

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

### 3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

*Fakultní nemocnice Královské Vinohrady*

*Oddělení klinické hematologie*



**Lenka Hynková**

**Ošetrovatelská péče o pacienta s diagnózou  
Hodgkinův lymfom  
v ambulantním režimu.**

*Nursing Care of Patient Diagnosed with Hodgkin's  
Lymphoma in an Outpatient Regime*

Bakalářská práce

Praha, duben 2011

Autor práce:	Lenka Hynková
Studijní program:	Ošetrovateľství
Bakalářský studijní obor:	Všeobecná sestra
Vedoucí práce:	Mgr. Jana Heřmanová
Pracoviště vedoucího práce:	3. LF UK Praha, Ústav ošetrovateľství
Termín obhajoby:	červen 2011

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

Prohlašuji, že odevzdaná tištěná verze bakalářské práce a verze elektronická, nahraná do Studijního informačního systému SIS 3. LF UK, jsou totožné.

V Praze dne 26. dubna 2011

Lenka Hynková

## **Poděkování**

Tímto děkuji vedoucí bakalářské práce, paní Mgr. Janě Heřmanové, za cenné rady, připomínky a odborné vedení při zpracování této bakalářské práce.

Dále bych ráda poděkovala paní MUDr. Janě Markové za velmi vstřícný přístup při konzultacích praktických problémů ambulantní péče.

# Obsah

<b>ÚVOD</b>		str. 8
<b>1</b>	<b>TEORETICKÁ ČÁST</b>	
<b>1.1</b>	<b><i>Charakteristika onemocnění</i></b>	str. 9
1.1.1	<i>Hodgkinův lymfom</i>	str. 9
1.1.2	<i>Anatomicko-fyziologický úvod</i>	str. 9
1.1.3	<i>Etiopatogeneze</i>	str. 14
1.1.4	<i>Klinický obraz onemocnění</i>	str. 15
1.1.5	<i>Diagnostika onemocnění</i>	str. 17
1.1.6	<i>Histologická klasifikace a prognostické faktory</i>	str. 21
1.1.7	<i>Klinické vyšetření a vyhodnocení celkového stavu pacienta</i>	str. 23
1.1.8	<i>Léčebné postupy</i>	str. 24
1.1.9	<i>Ochrana reprodukčních orgánů</i>	str. 29
1.1.10	<i>Hygienická a dietní opatření</i>	str. 30
1.1.11	<i>Prognóza</i>	str. 31
<b>1.2</b>	<b><i>Základní údaje o pacientce</i></b>	str. 33
1.2.1	<i>Anamnestické údaje</i>	str. 33
1.2.2	<i>Průběh léčby při hospitalizaci</i>	str. 35

## 2 SPECIÁLNÍ ČÁST

<b>2.1</b>	<b><i>Ošetrovatelský proces</i></b>	str. 40
2.1.1	<i>Model Marjory Gordon</i>	str. 41
2.1.2	<i>Vývoj modelu</i>	str. 41
<b>2.2</b>	<b><i>Kritéria hodnocení funkčního zdraví</i></b>	str. 42
<b>2.3</b>	<b><i>Ošetrovatelská péče pacientky ve zvolených dnech</i></b>	str. 47
<b>2.4</b>	<b><i>Krátkodobý plán ošetrovatelské péče</i></b>	str. 53
2.4.1	<i>Nedostatek informací v souvislosti s novými situačními faktory, nedostatkem zkušeností a znalostí pacienta</i>	str. 53
2.4.2	<i>Strach v souvislosti s léčbou</i>	str. 55
2.4.3	<i>Aktuální porucha kožní integrity v důsledku nežádoucí odezvy organismu na aplikovanou chemoterapii</i>	str. 57
2.4.4	<i>Porucha kožní integrity v důsledku zavedení periferního žilního katétru</i>	str. 59
2.4.5	<i>Snížený příjem potravy a tekutin per os v důsledku bolestivých lézí na sliznici dutiny ústní</i>	str. 61
2.4.6	<i>Únava v souvislosti s léčbou nádorového onemocnění</i>	str. 63
2.4.7	<i>Potenciální riziko poruchy sebekoncepce v souvislosti se změnami plnění rolí</i>	str. 66

2.5	<i>Dlouhodobý plán ošetrovatelské péče</i>	str. 70
2.5.1	<i>Riziko infekce, sepse v důsledku intenzivní a dlouhodobé protinádorové léčby</i>	str. 70
<b>3</b>	<b>PSYCHOSOCIÁLNÍ ASPEKTY PÉČE O HEMATOONKOLOGICKÉHO PACIENTA</b>	str. 72
	<b>ZÁVĚR</b>	str. 75
	<b>SOUHRN, KLÍČOVÁ SLOVA</b>	str. 76
	<b>SUMMARY, KEYWORDS</b>	str. 77
	<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY</b>	str. 78
	<b>SEZNAM OBRÁZKŮ</b>	str. 80
	<b>SEZNAM PŘÍLOH</b>	str. 81
	<b>PŘÍLOHY</b>	str. 82

## Úvod

Jako téma bakalářské práce jsem si zvolila Hodgkinův lymfom, onemocnění, kterým se již od první poloviny devatenáctého století zabývali stovky výzkumných pracovníků a lékařů mnoha oborů. Jaký je důvod tohoto neobvyklého zájmu mnoha generací vědců? Je to samo netypické onemocnění, které většinou vzniká u mladých aktivních pacientů, a podobá se akutní infekci, za kterou také bylo dlouho považováno.

Pracuji na „Oddělení klinické hematologie“ Fakultní nemocnice Královské Vinohrady v Praze, které je mimo jiné „Centrem léčby Hodgkinova lymfomu“, zde se pacienti s touto vzácnou diagnózou koncentrují.

Obecně je hematoonkologie obor, který se neobejde bez náročných požadavků a zkušeností s léčbou a péčí o nemocné, ale je zejména oborem, ve kterém se každodenně uplatňuje umění rozumět a chápat lidskou duši, umět se do ní vcítit, pracovat s ní a být jí oporou.

O to více toto platí v ošetrovatelské péči o mladé pacienty s HL, kteří onemocní ve velmi mladém věku, na prahu dospělosti, mnohdy před tím, než ukončí vzdělání (vysokoškolské, středoškolské), než uzavřou manželství a mají vlastní potomky.

Ve speciální části této bakalářské práce uvádím reálná osobní data pacientky (paní K. K.). Všechny tyto údaje jsou samozřejmě prezentovány s ústním souhlasem pacientky.



# 1 Teoretická část

## 1.1 Charakteristika onemocnění

### 1.1.1 Hodgkinův lymfom

Hodgkinův lymfom, dříve označovaný jako maligní lymfogranulom, je maligní nádorové onemocnění lymfatických uzlin, které se od ostatních maligních lymfomů liší svými biologickými a klinickými charakteristikami. Podstatou onemocnění je vznik maligních Hodgkinových a Reed-Sternbergových buněk, které vznikají z postgerminálních B lymfocytů, které unikly buněčné smrti, apoptóze. První popis onemocnění pochází z roku 1832 od britského lékaře Thomase Hodgkina (1798 – 1866). Teprve v 90. letech 20. století byl v oblasti molekulární genetiky objasněn a prokázán monoklonální původ patognomických Hodgkinových (Reed-Sternbergových) buněk, které jsou v poměrně malém zastoupení v postižené uzlině. Reed-Sternbergovy buňky tvoří jen 0,5 – 1,0 procenta všech buněk postižené uzliny, jsou obklopeny tzv. „buněčným pozadím“, které je shodné s nálezem nemaligních reaktivních lymfadenopatií. V rámci mezinárodní klasifikace WHO je Hodgkinův lymfom řazen mezi maligní proliferace [1].

### 1.1.2 Anatomicko-fyziologický úvod

#### *Lymfatický systém*

Lymfatický systém je charakterizován jako multifunkční síť lymfatických cév a lymfatických uzlin, která napomáhá udržovat intersticiální a intravaskulární rovnováhu. Zbavuje organismus různých cizích částic a hraje zásadní úlohu v odpovědi organismu na přítomnost infekce a nádorových buněk.

V ontogenezi se imunitní systém vytváří z prekurzorových krevních buněk, tzv. hemocytoblastů, které vznikají z mezenchymu. Hemocytoblasty mají schopnost autoregulace, proliferují. Diferenciací se vytvářejí nediferenciované myelopoetické buňky, při jejichž další diferenciaci vznikají unipotentní kmenové buňky hlavních linií krevních buněk: erytrocytů, granulocytů, monocytů a megakaryocytů. Druhou skupinou jsou buňky lymfopoetické, ze kterých vznikají lymfocyty. Lymfopoetické prekurzorové buňky cestují do základních lymfatických orgánů.

### *Brzlík (Thymus)*

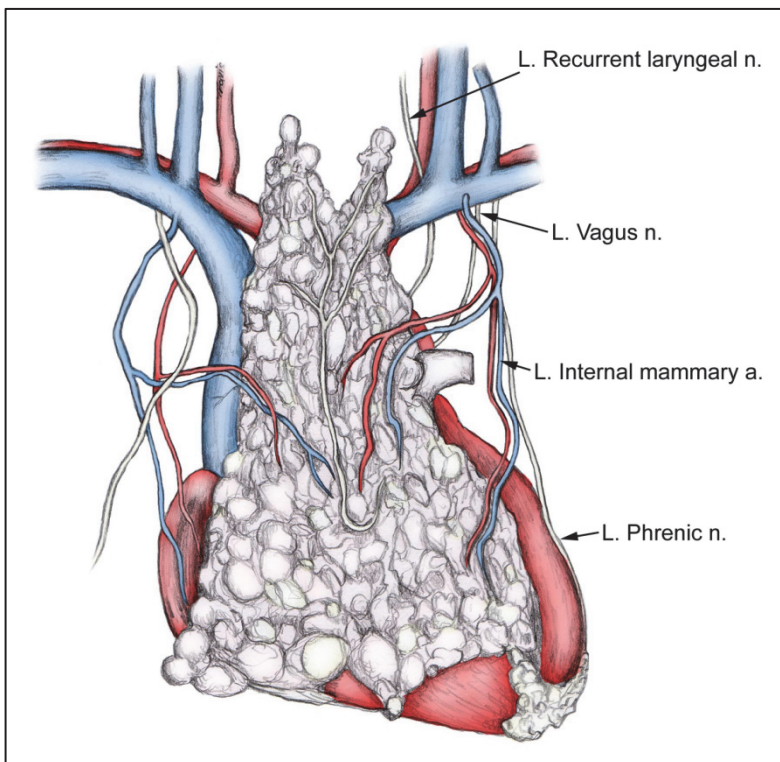
Brzlík je označován jako primární lymfatický orgán (obr. 1). Velikost a stavba thymu závisí na stáří svého nositele, stavu výživy a přítomnosti či nepřítomnosti závažného onemocnění. Po dlouhodobém a závažném onemocnění je thymus zřetelně menší, nežli u stejně starých a zdravých jedinců.

Brzlík novorozence váží 12 – 14 gramů a během dětského věku se zvětšuje přibližně 2,5 krát. Po ukončení puberty dochází k jeho fyziologické involuci. Tímto přirozeným procesem je postižena více kůra brzlíku, nežli dřen. V okolí thymu dochází k fyziologickému zmnožení vaziva, které ve vyšším věku plně nahrazuje původní tkáň. I přesto je možné histologickými metodami, rozpoznat poslední zbytky parenchymu, např. Hassalova tělíska, retikulární buňky, lymfocyty. Je-li tkáň stimulována, je brzlík schopen opět, i přes involuční proces, produkovat značné množství lymfocytů.

Stavebně je thymus tvořen dvěma laloky, které nalézáme v mediastinu za hrudní kostí. Povrch je obalen vazivem, které oba laloky spojuje. Vazivo náleží mediastinu a společně s krevními cévami vrůstá do brzlíkové tkáně, čímž vytváří nepravé lalůčky. Povrchová část je bohatá na malé lymfocyty (tymocyty, T-lymfocyty) a je označována jako kůra (cortex). Dřeň (medulla) obsahuje Hassalova tělíska (corpuscula thymi), která jsou tvořena oplostělými, koncentricky vrstvenými retikulárními buňkami. Druhou skupinou buněk v dřeni thymu jsou myoidní buňky. Myoidní buňky se od typických svalových vláken příčně pruhovaného svalstva odlišují centrálním uložením jádra. I v těchto buňkách byla imunohistochemickými metodami prokázána přítomnost aktinu a myosinu.

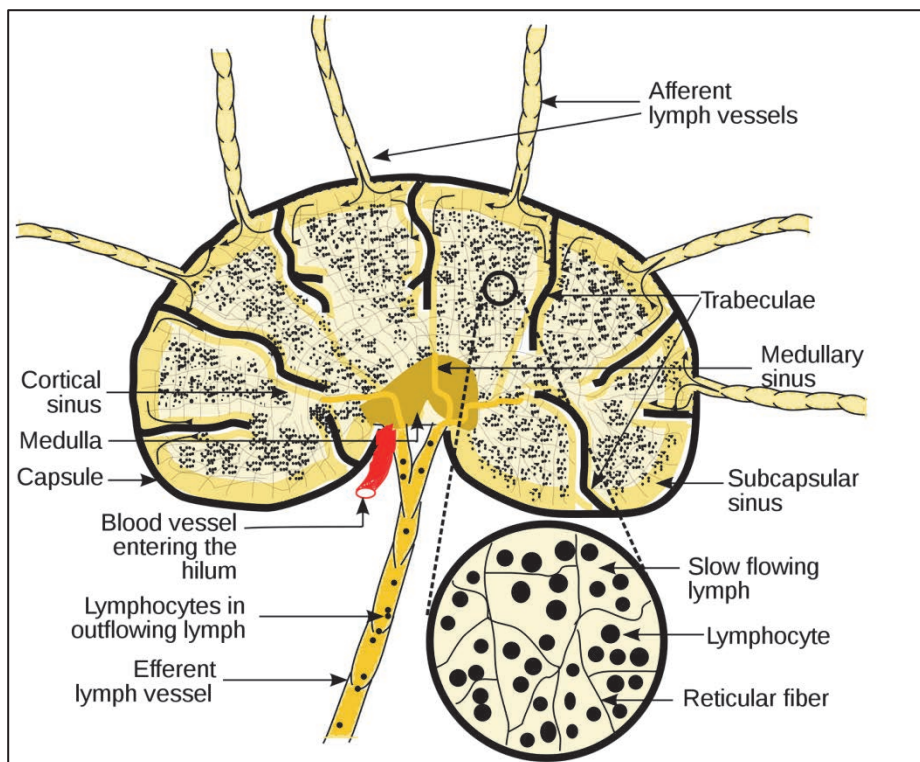
### *Slezina (Lien)*

Povrch sleziny tvoří vazivové pouzdro (tunica fibrosa), tvořené tuhým kolagenním vazivem, bohatým na elastická vlákna. Další stavební strukturou je hilus sleziny, v kterém je pouzdro zesílené. Z obou částí, z pouzdra i hilu, vnikají do parenchymu vazivová septa, která vzájemně mezi sebou anastomozují a tvoří tak hrubou nosnou síť. V trámčích nosné sítě se větví větší arterie a vény krevního oběhu sleziny. V okách této sítě se rozprostírá jemné retikulární vazivo, které je nosným podkladem pro slezinný parenchym – červenou a bílou pulpu.



Obr. 1: Anatomie brzlíku (<http://emedicine.medscape.com>)

Obr. 2: Schéma lymfatické uzliny (<http://en.wikipedia.org>)



Bílá pulpa sleziny (pulpa lienis alba) je tvořena provazcem lymfatické tkáně. Základ tvoří síťovité uspořádání retikulárního vaziva, bohatého na lymfocyty. Tato lymfatická tkáň obsahuje lymfatické folikuly – Malpighiho tělíska (folliculi lymphatici lienales). V centrální části Malpighiho tělísek, v zárodečných centrech, se nacházejí mladé nebo aktivované lymfocyty.

Červená pulpa sleziny (pulpa lienis rubra), je tvořena pruhy atypické lymfatické tkáně, tzv. Billrothovými provazci (funes medullares) a krevními sinusy (sinus lienis). Základem je síťovitě uspořádané retikulární vazivo, které přímo navazuje na retikulum bílé pulpy. V okách jsou přítomny lymfocyty a další druhy leukocytů, makrofágů a erytrocytů. V červené pulpě dochází k likvidaci doslouživších erytrocytů.

#### *Lymfatická uzlina (Nodus lymphaticus)*

Struktura lymfatické uzliny je drobná, dobře ohraničená, fazolovitého tvaru velikosti 1 – 25 mm (obr. 2). Povrch uzliny je tvořen vazivovým pouzdrém (capsulalymphonodi), které je tvořeno hustým vazivem, bohatým na kolagenní vlákna.

Z vnitřní části povrchu pouzdra odstupují vazivové trámce (trabeculae lymphonodi), které tvoří spojení s hustšími trámcí v hilu lymfatické uzliny. V těchto prostorech se nachází i retikulární vazivo, které je nosnou sítí pro lymfatickou tkáň uzlin. Oblast pod pouzdrém nazýváme kůrou (cortex), oblast hilu je označována jako dřev (medulla) a rozhraní mezi kůrou a dřevem, nese označení parakortikální zóna, která chová velké množství T- lymfocytů. Lymfatické uzliny jsou uloženy v tukové vazivové tkáni jednotlivě nebo skupinově.

Korová vrstva lymfatické tkáně obsahuje četné lymfatické folikuly, které jsou na své periferii, bohaté na B – lymfocyty. V reakčním centru lymfatických folikulů se nacházejí větší lymfocyty, makrofágy a v těsné blízkosti centra i buňky paměťové.

Dřev uzliny je tvořena lymfatickými provazci (funes medullares), které se rozkládají mezi dřevovými vazivovými trámcí, na které s pravidelností nasedají dřevové sinusy. Dřevové provazce mezi sebou vytvářejí bohaté anastomózy a uchovávají četné B – lymfocyty a plazmatické buňky.

Retikulární buňky, které se nacházejí v lymfatické tkáni, tvořící kůru a dřen lymfatické uzliny jsou nazývány buňkami dendrickými. Tyto buňky mají četné výběžky a jsou schopné na svém povrchu zachytit antigen a prezentovat jej lymfocytům řady B a T.

Lymfatické cévy přivádějí lymfu k uzlině pouzdrem, lymfa pak vyúsťuje v marginálním sinu, který komunikuje s dřevnými sinusy v hilu uzliny. Průsvit sinusu uzliny je vystlán litorálními buňkami. Výstelka litorálními buňkami je nepravidelná, místy překrývá retikulární vlákna, jinde ponechává nezakryté póry, kterými se uskutečňuje komunikace s ostatní lymfatickou tkání.

System sinusů s retikulární sítí zpomaluje tok lymfy a usnadňuje kontakt cizorodých částic s makrofágy, v neposlední řadě usnadňuje fagocytózu.

Krevní cévy vstupují a vystupují z lymfatické uzliny v hilu. Vstupující arterie (arteriae trabeculares) se větví v hilových trámčích, poté přechází do provazců dřeně, kde se větví a tvoří bohaté kapilární řečiště. Řečiště je zdrojem krevního zásobení kůry i dřeně. Na rozhraní dřeně a kůry se řečiště slévá do drobných vén, v tomto místě se dostává do hilu uzliny. Zde se vény opět spojují a krev opouští uzlinu.

#### *Lymfoepitelové útvary*

Funkčně propojené útvary nacházíme již při vstupu do hltanu. Patří sem tonsilla palatina, tonsilla lingualis, tonsilla pharyngea a tonsilla tubaria. Tento soubor útvarů je označován jako Waldeyerův okruh.

Povrch těchto útvarů je tvořen vícevrstevným dlaždicovitým a víceřadým cylindrickým epitelem s řasinkami. Epitel naléhá na bazální membránu, pod kterou se nachází lymforetikulární vazivo, v kterém jsou tvořeny lymfocytární folikuly s reakčními centry. Lymforetikulární vazivo je odděleno od hlouběji položených tkání, vazivovým pouzdrem. Pod pouzdrem jsou uloženy mucinové nebo seromucinózní žlázy.

*Neopouzdrěná lymfatická tkáň* je reprezentována lymfatickými folikuly, které se vyskytují samostatně nebo jako sdružené, splývající, nazývají se Peyeroovy plaky. Samostatné folikuly se nacházejí ve sliznici zažívací trubice, v dýchacích cestách a ve vylučovacím systému.

Splývající folikuly jsou výlučně lokalizovány v ileu a ve sliznici apendixu. Stavba těchto folikulů je shodná s útvary v koře lymfatických uzlin [2].

*Funkce lymfatického systému* je dána dvěma hlavními složkami, lymfatickými cévami a uzlinami. Funkcí lymfatických cév je vstřebávání makromolekulárních látek, zejména krevních bílkovin, proteinů, zplodin metabolismu, buněk bakterií. Úlohou lymfatických uzlin je filtrace, zachycení, pohlcení a vstřebávání buněk, bakterií a ostatních cizorodých částic. Lymfatické uzliny hrají jedinečnou úlohu v tvorbě protilátek a tvorbě lymfocytů.

Dlouhodobé a nadměrné zatížení lymfatického systému, např. stresem, zatížením toxiny, infekcí, se projeví sníženou či jinak narušenou schopností systému čelit takovému zatížení. Lymfatický systém postupně přestává být funkční v oblasti obranyschopnosti a imunitního dohledu nad napadenými, poškozenými či mutovanými buňkami.

### **1.1.3 Etiopatogeneze**

V aktivaci onemocnění Hodgkinovým lymfomem se uplatňuje teorie dvojího zásahu. První zásah způsobí, že lymfatická buňka, v určitém stupni své diferenciace unikne plánované smrti, tzv. apoptóze a přežívá v lymfatickém systému. Prodloužením života buňky se zvyšuje pravděpodobnost, že bude zasažena druhým zásahem, který jí předurčí na dráhu Hodgkinovy choroby. V odborné literatuře [3] se uvádí, že asi v polovině případů se na úniku apoptózy podílí EB virová infekce. Po této prvotně onkogenní změně, následují další, které nakonec vedou k malignizaci buňky.

