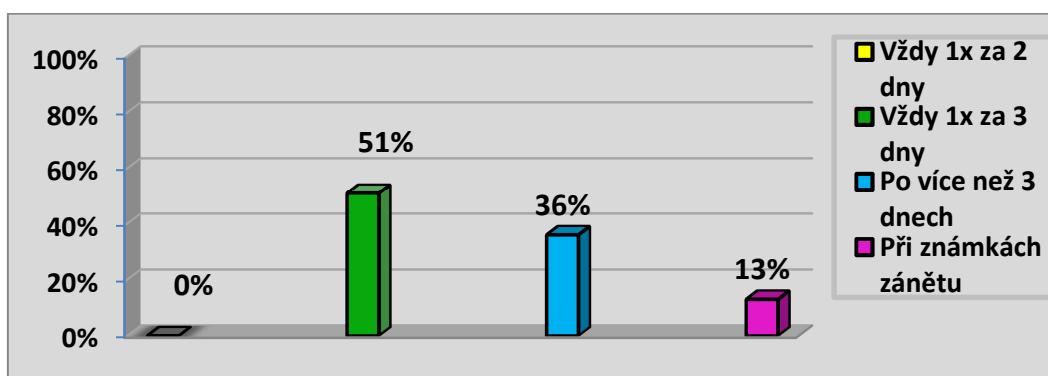
Graf 22 znázorňuje odpovědi na otázku, zda je vhodné vyplachovat pacientovi s mukozitidou ústa dezinfekčními roztoky. Z celkového počtu 71 (100%) sester odpovídá 63 (89%) sester, že je vhodné vyplachování úst dezinfekčními roztoky při mukozitidě, 8 (11%) sester odpovídá, že vhodné není.

**Graf 23 Komplikace průjmu (otázka 10)**



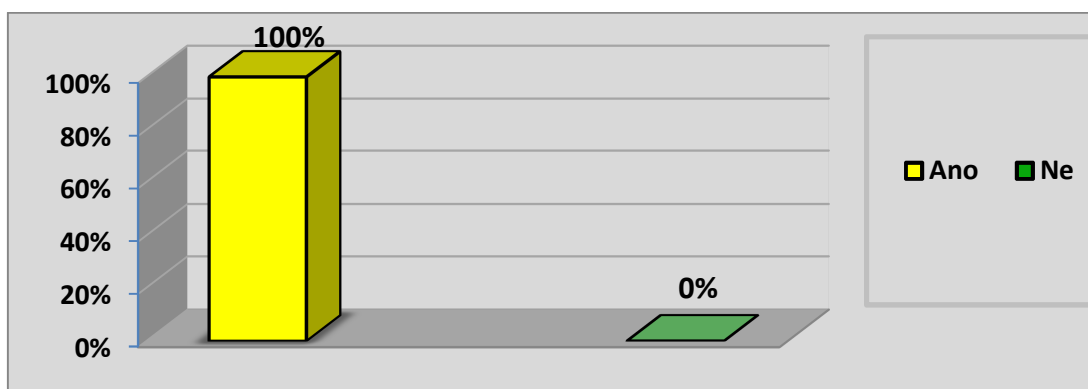
Graf 23 znázorňuje odpovědi na otázku, jaká komplikace může vzniknout při průjmu. Z celkového počtu 71 (100%) sester zvolilo sucho v ústech 0 (0%) sester, bolesti končetin označilo 0 (0%) sester, dehydrataci jako riziko vzniku při průjmu označilo 71 (100%) sester a alopecii zvolilo 0 (0%) sester.

**Graf 24 Výměna periferního žilního katétru (otázka 11)**



Graf 24 znázorňuje odpovědi na otázku, po jaké době vymění respondenti periferní žilní katétr. Z celkového počtu 71 (100%) dotazovaných sester označilo výměnu periferního žilního katétru 1x za 2 dny 0 (0%) sester, vždy 1x za 3 dny odpovědělo 36 (51%) sester, po více než 3 dnech vyměňuje periferní žilní katétr 26 (36%) sester a pouze při známkách zánětu 9 (13%) sester.

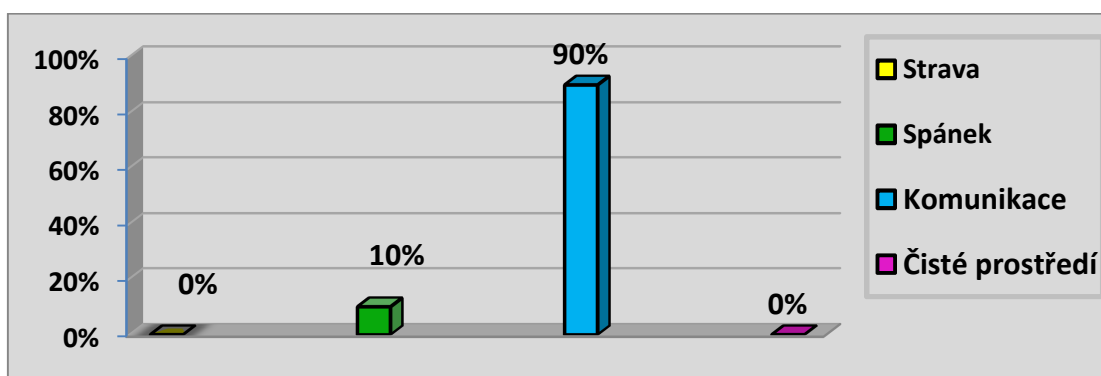
**Graf 25 Možnost psychických problémů u pacienta (otázka 12)**



Na grafu 25 jsou znázorněny odpovědi na otázku, zda může mít pacient s lymfomem psychické problémy. Z celkového počtu 71 (100%) dotazovaných sester byla jednoznačná odpověď ano u 71 (100%) sester na otázku, zda může mít pacient s lymfomem psychické problémy, 0 (0%) sester zvolilo odpověď ne.

