

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

Ústav ošetrovatelství

Lucie Čevelová

Sebepéče u onemocnění mnohočetným myelomem

Diplomová práce

Vedoucí práce: PhDr. Mgr. Helena Kisvetrová

Olomouc 2011

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Název práce:

SEBEPÉČE U ONEMOCNĚNÍ MNOHOČETNÝM MYELOMEM

Název práce v AJ:

SELF-CARE IN DISEASES OF MULTIPLE MYELOMA

Datum zadání:

2009-12-21

Datum odevzdání:

2011-05-06

Vysoká škola, fakulta, ústav:

Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta zdravotnických věd

Ústav ošetrovatelství, FZV UP v Olomouci

Autor práce:

Čevelová Lucie, Bc.

Vedoucí práce:

PhDr. Mgr. Helena Kisvetrová

Oponent práce:

Mgr. Zdeňka Mikšová, PhD.

Abstrakt v ČJ:

Diplomová práce se věnuje problematice využití teorie deficitu sebepečce u onemocnění mnohočetným myelomem. V teoretické části je popisováno onemocnění mnohočetným myelomem, teorie deficitu sebepečce a vliv mnohočetného myelomu na požadavky sebepečce. Praktická část je zaměřena na sestavení situačních potřeb sebepečce u pacientů s mnohočetným myelomem. Pomocí kvantitativního šetření – dotazníku, byly zmapovány znalosti všeobecných sester o tomto onemocnění a jejich zájem o případné edukační materiály pro sestry o mnohočetném myelomu. Byla provedena případová studie u pacienta s mnohočetným myelomem dle konceptů sebepečce.

Abstrakt v AJ:

This graduation thesis is focused on usage of self-care deficit theory for multiple myeloma disease. In the theoretical part is described the multiple myeloma disease, self-care deficit theory and the impact of multiple myeloma on self-care requirements. The practical part is aimed at compilation of self-care situational needs for patients with multiple myeloma. The knowledge of nurses were analyzed with quantitative survey concerning to this disease and their interest in educational materials on this topic. The case study has been made on the patient with multiple myeloma disease according to concepts of self-care.

Klíčová slova v ČJ:

Sebepečce, Teorie deficitu sebepečce, D. E. Oremová, hematooonkologie, mnohočetný myelom

Klíčová slova v AJ:

Self-care, The theory of self-care deficit, D. E.Orem, haematooncology, multiple myeloma

Rozsah:

83 s., 5 příloh

Prohlašuji, že jsem svou diplomovou práci vypracovala samostatně, k jejímu vypracování jsem použila pouze uvedené informační zdroje. Současně souhlasím s využitím mé diplomové práce k dalším studijním účelům.

V Olomouci 6.5.2011

.....

podpis

Děkuji vrchní sestře III. Interní kliniky FN Olomouc Bc. Světluši Fišarové a kolektivu sester z III. Interní kliniky za poskytnutí praktických vědomostí a rad při zpracování mé práce. Poděkování patří také MUDr. Tomáši Pikovi za odbornou konzultaci k mé diplomové práci.

Děkuji PhDr. Mgr. Heleně Kisvetrové z Ústavu ošetřovatelství za vedení mé diplomové práce, za poskytnutí cenných rad a vědomostí, dále za pomoc při zpracování práce, a v neposlední řadě za čas, který mé práci věnovala.

Velký dík na závěr patří také všem, kteří věnovali svůj čas a ochotně se zapojili do mého výzkumného šetření. Bez nich by má práce neměla smysl.

OBSAH

ÚVOD	8
1 MNOHOČETNÝ MYELOM.....	10
1.1 Epidemiologie mnohočetného myelomu	10
1.2 Etiologie a patogeneze mnohočetného myelomu	10
1.3 Klinické příznaky mnohočetného myelomu	11
1.3.1 Příznaky způsobené cytokiny myelomových buněk.....	12
1.3.2 Příznaky způsobené monoklonálním imunoglobulinem.....	13
1.4 Diagnostika mnohočetného myelomu	15
1.4.1 Vyšetření ke stanovení diagnózy	15
1.4.2 Kritéria mnohočetného myelomu	16
1.4.3 Diferenciální diagnóza mnohočetného myelomu a problémy se stanovením diagnózy.....	17
1.5 Léčba mnohočetného myelomu	17
1.5.1 Indikace k zahájení léčby.....	18
1.5.2 Volby iniciální léčby mnohočetného myelomu	18
1.5.2.1 Iniciální léčba pacientů nevhodných k vysokodávkované chemoterapii s autologní transplantací	20
1.5.2.2 Iniciální léčba pacientů vhodných k vysokodávkované chemoterapii s autologní transplantací	20
1.5.3 Udržovací léčba v remisi nemoci.....	20
1.5.4 Léčba relapsu	21
1.5.5 Podpůrná léčba.....	21
1.6 Prognóza a důležitost včasného stanovení diagnózy	24
2 TEORIE DEFICITU SEBEPÉČE.....	25
2.1 Definování sebepéče podle Oremové	25
2.2 Užití ošetrovatelské teorie	25
2.3 D. E. Oremová - životopis	26
2.4 Struktura teorie deficitu sebepéče.....	26
2.5 Teorie sebepéče.....	27
2.5.1 Požadavky sebepéče (PSP)	27
2.5.2 Kompetence sebepéče (KSP).....	28

2.5.3	Základní podmíněčné faktory (ZPF).....	28
2.6	Teorie deficitu sebepéče	28
2.6.1	Deficit sebepéče (DSP).....	28
2.6.2	Situační potřeba sebepéče (SiPoSP)	29
2.6.3	Situační problematika (SIP).....	29
2.7	Teorie ošetrovatelských systémů	29
2.8	Srovnání Teorie deficitu sebepéče s modelem M. Gordonové, NANDA doménami.....	30
2.9	Vliv mnohočetného myelomu na ošetrovatelskou péči	30
3	CÍLE PRÁCE	31
4	METODIKA PRÁCE.....	33
4.1	Rešeršní strategie	33
4.2	Metodika sestavení přehledu vlivu onemocnění mnohočetným myelomem na požadavky sebepéče.....	33
4.3	Metodika tvorby SiPoSP u pacientů s mnohočetným myelomem.....	33
4.4	Metodika dotazníkového šetření.....	34
4.4.1	Charakteristika zkoumaného souboru.....	34
4.4.2	Organizace výzkumného šetření.....	35
4.4.3	Pilotní šetření	35
4.4.4	Zpracování dat	35
4.5	Metodika tvorby edukačního programu.....	36
4.6	Metodika tvorby případové studie	36
4.6.1	Organizace případové studie.....	37
4.6.2	Zpracování dat	37
5	INTERPRETACE DAT	38
5.1	Interpretace výsledků k cíli č. 1 : Výčet situačních problematik (problémů) u pacientů s onemocněním mnohočetným myelomem.....	38
5.2	Interpretace výsledků k cíli č. 2 : Rozpracování SiPoSP s příslušnými kompetencemi sebepéče u pacientů s mnohočetným myelomem	40
5.3	Interpretace obecných dat získaných v dotazníkovém šetření.....	43
5.4	Interpretace výsledků k cíli č. 3 : Zmapovat znalosti všeobecných sester mimo hematologická pracoviště o mnohočetném myelomu	46

5.5	Interpretace výsledků k cíli č. 4 : Zmapovat názory sester na edukační materiály pro sestry o mnohočetném myelomu	53
5.6	Interpretace výsledků k cíli č. 5 : Vypracovat edukační materiály pro sestry o mnohočetném myelomu)	57
5.7	Interpretace dat k cíli č. 6 : Případová studie u jednoho pacienta s mnohočetným myelomem.	57
DISKUSE		64
ZÁVĚR.....		71
SEZNAM LITERATURY		73
SEZNAM ZKRATEK.....		78
SEZNAM OBRÁZKŮ		80
SEZNAM TABULEK.....		81
SEZNAM GRAFŮ		82
SEZNAM PŘÍLOH		83

ÚVOD

Mnohočetný myelom či mnohotný myelom byl poprvé popsán patology v devatenáctém století. Jedná se o onemocnění, které můžeme řadit k relativně vzácným. Dle WHO je zařazován do skupiny maligních onemocnění, která vycházejí z lymfocytární tkáně. Typickým znakem tohoto onemocnění bývá postižení kostní dřeně, útlum fyziologické krvetvorby, osteolytická ložiska a přítomnost monoklonálního imunoglobulinu v krvi a moči (Adam, a kol., 2008, s. 209).

Mezi hematoonkologickými onemocněními představuje mnohočetný myelom 10-15 % u bělochů a plnou třetinu u černochů. Podle údajů Národního onkologického registru byla v roce 2007 incidence mnohočetného myelomu u mužů 4,1/100 000 a 4,4/100 000 u žen, což ukazuje postupné navýšení hodnot. V tomto roce také činila standardizovaná mortalita u tohoto onemocnění 3,1/100 000 u mužů a 3,4/100 000 u žen. Dá se proto říci, že výskyt onemocnění stoupá společně se zvyšujícím se věkem a nejvyšších hodnot dosahuje v období mezi 75. až 79. rokem života (ÚZIS ČR, 2010, s. 90-143). U neléčených pacientů bývá udávána průměrná délka života 14 měsíců. Pokud však dojde k zahájení standardní léčby, dosahuje medián přežití 3-4 roky života od prvního stanovení diagnózy, u transplantační léčby se tato doba zvyšuje na 6-7 let. Samotný průběh onemocnění je hodně variabilní, proto se mohou nemocní dožít 10 i více let, na druhé straně jsou však nemocní, u nichž může doba přežití činit pouze několik měsíců (Krejčí, a kol., 2008, s. 188).

Samotné onemocnění staví nemocného do zcela nové situace, s kterou se musí postupně naučit žít. Tato nově změněná životní situace s sebou pro nemocné přináší také řadu problémů, které se potřebuje naučit zvládat pomocí nových vědomostí, znalostí a praktických dovedností (Halmo, 2006a, s. 71). Pacienti s mnohočetným myelomem mají největší problémy v oblastech výživy, bolesti, pohybu, rizika vzniku infekce a psychosociální. Z počátku onemocnění se také přidává problematika znalosti onemocnění.

V teoretické části diplomové práce je nejprve celkově popsáno onemocnění mnohočetným myelomem, dále se v této části práce zabývá teorií deficitu sebepečce a ošetrovatelskými specifiky u pacientů s mnohočetným myelomem.

Praktická část směřuje ke splnění cílů diplomové práce. Obsahuje přehled výčtu situačních problémů u pacientů s mnohočetným myelomem, taktéž rozpracovává situační potřebu sebepéče i s jejími příslušnými kompetencemi. Tím vytváří rámec pro plánování a realizaci ošetrovatelské péče pro sestry. Dále jsou v praktické části zmapovány znalosti sester mimo hematologická pracoviště o mnohočetném myelomu společně s případným zájmem sester o edukační materiály na téma mnohočetného myelomu. K rozhodnutí, že výzkumné šetření bude směřováno na sestry, bylo přistoupeno po pečlivém prostudování všech dostupných informačních materiálů. Bylo shledáno, že tyto materiály poskytují pacientům komplexní plnohodnotné informace, které není nutné ani v rámci aplikace teorie deficitu sebepéče nijak doplňovat. Proto nás zajímala informovanost sester mimo hematologická pracoviště o tomto onemocnění. V návaznosti k výsledkům výzkumného šetření vznikl také edukační materiál pro sestry o mnohočetném myelomu. A závěrečným bodem praktické části bylo vytvoření případové studie u jednoho pacienta s onemocněním mnohočetným myelomem. Tato studie byla zpracována dle zásad Teorie deficitu sebepéče dle Oremové.

1 MNOHOČETNÝ MYELOM

Onemocnění mnohočetným myelomem patří mezi vzácné choroby, tvoří zhruba 1 % všech nádorových onemocnění, zároveň však představuje přes 10 % krevních nádorových onemocnění (Hájek, a kol., 2008, s. 164). Mnohočetný myelom (MM) je způsoben maligní transformací B- lymfocytů, jejich klonální proliferace a akumulace terminálních vývojových stádií – plazmocytů (myelomových buněk). Ty tvoří monoklonální imunoglobuliny a další cytokiny, které způsobují neobyčejně pestré a různě intenzivně vyjádřené příznaky nemoci (Adam, Vorlíček, 2004, s. 515).

1.1 Epidemiologie mnohočetného myelomu

Podle údajů Národního onkologického registru České republiky nově onemocnělo v roce 2007 mnohočetným myelomem 209 mužů a 234 žen. Tyto údaje představují standardizovanou incidenci 4,1/100 000 mužů a 4,4/100 000 žen, což ukazuje na postupné navýšení výskytu onemocnění (ÚZIS ČR, 2010, s. 90). V Evropě je ročně nově diagnostikováno více než 40 000 případů. Incidence onemocnění stoupá s věkem, mediánem onemocnění je 65 let, nejvyšších hodnot dosahuje mezi 75 až 79. rokem (Krejčí, a kol., 2008, s. 187). U mladých lidí mezi 20 a 40 rokem života je výskyt této choroby vzácný, představuje asi 3 % (Adam, Vorlíček, 2004, s. 515).

1.2 Etiologie a patogeneze mnohočetného myelomu

Příčiny vzniku mnohočetného myelomu dodnes nejsou zcela známe, byla však prokázána souvislost mezi intenzitou antigenní stimulace a vznikem tohoto onemocnění (Adam, Vorlíček, 2004, s. 515).

Patogeneze mnohočetného myelomu je označována jako složitý multifaktoriální proces. Děje se sérií genetických změn v buňce, které vedou k její nádorové transformaci. Bylo zjištěno, že k rozvoji změn způsobených nádorovým růstem dochází v mikroprostředí kostní dřeně. Roli zde může sehrát i současné omezení funkce imunitního systému (Krejčí, a kol., 2008, s. 187). Předpokládá se, že maligní mutace vzniká na úrovni B-lymfocytu, který proliferuje a vyzrává do patologických plazmatických buněk, které jsou na rozdíl a fyziologických

plazmocytů dlouhověké. U patologických plazmocytů dochází k četnému vylučování cytokinů, které způsobují projevy choroby.

Cytokiny mohou způsobovat typicky klasické B- příznaky, mezi něž patří hubnutí, změny tělesné teploty a noční pocení. Dále mohou produkty myelomových buněk aktivovat osteoklasty a způsobit ložiskovou či difúzní patologickou osteolýzu. Ve většině případů onemocnění dochází k vytváření, buď kompletní molekuly nebo lehkého řetězce, monoklonálního imunoglobulinu (M-Ig). U 20 % nemocných dochází pouze k produkci lehkých řetězců. Monoklonální imunoglobulin se v organismu může projevovat nejen svými fyzikálními vlastnostmi (ovlivňuje viskozitu), ale způsobuje i patologické projevy. Při navázání M-Ig na určité antigeny způsobuje na nervových vláknech neuropatie, a v ledvinách neuropatie. Zároveň může zasahovat do rovnováhy fyziologických dějů a tím způsobovat hyperkoagulace či hemoragickou diatézu (Adam, a kol., 2008, s. 210).

1.3 Klinické příznaky mnohočetného myelomu

Mnohočetný myelom se vyznačuje velmi pestrými a různorodými příznaky, takže v příznacích choroby se každý pacient liší. Celkově můžeme příznaky MM rozdělovat do několika skupin, podle příčin, které je způsobují. Jedná se o příznaky způsobené cytokiny myelomových buněk, příznaky způsobené monoklonálním imunoglobulinem, dále příznaky způsobené útlakem fyziologické krvinek myelinovými buňkami a patofyziologicky méně jasné příznaky mnohočetného myelomu (Adam, Vorlíček, 2004, s. 516).

Nejklasičtější trojici příznaků MM tvoří příznaky únavy, bolesti kostí a opakované infekce. Okolo 70 % nemocných je zjištěna anémie, může se vyskytnout i zvýšená koncentrace kreatininu, a v době stanovení diagnózy bývá u 10 – 20 % nemocných zjištěna hyperkalcemie (Adam, a kol., 2008, s. 211). V některých případech probíhá onemocnění zpočátku zcela bezpříznakově a k jeho zjištění může být náhodně odhaleno při vyšetření k objasnění příčiny vysoké sedimentace (Krejčí, a kol., 2008, s. 187).

1.3.1 Příznaky způsobené cytokiny myelomových buněk

Bolesti kostí způsobené osteolýzou

Prvním signálem přítomnosti choroby mohou být postupně se zhoršující bolesti v zádech či dlouhých kostech – stehenní a pažní a lebce. Schéma vývoje typické nádorové bolesti u MM je znázorněno obrázkem č. 1 (Adam, a kol., 2008, s. 211). Tyto bolesti mohou být způsobeny difúzní či ložiskovou osteolýzou. Nejčastěji se objevují v bederní páteři, která bývá nejvíce zatěžována, čehož vyplývá, že zde nejdříve dochází ke vzniku patologických kompresivních fraktur. Nemoc se však může projevit bolestivou osteolýzou kterékoliv kosti v těle. Vystupňovaná osteolýza následně vede ke vzniku hyperkalcemie (Adam, Vorlíček, 2004, s. 516). Existují však i případy bez osteolýzy či dokonce s osteosklerózou (Krejčí, a kol., 2008, s. 187).



Obrázek č. 1 *Typický vývoj nádorové bolesti u MM* (Adam a kol., 2008, s. 213).

Mezi rizikové faktory, jejichž přítomnost může zvyšovat pravděpodobnost maligního původu bolesti, patří věk nad 50 let, existence primárního nádoru či jiného závažného onemocnění, dlouhodobá léčba kortikosteroidy, úbytek váhy, nevysvětlitelné teploty, existence chronického zánětu (zejména ledvin a plic), trauma v anamnéze, bolesti po dobu delší než 1 měsíc bez úlevy, klidové – zejména noční bolesti, bolesti provokované stojem a mírníci se vsedě, přítomnost monoklonálního imunoglobulinu (Adam, a kol., 2008, s. 215).

Snížení B – buněčné i T – buněčné imunitní obrany

Zpočátku choroby dominuje porucha B-buněčné imunity, ta způsobuje omezenou produkci funkčních imunoglobulinů, jejíž nedostatek se prohlubuje společně s progresí onemocnění (Adam, Vorlíček, 2004, s. 516 – 517). V pozdějším období dochází k průkazným poruchám i v T- buněčné imunitě. Nedostatek funkčních protilátek usnadňuje vznik bakteriálních infekcí a způsobuje agresivnější průběh

infekce v porovnání se zdravými jedinci. V případě vzniku pásového oparu, je na něj nahlíženo jako na signál deficitu či zhoršení T- buněčné imunity, což ukazuje na recidivu nemoci či vznik maligního onemocnění. U nemocných s MM se doporučuje očkování (zejména proti chřipce či pneumokokům), které bývá označováno za vhodné. Vzhledem k imunodeficitu u těchto pacientů však výsledný efekt očkování nemusí být stejně znatelný jako u zdravých osob (Adam, a kol., 2008, s. 215).

Anémie a případně i pancytopenie

Oznamujícím příznakem MM bývá také únava způsobená chudokrevností, případně krvácení při malém počtu krevních destiček či poruše srážení krve způsobené monoklonální gamapatií. V 70 % u nově diagnostikovaných pacientů je přítomna anémie. Méně často se objevuje klinicky závažná pancytopenie (pokles všech krvinek)(Adam, a kol., 2008, s. 215 – 216). Ve zvláštních případech může být cytopenie jediným projevem MM, osteolytická ložiska zde nemusí být. Příčinou vzniku cytopenie může být mechanický útlak nádorovou tkání, nebo vliv řady působilců cytokinové sítě (Adam, Vorlíček, 2004, s. 517).

1.3.2 Příznaky způsobené monoklonálním imunoglobulinem

Monoklonální imunoglobuliny mohou vytvářet četné a velmi pestré patologické projevy, některé z nich se objevují častěji, naopak jiné se vyskytují vzácně, jsou neobvyklé, a proto i obtížně rozpoznatelné.

Myelomová neuropatie

Jedná se o poruchu funkce ledvin způsobenou převážně monoklonálními lehkými řetězci. Při jejich velkém množství dochází k tabulárnímu funkčnímu poškození, což vede k nevratnému poškození ledvin. Závažná renální insuficience vede k tzv. „myelomové ledvině“, která vyžaduje chronickou dialyzační léčbu (Adam, Vorlíček, 2004, s. 519). Poškození glomerulární membrány způsobuje neselektivní proteinurii s přítomností nejen lehkých řetězců, ale i kompletní molekuly M-Ig. Dochází tak ke vzniku nefrotického syndromu, který je způsoben většími odpady bílkovin v moči (Adam, a kol., 2008, s. 215).

Nejčastějším projevem poškození ledvin je neoligurické či oligurické selhání ledvin s retencí dusíkatých látek. Jedná se o zákeřnou formu, jelikož subjektivní příznaky se objevují až při klinicky závažných poruchách funkce ledvin. Další méně častým důsledkem MM je poškození ledvin spojené se vznikem nefrotického syndromu se závažnou proteinurií, hypoalbuminemií a otoky nohou (Adam, a kol., 2008, s. 215).

Poruchy hemostázy

Monoklonální imunoglobulin může zasáhnout do hemostázy. Mohou tak vznikat život ohrožující situace při úrazech či operačním zákroku. Nejčastější poruchou je závažná trombocytopenie u pacientů s tvorbou lehkých řetězců, ale nejen u nich. O trombocytopenii neinformují běžná předoperační koagulační vyšetření (INR, aPTT, fibrinogen), proto je důležité u pacientů s MM neopomenout vyšetřit agregaci trombocytů. Toto vyšetření nás informuje o funkci krevních destiček.

Méně často mohou vznikat stavy hyperkoagulace, jejichž vyústěním jsou tromboembolické komplikace. U asymptomatického jedince se může jednat o první projev choroby (Adam, a kol., 2008, s.216).

Hyperviskozita

Při vzestupu viskozity krve může docházet k závažné poruše koagulačních mechanismů. Tato porucha se u pacientů může projevit purpurou, ekchymózami, krvácením do trávicího ústrojí nebo naopak vznikem trombózy (například venae centralis retina). Nejčastěji se hyperviskozita objevuje u pacientů s IgM-gamapatií, může se však vznikat i u gamapatií IgG či IgA. Příčinou vzniku jsou vysoké koncentrace monoklonálního imunoglobulinu nebo řetězení monoklonálních IgA a IgG imunoglobulinů. Nejlépe viditelný projev hyperviskozity vzniká na očním pozadí, kde tvoří tzv. „fundus paraproteinemicus“ (Adam, Vorlíček, 2004, s. 519).

Motorická a senzitivní polyneuropatie

Vzniká na podkladě monoklonálního imunoglobulinu. Difúzní bolesti končetin, které mohou být častým projevem, jsou způsobeny polyneuropatií senzitivních vláken, postižení motorických vláken je vzácné (Adam, Vorlíček, 2004, s. 519).

1.4 Diagnostika mnohočetného myelomu

Diagnózu mnohočetného myelomu na rozdíl od lymfomů stanovuje, na základě vyhodnocení morfologických, zobrazovacích a laboratorních údajů, klinický lékař.

1.4.1 Vyšetření ke stanovení diagnózy

V případě výskytu symptomů, které by mohly odpovídat MM, by mělo být provedeno screeningové vyšetření, které zahrnuje tato vyšetření:

- Krevního obrazu, sedimentace erytrocytů,
- Iontů včetně Ca, kreatininu, urea, kyseliny močové, albuminu a celkové bílkoviny,
- Elektroforézy séra a moči,
- Kvantifikace polyklonálních imunoglobulinů,
- Rentgenový snímek suspektní oblasti (Adam, a kol., 2008, s. 217).

Jestliže se během screeningového vyšetření nějaký výsledek patologický, mělo by se přistoupit v diagnostice k vyšetřením, které mohou potvrdit diagnózu MM. Jedná se o vyšetření aspirátu kostní dřeně (popřípadě trepanobiopsii), imunofixační vyšetření přítomnosti monoklonálního Ig v krvi a moči, vyšetření přítomnosti volných lehkých řetězců v krvi a rentgenové vyšetření skeletu.

K rozpoznání rozsahu nemoci slouží cytologické vyšetření kostní dřeně + FISH, dále kvantifikace monoklonálního imunoglobulinu v krvi a moči (pomocí denzitometrického stanovení), dále vyšetření Ca, albuminu a beta2-mikroglobulinu a vyšetření rentgenové vyšetření skeletu.

K určení poškození tkání a orgánů organismu se provádí tato vyšetření:

- Krevní obraz,
- Uream kreatin, clearance kreatininu, Ca, albumin,
- LD, CRP,

- Kvantitativní stanovení polyklonálních imunoglobulinů (Adam, a kol., 2008, s. 217).

1.4.2 Kritéria mnohočetného myelomu

Samotné stanovení diagnózy mnohočetného myelomu se odvíjí od splnění kritérií nemoci. V dnešní době můžeme použít jak starší dle Dureiho a Salomona z roku 1975, která jsou znázorněna tabulkou č. 1, tak i novější kritéria vytvořená v roce 2003 International Myeloma Working Group, jež můžete vidět obrázku tabulky č. 2. Po zhlédnutí tabulek je zřetelné, že diagnóza se odvíjí od tří základních bodů:

- Průkaz určitého počtu plazmatických buněk v kostní dřeni,
- Průkaz kostního poškození,
- Průkaz monoklonálního imunoglobulinu, případně snížení koncentrace ostatních polyklonálních imunoglobulinů (Adam, a kol., 2008, s. 217–218).