Maligní buňky produkují četné cytokiny, které lokálně ovlivňují imunitní reakci a tím vzniká kolem Reed-Sternbergových buněk, zánětlivý infiltrát, který zpětně umožňuje maligním buňkám další proliferaci a diseminaci.

Poměr maligních buněk k nemaligním zánětlivým buňkám může být kolem 1 : 100. Proto pro morfologické stanovení diagnózy je zcela zásadní specifické rozpoznání Hodgkinových a Reed-Sternbergových buněk. Z výše uvedeného plyne, proč cytologický nátěr z punkce lymfatické uzliny tenkou jehlou, postižené Hodgkinovým lymfomem, může být mylně vyhodnocen, jako tkáň postižená ne-

specifickým zánětem. Proto je třeba histologicky vyšetřit větší objem tkáně tak, aby byla zastižena ložiska tkáně s přítomností typických Hodgkinových (obr. 3) a Reed-Sternbergových buněk (obr. 4). Jen tak lze s jistotou stanovit diagnózu Hodgkinovy choroby.

Onemocnění se charakteristicky objevuje zvětšením mízních uzlin na krku (nejčastěji), v axile nebo mezihrudí. Na rozdíl od nehodgkinských lymfomů, není obvyklé postižení Waldeyerova okruhu, trávicího systému a mezenterických uzlin.

Incidence Hodgkinova lymfomu se pohybuje v ekonomicky vyspělých zemích Evropy a Severní Ameriky kolem 2,9 / 100 000 obyvatel za rok, s vyšším zastoupením mužů než žen / (cca 1,5 : 1,0). Medián věku stanovení diagnózy je 35 let.

Pro toto maligní onemocnění je typický bimodální charakter křivky incidence podle věku. První vrchol tvoří nemocní ve věku 20 – 30 let, druhý pak tvoří skupina starších jedinců ve věku mezi 50 – 60 lety [3].

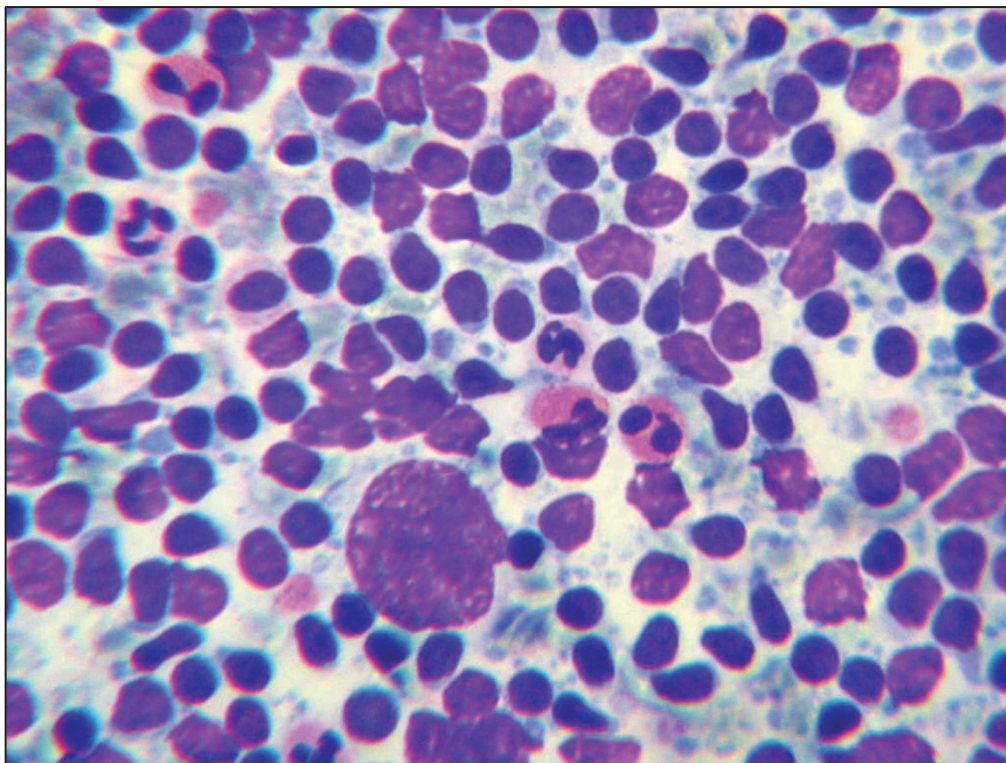
#### **1.1.4 Klinický obraz onemocnění**

Pacienta k lékaři přivádí ve většině případů nález zvětšených uzlin na krku, v axilách. Takový nález může být zjištěn i náhodně, pacient může být zcela bez obtíží.

Jindy zvětšené uzliny mohou vyvolat bolest, lymfatickou, venózní obstrukci nebo zúžení průchodu vzduchu jako následek stlačení okolními patologickými strukturami. U některých pacientů se onemocnění projeví celkovými příznaky.

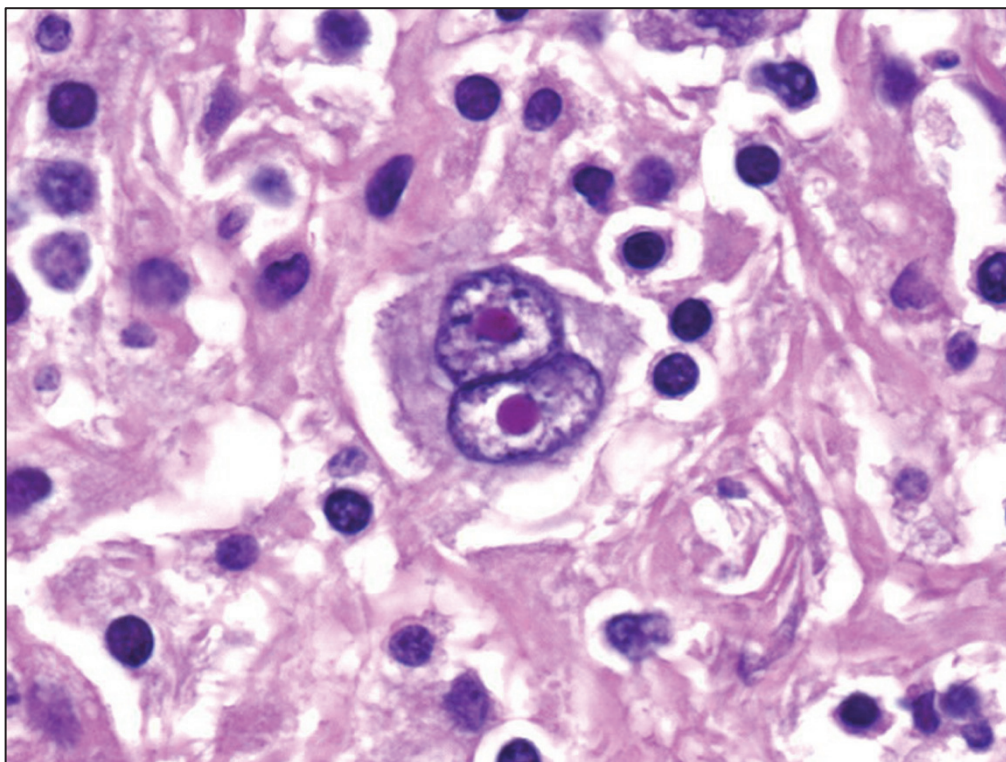
Zvětšené uzliny jsou obvykle nebolestivé, tuhé konzistence, splývající v pakety. Na podkladě významné velikosti uzlin či jejich lokalizace, se mohou rozvinout příznaky, které vyplývají z útlaku některých orgánů či tělesných struktur.

U naprosté většiny pacientů nacházíme postižené uzliny nad bránicí, s infiltrací mediastinálních uzlin. Dále může být postižena slezina a mimouzlinové oblasti, nejčastěji kostní dřeň, kosti, plíce, játra.



*Obr. 3: Hodgkinova buňka (<http://www.eurocytology.eu>)*

*Obr. 4: Reed-Sternbergova buňka (<http://www.webpathology.com>)*





Dalším příznakem onemocnění bývá anémie. Její příčiny jsou různé: infiltrace kostní dřevě lymfomem, hemolytická anémie nebo tzv. nádorová anémie způsobená cytokiny produkované lymfomem. U více než třetiny nemocných se manifestují tzv. B – příznaky: horečky více než 38 °C nejasného původu, někdy s cyklickým průběhem tzv. Pel-Ebsteinova typu, které trvají 1 – 2 týdny. Dalším B symptomem je významné noční pocení (s převlékáním prádla) a váhový úbytek o více než 10 % hmotnosti během posledních 6 měsíců.

Mimo tyto tři klasické B-příznaky onemocnění způsobuje často svědění kůže, jehož podstatou je imunitní reakce způsobená cytokiny. Stejně etiologie je tzv. alkoholová bolest v postižené uzlině po požití i malého množství alkoholu. Je však dosti vzácná, i když pro Hodgkinův lymfom typická.

Součástí klinického stavu pacienta bývá slabost a únava, která nemusí být bezprostředně spojena s nálezem anémie.

Průběh onemocnění může být komplikován infekcemi, které vznikají jako důsledek buněčného imunodeficitu, způsobeného zvýšenou produkcí některých cytokinů (TNF, IL-10).

Laboratorní nález u pacientů s Hodgkinovým lymfomem, je provázen často zvýšenou sedimentací erytrocytů. V krevním obrazu se mimo různě vyjádřené anémie objevuje leukocytóza, neutrofilie, eozinofilie, lymfopenie. U pacientů bývá zvýšená hodnota CRP a vzestup hodnoty fibrinogenu. I když tyto laboratorní nálezy nevedou ke stanovení diagnózy, signalizují, že v jejich pozadí je závažné, život ohrožující onemocnění.

### **1.1.5 Diagnostika onemocnění**

Diagnózu onemocnění lze stanovit výhradně biopsií postižené lymfatické uzliny s následným histologickým vyšetřením, ve kterém je pro potvrzení diagnózy nutná detekce Hodgkinových a Reed-Sternbergových buněk. Výsledek histologického vyšetření je standardně potvrzován shodným nálezem, závěrem dvou nezávislých patologů (tzv. druhé čtení).

V rámci iniciačního pagingu a komplexního zhodnocení zdravotního stavu pacienta, jsou prováděna následující vyšetření:

### **Laboratorní vyšetření periferní krve**

U každého pacienta je proveden odběr periferní krve na vyšetření sedimentace erytrocytů, krevní obraz s manuálním diferenciálním rozpočtem leukocytů, Quick, APTT, biochemické vyšetření na stanovení hladiny urey, kreatininu, kyseliny močové, mineralogram, glykémie, bilirubin, jaterní testy, laktátdehydrogenázu, celkovou bílkovinu, albumin, CRP, elektroforéza bílkovin séra, kvantitativní stanovení hladiny imunoglobulinů. Ve speciální části biochemického vyšetření je významným parametrem stanovení hladiny beta-2- mikroglobulinu, dále hodnoty hladin hormonů (trijodtyronin, tyroxin, tyroid-stimulační hormon, folitropin, luteinizační hormon, estradiol, progesteron, testosteron) a vyšetření močového sedimentu. Standardním vyšetřením je sérologické vyšetření hladin hepatitid A, B, C a vyšetření anti-HIV 1,2.

### **Kardiologické vyšetření**

Moderní léčba Hodgkinova lymfomu obsahuje kardiotoxické antracykliny, radioterapii, proto je nutné před zahájením léčby, v rámci úvodního stážování, provést EKG a echokardiografii. Díky zmíněným základním kardiologickým vyšetřením, může být odhalena porucha srdečního rytmu nebo porucha kontraktility srdce, která by mohla později zcela zásadně komplikovat průběh onkologické léčby.

### **Funkční vyšetření plic**

Vzhledem k plicní toxicitě radioterapie a cytostatik, především pneumotoxického bleomycinu je vhodné indikovat vyšetření plicních funkcí, spirometrii. V případě podezření na plicní poškození během léčby nebo po jejím ukončení (bleomycinová plíce, radiační pneumonitid), je tak možno porovnat nález kontrolního vyšetření s iniciálním a lépe tak definovat stupeň poškození plic.

### **Zobrazovací vyšetřovací metody**

V následujícím textu uvádím souhrn všech vyšetřovacích zobrazovacích metod, které hrají významnou roli nejen v úvodní diagnostice onemocnění, ale

slouží i následně k vyhodnocení léčebné odpovědi organismu během léčby i v jejím samotném závěru.

- *Rtg plic a srdce:* Základní zobrazovací metodou je RTG hrudníku v předozadní projekci se současným změřením šířky hrudníku a mediastina (rozšířeného nitrohrudním lymfomem). Je-li popsána šíře mediastina větší, nežli 1/3 šířky hrudníku, jedná se o masivní mediastinální tumor, který je hodnocen jako rizikový prognostický faktor.
- *Počítačová tomografie – CT:* Zobrazovací vyšetřovací metoda CT dnes již plně nahrazuje v minulosti používanou lymfografií. Při úvodním stážování pacienta se provádí CT vyšetření krku, hrudníku, břicha a malé pánve, které umožňuje určit lokalizaci a velikost postižených lymfatických uzlin. CT vyšetření je standardní metodou k určení stadia onemocnění.
- *Ultrazvukové vyšetření:* Sonografie krku, břicha může být velmi variabilní s mnohdy omezenými možnostmi diagnostiky v případě přítomnosti nadměrného tuku nebo plynatosti.
- *Magnetická rezonance – MR:* Magnetická rezonance je metodou volby v případě, že CT vyšetření zobrazuje cysty v játrech nebo slezině, je-li třeba vyloučit nebo potvrdit nález solidních útvarů či cévních malformací. Při postižení kostí a páteře, magnetická rezonance spolehlivě detekuje difúzní i lokální postižení kostní dřeně a centrálního nervového systému.
- *Pozitronová emisní tomografie – PET:* Fluorin-18-fluoro-2 deoxy -D -glukozová pozitronová emisní tomografie (FDG-PET) je vyšetření, které je v poslední době velmi často indikováno u pacientů s Hodgkinovým lymfomem k určení stadia onemocnění při iniciálním stagingu a i následně k vyhodnocení odpovědi na léčbu. FDG-PET vyšetření využívá faktu, že nádorová tkáň má vyšší aerobní glykolýzu ve srovnání s fyziologickou tkání. Pro vyšetření je nutné aplikovat do těla pacienta pozitronový zářič. Zářiče se připravují uměle v cyklotronu, (urychlovači). Nejčastěji se používá radiofarmakum Fluorin-18-fluoro-2 deoxy -D –glukosa (FDG). Radionuklid je pacientovi aplikován intravenózní cestou, poté je nutné vyčkat určitý čas, ve kterém se radionuklid akumuluje v místech se zvýšenou metabolickou aktivitou, v místě nádorového postižení. Po této době je pacient

uložen na vyšetřovací stůl a zavezen do nitra (tunelu) PET kamery. Tělo pacienta je snímáno detektory po jednotlivých sekvencích a po získání potřebného množství dat, jsou informace počítačově zpracovány v jednotlivé obrazce vyšetřených lokalit.

Pro pozitivu výsledku vyšetření, pro diagnostický důkaz přítomnosti maligního procesu v organismu, svědčí zvýšená akumulace radiofarmaka, která signalizuje výrazný hypermetabolismus glukózy v určité orgánové sekci.

- *Histologické vyšetření:* Základem pro diagnózu Hodgkinova lymfomu je histologické vyšetření lymfatické uzliny nebo jiné postižené tkáně. V rámci primárního komplexního vyšetření pacienta, lékař identifikuje zvětšené lymfatické uzliny a určí, která z nich bude extirpována a následně odeslána k histologickému vyšetření. Pacienty k těmto diagnostickým výkonům odesíláme na otorinolaringologické či chirurgické oddělení. Již v předchozím textu, jsem zmínila nutnost shody histologické diagnostiky dvou nezávislých patologů (druhého čtení), která je zásadní pro zahájení onkologické léčby.

Na našem oddělení v rámci diagnostiky provádíme biopsii kostní dřeně, trepanobiopsii.

- *Trepanobiopsie:* Biopstický odběr vzorku kostního válce, určený k histologickému vyšetření, se provádí po předchozí analgeticko - sedativní premedikaci s lokální anestezií místa vpichu, ambulantně, z oblasti crista iliaca posterior superior (z oblasti kosti kyčelní) za přísných sterilních kautel. Odebraný vzorek kostního válce je vložen do zkumavky s formalínem a následně odeslán k histologickému vyšetření. Výsledek vyšetření kostní dřeně detekuje její postižení, které u pacientů s Hodgkinovou chorobou bývá pouze ložiskové, méně často pak difúzní.

Základem úspěšné léčby onemocnění Hodgkinovým lymfomem je včasné určení správné diagnózy, důkladné vyhodnocení klinického stadia nemoci a prognostických faktorů

### 1.1.6 Histologická klasifikace a prognostické faktory

Hodgkinova choroba je zastoupena dvěma odlišnými jednotkami. Zástupcem první skupiny je modulární predominantně lymfocytární Hodgkinův lymfom, druhou skupinu tvoří klasický Hodgkinův lymfom, který se podle WHO klasifikace krevních chorob dělí na:

- a) subtyp nodulární sklerózy
- b) subtyp smíšené buněčnosti
- c) na lymfocyty bohatý Hodgkinův lymfom
- d) subtyp lymfocytární deplece

#### **Nodulární predominantně lymfocytární Hodgkinův lymfom**

Tento typ se liší od klasického typu Hodgkinovy choroby, Reed-Sternbergovy buňky zde chybí. Tyto jsou nahrazeny velkými buňkami s členitými lobulárními jádry, které exprimují antigen CD 20. Výskyt tohoto typu Hodgkinova lymfomu je častější u mužů a obvykle je diagnostikován v klinickém stadiu postižení krčních uzlin bez postižení mediastina. B – symptomy u pacientů nacházíme jen výjimečně. Onemocnění je méně agresivní, než klasický typ, ale má tendenci k pozdním relapsům, ke kterým dochází i po více, jak 10 letech iniciální léčby.

#### **Klasický Hodgkinův lymfom**

Základní znakem tohoto onemocnění je přítomnost Reed-Sternbergových buněk a jejich charakteristické „zánětlivé, reaktivní“ buněčnosti ve svém okolí. Tyto buňky jsou zastoupeny v patologické tkáni jen v 0,5 – 1,0 %. Onemocnění se manifestuje nebolestivým zvětšením uzlin, lymfadenopatií, přičemž každý histologický podtyp nemoci, má své vlastní charakteristiky. Důležité je, že velikost uzlin se může měnit, zvětšují se a zmenšují (reaktivní nemaligní, zánětlivé okolí).

a) Hodgkinův lymfom, subtyp modulární sklerózy je nejčastější. Dominantně postihuje dospívající jedince a mladé dospělé jedince. Zvětšené uzliny nacházíme v oblasti cervikální, supraklavikulární a mediastinální oblasti;

b) Hodgkinův lymfom, subtyp smíšené buněčnosti je spojen s pokročilejším stadiem onemocnění a horší prognózou. Postihuje jedince v dětském věku a dále pak staré osoby;

c) Hodgkinův lymfom, bohatý na lymfocyty – tento typ je nově definován v mezinárodní klasifikaci WHO. Před érou imunohistochemie byl směřován s NLPHL. Rozdíl spočívá v přítomnosti Reed-Sternbergových buněk s klasickým imunofenotypem CD15 a CD30;

d) Hodgkinův lymfom, podtyp lymfocytární deplece (s vyšším množstvím H/RS buněk) se s převahou vyskytuje u starších osob, často v symptomatické extenzivní formě nemoci, bez periferní lymfadenopatie. Incidence tohoto podtypu nemoci je podstatně menší, než u předchozích subtypů.

**Klasifikace klinických stadií Hodgkinova lymfomu:** Pro stanovení klinického stadia nemoci se používá klasifikace dle Ann Arbor. K rozsahu onemocnění se standardně přidává písmeno A, není-li přítomen žádný ze systémových příznaků. Písmeno B, je přídatkem v číselné klasifikaci (viz výše: nejasné febrilie, noční poty, váhový úbytek).

*Stadium I.* - postižení jedné oblasti mízních uzlin nebo jednoho mimouzlinového orgánu či místa;

*Stadium II.* – postižení dvou nebo více oblastí mízních uzlin na stejné straně bránice nebo lokalizované postižení mimouzlinového orgánu či místa se současným postižením jedné nebo více mízních uzlin na téže straně bránice;

*Stadium III.* – postižení mízních uzlin na obou stranách bránice, které může být doprovázeno postižením sleziny nebo lokalizovaným postižením mimouzlinového orgánu nebo místa či obou současně;

*Stadium IV.* – difúzní či diseminované postižení jednoho nebo více mimouzlinových orgánů, tkání se současným postižením mízních uzlin či bez postižení mízních uzlin.

**Členění klinického stadia onemocnění do prognostických skupin:** Paralelně s určením klinického stadia onemocnění se stanovují tzv. rizikové faktory, které spolu se stádiem onemocnění určují zařazení pacienta do prognostických skupin, které v současné době určují optimální způsob léčby.

**Rizikové faktory (podle GHSG: German Hodgkin Study Group):**

- a) infiltrát v mediastinu větší než 1/3 průměru hrudníku
- b) extranodální postižení
- c) sedimentace erytrocytů více než 30/hod. s přítomností B – příznaků nebo výše sedimentace 50/hod. a více bez přítomnosti B – příznaků
- d) postižení 3 a více oblastí (regionů) lymfatických uzlin.

