

**ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2014

Yvona Bergerová

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ
Studijní program: Ošetrovatelství B 5341

Yvona Bergerová

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

**Biologická léčba u onkologických pacientů
z pohledu všeobecné sestry**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Simona Boudová

Plzeň 2014

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 27. 1. 2014

.....

Vlastnoruční podpis

Poděkování:

Děkuji Mgr. Simoně Boudové za odborné vedení práce, poskytování rad, materiálních podkladů a za lidský přístup. Dále děkuji MUDr. Haně Korunkové za poskytování odborných rad, spolupracovníkům a rodině za shovívavost a trpělivost.

Anotace

Příjmení a jméno: Bergerová Yvona

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Biologická léčba u onkologických pacientů z pohledu všeobecné sestry

Vedoucí práce: Mgr. Simona Boudová

Počet číslovaných stran: 62

Počet nečíslovaných stran: 25

Počet příloh: 8

Počet titulů použité literatury: 30

Klíčová slova: onkologie - biologická léčba - potřeby pacientů - nežádoucí vedlejší účinky
- mapa ošetrovatelské péče - edukace

Souhrn:

Bakalářská práce se zabývá problematikou ošetrovatelské péče v souvislosti s nežádoucími účinky cílené biologické léčby u onkologických pacientů. Teoretická část je věnována popsání onkologické léčby všeobecně, protože je spojena s biologickou léčbou a je důležitá k dokreslení problému. V dalších kapitolách popisují všeobecně nežádoucí účinky, se kterými se může sestra v onkologii setkat - a jsou nezbytné k posouzení pacienta - pokud má pacient nastavenou biologickou léčbu. Dále se zaměřuji na cílenou biologickou léčbu a nežádoucí účinky na tuto léčbu zaměřenou na ošetrovatelskou péči. Na konci teoretické části jsem popsala potřeby onkologicky nemocných, dle modelu Marjory Gordon. V praktické části jsem se zaměřila na pacienty, kteří podstupovali tuto léčbu. Zpracovala jsem jednotlivé rozhovory s pacienty, jejich subjektivní pocity i objektivní zhodnocení ošetrovatelské péče. Výstupem bakalářské práce je vytvořený dokument, mapa ošetrovatelské péče pacienta u nežádoucích účinků biologické léčby.

Annotation

Suriname nad naše: Yvona Bergerová

Department: Nursing nad Midwifay

Title of thesis: Biological therapy in cancer patients, from the perspective of nurses

Consultant: Mgr. Simona Boudová

Number of numbered pages: 62

Number of unnumbered pages: 25

Number of appendices: 8

Number of literature items used: 30

Key words: oncology - biological therapy - needs of patients- adverse side effects - map of nursing - education

Summary:

This bachelor thesis deals with nursing care in relation to the side effects of biological medical treatment to oncology patients. The theoretical part focuses on description of oncology treatment in general. It is related with biological treatment and therefore it is significant in order to illustrate the problem. The next chapters describe the general side effects which the nurses may encounter in oncology and which are necessary to consider the patients who have the biological treatment. The thesis then deals with targeted biological treatment and side effects of this treatment from the perspective of nursing care. Finally, the theoretical part also describes the needs of oncology patients, according to the model of Marjory Gordon. The practical part focuses on patients who experienced this treatment. The individual interviews with patients with their subjective feelings and objective evaluation of nursing care were processed. This thesis aims to create an output which is a map of nursing care of the patients with side effects of biological treatment.

OBSAH

Úvod	11
TEORETICKÁ ČÁST	12
1 Onkologická léčba	12
1.1 Historie.....	12
1.2 Druhy onkologické léčby	12
1.2.1 Kurativní léčba	12
1.2.2 Adjuvantní léčba.....	12
1.2.3 Podpůrná léčba	12
1.2.4 Paliativní léčba	13
1.3 Onkologická léčba – chirurgická	13
1.3.1 Radikální léčba	13
1.3.2 Paliativní chirurgická léčba	13
1.3.3 Jiné metody.....	13
1.4 Radioterapie	14
1.4.1 Zevní radioterapie.....	14
1.4.2 Vnitřní radioterapie.....	14
1.4.3 Režimy ozařování	14
1.5 Farmakologická léčba	15
1.5.1 Chemoterapie.....	15
1.5.1.1 Alkylační	15
1.5.1.2 Antimetabolity.....	15
1.5.1.3 Protinádorová ATB	15
1.5.1.4 Alkaloidy.....	15
1.5.2 Hormonální léčba	16

1.5.3	Biomodulační léčba	16
1.6	Transplantace kostní dřeně	16
1.7	Fototerapie	16
1.8	Termoterapie	17
1.9	Genová terapie	17
1.10	Alternativní metody léčby	17
2	Nežádoucí účinky onkologické léčby jako ošetrovatelský problém	18
2.1	Nežádoucí účinky chemoterapie	18
2.2	Nežádoucí účinky po radioterapii	18
2.3	Nejzávažnější nežádoucí účinky	19
3	Cílená biologická léčba	19
3.1	Indikace biologické léčby	19
3.2	Biologická léčiva podle způsobu účinku	21
3.2.1	Antiangiogenní léčba	21
3.2.2	Diferenciační léčba	21
3.2.3	Inhibitory proteazomu	21
3.2.4	Inhibitory tyrosinkinázy	21
3.3	Způsoby použití	22
3.3.1	Cetuximab - Erbitux	22
3.3.2	Trastuzumab – Herceptin.....	22
3.3.3	Bevacizumab - Avastin.....	22
3.3.4	Příprava a aplikace.....	23
4	Kompetence sester	25
5	Potřeby nemocných v onkologické léčbě	27
6	Edukace pacienta	31
6.1	Metody	31

6.2	Fáze.....	31
6.3	Plány	31
7	Mapa ošetrovatelské péče.....	32
PRAKTICKÁ ČÁST		33
8	FORMULACE PROBLÉMU.....	33
9	CÍL VÝZKUMU	34
10	DÍLČÍ CÍLE.....	34
11	VÝZKUMNÉ OTÁZKY	34
12	DRUH VÝZKUMU A VÝBĚR METODIKY.....	34
13	CHARAKTERISTIKA SOUBORU A VÝBĚR PŘÍPADU.....	34
14	ORGANIZACE VÝZKUMU A ZPŮSOB ZÍSKÁVÁNÍ INFORMACÍ.....	35
15	INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ – ROZHOVORY	36
15.1	Pacient č. 1	36
15.1.1	První rozhovor	37
15.1.2	Druhý rozhovor téhož pacienta po 4. aplikaci Erbituxu.....	39
15.2	Pacient č. 2	39
15.2.1	První rozhovor	39
15.2.2	Druhý rozhovor téhož pacienta po 11. aplikaci Erbituxu.....	41
15.3	Pacient č. 3	42
15.3.1	První rozhovor	43
15.3.2	Druhý rozhovor téhož pacienta po 4. aplikaci Erbituxu.....	44
15.4	Pacientka č. 4.....	45
15.4.1	První rozhovor	45
15.4.2	Druhý rozhovor téže pacientky po 5. aplikaci Erbituxu.....	47
15.5	Pacientka č. 5.....	47
15.5.1	První rozhovor	48

15.5.2	Druhý rozhovor téže pacientky po 6. aplikaci Erbituxu.....	49
15.6	Pacientka č. 6.....	49
15.6.1	První rozhovor	49
15.6.2	Druhý rozhovor téže pacientky po 10. aplikaci Erbituxu.....	52
16	ANALÝZA ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ.....	53
17	Diskuze	55
	ZÁVĚR.....	62
	Seznam použité literatury a zdrojů	63
	Seznam použitých zkratk	67
	Seznam obrázků.....	68
	Seznam příloh.....	69
	Příloha 1.....	69
	Příloha 2.....	71
	Příloha 3.....	72

ÚVOD

Ve své bakalářské práci jsem se zaměřila na biologickou - někdy udávanou jako cílenou léčbu - a jejích nežádoucích účinků z pohledu sestry. Moje pracovní kariéra je již velmi dlouhá a poznala jsem různé obory ve zdravotnictví. Pracovala jsem na chirurgickém, kožním a anesteziologicko resuscitačním oddělení oddělení. Nikde jsem se ale nesešla s tak intenzivním pocitem blízkosti sestry s pacientem jako na onkologickém oddělení, kde pracuji poslední tři roky. Práce na tomto oddělení je pro sestru velice náročná. Setkává se tady s největším utrpením u pacientů, které může být. Sestra je s pacientem při začátku, kdy lékař pacientovi sdělí diagnózu onkologického onemocnění. Je při průběhu léčby a někdy je také u konce jeho života.

Léčba nádorového onemocnění je obtížná, zdlouhavá a pro pacienty velmi náročná jak po fyzické, tak po duševní a sociální stránce. Sestra je důležitým prvkem a je jen na její osobnosti a profesních kvalitách, aby byla pacientovi vstřícnou průvodkyní v jeho těžkém údělu. Protože je léčba velmi dlouhá a pacienti se vrací, sestra s nimi naváže užší kontakt, než je tomu v jiných oblastech zdravotnictví.

Podnětem k mé bakalářské práci bylo to, že když jsem zde začala pracovat a učila se různým metodám onkologické léčby, velmi mě zaujala možnost cílené biologické léčby. Nikde jinde jsem se s touto léčbou nesešla. Začala jsem se zaměřovat na pacienty s tímto způsobem léčby a určitým způsobem jsem zaznamenala absenci dokumentu o edukaci pacientů v této oblasti.

Cílem mé práce je zmapovat informovanost pacientů - s jakými nežádoucími účinky se mohou setkat při léčbě. S tím souvisí ošetrovatelská péče. Především, jak má ošetrovatelský personál přistupovat k pacientům ještě před vypuknutím nežádoucích účinků z hlediska prevence, například pomocí edukace pacienta, nebo mapy ošetrovatelské péče. Jak postupovat při jejich vyskytnutí a jakým způsobem toto zmapovat a zaznamenávat.

TEORETICKÁ ČÁST

1 ONKOLOGICKÁ LÉČBA

1.1 Historie

Nemoci, úrazy a znetvoření jsou lidstvu vlastní po celou dobu jeho existence. I nádorová onemocnění nejsou záležitostí nového věku. Na některých pravěkých kosterních pozůstatcích a mumiích z Egypta byly objeveny známky nádorového onemocnění a metastáz. Toto onemocnění a jeho léčení bylo popsáno v egyptských papyrech, v klínových destičkách z Mezopotámie, v indických védách, v odkazu japonských, čínských i arabských myslitelů a lékařů. Hippokrates z antického Řecka dal tomuto onemocnění název karkinóma – karcinom, protože mu připomínal klepeta kraba. K léčení se používaly extrakty rostlin nebo plodů a chirurgická léčba. V historii lidstva převážila jiná onemocnění, lidé se dožívali nižšího věku, proto nádorová onemocnění nebyla středem zájmu. Systematické léčení začalo až od 19. století. (1, s.1, 2, s.3, 5, s.3)

1.2 Druhy onkologické léčby

1.2.1 Kurativní léčba

Cíl kurativní léčby je zcela odstranit nádor a vyléčit nemocného. Pokud je nádor solidní, jedná se o operační postup. Kurativní léčebné postupy se často kombinují. Například chemoterapie a operace, nebo chemoterapie a transplantace kostní dřeně u leukémie. (č, s. 74)

1.2.2 Adjuvantní léčba

Jde o léčbu zajišťovací, kdy byl odstraněn primární nádor a pacient se zajišťuje proti vytvoření metastáz. Většinou se jedná o chemoterapii, radioterapii a cílenou léčbu. Může se jednat o léčbu před radikálním zákrokem a po zákroku. (4, s. 75)

1.2.3 Podpůrná léčba

Někdy je uváděná jako symptomatická. Má za cíl zkvalitnit život pacientů během jejich léčby a zmírňovat jejich obtíže, způsobené nádorem, nebo komplikacemi při léčbě. (4, s. 76)

1.2.4 Paliativní léčba

Jedná se o komplexní podpůrnou léčbu u pacientů v terminálním stádiu jejich života, kdy se již vyčerpaly všechny léčebné prostředky a postupy, kterými můžeme pacienta vyléčit. Jde o důležitou součást péče, která se zaměřuje na odstranění bolesti, výživu a hygienu tak, aby byla zajištěna co nejvyšší kvalita života v jeho poslední fázi. (4, s. 77)

1.3 Onkologická léčba – chirurgická

1.3.1 Radikální léčba

K základní onkologické léčbě patří chirurgická léčba. Především radikální (kurativní) chirurgický zákrok, kdy je odstraněn primární nádor, většinou se spádovými mízními uzlinami. Důležitá je lokalizace nádoru, bez metastáz v raném stádiu. Někdy se odstraňují radikálně i metastázy, ale musí být nejdříve odstraněn primární nádor. (1, s. 117)

1.3.2 Paliativní chirurgická léčba

Další metodou je paliativní chirurgická léčba, aby se zabránilo vzniku komplikací jako je třeba krvácení, střevní neprůchodnost, které by mohly ohrozit nemocného na životě, nebo zlepšit kvalitu života anastomózami přemostujícími překážku. Dále to mohou být endoprotézy udržující průchodnost dutých orgánů, chirurgie bolesti - výkony na nervovém systému, nové metody miniinvazivní a endoskopické postupy (1, s. 119)

1.3.3 Jiné metody

Méně používané jsou: využití laseru, kryochirurgie, radiochirurgie, Leksellův gama nůž a rekonstrukční operační výkony. Biologická léčba následuje až po vyhojení a rekonvalescenci. (1, s. 117, 119, 4, s. 56, 58)

1.4 Radioterapie

Další metodou léčby je radioterapie. Radioterapie je spojena s objevem záření X v roce 1885 a objev přirozené radioaktivity v roce 1896. Ze začátku se používaly paprsky k diagnostickým účelům, ale velmi brzy byly rozpoznány smrtící účinky na buňku a začaly se používat k léčbě nádorových onemocnění. Velmi obecně lze říci, že je nádorová buňka poškozena zářením v pěti fázích a účinek lze předvídat dle řady faktorů, jako je histologický typ, lokalizace a rozsah postižení. Radioterapie je složitá metoda, kde společně pracují na plánech léčby pacienta především radioterapeut s radiofyzikem, a k dispozici mají složitý výpočetní program. Obor radioterapie se zdokonaluje a rozšiřuje tak, aby co nejméně zatěžoval pacienta a jeho zdravé buňky.

1.4.1 Zevní radioterapie

Někdy se označuje jako teleterapie, kdy je zdroj záření umístěn mimo tělo a ozařuje cílový nádor zvenčí pacienta. (1, s. 123)

1.4.2 Vnitřní radioterapie

Také zvaný jako brachyterapie, kdy je zářič v různé formě (tekutina, různé válce apod.) umístěn přímo v oblasti nádoru a ložisko je snadno přístupné, například v děloze. V současné době je zkoušena nová metoda, kdy společně s odborníky nukleární medicíny se umísťuje radioaktivní látka cestou cév do oblasti nádoru, kde září určitou dobu a poškozuje jen změněnou nádorovou buňku, například v játrech. Biologická léčba se může spojit s radioterapií především u nádorů prsu, kdy je během radioterapie aplikován biologický lék za hospitalizace pacienta. (1, s. 123, 4, s. 68)

1.4.3 Režimy ozařování

Režimy rozdělujeme do tří oblastí:

- a) normofrakcionace – nejčastější režim, ozařuje se jednou denně, pět dnů v týdnu
- b) hyperfrakcionace – září se více než jednou denně v menších dávkách, používá se u rychle rostoucích nádorů
- c) hypofrakcionace – září se méně často než jednou týdně, ale vyšší dávkou.