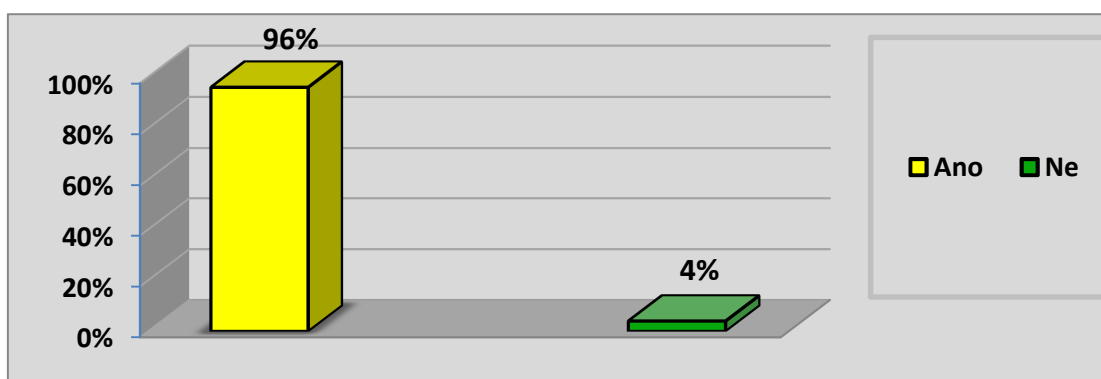


**Graf 26 Péče o pacienta se strachem (otázka 13)**



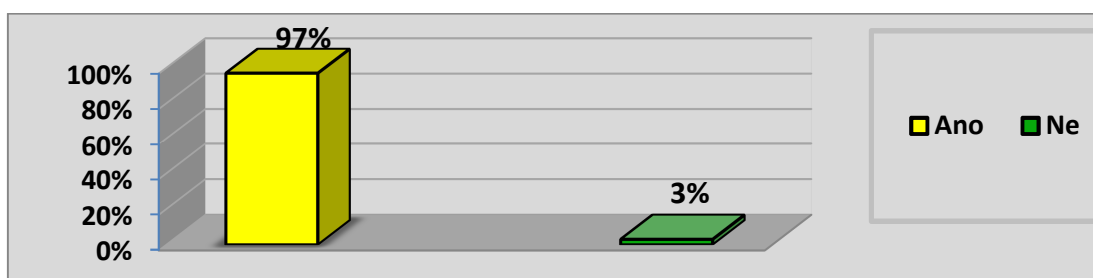
Na grafu 26 jsou znázorněny odpovědi na otázku, co potřebuje pacient se strachem a úzkostí. Z celkového počtu 71 (100%) sester odpovědělo 0 (0%) sester, že pacient se strachem potřebuje hlavně stravu, 7 (10%) sester označilo, že nejdůležitější je pro pacienta spánek, 64 (90%) sester odpovědělo komunikaci a 0 (0%) sester označilo čisté prostředí.

**Graf 27 komunikace o možnostech zlepšení psychického stavu pacienta (otázka 14)**



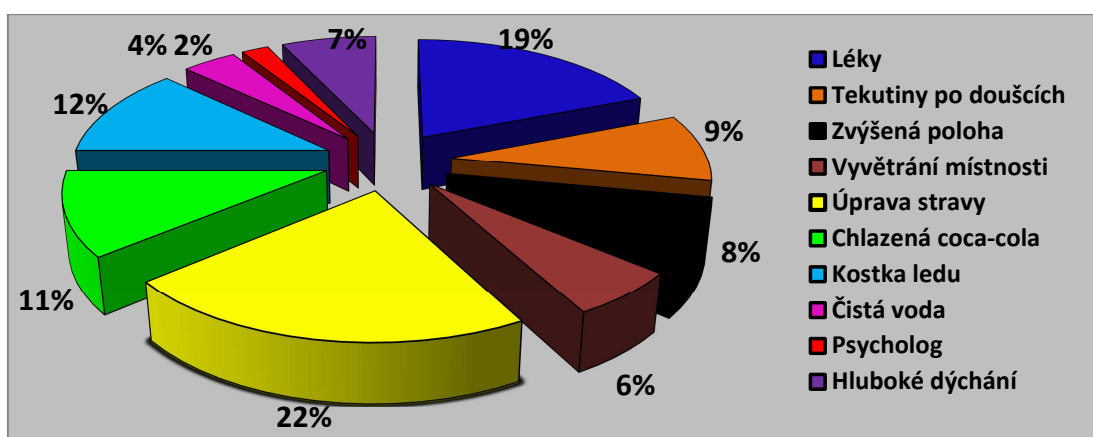
Na grafu 27 jsou znázorněny odpovědi, zda respondenti komunikují s pacientem o možnostech zlepšení jeho psychického stavu. Z celkového počtu 71 (100%) sester komunikuje s pacientem o možnostech zlepšení jeho psychického stavu 68 (96%) sester, 3 (4%) sestry s pacienty nekomunikují.