**Prognosticky příznivá skupina** – zahrnuje klinické stadium I a bez rizikových faktorů;

**Prognosticky intermediární skupina** – zahrnuje klinické stadium I, II s rizikovými faktory (mimo stádia IIB s MMT a E postižením);

**Prognosticky nepříznivá skupina** - zahrnuje klinické stadium III, IV a klinické stádium IIB s rizikovými faktory „a“ a „b“:

- a) s velkým mediastinálním infiltrátem větším, než 1/3 průměru hrudníku
- b) s extranodálním postižením [3, s. 170 – 173]

### **1.1.7 Klinické vyšetření a vyhodnocení celkového stavu pacienta**

Pečlivě provedená anamnéza je základem vyšetření. Pacient si velmi často stěžuje na prvním místě na systémové příznaky (B symptomy), které mnohdy předcházejí diagnózu maligního lymfomu. Podrobně jsou uvedeny výše (febrilie, hubnutí, noční poty). Vyskytují se více než u třetiny pacientů s Hodgkinovým lymfomem.

Mezi další příznaky onemocnění patří kašel, svědění kůže, bledá kůže, zejména v obličeji (barva bílé kávy), bolesti kostí a ojediněle i tzv. alkoholová

bolest, která vzniká v místě postižení lymfomem po vypití i malého množství alkoholu.

Detailní anamnestická data osvětlí i další přidružené onemocnění, které může být důležité pro volbu terapie a zvážení rizik pozdních následků léčby. Důležitá je farmakologická anamnéza pacienta, která napomáhá identifikovat léky, které mohou ovlivnit velikost mízních uzlin a falešně tak napodobit klinický obraz Hodgkinovy nemoci. Jedná se především o karbamazepin, soli zlata, allopurinol, indomethacin, sulfonamidy, peniciliny, gentamycin, fenylbutazon, acylpyrin, erytromycin, tetracykliny, sulfasalazin, metyldopa a levodopa.

Při fyzikálním vyšetření pacienta se zaměřujeme na lokalizaci, konzistenci a velikost zvětšených lymfatických uzlin. Lymfatická uzlina větší než 1,5 cm ve svém nejdelším průměru, je hodnocena jako zvětšená. Dalším cílem fyzikálního vyšetření lymfatických uzlin pacienta je výběr vhodné uzliny, případně jiné tkáně, k biopsii, k exstirpaci a následnému histologickému vyšetření.

Významné je posouzení celkového stavu pacienta a jeho kondice. Vyjadřuje se pomocí stupnice World Health Organisation (WHO) nebo stupnice Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) a je významná z hlediska rozhodování, zda je pacient schopen léčby a v jaké intenzitě [1, s. 149].

### **1.1.8 Léčebné postupy Hodgkinova lymfomu**

Aktuální léčebná strategie je založena na zhodnocení klinického stadia onemocnění a přítomnosti rizikových faktorů. Historicky první kurativní metodou v léčbě Hodgkinova lymfomu byla radioterapie.

Od 70. let minulého století se však stále více prosazuje chemoterapie, která se postupně stala pro všechny klinická stadia základním léčebným postupem. U lokalizovaných stadií je chemoterapie doplněna radioterapií a u pokročilých stadií je rezervována na rezidua nádorové tkáně po předchozí intenzivní chemoterapii.

Cílem léčebných postupů u lokalizovaných stadií onemocnění je při zachování výborných výsledků redukovat protinádorovou terapii, z důvodu prevence pozdních nežádoucích účinků chemoterapie. U intermediárních a pokročilých stadií bylo snahou naopak dosáhnout lepších výsledků léčby cestou intenzifikace dávky chemoterapie.



## TERAPIE I. LINIE

**1. Prognosticky příznivá skupina (počáteční stádia): klinické stadium I a II bez rizikových faktorů.** Pacienti s takto definovaným postižením jsou léčeni 2 cykly chemoterapie ABVD + radioterapií s dávkou 30 Gy IF. Cyklus se opakuje každých 29 dní.

*ABVD* je kombinace následujících cytostatik:

*Adriamycin* v dávce  $25 \text{ mg/m}^2$  plochy těla pacienta, podaný intravenózní infúzí 1. + 15. den cyklu.

*Bleomycin* v dávce  $10 \text{ mg/m}^2$  plochy těla pacienta, aplikovaný jako intravenózní bolus 1. + 15. den cyklu.

*Vinblastin* v dávce  $6 \text{ mg/m}^2$  plochy těla pacienta, podaný intravenózní cestou jako bolus 1. + 15. den cyklu.

*Dacarbazin* v dávce  $375 \text{ mg/m}^2$  plochy těla pacienta, aplikovaný intravenózní infúzí 1. + 15. den cyklu.

**2. Prognosticky intermediární skupina, klinické stadium I a II s rizikovými faktory.** Pacienti zařazení do této skupiny jsou standardně léčeni 4 cykly chemoterapie ABVD s následnou radioterapií v dávce 30 Gy IF. U nás jsme část těchto pacientů léčili v rámci intenzifikované chemoterapie BEACOPP eskalovaný (2 cykly) + 2 x ABVD + RT 30 Gy.

**3. Prognosticky nepříznivá skupina, pokročilá stádia, klinické stadium IIB s velkým mediastinálním tumorem a/nebo s extranodálním postižením, klinické stadium III a IV.** Na našem pracovišti pacientům v této skupině je indikováno 8 cyklů eskalovaného režimu BEACOPP a v případě pozitivního nálezu na PET vyšetření, po ukončeném 8. cyklu, radioterapie.

*BEACOPP* je kombinace následujících cytostatik:

*Cyklofosfamid* v basální dávce  $650 \text{ mg/m}^2$  plochy těla pacienta, či v eskalované dávce  $1.250 \text{ mg/m}^2$ , aplikovaný intravenózní infúzí 1. den cyklu.

Indikační skupina: cytostatikum, používané v kombinované terapii nebo jako monoterapie u maligních hematologických onemocnění. Před zahájením

léčby cyklofosfamidem je třeba u pacienta vyloučit nebo upravit onemocnění ledvin, obstrukci močových cest či infekční onemocnění močových cest. Důvodem je urotoxický nežádoucí účinek cyklofosfamidu, kdy jeho metabolity mohou vyvolat ve vývodných močových cestách a v močovém měchýři patologické změny. V závislosti na výši podané dávky cyklofosfamidu, může u pacientů dojít k závažné hemoragické cystitidě. Proto se v rámci prevence tohoto nežádoucího urotoxického účinku, ordinuje před jeho aplikací, v závislosti na výši dávky, Uromitexan 400 mg, i.v., v čase 0 hod. a následně pak za 4 hodiny a 6 hodin od zahájení cytostatické infúze, v dávce ordinované lékařem.

*Adriamycin* v bazální dávce 25 mg/m<sup>2</sup> plocha těla pacienta, či v eskalované dávce 35 mg/m<sup>2</sup>, podaný intravenózní infúzí 1. den cyklu.

Indikační skupina: protinádorové antibiotikum ze skupiny antracyklinů

*Etoposid* v basální dávce 100 mg/m<sup>2</sup> plochy těla pacienta, či v eskalované dávce 200mg/m<sup>2</sup>, aplikovaný formou intravenózní infúze 1., 2. a 3. den cyklu.

Indikační skupina: cytostatikum

*Prokarbazin* v dávce 100 mg/m<sup>2</sup> p.o. podávaný 1. – 7. den.

Indikační skupina: alkylační cytostatikum

*Prednison* v dávce 40 mg/m<sup>2</sup>, p.o. podávaný 1. – 7. den.

Indikační skupina: kortikosteroid

*Vinkristin* v dávce 1,4 mg/m<sup>2</sup>, aplikovaný intravenózní cestou 8. den. Indikační skupina: cytostatikum, zvýšený nežádoucí neurotoxický účinek

*Bleomycin* v dávce 10 mg/m<sup>2</sup>, aplikovaný jako intravenózní bolus 8. den. Indikační skupina: cytostatikum, zvýšený nežádoucí účinek plicní toxicity

Interval mezi podáním jednotlivých cyklů je 14 dní nebo 21 dní [1, s. 154 – 156; 3, s. 173 – 175].

### *Podpůrná léčebná medikace*

Vlastní léčbu Hodgkinovy choroby představuje intravenózní léčba cytostatickými preparáty a perorálně podávaný Prednison a Natulan. Pro komplexní léčbu a prevenci nežádoucích účinků toxické terapie, je pacientům ordinována i podpůrná léčba. Pacienti užívají:

*Prednison 20 mg tbl.*, kortikosteroid v dávce 2-2-0 20 mg tbl. 1. – 14. den cyklu, p.o.

*Loseprazol tobolky*, antacidum, antiulcerotikum, antiflatulencium v dávce 1-0-0 tobolka, 1. – 14. den cyklu, p.o.

*Kalnormintbl.*, tablety s prodlouženým uvolňováním, farmakoterapeutická skupina soli a ionty, k perorálnímu užívání, 1-0-0 tbl., p.o.

*Biseptol tbl.* antibakteriální léčivo, chemoterapeutikum profylaktické podání vždy v 2. týdnu cyklu, v období neutropenie v dávce 1-0-1 tbl., p.o.

*Diflucan tobolky* systémové antimykotikum, profylaktická dávka v 2. týdnu cyklu 0-1-0 tobolka, p.o.

*Zofranzydis 8 mg* antiemetikum, 1. – 3. den + 8. den před zahájením aplikace chemoterapie. Zofran 8 mg 1 amp. i. v. a dále v tyto dny 0-1-1 tbl. denně, rozpustit tabletu na jazyku v období bez aplikace chemoterapie 1-1-1 tbl.

*Milurit 100 mg* antiuraticum, prevence hyperurikémie při destruktivní terapii nádorových buněk, užívá se jen v 1. cyklu, 1-1-0 tbl., p.o.

*Clexane inj. Sol. 0,4 ml/4 KU* profylaktická terapie tromboembolické nemoci v dávce 1-0-0 inj. s.c. předplněné injekční stříkačky.

*Aranesp 500 MCG, inj.* antianemikum, podpůrný růstový faktor erytrocytů, aplikace 1 předplněná injekční stříkačka á 3 týdny.

*Neulasta 6 mg, 1 x 0,6 ml, inj.* podpůrný růstový faktor stimulující růst leukocytů v období neutropenie, s.c. aplikace 4. den každého cyklu.

*Dipherelin S.R. 3 mg, prášek pro inj. Suspensi* dekapeptidový analog přirozeného gonadotropin–releasinghormonu, který potlačuje sekreci gonadotropinu a následně tlumí testikulární a ovariální funkce. Aplikujeme intramuskulárně ženám před zahájením chemoterapeutické léčby a následně pak každý 28. den.

## **TERAPIE II. LINIE (LÉČBA PROGRESE)**

Terapie II. linie je léčebným postupem při nedostatečné účinnosti primární léčebné linie. Důvodem jejího selhání může být rezistence nádorových buněk na léčbu I. linie nebo relaps onemocnění. V tomto případě je aplikována vysokodávkovaná chemoterapie s následnou autologní transplantací periferních kmenových buněk. Pro léčbu Hodgkinovy choroby v II. linii se používají následující terapeutické režimy (příklady):

*DHAP* – aplikovaná kombinace dexametazonu, vysokodávkovaného cytosinarabinosidu a cisplatinu (nejčastěji);

*ASHAP* – kombinace doxorubicinu, metylprednisolonu, vysoké dávky cytosinarabinosidu a cisplatinu;

*IVA* – isofasfamid, etoposid, doxorubicin;

Kombinace cytostatik s Gentamycinem (např. IGEV, Gemox) a další.

Výše jmenované terapeutické režimy jsou označovány jako záchranné (salvage) režimy. Po redukci nádorové masy a při úspěšném sběru autologních periferních kmenových buněk (PBSC) je pacient dále léčen vysokodávkovanou léčbou, nejčastěji je používán přípravný režim BEAM (kombinovaná aplikace

karmustinu, etoposidu, cytarabinu a melfalanu). Vzhledem k hematologické toxicitě vysokodávkované chemoterapie následuje infuze vlastních (autologních) PBSC (autologní transplantace) [1, s. 156 – 157].

### **1.1.9 Ochrana reprodukčních orgánů a jejich funkcí**

Přestože se léčbě v nádorových onemocněních uplatňují nové diagnostické postupy a moderní léčebné intervence, protinádorová terapie zanechává často trvalé následky v podobě poškození reprodukčních funkcí jako následek poškození gonád.

Proto jsou neustále vyvíjeny a v praxi uplatňovány medicínské postupy, které jsou aplikovány jako preventivní opatření neplodnosti již před samotným zahájením onkologické léčby a během ní, s cílem zachování naděje na početí geneticky vlastního potomka.

Vlivem cytostatické léčby dochází u mužů k testikulární dysfunkci, k poškození spermatogeneze a k negativním změnám v genetické informaci ve spermích.

Ochrana fertility mužů je řešena pomocí kryokonzervace spermatu. V případech, kdy je opakovaně prokázána oligospermie nebo azospermie, lze provést invazivní odběr spermií metodou mikroepididymální aspirace nebo testikulární extrakce spermií s následnou intacytoplazmatickou injekcí spermie do cytoplazmy zralého oocyty. Při radioterapii je samozřejmostí využití ochranného štítu v oblasti zevního genitálu.

U žen je situace podstatně složitější. Na rozdíl od jiných tkání organismu, je tkán reprodukčních orgánů charakteristická svojí rychle proliferující tkání s omezeným počtem folikulárních buněk, proto vlivem onkologické léčby dochází často k jejich nevratnému poškození, k mutagenním účinkům na oocyty a k předčasné ovariální dysfunkci, která je definována jako zástava menstruačního cyklu delší než 6 měsíců.

I reprodukční ochrana je podstatně komplikovanější než u mužů, zejména z důvodu většího rizika poškození zárodečných buněk při mimotělní manipulaci a obtížnějšího způsobu jejich získávání z organismu ženy.

Ochrana fertility ženy může probíhat několika způsoby: nejlepší výsledky jsou při kryokonzervaci embryí (má-li žena stálého partnera, písemný souhlas

s použitím jeho spermií). Tato metoda je zavedena do běžné praxe, kdy po úvodní hormonální stimulaci, jsou odebrána vajíčka, in vitro oplodněna a embrya následně zamražena. Menší naděje na úspěch má kryokonzervace oocytů. Úskalím obou těchto postupů je omezené využití. Provádí se jen u pacientek, kterým rozsah maligního onemocnění umožňuje odklad zahájení cytostatické léčby. Další velmi perspektivní metodou (bohužel zatím experimentální) je zamražení ovariální tkáně před zahájením onkologické léčby. Po jejím ukončení může být tkán vaječníků zpětně transplantována do organismu ženy, s následnou obnovou produkce ženských pohlavních hormonů a zrání vajíček, které lze využít k oplození běžnými metodami asistované reprodukce.

Běžnou praxí je ochrana vaječníků během chemoterapeutické léčby injekční aplikací depotních léků, analogu gonadoliberinů. Tyto léky ovlivňují pravidelné dozrávání oocytů ve vaječnicích. Vaječnicky uvádějí do klidového prepubertálního stadia, kdy je rychle proliferující tkán vaječníků méně citlivá k nežádoucím účinkům chemoterapie. Dalším pozitivním účinkem podávání analogu gonadoliberinu během protinádorové léčby, je snížená intenzita a četnost menstruačního krvácení. Běžně akceptovaným postupem v klinické praxi, je intramuskulární aplikace depotního triptorelinu (Dipherelin S.R. 3 mg) 1 x za 28 dní. Účinek tohoto depotního léku však není stoprocentní, selhává zejména po aplikaci agresivnějšího léčebného režimu, proto se doporučuje tuto metodu ochrany fertility kombinovat s jinou formou ochranné léčby.

Ochrana reprodukčních funkcí u onkologických pacientů vyžaduje úzkou mezioborovou spolupráci, na které se podílí gynekolog, specialista v oboru asistované reprodukční medicíny, klinický onkolog, embryolog a urolog [1, s. 159 – 161].

#### **1.1.10 Hygienická a dietní opatření**

Po celou dobu cytostatické léčby, zejména v rizikovém období neutropenie, jsou pacienti ohroženi bakteriálními a plísňovými infekcemi. Přestože je v tomto období pacientům pravidelně aplikován růstový faktor podporující růst bílých krvinek, jsou pacientům doporučena následující preventivní hygienická

opatření. Týkají se omezení pohybu ve větším kolektivu, cestování hromadnou veřejnou dopravou, omezení návštěvy kin, divadel, veřejných bazénů a sportovišť.

V oblasti volby potravin a nápojů, u imunosuprimovaných pacientů, je třeba dbát na přísný výběr. Během onkologické léčby je nutné vyvarovat se konzumaci syrové zeleniny a ovoce, které nelze zbavit vrchní slupky. Z jídelníčku je nutné vyloučit mléčné výrobky obsahující živou kulturu bakterií (kefír, jogurty s mléčnou kulturou bakterií, měkké sýry, zrající plísňové sýry). Z alkoholických nápojů je nevhodné konzumovat kvasnicové pivo a např. burčák.

Obecně se pacientům nedoporučuje stravování ve společných stravovacích provozech, kde může být zvýšené riziko kontaminace potravin nebo jejich nedostatečná tepelná úprava.

Při nákupech je doporučeno volit balené pečivo, vakuově balené krájené tvrdé sýry a salámy. Přísné opatření se vztahuje zejména na zákaz konzumace sušených plodů, sušeného ovoce, ořechů, semínek, hub a potravin obsahujících celozrnnou mouku.

Všechna zmíněná opatření mají primárně preventivní charakter. Snižují riziko vzniku infekcí, pomáhají tak nekomplikovanému průběhu léčby, zejména k přesnému dodržení intervalů mezi aplikačními cykly.

### **Péče o dutinu ústní**

V rámci prevence bakteriálních a plísňových infekcí dutiny ústní, ošetřující lékař pacientům doporučuje pravidelné výplachy dutiny ústní jodovým klostadlem, alespoň 3x denně, nejlépe však po každém jídle a pití, dále rozpuštěnou 1 tabletou Zoviraxu (antivirotikum) ve 100 ml převařené vody, 5 x denně vypláchnout dutinu ústní, či výplach dutiny protiplísňovým roztokem Nystatinu.

#### **1.1.11 Prognóza onemocnění**

V této části práce jsem se pokusila vyjmenovat nejčastější pozdní následky léčby pacientů s Hodgkinovým lymfomem. Z textu je patrné, že i po vyléčení primárního onemocnění, sekundární následky významně ovlivňují kvalitu života pacientů, mění jeho sociální roli v životě a často i žebříček životních hodnot.

Jsou-li pacienti léčeni moderními strategiemi léčby, přežívá podle stádia a rizikových faktorů 85 – 95 % pacientů. V současné době je jejich životní naděje více než 40 let. Do popředí však začaly vystupovat pozdní následky léčby, které zvyšují morbiditu a mortalitu a výrazně zhoršují jejich kvalitu života. Nejzávažnější z nich je kardiotoxicita a vznik sekundárních malignit.

Sekundární malignity (Non-Hodgkinské lymfomy a akutní myeloidní leukémie/myelodysplastický syndrom) mohou vzplanout 5 – 10 let po terapii. Nebezpečí vzniku AML/MDS je spojováno s aplikací alkylačních látek a inhibitorů telomerázy (etoposid).

Solidní tumory (Ca plic, jícnu, kožní tumory) vznikají většinou později za 10 – 30 let po terapii, souvisí s velikostí ozařovacího pole a dávkou radioterapie. Dalším závažným pozdním následkem, vznikajícím s přibližně stejnou latencí je kardiotoxicita. Kardiotoxická cytostatika (antracykliny) a radioterapie mají za následek vznik ischemické choroby srdeční (poškození koronárních artérií zářením), poruchy chlopní, kardiomyopatie, městnavé srdeční selhání.

Po antracyklinech (Doxorubicin), které mají přímý mytoxický vliv na buňky myokardu může dojít k selhání kdykoliv, i akutně během léčby.

K pozdním následkům onkologické léčby patří také poruchy funkce štítné žlázy, ve smyslu snížené činnosti (hypotyreózy, autoimunitní thyreoiditis). Poruchy funkce vznikají s různou latencí po primární léčbě Hodgkinova lymfomu. Jsou spojovány se zvýšenou expozicí záření (Rtg, CT, PET, radioterapie) v oblasti krku.

Převážná část nemocných je mnoho let po ukončení léčby významně imunosuprimována. Pacienti jsou ohroženi vyšším výskytem infekčních nemocí, především bakteriemi typu pneumokoků a meningokoků.

Vlivem radioterapie se velmi často objevuje u nemocných poškození kostí a nosných kloubů. Nejen radioterapie je na vině stran poškození kostí, ale u žen do popředí vstupuje vznik osteoporózy jako následek předčasné menopauzy. Kombinací zmíněných vlivů a steroidů, které jsou součástí terapeutických schémat, jsou pacienti ohroženi vznikem aseptických nekrotických nosných kloubů, často s nutnou operační intervencí, náhrady kyčelního, kolenního kloubu.



Psychosociální následky léčby a kvalitu života nepříznivě ovlivňuje především zvýšená únava, pocit vyčerpání, nevykonnost, které perzistují mnohdy i trvale po terapii. Další dimenzí je snížená fyzická a mentální kondice, pozměněn sexuální život a změna sociální role pacienta v životě. Významně je omezena pracovní rehabilitace pacienta, v které se úspěšně uplatňuje pozvolný fyzický trénink, případně psychostimulancia.

## **1.2 Základní údaje o pacientce**

### **1.2.1 Anamnestické údaje**

Pacientka: K. K.  
Věk: 31 let  
Stav: rozvedená

#### **Nynější onemocnění:**

Dne 16. 9. 2010 pacientka přichází na naše oddělení s nově diagnostikovaným Hodgkinovým lymfomem, nodulární sklerózou, klinické stadium II B, k hospitalizaci, k zahájení 1. cyklu chemoterapie eskalovaný BEACOPP.

