

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2018

Michaela Jesenská

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Specifické činnosti sestry v ambulanci kolorektální chirurgie se zaměřením na
kolorektální karcinom

Michaela Jesenská

Bakalářská práce

2018

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2016/2017

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Michaela Jesenská**
Osobní číslo: **Z15055**
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Název tématu: **Specifické činnosti sestry v ambulanci kolorektální chirurgie se zaměřením na kolorektální karcinom**
Zadávající katedra: **Katedra ošetrovatelství**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah grafických prací: dle doporučení vedoucího

Rozsah pracovní zprávy: 35 stran

Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická

Seznam odborné literatury:

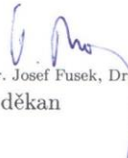
1. ADAM, Zdeněk, Marta KREJČÍ a Jiří VORLÍČEK. Speciální onkologie: příznaky, diagnostika a léčba maligních chorob. 1. vyd. Praha: Galén, 2010, 417 s. ISBN 978-80-7262-648-9.
2. CORMAN, Marvin L. Colon and rectal surgery. 1. vyd. Philadelphia: Wolters Kluwer, 2013, 1564 s. ISBN 978-1-14511-1114-9.
3. DOSTÁLOVÁ, Olga. Péče o psychiku onkologicky nemocných. 1. vyd. Praha: Grada, 2016, 168 s. ISBN 978-80-247-5706-3.
4. SEIFERT, Bohumil, Norbert KRÁL, Ondřej MÁJEK a Štěpán SUCHÁNEK. Screening kolorektálního karcinomu. 2. vyd. Praha: Maxdorf, 2015, 128 s. ISBN 987-80-7345-444-9.
5. ZACHOVÁ, Veronika a kol. Stomie. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 232 s. ISBN 978-80-247-3256-5.

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Romana Procházková


Katedra ošetrovatelství

Datum zadání bakalářské práce: 1. prosince 2016

Termín odevzdání bakalářské práce: 7. května 2018


prof. MUDr. Josef Fusek, DrSc.
děkan

L.S.


PhDr. Kateřina Horáčková, DiS.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 9. března 2018

Prohlášení autora

Tuto práci jsem vypracoval samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využil, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byl jsem seznámen s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 9/2012, bude práce zveřejněna v Univerzitní knihovně a prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 19. 4. 2018

Michaela Jesenská

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych poděkovala vedoucí mé bakalářské práce Mgr. Romaně Procházkové za odborné vedení a konzultace. Také vedoucí katedry PhDr. Kateřině Horáčkové DiS., za morální podporu a cenné rady. A v neposlední řadě patří velké poděkování mým báječným rodičům a mé sestře, kteří mi jsou psychickou oporou nejen ve chvílích studia.

ANOTACE

Bakalářská práce na téma „*Specifické činnosti sestry v ambulanci kolorektální chirurgie se zaměřením na kolorektální karcinom*“ se zaměřuje na novodobý přístup a komplexnost péče u pacientů s onemocněním kolorekta. Teoretická část popisuje problematiku kolorektálního karcinomu, střevních stomií, změny psychiky pacienta. Dále jsou popsány specifické činnosti sestry se zvláštní odbornou způsobilostí včetně edukace pacienta a proces vzniku specializované ambulance pro kolorektální chirurgii. Výzkumná část obsahuje výsledky dotazníkového šetření s otevřenými odpověďmi, které se snaží zjistit a zmapovat skutečnou náplň a význam práce sestry v ambulanci kolorektální chirurgie v porovnání s dobou, kdy tato ambulance a pracovní pozice nebyla vytvořena.

KLÍČOVÁ SLOVA

Edukace, kolostomie, ileostomie, kolorektální karcinom, psychika

TITLE

Specific nurse's activities in out-patient clinic of colorectal surgery focused on colorectal carcinoma

ANNOTATION

The bachelor thesis " Specific nurse's activities in an outpatient clinic of colorectal surgery" is focused on the modern approach and complexity of care with patients (clients) with colorectal disease. The theoretical part describes the problems of colorectal carcinoma, stomas, changes in psychic of the patients, their education, the specific activity of nurse-specialist and the establishment of an outpatient clinic of colorectal surgery. The research section contains the results of a corresponding survey that identifies the real data and the importance of the nurse – specialist's work in the outpatient clinic of the colorectal surgery in comparison with the time when this ambulance and job position did not exist.

KEYWORDS

Education, colostomy, colorectal carcinoma, ileostomy, psychology

OBSAH

ÚVOD.....	11
CÍLE PRÁCE.....	12
I. TEORETICKÁ ČÁST.....	13
1 Kolorektální karcinom KRK.....	13
1.1 Epidemiologie KRK.....	13
1.2 Rizikové faktory KRK.....	14
1.3 Symptomatologie.....	14
1.4 Diagnostika.....	14
1.5 Léčba.....	15
2 Stomie.....	17
2.1 Definice stomie.....	17
2.2 Kolostomie.....	17
2.3 Ileostomie.....	18
3 Vznik ambulance pro kolorektální chirurgii.....	19
3.1 Proces vzniku Ambulance pro kolorektální chirurgii.....	19
4 Edukace pacienta s KRK s ohledem na riziko založení stomie ve 3 fázích.....	22
4.1 Předhospitalizační fáze.....	22
4.2 Hospitalizační fáze.....	23
4.3 Pohospitalizační fáze.....	23
5 Vliv onkologického onemocnění na psychiku.....	25
5.1 Role sestry jako psychické podpory.....	26
II. VÝZKUMNÁ ČÁST.....	28
6 Výzkumné otázky:.....	28
7 Metodologie průzkumného šetření.....	29
Organizace výzkumu.....	29
Charakteristika výzkumného pracoviště.....	30

Charakteristika výzkumného vzorku	30
Realizace průzkumu.....	30
Pilotní šetření	31
Způsob vyhodnocení dat	31
8 Prezentace výsledků.....	33
Přehled respondentů zdravotnického týmu.....	33
Přehled retrospektivní statistiky.....	34
DISKUZE	42
ZÁVĚR	48
SOUPIS BIBLIOGRAFICKÝCH CITACÍ	50
PŘÍLOHY	58

SEZNAM ILUSTRACÍ A TABULEK

Obrázek 1 Rozdíly před vznikem ambulance a pozice sestry se současnou dobou	35
Obrázek 2 Přínos pro pacienty se vznikem ambulance	36
Obrázek 3 Přínos pro kolegy se vznikem ambulance	37
Obrázek 4 Přínos pro kolegy se vznikem pozice sestry specialistky	38
Obrázek 5 Přínos pro pacienty se vznikem pozice sestry specialistky	40
Tabulka 1 Tabulka respondentů	33
Tabulka 2 Statistika KRK 2017	34
Tabulka 3 Statistika KRK 2016	34
Tabulka 4 Statistika KRK 2015	34
Tabulka 5 Statistika KRK 2014	34

ÚVOD

Kolorektální karcinom (dále jen KRK) se řadí mezi nejzávažnější současné celosvětové onemocnění v oblasti nepřenosných chorob, zejména s ohledem na nepříznivý charakter. Incidence i mortalita KRK, nejen v zemích západní Evropy a Severní Ameriky, ale také v různých oblastech vyspělého světa, nutí společnost soustředit se více na tento problém. Problematice prevence a včasného zachytu KRK se věnují specializované týmy a probíhá velké množství výzkumných studií (Seifert et al., 2015, s. 13). Počty úmrtí kvůli této diagnóze za rok 2012 byl asi 693 881 obyvatel na celém světě. V Evropě se pohybuje přibližně kolem 214 814 úmrtí. Kumulativním rizikem vzniku karcinomu kolorekta od 75 let věku je celosvětově 1,95 % a v Evropě 3,51 %. (ÚZIS, 2018). Ze statistik vyplývá, že se Česká republika (dále jen ČR) řadí v mezinárodním měřítku mezi nejvíce zatížené. V incidenci kolorektálního karcinomu patří česká populace mužů na 4. místo ve světě a na 3. místo v Evropě, u žen je to 16. místo ve světě a 10. místo v Evropě (Dušek, et al., 2014, s. 23-24).

Tato bakalářská práce je rozdělena na dvě části, na část teoretickou, která pojednává o KRK, jeho charakteristice a typech operací. Zmíněna je také problematika střevních stomií, jež jsou častým následkem tohoto onemocnění. Teorie popisuje též vznik ambulance kolorektální chirurgie a její specifika. Druhá část, nazvaná jako výzkumná, se zabývá prezentací výsledků z dotazníkového šetření s otevřenými odpověďmi s použitím kvalitativního výzkumu. V této části byla využita i kvantitativní metoda výzkumu k doplnění retrospektivní statistiky.

Každý člověk, který onemocní onkologickou diagnózou, se stává pacientem a to do jeho života vnáší novou roli (Baštecká et al., 2015, s. 690). To jakým způsobem převezme roli v nové, byť ne pozitivní situaci, záleží nejen na něm samotném, ale také na spolupráci s rodinou a především komunikaci se zdravotním personálem, který se stává dočasnou součástí jeho života. Důležitým úkolem zdravotnického týmu je zajistit plynulý průběh léčby pacientů, kteří jsou centralizováni v ambulanci tohoto typu. Sestra specialista má pacienta s onemocněním KRK provázet, informovat a edukovat ho téměř ve všech oblastech jeho života. Být mu oporou a zároveň má poukázat na to, že komunikace a důvěra mezi pacientem a sestrou je nedílnou součástí celého ošetrovatelského procesu spojeného s typem tohoto onemocnění. Proto z těchto důvodů byla vytvořena Ambulance pro kolorektální chirurgii, kam se centralizují pacienti s tímto onemocněním tak, aby každému z nich byl zajištěna vysoce specializovaná péče v této oblasti. Cílem této bakalářské práce je poukázat na specifickou roli sestry, která je důležitou součástí týmu odborníků.

CÍLE PRÁCE

Hlavní cíl práce:

Definovat specifické činnosti sestry specialistky v ambulanci kolorektální chirurgie a popsat problematiku kolorektálního karcinomu se zaměřením na definování specifických činností sestry v ambulanci kolorektální chirurgie.

Cíle teoretické části:

- Popsat problematiku kolorektálního karcinomu.
- Popsat problematiku střevních stomií (kolostomie, ileostomie).
- Popsat dopady tohoto onemocnění na psychiku pacienta a rodiny.
- Popsat specifické činnosti sestry v rámci specializované ambulantní sféry.

Cíle výzkumné části:

- Zjistit počet pacientů s dg. KRK v letech 2014-2017.
- Zjistit počet pacientů s nově založenou střevní stomií a výskyt jejich komplikací.
- Zjistit a popsat specifické činnosti sestry specialistky a její význam v ambulanci kolorektální chirurgie.
- Porovnat přínos vzniku ambulance kolorektální chirurgie pro personál a pacienty z ošetřovatelského pohledu s dobou, kdy ambulance nebyla vytvořena.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 Kolorektální karcinom KRK

Kolorektální karcinom (KRK) je zhoubný nádor, který vychází z epiteliálních buněk sliznice tlustého střeva. Řadí se mezi adenokarcinomy, tudíž nádory žlázo­vého původu a je nejčastějším zhoubným nádorem střeva, ale také nejčastější malignitou trávicího traktu. Můžeme rozlišovat karcinom konečníku (rekta) a tračníku a to zejména z důvodu částečně rozdílného přístupu k léčbě obou typů těchto nádorů (Lukáš et al., 2007, s. 257). Nádory rekta a tlustého střeva můžeme dělit na sporadické formy, které představují asi 80 % všech nádorů kolorekta a familiární (hereditární) formy, které činí asi 20 % všech těchto nádorů (Holubec et al., 2004, s. 19). Za rizikový faktor pro vznik karcinomu tohoto typu se pokládá polyp, který je větší než 1 cm, těžký stupeň cytologických a strukturálních nepravidel­ností a vilózní struktura (Seifert et al., 2015, s. 63).

1.1 Epidemiologie KRK

Absolutní počet zjištěných nádorových onemocnění je definován počtem nových případů ve sledovaném roce. (Lipská et al., 2009, s. 3). KRK představuje velkou zátěž nejen pro populaci, ale i pro zdravotní systémy, nejen z hlediska zhoubného charakteru onemocnění, celkové morbidity a mortality, ale také z hlediska vynaložených nákladů. Roční incidence KRK v Evropě převyšuje počet 400 000 nových případů a zhruba 200 000 tisíc osob na toto onemocnění zemře. V současné době v Evropě žije 3 miliony osob s onemocněním KRK (Seifert et al., 2015, s. 21). Příčinou tak vysoké úmrtnosti se stává především to, že většina nádorů je diagnostikována v stádiu pokročilosti (Vyzula et al., 2007, s. 62). V lidské populaci výrazně roste incidence KRK s věkem nad 50 let a v každém dalším deceniu nárůst incidence zdvojnásobuje (Vizula et al., 2007, s. 63). V České republice žije okolo 55 tisíc lidí s tímto onemocněním. Občan České republiky je podobně jako Slovák, Maďar, Dán či Holanďan, vystaven jednomu z nejvyšších rizik onemocnění kolorektálního karcinomu na celém světě (Seifert et al., 2015, s. 36). Screeningový program, který byl zahájen v ČR od roku 2004 obnáší adresné zvaní osob z cílové populace. Tento program dle dostupných dat v průběhu roku roste a nadále má narůstající tendenci. Taktéž se zvýraznil nápor na koloskopická centra. ČR zavedením tohoto screeningu zachytila tempo, které naši republiku vrací na první místo v onemocnění kolorektálního karcinomu (Seifert et al., 2015, s. 84-85).

1.2 Rizikové faktory KRK

KRK patří mezi preventabilní choroby (Novotný et al., 2016, s. 151). Vznik KRK je podmíněn vzájemnou interakcí zevních a vnitřních faktorů (Lukáš et al., 2007, s. 258). Na vzniku se také podílí hereditární faktory, mezi které můžeme řadit Syndrom mnohočetné adenomatozní polypozy a Syndromy familiárního výskytu nepolypozních karcinomů tlustého střeva (Holubec et al., 2004, s. 58). Mezi zevní rizikové faktory patří strava, obezita, fyzická aktivita, kouření, alkohol a další. Mezi faktory vnitřní tzv. neovlivnitelné se řadí věk, rodinná anamnéza a idiopatické střevní záněty. Všechny tyto faktory jsou spojeny s vyšším rizikem výskytu onemocnění KRK (Lukáš et al., 2007, s. 259).