Tabulka č.1 *Kritéria mnohočetného myelomu (dle Dureiho a Salomona, 1975)* Adam, a kol., 2008, s. 218

Velká kritéria	Malá kritéria
1) plazmocytom (histologie tkáně)	a) v kostní dřeni 10 – 30 % plazmocytů
2) počet plazmocytů v kostní dřeni > 30%	b) koncentrace M-Ig nižší než v bodě 3
3) sérové koncentrace monoklonálního imunoglobulinu (M-Ig): M-IgG > 35 g/l M-IgA > 20 g/l Nebo množství lehkých řetězců v moči za 24 hodin > 1 g	c) přítomna osteolytická ložiska d) snížení ostatních fyziologických imunoglobulinů: IgM < 0,5 g/l IgA < 1,0 g/l IgG < 6,0 g/l
Diagnóza mnohočetného myelomu je jasná, je-li přítomno jedno velké a jedno malé kritérium, anebo jsou-li přítomna kritéria a+b a dále kritérium c nebo d.	

Tabulka č.2 *Diagnostická kritéria mnohočetného myelomu dle International Myeloma Working Group, 2003*, Adam, Vorlíček, 2004, s. 522

Pro diagnózu mnohočetného myelomu je nutno splnit všechna tři kritéria:
1. Počet monoklonálních plazmatických buněk v kostní dřeni je > 10% a (nebo) biopsie kostní dřeni prokázala plazmocytom
2. Je přítomen monoklonální imunoglobulin v krvi a (nebo) v moči
3. je přítomna nejméně jedna dysfunkce či poškození orgánu způsobené mnohočetným myelomem : - (C – kalcium) zvýšená hladina kalcemie nad 2,8 mmol/l či nad horní limit - (R – renal) renální insuficience s kreatininem nad 180 µmol/l V = 176,8 mmol/l - (A – anemia) anémie, hemoglobin pod 100 g/l nebo 20 g/l pod dolní limit normy - (B – bone) osteolytická kostní destrukce nebo osteoporóza

Tabulka č. 3 *Kritéria poškození orgánů či tkání myelomem (International Myeloma Working Group, Brit J Haematol 2003) Adam, a kol., 2008, s. 219*

Kritérium dysfunkce orgánu	Podrobnější definice symptomu
Hyperkalcemie	Kalcium > 2,75 mmol/l, nebo o 0,25 nad normální limit
Selhání ledvin	Kreatinin > 176 µmol/l
Anémie	Hemoglobin < 100 g/l, nebo 20 g/l pod dolní limit
Kostní změny	Lytická kostní ložiska, nebo osteoporóza s kompresivními frakturami (většinou vyžaduje kostní denzitometrii a prokázání patologické infiltrace pomocí MR nebo CT vyšetření)
Další s myelomem a gamapatií související nálezy	Symptomatická hyperviskozita, amyloidóza, opakující se bakteriální infekce (> 2 epizody za 12 měsíců)

Existují však i hraniční situace, kdy diagnóza mnohočetného myelomu není jistá ani s přihlédnutím k uvedeným kritériím. Není proto nutné okamžitě jednoznačně stanovit diagnózu. Pro pacienta je více přínosnější dlouhodobé pečlivé sledování a vyčkávání dalšího vývoje laboratorních a klinických ukazatelů choroby (Adam, Vorlíček, 2004, s. 520).

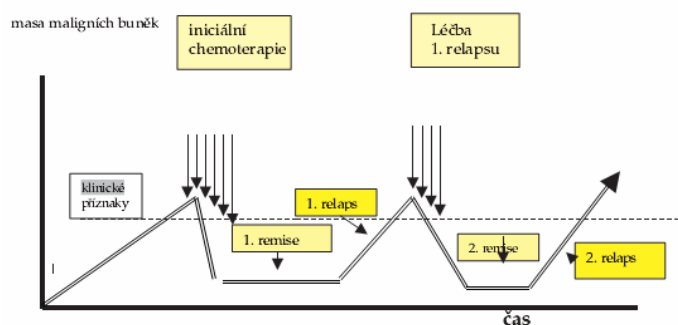
1.4.3 Diferenciální diagnóza mnohočetného myelomu a problémy se stanovením diagnózy

Mnohočetný myelom je nutno rozlišit od monoklonálních gamapatií nejasného významu, primární AL-amyloidózy a od dalších maligních lymfoproliferativních chorob provázených přítomností monoklonálního imunoglobulinu. Možné problémy se stanovením diagnózy se obvykle objevují u nemocných s méně typickými projevy choroby (Adam, Vorlíček, 2004, s. 520).

1.5 Léčba mnohočetného myelomu

Mnohočetný myelom, podobně jako jiné lymfoproliferativní nemoci nízkého stupně malignity, je v současnosti dostupnými prostředky nevyléčitelný. Z tohoto důvodu nemusí být zahájení léčby indikováno u symptomatického pacienta v počáteční fázi nemoci. Toto bezpříznakové období může někdy trvat i několik let a občas dochází ke spontánním remisím. Předčasné zahájení chemoterapie by u symptomatického pacienta nijak neprospělo jeho stavu, neboť neprodlužuje celkovou dobu přežití. Proto je chemoterapie indikována teprve v době, kdy nepochybně dochází k progresi choroby a choroba se projevuje výše uvedenými

příznaky (Adam, Vorlíček, 2004, s. 525). Pokud je nemoc citlivá na léčbu, obvykle se dosáhne remise nemoci, její délka je individuálně variabilní (měsíce až roky). Zpravidla následuje relaps nemoci, a pokud je zvládnutý, dostává se pacient do druhé remise, která je obvykle kratší než remise první. Schematicky je průběh onemocnění znázorněn na obr. č.4 (Hájek, a kol., 2009, s.26-27).



Obrázek č. 2 Časový průběh léčby mnohočetného myelomu (Adam, a kol., 2008, s. 225).

1.5.1 Indikace k zahájení léčby

U osob se stanovenou diagnózou asymptomatického myelomu se doporučuje pouze pravidelné kontrolování a oddálení zahájení protimyelomové léčby až do prvních příznaků nemoci. Protimyelomová léčba se má zahájit, jakmile jsou zjištěny subjektivní příznaky nemoci nebo prokázáno poškození orgánů a tkání. Pacienti, kteří jsou zcela bez příznaků, ale mají radiologický průkaz kostní nemoci (alespoň jedno lytické ložisko), mají vysoké riziko přechodu v symptomatickou chorobu s mediánem intervalu 8 měsíců. Proto je u nich doporučeno okamžité zahájení léčby (Adam, a kol., 2008, s. 224).

1.5.2 Volby iniciální léčby mnohočetného myelomu

V léčbě mnohočetného myelomu mají v dnešní době přednost režimy s nejúčinnějšími léky, jedná se o thalidomid, bortezomib a lenalidomid. První dva jmenované mají od roku 2009 nezastupitelné místo v iniciální léčbě MM u všech nemocných, lenalidomid je od téhož roku zařazen v léčbě relaps onemocnění (Hájek, a kol., 2009, s. 30).

„Léčba thalidomidem v kombinaci s melfalanem a prednizonem je referenčním standardem u všech nemocných, jenž se nemohou podrobit vysokodávkové chemoterapii s následnou autologní transplantací krvinek.“

Léčba bortezomibem v kombinaci s melfalanem a prednizonem je nově zjištěný vysoce účinný režim, který lze považovat za doposud nejúčinnější režim u nemocných, kteří nemohou absolvovat vysokodávkovou chemoterapii s následnou autologní transplantací krvinek.

Pokud dojde u léčebných režimů thalidomidem či bortezomibem záměně alkylační látky (melfalan za cyklofosfamid), jsou tyto režimy stejně účinné jako s melfalanem, ale v řadě případů jsou i lépe tolerované pacienty.

Kombinované režimy s thalidomidem nebo bortezomibem, střední dávkou glukokortikoidů a případně cytostatikem, které nepoškozuje kmenové hemopoetické buňky (např. antracyklin, etoposid, vinkristin, cyklofosfamid ...). Po tomto režimu lze provést sběr kmenových hemopoetických buněk z periferní krve a následně podat vysokodávkovou chemoterapii s autologní transplantací těchto buněk.

Kombinace nových léků s kortikoidy nebo jejich monoterapie v případě, že je oprávněné se domnívat, že kombinovanou léčbu by nemocný netoleroval (např. vstupní cytopenie ...)

Monoterapie melfalanem nebo cyklofosfamidem či glukokortikoidem jako paliativní šetrný postup vyhrazený pro nemocné s malou tolerancí, nízkým vstupním status performance a podobně.

Kombinovaná chemoterapie bez thalidomidu a bortezomibu s dominantním postavením alkylačních cytostatik či glukokortikoidů reprezentována dřívějším standardem, tj. kombinací melfalanu s prednizonem a řadou dalších kombinovaných režimů. Tato léčba dnes nesplňuje nároky na optimální tzv. zlatý standard. Volba této léčebné linie bez zařazení některého z nových léků představuje „podléčení“ nemocných a musí být v řádě zdůvodněna (např. kontraindikace nových léků nebo podobně jako důvody pro volbu monoterapie)“ (Hájek, a kol., 2009, s. 29).

1.5.2.1 Iniciální léčba pacientů nevhodných k vysokodávkované chemoterapii s autologní transplantací

Pacienti starší 65 (70) let a mladší nemocní s kontraindikací vysoko dávkované chemoterapie s autologní transplantací krvetvorných buněk se léčí klasickou chemoterapií. Tato chemoterapie se obvykle podává po dobu 7 až 9 měsíců nebo do dosažení maximálního poklesu monoklonálních imunoglobulinu neboli do dosažení remise choroby. Výhodou těchto postupů je podstatně rychlejší nástup léčebných výsledků, což pro mnohé pacienty, například s bolestivými příznaky, znamená rychlejší zlepšení kvality života (Adam, Vorlíček, 2004, s. 526).

1.5.2.2 Iniciální léčba pacientů vhodných k vysokodávkované chemoterapii s autologní transplantací

Autologní transplantace má za sebou více jak dvacetiletou historii. V léčbě mnohočetného myelomu se zdá být účinnou léčebnou modalitou, která v dnešní době patří mezi klasické postupy. Autologní transplantace by měla být součástí primoléčby u nově zjištěných pacientů s mnohočetným myelomem do věku 65 let. Zavedení autologní transplantace přineslo zásadní zkrácení léčby a stejně také prodloužení dlouhodobých výsledků (Hájek, a kol., 2008, s. 169).

1.5.3 Udržovací léčba v remisi nemoci

Za standardní preparát v udržovací léčbě bývá označován interferon alfa. Jeho přínos byl hodnocen ve dvou metaanalýzách, v první metaanalýze z roku 2000, vypracované kolektivem prof. Ludwiga byl medián prodloužení bezpříznakového období stanoven na 4 měsíce a celkového přežití na 7 měsíců, v druhé (Myeloma Trialist Collaborative Group, 2001) činilo prodloužení mediánu bezpříznakového a celkového období přežití 6 a 7 měsíců. U mnoha pacientů však tato léčba snižuje kvalitu života, jelikož tolerance na interferon alfa je velmi individuální, proto u mnoha pacientů dochází k nežádoucím účinkům. Další možností v udržovací léčbě je thalidomid. Při jeho použití v udržovací léčbě bylo prokázáno prodloužení délky remise, ale i celkového přežití. Optimálními kandidáty na léčbu thalidomidem jsou nemocní v parciální remisi, u nichž může prohloubit léčebnou odpověď (Adam, a kol., 2008, s. 230).

1.5.4 Léčba relapsu

Jestliže choroba relabuje v intervalu kratším než jeden rok, signalizuje to zvláště agresivní onemocnění a nepříznivou prognózu. V těchto případech je třeba použít jiné léky, než byly použity v rámci iniciální léčby. V případě, že nemoc relaxuje později, musí intenzita léčby jejího relapsu odpovídat míře agresivity nemoci (Adam, a kol., 2008, s. 230).

Zatímco optimální postupy pro primoléčbu jsou jasně stanoveny, v případě relapsu onemocnění takové údaje neexistují. Pro relaps onemocnění jsou k dispozici tyto léčebné možnosti:

- Možnosti stejné jako u primoléčby,
- Lenalidomid v kombinaci s dexametazonem,
- Lenalidomid v kombinaci s kortikoidy a alkylační látkou či antracyklinem (Hájek, a kol., 2009, s. 29).

1.5.5 Podpůrná léčba

Stejně podstatná jako léčba protinádorová je i optimální podpůrná léčba, která se stává zásadním bodem celého léčebného plánu. Pacient má být vhodně informován o aktuální situaci, o potenciálních rizicích onemocnění spojených s léčbou, o možnostech podpůrné léčby a dalších podpůrných opatření (Hájek, a kol., 2009, s. 64).

- **Bisfosfonáty**

Jedná se o léky zpomalující odbourávání kostí a mírnící bolest. Zahájení léčby je indikováno již od zjištění symptomatického myelomu. Důležité je začít podávat tyto léky ihned při zjištění nemoci, a pokračovat v tom dlouhodobě po dobu aktivity choroby.

U nemocných, kteří tyto léky dostávají dlouhodobě, probíhá patologická osteolýza podstatně pomaleji, takže mají signifikantně méně patologických fraktur, míšních kompresí a menší spotřebu analgetik než nemocní, kteří tyto léky vůbec

nedostávají. Pokud nemocný užívá bisfosfonáty obsahující dusík, dochází ke zhoršenému hojení ran po extraxi zubů a může vzniknout tzv. osteonekróza čelisti. Proto je nutné preventivní vyšetření a ošetření chrupu ještě před nasazením této léčby (Adam, a kol., 2008, s. 232).

- **Léčba bolesti**

Rozrušování kosti onemocněním velmi bolí a tomu musí odpovídat léčba bolesti. Bolesti jsou somatického charakteru, proto se k jejich zvládnutí používá kombinace analgetik ze skupiny klasických blokátorů cyklooxygenázy (paracetamol, diklofenak, ibuprofen) nebo ze skupiny preferenčních blokátorů cyklooxygenázy II (melodikám, nimesulid), případně nárazově metamizol. Analgetika – antiflogistika je vhodné kombinovat s léky ze skupiny opioidů. Zde se jedná o tramadol, morfin (Sevredol a retardované formy morfinu), oxykodon, hydromorfon nebo s náplastovými aplikačními formami – buprenorfin (Transtec) a fentanyl (Durogesic) (Adam, a kol., 2008, s. 232–233).

Při léčbě bolesti musíme mít stále na paměti nežádoucí účinky podávaných léčiv (Adam, a kol., 2008, s. 233). U nesteroidních analgetik se jedná zejména o poškození ledvin a žaludku, při selhání ledvin dochází v organismu ke kumulaci morfinu, o něco méně komuluje oxykodon s hydromorfon. Naproti tomu fentanyl a buprenorfin jsou dominantně metabolizovány v játrech, proto jsou vhodnější volbou při renálním selhání. Pro podávání silných opioidů neexistuje žádný horní limit, dávku omezuje jen intenzita nežádoucích účinků. Důvodem k zvyšování dávky bývá zvyšující se intenzita bolesti a postupný rozvoj tolerance. Naopak u analgetik – antiflogistik, která mají svůj stropový efekt, existuje horní limit pro dávku, který se nemá překračovat (Adam, a kol., 2005, s. 296).

- **Radioterapie**

Radioterapie je běžnou součástí léčby mnohočetného myelomu téměř u všech nemocných. Cílem je potlačení myelomových buněk a zmírnění bolesti. Radioterapie v léčebné dávce (30–40 Gy) má potenciál zničit myelinové buňky v ozařovaném ložisku, to způsobí zastavení osteolýzy a někdy může převážit novotvorba kosti po záření. Léčebné záření je vhodné pro všechna velká ložiska potenciálně ohrožující

nosnost skeletu. Pokud však stav pacienta nedovolí použít kurativní záření, je vhodné paliativní či analgetickou dávkou (10–15 Gy při aplikaci 2–3 Gy na frakci) snížit intenzitu bolesti. Tyto nižší dávky sice nemají tumoricidní efekt, ale výrazně zmenšují intenzitu bolesti v ozařované oblasti. Podobný efekt jako analgetické ozáření má i jednorázové ozáření v dávce 8 Gy (Adam, a kol., 2007, s. 197). V případě ozařování páteře nesmí překročit dávka toleranci míchy, jinak hrozí její nevratné poškození (Hájek, a kol., 2009, s. 67).

- **Ortopedická léčba**

Každá patologická fraktura se konzultuje s ortopedem. V případě komprese obratlů může jedině ortoped rozhodnout, je-li dostačující zevní fixace ortézou, nebo jestli je potřebné operační zpevnění. Pokud dojde k patologické zlomenině končetiny, měla by se vždy dát přednost vnitřní fixaci před zevní (Adam, Vorlíček, 2004, s. 526). Vnitřní fixace však nemusí být indikována pouze u patologické fraktury, má svoje indikace i u velkého osteolytického ložiska, které významně omezuje pevnost kosti a pacienta ohrožuje vznikem patologické fraktury v budoucnu (Hájek, a kol., 2009, s. 64). Po zhojení operační rány po vnitřní fixaci kosti zpravidla následuje cílená radioterapie na ložisko osteolýzy (Adam, Vorlíček, 2004, s. 526).

- **Léčba infekcí**

Mnohočetný myelom a jeho léčba výrazně oslabují schopnosti organismu bránit se proti infekcím. Samotná léčba vzniklých infekcí je proto naprostou nutností. Infekce se může projevit pouze teplotou a její závažnost se obvykle shoduje s mírou narušení vyšší nervové činnosti. Projevem závažné infekce může být tedy jen teplota, která nemusí být vysoká, pocení a zhoršená funkce mozku. Zhoršená funkce mozku se může projevit prohloubením malátnosti, apatií a nakonec i halucinacemi. O závažnosti infekce nás informuje vysoká hodnota CRP. Pro infekci ohrožující pacienta na životě svědčí vzestup tepové frekvence a závažný pokles (alespoň o 20 mm Hg) krevního tlaku (Adam, a kol., 2006, s. 30–31)

- **Léčba anémie**

Při léčbě mnohočetného myelomu byl prokázán příznivý vliv léčebné aplikace erythropoetinu. Obvykle v dávce 30 000–40 000 IU týdně.

- **Léčba renálního selhání**

Principem léčby renálního selhání je jednak léčba symptomatická – dialýza, a jednak protinádorová léčba s rychlým nástupem účinku a rychlým potlačením tvorby monoklonálního imunoglobulinu. Důležité je, aby pacienti s mnohočetným myelomem a obzvláště pacienti s monoklonálním imunoglobulinem v moči udržovali diurézu větší než 2 litry. Pokud dochází k retenci dusíkatých látek, doporučuje se diuréza 3 litry. Nesmí se také zapomenout na úpravu léčby, aby pacient pokud možno nedostával neurotoxické léky (Adam, a kol., 2008, s. 236).

1.6 Prognóza a důležitost včasného stanovení diagnózy

V době, kdy nebyla známá žádná účinná léčba MM, byl medián přežití všech pacientů 8–12 měsíců. Klasickou chemoterapií došlo k prodloužení mediánu na 3-4 roky, u pacientů mladších 60 let je o několik let delší. Vysoko dávkovaná chemoterapie s autologní transplantací vede k prodloužení mediánu přežití o 1,5 až 2 roky proti standardní léčbě, na 4–5 let. Samotný rozptyl v délce let přežití je značný, v některých případech činí doba přežití i deset let (Adam, Vorlíček, 2004, s. 528).

Avšak přes všechny pokroky v dnešní léčbě platí pravidlo, že orgánové poškození, konkrétně poškození ledvin, skeletu či jiné budou nemocného trápit až do konce života, jelikož jsou již nevratná (Adam, a kol., 2007, s. 199). Pro kvalitu života se zdá být zásadní, kdy se nemoc začne léčit. Zahájení léčby dříve, než jsou způsobeny těžké a nenapravitelné poškození skeletu či dokonce poškození nervových struktur, zvyšuje dobu prodloužení života nemocných. Mnohem horší prognóza bývá u nemocných, u nichž dojde k odhalení diagnózy až v době, kdy dochází ke vzniku patologických fraktur nebo paraparézy. Samotná včasná diagnostika je v rukou praktických lékařů a internistů (Adam, a kol., 2008, s. 237). Proto také vznikl z popudu České myelinové skupiny projekt CRAB, který se snaží upozorňovat mnohočetný myelom, zvyšovat informovanost lékařů o onemocnění a vést tak k včasnému rozpoznání mnohočetného myelomu (www.projectcrab.com)

2 TEORIE DEFICITU SEBEPÉČE

„Sebepéče je vědomé jednání (žádná fyziologická reakce), lidé jednají vědomě na rozdíl od zvířat, což se vyznačuje sociálním chováním, komunikací, mluvením, ...“
(Bekel, Halmo, 2004, s. 25)

2.1 Definování sebepéče podle Oremové

Sebepéče je regulatorní lidskou funkcí, kterou vědomě pro sebe dělá osoba nebo nechá pro sebe vykonávat. Tím dochází k zajištění a udržení specifické podoby materiálních věcí a k zachování podmínek pro život. Sebepéče má jisté cíle a dá se naučit (Orem, 1997, s. 9). Nové praktiky či dovednosti můžeme nově získat nebo prohlubovat během celého života. Každý člověk si sám vytváří svůj systém sebepéče (Bekel, Halmo, 2004, s. 25).

U sebepéče rozlišujeme její dva smysly, péči o sebe sama a o péči poskytovanou prostřednictvím sebe sama. Samotný způsob provedení sebepéče se odvíjí od jedincových schopností a okolních životních situací. Jestliže lidé pečují o druhé, nejčastěji proto, že tito lidé dokáží provádět sebepéči jen částečně nebo nijak, jedná se o dependentní péči (Bekel, Halmo, 2004, s. 25).

2.2 Užití ošetrovatelské teorie

„ Užití ošetrovatelské teorie je smysluplné z následujících důvodů:

- Podpora jednoznačné pochopení povahy a dosahu profesionálního ošetrovatelství (vysvětluje co je ošetrovatelství, čím není a co by mohlo být),
- Zabývá se stejnými i rozdílnými znaky ošetrovatelských situací,
- Vysvětluje povahu vztahů mezi sestrami a pacienty,
- Umožňuje užívání jednotné terminologie a zajišťuje systematičnost a návaznost poskytované péče,

- Specifikuje výsledky a cíle ošetřovatelství, tím ukazuje možnosti zajištění efektivní profesionální ošetřovatelské péče a odpovědnosti za ošetřovatelské činnosti“ (Halmo, 2006b, s. 50).

2.3 D. E. Oremová - životopis

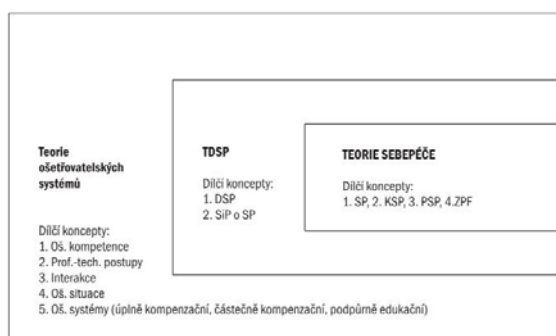
Paní Dorothea Elizabeth Oremová se narodila v Baltimoru, v USA, roku 1914. Roku 1930 dosáhla základního ošetřovatelského vzdělání na Providence Hospital School of Nursing ve Washingtonu. Bakalářského vzdělání v oblasti edukace dosáhla v roce 1939 na Catholic University of America ve Washingtonu, D. C., kde o šest let později, roku 1945, ukončila ve stejném oboru magisterské vzdělání. V roce 1940 byla ustanovena ředitelkou pro ošetřovatelství v Providence Hospital v Detroitu.

V letech 1947–1957 začala pracovat na své teorii, v této době pracovala ve státě Indiana jako sestra v nemocnici, jako privátní sestra a sestra konzultantka. Nazpátek do Washingtonu, D. C. se vrátila roku 1957, na katolické univerzitě působila od roku 1959.

V roce 1970 pracovala jako poradkyně pro ošetřovatelství v Marylandu a založila firmu zabývající se poradenstvím „Orem a Shields“. O rok později Oremová vydala knihu „Nursing: Concepts of Practice“. Roku 1976 získala na Georgetown University ve Washingtonu, D. C. titul doktora věd. Roku 1984 odchází do penze a 22. 6. 2007 paní D. E. Oremová umírá (Pavlíková, 2006, s. 52).

2.4 Struktura teorie deficitu sebepéče

„ Teorie deficitu sebepéče sestává ze spojení a vzájemných vztahů tří teorií, ke kterým patří teorie sebepéče/dependentní péče, teorie deficitu sebepéče a teorie ošetřovatelských systémů “ (viz obr. č. 1) (Halmo, 2006b, s. 51).



Obrázek č. 3 *Struktura teorie* (dle zdroje Orem, 1997) (Halmo, 2006b, s. 51)

2.5 Teorie sebepéče

Teorii sebepéče lze označit za jádro celé práce Oremové, bez jehož existence není možné dále vysvětlit deficit. Dokud nebudeme mít znalosti o sebepéči, nemůžeme dále pochopit TDSP. Samotná myšlenka sebepéče se stala základním kamenem pro vývoj TDSP (Halmo, 2006b, s. 53).

