

UNIVERZITA PARDUBICE

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2022

Petra Vetešníková

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Role sestry v prevenci kolorektálního karcinomu
Bakalářská práce

2022

Petra Vetešníková

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2020/2021

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Petra Vetešnicková**
Osobní číslo: **Z19141**
Studijní program: **B5341 Ošetřovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Téma práce: **Role sestry v prevenci kolorektálního karcinomu**
Téma práce anglicky: **The role of the nurse in the prevention of colorectal cancer**
Zadávací katedra: **Katedra ošetřovatelství**

Zásady pro vypracování

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

Rozsah pracovní zprávy: **35 stran**
Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**
Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

1. FIERLOVÁ, Radomíra. 2018. Péče o pacienty se stomií. *Medicína pro praxi: Pro sestry* [online], roč. 15, č. 5, s. 291-294 [cit. 2022-02-12]. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/med/2018/05/11.pdf>.
2. MACÁK, Jiří, Jana MACÁKOVÁ a Jana DVORÁČKOVÁ. 2015. *Výchova ke zdraví. 2.*, aktualizované vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5351-5.
3. OREL, Miroslav, 2019. *Anatomie a fyziologie lidského těla: pro humanitní obory*. Praha: Grada. s. 780-814. ISBN 978-80-271-0531-1.
4. VÍTEK, Pavel a Jan NOVOTNÝ. 2015. Karcinom anu. *Onkologiecs.cz* [online], roč. 9, č. 6, [cit. 2022-02-12]. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/xon/2015/06/03.pdf>.
5. VORLÍČEK, Jiří, Jitka ABRAHÁMOVÁ a Hilda VORLÍČKOVÁ. 2012. *Klinická onkologie pro sestry. 2.*, aktualizované vydání. Praha: Grada. s. 772-773. ISBN 978-80-247-3742-3.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Hana Ochtinská, Ph.D.**
Katedra ošetřovatelství

Datum zadání bakalářské práce: **1. prosince 2020**
Termín odevzdání bakalářské práce: **5. května 2022**

doc. Ing. Jana Holá, Ph.D. v.r.
děkanka

L.S.

Mgr. et Mgr. Michal Kopecký v.r.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 8. března 2022

Prohlašuji:

Práci s názvem Role sestry v prevenci kolorektálního karcinomu jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, 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. 7/2019 Pravidla pro odevzdávání, zveřejňování a formální úpravu závěrečných prací, ve znění pozdějších dodatků, bude práce zveřejněna prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 14.7.2022

Petra Vetešníková

PODĚKOVÁNÍ

Tímto děkuji vedoucí mé bakalářské práce Mgr. Haně Ochtinské, Ph.D., za ochotu, věnovaný čas a dohled nad mou bakalářskou prací. Poděkování patří i všeobecným sestřám za poskytnutí rozhovorů. Také děkuji své rodině za podporu při studiu.

ANOTACE

V bakalářské práci se zabývám vzděláním všeobecných sester v prevenci kolorektálního karcinomu, který je jedním z nejčastěji vyskytujících se nádorových onemocnění v České republice. Jde o práci teoreticko-průzkumnou. Teoretická část shrnuje poznatky z anatomie tlustého střeva, vlastního onemocnění a o diagnostických a léčebných postupech. Zaměřuji se především na rizikové faktory a metody primární, sekundární a terciární prevence. V průzkumné části jsem pomocí rozhovorů zjišťovala informovanost všeobecných sester v problematice rakoviny tlustého střeva a prevenci tohoto onemocnění. Bylo zjištěno, že všeobecná sestra má nepostradatelnou roli v prevenci pacientů ohledně kolorektálního karcinomu. Také je prostředníkem mezi pacientem a lékařem, dále pacienta vzdělává a pečuje o něj. Je důležitá pro chod oddělení.

KLÍČOVÁ SLOVA

kolorektální karcinom, okultní krvácení, prevence, screening, všeobecná sestra

ANNOTATION

In my bachelor's thesis I deal with the education of general nurses in the prevention of colorectal cancer, which is one of the most common cancers in the Czech Republic. It is a theoretical-research work. The theoretical part summarizes the knowledge of the anatomy of the large intestine, the disease itself and the diagnostic and treatment procedures. I focus mainly on risk factors and methods of primary, secondary and tertiary prevention. In the research part, I used interviews to find out the awareness of general nurses in the field of colon cancer and the prevention of this disease. The general nurse has been found to play an essential role in preventing colorectal cancer patients. He is also an intermediary between the patient and the doctor, and further educates and cares for the patient. It is important for the operation of the department.

KEYWORDS

colorectal cancer, occult bleeding, prevention, screening, general nurse

OBSAH

ÚVOD.....	11
CÍL PRÁCE	12
I TEORETICKÁ ČÁST	13
1 KOLOREKTÁLNÍ KARCINOM.....	13
1.1. Etiopatogeneze	14
1.2. Typy kolorektálního karcinomu	14
1.3. Epidemiologie a rizikové faktory	15
1.4. Klinické projevy	17
1.5. Diagnostika.....	17
1.6. Léčba	18
1.6.1 Chirurgie	18
1.6.2.Radioterapie	19
1.6.3.Chemoterapie	19
1.6.4.Biologická léčba.....	20
1.6.5.Imunoterapie	20
1.7. Komplikace kolorektálního karcinomu	20
1.7.1. Obstrukce	20
1.7.2. Perforace	20
1.7.3. Krvácení.....	21
1.7.4. Komplikace způsobené léčbou	21
2 PREVENCE.....	22
2.1. Primární prevence.....	22
2.2. Sekundární prevence	23
2.3. Terciární prevence	24
3 STOMIE A STRATEGIE ZVLÁDÁNÍ STRESU A ÚZKOSTI	26
3.1. Předoperační péče.....	26
3.2. Pooperační péče.....	26
3.3. Stomická sestra	27
3.4. Komplikace stomií.....	27
3.5. Strategie zvládnání stresu a úzkosti.....	27
II PRŮZKUMNÁ ČÁST.....	28
4 KVALITATIVNÍ PRŮZKUM	28
4.1. Metodika průzkumu a sběru dat	28

4.2.	Výzkumný vzorek respondentů	29
5	PREZENTACE VÝSLEDKŮ	30
5.1.	Identifikační údaje respondentů	30
5.2.	Role sestry v primární prevenci kolorektálního karcinomu	31
5.2.1.	Životospráva.....	33
5.2.2.	Rizikové faktory	34
5.2.3.	Hmotnost	36
5.2.4.	Stres.....	38
5.2.5.	Vyprazdňování	39
5.2.6.	Množství času.....	40
5.3.	Role sestry v sekundární prevenci kolorektálního karcinomu	41
5.3.1.	Témata edukace.....	44
5.4.	Role sestry v terciální prevenci kolorektálního karcinomu	46
5.4.1.	Podpora, motivace a zlepšení kvality života	46
5.4.2.	Stomie	48
5.4.3.	Agresivita pacientů.....	51
6	DISKUZE	53
	ZÁVĚR	58
	POUŽITÁ LITERATURA	60
	PŘÍLOHY	64

SEZNAM ZKRATEK

ČR – Česká republika

DNA – deoxyribonukleová kyselina

FAP – familiární adenomatózní polypózy

HNPCC – hereditární nepolypózní kolorektální karcinom

KRK – kolorektální karcinom

TNM – klinická klasifikace

TOKS – test skrytého okultního krvácení

WHO – World Health Organization – Světová zdravotnická organizace

ÚVOD

Kolorektální karcinom je jeden z nejčastěji vyskytujících se nádorových zhoubných onemocnění v České republice. Každý rok je v České republice kolorektální karcinom diagnostikován asi u 7700 osob a téměř 3400 pacientů na toto onemocnění v ČR každoročně umírá. Podle nejnovějších dat z roku 2018 je v evropském přehledu na 14. místě u mužů a u žen na 19. místě (Gregor, 2021).

Preventivní programy slouží k tomu, aby se předešlo závažnému onemocnění. V roce 2009 zahájilo Ministerstvo zdravotnictví ČR screeningový program zaměřený na prevenci kolorektálního karcinomu. Tento preventivní program navazuje na screening nádorů prsu, který v ČR probíhá již od roku 2002. Další z programů je screening nádorů hrdla děložního, který začal v roce 2008. Cílem Ministerstva zdravotnictví je poskytnout českým občanům kvalifikovaná screeningová vyšetření splňující kritéria moderní diagnostiky (Kolorektum.cz, 2014).

Preventivní programy slouží k zabránění vzniku onemocnění, ale i k objevení včasné diagnózy. Všeobecné sestry většinou tráví s pacienty více času, než jakýkoliv jiný zdravotnický personál, a proto by měly dbát na správnou prevenci o kolorektálním karcinomu. Edukace by měla obsahovat informace o zdravém životním stylu, příznacích, léčbě, možnostech domácího testování a pravidelné návštěvě praktického lékaře (Müllerová, 2014).

Obvyklý věk pacienta s kolorektálním karcinomem je u nás v České republice 62–77 let. Avšak kolem 18 % lidí, kterým byl diagnostikován kolorektální karcinom, je mladších 60 let. Vzestup incidence začíná již od 45. roku života. Nepříznivým faktem je, že téměř u poloviny pacientů je kolorektální karcinom diagnostikován až ve třetím či vyšším stádiu (Petruželka et al., 2018).

Bakalářská práce je rozdělena na část teoretickou a průzkumnou. Teoretická část je věnována zejména anatomii, diagnostice kolorektálního karcinomu, léčbě a metodám kolorektálního screeningu. Velká část této práce je zaměřena na prevenci. V průzkumné části jsou zobrazena a vyhodnocována data, která byla získána prostřednictvím rozhovoru.

CÍL PRÁCE

Cíle pro teoretickou část práce

- Předložení teoretických poznatků o kolorektálním karcinomu v oblasti rizikových faktorů, příznaků, diagnostiky, léčby a prognóze.
- Popsat preventivní programy v ČR zaměřené na kolorektální karcinom.

Cíle pro průzkumnou část práce

- Zjistit, jakou roli mají gastroenterologické sestry v primární, sekundární a terciální prevenci kolorektálního karcinomu.

I TEORETICKÁ ČÁST

Hlavním tématem teoretické části je prevence kolorektálního karcinomu. Ta je dělena na tři oblasti: primární, sekundární a terciární prevence, což je jedna z činností všeobecné sestry. V této kapitole je uvedena základní anatomie tlustého střeva a konečníku, co je kolorektální karcinom, jak ho diagnostikujeme, dělíme, jaká je etiologie, etiopatogeneze a léčba.

1 KOLOREKTÁLNÍ KARCINOM

Kolorektální karcinom patří mezi nejčastější onemocnění v oblasti nepřenositelných chorob. Aby problematice kolorektálního karcinomu bylo jednodušší porozumět, je důležité znát anatomii tlustého střeva a konečníku (viz příloha A). Intestinum crasum neboli tlusté střevo, navazuje na tenké střevo. Jeho délka u zdravého, dospělého člověka je 1,5–2 m. V pravé jámě kyčelní je uloženo caecum (slepé střevo), je vakovitě rozšířené a dlouhé zhruba 6–8 cm. Jeho součástí je appendix vermiformis (červovitý výběžek). Na slepé střevo navazuje colon ascendens (tračník vzestupný), jehož délka činí 12–16 cm, dále colon transversum (tračník příčný), který se táhne zprava doleva napříč břišní dutinou až ke slezině a colon descendens (tračník sestupný) sestupuje od sleziny podél levé stěny břišní do levé jámy kyčelní, je dlouhý průměrně 22–30 cm. Následuje colon sigmoideum (esovitá klička), tento úsek se stáčí ke středu pánve, jeho délka činí 30–40 cm a poslední částí je rectum (konečník), který se nachází v malé pánvi před kostí křížovou a kostrčí, měří 12–16 cm. Skládá se ze dvou částí: širší část konečníku se nazývá ampulla (ampulla recti) o délce 10–12 cm, má tři příčné slizniční řasy a největší z nich je Kohlrauschova řasa. Druhý, užší úsek konečníku se nazývá anální kanál (canalis analis), je dlouhý 2–4 cm a vyúsťuje v řitní otvor (anus) (Orel, 2019).

Charakter kolorektálního karcinomu je velice zákeřný. Česká republika vzhledem k vysokému výskytu tohoto onkologického onemocnění přispívá ke studiím a diskusím k tomuto tématu. Mortalita kolorektálního karcinomu neklesá, a to ani přes rozvoj diagnostiky a léčby. Pro zlepšení situace je hlavní brzká diagnostika, a to ještě před projevením prvních příznaků. Kolorektální karcinom je zákeřný z důvodu dlouhé symptomatičnosti, ale když už se projeví první příznak, je to nejčastěji anemie. I přes propagovanou prevenci, většina pacientů přichází již s mnoha příznaky. V populaci je mnoho lidí s vysokým rizikem vzniku kolorektálního karcinomu. Pro tyto osoby jsou určeny preventivní programy (Seifert, 2012).

Kolorektální karcinomy jsou adenokarcinomy, které vznikají ze žláz sliznice tlustého střeva (intestinum crasum) a konečníku (rektum). Kolorektální screening zvyšuje možnost včasného diagnostikování onemocnění s premaligními lézemi, nebo ranými stadii nádoru, kdy je možná kurativní léčba a prognóza je velmi dobrá. Terapie metastatického onemocnění je složitější, u většiny nemocných jde o terapii paliativní (Tomášek, 2019).

1.1. Etiopatogeneze

I když etiopatogeneze není přesně známá, na vzniku kolorektálního karcinomu se podílí mnoho faktorů. Zvýšené riziko výskytu je například u příbuzných pacienta s diagnostikovanou rakovinou tlustého střeva, diabetiků a osob s metabolickou poruchou. Kolorektální karcinom ohrožuje obě pohlaví, ale převahu v tomto onemocnění mají muži. Riziko vzniku kolorektálního karcinomu stoupá s věkem. Incidence a prevalence narůstá ve věku 50 let (Seifert, 2012).