**Graf 28 Spolupráce s rodinou pacienta (otázka 15)**



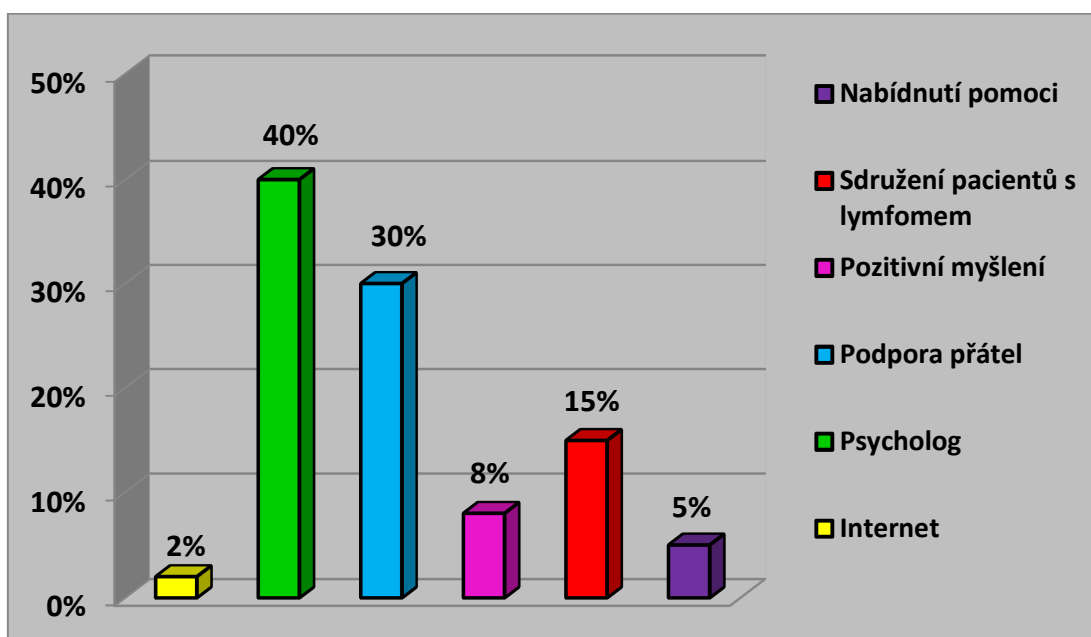
Na grafu 28 jsou znázorněny odpovědi na otázku, zda respondenti spolupracují s rodinou pacienta. Z celkového počtu 71 (100%) dotazovaných sester spolupracuje s rodinou pacienta 69 (97%) sester, 2 (3%) sestry s pacientovou rodinou nespolupracují.

**Graf 29 Doporučení pacientovi s nevolností (otázka 16)**



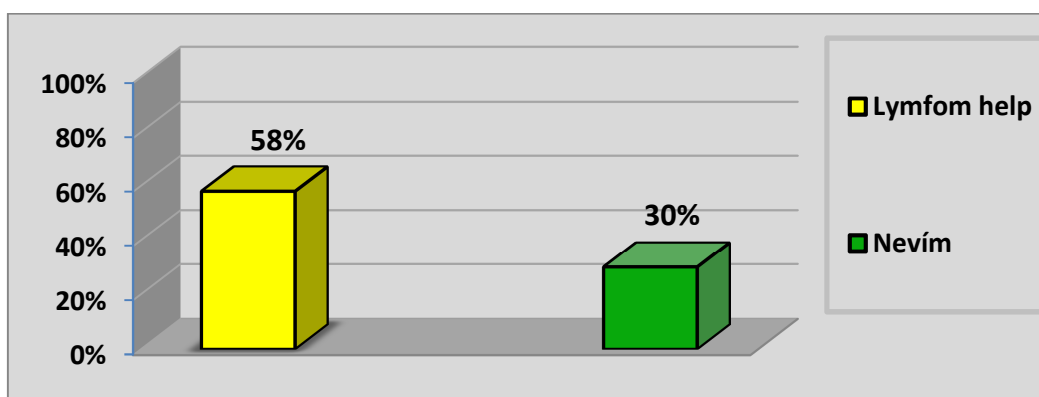
Graf 29 znázorňuje odpovědi na otevřenou otázku, co by respondenti doporučili pacientovi s nevolností. Sestry měly možnost napsat více odpovědí, odpovídalo 71 sester. Z celkového počtu 226 (100%) odpovědí byla odpověď léky použita 42x (19%), že je vhodné doporučit přijímání tekutiny po malých doušcích uvedly sestry 21x (9%), zvýšenou polohu uvedly 18x (8%), vyvětrání místnosti bylo napsáno 13x (6%), úprava stravy byla uvedena 50x (22%), chlazenou coca-colu uvedly sestry 26x (11%), jako vhodné cucání kostky ledu napsaly 28x (12%), čistá voda byla uvedena 9x (4%), psychologa uvedly 4x (2%) a možnost hlubokého dýchání napsaly 22x (7%).

**Graf 30 Doporučení pacientovi s beznadějí (otázka 17)**



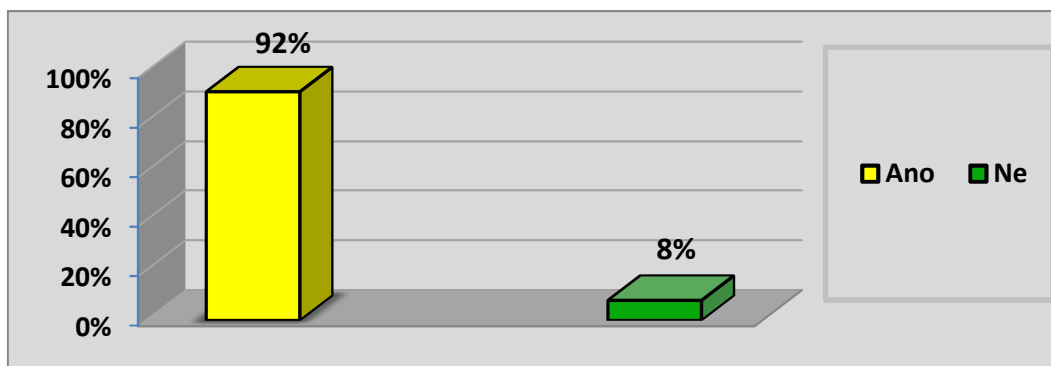
Na grafu 30 jsou zobrazeny odpovědi od 71 (100%) dotazovaných sester. Otázka byla otevřená, sestry odpovídaly na otázku, co by doporučily pacientovi s beznadějí. Byla možnost uvést více odpovědí. Celkový počet odpovědí byl 145 (100%), z toho 3 (2%) odpovědi byly, že pacientovi s beznadějí je vhodné doporučit internet, 58x (40 %) byl uveden psycholog, 43x (30%) byla uvedena podpora přátel, 11 (8%) odpovědí označovalo jako vhodné doporučit pozitivní myšlení, 22x (15%) bylo uvedeno sdružení pacientů s lymfomem a 8x (5%) byla napsána odpověď, že by sestra nabídla pacientovi svoji pomoc.