V popředí sebepéče stojí pět premis, které dovolují vývoj a vlastní perspektivu osob, potřebujících v určitém čase odbornou pomoc profesionálů v ošetrovatelství. Jedná se o:

- „ *sebpéče je vědomě řízené chování,*
- *sebpéče se dá naučit,*
- *lidé mají právo a odpovědnost za péči o sebe sama,*
- *lidé potřebují v určitých fázích svého života podporu v sebepéči,*
- *při zdravotních problémech nebo ochraně života potřebují lidé podporu při sebepéči prostřednictvím speciálních pracovních skupin “ (Bekel, Halmo, 2004, s. 25–26).*

2.5.1 Požadavky sebepéče (PSP)

Požadavky sebepéče představují důvody péče o někoho. Požadavky jsou pro člověka životně důležité, lze si je vysvětlit jako podněty uskutečňující chtěné jednání. Požadavky sebepéče lze rozdělit do tří skupin:

- Obecné požadavky sebedpěče,
- Vývojově podmíněné požadavky sebedpěče,
- Zdravotně podmíněné požadavky sebedpěče (Bekel, Halmo, 2004, s. 27)

2.5.2 Kompetence sebedpěče (KSP)

Kompetence sebedpěče mohou být definovány jako specifické schopnosti, k vykonání potřebných činností v závislosti na určité potřebě sebedpěče. Koncept kompetence sebedpěče předkládá, jakým způsobem obecné a specifické schopnosti zaměřené na sebedpěči umožňují využití činností. Kompetence sebedpěče můžeme rozdělovat do tří dílčích konceptů, jedná se o činnosti sebedpěče (ČSP), potenciální komponenty (PK) a základní dispozice a schopnosti (ZDaS) (Orem, 1997, s. 239).

2.5.3 Základní podmíněčné faktory (ZPF)

Základní podmíněčné faktory (ZPF) jsou faktory, které působí na systém jednání člověka a ovlivňují jej jak ve smyslu pozitivním, tak negativním. Mezi základní podmíněčné faktory patří věk, pohlaví, zdravotní stav, trvání daného stavu, vývojový stupeň, socio–kulturní aspekty, životní a rodinné podmínky, systém sebedpěče, potenciál klienta (Halmo, 2006b, s. 53).

2.6 Teorie deficitu sebedpěče

Teorie deficitu sebedpěče navazuje na předešlou teorii sebedpěče. TDSP se věnuje stanovení a objevení důvodů, proč lidé potřebují péči (Halmo, 2006b, s. 53). Za nejdůležitější klad teorie deficitu sebedpěče lze považovat rozvoj maximálně možné péče klienta o sebe samotného, kdy dochází k využívání potenciálu jeho či rodinných příslušníků, při osvojování si zvýšených požadavků nové situace (Halmo, 2006b, s. 56).

2.6.1 Deficit sebedpěče (DSP)

Za deficit sebedpěče můžeme označit stav, kdy požadavky sebedpěče převyšují kompetence sebedpěče. Deficity sebedpěče jsou buď částečné, nebo úplné. Jako úplný deficit sebedpěče označujeme stav, kdy jedinec nedisponuje žádnými schopnostmi

k uspokojení situační potřeby sebepéče (Bekel, Halmo, 2004, s. 33). Deficit sebepéče se obvykle vyskytuje s propuknutím nemoci nebo jiným narušením zdraví. Výjimka může nastat v případě tělesného handicapu, který vždy nemusí znamenat vznik deficitu sebepéče. Deficit sebepéče znázorňuje důvod pro poskytnutí ošetřovatelské péče (Pavlíková, 2006, s. 56).

2.6.2 Situační potřeba sebepéče (SiPoSP)

„ Situační potřeba sebepéče je souhrn všech činností sebepéče, které by měly být provedeny, aby došlo ke zvládnutí zvýšených nároků nové situace (problémů – situačních problematik) týkající se jednoho nebo více požadavků sebepéče“ (Halmo, 2006a, s. 71).

„ SiPoSP je způsob a počet opatření, které člověk zná nebo se o nich domnívá, že regulují lidské funkce a vývoj člověka v určitém časovém období. Elementy SiPoSP jsou co do kvality a kvantity od člověka k člověku variabilní a u samotného jedince jsou variabilní i v čase “ (Orem, 1997, s. 204).

2.6.3 Situační problematika (SIP)

Situační problematika se definována problémy, které jsou určovány nesplněnými požadavky sebepéče, mohou však být regulovány jednáním. Paní Oremová nepokládala název problému jako diagnózy za důležitý, diagnóza zde měla posloužit k průniku do problému (Halmo, 2006b, s. 54)

2.7 Teorie ošetřovatelských systémů

„ Ošetřovatelské systémy vypovídají o způsobu a objemu ošetřovatelských činností, umožňují systematické rozlišení ošetřovatelských situací a nabízejí přiřazovací systém pro výkony, které vyplývají z ošetřovatelských činností “ (Bekel, Halmo, 2004, s. 35). Teorie ošetřovatelských systémů navazuje na předcházející dílčí teorie. Jedná se o soubory ošetřovatelských činností, vykonávaných oš. personálem k uspokojování požadavků sebepéče. Úkolem péče je splnit situační potřebu sebepéče a zároveň zachovat, vyvíjet a podporovat stávající kompetence sebepéče (KSP) či dependentní péče (KDP). Může se jednat o plně, částečně či podpůrně edukační ošetřovatelský systém (Halmo, 2006b, s. 54).

2.8 Srovnání Teorie deficitu sebepéče s modelem M. Gordonové, NANDA doménami

Již tradičně dochází k srovnávání modelů mezi sebou. K těmto srovnáním nás vedou snahy zjistit, které modely vyhovují danému závěru, v čem se odlišují a naopak v kterých bodech se shodují (Bekel, Halmo, 2004, s. 18).

Příkladnou ukázkou nám podává situace, kdy má člověk zlomené obě ruce. Podle Gordonové se v tomto případě jedná o deficit sebepéče. Dle Oremové se však nejedná o žádný deficit sebepéče, neboť nemocný musí nejprve pociťovat deficit, nestačí jen přítomnost postižení. A to proto, že i takto zraněný člověk se může sám obsloužit, kávu může pít brčkem, či jiným způsobem (Bekel, Halmo, 2004, s. 34)

2.9 Vliv mnohočetného myelomu na ošetrovatelskou péči

Mnohočetný myelom s sebou přináší řadu problémů, které musí nemocný či sestra řešit. V ošetrovatelské péči je důležité se zaměřit na možné vedlejší efekty léčby, ke kterým může dojít u nemocných. Jedná se zejména o problémy spojené s potlačením fyziologické krvetvorby, kdy může dojít ke stavům anémie, neutropenie či trombocytopenie. Zde je důležitá pravidelná kontrola laboratorních výsledků, kontrola tělesné teploty a známek vznikající infekce, dále také sledujeme výskyt petechií na kůži nemocného či krev v moči.

Dále je důležitá prevence vzniku neuropatie – u nemocných sledujeme pálivou bolest, svalovou slabost, citlivost na chlad/teplo, citlivost na dotek. Nezbytné je také si všímat gastrointestinálních problémů, jako je nauzea, zvracení, zácpa či průjem. U pacientů s mnohočetným myelomem se také zvyšuje riziko vzniku embolie, proto je důležité všímat si možných příznaků vzniku embolie a snažit se jim předcházet. V neposlední řadě je také důležitá psychická podpora nemocného (Miceli, a kol., 2008, s. 13–20).

3 CÍLE PRÁCE

Cíl 1

Sestavit výčet situačních problematik (problémů) u pacientů s mnohočetným myelomem

Cíl 2

Rozpracovat situační potřebu sebepéče (s příslušnými kompetencemi sebepéče) u pacientů s mnohočetným myelomem

Cíl 3

Zmapovat znalosti všeobecných sester mimo hematologická pracoviště o mnohočetném myelomu

H1 : Předpokládám, že více než 30 % sester ví, že MM je nádorové onemocnění krve

H2 : Předpokládám, že více než 30 % sester má dostačující znalosti o vzniku MM

H3 : Předpokládám, že více než 30 % sester má dostačující znalosti o klinických příznacích MM

H4 : Předpokládám, že více než 30 % sester zná prognózu MM

Cíl 4

Zmapovat názory sester na edukační materiály pro sestry o mnohočetném myelomu

H1: Předpokládám, že více než 75 % sester se aktivně snaží rozšiřovat své odborné poznatky.

H2 : Předpokládám, že více než 25 % sester má zájem o edukační materiály k MM.

Cíl 5

Vypracovat edukační programy na vybrané situační problematiky (problémy) u onemocnění mnohočetným myelomem pro sestry

Cíl 6

Vypracovat případovou studii u pacienta s mnohočetným myelomem dle konceptů
sebepéče

4 METODIKA PRÁCE

4.1 Rešeršní strategie

Na začátku tvorby diplomové práce bylo třeba prostudovat odborné poznatky o onemocnění mnohočetným myelomem a teorii deficitu sebeděče (TDSP), ty byly získány z odborné zdravotnické literatury, článků v odborných časopisech a materiálů přístupných na internetu. K vyhledávání těchto údajů bylo využito databáze Bibliographia Media Czechoslovaca, Medline a Pubmed. Pro vyhledávání zdrojů byla zadána tato klíčová slova Teorie deficitu sebeděče, sebeděče, D. E. Oremová, mnohočetný myelom a hematonekologie, v zahraničních zdrojích byla použita tato klíčová slova Self-care, The theory of self-care deficit, D. E.Orem, haematooncology, multiple myeloma. Vyhledávané zdroje nesměly být starší roku 2002. Celkově bylo nalezeno 52 výsledků, 17 zdrojů bylo vyloučeno, jelikož se jednalo o informace i v jiném jazyce než angličtině, u 23 článků byla zjištěna duplicita. Všechny zdroje a literární prameny byly dále uvedeny v seznamu literatury.

4.2 Metodika sestavení přehledu vlivu onemocnění mnohočetným myelomem na požadavky sebeděče

Prvním cílem bylo sestavení výčtu situačních problematik odvozením vlivu onemocnění na požadavky sebeděče. K tomu bylo nutno pečlivě nastudovat odbornou literaturu zabývající onemocněním mnohočetným myelomem a teorii deficitu sebeděče. Později byl metodou analýzy a dedukce odvozen vliv onemocnění mnohočetným myelomem na požadavky sebeděče (obecné a zdravotně podmíněné), z čehož nám vyplynuly jednotlivé situační problematiky (problémy) u pacientů trpících mnohočetným myelomem. Situační problematiky byly sestaveny ve spolupráci s Bc. Světlouš Fišarovou.

4.3 Metodika tvorby SiPoSP u pacientů s mnohočetným myelomem

Dalším krokem ke splnění druhého cíle bylo rozpracování situační potřeby sebeděče (tzn. všech činností sebeděče, které by měly být provedeny, aby došlo ke zvládnutí požadavků kladených na pacienta). K tomu posloužil jako obsahový

rámec koncept činností sebedpěče dle D. E. Oremové, který je zaměřen na složku vědomostní, schopností činit rozumná rozhodnutí a umět činnosti také provádět (Halmo, 2006a, s. 72). Situační potřeba sebedpěče u pacientů s mnohočetným myelomem byla sestavena ve spolupráci s Bc. Světlouš Fišarovou.

4.4 Metodika dotazníkového šetření

Ke splnění cílů č.3 a č.4 byl vytvořen anonymní dotazník šetření, který vycházel ze stanovených situačních potřeb sebedpěče. Dotazníkem došlo k získání empirických dat, metodou nepřímého dotazování zkoumaných respondentů předem připravenými otázkami (Žiakova, a kol., 2003, s. 158).

V úvodu dotazníku došlo k vysvětlení významu dotazníku, a jaký je správný postup při jeho vyplňování. Dotazník obsahoval 20 uzavřených otázek a byl rozdělen do dvou hlavních částí, obecné a odborné. Obecná část se zaměřovala na všeobecné údaje o respondentech a mapovala jejich názory na edukační materiály pro sestry o mnohočetném myelomu. Odborná část dotazníku je rozdělena do dalších dvou oblastí. První oblastí je Problematika znalosti onemocnění mnohočetného myelomu (A) a druhou oblastí je Problematika výživy, bolesti a pohybového režimu (B). První čtyři otázky v dotazníku mají demografický význam. K třetímu cíli DP jsou určeny otázky č. 9-20 v použitém dotazníku. Výsledky těchto otázek, posloužily jako výchozí bod pro tvorbu edukačního materiálu pro sestry. K splnění čtvrtého cíle byly v dotazníku určeny otázky č. 5–8.

4.4.1 Charakteristika zkoumaného souboru

Všechny informace k výzkumnému šetření byly získány prostřednictvím anonymních dotazníků. Celkově bylo rozdáno 150 dotazníků, z tohoto počtu bylo vráceno 116 dotazníků. U 7 dotazníků došlo k vyřazení, z důvodu neúplného vyplnění položek v odevzdaných dotaznících.

Pro zařazení do výzkumného šetření byla stanovena tato kritéria:

- Všeobecné sestry pracující ve FN Olomouc či studující na FZV kombinovanou formu oboru Všeobecná sestra,

- pracující mimo hematologická pracoviště,
- bez omezení věku a bez omezení délky praxe ve zdravotnických zařízeních.

4.4.2 Organizace výzkumného šetření

Sběr dat proběhl po získání povolení k výzkumnému šetření (viz příloha č. 1), respondenti byli osloveni prostřednictvím vrchních sester interních a chirurgických oborů FN Olomouc, dále byli osloveni studenti FZV UP oboru Všeobecná sestra - kombinované formy. Respondentům byl v dotazníku vysvětlen účel výzkumného šetření a postup vyplnění dotazníku. Výzkumné šetření probíhalo od 8. 3. 2011 do 1. 4. 2011.

4.4.3 Pilotní šetření

Pilotní šetření proběhlo u skupiny 10 respondentů (všeobecných sester), pracujících ve zdravotnickém zařízení mimo hematologické pracoviště. Pilotní šetření proběhlo od 3. 3. 2011 do 7. 3. 2011. Na jeho základě byly provedeny úpravy původních otázek v dotazníku: otázky č. 7, 12, 17, 18, 20, 22, 23, 28 a 29. byly z dotazníkového šetření odstraněny. V pilotní studii bylo zjištěno, že dotazníkové šetření je dle respondentů příliš obsáhlé, a některé otázky byly hůře srozumitelné. Celý dotazník byl upraven do podoby pro zdravotníky, mezi kterými probíhalo výzkumné šetření. Těchto 10 respondentů nebylo zahrnuto mezi celkový počet 109 respondentů.

4.4.4 Zpracování dat

Získaná data byla zpracována do kontingenčních tabulek, výsledky jsou zobrazeny v četnostních tabulkách, z kterých došlo k vytvoření grafů. Tabulky obsahují absolutní i relativní četnost. Absolutní četnost je počet získaných hodnot a relativní četnost je procentuální vyjádření těchto hodnot. Do grafů byly přeneseny relativní četnosti. Data byla zpracována v programu Microsoft Office Excel 2003 a v Microsoft Office Word 2003.

Ověření stanovených hypotéz proběhlo na základě vypočítaných absolutních a relativních četností s využitím konstrukce 95 % intervalu spolehlivosti (95 % CI) pro populační pravděpodobnost dle vzorce $p \pm 1,96 \sqrt{\frac{p(1-p)}{n}}$ (Zvárová, 2004, s. 124).

Všechny statistické testy byly provedeny na hladině signifikace 0,05. Ke statistickému zpracování byl použit program Microsoft Office Excel 2003 v Microsoft Office Word 2003.

4.5 Metodika tvorby edukačního programu

Po nastudování odborné literatury a provedení pilotního šetření byl vytvořen edukační program týkající se problematiky onemocnění mnohočetným myelomem, výživy, bolesti a pohybové aktivity při onemocnění mnohočetným myelomem. Edukační materiál byl vytvořen v programu Microsoft Office Word 2003 v operačním systému Microsoft Windows XP. Zvolenou formou edukačního materiálu je barevná brožura velikosti A5. Brožura obsahuje informace pro sestry o onemocnění mnohočetným myelomem, dále informace o problematice výživy, bolesti a pohybových aktivit u pacientů s mnohočetným myelomem. O tento edukační materiál projevila zájem vrchní sestra III. Interní kliniky FN Olomouc.

4.6 Metodika tvorby případové studie

Ke splnění šestého cíle byla zvolena metoda případové studie u jednoho pacienta s onemocněním mnohočetným myelomem. Případová studie byla zpracována pomocí konceptů sebepéče dle D. E. Oremové, protože právě obsahový rámec teorie deficitu sebepéče podle Oremové, je zaměřen na složku vědomostní, schopnost činit rozumná rozhodnutí a umět činnosti také provádět (Halmo, 2006a, s. 72). Díky tomu mohly být objektivně posouzeny schopnosti účastníka případové studie.

Charakteristika respondenta pro případovou studii obsahovala tyto požadavky: Mělo se jednat buď o muže nebo ženu, s diagnostikovaným onemocněním mnohočetným myelomem, bez věkového omezení, hospitalizovaného/ou na oddělení III. interní kliniky, bez omezení komunikace. Došlo k výběru dvou potenciálních respondentů, u kterých proběhlo ústní podání informací o účelu výzkumného šetření.

Potenciálním účastníkům byly poskytnuty dva dny na zvážení, zda se chtějí zúčastnit výzkumného šetření. Po uplynulé době s podmínkami případové studie souhlasil jeden potenciální respondent, druhý se odmítl zúčastnit. Jednalo se o ženu ve věku 75 let s onemocněním mnohočetným myelomem. V době sestavování případové studie se respondent nacházel na oddělení 39 B III. Interní kliniky FN Olomouc.

4.6.1 Organizace případové studie

Případová studie proběhla na oddělení III. interní kliniky Fakultní nemocnice v Olomouci v březnu 2011, po získání povolení k případové studii (viz příloha č. 1).

Případová studie probíhala formou čtyř setkání v rozmezí od 15. 3. 2011 do 18. 3. 2011.

4.6.2 Zpracování dat

Případová studie byla zpracována pomocí konceptů sebepéče dle D. E. Oremové. Pro záznam údajů případové studie byla použita dokumentace vytvořená Pavelkovou, Halmo, Ježorskou. Dokumentace byla částečně publikována v publikaci Sociokulturní kontexty v ošetrovatelství a porodní asistenci, příspěvek k podpoře humánnější péče o člověka (Pavlíková, Halmo, 2006, s. 493-494), zbývající části dokumentace byly převzaty z dokumentace využívané v předmětu Konceptuální modely sebepéče.

K záznamu dat byla zvolena tužka a papír, informace byly následně přepsány do dokumentace v elektronické podobě. Výsledky případové studie byly zpracovány do dokumentace vytvořené Pavelkovou, Halmo, Ježorskou, celá dokumentace je obsažena v přílohách diplomové práce.

5 INTERPRETACE DAT

5.1 Interpretace výsledků k cíli č. 1 : Výčet situačních problematik (problémů) u pacientů s onemocněním mnohočetným myelomem

Pro vytvoření situačních problematik sebepěče u pacientů s mnohočetným myelomem bylo nutné nejprve popsat vliv onemocnění na obecné požadavky sebepěče a zdravotně podmíněné požadavky sebepěče. Vliv onemocnění na tyto požadavky byl sestaven ve spolupráci s Bc. Světlouš Fišarovou. Problémy v daných oblastech jsou označeny šedou barvou.

Tabulka č. 4 Obecné požadavky sebepěče při onemocnění mnohočetným myelomem

Obecné požadavky sebepěče	Vliv mnohočetného myelomu na obecné požadavky sebepěče
1. Udržení dostatečného přívodu vzduchu.	Pacient nepocítuje v oblasti dýchání žádné potíže.
2. Udržení dostatečného přívodu tekutin.	Pacient nepocítuje žádné problémy. Pocit žízně není nijak ovlivněn.
3. Zachování dostatečného přívodu potravy.	Pacient má změněné nároky na stravování , tyto změny jsou způsobeny oslabením imunitního systému. U pacienta taktéž dochází v průběhu onemocnění ke změnám v množství přijímané potravy, velmi často se u pacientů objevuje snížená chuť k jídlu až nechutenství . V návaznosti na tyto změny dochází také ke snížování hmotnosti pacientů.
4. Udržení správného vylučování stolice a moče.	Pacient nepocítuje v oblasti vylučování stolice žádné potíže. Vylučování moče může být ovlivněno, pokud se u pacienta objevilo poškození ledvin . U pacienta se může objevit s proteinurie a zvýšená koncentrace kreatininu . U pacienta se může vyvinout nefrotický syndrom s renálním selháním a s ním spojené problémy s vylučováním moči, které mohou vést až k hemodialýze.
5. Udržování rovnováhy mezi aktivitou a odpočinkem.	Pacient může jako první známku onemocnění pociťovat bolest či únavu , které mohou vést k diagnostice mnohočetného myelomu. U pacienta dochází k snížené schopnosti vykonávat některé fyzické aktivity, dále se objevují problémy se spánkem .
6. Udržování rovnováhy mezi samotou a sociální interakcí.	U pacienta s mnohočetným myelomem může dojít ke snížení sociální interakce , příčiny mohou být strach z litości projevované okolím či úzkost

	z komunikace o svém onemocnění.
7. Předcházení životních rizik, týkající se lidského fungování a well-being, fyzická rovnováha.	Pacient je nejvíce ohrožen oslabením imunitního systému , což může způsobit zvýšenou náchylnost k vzniku infekcí, nachlazení, chřipce . Dále je pacient ohrožen selháním ledvin z důvodu jejich poškození mnohočetným myelomem. V neposlední řadě je pacient ohrožen vznikem patologických fraktur , které jsou spojeny s poškozením kostí mnohočetným myelomem.
8. Podpora lidských funkcí a rozvoje v rámci sociální skupiny, ve vztahu k lidskému potenciálu, známým lidským hranicím a lidské touze být normální.	Pacient je ohrožen zvýšenou psychickou zátěží , jelikož mnohočetný myelom se nedá vyléčit. Proto se u pacienta může objevit strach ze smrti. Pacient není vázán na domácí péči, proto se může věnovat všem aktivitám, při kterých mu nehrozí žádné rizika.

Tabulka č. 5 Zdravotně podmíněné požadavky sebeděče při onemocnění mnohočetným myelomem

Zdravotně podmíněné požadavky sebeděče	Vliv mnohočetného myelomu na zdravotně podmíněné požadavky sebeděče
1. Nárokování a zajištění vhodné zdravotnické péče.	Pacient zná strategii a možnosti léčby. Ví, kdy a jakého lékaře má vyhledat.
2. Uvědomit si a rozpoznat důsledky patologických stavů.	Pacient má znalosti o svém onemocnění. Dokáže rozpoznat příznaky zhoršení svého zdravotního stavu a reagovat na ně.
3. Efektivní dodržování a provádění naordinovaných zdravotnických opatření.	Pacient zná léčebný režim, který dodržuje. Dokáže efektivně reagovat v případě zhoršení stavu.
4. Uvědomit si, znát a regulovat nepříjemné důsledky zdravotní péče.	Pacient ví jak a kdy má brát analgetika k léčbě bolesti. Zná jejich nežádoucí účinky a umí na ně reagovat.
5. Akceptování změny konceptu sebe sama v souvislosti s určitým zdravotním stavem, který vyžaduje specifickou formu zdravotní péče.	Pacient si plně uvědomuje vážnost svého onemocnění i se všemi jeho následky.
6. Integrace účinku a podmínek nemoci a postupu léčby do života, který dovolí neustálý osobní rozvoj.	Pacient akceptuje průběh svého onemocnění i léčby. V léčbě má stanoveny reálné cíle, kterých je schopen dosáhnout.

Na základě výše popsaného vlivu onemocnění mnohočetným myelomem byl sestaven přehled situačních problematik u pacientů s onemocněním mnohočetným

myelomem. Výsledky tohoto přehledu se shodovali se situačními problematikami u pacientky v případové studii, tím došlo k ověření jejich validity v praxi.

Přehled situačních problematik:

1. Problematika onemocnění mnohočetným myelomem

2. Problematika bolesti

3. Problematika rizika vzniku infekcí

4. Problematika výživy

5. Problematika pohybových aktivit

6. Problematika psycho – sociální

5.2 Interpretace výsledků k cíli č. 2 : Rozpracování SiPoSP s příslušnými kompetencemi sebepéče u pacientů s mnohočetným myelomem

Po sestavení seznamu situačních problematik byly ve spolupráci s Bc. Světlouš Fišarovou rozpracovány požadované kompetence sebepéče u pacientů s mnohočetným myelomem a tím byla vytvořena situační potřeba sebepéče (SiPoSP).