1.3 Symptomatologie

Důsledky KRK a jeho projevy mohou být závislé na lokaci, rozsahu a stádiu onemocnění (Adam et al., 2010, s. 72). Karcinom tohoto typu má střední doubling time (čas, který samotný nádor potřebuje ke zdvojnásobení objemu) asi 130 dní. Z tohoto důvodu roste hrubým odhadem 5 let bezpříznakově. Během této fáze může být diagnóza obvykle stanovena pouze náhodným vyšetřením (Adam et al., 2004, s. 96). Karcinomy v oblasti colon ascendens (vzestupný tračník) se mohou projevovat nejrůznějšími zažívacími obtížemi. Typickým příznakem karcinomu v této oblasti je anémie. Obvykle k poruše střevní pasáže dochází při velkém nárůstu nádoru (Adam et al., 2004, s. 96). KRK v pravé polovině tračníku vede nejčastěji ke krvácení a anémii, která bývá často jediným příznakem onemocnění v této lokaci. V levé polovině tračníku karcinomy obvykle způsobují neprůchodnost střeva, dochází ke změnám defekace a k obstrukci postiženého místa (Adam et al., 2010, s. 72). Karcinomy rekta se projevují často enteroragií. Krvácení může být trvalé a také masivní. Bývají přítomny bolesti, které vznikají s nekompletním vyprázdněním rekta (Adam et al., 2004, s. 96). Pokročilé karcinomy vedou k nechutenství, ke ztrátě hmotnosti, malnutrici a anémii (Adam et al., 2010, s. 72). Typickými příznaky kolorektálního karcinomu jsou dyspeptické obtíže, anemie, bolest břicha, celková únava, slabost, poruchy pasáže, váhový úbytek, krvácení do stolice, fyzikální nález při palpaci břicha nebo per rectum (Seifert et al., 2015, s. 37).

1.4 Diagnostika

Základem diagnostiky kolorektálního karcinomu je kolonoskopické vyšetření, které je spojené s možností odběru vzorků k biopsii, které může potvrdit malignitu. V případě, že se nemůže přistoupit k této metodě, jsou možnosti ke stanovení diagnózy pomocí CT kolonografie či irrigografie (Seifert et al., 2015, s. 38). Dále se v diagnostice používá krevní odběr na

tumorozní markery CEA a CA 19-9. V laboratorním screeningu může a nemusí dojít k jejich elevaci. V neposlední řadě se také využívá odběr krevního obrazu, kde by se mohla projevit anemie (Seifert et al., 2015, s. 37). Rozsah onemocnění (staging) a přítomnost metastáz je nedílnou součástí celého diagnostického procesu, který se provádí pomocí rentgenových metod, jako jsou RTG (rentgen), CT (počítačový tomograf), dále pomocí sonografického vyšetření a zobrazení pomocí magnetické rezonance. Při afekcích v oblasti rekta se využívá endosonografie (Seifert et al., 2015, s. 38).

1.5 Léčba

Postup léčby je vždy rozhodován na multioborových seminářích, na kterých je vždy zastoupení lékařského člena určité odbornosti, jako jsou chirurg, onkolog, gastroenterolog, radiolog a patolog. Tito specialisté berou vždy v potaz klinický obraz pacienta, jeho následnou kvalitu života a především právo a přání pacienta (Vepřeková et al., 2012, s. 46). Mezi základní léčebné metody patří především léčba chirurgická, která by měla vést k vyléčení pacienta s onemocněním KRK. K této terapii patří také výkony paliativní, které zajišťují střevní průchodnost a prodlouží tím život pacienta (Zavoral et al., 2012, s. 414).

Současné léčebné možnosti při záchytu nádoru v časném stádiu mohou být totálním řešením, kdy lze nádor odstranit endoskopickou metodou. Avšak obvykle je indikované chirurgické řešení, tím je provedení resekce postižené části tračníku (Seifert et al., 2015, s. 38). V případě, kdy nádor postihuje oblast rekta, se může zvolit předoperační radioterapie místa, tzv. neoadjuvance (Ferko, Šubrt, 2015, s. 261). Předoperační radioterapie je obvykle doporučována pro většinu pacientů, kteří mají karcinom rekta, protože výrazně snižuje riziko lokální recidivy a zlepšuje přežití. Tento typ radioterapie je obvykle kombinován s chemoterapií (Lipská et al., 2009, s. 132). Elektivní výkony na tračníku můžeme dělit dle lokalizace karcinomu.

Pravostranná hemikolektomie je výkon prováděný při karcinomu na céku, vzestupném tračníku, hepatické flexuře a na pravé části tračníku (Holubec et al., 2004, s. 110).

Resekce transverza je prováděna u karcinomu na příčném tračníku.

Levostranná hemikolektomie je indikovaná při nálezů nádoru na lící flexuře nebo na tračníku sestupném (Holubec et al., 2004, s. 112).

Resekce sigmatu je výkon při kterém je postižena esovitá klička (Holubec et al., 2004, s. 113).

Subtotální kolektomie, která je obvykle prováděná pro familiární polyposu či pro mnohočetné tumory na tračníku. Tato operace může skončit stomií terminálního ilea jako dočasná nebo trvalá (Corman et al., 2013, s. 924).

Proktokolektomie je méně častý výkon, který obnáší úplné odstranění tlustého střeva s rektum a případně i s anální kanálem, tento výkon je dokončen trvalou terminální ileostomií (Corman et al., 2013, s. 925).

Hartmannova resekce, je využívána při nálezu karcinomu v rektosigmoideálním spojení a je vždy zakončena terminální sigmoideostomií, která je většinou dočasná (Corman et al., 2013, s. 930).

Výkony, které jsou prováděny na rektu, jsou nejnáročnějšími technikami na tračníku, které bývají spojené s větším množstvím komplikací, než na zbylé části tračníku (Corman et al., 2013, s. 899). Nejčastějšími typy výkonů na rektu prováděných u nás jsou lokální excize karcinomu rekta, vysoká či nízká přední resekce rekta, koloanální anastomóza - napojení kolon přímo na anus (Corman et al., 2013, s. 1025). Abdominoperineální amputace rekta dle Milese, tento typ výkonu obnáší trvalé odstranění rekta, anu a vzniká jizva na perineu, vždy tato operace končí vyvedením trvalé sigmoideostomie (Corman et al., 2013, s. 1026).

Další léčebnou možností dnešní doby je téměř neodmyslitelná adjuvantní terapie, která je indikována po resekcí nádoru na tračníku a při přítomnosti rizikových faktorů pro přítomnost mikrometastáz. Délka podávání typu této onkologické léčby závisí na fyzickém stavu a klinickém obrazu pacienta (Lipská et al., 2009, s. 129).

2 Stomie

2.1 Definice stomie

Z řeckého slova stoma, stomatos (otvor, ústí, ústa) vychází pojem stomie a to znamená vyvedení jakéhokoli dutého orgánu na povrch těla (Ferko, Šubrt, 2015, s. 266).

Jedná se o tracheostomii, což je vytvoření otvoru v průdušnici. Ezofagostomie je vyústění jícnu, dále gastrostomie, jež je vyústění žaludku přes stěnu břišní. Mezi další typy stomií, které jsou zakládány na močové traktu, se řadí nefrostomie, ureterostomie, epicystomie a v neposlední řadě urostomie (Zachová et al., 2010, s. 37).

V dnešní době jsou stomie zakládány obvykle z důvodu onemocnění střev či jiných nitrobřišních orgánů (Ferko, Šubrt, 2015, s. 266). Střevní stomie se dají dělit podle různých kritérií, která mohou platit pro kolostomie, ale i pro ileostomie. A to dle časového řazení, trvalé stomie a dočasné stomie. Trvalá stomie se zakládá tehdy, kdy není možno obnovit přirozenou kontinuitu odchodu stolice. Stomie dočasné jsou tvořeny na dobu, která je nezbytně nutná pro zhojení orgánové soustavy. Ovšem i dočasná stomie se může stát stomií trvalou a to v případě, kdy navrácení neumožní zdravotní stav pacienta nebo kdy on sám se rozhodne již další operaci nepodstupovat (Ferko, Šubrt, 2015, s. 266).

Dělení střevních stomií je dle způsobu konstrukce, a proto je rozlišujeme na stomie nástěnné, tzn., že se jedná o vyšití střeva ke stěně břišní. Dále stomie dvouhlavňové, které jsou tvořeny ze dvou konců. Jeden konec, tzv. orální, stolicí vylučuje a druhý konec, tzv. aborální, může vylučovat stolicí dál tračníkem. A posledním typem jsou jednohlavňové stomie neboli koncové - terminální, kdy je orální konec vyveden před stěnu břišní samostatně (Zachová et al., 2010, s. 15).

2.2 Kolostomie

Stomii na tlustém střevě dělíme dle místa vyvedení na caecostomii. Je umístěná v oblasti céka (slepé střevo), ale tento typ se dnes vyvádí výjimečně. Mezi další stomie v průběhu tlustého střeva řadíme ascendentostomii, lokalizovaná v oblasti vzestupného tračníku, dále transverzostomii, která je vyváděna na tračníku příčném, dalším typem je descendentostomie, která je vyvedena v oblasti sestupného tračníku a v neposlední řadě, nejčastější typ střevní stomie, kterým je sigmoidestomie, která je vyvedena v oblasti esovité kličky (Zachová et al., 2010, s. 33). Konzistence stolice, kterou odvádí kolostomie je většinou tužší, ale důležitými faktory jsou strava, tekutiny, léky a lokalizace stomie. Čím distálněji je střevní stomie umístěna

tím je stolice tužší. Ošetření tohoto typu stomie nebývá komplikované a nějak náročné. (Zachová et al., 2010, s. 34).

2.3 Ileostomie

Obecně je ileostomie označována jako stomie na tenkém střevě. Dělíme je na výživné, což znamená, že přes stomii je pacient živen enterální výživou. A na stomie derivační, které odvádí z těla stolici. Na tenkém střevě můžeme rozlišovat vývod na první části ilea a tím je duodeostomie, dále na části jejuny, ta se nazývá jejunostomií a na koncové části tenkého střeva se vyvádí ileostomie. Střevní obsah, který je odváděn stomií provedenou na tenkém střevě, je v mnohanásobně větším množství než u kolostomie. Dále je charakterizován větší ztrátou tekutin, což pro pacienta bývá náročné zejména v pooperačním období. Je zde nutnost dbát na dostatečný příjem tekutin, aby pacient nebyl dehydratovaný a neztrácel minerály a živiny. Tento stav se postupně upravuje s navyšovaným perorálním příjmem a osvojováním si nových stravovacích návyků. Tento obsah je agresivní vůči okolní kůži a proto si ošetřování stomie tohoto typu vyžaduje větší náročnost (Zachová et al., 2010, s. 35).

3 Vznik ambulance pro kolorektální chirurgii

3.1 Proces vzniku Ambulance pro kolorektální chirurgii

Dnešní doba, která se vyvíjí směrem kupředu, klade důraz na vzdělávání a zlepšování kvality péče o pacienty. Proto byl v roce 2015 spuštěn projekt s názvem „*Systém vzdělávání pro sestry pečující o pacienty s kolorektálním karcinomem*“ (NCONZO, 2018). Tento projekt byl zahájen v Nemocnici Královské Vinohrady s 3. Lékařskou fakultou Univerzity Karlovi se spoluúčastí s Národním centrem ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. Byl financován z Evropského sociálního fondu prostřednictvím Operačního programu Lidské zdroje a zaměstnanost a státní rozpočet ČR. V té době byly osloveny hlavní sestry krajských či fakultních nemocnic všech krajů ČR a byly vybrány sestry, které měly absolvovaný kurz s názvem „Ošetřování stomií na trávicím a močovém traktu“, který je též certifikovaným a akreditovaným MZCR (NCONZO, 2018), jehož obsahem je:

- získat teoretické znalosti a praktické dovednosti v komplexní péči o nemocné s ileostomií, kolostomií a urostomií,
- získat teoretické znalosti a praktické dovednosti v komplexní péči,
- péče o nemocné s komplikovanou ileostomií, kolostomií a urostomií,
- vést samostatně stomickou ambulanci (MZCR, 2018).

Dále tyto sestry musely splňovat pětiletou praxi v oboru se stomickými pacienty (NCONZO, 2018). Součástí tohoto projektu byla část teoretická a část praktická. Výstupem kurzu bylo vypracování závěrečné práce.

Hlavní náplní projektu bylo vnést na území ČR ideu toho, jak funguje péče o pacienty s KRK v jiných západních zemích. To, že je sestra zapojována do multioborové práce mezi ostatní medicínské odbornosti. Hlavní myšlenkou bylo sjednotit péči o pacienty s KRK, tak aby měli komplexní péči od prvopočátku. Náplní tohoto kurzu byla účast na operačních sálech, kde byla sestrám přiblížena reálná anatomie, opět tak, aby poté sestra mohla s jistotou a přesností s pacientem hovořit o způsobu operace. Jakákoli léčba vyžaduje určitý postup a harmonogram. Právě sestra se zvláštní odbornou způsobilostí se měla stát tou, která bude koordinovat celý pacientův harmonogram ve spolupráci s lékaři. Má být zasvěcena do spolupráce s lékaři a přijata jako jedna z nich, proto také byla lékaři začleněna do multioborového semináře, kde se řeší postup léčby s jinými lékařskými odbornostmi. Mezi další náplň sestry patří zajištění přípravy pacienta od samého začátku léčby a společně s lékaři

plánovat co nejkomfortnější a navazující plán péče. Víme, že sdělením diagnózy se pacientovi mění život a jeho potřeby, tudíž je nezbytně nutné to, aby mu byla poskytnuta podpora v průběhu celé jeho léčby. Sestra je profesionál, který bývá nejcennějším zdrojem informací pro pacienta, který onemocní KRK a provází ho jeho novou životní etapou. Typ tohoto onemocnění s sebou nese určitá rizika, tak jako jakékoli jiné onemocnění. Rizikem v tomto případě je myšleno vytvoření umělého vývodu, nebo-li stomie. Tato sestra naučí svého pacienta jak žít po operaci ať už s vývodem či bez něj. Celkově hovoříme o množství typů operací, které s sebou přinášejí určitá režimová opatření. Do procesu léčby je po souhlasu pacienta zapojena i jeho rodina, a to z důvodu nově vzniklé životní situace, která mění některé aspekty, které mohou mít vliv nejen na jeho budoucí život. Této problematice bude věnován prostor v další kapitole.