K vyšetření na odborném pracovišti, pacientku doporučila praktická lékařka, ke které se nemocná dostavila poté, co si nahmatala zvětšené krční uzliny vpravo. Současně pacientku trápí výrazné svědění kůže, zejména na končetinách a v oblasti okolí konečníku.

Při přijetí pacientka nemá potíže s dýcháním, v klidu ani při námaze. Neudává bolesti na hrudi, v zádech, rovněž tak palpitace. Kašel nemá, zažívací problémy neudává, chuť k jídlu označuje jako dobrou. S vyprazdňováním potíže nemá, stolice je pravidelná, bez příměsí, močení bez obtíží. Krvácivé projevy nemá, teploty, febrílie, zimnice, třesavku nemá. Pacientka se v noci potí, svědí jí kůže a okolí konečníku. Udává „alkoholovou bolest“ (bolest po požití i malého množství alkoholu v postižené uzlině – krční uzlina vpravo), zhubla asi 10 kg za posledních 6 měsíců.

Dle zdravotního stavu pacientky je v plánu 3. den aplikace léčby dimise. Nadále bude léčba probíhat ambulantně na denním stacionáři Oddělení klinické hematologie.

#### **Osobní anamnéza:**

Pacientka prodělala běžná dětská onemocnění. V dětství měla časté angíny. Přibližně 3 roky se pacientka léčí na dermatologickém oddělení pro alopecii areata, nyní zhruba od ledna 2010 se kožní a vlasové projevy výrazně zhoršily. Pacientka během svého života neprodělala žádný úraz.

Operaci prodělala v souvislosti s nynějším onemocněním, exstirpaci krční uzliny vpravo (8/2010). V 18 letech podstoupila nemocná umělé přerušování těhotenství. Sledovaná onemocnění – diabetes mellitus, kardiovaskulární onemocnění, duševní chorobu, jiné nádorové onemocnění, TBC, infekční mononukleózu či jiná infekční onemocnění, pacientka neudává.

Nemocná denně konzumuje 2 – 3 šálky černé kávy s mlékem, občas slabý černý čaj, alkohol jen příležitostně. Kouřila 10 – 15 cigaret denně, ale v souvislosti s onemocněním kouřit přestala. Pacientka přiznává v minulosti experimentální zkušenost s lehkými omamnými návykovými látkami.

#### **Farmakologická anamnéza:**

Nemocná v rámci dermatologické léčby alopecie lokálně aplikuje 2 x denně do kštice Neocapil roztok (imunomodulans) a 1 x denně do týla Belonet ung. Hormonální antikoncepci ani jiné léky neužívá.

#### **Alergologická anamnéza:**

Pacientka udává alergii na kočičí srst, projevy otoků očí a sliznice v dutině nosní. Léky na tyto potíže neužívá, řeší to odchodem z místa kontaktu se zvířetem. Jiné alergické projevy, astmatická dušnost, kopřivku, reakci na včelí štípnutí, roztoče, pyly, peří, potraviny, jódové preparáty, náplast ani léky, nemocná neudává.

#### **Gynekologická anamnéza:**

Ve 14 letech první menses, pravidelné, v trvání 5 dní. Poslední menstruace 8/2010. V 18 letech nemocná podstoupila umělé přerušování těhotenství. Porodila

dvě zdravé dcery (5 a 7 let). Neužívá hormonální antikoncepci a neprodělala gynekologickou operaci.

#### **Rodinná anamnéza:**

Otec nemocné má 56 roků, léčí se s ischemickou chorobou srdeční, před 5 lety prodělal operaci aortokoronární by-pass. Matka, 56 let, je zdravá. Sourozence má pacientka 3, sestra, 24 let, se léčí s atopickým ekzémem. Bratr, 15 let, má odoperovanou vrozenou srdeční vadu (vrozené vitium cordis), jinak je zdravý. Druhý bratr je zcela zdravý. Nemocná má dvě dcery, 5 a 7 let, jsou zdravé.

Sledovaná onemocnění – diabetes mellitus v rodině neudává, rovněž tak nádorová onemocnění, hematologické malignity, duševní choroby, TBC, onemocnění štítné žlázy či infekční onemocnění. Kardiovaskulární onemocnění – otec a bratr.

#### **Pracovní anamnéza:**

Pacientka vystudovala 4letou Evangelickou akademii - obor pečovatelka. Před onemocněním pracovala jako osobní asistentka v Domácí péči, péče o seniory Židovské obce. Nyní je v pracovní neschopnosti.

V pracovním prostředí nemocná nebyla v kontaktu s chemickými škodlivinami, nepracovala v extrémně vysokých či nízkých teplotách, nebyla v kontaktu se zářením, vibracemi a nepracovala ve vynucené pracovní poloze.

#### **Sociální anamnéza:**

Nemocná žije se svými dvěma dcerkami a s přítelem v činžovním domě, v bytě 2+1 s ústředním vytápěním, 4. patro bez výtahu.

### **1.2.2 Průběh léčby při hospitalizaci**

Dne 14. 9. 2010 byla pacientka plánovaně hospitalizována k aplikaci 1. cyklu chemoterapie, eskalovaný BEACOPP.

#### **Stav při přijetí:**

Pacientka byla při vědomí, plně orientována místem, časem i osobou. Spolupracovala, zaujímala aktivní polohu. Je astenické konstituce, eutrofická, váží 64 kg, měří 171 cm, BMI 22, BSA 1,7 m<sup>2</sup>. Chůzi má pacientka přirozenou, třes 0,

výraz tváře je fyziologický. Pacientka byla eupnoická (15'), afebrilní (36,8 °C), TK 115/75, P 68'. Řeč pacientky je plynulá. Kůže nemocné je bledého koloritu, v okolí loketních kloubů je svědivý makulózní ekzantém, kožní turgor přiměřený, bez známek cyanózy, bez ikteru, bez eflorescencí a bez projevů hemorhagické diatézy.

*Hlava:* tvar lebky mesocefalický, poklepově nebolestivá, výstupy nervus trigeminus jsou nebolestivé, inervace nervus faciális je symetrická. Vlasová pokrývka hlavy je nesouvislá v důsledku alopecie areata. Lysé ohraničené lokality na kštici a týle.

*Oči:* obočí pacientky je husté, víčka bez patologického nálezu, oční bulby jsou ve středním postavení, volně pohyblivé všemi směry bez nystagmu. Zorničky pacientky jsou izokorické, reagují na osvit a konvergenci. Spojivky růžové, skléry bílé, rohovka je průhledná.

*Uši a nos:* jsou bez výtoku

*Hrdlo a dutina ústní:* hrdlo pacientky je klidné, tonzily nejsou zvětšené, dutina ústní je bez povlaku, chrup je sanován, patrové oblouky jsou symetrické. Jazyk má nemocná vlhký, růžový, bez povlaku, plazí ve střední čáře. Rty jsou bledé, bez cyanózy, souměrné.

*Krk:* krční páteř – vážne rotace oboustranně z důvodu bolesti po exstirpaci krční uzliny. Krk štíhlý, hojící se jizva po exstirpaci LU vpravo. Pulzace karotid je oboustranně nezvětšená, náplň krčních žil nezvýšená, štítná žláza nezvětšená.

*Hrudník:* normostenický, souměrný, prsy bez hmatné rezistence a sekrece. Poklep plný, jasný, poslechově dýchání čisté bez vedlejších fenoménů. Axily volné, uzliny drobné hmatné vlevo.

*Srdce:* úder srdečního hrotu neviditelný, akce srdeční je pravidelná (68'), ozvy ohraničené, bez šelestů a cvalu.

*Břicho:* měkké, nebolestivé, bez hmatné rezistence, dechové vlny se plně šíří k třísłům, jizvy 0, poklep bubínkový, bez známek peritoneálního dráždění a ascitu, slyšitelná peristaltika.

*Játra:* nepřesahují pravý oblouk žeberní, nejsou zvětšena, palpačně nebolestivá, měkká, pulzace 0, hepatojugulární reflex 0, Murphy.

*Slezina:* nenaráží

*Ledviny:* krajina ledvin je oboustranně klidná, bimanuálně nehmatné, tapotement 0.

*Páteř:* poklep na trny obratlů je nebolestivý, páteř je pohyblivá, fyziologicky zakřivená.

*Horní končetiny:* bez otoků, pulzace hmatné na arteria radialis a arteria ulnaris oboustranně. V okolí loketních kloubů je na kůži makulózní ekzantém, svědivý. Klouby mají ušlechtilý tvar, jsou pohyblivé, nebolestivé.

*Dolní končetiny:* bez otoků, kůže srovnatelné barvy i teploty oboustranně. Palpace lýtek je nebolestivá. Homansův příznak negativní oboustranně. Dolní končetiny nemocné jsou bez známek žilní nedostatečnosti, bez varixů. Pulzace arteria femoralis oboustranně hmatné, bez šelestů.

*Uzliny:* submandibulární, okcipitální, supraklavikulární a inquitální jsou nezvětšeny. Drobně zvětšeny uzliny krční, pravostranně a axilární vlevo.

*Reflexy:* výbavné

*Čtít:* přiměřené

*Otoky:* 0

Pacientce v den přijetí byla odebrána periferní krev na stanovení biochemických parametrů (Na, K, urea, kreatinin, kyselina močová, bilirubin, ALT, AST, amyláza v séru, albumín, magnesium, glukóza, HCG, moč + močový sediment, FT4, FT3, TSH, ferritin, beta2–mikroglobin, erytropoetin, hladina B12, folát, homocystein). Všechny zmíněné parametry se pohybovaly ve fyziologických referenčních mezích. Hodnoty C reaktivního proteinu však byly zvýšené (33,7 mmol/l), dále laktátdehydrogenáza (4,95 mmol/l) a IgM (2,86).

Krevní obraz a mikroskopický diferenciál vypovídal o snížené hodnotě hemoglobinu (11,5 g/dl), hematokritu (32,4 procent). Zvýšené hodnoty byly stanoveny u leukocytů ( $11,5 \times 10^9$ ) a v diferenciálním rozpočtu lymfocytů ( $1,26 \times 10^9$ ). Sedimentace erytrocytů byla 48/ 1 hod.

V rámci sérologického vyšetření byla vyšetřena periferní krev pacientky na HBsAg, antiHBc, antiHCV, HIV, treponema pallidum a toxoplazmozu. Výsledky zmíněných vyšetření byly negativní.

Provedeno bylo i imunologické stanovení hladin protilátek proti EB viru, CM viru a borelióze. V posledním jmenovaném byla stanovena pozitivita.

Před hospitalizací se pacientka podrobila CT vyšetření krku, hrudníku, břicha a malé pánve, které detekovalo na krku zvětšené uzliny, tvořící paket vpravo, supraklavikulárně o velikosti cca 35 x 45 mm. Další objemný paket uzlin byl zaznamenán v oblasti mediastina o velikosti 103 x 106 x 64 mm, propagující se doprava a zevně od horní duté žíly. Ostatní obrazy CT snímků jsou bez patologických nálezů.

Rentgenový snímek provedený v předozadní a boční projekci poukázal na zvětšení pravého hilu a rozšířený stín horního pravého mediastina, na který nasedá útvar o velikosti 52 x 45 mm, odpovídající paketu uzlin.

Výsledkem pozitronové emisní tomografie bylo stanovení diagnostického závěru: nález lymfatické masy v mediastinu, periklavikulárně vpravo a jednotlivé uzliny vpravo ventrokaudálně na krku, dále vlevo při oblouku aorty vykazují vý-

razný hypermetabolismus glukózy a s nejvyšší pravděpodobností představují viabilní neoplázii.

V rámci diagnostického programu byla u pacientky provedena trepanobiopsie, jejíž výsledek označil kostní dřev bez infiltrace v rámci Hodgkinova lymfomu.

Histologické vyšetření krční uzliny potvrdilo infiltraci Hodgkinovým lymfomem, klasického typu, modulární sklerózy.

EKG a echokardiografické vyšetření byly bez patologických nálezů.

Před zahájením onkologické léčby (8. 9. 2010) byla zahájena farmakologická ochrana gonád (Diphereline 3 mg, intramuskulární injekcí).

Dne 14. 9. 2010 byla pacientce podána 1. dávka kombinované chemoterapie (Endoxan, Doxorubicin, Lastet) formou intravenózní infúze se současným perorálním podáním prokarbazinu (Natulan) a doprovodné, podpůrné perorální farmakologické terapie. Současně byla zahájena profylaktická aplikace nízkomolekulárního heparinu (Clexane 0,4 s.c. 1 x denně). Po celou dobu aplikace i v čase po jejím ukončení byla nemocná bez potíží, nauzeu neměla, cítila jen větší únavu. Noční spánek měla přerušovaný, budila se často.

Ve dnech 15. a 16. 9. 2010 pokračovala pacientka v aplikaci chemoterapie. Cítila lehkou nauzeu, neměla chuť k jídlu a byla unavená. Těšila se domů.

Po ukončení 3. aplikace léčby byla nemocná afebrilní, kardiopulmonálně kompenzovaná, bez dušnosti a známek infekce, propuštěna do domácího prostředí. Pokračování léčby bude probíhat ambulantně, na denním stacionáři, kam se dostaví 8. den k dopichu, k závěrečné aplikaci cytostatik 1. cyklu.

Rozpisu perorální terapie pacientka rozumí, je třeba posílit nácvik, zkušenost a sebedůvěru v aplikacích subkutánních injekcí v domácím prostředí.

## **2 Speciální část**

### **2.1 Ošetrovatelský proces - úvod**

Ošetrovatelský proces je označován jako základní metodický rámec pro realizaci ošetrovatelských cílů. Je vnímán jako vědecká metoda řešení problémů, jako specifický systematický způsob individualizovaného přístupu k ošetrování nemocných/ klientů. Ošetrovatelský proces je logickou metodou poskytování ošetrovatelské péče, která zahrnuje ve svém rámci 5 komponent, fází:

1. Zhodnocení nemocného – sběr informací o nemocném
2. Stanovení ošetrovatelské diagnózy
3. Plánování ošetrovatelské péče
4. Realizace navržených opatření
5. Hodnocení efektu poskytnuté péče

Ošetrovatelský proces se odráží v aktivních činnostech sestry, které provádí iniciativně sama, na základě hlubšího poznání nemocného, zejména takového, který své potřeby dostatečně nesignalizuje, protože toho není schopen nebo signalizovat neumí, nechce či nemůže.

Každá fáze ošetrovatelského procesu je samostatná, ale přístup k ošetrovatelské péči musí být uplatňován jako harmonický celek. Způsob práce s nemocným, způsob přístupu k profesionální ošetrovatelské péči, musí být uskutečňován v logickém pořadí a komplexně. Je nezbytné ho vnímat jako kontinuální, modifikovatelný, cyklický a nikdy nekončící vztah mezi pacientem a sestrou [4, s. 7 – 8].

Světová zdravotnická organizace (WHO) formulovala několik základních cílů současného ošetrovatelství, např. udržet a upevnit zdraví, navrátit zdraví, rozvíjet soběstačnost člověka, zmírnit utrpení nemocného a umožnit důstojnou smrt [5].



### 2.1.1 Model Marjory Gordon

Základní ošetrovatelské vzdělání M. Gordonová získala na Mount Sinai Hospital School of Nursing v New Yorku. Po ukončení bakalářského a magisterského studia na Hunter College of the City University of New York, obhájila svou doktorandskou práci z pedagogické psychologie na Boston College. Tématem práce bylo Diagnostické hodnocení. V roce 1974 identifikovala 11 okruhů vzorců chování a v roce 1987 publikovala „Model funkčních vzorců zdraví“. Je významnou osobností díky svému přínosu v ošetrovatelské teorii, ošetrovatelské diagnostice a plánování ošetrovatelské péče. Do roku 2004 stála v čele Severoamerické ošetrovatelské asociace pro diagnostiku (North American Nursing Diagnostic Association) [5, s. 99].

### 2.1.2 Vývoj modelu

Model je výsledkem grantu, který v 80. letech minulého století financovala federální vláda USA. Vychází z holistické a humanistické filozofie, z interakce člověka a prostředí a opírá se o ošetrovatelské modely a teorie různých autorek, zejména však D. E. Orem, D. Johnson a C. Roy (modely v kostce). Z hlediska holistické filozofie je tento model označován jako nejkomplexnější pojetí člověka v ošetrovatelství. Podle tohoto modelu může sestra kvalifikovaně zhodnotit zdravotní stav jak zdravého jedince, tak i nemocného.

Zdravotní stav pacienta/klienta může být funkční nebo dysfunkční. Je vyjádřením bio-psycho-sociální integrace. Základní strukturu tohoto modelu tvoří celkem 12 oblastí, vzorců zdraví:

1. Vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdraví
2. Výživa a metabolismus
3. Vylučování
4. Aktivita, cvičení
5. Spánek, odpočinek
6. Vnímání, poznávání
7. Sebekoncepce, sebeúcta
8. Plnění rolí, mezilidské vztahy

9. Sexualita
10. Stres, zátěžové situace, jejich zvládnání, tolerance
11. Víra, přesvědčení, životní hodnoty
12. Jiné

Vzorce zdraví jsou chápány jako úseky chování jedince v určitém čase. Při kontaktu s nemocným/klientem sestra identifikuje funkční nebo dysfunkční vzorec zdraví pomocí rozhovoru, pozorování, fyzikálním vyšetřením a analyzuje získané informace. Dysfunkční vzorec označí a zformuluje ošetrovatelskou diagnózu, dále pak informace zpracovává podle jednotlivých fází ošetrovatelského procesu. K posouzení funkčního či dysfunkčního modelu zdraví je však nutná adekvátní úroveň znalostí a dovedností sestry a používání standardních nástrojů k posouzení, např. výchozí individuální zdravotní stav, normy stanovené pro věkovou skupinu, normy kulturní a společenské [5].

## ***2.2 Kritéria hodnocení funkčního zdraví***

Pomocí modelu M. Gordonové jsem odebrala a sestavila ošetrovatelskou anamnézu u pacientky (paní K. K.). Model fungujícího zdraví jsem zvolila pro jeho komplexnost, přehlednost a nejvýstižnější možnost hodnocení všech dimenzí každého jedince, v době nemoci i zdraví.

**Vnímání zdravotního stavu** (aktivity k udržení zdraví): Pacientka vnímá své onemocnění jako velmi závažné. Dodržuje všechna doporučená hygienická a dietní opatření. Rozumí léčebnému režimu. Postupně překonala počáteční obavy při samostatné aplikaci subkutánních injekcí. Vzplanutí nemoci vnímá jako odezvu svého těla na stress a nespokojenost v osobním životě. Rodiče a přítel jsou pacientce oporou, pomáhají jí s péčí o dcery. Největším přáním nemocné je bezproblémový průběh dlouhé léčby a návrat zdraví, tak aby mohla plně převzít péči o děti a vrátit se ke své profesi.

**Výživa a metabolismus:** Před zahájením léčby i nyní je stav výživy nemocné v normě. Pacientka váží 64 kg a měří 172 cm, BMI 22. Před onemocněním

jedla 2 x denně, nebyla zvyklá snídat. Ve stravování dávala přednost domácí stravě a jen příležitostně konzumovala pokrmy ve veřejných stravovacích provozech. Nyní si je vědoma rizik, a dává výhradní přednost domácí stravě. Stravuje se podle dietních doporučení 3 x – 5 x denně. Pravidelně lehce posnídá, aby mohla užít předepsané léky. Váhu si nemocná nyní drží v normě, nehubne. Přibližně před půl rokem dodržovala „čínskou čistící“ dietu, do které vkládala naděje na zhojení alopecie. Dietu držela cca 2 měsíce, bez dermatologického efektu. V té době zhubla přibližně 10 kg. Poté se vrátila ke svým obvyklým stravovacím návykům a brzy přibrala na váze asi 3 kg. Příjem tekutin má nemocná dostatečný, vypije 2 – 3 litry tekutin. Upřednostňuje slabý černý čaj, neperlivou vodu a ovocný džus. Pacientka udává potíže související s přijímáním jídla a tekutin (bolest při polykáním stravy a tekutin). V konzumaci potravin preferuje sýry, kuřecí maso a zeleninu. Víra nemocné nedovoluje konzumovat vepřové maso a mořské živočichy, tyto zásady pacientka pečlivě dodržuje.

Kůže nemocné je fyziologického turgoru, bledé barvy, zejména v obličeji. Na horních končetinách v okolí loktů má pacientka začervenalý svědivý ekzantém. Její stesky souvisí i se svěděním v okolí konečníku. Na krku vpravo má hojící se jizvu po extirpaci uzliny, rána i její okolí jsou klidné. Ostatní kůže těla je bez erozí, vyrážky a krvácivých projevů.

Chrup má vlastní sanovaný, na preventivní stomatologické prohlídky chodí pravidelně.

V souvislosti s chemoterapií nemocná vnímá změnu chuti. Po léčebných aplikacích vnímá „pachut“ v ústech. Problém pacientka řeší cucáním bonbónů, žvýkáním žvýkaček nebo popíjením chuťově výrazných nápojů (pomerančový, grepový džus). Nemocná udává, že tyto intervence nepříjemný pocit zmírní, vnímá je jako pozitivní.

**Vylučování:** Před onemocněním pacientka neměla problémy s vylučováním moči a stolice. V současné době mívá často zácpu, kterou dává do souvislosti se zahájením léčby a změnou stravovacích návyků. Stolicí mívá 1 x za 2 – 3 dny, je tuhé konzistence, normálního vzhledu, bez příměsí. K zmírnění obtí-

ží pacientky naordinovala ošetřující lékařka Lactulózu, užívá 3 x denně 1 lžičku. I přes pravidelné užívání, vyprazdňování stolice činí problémy.

S močením nemocná problémy nemá, nevnímá při močení pálení, řezání. Příjem tekutin má dostatečný (2 – 3 litry tekutin denně). Moč má barvu žluté slámy.