1.5 Farmakologická léčba

Pojem protinádorová onkologická léčba zahrnuje široké spektrum farmakologických přípravků od chemoterapie, hormonální léčby, cílené léčby a bioterapie. Liší se tím, jakými mechanismy působí na nádorovou buňku a tím ji ničí. (4, s. 119)

1.5.1 Chemoterapie

Nejčastější farmakologická léčba je chemoterapie. Chemoterapie patří do základní léčby nádorových onemocnění. Je to podávání léků s cytotoxickým či cytostatickým účinkem. Cytostatika mohou být syntetická nebo deriváty látek z rostlin i plísní. Tyto látky se liší ve způsobu, kterým ničí nádorové buňky, ale jedno mají společné – poškodit genetickou informaci nádorové buňky, která je obsažena v DNA. Zdravé buňky jsou sice také poškozovány cytostatiky, ale nádorové buňky umírají rychleji, protože to souvisí s rychlostí jejich dělení. Tato rychlost také určuje, která zdravá tkáň bude poškozena více a která méně. Problém u cytostatik je ten, že každý člověk je individuální osobností, má různý metabolismus, imunitu. Proto někdo snese dávky cytostatik bez potíží a někdo může mít fatální nežádoucí příznaky. Cytostatika se rozdělují do několika skupin. (1, s. 145)

1.5.1.1 Alkylační

Alkylační cytostatika – poškozují doposud funkční genetickou informaci, ale bohužel poškozují i buňky klidové, takže působí karcinogenně. Stimulují vznik dalších maligních chorob a působí teratogenně. (3, s. 38)

1.5.1.2 Antimetabolity

Antimetabolity – blokují syntézu základních stavebních kamenů, z nichž je vybudovaná genetická informace. (3, s. 38)

1.5.1.3 Protinádorová ATB

Protinádorová antibiotika poškozují maligní i zdravé buňky, ale liší se způsobem, jakým toho dosahují, i vedlejšími nežádoucími účinky. (3, s. 38)

1.5.1.4 Alkaloidy

Rostlinné alkaloidy jsou nevelká skupina léčiv izolovaných z rostlin z *Vinca minor* (barvínku) - a *taxanu* z tisu (*Taxus*). (3, s. 38)

A pak to jsou nezařazená cytostatika synteticky připravovaná, jako jsou např. platinová cytostatika. (1, s. 145, 3, s. 38)

1.5.2 Hormonální léčba

Hormony mají výraznou roli v patogenezi nádorového onemocnění. Již v roce 1836 popsal sir A. Cooper závislost růstu karcinomu prsu v závislosti na menstruačním cyklu. V pozdějších letech se zjistila hormonální závislost na karcinom prostaty a štítné žlázy. Počátkem 20. století byly zavedeny do léčby estrogény u karcinomu prostaty. Hormonální léčba se většinou indikuje jako paliativní léčba, u nádorů v pokročilém stavu hormonálně senzitivních. U karcinomu prsu u žen v menopauze se používá jako adjuvantní léčba po předchozí operaci. Je prokázáno, že profylaktické podávání hormonů u postmenopauzálních žen snižuje riziko recidivy karcinomu druhého prsu. V léčbě nádorů se používají většinou steroidní hormony, androgeny, estrogény, progestiny a glukokortikoidy. V menší míře somatostatin a melatonin.(1, s. 209, 2, s. 177)

1.5.3 Biomodulační léčba

Tato léčba má různé formy, z nichž je nejvýznamnější ovlivnění imunitních reakcí. Cílem je obnovit u nemocného porušenou imunitu nádorem a zapojit do léčby proti nádoru. Významná je schopnost ničit nádorové buňky nezávisle na jejich generačním cyklu. Rozlišujeme pasivní imunoterapii nespecifickou, kdy se podává sérum zdravých jedinců nemocným s nádorem a specifickou, kdy se podává sérum se specifickými protilátkami proti nádoru. (1, s. 223)

1.6 Transplantace kostní dřeně

Je to léčebná metoda u hematologických nádorů. Cílem je náhrada patologické kostní dřeně obsahující nádorové buňky, které se nahradí dření zdravého dárce. Může být syngenní, dárce je jednovaječné dvojče, alogenní, kdy je dárce jiný člověk a autologní, kdy je dárce sám pacient, jehož zdravé buňky se odebírají v době remise. (1, s. 231-233)

1.7 Fototerapie

K méně používaným metodám se řadí fotodynamická terapie, tzv. fotochemoterapie, kdy se používá neionizujícího záření různé intenzity a vlnové délky, které působí na buňky. Při určitých vlnových délkách světlo aktivuje v buňce fotosenzitivní látky a indukuje jejich vysokou biologickou aktivitu.(1, s. 237)

1.8 Termoterapie

Využívá teploty nad 41°C, která inhibuje některé buněčné funkce, třeba buněčné dělení. Zajímavé je, že k tomuto zjištění vedlo pozorování regrese zhoubného nádoru v průběhu horečky provázející sepsi. Také několikahodinová horečka nad 40°C vedla k symptomatické úlevě a výraznému zmenšení nádoru. Nejvíce má termochemoterapie příznivé účinky u léčby melanomu. (1, s. 237)

1.9 Genová terapie

K nejnovějším metodám léčby nádorů se řadí genová terapie. Je založena na přenosu genetické informace a korekce chybné genetické informace. Jde o integraci nového genetického materiálu do genomu buňky. Další alternativou je genová terapie, kdy se zjednodušeně vpraví tzv. sebevražedný gen do nádorové buňky. Genová terapie je zajímavá terapie nádorů, ale i velmi riziková a podléhá přísným schvalovacím řízením, aby nebyla zneužitá. (1, s. 248)

1.10 Alternativní metody léčby

Pokud budeme hovořit o alternativní léčbě, není to přesné označení. Alternativní léčba nádorů neexistuje, jde o doplňky konvenční léčby, které mohou zlepšit kvalitu života a zmírnit potíže u nežádoucích účinků protinádorové léčby. Někdy může alternativní léčba dokonce u onkologických pacientů ohrozit zdraví i život, pokud se promešká vhodný okamžik k zahájení klasické, osvědčené protinádorové léčby. K alternativním metodám se řadí např. akupunktura, psychotronika a biotronika, dietní režimy, léčebné a diagnostické přístroje, homeopatie, aromaterapie, meditativní metody, hypnóza, holotropní dýchání, magie, okultismus, léčení magnetismem, léčení kameny, živou a mrtvou vodou, alternativní farmakoterapie a jiné. (1, s. 250-252, 2, s. 182)

2 NEŽÁDOUCÍ ÚČINKY ONKOLOGICKÉ LÉČBY JAKO OŠETŘOVATELSKÝ PROBLÉM

Jakákoliv protinádorová léčba představuje pro organismus člověka velké zatížení a riziko nežádoucích účinků. Nejzávažnější a nejčastější jsou po chemoterapii a radioterapii. Nežádoucí účinky po biologické terapii budu popisovat v jiné kapitole.

2.1 Nežádoucí účinky chemoterapie

Chemoterapie působí toxicky nejen na nádorové, ale i zdravé buňky. Podle druhu cytostatika působí toxicky na jakýkoliv systém v těle. Mohou být přítomné alergické reakce a sterilita. Nežádoucí účinky se mohou objevit velmi brzy, těsně po aplikaci jako: nevolnost, zvracení, alergická reakce, zánět žil a extravazace (únik aplikované látky mimo žilní systém do podkoží nebo svalů). Z hlediska úlohy sestry při aplikaci chemoterapie je velmi důležitá komunikace s pacientem, péče o žilní vstup, vlastní aplikace, ošetřování případné extravazace, sledování dalších nežádoucích účinků, vedení řádné dokumentace a likvidace cytostatického odpadu dle směrnic. (1, s. 257, 4, s. 76, 26, 27)

2.2 Nežádoucí účinky po radioterapii

Nežádoucí účinky po radioterapii můžeme dělit na lokální a systémové podle ozařovacího objemu, frekvencí ozařování, stavu kůže pacienta před ozařováním a fotosenzitivity kůže pacienta. V průběhu ozařování sestra sleduje stav kůže pacienta a sliznic, nutriční stav, průjmy, zvracení a bolest. Důležitou úlohou sestry je edukovat pacienta - jaké se mohou při radioterapii vyskytnout nežádoucí účinky. Vést ho při ošetřování kůže a sliznic. Věnovat velkou pozornost při sestavování jídelníčku při ozařování GIT, pacienta pravidelně vážit a sledovat množství a charakteristiku stolice. (1, s. 257-77, 4, s. 76, 93, 8, s. 72)

Při léčbě se mohou vyskytnout akutní situace, které vyžadují intenzivní péči a zvláštní léčebné postupy. Pro sestru to znamená kontrolovat pacienta a poznat příznaky těchto náhlých příhod. (1, s. 287)

2.3 Nejzávažnější nežádoucí účinky

- Syndrom horní duté žíly vznikající bloádou odtoku krve horní dutou žílou v důsledku uzávěry trombózou. Sestra sleduje dušnost, kašel, cyanózu, bolest na hrudi a dysfagii.
- Porucha CNS jako nitrolebeční hypertenze a komprese míchy vznikající v důsledku útlaku mozku a míchy nádorem. Sestra sleduje nevolnost, zvracení, rozmazané vidění, podrážděnost, bolest.
- Obstrukce dutých orgánů:
 - a) dýchací cesty - sestra sleduje dušnost, cyanózu, neklid
 - b) trávicí ústrojí - projevuje se jako NPB ileózního charakteru - sestra sleduje zvracení, bolesti břicha, stolice
 - c) močové ústrojí - sestra sleduje vylučování moče, její množství a charakter (barva, zápach)
- Kardiopulmonální příhody, nejčastěji tromboembolické komplikace, poruchy srdeční činnosti, vedoucí až k zástavě srdce - sestra sleduje dýchání, kašel, bušení srdce, bolest na hrudi, úzkost a strach
- Syndrom nádorového rozpadu způsobující metabolické abnormality, které ohrožují pacienta komorovou fibrilací a náhlou smrtí - projevuje se nespecificky a sledujeme celkovou slabost, nechutenství, zvracení, křeče a psychickou alteraci.
- Mezi jiné akutní příhody lze zařadit masivní krvácení jako hemoptýza, hemateméza, meléna, metroragie a krvácení z velkých cév porušených nádorem. Při jakémkoliv podezření sestra okamžitě kontaktuje lékaře, protože je zde nutná substituční léčba pomocí plazmy, hemostyptik a krevních náhrad. (1, s. 287-290, 4, s. 159)

3 CÍLENÁ BIOLOGICKÁ LÉČBA

Metoda léčení a používání těchto látek je poměrně nová záležitost a datuje se od devadesátých let 20. století. Využívá vlastní obranyschopnosti organismu k boji proti rakovině na základě nových znalostí a pochopení, jak fungují struktury a pochody na povrchu i uvnitř buňky. Jsou to protilátky, zaměřené proti jednomu antigenu, který organismus rozpozná, protože jinak reaguje a imunitní systém ho považuje za cizí látku. Oproti klasické chemoterapii, zaměřené na všechny buňky organismu a mající tak nežádoucí účinky i na zdravé buňky v těle, je cílená biologická léčba zaměřená přímo na změněné buňky nádorové. Jak přímo v buňce, tak na jejím povrchu. Jsou to vlastně monoklonální protilátky, které se naváží na nějaký antigen nádorové buňky nebo jejího okolí a vedou ke zničení buňky - podobně jako kdyby se navázaly na nějakou bakterii. Ačkoli i léky používané k cílené biologické léčbě jsou provázeny řadou nežádoucích účinků, protože je může organismus vnímat jako cizí látku v těle, je četnost výskytu i závažnost těchto nežádoucích účinků významně nižší než při klasické chemoterapii. (5, s. 15-20, 18, 2, s. 10, 28)

3.1 Indikace biologické léčby

K indikaci biologické léčby jsou důležitá dvě vylučovací kritéria, podle kterých se lékař rozhoduje. Je to:

- *Onemocnění* – typ nádoru prokázán histologicky, stádium TNM klasifikace, prediktivní faktory a biologické vlastnosti tumoru.
- *Pacient* - stav pacienta dle WHO – 0 - 1, v posledních letech je věk pacienta již méně důležitý.

Když je pacient indikován k léčbě, provede se v genetické laboratoři vyšetření postižené tkáně molekulárně genetickými metodami. Vyšetření se provádí technologií DNA, kdy se odebere vzorek postižené tkáně a pacientovi se určí nejvhodnější léčba. (9, s. 179)

3.2 Biologická léčiva podle způsobu účinku

3.2.1 Antiangiogenní léčba

– není cílena na nádor, ale na cévy, které nádor vyživují. Jedním z nejznámějších a nejpoužívanějších je bevacizumab – dodáván lékárnou jako Avastin. Používá se u kolorektálního karcinomu, karcinomu prsu spolu s chemoterapií a u karcinomu ledviny spolu s interferonem alfa.

3.2.2 Diferenciační léčba

– působí na diferenciaci buňky, tím snižuje dělení buňky a vytváření metastáz - tretinoin; kyselina all-trans retinová Vesanoind – používaný k léčbě leukémie.

3.2.3 Inhibitory proteazomu

– způsobují zničení signálů, které buňka tak nepřijímá ze svého okolí, vzniká v ní chaos a zaniká. Je mnoho druhů receptorů a vyvíjené léky mohou blokovat buď přímo jeden druh receptorů, nebo i více druhů a neblokovat receptory potřebné pro buňku. – bortezomib – Velcade – léčení mnohočetného myelomu. (5, s. 157, 7, s. 18)

3.2.4 Inhibitory tyrosinkinázy

- Inhibitory tyrosinkinázy blokují tento enzym a tedy i přenos signálu dále do buňky. Buňka, která nemůže přijímat signály ze svého okolí, přestává růst a hyne. Například blokáda receptoru epidermálního růstového faktoru – cetuximab - dodávaný lékárnou jako Erbitux a používá se u kolorektálního karcinomu a spinocelulárního karcinomu hlavy a krku a trastuzumab – Herceptin používaný u karcinomu prsu spolu s radioterapií. (5, s. 158, 7 s. 18)

Dříve se protilátky pro léčebné účely získávaly od zvířat, kterým byla podávána cizorodá látka (například myši nebo hadí jed). Kromě požadované protilátky (například proti hadímu jedu) však sérum obsahovalo velké množství jiných protilátek, což způsobovalo řadu komplikací. Vědci již dokáží kombinovat malou část zvířecí protilátky (část rozpoznávající antigen) a větší část lidské protilátky. Takovým protilátkám se říká humanizovaná protilátka. Při jejím použití je riziko reakce na podanou protilátku výrazně sníženo. (5, s. 3, 157-167, 7, s. 18, 21)

3.3 Způsoby použití

Způsoby použití těchto léčiv se striktně drží dle předepsaných postupů a kritérií. Vše je popsáno v příbalových letácích léků a standardů a směrnic v Řízené dokumentaci FN Plzeň. (29, 24, 25)

Nejčastější podávání těchto léčiv je intravenózní podání. Méně také orální - ve formě tobolek a tablet.

Biologických léčiv je velké množství. Popíše tři, která se podávají nejčastěji, jejich podání, nežádoucí reakce, podávání premedikace, příprava a aplikace.

3.3.1 Cetuximab - Erbitux

- ve formě nitrožilní infúze 1x týdně, úvodní infúze by měla trvat 2 hodiny, každá další pak 60 minut. (29)

Nežádoucí účinky: nejčastěji kožní reakce, horečka, závratě, dušnost, arytmie až zástava srdce a ve vzácných případech může vést až k úmrtí.

Dle zavedených postupů předchází podávání cetuximabu vždy premedikace: vysoké dávky antihistaminik, dále antiemetika, antiulcerika, kortikoidy a prokinetika.

Při prvním podání musí být vždy přítomen lékař a připravena monitorace životních funkcí pacienta a defibrilátor.

3.3.2 Trastuzumab – Herceptin

- podává se ve formě nitrožilní infúze. Podání první dávky by mělo trvat 90 minut, při dobré snášenlivosti se pak další dávky podávají po dobu 30 minut. Podává se jedenkrát za týden nebo jedenkrát za 3 týdny. (29)

Nežádoucí účinky: velmi časté jsou bolesti hlavy (léčba se přerušuje, když pacient udává, že jsou nesnesitelné), horečka, třesavka, bolesti břicha, kožní reakce a anafylaktická reakce.