1.2. Typy kolorektálního karcinomu

Je několik druhů kolorektálních karcinomů. Mezi nejčastější řadíme hereditární nepolypózní kolorektální karcinom (HNPCC) neboli Lynchův syndrom. Je to autozomálně dědičné onemocnění. HNPCC je podmíněný vrozenou mutací genů MMR, které řídí opravu DNA. Porucha funkce těchto genů vede k mutacím v dalších genech. Vzniká tak nestabilita genomu s tendencí ke kupení dalších genetických mutací.

Druhý častý typ kolorektálního karcinomu je syndrom familiární adenomatózní polypózy (FAP). Což je autozomálně dominantně dědičný. Příčinou je zárodečná mutace genu APC. Běžná forma FAP je typická výskytem stovek až tisíců adenomatózních polypů v tlustém střevě, v mladším věku je polypů méně. Testování rodinných příslušníků na přítomnost mutace je vhodné od dětského věku. Tím lze zajistit včasná preventivní vyšetření a terapeutické zákroky (Tomášek, 2019).

Dále můžeme dělit karcinomy dle lokalizace na nádory pravé poloviny tračníku (caecum, colon ascendens, transversum až po lienální flexuru), které jsou víceméně zevně rostoucí, mohou se objevovat vzácné histologické typy (např. medulární nebo mucinózní karcinom), mohou mnohdy vznikat na podkladě alternativní cesty karcinogeneze, tyto vzniklé útvary nezpůsobují obstrukci střeva (Mačák, 2012; Petruželka, 2018).

Nádory levé poloviny tračníku naopak rostou dovnitř, zhoubné útvary se nacházejí cirkulárně po celém obvodu sliznice v podobě kroužku, průsvit střeva je zúžen a vzniká stenóza. Střevní obsah se hromadí před zúženým místem, což způsobí obstrukční ileus. Pacienti

s levostranným KRK mají lepší prognózu než pacienti s pravostranným nádorem (Mačák, 2012; Petruželka, 2018).

Podle anatomické lokalizace se nádory kolorekta dělí na nádory tračníku, karcinomy rektosigmoideálního spojení (C19) a na karcinomu rekta. Pod kódem C21 se označuje anální karcinom. Karcinom tlustého střeva a konečníku se liší anatomicky, klinicky i biologicky.

Nádory anu (análního kanálu) jsou méně častá onkologická onemocnění zažívacího traktu specifikované především histologickým obrazem spinocelulárního karcinomu. V jejich výskytu se uplatňuje až v 90 % infekce HPV-16 a imunosuprese. Kvůli tomu je jejich výskyt vyšší u HIV pozitivních pacientů.

Karcinomy anální oblasti jsou převážně typu spinocelulárního karcinomu. Druhá edice WHO klasifikace nádorů zahrnuje do této skupiny všechny typy nádorů bez ohledu na přítomnost rohování a včetně basaloidního karcinomu. Při objevení se v oblasti sfinkteru nebo v jeho blízkosti je mikromorfologická diagnóza jediné, co nádor odlišuje od primárního nádoru rekta. Malobuněčný karcinom, adenokarcinom a maligní melanom jsou vzácné formy karcinomu (Vítek, 2015).

1.3. Epidemiologie a rizikové faktory

Česká republika se umisťuje dlouhodobě na předních místech při hodnocení výskytu tohoto nádorového onemocnění. Dle dat GLOBOCANU z roku 2008 jsme ve výskytu při přepočtu na světovém měřítku na 5. místě za Slovenskem, Maďarskem, Novým Zélandem a Izraelem. Postupně je patrný pokles incidence. V roce 2016 byl výskyt kolorektálního karcinomu v ČR 74/100 000 obyvatel a mortalita byla 35/100 000 obyvatel (Tomášek, 2019).

Dle etiologie můžeme kolorektální karcinom dělit na familiární formy a na rizikové faktory. Je prokázáno, že u osob, jejichž pokrevný příbuzný má diagnostikován tento karcinom, je zvýšené riziko jeho vzniku. Jedná se o syndrom familiárního výskytu nepolypózních nádorů. U familiární polypózy jde o výskyt mnohočetných adenomatózních polypů v tlustém střevě, které se často mění v karcinom. Riziko přeměny polypu na karcinom je téměř stoprocentní (Abrahámová, 2012; Seifert, 2012).

Familiární formy představují téměř 30 % všech karcinomů tlustého střeva. Mezi tyto karcinomy řadíme familiární adenomatózní polypózu tračníku (FAP), Lynchův syndrom, Gardnerův syndrom, Turcotův syndrom a další vzácné karcinomy.

Z ostatních onemocnění je prokázán častější výskyt rakoviny tlustého střeva u lidí s nespecifickým zánětlivým onemocněním, jako je Crohnova choroba nebo ulcerózní kolitida. Idiopatické střevní záněty představují 3 % ze všech kolorektálních karcinomů. Zvýšené riziko vzniku souvisí s délkou trvání a mírou aktivity onemocnění, kdy je DNA kolonocytů dlouhodobě poškozována noxami probíhajícího zánětu. Nemoc se může objevit také u diabetiků a pacientů s metabolickým syndromem. Na vzniku KRK se pravděpodobně podílí inzulinová rezistence. Inzulin redukuje apoptózu buněčných linií karcinomu a stimuluje proliferaci buněk kolorektálního karcinomu (Schneiderová, 2015).

Vnější vlivy také působí na vznik tohoto onemocnění. Jsou to především špatné stravovací návyky, jako je nezdravá úprava masa – jedná se například o smažení, grilování a uzení. Dále velké množství tuků ve stravě, znečištěné životní prostředí, nadměrné užívání léků, doplňků stravy, hormonů, kosmetiky, nadměrná konzumace alkoholu, především piva, kouření a stres. Na KRK, který vznikl kouřením, byla provedena studie China Nationwide Retrospective Mortality Survey. Ta odpověděla na otázku, zda existuje spojení mezi kouřením a vznikem kolorektálního karcinomu. Výsledky vychází z populační studie u čínské populace. Autoři došli k závěru, že ve srovnání s nekuřáky kouření zvyšovalo riziko specifické mortality o 9,8 %. Proto doporučují zanechání kouření v jakémkoliv časovém období (Hou, 2014).

Nejen kouření, ale i obezita je jeden z rizikových faktorů pro vznik KRK. S obezitou je spojena i snížená fyzická aktivita a sedavé zaměstnání (Abrahámová, 2012; Seifert, 2012).

Česká republika se v počtu obézních osob dostává postupně na přední místa v celé Evropě. Tento problém nadále narůstá. Více než 20 % mužů a 30 % žen je obézních. Když sečteme nadváhu a obezitu, dostaneme výsledek u žen 68 % a u mužů dokonce 72 % (Novák, 2018).

Ve studii Kolorektální karcinom a obezita z roku 2014 se srovnávalo BMI u 80 pacientů s kolorektálním karcinomem, kteří byli operováni v období od ledna 2010 do ledna 2012 s 80 pacienty, kteří byli postupně hospitalizováni na oddělení od června do srpna 2013 pro jiné diagnózy. Výsledek byl vyhodnocen Mann Whitneyho U testem a Fischerovým exaktním testem. Výsledkem bylo, že 70 % pacientů s kolorektálním karcinomem a 58 % pacientů v kontrolní skupině mělo nadváhu (Adamová, 2014).

Všechny tyto vyjmenované rizikové faktory jsou námi ovlivnitelné. Tento způsob života vede k rozvoji civilizačních chorob jako je arteriální hypertenze, obezita, diabetes mellitus II. typu, metabolický syndrom, hypercholesterolemie, ateroskleróza, ischemická choroba srdeční a některé malignity. Do roku 1950 bylo v jídelníčku běžné populace maso 1–2× týdně. Jedlo

se většinou maso drůbeží, králíčí, divočina či ryby. V posledních desetiletích došlo k nárůstu konzumace červeného masa, což může mít za následek zvýšení rizika vzniku kolorektálního karcinomu (Schneiderová, 2015).

V kontextu těchto skutečností lze u české populace, která navíc demograficky výrazně stárne, přepokládat další nárůst počtu pacientů s onkologickou diagnózou se všemi společenskými i finančními důsledky (Dušek, 2015).

1.4. Klinické projevy

Příznaky se většinou projevují u větších nádorů nebo pokročilých onemocnění. KRK v raném stadiu je často asymptomatický. Vzácností ale není pacient, u kterého je diagnostikován rozsáhlý metastatický kolorektální karcinom z plného zdraví s velmi krátkou anamnézou. Všimát bychom si měli každé dlouhodobější změny charakteru stolice. Může se projevovat průjmem, zácpou, pocitem nedokonalého vyprázdnění nebo opakovaným nucením na stolicí, rektálním syndromem. Pro nádory konečníku je typická tužkovitá stolice. Charakteristickým příznakem je příměs krve ve stolici nebo hlen. Tento příznak pacienti často podceňují a přičítají hemoroidům. Slabé krvácení ale pacient sám nemusí vůbec zjistit. Dlouhodobé drobné ztráty krve se pak projeví sideropenickou anémií s doprovázející únavou. S tím může být také spojená bolest břicha. Další celkové příznaky jsou nechutenství, slabost, hubnutí, bledost, zvětšující se břicho a zvýšená teplota. Obvyklým symptomem je břišní dyskomfort s pocitem plnosti, pobolíváním břicha, plynatostí nebo horším odchodem plynů. Porucha střevní pasáže může mít za následek obstrukční ileus, který je životu nebezpečný (Schneiderová, 2015).

1.5. Diagnostika

Nejdůležitější je včasná diagnóza. Vyšetření krevního obrazu a nádorových markerů CEA a CA 19-9. Jejich přítomnost poukazuje na výskyt onkologického onemocnění. Nejznámější klasifikací nádorů je TNM klasifikace (viz příloha B), kde se hodnotí velikost, uzliny a metastázy karcinomu. Dále pozitivní test okultního krvácení do stolice (TOKS), zvýšení hladiny kalprotektinu a M2-PK. Využívání TOKS se běžně využívá v zavedených screeningových programech v Evropě. Dále se využívá kvantitativní imunochemická forma testu. Výhodou této formy testu oproti guajakovým TOKS je diagnostická přesnost (Ngo, 2019).

Lékař také provádí fyzikální vyšetření včetně per rektum. Další vyšetření karcinomu jsou endoskopická (kolonoskopie, sigmoideoskopie, rektoskopie). Ty umožňují prohlédnutí dutého

prostoru a odběr vzorku na biopsii. Zlatým standardem je diagnostická kolonoskopie, která je vyhrazena pro asymptomatické pacienty od určitého věku a vyžaduje kvalitní přípravu střeva, která může být pro pacienta často více stresující než samotná kolonoskopie. Nejčastějším vyšetřením je odběr krve, kde je analyzován výskyt celých nádorových buněk či fragmentů nádorové DNA. Poslední pokrok v diagnostice byl představen v roce 2018. Test na principu čipu CellMax detekuje cirkulující nádorové buňky z jedné kapky krve. Poprvé byl použitý ve studii na 620 dobrovolnících a bylo vyhodnoceno jejich riziko. Následně stejní dobrovolníci podstoupili kolonoskopii a případnou biopsii. Specificita tohoto testu dosáhla 84 %, u jedinců s kolorektálním karcinomem dokonce 97,3 % a senzitivita až 86,9 %. Tekuté biopsie tak prezentují rozumné řešení k získání odpovídajícího množství materiálu k takovým analýzám. Další vyšetření jsou RTG, ultrasonografie, CT a scintigrafie (John, 2019).

Mezi méně časté vyšetření zařazujeme kapslovou endoskopií. Jedná se o oválné kapslové zařízení z biokompatibilního materiálu. Jeho velikost je přibližně 31×11 mm, rozlišují se podle toho, od jaké značky endoskopickou kapsli používáme. Má dvě kamery. Po polknutí kapsle se díky střevní peristaltice pasivně posouvá dál do gastrointestinálního traktu. Kapsle je schopna nahrát až desetihodinový záznam. Pomocí elektrod umístěných na břicho pacienta kapsle komunikuje s nahrávacím zařízením. Na displeji lze pozorovat obraz v reálném čase. Dále jsou data elektronicky přemístěna do pracovní stanice (Voška, 2018).

1.6. Léčba

Kolorektální karcinom se považuje za onemocnění, které se léčí v pokročilých stádiích multioborově. Hlavní význam má však nadále biochemoterapie, která nemá vždy stejnou účinnost. Je tedy důležité určit typy tohoto onemocnění, určit vhodný biomarker a následně i léčbu, která má největší naději na uzdravení (John, 2019).

1.6.1. Chirurgie

Chirurgická léčba spočívá v resekci, což je odstranění postižené části střeva nebo konečníku s bezpečnostním lemlem ze zdravé tkáně s příslušnými lymfatickými uzlinami. Někdy se zbylé části střeva nebo konečníku spojí k sobě. Jindy toto není možné, tak se provede kolostomie (vyústění části střeva skrz dutinu břišní ven). Kolostomie se dá kdykoliv zrušit a obnoví se kontinuita střev. Jestliže došlo k úplnému odstranění konečníku, tak je kolostomie trvalá.

Nutné je podotknout, že největší nadějí na dlouhodobé přežívání pacientů s místně pokročilým karcinomem rektu je radikální chirurgické odstranění nádoru. Jde o nádory rektu primární i recidivující. Při rozhodování o multiorgánové resekci je velmi významná kvalita

života pacienta. Neléčený pokročilý nádor je často provázený samovolným odchodem stolice i moči, bolestmi a zápachem. Pro pacienta a jeho nejbližší okolí je to nepříjemné a poukazuje to na velmi nízkou kvalitu života. Pečlivé diagnostikování karcinomu, celkového stavu nemocného a jeho schopnosti podstoupit chirurgický zákrok je před těmito výkony zásadní. Stanovení léčebného postupu má vždy vycházet z rozhodnutí mezioborového indikačního týmu. K zvážení je zahrnuto i zhodnocení mentálního stavu pacienta se zaměřením na určení stupně jeho závislosti na okolí. Všechny sociální aspekty musí být opakovaně projednány s pacientem i jeho rodinnými příslušníky. Na závěr jsou pečlivě posouzeny při rozhodování o indikaci k multiorgánové resekci (Levý, 2017).