Tabulka č. 6 Situační problematika sebepéče při onemocnění mnohočetným myelomem

SITUAČNÍ POTŘEBA SEBEPÉČE U PACIENTŮ S MNOHOČETNÝM MYELOMEM
SIP č.1 Problematika onemocnění mnohočetným myelomem
Projevy: neznalost onemocnění, příčin onemocnění, projevů onemocnění, diagnostiky a léčby onemocnění
Druh požadavku
1.1 pacient/rodina má povědomí o onemocnění mnohočetným myelomem a vyvíjí strategie k jejímu zvládnutí
KSP/KDP
1.1.a pacient/rodina zná pojem mnohočetný myelom a umí jej vysvětlit

- 1.1.b pacient/rodina zná patogenezi mnohočetného myelomu
- 1.1.c pacient/rodina zná klinické projevy onemocnění mnohočetným myelomem a umí je vyjmenovat
- 1.1.d pacient/rodina zná diagnostiku onemocnění
- 1.1.e pacient/rodina zná možnosti léčby mnohočetného myelomu
- 1.1.f pacient/rodina zná prognózu onemocnění mnohočetným myelomem a je s ní vyrovnán

Druh požadavku

- 1.2 pacient/rodina umí rozdělit a zná projevy mnohočetného myelomu

KSP/KDP

- 1.2.a pacient/rodina zná pojem nespecifické příčiny a umí jej vysvětlit
- 1.2.b pacient/rodina zná pojem imunita a umí ho vysvětlit
- 1.2.c pacient/rodina zná a je schopen vysvětlit pojem recidiva
- 1.2.d pacient/rodina ví proč se onemocnění projevuje únavou a slabostí
- 1.2.e pacient/rodina ví, proč je ohrožen krvácivými stavy a vyvíjí strategie k jejich předcházení
- 1.2.f pacient/rodina zná pojem hyperkalcémie a umí jej vysvětlit
- 1.2.g pacient/rodina ví, proč dochází ke zhoršení funkce ledvin a zná projevy zhoršené funkce ledvin
- 1.2.h pacient/rodina ví, proč dochází k postižení kostí a umí to vysvětlit
- 1.2.i pacient/rodina zná a umí vyjmenovat místa s nejčastějším postižení kostí
- 1.2.j pacient/rodina zná pojem imunoglobuliny a umí jej vysvětlit
- 1.2.k pacient/rodina ví, jaké hodnoty jsou změněné v krevním séru a umí je vyjmenovat

SIP č.2 Problematika bolesti

Projevy: neznalost možností léčby bolesti, alternativní postupy zvládání bolesti, neznalost používání škál k určení intenzity bolest (VAS), neefektivní postupy zvládání bolesti

Druh požadavku

- 2.1 pacient/rodina má povědomí o bolesti a vyvíjí strategie jejího zvládnutí

KSP/KDP

- 2.1.a pacient/rodina ví, jaké jsou druhy bolesti a umí je vysvětlit
- 2.1.b pacient/rodina ví, co znamená pojem úlevová poloha a umí ji prakticky ukázat
- 2.1.c pacient/rodina ví, co znamená pojem analgetikum a umí jej vysvětlit
- 2.1.d pacient/rodina ví, co znamená pojem opiát a umí jej vysvětlit
- 2.1.e pacient/rodina zná význam dodržování ordinovaných dávek léků tlumících bolest a řídí se nimi
- 2.1.f pacient/rodina ví proč a při jaké intenzitě bolesti má brát léky tlumící bolest a chová se podle toho

Druh požadavku

- 2.2 pacient/rodina zná alternativní postupy zvládnutí bolesti a aktivně jich využívá

KSP/KDP

- 2.2.a pacient/rodina ví, co znamená pojem alternativní postupy zvládání bolesti a umí je vysvětlit
- 2.2.b pacient/rodina zná a dokáže vysvětlit aplikaci tepla při zvládání bolesti a umí ji použít
- 2.2.c pacient/rodina zná a dokáže vysvětlit aplikaci chladu při zvládání bolesti a umí ji použít
- 2.2.d pacient/rodina zná význam meditace při zvládání bolesti a umí ji aktivně použít

2.2.e pacient/rodina ví, jaké jsou účinky masáže při zvládání bolesti a kdo ji má provádět
2.2.f pacient/rodina zná a umí vyjmenovat
Druh požadavku
2.3 pacient/rodina zná subjektivní měření intenzity bolesti a aktivně ho využívá
KSP/KDP
2.3.a pacient/rodina zná a umí vysvětlit, co je to škála bolesti
2.3.b pacient/rodina zná a umí vysvětlit význam používání škál bolesti
2.3.c pacient/rodina ví, jak pracovat se škálou bolesti a aktivně ji využívá
2.3.d pacient/rodina ví, proč a jak má provádět záznamy intenzity bolesti
SIP 3. Problematika rizika vzniku infekce
Projevy: neznalost rizika vzniku infekce, nedostatečné informace, neeliminování rizik infekce
Druh požadavku
3.1 pacient/rodina zná a umí vysvětlit proč je ohrožen vznikem infekce
KSP/KDP
3.1.a pacient/rodina zná a umí vysvětlit pojem infekce
3.1.b pacient/rodina ví, může aktivně zvyšovat obranyschopnost svého imunitního systému
3.1.c pacient/rodina ví, jak postupovat v případě výskytu infekce a dělá tak
3.1.d pacient/rodina ví, jak se má chovat v období zvýšeného výskytu infekcí a provádí to
Druh požadavku
3.2 pacient/rodina zná postupy omezující vznik infekce a aktivně je používá
KSP/KDP
3.2.a pacient/rodina zná základní hygienické zásady a aplikuje je v praxi
3.2.b pacient/rodina ví jaké postupy má používat k minimalizaci vzniku infekce a řídí se nimi
3.2.c pacient/rodina ví, proč se má vyhýbat větším kolektivům a činí tak
3.2.d pacient/rodina zná postupy vedoucí ke zvýšení obranyschopnosti a využívá jich
3.2.e pacient/rodina ví, jak správně reagovat na počínající infekci a činí tak
SIP 4. Problematika výživy
Projevy: neznalost vhodné stravy, neznalost vhodných možností pro úpravu stravy, nedostatečné informace
Druh požadavku
4.1 pacient/rodina volí vhodnou výživu pro správný průběh onemocnění
KSP/KDP
4.1.a pacient/rodina zná jaké potraviny jsou vhodné
4.1.b pacient/rodina ví a má přehled o nevhodných potravinách
4.1.c pacient/rodina umí rozeznávat vhodné a nevhodné potraviny
4.1.d pacient/rodina zná možnosti úpravy stravy
4.1.e pacient/rodina v praxi provádí úpravu stravy dle potřeb
4.1.f pacient/rodina ví, jaké formy stravy jsou vhodné v různých fázích onemocnění
SIP 5. Problematika pohybových aktivit
Projevy: neznalost rizika vzniku patologických fraktur, nedostatek informací, nejistota ve správném výběru pohybových aktivit
Druh požadavku
5.1 pacient/rodina zná a umí pohybové aktivity, které jsou vhodné vzhledem k jeho onemocnění

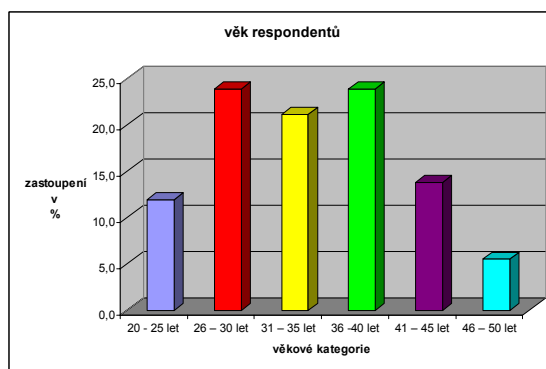
KSP/KDP
5.1.a pacient/rodina umí vysvětlit pojem pohybová aktivita
5.1.b pacient/rodina zná a dokáže vysvětlit význam pohybové aktivity
5.1.c pacient/rodina zná a umí vyjmenovat účinky pohybové aktivity na psychický stav
5.1.d pacient/rodina ví, proč a jaké jsou vhodné pohybové aktivity
5.1.e pacient/rodina zná a umí vysvětlit nevhodné pohybové aktivity
5.1.f pacient/rodina ví, proč by měl své pohybové aktivity konzultovat s odborníkem
Druh požadavku
5.2 pacient/rodina zná možná rizika pohybových aktivit a snaží se je odstranit
KSP/KDP
5.2.a pacient/rodina ví, že existují rizikové pohybové aktivity a snaží se je eliminovat
5.2.b pacient/rodina zná pojem patologická fraktura a umí jej vysvětlit
5.2.c pacient/rodina ví, jak a proč mohou vznikat patologické fraktury
5.2.d pacient/rodina ví, jak má postupovat při vzniku fraktury a dokáže to uplatnit
SIP 6. Problematika psycho - sociální
Projevy: obavy z nemoci, strach ze smrti, obavy o rodinu a blízké, neschopnost komunikace o svém onemocnění, strach z dotazů o svém onemocnění
Druh požadavku
6.1 pacient/rodina zná psychosociální problematiku a vyvíjí strategie jejího zvládnutí
KSP/KDP
6.1.a pacient/rodina pozná stresovou situaci a je schopen jí čelit
6.1.b pacient/rodina umí vysvětlit, jak negativně působí stres na celkový zdravotní stav
6.1.c pacient/rodina ví, proč je důležité minimalizovat stresové a umí je odstraňovat
6.1.d pacient/rodina ví kdy, jak a proč má provádět relaxační cvičení a činí tak
6.1.e pacient/rodina zná důsledky i prognózu onemocnění a je s tím smířen

5.3 Interpretace obecných dat získaných v dotazníkovém šetření

Věk respondentů

Z celkového počtu 109 respondentů (100 %) se 13 respondentů (11,9 %) nacházelo ve věkovém rozpětí od 20 do 25 let, 26 respondentů (23,9 %) mělo 26 až 30 let, 23 respondentů (21,1 %) bylo ve věkové hranici 31 -35 let, 26 respondentů (23,9 %) mělo 36 – 40 let, 15 respondentů (13,8 %) se nacházelo mezi 41 – 45 lety, a 6 respondentů (5,5 %) mělo 46 – 50 let. Respondenti účastníci se výzkumného šetření se pohybovali ve věkovém rozmezí od 20 do 49 let, průměrný věk respondentů činil 34,1 let. Nejmladšímu respondentovi bylo 20 let a nejstaršímu respondentovi bylo 49 let.

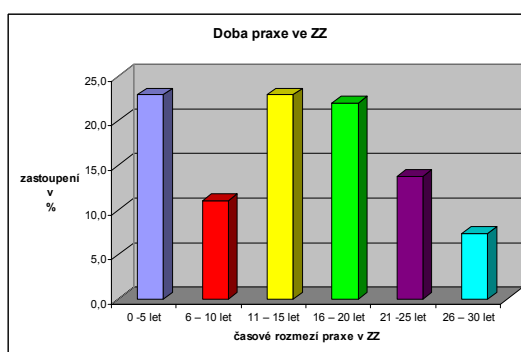
Graf č. 1 Věk respondentů



Doba praxe ve zdravotnickém zařízení

Z celkového počtu 109 respondentů (100 %), byla u 25 respondentů (22,9 %) zjištěna praxe ve zdravotnickém zařízení do pěti let, u dalších 12 respondentů (11,0 %) činila praxe ve ZZ 6 až 10 let. Doba praxe ve ZZ v rozmezí 11 až 15 let uvedlo 25 respondentů (22,9 %), dalších 24 respondentů (22,0 %) udalo praxi ve ZZ mezi 16 až 20 roky. Praxi ve ZZ mezi 21 až 25 roky uvedlo 15 respondentů (13,8 %), zbylých 8 respondentů (7,3 %) odpovědělo, že praxi v ZZ má 26 až 30 let. Průměrná doba praxe u respondentů činila 14 let.

Graf č. 2 Doba praxe ve zdravotnickém zařízení

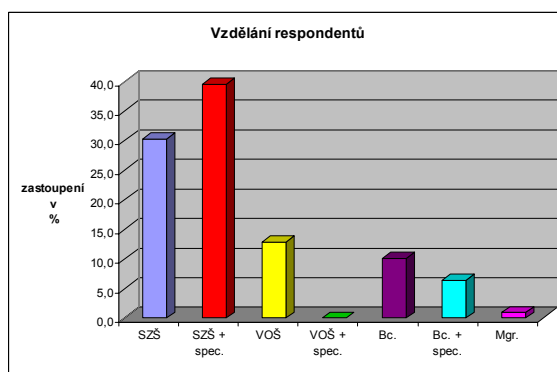


Vzdělání respondentů

Z celkového počtu 109 respondentů (100 %), 33 respondentů (30,3 %) mělo středoškolské vzdělání, dalších 43 respondentů (39,4 %) uvedlo středoškolské vzdělání doplněné specializací. U 14 respondentů (12,8 %) bylo zjištěno vyšší odborné vzdělání, 11 respondentů (10,1 %) uvedlo vysokoškolské Bc. vzdělání.

U 7 respondentů (6,4 %) bylo zjištěno vysokoškolské vzdělání Bc. doplněné specializací a 1 respondent (0,9 %) uvedl magisterské vzdělání.

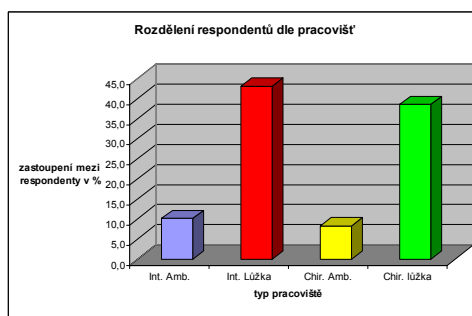
Graf č. 3 Vzdělání respondentů



Rozdělení respondentů dle pracovišť

Výzkumného šetření se celkově zúčastnilo 109 respondentů (100 %). Z celkového počtu se jednalo o 11 respondentů (10,1 %) pracujících v interních oborech v ambulantním úseku, 47 respondentů (43,1 %) účastníků se výzkumného šetření pracovalo v interních oborech - lůžkových částí. V ambulantním úseku chirurgických oborů pracovalo 9 respondentů (8,3 %), poslední skupinu tvořilo 42 respondentů (38,5 %) pracujících v chirurgických oborech v lůžkovém úseku ošetrovatelské péče.

Graf č. 4 Rozdělení respondentů dle pracovišť



5.4 Interpretace výsledků k cíli č. 3: Zmapovat znalosti všeobecných sester mimo hematologická pracoviště o mnohočetném myelomu

Označení správných odpovědí v tabulkách, které slouží také jako legendy k následujícím grafům, je vyznačeno pomocí oranžové barvy.

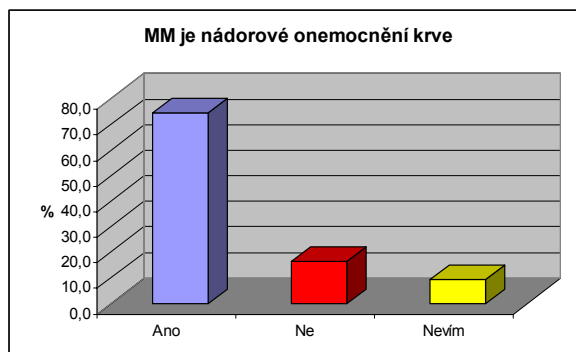
Otázka č. 9 Mnohočetný myelom je nádorové onemocnění krve

Z celkového počtu 109 respondentů (100 %), se k položené otázce zda MM je o nádorové onemocnění krve se vyjádřilo správně 81 respondentů (74,3 %), že Ano. Dalších 18 respondentů (16,5 %) uvedlo špatnou odpověď Ne a zbylých 10 respondentů (9,2 %) uvedlo v odpovědi, že Nevím.

Tabulka č.7 Mnohočetný myelom je nádorové onemocnění krve

	Ano	Ne	Nevím	celkem
ni	81	18	10	112
fi	74,3 %	16,5 %	9,2 %	100 %

Graf č. 5 Mnohočetný myelom je nádorové onemocnění krve



Otázka č. 10 Mnohočetný myelom se nejčastěji vyskytuje u osob ve věku ...?

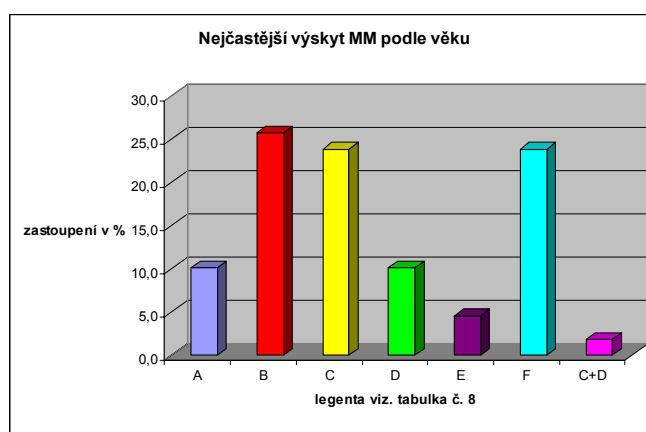
K položené otázce se všech 109 respondentů (100 %) účastnících se výzkumného šetření vyjádřilo následovně. 11 respondentů (10,1 %) uvedlo v odpovědi 30 – 39 let (A), dalších 28 respondentů (25,7 %) uvedlo 40 – 49 let (B), 26 respondentů (23,9 %) se vyjádřilo odpovědí 50 – 59 let (C), 11 respondentů (10,1 %) zvolilo jako odpověď položku 60 – 69 let (D), 5 respondentů (4,6 %) uvedlo správnou odpověď 70 – 79 let (E). 26 respondentů (23,9 %) se k dané otázce vyjádřilo

odpovědi nevím (F), zbylí 2 respondenti (1,8 %) uvedlo ve své odpovědi věkové rozmezí 50 – 69 let (C+D).

Tabulka č. 8 Mnohočetný myelom se nejčastěji vyskytuje u osob ve věku ...?

	Věkové rozmezí	ni	fi
A	30 -39 let	11	10,1 %
B	40 – 49 let	28	25,7 %
C	50 – 59 let	26	23,9 %
D	60 – 69 let	11	10,1 %
E	70 -79 let	5	4,6 %
F	Nevím	26	23,9 %
C+D	50 – 69 let	2	1,8 %
	celkem	109	100 %

Graf č. 6 Mnohočetný myelom se nejčastěji vyskytuje u osob ve věku ...?



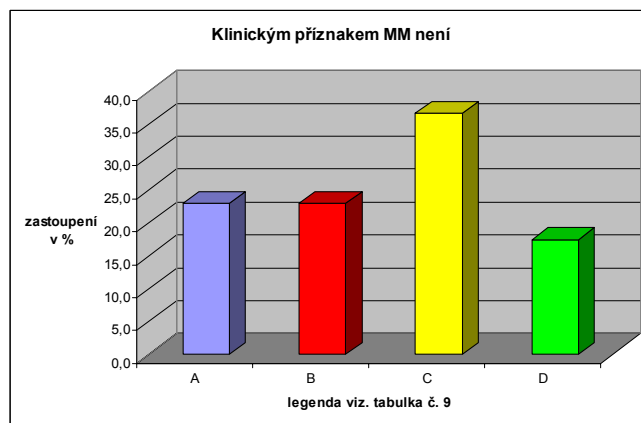
Otázka č. 12 Klinickým příznakem MM není ...

Z celkového počtu 109 respondentů (100 %), uvedlo k této otázce 25 respondentů (22,9 %) špatnou odpověď bolesti kostí způsobené osteolýzou (A), dalších 25 respondentů (22,9 %) odpovědělo špatně anémie, trombocytopenie, leukopenie (B), 40 respondentů (36,7 %) odpovědělo správnou odpovědí hypokalcinémie (C). Zbylých 19 respondentů (17,4 %) k této otázce uvedlo, že odpověď neví (D).

Tabulka č. 9 Klinickým příznakem MM není ...

	Odpovědi	ni	fi
A	Bolesti kostí způsobené osteolýzou	25	22,9 %
B	Anémie, trombocytopenie, leukopenie	25	22,9 %
C	Hypokalcinémie	40	36,7 %
D	Nevím	19	17,4 %
	celkem	109	100 %

Graf č. 7 Klinickým příznakem MM není ...



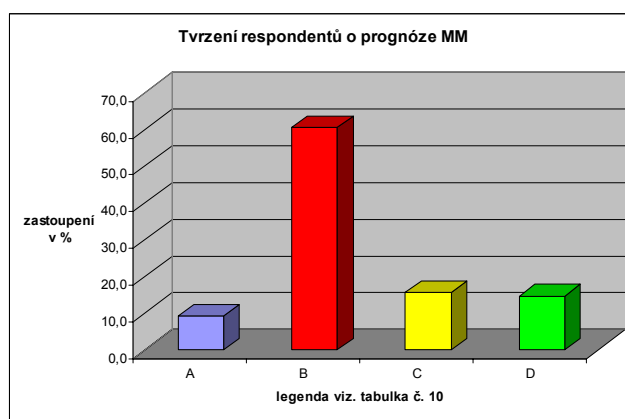
Otázka č. 13 Vyberte správné tvrzení o prognóze MM .

Ze 109 respondentů (100 %) uvedlo 66 respondentů (60,6 %) k položené otázce správnou odpověď léčitelná choroba, ale nedá se vyléčit (B), nesprávné odpovědi byly mezi respondenty zastoupeny takto: 17 respondentů (15,6 %) uvedlo vyléčitelná choroba (C) a 10 respondentů (9,2 %) se vyjádřilo odpovědí neléčitelná choroba (A). Zbýlých 16 respondentů (14,7 %) k této otázce uvedlo, že neví (D).

Tabulka č. 10 Tvrzení o prognóze MM

	Odpovědi	ni	fi
A	Neléčitelná choroba	10	9,2 %
B	Léčitelná choroba, ale nedá se vyléčit	66	60,6 %
C	Vyléčitelná choroba	17	15,6 %
D	Nevím	16	14,7 %
	celkem	109	100 %

Graf č. 8 Tvrzení o prognóze MM



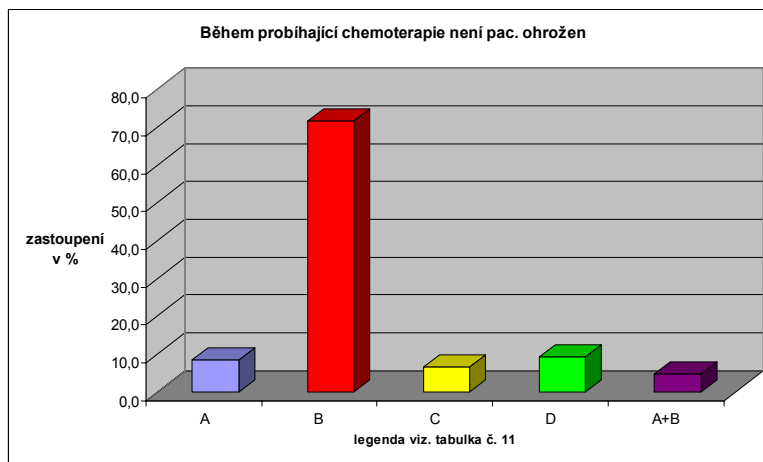
Otázka č. 14 Jaká komplikace nehrozí pac. s MM při chemoterapii

K další otázce odpovídalo celkově 109 respondentů (100%) správnou odpověď hyperaktivita (B) uvedlo 78 respondentů (71,6 %), nesprávnou odpověď myotické ulcerace v ústech (A) se vyjádřilo 9 respondentů (8,3 %), 7 respondentů (6,4 %) užilo nesprávnou odpověď hluboká žilní trombóza (C). Dalších 5 respondentů (4,6 %) uvedlo v odpovědi myotické ulcerace v ústech a hyperaktivita (A+B), zbylých 10 respondentů (9,2 %) v odpovědi uvedlo, že neví (D).

Tabulka č. 11 Jaká komplikace nehrozí pac. s MM při chemoterapii

	Odpovědi	ni	fi
A	Myotické ulcerace v ústech	9	8,3 %
B	Hyperaktivita	78	71,6 %
C	Hluboká žilní trombóza	7	6,4 %
D	Nevím	10	9,2 %
A+B	Myotické ulcerace v ústech + Hyperaktivita	5	4,6 %
	celkem	109	100 %

Graf č. 9 Jaká komplikace nehrozí pac. s MM při chemoterapii



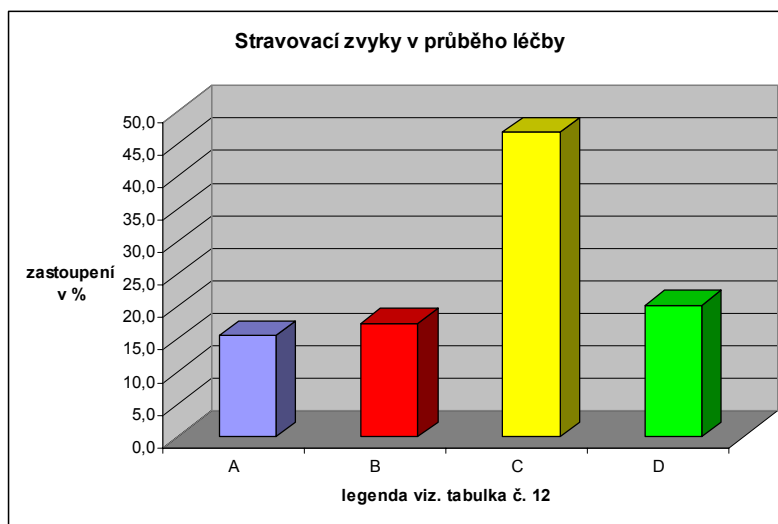
Otázka č. 16 Změna stravovacích návyků v průběhu léčby MM

Ze 109 respondentů (100 %) účastníků se výzkumného šetření uvedlo správnou odpověď: Mění se, záleží na fázi onemocnění (C) 51 respondentů (46,8 %), nesprávné odpovědi byly mezi respondenty zastoupeny takto: 17 respondentů (15,6 %) uvedlo: Nemění se, jsou stále stejné (A) a 19 respondentů (17,4 %) se vyjádřilo odpověď: Mění se, závisí na ordinacích lékaře (B). Zbylých 22 respondentů (20,2 %) k této otázce uvedlo, že neví (D).

Tabulka č. 12 Změna stravovacích návyků v průběhu léčby MM

	Odpovědi	ni	fi
A	Nemění se, jsou stále stejné	17	15,6 %
B	Mění se, závisí na ordinacích lékaře	19	17,4 %
C	Mění se, záleží na fázi onemocnění	51	46,8 %
D	Nevím	22	20,2 %
	celkem	109	100 %

Graf č. 10 Změna stravovacích návyků v průběhu léčby MM



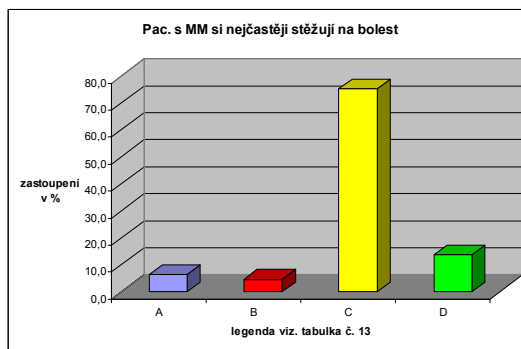
Otázka č. 17 Nejčastější oblast výskytu bolesti u pac. s MM

K položené otázce se všech 109 respondentů (100 %) účastnících se výzkumného šetření vyjádřilo následovně. Správnou odpověď: Bederní oblast (C) udalo 82 respondentů (75,2 %). Špatně se k dané otázce vyjádřilo 7 respondentů (6,4 %) odpovědi: Krční oblast (A) a 5 respondentů (4,6 %) odpovědi : Horní končetiny (B). K položené otázce uvedlo 15 respondentů (13,8 %) ve své odpovědi Nevím (D).