**Graf 31 Sdružení pacientů s lymfomem (otázka 18)**



Graf 31 znázorňuje odpovědi na otázku, zda respondenti znají sdružení s lymfomem a jaké. Z celkového počtu 71 (100%) sester uvedlo 41 (58%) sester sdružení Lymfom help, 30 (42%) sester neznalo žádné sdružení pacientů s lymfomem.

**Graf 32 Zlepšuje ošetrovatelská péče psychiku nemocného (otázka 19)**



Na grafu 32 jsou znázorněny odpovědi, zda ošetrovatelská péče zlepšuje psychický stav pacientů s lymfomem. Z celkového počtu 71 (100%) sester odpovědělo 65 (92%) sester, že ošetrovatelská péče zlepšuje psychickou pohodu pacientů, 6 (8%) sester odpovědělo, že nezlepšuje.

## 5 Diskuze

V bakalářské práci s názvem *Specifika ošetrovatelské péče o nemocného s lymfomem* jsme se ve výzkumné části práce snažili zjistit, zda současná ošetrovatelská péče o nemocného s lymfomem přispívá ke zlepšení jeho psychického stavu, což jsme si dali jako první cíl. Naším druhým cílem bylo zjistit informovanost sester o ošetrovatelské péči u nemocných s lymfomem.

Celý výzkum byl rozdělen do dvou částí. První část obsahovala rozhovory s pacienty. Rozhovory byly zaměřeny na psychickou stránku nemocného. Obsahovaly osmnáct otázek a byly polostandardizované. Výzkumný soubor byl tvořen šesti pacienty.

První otázky byly zaměřeny na charakteristiku zkoumaného souboru. Bylo zjištěno, že se pacienti léčí v rozmezí 3 týdnů až jednoho roku a mají Hodgkinův nebo Nehodgkinův lymfom. Tyto úvodní otázky nejsou zpracovány v tabulkách. Po těchto otázkách odpovídali respondenti na dotazy ohledně léčby, ošetrovatelské péče ze strany sester a hospitalizace. Zda jsou dostatečně informováni ohledně léčby, odpověděli pacienti 3, 4 a 5, že ano. Pacient 2 je informován částečně a pacienti 1 a 6 nemají dostatečné informace. Na doplňující otázku, od koho jim informace chybí, byla zjištěna jednoznačná odpověď, že od lékaře (Tabulka 1, 2). Tohoto faktu si můžeme všimnout i v praxi, kdy jsou lékaři zaneprázdněni natolik, že nemají čas na dostatečnou komunikaci s pacienty.

Nedostatečná informovanost je příčinou strachu. U pacientů se pak setkáváme s projevy strachu a může se přidat i úzkost. Tuto skutečnost uvádí i Zacharová (31) v článku *Psychosociální aspekty při ošetrování onkologického pacienta*, kde popisuje, že pacienti mohou na diagnózu reagovat různě, ale po určení diagnózy mají většinou málo informací o léčbě, léčebných postupech a době trvání terapie. Kvůli nedostatečné informovanosti pacienti trpí úzkostí, bezradností, smutkem a mají strach z budoucnosti. Pacienti 1, 2, 4 a 6 odpověděli, že strach pociťují. Pacient 3 má menší strach než na začátku onemocnění a pacient 5 strach nemá (Tabulka 3).

Největší strach mají pacienti z budoucnosti. Tuto odpověď uvedli pacienti 1, 4 a 6 (Tabulka 4). Poté jsme zjišťovali, zda pacientům pomáhá zvládnout strach sestra. Pacienti 3 a 4 uvedli, že ano. Pacienti 2 a 6 odpověděli, že ne a pacient 1 na otázku neodpověděl (Tabulka 6). Tato odpověď je méně než uspokojivá, v čemž nás utvrzují i odpovědi na otázku, zda s pacienty sestry komunikují. U této otázky odpovídají pacienti 3, 4 a 5, že ano a pacienti 1, 2 a 6, že ne. Sestra by si měla projevů strachu všimnat a snažit se s pacientem problém vyřešit. Také by měla s pacientem komunikovat, jak uvádí Zacharová: „Cílem komunikace mezi sestrou a pacientem je dodat mu odvalu o nemoci hovořit, klást otázky a nebát se toho, že odpovědi neporozumí nebo ji vůbec nezíská. Pacient nesmí mít pocit, že v boji s nemocí zůstal sám.“ (31, Zacharová, 2011)