Tento pilotní program úspěšně absolvovaly všechny zúčastněné sestry na podzim v roce 2015. Bylo jen na každé z nich, zda půjde za svými cíli a tento projekt se stane realitou. Až v roce 2017 došlo k akreditaci MZCR tohoto pilotního programu s oficiálním názvem „Specifická ošetrovatelská péče u pacientů s kolorektálním karcinomem“ dle § 45 odst. 1 písm. c) zákona č. 96/2004 Sb. Již absolvovaným sestrám byl pilotní projekt započten jako dříve absolvované studium dle § 61 odst. 5) zákona č.96/2004. (MZCR, 2018)

Absolvent tohoto certifikovaného kurzu získá zvláštní odbornou způsobilost pro následující činnosti:

- provádět analýzu a interpretaci testů a vyšetření užívaných v diagnostice a léčbě KRK,
- následnou monitoraci a monitoraci pozdních efektů léčby,
- monitorovat specifické činnosti v souvislosti s nádorovým onemocněním, léčbou a dispenzarizací pacientů s KRK,
- stanovit plán ošetrovatelské péče,
- poskytovat poradenské činnosti v ošetrovatelské péči pacientům s KRK a jejich blízkým ve zdravotnickém i jeho vlastním prostředí,
- edukovat pacienta a jeho blízké v souvislosti s KRK (MZCR, 2018).

Jako jediná nemocnice v ČR, která tento projekt uvedla do praxe, byla nemocnice krajského typu. S pomocí primáře chirurgického oddělení, s vrchní sestrou a hlavní sestrou nemocnice. Následně po dokončení kurzu, v listopadu roku 2015 se otevřela ambulance kolorektální chirurgie. S návrhem vedení kliniky byl zaveden název pro sestru s odbornou způsobilostí, jako

pojem sestra specialista, i když to není v souladu s terminologií platné legislativy. Pojem sestra specialista je v této práci dále používán.

Centralizací péče o pacienty s chirurgickým onemocněním kolorekta bylo dosaženo nejenom založením specializované poradny, ale zejména také činnosti specializované sestry, která se věnuje pouze pacientům s KRK.

Pracovní náplní sestry specialistky jsou tyto výkony:

- sestra pacienty doprovází během celé léčby na chirurgickém oddělení
- je přítomna u indikace k výkonu,
- konzultace s pacientem a případně jeho rodinou,
- účastní se práce na multioborovém indikačním semináři
- pečuje spolu s dalším personálem o pacienta během hospitalizace a pooperačního období,
- provádí nácvik péče o stomii,
- dále se účastní na sledování pacienta při dispenzarizaci,
- provádí cvičení pánevního dna,
- podílí se na retrospektivní statistice,
- vede agendu a protokoly o pacienty s KRK (pravidelné zápisy do dokumentace,...).

4 EDUKACE PACIENTA S KRK S OHLEDEM NA RIZIKO ZALOŽENÍ STOMIE VE 3 FÁZÍCH

Základní prioritou poskytování komplexní ošetrovatelské péče je aktivita sester směřující na uspokojování potřeb pacienta (Zachová et al., 2010, s. 138). Zdravotnický personál má za úkol i mimo jiné cíleně vést edukaci. Za důležité se pokládá pacienta přimět k pozitivnímu myšlení, pomoci mu pochopit závažnost jeho onemocnění a naučit ho žít s určitým či minimálním omezením (Sestra, 2009, s. 44-45). Každá ošetrovatelská péče a její období mají svá specifika, na která je potřeba brát zřetel (Janíková et al., 2013, s. 26). Časná diagnóza je klíčem k úspěšné léčbě (Vorlíček et al., 2012, s. 280). Se sdělením diagnózy se pacient setkává prvně v ordinaci lékaře s určitou odborností. Může se jednat o chirurga, gastroenterologa či onkologa. Většinou pacientů je proveden jako první chirurgický výkon, který spočívá v resekci, nebo-li odstranění části střeva či konečníku, zastižených nádorem s příslušnými lymatickými uzlinami. Některé případy je možné řešit okamžitým napojením dvou konců střeva, ale někdy to možné není a v těchto případech se zakládá buď dočasný či trvalý střešní vývod, tj. stomie (Vorlíček et al., 2012, s. 281).

4.1 Předhospitalizační fáze

V této první fázi je za potřebí pacienta a případně jeho rodinu dostatečně informovat o všech možných případech. Právě proto je pacient s touto diagnózou vždy zván do ambulance kolorektální chirurgie, kde je seznámen se svým onemocněním, s typem operace, s orientační délkou hospitalizace a s následnou rekonvalescencí. V těchto prostorách je přítomen lékař chirurg a sestra specialista, kteří jsou jemu a jeho rodině představeni. Od sestry dostává veškerý dostupný materiál, který je v tištěné podobě. V případě vysokého rizika založení stomie dostává také edukační balíček, který obsahuje základní informace o ošetrování stomie. V tomto případě je na pacienta a jeho rodinu kladen důraz, že je možné přijít a společně se sestrou nalepit zkušební sáček a seznámit ho s dostupným sortimentem. V neposlední řadě je pacientovi předán kontakt na sestru a je mu nabídnuta možnost konzultací telefonických, emailových a dále také možnost osobní schůzky.

V této fázi může lékař naplánovat ještě další vyšetření. Již zde sestra specialista sehrává důležitou roli, na ni závisí to, aby zorganizovala co nejbližší termíny a nachystala je k prezentaci lékaři či na multioborový seminář. Po proběhlých konzultacích a případně po proběhlých vyšetřeních je pacient indikován k operaci. Výjimkou bývá předoperační radioterapie, která je obvykle doporučována pro většinu pacientů, kteří mají karcinom rekta (Lipská et al., 2009,

s. 132). V případě předoperační onkologické léčby má pacient možnost nadále využívat konzultací. Tento postup se určí na multioborovém semináři, dle kritérií doporučených světových postupů (Anderson et al., 2011, s. 44). Na sestře je to, aby pacienta zkontaktovala a předala mu informace o dalším postupu, který byl určen na zmiňovaném semináři. Po absolvování této fáze se pacient plynule přesouvá do hospitalizační fáze.

4.2 Hospitalizační fáze

Úloha sestry u onkologických pacientů na specializovaných odděleních je nesmírně důležitá (Vorlíček et al., 2012, s. 85). Ta začíná nástupem na chirurgické oddělení k operaci. Sestra specialista pacienta navštíví hned první den. Srozumitelně mu vysvětlí předoperační přípravu, která je specifická pro každého pacienta. Jedná se obzvláště o přípravu zažívacího traktu, která se rozlišuje různě dle konkrétního nálezu na tračníku (Janíková, Zeleníková, 2013, s. 169). Další specifickou přípravou bývá zakreslení vhodného místa pro případné založení stomie. Nicméně jedná se o orientační místo a záleží především na operačním nálezu, rozsahu operace a také na anatomických poměrech v dutině břišní (Drlíková et al., 2015, s. 50). Další plánovaná návštěva pacienta je ráno v den operace, zkontroluje jeho psychický stav a snaží se ho podpořit či případně zodpovědět jeho otázky. Po proběhlé operaci, která byla bez komplikací je pacient planovaně umístěn na lůžko jednotky intenzivní péče nebo na lůžko intermediární péče.

Obvykle pacienta sestra specialista navštíví hned první den po operaci a začíná prvotní seznámení s režimovým opatřením, rámcově mu sdělí krátkodobý plán jejich vzájemné spolupráce a začne s edukací. Typ edukace se odvíjí od typu operace. Závisí, zda se pacient stal stomikem či nikoli. Dále na tom, zda chce či nechce zapojit rodinu do péče. Tímto způsobem sestra specialista navštěvuje pacienty se stomií obvykle 2-3x denně a po prostých resekcích 1-2x denně. Vždy pacientům předá edukační materiál v tištěné podobě (viz příloha B, s. 60). Standardně jsou řešena režimová opatření stran fyzické zátěže a dietního omezení. V případě, že se pacient stal stomikem je pooperační doba spojena s akceptací sebe samého a s problematikou přijetí okolí (Janíková, Zeleníková, 2013, s. 175). Některé typy operací si vyžadují následnou ambulantní rehabilitaci pánevního dna se zaměřením na posílení análních svěračů a neoampuly. Postupně mu sděluje další plány ošetrovatelské péče, které mají dlouhodobý charakter.

4.3 Pohospitalizační fáze

Po propuštění se pacient dostává do fáze pohospitalizační, která se dá nazvat dlouhodobou a nikdy nevíme, kdy pacientovi skončí. Pojem uzdravení se dá nazvat velmi relativním, rozumí

se tím normální průběh jeho dalšího života obvykle až do přirozeného konce, avšak pro maligní choroby je tato definice nepoužitelná. Počty recidiv se s přibývajícím časem od proběhlé léčby zmenšují, ale nezmizí (Vorlíček et al., 2012, s. 77). Tak jako předešlé fáze měly svá specifika, tak i v této se setkáváme s různými nepodkročitelnými postupy, které závisí především na světových doporučených postupech (Anderson et al., 2011, s. 47). V neposlední řadě závisí i na histopatologickém výsledku, který posoudí onkolog a s ohledem na jeho výsledky si určí, zda bude muset pacient podstoupit nějaký typ onkologické léčby (Klener, Klener, 2010, s. 7). Dá se mluvit o tom, že u 75% pacientů s KRK se podaří radikální chirurgický výkon, nicméně úkolem onkologické léčby je zničit latentní nádorovou populaci, dříve než vzniknou manifestní metastázy (Holubec et al., 2004, s. 149).

Hovoříme v této fázi o dispenzarizaci, nebo-li o pravidelných kontrolách, jejichž cílem je sledování celkového stavu a případné léčby chronických onemocnění souvisejících se základním nádorovým onemocněním. Součástí těchto vyšetření jsou pravidelná laboratorní vyšetření, dále zobrazovací metody a v neposlední řadě klinické vyšetření lékařem (Vorlíček et al., 2012, s. 285). I v tomto období sestra specialista sehrává velmi důležitou roli tím, že zajišťuje plynulý chod a frekvenci návštěv v ambulanci kolorektální chirurgie. Jejím dalším úkolem je předkládat výsledky proběhlých vyšetření příslušnému lékaři. Je neustálou oporou pacientovi se kterým je v pravidelném kontaktu. Samozřejmostí je nabídnutí možnosti konzultací mimo pravidelné návštěvy. Opět závisí na proběhlém typu operace u jednotlivých pacientů.

Další náplní sestry v této části je zajistit účinnou rehabilitaci pánevního dna u pacientů s nízkými resekcemi rekta. Snahou sestry je, aby všichni její pacienti byli co nejvíce v rámci možností spokojeni a soběstační v péči o sebe samotné. Australská studie, která byla zaměřena na roli CNC (Klinická certifikovaná sestra), publikuje závěr, že role CNC, je klíčem ke zlepšení stavů pacientů tím, že pomáhá nejen pacientovi, ale i jeho rodinným příslušníkům řídit složité systémy a procesy spojené s celým obdobím léčby (Monterosso, 2016, s. 25).

5 VLIV ONKOLOGICKÉHO ONEMOCNĚNÍ NA PSYCHIKU

Zhoubná nádorová onemocnění se vyznačují závažným celospolečenským problémem z biopsychosociálního hlediska (Klener, Klener, 2010, s. 3). Chronická nemoc je obvykle prožívána velmi individuálně a rozdílně jako určitá komplikace nebo závažný životní problém, který se týká osobní či rodinné krize (Gillernová et al., 2011, s. 37). Pro mnohé z nás je nepřítel osudu nevyhnutelná, proto výzkumníci odhadují, že 75% všech lidí v životě prožije nějaký typ traumatu, může se jednat o ztrátu blízkého člověka, šokující nehodu či nějakou katastrofu a v neposlední řadě diagnózu nemoci (Stephen, 2017, s. 39). Nevyléčitelná či dlouhodobá nemoc má tendenci rozbít dosavadní způsob života člověka, staví ho tak před nové problémy a klade tak zvýšené nároky na jeho adaptaci, nutí ho totiž přizpůsobit se zvláštním a neočekávaným podmínkám (Mandincová, 2011, s. 17). V souvislosti s probíhající nemocí pacient prožívá strach, úzkost, smutek až agresi (Vágnerová, 2008, s. 57). Pacienti, u nichž bylo diagnostikováno závažné nebo nevyléčitelné onkologické onemocnění obvykle procházejí fázemi, které stanovila americká psycholožka Elisabeth Kübler-Rossová. Fáze:

- **Šok a popření** – tato fáze je provázena silnou emoční reakcí na sdělení nové skutečnosti a může se projevat pláčem, či neklidem. Často pacienti hledají nějaké vysvětlení, nehodlají se smířit s danou situací a ptají se, zda nemohlo dojít k omylu,
- **Agrese** – pacienti se snaží hledat odpovědi na otázky a svou zlost mají tendenci obracet proti zdravým lidem. Se zdravotnickými pracovníky přestávají spolupracovat, mnohdy i komunikovat a stále si na něco stěžují. Časté otázky nemocným pacientů zní: „Proč zrovna já? Čí je to chyba?“,
- **Smlouvání** – v této fázi se pacienti obracejí k Bohu. Hledají zázračné léky a vyhledávají léčitelé. Často od nich slycháváme slova: „Chtěl bych své děti vidět vyrůstat“,
- **Deprese** – je to jedna z nejtěžších fází, ve které pacienti upadnou do smutku, strachu a beznaděje. Ztrácejí zájem a jsou často velmi neklidní,
- **Smíření** – pacienti k této fázi přistupují již s rozumem a uvolněním a jsou schopni dobře spolupracovat při léčbě. Pozor však na rezignaci, kdy pacient může ztratit naději, co měl. (Slezáková et al., 2007, s. 129).