Tabulka č. 13 Nejčastější oblast výskytu bolesti u pac. s MM

	Odpovědi	ni	fi
A	Krční oblast	7	6,4 %
B	Horní končetiny	5	4,6 %
C	Bederní oblast	82	75,2 %
D	Nevím	15	13,8 %
	celkem	109	100 %

Graf č. 11 Nejčastější oblast výskytu bolesti u pac. s MM



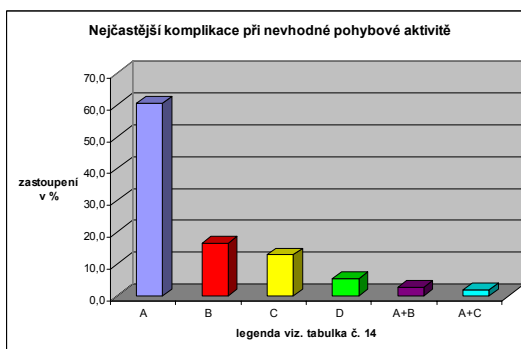
Otázka č. 20 Nejčastější komplikace MM při nevhodné pohybové aktivitě

K další otázce se vyjádřilo celkově 109 respondentů (100 %) správnou odpověď patologická zlomenina (A) uvedlo 66 respondentů (60,6 %), nesprávnou odpověď krvácení (B) se vyjádřilo 18 respondentů (16,5 %), 14 respondentů (12,8 %) užilo nesprávnou odpověď Oslabení imunity (C). Další 3 respondenti (2,8 %) uvedlo v odpovědi patologická zlomenina a krvácení (A+B), 2 respondenti (1,8 %) se vyjádřili pomocí odpovědi patologická zlomenina a oslabení imunity (A+C), zbylých 6 respondentů (5,5 %) v odpovědi uvedlo, že neví (D).

Tabulka č. 14 Nejčastější komplikace MM při nevhodné pohybové aktivitě

	Odpovědi	ni	fi
A	Patologická zlomenina	66	60,6 %
B	Krvácení	18	16,5 %
C	Oslabení imunity	14	12,8 %
D	Nevím	6	5,5 %
A+B	Patologická zlomenina + krvácení	3	2,8 %
A+C	Patologická zlomenina + oslabení imunity	2	1,8 %
	celkem	109	100 %

Graf č. 12 Nejčastější komplikace MM při nevhodné pohybové aktivitě



V rámci cíle č.3 byly stanoveny čtyři hypotézy. Metodika ověření hypotéz je popisována v kapitole 4.4.4 Zpracování dat na straně 35–36. Dále zde uvádíme výsledky ověření hypotéz:

H1: Předpokládám, že více než 30 % sester ví, že MM je nádorové onemocnění krve.

Dotazníkovým šetřením bylo zjištěno, že z celkového počtu 109 respondentů odpovědělo na otázku, zda je MM nádorové onemocnění krve 81 respondentů, což činilo 74,3 % (95 % CI 66,1 % – 82,5 %). Vzhledem ke skutečnosti, že interval spolehlivosti obsahuje pouze hodnoty vyšší, než 30 %, můžeme hypotézu přijmout.

H2: Předpokládám, že více než 30 % sester má dostačující znalosti o způsobu vzniku MM.

V dotazníkovém šetření bylo zjištěno, že pouze 25 respondentů ze 109, tedy 22,9 % (95% CI 16,9 % – 33,1 %) respondentů má dostačující znalosti o způsobu vzniku MM. Vzhledem ke skutečnosti, že interval spolehlivosti obsahuje i hodnoty nižší, než 30 %, nemůžeme hypotézu přijmout.

H3: Předpokládám, že více než 30 % sester má dostačující znalosti o klinických příznacích MM.

Prostřednictvím dotazníkového šetření bylo zjištěno toto: z celkového počtu 109 respondentů mělo dostačující znalosti o příznacích MM 40 respondentů, tedy 36,7 % (95 %CI 27,7% – 45,7 %) respondentů. Vzhledem ke skutečnosti, že interval spolehlivosti obsahuje i nižší hodnoty, než 30 % nemůžeme přijmout hypotézu.

H4: Předpokládám, že více než 30 % sester ví jaká je prognóza onemocnění MM.

V dotazníkovém šetření bylo zjištěno, že správnou prognózu onemocnění znalo 66 respondentů ze 109, tedy 60,6 % (95 % CI 51, 4 % – 69,8%) respondentů. Vzhledem, ke skutečnosti, že interval spolehlivosti obsahuje hodnoty pouze vyšší, než 30 % můžeme hypotézu v tomto bodě přijmout.

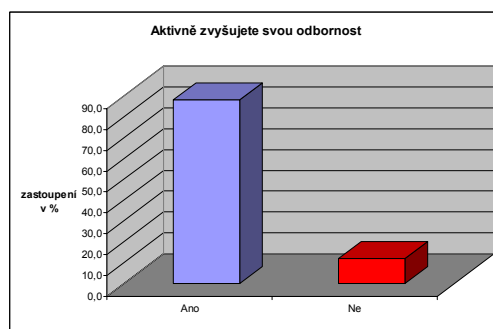
5.5 Interpretace výsledků k cíli č. 4 : Zmapovat názory sester na edukační materiály pro sestry o mnohočetném myelomu

Ke splnění cíle č. 4 byly v dotazníku určeny otázky č. 5 – 8. Nejprve se dotazují na zvyšování odbornosti u sester, dále na způsoby využívající k zvýšení svých odborných znalostí. Poslední otázka je tvořena dotazem, zda mají zájem o případné edukační materiály.

Otázka č. 5 Aktivně zvyšujete svou odbornost

Z celkového počtu 109 respondentů (100%) se k této otázce 96 respondentů (88,1 %) vyjádřilo, že se aktivně snaží zvyšovat svou odbornost, zbylých 13 respondentů (11,9 %) uvádí, že aktivně se nesnaží zvyšovat svou odbornost.

Graf č. 13 Aktivně zvyšujete svou odbornost



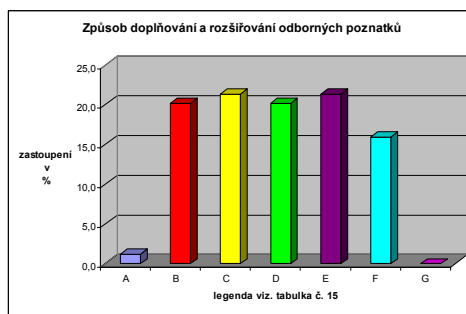
Otázka č. 6 Způsob doplňování a rozšiřování odborných poznatků

109 respondentů k této otázce uvedlo celkově ve 258 odpovědích (100 %). Nejvíce 55 krát (21,3 %) se vyskytly odpovědi, ve kterých respondenti uvádí, že své odborné poznatky si rozšiřují účastí na odborných školeních či kurzech (C), stejný počet odpovědí 55 (21,3 %) byl také uveden u položky pasivní účast na akreditovaných přednáškách (E). Jako druhá nejčtenější odpověď byla udána 52 krát (20,2 %) četba odborných časopisů a publikací (B) a stejný počet odpovědí 52 krát (20,2 %) měla také položka studium při zaměstnání (D). z celkového počtu odpovědí se 41 krát (15,9 %) vyskytla odpověď Aktivní i pasivní účast na akreditovaných přednáškách. Ve 3 odpovědích (1,2 %) bylo uvedeno, že respondenti si nerozšiřují své odborné poznatky (A).

Tabulka č. 15 Způsob doplňování a rozšiřování odborných poznatků

	Odpovědi	ni	fi
A	Nerozšiřuji	3	1,2 %
B	Četba odborných časopisů a publikací	52	20,2 %
C	Odborná školení, kurzy	55	21,3 %
D	Studium při zaměstnání	52	20,2 %
E	Pasivní účast na akreditovaných přednáškách	55	21,3 %
F	Aktivní i pasivní účast na akreditovaných přednáškách	41	15,9 %
G	Jinak	0	0 %
	celkem	258	100 %

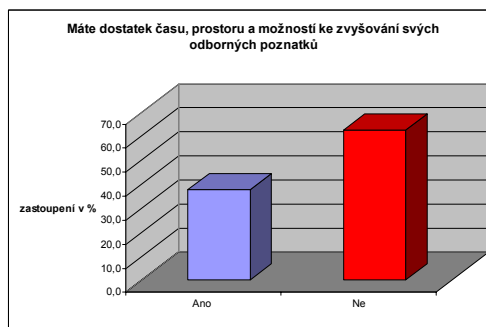
Graf č. 14 Způsob doplňování a rozšiřování odborných poznatků



Otázka č. 7 Máte dostatek času, prostoru a možností ke zvyšování odborných znalostí

K položené otázce se všech 109 respondentů (100 %) účastnících se výzkumného šetření vyjádřilo následovně: 41 respondentů (37,6 %) uvádí, že má dostatek času, prostoru a možností ke zvyšování odborných znalostí. Zbýlých 68 respondentů (62,4 %) cítí, že nemá dostatek času, prostoru a možností ke zvyšování odborných znalostí.

Graf č. 15 Máte dostatek času, prostoru a možností ke zvyšování odborných znalostí



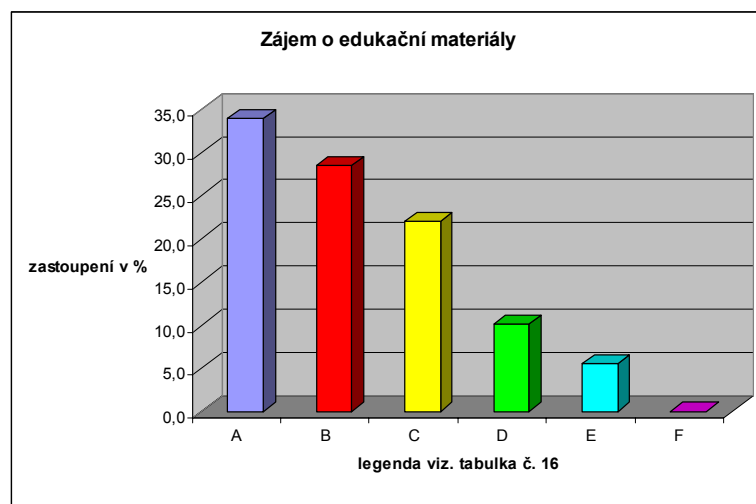
Otázka č. 8 Zájem o edukační materiály

K další otázce se vyjádřilo celkově 109 respondentů (100%) následovně. 37 respondentů (33,9 %) uvedlo: Ano, protože v praxi chybí (A), 31 respondentů (28,4 %) se vyjádřilo takto: Ano, byly by výhodou pro sestry (B), 24 respondentů (22,0 %) vybralo odpověď: Ano, ale myslím, že by se moc nepoužívaly (C). Negativně k edukačním materiálům se respondenti vyjádřili následovně: 11 respondentů (10,1 %) Ne, nejsou potřebné (D) a zbylých 6 respondentů (5,5 %) uvedlo v odpovědi: Ne, mám dostatek informací (E).

Tabulka č. 16 Zájem o edukační materiály

	Odpovědi	ni	fi
A	Ano, protože v praxi chybí	37	33,9 %
B	Ano, byly by výhodou pro sestry	31	28,4 %
C	Ano, ale myslím, že by se moc nepoužívaly	24	22,0 %
D	Ne, nejsou potřebné	11	10,1 %
E	Ne, mám dostatek informací	6	5,5 %
F	Jiný důvod	0	0,0 %
	celkem	109	100 %

Graf č. 15 Tabulka č. 24 Zájem o edukační materiály



V rámci cíle č. 4 byly stanoveny dvě hypotézy. Metodika ověření hypotéz je popisována v kapitole 4.4.4 Zpracování dat na straně 35–36. Dále zde uvádíme výsledky ověření hypotéz:

H1: Předpokládám, že více než 75 % sester se aktivně snaží rozšiřovat své odborné poznatky.

Dotazníkovým šetřením bylo zjištěno, že z celkového počtu 109 respondentů odpovědělo na otázku, zda se snaží aktivně zvyšovat svou odbornost Ano 96 respondentů, což činilo 88,1 % (95 % CI 82,0 % – 94,2 %). Vzhledem ke skutečnosti, že interval spolehlivosti obsahuje pouze hodnoty vyšší než 75 %, můžeme hypotézu přijmout.

H2 : Předpokládám, že více než 25 % sester má zájem o edukační materiály k MM.

V dotazníkovém šetření bylo zjištěno, že zájem o edukační materiály má celkově 92 respondentů ze 109, tedy 84,3 % (95 % CI 77,5 % – 91,1%) respondentů. Vzhledem, ke skutečnosti, že interval spolehlivosti obsahuje hodnoty pouze vyšší, než 25 % můžeme hypotézu v tomto bodě přijmout.

5.6 Interpretace výsledků k cíli č. 5 : Vypracovat edukační materiály pro sestry o mnohočetném myelomu)

Na základě informací získaných v dotazníkovém šetření byl navržen edukační materiál pro sestry, které nepracují na oddělení, které je primárně určeno k hospitalizaci pacientů s mnohočetným myelomem, přesto se tito pacienti na jejich oddělení mohou objevit. Edukační materiály se zaměřují na téma problematiky samotného onemocnění mnohočetným myelomem, výživu, pohyb a bolest. Vybranou formou tohoto edukačního materiálu se stala brožura formátu A5 a edukační leták, který byl o velikosti složené A4. Informace, které jsou obsaženy v těchto edukačních materiálech, jsou zaměřeny na oblasti, ve kterých byly v dotazníkovém šetření zjištěny nedostatky u sester.

Vypracovaný edukační materiál je k práci přiložen jako přílohy III.

5.7 Interpretace dat k cíli č. 6 : Případová studie u jednoho pacienta s mnohočetným myelomem.

Případová studie

K posouzení a diagnostice byly použity koncepty sebekpěče (D. E. Oremové), které umožňují odhalit a definovat problémy pacienta a tím i stanovit potřebu (sebe)kpěče, kterou pacient vykazuje (Halmo, 2006b, s. 71). Teorie deficitu sebekpěče obsahuje svou vlastní specifickou terminologii, která je podrobně vysvětlena v teoretické části této práce. Získané údaje byly zaznamenány do ošetrovatelské dokumentace vytvořené - Halmo, Pavelkovou a Ježorskou (2006, 2009).

Onemocnění mnohočetným myelomem přináší pro pacienta zcela novou situaci, se kterou se musí vyrovnat. Jedná se především o problémy spojené s bolestí, omezením pohybové aktivity a změnami při stravování. Důležité je však také nezapomenout na psychické problémy a snížení sociální interakce, které s sebou toto onemocnění nese.

Posouzení a diagnostika 15. 3. 2011

Případová studie proběhla u pacientky, paní Dany, u níž byl v lednu tohoto roku diagnostikován mnohočetný myelom typu IgG kappa III A. Paní Dana byla přijata na hematologické oddělení 39B III. Interní kliniky FN Olomouc ke třetímu cyklu chemoterapeutické léčby, kterou podstupuje od 8. 1. 2011.

Základní podmíněčné faktory (ZPF)

Paní Daně bylo 75 let a vzhledem k svému věku trpěla značnou polymorbiditou. Již 15 let se léčila s primární hypertenzí, dále trpěla paní Dana chronickou ischemickou chorobou srdeční. V roce 1995 prodělala gynekologickou operaci, kdy ji byla provedena hysterektomie. Dále trpěla gonartrózou, pro kterou ji v roce 1998 byla provedena totální endoprotéza levého kolene s následnou artroskopickou reoperací v roce 1999. V roce 2000 prodělala poslední ataku recidivující akutní biliární pankreatitidy, v témže roce ji byl odstraněn žlučník.

Paní Dana udává, že více než 12 let trpěla bolestí páteře, jedno se zejména o bederní páteř. Tato bolest ji v posledních dvou letech stále více omezovala, až se stala v květnu 2010 natolik neúnosnou, že navštívila svou praktickou lékařku. Ta u paní Dany stanovila vertebroalgický syndrom. Nejprve ji léčila analgetiky a obstríky, ani ty však pomáhali efektivně tlumit bolest. Proto byla v prosinci 2010 odeslána na neurologické oddělení nemocnice ve Frýdku-Místku. Dále byla u paní Dany zjištěna anémie.

Na neurologickém oddělení Frýdecko-Místecké nemocnice strávila paní Dana období od 2. 12. 2010 až do 22. 12. 2010. Došlo zde k úplnému došetření anémie, kterou u paní Dany zjistila již praktická lékařka. Z výsledků vyplynulo, že paní Dana trpí diagnózou mnohočetného myelomu, jednalo se o typ IgG kappa III A. Z Rtg vyšetření bederní páteře, byla dále odhalena destrukce v oblasti bederní páteře, jednalo se obratel L2, kde došlo k propagaci do páteřního kanálu. Paní Daně byla sdělena diagnóza, a byla propuštěna do domácí péče, zároveň byla informována praktická lékařka paní Dany. Ta zajistila lednový termín hospitalizace paní Dany ve Fakultní nemocnici v Olomouci na III. Interní klinice, která se specializuje na onemocnění mnohočetným myelomem.

6. 1. 2011 byla paní Dana přijata na oddělení 39B III. Interní kliniky Fakultní nemocnice v Olomouci. Zde se paní Dana od 8. 1. 2011 podrobila prvnímu cyklu chemoterapie MPT (melfalan-prednison-thalidomid). Po dobu hospitalizace nedošlo u paní Dany k žádným komplikacím a po ukončení prvního cyklu chemoterapie byla propuštěna do domácí péče.

Od 14. 2. 2011 byla paní Dana opět hospitalizována ve Fakultní nemocnici v Olomouci na III. Interní klinice, oddělení 39B. V tuto dobu proběhl u paní Dany druhý cyklus chemoterapie, který byl ukončen 8. 3. 2011. Během hospitalizace došlo u paní Dany také k paliativní radioterapii. Ta probíhala od 28. 2. 2011 do 7. 3. 2011, celkově došlo k pěti frakcím (20 Gy), jednalo se oblast L2. Samotná paní Dana udává, že bolest se po této paliativní radioterapii skutečně zmírnila.

13. 3. 2011 byla paní Dana opětovně přijata na oddělení 39B III. Interní kliniky Fakultní nemocnice v Olomouci, kde se podrobila třetímu cyklu chemoterapie MPT (melfalan-prednison-thalidomid). V této době se objevilo nechutenství spojené se ztrátou hmotnosti (od poslední hospitalizace činí úbytek na váze 4 kilogramy). Dále si paní Dana stěžovala na bolest, která ji trápila zejména v oblasti bederní páteře. Jako další problémy uváděla omezení pohybu a zácpu. Samotnou léčbu absolvovala paní Dana bez komplikací. A dne 25. 3. 2011 byla propuštěna do domácího ošetřování.

Základní dispozice a schopnosti (ZDaS)

Paní Dana byla otevřená, velmi sdílná až familiární. Byla při vědomí a dokázala reagovat na podněty jak slovní, tak i na dotek. Paní Dana se dokázala přesně orientovat v čase i místě, kde se nacházela. Během rozhovoru nevykazovala žádné poruchy paměti. Její vnímání bylo do určité míry narušeno mírnou nedoslýchavostí na levé straně, problémy se zrakem kromě stařecké dalekozrakosti neměla. Paní Dana si během rozhovoru několikrát ztěžovala na bolest, nejvíce ji trápila v oblasti bederní páteře. Bolest paní Dana charakterizovala jako trvalou a zatěžující, dle škály VAS 4. Sama sebe vnímala paní Dana jako rozhodného extroverta, který se snaží být aktivní. Emocionálně byla paní Dana během rozhovorů stabilní. Paní Dana sama neudávala omezení v pohybu (v domácím prostředí dokáže vyjít do druhého patra bytového domu), k chůzi však vždy potřebovala francouzské hole. Již v dřívější době absolvovala paní Dana několik ortopedických operací, které však nesouvisely

s onemocněním mnohočetným myelomem. Podrobné základní dispozice a schopnosti lze nalézt v příloze č. 4 - dokumentace k případové studii.

Potenciální komponenty (PK)

Paní Dana je schopna udržet pozornost, necítila se být nějak nezvykle více zatěžována léčbou. Paní Dana byla motivována k tomu, aby byla co nejméně závislá na pomoci druhých, s každou novou situací se snažila co nejrychleji vypořádat. Paní Dana byla sama plně schopna činit rozhodnutí ve smyslu sebepéče, ke zvládnutí nové situace měla dostatek potřebných informací. Současná péče byla z velké většiny realizována samotnou paní Danou, zvládala jak péči o svůj zevnějšek, tak úkony osobní hygienické péče i vyprazdňování. Pro paní Danu bylo prioritou co nejdelší udržení současného stavu. V případě jakýchkoliv potíží či komplikací plně spoléhala na pomoc své rodiny. Jednalo se zejména o dceru, která žila ve společné domácnosti s paní Danou. Podrobné potenciální komponenty lze naléznout v příloze IV.- dokumentace k případové studii.

Tabulka č. 17 Posouzení obecných požadavků sebepéče (OPSP) u paní Dany

udržení dostatečného přívodu vzduchu	Paní Dana neudávala obtíže v oblasti dýchání. Během rozhovoru se neobjevily známky kašle, stridoru či dušnosti.
udržení dostatečného přívodu tekutin	Paní Dana si nebyla vědoma žádných problémů v oblasti přívodu tekutin. Denně vypije okolo 1,5 až 2 litrů tekutin, převážně čajů či neperlivé vody. V poslední době nezaznamenala výrazné změny v pitném režimu. Problémy s polykáním tekutiny nemá. U paní Dany se neobjevili ani otoky dolních končetin.
zachování dostatečného přívodu potravy	Paní Dana v poslední době udává úbytek na váze 4 kilogramy. Dále se objevilo nechutenství, paní Dana si stěžuje, že sama nemá chuť vůbec jíst. Z jídel dává nyní přednost spíše sladkým variantám pokrmů. Paní Dana má také problémy s polykáním, proto volí raději stravu, kterou snadněji polkne. Nausea ani zvracení se u paní Dany neobjevily. Zubní protézu má paní Dana snímatelnou, horní i dolní. Výška paní Dany je 144,5 cm, nynější váha je 61 kg. Paní Dana však sama doplňuje, že dříve dle jejích slov „trpěla obezitou, a proto ji ani moc nevadí že nějaká kila zhubla ...“ Kožní turgor je v normě, paní Dana si stěžuje na hematomy na kůži, které má nejčastěji na horních končetinách.

udržení správného vylučování stolice a moče	S vylučování moče nemá paní Dana žádné potíže, paní Dana je plně kontinentní. S vyprazdňováním stolice nebyly také u paní Dany zjištěny žádné problémy, je plně kontinentní, netrpí zácpou ani průjmem. Sama je schopná dojít si na WC
udržování rovnováhy mezi aktivitou a odpočinkem	U paní Dany byla zjištěna porucha chůze , ta je způsobena dřívějšími ortopedickými onemocněními, kdy po operaci kolene musí paní Dana chodit o francouzských holích. Sama udává, že v dnešní době ujde jen krátké vzdálenosti. Na WC, po bytě, a do druhého patra bytového domu po schodech, protože v domě není výtah. Poruchy sedu nemá, pohyb v lůžku není u paní Dany nijak omezen. Paní Dana je ohrožena rizikem pádu . Paní Dana sama neudává poruchy spánku, při bližším dotazu odpovídá, že se během noci budí každé 2 až 3 hodiny na WC. Prášky na spaní doma nebere, v nemocnici si o ně občas řekne. Během dne paní Dana v nemocnici čte časopisy, kterých má velkou zásobu.
udržování rovnováhy mezi samotou a sociální interakcí	Paní Dana žila v bytovém domě společně s dcerou a vnukem, její manžel umřel před 8 roky. Pokládala se za otevřenou, komunikativní a upřímnou. Na čtení nosila brýle, na levé ucho trpěla mírnou nedoslýchavostí. Paní Dana dříve pracovala v kolektivu. Měla bohatý všeobecný přehled, ráda četla časopisy, občas vyluštila i křížovky, dříve ráda sledovala seriály v televizi – hlavně detektivky. Dále se v této oblasti paní Dana vyjádřila, že její líto omezení jejich dřívějších sociálních kontaktů , které již nemůže v dané míře udržovat, kvůli častým hospitalizacím ve zdravotnickém zařízení.
Předcházení životním rizikům týkajících se lidského fungování a well-being, fyzická rovnováha	Paní Dana byla důchodkyně, ve svém životě nikdy nekouřila. O své zdraví pečovala, pravidelně chodila na kontroly ke své praktické lékařce. Na prvotní příznak svého onemocnění – bolest v bederní oblasti upozornila. Poctivě dodržovala léčebný režim. Svou pravidelnou medikaci si nepamatovala, měla však v dokladech seznam pravidelně užívaných léků společně s jejich dávkováním. Vedlejší účinky těchto léků znala. Paní Dana udávala mírnou alergii na seno, která se projevovala rýmou. U paní Dany nyní nebyl zaveden žádný invazivní vstup.
Podpora lidských funkcí a rozvoje v rámci sociální skupiny, ve vztahu k lidskému potenciálu, známým lidským hranicím a lidské touze být normální	Paní Dana se po psychické stránce jevila jako vyrovnaná osobnost. Při rozhovoru se svěřila, že při zjištění své diagnózy z ní měla určité obavy. Byla ráda, že její rodina se k jejímu onemocnění „ <i>postavila čelem</i> “ a byla a je ji velkou oporou.