Další otázka se týkala problému, zda ošetrovatelská péče přispívá ke zlepšení pacientova psychického stavu. Pacienti 2, 3, 4 a 5 uvedli, že ano. Pacient 6 odpověděl, že částečně a pacient 1 uvedl, že ošetrovatelská péče nepřispívá ke zlepšení jeho psychického stavu, protože mu hlavně pomáhá rodina (tabulka 8). Poté byli respondenti vyzváni, aby objasnili, jak přesně přispívá ošetrovatelská péče ke zlepšení jejich psychického stavu. Zde se objevily odpovědi, že ke zlepšení psychického stavu respondentů přispívají dostatečné informace ohledně zdravotního stavu a léčby, nabídnutá možnost spolupracovat s psychologem, podpora ze strany zdravotníků a efektivní ošetrovatelská péče (tabulka 9). Zajímalo nás, jak se pacienti cítí při hospitalizaci. Zda je pro ně lepší domácí prostředí než nemocniční. Po odpovědích respondentů je zřejmé, že pouze pacientka 5 se cítí v nemocnici vyloženě dobře, pacientka 4 nemá s hospitalizací problém, ale ostatní respondenti, by raději na léčbu denně dojížděli. (Tabulka 10). Proto je velmi důležité zapojit do léčby i rodinné příslušníky, pokud si to pacient přeje. Na otázku, zda má rodina možnost podílet se s pacientem na jeho léčbě, odpověděli pacienti 1, 2, 3, 5 a 6 ano. Pacientka 4 si myslí, že pouze dovoz do nemocnice neznamena, že by se rodina mohla na léčbě podílet (tabulka 13).

Druhou část výzkumné práce tvořily dotazníky pro sestry. Pro výzkum bylo použito 71 (100%) řádně vyplněných dotazníků.

V úvodní části dotazníku byly uvedeny 3 otázky ke zjištění věku, nejvyššího

dosaženého vzdělání a délky praxe ve zdravotnictví (graf 14, 15, 16). Touto otázkou byla zjištěna charakteristika respondentů. Vhodnost zkoumaného souboru byla zjištěna otázkou, zda se sestry za dobu své praxe s onemocněním lymfom setkaly (graf 17). Většina sester odpověděla kladně 67 (94%). Tímto se potvrdilo, že dotazníky byly rozdány vhodným respondentům, kteří se během své praxe setkávají s pacienty s lymfomem. Dotazník obsahoval otázky týkající se ošetrovatelské péče o pacienty s lymfomem. Tři otázky byly směřovány na problém, který je při léčbě lymfomu častý, a tím je mukozitida (graf 20, 21, 22). Sestry měly odpovědět, co by doporučily pacientovi, který trpí mukozitidou. 65 (91%) sester zvolilo cucat kostku ledu, což považujeme za správnou odpověď (viz. kapitola 1.4.5). U další otázky, zda pacient při mukozitidě pociťuje bolest, odpovědělo 67 (94%) sester, že pacient bolest pociťuje. Poslední otázka ohledně mukozitidy ověřovala, zda sestry považují za vhodné, aby si pacient s tímto problémem vyplachoval ústa dezinfekčními roztoky. U této otázky uvedlo 63 (89%) sester, že to vhodné je a napsaly tak správnou odpověď. Tímto problémem se zabývá Vokurka v článku *Mukozitida dutiny ústní a laryngu*, kde zdůrazňuje vhodnost používání dezinfekčních přípravků, ale bez alkoholu. V článku také popisuje ovlivnění bolesti v dutině ústní, což nám dává odpověď na otázku, zda pacient pociťuje bolest při mukozitidě. Odpovědi na tyto tři otázky byly velmi uspokojivé. Správnou odpověď volil větší počet sester, takže se můžeme domnívat, že o mukozitidě mají sestry dostatek informací (32).

U další otázky jsme předpokládali, že bude zodpovězena správně všemi respondenty, což se také potvrdilo. Všechny sestry 71(100%) odpověděly, že při průjmu je riziko vzniku dehydratace (graf 23). Velkým překvapením byly odpovědi na otázku, po jaké době sestry vyměňují periferní žilní katétr. Jednou za tři dny zvolilo odpověď 36 (51%) sester, po více než třech dnech provádí výměnu periferního žilního katétru 26 (36%) sester a pouze při známkách zánětu 9 (13%) sester (graf 24). Touto problematikou se zabývá Sas v článku *Nozokomiální infekce a infekce multirezistentními organismy v podmínkách intenzivní péče*, kde udává doporučenou dobu výměny periferního žilního katétru po 48-72 hodinách. Myslím si, že by sestry měly dbát více o prevenci vzniku zánětu u těchto pacientů, kteří jsou na různé infekce

při léčbě chemoterapií velmi náchylní (viz. kapitola 1.3.1 ). Musíme však přihlédnout k tomu, že respondenti, kteří uvedli výměnu periferního žilního katétru po více než třech dnech, nebo pouze při známkách zánětu, do dotazníků dopisovali poznámku, že by se měla výměna provádět jednou za 3 dny, ale na oddělení se to nedělá. Tímto můžeme konstatovat, že sestry mají teoretické znalosti o zásadách výměny periferního žilního katétru, ale v praxi je nevyužívají (33).

Další otázky se zabývaly problematikou zlepšení psychického stavu u pacienta. Jako kontrolní byla položena otázka, zda si sestry myslí, že pacient s lymfomem může mít psychické potíže. Na tuto otázku odpovědělo 71 (100%) sester ano (graf 25). Touto uspokojivou odpovědí jsme se mohli posunout k další otázce, kde byl dotaz, co je nejdůležitější u pacienta se strachem (graf 26). Většina dotazovaných 64 (90%) sester odpověděla, že je nejdůležitější komunikace, což považujeme za správnou odpověď (viz. kapitola 1.5.1). U otázky, zda sestry s pacientem komunikují, byla zjištěna kladná odpověď od 68 (96%) sester. Zajímavé je srovnání s rozhovorem pacientů, kde tři pacienti ze šesti dotazovaných uvádí, že s nimi sestry nekomunikují, protože na to nemají dostatek času.