Pacientka udává v souvislosti se současným onemocněním a předchorobím, zvýšené pocení, zejména v noci. Pot nezapáchá, avšak tento projev onemocnění vyžaduje časté sprchování a velmi častou výměnu prádla i lůžkovin.

**Aktivita** (cvičení): Paní K. K. vnímá svoji fyzickou kondici jako sníženou, ale uspokojivou. Nikdy se nevěnovala ve zvýšené intenzitě sportovním aktivitám. Má ráda klidné procházky přírodou a tanec. V současné době je více unavená. Musela omezit i vycházky se svými dětmi. Důvodem omezení je i fakt, že bydlí ve 4. patře činžovního domu, bez výtahu. Při stoupání do pater je dušná a pocítuje velkou slabost. V oblasti sebepěče (hygiena, výživa, vyprazdňování a oblékání) je zcela soběstačná.

V současné době je pacientka v pracovní neschopnosti, volný čas věnuje svým dcerám. Ráda jim čte, ráda poslouchá jejich vyprávění, a když cítí únavu, vyhoví si, jde spát nebo poslouchá hudbu.

Chůze, držení těla a koordinace pohybů pacientky jsou fyziologické.

**Spánek, odpočinek:** Nemocná vnímá zvýšenou únavu. Má potíže s usínáním, kterými trpěla již v době před onemocněním. Usíná dlouze, bez spánkových rituálů, bez farmakologické medikace, kolem 24 hodiny. Spánek má narušený ve všech jeho fázích, v iniciální, intermitentní a v terminální n-fázi. Přibližně 3x za noc se probouzí, cítí se plná energie a říká: „...spát bych dál již nemusela, šla bych třeba žehlit“. Ale protože si je vědoma, že musí svému tělu dopřát dostatečný odpočinek, snaží se po chvíli čtení usnout. Probouzí se kolem 6 hodiny ráno. Během dne vnímá únavu, ale snaží se přes den nespát, aby nedošlo k porušení přirozeného biorytmu.

**Vnímání, poznávání:** Paní K. K. nemá žádná smyslová omezení. Nemá potíže se sluchem, dobře slyší i šepot. Zrak má velmi dobrý, brýle nepotřebuje. Přečte i malá písmena např. na příbalových letácích léků. S pamětí problémy nemá, rozumí podávaným informacím. Vnímá-li nepohodlí nebo bolest, pátrá po příčinách a snaží se je adekvátním způsobem aktivně řešit. Pacientka je orientovaná místem, časem i osobou. Její řeč je plynulá, slova výstižná.

**Sebepojetí, sebeúcta:** Nemocná vnímá sebe sama jako pozitivní osobnost, nápaditou a optimistickou. Stěžejní, náročné situace řeší ihned, nepřipouští si nezdary ani v nepříznivých situacích. Tento osobitý přístup pacientce během mnoha těžkých životních chvil pomohl.

Změnu svého vzhledu vnímá jako očekávanou a dočasnou, vzhledem k onemocnění. Necítí jí jako problém ani ve styku s lidmi. Svoji nemoc paní K. K. vnímá jako příležitost k nové, lepší, životní cestě.

Po sdělení diagnózy své nemoci a na začátku léčby, nemocná cítila veliký strach – o sebe, o děti, jak to všechno zvládne. Tyto smutné psychické stavy přetrvávají dodnes, i když jsou už menší intenzity. Nemocné pomáhá, když se vypláče. Se svými pocity se nechce svěřovat rodičům a příteli, nechce jim přidělovat další starosti.

#### **Plnění rolí, mezilidské vztahy:**

Paní K. K. je rozvedená, žije ve společné domácnosti se svými dvěma dcerami a přítelem. Před zahájením chemoterapie se pacientka dohodla s otcem svých dětí na střídané péči. Důvodem toho rozhodnutí byl veliký strach, obavy a nejistota, jak bude nemocná zvládat léčbu a zároveň péči o dcery. Tuto změnu paní K. K. vnímala velmi negativně, byla smutná, plačtivá, měla strach o citové pouto s dcerami. Dalším důvodem k tomuto rozhodnutí byla i hospitalizace v 1. cyklu léčby. Ale již po třech dnech terapie a následném propuštění domů paní K. K. cítila, že starost a péči o své děti dokáže převzít, s pomocí rodičů, sama. Roli matky zvládá bez větších problémů. Dcery jsou velmi vnímavé a je-li paní K. K. unavená, nechají jí v klidu odpočinout a nabrat síly. Doprovod dětí do školky a školy plně převzal přítel a rodiče.

Rodina, zejména matka pacientky, jsou velkou oporou. Podporu nemocné vyjadřují i kolegové ze zaměstnání, je s nimi takřka denně v kontaktu, alespoň telefonicky, občas jí i navštíví. Nemocná tak necítí pocit sociální izolace, kontakt s okolím jí umožňuje rodina, přítel, známí a moderní technika.

**Sexualita:** Paní K. K. žije s přítelem ve společné domácnosti, jejich partnerský vztah vnímá jako harmonický, bezproblémový a uspořádaný. V příteli má velkou oporu a pomoc. Potomky ani po ukončení léčby neplánují.

U pacientky se věku 14 let dostavila první menstruace. Poslední cyklus měla v srpnu 2010, vždy pravidelný. Před zahájením léčby byla u nemocné zahájena farmakologická ochrana gonád. Po čas hormonální blokády pacientka nemenstruuje.

Z fyziologických těhotenství porodila dvě zdravé dcery (5 a 7 let). V 18 letech nemocná podstoupila umělé přerušování těhotenství. Antikoncepci již přibližně rok neužívá. Důvodem bylo vlastní rozhodnutí a nespokojenost s výkyvy nálad, návalů horka, zimy a pocitů vnitřního napětí a nepohody.

**Stress, zátěžové situace, jejich zvládnání a tolerance:** Nejvíce stresující situací byla pro pacientku doba, kdy se dozvěděla diagnózu své nemoci, údobí všech iniciálních vyšetření a zahájení léčby. Měla strach, v jak velkém rozsahu její onemocnění je, jak zvládne léčbu a péči o děti, bála se o jejich a svou budoucnost. Neužívala žádné léky na zklidnění, návykové látky ani alkohol. V tomto těžkém období jí byl na blízku vždy přítel a rodiče.

Nemocná přistupuje k problémům velmi otevřeně, přála si, aby všechna úvodní vyšetření měla za sebou a co nejdříve se zahájila léčba. Často měla plačtivou náladu, pláč jí ale pomáhal, vždy se po něm uklidnila a věděla, že najde sílu bojovat se závažným onemocněním a se všemi důsledky, které léčba přinese.

**Víra, přesvědčení, životní hodnoty:** Životní hodnotou pacientky je především zdraví, fungující rodinné zázemí, radost z dětství jejích dětí a drobné radosti života. Onemocnění paní K. K. naučilo větší pokoře, otevřenosti a trpělivosti. Také si více uvědomuje sílu a význam slov „*pomáhat, být oporou a oporu mít*“.

Paní K. K. má velmi blízký vztah k židovské víře, k židovské kultuře a tradicím. Vztah k víře jí předurčil židovský původ maminky, pacientka vystudovala Evangelickou akademii, po jejím ukončení pečovala o seniory Židovské obce. Obě dcery paní K. K. navštěvují Lauderovu školu, kde výuka i výchova dětí, má bilingvní charakter, probíhá v jazyce českém a hebrejském. Děti se učí základem židovských zvyků, tradic a kultury. Paní K. K. se snaží tyto zvyklosti dodržovat i doma, např. zachovává tradici rituální hygieny, odříkávání požehnání před jídlem i po něm.

V jejím sortimentu potravin zcela chybí vepřové maso, pokrmy z něj, takže i mořští živočichové jsou pro paní K. K. neakceptovatelnou potravinou. Velmi uctívaným svátkem jsou např. „židovské velikonoce“ (Pesach – tzv. Svátek nekvašených chlebů) a „židovský Nový rok“ (Rošha-šana – tzv. Hlava roku), který připadá podle gregoriánského kalendáře zhruba na období září až října. Samozřejmostí je dodržování dne odpočinku, sedmý den v týdnu Šabat (Šábés – prázdnina všech svátečních dnů).

Paní K. K. nebyla v této víře vychovávána, našla si k ní cestu až v adolescenci, po odhalení maminičina tajemství. Proto se přísně nedrží tradic, ale vybírá si ty, které vnímá pozitivně, ty které jí i dnes učí její maminka, a ty kterých se drží její dcery ze zkušeností nabytých ve škole.

Pacientka našla v židovské komunitě přátele, kteří jí pomáhají v optimismu a ví, že kdyby potřebovala jejich pomoc, může se s důvěrou obrátit i na ně. Často navštěvuje židovskou synagogu, v které se podle tradic Židé scházejí nejen za účelem modlitby, ale cílem je se sejt se známými a přátelsky si popovídat. Paní K. K. se modliteb zúčastňuje jen v době židovských svátků, ale ráda synagogu navštíví právě proto, aby potkala své přátele. I přes doporučená hygienická opatření si tuto radost nenechává upřít.

V souvislosti s náboženskými zvyklostmi a léčbou pacientka nemá žádná individuální přání. Přeje si své přesvědčení uchovat v soukromí.

### ***2.3 Ošetřovatelská péče pacientky ve zvolených dnech***

V této části práce je mojí snahou vystihnout problematiku dvou dnů léčby na denním stacionáři, které byly pro pacientku zásadní stran informací, nácviků

soběstačnosti v aplikaci injekcí, orientaci v plánu léčby a organizaci ambulantních kontrol. První zvolený den popisuje 8. den 1. cyklu, druhým dnem je 1. den 2. cyklu.

**Datum: 21. 9. 2010 – 8. den 1. cyklu BEACOPP eskalovaný**

**07:45 hod.** – Pacientka přichází na oddělení denního stacionáře k aplikaci dopichu, k dokončení 1. cyklu léčby. Během rozhovoru, jsem pacientce zavedla do předloktí LHK periferní žilní katétr, provedla odběr periferní krve na krevní obraz a v úvodu seznámila s chodem na denním stacionáři.

Po odběru krve šla paní K. K. na kontrolu k ošetřující lékařce, která na základě výsledků krevního odběru a aktuálního zdravotního stavu pacientky naordinovala aplikaci cytostatik. V krevním obraze nemocné byly zjištěny nízké hodnoty hemoglobinu (HGB 11,9 g/dl), nízké hodnoty leukocytů (WBC  $1,3 \times 10^9$ ) a nízký počet krevních destiček (PLT  $88 \times 10^9$ ). Při ambulantní kontrole si nemocná stěžovala na únavu a zácpu, která se dostavila po aplikaci léčby během hospitalizace.

Dutina ústní nemocné byla čistá, s dýcháním problémy neměla, nekašlala, byla afebrilní. Paní K.K. si stěžovala na sníženou chuť k jídlu a pachů v ústech. Její kůže byla suchá, nemocná udávala svědění na obou horních končetinách. Cílený dotaz na svědění v okolí konečnicku, nemocná negovala. Svědění ustalo po zahájení léčby.

**09:00 hod.** – Pacientce jsem aplikovala cestou periferního žilního katétru 1 amp. Kytril i.v., 2 mg Vincristine – bolus i.v., 15 mg Bleocin – bolus i.v., následný proplach 20 ml fyziologického roztoku a uzávěr periferní kanyly heparinovou zátkou. Během aplikace nemocná cítila intenzivní nepříjemnou chuť na jazyku a lehkou nauzeu. Svůj nepříjemný pocit signalizovala ihned poté, co se dostavil. Na základě zkušeností jsem jí doporučila při příští aplikaci tomuto pocitu předejít např. cucáním bonbónu, žvýkáním žvýkačky nebo popíjením ovocného nápoje.

**09:20 hod.** – Pro nemocnou byl tento den prvním v ambulantním režimu, proto bylo třeba ujistit se, že pacientka rozumí předepsanému rozpisu léků pro



jednotlivé týdny, ví, na co jednotlivé léky užívá, umí a dokáže si sama aplikovat injekce nízkomolekulárního heparinu a injekce s podpůrnými růstovými faktory, vede si kalendář, kdy aplikovat farmakologickou ochranu gonád. Vzhledem k ambulantní léčbě jsem s pacientkou důkladně probrala všechna hygienická a dietní opatření, které bude dodržovat po celou dobu léčby. Informací bylo na nemocnou moc, tento problém jsme společně vyřešily zapisováním si jednotlivých kroků, postupů v každém dni týdnu. Nemocné jsem dala prostor pro přemýšlení a otázky.

**10:30 hod.** – Paní K. K. se přichází ujistit a zopakovat si drobné nejasnosti ohledně stravování, současně udává svědivý pocit na břicho, s difúzním začervenáním kůže břicha. Jiné problémy (např. potíže s dýcháním) neudává. Ošetřující lékařka zhodnotila stav nemocné jako lokální alergickou reakci po aplikaci Bleomycinu a nemocné naordinovala 1 amp. Dithiaden + 100 ml 5 % glukózy v 15 min. infúzi s observací nemocné 1 hod. Fyziologické funkce nemocné byly v obvyklých fyziologických mezích. Pacientka na tuto situaci reagovala s překvapením a v následných cyklech i se strachem a obavou. V tomto dni se pacientka setkala s prvním, byť méně závažným nežádoucím účinkem léčby, který vnímala velmi citlivě.

**12:00 hod.** – Po ordinované observaci byla pacientka již bez jakýchkoli obtíží. Společným rozhovorem, ve kterém jsem s ní pohovořila o tom, že takovéto reakce, nežádoucí projevy jsou přechodné a při další aplikaci jim předejdeme předchozí naordinovanou premedikací, byla klidná, v dobrém psychickém stavu. Kůže břicha jí nesvědila, byla vybledlá.

S pacientkou jsem zopakovala všechna doporučení, ujistila jsem, že jim rozumí. Posledním úkolem tohoto dne bylo naučit pacientku aplikovat subkutánně injekce a podpořit její sebevědomí. Přestože během úvodní hospitalizace se nemocná již postupně seznamovala se samostatnou aplikací injekcí, i po propuštění jí léky aplikovala praktická lékařka. Paní K. K. měla před tímto výkonem veliký respekt, ale vnímala potřebu být soběstačná. Na podnos jsem připravila dezinfekci na kůži, buničité čtverečky, cvičební model pro nácvik aplikace, stříkačku, in-

jekční jehlu a proužek náplasti. V úvodní fázi jsem nemocné se slovním doprovodem ukazovala pracovní postup, poté jsme si role vyměnily. Pacientka postupně kroky prováděla sama a současně se slovně ujišťovala o správnosti postupu. Posledním krokem, byla samotná aplikace na cvičném modelu, kterou nemocná zvládla bez větších obtíží. Měla jen obavy, jestli opravdovou aplikaci (sama sobě) zvládne. Ujistila jsem jí o správnosti jejího postupu a informovala, že nebude-li si jista sama sebou nebo vyskytne-li se jakákoli překážka, která by měla nepříznivě ovlivnit samotnou aplikaci, necht' se dostaví na naše oddělení a společně tuto překážku zvládneme.

**13:00 hod.** – Pacientka odjíždí v doprovodu rodiny domů. Zná datum další návštěvy lékaře a zahájení 2. cyklu. Je v dobré psychické pohodě, usmívá se.

**Datum: 5. 10. 2010 1. den 2. cyklu BEACOPP eskalovaný**

**07:30 hod.** – Pacientka přichází k zahájení 2. cyklu léčby. Již při úvodním setkání je nemocná skleslá, stěžuje si na výkyvy nálad, pocit škrábání v krku, huře se jí polyká a má bolesti dolních končetin.

Pacientce jsem zavedla periferní žilní katétr, provedla odběr periferní krve na kontrolu krevního obrazu a podala informace o tom, jak bude probíhat její pobyt s aplikací léčiv na stacionáři po tři dny nového cyklu. Slovně jsem prověřila, jak se daří nemocné aplikovat samostatně injekce, objevily-li se jakékoli problémy stran podpůrné léčby v domácím prostředí. Kůže břicha a lokality aplikace byly klidné, bez hematomů a zarudnutí. Nemocná neuváděla žádné technické potíže, její stesky se týkaly velké únavy, bolesti v krku a bolesti dolních končetin, které cítila intenzivněji zejména v klidu. Paní K. K. udávala i potíže se spaním. Týkaly se usínání, častého probouzení během spánku a brzkého probouzení.

Pacientku vyšetřila ošetřující lékařka, během kontrolního vyšetření se nemocná svěřila lékařce se svými stesky. Z ambulantního vyšetření bylo zřejmé, že po ukončení 1. cyklu došlo k výraznému poklesu leukocytů (neutropenii). U pacientky se objevila mukozitida, se subjektivními projevy polykacích problému, pocitů škrábání a pálení v krku. Dutina ústní byla začervenalá, bez erozí, s bílým

povlakem jazyka a patrového oblouku. Paní K. K. trpí i nadále problémy s vyprazdňováním stolice, zácpou. Nemocná byla eupnoická, afebrilní, kůže bledé barvy, normální hydratace bez hemoragických diatéz. Na horních končetinách v okolí loktů je kůže pacientky suchá, zarůžovělá a svědivá. Na hlavě, v místech projevů alopecie, byla taktéž kůže klidná, bez defektů, zbylé vlasy nemocné vypadaly po ukončení 1. cyklu. I přestože paní K. K. byla zvyklá na změnu svého vzhledu z důvodu alopecie a věděla, že ztráta zbylých vlasů bude negativním důsledkem léčby, zopakovala jsem nemocné možnosti náhrad, jak tento dopad zmírnit, aby se cítila lépe. Nemocná upřednostňovala přirozený průběh, nechce nosit paruku, chce být taková, jaká je.

Problémy s dýcháním nemocná v klidu neměla, dušnost uváděla pacientka jen v souvislosti s chůzí do schodů. Tento problém řeší tím, že nechodí ven. Rodina obstarává nákupy a vyzvedávání dcer ze školy. Pocit bušení srdce neguje, rovněž bolesti břicha. Velkým trápením pacientky je zácpa. Nemocnou jsem edukovala o volbě jídelníčku, obsahujícího více ovoce, kompotů a dostatek tekutin, vše v rámci zachování dietních opatření. Paní K. K. byla ráda, že si o svém problému může otevřeně promluvit, přivítala i možnost rozšířeného jídelníčku o kompoty.

**09:00 hod.** – Pohledem jsem vyšetřila dutinu ústní nemocné. Dotazem jsem zhodnotila znalosti pacientky z hlediska hygienické péče. Nemocná si doma vyplachuje dutinu ústní jodovým kloktadlem, úleva je dočasná, velmi krátká. Po dnešní kontrole, paní K. K., ošetřující lékařka naordinovala Herpesin 1-1-1 tbl. (antivirotikum) per os. Pacientku jsem poučila o možnosti kloktat a vyplachovat ústa chlazeným roztokem, úlevu přináší cucání kostky ledu. Paní K. K. jsem informovala o nevhodnosti konzumace horkých, dráždivých jídel a pití džusu. V případě dalšího rozvoje mukozitídy, neschopnosti polykat či teplot, je nutná návštěva ošetřující lékařky.

**10:00 hod.** – Počátek intravenózní aplikace léčby. Na úvod chemoterapie jsem nemocné aplikovala v předepsané dávce a rychlosti antiemetikum, poté 400 mg Uromitexani.v. bolus (ochranná látka před urotoxicitou Endoxanu) první infúzi s cytostatikem, 500 ml FR + 2.125 mg Endoxanu. Během aplikace nemocná

nepocítovala žádné vedlejší nežádoucí projevy a po hodině aplikace jsme mohly přistoupit k podání další složky, 250 ml FR + 60 mg Doxorubicinu. S ohledem na netypickou barevnost cytostatika (oranžová) a cestu vylučování látky z těla ledvinami, jsem paní K. K. upozornila na změnu barvy moče po zbytek dne. Nemocná ocenila toto upozornění, i přestože během aplikace 1. cyklu, která probíhala za hospitalizace, byla ošetřujícím personálem na tuto skutečnost upozorněna, dnes si jí vůbec nevybavila. Infúzi jsem nemocné podala předepsanou rychlostí a ani během této aplikace nemocná neudávala žádné zdravotní problémy.

Posledním cytostatikem byla infúze 1.000 ml FR + 340 mg Lastetu s předepsanou rychlostí na 3 hodiny podání. Po 30 minutách aplikace nemocná udávala točení hlavy, slabost a pocity na zvracení. Přerušila jsem aplikaci infúze a informovala o této skutečnosti ošetřující lékařku. Při měření fyziologických funkcí jsem naměřila nemocné: TK 95/65, a P 100'. Pacientku jsem z aplikačního křesla přesunula a uložila na lůžko. Krátce poté nemocná cítila jak nevolnost a slabost odeznívá. Monitorované fyziologické funkce se vrátily k normálu. Když se pacientka cítila již v pořádku, nabídla jsem jí, aby se lehce nasvačila a napila. Paní K. K. se cítila mnohem lépe a svěřila se mi s obavami, které měla v souvislosti s aplikací léčby v novém prostředí.

Pro rozptýlení, před pokračováním aplikace jsem paní K. K. nabídla možnost odejít ze stacionáře, projít se v jiných prostorách oddělení nebo na krátkou procházku mimo budovu. Tato nabídka pacientku velmi potěšila, nevěděla, že má takovou možnost. Příležitosti nevyužila, ale cítila jsem, jak je nemocná uvolněnější, klidnější a krátce poté se svěřila, že je připravená k pokračování léčebné aplikace.

Po změření TK, P, D, a TT jsem po dohodě s ošetřující lékařkou opět zahájila aplikaci infúze. Po celou dobu aplikace byla nemocná na lůžku, byla jsem u ní, v neustálém kontaktu, pro kontrolu případných obtíží, ale zejména pro klid a pohodu nemocné. Do samotného závěru aplikace se u pacientky nevyskytly již žádné nepříznivé projevy. Po ukončení infúze jsem periferní žilní katétr uzavřela heparinovou zátkou, kanylu překryla prubanem, neboť periferní kanyla je pacientům zaváděna, podle zvyklostí, na dobu 3 dnů.