1.6.2. Radioterapie

Radioterapie tlustého střeva se neprovádí, ale u konečnicku je velmi podstatná. Cílem je zmenšení nádoru, což znamená snížení životaschopnosti nádorových buněk a zlepšení operability před plánovanou operací. Snižuje výskyt lokálních recidiv zhruba o polovinu. U inoperabilních nádorů má cíl paliativní. Radioterapie nemá stejný přínos pro všechny. Navíc je důležité se zamyslet nad jejími nežádoucími účinky, zejména pozdními. Nejhorší jsou nádory v dolní třetině konečnicku, protože představují hlavní terapeutickou výzvu, pokud jde o lokální kontrolu a zachování análního svěrače.

Předoperační radioterapie je spojována s menší četností nežádoucích účinků a lepší lokální kontrolou než léčba pooperační. Dlouhé ozařování poskytuje výraznější redukci nádorové hmoty. Zvyšuje tak pravděpodobnost radikální resekce u pokročilých nádorů (Pospíšil, 2020).

1.6.3. Chemoterapie

Rozděluje se do 4 oblastí:

- adjuvantní chemoterapie lokálně pokročilého kompletně resekabilního karcinomu – sleduje se zlepšení podmínek a kvality žití;
- pokročilého a metastatického karcinomu;
- izolovaných jaterních metastáz – kombinace léčby parenterální s aplikací cytostatik do hepatálního portu cestou jaterní tepny;
- rakoviny konečnicku.

1.6.4. Biologická léčba

V této léčbě se využívají tři protilátky. Léčiva jsou v intravenózní podobě. Volba mezi cutuximabem (Erbitux), panitumumabem (Vectibix) a bevacizumabem (Avastin) se řídí dle doporučení ČOS (Abrahámová, 2012).

1.6.5. Imunoterapie

Za jednu ze zásadních důvodů vzniku nádorového onemocnění můžeme považovat deregulaci imunitního systému. Od roku 1970 vidíme snahy o opětovnou aktivaci imunitních složek v boji s nádorovými buňkami. Bohužel, ale nepřinesly tyto pokusy očekávané výsledky. V posledních letech však můžeme zpozorovat obrození imunoterapie. Opětovná aktivace imunitního systému, tzv. checkpoint-inhibitory, směřuje k velkému pokroku. Následně se imunoterapie dostala do všech oblastí onkologie a hematologie. Vůči její nákladnosti jsou zapotřebí biomarkery, které vyberou vhodné onkologické pacienty, u kterých bude tato léčba nejvíce působivá (John, 2019).

1.7. Komplikace kolorektálního karcinomu

Kolorektální karcinom může způsobovat hned několik vážných život ohrožujících komplikací. Dělí se na komplikace předléčebné a způsobené léčbou. Přibližně 20 % nádorů je při diagnostikování ve čtvrtém stadiu. Stejně procento případů je spojeno se vznikem komplikací. Jedná se například o obstrukce, perforace a krvácení. Dále rozlišujeme časně a pozdní léčebné komplikace související s chirurgickou léčbou, radioterapií a onkologickou léčbou (Zavoral, 2016).

1.7.1. Obstrukce

Léčba obstrukce neboli neprůchodnost se převážně léčí chirurgicky pomocí resekce nebo stomií. Vše závisí na lokalizaci obstrukce. Existují různé kurativní, paliativní chirurgické a endoskopické metody, které se odvíjí od celkového stavu nemocného a stádia karcinomu. Mezi ně se řadí vícestupňové chirurgické výkony, paliativní kolostomie, bypassové operace nebo endoskopická implantace samoexpandabilních metalických stentů (Zavoral, 2016).

1.7.2. Perforace

Perforace neboli protržení KRK je méně častá. Objevuje se přibližně u 2–9 % nemocných. Perforace se nejčastěji vyskytuje v místě karcinomu nebo v jeho blízkosti z důvodu nekrózy střevní stěny či zánětlivé reakce (Zavoral, 2016).

1.7.3. Krvácení

Při komplikaci jako je krvácení nádoru s anemizací, je hlavní léčbou chirurgická operace. Není-li pacient schopen operačního řešení, provádí se selektivní embolizace nebo laserová ablace či elektrokoagulace karcinomu. Další alternativní možností je paliativní radiační léčba (Zavoral, 2016).

1.7.4. Komplikace způsobené léčbou

Do této skupiny se řadí dehiscence anastomózy, syndrom presakrálního sinu, ranné infekce, syndrom krátkého střeva, břišní kýla, iritační peristomické dermatitidy, postradiační kolitida a cystitida, akutní kožní reakce, chronické postradiační komplikace, útlum krvetvorby v kostní dřeni, febrilní neutropenie, trombocytopenie, anémie, nauzea, zvracení, nechutenství a další (Zavoral, 2016).

2 PREVENCE

Všeobecná sestra tráví s pacientem nejvíce času, oproti jinému zdravotnickému personálu. Z tohoto důvodu by jednou z jejích náplní práce měla být prevence onemocnění a edukace pacienta. Měla by vést pacienta ke zdravému životnímu stylu, psychicky ho podpořit a předat mu důležité informace (viz příloha D). Zároveň by měla umět naslouchat potřebám a starostem nemocného. Pacient by měl všeobecné sestře důvěřovat, nebát se jí a nestydět se podělit se i o intimní problémy. Hodně lidí se nechce svěřit se svými zdravotními problémy, cítí se v té situaci nepříjemně a je to pro ně potupné. To je jeden z důvodů, proč přichází pacienti s kolorektálním karcinomem pozdě.

Prevence je zaměřena proti nemocem a jejím cílem je nemoci předcházet, snížit komplikace při objevení se nemoci, zlepšit psychické zdraví pacienta a správně diagnostikovat onemocnění. Zaměřuje se buď na jednu osobu, nebo na celou společnost. Prevence se dělí dle času na primární, sekundární a terciární (Machová, 2015).

2.1. Primární prevence

Jejím cílem je zabránit vzniku onemocnění. Řadíme sem aktivity podporující zdraví a odstranění rizikových faktorů (nekouřit, nekonzumovat alkohol, dostatečná hygiena, zlepšení kvality prostředí, ve kterém žijeme). (Machová, 2015). Primární prevence je založena na znalostech patogeneze onkologického onemocnění, výsledcích léčby, zrovna tak jako na epidemiologických poznatcích. Díky tomu lze objasnit vztah nádorových onemocnění a zevního prostředí, jako jsou stravovací návyky, životní styl a socioekonomické poměry. Je prokázán vliv některých rizikových faktorů zevního prostředí, které se na vzniku nádorového onemocnění jednoznačně podílejí. Patří sem kouření, alkohol, ionizující záření, nepříznivý vliv chemických a biologických kancerogenů.

Velký podíl na nádorovém onemocnění má výživa a problematický příjem nadbytku energie spojeného s nedostatkem tělesného pohybu. Srovnáváním získaných dat se odhaduje vliv výživy na vznik karcinomů až v 30–35 %. Mezi rizika zahrnujeme obezitu a nadměrný příjem tuků s vysokým obsahem nasycených mastných kyselin. To způsobuje zvýšenou tvorbu žlučových kyselin, které mohou působit kancerogenně. Rovněž nedostačující příjem vitaminů a stopových prvků. Zejména nedostatek vlákniny může zvyšovat riziko nádorového onemocnění.

Cílem je celkové zlepšení kvality životního prostředí a stravovacích návyků populace. Zvážíme-li, že z pohledu medicíny se za jednu generaci bere věkový interval kolem 20 let, lze

přepokládat pozitivní výsledek primární prevence za 2 až 3 generace, tedy za 40–60 let (Švestka, 2016).

Pro zlepšení této situace je důležitá kontinuální strategie. Pro různé cílové skupiny populace se zavádí výchova ke zdraví na bázi vzdělávání ve školách. Moderní programy jsou založeny nejen na poskytování znalostí, ale zahrnují i další podstatné složky ovlivňující chování. Například se zaměřují na postoje jednotlivců i společnosti, na nácvik dovedností pro žádoucí rozhodování, různá technicko-ekonomická opatření na zvyšování kvality životního prostředí, podpora výzkumu, daňová opatření výrobků poškozujících zdraví, jako jsou cigarety, alkoholické nápoje, potraviny s vysokým obsahem tuků a soli (Hrubá, 2014).

2.2. Sekundární prevence

Sekundární prevence je cíleně zaměřena na diagnostiku počínajícího nebo již vzniklého nádorového onemocnění. Základem je včasná diagnostika a zahájení léčby. Řadíme sem preventivní prohlídky, jejichž cílem je zachytit nemoc v raném stádiu (např. gynekologické prohlídky, mamografie, stomatologické prohlídky) (Machová, 2015).

Obecná zásada sekundární prevence kolorektálního karcinomu je výchova společnosti v tom smyslu, aby věnovala svou pozornost varovným signálům (Seifert, 2012).

Z výše uvedeného vyplývá, že z hlediska ovlivnění epidemiologie kolorektálního karcinomu setrvává nejvýznamnějším a nejefektivnějším nástrojem sekundární prevence. Diagnóza tohoto nádorového onemocnění v této době je spojena s lepší prognózou pacienta. Jestliže je naopak KRK diagnostikován již v pozdním stadiu, je chirurgicky kurabilní asi u 50 % onkologicky nemocných. To je důvod, proč mají asymptomatictí pacienti ve věku nad 50 let právo na bezplatné vyšetření stolice na okultní krvácení. Sekundární prevence se zaměřuje na včasné diagnostikování začínajícího KRK. Proto onkologická prohlídka zahrnuje i vyšetření per rektum, které je součástí rutinního vyšetření pacienta (Švestka, 2016).

Screening kolorektálního karcinomu

Kolorektální screening využívá kombinaci dvou vyšetřovacích metod. Je to test okultního krvácení do stolice (TOKS) a koloskopie. Od roku 2013 se používají převážně imunochemické TOKS. Manipulace s nimi je snazší, je zde absence diety a mají vyšší senzitivitu v porovnání s guajakovými testy.

Screening by měl být zahájen nejlépe ve věku 50 let (viz příloha C). U rizikových osob je doporučeno s vyšetřením začít dříve. Běžná metoda ke zjištění kolorektálního karcinomu je

test na okultní skryté krvácení. Pacient přítomnost krve ve stolici nemusí sám zpozorovat. Z toho důvodu by měl docházet na vyšetření aspoň jednou za dva roky. Jsou potřeba aspoň 2 ml krve, aby došlo k pozitivnímu výsledku testu. TOKS se provádí nanesením malého množství stolice na podložku napuštěnou quajakovou pryskyřicí, která změní barvu, jestliže je ve stolici přítomna krev, nebo odběrem do speciální zkumavky. Vyšetřují se tři po sobě jdoucí stolice po dvou vzorcích z každé z nich (Abrahámová, 2012).

V případě pozitivního výsledku TOKS se posílá pacient na kolonoskopii. V 55 letech praktický lékař nabízí možnost volby mezi TOKS ve dvouletých intervalech či kolonoskopií jednou za deset let. Horní věková hranice není zákonem stanovena (Seifert, 2012). Toto doporučení neplatí pro populaci s familiárním výskytem KRK nebo pokročilého adenomu u rodinného příbuzného 1. stupně ve věku nad 60 let. Těmto pacientům se doporučuje koloskopie od 40 let nebo 10 let před diagnózou u jejich rodinného příbuzného.

V roce 2014 bylo spuštěno adresné zvaní osob, které se chronicky neúčastní screeningového programu KRK. Program adresovaného zvaní je organizován Ministerstvem zdravotnictví ČR ve spolupráci s plátcí zdravotní péče a s odbornými lékařskými společnostmi (Suchánek, 2018).

V prvním roce zavedení populačního screeningu KRK bylo osloveno 1 500 897 osob, což představuje 52,7 % cílové populace. Na adresné pozvání k účasti na screeningovém programu zareagovala téměř jedna pětina osob podstoupením TOKS či screeningové kolonoskopie. Ve druhé polovině roku 2014 bylo posláno 95 097 druhých zvacích dopisů, díky nimž se více než jedna desetina (11,8 %) dostavila k preventivnímu vyšetření. Celkově došlo k vzestupu pokrytí cílové populace o 4,3 % oproti roku 2013. Bylo dosaženo historicky nejvyšší účasti za dobu působení programu (30,8 %). Mezi lety 2013 a 2014 se zvýšil počet vyšetření TOKS o 30 % a screeningových kolonoskopií o 87 % (Zavoral, 2016).

V současnosti je v České republice vybudováno 188 screeningových center. Hlavním ukazatelem kvality screeningových center je dostatečný počet prováděných kolonoskopií, za rok jich musí být provedeno minimálně 100 (Petruželka a kol., 2018).

2.3. Terciární prevence

Zaměřuje se na prevenci následků nemoci, vad, dysfunkcí a handicapů. Je zde typická rehabilitace jak léčebná, pracovní, sociální, tak i speciálně pedagogická. Snaží se udržet co nejdéle dobrou kvalitu života (Machová, 2015).

Podpůrná, paliativní a hospicová péče

Každý onkolog má ve své péči pacienty s pokročilým onemocněním, které léčí nekurativní protinádorovou léčbou, u kterých se ale dříve či později zdravotní stav zhorší, a budou potřebovat již „jen“ symptomatickou péči. Podpůrná léčba se zaměřuje na řešení obtíží a problémů a na uspokojení potřeb (např. fyzické, informační, psychosociální, spirituální, společenské) během léčebně-preventivní péče. Výzkumy z posledních let ukazují, že pro pacienty a jejich rodiny je přínosné, pokud je spolu s protinádorovou léčbou do péče zapojen i paliativní tým. Cílem paliativní péče je pozorná léčba tělesného a psychického diskomfortu, podpora psychické adaptace na blížící se konec života, komunikace o potřebách, a to jsou jen některá z témat, která pro své dobré řešení potřebují dostatečný čas (Pochop, 2019).