Reakce mohou být různé, změna je nejvíce patrná u člověka, který nikdy vážně nestonal (Drlíková et al., 2015, s. 59). Změna zdraví a nemoci je výrazná tak, že ji můžeme považovat za kritickou zátěžovou situaci (Zachová, et al., 2010, s. 115). Člověk se musí vyrovnat se sebou samým, ale také se svým okolím. Proto úkolem každého pacienta je projít cestu plnou překážek

a úkolů, které se týkají smířování, akceptace a adaptace na úplně nové podmínky v jeho životě (Zachová et al., 2010, s. 116).

Náročnost tohoto onemocnění spolu s emočním stresem, které chronické onemocnění s sebou obvykle přináší, může znamenat to, že pacient může být silně ohrožen depresí. Proto u chronických nemocí obvykle nespočívá důraz na léčení nemoci, ale zejména na zlepšování kvality života. Ovšem velmi často stojí proti sobě účinky léčby, které mohou mít vliv na kvalitu života a tím ji snižovat (Ayers, Visser, 2015, s. 125-127). Udává se, že neexistuje a ani nemůže existovat univerzální návod, který by platil proto, jak nepříznivé informace sdělovat, proto se vždy a za všech okolností musí jednat o vysoce individuální přístup k pacientovi (Opatrná, 2008, s. 108).

5.1 Role sestry jako psychické podpory

S vývojem dnešní civilizace začaly vstupovat do dnešní společnosti specializace různých druhů (Klímová, Fialová, 2015, s. 201). Povolání zdravotní sestry je z pohledu mezilidské komunikace bráno jako jedno z nejnáročnějších. Sestra by měla najít rovnováhu mezi empatií a šetrnou komunikací s pacientem (Dostálová, 2016, s. 11). Empatie je emocí s výrazným sociálním zaměřením, jedná se o lidskou charakteristiku, která se nachází v samém jádru lidství a ukazuje nám co vlastně znamená být člověkem mezi lidmi (Křivohlavý, 2004, s. 160). Sestra by měla po celou dobu pacientovi poskytovat účinnou a odpovídající péči, která je bezpečná (Vorlíček et al., 2012, s. 85).

Péče o pacienty, kteří onemocní život ohrožující nemocí, může být pro sestru obohacením jejího vlastního života, ale zejména zdrojem psychického utrpení, morální tísně a toto všechno může být spojené s pocitem sestry, že nedokáže uspokojit všechny potřeby vážně nemocného pacienta (Heřmanová et al., 2012, s. 165). Je pravděpodobné, že úspěch léčby bude ovlivňovat motivaci pacienta léčit se a spolupracovat se zdravotními pracovníky (Dostálová, 2016, s. 13). Sestra má nezastupitelné místo v tom, že si vytváří s pacientem vztah, který mu pomáhá zvládat jeho onemocnění (Dostálová, 2016, s. 59).

Každý člověk, který se stane pacientem, rázem začne pohlížet byt' už na život jako celek jiným pohledem a jeho potřeby se začnou vlivem okolností měnit a zdravotníci by mu měli být oporou. Zaujímají důležitou roli v jeho životní etapě, která ho potkala. Proto by tuto roli měli co nejlépe uchopit a být mu nápomocni v tak těžké životní situaci. Paradigma, které je postupně zaváděno v USA, se zmiňuje o novém vzniku partnerského vztahu s pacientem, v němž pacient a zdravotník činí rozhodnutí o zdravotní péči společně (Dostálová, 2016, s. 20). Mezi základní

dovednosti považujeme profesionální laskavost, kterou můžeme uplatnit téměř za všech okolností (Ptáček et al., 2011, s. 363).

Vzájemné porozumění celého týmu by mělo vést ke zvýšení efektivity terapie a kvality života onkologických pacientů (Asbjorn et al., 2010, s. 182). První dojem by neměl být rozhodující, ale mnohdy může bystrého a zkušeného pozorovatele upozornit na leccos (Dostálová, 2016, s. 49). Tím, že vzniká vztahová profesionální vazba mezi pacientem a sestrou, se buduje hlubší důvěra. Zároveň se očekává od nemocného aktivita, spoluúčast na léčbě, aktivní zájem a v neposlední řadě motivace (Gillernová et al., 2011, s. 38). Právě motivací by mu měla být sestra, ve které nachází nejenom on, ale i jeho rodina tu neopomíjitelnou oporu.

Příznivý vliv na emoční oblast pacienta má právě sestra, která se vždy snaží říci v pravý čas ta vhodná slova, která pacienta povzbudí (Dostálová, 2016, s. 63). Každý zdravotnický pracovník, zejména sestra, se kterou navázal pravidelný kontakt, při dobré vůli pacientovi hodně pomáhá svým citlivým a lidským přístupem (Dostálová, 2016, s. 64). Nejen v USA, ale i u nás mají tyto vztahy terapeutický význam. Po navázání tohoto vztahu dochází k navozování a posilování kladných emocí, které vzbuzují pocity radosti. Typ takového vztahu umožňuje vzbuzování dalších kladných emocí a tím je především vzbuzení důvěry.

Člověk potřebuje někomu věřit a to z důvodu, že důvěra umožňuje ovlivnit u pacienta žádoucí změny. Prvním místem je vzbuzení a udržování naděje. Tento stav vzniká díky představě budoucího uspokojení. Čím větší naděje náš pacient má, tím samozřejmě lépe zvládá svůj současný stav (Dostálová, 2016, s. 65-66). Dobré je to, když je člověk schopen mluvit o tom, jak se cítí, pokud existuje někdo, kdo je ochoten a sám schopen mu naslouchat a poskytnout především podporu (Stephen, 2017, s. 214).

Zároveň neméně důležitým úkolem sestry je zajistit plynulý průběh léčby pacientů, kteří jsou centralizováni v ambulanci tohoto typu. Sestra specialista má pacienta s onemocněním kolorektálního karcinomu provázet, informovat a edukovat ho téměř ve všech oblastech jeho života. Být mu oporou a zároveň má poukázat na to, že komunikace a důvěra mezi pacientem a sestrou je nedílnou součástí celého ošetrovatelského procesu spojeného s typem tohoto onemocnění.

II. VÝZKUMNÁ ČÁST

6 Výzkumné otázky:

1. Kolik pacientů s dg. KRK mělo založenou stomii a u jakého počtu se vyskytly komplikace?
2. Jaké jsou činnosti sestry v ambulanci kolorektální chirurgie?
3. Jaký význam má role sestry v ambulanci kolorektální chirurgie?
4. Jaký přínos má sestra specialista pro lékařský a ošetrovatelský personál?
5. Jaký přínos má ambulance kolorektální chirurgie pro pacienty s KRK?

7 Metodologie průzkumného šetření

Možné odpovědi na výzkumné otázky byly zjišťovány pomocí kvalitativního výzkumu, což je forma výzkumu, během něž zjišťujeme, jak určitým způsobem daná skupina pohlíží a chápe problematiku, která je daná a v neposlední řadě odhaluje spojení a závislosti, které jsou mezi osobami v této skupině. Typ tohoto výzkumu umožňuje zkoumat osoby v jejich přirozeném prostředí a vyznačuje se holistickým přístupem. Získané údaje pak mají charakter textu (Kutnohorská, 2009, s. 22-23). Hendl (2016, s. 45) uvádí, že nelze definovat jeden uznávaný obecně platný postup jak určit nebo vymežit kvalitativní výzkum. Dále uvádí, že výzkumníci, kteří se zabývají kvalitativním výzkumem se zaměřují zejména na malé sociální skupiny. Kvalitativní výzkum využívá různé formy metod, jako jsou hloubkové, induktivní a nejrůznější formy rozhovorů. Tento typ výzkumu probíhá často v podmínkách, které jsou součástí přirozeného sociálního prostředí a plán výzkumu má pružný charakter (Hendl, 2016, s. 58-59).

Jako technika sběru dat byl zvolen dotazník s otevřenými otázkami, neboť pro zpracování tématu se toto vyjádření jeví jako nevhodnější. Tento typ výzkumu patří mezi metody kvalitativního výzkumu a výsledkem jsou napsané odpovědi oslovených respondentů (Hendl, 2016, s. 190). Tato metoda umožňuje volné vyjádření respondenta s tím, že může přidat další svoje subjektivní vyjádření (Kutnohorská, 2009, s. 22). K dosažení odpovědi na výzkumnou otázku č. 1, bylo použito retrospektivní statistické šetření pomocí informačního systému dané chirurgické kliniky za období posledních čtyř let. Získání těchto dat má objasnit celkové počty pacientů s KRK a počty pacientů s nově založenou střevní stomií a porovnat vzniklé komplikace s touto problematikou. K těmto datům mi byl umožněn přístup z důvodu toho, že jsem zaměstnancem pracoviště, chirurgické kliniky, které bylo zahrnuto do výzkumného šetření.

Organizace výzkumu

Výzkumnému šetření předcházelo vytvoření dotazníku, který byl zaměřen na 5 základních oblastí (viz příloha A, s. 59). Oblasti byly stanoveny na základě dosažené praxe a teoretické rešerže. S primářem chirurgické kliniky, potažmo vedoucím lékařem kolorektální ambulance, byl získán souhlas se zpracováním dat. Toto schválení muselo být uděleno i vedením nemocnice. Do tohoto výzkumného šetření byli zapojeni kolegové lékařského i nelékařského zdravotního personálu. Dotazník s otevřenou odpovědí obsahuje celkem 5 oblastí určené pro kolegy z řad lékařů a sester. Je seskupen do 5 logických prvků a jeho výstupem je charakteristika dvou oblastí, které jsou zaměřeny na vývoj ambulance kolorektální chirurgie a pozici sestry specialistky. Dotazník obsahuje otázku, která je zaměřena na vývoj péče

v postupech o pacienty s KRK v časovém sledu (otázka č. 1) a otázky zabývající se přínosem pro pacienta a personál z jejich osobního pohledu (otázka č. 2, 3, 4, 5). Úvodem dotazníku bylo seznámení respondentů s důvodem dotazníkového šetření a způsobem, jak bude s výsledky šetření naloženo a poděkování za ochotu a čas strávený vyplňováním a odevzdáváním dotazníku.

Charakteristika výzkumného pracoviště

Výzkum byl prováděn v nemocnici krajského typu na chirurgické klinice, kde je ročně prováděno 150-170 primárních operací pro KRK a 30-40 operací na kolorektu či tenkém střevě pro benigní diagnózy. Z tohoto součtu činí počet stomických pacientů kolem 60-80. Tyto celkové počty se každým rokem zvyšují a to nejen z důvodu spádovosti dalších 4 nemocnic, ale také z důvodu vysoké úrovně, kterou nastavil svou primář celé chirurgické kliniky. Se zvyšujícím se počtem pacientů s KRK, jejich potřeb a požadavků personálu byl realizován pilotní projekt, který v praxi znamenal otevření ambulance kolorektální chirurgie.

Charakteristika výzkumného vzorku

Výzkum byl prováděn ve spolupráci se čtyřmi lékaři a čtyřmi všeobecnými sestrami a jednou praktickou sestrou, kteří přijdou do přímé péče o pacienta, který byl indikován z onkochirurgického semináře nebo je dispenzarizován v ambulanci kolorektální chirurgie. Pět těchto sester pracuje na lůžkovém standardním oddělení již více než 8 let. Všichni čtyři lékaři pracují na chirurgické klinice více než čtyři roky a všichni z nich jsou začleněni do práce v ambulanci kolorektální chirurgie, potažmo do spolupráce se sestrou se zvláštní odbornou způsobilostí. Tito respondenti jsou provázáni v péči o pacienty s typem tohoto onemocnění jak v ambulantní, tak lůžkové péči. Hlavním společným specifikem této skupiny bylo to, aby mohli všichni dotazovaní posoudit a popsat dobu, kdy tato ambulance ještě nefungovala společně s pozicí sestry specialistky a nyní, kdy je tato činnost zaběhlá více než dva roky.

Realizace průzkumu

Na začátku měsíce ledna 2018 byly výše zmíněnému počtu kolegů rozdány dotazníky s otevřenými otázkami. Každého jsem jednotlivě a diskrétně požádala o jejich volný názor, který měli popsat, ať už formou elektronickou, či ručně psanou. Další podmínkou bylo to, že si každý z kolegů mohl dotazník vzít domů a dle jeho vlastních uvážení mohl v soukromí a v klidu napsat svůj svobodný názor na fungování této poradny před dobou, kdy ještě neexistovala a nyní. Požádala jsem je o navrácení zpět během jednoho měsíce a ujistila je, že jejich vyjádření bude anonymní. Dotazníky byly vhozeny do zalepené krabice umístěné na dobře přístupném

a respondentům viditelném místě na pultu sesterny. Výzkum probíhal od ledna 2018 do února 2018. Během tohoto období bylo rozdáno 9 (100 %) dotazníků v 100% návratnosti, neboť všichni dotazovaní respondenti byli ochotni spolupráce. V případě jakýchkoli nesrovnalostí jim byla poskytnuta možnost jakékoli zpětné vazby.

Pilotní šetření

Z důvodu dodržení logické správnosti uvedených otázek bylo provedeno pilotní šetření. Pilotáž byla provedena se zaměstnanci chirurgické kliniky, kteří splňovali podmínky pro zařazení do výzkumu. Zkušební dotazník byl vyplněn 2 lékaři a 2 sestrami. Po vyplnění dotazníku nebyl vznesen žádný dotaz ohledně srozumitelnosti daných otázek, tudíž byly dotazníky zahrnuty do sběru dat a dále pak distribuovány ostatním zaměstnancům. V průběhu pilotního šetření nebylo třeba dalších úprav. Dotazníky, které byly vyplněny během pilotního šetření, jsou zahrnuty v celkových výsledcích.

Způsob vyhodnocení dat

Dotazníky s otevřenými otázkami se mi vrátily zpět začátkem měsíce února 2018. K dotazníku, který respondenti dostali, byly přiloženy záznamy, některé z nich byly psány ručně, některé počítačovou formou. Záleželo na tom, co kterému respondentovi vyhovovalo. Pro zpracování a organizaci kvalitativních dat se můžeme rozhodnout mezi různými prostředky, jako je ruční analýza, textový editor, volně přístupný text či další dražší speciální formy (Hendl, 2016, s. 405).