3.3.3 Bevacizumab - Avastin.

Potřebné dávky Avastinu závisí na tělesné hmotnosti pacienta. Avastin se podává jednou za 2 týdny. Počet infuzí závisí na tom, jak léčba působí; přípravek by se měl používat tak dlouho, dokud Avastin brání dalšímu růstu nádoru. (29)

Nežádoucí účinky: hypertenze, únava, astenie, průjem, nauzea, zvracení a krvácivé projevy.

Dle zavedených postupů a předpisů, předchází aplikaci léků měření TK. Pokud by byl vyšší, aplikuje se nejprve lék na snížení TK (např. Tenziomin), čeká se, až začne působit – ½ až 1 hod. Pak se znova změří TK a pokud by byl stále vysoký, cytostatikum se neaplikuje. (28)

3.3.4 Příprava a aplikace

Cytostatika se ve FN Plzeň připravují centrálně v lékárně. Dopravují se ve speciálních přepravkách určených jen k přepravě cytostatik. Naředené roztoky jsou uchovávány v boxech, určených jen pro tato cytostatika.

Při aplikaci je nutné dodržovat přísná bezpečnostní pravidla. Musí se používat osobní ochranné pomůcky a při potřísnění cytostatickou látkou použít dekontaminační soupravu.

Každá infuzní láhev musí být opatřena jménem pacienta, množstvím cytostatika, datem podání a časem podání. Pokud se cytostatika nepodávají bolusově, v jednotlivé dávce, aplikují se vždy jen přes infuzní pumpu s přesným nastaveným množstvím roztoku.

Při podávání cytostatik je nutná kontrola pacienta sestrou:

Celkový stav pacienta – TK, puls, teplota, dech, kožní reakce – vyrážka, erytém. (28)

Místo vpichu se pravidelně kontroluje a to jak periferní žilní kanyla nebo port. Při krátkodobé aplikaci po ½ hod, při dlouhodobé každé dvě hod. Je to nutné zejména v souvislosti s extravazací cytostatika. Pokud by k této komplikaci došlo, je nutné učinit protipatření (24, 25)

Po aplikaci je nutné zkontrolovat stav pacienta, místo vpichu, aplikovat fyziologický roztok na proplach a linku uzavřít.

Použité lahve od infuzních roztoků, infuzní linky, kanyly a rukavice je nutné dávat do speciálního uzavíratelného kontejneru s označením Cytostatika. (26,27)

Před podávání cytostatik a biologické léčby se pacient premedikuje. Podávají se antiemetika, antiulcerotika, kortikoidy, anxiolytika, antihistaminika, prokinetika, u některých cytostatik se aplikuje osmotické diuretikum a zavodnění organismu dle ordinace lékaře. (27, 28)

4 KOMPETENCE SESTER

Veškeré úkony, které provádí ošetrovatelský personál, jsou podloženy zákonem. Všeobecné sestry, které pracují na onkologické klinice Fakultní nemocnice Plzeň, vykonávají komplexní onkologickou ošetrovatelskou péči. Jejich kompetence jsou dány zákonem č.96/ 2004 Sb. o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče, kdy v platném znění musí splňovat kvalifikační požadavky dle § 5 odst. 1 písm. e), obor všeobecná sestra, 1996 a zákonem č. 105/ 2011 Sb. § 4, odst.3, a vyhláškou 55/ 2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků.

Všeobecná sestra, která pracuje na Onkologické klinice FN Plzeň na lůžkovém oddělení, musí mít způsobilost k výkonu. A to bez odborného dohledu - vysoce specializované činnosti pak pod odborným dohledem a náplně práce dle katalogu prací:

1. Plánování ošetrovatelské péče formou ošetrovatelského procesu bez odborného dohledu.
2. Poskytování ošetrovatelské péče prostřednictvím ošetrovatelského procesu bez odborného dohledu.
3. Provádění základní zdravotní výchovy pacientů i laické veřejnosti v oblasti ochrany a podpory zdraví a v ošetrovatelských postupech.
4. Poskytování vysoce specializované ošetrovatelské péče pod odborným dohledem.

Je oprávněna vykonávat činnosti stanovené vyhláškou č. 55/2011 Sb. dle uvedených paragrafů a to zejména:

§ 3 - 1

- a) poskytovat zdravotní péči v souladu s právními předpisy a standardy
- c) vede zdravotnickou dokumentaci a další dokumentaci vyplývající z jiných právních předpisů, pracuje s informačním systémem zdravotnického zařízení
- d) poskytuje pacientovi informace v souladu se svou odbornou způsobilostí, případně pokyny lékaře

§ 4 – 1

a) vyhodnocovat potřeby a úroveň soběstačnosti pacientů, projevů jejich onemocnění, rizikových faktorů, a to i za použití měřících technik používaných v ošetrovatelské praxi (například testů soběstačnosti, rizika proleženin, měření intenzity bolesti, stavu výživy atd.)

b) sledovat a orientačně hodnotit fyziologické funkce pacientů, to je dech, puls, EKG, tělesnou teplotu, krevní tlak a další tělesné parametry

c) pozorovat, hodnotit a zaznamenávat stav pacienta

3 – všeobecná sestra může vykonávat bez odborného dohledu na základě indikace lékaře - a to zejména:

a) podávat léčivé přípravky s výjimkou nitrožilních injekcí nebo infuzí

u novorozenců a dětí do 3 let a s výjimkou radiofarmak, pokud není uvedeno jinak.

Dále se musí řídit vyhláškou o zdravotnické dokumentaci č. 98/2012 a musí mít registraci dle vyhlášky 423/2004, kterou se stanoví kreditní systém pro vydání osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez přímého vedení nebo odborného dohledu zdravotnických pracovníků.

Mezi další kompetence patří úzce vymezené činnosti, mezi které patří a je nutné absolvovat certifikovaný kurz *Péče o pacienta se zavedeným portem* a certifikovaný kurz *Specifická ošetrovatelská péče o nemocné v onkologii*, případně *Specializovaná péče o nemocné v interních oborech*.

5 POTŘEBY NEMOCNÝCH V ONKOLOGICKÉ LÉČBĚ

Pacient má být středem pozornosti zdravotníků, má mu být věnována veškerá plně kvalifikovaná péče a má být ochráněn před poškozením. Pro určení základních potřeb lidí se nejčastěji používá Maslowova hierarchická teorie potřeb. Lidé jsou motivováni určitými potřebami, které se dají vyjádřit v tzv. Maslowově pyramidě potřeb. V základě této pyramidy stojí tělesné, fyziologické potřeby, nad nimi potřeba bezpečí a jistoty, dále potřeba lásky, přijetí, spolupatříčnosti, nad nimi potřeba uznání a víry a nejvýše potřeba seberealizace. I když je tato teorie uznávána, sám autor na konci svého života připustil, že vrchol pyramidy nemusí být nutně podmíněn nižším stupněm a že seberealizace je stav ideální, kterého ne všichni mohou dosáhnout. Pokud nejsou uspokojeny tyto potřeby, lidé pociťují úzkost a snaží se tento nedostatek odstranit. Mohli bychom definovat tento stav jako stav nedostatku nebo nadbytku, který subjektivně pociťujeme jako nepříjemný a máme tendenci jej uspokojit. (21, s. 26)

Pokud člověk onemocní, začíná se pyramida hroutit. Nemusí se naplnit a uspokojit ani základní fyziologické potřeby. Důležité je zhodnotit pacienta před onemocněním, reakce na předcházející onemocnění, inteligenci, sociální zázemí, jinou kulturu apod. Přejít do onemocnění je vždy krizová situace, se kterou se každý vyrovnává jinak. (21, s. 34)

Úloha sester v naplňování potřeb onkologických pacientů je velmi široká. Pacienty můžeme hodnotit dle různých škál – např. Barthelův test základních všedních činností, kterým můžeme posoudit zdravotní stav pacienta a stanovit plán ošetrovatelského procesu, nebo dle modelů ošetrovatelské péče. (21, s. 34-35)

Vybrala jsem si pro svůj výzkum model M. Gordon, který můžeme rozdělit do dvanácti skupin a specifikovat ho na potřeby onkologicky nemocných. Budeme-li pacienta vnímat celostně jako osobu se svými biologickými, psychickými, sociálními a spiritistickými potřebami, nemůžeme se vyhnout konfrontaci s pacienty s jinými onemocněními. Onkologické onemocnění je stále v populaci vnímáno jako fatální onemocnění, proti němuž není léku. Pacienti jsou po sdělení diagnózy vystaveni velkému stresu. Prožijí si popření, zlost, smlouvání, depresi a přijetí. Cítí se sami, mnohdy nechtějí, aby o jejich onemocnění věděla rodina; snaží se s ním vyrovnávat sami. Všeobecná sestra je v této době pacientovi nejbližší. Rolí sestry je získávání informací v jednotlivých oblastech. (6, s. 99 - 102)

Jednotlivé oblasti pomoci pacientům zahrnují:

- **Vnímání zdravotního stavu**

Snahu uzdravit se a zdraví si udržet, mají většinou všichni naši pacienti. Důležité je, jak pacient přijal diagnózu vážné choroby. Někteří pacienti se s tím velmi těžce vyrovnávají a léčení odmítají. Uchylují se k různým alternativním metodám léčení. Většina pacientů má snahu udělat vše pro zdraví a role sestry je jim v tom co nejvíce pomoci.

- **Výživa a metabolismus**

Výživa je u onkologických pacientů velmi důležitá. V důsledku choroby dochází k narušení výživy při podávání cytostatik a radioterapie v oblasti trávicího traktu a pacient tak ztrácí důležité živiny, které potřebuje k léčbě a regeneraci. Někteří pacienti mají bolesti v oblasti krku, trpí mukositidami, nemohou vůbec nic polknout. Preventivně se provede u pacientů, u kterých se dá předpokládat tato komplikace, PEG. Mnozí pacienti mají odpor k jídlu, trpí nechutenstvím, nauzeou a zvracením. Sestra sleduje pacientovu váhu, množství snědených porcí a může společně s nutriční terapeutkou sestavit výživový plán na pacienta tak, aby mu vyhovoval. (6, s. 99)

- **Vylučování**

U onkologických pacientů dochází velmi často k poruchám vylučování ať už průjmem, který je způsoben především radioterapií v oblasti břicha, nebo zácpou, způsobenou některými léky jako jsou opiáty nebo silná antiemetika. Dále může být problém ve vylučování moče, kdy nádor způsobí překážku ve vylučovacích cestách. Sestra sleduje množství a charakteristiku stolice a množství a barvu moče. (6, s. 99)

- **Aktivita, cvičení**

Aktivity a cvičení jsou závislé od různých stádií onemocnění. Některým pacientům doporučujeme v začátcích choroby provozovat své aktivity do únavy. Pokud se týká cvičení u hospitalizovaných pacientů, je pro pacienty k dispozici rehabilitační pracovnice. Polohování je důležité především u terminálních stavů, kdy už pacient nemá sílu se sám rehabilitovat a mohou vznikat dekubity a svalové kontraktury. Sestra sestaví polohovací plán, případně poskytne pacientovi polohovací pomůcky jako antidekubitní matrace, polohovací polštáře a masáže namáhaných partií. (6, s. 9)

- **Spánek, odpočinek**

Hodně pacientů má problémy se spánkem. Jsou způsobeny jednak nemocničním prostředím, jednak ze strachu z onemocnění. Úlohou sestry je zde především komunikovat s pacientem, uklidnit ho, případně zajistit jiné prostředí - pokud to jde. (6, s. 99)

- **Vnímání, poznávání**

Onkologičtí pacienti jsou obzvláště citliví na jakýkoli podnět okolí ke svojí osobě. Musí odolávat bolesti, mnohdy trpí ztrátou vlasů, řas a hmotnosti. Snahou sestry je pomoci pacientů vyrovnávat se s těmito problémy. (6, s. 99)

- **Sebekoncepce, sebeúcta**

Sebepojetí a sebeúcta jsou u onkologických pacientů na různé úrovni. Vše souvisí s charakterem onemocnění a jeho stadii. Pokud mají pacienti postižení obličejové části a kůže, někteří i odstraňují zrcadla ze svého okolí. Pokud mají stomické vývody, zvláště mladší ročníky se odmítají ošetřovat. (6, s. 99)

- **Plnění rolí, mezilidské vztahy**

Důležité pro onkologické pacienty je jejich rodina a vztahy v ní. Nemají mít pocit, že jsou mimo dění, ale že jsou pro ostatní důležití a potřební.

- **Sexualita, reprodukční schopnost**

Citlivé téma je sexualita. Většinou pacienti nemají potřebu o tomto tématu hovořit, ale aplikace cytostatik a některých hormonálních přípravků ovlivňuje libido a erekci. Některá léčba může ovlivňovat plodnost a pacienti zejména mladšího věku, kteří chtějí mít děti, musí tento problém řešit, např. metodou uchování spermií nebo vajíček. (6, s. 99)

- **Stres, zátěžové situace**

Zvládání stresových situací je individuální pro každého pacienta. Každý se vyrovnává se zátěžemi jinak - někdo to řeší pláčem, jiný mlčením nebo agresivitou. Proto máme pro každého pacienta jiný postup a jinou metodu přístupu. Můžeme pozvat i klinického psychologa, který je na většině těchto oddělení nebo klinik k dispozici. (6, s. 100)

- **Víra, přesvědčení, životní hodnoty**

Víra je důležitá pro každého člověka a pro pacienta v tak těžké životní situaci zvláště. Nemám na mysli jen víru náboženskou, ale především víru v sebe samého, naději v uzdravení. Mnozí pacienti přehodnotí svůj dosavadní život. Pro ty, kteří jsou nábožensky založeni, jsou k dispozici řádové sestry, které docházejí na oddělení na požádání a kněz k poslednímu pomazání. V naší společnosti toto není tak časté - jako např. v Polsku nebo Rakousku - a může se měnit i podle regionů. Na Moravě jsou návštěvy duchovních vnímány jinak než v Čechách. (6, s. 101)

- **Jiné - mezi ně patří i hygiena a bezpečí.**

V oblasti hygieny je důležitá pomoc starším lidem a nemocným v terminálním stádiu, kteří se už o sebe nedokážou sami postarat. Je třeba dohlédnout na hygienu u ozařovaných pacientů, protože kůže těchto pacientů je po ozařování podrážděná, někdy poškozená a může být napadena infekcí. (6 s. 101)

Bezpečí pacienta je především důležité pro pacienty, kteří jsou ohroženi pádem. To se týká především pacientů s nádory mozku, kteří ztrácejí koordinaci, někdy mají v nepořádku zrak a mohou upadnout. Sestra tyto pacienty kontroluje častěji a odstraňuje překážky v jejich okolí. (6, s. 102, 7, s. 12 -16)

Úloha sester nespočívá jen v naplnění těchto potřeb. Sestra se věnuje pacientovi komplexně od počátku, kdy je choroba diagnostikována, a mnohdy až do konce jeho života. Vztah sestry k pacientovi je velmi důvěrný. Je důležité u pacientů podporovat zájem o vnější dění, udělat si čas na rozhovor, z něhož bychom mohli usoudit, co je trápí, z čeho mají strach. Pokud sestra vnímá pacienta holisticky, musí si uvědomit i pokračování jeho nemoci a chátrání organismu. Nezbytná je edukace pacientů. Pokud nemá pacient dostatek informací a není poučen, vzniká mnoho nejasností. Může si vytvářet různé domněnky a mít falešné představy. Úlohou sestry je připravit pacienta na velmi těžkou cestu vedoucí k jeho vyléčení, nebo zmírnění potíží a edukace pacienta k tomu nezbytně patří. (7, s. 86-87, 13, s.40, 14, s. 240-244).