Pacientku jsem poučila o nutnosti zvýšené opatrnosti při oblékání, svlékání, hygieně a běžných domácích činnostech. Poté jsem provedla o tomto poučení zápis do ošetrovatelské dokumentace a nemocná seznámení stvrdila svým podpisem.

**14:00 hod.** – odpolední čas si pacientka zvolila pro aplikaci subkutánní injekce Clexanu 0,4 ml, proto jsem vyzvala nemocnou, aby si injekci aplikovala přede mnou. Měla jsem tak možnost zhodnotit její zručnost a správnost aplikace. Paní K. K. tento úkon již zvládala sama a bezchybně.

**14:30 hod.** – pacientka ukončila pobyt na denním stacionáři. Byla v dobré psychické kondici, cítila se unavená, ale šťastná, že i přes malé potíže, vše zvládla a může odjet domů ke svým blízkým. Paní K. K. jsem informovala o čase, ve kterém se následující den dostaví k další aplikaci léčby a o průběhu aplikace, která je plánována již v kratším čase, nežli aplikace prvního dne. Nemocná odcházela domů s doprovodem svého přítele, usmívala se.

## ***2.4 Krátkodobý plán ošetrovatelské péče***

Pro stanovení aktuálních ošetrovatelských problémů pacientky, jsem zvolila výše uvedené dny, konkrétně 8. den 1. cyklu a 1. den 2. cyklu.

### **2.4.1 Nedostatek informací v souvislosti s novými situačními faktory, nedostatkem zkušeností a znalostí pacienta**

Ošetrovatelská diagnóza je stanovena 8. den 1. cyklu.

#### **Cíl ošetrovatelské péče:**

- Pacientka se umí orientovat v organizaci a prostoru nového prostředí.
- Nemocná má dostatek informací a potřebné znalosti.
- Pacientka ví, na koho se obrátit v případě potřeby získat pomoc, radu, ujistění.

**Plán ošetrovatelské péče:**

- Seznámit pacientku s prostory a orientací v ambulantní části oddělení, kde se bude pohybovat a v kterých bude probíhat její léčba.
- Vysvětlit nemocné postup, organizaci konkrétních dní, ve kterých se nemocná podrobí léčebnému programu.
- Předat nemocné dostatečné množství informací o vlastní léčbě, léčbě podpůrné, o dietních a hygienických opatřeních.
- Doporučit nemocné pomocné způsoby orientace v komplexním plánu léčby (sestavit si domácí harmonogram, čas, datum, kdy a jaké léky, injekce...).
- Předat nemocné telefonický kontakt, pro případ potřeby získat radu, pomoc, nové informace [6, 7].

**Realizace ošetrovatelského plánu:**

Při příchodu nemocné na ambulantní část oddělení jsem paní K. K. seznámila s programem dne, se způsobem, jakým bude probíhat den léčby. Na úvod našeho rozhovoru jsem se zeptala, jak se nemocná cítí a jak vnímá svůj současný zdravotní stav, s ohledem na předešlé léčebné aplikace.

Nemocné jsem zavedla periferní žilní katétr, provedla odběr periferní krve na vyšetření hodnot krevního obrazu a nemocnou jsem doprovodila do ordinace ošetrojící lékařky. Po ambulantní kontrole jsem paní K. K. odvedla na denní stacionář k aplikaci léčebné terapie. Nemocné jsem vysvětlila způsob aplikace, upozornila na nežádoucí projevy aplikovaných léků (nepříjemný chuťový a čichový vjem, slabost, točení hlavy, pocit horka, bušení srdce), připravila jsem si potřebné pomůcky a zahájila ordinovanou aplikaci léků.

Během pomalé aplikace léčiv jsem sledovala aktuální reakce pacientky na podávaná cytostatika (barva kůže, zbarvení rtů, dýchání, pocení, nauzea) a dotazy jsem vyzývala nemocnou k vyjádření vlastních pocitů. Nemocná se cítila dobře, i když vnímala nepříjemnou chuť v ústech. Po ukončení aplikace jsem nemocné předala tištěný rozpis doprovodné léčby a vysvětlila, jak se v něm orientovat, jaké jsou účinky jednotlivých léků a vyzdvihla jsem informace o samostatné aplikaci injekcí s.c. i s ohledem na jejich správné uskladnění. Zdůraznila jsem doporučení o výběru potravin, skladbě jídelníčku a hygienických opatřeních.

Paní K. K. informacím rozuměla, ale vnímala je jako nadpočetné a měla strach, že si vše správně nezapamatuje a nebude se umět doma v informacích orientovat. Proto jsem jí doporučila vytvořit si časový rozpis, harmonogram (kdy a jaké léky užívat či aplikovat, kdy se dostavit k aplikaci léčby, kdy na kontrolní prohlídku ošetřující lékařkou) a vyvěsit ho doma na viditelném místě. Pacientce jsem předala svoji zkušenost, uklidnila jsem jí informací, že tento psychický stav, strach, „zmatenost“, neschopnost udržet velké množství informací, prožívá každý pacient, který se nachází na samém počátku léčby.

Paní K. K. jsem předala informaci o tom, že tento stav je přechodný a postupně, spolu s nabývajícými zkušenostmi se situace uklidní, upraví. Pro větší pocit jistoty jsem nemocné předala telefonní spojení na naše pracoviště, pro případ potřeby konzultovat jakýkoli zdravotní problém, potřebu rady, pomoci či ujistění se ve správnosti svého počínání.

#### **Hodnocení:**

Plánem a realizací ošetrovatelské péče jsem se snažila poskytnout nemocné dostatek informací, které jí pomohou při orientaci v novém prostředí a budou jí nápomocné při sebeobsluze v rámci doprovodné léčby v domácím prostředí. Hodnocení splněných cílů jsem provedla při zahájení 2. cyklu léčby (5. 10. 2010).

Pacientka vnímá podporu a ochotu ošetrovajícího personálu kdykoli pomoci, ale je ještě stále nejistá v domácí sebeobslužnosti, má sníženou důvěru v sebe sama.

Dle vyjádření nemocné a podle mého subjektivního hodnocení *cíle ošetrovatelské péče hodnotím jako částečně splněné.*

#### **2.4.2. Strach v souvislosti s léčbou**

Ošetrovatelská diagnóza je stanovena 8. den 1. Cyklu

#### **Cíl ošetrovatelské péče:**

- Nemocná umí identifikovat zdroj strachu a verbalizovat jej.

- Pacientka udává zmírnění projevů strachu (tachykardie, pocení, tachypnoe, třes....).
- Nemocná zná a umí používat efektivní způsoby zvládnání strachu.

#### **Plán ošetrovatelské péče:**

- Identifikovat největší zdroj strachu, obav pacientky.
- Sledovat při rozhovoru s nemocnou její verbální a neverbální projevy strachu.
- Pomoci nemocné racionálně analyzovat příčiny strachu, obav, nejistoty.
- Seznámit nemocnou s možnostmi jak strach zmírnit (efektivní způsoby zvládnání strachu) [6, 7].

#### **Realizace ošetrovatelského plánu:**

Při rozhovoru s nemocnou jsme společně zopakovaly všechny kroky nemocniční a domácí léčby. Pacientka se svěčila, že je přesycená informacemi, má strach, že všechny neuchová, případně je poplete. Při verbalizaci obav, strachu jsem si všímala neverbálních projevů nemocné. Paní K. K. se třásly ruce, používala nadměrnou gestikulaci, byla pobledlá, pokládala opakované dotazy a nebyla soustředěná na odpovědi. Proto jsem všechny informace zopakovala a vyzvala nemocnou, aby si je zapsala.

Znovu jsem jí ujistila o tom, že její reakce jsou přirozené a dočasné, ošetřující personál se s těmito projevy velmi často setkává, umí je předvídat a zná způsoby, jak pomoci nemocným takové situace překlenout. Jako velmi přínosné nemocná hodnotila ujištění, že postupně v čase všechny informace zpracuje, uklidní se, získá nadhled a vnitřní jistotu.

Pacientce jsem nabídla způsoby, jakými lze zmírnit strach. Seznámila jsem jí s metodami, které by jí v počátku těžké životní situace, v boji se strachem mohly pomoci. Jako příklad jsem uvedla strach pacientky ze samostatných aplikací s. c. injekcí. Připomněly jsme si společný nácvik, poté jsem vyzdvihla, jak paní K. K. úspěšně tento výkon zvládla a následně jsem zopakovala pomalu, postupně každý krok výkonu.



Jako další vhodný způsob, jsem nemocnou seznámila s technikou *paradoxní intence*, metodou založenou na faktu nevyhýbat se obávanému, ale naopak problému jít vstříc, vyhledávat ho.

V samotném závěru jsem pacientku opakovaně ujistila, že všechen strach, obavy, úzkost, časem překoná, tréninkem získá důvěru v sama sebe a v případě potřeby, jsme připraveni jí pomoci problém, překážku zvládnout.

### **Hodnocení:**

Hodnocení ošetrovatelských cílů jsem provedla při zahájení 2. cyklu léčby (5. 10. 2010).

Velmi kladně jsem hodnotila otevřenost pacientky při sdílení jejích pocitů, při kterých při našem setkání popisovala své pokroky. Cítila se již klidnější, více zručnější a všechny nově nabyté informace se jí zdály jasnější. Má dostatek informací, umí strach verbalizovat a zná metody, jak s ním dále pracovat.

Podle mého soudu, nemocné pomůže zmírnit, usměrnit strach každodenní nácvik, trénink zručnosti, nácvik efektivních způsobů zvládnání strachu a vnitřní přijetí reality. Paní K. K. je připravená bojovat s nemocí a se všemi nepřízněmi, které k léčbě náleží. *Ošetrovatelský cíl hodnotím jako splněný.*

### **2.4.3. Aktuální porucha kožní integrity v důsledku nežádoucí odezvy organismu na aplikovanou chemoterapii**

#### **Cíl ošetrovatelské péče:**

- Pacientka je seznámena s vedlejšími nežádoucími projevy chemoterapie.
- Je informována o očekávaném působení ordinace antialergických léků.
- Nemocná je seznámena s časem, za jaký lze očekávat ústup kožní reakce.
- Pacientka zná rizika, která vedou k poškození kůže (škrábání kůže nehty).
- Nemocná ví, jakými prostředky o kůži těla pečovat.

#### **Plán ošetrovatelské péče:**

- Seznámit pacientku s nežádoucími projevy, reakcemi (celkovými, místními) na podávanou terapii.

- Informovat nemocnou o možnostech, jakými lze farmakologicky ovlivnit nežádoucí projevy.
- Seznámit nemocnou s průběhem naordinované lékařské intervence.
- Informovat ji o čase, ve kterém lze očekávat zmírnění obtíží.
- Seznámit pacientku s riziky, které vedou k poškození kůže [6, 7].

### **Realizace ošetřovatelského plánu:**

Před aplikací jsem pacientku seznámila s možnými nežádoucími reakcemi na podávaná léčiva (dušnost, návaly horka, pocit slabosti, bušení srdce, točení hlavy, nauzea, svědění kůže). Upozornila jsem nemocnou, aby mě včas informovala, bude-li během aplikace cítit jakýkoli nelibý pocit.

Nepříjemné pocity svědění kůže se dostavily po 40 minutách od ukončení aplikace. Na základě ordinace ošetřující lékařky, jsem paní K. K. aplikovala léčebnou infúzi, informovala jsem jí o účinku naordinovaného léku a vysvětlila jsem jí průběh času, po který budu sledovat kožní reakci a celkový stav nemocné [8].

Tento čas jsem využila pro edukaci nemocné o rizicích, které mohou poškodit její kůži a následně vést k závažné infekční komplikaci. Paní K. K. jsem doporučila ostříhat nehty na rukou nakrátko, pokožku celého těla umývat pravidelně vlažnou vodou s nedráždivým mýdlem (vhodná dětská kosmetika) a následným promazáním kůže nedráždivým krémem. Jako vhodnou připomínku jsem zmínila i vhodný výběr oblečení z přírodních, bavlněných materiálů.

### **Hodnocení:**

Všechny ošetřovatelské a lékařské intervence vedly k úplnému vymizení nežádoucí kožní reakce. Pacientku kůže nesvědila a při vyšetření pohledem, byla kůže břicha vybledlá, bez patologických projevů. Paní K. K. odchází domů s pocitem spokojenosti a znalostmi, jak o kůži svého těla pečovat a jakých rizik se vyvarovat. *Ošetřovatelský cíl hodnotím jako splněný.*

#### **2.4.4. Porucha kožní integrity v důsledku zavedení periferního žilního katétru**

Ošetrovatelská diagnóza stanovena 1. den 2. cyklu

##### **Cíl ošetrovatelské péče:**

- Pacientka bude mít místo vstupu a okolí periferního žilního katétru bez projevů infekce – otoku, bolesti, zarudnutí a vyšší teploty.
- Pacientka nebude pociťovat bolest, pálení kůže a svědění.
- Pacientka zná projevy extravazace a iritační flebitidy, v případě projevů včas upozorní ošetřující personál.
- Nemocná je poučena o péči o okolí kožní tkáně v domácím prostředí.

##### **Plán ošetrovatelské péče:**

- Zavést za aseptických podmínek periferního žilní katétr.
- Zkontrolovat okolní kožní tkáň.
- Řádně žilní katétr zafixovat, překrýt sterilním krytím a označit datem a časem zavedení.
- Poučit pacientku o šetrných pohybech horní končetinou, o nutnosti sterilního překrytí, ochranné bandáže a o hygieně okolní kožní tkáně.
- Edukovat pacientku o nežádoucích, bolestivých pocitech a projevech během aplikace léčiv [6, 7].

##### **Realizace ošetrovatelského plánu:**

Po ranním příchodu pacientky na oddělení jsem nemocné zavedla do LHK periferní žilní katétr, zkontrolovala kůži v okolí vpichu, řádně zafixovala, provedla odběr periferní krve a sterilně překryla s označením data a hodiny zavedení.

Nemocnou jsem seznámila se skutečností, že žilní katétr bude sloužit pro aplikace po celé tři dny, každý den před aplikací, zkontroluji jeho funkčnost, průchodnost, zkontroluji stav místa vpichu a okolí a dotazem na pacientku zhodnotím i subjektivní pocity spojené s jeho zavedením [8].

Pacientku jsem poučila o nutnosti zvýšené opatrnosti v domácím prostředí, zdůraznila jsem, že je žádoucí vyhnout se činnostem, které mohou porušit krytí i.

v. kanyly a následně i kanylu samotnou (mytí nádobí, práce na zahrádce, nešetrné oblékání...).

V rozhovoru jsem nemocnou seznámila s rizikem, které cytostatická léčba přináší, účinkem cytostatik dochází poškození žil, každý vpich poškození zvyšuje, proto je žádoucí žíly nemocných vystavovat jen nezbytnému zásahu, je třeba žíly ochraňovat, pečovat o ně a vyhnout se jakémukoli násilnému zásahu, který snižuje četnost vhodných aplikačních míst a komplikuje tak průběh léčby.

Paní K. K. jsem informovala o možnosti rizika vzniku zánětlivého postižení periferní žíly na podkladě dráždivého působení intravenózní aplikace cytostatika (iritační flebitis) či infúze a na riziko úniku intravenózně podávaného léku, z nitra žíly do okolní tkáně (extravazace). Seznámila jsem paní K. K. s typickými projevy flebitidy a extravazace: bolestí, pálením, tlaku v místě vpichu, otoku, zarudnutí místa vstupu a okolí a vyzvala jsem jí, aby v případě zmíněných projevů, pocitů ihned signalizovala a bezprostředně to oznámila komukoli z ošetřujícího personálu.

Zároveň jsem nemocnou ujistila, že po celou dobu aplikace i. v. léků a infúzí s cytostatiky budu v její přítomnosti, tak jak je to zvykem u všech pacientů na denním stacionáři.

### **Hodnocení:**

Hodnocení ošetřovatelských cílů jsem provedla 2. den 2. cyklu.

*Cíle ošetřovatelského procesu byly splněny.* Nemocné jsem předala všechny nezbytné informace, pacientka jim porozuměla, během aplikace léčiv necítila žádný diskomfort. Je plně seznámena, jak o i. v. kanylu a její okolí doma pečovat, jak jí ochraňovat, tak aby byly minimalizovány rizika mechanického poškození, a je poučena o lokálních projevech infekce v místě vpichu.

#### **2.4.5. Snížený příjem potravy a tekutin per os v důsledku bolestivých lézí na sliznici dutiny ústní**

##### **Cíl ošetrovatelské péče:**

- Pacientka bude přijímat dostatek tekutin a stravy per os.
- Pacientka zná prostředky ke zmírnění obtíží při polykání.
- Nemocná zná a dodržuje hygienické a dietní zásady.
- Pacientka zná rizika a zdroje infekce imunitně oslabeného pacienta.
- Pacientka udává zlepšenou schopnost polykat a udává zmírnění obtíží při polykání.
- Pacientka má fyziologický turgor kůže a nemá váhový úbytek.

##### **Plán ošetrovatelské péče:**

- Zkonzultovat společně s pacientkou nejvhodnější a nejakceptovatelnější formu stravy přijímané per os.
- Vysvětlit pacientce nutnost dostatečného perorálního příjmu potravy a tekutin.
- Poučit pacientku o vhodných intervencích, které zmírní obtíže při polykání (chladná strava, kašovitá, přesnídávky, malé porce, vyloučit ostrá jídla, šumivé nápoje.).
- Edukovat nemocnou o účincích ordinované antimikrobiální léčby.
- Poučit nemocnou o správné a pravidelné hygieně dutiny ústní a chrupu.
- Seznámit jí s doporučenými hygienickými opatřeními a s potenciálními zdroji infekce.
- Zhodnotit stav kůže, sliznic a hmotnost nemocné.
- Zkontrolovat dotazem znalost předaných informací [6, 7].

##### **Realizace ošetrovatelského plánu:**

V úvodu našeho rozhovoru jsem nemocnou ujistila o tom, že problémy s polykáním, vznik mukozitidy, bolesti v krku, jsou častým steskem pacientů a častým důsledkem snížené imunity způsobené cytostatickou léčbou. Ošetřující lékařka nemocné naordinovala antimykotickou léčbu (Mycamax 1-1-1 tbl.), ne-

mocná tuto novou informaci zpočátku vnímala s rozpaky, byla zaskočená tím, že se její denní příjem léků rozroste o další lék, proto jsem jí informovala o tom, že nová medikace je dočasná, nicméně nutná pro zvládnutí aktuální komplikace a preventivní v potenciálním rozvoji zásadnějších komplikací, které mohou ohrozit plynulý průběh léčby, včasné a přesné dodržení aplikačních cyklů, zachování stávajících dávek cytostatik a v neposlední řadě ambulantní průběh léčby bez nutnosti hospitalizace [8].

Nemocné jsem zopakovala všechna preventivní opatření, doporučení a společně jsme konzultovaly nejvhodnější a stran pacientky nejakceptovatelnější formu stravy. Pro toto přechodné období jsem pacientce navrhla v jídelníčku volit stravu spíše chladnější, zdůraznila jsem vhodnost stravy kašovitě, v malých porcích, dle chuti nemocné, jíst přesnídávkou, konzumovanou stravu zapíjet malými doušky tekutin, vyhnout se perlivým nápojům, ostrým džusům a jako vhodný doplněk stravy jsem nemocné doporučila Nutridrink. Seznámila jsem jí s chuťovými variacemi, způsobem konzumace a předala jí informační brožuru.

Edukovala jsem nemocnou o žádoucí péči o dutinu ústní v období neutropenie, ale i po celou dobu léčby. Zdůraznila jsem, v kterém období cyklu léčby dochází k největšímu poklesu leukocytů a je nejvíce ohrožena infekčními komplikacemi.

Zopakovala jsem nemocné nutnost pravidelného kloktání jodovým kloktadlem. Pacientce jsem předala zkušenost, před každým jídlem si vyplachovat dutinu ústní ledovým fyziologickým roztokem nebo převařenou ledovou vodou. Pro užívání ordinovaných léků per os, jsem nemocné doporučila tabletové formy léků rozpustit v malém množství vody nebo čaje. Tuto variantu podání jsme praktikovaly při ranní a polední dávce léků. Poté jsem v tištěném rozpisu léků označila pacientce léky vhodné, k takovému způsobu podání (tbl.).

V závěru jsem si dotazem ověřila, zdali pacientka rozumí všem informacím a ví, jakými způsoby zmírní svoje obtíže.

### **Hodnocení:**

Pacientka zmíněné informace a doporučení přijala s radostí a nadějí, že se její stav brzy zlepší. I přes bolesti v dutině ústní a bolesti při polykání, byla schopna přijmout ranní a polední dávku per os léků, v modifikované formě podání.

Po celou dobu pobytu na denním stacionáři se paní K. K. snažila popíjet po malých doušcích slabý čaj. Pacientka hodnotí informace jako srozumitelné, přínosné a v domácím prostředí je bude aplikovat.

3. den po ukončení intenzivní léčebné aplikace jsem zhodnotila hmotnost nemocné. Váží 64 kg, k váhovému úbytku nedošlo. Přijímá pravidelně 6 – 8 x denně nedráždivou stravu řidší konzistence, tekutiny v množství 2 – 2,5 litru denně.