Vzhledem k počtu zvolených respondentů jsem se rozhodla pro ruční analýzu. Hendl (2016, s. 405) píše: „*V mnoha případech je tento způsob dostatečný a účinný zejména tam, kde není velké množství dat. Dále v tomto typu analýzy a zpracování dat se používají různobarevné propisovačky, tužky pro označení rozsahu textu.*“ Dále dle doporučení Hendla (Hendl, s. 405) jsem si všechny dotazníky okopírovala a používala již výše zmíněné barevné tužky a nůžky. Vytvořila jsem si velký arch, který byl rozdělen do devíti oken, každé z těch oken bylo označeno respondentem 1-9 a přepisovala jsem ručně shodující se výroky respondentů. Dále jsem stříhala a lepila do přidělených oken samostatné vyjádření, když nedocházelo ke shodě. Za použití barevných tužek jsem označovala odpovědi na výzkumné otázky. Hendl (2016, s. 405) ve své knize píše: „*Vytvořené formuláře mohou obsahovat kategorizované odpovědi a prostor pro napsání klíčových citací k různým tématům.*“

Každý respondent dostal označení „Respondent 1-9“ za účelem anonymity. K přepsání dat z vytvořeného archu byl použit program Microsoft Word. Výsledky každého respondenta jsou

podrobně popsány kvalitativní formou. Získaná data byla následně zpracována pomocí předdefinovaných grafických objektů, jedná se o tzv. SmartArty, které umožňují vizuální prezentaci myšlenek a informací. Díky těmto obrázkům lze hodnotněji ukázat vypovídající informace v porovnání s formou psaného textu. Pro zpracování tabulek č. 2-5 byl použit program Microsoft Office Word 2013.

8 PREZENTACE VÝSLEDKŮ

Přehled respondentů zdravotnického týmu

Respondenti 1-9	Věk	Pohlaví	Počet let praxe na chirurgické klinice
Respondent č. 1	48	muž	23
Respondent č. 2	38	muž	13
Respondent č. 3	33	muž	6
Respondent č. 4	30	muž	5
Respondent č. 5	46	žena	27
Respondent č. 6	43	žena	12
Respondent č. 7	29	žena	10
Respondent č. 8	32	žena	9
Respondent č. 9	25	žena	5

Tabulka 1 Tabulka respondentů

Ve výše uvedené tabulce jsou anonymně znázorněny respondenti, kteří tvoří zdravotnický tým starající se o pacienty s KRK, v součinnosti ambulance i lůžkové části.

Přehled retrospektivní statistiky

V níže uvedených tabulkách, které byly zpracovány na základě zjištěných výsledků retrospektivním sběrem dat z databáze chirurgického oddělení, je vidět, že výskyt tohoto karcinomu stoupá. Dále je z těchto dat patrný snížený výskyt komplikací u pacientů, kterým byla založena stomie. Charakter komplikací byl vždy v oblasti peristomální oblasti či samotné stomie (retrakce, dermatitida, dehiscence a jiné). Z pohledu sestry se můžeme domnívat, že na snížení počtu komplikací se podílí pravidelné zakreslení místa stomie. Dále v těchto tabulkách je znázorněn větší výskyt KRK u mužského pohlaví v porovnání se ženami.

KRK 2017				
stomie	muž	žena	celkem	komplikace
ano	34	27	61	0
ne	86	56	142	0
celkem	120	83	203	0

Tabulka 2 Statistika KRK 2017

KRK 2016				
stomie	muž	žena	celkem	komplikace
ano	38	20	58	2
ne	82	48	130	0
celkem	120	68	188	2

Tabulka 3 Statistika KRK 2016

KRK 2015				
stomie	muž	žena	celkem	komplikace
ano	37	17	56	3
ne	67	37	104	0
celkem	106	54	160	3

Tabulka 4 Statistika KRK 2015

KRK 2014				
stomie	muž	žena	celkem	komplikace
ano	34	21	55	6
ne	65	46	111	0
celkem	99	67	166	6

Tabulka 5 Statistika KRK 2014

Otázka č. 1 - Vnímáte nějaký přínos před vznikem ambulance a pozice sestry specialistky s dobou nyní?

Doba před vznikem ambulance	Doba současná s fungováním ambulance a sestry specialistky
<ul style="list-style-type: none">• decentralizace pacientů• indikace k léčbě z několika míst• nebyla kontinuita péče o pacienty• prodloužení hospitalizace• nebyla 100% edukace• nekompletnost	<ul style="list-style-type: none">• centralizace všech pacientů s KRK• zkrácení doby hospitalizace• menší vytíženost ošetřujícího personálu v souvislosti s dg.KRK• indikace pacientů z jednoho místa• navazující kontinuita léčby• rehabilitace ve smyslu biofeedback• účast sestry specialistky na semináři• zvýšila se úroveň péče o pacienty s KRK

Obrázek 1 Rozdíly před vznikem ambulance a pozice sestry se současnou dobou

Na obrázku č. 1 jsou patrné rozdíly v péči o pacienty s KRK v porovnání s dobou, kdy ambulance a pozice sestry specialistky ještě neexistovala. Všech devět respondentů se shodovalo v tom, že nebyla centralizace pacientů s touto diagnózou, souvisela s tím nekomplexnost péče a odrážely se tyto aspekty v délce hospitalizace, která byla před založením ambulance delší. Navíc bez individuální péče sestry, která je jim nyní poskytnuta v co nejvyšší možné míře. Respondent č. 4 uvedl: „Dříve než tato poradna vznikla, existovala pouze poradna, která byla smíšená s gastroenterologií a fungovala pouze jeden den v týdnu a to pro samotnou kontinuitu a dostatečnou péči o jednotlivé pacienty, dle mého názoru nestačilo“. Kontinuita péče a následných kontrol je sledována a po indikaci lékařem organizována sestrou specialistkou. Respondent č. 1 píše: „Fungování poradny s prací sestry specialistky je nedílnou a nepostradatelnou součástí léčby pacientů s kolorektálním karcinomem a dalšími benigními onemocněními kolorekta a tenkého střeva“. Respondent č. 2 udává: „Díky poradně došlo po letech k centralizaci pacientů s KRK a tím pádem o jejich pravidelnou dispenzarizaci, tím nechci říct, že dříve docházelo k zanedbávání pacientů v rámci lege artis, ale možnosti moderní medicíny nebyly dostatečně využity.“

Otázka č. 2 - Vnímáte nějaký přínos pro pacienty v souvislosti se vznikem Ambulance kolorektální chirurgie?

Dopad pro sestru specialistku	Přínos pro pacienty se vznikem ambulance
<ul style="list-style-type: none">• větší množství pacientů• tendence pacientů zasahovat do soukromí nad rámec hranic	<ul style="list-style-type: none">• dispenzarizace• centralizace pacientů• zajištění chodu a informovanosti• větší informovanost pro pacienta a jeho rodinu• důvěra v již známou osobu• možnost konzultací• individualita pro každého pacienta• připravenost pacienta již před operací• kompletnost péče• zkrácení doby hospitalizace• větší zapojení rodiny do péče o svého blízkého

Obrázek 2 Přínos pro pacienty se vznikem ambulance

Na obrázku č. 2 můžeme vidět, že jednoznačně převažují pozitiva pro pacienty se vznikem Ambulance kolorektální chirurgie, zároveň se respondenti shodovali v negativním dopadu pro sestru, jimž bylo zaznamenáno přibývání většího množství pacientů, kteří mají tendenci zasahovat do soukromí sestry nad rámec stanovených osobních hranic. Jedná se o telefonáty v pozdních večerních hodinách a ve dnech volna. Respondent č. 5 napsal: „*Přibývání většího množství pacientů, kteří mají tendenci vyžadovat svůj osobní čas častěji.*“ Všechny devět respondentů uvádělo možnost osobních, telefonických či emailových konzultací. Tento způsob se jeví jako dobrý vodící znak k navázání vztahu sestra - pacient a tím i tak důležité důvěry. Respondenti uváděli důležitou individualitu, která je pacientům poskytnuta již v prvopočátku v ambulanci. Respondent č. 8 napsal: „*Výhodou je, že se sestřička nejen v ambulanci může každému věnovat individuálně a udělá si na něj čas.*“ Dalším společným aspektem pro dotazované respondenty bylo stěženi, že se pacienti mohou obracet na sestru v ambulanci po propuštění do domácího ošetření. Respondent č. 6 uvádí: „*Sestra ho neopouští ani po propuštění do domácího ošetřování. Pacient nadále navštěvuje kolorektální ambulanci a se stále stejnou sestřičkou řeší své problémy a situace, se kterými si neví doma rady. Myslím si, že pro daného člověka je úžasné, že se o něj od začátku stará jedna sestra, která zná velmi dobře jeho problematiku.*“

Otázka č. 3 - Vnímáte nějaký přínos pro Vás jako pro kolegy se vznikem Ambulance kolorektální chirurgie?

Dopad pro sestru specialistku	Přínos pro kolegy se vznikem ambulance
<ul style="list-style-type: none">• přibývání pacientů• přibývání práce pro jednu osobu	<ul style="list-style-type: none">• centralizace pacientů s KRK• zajištění chodu a agendy• spoluúčast na statistice• ambulance se stala nezbytnou součástí procesu léčby pacienta• zvýšila se úroveň péče• fungování poradny každý pracovní den• vzájemná komunikace

Obrázek 3 Přínos pro kolegy se vznikem ambulance

Na obrázku č. 3 je znázorněn názor kolegů na vznik ambulance ve smyslu přínosu pro ně samotné. Uvádějí shodně, že je zajištěn chod a agenda díky ambulanci a pozici sestry, která funguje všechny pracovní dny. Respondent č. 3 uvádí: „*Vzhledem k tomu, že naše sestra specialista je jedinou v současné dlouhodobé chvíli, nejen v naší nemocnici, která se stará o chod kolorektální ambulance, tak na jejích bedrech visí obrovské množství práce, kterou očividně zvládá perfektně, avšak se musím zmínit, že žádoucí je využívat moderní postupy v léčbě a dispenzarizace u těchto pacientů a proto by bylo žádoucí rozšířit personální stav sester specialistek v kolorektální chirurgii*“. Opět se zde můžeme setkat s negativním dopadem pro sestru, což téměř všichni respondenti zmiňovali ve všech oblastech a tím je přibývání většího množství pacientů pro jednu osobu. Respondent č. 1 udává: „*Do budoucna by bylo vhodné rozšířit stav sester specialistek z důvodu narůstajícího počtu pacientů*“. Respondent č. 2 píše: „*Poradna tohoto typu a pozice sestry specialistky je nezbytnou součástí péče o pacienty s KRK. Tímto komplexním přístupem a péčí o pacienty bylo dosaženo výborné odborné a ošetrovatelské péče, která zvyšuje úroveň a kredit našeho pracoviště*“. Výrok respondenta č. 4: „*Poradny by měly pacientům na straně jedné a lékařům a sestrám na straně druhé umožňovat co nejlépe rozpoznávat a řešit pacientovi strasti, které se dostávají před samotnou léčbou, během ní a po jejím ukončení. A my si musíme uvědomit, že do této poradny chodí čím dál častěji větší procento stomiků a tato léčba a návštěvy kolorektální ambulance nikdy nekončí*“.

Otázka č. 4 - Vnímáte nějaký přínos pro Vás jako pro kolegy se vznikem pozice sestry specialistky?

Dopad pro sestru specialistku	Přínos pro kolegy se vznikem pozice sestry specialisty
<ul style="list-style-type: none">• pro jednu osobu zvládnání přespříliš• více kolegyň specialistek• zvýšení kompetencí	<ul style="list-style-type: none">• přejímá část práce lékařů• mobilní telefon• nedílná součást při léčbě• spolupráce na statistickém sledování pacientů, výsledků léčby a incidence komplikací• seznámení o možnosti provedení stomie a jeho typu• asistence při přijetí• asistence při sdělování diagnózy• odlehčení práce kolektivu• organizace lékařem indikovaná vyšetření a kontrol• úspora času• komunikace

Obrázek 4 Přínos pro kolegy se vznikem pozice sestry specialistky

Na obrázku č. 4 se respondenti shodují s pozitivním přínosem sestry specialistky vůči jejich práci. Respondent č. 1 píše „*Přejímá část práce za nás lékaře*“. Byly zde zmíněny i negativa, která mají dopad pro sestru specialistku, o nichž psal respondent č. 3: „*Když bych shrnul negativa - více stomických sester a více sester specialistek na kolorektální chirurgii je pro moderní přístup k této problematice nezpochybnitelný. Tím mám na mysli, že práce sestry specialistky a stomické sestry v jednom v ambulanci kolorektální chirurgie je pro jednu osobu příliš.*“ Další respondent č. 8 píše: „*Tím, že role sestry specialistky dříve nebyla a fungovala pouze jako stomická sestřička ve směnném provozu a my ostatní jsme neuměly podat dostatečné informace o edukaci, jsme vždy čekaly na ní, tím se doba hospitalizace pro pacienta prodloužila. Nyní, když je tu každý pracovní den a pacient, který již před operací ví, že bude mít stomii a je plně informován o dalších postupech a jak jemu, tak jeho rodině je poskytnuta stoprocentní edukace a tím se automaticky jeho hospitalizace zkracuje až o několik dní. Tímto považují práci sestřičky specialistky za velmi důležitou a na velmi vysoké úrovni.*“ Respondent č. 6 udává: „*Obrovskou výhodou vidím v tom, že sestra specialistka ulehčí práci směnové sestře, která nemá tolik času a prostoru pro jednoho pacienta.*“ Respondent č. 1 se vyjádřil slovy: „*Naše sestra specialistka v oblasti péče o pacienty s KRK vytvořila velmi dobrý model, který*

zasahuje do oblastí předhospitalizační, hospitalizační a pohospitalizační stran edukace pacientů, kteří se na ní s velkou důvěrou obracejí“.

Otázka č. 5 - Vnímáte nějaký přínos pro pacienty se vznikem pozice sestry specialistky?