6 EDUKACE PACIENTA

Edukace je nedílnou součástí ošetrovatelské péče. Je to proces výchovy a vzdělávání, jehož cílem je osvojení poznatků, získání zručnosti a především informování pacienta tak, jak to má sestra v kompetenci. Sestra má zvláště doplnit informace, které pacient slyšel z úst lékaře, diskutovat o různých možnostech a alternativách. (8, s. 22)

6.1 Metody

Metody edukačního procesu mohou být individuální - samostatný rozhovor edukátora (v tomto případě sestry) a pacienta, nebo skupinový – jako třeba přednáška, diskuze a beseda. Na lůžkovém oddělení je to nejčastější edukace na patientském pokoji s více pacienty. Pak ještě existuje hromadná edukace - to jsou veřejné sdělovací prostředky, ty se uplatňují především v prevenci nádorových onemocnění. (8, s. 21)

6.2 Fáze

Fáze edukačního procesu jsou *posuzování*, kdy se sestra zaměří na potřeby pacienta, získání důležitých údajů o pacientovi, *diagnostika* – ošetrovatelské diagnózy, *plánování* – určení priorit, krátkodobých a dlouhodobých cílů, *obsah edukace*, *výběr vhodné formy edukace*, *zvolení vhodné metody*. Následuje samotná realizace – navázat kontakt, zvolit a připravit vhodné prostředí, zvolit vhodný čas a tempo, nepoužívat odbornou terminologii, klást důraz na zpětnou vazbu, používat vhodné učební pomůcky a nechat dostatek prostoru pro otázky. Poslední je vyhodnocení cílů sestry a pacienta. (8, s. 24)

6.3 Plány

Edukační plány existují v nejrůznějších formách. Vždy musí mít písemnou formu a sestra je zakládá do zdravotnické dokumentace. Edukační plán může být součástí mapy ošetrovatelské péče.

7 MAPA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

K tomu, abychom pacientovi co nejvíc pomohli, slouží ucelený dokument - mapa ošetrovatelské péče. Je jedním z nástrojů, kterým můžeme ovlivnit kvalitu ošetrovatelské péče.

Jsou to vlastně plány ošetrovatelské péče, které jsou optimální pro určitou skupinu pacientů s jejich specifickými potřebami. Používají se v mnoha zdravotnických zařízeních (neboli nově zřizovateli zdravotní péče). Mapy ošetrovatelské péče vznikly v New England Medical Center v Bostonu v roce 1979. Od roku 1995 se rozšířily do většiny nemocnic v USA a Kanadě. V České republice se začaly tyto dokumenty rozšiřovat velmi pomalu. Přitom jsou významnou pomůckou při poskytování péče, pokud jsou vypracované tak, aby byly šity na míru pacientům se specifickými problémy na určitém oddělení. (20, s. 202)

Většina velkých nemocnic v ČR má skupiny zdravotníků, kteří tvoří tzv. standardy ošetrovatelské péče. Dalo by se říci, že budou tvořit i mapy ošetrovatelské péče, ale bohužel toto ještě není běžné. V některých zdravotnických zařízeních je tvoří skupina zdravotníků buď přímo určená zdravotnickým zařízením, nebo jednotlivými pracovníky na oddělení. Přitom se dá říci, že mapy oš. péče jsou jednoduchým návodem, jak nejlépe a nejefektivněji pečovat o pacienta. V těchto dokumentech je standardizovaná péče, kterou musí dodržovat veškerý ošetrovatelský personál. Není možné se odchýlit od daného postupu a chrání se tím i ošetrovatelský personál při soudních sporech. Zdravotnická dokumentace je ucelená, snižují se náklady na lékařskou a ošetrovatelskou péči, zlepšuje se koordinace týmu a zlepšuje se kvalita péče. V těchto dokumentech jsou zohledněny osobní znalosti a zkušenosti sester. Jsou založeny na kultuře, tradicích, etice, ekonomických možnostech a výzkumu. (20, s. 202 – 206, 7, s. 86 – 87)

PRAKTICKÁ ČÁST

8 FORMULACE PROBLÉMU

Pacientů s onkologickým onemocněním přibývá. Stále více z nich je léčeno biologickou neboli cílenou léčbou, která je součástí onkologické léčby. Ta s sebou přináší nežádoucí účinky. Nežádoucí vedlejší účinky této léčby jsou pro pacienty zatěžující a pokud jsou pacienti nedostatečně informováni, vede to k tomu, že jsou mnozí z nich deprimováni a jejich léčení se tímto prodlužuje a komplikuje. Je důležité tyto vedlejší nežádoucí účinky znát a pomoci pacientům v jejich překonání.

9 CÍL VÝZKUMU

Cíl mého výzkumu je prostřednictvím případových studií zmapovat problematiku ošetrovatelské péče u onkologických pacientů léčených biologickými léky. Zjistit, zda mají tito pacienti dostatek informací o nežádoucích účincích cílené léčby.

10 DÍLČÍ CÍLE

- a) navrhnout mapu ošetrovatelské péče u těchto pacientů
- b) ověřit mapu péče v praxi v delším horizontu - pokud bude dokument přijat
- c) hodnocení přínosu nebo nevyužitelnosti dokumentu po půl roce od zavedení mapy péče do praxe

11 VÝZKUMNÉ OTÁZKY

1. Mají pacienti na našem oddělení dostatek informací o vedlejších účincích biologické léčby?
2. Na jaké oblasti se musíme zaměřit při tvorbě mapy ošetrovatelské péče?
3. Jaká je role sestry při edukaci pacientů v mapě ošetrovatelské péče?

12 DRUH VÝZKUMU A VÝBĚR METODIKY

Vybrala jsem pro svou bakalářskou práci kvalitativní druh výzkumu. Použila jsem případové studie, polostrukturovaný rozhovor a pozorování šesti pacientů léčených biologickou léčbou na oddělení Onkologické kliniky ve Fakultní nemocnici v Plzni.

13 CHARAKTERISTIKA SOUBORU A VÝBĚR PŘÍPADU

Vybrala jsem si záměrně vzorek pacientů léčených biologickou léčbou na Onkologické klinice ve Fakultní nemocnici Plzeň, lůžkové oddělení C, kde pracuji. Kritériem pro výběr byla především biologická neboli cílená léčba, která se aplikuje na našem oddělení (cetuximab – Erbitux) a to pro výrazné vedlejší nežádoucí účinky, které mívá. Vybrala jsem šest pacientů – tři muže a tři ženy ve věkovém rozhraní 39 až 60 let, z nichž někteří, byli již nějakou dobu léčení cílenou léčbou, a část s léčbou začínala v době mého zkoumání.

14 ORGANIZACE VÝZKUMU A ZPŮSOB ZÍSKÁVÁNÍ INFORMACÍ

S pacienty, kteří byli léčeni touto metodou, jsem vedla dva rozhovory a popsala případové studie v období jejich léčby od července do prosince 2013. Pacienti se vraceli po 14 dnech. Jako přínos považuji dlouhodobé pozorování při jejich léčbě a změny, které případně nastaly v každém dalším období léčby. Rozhovor jsem zvolila polostrukturovaný a rozdělila jsem ho do 12. oblastí potřeb nemocných dle modelu M. Gordonové. V prvním rozhovoru jsem navíc položila pacientům otázky týkající se informovanosti léčby, které jsem při opakovaném rozhovoru již nezařadila. S pacienty jsem vedla rozhovor vždy v klidném prostředí, většinou u lůžka nemocného a druhý den hospitalizace, tak, abychom měli soukromí. Rozhovor trval přibližně půl hodiny, u některých pacientů až hodinu. Odpovědi jsem si zaznamenávala s jejich vědomím do své dokumentace. Pacienti souhlasili s výzkumem a podepsali mi čestné prohlášení o zpracování svých dat a použití případné fotodokumentace. Výzkum byl prováděn se souhlasem vedení FN Plzeň.

15 INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ – ROZHOVORY

15.1 Pacient č. 1

Muž, 60 let, u kterého byl v roce 2012 diagnostikován adenokarcinom tračnicku prorůstající na seriózní povrch, s rozsevem po peritoneu a metastázami do 3 lymfatických uzlin. Byla mu provedena subtotální kolektomie se založením terminální ileostomie a laparotomie. V pooperačním období KPR a elektrokardioverze. Absolvoval již I. řadu chemoterapie s 15. sériemi. V současné době absolvuje II. řadu onkologické léčby. Na našem oddělení je hospitalizován pro plánovanou onkologickou léčbu II. řady a 3. série paliativní chemoterapie a poprvé cílenou léčbou Erbituxem.

Osobní anamnéza

V dětství prodělal běžné dětské choroby bez komplikací. V roce 1987 měl úraz kolena s natrženými vazy. Prodělal operaci varixů obou DK. V roce 2011 byl vyšetřován na neurologii pro akutní bezvědomí, které je uzavřeno jako vasomotorický kolaps po záchvatu kašle.

Alergie 0, bývalý kuřák, alkohol neguje.

Rodinná anamnéza

Otec zemřel v 60 letech na srdeční onemocnění, matka v důsledku ICHS v 84 letech. Bratr 58 let je zdravý, 2 děti - syn a dcera - jsou zdravé.

Sociální a pracovní anamnéza

Je ženatý, bydlí se ženou v rodinném domku, 30 km za Plzní. Pracuje jako úředník.

15.1.1 První rozhovor

Otázky zaměřené na informovanost pacienta o biologické léčbě

- a) Myslíte si, že jste byl dostatečně informován o biologické léčbě, kterou absolvujete a jejích vedlejších účincích?
- b) Pokud jste již tuto léčbu absolvoval, ptala se vás sestra při příjmu, jak jste léčbu snášel?
- c) Edukovala vás sestra o nežádoucích účincích léčby - pokud jste ji o to požádal?

Přišel jsem na pravidelnou kontrolu do ambulance v nemocnici a paní doktorka mi řekla, že jsme již vyčerpali skoro všechny možnosti léčby, ale nabídla mi ještě biologickou léčbu. Moc jsem tomu nerozuměl. Stačilo mi, že se se mnou bude něco dít a léčba se neukončí. Pochopil jsem, že je to nějaký lék, který může nádor zlikvidovat - a já jsem vhodný adept, protože nemám nějakou mutaci. Tomu sice nerozumím, ale nejsem odborník. Říkala mi, že mohou nastat nějaké problémy s kožními projevy, ale moc jsme to nerozebírali. Byl jsem rád, že se pro mne léčba našla, protože mi paní doktorka říkala, že je to velice drahá záležitost a ne každému se povede ji absolvovat. Při příjmu jsme se k tomuto tématu se sestrou nedostali. Jednak neměla čas a já se ani nezeptal. Teprve když si připravovaly sestry pomůcky a mezi nimi byl defibrilátor a monitor, tak jsem se lekl, co bude a pak mi vysvětlily, že je to pro mé bezpečí, abych byl při první aplikaci pod kontrolou. Pak přišla paní doktorka a vysvětlila mi, že může nastat porucha srdce a mohu upadnout i do bezvědomí, ale nemám se ničeho bát, protože jsem dostal léky na potlačení nežádoucích účinků. Začal jsem se bát, že se něco zvrtně a umřu. Navíc, když jsem přišel na pokoj, tak mi jeden pacient řekl, že už viděl resuscitaci po tomto preparátu a bylo to strašné. Chtěl jsem už říct, že to vzdávám, ale pak přišly sestry a povídaly si se mnou. Jedna mi držela za ruku a já se trochu uklidnil. Nakonec to dopadlo dobře.

Otázky zaměřené na oblasti potřeb pacienta

- a) Jak se v současné době cítíte?
- b) Chutná vám jídlo, nebo máte nějaké problémy se stravou?
- c) Vyprazdňujete se pravidelně, bez potíží?
- d) Jste aktivní člověk; cvičíte, nebo se věnujete nějakému sportu?
- e) Spíte dobře, máte čas na odpočinek?
- f) Vnímáte nějakou změnu, která ses vámi udála, když jste onemocněl?
- g) Cítíte nějakou změnu chování okolí k vám?
- h) Podporuje vás rodina a přátelé v léčení?
- i) Dokážete ve stresových situacích zachovat chladnou hlavu, nebo máte s tímto problémy?

Na poslední dvě otázky mi nemusíte odpovídat, pokud nechcete.

j) Je pro vás sex důležitý, nebo jste tuto část odsunul?

k) Uznáváte nějakou víru, nemyslím tím jen náboženskou? Jaké jsou vaše životní hodnoty?

Teď se cítím docela dobře. Jsem trochu slabý, ale to zřejmě proto, že už mám za sebou hodně chemoterapií. Se stravou mám ale problém. Moc mi nechutná, každé jídlo mi chutná nějak kovově. Jím jen malé porce a zhubnul jsem po dobu léčení o deset kilo. Na záchod chodím pravidelně. Jen když přijdu domů po chemoterapii, tak nejdu tři dny na velkou. Co se týká cvičení, nebyl jsem nikdy příliš aktivní, ani jsem se nevěnoval žádnému sportu. Teď jdu vyvenčit psa a to mi stačí. Se spánkem jsem problém neměl, ani nemám. Moje žena říká, že usnu, i když mám ještě jednu nohu na zemi. A spím tvrdě tak, že prý hrozně chrápu. Já se moc nepozoruji, myslím, že jsem trochu zestárl, zhubnul a mám jizvy na břiše. Jak se ke mně chová okolí? To víte, že jsem to pocítil a jak! Poznal jsem, kdo je můj pravý kamarád a kdo se jen tak tvářil. Někdy mě to hodně mrzelo. Někteří se ke mně chovali, jako kdybych byl nějaký prašivý. Mám štěstí na svou rodinu. Vždycky stála při mně a podporovala mne. Hlavně moje žena. Se stresem jsem nikdy potíže neměl, dovedl jsem si to vždycky nějak ukočírovat. Pravda je, že jsem nemusel řešit nějaké zapeklité situace. Jsem jen obyčejný úředník, nechtěl bych být na místě nějakých pohlavárů. Vždycky jsem si řekl, že to nějak dopadne. Ale to se klidně na ten sex zeptejte! Podívejte se na mne! Moje sexuální aktivita je za zenitem, ale býval jsem pořádný býk, to mi věřte! A s tou vírou je to tak, že je jen ve mně. Nikdy jsem nechodil do kostela, ani nejsem křtěný. Ale když nad tím tak přemýšlím, tak si říkám, jestli přece jen něco není na potom. Víte, co tím myslím. Jako, že se úplně neztratíme. Dřív jsem nad tím vůbec nepřemýšlel a teď na to myslím, jak se mi čas krátí, čím dál víc. A děkuji za rozhovor, moc se mi s vámi dobře povídalo. A přijďte zas!

15.1.2 Druhý rozhovor téhož pacienta po 4. aplikaci Erbituxu

Otázky cílené na potřeby pacienta, stejné jako při prvním rozhovoru a zaměřené na změny od prvního rozhovoru

Od toho našeho posledního rozhovoru se toho moc nezměnilo, až na pár maličkostí. Necítím se tak nějak v své kůži. Vždycky po návratu domů jsem jako zmlácený a musím více odpočívat. S jídlem je to kupodivu lepší, mám trochu chuť na takové věci jako sladké, což mi dřív nechutnalo. Taky jsem se spravil o dvě kila! S vyprazdňováním potíže nemám. Víc spím a odpočívám. Stává se mi, že si lehnu i během dne, což se mi dřív nestávalo. Představte si, že mi umřel pejsek, tak ani nechodím moc ven. I když žena mě nutí jít na procházku a je naštvaná, když nechci. Tak radši jdu. Ale měl jsem návštěvu kamarádů z práce, kteří mě vytáhli do hospody na jedno. To snad můžu, ne? Co mě štve, je ta postižená kůže, která mi dělá boláky. V té hospodě se po mně lidi tak nějak dívali, že jsem si řekl, že už nikam nepůjdu. Děkuji za tip na kožní kliniku, dostal jsem mastičku a ta mi hodně pomáhá. A taky, jak jsme si o tom povídali, tak jsem nebyl tak zděšený. Ale věřte mi, že když se to objevilo, tak jsem se zhrozil. Hlavně ty boláky okolo pusy a na konečkách prstů. Nemohl jsem v jedné chvíli ani stavět s vnučkem stavebnici. Naštěstí to vždycky trochu ustoupí. Bojím se ale, aby to ode mne nechytily vnuci, může se to stát? Víte, že jsem začal věřit, že to dobře dopadne? Byl jsem poprosit andělíčka na kostele, víte kde, ne? A přál jsem si, abych tady mohl být, až se narodí vnučka, abych ji ještě poznal. To víte, po třech klucích holka, to bych rád.