*Ošetrovatelský cíl hodnotím jako splněný.*

## **2.4.6 Únava v souvislosti s léčbou nádorového onemocnění**

### **Cíl ošetrovatelské péče:**

- Pacientka umí identifikovat nezbytné životní aktivity, které musí provést sama.
- Dokáže rozpoznat varovné signály těla, které signalizují nutnost přerušit dosavadní činnost.
- Pacientka umí využít volný čas k relaxaci, znovunabytí energie.
- Nemocná zná doporučení k dosažení kvalitního spánku.
- Rodina nemocné je poučena, vyzvána ke spolupráci a její příslušníci, po dohodě s nemocnou, zapojeni do běžných aktivit, chodu domácnosti a péče o děti.
- Nemocná bude v kontaktu a vymění si zkušenosti s ostatními pacienty v léčbě, na denním stacionáři.
- Pacientka bude schopná provádět běžné denní aktivity, nedojde k úrazu.

### **Plán ošetrovatelské péče:**

- Rozhovorem analyzovat s pacientkou dosavadní denní aktivity a společně s pacientkou specifikovat aktivity nezbytné, nutné.
- Poučit pacientku o varovných projevech, které signalizují únavu, a zdůraznit, že je třeba jim vyhovět (slabost, třes rukou, nohou, nevolnost, točení hlavy, tachykardie, pocení, nesoustředěnost, námahou dušnost).
- Poučit pacientku o zvýšeném riziku úrazu v souvislosti se sníženou výkonností.
- Společně s pacientkou zvolit činnosti, které napomáhají tělesnému odpočinku, navozují fyzický a duševní klid (četba časopisu, knihy, sledování filmů, ruční práce, poslech hudby, krátká návštěva přátel).
- Pacientku poučit o spánkových rituálech.
- Promluvit s rodinnými příslušníky, zdůraznit zvýšenou a častější potřebu odpočinku pacientky, navrhnout rodině pacientky možnost převzít, po čas léčby, běžné aktivity v domácnosti v rozsahu, který je pro rodinu akceptovatelný.
- Dle přání pacientky zprostředkovat seznámení s ostatními pacienty se stejným onemocněním a požádat je o vyjádření svých pocitů a zkušeností, které po dobu léčby prožívají [6, 7].

### **Realizace plánu ošetrovatelské péče:**

Únava spojená s nádorovým onemocněním je velmi častým problémem takřka všech pacientů. Únava negativně ovlivňuje kvalitu života pacienta a její důsledek je více patrný při léčbě v ambulantním režimu, kdy si nemocní snaží zachovat všechny zaběhnuté aktivity, které byli zvyklí provozovat v plném zdraví [8].

Paní K. K. byla na počátku léčby o tomto nepříznivém průvodním projevu mnou, ošetřující lékařkou i ostatním ošetřujícím personálem informována, ale neuměla odhadnout, do jaké míry jí bude únava limitovat. Nemocná se svěřila, jakým způsobem únava omezila její běžné činnosti, návyky. Proto jsem nemocné navrhla společně analyzovat všechny činnosti, které v domácnosti vykonává, včetně péče o své dcery.



V seznamu vyřčených úkonů jsme vybraly činnosti, které jsou pro pacientku nezbytné. Úkony se týkaly sebeobslužnosti nemocné, denní hygieny, vaření nenáročného jídla a pomoci dětem s přípravou do školy. Zejména pomoc dcerám se školní přípravou pacientka vnímala jako pravidelný a intenzivní kontakt s dcerami, a i když věděla, že tuto činnost může za ní zastat kdokoli z rodiny, vnímala jí jako nepodkročitelné minimum.

Pacientka tyto chvíle vystihla slovy: „...*kdyby tyto společné chvíle nebyly, jakoby chyběla část dne*“. Poté nemocná sama určila činnosti, kterých se po domluvě zhostí rodina. Tyto činnosti se týkaly běžných aktivit např. nákupy, vyzvedávání dětí, vaření, vycházky, víkendové programy pro děti, péče o domácnost.

Paní K. K. jsem seznámila s tím, jakým projevům organismu v důsledku únavy je třeba věnovat pozornost (slabost, třes nohou, rukou, nevolnost, točení hlavy, hučení v uších, tachykardie, pocení, nesoustředěnost, dušnost), a je třeba jim vyhovět odpočinkem.

Poté jsme ve společném rozhovoru vybraly oblíbené činnosti, které navozují fyzický a duševní klid, činnosti kterými může střídat chvíle vykonávání aktivity (četba knih, časopisů, sledování filmu, poslech hudby, ruční práce – navlékání korálků, malování na sklo, nápady výtvarné činnosti pro dcery, krátká návštěva přátel).

Pacientku jsem poučila o správných návycích, spánkových rituálech, které napomohou při obtížném usínání. Pro zvládnutí častého nočního probuzení jsem nemocné navrhla zachovat biorytmus dne a noci. Denní aktivity rozdělit na menší úseky, které se střídají s častými přestávkami odpočinku tak, aby si únava nemocné nevyžádala denní spánek. Vyzdvihla jsem důležitost správného stravování, dostatečného příjmu tekutin přes den, večer pak lehkou večeři, nejpozději 2 hodiny před ulehnutím. Večerní tělesná hygiena a dostatečně vyvětraná místnost na spaní jsou pro paní K. K. samozřejmostí.

Po ukončení léčebné aplikace jako doprovod přijela matka a přítel nemocné, společného setkání jsem využila pro vhodnou chvíli rodinu informovat o zvy-

šené potřebě paní K. K. k odpočinku a požádala jsem je, aby se společně s pacientkou zamysleli, dohodli a přebrali po čas léčby běžné aktivity v domácnosti v rozsahu, který bude akceptovatelný pro obě strany, pro nemocnou a její rodinu.

Z předchozích rozhovorů s pacientkou bylo patrné, že rodina je nemocné velkou oporou a při mém osobním setkání jsem toto tvrzení mohla jen potvrdit.

Ze svých zkušeností vím, že mohou-li se nemocní podělit se svými zážitky a zkušenostmi, cítí se lépe, navazují nové přátelství, poznávají nové životní příběhy, nacházejí souznění s lidmi ve stejné životní situaci. Proto jsem nemocné zprostředkovala na našem oddělení kontakt s pacienty stejné věkové skupiny, stejného onemocnění a s prosbou jsem je vyzvala, aby se vzájemně podělili o své pocity, postřehy, zkušenosti, které po dobu léčby zažili.

#### **Hodnocení:**

Pacientka i přes velkou únavu byla aktivní, velmi dobře vystihla aktivity, které může předat ostatním členům rodiny. Jako velmi pozitivní jsem cenila, že i přes omezení, které z únavy vyplývají, si pacientka snažila zachovat každodenní aktivity kolem svých dcer. Jako velmi přínosnou hodnotím spolupráci s rodinou, rodiče i přítel jsou velmi vstřícní a jsou připraveni pomoci. I paní K. K. v nich cítí velikou oporu.

Posledním bodem hodnocení bylo setkání s ostatními pacienty, které nemocná vnímala velmi pozitivně, podělila se o svá trápení a ujistila se v tom, že stesky, potíže a omezení prožívá v různých intenzitách a modifikacích většina pacientů, a tak po společném setkání se necítila se svými obtížemi tak osamoceně.

#### **2.4.7. Potenciální riziko poruchy sebekoncepcie v souvislosti se změnami plnění rolí**

##### **Cíl ošetrovatelské péče:**

- Pacientka realisticky vnímá a pozitivně přijímá sebe sama.
- Rozvíjí realistické plány na adaptaci ve změněné roli.
- Je schopna objektivně zhodnotit svůj aktuální zdravotní stav a své možnosti.

- Nemocná určí alespoň 3 pozitivní charakteristiky sebe sama.
- Má optimistický náhled plánů do budoucna.

### **Plán ošetrovatelské péče:**

- Zajistit dostatek soukromí pro rozhovor s pacientkou.
- Seznámit nemocnou s cílem a obsahem rozhovoru.
- Vyzvat pacientku k vyjádření pocitů, dotazem zhodnotit, jak se cítí, jak vnímá změny svého sociálního postavení, svých rolí v životě, jakým způsobem jsou nyní pozměněné.
- Identifikovat nejcitlivější oblast, v které došlo ke snížené schopnosti pacientky podílet se, vykonávat očekávanou roli.
- Navrhnout pro každou oblast možnost, variantu činnosti, kterou nemocná je a bude schopná vykonávat.
- Motivovat nemocnou k sestavení plánu budoucích aktivit, pro ni samotnou, pro aktivity s dětmi.
- Poskytnout nemocné prostor na otázky.
- Vyzvat nemocnou, aby alespoň 3 pozitivními charakteristikami popsala aktuální pohled na sebe sama, pozitivně zhodnotila svoje aktuální zejména fyzické schopnosti.
- Předat nemocné kontakt na občanská sdružení pacientů s onkologickou diagnózou (Lymfom Help, Amélie, Liga proti rakovině, Kapka 97, Arcus - Onko centrum) [6, 7].

### **Realizace ošetrovatelského plánu:**

V rozhovoru s pacientkou jsem vycházela ze současných a budoucích obav nemocné, z mých zkušeností a poznatků v ošetrování onkologických pacientů.

Pro rozhovor jsem zvolila odpolední čas, kdy je na oddělení již klidnější provoz, který nám poskytl dostatek potřebného času a soukromí. V úvodu rozhovoru jsem nemocnou ujistila, že vím a znám její aktuální stesky a cítím její obavy, jak bude zvládat běžné denní aktivity nadále. Paní K. K. jsem pobídla otázkami,

aby zhodnotila svůj současný stav, jak se cítí, co ji omezuje, v čem vidí největší problém, který jí brání vykonávat dosud běžné činnosti a jaké adaptační mechanismy využívá, kdo a jakou měrou jí pomáhá.

Nemocná byla velmi otevřená, sdělila mi, že největší trápení má s tím, že není schopna plně pokrýt úlohu matky, nejvíce jí trápí to, že fyzický stav jí nedovoluje chodit s dcerami na procházky, nemá dostatek trpělivosti na jejich dovádění, nemá dostatek sil, energie na pokrytí běžných činností v domácnosti, i když ví, že tento úkol zastává přítel a rodiče nemocné.

Paní K. K. tento stav vnímá jako vlastní neschopnost, trápí se tím a chtěla by to nějak změnit. Tuto situaci zhoršuje nejistota, kdy pacientka neví, jak dlouho takový stav bude trvat. Má obavy z budoucnosti. Psychický stav nemocné ovlivňuje i sociálně-ekonomický dopad pracovní neschopnosti. Zatím nevnímá pocit osamělosti, ale má strach, že po ukončení léčby nebude moci vykonávat svoje povolání a vzhledem k onkologické diagnóze bude problém vhodné pracovní umístění sehnat. Trpělivě jsem paní K. K. naslouchala a cítila jsem, že nejbolestivější tématem je péče o dcery a strach z ekonomického zajištění rodiny.

Společně s nemocnou jsme zmapovaly, kterých aktivit je nemocná schopná. Pacientka uváděla, že pravidelně dodržuje každodenní účast na školní přípravě dcer, povídá si s nimi o jejich denních zážitcích. Trápí se však tím, že nemá dostatek sil vycházet s nimi pravidelně ven, na procházky.

Udává nepříjemnou zkušenost z poslední vycházky, kdy se vracela s dcerami domů, cítila velkou únavu a slabost, kterou před dcerami tajila. Avšak při výstupu do schodů v domě, musela velmi často odpočívat, byla dušná, cítila nauzeu, bylo jí na omdlení a tyto projevy velmi dcery vyplašily. Proto se nyní vyhýbá vycházení ze svého domova a kontakt s vnějším světem minimalizuje jen na odchody k lékaři.

Pacientce jsem vysvětlila, že takovéto nepříjemné stavy jsou očekávané vzhledem k léčbě, kterou prodělává a dá se předpokládat, že se budou objevovat i nadále. Po ukončení léčby se vše pomalu a postupně bude upravovat a vracet

k normálu. Ujištění, že pacientka se vrátí ke svým běžným aktivitám, bude zvládat činnosti, které zvládala před léčbou, jí dodaly malou kapku optimismu. Vyzdvihla jsem a pochválila pomoc rodinných příslušníků a předala zkušenost ze své praxe, že ne každý nemocný, má takové štěstí opory ve svých blízkých.

Jako vhodnou motivaci, cíl pro nemocnou, jsem zvolila metodu plánování. Vyzvala jsem nemocnou, aby si v myšlenkách stanovila přání, cíl, na který se těší, který by si přála zrealizovat. Jako příklad jsem uvedla společný rodinný výlet, příjemnou dovolenou, cestování.

Představa realizace byť jedné myšlenky, pacientku velmi rozveselila, hodnotila jí velice pozitivně, neboť cítila, že se myšlenkami dotkla nového smyslu života, nových možností, které doposud neviděla přes současné obavy a strach.

Tento pozitivní náhled nemocné jsem se pokusila zvýraznit tím, že jsem požádala nemocnou, aby se pokusila zformulovat alespoň 3 pozitiva, kterých si sama, aktuálně na sobě cení. Nemocná se zprvu zdráhala ve vyjádření, proto jsem jí vhodnou slovní formou pomohla. Pochválila jsem nemocnou za soběstačnost (aplikace injekcí), za to, jak pečlivým způsobem vybírá stravu, jak je aktivní v samostatném vyhledávání nových informací.

Posléze se nemocná do výčtu aktivně zapojila a podělila se se mnou o tom, jak moc si cení sama sebe, že umí bojovat, snaží si zachovat i malé denní činnosti, i přesto, že někdy taková snaha přináší velké sebezapření.

Poté jsem nemocné předala informaci a kontakt na občanská sdružení onkologických pacientů (Lymfom help, Liga proti rakovině, Kapka 97) a v krátkosti nemocnou seznámila jaké informace a rady, jí zmíněná sdružení mohou poskytnout.

V závěru našeho rozhovoru jsem nemocnou povzbudila nadějí, že všechna omezení po skončení léčby postupně odezní, vyzdvihla jsem cennost nových zkušeností i zamyšlení nad tím, jak moc pro rodinu pacientka znamená a jaká pevná pouta je k sobě pojí a vzájemně posilují.

**Hodnocení:**

Cíl ošetrovatelského plánu byl splněn, podařilo se s pacientkou identifikovat oblast, kterou vnímá nejcitlivěji, nemocná se rozhovorem zklidnila a plány do budoucna jí pozitivně motivovaly. Paní K. K. v nich našla nový cíl a svěřila se, že bude aktivně přemýšlet a plánovat další aktivity.

**2.5 Dlouhodobý plán ošetrovatelské péče**

Dlouhodobá ošetrovatelská diagnóza vyplývá z dlouhodobé léčby onemocnění, jejích následků, potenciálních problémů a potřeb nemocné.

**2.5.1 Riziko infekce, sepse v důsledku intenzivní a dlouhodobé protinádorové terapie****Cíl ošetrovatelské péče:**

- Pacientka zná zdroje infekčních onemocnění a potenciální rizika sepse
- Zná a umí realizovat preventivní opatření, kterými lze případná zdravotní rizika eliminovat, minimalizovat
- Nemocná zná projevy infekce
- Nemocná zvýšeně pečuje o hygienu kůže, dutinu ústní a chrup
- Pacientka ví, na koho se obrátit v případě projevů akutního infekčního onemocnění

**Plán ošetrovatelské péče:**

- Předat pacientce dostatek informací o stavu dlouhodobě přetrvávající snížené imunity
- Edukovat nemocnou o konkrétních projevech infekčního onemocnění
- Edukovat nemocnou o rizicích vzniku infekčních chorob
- Informovat pacientku, jak potenciální rizika a důsledky snížené imunity pozitivně ovlivnit

**Realizace ošetrovatelského plánu:**

S pacientkou jsem v úvodu pohovořila o příčině snížené obranyschopnosti jejího organismu, o přetrvávajících rizicích vzniku infekčních nemocí, jako ná-

sledku dlouhotrvající a intenzivní chemoterapie. Mou snahou bylo nemocnou uklidnit, předat jí dostatek informací a zkušenost, že tento stav často přetrvává i po ukončení léčby a velmi pozvolna se vrací k svému normálu. Cílem edukace paní K. K. bylo poskytnout informace o konkrétních projevech infekce, o jejích zdrojích a následných rizicích.

V rozhovoru s nemocnou jsem vyzdvihla režimová opatření, která se týkala vyloučení nebo alespoň omezení pobytu v místech s velkou kumulací osob (prostředky hromadné dopravy, kina, divadla, nákupní centra), a to zejména v období zvýšeného výskytu virových onemocnění. Toto doporučení se týkalo i omezení blízkého kontaktu s členy rodiny, v případě že se u některého z nich projeví známky nachlazení nebo např. příznaky respirační infekce.

Nemocné jsem zdůraznila nutnost pečlivého výběru potravin, dietního opatření, které je vhodné dodržovat ještě alespoň jeden měsíc po ukončení léčby. Společně s nemocnou jsme zopakovaly rizikové potraviny, např. čerstvé ovoce, zelenina, které nelze zbavit slupky, oříšky, jogurty s živými jogurtovými kulturami, celozrnné pečivo, sušené ovoce, nedostatečně tepelně opracované potraviny.

V edukačním pohovoru jsem zmínila, že v období rekonvalescence, by se nemocná měla vyvarovat práci a kontaktu se zeminou a znečištěnými předměty, v souvislosti s rizikem možného poranění kůže a následného vstupu infekce (např. práce na zahrádce, přesazování květin).

Pacientku jsem informovala o projevech infekce, ke kterým patří zejména zvýšená teplota, horečka, kašel, průjem, bolesti hlavy. V oblasti hygieny jsem vyzdvihla nutnost zvýšené péče a pozornosti o kůži, dutinu ústní, chrup a hygienu rukou.

Edukovala jsem nemocnou, jak se zachovat v případě, kdy sama onemocní a projeví se u ní příznaky infekční choroby. Nemocná bude o svém zdravotním stavu neprodleně informovat ošetřující lékařku a po dohodě s ní, se dostaví na naše pracoviště k vyšetření.

## Hodnocení:

Pacientka si je vědoma přetrvávajících následků svojí léčby a rizicích infekce. Společný rozhovor jí velmi uklidnil a v mnohém i objasnil dlouhodobé příčiny snížené imunity. Cílům ošetrovatelského plánu plně rozumí, vnímá je jako obohacení vědomostí a osnovu doporučení, které bude-li pečlivě dodržovat, jí pomohou zdárně překlenout období zotavování a pozvolný, bezpečný návrat do běžného života.

*Cíl ošetrovatelské péče hodnotím jako splněný.*

## 3. Psychosociální aspekty péče o hematologického pacienta

Onkologický pacient již na samotném prahu zjištění diagnózy závažného onemocnění prožívá značně silný stres. Je vystaven zátěžové situaci, na kterou reaguje psychickým napětím, čímž je průběh choroby značně ovlivňován. Maligní onemocnění zcela zásadně mění způsob psychického prožívání, životních stereotypů a to nejen samotného pacienta, ale i všech členů jeho rodiny, včetně vzájemných interakcí.

Diskutovaným tématem dnes již není otázka, zda onkologickému pacientovi sdělit diagnózu či nesdělit, ale do popředí se dostala otázka **kdy, komu, jakým způsobem a v jakém rozsahu**. Sdělení pravdy je výhradním úkolem ošetrojícího lékaře. Je to právě on, kdo musí vědět, v jaké míře chce být pacient o své nemoci informován a jaké jsou jeho dosavadní informace o chorobě.

Způsob jakým se pacient s příchodem nemoci vyrovná, závisí na předchozích životních zkušenostech, na osobnostních rysech nemocného a na reakci jeho bezprostředního okolí (rodina, ošetrojící personál).

Proto typy reakcí nemocných na příchod nemoci jsou velmi odlišné a jsou závislé na jednotlivých obdobích vývoje maligního onemocnění. Elizabeth Kübler-Rossová, autorka švýcarského původu, ve své knize „Rozhovory s umírajícím“ popsala křivku psychické odezvy pacienta na příchod a rozvoj závažného onemocnění.



Křivka psychické odezvy má pět fází:

1. Popření a izolace
2. Fáze zloby a hněvu
3. Fáze smlouvání
4. Fáze deprese
5. Fáze akceptace

Zmíněná kaskáda psychických reakcí nemocného je velmi individuální a má mnoho modifikací, které se vyvíjejí od počátku sdělení diagnózy lékařem a během celého průběhu onemocnění. Nemocní používají různé strategie, jak se s onemocněním vyrovnat. V praxi se ošetřující personál setkává s pacienty, kteří užívají obranné mechanismy, jakými jsou např. bagatelizace, racionalizace, negace. Pro vzájemnou spolupráci sestra – pacient, lékař – pacient je nutné, aby sestra i lékař strategii nemocného pochopili, porozuměli jí a mohli tak efektivně zvolit individuální přístup k nemocnému, motivovat ho ke spolupráci při léčbě, odstranit úzkost z neznalosti, z neznámého, vést s ním diskuzi, podněcovat aktivitu nemocného a chválit ho za aktivní spoluúčast na léčbě. [9, s. 66 – 68]

Z vlastní praxe cítím, jak těžké chvíle prožívají nejen sami nemocní, ale i jejich blízcí. Jako sestry, které jsou svým pacientům nejbližší, jsme svědky jejich reakcí na nemoc, prožívání, přijetí pravdy... V těchto situacích je nezbytná psychologická podpora pacienta a jasné, konkrétní sdělení postupů v léčbě. Komplexní péče o pacienty v tomto období pozitivně ovlivňuje a má preventivní vliv na vznik dlouhodobých psychických následků, které se manifestují např. popíráním prodělané nemoci, obavami z relapsu onemocnění, podmíněnou nauzeou, depresí, obavami ze ztráty zaměstnání, poruchou zaujmout svou původní roli v životě. V důsledku psychických změn dochází u části pacientů k poruše partnerských a příbuzenských vztahů.