Dopad pro sestru specialistku	Přínos pro pacienty se vznikem pozice sestry specialistky
<ul style="list-style-type: none">• větší pracovní vyčerpání• emoční vyčerpání	<ul style="list-style-type: none">• důvěra a navázání vztahu sestra - pacient• sestra je součástí po celou dobu pacientovi léčby• plná informovanost• kompletní připravenost• zkrácení doby edukace stomiků• snížen počet výskytu komplikací stomií• rehabilitace ve smyslu biofeedbacku• zvýšení úrovně edukace• zkrácení hospitalizace• větší psychická vyrovnanost pacientů• snížení komplikací v péči o stomie• spokojenost pacientů• větší psychická pohoda pacientů

Obrázek 5 Přínos pro pacienty se vznikem pozice sestry specialistky

Na obrázku č. 5 je shrnut přínos pro pacienty vznikem pozice sestry specialistky, opět se všech devět respondentů vyjádřilo o navázání vazby mezi sestrou a pacientem, kterého doprovází po celou dobu jeho léčby. To, že má velký podíl na zkrácení doby hospitalizace, zvýšení úrovně edukace, větší psychické vyrovnanosti pacientů. Respondent č. 8 píše: „*Tím, že sestra naváže vztah s pacientem a vznikne mezi nimi důvěra, se tato skutečnost pro pacienta stává velmi cennou*“ Také v této oblasti respondent č. 5 napsal, že vidí určitá fakta jako negativní: „*Tím, že sestra si získá pacientovu důvěru, tak on sám má tendence zasahovat nad rámec jejich osobních hranic a někdy se toto stává pro sestru specialistku více než emočně a psychicky náročné, udržet ty správné hranice tak, aby nedošlo ani na jedné straně k újmě po stránce emoční.*“ Všichni respondenti se shodovali, že vidí přínosem dosažitelnost na mobilním telefonu. Vzhledem k typu onemocnění KRK a jeho individualitám sestra specialistka vede s pacienty po resekcích rekta rehabilitaci zaměřenou na posílení análních svěračů. Respondent č. 2 píše: „*U pacientů po resekcí rekta specializovaná sestra provádí nejprve před operací popis pooperačního nácviku defekace a biofeedbacku a následně po operaci i nácvik toho reflexu, vnímání neoampuly, trénink kontrakce svěračů.*“ Můžeme se domnívat, že spokojenost pacientů je velmi důležitá a vzhledem k tomuto aspektu se respondent č. 7 vyjádřil slovy: „*Jako další obrovskou výhodou vidím to, jak jsou pacienti spokojeni a jejich spokojenost vyplývá hlavně ze stoprocentní edukace a to jak před operací, perioperační a dále v období hospitalizace a v neposlední řadě ujištění pacientů, že jsou schopni domácí péče. Tuto zásluhu má naše*

sestřička specialista a její práce je pro naše oddělení, ale i pro ambulanci nevyčíslitelná.“

Respondent č. 4. uvedl: *„Pacienti se stomií mají zajištěn servis edukace minimálně dvakrát denně s možností zapojit i svoji rodinu. A dle dostupného statistického šetření se snížil počet komplikací v péči o stomie.“* Pro porovnání jsou počty komplikací u stomických pacientů uvedeny v tabulkách, které jsou součástí této práce a jednoznačně ukazují snížení jejich počtů. Jsou uvedeny retrospektivně v posledních čtyřech letech tak, aby bylo možné co nejlepší posouzení s dobou, kdy ambulance a pozice sestry ještě nefungovala.

DISKUZE

Tato kapitola zahrnuje diskuzi nad všemi výzkumnými otázkami, které jsou stanoveny výše. Součástí této kapitoly by měly být výsledky vybraných výzkumů na podobné téma či příbuzné téma. Vzhledem k tomu, že typ této ambulance společně s pozicí sestry specialistky na území ČR nefunguje v takovém rozsahu a není k dispozici žádná publikační tvorba, budou zde proto použity pouze zahraniční studie.

Výzkumná otázka č. 1 : Kolik pacientů s dg. KRK mělo založenou stomii a u jakého počtu se vyskytly komplikace?

V příložených tabulkách retrospektivní statistiky vedené na zmiňované chirurgické klinice je vidět, že teoretická východiska práce korespondují s průzkumnou částí. To znamená, že každý rok dochází k většímu počtu nově zjištěnému onemocnění KRK a s tím většímu počtu provedených operací na kolorektu. Tato výzkumná otázka byla zaměřena na výskyt komplikací u pacientů, kteří mají založenou střevní stomii. Statistika je uváděna za období 2014-2017 a to z důvodu toho, aby mohlo dojít k relevantnímu posouzení výskytu komplikací u stomiků v období před vznikem ambulance a pozicí sestry a s dobou nynější, kdy ambulance a pozice sestry funguje již více než dva roky. Statistika dokazuje, že vlivem vzniku nového konceptu péče o pacienty s KRK dochází k menšímu výskytu komplikací u pacientů se stomií v souvislosti s větším nárůstem počtu pacientů. V posledním roce 2017 se komplikace nevyskytla žádná, což je přínosem pro ošetřující personál, ale zejména pro psychickou stránku pacienta. Touto průzkumnou otázkou dostáváme odpověď na významnou důležitost pozice sestry specialistky. Dle respondentů, kteří uváděli, že by bylo přínosné mít více personálu s touto odborností, se můžeme domnívat, že následné roky bude i nadále přibývat pacientů s KRK a bylo by vhodné podporovat tento koncept moderní péče.

Výzkumná otázka č. 2: Jaké jsou činnosti sestry v ambulanci kolorektální chirurgie?

Do průzkumné otázky se prolínají odpovědi všech pěti oblastí. Z odpovědí vyplývá, že dříve, kdy ambulance kolorektální chirurgie neexistovala společně s pozicí sestry specialistky, byla dispenzarizace a péče pacientů nejednotná. Zdá se, že i úroveň péče nebyla nastavena vysoko kvůli nevyužití moderních postupů medicíny a ošetrovatelství. Z odpovědí od respondentů je vidět, že vedení a agenda celé ambulance je na bedrech sestry. Dalším faktorem, který je pozitivním benefitem, je účast sestry specialistky na tzv. onkochirurgickém semináři, kde participuje po indikaci lékařů na plánu dalšího došetření a předávání informací stran dalších postupů organizace. Neopomíjeným zjištěním je, že začala pracovat na rehabilitaci análních svěračů u pacientů, kteří vyžadují tento typ péče po specifickém typu operace, který je opět prováděn na tomto pracovišti jako jeden z mála v ČR. Jedná se o tzv. modifikovaný biofeedback, který sestra specialista praktikuje v ambulanci po chirurgickém zákroku. Respondenti uvádějí, že na jednu osobu je přespříliš pracovních úkolů a kompetencí, byť to daná sestra zatím zvládá, ale na úkor svého psychického vypětí a mnohdy i na úkor svého volného času. Dle australské klinické studie *The cancer Nurse Coordinator Service in Western Australia: perspectives of specialist cancer nurse coordinators* autorů Monterosso et al. (2016) byl průměrný počet hodin rozvrhnutých týdně strávených na konzultacích 26 hodin s dalšími 11 hodinami vynaložených na administrativní úkoly. V ambulanci kolorektální chirurgie sestra specialista musí odpracovat týdenní normu, 40 hodin týdně. V této pracovní době by měla stihnout konzultace, administrativu, rehabilitaci modifikovaného biofeedbacku a ambulantní hodiny s lékařem. Mnohdy je 40 hodin velmi málo a musí pracovat nad rámec svého osobního času. Což bylo zmiňováno oslovenými respondenty. Zde v porovnání máme vytíženost sestry u nás a v zahraničí. Jak jeden z respondentů uváděl, je potřeba větší počet sester specialistek a stomických sester, na názorném příkladu jsou vidět vzrůstající potřeby moderní medicíny. Dle britské prospektivní studie *Prospective evaluation of a colorectal cancer nurse follow-up clinic* autorů Jeyarajh et al. (2011) která probíhala v letech 2005-2007, zaměřená na roli CNC (klinická certifikovaná sestra) prokázala efektivní detekci recidivy, díky činnostem CNC, které jsou jasně dané a její role je nepostradatelnou součástí chirurgické kliniky v péči o pacienty s KRK.

Výzkumná otázka č. 3: Jaký význam má role sestry v ambulanci kolorektální chirurgie?

Do této výzkumné otázky se prolíná všech 5 tázaných oblastí (viz příloha A, s. 59). Důležitým aspektem, který hraje významnou roli v péči o pacienty s KRK, je zkrácení doby hospitalizace, díky erudované sestře, která podává, dle slov jejich kolegů, kvalitní edukaci pacientům již před hospitalizací a během hospitalizace. Tato součinnost jde společně s tím, že navazuje kontinuita péče ve všech oblastech, jakou jsou předhospitalizační, hospitalizační a pohospitalizační fáze. V této celé etapě léčení pacienta je zapojena rodina, což je přínos k usnadnění celého procesu léčby. Respondenti uvádějí, že přínosem je dosažitelnost sestry v individualitě pro každého jedince. Další shodou respondentů je úspora času pro další ošetřující personál. Viděli výhodu v tom, že pacient přišel již plně informovaný a v případě dalších dotazů mu je k dispozici sestra specialista, která za ním obvykle chodí v průměru 2-3x denně, samozřejmě dle individuálních potřeb pacienta spojených s typem výkonu, případně založenou stomií. Jako další pozitivní přínos práce sestry byla uvedena spolupráce s pacientem, která po propuštění do domácího ošetření nekončila a pokračovala v ambulantní sféře. Stejně důležitou roli respondenti zmiňovali v tom, jak je navázán důvěrný kontakt mezi sestrou a pacientem, který je stěžením pro celou léčbu pacienta. Jako negativum pro sestru specialista je zvyšující se počet nemocných pacientů, pro stále jednu osobu, což je podle respondentů nevyhovující, jak po psychické stránce, tak po stránce profesní. Dle australského šetření s názvem *The cancer Nurse Coordinator Service in Western Australia: perspectives of specialist cancer nurse coordinators*, kterou prováděli autoři Monterosso et al. (2016) uvádí, že na CNC v 71 % je kladen důraz v oblasti psychosociální péče jak na straně personálu, tak na straně pacienta. V další zahraniční studii *The process and outcomes of a nurse-led colorectal cancer follow-up clinic*, kterou vedli autoři McFarlane et al. (2012) ve Velké Británii a Irsku v letech 2004-2011, je zmiňován přínos sestry, která vede agendu dispenzarizace pacientů s KRK. Tato studie uvádí, že kliniky které mají sestry specialistky pečující výhradně o určitý typ onemocnění, dosahují více než uspokojivých výsledků v oblastech rekurentní míry onemocnění. Význam role CNC popsala další zahraniční studie *Feasibility and acceptability of the use of patient-reported outcome measures (PROMs) in the delivery of nurse-led supportive care to people with colorectal cancer* autorů Kotronoulas et al. (2017), která prokázala, že v klinické praxi CNC dokáže významně snížit frekvenci nesplněných životních a psychosociálních potřeb.

Výzkumná otázka č. 4: Jaký přínos má sestra specialista pro lékařský a ošetrovatelský personál?

Důkazem důležitosti všech 5 oblastí (viz příloha A, s. 59) je i tato otázka. Respondenti se shodli, že důležitost komunikace mezi spolupracovníky je velmi důležitá. Tak stejně důvěra a spolehlivost na danou sestru specialista. Shoda u respondentů byla i v oblasti úspory času, že ambulance a pozice sestry pokryje všechny pracovní dny a ve dnech volna jsou již pacienti zaučeni a téměř soběstační. Sjednocením péče o pacienty tím, že je dán oficiálně postup a o tyto pacienty dochází k úspoře času pro lékaře, ale i nelékařské zdravotnické pracovníky. Zahraniční studie *Six-Year Experience of a Nurse-Led Colorectal Cancer Follow-Up Clinic* autorů Al Chalabi Hasan et al. (2014) poukazuje na významnou roli klinické sestry v péči o pacienty s KRK, která vede jejich agendu. Studie probíhala mezi lety 2006-2011 a její výsledek sděluje, že sestra, která pracuje pod vedením protokolů, které jsou dané v péči o pacienty s KRK, tak tím klinice výrazně snižuje počet rutinních návštěv u běžného chirurga. Dříve než byla ambulance založena, pacienti chodili na běžnou chirurgickou ambulanci nebo se museli objednávat do gastroenterologické ambulance, která ale měla ordinační dobu pouze jednou týdně. Tím docházelo k časovým prodlevám, které měly vliv na psychickou stránku pacienta. A v neposlední řadě byl brán čas lékařům a sestřím z všeobecné ambulance na úkor ošetřování akutních případů. Britská studie *Developing and piloting a nurse-led model of follow-up in the multidisciplinary management of colorectal cancer* autorů Knowles et al. (2017) předkládá další důkaz, který byl kladen na důležitou pozici CNC v multidisciplinárním týmu, která vede celý následný program péče o pacienty. Tento program prokázal hladší průběh následné péče, která se odrazila v úspoře práce lékaře. Tento program na závěr uvedl, že při tomto režimu v průběhu budoucích tří let, CNC dokáže ze své pozice prokázat úsporu nákladů kliniky a ušetřit čas svým kolegům.

Výzkumná otázka č. 5: Jaký přínos má sestra specialista a ambulance kolorektální chirurgie pro pacienty s KRK?

V neméně důležité poslední otázce se opět prolíná všech 5 oblastí a to z toho důvodu, že všechny tyto oblasti jsou úzce spjaty jak s pozicí sestry specialista, tak s ambulancí kolorektální chirurgie. Všech devět respondentů se shoduje v důležitém významu péče o pacienty s KRK, evolučně se vznikem ambulance kolorektální chirurgie a pozicí sestry specialista, došli ke stejným odpovědím a to sice, že se tento komplexní přístup péče stal nepostradatelnou součástí dnešní doby. Uvádějí rozdíl v dispenzarizaci, indikačního místa léčby a kontinuity péče o pacienty s KRK, právě díky vzniku ambulance a pracovní pozice. Vzhledem k tomu, že tázané oblasti byly stavěny na přínosech, ale i na možných negativěch, je potřeba uvést, že se opět všichni respondenti shodují v negativních dopadech pro sestru. Důvodem může být to, že když dochází k navázání vztahu sestry - pacient, má pacient tendenci přesahovat stanovený rámec osobních hranic. To může být pro sestru emočně náročná situace, ale vzhledem k její profesionalitě je na ní danou situaci správně vyhodnotit.