Hospicová péče je komplexní specializovaná péče o pacienty s nevléčitelným onemocněním v závěru jejich života. Je poskytována multidisciplinárním týmem. Obecnou podmínkou pro přijetí pacienta do hospicové péče je terminální fáze onemocnění s předpokládanou délkou života kratší než 6 měsíců. V současné době v České republice zůstává speciální zdravotnicko-sociální zařízení lůžkového typu nejvýznamnější formou paliativní péče. V roce 2017 měla Česká republika 18 lůžkových hospiců s celkovou kapacitou 475 lůžek (Polívka, 2018).

3 STOMIE A STRATEGIE ZVLÁDÁNÍ STRESU A ÚZKOSTI

Stomie je umělé vyústění jakéhokoliv dutého orgánu na povrch těla. Dělí se podle lokalizace, neboli dle orgánu, který je vyveden. Stomie pro pacienta znamená změnu tělesného vzhledu, funkce a i psychiky. Cílem stomické a všeobecné sestry je usnadnit navrácení do běžného denního života. Dosáhneme toho správnou edukací, výběrem vhodné stomické pomůcky a podporou psychického stavu ve spolupráci s jeho rodinou.

Existuje hned několik druhů stomií. Dělí se dle časového trvání (trvalé, dočasné), dle účelu (derivační, výživné) a dle konstrukce (nástěnná, jednohlavňová, dvouhlavňová). U kolorektálního karcinomu se nejčastěji využívá cékostomie, ascendentostomie, transverzostomie, descendentostomie a sigmoideostomie (Kosek, 2020).

3.1. Předoperační péče

Předoperační péče začíná již v ambulanci lékaře, kde je pacientovi oznámena jeho diagnóza a je edukován o postupu léčby. Jsou mu vydány tzv. „informované souhlasy“ k seznámení se s výkonem, anestezií atd. Pacient musí před samotnou operací projít předoperačním vyšetřením. Sem se řadí rektoskopie, koloskopie sloužící k určení místa tumoru, odběr vzorku na cytologii či histologii, eventuelně označení místa budoucí stomie. Dle indikace lékaře se může zařadit i sonografické vyšetření, CT nebo PET CT. Velký důraz se klade na zvolení vhodného místa k založení stomie. Cílem je zachování komfortu pacienta v běžném denním životě. Předoperační péče bezprostředně začíná již den před operací. Pacient je převeden na tekutou stravu a začíná proces vyprazdňování střeva. Od půlnoci pacient lační a nekouří. Dále dochází k přípravě operačního pole a provedou se bandáže dolních končetin. Také musí být zaveden invazivní vstup. Na zavolání ze sálu se podá premedikace dle ordinace lékaře (Fierlová, 2018).

3.2. Pooperační péče

Pooperační péče začíná po přivezení pacienta ze sálu. Monitorují se vitální funkce a je zahájena péče o invazní vstupy, provedou se krevní odběry a zároveň je sledována střevní sliznice, charakter a množství odpadu. Pacientovi se podává parenterální výživa, včetně podání intravenózních antibiotik. Jakmile se objeví řídká vodnatá stolice ve stomickém sáčku, to je přibližně do 4. pooperačního dne, je nemocnému předepsána tekutá bezezbytková dieta č. 0/5. Postupně přechází na dietu bezezbytkovou mletou č. 5b a pak plnou bezezbytkovou č. 5. Dále následuje spolupráce se stomickou sestrou (Fierlová, 2018).

3.3. Stomická sestra

Hlavním úkolem stomické sestry je zajistit řádnou edukaci pacienta či rodinného příslušníka v péči o stomii. Do péče o stomii řadíme hygienu a péči o kůži, stravovací návyky nemocného a celkovou výživu, oblékání, fyzickou zátěž, sexuální život apod. Pacient se učí nácvik výměny stomické pomůcky. Důležité je zachování intimity pacienta. Nezbytností je vybrat vhodný jímací systém. Pro stomika by měl být bezpečný, komfortní, diskrétní a jednoduchý na manipulaci a hlavně dostupný. Velmi důležitá je spolupráce s pacientovou rodinou, která nejen že může pacientovi pomáhat v ošetřování stomie, ale zajišťuje i psychickou podporu pacienta (Fierlová, 2018).

3.4. Komplikace stomií

Jako u všech onemocnění či zásahů do lidského těla může mít i stomie své komplikace. Mezi ně řadíme například macerace kůže, alergické reakce či dermatitidy, nekrózu, stenózu (zúžení), granulomy či polypy, prorůstání tumoru, retrakce (vtažení), prolaps (výhřez), parastomální absces, hypergranulace, parastomální kýla atd. (Fierlová, 2018).

3.5. Strategie zvládnání stresu a úzkosti

Jde o přístup, jakým mají daní jedinci zvládnout náročnou situaci. Jedná se o komplex protektivních faktorů, jejichž úkolem je přestát náročnou životní situaci se zachováním duševní rovnováhy. Protektivními faktory se snažíme vyhnout nepřiměřeným, maladaptivním reakcím. Hlavním cílem je najít přijatelné řešení. Každý člověk je subjektivní, a tak může stejná situace vyvolat u každého rozdílné reakce. Těžká životní situace může být chápána jako výzva, či na ní může reagovat útekem a obranou. Protektivními faktory jsou například: jak daný člověk situaci hodnotí, jaká je jeho emoční reakce, zda dokáže udržet kontrolu nad situací atd. Taková diagnóza, jako je kolorektální karcinom, je pro pacienta velmi stresující, proto by mu měla všeobecná sestra nemocnému pomoci se zvládnutím tohoto problému (Kosek, 2020).

II PRŮZKUMNÁ ČÁST

Průzkumné otázky:

1. Jakou roli hrají gastroenterologické sestry v primární prevenci kolorektálního karcinomu?
2. Jaké má všeobecná sestra postavení v sekundární prevenci?
3. Co je úkolem všeobecných sester v terciární prevenci?

4 KVALITATIVNÍ PRŮZKUM

K získání dat byl použit polo-strukturovaný rozhovor, který probíhal se všeobecnými sestrami v gastroenterologických ambulancích. V rozhovoru byly rozebrány specifické oblasti otázek. Tyto oblasti byly rozděleny na identifikační údaje respondentů, primární, sekundární a terciární prevenci kolorektálního karcinomu. Prostřednictvím těchto sestavených otázek byli respondenti dotazováni. Pořadí otázek bylo možné v průběhu rozhovoru střídat, aby rozhovor na sebe dobře navazoval.

4.1. Metodika průzkumu a sběru dat

Před samotným zahájením průzkumu byl proveden pilotní průzkum, jehož cílem bylo ověřit srozumitelnost zvolených otázek a zjistit, zda je nutné nějaké otázky doplnit nebo z rozhovoru úplně odstranit. Tomuto pilotnímu průzkumu se podrobili dva respondenti. Díky tomu průzkumu bylo zjištěno, že otázky jsou vhodně položené a respondenti otázkám bez problému porozuměli. Proto nedošlo k žádným úpravám.

Rozhovor byl sestaven ze čtyř oblastí otázek. Mezi jednotlivé oblasti řadíme identifikační údaje respondentů, primární, sekundární a terciární prevenci. Celkem bylo položeno v každém rozhovoru přibližně 64 otázek. Někteří respondenti zodpověděli jednou odpovědí více otázek najednou.

Rozhovory s respondenty probíhaly od dubna 2022 až do května 2022 na gastroenterologických pracovištích se všeobecnými sestrami. Zkoumaná zdravotní střediska se nachází ve Středočeském kraji. Se souhlasem respondentů byly rozhovory nahrávány na diktafon v mobilním telefonu. Následně byla získaná data přepisována do písemné formy. Aby se průzkum mohl uskutečnit, byly osloveny jednotlivé nemocnice s žádostí o poskytnutí rozhovorů gastroenterologických sester k průzkumné části bakalářské práce. Dále byla oslovena vrchní sestra gastroenterologie, zda by byly sestry ochotné

rozhovor poskytnout. Po schválení vrchní sestrou byla následně kontaktována staniční sestra daného oddělení, se kterou byly domluveny termíny návštěv pro poskytnutí rozhovorů. Respondentům byly předem poskytnuty otázky, z tohoto důvodu po přečtení mohli zvážit, zda se rozhovoru zúčastní anebo ne. Rozhovory probíhaly za běžného provozu ambulance a trvaly přibližně 15–25 minut podle toho, jak všeobecné sestry odpovídaly. Před každým rozhovorem byla sestra seznámena s nahráváním rozhovoru na diktafon a následně tázána, zda s tím souhlasí. Rozhovory byly použity jen pro účely této bakalářské práce. Nahrávané rozhovory nejsou součástí bakalářské práce, rovněž doslovné přepisy daných rozhovorů. Gastroenterologické sestry jsou označeny pod písmenem „S“ jako slovo sestra a číslem dle pořadí rozhovoru (S1 – S7), kvůli zachování anonymity. Odpovědi nebyly nijak upravovány či přepisovány do spisovného jazyka, obsahují parafrázování a přímé citace. V bakalářské práci jsou uváděny nejčastější a nejzajímavější odpovědi. Jednotlivé odpovědi jsou rozebrány a analyzovány. Dle podobnosti jsou jednotlivým slovům přiřazeny kódy. Tato klíčová slova v rozhovorech byla rozřazena do kategorií, pod kterou spadaly. K přehlednosti byly využity barvy a řazení do tabulek.

4.2. Výzkumný vzorek respondentů

S cílem získání dat k průzkumné části bakalářské práce bylo osloveno sedm respondentů z různých pracovišť. Všichni žádost o provedení rozhovoru přijali. Respondenty jsou všeobecné sestry, které pracují v gastroenterologických ambulancích. Tyto dotazované sestry byly různého věku a měly dokončené vzdělání v oboru všeobecná sestra. Každá pracuje na gastroenterologii minimálně půl roku. Respondenti jsou vybráni ze tří gastroenterologických ambulancí. Jsou to ambulance, kde jsou prováděny endoskopické vyšetřovací metody. Na odděleních byly staniční sestrou vytipované všeobecné sestry, hodící se do tohoto průzkumu, ty byly následně osloveny.

5 PREZENTACE VÝSLEDKŮ

V této části jsou podrobněji popsány výsledky získané prostřednictvím polo-strukturovaného rozhovoru. Jsou zde i tabulky, které umožňují větší přehlednost získaných dat.

5.1. Identifikační údaje respondentů

První tabulka ukazuje získaná data o délce pracovního úvazku na daném pracovišti.

Tabulka 1 – Doba pracovního úvazku

Respondent	Doba pracovního úvazku
S1	6 měsíců
S2	20 let
S3	8 let
S4	8 let
S5	23 let
S6	5 let
S7	3 roky

Doba praxe na daném oddělení je u respondentů různá. Nejdelší pracovní úvazek má respondent S5, který v dané ambulanci pracuje již 23 let, a naopak nejkratší dobu pracovního úvazku má respondent S1, který pracuje na gastroenterologii 6 měsíců. Ostatní respondenti se pohybují od 5 let až do 20 let praxe na daném pracovišti.

Tabulka 2 – Nejvyšší dosažené vzdělání

Respondent	Vzdělání
S1	Vysoká škola – Bc.
S2	Vyšší odborná škola
S3	Střední škola
S4	Vysoká škola – Mgr.
S5	Vysoká škola – Bc.
S6	Vysoká škola – Bc.
S7	Vyšší odborná škola

Druhá tabulka dává přehled o tom, jakého nejvyššího vzdělání dosáhly tázané gastroenterologické sestry. U vzorku sedmi sester z gastroenterologické ambulance bylo zjištěno, že nejvyšší dosažené vzdělání má respondent S4, který má získaný magisterský titul.

Druhé nejvyšší dosažené vzdělání je bakalářský titul. Těmto výsledkům odpovídají respondenti S1, S5 a S6. Dalším vzděláním je vyšší odborná škola, kam patří respondenti S2 a S7. Respondent S3 je jediný se středoškolským vzděláním. Ze získaných dat tedy vyplývá, že vzdělání je u gastroenterologických sester různé, ale převažuje vysokoškolský titul (viz tabulka 2).

5.2. Role sestry v primární prevenci kolorektálního karcinomu

Cílem primární prevence je zabránit vzniku onemocnění. Řadíme sem aktivity podporující zdraví a odstranění rizikových faktorů (Machová, 2015). V této kapitole je přehled témat, ve kterých gastroenterologické sestry pacienty edukují či nikoliv. To zahrnuje například informovanost pacientů v životosprávě, rizikových faktorech a vylučování. Následně je zjišťováno, jaké metody k předávání znalostí používají.