Problémem na hemato-onkologických pracovištích je i vysoká psychická zátěž pro ošetřující personál. K stresové situaci přispívá veličina nízkého věku pacientů, dlouhodobá, doživotní péče o pacienty, komplikace intenzivní léčby nemocných a exponenciální nárůst pacientů. Dlouhodobý stres pečujících vede k vyčerpání sil, psychické únavě a není-li včas rozpoznán, vyústí v syndrom vy-

hoření, který se v samotném obrazu projeví snížením výkonnosti, lhostejností, nezájmem, nekvalitní ošetrovatelskou péčí o nemocného a narušením osobních a interpersonálních vztahů na pracovišti [11].

Proto cítím jako velmi přínosné hemato-onkologická pracoviště posílit o týmy spolupracovníků z řad psychologů, psychiatrů, kteří by formou individuální, skupinové, nebo kognitivně behaviorální terapie či relaxačními metodami, byli nápomocni nejen pacientům, ale i jejich blízkým [10, s. 481 – 482].

V oblasti psychologické péče o ošetřující personál vnímám jako přínosnou metodu supervize, psychoterapeutickou metodu, která pracuje s reálnými situacemi pracovníků v pomáhající profesi. Na našem pracovišti jsem měla možnost účastnit se takových setkání a vidím jejich význam v tom, že mohou vést k porozumění, pomáhají zvládat stres, přináší nadhled nad situacemi, které jsou pro nás nepřehledné, obtížné, a pomáhají nám obnovit odvahu pohlédnout do tváře lidské bolesti, žalu a utrpení.

## Závěr

V bakalářské práci jsem se snažila zužitkovat dlouholeté zkušenosti ze svého domovského pracoviště - „Oddělení klinické hematologie“ Fakultní nemocnice Královské Vinohrady v Praze, které je mimo jiné „Centrem léčby Hodgkinova lymfomu“. V teoretické části jsem shrnula základní znalosti a postupy při diagnostice a léčbě výše zmiňovaného onemocnění.

Za zásadní považuji tzv. speciální část, kde na příkladu konkrétní pacientky řeším specifika ambulantní léčby intenzivní chemoterapií. Ve vhodných případech ambulantní léčba se zachováním domácích podmínek působí kladně na psychiku pacienta, snižuje riziko nozokomiálních infekcí a v neposlední řadě zefektivňuje celkový proces léčby.

Každá nemoc, která je ohrožením života, zastihne většinu jedinců zcela nepřipravených. Jakoby je měla zastavit v dosavadním běhu života a donutila je k zamyšlení nad sebou samým, nad věcmi, které dosud opomíjeli, nad způsobem jejich života, nad hodnotami, nad vztahem k sobě samému, k lidem v okolí.

Mezní životní situace má tu moc, že nutí jedince zhodnotit svůj dosud prožitý život a současně dává jedinečnou příležitost odhalit své nitro. Je-li člověk schopen takové sebereflexe, má pak dostatek motivace změnit svůj přístup k sobě samému, k životu.

## **Souhrn**

Tato bakalářská práce je věnována problematice Hodgkinova lymfomu, konkrétně ošetrovatelské péči o pacienta s uvedenou diagnózou v ambulantním režimu. V teoretické části jsou shrnuty základní znalosti a postupy při diagnostice a léčbě onemocnění; navazuje praktická část s popisem ošetrovatelského procesu a konkrétním ošetrovatelským plánem pro pacientku podstupující ambulantní léčbu na Oddělení klinické hematologie Fakultní nemocnice Královské Vinohrady a na závěr jsou zdůrazněny a rozebrány obecné psychosociální aspekty péče o hemato-onkologického pacienta.

## **Klíčová slova**

Hodgkinův lymfom; ošetrovatelství; ambulantní péče; psychosociální aspekty; hemato-onkologický pacient

## **Summary**

This bachelor thesis is directed to problems of Hodgkin Lymphoma; specifically to nursing care of patient with mentioned diagnose in outpatient regime. Introductory theoretical part summarizes basic knowledge and procedures during diagnosis and treatment of this disease; next practical part describes the nursing care with the actual nursing procedure for patient in outpatient regime. The final chapter emphasizes and analyses psychosocial aspects of nursing care of hema-oncological patient in general.

## **Keywords**

Hodgkin Lymphoma; Nursing; Outpatient; Psychosocial Aspects; Hema-Oncological Patient

## Seznam použité literatury

- [1] MARKOVÁ, Jana. Hodgkinův lymfom - slovo úvodem. *Onkologie*. 2010, 4, 3, s. 148. ISSN 1802-4475.
- [2] JELÍNEK, Richard, et al. Studijní materiály [online]. 2009 [cit. 2011-02-15]. Oddělení histologie a embryologie 3. lékařské fakulty v Praze. Dostupné z WWW: <<http://old.lf3.cuni.cz/histologie/materialy/doc/>>.
- [3] ZDENĚK, Adam, et al. Hodgkinův lymfom. 1. Praha: Grada, 2008. Hematologie-přehled maligních hematologických nemocí, s. 169-170. ISBN 978-80-247-2502-4.
- [4] STAŇKOVÁ, Marta. Ošetrovatelský proces: Jak zavést ošetrovatelský proces do praxe. 1. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1999. 49 s. ISBN 80-7013-282-5.
- [5] PAVLÍKOVÁ, Slavomíra. Modely ošetrovatelství v kostce. 1. Praha: Grada, 2006. 152 s. ISBN 80-247-1211-3.
- [6] DOENGES, Marilynn; MOORHOUSE, Mary. Kapesní průvodce zdravotní sestry. 2. Praha: Grada, 2001. 568 s. ISBN 80-247-0242-8.
- [7] TRACHTOVÁ, Eva, et al. Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu. 1. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1996. 186 s. ISBN 57-863-99.
- [8] VOKURKA, Samuel, et al. Ošetrovatelské problémy a základy hemoterapie. 1. Praha: Galén, 2005. 140 s. ISBN 80-7262-299-4.
- [9] VORLÍČEK, Jiří, et al. Klinická onkologie pro sestry. 1. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1993. 127 s. ISBN 80-7013-146-2.

[10] HERMAN, Erik, et al. Konziliární psychiatrie. 1. Praha: Medical Tribune CZ, 2007. 604 s. ISBN 978-80-903708-9-0.

[11] ZACHAROVÁ, Eva; HERMANOVÁ, Miroslava; ŠRÁMKOVÁ, Jaroslava. Zdravotnická psychologie - Teorie a praktická cvičení. 1. Praha: Grada Publishing, 2007. Zdravotnická psychologie - Teoretická část, 231 s. ISBN 978-80-247-2068-5.

## Seznam obrázků

- Obr. 1: Anatomie brzlíku. eMdicine: Anatomy of the Thymus  
[on-line] [emedicine.medscape.com](http://emedicine.medscape.com) str. 11
- Obr. 2: Schéma lymfatické uzliny. Wikipedia: Schematic of Lymph Node  
[on-line] [en.wikipedia.org](http://en.wikipedia.org) str. 11
- Obr. 3: Hodgkinova buňka. Eurocytology: Lymph Node and Spleen Cytology  
[on-line] [www.eurocytology.eu](http://www.eurocytology.eu) str. 16
- Obr. 4: Reed-Sternbergova buňka. WebPathology: Nodular Sclerosis  
[on-line] [www.webpathology.com](http://www.webpathology.com) str. 16



## **Seznam příloh**

Příloha 1: Ošetřovatelský záznam

str. 82

**Příloha 1: Ošetřovatelský záznam  
počet listů: 8**





## Specifické základní potřeby

### 1. Pohodlí, odpočinek, spánek

#### a) Bolest / nepohodlí

- Pociťujete bolest nebo něco nepříjemného? **Ano**  **Ne**  
pokud ano, upřesněte.....

- Měl jste bolest nebo jiné nepříjemné potíže už před přijetím? **Ano**  **Ne**  
pokud ano, upřesněte.....

- Na čem je bolest závislá?.....  
- Co jste dělal pro úlevu bolestí (obtíží)?.....  
- Došlo po naší léčbě k úlevě? **Úplně** **Částečně** **Ne**  
- Pokud budete mít u nás bolesti/ potíže, co bychom mohli udělat pro jejich zmírnění? .....

Hodnocení sestry : *ПАЦИЕНТА НЕМА БОЛЕСТ. (1. СУММОС Р. ДЕН)*

#### b) Odpočinek /spánek

- Máte nějaké obtíže se spánkem nebo odpočinkem od té doby, co jste přišel do nemocnice? **Ano**  **Ne**

pokud ano, upřesněte... *ПРОБЛЕ УТИМА. У МЕНЕ Е ТАКО ПРОБЛЕМА, УСТАВА У 6 ЧОП. РАНО*

- Měl jste potíže i doma? **Ano**  **Ne**

- Usínáte obvykle těžko? **Ano**  **Ne**

- Budíte se příliš brzy? **Ano**  **Ne**

pokud ano, upřesněte... *ПРОБУДИТЕ СЕ У 6 ЧОП. РАНО, НЕКУЉЕ УЕ СПАНИКУ ПОПРАВОУАТ*

- Co podle Vás způsobuje Vaše potíže? *МЕНЕ. ПОТИЉЕ СЕ СПАНИЕМ ЈИ ПРЕН ОУМЕНУМ.*

- Máte nějaký návyk, který Vám pomáhá lépe spát? *ЉЕТАО ПИТИЈЕ ПРЕН УИНОТ*

- Berete doma léky na spaní? **Ano**  **Ne**

pokud ano, které.....

- Zdrímnete si i během dne? Jak často a jak dlouho? *ПАЦИЕНТА Е ШАДИ ДЕНЕМ ЈНЕ НАСТАТ, АЈУ НЕГОСЛО К ПОЛОЖЕНИ АРИВОЛЕЧЕНО ДИВУЧНО.*

Hodnocení sestry : *У ОБЛАСТИ ОДПОЧИНИКУ, СПАНИКУ ЈСИСТЕНА ПОРВОМА СПАНИКУ У СООУИТЕТИ С НОВИМ СИТУАЦИЈИ, ПАЦИЕНТ*

### 2. Osobní péče

- Můžete si všechno udělat sám? **Ano**  **Ne**

- Potřebujete pomoc při umytí? **Ano**  **Ne**

- Potřebujete pomoc při čištění zubů?      Ano  Ne
- Máte obvykle kůži       suchou      mastnou      normální
- Pokud máte problémy, jak si ošetřujete doma pleť?      *PACIENTKA POUŽÍVÁ HYDRATAČNÍ PŘÍPRAVKY*
- Potřebujete pomoc při koupání?      Ano  Ne
- Kdy se obvykle koupete?      ráno      odpoledne       večer      je to jedno

Hodnocení sestry: *V OBLASTI OSOBNÍ PÉČE ZJIŠTĚNA V SOUVISLOSTI SE SUCHOU KŮŽÍ A SLEŽENÍM, PORUŠENA NOSNÍ INTEGRITA V DŮSLEDKU PATIČNATÉHO OHLAŠENÍ.*

### 3. Bezpečí

#### a) lokomotorické funkce

- Máte potíže s chůzí?      Ano  Ne  
pokud ano, upřesněte.....
- Měl jste potíže s chůzí už před přijetím?      Ano  Ne  
pokud ano, upřesněte.....
- Řekl Vám zde v nemocnici někdo, abyste nechodil?      Ano  Ne  
pokud ano, upřesněte.....
- Očekáváte nějaké problémy s chůzí po propuštění?      Ano  Ne      Nevím  
pokud ano, jak očekáváte, že je zvládnete?.....

#### b) zrak

- Máte nějaké potíže se zrakem?      Ano  Ne  
pokud ano, upřesněte.....
- Nosíte brýle?      Ano  Ne  
pokud ano, máte s nimi nějaké problémy?.....

#### c) sluch

- Slyšíte dobře?       Ano      Ne
- Pokud ne, užíváte naslouchadlo?      Ano      Ne
- Jak jinak si pomáháte, abyste rozuměl?.....

Hodnocení sestry: *V OBLASTI BEZPEČÍ NEBYLA ZJIŠTĚNA PORUŠENA*

### 4. Strava/dutina ústní

- a) Jak vypadá váš chrup?      *SAHOVANY*  
 dobrý      vadný
- Máte zubní protézu?      horní      dolní       žádnou
- Dělá Vám stav Vašeho chrupu při jídle potíže?      Ano  Ne  
pokud ano, upřesněte.....

- Máte rozbolavělá ústa?  Ano  Ne  
pokud ano, ruší Vás to při jídle?.....

b) Myslíte, že máte tělesnou váhu přiměřenou?  Ano  Ne  
- pokud vyšší ( o kolik?).....  
- Pokud nižší ( o kolik?).....

c) Změnila se Vaše váha v poslední době?  Ano  Ne  
- pokud ano, o kolik kg jste zhubnul... 10 kg ..... přibral.....

d) Změnila nemoc Vaši chuť k jídlu?  Ano  Ne  
- Co obvykle jíte? ..... ПОВЕРЖУЄ МЯС, ПОВРІУЄ ДАТО, ЗЕЛЕНИНО  
- Je něco, co nejíte?  Ano  Ne  
- Pokud ano, co a proč? ..... НЕПРЯМО МЯСО, ПОРІУЄ ЗІДВИЧЕНУ (ЗІПОВИНА ВІРА)  
- Máte zvláštní dietu?  Ano  Ne  
- Pokud ano, jakou? ..... АНТИБАКТЕРІАЛЬНІ ДІЄТА  
- Měl jste nějakou dietu, než jste přišel do nemocnice?  Ano  Ne  
- Pokud ano, upřesněte.....  
- Co by mohlo Váš problém vyřešit?.....  
- Čekáte, že po návratu z nemocnice budete mít speciální dietu?  Ano  Ne  
- Pokud ano, očekáváte, že ji budete schopni dodržovat? .....  
..... АНО - АНТИБАКТЕРІАЛЬНІ ДІЄТА, ПЛЮС ЧОГОСЬ

Hodnocení sestry: ..... В ОПЛАСІ СТРАВА - КУТНОСІ ПОПРІУЄ  
АНТИБАКТЕРІАЛЬНІ ДІЄТУ. ПАЦІЄНТА БІА ЗВІНОВАНА. ДІЄТУ ПОПРІУЄ.

## 5. Tekutiny

- Změnil jste příjem tekutin , od té boby, co jste onemocněl?  
Zvýšil snížil  nezměnil  
- Co rád pijete?  
 vodu  mléko  ovocné šťávy  
 kávu  čaj  nealkoholické nápoje  
- Co nepijete rád? ..... ТЕРКА М'ЯСО ✓  
- Kolik tekutin denně vypijete? ..... 2-3 ЛІТРЫ ТЕКУТИН ДЕННЕ ✓  
- Máte k dispozici dostatek tekutin?  Ano  Ne

Hodnocení sestry: ..... В ТІТО ОПЛАСІ НЕГЛЯ ЗВІТЕНА ПОПРІУЄ.

## 6. Vyprazdňování

### a) Střeva

- Máte obvykle **normální stolici**  **zácpu**  **průjem**
- Jak často chodíte obvykle na stolicí? *1x za 2-3 dny*
- Kdy se obvykle vyprazdňujete? *ráno po snídaní*
- Berete projímadlo?  **pravidelně**  **často**  **příležitostně**  **nikdy**
- Pomáhá Vám něco, abyste se vyprázdnil?  
Pokud ano, co je to? *LACTULOZA 3x denně 1 lžička, STAVA 1 dvochvín kompotů*
- Máte nyní problémy se stolicí?  
Pokud ano, jak by se daly řešit? *POVITATEM TENUTEM, ITÁLIA 1 kompotů, ovoce, pohyb*

### b) Močení

- Měl jste potíže s močením před příchodem do nemocnice? **Ano**  **Ne**  
Pokud ano, upřesněte.....  
Jak jste je zvládal/a?.....
- Co by Vám pomohlo řešit potíže s močením v nemocnici?.....
- Očekáváte potíže s močením po návratu z nemocnice? **Ano**  **Ne**  
Pokud ano, myslíte, že to zvládnete? .....
- Hodnocení sestry: *V SOUVAZI VYPRAZDŇOVÁNÍ STŘEVA, ZMÍŘENA PŘÍJEMEM JAKO PŘÍLEŽETĚ VÍVNÍHO APILNOVÁNÍ LEŽET*

## 7. dýchání

- Měl jste před onemocněním nějaké problémy s dýcháním? **Ano**  **Ne**  
Pokud ano, upřesněte.....
- Měl jste potíže před příchodem do nemocnice? **Ano**  **Ne**  
Pokud ano, upřesněte.....  
Jak jste je zvládal?.....
- Máte nyní potíže s dýcháním? **Ano**  **Ne**  
Pokud ano, co by Vám pomohlo?.....
- Očekáváte, že budete mít potíže po návratu domů? **Ano**  **Ne** **Nevím**  
Pokud ano, zvládnete to?.....
- Kouříte? **Ano**  **Ne**  
Pokud ano, kolik? .....
- Hodnocení sestry: *V TĚTO OBLASTI NEBYL ZMÍŘEN PŘÍJEM*



## 8. Kůže

- Pozorujete změny na kůži?
- Svědí Vás kůže?

Ano Ne  
Ano Ne Někdy

Hodnocení sestry: *V TĚTO OBLASTI BYLA ZJIŠTĚNA PODOBNA MOŽNÁ INTEGRITA V SOUVISLOSTI S PŘÍJEMNÝMI VZŮSMĚNĚNÍMI.*

## 9. Aktivita, cvičení, záliby

- Chodíte do zaměstnání?
- Pokud ano, co děláte?.....

Ano  Ne

- Máte potíže pohybovat se v domácnosti?

Ano  Ne

- Máte doporučeno nějaké cvičení?

Ano  Ne

Pokud ano, upřesněte.....

- Víte, jaký je Váš pohybový režim v nemocnici?

Ano Ne

- Jaké máte záliby, které by Vám vyplnily volný čas v nemocnici? *POULECH, HOPKY, ČTENÍ, KUCHA.*

- Můžeme něco udělat v jejich uskutečnění? *POULEKAMA NA VĚK VLASTNÍ.*

Hodnocení sestry: *V TĚTO OBLASTI NEBYLA ZJIŠTĚNA PODOBNA.*

## 10. Sexualita (otázky závisí na tom, zda pacient považuje za potřebné o tom mluvit)

- Způsobila Vaše nemoc nějaké změny ve Vašem pohlavním životě?

Ano  Ne

Pokud ano, upřesněte.....

- Očekáváte, že se Váš pohlavní život změní po odchodu z nemocnice?

Ano  Ne

Pokud ano, upřesněte.....

Hodnocení sestry: *V OBLASTI SEXUALITY NEBYLA ZJIŠTĚNA PODOBNA.*

## Různé

- Jakou školu jste ukončil? *4 LETÁ 'EVANGELICKÁ' ŠKOLA; ODOB. - PEČOVATELINA*

- Očekáváte, že se po odchodu z nemocnice změní Vaše role manžela (manželky), otce (matky), nebo jiné sociální vztahy?  Ano Ne

Pokud ano, upřesněte. *ZVÝŠENÁ ÚČAST, ZMĚNĚNÁ AKTIVITA, PŘIUMODROUŠENÍ PRACOVNÍ NECHOPNOSTI, POKAZI, PŘIUMODROUŠENÍ PRACOVNÍ ÚČASTI*

- Jak velká je Vaše rodina? *2 DĚTÍ, PŘÍTEL, RODIČI, 3 SOUVROZENCI*

- S kým společně žijete? *S PŘÍTELEM A 2 DĚTÍMI*

- Kdo se o Vás může postarat? *PŘÍTEL, RODIČI*

- V jakém bytě žijete? *177 2+1, vltavské nábřeží, ústřední dům, 4. patro, bez výtahu*
- Máte dostatek informací o Vašem léčebném režimu?  Ano  Ne
- Máte dostatek informací o nemocničním režimu?  Ano  Ne
- Máte nějaké specifické problémy týkající se Vašeho pobytu v nemocnici? .....
- Chcete mi ještě něco říci, co by nám pomohlo v ošetrovatelské péči? .....

Hodnocení sestry: *PACIENTKA JE PINE INFORMOVANA O NEGATIVNICH DILEMATECH LEZY NA DOPRE, UMOZNIWI DOPINNE A SOCIALNI ZABENI.*

### Jak sestra nemocného souhrnně vidí

Snadno odpovídá	Odpovídá váhavě
<del>Neptá se</del>	Mlčenlivý
Hovorný	Spolupracuje
Úzkostlivý	Vydešený
Nejistý	Nedůvěřivý
Rozzlobený	Smutný
Rychle chápe	Pomalu chápe
Nechápavý	Aktivní
Přízpůsobivý	Nepřízpůsobivý
Psychicky stabilní	Psychicky labilní
Dobře se ovládá	Špatně se ovládá

Shrnutí závěrů důležitých pro ošetrovatelskou péči:

*PACIENTKA AKTIVNE SPOLUPRACUJE, JE NOVORNA, DOPRE JE OVLADA O SPRAVNOSTI SVU DIAGNOZE JE PINE INFORMOVANA, TAKZE VODIWI RAZUMIVICI. AKTIVNE LEGRETE SVUO PINE JADA JE EDNOVANA O SVETNIM ANTIBIOTIVUMNIM REZIMU, O SVETNU INFEMNIMU MONPRIVICI. NA ZACIATE SVETROVATELNE ANAMNEZY JE STANOVENY TATO SVETROVATELNE DIAGNOZY:*

- 1. PORUCHA SRANNO V SOUVISLOSTI S NOVIMI SITUACIIMI FAKTORI*
- 2. PORUCHA MOZNI INTEGRITY V SOUVISLOSTI S PRIZNAMI ONEMOCNENI*
- 3. PORUCHA KRYMATIZOVANI SVUCE V SOUVISLOSTI S UJINIM PRIZNOVANE LEZY*
- 4. UNAVA V SOUVISLOSTI S LEZOU NARAZOVENO ONEMOCNENI.*

*PACIENTKE VIL PRERAN VOZPIS LEZY, KTERE BUDE USILO ZEMEM AMBULANTNI LEZY. NEMOCHA VOZPISU, OZIVATI LEZY VOZVNI.*