Randomizovaná studie *A randomised controlled trial of hospital-based case management to improve colorectal cancer patients' health-related quality of life and evaluations of care* autorů Wulf et al.(2012), která probíhala v Dánsku v letech 2009-2010 měla buď vyvrátit či potvrdit důležitost případového manažera (CM) přiděleného pouze pacientům s KRK. Tito pacienti byly rozděleny na dvě skupiny, jedné z nich se dostávalo péče klasické a té druhé byl přidělen CM po celou dobu léčby. Tato studie ukázala, že pacienti, kteří měli po svém boku CM, zvládali a hodnotili svou péči pozitivněji, než pacienti s obvyklou péčí. Údaje z australské studie *The cancer Nurse Coordinator Service in Western Australia: perspectives of specialist cancer nurse coordinators* od autorů Monterosso et al. (2016) ukazují, že role CNC je klíčem ke zlepšení prožívání psychického stavu pacientů a dále to, že mnohonásobně pomáhají pacientům a jejím rodinným příslušníkům ve složitých procesech spojených s celým procesem léčby KRK, který může být často prodloužen (Monterosso, 2016, s. 18). Nejdůležitější poznatky ze stran pacientů jsou uváděny jako přínos balíčky ošetrovatelské péče od CNC, které odpovídají potřebám každého nemocného jedince. Tak stejně i u našich respondentů můžeme vidět shodu v individuálním plánu péče pro každého pacienta dle jeho psychických, fyzických a sociálních potřeb. CNC hrají kriticky důležitou roli ve stále složitějším onkologickém procesu KRK a s tím zvýšenou potřebu poskytovat pacientům kontinuální péči a podporu (Monterosso, 2016, s. 19). Další britská studie *Developing and piloting a nurse-led model of follow-up in the multidisciplinary management of colorectal cancer* autorů Knowles et al. (2017), která

prováděla pilotní program, který byl testován na šedesáti pacientech během jednoho roku, prokázala významné aspekty v péči o pacienty s KRK. Tato studie uváděla, že ve sledování pacientů se nejedná jen o správný přístup k dispenzarizaci tak, aby co nejdéle přežili. Stěžejní rolí odoperovaných pacientů, kteří mohou mít celou řadu symptomů, jsou právě tyto symptomy důležitou věcí v kvalitě jejich života a potřeb jimi spojených. Tento program ukázal lepší průběh následné péče, která se odrazila v lepší kvalitě pacientova života. Skutečnost, že existuje předoperační a pooperační příprava, která je dána pouze v omezeném rozsahu, dokazuje bakalářská práce s názvem Specifika ošetrovatelské péče u pacienta s kolorektálním karcinomem (Molčíková, 2017). Práce se ve svém výzkumu zabývala zjištěním dostupných publikovaných poznatků v péči o pacienty s KRK. Zmiňovala jako součást těchto příprav pouze stomickou sestru (Molčíková, 2017, s. 17-21), nikoli způsob komplexní péče sestry specialistky, který je uveden v obsahu mé bakalářské práce a dostupných zahraničních studií. V závěru své práce uvádí některé studie, které dokazují, že nedostatečná edukace v předoperačním a pooperačním období má vliv na prodloužení hospitalizace a větší výskyt pooperačních komplikací (Molčíková, 2017, s. 40).

ZÁVĚR

V této bakalářské práci bylo snahou zjistit, zda se teoretická východiska specifických činností sestry v ambulanci kolorektální chirurgie shodují s praxí. Z výsledků průzkumu je zřejmé, že teorie, která se zabývá specifickou činností sestry, je převážně shodná s reálným průběhem praxe sestry specialistky v ambulanci kolorektální chirurgie.

Hlavním cílem práce bylo popsat problematiku KRK a definovat specifické činnosti sestry specialistky v ambulanci kolorektální chirurgie. Z výsledků retrospektivního sběru dat je patrné, že vzrůstá nejen počet pacientů s KRK a s tím spojený počet nově založených střevních stomií. Dále dle průzkumné části se podařilo ozřejmit specifika práce této sestry, díky reálnému pohledu z výsledků dotazníkového šetření. Z výsledků průzkumu se zjistilo, že práce sestry specialistky v ambulanci je nepostradatelnou součástí dnešních moderních postupů v léčbě KRK. Díky její snaze a snaze celého týmu komunikovat mezi sebou v koordinaci péče těchto pacientů, dochází k té nejvyšší možné úrovni a snaze být oporou a podporou jak pro pacienta, tak pro jeho rodinu.

Z průzkumných východisek se jeví činnost sestry jako role, která zahrnuje nespočet důležitých aspektů, které se odráží ve všech biologických, psychologických, sociálních a spirituálních potřebách pacienta. Dále je tato role nepostradatelnou součástí v komunikaci a ve spolupráci mezi svými kolegy. Díky funkčnosti tohoto jedinečného komplexu dochází k přestupu na vyšší úroveň v přístupu a v péči o pacienty s KRK.

V porovnání se všemi zmíněnými zahraničními studii si myslím, že koncept péče o pacienty s KRK byl na území ČR uchopen velmi dobře, díky pilotnímu programu vzdělávání, který byl zahájen v roce 2015 ve FNKV. Dnes, s odstupem více než tří let, se podařilo tento projekt zakreditovat a je zapsán v oficiálním vzdělávání všeobecných sester. Ze studií, které jsou prováděny často v jiných ať už evropských či mimokontinentálních státech je vidět, že díky legislativě jsou o několik kroků dál v nastavení komplexní péče o pacienty s KRK. V podmínkách, které mají k dispozici zahraniční pracoviště, je CNC řazena na úroveň lékaře s kompetencemi, jako je psaní receptů, zhodnocení zobrazovacích metod, samostatné řízení agendy celé dispenzarizace. V porovnání s našimi a zahraničními podmínkami je tato idea zatím nereálná. Dle zmíněných zahraničních studií je prokázána úspora finanční (zkrácená hospitalizace), úspora časová a v neposlední řadě zkvalitnění života pacienta s KRK. Zmínila bych se i možných dohledávaných zdrojích a publikacích na téma této práce na území ČR, avšak marně. Je zřejmé, že tento typ péče, o kterém hovořím, není v povědomí českých

zdravotníků. Jediná krajská nemocnice v ČR může předložit koncept péče o pacienty s KRK, který je alespoň rámcově v mnohém shodný s jinými státy. Domnívám se, že je to obrovský krok kupředu v postupech moderní medicíny. Vzhledem ke spolupráci s FNKV, kde v současné době probíhá první certifikovaný kurz, se můžeme domnívat, že by mohlo dojít k realizaci konceptu ošetrovatelské péče i na dalších pracovištích. Tímto způsobem by se postupně mohl dostat tento typ péče do povědomí více zdravotnických pracovníků, což by mohlo vést k uvedení do praxe na mnohých pracovištích a stoupl by benefit péče pro samotné pacienty. Nejen pro ně, ale dle zjištěných studií a mého průzkumu, by došlo k časové úspoře pro kolegy a k té správné kontinuitě celkové péče o pacienty s KRK. Dalším případným navrhovaným řešením by bylo provést průzkum péče o tuto skupinu pacientů na jiných pracovištích a porovnat úroveň celkové ošetrovatelské péče. Toto šetření by mohlo přinést zpětnou vazbu pro případné úpravy a návrhy ke změnám. Z mého pohledu by bylo dobré udělat i dotazníkové šetření pro pacienty tak, aby se dal porovnat přínos nejen ze strany zdravotníků, ale také ze strany samotných pacientů. Dalším přínosem pro praxi by byla změna legislativy ve smyslu zvýšení kompetencí pro všeobecné sestry. Vzhledem k tomu, že dnešní doba jde neustále kupředu, tak vidím i tuto možnost ve smyslu změny legislativy v hodně vzdálené budoucnosti jako reálnou.

Během mé praxe, která je bez mála 12 let na jedné chirurgické klinice, se událo mnoho profesních událostí a zkušeností. Ta cesta, kterou jsem doposud ušla, byla významná, ale ne vždy jednoduchá. To, abych došla až sem, pro mě znamenalo úsilí, výdrž a píli a pozitivní přístup jak k životu profesnímu tak osobnímu. A to zejména z toho důvodu, pokud člověk má své povolání rád, tak oba životy jdou ruku v ruce. Když se ohlédnu zpět za těmi lety, co mám za sebou, tak si uvědomím, že naše životy nejsou nekonečné a ten pomyslný knot svíčky, který hoří každému z nás, někdy zhasne. Proto za mým ohlédnutím bych neudělala jednu jedinou věc jinak, protože všechny ty nesnáze a úspěchy mě vedly až sem, kde jsem nyní. Toho si nesmírně vážím a proto i během zpracovávání této práce jsem měla možnost si uvědomit další důležité aspekty života každého z nás. Ne každý si uvědomuje svoji jedinečnost a existenci. To jakým stylem a způsobem života žijeme je jen na každém z nás. Celkově tato moje práce obohacuje můj soukromý život a pomáhá mi si uvědomovat životní hodnoty a situace, které se dějí v životech nám všem. Každý pacient, se kterým se ve své praxi setkávám, ve mně něco zanechává. Každý z nich mě obohatí o jeho životní příběh, který on sám žije.

SOUPIS BIBLIOGRAFICKÝCH CITACÍ

Knižní zdroje:

ADAM, Zdeněk, Jiří VANÍČEK a Jiří VORLÍČEK. *Diagnostické a léčebné postupy u maligních chorob*. 2. vyd. Praha: Grada, 2004, 696 s. ISBN 80-247-0896-5.

ADAM, Zdeněk, Marta KREJČÍ a Jiří VORLÍČEK. *Speciální onkologie: příznaky, diagnostika a léčba maligních chorob*. 1. vyd. Praha: Galén, 2010, 417 s. ISBN 978-80-7262-648-9.

ANDERSON, Joseph a Charles KAHN. *Colorectal Cancer Screening*. 1. vyd. USA: Humana Press, 2011, 204 s. ISBN 978-1-60761-397-8.

ASBJORN, Faleide O., Lilleba B. LIAN a Eyolf K. FALEIDE. *Vliv psychiky na zdraví: Soudobá psychosomatika*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010, 240 s. ISBN 978-80-247-2864-3.

AYERS, Susan a Richard de VISSER. *Psychologie v medicíně*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2015, 568 s. ISBN 978-80-247-5230-3.

BAŠTECKÁ, Bohumila, Jan MACH a kol. *Klinická psychologie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2015, 742 s. ISBN 978-80-262-0617-0.

CORMAN, Marvin L. *Colon and rectal surgery*. 1. vyd. Philadelphia: Wolters Kluwer, 2013, 1564 s. ISBN 978-1-14511-1114-9.

DOSTÁLOVÁ, Olga. *Dostálová Olga Péče o psychiku onkologicky nemocných*. 1. vyd. Praha: Grada, 2016, 168 s. ISBN 978-80-247-5706-3.

DRLÍKOVÁ, Kateřina, Veronika ZACHOVÁ, Milada KARLOVSKÁ a KOLEKTIV. *Praktický průvodce stomikou*. 1. vyd. Praha: Grada, 2016, 192+4 s. ISBN 978-80-247-5712-4.

FERKO, Alexander, Zdeněk ŠUBRT a Tomáš DĚDEK. *Chirurgie v kostce*. 2. vyd. Praha: Grada, 2015, 512 s. ISBN 978-80-247-1005-1.

GILLNEROVÁ, Ilona, Vladimír KEBZA, Milan REMEŠ a KOLEKTIV. 1. vyd. *Psychologické aspekty změn v české společnosti - Člověk na přelomu tisíciletí*. Praha: Grada, 2011, 256. ISBN 978-80-247-2798-1.

- HALMO, Renata. *Sebepéče v ošetrovateľskej praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2014, 232 s. ISBN 978-80-247-4811-5.
- HENDL, Jan. *Kvalitatívny výzkum: Základy teórie, metódy a aplikácie*. 4. vyd. Praha: Portál, 2016, 440 s. ISBN 978-80-262-0892-9.
- HEŘMANOVÁ, Jana a kol. *Etika v ošetrovateľskej praxi*. 1. vyd. Praha: Grada publishing, 2012, 200 s. ISBN 978-80-247-3469-9.
- HOLUBEC, Luboš a KOLEKTIV. *Kolorektálny karcinóm: súčasné možnosti diagnostiky a liečby*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004, 194 s. ISBN 80-247-0636-9.
- JANÍKOVÁ, Eva a Renáta ZELENÍKOVÁ. *Ošetrovateľská péče v chirurgii*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013, 256 s. ISBN 978-80-247-4412-4.
- JUŘENÍKOVÁ, Petra. *Zásady edukácie v ošetrovateľskej praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 80 s. ISBN 978-80-247-2171-2.
- KLENER, Pavel a Pavel KLENER JR. *Nová protinádorová liečiva a liečebné stratégie v onkologii*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 232 s. ISBN 978-80-247-2808-7.
- KLÍMOVÁ, Jarmila a Michaela FIALOVÁ. *Kniha: Proč (a jak) psychosomatika funguje? -- nemoc začíná v hlavě?*. 1. vyd. Praha: Progressive consulting, 2015, 238 s. ISBN 9788026082088.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Pozitivní psychologie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2004, 195 s. ISBN 80-7178-835-X.
- KUTNOHORSKÁ, Jana. *Historie ošetrovateľství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 208 s. ISBN 978-80-247-3224-4.
- KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetrovateľství*. 1. vyd. Praha: Grada publishing, 2009, 194 s. ISBN 978-80-247-2713-4.
- LIPSKÁ, Ludmila, Vladimír VISOKAI a KOLEKTIV. *Recidiva kolorektálního karcinomu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009, 456 s. ISBN 978-80-247-3026-4.
- LUKÁŠ, Karel a Aleš ŽÁK. *Gastroenterologie a hepatologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007, 380 s. ISBN 978-80-247-1787-6.
- MANDINCOVÁ, Petra. *Psychosociální aspekty péče o nemocného*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 128 s. ISBN 978-80-247-3811-6.