Tabulka 3 – Celkový počet pacientů v ambulanci za 1 den

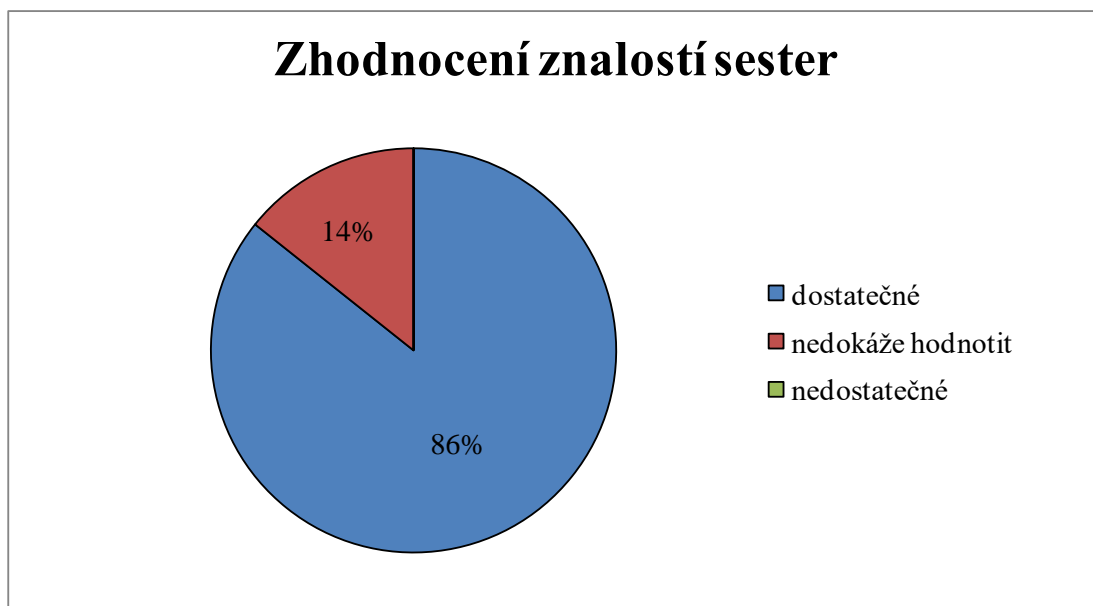
Respondent	Počet pacientů za 1 den
S1	25–40
S2	30
S3	-
S4	20
S5	20
S6	20–30
S7	30

Dále byl vznesen dotaz na celkový počet pacientů za jeden pracovní den, kteří navštíví jejich ambulanci a gastroenterologické sestry se jim musí věnovat. Z tabulky 3 vyplývá, že průměrná návštěvnost za jeden pracovní den je 20–30 pacientů. Respondent S1 uvedl nejvyšší množství pacientů („*Tak to může být 25 klidně i ve 40 denně.*“). Respondent S2 odpověděl, že pacientů navštěvuje jejich oddělení více, ale přímo ambulancí projde okolo 30 pacientů za den („*My máme ambulanci a máme už i výkony. Do ambulance je to třeba 30 pacientů. Pak děláme 12 kolonoskopií, dále kolem 20 gastrokopií a urgentní výkony. Takže tedy hodně.*“). V tabulce 3 je u respondenta S3 buňka proškrtnuta, a to z důvodu nejednoznačné odpovědi sestry, kdy neuvedla žádné konkrétní číslo. Zároveň řekla, že se to liší podle ambulance („*Je to v ambulanci. Jsou tu tři. Je tady gastroenterologická poradna, protologická poradna, gastro poradna na vyšetření žaludku a na kolonoskopie, takže těžko říct.*“). Podobně

odpověděli respondenti S4, S6 a S7 („*No hodně, asi okolo 20 zhruba.*“; „*Těžko říct, odhaduji třeba kolem 20 až 30.*“; „*Tak za den je tu klidně 30 lidí.*“). Respondent S5 rozvedl návštěvnost pacientů a počet prováděných vyšetření na celém oddělení („*Když jenom vezmu poradny, tak poradnami projde určitě kolem 20 lidí. Máme tedy dvě poradny, a pak tedy děláme endoskopie, což děláme 14 kolonoskopií denně a děláme kolem 20 gastrokopií a pak paralelně s tím jede miniinvazivní pracoviště, kde se dělají urgence a tam můžeme otočit dejme tomu 7 až 10 lidí, někdy i 14.*“).

Následně gastroenterologickým sestrám byla položena otázka, zda si myslí, že jsou dostatečně proškolené v problematice kolorektálního karcinomu. 6 sester ze 7 hodnotí své znalosti jako dostačující, což je více než 85 %. „*Z hlediska sestry si myslím, že by to mělo být dostačující pro mě.*“ „*Já si myslím, že ano, vím dostatek informací.*“ Respondentka S3 nedokázala své znalosti zhodnotit: „*Nevím, nedokážu na to odpovědět.*“ Respondentka S1 zdůraznila, že její vědomosti jsou čím dál větší: „*Určitě jo, ale každý den se víc a víc vzdělávám tím, že tady pracuju.*“

Graf 1 – Zhodnocení znalostí sester



5.2.1. Životospráva

Životospráva silně ovlivňuje míru našeho zdraví. Nevhodné stravovací návyky mohou vést k nadváze či obezitě, což je jeden z rizikových faktorů KRK. V tabulce 4 je možné vidět přehled doporučených potravin, které v rozhovorech od sester zazněly.

Tabulka 4 – Doporučené potraviny

Respondent	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7
ovoce	√	√		√	√	√	√
zelenina	√	√		√	√	√	√
vláknina	√	√		√			√
celozrnné pečivo		√	√		√		√
mléčné výrobky				√			
ryby	√						√
luštěniny	√						

Nejčastěji gastroenterologické sestry odpovídaly ovoce a zelenina. „*No určitě kvalitní, pestrá strava, hlavně dostatek vlákniny, ovoce a zeleniny.*“; „*Tak asi pestrá strava, dostatečné množství ovoce, zeleniny, pitný režim.*“ Na druhém místě často zmiňovaly vlákninu. Doporučená denní dávka vlákniny je přibližně 25 g u dospělého člověka. Je podstatná pro přirozené vyprazdňování a normální činnost střev. Také má žádoucí účinek na udržení tělesné hmotnosti (Kotková, 2020). Ačkoliv vláknina je obsažena i v potravinách, které sestry zmínily, byla často řečena zvlášť, proto je zařazena samostatně.

Respondenti také uváděli celozrnné pečivo: „*Celozrnné potraviny, vlákninu, ovoce, zeleninu.*“, mléčné výrobky: „*Tak určitě ovoce, zeleninu, kvalitní mléčné výrobky, vařené maso, vlákninu, vodu.*“, ryby: „*Samozřejmě ryby a obohatili svůj jídelníček.*“ a luštěniny: „*tedy tu vlákninu, jablko, luštěniny.*“ Respondent S5 definoval, co podle něj znamená zdravý životní styl takto: „*Podle mě zdravý životní styl je hodně pohybu, dobrá strava, což znamená pestrá strava, ovoce, zelenina, dostatečný příjem tekutin, jíst celozrnné věci a hýbat se.*“

Tabulka 5 – Nezdravé potraviny

Respondent	S1	S3	S4	S5
Nezdravé potraviny	Pivo	Uzeniny	Buřt	Buřt
	Uzeniny, bůček	Tučné		
	Knedlo-zelo-vepřo, knedlík			
	Klobása			
Nevhodná úprava stravy				Grilování

Příklady nezdravého jídla vyjmenoval respondent S1: „**Pivo, uzeniny, dále takové ty bůčky a ty klasické české jídla. Takže knedlo-zelo-vepřo. Já tedy neříkám, ať si to nedopřávají, taky si to dávám, ale jsou lidé, kteří si jsou schopni dát i třeba 6 i 7 knedlíků a sníst to na posezení a k snídani si dát klobásu.**“ Nejčastěji prý lidé jedí uzeniny a pijí alkohol, tvrdí respondent S1. „**Vláknina, aby do sebe dostali víc vitamínu C, vlákniny, aby to nebyly jenom samé v uzeniny, alkohol a takové věci, protože ty tady máme nejčastěji, je to znát.**“ Respondenti S4 a S5 uvedli podobný příklad nevhodné úpravy jídla u dané otázky. „*To jsou asi ty nejhorší věci, jako když si opečeme černého buřta, kterého si samozřejmě nikdo z nás neodpustí v létě.*“, „*Třeba grilování v létě je úplně to nejhorší. Takový ten černý buřt. Kdo by si ho ale rád nedal.*“

„*Samozřejmě by neměl jíst tučné, uzeniny, pít alkoholické nápoje, naopak by měl jíst celozrnné pečivo, ale záleží, jaké má onemocnění.*“ odpovídá respondent S3, který dal nejméně příkladů doporučených potravin, poukazuje na nezdravé potraviny.

5.2.2. Rizikové faktory

Je prokázán vliv některých rizikových faktorů, které se na vzniku karcinomu jednoznačně podílejí. Jedná se například o kouření a alkohol (Abrahámová, 2012). Nedostatek pohybu je také jednou z příčin několika onemocnění. Proto byly gastroenterologické sestry tázané v těchto tématech.

Tabulka 6 – Témata edukace

Respondent	Kouření	Alkohol	Pohyb	Informuje lékař
S1	√	√	√	
S2				√
S3	√	√	√	
S4	√	√	√	
S5				√
S6	√	√	√	
S7	√	√	√	

Respondenti S1, S3, S4, S6 a S7 odpověděli, že pobízí pacienty k pravidelnému pohybu. „*Jen doporučujeme nějakou fyzickou aktivitu, jako třeba, jak už jsem zmínila, to plavání. Pokud je nějaký zdatnější člověk, taky běh lehčí. Opravdu to, co by těm lidem udělalo dobře. Může to být i nějaký koníček jako florbal a volejbal.*“ Respondent S7 si myslí, že jeden z nejoblíbenějších sportů u pacientů je chůze. „*Vhodný je ten, který zvládnou a ten, co je baví. Nejoblíbenější je asi chůze. Co si budeme, je to asi nejmíň náročné a zvládne to téměř každý. Určitě bych doporučila třeba i plavání, pro ty starší lidi by to mohlo být taky super.*“ Chůzi doporučuje i respondent S6, navíc mluví i o jízdě na kole „*Myslím si, že třeba chůze je dobrá nebo jízda na kole.*“ Všichni dotazovaní, kromě S2 a S5 upozorňují na jeden z rizikových faktorů, což je alkohol. „*No určitě jim doporučíme, že není vhodné pít alkohol. Není to zdravé.*“ Respondenti S1 a S4 poukázali na to, že pivo někteří pacienti nezařazují mezi alkohol. „*Vždycky ti řeknou ‚tak si dáme dvě piva‘, ale pivo je taky alkohol a oni ‚prosím vás, tohle mi nikdo nikdy neřekl‘, takže informujeme.*“ Respondent S4: „*To ano. Nejvíc se teda ptají na pivo. To hodně chlapů ani jako alkohol nebere.*“ Dále s pacienty také mluví o kouření „*No jestli kouří, že by bylo vhodné tohle zanechat nebo minimálně snížit množství vykouřených cigaret za den.*“ Respondent S1 poukazuje na občasné těžkosti spojené s edukací pacientů: „*Tak samozřejmě, že by bylo nejlepší přestat kouřit no, ale říkejte si to 50 let starému pánovi, který kouří 30 let. Takže je to těžký. Tak aspoň aby to omezili. Samozřejmě je poučíme o tom, že by bylo dobré kouření omezit.*“ Další odpovědí bylo, že pacienty informuje lékař. Toto sdělili respondenti S2 a S5. „*To spíš lékaři v poradnách, my jako sestry ne.*“

Tabulka 7 – Používané edukační materiály

Respondent	Rozhovor	Letáky	Internet	Literatura
S1	√	√	√	
S2	√	√	√	
S3	√	√		
S4	√	√	√	
S5	√	√	√	√
S6	√	√	√	
S7	√	√	√	√

Ze získaných dat bylo zjištěno (viz tabulka 7), že všechny gastroenterologické sestry využívají k edukaci pacientů rozhovor a letáky, které mají volně dostupné na chodbách nebo v čekárnách. „Máme tu **informační letáky**, které máme u nás v čekárně. Tam si můžou vzít, kdykoliv co chtějí. Můžou si to pročíst. Pokud někdo přijde a zeptá se mě, tak si o tom s tím člověkem **pobavím**.“ Dále všichni respondenti kromě S3 odkazují pacienty na internet: „Určitě jim říkáme, že si nějaké informace můžou najít na **internetu**, že je to hodně, ale určité stránky nemáme.“ Respondent S3 sdělil, že na internet přímo sám neodkazuje, ale dělá to lékař. „Paní doktorka jim říká, že můžou si vyhledat informace na **internetu**.“ Knihy doporučuje respondent S5: „Ano, máme potom, i vyloženě když už mají nějakou chorobu ze stran, například civilizačních, což jsou záněty střevní jako Crohnova choroba, ulcerózní kolitida, celiakii, tak k tomu máme **brožurky**. Jinak je většinou odkážeme na nějakou **knihu** nebo **internet**.“ a respondent S7: „Na **internet** je občas odkážeme. Hodně pacientů je tu ale starších, tak u nich internet asi nepřipadá moc v úvahu. Ale můžou si koupit i nějakou **knihu**.“

5.2.3. Hmotnost

Ostatní oblasti, na které byly sestry dotazovány, jsou hmotnost a obezita pacientů. Cílem bylo zjistit, zda všeobecné sestry sledují váhu pacientů, zda jim počítají Body Mass Index (BMI), a jak s pacientem probírají zjištění případné nadváhy.