15.2 Pacient č. 2

Jedná se o 39 letého pacienta po amputaci rekta - dle Milese pro středně diferencovaný adenokarcinom rekta, prorůstající do tukové tkáně a lymfatických uzlin s mnohočetnou generalizací do jater. Během operace došlo k iatrogennímu poranění pravého ureteru a bulbární uretry. V roce 2012 provedeny stenty do obou ureterů a zaveden permanentní močový katetr. Pacient v onkologické léčbě, kdy se podaly celkem 2 řady chemoterapií bez biologické léčby a třetí řada s biologickou léčbou Erbituxem. Na naše oddělení přijat k hospitalizaci pro podání chemoterapie s biologickou léčbou Erbituxem 9. série.

Osobní anamnéza

Běžné dětské choroby bez následků. Stav po fraktuře prstu LDK v roce 2008.

Alergie 0, kouření a alkohol neguje.

Rodinná anamnéza

Otec zemřel na karcinom žaludku, matka zdravá, sourozence nemá.

Sociální a pracovní anamnéza

Žije s matkou v panelovém domě ve středně velkém městě v Západních Čechách. Je montérem vodárny, v současné době zažádal o invalidní důchod.

15.2.1 První rozhovor

Otázky zaměřené na informovanost pacienta o biologické léčbě

- a) Myslíte si, že jste byl dostatečně informován o biologické léčbě, kterou absolvujete a jejích vedlejších účincích?
- b) Pokud jste již tuto léčbu absolvoval, ptala se vás sestra při příjmu, jak jste léčbu snášel?
- c) Edukovala vás sestra o nežádoucích účincích léčby - pokud jste ji o to požádal?

Dostatečně informován bych asi neřekl, moc jsem o tom nepřemýšlel. Už si to moc nepamatuju. Hlavně, že jsem se začal léčit. Ale vzpomínám si, že paní doktorka něco o tom povídala. Pokud vím, tak se mi sestra při příjmu na nic neptala. Jenom, jak se cítím. Edukovala, co to je? Aha, tak to mi něco říkala, ale to je na mně i vidět, ty vedlejší účinky, ne?

Otázky zaměřené na oblasti potřeb pacienta

- a) Jak se v současné době cítíte?
- b) Chutná vám jídlo, nebo máte nějaké problémy se stravou?
- c) Vyprazdňujete se pravidelně, bez potíží?
- d) Jste aktivní člověk; cvičíte, nebo se věnujete nějakému sportu?
- e) Spíte dobře, máte čas na odpočinek?
- f) Vnímáte nějakou změnu, která ses vámi udála, když jste onemocněl?
- g) Cítíte nějakou změnu chování okolí k vám?

h) Podporuje vás rodina a přátelé v léčení?

i) Dokážete ve stresových situacích zachovat chladnou hlavu, nebo máte s tímto problémy?

Na poslední dvě otázky mi nemusíte odpovídat, pokud nechcete.

j) Je pro vás sex důležitý, nebo jste tuto část odsunul?

k) Uznáváte nějakou víru, nemyslím tím jen náboženskou? Jaké jsou vaše životní hodnoty?

Cítím se docela dobře. Po těch všech mastičkách co jsem dostal, je ten obličej lepší. S jídlem tedy problém nemám. Docela mi chutná, a tady nemocnici vaří fakt dobře a můžu si vybrat. Vůbec jsem se nezhubl, jenom po operaci to šlo trochu dolů.

Vyprazdňování to vidíte, ne? Jsem celkem pravidelně vyprazdňován a můžu si to i kontrolovat. Copak můžu být nějaký aktivní s tím, co mám na sobě? S těmi pytlíky a hadicemi bych fakt nemohl podávat bůhvíjaké výkony. Spím docela dobře a když se někdy v noci probudím, tak si vezmu prášek a je to. Jsem někdy unavený přes den, tak si lehnu. Stejně nemám co na práci. Té změny by si všiml každý! Nemám na břicho kousek zdravé kůže, koukají ze mě samé hadice a nemůžu se ani pořádně pohybovat. Víte, já ani ven nechodím. Zkusil jsem to, ale ty pohledy lidí byly takové útrpné a štitivé. Možná, že to tak není, ale já to tak cítil. Máma při mně vždycky stála, to jo. Nechci ji přidělovat starosti, pořád se vyptává, jak se cítím a já toho mám někdy dost, ale jsem rád, že ji mám. Já jsem nikdy nebyl nervák. Vždycky se to nějak vybarvilo. Ale stalo se mi v nemocnici, kde mě operovali, že jsem vypěnil. Doktor mi vůbec neřekl, jak to dopadlo a mluvil do okna, ne na mne. To mě tedy naštvalo, jsem přece člověk, ne? Sestry mi pak říkaly, že to tak sice dělá, ale je hodný a šikovný. Ale co je mi do toho, ne? Tak nevím, chladnou hlavu jsem si tenkrát nezachoval. Klidně se na sex zeptejte a já vám řeknu, že teď nic. Nemám ani chuť a ani nemůžu. Moc holek jsem neměl, chodil jsem do hospody a na koncerty a čas jsem na to neměl. Teď mě ani nemrzí, že nemám rodinu a děti, co by si jako počali teď se mnou? Do kostela nechodím, myslíte si, že mi někdo shůry pomůže? To těžko.

15.2.2 Druhý rozhovor téhož pacienta po 11. aplikaci Erbituxu

Otázky cílené na potřeby pacienta, stejné jako při prvním rozhovoru a zaměřené na změny od prvního rozhovoru

Tak se toho moc nezměnilo. Cítím se pořád stejně. Zkusili mně vyndat cévku, ale nešlo to. Tak si to pořád nosím s sebou. Obličej mám o dost lepší, ty mastičky opravdu zabírají. Ale nějak se mi to rozšířilo na břicho a nohy. Jídlo mi chutná pořád. Byl jsem se podívat v naší hospůdce, bylo to docela fajn. Kamarádi mi zahráli, mají takovou malou kapelu, tak jsem jim říkal, jestli je to už příprava na funus, tak jsem málem dostal přes pusku. Máma byla nějaká smutná a já jsem si uvědomil, že po mně nic nezůstane. Trochu mě to dostalo. Ale ještě není konec, ne?

15.3 Pacient č. 3

51 letý pacient v roce 2007 absolvoval resekci sigmatu pro tubulární adenokarcinom sigmatu. Operace proběhla s infekčními komplikacemi a dehiscencí a opakovanými výplachy břišní dutiny. Založena axiální kolostomie. V roce 2012 levostranná hemikolektomie pro recidivu v anastomoze. Zjištěny mnohočetné metastázy v játrech s prorůstáním do mezenteria a peritonea a s metastázami na plicích a uzlinách nad i pod bránicí. Pacient absolvoval pooperační chemoterapii - 1. řadu po 12. sériích v roce 2008. Poté stomie zanořena. Po druhé operaci absolvoval chemoterapii 2. řady a od 3. série zahájena terapie s Erbituxem a monoterapií Oxaliplatinou. Přijat k hospitalizaci a 1. aplikaci Erbituxu.

Osobní anamnéza

Běžné dětské nemoci. Opakované záněty středouší, údajně s trvalými následky – nedoslýchavost pravého ucha. Operace slepého střeva ve 12 letech. V současné době léčen pro esenciální hypertenzi, chronickou kuřáckou bronchitis, dyslipidemii, v roce 1990 operace břišní kýly. Kouří asi tak 5 cigaret denně, dle svých slov snížil spotřebu. Kouřil 1 – 2 krabičky denně. Alkohol a káva příležitostně. Alergie 0.

Rodinná anamnéza

Otec zemřel v mladém věku při autonehodě. 78 letá matka má diabetes mellitus a léčí se pro vysoký TK. Má dva nevlastní sourozence – sestru a bratra. Sestra po operaci karcinomu prsu, bratr se léčí na ICHS. Dva synové jsou v pořádku.

Sociální a pracovní anamnéza

Je rozvedený již 5 let. Měl přítelkyni, ale po operaci odešla. Synové ho pravidelně navštěvují a často se vidá s šestiletým vnukem. Pracoval celý pracovní život v jedné velké firmě jako konstruktér. Nyní je v důchodu. Žije v malém bytě v panelákovém domě v Plzni.

15.3.1 První rozhovor

Otázky zaměřené na informovanost pacienta o biologické léčbě

- a) Myslíte si, že jste byl dostatečně informován o biologické léčbě, kterou absolvujete a jejích vedlejších účincích?
- b) Pokud jste již tuto léčbu absolvoval, ptala se vás sestra při příjmu, jak jste léčbu snášel?
- c) Edukovala vás sestra o nežádoucích účincích léčby - pokud jste ji o to požádal?

Myslím, že jsem byl informován dostatečně. Měl jsem s paní doktorkou dlouhou řeč. To víte, všechno si ještě musím ověřit a hodně jsem si toho přečetl na internetu. Stejně jsem byl překvapený, co to se mnou udělalo. Sestra při příjmu se mě ptala na vše možné, teď vám nedokážu říct, jestli to bylo právě na biologickou lépe řečeno cílenou léčbu. Ano, edukovala, chtěl jsem si o tom promluvit, protože mi to dělalo velké obtíže. Řekl bych, že to vysvětlila docela dobře.

Otázky zaměřené na oblasti potřeb pacienta

- a) Jak se v současné době cítíte?
- b) Chutná vám jídlo, nebo máte nějaké problémy se stravou?
- c) Vyprazdňujete se pravidelně, bez potíží?
- d) Jste aktivní člověk; cvičíte, nebo se věnujete nějakému sportu?
- e) Spíte dobře, máte čas na odpočinek?
- f) Vnímáte nějakou změnu, která ses vámi udála, když jste onemocněl?
- g) Cítíte nějakou změnu chování okolí k vám?
- h) Podporuje vás rodina a přátelé v léčení?
- i) Dokážete ve stresových situacích zachovat chladnou hlavu, nebo máte s tímto problémy?

Na poslední dvě otázky mi nemusíte odpovídat, pokud nechcete.

- j) Je pro vás sex důležitý, nebo jste tuto část odsunul?

k) Uznáváte nějakou víru, nemyslím tím jen náboženskou? Jaké jsou vaše životní hodnoty?

Moc dobře se necítím. Nejhorší je brnění rukou a nohou. Někdy se mi stane, že něco vezmu do ruky a vypadne mi to, vůbec to necítím. A zdá se mi, že chodím jako po mechu. Mám strach, že upadnu. Jídlo mi moc nechutná, mám takové divné pachutě, jako kovové. Ale snažím se a vidíte, dokonce jsem přibral. Vyprazdňování je celkem v pořádku, tedy s močí, ale mám dost často zácpu. Aktivitám se teď moc nevěnuji a to mě moc mrzí. Býval jsem velký sportovec, hrál jsem tenis a lyžoval. Jezdil jsem pravidelně do Alp a učil jsem lyžovat i děti v lyžařské škole. V létě jsme jezdili s partou na vodu. Spím špatně. V noci mě budí to brnění, musím si na chvíli procvičit ruce a nohy, pak si vezmu prášek a potom na chvíli usnu. Jsem dost unavený a spím občas přes den. Změnu jsem pociťoval hlavně při první operaci, kdy jsem měl vývod. To jsem těžce nesl, ale pak, když mi ho odstranili, jsem byl jak znovuzrozený. A teď tohle! Jsem otrávený. Rodinu mám fajn. Navštěvuje mě i bývalá žena, máme spolu docela hezký vztah, po té operaci se o mne starala, když odešla má přítelkyně. Ale nemám jí to za zlé, to víte - mladá holka! Mám bezva kamarády, chodili za mnou pořád, i teď mě pořád povzbuzují. Nebýt jich, mých synů a hlavně toho malého, tak nevím, jak bych skončil. Vždycky jsem byl optimista, říkal si, že se dá všechno zvládnout. Krizových situací bylo hodně a myslím, že jsem je zvládal dobře. Sex teď moc nefunguje, nejhorší je, že na to nemám chuť. Vždycky jsem měl rád ženy a bavilo mě to a teď?! Nejsem nábožensky založený a nemyslím si, že něco nad námi existuje. Od té doby, co jsem onemocněl, jsem si řekl, že budu žít naplno - co to dá. Pořád jsem se za něčím honil. V práci jsem byl pořád, tak jsem ubral. Ale teď, co mám čas, tak zas nějak nemám chuť. Hlavně jsem si udělal víc času na rodinu, to je pro mne teď to nejdůležitější.

15.3.2 Druhý rozhovor téhož pacienta po 4. aplikaci Erbituxu

Otázky cílené na potřeby pacienta, stejné jako při prvním rozhovoru a zaměřené na změny od prvního rozhovoru

Od poslední aplikace se necítím vůbec dobře. Brnění končetin se prohloubilo, skoro nevycházím ven. Úplně mi přestalo chutnat a velmi málo jím. Zhubnul jsem čtyři kila. Zácpa dále trvá a chodím častěji močit. Jsem velmi unavený. Nebaví mě ani návštěvy kamarádů, jsem dokonce rád, když odejdou. Na kůži se mi vytvořily pupínky, mám je po celé hrudi. Svědí a bolí to. Objevily se mi i ve vlasech. Chtěl bych, aby mi lékař jasně řekl, co se mnou dál bude. Pokud by se to mělo ještě zhoršovat, tak bych chtěl tuto léčbu

odmítnout. Zdá se mi, že se dost zadýchávám a srdce mi „nějak utíká“! Koupil jsem si přípravek z medu a mám takový pocit, že ze mne nádor odchází. Nejraději bych zůstal u tohoto, nemocnice mi už nahání hrůzu a je mi na zvracení, sotva se přiblížím.

15.4 Pacientka č. 4

Jedná se o 58 letou ženu, které bylo na základě silných bolestí hlavy na podzim roku 2011 provedeno CT mozku a zjištěn adenokarcinom pravé mozečkové hemisféry. Dále byla provedena MR s nálezem metastázy adenokarcinomu céka, prorůstající do tukové tkáně, s metastatickým postižením 14. uzlin a generalizací do jater. Následně provedena subokcipitální kraniotomie vpravo s odstraněním metastázy adenokarcinomu. Pak následovala paliativní pravostranná hemikolektomie. V roce 2011 pacientka absolvovala dvě řady chemoterapií po 6. sériích bez biologické léčby. V další sérii aplikován Avastin. Vše absolvovala bez potíží, nekrvácela, TK v normě. V roce 2012 zaveden port do HDŽ vpravo. Je přijata pro progresi onemocnění a změně chemoterapie s biologickou léčbou Erbituxem. Před podáním chemoterapie byla ještě nutná korekce anemie podáním transfúzí.

Osobní anamnéza

Běžné dětské nemoci bez následků, v roce 1998 podstoupila hysterektomii pro sestup dělohy. Léčí se na arteriální hypertenzi, úrazy neudává. Je nekuřák a alkohol nepije. Alergii má na jarní pyly.

Rodinná anamnéza

Matka 80 letá žije bez závažných onemocnění. Otec zemřel v 77. letech na CMP. Bratr a dvě děti jsou zdraví.

Sociální a pracovní anamnéza

Je vdaná a žije s dětmi v rodinném domku na okraji Plzně. Je učitelkou na základní škole. V současné době je v pracovní neschopnosti.

15.4.1 První rozhovor

Otázky zaměřené na informovanost pacienta o biologické léčbě

- a) Myslíte si, že jste byla dostatečně informována o biologické léčbě, kterou absolvujete a jejích vedlejších účincích?
- b) Pokud jste již tuto léčbu absolvovala, ptala se vás sestra při příjmu, jak jste léčbu snášela?
- c) Edukovala vás sestra o nežádoucích účincích léčby - pokud jste ji o to požádala?