Podrobné obecné požadavky sebepéče lze najít v příloze IV.-dokumentace k případové studii

Tabulka č. 18 Zdravotně podmíněné požadavky sebepéče (ZPSP) u paní Dany

Nárokování a zajištění vhodné zdravotnické péče	Paní Dana i její dcera znaly strategii léčby, měly dostatek informací o onemocnění mnohočetným myelomem.
Uvědomit si a rozpoznat důsledky patologických stavů	Paní Dana brala na vědomí možné komplikace spojené s léčbou svého onemocnění. Pevně věřila v pomoc svých dětí, zejména dcery. Vyslovila se takto: „ <i>myslím, že dcera má dostatek informací, hledala si je hned v prosinci na internetu.</i> “
Efektivní dodržování a provádění naordinovaných zdravotnických opatření	Paní Dana měla vědomosti k správnému dodržování léčebného režimu. Například udávala, že s bolestí bojuje takto: „... snažím se během dne něčím zabavit, čtu si časopisy, poslouchám rádio, a tady se můžu bavit i s kolegyněmi na pokoji, toto doma nemám ... víte, ale chybí mi tu trochu televize, na tu se doma občas kouknu...“ Paní Dana také věděla o potřebě každodenního pohybu, aktivně se snažila také bojovat s nechutenstvím. Paní Dana řekla, že proti úbytku váhy dělá toto : „... <i>nechávám si od dcery připravovat jídla co mám ráda – jím teď o moc víc sladkého...</i> “
Uvědomit si, znát a regulovat nepříjemné důsledky zdravotnické péče	Paní Dana si byla vědoma všech nepříjemných důsledků zdravotnické péče. Udávala, že si zvykla na časté pobyty ve zdravotnickém zařízení, přesto ji však mrzelo omezení jejich dřívějších sociálních kontaktů, které již nemohla udržovat jako dříve.
Akceptování změny konceptu sebe sama v souvislosti s určitým zdravotním stavem, který vyžaduje specifickou formu zdravotní péče	Paní Dana hleděla do budoucna pozitivně, věřila, že ji léčba pomůže. Sama v nadsázce říká: „ <i>Já mám už dost svého života odžito ...</i> “. Její rodina je smířena s její diagnózou, o které mají dostatek potřebných informací.
Integrace účinku a podmínek nemoci a postupu léčby do života, který dovolí neustálý osobní rozvoj	Paní Dana a její rodina mají informace, které jim říkají jaká mohou mít od léčby očekávání, akceptují průběh léčby. Paní Dana spoléhá na svou rodinu, zejména na svou dceru a na její pomoc v běžném životě.

Z výše uvedeného posouzení u paní Dany nám vyplynuly následující problematiky (deficity sebedpěče), které bylo nutno řešit.

Dalším výsledkem této případové studie je výčet problémů u paní Dany a nástin jejich řešení, které čerpá z rozpracované situační potřeby sebedpěče u pacientů s mnohočetným myelomem.

Tabulka č. 19 Výčet problémů u paní Dany

VÝČET PROBLÉMŮ u paní Dany a nástin jejich řešení
1. problematika bolesti
pacient/ rodina umí určit stupeň bolesti pacient/ rodina zná nefarmakologické postupy ke zmírnění bolesti pacient/ rodina umí správně aplikovat analgetické léčiva, opiáty pacient/ rodina zná možné nežádoucí účinky opiátů a zná postupy jak je zmírnit
2. problematika pohybu
2.1 pacient/ rodina zná a používá správné zásady pohybu 2.2 pacient rodina má a využívá pomůcek při pohybu k tomu určených 2.3 pacient/ rodina ví, jak se má zachovat v případě pádu 2.4 pacient/ rodina zná možné komplikace nevhodných pohybových aktivit, a snaží se maximálně zmenšit toto riziko
3. problematika výživy
3.1. pacient/ rodina zná možnosti úpravy stravy a používá je 3.2 pacient/ rodina zná význam pravidelné stravy a dodržuje toto 3.3 pacient / rodina ví o možných potravinových doplncích a využívá jich 3.4 pacient/ rodina ví, co je to sipping a umí ho aplikovat v praxi
4. problematika psychosociální
4.1 pacient/ rodina zná význam pravidelných návštěv a snaží se rozplánovat si je během hospitalizace 4.2 pacient/ rodina ví jak zmírnit osamělost, a vykonává činnosti k jejímu zmírnění 4.3. pacient/ rodina zná postupy vedoucí k vyplnění příliš dlouhých chvil během hospitalizace

DISKUSE

Mnohočetný myelom sice patří mezi vzácné choroby, z celkového počtu nádorových onemocnění tvoří 1%. přesto se jedná o druhé nejčastější hematoonkologické onemocnění. Jen v Evropě je každý rok nově diagnostikováno více než 40 000 případů. Toto onemocnění s sebou pro nemocné přináší řadu zcela nových životních situací, jimž se musí přizpůsobit, osvojit si nové způsoby a změnit zvyky svého každodenního života. Jako rámec pro zpracování celé práce byla zvolena Teorie deficitu sebepečce dle Oremové. Důvodem tohoto výběru je fakt, že Teorie deficitu sebepečce staví jedince do středu své pozornosti a maximálně využívá jeho potenciál při realizaci účelného jednání (Halmo, 2006a, s. 71 – 72).

Prvním cílem diplomové práce bylo sestavit výčet situačních problematik (SIP) u pacientů s mnohočetným myelomem. Po pečlivém prostudování všech zdrojů odborných poznatků k problematice onemocnění mnohočetným myelomem a teorie deficitu sebepečce bylo možné popsat vliv mnohočetného myelomu na obecné požadavky sebepečce (v kapitole 5.1 v tabulce č.4 na stranách 38 - 39) a na zdravotně podmíněné požadavky sebepečce (taktéž v kapitole 5.1 v tabulce č. 5 na straně 39). Na základě popsání těchto vlivů bylo možné sestavit výčet situačních problematik (SIP) :

1. Problematika onemocnění mnohočetným myelomem

2. Problematika bolesti

3. Problematika rizika vzniku infekcí

4. Problematika výživy

5. Problematika pohybových aktivit

6. Problematika psycho – sociální

Jedná se o problémy, jenž se pacient musí nově naučit ovládat a aplikovat do své každodenní rutiny. Správnost výsledků tohoto cíle dokládá literatura (Vlossak, Fitch, 2008, s. 141–151), kdy byla provedena kvalitativní studie u 20-ti pacientů, která

se zaměřovala na vliv onemocnění mnohočetným myelomem na nemocného a jeho rodinu. Nemocní v této studii udávali již výše uvedené problémy, jednalo se o informovanost nemocných o samotném onemocnění, dále o problémy spojené s bolestí, výživou, častým vznikem infekcí a o problémy v pohybových aktivitách. Nejvíce však v uvedené studii nemocné trápila a tížila reálná představa smrti v psychosociální problematice. Tento výsledek lze považovat a zajímavý, jelikož mnohočetný myelom nejvíce postihuje osoby již v pokročilejším věku, tudíž se předpokládá, že jsou již se svou smrtí smířeni. Taktéž v případové studii, která proběhla v rámci výzkumného šetření této práce byly největší problémy pacientkou udávány v psychosociální oblasti. Nejednalo se však o obavy z vlastní smrti, nejvíce ji tížilo omezení sociálních kontaktů, jejichž příčinou byly potřebné terapeutické hospitalizace ve zdravotnických zařízeních.

Druhým cílem diplomové práce bylo rozpracovat situační potřebu sebepečce s příslušnými kompetencemi sebepečce u pacientů s onemocněním mnohočetným myelomem k výše uvedeným situačním problematikám. U dříve uvedených šesti situačních problematik byly určeny druhy požadavků a jejich kompetence sebepečce/kompetence dependentní péče (KSP/KDP), jejichž prostřednictvím má docházet k regulaci situačních problematik. Významným přínosem takto rozpracovaných situačních potřeb sebepečce je i poskytnutí informací sestrám, které si mohou udělat představu o obsahu a náročnosti činností sebepečce, které si musí jedinec nejprve osvojit, aby byl v dané situaci schopen jednat účelně a aby problémy související se samotným onemocněním dokázal integrovat do běžného denního života. Činnosti jsou zaměřeny na znalosti jedince, jeho schopnost činit správná rozhodnutí ve smyslu sebepečce a na dovednosti, které se určují péči o sebe sama. Tyto regulatorní činnosti vycházejí z vědomého jednání jedince. Situační potřeba sebepečce dále může sestrám nabídnout podklady pro sestavení plánů péče o tyto pacienty. Kompletní přehled rozpracované situační potřeby sebepečce u pacientů s mnohočetným myelomem lze nalézt v tabulce č. 6 Situační problematika sebepečce při onemocnění mnohočetným myelomem v kapitole 5.2 na stranách 40 až 43. Vhodnost stanovených kompetencí sebepečce byla srovnána v literatuře. K srovnání bylo užito doporučení rady sester, které se vztahovalo k onemocnění mnohočetným myelomem. (Bertolotti, a kol., 2008, s. 9-12, Rome, a kol., 2008, s. 21-27, Miceli, a kol., 2008, s. 13–20, Tariman, a kol., 2008, s. 29-35, Smith, a kol., 2008, s. 37-52, Faiman, a kol., 2008, s. 53-62).

Ke splnění cílů č. 3 a č. 4 bylo provedeno dotazníkové šetření. Celkově se dotazníkového šetření účastnilo 109 respondentů, jednalo se o všeobecné sestry pracující mimo hematologická pracoviště. Vyloučení sester, které primárně pracují s těmito pacienty, bylo nutné, jelikož jsme předpokládali, že tyto sestry mají dostatek potřebných informací. Nemusí tedy docházet k jejich edukaci o tomto onemocnění. Průměrný věk sester účastnicích se výzkumného šetření bylo 34,1 let. Jejich průměrná doba praxe ve zdravotnickém zařízení byla 14,1 let. Celkově se výzkumného šetření zúčastnilo 20 sester pracujících v ambulantních úsecích a 89 sester pracujících na lůžkových odděleních. Nejčastějším vzděláním respondentů byla SZŠ doplněná specializací, mělo ji 43 respondentů (39,4 %), ostatní zastoupení je podrobně popsáno v kapitole 5.3 interpretace obecných dat na stranách 43-45.

Třetím cílem diplomové práce bylo zmapovat znalosti všeobecných sester mimo hematologická pracoviště o mnohočetném myelomu.

K zmapování znalostí všeobecných sester o onemocnění mnohočetným myelomem bylo použito dotazníkového šetření, ve kterém byly k tomuto cíli zaměřeny otázky č. 9 až 20. Nejprve naše dotazování směřovalo k zjištění vědomostí sester o mnohočetném myelomu, dále pak ověřovalo znalosti o problémech nemocných v oblastech výživy, bolesti a pohybu. Zajímavým zjištěním v odpovědích respondentů v dotazníkovém šetření bylo, že 25,7 % nedokázalo odpovědět správně na základní otázku č.9, zda je mnohočetný myelom nádorové onemocnění krve. Při tomto zjištění, však musíme brát v potaz i skutečnost, že většina respondentů za normálních podmínek nepracuje s těmito pacienty, proto nemusí mít o tomto onemocnění potřebné znalosti. Přesto jsou zde vidět další možnosti projektu CRAB, který má za úkol zvýšit povědomí mezi odbornou veřejností o mnohočetném myelomu a jeho diagnostice (www.crab.com). Druhým výrazným objevem v této práci je, že sestry nemají představu, v jakém věku se toto onemocnění nejčastěji vyskytuje u nemocných. Správnou odpověď, jak dokládá literatura 60–79 let (Adam, a kol., 2004, s. 515–516), udalo pouze 14,7% respondentů. Tento výsledek mohl být, ale v některých případech ovlivněn neznalostí pojmů, kdy u respondentů mohlo docházet k záměně myelomu s melanomem. A však z důvodů celkového stárnutí populace, by mělo docházet k zlepšení informovanosti odborné veřejnosti o vzácných chorobách, jejichž výskyt je typický zvláště u starších ročníků. Samotný věk nemocného může nepřímo ovlivnit

také diagnostiku této choroby, protože u starých lidí často dochází k bagatelizaci obtíží. Jak uvádí Adam: „nejčastější příčinou pozdní diagnostiky či neposkytnutí adekvátní léčby může být například neřešení zjištěné anémie a zvýšené SE, jejich přičítání stáří, neřešení renální insuficience s nápadnou proteinurií a její prisouzení diabetické nefropatii nebo nefroskleróze, v neposlední řadě se může také jednat o bagatelizaci problémů samotným postiženým (Adam, a kol., 2007, s. 599). Proto je důležité, aby právě u sester docházelo k pečlivému naslouchání a uspokojování všech potřeb nemocných. Následující otázka č.11 pátrala, zda mají sestry správnou představu o vzniku MM. Správnost odpovědi je doložena v literatuře: „ Podstatou mnohočetného myelomu je maligní mutace B-lymfocyту ve folikulu lymfatické tkáně“ (Adam, a kol., 2004, s. 515). Pouze u 9,2 % respondentů můžeme konstatovat, že mají dostačující znalosti k správnému zodpovězení dané položky, zbylých 90,8 % těmito znalostmi nedisponuje. S nízkou úrovní správných odpovědí jsme se setkali také u otázky č.12, jenž zkoumala vědomosti o klinických příznacích mnohočetného myelomu. V dané problematice se správně dokázalo zorientovat pouze 36,7 % respondentů. Poněvadž se jednalo o vysoce specifické znalosti, předpokládali jsme, že většina respondentů k nim nebude znát správné odpovědi. Přesto se však domníváme, že pokud nastane situace, v níž se setra bude muset starat o pacienta s mnohočetným myelomem, měla by mít možnost jednoduše a rychle získat potřebné informace jak dochází k onemocnění. Tyto informace by ji měl poskytnout příslušný edukační materiál, kterého by mohla sestra využít, pokud se jí do péče dostane takto nemocný pacient. U dalších otázek č. 15 a 16, se taktéž vyskytlo nižší procento správných odpovědí u respondentů. Dané otázky se zaměřovaly na problematiku výživy u pacientů s mnohočetným myelomem. Odpovědi respondentů, však do jisté míry mohly být ovlivněny nezkušeností s danou problematikou. V některých případech, proto respondenti raději volili za odpověď možnost Nevím. U obou otázek se jednalo o odpovědi více než 20 % respondentů. Proto, je vhodné, jak již bylo výše zmíněno, zavedení edukačních materiálů pro sestry. Z nich by pak sestry mohli pro svou praxi čerpat užitečné rady. V rámci případové studie bylo odhaleno, že nemocný v oblastech výživy trpí častým nechutenstvím, problémy s polykáním a úbytkem na váze. Výsledky jsou v souladu s údaji, jenž dokazuje literatura, dále však věnuje také pozornost dalším gastrointestinálním problémům. Jedná se především o další následky možné léčby. Autoři se zde navíc oproti naší případové studii zabývají

i nauzeou, zvracením či průjmem, jenž mohou být vedlejšími efekty chemoterapeutické léčby nemocných (Smith, a kol., 2008, s. 42 - 43).

Naopak překvapujícím nálezem bylo, že většina respondentů 60,6 % znala prognózu tohoto onemocnění. Správnost prognózy dokládá literatura „*MM, je považován za nevyléčitelné onemocnění*“ (Hájek, a kol., 2009, s. 26), které se však nedá úplně vyléčit (Adam, a kol., 2008, s. 225). Následně bylo odhaleno, že u respondentů převládá vysoké povědomí o problematice bolesti. U více než 75 % respondentů došlo k správným vyjádřením v odpovědích. Tento výsledek, je nejspíš podmíněn ošetrovatelskou praxí, kde bývá bolest jedním z nejčastěji řešených problémů. To je také hlavní příčinou vysoké úrovně znalostí o problematice bolesti. Za dostačující lze s jistotou označit i znalosti o pohybové aktivitě nemocných s mnohočetným myelomem, kdy výskyt správných odpovědí přesáhl 60 % respondentů. Z těchto výsledků jasně vyplývá, že respondenti měli nedostačující znalosti v oblastech samotného onemocnění a specifík výživy. Proto se vytvořený edukační materiál pro sestry zaměřuje především na tyto oblasti, přesto však neopomíjí ani problematiku bolesti a pohybu.

K tomuto cíli byly stanoveny čtyři hypotézy. Dvě hypotézy byly přijaty. Jednalo se hypotézu H1 a H4. První hypotéza správně předpokládala, že více než 30 % respondentů vědělo, že MM je nádorové onemocnění krve. Čtvrtá hypotéza taktéž správně předpokládala, že více než 30% respondentů zná správně prognózu tohoto onemocnění. Naopak u dvou hypotéz nedošlo k jejich potvrzení, proto jsme je nemohli přijat. Jednalo se o hypotézy H2 a H3. Druhá hypotéza stanovená k tomuto cíli předpokládala, že více než 30 % sester má dostačující znalosti o způsobu vzniku MM. Toto se však v dotazníkovém šetření nepotvrdilo. Třetí hypotéza předvíдалa dostačující znalosti o klinických příznacích onemocnění u více jak 30% respondentů, to se však nepotvrdilo.

Čtvrtým cílem diplomové práce bylo zmapovat názory všeobecných sester mimo hematologická pracoviště na edukační materiály pro sestry o mnohočetném myelomu. K získání potřebných dat posloužily otázky v dotazníkovém šetření č. 5–8. Kromě otázky, zda mají sestry zájem o edukační materiály, nás také zajímalo, jestli jsou sestry spokojeny s poskytovaným časem, možnostmi a prostorem, který mají

k doplňování svých vědomostí. Zajímavým zjištěním bylo, že 11,9 % respondentů se nijak nesnaží doplňovat svou odbornost. Tato informace je překvapivá, zejména pokud vezmeme v úvahu, že v rámci registrace by se o toto měla snažit každá registrovaná sestra. Za nedostatek tohoto zjištění považujeme, že v dotazníkovém šetření neuváděli respondenti, zda jsou registrovanými sestrami či nikoli. Jelikož tato skutečnost se dá odůvodnit i tak, že se může jednat o neregistrované respondenty. V následující otázce, jakým způsobem dochází k rozšiřování odborných poznatků, však jen 1,2 % respondentů uvedlo, že své znalosti nerozšiřuje. Tento nálezný ukazuje zajímavý kontrast, kdy došlo k úbytku více než 10 % respondentů, kteří se nesnažili doplňovat své odborné znalosti. Výsledná situace může být dána nepochopením otázek, či chybou v odpovědích. Přesto je však toto zjištění zajímavé, a jistě by si zasloužilo bližší prozkoumání v dalších pracích zaměřených na vzdělávání sester. Dalším pozoruhodným objevem bylo, že 22 % respondentů se vyjádřilo kladně ke vzniku edukačních materiálů pro sestry, zároveň se však domnívalo, že nedojde k jejich využití v praxi. Téměř totožnou odpovědí bylo také vyjádření více než 10 % respondentů, že vznik edukačních materiálů není potřebný. U více než 33 % respondentů se v odpovědi objevilo, že edukační materiály v praxi chybí. Na opačné straně se pak vyskytly názory u více než 5 % respondentů, kteří edukační materiály nepotřebují, jelikož mají dostatek informací. Celkově šlo tedy říci, že zájem o edukační materiály projevilo více než 84 % respondentů. K obdobnému závěru o zájmu všeobecných sester o nové edukační materiály pro sestry došlo již v rámci bakalářské práce zabývající se Sebevpečí u pacientů s nádorovým onemocněním močového měchýře (Čevelová, 2009). Tehdy se pro vznik edukačních materiálů pro sestry vyjádřilo plných 80 % respondentů. Zjištění takto vysokého zájmu sester o nové informace, by tedy mělo vést postupnému doplňování materiálů pro sestry, z nichž by mohly čerpat nové poznatky.

V rámci tohoto cíle došlo ke stanovení dvou hypotéz. První hypotéza předpokládala, že více než 75 % sester se aktivně snaží rozšiřovat své odborné poznatky. Což se v dotazníkovém šetření potvrdilo, a díky tomu jsme mohli přijmout tuto hypotézu. Druhá hypotéza předvíдалa, že více než 25 % sester má zájem o edukační materiály k MM. Díky výsledkům získaným v dotazníkovém šetření došlo i u této hypotézy k přijetí.

Pátým cílem diplomové práce bylo vypracovat edukační materiál pro sestry o mnohočetném myelomu. Informace podávané v tomto edukačním materiálu se snaží sestrám uceleně zprostředkovat základní informace o onemocnění MM a jeho specifikách v oblastech výživy, pohybu a bolesti. Tento edukační materiál je obsažen v příloze III. Edukační materiál byl poskytnut III. Interní klinice FN Olomouc pro sestry na oddělení, která nejsou primárně určena pro hospitalizaci pacientů s mnohočetným myelomem, ale z kapacitních důvodů se na tyto oddělení mohou pacienti s mnohočetným myelomem dostat.

Šestým cílem diplomové práce bylo vypracovat případovou studii u pacienta s mnohočetným myelomem. Byla vypracována případová studie u paní Dany, jež měla diagnostikováno onemocnění mnohočetným myelomem. U paní Dany byly stanoveny čtyři problémy/deficity v oblastech sebekpěče. Jednalo se o problematiku bolesti, pohybu, výživy a psychosociální problémy – ty samotná pacientka řešila nejvíce. Absenci problematiky onemocnění mnohočetným myelomem lze vysvětlit tak, že se nejednalo o nově diagnostikovanou pacientku, nýbrž o nemocnou jež byla přijata do nemocničního zařízení k třetímu cyklu chemoterapie, tudíž již měla dostatek informací o svém onemocnění. Paní Daně se zdála z jejího pohledu nejdůležitější problematika psycho-sociální. Nejvíce ji trápilo omezení sociálních kontaktů, jež bylo způsobeno častými hospitalizacemi v nemocnici v rámci léčby. Význam řešení této problematiky byl vyzdvihnut také v článku Vlossak a Fitch–Mnohočetný myelom z pohledu pacientů. „*Specializovaná péče bude pro sestry vždy důležitá, ale nastává čas pro větší pozornost sester o psychosociální zájmy pacientů ...*“ (Vlossak, Fitch, 2008, s. 141). K řešení problémů objevených u paní Dany bylo využito některých, z předem nadefinovaných kompetencí sebekpěče v rámci cíle č. 2. Nástin řešení těchto problémů je obsažen v příloze IV.–Dokumentace k případové studii.

ZÁVĚR

Diplomová práce se zabývá problematikou sebedpěče u onemocnění mnohočetným myelomem. Samotné onemocnění mnohočetným myelomem můžeme řadit spíše k relativně vzácným onemocněním. Zastupuje 1% ze všech nádorových onemocnění. Přesto s sebou pro nemocného i jeho blízké přináší řadu změn v jejich dosavadním životě. Jak uvádí Adam: „*Mnohočetný myelom je v současnosti dostupnými prostředky nevyléčitelný.*“ (Adam, a kol., 2008, s. 525). Proto se nejprve musí nově diagnostikovaní nemocní smířit s faktem, že čelí nemoci jejíž doba přežití činí několik měsíců až 10 let. Z těchto důvodů je bezpodmínečně nutné, aby si osvojili znalosti, dovednosti a postupy k zvládnání těchto nových situací. K tomu nám poskytuje výtečné podmínky Teorie deficitu sebedpěče dle Oremové, která staví do popředí jedince a jeho potřeby (Halmo, 2006a, s. 71). V rámci diplomové práce bylo formulováno šest cílů a šest hypotéz.

Prvním cílem diplomové práce bylo vypracovat přehled situačních problematik (SIP) u pacientů s mnohočetným myelomem. Byl popsán vliv mnohočetného myelomu na požadavky sebedpěče, na jehož základě byl sestaven přehled situačních problematik (SIP). S odkazem na kapitolu 5.1 Interpretace výsledků k cíli č. 1 na straně 38-39 můžeme konstatovat, že **cíl č. 1 byl splněn.**

Druhým cílem diplomové práce bylo rozpracovat situační potřeby sebedpěče k daným problematikám s příslušnými kompetencemi sebedpěče pro pacienty s mnohočetným myelomem. S odkazem na kapitolu 5.2 Interpretace výsledků k cíli č. 2 na straně 40 až 43 můžeme konstatovat, že **cíl č. 2 byl splněn.**

Ke splnění cílů tři a čtyři bylo užito kvantitativního výzkumného šetření pomocí dotazníků. Výzkumného šetření se zúčastnil soubor 109 respondentů, jejichž průměrná doba praxe ve zdravotnictví činila 14 let.