Tabulka 8 – Sledování BMI

Respondent	Počítají BMI	Nepočítají BMI
S1		√
S2	√	
S3	√	
S4	√	
S5	√	
S6	√	
S7	√	

Respondent S1 odpověděl, že BMI pacientům nepočítá, ale ptá se ho na hmotnostní výkyvy v posledních měsících: „*Spíš **nepočítáme**, protože to jsou lidi ambulantní. Jen se zeptám, zda nezhubl v poslední době, třeba v posledních třech měsících 6 kg. Oni hnedka automaticky sami hlásí, že během 14 dní jsem zhubl 5 kg, což není normální, takže to hned hlásí a už je to i v té žádance.*“ Při vysoké hmotnosti pacienta S1 vypověděl, že pacient je upozorněn na svou váhu a případná zdravotní rizika spojená s obezitou: „*Samozřejmě se upozorní na jeho váhu, aby se neurazili, je to hodně o těch lidech, jak si to vezmou. Jde o jeho zdraví, ne o naše. My ho o tom jenom poučíme. Co může následovat nebo co se tam momentálně nachází. Jde vlastně i o toho samotného jedince, jak si to on sám vezme, ale určitě ho upozorníme na to, že je potřeba s tou váhou začít nějak pracovat a trochu omezit i pár věcí, jako je třeba i ten alkohol, pivo. To je největší problém u těch chlapů.*“ Respondent S2 počítá BMI pacientům a lékař následný výsledek hodnotí: „*Tady lékaři apelují na zdravý životní styl podle toho, že **mají to BMI**, že se jim to tam hned ukáže. Taky doporučují podle onemocnění, že by měli zhubnout a máme i obezitologickou ambulanci i nutriční ambulanci.*“ Ostatní respondenti také počítají pacientům BMI, ale hodnotí výsledek i oni sami: „*U každého pacienta **máme automaticky počítané BMI.***“ Také v rozhovorech zaznívala slova obezitologická poradna/ambulace a nutriční poradna/ambulace, tato pracoviště zmínil respondent S2, S4 a S5: „*Ale **hodnotíme BMI.** Samozřejmě když je nějaký hodně obézní pacient, tak mu doporučíme, aby nějaké to kilo shodil. Oni nám na to ale většinou odpovídají, že se snaží, ale nejde jim to. Potom jim pan doktor doporučuje navštívit obezitologickou poradnu nebo nějakého výživového poradce.*“ Respondent S5 navíc poznamenává problémy spojené s chodem oddělení: „*Donedávna jsme měli vyloženě obezitologickou poradnu. Taky máme naopak na druhé straně i nutriční poradnu. Jenže paní doktorka, co momentálně tu*

obezitologickou poradnu vedla, je na mateřské dovolené, takže jí momentálně nemáme. Takže to v podstatě probíhá v takové té běžné ambulanci, kde pan doktor doporučí, co by asi v tom jídelníčku měli mít a třeba v té nutriční poradě pan doktor chce, aby mu ten jídelníček donesli, co za ten týden jedli.“

5.2.4. Stres

Vliv stresu na vznik onkologického onemocnění byla také jedna z pokládaných otázek. Gastroenterologické sestry byly tázány na to, zda si myslí, že stres je jednou možnou vyvolávající příčinou kolorektálního karcinomu.

Tabulka 9 – Stres jako rizikový faktor

Respondent	Souhlasí	Nesouhlasí
S1	√	
S2	√	
S3	√	
S4	√	
S5	√	
S6	√	
S7	√	

Všichni respondenti souhlasí s tím, že stres je jeden z rizikových faktorů. Následně se jich bylo doptáno, jak stresu předcházet.

Tabulka 10 – Předcházení stresu

Respondent	Jak stresu předcházet?
S1	Nestresovat se.
S4	Odpočinout si, udělat si hezký zbytek dne, pustit si film.
S5	Udělat si hezký zbytek dne.
S7	Mít koníčky, odpočinout si, zrelaxovat se.

Respondent S1 řekl: „*No at' se nestresuji. Samozřejmě hodně to s tím souvisí, pokud je člověk furt ve stresu, pořád i v práci, doma může tam být i nějaké to násilí. Tak hlavně tam jsou ale i ty predispozice.*“ Vlastní zvládání stresu popsal respondent S4: „*Ano, myslím. Rozhodně je jeden z faktorů. A jak se mu vyhnout, to je těžký. Asi dělat, co nás baví, odpočinout si, udělat*

si hezký den. To je velmi obtížné. Občas sama tady zažívám každodenní stresové situace, protože ta práce je velmi náročná jak psychicky, tak fyzicky. Takže je to těžké. Je to o tom si najít nějaký únik, jako když člověk přijde domů a udělat si hezký ten zbytek dne. Nevím, jak to říct lépe. Mně například pomáhá si pustit nějaký film.“ Podobně odpověděl i respondent S5: „*To je velmi obtížné. Občas sama tady zažívám každodenní stresové situace, protože ta práce je velmi náročná jak psychicky, tak fyzicky. Takže je to těžké. Je to o tom si najít nějaký únik, jako když člověk přijde domů a udělat si hezký ten zbytek dne. Nevím, jak to říct lépe.*“ Respondent S7 doporučuje mít koníčky a relaxovat: „*Řekla bych, že je to rizikový faktor všech onemocnění. A jak se mu vyhnout? Každý by měl mít nějaké koníčky a čas odpočinout si a zrelaxovat se.*“

5.2.5. Vyprazdňování

Do jednoho ze screeningových programů zařazujeme i vyšetření stolice. S tím je spojený její odběr a otázky na pacientovo vyprazdňování. Gastroenterologické sestry odpovídaly, zda se ptají pacientů na vyprazdňování a co konkrétně je zajímavá.

Tabulka 11 – Informace o vyprazdňování

Respondent	Ptá se	Neptá se	Co je zajímavá	Kvalita	Kvantita
S1	√			√	√
S2		√			
S3		√			
S4		√			
S5		√			
S6		√			
S7	√			√	√

„*Na to se jich ptá většinou lékař.*“ byla nejvíce odpovídaná věta. Takto reagovali respondenti S2, S3, S4, S5 a S6. Tudíž ony samy se neptají pacientů na vyprazdňování, ale ptá se jich lékař. Sestra S1 vypověděla, že se ptá na kvalitu i kvantitu stolice: „*Jestli mají pravidelnou stolici, průjem, zácpu, kolikrát i konzistenci.*“ a S7 sdělila, že jen když je to potřeba: „*Občas když je to potřeba, tak ano.*“. Reakcí na odpověď ano, byla doplňující otázka, zda pacienti mají stud. Odpovědí respondenta S1 bylo, že každý pacient je individuální: „*Někteří ano, někteří to řeknou na férovku a někteří jsou zase opatrnější. Taky je poučíme o tom, že jsou u*

lékaře, že jsou mezi zdravotníky. Nikdo je neslyší, a musí ve svůj prospěch říct opravdu pravdu.“ Ačkoliv je vyprazdňování jedna ze základních lidských potřeb, na problematiku spojenou s vylučováním se ptá pouze 28 % všeobecných sester.

5.2.6. Množství času

Z odpovědí gastroenterologických sester na otázku, zda mají na pacienty dostatek času, bylo zjištěno, že 5 sester ze 7 hodnotí čas jako nedostatečný, což je více než 71 % (viz tabulka 12).

Tabulka 12 – Hodnocení času

Respondent	Čas
S1	Jak kdy
S2	Nedostatečný
S3	Jak kdy
S4	Nedostatečný
S5	Nedostatečný
S6	Nedostatečný
S7	Nedostatečný

Respondenti S1 a S3 uvedli, že je každý den odlišný, a proto se množství času nedá přesně určit: *„Vzhledem k tomu, že se tady objeví těch 20 až 40 lidí za den. Jak kdy, to je správná otázka, to je pěkné. Samozřejmě, když je čas, tak ty lidi většinou sami začnou mluvit a také plno lidí nezačne vůbec mluvit. Takže já je k tomu nenutím, abychom si s nimi o tomhle povídali.“*, respondent S3: *„Prostředí máme, ale ten čas **jak kdy**.“* Respondent S2, S4, S5, S6 a S7 uvádějí, že času určitě nemají dostatek: *„Prostředí ano, ale času určitě **není dostatek**. Lékař si pacienty vždy vezme do ambulance, ale máme tu i recepci, kde lidi objednáváme. Je to moderní recepce. Dříve jsme je objednávali vevnitř, kde jsme měli sesternu. Ted' musí být recepce a tam je to takové, že čas určitě není. Někdo přijde, nabalíme jim papíry, řekneme na shledanou a jdou. **Čas není**.“* Respondenti S5 a S6 vyjádřili lítost z důvodu nedostatku času na pacienty: *„Snažíme se si ten čas pro ně udělat a s každým promluvit a všechno mu vysvětlit, ale **času máme málo**. Není to tak, jak by si to asi člověk představoval.“*, respondent S6: *„Asi máme vhodné prostředí, ale **času je málo** na pacienty. Určitě by bylo lepší se jim více věnovat, ale bohužel to nejde.“* Respondent S4 a S7 odpovídají, že mají nedostatek času z důvodu sníženého množství zaměstnanců: *„Prostředí bych řekla, že jo, ale **času máme málo**. Sester je nedostatek a tady se za den mihne hodně lidí.“*, respondent S7: *„**Času máme***

málo, je tu hromada práce a málo zaměstnanců. A prostředí bych řekla, že je hezké. Když je potřeba můžeme si vzít pacienta třeba na vyšetřovnu a promluvit s ním.“

5.3. Role sestry v sekundární prevenci kolorektálního karcinomu

Cílem této průzkumné části je zjistit, jaké má gastroenterologická sestra zastoupení v sekundární prevenci kolorektálního karcinomu. Zde byli respondenti tázáni na to, jestli pacienty pobízí k preventivním prohlídkám, jaká screeningová vyšetření preferují, jak pacienty ohledně zákroku edukují a co vědí o věkové hranici těchto vyšetření. Pak byl popsán průběh kolonoskopie a následná péče po ní.

Tabulka 13 – Pobízení k preventivním prohlídkám

Respondent	Ano	Ne
S1	√	
S2	√	
S3		√
S4	√	
S5	√	
S6		√
S7	√	

Následný průzkum ukázal, že 5 ze 7 sester, to činí přes 71 %, pacientům doporučuje pravidelné preventivní prohlídky (viz tabulka 13). „*Sice jsem tady krátkou chvíli, ale ve zdravotnictví už jsem taky nějakou dobu a už jenom z tohoto pohledu bych to určitě doporučila i svým blízkým a rodičům, aby to určitě nepodceňovali.*“ Respondenti S3 a S6 uvedli, že o tom s pacienty sami nemluví, ale poučí je lékař. „*To jim doporučuje spíše lékař než my, ale určitě je vhodné, aby na ty preventivní prohlídky chodili.*“ „*Tady je zvykem, že tohle to většinou dělá lékař.*“

Dále byli respondenti dotazováni na své osobní preferenci v metodách screeningu kolorektálního karcinomu. Všichni respondenti odpověděli, že preferují kolonoskopii před TOKS, tj. tabulka 14. „*Tak endoskopie je asi zlatý standard.*“ „*Tak určitě tu kolonoskopii, protože ten TOKS je orientační pro nás. Je to tedy orientační vyšetření a myslím si, že všechny ty testy nezachytanou ty nádory nebo i ty polypy, protože není to jen o nádoru, ale je tam i ten polyp, který se časem může zvrhnout v nádor. Takže ta kolonoskopie je výtěžnější, protože když něco najdeme, tak se to hned odstraní.*“

Respondent S5 prý preferuje také endoskopii, ale pouze v případě, má-li to pro pacienta profit. „Podle mě je nejlepší **endoskopie**, ale tam se musí dobře zvažovat to, že nám tady lékař pošle 90letou babičku, které udělal TOKS a ona ho má pozitivní, tak zamyslet se nad tím, když my ji vyšetříme a najdeme tam nádor, jestli tu babičku bude někdo operovat. V té primární péči by ten obvodák takovému člověku už ten TOKS neměl dávat. To je takový náš názor na to, že se musí zvážit profit pro toho pacienta, jestli když se o něj budeme starat třeba do 90 let a bude schopný, tak to má smysl, ale když nám přivezou na lehátku placičku, tak je to sporné, jestli jít s rizikem do kolposkopie, když můžeme udělat díru a toho člověka zahubit. Musí se zvážit profit pro toho člověka.“

Tabulka 14 – Preferovaná vyšetření a věková hranice screeningu KRK

	Respondent	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7
Preference	Kolonoskopie	√	√	√	√	√	√	√
	TOKS							
Věková hranice	Kolonoskopie	50 let	50 let	-	50 let	55 let	55 let	50 let
	TOKS	50 let	55 let	-	50 let	50 let	50 let	50 let

V 55 letech praktický lékař nabízí možnost volby mezi TOKS ve dvouletých intervalech či kolonoskopií jednou za deset let. Na toto věkové rozhraní byli dotazováni všichni respondenti. Kromě respondenta S3 odpověděli všichni tázání. Odpovědi sestry S3 bylo: „*Toto vše doporučuje si sám lékař pacientům, kdy mají přijít na kolonoskopii.*“, tudíž je v tabulce 14 proškrtnuta. Respondenti S1, S3 a S7 odpověděli stejně, určili věkovou hranici pro obě vyšetření 50 let. „*Tak tedy na ten primární screening se posílá poté **padesátce**, tedy po **padesátém** roku věku člověka.*“

Sestra S2 sdělila, že věková hranice, od kdy by se měl screening kolorektálního karcinomu provádět, je u kolonoskopie 50 let a u TOKS 55 let, následně zdůraznila rozdíly v hrazení vyšetření pojišťovnou. „*Ono je to dané i podle pojišťovny a podle různých doporučení, že v **50 letech** by měl každý obvodní lékař v rámci těch preventivních vyšetření dát ten hemokult, ten test na okultní krvácení a jednou za dva roky zopakovat. A od **55 let** dle našich lékařů má každý bez obtíží nárok na kolonoskopické vyšetření a v případě, že je tam negativní nález, tak za 10 let se dělá kontrolní. Je to i v rámci s pojišťovnou propojený, pokavad' je tam nějaký*

nález, tak se to upravuje podle výsledků histologie.“ 55 let u kolonoskopie a 50 let u TOKS byla odpověď respondenta S5 a S6: „Tak to nevím určitě, nechci lhát, ale myslím si, že je to jednou ročně TOKS od 50 let a od 55 let při negativním výsledku je kolonoskopie jednou za 10 let.“