Nevím, zda bych řekla dostatečně. Dostala jsem nějaké informace, ale už si to moc nepamatuji. Něco jsem si o tom přečetla a mluvila jsem tady s pacienty, kteří to už měli. Byla jsem vystrašená, co to se mnou udělá. Nejdříve jsem mluvila s lékařkou. Sestra se mě ptala na změny od minule, ale aby se mě zeptala přímo na biologickou léčbu, tak to ne. Když jsem se pak sama ptala, tak mi řekla, co to může způsobit.

Otázky zaměřené na oblasti potřeb pacienta

- a) Jak se v současné době cítíte?
- b) Chutná vám jídlo, nebo máte nějaké problémy se stravou?
- c) Vyprazdňujete se pravidelně, bez potíží?
- d) Jste aktivní člověk; cvičíte, nebo se věnujete nějakému sportu?
- e) Spíte dobře, máte čas na odpočinek?
- f) Vnímáte nějakou změnu, která ses vámi udála, když jste onemocněla?
- g) Cítíte nějakou změnu chování okolí k vám?
- h) Podporuje vás rodina a přátelé v léčení?
- i) Dokážete ve stresových situacích zachovat chladnou hlavu, nebo máte s tímto problémy?

Na poslední dvě otázky mi nemusíte odpovídat, pokud nechcete.

- j) Je pro vás sex důležitý, nebo jste tuto část odsunula?
- k) Uznáváte nějakou víru, nemyslím tím jen náboženskou? Jaké jsou vaše životní hodnoty?

Cítím se docela dobře, jen se mi občas zatočí hlava. S jídlem problémy nemám, chutná mi. Močení je v pořádku, ale mám nějaký průjem. S čím mám problémy, tak to je zvracení, které se mi objevuje první a druhý den po propuštění z nemocnice. Pak už se to stabilizuje. Já jsem se věnovala sportu v mládí. Hrála jsem volejbal a plavala jsem závodně za žáky. Ještě jsem sportovala po narození dětí, ale už delší dobu nic aktivně nedělám. Děti ve škole mi stačí, přijdu domů dost unavená. Spím dobře, nemusím si ani brát léky na spaní. Trápí mě změna, která se se mnou udála hlavně v oblasti energie. Byla

jsem tak čilá a hodně jsem toho stačila udělat, ale teď se cítím hodně unavená. Změnu v okolí moc nevnímám. Nedávají to nijak najevo, jsou hodní. Rodinu mám skvělou, manžel se o mne stará a děti mám pořád u sebe. Teď čekáme první vnouče, už jsem si myslela, že se toho nedočkám. Já jsem měla děti také až dlouho. Jsem spíš nervózní typ. Dovede mě rozhodit i maličkost. Snažila jsem se emoce držet na uzdě, ale někdy se mi to nepodařilo. Nejsem věřící v pravém smyslu toho slova. Nebyla jsem křtěná, ale poslední dobou se modlím v nějakou sílu tam nahoře.

15.4.2 Druhý rozhovor těžce pacientky po 5. aplikaci Erbituxu

Otázky cílené na potřeby pacienta, stejné jako při prvním rozhovoru a zaměřené na změny od prvního rozhovoru.

Od poslední aplikace se mi objevily ty strašně boláky. To mě ničí, nemůžu chodit vůbec ven, hrozně se stydím. Byla jsem na kožní klinice a dostala jsem masti, které mi snad pomohou. Jinak jsem celkem v pohodě. S ničím jiným problémy nemám. Možná trochu s manželem. Je teď v důchodu a neustále mě hlídá a kontroluje, což je někdy nepříjemné. Vím, že mám být ráda, ale je to někdy až obtěžující. Musím vám říct novinu, že se nám narodila vnučka. Pojmenovali ji po mně. Je kouzelná a moc hodná. Moc mně mrzí, že se nevrátím do školy, půjdu do invalidního důchodu. Byla jsem se s nimi rozloučit a ještě teď, jak vidíte, se mi chce brečet.

15.5 Pacientka č. 5

U 57 leté ženy byl v roce 2012 diagnostikován dobře diferencovaný adenokarcinomem sestupného tračníku s mnohočetnou generalizací do jater. Následovala operace paliativní levostranná hemikolektomie. V roce 2013 zaveden port k aplikaci chemoterapie od druhé řady s Erbituxem. Přijata na oddělení k aplikaci 3. série chemoterapie s Erbituxem

Osobní anamnéza

Prodělala běžné dětské nemoci. Úrazy – fraktura levého kotníku před 4. lety. Operace varixů před 12. lety, po cholecystektomii ve 25 letech. Alergii neguje, kávu pije 2 x denně, nekuřačka, alkohol příležitostně. Současné době se léčí s arteriální hypertenzí, hyperlipidémií a má potíže se zažíváním.

Rodinná anamnéza

Matce je 84 let, má Parkinsonovu chorobu a hypertenzi. Otec zemřel v 55. letech na IM. Bratr měl operaci varixů, dcera potíže se zažíváním, syn má DMO.

Sociální a pracovní anamnéza

Žije s manželem v městském bytě v lázeňském městě. Pracovala v lázeňství jako technická pracovnice. V současné době je částečně v invalidním důchodu. Vzhledem k nezaměstnanosti a svému věku požádala o plný invalidní důchod.

15.5.1 První rozhovor

Otázky zaměřené na informovanost pacienta o biologické léčbě

- a) Myslíte si, že jste byl dostatečně informována o biologické léčbě, kterou absolvujete a jejích vedlejších účincích?
- b) Pokud jste již tuto léčbu absolvovala, ptala se vás sestra při příjmu, jak jste léčbu snášela?
- c) Edukovala vás sestra o nežádoucích účincích léčby - pokud jste ji o to požádala?

Nemyslím, že jsem se dozvěděla všechno, co jsem potřebovala. Paní doktorka se mi sice věnovala, ale já jsem tomu moc nerozuměla, tak jsem jí raději na všechno kývla, protože vím, že nemá čas. Myslím, že ta léčba může z nějakého důvodu nádor. Ty vedlejší účinky mi říkala, ale že to bude takové, tak to jsem nečekala. Teď naposledy se mi sestra ptala, jak to snáším, ale před tím ne. Já jsem se moc neptala.

Otázky zaměřené na oblasti potřeb pacienta

- a) Jak se v současné době cítíte?
- b) Chutná vám jídlo, nebo máte nějaké problémy se stravou?
- c) Vyprazdňujete se pravidelně, bez potíží?
- d) Jste aktivní člověk; cvičíte, nebo se věnujete nějakému sportu?
- e) Spíte dobře, máte čas na odpočinek?
- f) Vnímáte nějakou změnu, která ses vámi udála, když jste onemocněla?
- g) Cítíte nějakou změnu chování okolí k vám?
- h) Podporuje vás rodina a přátelé v léčení?
- i) Dokážete ve stresových situacích zachovat chladnou hlavu, nebo máte s tímto problémy?

Na poslední dvě otázky mi nemusíte odpovídat, pokud nechcete.

j) Je pro vás sex důležitý, nebo jste tuto část odsunula?

k) Uznáváte nějakou víru, nemyslím tím jen náboženskou? Jaké jsou vaše životní hodnoty?

Moc dobře mi není. Zvracela jsem a okolo úst se mi objevily takové opary a mám nějakou vyrážku na obličejí. Při mytí vlažnou vodou mě to pálí. Na jídlo vůbec chuť nemám. Zhubla jsem a to je jediné, co je dobré, protože jsem byla dost při těle. Mám problémy se zácpou a při močení jsem cítila pálení. Dřív jsem chodila hodně do přírody, máme takovou partu turistů, ale teď se mi vůbec nechce. Nespím dobře, musím si brát léky na spaní a taky léky na uklidnění. Největší změnu pocituji, že se mi vůbec nic nechce dělat, nemám náladu, jsem nešťastná. A byla jsem tak veselá a společenská, žádná akce a sranda se beze mne neobešla. Mám pocit, že se na mě dívají sousedi a známí divně. Moc se mnou nechtějí mluvit, raději sklopí oči a představte si, že raději přejdou na druhou stranu ulice, aby mě nemuseli potkat. Rodina se hodně snaží, ale manžel je z mé situace dost nešťastný, vidím to na něm. Nechci být nikomu na obtíž. Ale kamarádky od turistů za mnou chodí a to je docela fajn. Já jsem člověk, který si vždycky všechno hrozně bere. Manžel říká, že kdybych neměla problém, tak si ho vyrobím. O sexu se nerada bavím. Jsem věřící, i když ne praktikující křesťan. Občas si jdu do kostela poslechnout kázání, ale ke zpovědi nechodím. Věřím v posmrtný život, i když se to může zdát směšné, ale pomáhá mi to. Ale kněze na poslední pomazání bych asi nechtěla, ještě si to musím promyslet.

15.5.2 Druhý rozhovor těžce pacientky po 6. aplikaci Erbituxu

Otázky cílené na potřeby pacienta, stejné jako při prvním rozhovoru a zaměřené na změny od prvního rozhovoru

Změny jsou vidět na první pohled. Hodně se mi zhoršila pleť v obličejí. Oči mě svědí a v koutcích úst se mi objevují boláčky. Občas mě pálí jazyk a začala mi praskat kůže na špičkách prstů a na patách. První den doma jsem jen zvracela. Nic jsem nejedla snad dva dny. Měla jsem i průjem. Byla jsem tak unavená a ospalá, že i oslavu svých narozenin jsem proklimbala a dělalo mi velké potíže věnovat se hostům. Měla jsem i velkou bolest pod žebry, že jsem se nemohla nadechnout. Uvažovala jsem o ukončení léčby, ale když mi paní doktorka řekla, abych to nevzdávala, že mě zařazují do čekatelů na operaci jater, kde by odstranily metastázy, tak to ještě zkusím.

15.6 Pacientka č. 6

Jedná se o 47 letou ženu, které byl roku 2012 histologicky verifikovaný, inoperabilní karcinom rektosigmatu s mnohočetným metastatickým postižením jater. Dle CT břicha z roku 2013 je vidět parciální regrese metastatického postižení jater a následně provedena resekce rekta pro stenožující tumor. Zaveden port k aplikaci chemoterapie. Absolvovala I. řadu chemoterapie s Erbituxem 11. sérii. Přijata k poslední sérii I. řady.

Osobní anamnéza

Prodělala běžné dětské nemoci. Od mládí měla časté záněty močových cest, jinak vážněji nestonala, úrazy 0, operace 0. Alergii neguje, nekuřačka, alkohol příležitostně, kávu pije 3 x denně. U prarodiče, otce matky, byla zjištěna malignita jater.

Rodinná anamnéza

Matka (72 let) má chronické problémy s ledvinami; otec, (74 let), arteriální hypertenze; sestra (44 let) zdravá; bratr (43) let je zdravý; dcera (18), syn (14 let) a dcera (13 let) jsou zdraví.

Sociální a pracovní anamnéza

Žije s manželem a dětmi v rodinném domku na okraji Plzně. Pracuje jako stavební technička, v současné době je v pracovní neschopnosti.

15.6.1 První rozhovor

Otázky zaměřené na informovanost pacienta o biologické léčbě

- Myslíte si, že jste byla dostatečně informována o biologické léčbě, kterou absolvujete a jejích vedlejších účincích?
- Pokud jste již tuto léčbu absolvovala, ptala se vás sestra při příjmu, jak jste léčbu snášela?
- Edukovala vás sestra o nežádoucích účincích léčby - pokud jste ji o to požádala?

O biologické léčbě jsem se dozvěděla ještě dřív, než mi to nabídka paní doktorka. Hodně jsem toho přečetla a ptala jsem se i lidí, co to měli. Vedlejší účinky moc neznám, prý je to podle toho, co mi nasadí. Zatím se mě nikdo se sester neptal, jak jsem to snášela. Zkusím se zeptat a myslím, že by mi to určitě řekly, jste tady hodně vstřícní.

Otázky zaměřené na oblasti potřeb pacienta

- a) Jak se v současné době cítíte?
 - b) Chutná vám jídlo, nebo máte nějaké problémy se stravou?
 - c) Vyprazdňujete se pravidelně, bez potíží?
 - d) Jste aktivní člověk; cvičíte, nebo se věnujete nějakému sportu?
 - e) Spíte dobře, máte čas na odpočinek?
 - f) Vnímáte nějakou změnu, která ses vámi udála, když jste onemocněla?
 - g) Cítíte nějakou změnu chování okolí k vám?
 - h) Podporuje vás rodina a přátelé v léčení?
 - i) Dokážete ve stresových situacích zachovat chladnou hlavu, nebo máte s tímto problémy?
- Na poslední dvě otázky mi nemusíte odpovídat, pokud nechcete.
- j) Je pro vás sex důležitý, nebo jste tuto část odsunula?
 - k) Uznáváte nějakou víru, nemyslím tím jen náboženskou? Jaké jsou vaše životní hodnoty?

Cítím se docela dobře. S jídlem je to horší, mám divné pachutě. Hlavně si nesmím vzít nic pálivějšího, mám boláčky v puse a to mě pak bolí i polykání. Na velkou chodím pravidelně, ale s močením mám trochu problémy, protože mám pálení při močení. Jsem aktivní člověk, to jsem byla celý život. Chodila jsem na různá cvičení, od aerobiku, kalenetiku až zumbu, to se mi líbilo nejvíc. Teď se taky snažím, před onemocněním jsem začala cvičit jógu. Zkoušela jsem to doma, ale celé cvičení neudělám. Nespím dobře. V noci se vzbudím a myslím na tolik věcí. Co bude s mými dětmi, až tady nebudu a jak bych se ráda dočkala vnoučat. Mám naordinované léky, které užívám na duši a spaní. To víte, že změnu pociťuji. Jsem tak nějak bez energie, vypadám jako opařené prasátko (pacientka má exantém v obličeji). Snažím se nevnímat pohledy lidí z okolí, dívají se na mne se soucitem a dovedu si představit, jak si říkají: „Chudáci děti“. Rodina je zlatá! Mám úžasné děti, nenechají mě nic dělat a starají se o mne. S nejstarší dcerou jsme měli problémy, ale velmi se změnila a můžu se na ní spolehnout. Myslím, že až tady nebudu, tak se dokáže postarat o domácnost. Myslela jsem si, že zátěžové situace budu zvládat dobře, ale není tomu tak. Svírá mě úzkost a někdy mám pocit, že tu tíhu nezvládnou. Mám hrozný strach, jak to bude dál. Sex je pro mne důležitý stále a nebráním se mu. Nejsem věřící jako nábožensky, ale něco musí existovat. Stávají se i zázraky, že se někdo úplně uzdraví. Moje životní hodnoty se poměrně změnily. Já jsem měla na prvním místě, abychom měli krásný dům a nové auto, dovolenou u moře každý rok a lyžování nejlépe v Alpách. Mohli jsme si to dovolit, protože

manžel dost vydělává. Ale teď bych to všechno vyměnila za zdraví. To vám říká hodně pacientů, že jo?

15.6.2 Druhý rozhovor těžce pacientky po 10. aplikaci Erbituxu

Otázky cílené na potřeby pacienta, stejné jako při prvním rozhovoru a zaměřené na změny od prvního rozhovoru

Není mi vůbec dobře. Mám třesavku a jsem hrozně unavená. Doma jsem zvracela a bolí mě celé tělo. Nežlobte se, ale nemám teď vůbec chuť povídat o sobě. (Pacientka přijata pro febrilie a chřipkové příznaky, byla zajištěna ATB. Stav se uzavřel jako projev rozpadu velkouzlových metastáz a ukončena biologická léčba.)

16 ANALÝZA ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ

Bakalářská práce, které jsem se věnovala, se zabývá problematikou vedlejších nežádoucích účinků biologické léčby u onkologických pacientů.

Získané informace jsem zpracovala dle případových studií a rozhovorů. Porovnála jsem jednotlivé případové studie a také odpovědi v rozhovorech a vypracovala jsem tabulky, které se vztahují k mému výzkumu a jednotlivým výzkumným otázkám.