Třetím cílem diplomové práce bylo zmapování znalostí všeobecných sester mimo hematooonkologická pracoviště o mnohočetném myelomu. Z výsledků, získaných ve výzkumném šetření vyplývá, že respondenti měli nedostačující znalosti v oblastech samotného onemocnění a problematiky výživy. Naopak za dostačující lze

označit znalosti respondentů v oblasti problematiky bolesti a pohybu. Výsledky tohoto cíle, posloužily jako výchozí bod pro tvorbu edukačních materiálů pro sestry k onemocnění mnohočetným myelomem. S odkazem na kapitolu 5.4 Interpretace výsledků k cíli č. 3 na straně 46-51 můžeme konstatovat, že **cíl č. 3 byl splněn.**

Čtvrtým cílem diplomové práce bylo zmapování názorů všeobecných sester na edukační materiály o mnohočetném myelomu pro sestry. Bylo zjištěno, že celkově má o edukační materiály zájem 92 respondentů (84,3 %). S odkazem na kapitolu 5.5 Interpretace výsledků k cíli č. 4 na straně 52-54 můžeme konstatovat, že **cíl č. 4 byl splněn.**

Pátým cílem diplomové práce bylo vypracování edukačního materiálu pro sestry k onemocnění mnohočetným myelomem k vybraným situačním problematikám. Informace podávané v tomto edukačním materiálu se snaží sestrám uceleně zprostředkovat základní informace o onemocnění MM a jeho specifikách v oblastech výživy, pohybu a bolesti. Tento edukační materiál je obsažen v příloze III. S odkazem na kapitolu 5.6 interpretace výsledků k cíli č. 5 můžeme konstatovat, že **cíl č. 5 byl splněn.**

Šestáým cílem diplomové práce bylo vypracování případové studie u jednoho pacienta s mnohočetným myelomem. Případová studie byla vypracována podle konceptů sebepečce dle Oremové a zjišťovala problémy pacienta s mnohočetným myelomem, které posléze srovnávala s cílem diplomové práce č. 1. S odkazem na kapitolu 5.7 Interpretace dat k cíli č. 7 na straně 55-61 můžeme konstatovat, že **cíl č. 6 byl splněn.**

Přínos diplomové práce pro praxi spočívá ve zmapování znalostí sester a následném vytvoření edukačního materiálu pro sestry, které primárně nepracují s těmito pacienty, tudíž nemusí mít dostačující znalosti o jejich potřebách. Díky tomu, že sestry budou mít k dispozici edukační materiál, mohou v případě výskytu nemocného s mnohočetným myelomem ve své praxi adekvátně reagovat na jeho potřeby. Dále by také bylo zajímavé zjistit, jaká je informovanost sester v ordinacích praktických lékařů. Právě v ordinacích praktických lékařů se nejčastěji můžeme setkat s pacienty s vertebrogeními bolestmi, které mohou být vyvolány právě mnohočetným myelomem.

SEZNAM LITERATURY

Použité literární zdroje a články:

ADAM, Z., KREJČÍ, M., VORLÍČEK, J. a kol. *Hematologie*. 2.vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. 392 s. ISBN 978–80–247–2502-4

ADAM, Z., STRAUB, J., POUR, a kol. Časnou diagnózou mnohočetného myelomu k lepší kvalitě života nemocných. *Česká geriatrická revue*. 2007, roč. 5, č. 4, s. 180–201.

ADAM, Z., VORLÍČEK, J. a kol. *Diagnostické a léčebné postupy u maligních chorob*. 2.vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. 692 s. ISBN 80–247–0896–5

BEKEL, B. HALMO, R. *Teorie deficitu sebek péče*. 1. vyd. Olomouc: Vydavatelství Univerzity Palackého, 2004. 60 s. ISBN 80-244-0794-9

BERTOLOTI, P., BILOTTI, E., COLSON, K., a kol. Management of Side Effects of Novel Therapies for Multiple myeloma: Consensus Statement of the IMF Nurse Leadership Board. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 2008, roč. 12, suppl., s. 9–12.

FARKAŠOVÁ, D. a kol. *Výzkum v ošetrovatelství*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2006. 88 s. ISBN 80-8063-229-4

FAIMAN, B., BILLOTTI, E., MANGAN, P. A., a kol. ManganSteroid-Associated Side Effects in Patients With Multiple Myeloma: Consensus Statement of the IMF Nurse Leadership Board. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 2008, roč. 12, suppl., s. 53–62.

HÁJEK, R., ADAM, Z., MAISNAR, V., a kol. Diagnostika a léčba mnohočetného myelomu. Doporučení vypracované Českou myelomovou skupinou, Myelomovou sekcí České hematologické společnosti a Slovenskou myelómovou spoločnosťou pro diagnostiku a léčbu mnohočetného myelomu. *Transfúze a hematologie dnes*. 2009, roč. 15, Suppl. 2, s. 2–80.

HÁJEK, R., POUR, L., MAISNAR, V. Význam autologní transplantace u mnohočetného myelomu. *Onkolog*a. 2008, roč. 3, č.3, s. 164–169.

HALMO, R. Kazuistika pacienta s vysoce založenou ileostomií podle konceptů sebepéče. *Diagnóza v ošetrovatelství*. Praha: Promediamotion, ISSN 1801-1349. 2006a, roč. 2, č.2, s. 71-74.

HALMO, R. Teorie deficitu sebepéče v ošetrovatelské praxi. In URBÁNKOVÁ, Š, VLASÁKOVÁ, D. (ed.). *I. Mostecké dny sester : sborník přednášek*. Most: TISKÁRNA K&B, 2006b, s. 49 – 56. ISBN 80-239-6603-0

HALMO, R. Příklad využití teorie deficitu sebepéče (Dorothea E. Orem) jako ekonomického konceptu nemocnice. In ČÁP, J., ŽIAKOVÁ, K., a kol. (ed.). *Teória, výskum a vzdelávanie v ošetrovatel'stve*. Martin: 2005, s. 69- 74. ISBN 80-88866-32-4

KREJČÍ, M., ADAM, Z., HÁJEK, R. Mnohočetný myelom. *Klinická onkologie*. 2008, roč. 21, č. 1, s.187–189.

MICELI, T., COLSON, K., GAVINO, a kol. Myelosuppression Associated With Novel Therapies in Patients With Multiple Myeloma: Consensus Statement of the IMF Nurse Leadership Board. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 2008, roč. 12, suppl., s. 13–20.

MNOHOČETNÝ MYELOM- PROJEKT ČASNÉ DIAGNOSTIKY CRAB. *Česká myelomová skupina a firma Nanesen-Cilag s.r.o.* [online]. [2011-03-26] Dostupný z www: < <http://www.projectcrab.com/projekt-crab.php>>.

OREM, D. E. *Strukturkonzepte der Pflegepraxis*. 5. Auflage. Berlin/Wiesbaden: Ullstein Mosby GmbH & Co. KG, 1997. 532 s. ISBN 3-86126-548-6

PAVLÍKOVÁ, S. *Modely ošetrovatelství v kostce*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 152 s. ISBN 80–247–1211–3

PAVELKOVÁ, M., HALMO, R. Ošetrovatelská dokumentace dle teorie deficitu sebepéče D. Oremové – trsl. Nursing records according to self-care deficit nursing theory. In KUDLOVÁ, P. (ed.) *Sociokulturní kontexty v ošetrovatelství a porodní*

asistenci, příspěvek k podpoře humánnější péče o člověka. Olomouc: Univerzita Palackého, 2006, s. 493 - 494. ISBN 80-244-1424-4

ROME, S., DOSS, D., MILLER, K., a kol. Thromboembolic Events Associated With Novel Therapies in Patients With Multiple Myeloma: Consensus Statement of the IMF Nurse Leadership Board. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 2008, roč. 12, suppl., s. 21–27.

SMITH, L. C., BERTOLOTTI, P., CURRAN, K., a kol. Gastrointestinal Side Effects Associated With Novel Therapies in Patients With Multiple Myeloma: Consensus Statement of the IMF Nurse Leadership Board. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 2008, roč. 12, suppl., s. 37–52.

TARIMAN, J. D., LOVE, G., MCCULLAGH, E., a kol. Peripheral Neuropathy Associated With Novel Therapies in Patients With Multiple Myeloma: Consensus Statement of the IMF Nurse Leadership Board. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 2008, roč. 12, suppl., s. 29–35.

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČESKÉ REPUBLIKY. *Novotvary 2007*. Praha: ÚZIS ČR, 2010. 262 s. ISBN 978–80–7280–849–6

VLOSSAK, D., FITCH, M. I. L Multiple myeloma: the patient's perspective. *Canadian oncology nursing journal*. 2008, roč. 18, č. 3, s. 141–151.

ZVÁROVÁ, J. *Základy statistiky pro biomedicínké obory*. 2.vyd. Praha: Karolinum 2004. 220 s. ISBN 80–7184–786-0

Další literatura:

ARCHALOUSOVÁ, A. *Přehled vybraných ošetrovatelských modelů*. 1. vyd. Ráby: RNDr. Ing. František Skopec, CSc – Nukleus HK, 2003. 104 s. ISBN 80–86225–33–X

ADAM,Z., BEDNAŘÍK, J., NEUBAUER, a kol. Doporučení pro časně rozpoznání postižení skeletu maligním procesem a pro časnou diagnostiku mnohočetného myelomu. *Vnitřní lékařství*. 2006, roč. 52, č. 11, s. 9–31.

ADAM, Z., KREJČÍ, M., TICHÝ, a kol. Léčba selhání ledvin u mnohočetného myelomu. *Vnitřní lékařství*. 2009, roč. 55, č. 6, s. 570–586.

ČEVELOVÁ, L. *Sebepéče u pacientů nádorovým onemocněním močového měchýře – po cystektomii*. Bakalářská práce, Olomouc 2009

JEDLIČKA, F., ELBL, L., TOMÁŠKOVÁ, I., a kol. Únavový syndrom u onkologického pacienta: Možnosti diagnostiky a léčby. *Vnitřní lékařství*. 2007, roč. 53, č. 9, s. 979–985.

KALIVODOVÁ, L., VORLÍČEK, J., a kol. Psychologický náhled na problémy onkologických pacientů a ošetřujícího týmu. *Vnitřní lékařství*. 2010, roč. 56, č. 6, s. 570–581.

MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 332 s. ISBN 80–2471–362-4

OVČAČÍKOVÁ, L. *Kompetence sebepéče u pacientů s chronickou hepatitidou*. Diplomová práce, Olomouc 2008

POUR, L., HÁJEK, R., ADAM, Z., a kol. Význam autologní transplantace u mnohočetného myelomu. *Vnitřní lékařství*. 2009, roč. 55, č. 9, s. 767–772.

RADOCHA, J., MAISNAR, V. Tromboprofylaxe u monoklonálních gamapatií. *Česká geriatrická revue*. 2007, roč. 5, č.3, s. 129–133.

VANÍČEK, J., KRUPA, P., ADAM, Z. Přínos jednotlivých zobrazovacích metod pro diagnostiku a sledování mnohočetného myelomu. *Vnitřní lékařství*. 2010, roč. 56, č. 6, s. 585–590.

Internetové zdroje :

ŠČULDA, V. Současné možnosti léčby mnohočetného myelomu. *Remedia*. [online]. 2009, č. 6 [2011-03-26], s. 410–419. Dostupný z [www](http://www.remédia.cz/Archiv-rocniku/Rocnik-2009/6-2009/Soucasne-moznosti-lecby-mnohocetneho-myelomu/e-a7-ad-NE.magarticle.aspx):
< <http://www.remédia.cz/Archiv-rocniku/Rocnik-2009/6-2009/Soucasne-moznosti-lecby-mnohocetneho-myelomu/e-a7-ad-NE.magarticle.aspx> >.

ŠČULDA, V. Bisfosfáty v léčbě mnohočetného myelomu. *Remedia*. [online]. 2008, č.1 [2011-03-26], s. 47–56. Dostupný z www : < <http://www.remédia.cz/Archiv-rocniku/Rocnik-2008/1-2008/Bisfosfonaty-v-lecbe-mnohocetneho-myelomu/e-9q-a1-j1.magarticle.aspx> >.

HÁJEK, R., MAISNAR, V. Lenalidomid v léčbě mnohočetného myelomu. *Remedia*. [online]. 2009, č.6 [2011-03-26], s. 472–476. Dostupný z www : < <http://www.remédia.cz/Archiv-rocniku/Rocnik-2009/6-2009/Lenalidomid-v-lecbe-mnohocetneho-myelomu/e-a7-ad-O5.magarticle.aspx> >.

SEZNAM ZKRATEK

MM – mnohočetný myelom

IgA – imunoglobulin alfa

CRP – C reaktivní protein

SP – sebepéče

DSP – deficit sebepéče

TDSP – teorie deficitu sebepéče

PK – potenciální komponenty

KSP – kompetence sebepéče

ČSP – činnosti sebepéče

ZDaS – základní dispozice a schopnosti

SIP – situační problematika

SiPoSP – situační potřeby sebepéče

ZPF – základní podmíněčné faktory

OPSP – obecné požadavky sebepéče

VPSP – vývojově podmíněné požadavky sebepéče

ZPSP – zdravotně podmíněné požadavky sebepéče

Respondenti – jedná se o všeobecné sestry účastnící se výzkumného šetření

ZZ – zdravotnické zařízení

Amb. – ambulance

Chir. – chirurgické

Int. – interní

Odd. – oddělení

Bc. – bakalář

VOŠ – vyšší odborná škola

Mgr. - Magister

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek č.1 Typický vývoj nádorové bolesti u MM

Obrázek č. 2 Časový průběh léčby mnohočetného myelomu

Obrázek č. 3 Struktura teorie

SEZNAM TABULEK

Tabulka č.1 Kritéria mnohočetného myelomu

Tabulka č.2 Diagnostická kritéria mnohočetného myelomu

Tabulka č. 3 Kritéria poškození orgánů či tkání myelomem

Tabulka č. 4 Obecné požadavky sebeděče při onemocnění MM

Tabulka č. 5 Zdravotně podmíněné požadavky sebeděče při onemocnění MM

Tabulka č. 6 Situační problematika sebeděče při onemocnění MM

Tabulka č. 7 Mnohočetný myelom je nádorové onemocnění krve

Tabulka č. 8 Mnohočetný myelom se nejčastěji vyskytuje u osob ve věku ...?

Tabulka č. 9 Klinickým příznakem MM není ...

Tabulka č. 10 Tvrzení o prognóze MM

Tabulka č.11 Jaká komplikace nehrozí pac. s MM při chemoterapii

Tabulka č. 12 Změna stravovacích návyků v průběhu léčby MM

Tabulka č. 13 Nejčastější oblast výskytu bolesti u pac. s MM

Tabulka č. 14 Nejčastější komplikace MM při nevhodné pohybové aktivitě

Tabulka č. 15 Způsob doplňování a rozšiřování odborných poznatků

Tabulka č. 16 Zájem o edukační materiály

Tabulka č. 17 Posouzení obecných požadavků sebeděče (OPSP) u paní Dany

Tabulka č. 18 Zdravotně podmíněné požadavky sebeděče (ZPSP) u paní Dany

Tabulka č. 19 Výčet problémů u paní Dany

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1 Věk respondentů

Graf č. 2 Doba praxe ve zdravotnickém zařízení

Graf č. 3 Vzdělání respondentů

Graf č. 4 Rozdělení respondentů dle pracovišť

Graf č. 5 Mnohočetný myelom je nádorové onemocnění krve

Graf č. 6 Mnohočetný myelom se nejčastěji vyskytuje u osob ve věku ...?

Graf č. 7 Klinickým příznakem MM není ...

Graf č. 8 Tvrzení o prognóze MM

Graf č. 9 Jaká komplikace nehrozí pac. s MM při chemoterapii

Graf č. 10 Změna stravovacích návyků v průběhu léčby MM

Graf č. 11 Nejčastější oblast výskytu bolesti u pac. s MM

Graf č. 12 Nejčastější komplikace MM při nevhodné pohybové aktivitě

Graf č. 13 Aktivně zvyšujete svou odbornost

Graf č. 14 Způsob doplňování a rozšiřování odborných poznatků

Graf č. 15 Máte dostatek času, prostoru a možností ke zvyšování odborných znalostí

Graf č. 16 Zájem o edukační materiály

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha I .: Žádost o povolení k výzkumnému šetření ve FN Olomouc

Příloha II.: Dotazník

Příloha III.: Edukační program pro sestry

Příloha IV.: Dokumentace k případové studii

Příloha V.: Frekvence příznaků mnohočetného myelomu

Příloha I.: Žádost k výzkumnému šetření

ŽÁDOST

o umožnění vykonání výzkumného šetření v rámci závěrečné práce

Jméno a příjmení žadatele/ky (studenta/ky) Bc. Lucie Čevelová

Název školy/instituce: Fakulta zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Dlouhodobá ošetrovatelská péče u dospělých

Název – téma závěrečné práce:

Využití teorie deficitu sebekpěče u pacientů s mnohočetným myelomem

Vybrané pracoviště pro výzkumné šetření: oddělení interních a chirurgických oborů FN

Olomouc - dotazníkové šetření; III. interní klinika – případová studie u pacienta
s mnohočetným myelomem

Termín konání výzkumného šetření: od poloviny března do konce března

Prohlašuji, že výzkumné šetření bude provedeno dle zásad etiky výzkumu

Datum: 2.3.2011

.....
podpis vedoucího závěrečné práce

PhDr. Mgr. Helena Kisvetrová

Ústav ošetrovatelství, FZV UP v Olomouci

.....
podpis žadatele/ky (studenta/ky)

Kontakt na žadatele/ku, /studenta/ku): lucie.cev@seznam.cz

Vyjádření vedení Fakultní nemocnice v Olomouci

S provedením výzkumného šetření:

☒ Souhlasím bez připomínek

☐ Souhlasím po doplnění

☐ Nesouhlasím

.....

Datum:

- 2 -03- 2011

Razítko a podpis:

Bc. Martin Šamaj, MBA
náměstek nelékařských oborů
Fakultní nemocnice Olomouc

Příloha II.: Dotazník k výzkumnému šetření

Vážené kolegyně a kolegové,

Jmenuji se Lucie Čevelová a jsem studentkou 2. ročníku navazujícího magisterského studia oboru Dlouhodobá ošetrovatelská péče u dospělých na Fakultě zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci. Chtěla bych Vás oslovit a požádat o vyplnění toho anonymního dotazníku, který je podkladem k mé diplomové práci. Diplomová práce je zaměřena na Využití teorie deficitu sebepečce dle Oremové u onemocnění mnohočetným myelomem.

Dotazník poslouží ke zjištění úrovně znalostí všeobecných sester o onemocnění mnohočetným myelomem. Získané informace budou použity k vytvoření edukačního materiálu pro Vás sestry. Edukační materiál vám přiblíží informace o mnohočetném myelomu a péči o pacienty s mnohočetným myelomem.

Předem děkuji za čas, který jste věnovali vyplnění dotazníku.

Pokyny k vyplnění dotazníku:

- 1) Uveďte, prosím, jednu vybranou odpověď, kterou považujete za správnou a označte ji křížkem, takto: **x ambulantní část** ☐ **lůžková část**
- 2) Tam, kde jsou tečky (.....), prosím uveďte písemnou slovní odpověď

I. část – obecné údaje

1. V kterém úseku nemocnice pracujete:

- ☐ A) interní obor - ambulance
- ☐ B) interní obor – lůžková část
- ☐ C) chirurgické obor – ambulance
- ☐ D) chirurgické obor – lůžková část

2. Kolik let máte praxi ve zdravotnictví :

3. Věk:

4. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání:

- ☐ A) SZŠ
☐ C) VOŠ
☐ E) Bc.
☐ G) Mgr.
- ☐ B) SZŠ + specializace:
☐ D) VOŠ + specializace:
☐ F) Bc. + specializace:

5. Snažíte se aktivně zvyšovat svou odbornost?

- ☐ A) ano ☐ B) ne

6. Jakým způsobem si rozšiřujete své odborné znalosti (zde může uvést více odpovědí):

- ☐ A) nerozšiřuji ☐ B) četba odborných časopisů a publikací
☐ C) odborná školení, kurzy ☐ D) studium při zaměstnání (např. Bc., specializace)
☐ E) pasivní účast na akreditovaných přednáškách (jako posluchač)
☐ F) aktivní i pasivní účast na akreditovaných přednáškách (jako autor i posluchač)

7. Domníváte se, že máte dostatek času, prostoru a možností k zvyšování úrovně vaší odbornosti:

- ☐ A) ano ☐ B) ne

8. Máte zájem o nové edukační materiály pro sestry k onemocnění mnohočetným myelomem:

- ☐ A) Ano, protože v praxi chybí
- ☐ B) Ano, byly by výhodou pro sestry
- ☐ C) Ano, ale myslím, že by se moc nepoužívaly
- ☐ D) Ne, nejsou potřebné
- ☐ E) Ne, máme dostatek informací
- ☐ Jinak:

II. část – odborná část

A – problematika znalosti onemocnění

9. Mnohočetný myelom je nádorové onemocnění krve :

- ☐ A) ano ☐ B) ne ☐ C) nevím

10. Mnohočetný myelom se nejčastěji vyskytuje u osob ve věku:

- ☐ A) 30 – 39 let ☐ B) 40 – 49 let ☐ C) 50 – 59 let
☐ D) 60 – 69 let ☐ E) 70 – 79 let ☐ F) nevím

11. Mnohočetný myelom vzniká na podkladě maligní transformace (doplňte):

- ☐ A) B – lymfocytu ☐ B) T – lymfocytu
☐ C) B i T lymfocytů ☐ D) nevím

12. Mezi klinické příznaky mnohočetného myelomu nepatří:

- ☐ A) bolesti kostí způsobené osteolýzou ☐ B) anémie, trombocytopenie, leukopenie
☐ C) hypokalcinémie, hypourikémie ☐ D) nevím

13. Vyberte správné tvrzení o prognóze onemocnění: Mnohočetným myelom je v dnešní době

- ☐ A) neléčitelná choroba
☐ B) léčitelná choroba, ale nedá se vyléčit
☐ C) vyléčitelná choroba
☐ D) nevím

14. Během probíhající chemoterapie nehrozí u nemocných vznik:

- ☐ A) myotickými ulceracemi v ústech ☐ B) hyperaktivitou
☐ C) hlubokou žilní trombózou ☐ D) nevím

B – problematika výživy, bolesti a pohybového režimu

15. Nemocní s mnohočetným myelomem musí dodržovat speciální dietní opatření :

- ☐ A) ano, jejich stav to vyžaduje ☐ B) ne, jejich stav to nevyžaduje ☐ C) nevím

16. Stravovací návyky se u nemocných v průběhu léčby :

- ☐ A) nemění, jsou stále stejné ☐ B) mění, závisí na ordinacích lékaře
☐ C) mění, záleží v jaké fázi onem. se nachází ☐ D) nevím

17. Nemocní s mnohočetným myelomem si nejčastěji ztěžují na bolest v :

- ☐ A) krční oblasti ☐ B) v horních končetinách
☐ C) bederní oblasti ☐ D) nevím

18. Nemocní s mnohočetným myelomem mohou navštěvovat ambulanci chronické bolesti:

- ☐ A) ano ☐ B) ne ☐ C) nevím

19. Vyberte správnou odpověď, po diagnostikování nemocný :

- ☐ A) musí ihned ukončit jakékoliv pohybové aktivity, které běžně provozoval
☐ B) měl by zhodnotit rizikovost vykonávaných pohybových aktivit a provést úpravy
☐ C) nemusí nijak omezovat pohybové aktivity, které do té doby běžně vykonával
☐ D) nevím

20. Nejčastější komplikací vzniklou při nevhodné pohybové aktivitě je :

- ☐ A) patologická zlomenina ☐ B) krvácení
☐ C) oslabení imunity ☐ D) nevím

Děkuji Vám za vyplnění dotazníku

Příloha III.: Edukační materiál pro sestry

Edukační materiály pro sestry o mnohočetném myelomu naleznete přiložené v zadní části diplomové práci.