Za velmi důležitou je také považována spolupráce s pacientovou rodinou, která by měla pacienta podporovat a podílet se na léčbě, pokud si to pacient přeje. Zde odpověděly pouze 2 (3%) sestry, že s rodinou pacienta nespolupracují (graf 28). Další dvě otázky mohly sestry vyplnit vlastními slovy a mohly napsat více možností (graf číslo 29, 30). První otázka se týkala nevolnosti. Sestry měly vypsát, co doporučují pacientovi, který nevolnost pociťuje. Druhá otázka se týkala doporučení pacientovi s beznadějí. Na obě otázky napsaly všechny sestry alespoň jednu možnost. Tímto považujeme za zřejmé, že sestry vědí, jak se v těchto situacích zachovat, a znají ošetrovatelskou péči o pacienty s ošetrovatelskou diagnózou strach a nauzea.

Pacientům by měly sestry doporučovat sdružení, kde se scházejí lidé se stejným onemocněním. U dotazu, zda sestry znají sdružení pacientů s lymfomem, a pro kontrolu byla zvolena otázka, jaké sdružení sestry znají, odpovědělo pouze 41 (58%) sester kladnou odpověď (graf 31). Myslíme si, že by o těchto sdruženích mohlo být informováno více sester, protože je to velká podpora pro pacienta. Poslední otázka



v dotazníku byla zařazena kvůli názoru sester na ošetrovatelskou péči. Dotaz zněl, zda ošetrovatelská péče zlepšuje psychický stav pacienta. Naprostá většina sester 65 (92%) odpověděla, že zlepšuje (graf 32). Tuto odpověď můžeme srovnat s odpověďmi od pacientů, kde pacienti 2, 3, 4 a 5 uvedli, že ošetrovatelská péče zlepšuje jejich psychický stav. Pacient 6 odpověděl, že částečně, a pacient 1 uvedl, že ošetrovatelská péče nepřispívá ke zlepšení jeho psychického stavu, protože mu hlavně pomáhá rodina (tabulka 8). Tyto odpovědi nás ujistily, že ošetrovatelská péče přispívá ke zlepšení psychického stavu pacienta. Podle zpracovaných výsledků dotazníků můžeme konstatovat, že sestry znají většinu informací ohledně ošetrovatelské péče o pacienta s lymfomem. Pouze by mohly více teoretických znalostí aplikovat v praxi.

## 6 Závěr

Tato bakalářská práce se zabývala problematikou ohledně ošetrovatelské péče u pacienta s lymfomem. V první části bakalářské práce byla zpracována teorie, která se zabývá anatómií lymfatického systému, charakteristikou onemocnění, léčbou a ošetrovatelskou péčí o pacienty s lymfomem. Teorie byla zpracována pomocí odborné literatury. Ve druhé části byla sestavena, uskutečněna a zpracována výzkumná část. Byly stanoveny dva cíle. Prvním cílem bylo zjistit informovanost sester o ošetrovatelské péči u nemocných s lymfomem. Druhým cílem bylo zjistit, zda současná ošetrovatelská péče přispívá ke zlepšení psychického stavu pacienta s lymfomem. K prvnímu cíli byla stanovena hypotéza: Sestry jsou informovány o ošetrovatelské péči u pacientů s lymfomem. K druhému cíli byla stanovena výzkumná otázka: Jak přispívá ošetrovatelská péče ke zlepšení psychiky u nemocných s lymfomem?

Ke zjištění prvního cíle byly rozdány dotazníky pro sestry. Dotazníky obsahovaly otázky ohledně ošetrovatelské péče o nemocné s lymfomem. Na základě zpracovaných dotazníků bylo zjištěno, že sestry jsou informovány. Odpověď tedy zní: Ano, sestry jsou informovány ohledně ošetrovatelské péče o nemocné s lymfomem. Hypotéza byla potvrzena.

Ke zjištění druhého cíle byly uskutečněny rozhovory s pacienty s lymfomem. Na základě rozhovorů byly zjištěny informace k výzkumné otázce: Jak přispívá ošetrovatelská péče ke zlepšení psychiky u nemocných s lymfomem? Z výpovědí respondentů je zřejmé, že ošetrovatelská péče přispívá ke zlepšení psychiky možností spolupracovat s psychologem, kterou sestra nemocným nabídne, podporou ze strany zdravotnického personálu a dostatečným informováním pacientů o průběhu léčby a ošetrovatelské péči. Na základě odpovědí z rozhovorů s pacienty jsme dále zjistili, že ošetrovatelská péče přispívá ke zlepšení jejich psychického stavu. Tuto odpověď zvolili respondenti 2, 3, 4, 5, respondent 1 odpověděl, že nepřispívá a respondent 6 odpověděl, že částečně. Výzkumná otázka byla zodpovězena.

Tato práce může sloužit jako doplňující informační materiál pro sestry, které se

během své praxe s onemocněním zvané lymfom setkávají, ale i pro sestry, které chtějí získat informace o daném onemocnění.