Výzkumná otázka č. 1

Mají pacienti na našem oddělení dostatek informací o vedlejších účincích biologické léčby?

Tabulka č. 1 – Informace o vedlejších účincích

informace	má	nemá	částečně
Pacient 1		x	
Pacient 2		x	
Pacient 3	x		
Pacient 4		x	x
Pacient 5			
Pacient 6		x	

Zdroj: vlastní

Zjistila jsem, že čtyři ze šesti pacientů nemají dostatečné informace o vedlejších nežádoucích účincích biologické léčby.

Výzkumná otázka č. 2

Na jaké oblasti se musíme zaměřit při tvorbě mapy ošetrovatelské péče?

Tabulka č.2 – Oblasti, ve kterých měli pacienti největší potíže a problémy

	vnímání zdr.	výživa	vylučování	aktivita	spánek	změna stavu
P č.1		X		X	X	X
P č.2				X		X
P č.3	X	X		X	X	
P č.4						X
P č.5		X			X	X
P č.6	X	X		X	X	X

Zdroj: vlastní

Tabulka č.3 – Oblasti, ve kterých měli pacienti největší potíže a problémy

	okolí	vztahy	stres	sex	víra	Jiné-zvracení
P č.1						
P č.2	X		X			
P č.3	X					
P č.4	X		X			X
P č.5	X		X			X
P č.6	X		X			

Zdroj: vlastní

Konkrétní odpovědi na otázky:

- většina pacientů vnímala svůj stav jako uspokojivý, dle WHO 0 – 1, v mapě ošetrovatelské péče zjistíme stav při příjmu na oddělení
- výživa je problém, který má většina pacientů - a to čtyři ze šesti
- s vylučováním neměli pacienti potíže, nevedl je ani jeden z pacientů
- ztráta aktivity byla na středních místech problémů. Uvedli ji čtyři z šesti pacientů.
- spánek byl problémem čtyř ze šesti pacientů a souvisí s probíhajícím onemocněním
- pět ze šesti pacientů mělo problémy se svou změnou, především, pokud se to týkalo jejich vzhledu
- pět ze šesti pacientů pociťovalo negativní postoje svého okolí

h) se vztahy v rodině neměli pacienti problémy

ch) stres je faktor, který trápil čtyři ze šesti pacientů a souvisí s onemocněním a charakterem pacienta

i) + j) s tímto pacienti problémy neměli, nebo neodpověděli

k) dva ze šesti pacientů měli problémy se zvracením, což odporuje komplikacím uvedeným v příbalových letácích léků. Souvisí to zřejmě s tím, že většina pacientů má dostatečnou premedikaci antiemetik a nově vyvinutých léků k potlačení zvracení - mohu uvést např. aprepitant., pod komerčním názvem Emend, který blokuje signály do mozkové oblasti, která řídí pocit nevolnosti a zvracení.

Výzkumná otázka č. 3

Jaká je role edukace sestry v mapě ošetrovatelské péče?

Tabulka č.4 – Edukace sestry o vedlejších příznacích biologického léku

	Edukovala	Needukovala	Je mu to jedno.	Pacient by chtěl být edukován.
Pč.1		x		x
Pč.2	x		x	
Pč.3	x			x
Pč.4		x		x
Pč.5	x			x
Pč.6		x		x

Zdroj: vlastní

Zjistila jsem výzkumem, že většina pacientů – pět ze šesti - chce být o problematice vedlejších příznaků biologické léčby poučena od sestry.

17 DISKUZE

Podstatou mé výzkumné práce bylo zaměřit se na oblasti, které mohou být pro pacienty problematické. Cílem bylo vytvořit na základě ošetrovatelského procesu, při

sbírání informací od pacientů, návrh mapy ošetrovatelské péče, specifikovaný na problém vedlejšího účinku biologického léku, který se pacientovi aplikuje v rámci jeho léčby. Vše jsem zkoumala z pohledu sestry. V praktické části jsem se zaměřila na oblasti nejčastějších problémů. Aby byl výzkum kompletní, rozhovory jsem měla dva. Jeden úvodní, kde jsem se seznámila s pacientem a jeho problémy a pak druhý, který vznikl v průběhu léčby. Porovnávala jsem rozdíly, pokud nějaké byly, na začátku a na konci svého zkoumání. Pacienty jsem pozorovala během rozhovoru a zaznamenávala jsem si jejich reakce do své dokumentace. Všichni pacienti, které jsem požádala o rozhovor, byli vstřícní. Nikdo rozhovor neodmítl. Jen v případě pacientky č. 6 jsme musely druhý rozhovor ukončit vzhledem k jejímu stavu. Rozhovory jsem interpretovala tak, jak mi je pacienti říkali. Vynechala jsem jen vulgární slova a zkrátila jsem rozhovory, které byly příliš dlouhé.

Během výzkumu jsem zjistila zajímavé skutečnosti, které by se mohly uplatnit při ošetrování pacientů, a proto jsem je zde také uvedla pro inspiraci.

Výzkumná otázka č. 1

Mají pacienti na našem oddělení dostatek informací o vedlejších účincích biologické léčby?

Zjistila jsem, že většina pacientů nemá dostatečné informace o vedlejších účincích biologické léčby, a proto na základě tohoto výzkumu dávám podnět k edukaci pacientů směrem k lékařům i sestrám. Výstupem by mohl být dokument – informační materiál, který bychom mohli použít společně s ostatními informačními materiály, které budou v budoucnu na pokoji pacientů. V současné době pracujeme na těchto materiálech v rámci Onkologické kliniky.

Edukační dokument použila i Pařková v Onkologickém ošetrovatelství II. 2010, ale pro naše pacienty bych zvolila jinou firmu, stručnější a zaměřenou konkrétně na oblast vedlejších příznaků biologické léčby.

Výsledky výzkumu ukázaly na to, jak může myšlení ovlivnit informovanost. Zjednodušeně řečeno by se dalo říct, že ten, kdo chce slyšet, slyší, a ten, kdo nechce, si myslí, že mu nikdo nic nevysvětlil. Pacienti dostávali všichni zhruba stejné informace, ale na každý je pochopil, nebo řekl, že neví. Proto je důležité pracovat s nemocnými, informace podávat pomalu a srozumitelně a dostávat od nich zpětnou vazbu.

Jen pacient č. 3 mi řekl, že je dostatečně informován. Někteří se dlouho rozmýšleli. Zaznamenala jsem jistý odpor, že si musí vzpomínat. Zřejmě to souviselo s tím, že v té

době buď začalo jejich léčení, nebo minulé léčení nepomohlo. Většinou udávali, že nebylo mnoho času a nechtěli personál zdržovat.

Výzkumná otázka č. 2

Na jaké oblasti se musíme zaměřit při tvorbě mapy ošetrovatelské péče?

Především jsou to tyto oblasti – výživa, vnímání a poznávání a sebeúcta.

Výživa - Souhlasím s Vorlíčkovou – Klinická onkologie 2012, že výživa je natolik důležitá, že pokud není dostatečná, podílí se na 35% úmrtnosti onkologických pacientů. Zjištění výživových parametrů se zabývá ošetrovatelská anamnéza.

Vnímání a poznání a to ve smyslu změny vzhledu, jako důsledek vedlejšího účinku aplikace biologického léku. S tímto zjištěním koresponduje odpověď na otázku, která se týkala ve změně v chování okolí k pacientovi a to sebeúcty, kdy pět ze šesti pacientů odpovědělo, že mají potíže se srovnat s tím, jak na ně okolí pohlíží. Jde pouze o jejich subjektivní pocit, nemohu si dostatečně ověřit, zda je to pravda, nebo zda to pacienti pouze takto cítí, protože chování okolí pacientů nebylo předmětem mého výzkumu. Ale je nutné se s tímto zjištěním zabývat. Doporučila bych psychickou podporu, ať už v rámci klinického psychologa, nebo poradny, která funguje v rámci Onkologické kliniky Plzeň. Na základě tohoto zjištění jsem zařadila do návrhu mapy ošetrovatelské péče edukaci pacienta k tomuto problému.

Výzkum ukázal jasně, že pacienty nejvíce trápí oblasti, které se týkají informovanosti o probíhající léčbě a oblasti, které se vztahují k ošetřování těch částí těla, které jsou nejvíce poškozené. Zejména ženy se tím velmi trápily. Například pacientka č. 5 už přestala vycházet z domu a začala se izolovat od vnějšího prostředí. Dále mají nejčastěji problém s výživou, s tím, jak se změnil jejich vzhled a jaký je postoj okolí vůči nim. Většinou si nevědí rady, jak postupovat při ošetřování poškozené kůže a jiných vedlejších příznaků. Toto zjištění by mohlo být podnětem k vytvoření např. edukačního materiálu, nebo informačního letáku k této problematice. Dalším problémem je ztráta energie a to, že se nemohou plně zúčastňovat dění v domácnosti a společnosti. Zde bych doporučila konzultaci s rodinou pacienta nebo jeho blízkých prostřednictvím erudované, vyškolené sestry, nebo poradny, kterou jsem již výše zmínila.

Výzkumná otázka č. 3

Jaká je role edukace sestry v mapě ošetrovatelské péče?

Výzkum jasně ukázal, že role sestry v edukaci k této problematice je nesmírně důležitá. Zařadila jsem ji proto do návrhu mapy ošetrovatelské péče. Pacient očekává, že mu sestra bude nápomocná v jeho problémech a vysvětlí mu vše, na co se zeptá.

Přesvědčila jsem se ve svém výzkumu o nepopíratelném faktu, že pokud jsou pacientům předloženy dostatečné informace, tak aby jim rozuměli, léčení je méně komplikované. Pacienti, kterým byla prvně aplikována biologická léčba a vysvětlila jsem jim, jaké mohou nastat vedlejší nežádoucí účinky, nebyli tak zděšení, když se tyto objevily a snášeli léčbu lépe.

Překvapivé pro mne bylo zjištění, že jsem se nesetkala ani s jedním pacientem s negativním vnímáním léčení touto biologickou léčbou, i když způsobuje pacientům mnoho obtíží. Někteří sice zapochybovali, pokud jim nebylo dobře, ale pak stejně pokračovali dál v léčbě. Je to zřejmě faktor, který je blízký lidem a to, že pokud existuje naděje, musí se stále bojovat.

Moje poznámky a pozorování k jednotlivým pacientům tak, jak jsem je vnímala při rozhovorech s nimi:

Pacient č. 1

Je to člověk, který už má něco za sebou. Velmi hezky mluvil o své rodině. Byl klidný, ale když jsme začali hovořit o víře, byl najednou velmi nejistý, rád by si povídal víc. Byl velmi vystrašený z první aplikace, ale rozebrali jsme to, uklidnil se. Při druhém rozhovoru se mi přiznal, že mu to velmi pomohlo. Na druhý rozhovor se dle svých slov velmi těšil a rozpovídal se i o víře. S tímto pacientem jsem si ráda povídala, i když můj výzkum už skončil.

Pacient č. 2

Snažil se všechno zlehčovat, vyprávěl vtípky, ale viděla jsem v jeho očích nejistotu. Zdál se až agresivní, ale pak se uklidnil. Nejdříve jsem měla pocit, že je mu vše jedno, ale při druhém rozhovoru už bylo vše jinak. Povídali jsme si dlouho a chodil si pro radu v každé volné chvíli. Pozoruhodné bylo, že se velmi rád fotografoval a přinesl mi i foto z domova, abych viděla, jak léčení pokračuje.

Pacient č. 3

Tento člověk byl velmi systematický, všechno si zapisoval a měl přehled o dané situaci. Ze všech zkoumaných pacientů měl nejvíc otázek a chtěl vše vědět a rozebírat. Jeho nejčastější otázka byla - proč se to stalo zrovna mně? Při prvním rozhovoru byl mrzutý a největším problémem pro něj bylo to, že se nemůže účastnit aktivit s přáteli a ženami. Pro mne bylo překvapením, že se tento vyloženě technicky zaměřený člověk začal věnovat alternativním způsobům léčby.

Pacientka č. 4

Rozhovor s touto pacientkou byl velmi příjemný. Působila mile a ochotně na vše odpovídala. Nebyl to dlouhý rozhovor, ale při dalších se rozpovídala a probírali jsme vše možné. Bylo vidět, že rodina i přátelé, kteří ji navštěvovali, ji měli velmi rádi. Říkali, že je to nesmírně obětavá a hodný člověk. Nikdy se nevzdávala, i když měla velké komplikace a bolesti. Bohužel zemřela na konci roku 2013.

Pacientka č. 5

Tato žena působila nervózně a neustále žmolala něco v ruce a poposedávala na lůžku. Podařilo se mi ji zklidnit natolik, abychom si alespoň trochu popovídaly. Při druhém rozhovoru už byla otevřenější, neustále se rozhodovala, zda jít na další operaci nebo ne. Mluvily jsme o tom dlouho a nakonec na operaci šla. V současné době je po úspěšné operaci a PET CT ukázalo, že v těle nemá ani primární nádor a metastázy.

Pacientka č. 6

Pacientka se mnou nejdříve nechtěla ani mluvit. Už jsem to vzdávala a hledala jinou pacientku, když přišla a začaly jsme si povídat. Zjistila jsem, že se nemohla smířit s tím, že onemocněla, že má obrovský strach o tom i hovořit. Řekla mi, že měla domluvenou schůzku s psychologem, na kterou nešla. Domluvili jsme se na dalším postupu a doporučila jsem jí naši poradnu. Nakonec tam byla s celou rodinou, protože se ukázalo, že především neví, jak se k jejímu onemocnění postaví její děti. Schůzka dopadla dobře a při dalších rozhovorech se rozpovídala a vzdálenost mezi námi se významně zkrátila. Je to pacientka, na kterou si vždycky udělám čas, když nastoupí na léčbu a hovořím s ní velmi ráda.

Cílem mé práce bylo vytvořit dokument - návrh mapy ošetrovatelské péče u pacientů léčených biologickou léčbou. Především mi šlo o to, aby sestra měla ucelený dokument o tom, jak postupovat při ošetrovatelské péči dané situace, na co se má zaměřit - aniž by musela vyplňovat spoustu dokumentů. Každá jednotlivá biologická léčba má svá specifika, ale snažila jsem se sjednotit vše do jednoho dokumentu. Především jde o to, aby pacient při příjmu dostal validní informace, aby byl poučen o komplikacích, které ho mohou postihnout. Šlo mi především o to zkoordinovat práci všech zdravotníků, abychom postupovali jednotně a tím zlepšili kvalitu ošetrovatelské péče. Zároveň by nás tento dokument chránil před případnými spory - jak jsme postupovali při ošetřování pacienta.

Návrh mapy ošetrovatelské péče obsahuje ošetrovatelský postup při příjmu na oddělení při aplikaci biologické (cílené) léčby.

Obsahuje jasný postup při příjmu, odebírání ošetrovatelské anamnézy, edukaci o biologické léčbě, upozornění na nežádoucí účinky biologické léčby a změny, které nastaly od minulé léčby. Mapa ošetrovatelské péče by nenahradila dokument ošetrovatelské anamnézy, jak ho známe dnes, ale mohla by nahradit edukační materiál.

Pokud bych porovnávala výsledek svého zkoumání s pracemi a výsledky jiných autorů, např. Jiřího Vorlíčka, Jitky Abrahámové a Hildy Vorlíčkové z jejich knihy Klinická

onkologie pro sestry, 2010, nebo autorů Berče Alexandera, Palkové Ľuby a kol. z knihy Onkologické ošetrovatel'stvo I., 2012, myslím, že jsme došli k podobným, někdy stejným závěrům. To znamená, že vedlejší nežádoucí účinky biologické léčby u onkologických pacientů jsou mnohdy závažný problém, který je nutné znát, řešit a ošetřovat, dle nejlepšího vědomí a současných trendů léčení. Postrádám ale vyjádření samotných pacientů, jejich pocity, starosti a obavy, kterými se, podle mne, musíme také zabývat.