ZPF

dne: 14.3.2011... sestra: Lucie Čevelová

ZZ: FN OLOMOUC

Oddělení: 39 B, III. Interní klinika

Hospitalizace: ☐ první ☐ druhá ☒ třetí ☐ čtvrtá ☐ pátá

Ošetřovatelská příjmová dokumentace (dle TDSP)

Pacient: Nar.: 1936 ☐ muž ☒ žena Bydliště: obec poblíž Frýdku-Místku Národnost: Česká St.přisl.: Mluví: x česky ☐ rozumí česky Víra: x NE ☐ ANO: Vzdělání: ☐ základní ☒ SŠ ☐ VŠ Povolání: nyní důchodce, dříve v administrativě		Přijat dne: 14.3.2011 Způsob přijetí: ☐ akutní ☒ plánované ☐ odeslán PL ☐ překlad z ... ☐ Důvod přijetí: třetí cyklus chemoterapie		Zdrav. Pojištění: x ANO ☐ NE Lékařské diagnózy: Alergie: na seno	
Domácí a sociální prostředí: ☒ vlastní domácnost ☐ domov důchodců ☐ dům s pečovatelskou službou ☐ LDN ☐ Pozice pac. v rodině: důchodkyně bydlí ve společné domácnosti s dcerou a vnukem Okolní prostředí: Kontaktní osoba: ☐ manžel/ka tel: ☐ syn/dcera tel: 721854963 ☐ otec/matka tel: ☐ tel:		Management SP: Barthelův test: 35 bodů Kategorie pac.: 2 Znaky systému péče: ☒ soběstačný ☐ převzetí ☐ podpora dohled..... Kdo pečuje: ☒ pečuje rodina ☐ ADP ☐ pečovatelská služba ☐		Současná medikace: Tenoloc 200 mg tbl 1-0-0 Mono-Mack Depot tbl ½ - 0 -0 Anopyrin 100 mg tbl 0-1-0 Tramal 100 mg tbl 1-0-1 Loradur mint tbl 1-0-0 Stugeron tbl. 1-0-0 Triasyn 2,5/2,5 mg tbl 1-0-0 Caltrate plus tbl 0-0-1 Myrin 100 mg tbl 0-0-1	
		Lékové skupiny: Antihypertenzivum, sympatolytikum, kardiakum Vazodilatans Antiagregancium analgetikum Diuretikum, antihypertenzivum Vazodilatans Vazodilatans, antihypertenzivum Soli a ionty pro perorální aplikaci thalidomid			
		Co vnímá pac. jako problém: Paní Dana si stěžuje na bolest páteře, nechutenství a omezení sociálních kontaktů Očekávání pac.: Paní Dana pevně věří v úspěch své léčby, doufá, že „ po absolvování všech léčebných cyklů si bude moci konečně vydechnout od nemocnice, která ji leze krkem “			
Očekávané SIP v souvislosti s: Onemocněním ☐ NE ☒ ANO Jiné: Terapií: ☐ NE ☒ ANO					

OPSP (Obecné požadavky sebepéče)		ČSP (Činnosti sebepéče)
1. Přívod kyslíku		
Paní Dana neudávala obtíže v oblasti dýchání. Během rozhovoru se neobjevily známky kašle stridoru či dušnosti		Systém sebepéče pacienta při problémech s dýcháním (specifikujte problém). <i>Pokud je paní Dana nemocná, snaží se nic nepodceňovat, a raději vyhledá lékaře. Problém v této oblasti nebyl nalezen</i>
SIP: Nebyla nalezena		
2. Přívod tekutin		
Paní Dana si nebyla vědoma žádných problémů v oblasti přívodu tekutin. Denně vypije okolo 1,5 až 2 litrů tekutin, převážně čajů či neperlivé vody. V poslední době nezaznamenala výrazné změny v pitném režimu. Problémy s polykáním tekutiny nemá. U paní Dany se neobjevili ani otoky dolních končetin.		Systém sebepéče pacienta při problémech s příjmem tekutin (specifikujte problém). Paní Dana ví jaké tekutiny jsou vhodné při jejím onemocnění. <i>Problém v této oblasti nebyl nalezen</i>
SIP: Nebyla nalezena		
3. Přívod stravy		
Paní Dana v poslední době udává úbytek na váze 4 kilogramy. Dále se objevilo nechutenství, paní Dana si stěžuje, že sama nemá chuť vůbec jíst. Z jídel dává nyní přednost spíše sladkým variantám pokrmů. Paní Dana má také problémy s polykáním, proto volí raději stravu, kterou snadněji polkne. Nauzea ani zvracení se u paní Dany neobjevily. Zubní protézu má paní Dana horní i dolní vytahovací. Výška paní Dany je 144,5 cm, nynější váha je 61 kg. Paní Dana však sama doplňuje, že dříve dle jejich slov „trpěla obezitou, a proto ji ani moc nevadí že nějaká kila zhubla ...“ Kožní turgor je v normě, paní Dana si stěžuje na hematomy na kůži, které má nejčastěji na horních končetinách.		Systém sebepéče pacienta při problémech s příjmem stravy (specifikujte problém). U paní Dana si je vědoma úbytku na váze, snaží se pravidelně jíst vhodnou stravu, proti nechutenství se snaží bojovat tak, že jí pokrmy na které má aktuálně chuť. Problémy s polykáním řeší úpravou stravy, preferuje jídla, která lehce spolkne – např. kaše. V této oblasti byl nalezen problém ve výživě
SIP: PROBLEMATIKA VÝŽIVY		
4. Vylučovací procesy		
S vylučování moče nemá paní Dana žádné potíže, paní Dana je plně kontinentní. S vyprazdňováním stolice nebyly také u paní Dany zjištěny žádné problémy, je plně kontinentní, netrpí zácpou ani průjmem. Sama je schopná dojít si na WC		Systém sebepéče pacienta při problémech s vylučovacími procesy (specifikujte problém). <i>Problém v této oblasti nebyl nalezen</i>
SIP: Nebyla nalezena		

5. Aktivita/klid	
U paní Dany byla zjištěna porucha chůze, ta je způsobena dřívějšími ortopedickými onemocněními, kdy po operaci kolene musí paní Dana chodit o francouzských holích. Sama udává, že v dnešní době ujde jen krátké vzdálenosti. Na WC, po bytě, a do druhého patra bytového domu po schodech, protože v domě není výtah. Poruchy sedu nemá, pohyb v lůžku není u paní Dany nijak omezen. Paní Dana je ohrožena rizikem pádu. Paní Dany sama neudává poruchy spánku, při bližším dotazu odpovídá, že se během noci budí každé 2 až 3 hodiny na WC. Prášky na spaní doma nebere, v nemocnici si o ně občas řekne. Během dne paní Dana v nemocnici čte časopisy, kterých má velkou zásobu.	Systém sebek péče pacienta při problémech s aktivitou (specifikujte problém). U paní Dany je přítomna porucha chůze, paní Dana proto k pohybu potřebuje kompenzační pomůcky – francouzské hole, ty má vždy při sobě. Z tohoto důvodu je také paní Dana ohrožena rizikem pádu. U paní Dany se také vyskytuje časté buzení v noci (každé 2 až 3 hodiny), které však paní Dana odmítá nějak řešit, k tomu to problému se vyjadřuje takto : „... to už je u mě spojené s věkem, takové maličkosti mi nijak nevadí, stejně bych toho moc nenaspala ani tak ... “
SIP: PROBLEMATIKA POHYBU	
6. Samota/sociální interakce	
Paní Dana žila v bytovém domě společně s dcerou a vnukem, její manžel umřel před 8 roky. Dala se za otevřenou, komunikativní a upřímnou. Na čtení nosila brýle, na levé ucho trpěla mírnou nedoslýchavostí. Paní Dana dříve pracovala v kolektivu. Měla bohatý všeobecný přehled, ráda četla časopisy, občas vyluštila i křížovky, dříve ráda sledovala seriály v televizi – hlavně detektivky. Dále se v této oblasti paní Dana vyjádřila, že její líto omezení jejich dřívějších sociálních kontaktů, které již nemůže v dané míře udržovat, kvůli častým hospitalizacím ve zdravotnickém zařízení.	Systém sebek péče pacienta při problémech se sociální interakcí (specifikujte problém). Paní Dana cítí omezení dřívějších sociálních kontaktů, její rodina se jí snaží navštěvovat, ale pro velkou vzdálenost, nedochází tak často k návštěvám, jako by si paní Dana představovala. Paní Daně je líto, že se již nevidá se svými starými známými
SIP : PROBLEMATIKA PSYCHO-SOCIÁLNÍ	
7. Rizika	
Paní Dana byla důchodkyně, ve svém životě nikdy nekouřila. O své zdraví pečovala, pravidelně chodila na kontroly ke své praktické lékařce. Na prvotní příznak svého onemocnění – bolest v bederní oblasti upozornila. Poctivě dodržovala léčebný režim. Svou pravidelnou medikaci si nepamatovala, měla však v dokladech seznam pravidelně užívaných léků společně s jejich dávkováním. Vedlejší účinky těchto léků znala. Paní Dana udávala mírnou alergii na seno, která se projevovala rýmou. U paní Dany nyní nebyl zaveden žádný invazivní vstup.	Systém sebek péče pacienta při problémech v oblasti rizik (specifikujte problém). Paní Danu trápí chronická bolest zad – nyní je ráda, že ví co tuto bolest způsobuje, přesto ji bolest obtěžuje. Paní Dana by byla ráda, kdyby se jí podařilo bolest co nejvíce zmírnit, ráda by se naučila co dělat, aby nemusela pořád myslet na bolest.
SIP: PROBLEMATIKA BOLESTI	

8. Normalita	
Paní Dana se po psychické stránce jevila jako vyrovnaná osobnost. Při rozhovoru se svěřila, že při zjištění své diagnózy z ní měla určité obavy. Byla ráda, že její rodina se k jejímu onemocnění „postavila čelem“ a byla a je ji velkou oporou.	Systém sebepéče pacienta při problémech v oblasti normality (specifikujte problém). <i>Problém v této oblasti nebyl u paní Dany nalezen</i>
SIP: Nebyla nalezena	

ZPSP (Zdravotně podmíněné požadavky sebepéče)		ČSP (Činnosti sebepéče)
1. Nárokování a zajištění vhodné zdrav. péče		
Paní Dana i její dcera znali strategii léčby, měli dostatek informací o onemocnění mnohočetným myelomem.		Systém sebepéče pacienta při problémech nárokováním a zajištěním vhodné zdrav. péče (specifikujte problém). Problém nenalezen
SIP: NENÍ		
2. Uvědomit si a rozpoznat důsledky patologických stavů		
Paní Dana si brala na vědomí možné komplikace spojené s léčbou svého onemocnění. Pevně věřila v pomoc svých dětí, zejména dcery. Vyslovila se takto: „ <i>myslím, že dcera má dostatek informací, hledala si je hned v prosinci na internetu.</i> “		Systém sebepéče pacienta při problémech s rozpoznáním důsledků pat stavů. (specifikujte problém). Problém nenalezen
SIP: NENÍ		
3. Efektivní dodržování provádění naordinovaných zdrav. opatření		
Paní Dana měla vědomosti k správnému dodržování léčebného režimu. Například udávala, že s bolestí bojuje takto: „... snažím se během dne něčím zabavit, čtu si časopisy, poslouchám rádio, a tady se můžu bavit i s kolegyněmi na pokoji, toto doma nemám ... víte, ale chybí mi tu trochu televize, na tu se doma občas kouknu...“ Paní Dana také věděla o potřebě každodenního pohybu, aktivně se snažila také bojovat s nechutenstvím. Paní Dana řekla, že proti úbytku váhy dělá toto : „... <i>nechávám si od dcery připravovat jídla co mám ráda – jím teď o moc víc sladkého...</i> “		Systém sebepéče pacienta při problémech s prováděním dodržováním naordinovaných zdrav. opatření (specifikujte problém). Problém nenalezen
SIP: NENÍ		
4. Uvědomit si, znát, regulovat nepříjemné důsledky zdrav. péče		
Paní Dana si byla vědoma všech nepříjemných důsledků zdravotnické péče. Udávala, že si zvykla na časté pobyty ve zdravotnickém zařízení, přesto ji však mrzelo omezení jejich dřívějších sociálních kontaktů, které již nemohla udržovat jako dříve.		Systém sebepéče pacienta při nepříjemných důsledcích zdrav. péče (specifikujte problém). Problém nenalezen
SIP: NENÍ		

5. Akceptování konceptu sebe sama...	
Paní Dana hleděla do budoucna pozitivně, věřila, že ji léčba pomůže. Sama v nadsázce říká: „ Já mám už dost svého života od žito ...“. Její rodina je smířena s její diagnózou, o které mají dostatek potřebných informací.	<i>Systém sebek péče pacienta při problémech s akceptováním konceptu sebe sama...</i> (specifikujte problém). Problém nenalezen
SIP: NENÍ	
6. Integrace účinku a podmínek léčby do života, který dovolí neustálý osobní rozvoj	
Paní Dana a její rodina mají informace, které jim říkají jaká mohou mít od léčby očekávání, akceptují průběh léčby. Paní Dana spoléhá na svou rodinu, zejména na svou dceru a na její pomoc v běžném životě.	<i>Systém sebek péče pacienta při integraci onem. a postupů léčby do života podporující osob. rozvoj</i> (specifikujte problém). Problém nenalezen
SIP: NENÍ	

PK (Potenciální komponenty)

1. Schopnost zachování pozornosti a potřebné bdělosti s ohledem na ČSP: ☒ ANO ☐ NE ☐ Částečně ☐ NP
2. Kontrolované užití tělesné energie: ☒ ANO ☐ NE ☐ Částečně ☐ NP
3. Kontrolované držení těla při provádění pohybu při ČSP: ☒ ANO ☐ NE ☐ Částečně ☐ NP
4. Logické myšlení ve smyslu SP: ☒ ANO ☐ NE ☐ Částečně ☐ NP
5. Motivace (cílová orientace k SP a významem pro život): ☒ ANO ☐ NE ☐ Částečně ☐ NP
6. Schopnost činit rozhodnutí o SP a provádět je: ☒ ANO ☐ NE ☐ Částečně ☐ NP
7. Schopnost získat technické vědomosti k SP, zachovat je a uskutečnit je: ☒ ANO ☐ NE ☐ Částečně ☐ NP
8. Úroveň kognitivních, manipulativních, komunikativních a interpersonálních dovedností, které odpovídají ČSP: ☒ ANO ☐ NE ☐ Částečně ☐ NP
9. Užití dřívějších a budoucích činností k dosažení cílů SP: ☒ ANO ☐ NE ☐ Částečně ☐ NP
10. Schopnost provádět konstantně ČSP a integrovat je do života: ☐ ANO ☐ NE ☒ Částečně ☐ NP

ZDaS (Základní lidské schopnosti a dispozice, důležité pro kompetence sebepéče)

Určující faktory a stavy	Vybrané základní schopnosti		Schopnosti poznání a provádění činností	Dispozice ovlivňující hledání cílů	Významné schopnosti a dispozice k orientaci
	I	II			
Genetické a konstituční faktory	Čítí - vnitřní - vnější	Pozornost	Logické myšlení	- Porozumění sobě samému - Vědomí sebe samého - Pojetí sebe samého - Obraz o sobě samém	Orientace: - v čase - v informacích o zdraví - týkající se vědomí existence ostatních lidí - v událostech, předmětech
Stav bdělosti	Učení	Vnímání	Porozumění prováděným činnostem	- Vědomí vlastní hodnoty	Základní systém hodnotového žebříčku: morálka, hospodárnost, estetika, hmotná a sociální sféra
Sociální uspořádání	Výcvik nebo práce	Paměť	Naučené dovednosti: čtení, psaní, počítání, mluvení, pozorování, zručnost, logické myšlení	Sebepřijetí, vztah k sobě samému Přijmutí svého těla Ochota uspokojovat své potřeby	Zájmy a starosti Zvyky Schopnost zacházet se svým tělem a jeho jednotlivými částmi
Kulturní zážitky	Úpravení polohy a pohybů těla a jeho částí	Centrální regulace motivačně-emočních procesů	Harmonie mezi vlastním přáním a jednáním	Příprava na budoucnost	Schopnost zvládat sebe i své osobní záležitosti

Rozšíření některých ZDaS (Základních dispozic a schopností)

Projevy chování:

☐ úzkostný ☐ projevy strachu ☐ agresivní ☐ uzavřený ☐ smutný ☐ odmítavý ☒ otevřený ☐ euforický ☒ familiární
☒ adaptivní ☐ maladaptivní ☐ ☐ ☐

Vědomí:

☒ při vědomí ☐ somnolence ☐ sopor ☐ kóma
Reaguje na podněty: ☒ slovní ☒ dotek ☒ bolest
Kvalitativní poruchy vědomí: ☐ má ☒ nemá
Škály: **GCS: 15 bodů**

Orientace:

Časem ☒ ANO ☐ NE
Místem ☒ ANO ☐ NE
Osobou ☒ ANO ☐ NE
Jinými osobami, objekty, zdravím ☒ ANO ☐ NE

Paměť a učení:

porucha paměti ☒ NE ☐ ANO: ☐ amnézie ☐ hypomnézie ☐ hypermnézie ☐ dysmnézie ☐ ekmnézie ☐ konfabulace ☐
Převládající druh paměti: ☐ mechanická ☒ logická ☒ smyslová ☐ afektivní ☐ pohybová ☐ motivace
☐ nepozorný ☐ roztržitý ☐ bradypsychický ☐ obšírný/rozvláčný ☐ nesouvislé myšlení ☐ tachypsychický ☐ inkoherentní myšlení
☐ nestálý ☐ ztráta reality:
Poruchy učení: ☐ alexie ☐ agrafie ☐ dyslexie ☒ nemá

Pozornost/vnímání:

Sluch ☐ normální ☒ nedoslýchavost na levé ucho ☐ naslouchadlo Hluchota ☐ úplná: ☐ vpravo ☐ vlevo ☐ částečná: omezení% ☐ vpravo ☐ vlevo
Zrak ☐ normální ☒ brýle jen na čtení ☐ kontaktní čočky Slepota ☐ totální: ☐ vpravo ☐ vlevo ☐ částečná: omezení% ☐ vpravo ☐ vlevo
Bolest ☒ ano: kde ☒ v oblasti bederní páteře ☐ ne
☐ kolikovitá ☒ trvalá ☒ zatěžující ☐ přerušovaná ☐ bodavá ☐ tupá ☒ nepřetržitá ☐ tlaková ☐
Škály: **VAS 4**

Sebepojetí

☐ introvert **x extrovert** ☐ sebevědomý **x rozhodný** **x aktivní** ☐ pasivní ☐ nerozhodný ☐ pesimistický ☐ vyhýbavý pohled ☐ sebeobviňování
☐ sebepoškozování ☐ vztahovačný ☐

Vývojový stupeň: odpovídá věku **x ANO** ☐ NE

Temperament: ☐ sangvinik **x flegmatik** ☐ melancholik ☐ cholerik

Emocionálně ☐ labilní **x stabilní**

Pohyb:

Omezení pohybu: **nemá**

☐ rotace ☐ natažení ☐ ohýbání

Chůze je možná **x ANO k chůzi používá francouzské hole** ☐ NE

Námaha/aktivita: ☐ není možná **x omezeně možná** ☐ zatížitelnost.....

Samotná aktivita **je omezena dřívější ortopedickou operací, a nynější bolestí v oblasti bederní krajiny**

Amputace: ☐ ANO..... **x NE**

Protéza: ☐ ANO..... **x NE**

Anomálie

Nekoordinovaný pohyb těla: ☐ ataxie ☐ spastická obrna ☐ chabá obrna

Pozice je možná: ☐ stoj na 1 noze **X stoj na 2 nohou** **X sed** **X poloha na břiše** **X poloha na zádech** **X poloha na boku**

POTŘEBA PÉČE a PLÁN PÉČE

ZZ: FN Olomouc

Oddělení: 39 B III. Interní klinika

Hospitalizace: ☐ první ☐ druhá ☒ třetí ☐ čtvrtá ☐ pátá

u paní Dany

☐ muž

☒ žena

ročník 75let (1936)

datum od 15.3.2011

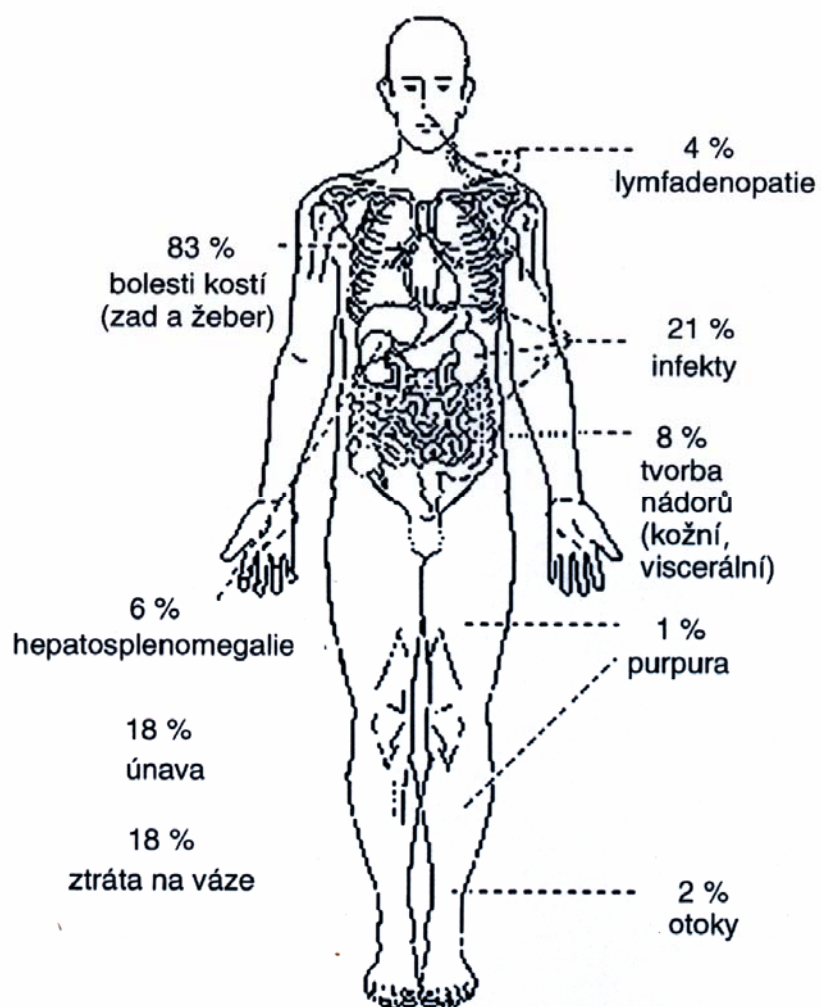
do 18.3. 2011

sestra: Bc. Lucie Čevelová

Datum	č.	SIP	DSP	Forma ošetrovatelské podpory (PP)			
15.3.11	1	Problematika psychosociální		0: Pacient/rodina provádí činnosti sebedpéče zcela samostatně, nepotřebuje žádnou podporu E edukace: pac./rodina nemají dostatek vědomostí sestra navrhne možná řešení a edukuje. V vedení: pat./rodina má motorické schopnosti, ale neprovádí účinná jednání. Sestra vede, vysvětluje, demonstruje. P podpora: pacient provádí opatření k regulaci SIP. Pomoc při přípravě a dokončení činnosti Podpora okolí příznivého pro vývoj. D dohled: pac./rodina provádí opatření ke správnému používání pomůcek, provádí adekvátní ČSP, sestra dohlíží. čK – částečné převzetí činností sestrou při provedení opatření (čK I., čK II., čK III.) úK – úplné převzetí činností sestrou (úK I., úK II., úK III.)			
15.3.11	2	Problematika bolesti					
15.3.11	3	Problematika výživy					
15.3.11	4	Problematika pohybu					
				Datum 15.3.11	Dat. 17.3.11.	Dat. Zhodnocení 18.3.11	
SIP č.			DSP/PP	Pod.	PP/Pod.	DSP/PP	Pod.
1	Paní Dana se dokáže otevřeně vyjadřovat o svých pocitech a trápeních		1A,B,C/ E,P	L.Č.	P /L.Č.	P /L.Č.	Paní Dana se již sama dokáže vyjádřit o svých pocitech, které prožívá během hospitalizace. Je ráda, že díky telefonu může komunikovat denně se svými blízkými. Sama se snaží najít si „nějakou činnost během dne aby ji čas lépe utíkal“. L.Č.
	Blízcí paní Dany vědí, jaký význam přikládá pravidelným návštěvám, proto si je snaží mezi s sebou vzájemně rozdělit		1A,B,C/ E,0	L.Č.	0 /L.Č.	0 /L.Č.	
	Paní Dana pravidelně komunikuje se svými blízkými (např. telefonem)		1B,C/ E	L.Č.	0 /L.Č.	0 /L.Č.	
	Paní Dana se snaží aktivně vyplnit volný čas při hospitalizaci		1A,B/ E, P	L.Č.	P /L.Č.	0 /L.Č.	

SIP č. 2	Paní Dana ví jak určit stupeň bolesti, denně měří svou bolest dle škály VAS	1A,B,C/ E, V	L.Č.	P /L.Č.	0 /L.Č.	Paní Dana zná škálu VAS, ví jak má měřit bolest. Své znalosti využívá v praxi, vede si záznam bolesti přes den. Během dne se snaží odpoutat svou pozornost od bolesti. K nežádoucím účinkům vzniklým podáváním opiátů zatím nedošlo. L.Č.
	Paní Dana se snaží využívat některé nefarmakologické postupy při tlumení bolesti, nejčastěji se jedná o odvedení pozornosti od bolesti	1A,B,C/ E, V	L.Č.	0 /L.Č.	0 /L.Č.	
	Paní Dana ví, kdy a koho může v případě potřeby požádat o léky tlumící bolest, dle potřeby toho využívá	1A,B,C/ E, D	L.Č.	0 /L.Č.	0 /L.Č.	
	Paní Dana zná možné nežádoucí účinky podávání opiátů, jejich případný výskyt oznámí sestře	1A,B,C/ E, P	L.Č.	0 /L.Č.	0 /L.Č.	
SIP č. 3	Paní Dana si dle potřeby sama řekne, jakou formu stravy daný den upřednostňuje (tuhá, mletá, kašovitá, ...)	1A,B,C/ E, P	L.Č.	0 /L.Č.	0 /L.Č.	Paní Dana se snaží bojovat proti nechutenství, z domu si nechala přinést svůj oblíbený pokrm – buchtičky s krémem. Během dne paní Dana pravidelně popíjí Cubitan, který ji zajistili příbuzní. Pokud paní Daně nevyhovuje nějaké jídlo domluví se sestrami na jeho úpravě. L.Č.
	Paní Dana se snaží pravidelnou stravou bojovat s úbytkem váhy	1A,B,C/ E, P	L.Č.	0 /L.Č.	0 /L.Č.	
	Paní Dana se snaží bojovat s nechutenstvím, a to tak, že pokud má na něco chuť, dá si to, rodina se jí v tomto ohledu snaží podporovat	1A,B,C/ E, P	L.Č.	0 /L.Č.	0 /L.Č.	
	Paní Dana i její blízcí mají informace o možných potravinových doplncích, ví co je to sipping a provádí ho	1A,B,C/E	L.Č.	0 /L.Č.	0 /L.Č.	
SIP č. 4	Paní Dana se umí ve svém okolí správně pohybovat	1A,B,C/E,	L.Č.	0 /L.Č.	0 /L.Č.	Paní Dana při pohybu využívá svých francouzských holí. Ve svém okolí nemá žádné předměty, které by jí bránily v pohybu. Paní Dana dbá aby nedošlo k možnému pádu. L.Č.
	Paní Dana při pohybu používá vždy kompenzačních pomůcek, které má k dispozici	1A,B,C/E, P	L.Č.	0 /L.Č.	0 /L.Č.	
	Paní Dana ví, jak se má zachovat v případě pádu	1A,B,C/E,	L.Č.	0 /L.Č.	0 /L.Č.	
	Paní Dana se snaží maximálně snížit riziko pádu, a tím předejít vzniku možných patologických zlomenin	1A,B,C/E, P	L.Č.	0 /L.Č.	0 /L.Č.	
	Paní Dana dbá, aby se v jejím okolí nevyskytovaly předměty, které by ji mohly ztěžovat případný pohyb	1A,B,C/E, D	L.Č.	P /L.Č.	0 /L.Č.	

Příloha V. : Frekvence příznaků mnohočetného myelomu



Zdroj: Adam, Vorlíček, 2004, s. 212