Tabulka 15 – Znalost výhod a nevýhod vyšetření

Respondent	Zná	Nezná
S1	√	
S2	√	
S3	√	
S4	√	
S5	√	
S6	√	
S7	√	

Také byly tázány na to, zda znají nějaké výhody a nevýhody koloskopie před TOKS. Sestra S1 poukázala na vysoké umístění ČR ve výskytu kolorektálního karcinomu a zároveň respondentka popsala výhody kolonoskopie: *„Určitě výhodou kolonoskopie je samozřejmě obraz. Vidíme tam hned, co se tam děje. U toho testu na okultní krvácení nemusíme přesně vědět, o jaké krvácení jde. Můžete být například z hemeroidů. Může tam být jen nějaký polyp, který je absolutně bezvýznamný. Nebo jen nějaké podráždění. Nemusí to hned být vyloženo ten karcinom, takže výhoda vlastně té kolonoskopie je, že to prohlédl celé, to střevo, a můžeme v ten daný okamžik i vlastně reagovat. Třeba i ten polyp dáme pryč a pošle se hned histologii, anebo vlastně, když už nebude možné to udělat endoskopicky, tak se ten pacient posílá na sál, takže tam je ta obrovská výhoda toho. Určitě bych to těm lidem doporučila. Klidně bych to dala i dřív, i v těch 45 letech, ne v těch padesáti vzhledem k tomu, že jsme jako Česká republika na hodně vysokém žebříčku.“* Ostatní respondenti popsali výhody a nevýhody podobně. Respondent S4 zmínil endoskop: *„Tak u té endoskopie se používá endoskop, kterým vlastně přímo vidíme, co se v tom střevě nachází. A v případě, že tam něco je, se to může rovnou odstranit.“* Sestra S7 poukazuje na nedůvěryhodnost TOKS: *„Tak TOKS není vždy stoprocentní. Je to jen takový ukazatel, jestli se něco děje nebo ne. Ne vždy ale musí vyjít dobře. A ta kolonoskopie je pro pacienta určitě náročnější. Za prvé se musí přispat, za druhé můžou vzniknout komplikace, za třetí i z časového hlediska a za čtvrté je to určitě i psychicky náročný.“*

5.3.1. Témata edukace

Všichni respondenti edukují pacienty před vyšetřením pomocí rozhovoru. Kromě respondentů S4 a S7 všichni zmínili, že pacientům poskytují informační materiály v podobě letáčků, tj. tabulka 16. „Pacient je edukovaný, když už se k nám přijde objednat, protože my razíme heslo, že na kolonoskopii musí přijít osobně, abychom si právě s nimi **povídali**, abychom jim to vysvětlili a aby se mohli rozhodnout, jestli chtějí to vyšetření v anestezii nebo jaký chtějí preparát na vyprázdnění. Takže to je vlastně první kontakt toho pacienta s tou sestrou, která ho edukuje tímhle způsobem, že **se ho ptá** na různé věci a zároveň mu předáme informovaný souhlas, návod na dietu, recept na vyprazdňovací roztok a všechno mu k tomu **vysvětlíme**. Ještě mají kartičku s naším telefonním číslem, když si ty papíry doma proctou a chtějí se k tomu ještě něco zeptat, než vůbec přijdou na to vyšetření, můžou zavolat.“

Tabulka 16 – Způsob edukace a témata edukace pacientů

	Respondent	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7
Způsob edukace	Rozhovor	√	√	√	√	√	√	√
	Letáčky	√	√	√		√	√	
Témata edukace	Vyprázdnění	√	√	√	√	√	√	√
	Dieta			√	√	√	√	√
	Odborné výkony	√	√	√	√	√	√	√

O vyprázdnění střeva, tudíž o použití vyprazdňovacích roztoků, edukují pacienty také všechny gastroenterologické sestry. „Mluvíme s nimi o tom, kdy třeba vypili ty **roztoky** a postupně se to upravuje. My třeba máme daný, že 1 roztok, tedy jeden sáček, mají vypít v 6 hodin večer a druhý 6 hodin před výkonem, takže upravujeme tu přípravu podle toho, aby ta kolonoskopie pro ně byla výtěžná.“ Respondent S7 zdůrazňuje důležitost prázdného tlustého střeva a dále popisuje pacientovu přípravu: „Důležité je **vyprázdněné střevo, dieta**, aby byl pacient umytý, psychicky připravený, aby měl všechny papíry, co má mít. Dále aby měl zajištěný odvoz, sundané šperky, cennosti, ty může nechat ten jeden den doma, a hlavně aby přišel v ten daný termín a čas. Občas se nám totiž stane, že ty lidi nepřijdou.“ Respondenti S1 a S2 nezmínili v edukaci před vyšetřením dietu, ale S1 odpověděl, že v letáčcích by mělo být vše napsané. „Hlavně by pacienti měli být už poučení od praktického lékaře. Tam by mu mělo být všechno vysvětleno. Měl by dostat **letáček**, být informovaný o tom, jak se **vyprázdnit**. Bud’

dostane fortrans, novinek a tyto různé soli. Tam by to mělo být na těch **letáčcích** všechno napsané.“ Respondent S2 nemluví o dietě před vyšetřením vůbec.

Sestra S5 popsala průběh přijetí pacienta k plánovanému vyšetření: „Dále pacient přijde sem, u recepce se nahlásí a my si ho tedy zadáme do systému, že je teda tady. Máme tady v systému úplnou novinku, že je tady židlička, že sedí v čekárně. My vezmeme ty papíry, zkontrolujeme je, jestli má všechno vyplněné a odneseme je na sálek k sestřičkám. Ty si toho pacienta potom volají. Toho člověka **napíchneme**. Když to dělá ARO, tak je tady anesteziolog. Děláme 4 kolonoskopie ráno v analgosedaci. Zbývající děláme my jen v takové naší analgosedaci, kdy se dávají jiné preparáty, protože k tomu, když to dělá anesteziolog, potřebují předoperační vyšetření. To vlastně úplně spí. Dostanou flexilu, dají se preparáty na usnutí a začneme vyšetřovat. Když se něco najde, tak v případě že je to třeba polyp, tak ten polyp hned na místě snášíme. Pakliže máme znalost **QUICKA**, co si většinou dopředu zjišťujeme, jaký stav je ředění. Jestli jsou lidi ředění, tak požadujeme po nich čerstvé výsledky. Pakliže ředění nejsou, tak normálně to hned v tu chvíli odstraňujeme. A když se najde nádor, tak se naberou vzorečky, pošlou se na histologii a většinou se ten pacient posílá na onkologii, kde udělají většinou rentgen srdce, plíce, CT a tyhle ty věci, co se týče vyšetření toho pacienta, jestli nemá někde metastáze. Potom se čeká na výsledek histologie. Potom je ten pacient plánovaný k operaci.“ Navazující otázkou bylo, co se děje s pacientem po vyšetření. Respondent S4 odpověděl: „Pak tady hodinu leží, když je to po té naší **premedikaci**, když je to po ARO anestezii, tak dvě hodiny leží. Musí si ho tady vždy někdo vyzvednout. Nemůže řídit auto do druhého dne. To znamená, že v tomhle smyslu jsou ty lidi poučený a každý pacient odsud odchází s nějakým doprovodem. Dále jsou tady pacienti, kteří přijíždí sanitkami z jiných nemocnic a o ty je postaráno tak, že přijede posádka.“ Několik dalších respondentů popsalo vyšetření podobným způsobem, průběh se nějak nelišil. Respondent S1: „Hlavně by pacienti měli být už poučení od praktického lékaře. Tam by mu mělo být všechno vysvětleno. Měl by dostat **letáček**, být informovaný o tom, jak se **vyprázdnit**. Bud' dostane fortrans, novinek a tyto různé soli. Tam by to mělo být na těch **letáčcích** všechno napsané. Nicméně když přijde sem k nám, tak mi ho poučíme, že ho trošku přispíme. Nebude úplně v narkóze, ale bude v analgosedaci. Že to občas bolí, protože ty střeva nafukujeme vzduchem, takže to není příjemné, ale pacient si nikdy nic nepamatuje, protože dostane vlastně dormikum. **Poučíme ho**, že tam vlastně můžeme najít i nějaký polyp a když ho odstraníme, pokud samozřejmě půjde odstranit, tak ho pošleme na histologii. Pak vlastně dostávají zprávu, potom co se vyspí, a ptáme se jich, zda mají vyndavací zuby, jestli mají alergie na nějaké léky, jestli berou léky

na ředění krve. Nechceme, aby ty přístroje viděli, protože se kolikrát hrozí, co všechno se do nich strčí. Po vyšetření jde na dospávák, pacient vlastně vyprazdňuje plyny, což je vlastně taková intimní věc, kdy je to vlastně těm lidem nepříjemný, ale upozorňujeme je na to, že jsme tady na to zvyklý, že od toho je to tu oddělení a že je to tomu uzpůsobené, ať se ničeho nebojí. Je hlavně dobře, že vlastně vypouští plyny. Tak se tedy dospí, dostane zprávu podle toho, co se tam tedy dělo nebo nedělo, tak se z toho tedy i vychází. Pacient jde domů. Musí mít doprovod po kolonoskopii, protože jsou přispaní a vlastně nesmějí řídit.“ Následně byla respondentovi S1 položena otázka, jak dlouho trvá takové vyšetření. „Normálně trvá tak 20 až 30 minut při žádných komplikacích, podle toho, jak je zamotané to střevo, jak je složené. Ono různě kličkuje, a když samozřejmě tam jsou nějaké výkony. Jako je například polypektomie, tak to může trvat i hodinu.“

5.4. Role sestry v terciální prevenci kolorektálního karcinomu

Úkolem tohoto okruhu otázek bylo zjistit, zda se gastroenterologické sestry angažují v terciální prevenci kolorektálního karcinomu.

5.4.1. Podpora, motivace a zlepšení kvality života

Respondentům byla položena otázka, zda pomáhají pacientům zlepšovat jejich kvalitu života a jestli motivují nově diagnostikované pacienty k uzdravení či k vyrovnání se s nemocí.

Tabulka 17 – Podpora pacientů

Respondent	Ano	Ne
S1	√	
S2		√
S3	√	
S4	√	
S5	√	
S6	√	
S7	√	

Sestra S1 řekla, že neví jistě, zda se dá rozhovor s pacientem pokládat za snahu zlepšit kvalitu života pacienta: „My máme snahu, to že si o tom s ním povídáme, ale já vlastně nevím, jestli jim to pomůže, jestli si to vezmou tak k srdci, že to dodrží.“. Následně byla obratem dotázána na to, jestli motivuje pacienty k uzdravení. „Jo, to jo, když třeba se při té kolonoskopii něco najde, tak těm lidem říkáme, hned ať neházej flintu do žita, že to nemusí být nádor takový, jaký oni si hned představují. Takže určitě se snažím je navést trošku na tu cestu **naděje**, i když

se říká, naději nedávej, je to zbytečné, jsou to plané sliby, ale ty lidi v tuto chvíli i zároveň potřebují, takže jim pomáháme psychicky. A občas je i držíme za ruku, když jim to pomůže.“

Avšak respondent S1 pojmá motivaci pacientů za důležitou a psychicky je podporuje, naopak respondent S2 to nechává v rukou lékaře a spíše je odkazuje na onkologii. *„To je věc lékaře. My sestry vůbec ani diagnózu nesdělujeme. Někdo už podle toho, co jim doktore řekne, tak někdo už tuší, ptají se cíleně. Každý to snáší jinak. Ted' většinou je odkazujeme na tu onkologii. Tam potom chodí a tam s nimi paní doktorka probírá možnosti léčby, protože někdy je to k operaci, ozáření, chemoterapii. Každý na to reaguje jinak. Ted' jsou vyděšení. Naštěstí když je s nimi někdo, nějaký doprovod, tak to taky snáší líp. Kolikrát to ten doprovod snáší hůř tu zprávu, než ten samotný pacient. Je to hrozně individuální. Zpráva příjemná to není.“* Obě varianty spojil respondent S3, ten spolu s lékařem řeší daný problém a zároveň psychicky podporuje pacienta: *„Samozřejmě to společně řešíme s tím doktorem. Samozřejmě je povzbuzujeme. Může se dát dnes ledacos, pokud se to najde včas, takže se to dá léčit, ale my jako sestry samozřejmě nemůžeme říkat nic, ale samozřejmě povzbuzujeme.“* Paliativní péči zmínil respondent S4: *„Tak v těch konečných stádiích je jim nabízena třeba i ta paliativní péče. Nejlepší, co se tedy může stát, je to, že se pacient úplně vyléčí, ale ne všichni mají takové štěstí.“* Následně byl dotazován, jestli tedy pacienty motivují a povzbuzují. *„Určitě. Když chtějí a sami o tom začnou, tak si s nimi o tom rádi popovídáme. Ale asi je na každém, jak se s tím vyrovná a chce to hlavně čas.“* Respondent S5 poznamenává, že jim chodí kladné hodnocení jejich zdravotní péče: *„Já si myslím, že jsme tady k němu nesmírně hodní a empatičtí a že to i o nás všude říkají. Je to milé, když se nám třeba vrací z ředitelství dopis, že nás chválí. Takže máme i zpětnou vazbu, že to funguje.“* Zároveň doplňuje svou předešlou odpověď o jejím způsobu podpory nově diagnostikovaného pacienta: *„Samozřejmě když vidíme, že se nám tady úplně zhroutil psychicky, tak k němu ta sestra prostě přijde. Snaží se s ním promluvit a uklidnit ho, že se všechno dá řešit, protože speciálně kolorektální karcinom je věc, která je řešitelná, když ty lidi přijdou včas.“* Zlepšování kvality života pacientů popsal respondent S6, ten pojmá za zlepšování to, že pacienty vyšetřují: *„Tak my se tady vlastně snažíme přijít na to, jestli jsou zdraví nebo nemocní a snažíme se přijít na rané stadium nemoci.“* Potom dodal: *„Určitě, snažíme se je podpořit.“* Jediný respondent S7 doporučuje pacientovi psychologa: *„Tak snažíme se, aby byli dostatečně informováni, nabízíme jim různé možnosti léčby, doporučíme jim třeba i vyhledat psychologa, když mají nějaké potíže. Snažíme se jim naslouchat, poradit.“* Respondent S1 navíc zdůrazňuje rozdílné vnímání lékaře a sestry očima pacientů: *„Určitě. My jsme hlavně i takový ten vodič, který*

vlastně informuje lékaře. Protože pacient přijde a mám zkušenosti s tím, že to, co řekne, nikdy neřekne doktorovi, takže většinou si ta sestra s těmi pacienty **povídá**. A kolikrát už jsem jim říkala, tak to tomu doktorovi řekněte a oni prostě ‚jo jo jo‘ a nikdy to doktorovi neřeknou. Tak o tom mluvíme pak my s doktorem, takže doktor má ty informace přes nás.“

5.4.2. Stomie

Do terciální prevence zařazují i pacienty se stomií, což může být důsledek kolorektálního karcinomu.