ZÁVĚR

V bakalářské práci jsem se zabývala problematikou vedlejších nežádoucích účinků biologické léčby u onkologických pacientů, kteří se léčí na našem oddělení. V teoretické části jsem - velmi všeobecně - popsala možnosti onkologické léčby. Zaměřila jsem se na biologickou léčbu, protože tady vidím nové možnosti léčby pro pacienty. Je to poměrně nová a zajímavá léčba a zaujala mě. Zároveň s touto léčbou jsem zaznamenala nežádoucí účinky, které mohou nemocné potrápít a ještě nezmapovanou ošetrovatelskou péčí v této oblasti.

Svým výzkumem jsem si potvrdila fakt, že je nesmírně důležité s pacienty hovořit, podávat jim validní informace, nezkruslovat situaci a nemlžit stav, v jakém se ocitli.

Nejblíže k pacientům máme my – sestry. Nejsme jen zručné pracovnice ve zdravotnictví. Jsme pacientovi nejblíže jak fyzicky, tak psychicky. Mažeme, obvazujeme ztrápená těla, ale nejdůležitější jsou laskavá slova, jimiž pacienty utěšujeme, povzbuzujeme, přinášíme naději, ale i zklamání. My jsme první a možná i jediní, kterým pacient svěří své bolesti, emoce a starosti. Musíme se vypořádat s blízkými, přáteli nemocných, kteří mnohdy prožívají stejná psychická traumata, jako nemocní.

Pro sestru je to velice náročná práce a musí o ní mít opravdový zájem. Dříve nebo později se dostává do pasti syndromu vyhoření. Do stavu psychického kognitivního vyčerpání, emoční vyprahlosti, opotřebování, a celkové únavy. Musí se neustále vzdělávat, udělat si čas na popovídání s pacienty, pochválit je, povzbudit, zbrzdit negativní emoce, podporovat pocit potřebnosti a citlivě komunikovat.

Tímto holdem všem zdravotníkům, kteří léčí pacienty, bych chtěla ukončit svou bakalářskou práci, protože toto všechno se prolíná, jako červená nit všemi rozhovory, které jsem s pacienty vedla a mým výzkumem, který mi má slova potvrdil.

„Záleží na tom, jak dobře žiješ, nikoliv jak dlouho“ (Seneca)

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A ZDROJŮ

1. KLENER, Pavel. *Klinická onkologie*. 1.vyd.Praha: Galén 2001.686 s. ISBN 80-7262-151-3.
2. KLENER,Pavel,HLAVÁČKOVÁ,L,SVOBODNÝ,P.*Stručné dějiny české onkologické společnosti*. Praha:Galén, 2000.
3. KOZÁKOVÁ, Šárka, DOLEŽALOVÁ,Lenka,ŠIROKÁ, Soňa, SÝKOROVÁ, Zuzana, KOCOURKOVÁ, Jana. *Chemoterapie a cílená léčba*. 1. vyd. Brno: Academicus, 2011.97 s. ISBN 978 – 80–87192–13-9.
4. VORLÍČEK, Jiří, ABRAHÁMOVÁ Jitka, VORLÍČKOVÁ Hilda. *Klinická onkologie pro sestry*. 1.vyd.Praha: Grada 2006.328s. ISBN 80–247–171- 6.
5. KLENER, Pavel, KLENER, Pavel jr. *Nová protinádorová léčiva a léčebné strategie v onkologii*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010. 232 s. ISBN 978–80–24 –2808-7.
6. PAVLÍKOVÁ, Slavomíra. *Modely ošetrovatelství v kostce*. 1.vyd.Praha: Grada Publishing, 2010. 160 s. ISBN 978-80-247-1211-6.
7. BERČ, Alexander,PALKOVÁ, Ľuba a kol. *Onkologické ošetrovatelstvo I*. 1. vyd. Košice: ZZ design studio,2008. 182 s. ISBN 978 – 80 – 969605-3-8
8. PALKOVÁ, Ľuba, BERČ Alexander a kol. *Onkologické ošetrovatelstvo II*. Košice:ZZ design studio, 2010. 164 s. ISBN 978-80-969605-5-2.
9. KLENER, Pavel a kol. *Medicína tretieho tisíciletí*. 1.vyd. Říčany: studio Evolving, 2000. 184 s.

10. ADAM, Zdeněk. VORLÍČEK, Jiří a spol. *Speciální onkologie*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita v Brně 2002. 545 s. ISBN 80-210-2826-2.
11. KOLEKTIV autorů. *Průvodce ošetrovatelskou dokumentací od A do Z*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2002. 392 s. ISBN 80-247-0278-9.
12. ČERVINKOVÁ, Eliška a kol. *Ošetrovatelské diagnózy*. Brno: NCO NZO BRNO 2006. 190 s. ISBN 80-7013-443-7.
13. MAREČKOVÁ, Jana. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. Praha: Grada Publishing 2006. 264 s. ISBN 80-247-1399-3.
14. MIKŠOVÁ, Zdeňka, FRONKOVÁ, Marie, HERNOVÁ, Renáta, ZAJÍČKOVÁ Marie. *Kapitoly z ošetrovatelské péče I*. aktualiz. a dopl. vyd., Praha: Grada Publishing 2006. 248 s. ISBN 80-247-1442-6.
15. MIKŠOVÁ, Zdeňka, FRONKOVÁ, ZAJÍČKOVÁ Marie. *Kapitoly z ošetrovatelské péče II*. Aktualiz. a dopl. vyd., Praha: Grada Publishing 2006. 172 s. ISBN 80-247-1443-4.
16. JUŘENÍKOVÁ, P. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2010. 77 s. ISBN 978-80-247-2171-2.
17. VORLÍČEK, Jiří a spol. *praktická onkologie a vybrané kapitoly*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 2000. 344 s. ISBN 80-7169-974-8.

18. HAJDÚCH, Marián, FUSEK, Martin, VÍTEK, Libor, BLAHOŠ, Jaroslav, RUML, Tomáš a spol. *Biologická léčiva. Teoretické základy a klinická praxe*. Praha: Grada Publishing, 2012. 288 s. ISBN 978-80-247-3727-0.
19. ADAM, Zdeněk, VORLÍČEK, Jiří, KOPTÍKOVÁ, Jana. *Obecná onkologie a podpůrná léčba*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing 2003. 788 s. ISBN 80-247-0677-6.
20. ŠKRLA, Petr, ŠKRLOVÁ Magda. *Kreativní ošetrovatelský management*. 1. vyd. Praha: Finidr s.r.o. Český Těšín, 2003. 477 s. ISBN 80 – 7172 – 841 – 1.
21. ŠÁMALOVÁ, Marie, a kol. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci aplikované v ošetrovatelském procesu*. 1. Vyd. Praha: Rada Publishing, 2011. 136 s. ISBN – 978 – 80 – 247 – 3223 – 7.
22. VALEŠOVÁ, Monika, a kol. *Metodický pokyn k tvorbě kvalifikační práce*. 1. vyd. Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni, 2012. 56 s. ISBN 978-80-261-0156-7.
22. BÁRTLOVÁ, Sylva, SADÍLEK, Petr a TÓTHOVÁ, Valérie. *Výzkum a ošetrovatelství*. Vyd. 2., přeprac. a dopl. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2008. 185 s. ISBN 978-80-7013-467-2.
23. SNL/DOS/SOP/002/02. *Standard: Aplikace léků do implantabilního intravenózního portu*. 2. vyd. Plzeň: FN Plzeň, 2012.
24. SNL/DOS/SOP/017/04. *Standard: Aplikace roztoků/léků i.v. a zavádění periferní žilních kanyl*. 4. vyd. Plzeň: FN Plzeň, 2012.

26. SME/3/008/05. *Směrnice: Hygienický plán*. 5. vyd. Plzeň: FN Plzeň, 2016.
27. SME/7/002/03. *Směrnice: Likvidace odpadu*. 3. vyd. Plzeň: FN Plzeň, 2013
28. SNL/DOS/SOP/048/01. *Standard: Měření krevního tlaku, pulsu a dechu*. 1. vyd. Plzeň: FN Plzeň, 2011.
29. AISLP . *Informační systém*.(online).27.1.2013.Dostupné z:
<http://www.aislp.cz/cs/Aislp>, mikro verze – 2013, 4, stav k 1. 10. 2013, oddíly:
EU/1/04/300/001-002, EU/1/04/281/003, EU/1/00/145/001, 44/089/99- C
30. CERSOSIMO, Rj. Monoclonal antibodies in the treatment of cancer,
Am.J.Health:Syst.Pharm,2003,ISBN 1631-1641

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

DNA - Deoxyribonukleová kyselina

TNM – klasifikace zdravotnických informací

WHO – Světová zdravotnická organizace

TK – tlak krevní

FN – Fakultní nemocnice

OP – ošetřovatelský plán

PEG – perkutánní endoskopická gastrostomie

KPR – kardiopulmonární resuscitace

ICHS – ischemická choroba srdeční

LDK – levá dolní končetina

HDŽ – horní dutá žíla

CT – počítačová tomografie

PET CT – pozitronová emisní tomografie + počítačová tomografie

DMO – dětská mozková obrna

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 – Erytém po aplikaci Erbituxu

Obrázek 2 – Kožní reakce na obličeji a v koutcích úst po aplikaci Erbituxu

Obrázek 3 – Ragády na konečcích prstů po aplikaci Erbituxu

Obrázek 4 – Pacient po zhojení kožní reakce po ukončení léčby Erbituxem

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 – Návrh mapy ošetrovatelské péče

Příloha 2 – Otázky k rozhovoru

Příloha 3 – Souhlas s výzkumem

Příloha 4 – CD

PŘÍLOHA 1

MAPA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

U pacienta přijatého k plánované aplikaci biologické léčby

Den příjmu - První aplikace biologické léčby

Příjem na oddělení	Sestra přivítá pacienta, odebere od něj dokumentaci z přijímací kanceláře. Oznámí, v jakém pokoji a na jakém lůžku bude hospitalizován a zjistí, jakou užívá dietu.	Pokud je pacient prvně hospitalizován, odvede ho na pokoj osobně ona, nebo sanitářka. Ukáže, kam si má dát osobní věci. Pokud není lůžko volné, posadí pacienta do návštěvní místnosti.
Sběr dat	Sestra sepíše ošetřovatelskou anamnézu. Data zaznamená do zdravotní dokumentace pacienta a zanesou do počítačové databáze.	Ošetřující lékař převezme dokumentaci od sestry, odebere anamnézu + souhlasy s hospitalizací a léčbou a odevzdá sestře rozpis chemoterapie s biologickým lékem.
Edukace	Sestra se zeptá pacienta, zda zná lék, který se mu bude podávat a jeho vedlejší nežádoucí účinky.	Pokud pacient řekne, že neví, popíše mu nežádoucí účinky, které mohou nastat a nechá prostor na otázky.
Ordinace	Sestra si připraví léky k premedikaci na aplikační místnosti. Cytostatika jsou dodávána z přípravný cytostatik a připraví je. Připraví si monitor vitálních funkcí a defibrilátor.	Pacienta si pozve do aplikační místnosti, seznámí ho s úkony, které bude provádět a zavede PŽK, nebo jehlu do portu, pokud ho pacient má. Vše zaznamená do zdr. dokumentace
Aplikace	Sestra změří pacientovi fyziologické funkce, nalepí elektrody k měření ekg křivky a nechá připojen monitor. Řekne lékaři, že vše je připraveno a že může přijít k aplikaci.	Sestra aplikuje biologický lék dle rozpisu a kontroluje za asistence lékaře fyziologické funkce pacienta.
Po aplikaci	Sestra monitoruje fyziologické funkce pacienta dle ordinací lékaře a kontroluje žilní vstup. Vše zaznamená do dokumentace.	V případě jakýchkoliv potíží a příznaků nežádoucích účinků, zastaví aplikaci biologického léku a zavolá lékaře.

Zdroj: vlastní

PŘÍLOHA 2

Otázky k rozhovoru

Otázky zaměřené na informovanost pacienta o biologické léčbě

- a) Myslíte si, že jste byla dostatečně informována o biologické léčbě, kterou absolvujete a jejích vedlejších účincích?
- b) Pokud jste již tuto léčbu absolvovala, ptala se vás sestra při příjmu jak jste léčbu snášela?
- c) Edukovala vás sestra o nežádoucích účincích léčby, pokud jste ji o to požádala?

Otázky zaměřené na oblasti potřeb pacienta

- a) Jak se v současné době cítíte?
- b) Chutná vám jídlo, nebo máte nějaké problémy se stravou?
- c) Vyprazdňujete se pravidelně, bez potíží?
- d) Jste aktivní člověk, cvičíte, nebo se věnujete nějakému sportu?
- e) Spíte dobře, máte čas na odpočinek?
- f) Vnímáte nějakou změnu, která ses vámi udála, když jste onemocněla?
- g) Cítíte nějakou změnu chování okolí k vám?
- h) Podporuje vás rodina a přátelé v léčení?
- i) Dokážete ve stresových situacích zachovat chladnou hlavu, nebo máte s tímto problémy?

Na poslední dvě otázky mi nemusíte odpovídat, pokud nechcete.

- j) Je pro vás sex důležitý, nebo jste tuto část odsunula?
- k) Uznáváte nějakou víru, nemyslím tím jen náboženskou? Jaké jsou vaše životní hodnoty?

PŘÍLOHA 3

Vážená paní, Yvona Bergerová, Studentka, Západočeská univerzita, Fakulta zdravotnických studií, Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Povolení sběru informací ve FN Plzeň

Na základě Vaší žádosti Vám jménem Útvaru náměstkyně pro ošetrovatelskou péči FN Plzeň **uděluji souhlas** se sběrem informací ve FN Plzeň na Onkologickém a radioterapeutickém oddělení, v souvislosti s vypracováním Vaší bakalářské práce s názvem „*Biologická léčba u onkologických pacientů z pohledu všeobecné sestry*“, za níže uvedených podmínek.

Podmínky pro umožnění sběru informací ve FN Plzeň (v rámci studentských – výzkumných šetření):

- Vrchní sestra osloveného pracoviště souhlasí s Vaším postupem.
- Osobně povedete svoje šetření.
- Vaše šetření nenaruší chod pracoviště ve smyslu provozního zajištění dle platných směrnic FN Plzeň, ochrany dat pacientů a dodržování Hygienického řádu FN Plzeň.
Vaše šetření bude provedeno za dodržení všech legislativních norem, zejména s ohledem na platnost zákona č. 372 / 2011 Sb., § 65, odst. 3.
- Údaje ze zdravotnické dokumentace, které budou uvedeny ve Vaší bakalářské práci, musí být anonymizovány.
- Sběr informací budete provádět pod přímým vedením oprávněného zdravotnického pracovníka FN Plzeň, kterým je MUDr. Hana Korunková, lékařka ORTO FN Plzeň.

Po zpracování Vámi zjištěných údajů poskytnete ZOK / OC FN Plzeň závěry Vašeho šetření, pokud o ně projeví oprávněný pracovník ZOK / OC zájem.

Toto povolení nezakládá povinnost zdravotnických pracovníků s Vámi spolupracovat, pokud by spolupráce s Vámi narušovala plnění pracovních povinností zaměstnanců.

Spolupráce zaměstnanců FN Plzeň na Vašem šetření je dobrovolná a je vyjádřením ochoty ke spolupráci oslovených zaměstnanců FN Plzeň s Vámi.

Přeji Vám hodně úspěchů při studiu.

Mgr., Bc. Světluše Chabrová

manažerka pro vzdělávání a výuku NELZP

zástupkyně náměstkyně pro oš. péči

Útvar náměstkyně pro oš. péči FN Plzeň

tel.. 377 103 204, 377 402 207

e-mail: chabrovas@fnplzen.cz

26.6.2013

Obrázek 1 - erytém po aplikaci Erbituxu



Zdroj: vlastní

Obrázek 2 - kožní reakce na obličejí a v koutcích úst po aplikaci Erbituxu



Zdroj: vlastní

Obrázek 3 - ragády na konečcích prstů po aplikaci Erbituxu



Zdroj: vlastní

Obrázek 4 - pacient po zhojení kožní reakce po ukončení léčby Erbituxem



Zdroj: vlastní