## 7 Seznam informačních zdrojů

1. NAŇKA, O., ELIŠKOVÁ, M., *Přehled anatomie*. Druhé doplněné a přepracované vyd., Praha: Galén, 2009. 190 s. ISBN 978-80-7262612-0
2. DYLEVSKÝ, I., *Lymfa: Míza*. Olomouc: Poznání, 2006. 109 s. ISBN 80-86606-42-2
3. VORLÍČEK, J., ABRAHÁMOVÁ J., VORLÍČKOVÁ H. *Klinická onkologie pro sestry*. První vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 328 s. ISBN 80-247-1716-6.
4. KLENER, P. Maligní lymfomy: od historie k současnosti. In *Sborník přednášek z konference: Diagnostika a léčba maligních lymfomů*, Český Krumlov: Nemocnice České Budějovice, a.s., 2007, 3-5 s.
5. VÁŠOVÁ, I., et al. Principy stagingu a hodnocení léčebné odpovědi u non-hodgkinských lymfomů. In: *Sborník přednášek z konference: Diagnostika a léčba maligních lymfomů*, Český Krumlov: Nemocnice České Budějovice, a.s., 2007, 18-20 s
6. KLENER, P., *Klinická onkologie*. 1.vyd. Praha: Galén, 2002. 686 s. ISBN 80-7262-151-3.
7. ADAM, Z., VORLÍČEK, J., a kol., *Hematologie II: Přehled maligních hematologických nemocí*. Praha: Grada Publishing, 2001. 677 s. ISBN 80-247-0116-2
8. JERRY R. BALENTINE. Lymphoma: causes, symptoms treatments. *Emedicinehealth*. [online]. [cit. 2012-04-01].  
Dostupné z: [http://www.emedicinehealth.com/lymphoma/page9\\_em.htm](http://www.emedicinehealth.com/lymphoma/page9_em.htm)
9. VORLÍČKOVÁ, H., SÝKOROVÁ, Z., Standardní postupy: Protinádorová chemoterapie. *Onkologická péče*. Brno: Česká asociace sester. 2007. roč. XI. č. 2, s. 17-18.
10. SKALA, E. *Chemoterapie nádorových onemocnění*. Praha: Liga proti rakovině, 2004, 12 s. ISBN-neuvedeno

11. ŠLAMPA, P. PETERA, J., et al. *Radiační onkologie*. První vydání. Praha: Galén, 2007, 457 s., ISBN 978-80-7262-469-0
12. TRNĚNÝ, M., Základní principy léčby nehodgkinských lymfomů. *Farmakoterapie*. Praha. 2008. ročník 4., s.13-14. ISSN 1801-1209
13. TRNĚNÝ, M., *Maligní lymfomy: o lymfomech* [online]. 26.09.2006 [cit. 2012-01-02].
- Dostupné z: <http://www.linkos.cz/lymfomy-c81-85/maligni-lymfomy/#principy>
14. MCKAYOVÁ J., HIRANOOVÁ N., *Jak přežít chemoterapii a ozařování*. Praha: Triton 2005, 206s. ISBN 80-7254-542-6
15. VOKURKA, S., et al. *Ošetrovatelské problémy a základy hemoterapie*. Praha : Galén, 2005. 140 s. ISBN 8072622994
16. TOMÍŠKA, M., Problémy nevolnosti a zvracení při onkologické léčbě. *Onkologická péče*. Brno: Česká asociace sester. 2004. roč. VIII, č. 4, s. 1-7.
17. MARILYNN, E., MOORHOUSE, M. F., *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. Druhé přepracované a doplněné vydání, Praha: Grada publishing, 2001, 565 s. ISBN 80-247-0242-8
18. WILHELM, Z. et al. *Výživa v onkologii*. Druhé přepracované a doplněné vydání. Brno: Národní centrum lékařských a nelékařských zdravotnických oborů. 2004. 259 s. ISBN 80-7013-410-0
19. TOMÍŠKA, M., HRBOVÁ, D., Standardní postupy: Hodnocení podvýživy nemocného prováděné zdravotní sestrou. *Onkologická péče*. Brno: Česká asociace sester. 2007. Roč. XI, č. 3, s. 17-19
20. GROFOVÁ, Z., *Nutriční podpora: praktický rádce pro sestry*, 1. Vydání, Praha: Grada, 2007, 237 s. ISBN 978-80-247-1868-2

21. VODVÁŘKA, P., Únava při onemocnění zhoubnými nádory. *Onkologická péče*. Brno:Česká asociace sester. 2004. Roč. VIII, č. 3, s. 10-16.
22. PRÁŠKO, J., ADAMCOVÁ, K., a kol., *Chronická únava: zvládání chronického únavového syndromu*. Praha:Portál, 2006,236 s. ISBN 80-7367-139-5
- 23.MASTILIAKOVÁ, D., *Úvod do ošetrovatelství II. Díl: systémový přístup*. Praha: Karolinum, 2003, 160 s. ISBN 80-246-0428-0
24. MIKŠOVÁ, Z., FRONKOVÁ, M., ZAJÍČKOVÁ M., *Kapitoly z ošetrovatelské péče II.: ošetrovatelský proces při sledování fyziologických funkcí klieňat, nemocného*. 1. Vydání. Nalios, 2002, 72 s. ISBN neuvedeno
25. TRACHTOVÁ E., FOJTOVÁ G., MASTILIAKOVÁ D., *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Druhé nezměněné vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2008. 183 s. ISBN 57-851-02
26. VORLÍČEK, J., ADAM, Z., POSPÍŠILOVÁ, Y., et al. *Paliativní medicína*. Vydání druhé, přepracované a doplněné. Praha: Grada, 2004. 537 s. ISBN 80-247-0279-7
27. HERCOVÁ, K., Mukozitida dutiny ústní při radioterapii v oblasti hlavy a krku. *Onkologie*. Ostrava: onkologická klinika, fakultní nemocnice. 2009, roč. 3, č. 2, s. 127-128, ISSN: 1802-4475; 1803-5345
28. ANGENENDT G., SCHUTZE-KREILKAMP U., TSCHUSCHKE V., *Psychoonkologie v praxi- psychoedukace, poradenství a terapie*. Praha: Portál, 2010,326 s. ISBN 978-80-7367-781-7
- 29.TSCHUSCHKE V., *Psychologické aspekty vzniku a zvládnutí rakoviny*.vyd. 1. Praha: Portál, 2004, 216 s. ISBN 80-7178-826-0
30. ZACHAROVÁ E., HERMANOVÁ M., ŠRÁMKOVÁ J., *Zdravotnická psychologie-teorie a praktická cvičení*. Vydání 1. Praha: Grada Publusing. 2007,229 s. ISBN 978-80-247-2068-5