- NOVOTNÝ, Jan, Pavel VÍTEK a Zdeněk KLEIBL. *Onkologie v klinické praxi: standardní přístupy v diagnostice a léčbě vybraných zhoubných nádorů*. 2. vydání. Praha: Mladá fronta, 2016. Aeskulap. ISBN 9788020439444
- OPATRná, Marie. *Etické problémy v onkologii*. 1.vyd. Praha: Mladá fronta, 2008, 114 s. ISBN 978-80-204-1876-0.
- POSPÍŠILOVá, Eva a Valérie TÓTHOVá. *Vývoj vybraných ošetrovatelských postupů od nejstarších dob po současnost*. 1. vyd. Praha: Triton, 2014, 179 s. ISBN 978-80-7387-824-5.
- PRŮCHA, Jan. *Andragogický výzkum*. 1. vyd. Praha: Grada, 2014, 152 s. ISBN 978-80-247-5232-7.
- PTÁČEK, Radek, Petr BARTŮNĚK a kol. *Etika a komunikace v medicíně*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011, 528 s. ISBN 978-80-247-3976-2.
- SEIFERT, Bohumil, Norbert KRÁL, Ondřej MÁJEK a Štěpán SUCHÁNEK. *Screening kolorektálního karcinomu*. 2. vyd. Praha: Maxdorf, 2015, 128 s. ISBN 987-80-7345-444-9.
- STEPHEN, Joseph. *Co nás nezabije...: Možnosti posttraumatického růstu*. 1. vyd. Praha: Portál, 2017, 312 s. ISBN 978-80-262-1240-9.
- VÉVODA, Jiří. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013, 160 s. ISBN ISBN: 978-80-247-4732-3.
- VORLÍČEK, Jiří, Jitka ABRAHÁMOVá a Hilda VORLÍČKOVá. *Klinická onkologie pro sestry*. 2. vyd. Praha: Grada, 2012, 448+2 s. ISBN 978-80-247-3742-3.
- VYZULA, Rostislav a Jan ŽALOUĐÍK. *Rakovina tlustého střeva a konečníku*. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 2007, 285 s. ISBN 978-80-7345-140-0.
- ZACHOVá, Veronika a kol. *Stomie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 232 s. ISBN 978-80-247-3256-5.

Periodika:

CHALUPNÍK, Štěpán. Péče o stomie. *Ošetrovatelská péče*. 2013, (1), 26-29. ISSN 2336-1603.

LINHARTOVÁ, Jana. Hlavním úkolem stomických sester je usnadnit život pacientům se stomií. *Diagnóza v ošetrovatelství*. 2012, 8(1), 10-11. ISSN 1801-1349.

MÍČKOVÁ, Iveta. Edukace jako nepostradatelná součást ošetrovatelského procesu. *Sestra*. 2009, 19(12), 44-45. ISSN 1210-0404.

MORAVCOVÁ, Vitalina. Hledání životní rovnováhy versus pacient se stomií. *Sestra*. 2011, 21(10), 35. ISSN 1210-0404

NOVÁKOVÁ, Věra. Jak stomik prožívá svůj stav. *Sestra*. 2011, 21(10), 34-35. ISSN 1210-0404.

SÁLUSOVÁ, Veronika a Karin LIPTÁKOVÁ. Vliv kolostomie na aktivity denního života stomiků. *Sestra*. 2011, 21(10), 36-37. ISSN 1210-0404

ŠKOCHOVÁ, Dagmar. Historie ošetrování stomií. *Sestra*. 2014, 24(5), 44-45. ISSN 1210-0404.

ŠKUBOVÁ, Jarmila. Omezení a profity života se stomií. *Florence*. 2015, 11(1-2), 41. ISSN 1801-464x.

ZACHOVÁ, Veronika, Dagmar ŠKOCHOVÁ, Lucie SOLNAŘOVÁ a Michaela MAJŠIKOVÁ. Problematika ošetrování stomií (se zaměřením na onkologické pacienty). *Postgraduální medicína*. 2012, 14(4), 422-429. ISSN 1212-4184.

Elektronický články:

AL CHALABI, Hasan, James M. O'RIORDAN, Alex RICHARDSON, et al. Six-Year Experience of a Nurse-Led Colorectal Cancer Follow-Up Clinic. *Surgery Research and Practice* [online]. 2014, 1-5 [cit. 2018-03-04]. DOI: 10.1155/2014/368060. ISSN 2356-7759. Dostupné z: <http://www.hindawi.com/journals/srp/2014/368060/>

DUŠEK, Ladislav, Jan MUŽÍK, a Denisa MALÚŠKOVÁ et al. Stav screeningových programů zhoubných nádorů v České republice: Epidemiologie zhoubných nádorů cílených screeningem dle nových dat Národního onkologického registru České republiky. *Klinická onkologie* [online]. 2014, 27(2), 19-39 [cit. 2018-01-21]. DOI: 10.14735/amko20142S19. ISSN 1802-5307.

DUŠEK, L., ZAVORAL, M., MÁJEK, O., SUCHÁNEK, Š., MUŽÍK, J., PAVLÍK, T., ŠNAJDROVÁ, L., GREGOR, J. Kolorektum.cz – Program kolorektálního screeningu v České republice [online]. Masarykova univerzita, Brno, 2017. [cit. 2018-02-26]. ISSN 1804-0888. Dostupné z: <http://www.kolorektum.cz>

JEYARAJAH, S., K. J. ADAMS, L. HIGGINS, S. RYAN, A. J. M. LEATHER a S. PAPAGRIGORIADIS. Prospective evaluation of a colorectal cancer nurse follow-up clinic. *Colorectal Disease* [online]. 2011, 13(1), 31-38 [cit. 2018-03-04]. DOI: 10.1111/j.1463-1318.2009.02027x. ISSN 14628910. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1463-1318.2009.02027.x>

KNOWLES, Gillian, Linda SHERWOOD, Malcom G. DUNLOP, Gail DEAN, Duncan JODRELL, Catriona MCLEAN a Elizabeth PRESTON. Developing and piloting a nurse-led model of follow-up in the multidisciplinary management of colorectal cancer. *European Journal of Oncology Nursing* [online]. 2007, 11(3), 212-223 [cit. 2018-03-04]. DOI: 10.1016/j.ejon.2006.10.007. ISSN 14623889. (Sestra, 2009) Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1462388906001876>

KOTRONOULAS, Grigorios, Constantina PAPADOPOULOU, Lorna MACNICOL, Mhairi SIMPSON a Roma MAGUIRE. Feasibility and acceptability of the use of patient-reported outcome measures (PROMs) in the delivery of nurse-led supportive care to people with colorectal cancer. *European Journal of Oncology Nursing* [online]. 2017, 29, 115-124 [cit. 2018-03-04]. DOI: 10.1016/j.ejon.2017.06.002. ISSN 14623889. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1462388917301527>

MCFARLANE, K., L. DIXON, C. J. WAKEMAN, G. M. ROBERTSON, T. W. EGLINTON a F. A. FRIZELLE. The process and outcomes of a nurse-led colorectal cancer follow-up clinic. *Colorectal Disease* [online]. 2012, 14(5), e245-e249 [cit. 2018-03-04]. DOI: 10.1111/j.1463-1318.2011.02923x. ISSN 14628910. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1463-1318.2011.02923.x>

MONTEROSSO, Leanne a Violet PLATT. The cancer Nurse Coordinator Service in Western Australia: perspectives of specialist cancer nurse coordinators. *Australian Journal of Advanced Nursing* [online]. 2016, 34(2) [cit. 2017-11-27]. ISSN 0813-0531.

SHUN, Shiow-Ching, et al. Unmet Supportive Care Needs of Patients With Colorectal Cancer: Significant Differences by Type D Personality. *Onkology Nursing Forum* [online]. 2014, 41(1), E3 [cit. 2017-11-27]. DOI: 10.1188/14.ONF.E3-E11. ISSN 0190-535X

WULFF, Christian Nielsen, Peter VEDSTED a Jens SØNDERGAARD. A randomised controlled trial of hospital-based case management to improve colorectal cancer patients' health-related quality of life and evaluations of care. *BMJ Open* [online]. 2012, 2(6), e001481- [cit. 2018-03-04]. DOI: 10.1136/bmjopen-2012-001481. ISSN 2044-6055. Dostupné z: <http://bmjopen.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjopen-2012-001481>

Webové stránky:

Ministerstvo zdravotnictví České republiky. *Mzcr* [online]. Praha: KAKTUS Software, spol. s r.o., 2010 [cit. 2018-03-05]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Odbornik/obsah/zdravotnicka-nelekarska-povolani_3197_3.html

Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. *Nconzo* [online]. 2018 [cit. 2018-03-05]. Dostupné z: <http://www.nconzo.cz/web/guest/nabidka-akci-2018>

Závěrečné práce:

MOLČÍKOVÁ, Daniela. Specifika ošetrovatelské péče u pacienta s kolorektálním karcinomem. Olomouc. 2017. 49 s. Bakalářská práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotnických věd. Vedoucí práce Mgr. Renáta Váverková.

PŘÍLOHY

Příloha A - Oblasti dotazníku s otevřenými odpověďmi

1. Jak hodnotíte dobu před vznikem ambulance a pozici sestry specialistky s dobou současnou?
2. Spatřujete nějaký přínos pro pacienty v souvislosti před vznikem ambulance kolorektální chirurgie a nyní?
3. Vnímáte nějaký přínos pro Vás jako pro kolegy se vznikem Ambulance pro kolorektální chirurgii?
4. Vnímáte nějaký přínos pro Vás jako pro kolegy se vznikem pozice sestry specialistky?
5. Vnímáte nějaký přínos pro pacienty se vznikem pozice sestry specialistky?

Příloha B - Edukační materiál

Nemocnice Pardubického kraje, a.s.
Pardubická nemocnice
Kyjevská 44, 532 03 Pardubice
IČ: 275 20 536



Informace pro pacienty s nově založenou stomií

Vážená paní, vážený pane,

Vaše onemocnění je dočasně nebo trvale řešeno vytvořením umělého vývodu (stomie) umístěným na stěně břišní.

Dovolujeme si Vám poskytnout několik užitečných rad pro zvládnutí ošetřování po propuštění z nemocnice.

Vaši příbuzní nebo blízcí Vám mohou velmi pomoci s přípravou a vytvořením podmínek pro domácí ošetřování již před Vaším návratem z nemocnice. Je vhodné připravit nebo upravit prostor, nejlépe v koupelně, kde budete mít vše potřebné „po ruce“, tzv. stomický koutek.

Vybavení koutku:

- Zrcadlo pro snadnou kontrolu ošetřovaného místa
- Stolek nebo odkládací plochu na přípravu pomůcek
- Úložný prostor pro uskladnění pomůcek a příslušenství k péči o stomii

Již během hospitalizace je možná spolupráce s Vaší rodinou nebo blízkou osobou formou návštěv s nácvikem ošetřování stomie pro snadnější zvládnutí adaptace na domácí prostředí a návratu do běžného života.

Pokud budete mít zájem, je Vám k dispozici DVD s postupem ošetřování stomie, které může být poskytnuto i pro domácí ošetřování.

Další informace a rady Vám sdělí stomasestra, která Vás po dobu hospitalizace bude v sebeobsluze a ošetřování vývodu instruovat.

Kontakt se stomasetrou budete mít i po propuštění z našeho zdravotnického zařízení zajištěn prostřednictvím stomické poradny, která je umístěna v přízemí Chirurgické kliniky v budově č. 27.

Ambulantní hodiny: Pondělí - čtvrtek 07.00 – 15.30 hodin

Návštěvu poradny je nutno objednat telefonicky.

Kontakt na sestru specialistku:

Michaela Jesenská

Mobil: 727 846 129

Telefon: 46 6 012 103

mail: kolorektalni.p@nemocnice-pardubice.cz

Ppřejeme Vám úspěšné zvládnutí a vyrovnání se s novou životní situací.

Rady na doma pro stomiky

Kolostomie

- vývod tlustého střeva
- stolice je formovaná

Urostomie

- uměle vytvořený rezervoár z tenkého střeva
- vede moč

Ileostomie

- vývod tenkého střeva
- stolice je řídká
- používají se sáčky s výpustí

Postup při výměně stomie

• *Odstranění staré pomůcky*

- Pomocí odstraňovače náplastí (bílý či fialový sprej)

• *Očistění okolí stomie*

- Osprchovat či omýt pomocí pěny a buničiny
- Důkladně osušit

• *Nalepení nové pomůcky*

- Aplikovat na kůži ochranný film (zelený či bílý sprej)
- Poté nalepit předstřiženou podložkou a na ni zacvaknout sáček se zámkem (dvojdílný systém) nebo nalepit nalepovací sáček (jednodílný systém)
- **Zkontrolovat, zda pomůcka drží, zatáhnutím sáčku směrem od sebe a setrvat minimálně 15 minut v klidu**

Na co nezapomínat!

- Při každém odchodu z domu (lékař, výlet, nákup, dovolená, ...) noste vybavení pro základní výměnu pomůcek s sebou.
- Sprchovat se lze bez pomůcky, ale i s pomůckou - tam je zapotřebí zalepit filtr (součást balení sáčků).
- V případě jakýchkoliv komplikací (zarudnutí kůže, odlepování pomůcky ...) zkontaktovat stomickou sestru.
- Je nutné pomůcku vystříhovat těsně do okolí stomie!!!
- Pomůcky vždy předepíše náš lékař či obvodní lékař ve formě poukazů na tři měsíce, se kterými si dojdete do Zdravotnických potřeb (areál nemocnice – budova hlavní vrátnice), kde Vám budou vydány.

Limity stomických pomůcek

- Jsou dané pojišťovnou
- **MĚSÍČNÍ limit pro KOLOSTOMIKA (vývod tlustého střeva)**
 - Podložka 10 ks a sáček se zámkem 60 ks (dvojdílný systém)
 - Lepící sáček 60 ks (jednodílný systém)
- **MĚSÍČNÍ limit pro ILEOSTOMIKA (vývod tenkého střeva)**
 - Podložka 15 ks a sáček s výpustí se zámkem 30 ks (dvojdílný systém)
 - Lepící sáček s výpustí 30 ks (jednodílný systém)
- **MĚSÍČNÍ LIMIT PRO UROSTOMIKA (uměle vytvořený rezervoár z tenkého střeva)**
 - Podložka 15 ks a sáček s výpustí se zámkem 30 ks (dvojdílný systém)
 - Lepící sáček s výpustí 30 ks (jednodílný systém)
- **Snažit se dodržet limity viz výše!**



SEZNAM ZKRATEK

CA 19- 9	Karcinom asociovaný antigen
CEA	Karcinoembrionální antigen
CNC	Klinická certifikovaná sestra
CT	Počítačová tomografie
ČR	Česká republika
KRK	Kolorektální karcinom
MZCR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
NCO NZO	Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů
RTG	Rentgen
Sb.	Sbírka zákonů
Tj.	to je
Tzv.	takzvaně
USA	Spojené státy americké
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky
CM	Case manager
FNKV	Fakultní nemocnice Královské Vinohrady