31. ZACHAROVA E, Psychosociální aspekty při ošetřování onkologického pacienta. [online]. [cit 2012-16-4]

Dostupné z: <http://www.zdn.cz/clanek/sestra/psychosocialni-aspekty-pri-oseetrovani-onkologickeho-pacienta-459784>

32. VOKURKA S., Mukozitida dutiny ústní a faryngu, možnosti ovlivnění bolesti. [online]. [cit. 2012-15-4]

Dostupné z: <http://www.eonkologie.cz/cs/2011-4/2011-04-vokurka>

33. SAS I. Nozokomiální infekce a infekce multirezistentními organismy v podmínkách intenzivní péče. [online]. [cit. 2012-14-04]

Dostupné z: <http://www.zdn.cz/clanek/postgradualni-medicina/nozokomialni-infekce-a-infekce-multirezistentnimi-organismy-v-podminkach-intenzivni-pece-455567>

## **8 Klíčová slova**

Lymfom

Sestra

Pacient

Ošetrovatelská péče

Psychický stav



## **9 Seznam příloh**

*9.1 Dotazník pro sestry*

*9.2 Otázky k rozhovorům s pacienty*

*9.3 Informační brožura pro sestry*

### 9.1.1 Dotazník pro sestry

Dobrý den,

jmenuji se Lucie Štoksová a studuji třetí ročník oboru Všeobecná sestra na Jihočeské Univerzitě v Českých Budějovicích. Prosím o pravdivé zodpovězení otázek, které budou sloužit jako podklad k vypracování výzkumu mé bakalářské práce na téma: Specifika ošetrovatelské péče o nemocné s lymfomem. Dotazník je anonymní. Děkuji. Lucie Štoksová

#### 1. Kolik je vám let?

- a)23 a méně      b)24-35 let      c)36-50let      d)51 a více let

#### 2. Jaké máte nejvyšší dosažené vzdělání? Vypište:

#### 3. Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?

- a)5 let a méně      b)6-10let      c)11-20let      d)21let a více

#### 4. Ošetřoval/a jste za dobu své praxe pacienta s lymfomem?

- a) Ano      b)Ne

#### 5. Lymfom je onkologické onemocnění týkající se:

- a)mozku      b)oka      c)lymfatických cest      d)kostí

#### 6. Mezi nejčastější nežádoucí účinky chemoterapie nepatří:

- a) dušnost      b) nauzea      c) zvracení      d) alopecie

#### 7. Při mukozitidě je vhodné pacientovi doporučit:

- a) teplé nápoje      b) cucat kostku ledu      c) nečistit dutinu ústní      d) žádné zvláštní doporučení

#### 8. Má pacient při mukozitidě bolesti?

- a) Ano      b) Ne

#### 9. Je vhodné při mukozitidě vyplachovat ústa dezinfekčními roztoky?

- a) Ano      b) Ne

**10. U pacientů s průjmem je riziko vzniku:**

- a) sucha v ústech      b) bolestí končetin      c) dehydratace      d) alopecie

**11. Po jaké době vyměníte u pacienta zavedený periferní žilní katétr?**

- a) vždy 1x za dva dny      b) vždy 1x za 3 dny      c) po více než 3 dnech  
d) pouze při známkách zánětu

**12. Může mít pacient s lymfomem psychické problémy?**

- a) Ano      b) Ne

**13. Při ošetrovatelské péči o pacienta se strachem je nejdůležitější:**

- a) Strava      b) Spánek      c) Komunikace      d) Čisté prostředí

**14. Komunikujete s pacientem o možnostech zlepšení jeho psychického stavu?**

- a) Ano      b) Ne

**15. Spolupracujete při léčbě s rodinou pacienta?**

- a) Ano      b) Ne

**16. Co doporučíte pacientovi s nevolností?**

Vyjmenujte:

**17. Co doporučíte pacientovi s beznadějí?**

Vyjmenujte:

**18. Znáte nějaké sdružení pacientů s lymfomem, které byste nemocnému doporučil/a, pokud ano, tak jaké?**

**19. Domníváte se, že ošetrovatelská péče zlepšuje psychickou pohodu pacientů s lymfomem?**

- a) Ano      b) Ne

### *9.1.2 Otázky k rozhovorům s pacienty*

1. Kolik je Vám let?
2. Jak dlouho se s lymfomem léčíte?
3. Jaký druh lymfomu máte?
4. Jak dlouho jste hospitalizován/a v nemocnici?
5. Máte všechny potřebné informace ohledně léčby?
6. Pokud ne, od koho Vám tyto informace chybějí? Od sester nebo od lékařů?
7. Pociťujete z onemocnění strach nebo úzkost? Pokud ano, tak z čeho?
8. Jak tyto pocity zvládáte?
9. Kdo Vám pomáhá tyto pocity zvládat?
10. Pomáhají Vám tyto pocity zvládat i sestry?
11. Mají sestry čas s Vámi komunikovat o vašich problémech?
12. Přispívá ošetrovatelská péče ke zlepšení Vašeho psychického stavu?
13. Pokud ošetrovatelská péče přispívá ke zlepšení Vašeho psychického stavu, tak čím přesně?
14. Jak na vás hospitalizace v nemocnici působí?
15. Pomohlo by vám, kdyby si za vámi během dne přišel někdo povídat?
16. Dokážete v nemocnici relaxovat? (číst knihy, luštit křížovky,...)
17. Bylo by pro vás lepší být na pokoji sám/sama?
18. Mají Vaši příbuzní možnost podílet se na vaší léčbě?