Tabulka 18 – Edukování stomiků

Respondent	Edukuje	Needukuje
S1		√
S2		√
S3		√
S4		√
S5		√
S6		√
S7		√

Gastroenterologické sestry dostaly otázky, jestli k nim do ambulance nějací stomici chodí a jak edukují v péči o stomii. Ačkoliv se všichni respondenti setkávají se stomiky, žádný respondent neodpověděl, že by on sám z vlastní vůle pacienty edukoval, ale pacienti přichází už informování odjinud. „Oni k nám většinou **přichází už zedukovaný** z nemocnice. V každé nemocnici je většinou stomická sestra, která s těmito pacienty pracuje, ale jestli mají nějaké otázky, tak jim určitě sama odpovím, jestli vím odpověď. Řekla bych, že to přijali a někteří jsou dokonce s tím spokojení.“ Často také sestry odkazují na stomické sestry, které jsou k dispozici v nemocnici: „Setkáváme. **To ne**. Nemocnice má dvě sestřičky, které se starají jako stomické sestry. Edukují po operaci, jsou to vlastně sestry chirurgické, takže k nám přichází pacienti, kteří už **jsou zedukovaní** odtud.“ Podobně odpověděl i respondent S3: „Výjimečně, ale také se setkáváme. **Na to je tu stomická sestra**. Ta je zase specializovaná na tohle.“ a respondent S4 „Občas tu nějací jsou. **Ne, to ne**. Už to většinou vědí. My žádné, ale je tu v nemocnici stomická sestra, která by je měla edukovat.“ Respondent S1 pacienty needukuje, ale když si všimne nějaké komplikace, tak pacienta upozorní: „**Needukujeme**, pokud se tedy nezeptají, ale většinou to jsou lidi, co už ji mají dlouho a vědí. Samozřejmě když se zeptají, anebo když já jim řeknu, že to mají trochu začervenalé, tak jim něco poradíme.

Určitě je na to upozorním, a buď to vědí, nebo nevědí. Právě když to mají začervenale, tak tady jsou, abychom je vyšetřili, vzali nějaký vzoreček, ale určitě je needucujeme o tom, jak stomii pečovat. Takže už většina přichází a je edukovaných.“ Sestra S7 ohodnocuje své vědomosti v péči o stomii kladně, ale zároveň vyzdvihuje větší znalosti stomické sestry, která je v této práci více orientovaná: „Taky tu nějací jsou. Chodí sem na kontroly. A taky jsem se s nimi setkala na jiných pracovištích. Tak znalosti v tomhle asi mám, ale určitě nemám takový přehled jako stomická sestra, kterou tady máme. Takže bych pacienta odkázala spíš na ni.“

Tabulka 19 – Přijetí stomie

Respondent	Přijali ji	Nepřijali ji	Individuální
S1			√
S2	√		
S3	√		
S4			√
S5	-	-	-
S6	√		
S7			√

Doplňujícími otázkami bylo, jak jsou pacienti se stomií sžití a jak podle jejich názoru laická veřejnost vnímá stomii. Respondent S1 řekl, že sžití se stomií je velmi individuální u každého pacienta: „Zase je to o lidech, spíš je to o tom, že oni už chtějí, aby tu stomii neměli, že je to kolikrát i otravuje. Většina vlastně už chce jít normálně na záchod. Někteří jsou flegmatictí takový ‚no jo, tak ji mám‘, ale kolikrát je to lepší než být pod drnem.“ S tímto souhlasí i respondent S4: „Těžko říct, každý je jiný, ale někteří jsou s tím v pohodě a některým je to asi jedno. Ale určitě tu už byl někdo, kdo to nebral zas tak dobře. Někteří z toho mohou mít třeba i deprese.“ Sestra S2 prohlašuje, že pacienti jsou už po čase smíření se svou stomií, ale zažívají prvotní zděšení: „Tak oni, když už jsou tady, tak už jsou s tím sžití, s tou stomií. Když třeba se dělá to vyšetření a je tam nějaký nález, tak hodně pacientů na to reaguje jako první, že se zeptají, jestli nebudou mít stomii. To je hned, jestli nebudou mít pytlík na břicho. Ale to jim tady někdo zodpovědět nemůže, a ne pak když jim někdo sdělí diagnózu, si myslím, že oni přehodnotí to, že člověk je rád, že to nějak jde prostě opravit, že s tím něco jde udělat. Ale prvotní šok to pro ně určitě je, ta stomie.“ Kvalitní pomůcky pro stomiky zmiňuje S3 a udává to jako důvod spokojenosti pacientů: „Jako nesetkala jsem se za poslední dobu, že by byl někdo nespokojen, protože ty pomůcky už jsou hodně vychytané a na takové úrovni, že jako

jsou v pohodě. “ Osobní příklad řekla respondentka S5 a apeluje na to, že by se pacientům měla situace řádně vysvětlit. Její odpověď ale není jasná, proto je v tabulce 19 proškrtnuta. „**Vědí** a jsou vystrašení. Já vám dám příklad. Mám švagra, který se to dozvěděl na onkologii, že dostane stomii, že bude mít stomii a **zhroutil se**. Dnes už tu stomii má. Má jí od prosince. Neříkám, že **se s ní smířil**, ale jako žije normálně. Vlastně mám z rodiny tady ten případ, takže vím, jak to probíhalo, tady ta psychická proměna. Vlastně v tomhle smyslu ono to první setkání s tím, když vám doktor řekne, že to dopadne takhle, tak je hrozný. Dříve byli lidé vytřeštěný. Také ty pomůcky nebyly kvalitní. Protékalo to, zapáchalo to. Dnes už to má filtríky, není nic cítit, je to krásný, všechno vypadá čistě, nemusí to tak často měnit ty pytlíky, takže já si myslím, že ty pomůcky jsou kvalitní dneska. Takže se ty lidi toho nemusí bát, ale musí se jim to dobře vysvětlit.“ Respondent S7 odpověděl, že neví zcela jistě, zda jsou pacienti se stomií sžití, protože jejich aktuální rozpoložení v ambulanci nemusí odpovídat jejich vnímání sebe sama: „**To záleží**. Občas jsou někteří takový nepříjemní, ale to nevíme, jestli je to zrovna kvůli té stomii. Zrovna můžou mít špatnou náladu, tak se to pak těžce poznává. Ale asi nikdo z toho není úplně odvařenej. Přeci jen dojít si normálně na záchod je pro člověka lepší, než mít na břiše pytlík. Občas je to ale jediným řešením, tak jsou rádi, že vůbec žijí nějak normálně.“ Respondent S6 tvrdí, že pacienti stomii přijali: „**Řekla bych, že to přijali** a někteří jsou dokonce s tím **spokojení**.“

Tabulka 20 – Informovanost laické veřejnosti

Respondent	Vědí	Nevědí
S1	√	
S2	√	
S3	√	
S4	√	
S5	√	
S6	√	
S7	√	

Následně gastroenterologické sestry popisovaly svůj názor na vnímání stomie laickou veřejností. Všichni respondenti se shodují na tom, že většina populace už ví, o co se jedná. Takto odpovídal respondent S3: „**Já si myslím, že lidi vědí, o co jde, právě když se tedy setkáme s mladším pacientem, tak je úplně v pohodě.**“ Respondent S6 a S7 zmiňují pomůcky pro stomiky: „**Já si myslím, že už je to v dnešní době skoro normální. Lidé už vědí, o co jde, a**

i ty pomůcky pro stomiky jsou už dost vymakané, takže to jde určitě směrem kupředu.“

Respondent S7: *„Asi ví, o co jde. Ale jelikož nejsem laik, tak nevím, jak to vnímají oni. Já to vnímám jako něco, co tomu člověku pomůže. A ty pomůcky jsou dnes už hodně propracované a je jich velká nabídka, takže se s tím dá žít.“*

Osobní názor na stomii sdělila sestra S1: *„Mně to nepřipadá nějaké divné, ale to je tím, že jsem zdravotník. Já to vidím furt v té práci. Jsem s tím ztotožněna a vím, o co jde. Pokud to laici nevidí, tak to nikdo nepozná, ale samozřejmě pokud to vidí někde na bazéně nebo když je léto, i přes to tričko, to je také vidět, tak laici koukají, co by to mohlo být. Myslím si, že většina lidí ale ví, o co jde.“*

Respondent S2 a S4 zmínili propagaci stomie na sociálních sítích a v modelingu: *„Na Facebooku jsem viděla nebo v televizi jsou nějaké takové různé shooty. Něco jsem zahlédla, že i mladí lidi se zapojují do nějakých těch kampaní. To už to vidíš, jak jsou vyfocení i lidi s tím pytlíkem i bez toho.“*

Respondent S4 pověděl: *„Já bych řekla, že je to čím dál lepší. Hodně se to i propaguje. Jednou na mě vyskočila nějaká modelka se stomií, takže už lidí asi ví, co to je.“*

5.4.3. Agresivita pacientů

S vyšetřením i se sdělením vážné diagnózy se může pojit nepříznivá reakce pacientů ke zdravotníkům.

Tabulka 21 – Setkání s nepříznivým chováním

Respondent	Setkal	Nesetkal
S1	√	
S2	√	
S3	√	
S4	√	
S5	√	
S6	√	
S7	√	

Všechny gastroenterologické sestry uvedly, že se už setkaly s nepříjemnými pacienty a některé dokonce i s agresivními. Respondent S1 odpověděl, že agresivní pacienty mají v ambulanci běžně: *„Ano, měli a míváme. Vzhledem k tomu, že nám sem chodí i hodně z věznic, tak míváme i agresivní pacienty.“* Další respondenti S5 a S6 mluví o zažité slovní agresii pacientů: *„Taky se stane, že jsou agresivní, většinou slovně agresivní, ale že by nás tady nějak mordovali, to ne. V dnešní době, jak jsou podráždění, tak když jim nevyhovíte, jak*

si to představovali, tak začnu být slovně agresivní a dožadují se něčeho, co pro ně nemůžete udělat.“ Respondent S6: „Párkrát jsem už **zažila** nějakou slovní agresi, ale vyloženě tu fyzickou, že by tady po nás někdo házel židle nebo kopal do dveří, to ne.“ Vyloženě agresi vylučují respondenti S3, S4 a S7, spíše mluví o nepříjemném chování pacientů. „**Občas** se tu ale objeví někdo nepříjemný.“ O nepřátelském chování pacientů ke zdravotníkům, ale i ke spolupacientům vypověděl respondent S7: „Agresivní pacienty přímo asi ne, ale nepříjemné, když musí třeba čekat nebo se bojí, tak někdy **jsou takový nepříjemný**, ale přímo agresivní asi ne. Občas se tady taky škádlí, v té čekárně, ale že by tu byl vyloženě někdo, kdo by na nás nadával, to ne, ale někdy se tady také rafnou mezi sebou na chodbě, ale že by někdo třeba kopal do dveří, to ne.“ Sestra S2 upozorňuje na horší chování doprovodu než pacientů samotných: „Spíše je to takové, když se nějaký výkon prodlouží, lidi sedí na chodbě, čekají i hodinu. Může se stát, že i dvě. Tak jsou spíše ani ne tak ty pacienti, spíš doprovod **je takový agresivní**, ale snažíme se jim to vysvětlit. Já jim vždycky říkám ,vy kdybyste na tom stole leželi, chtěli byste, aby se ten výkon dodělal‘. Většinou lidi to chápou, ale ty doprovody. Ale já je chápu. Vzali si propustku, vezou je sem, čekají. Stane se to, ale minimálně. Snažíme se o to, aby ten objednávkový systém odpovídal reálně tím časem.“

6 DISKUZE

V diskusi jsem se zaměřila na vyhodnocení a porovnání odpovědí gastroenterologických sester, které průzkum podstoupily, s odbornými studiemi, literaturou a jinými závěrečnými pracemi. Cílem první průzkumné otázky bylo zjistit, jakou roli hrají gastroenterologické sestry v primární prevenci kolorektálního karcinomu. Prostřednictvím druhé otázky se sledovala role všeobecné sestry v sekundární prevenci. Dalšími otázkami se zjišťovaly úkony všeobecné sestry v terciární prevenci. Před samotným začátkem hlavních průzkumných otázek jsem se ptala na identifikační údaje sester a na průměrnou návštěvnost jejich ambulance. Zjistila jsem, že průměrný počet pacientů za jeden pracovní den je okolo 20–30. Nejvíce odpovědí v rámci vzdělání byl vysokoškolský titul. Praxe sester na oddělení je různá.

První průzkumná otázka: „Jakou roli hrají gastroenterologické sestry v primární prevenci kolorektálního karcinomu?“

Cílem primární prevence je zabránit vzniku onemocnění. Řadí se sem aktivity podporující zdraví a odstranění rizikových faktorů (Machová, 2015). Díky svému průzkumu jsem zjistila, že gastroenterologické sestry hrají velkou roli v primární prevenci. Větší část sester vzdělává pacienty ve zdravém životním stylu. Zahrnují do zdravého způsobu života správnou životosprávu, edukují o rizikových faktorech a doporučují dostatek pohybu. *„Jen doporučujeme nějakou fyzickou aktivitu, jako třeba, jak už jsem zmínila, to plavání. Pokud je nějaký zdatnější člověk, taky běh lehčí. Opravdu to, co by těm lidem udělalo dobře. Může to být i nějaký koníček jako florbal a volejbal.“* Všechny sestry umí vyjmenovat zdravé potraviny, které následně doporučují pacientům: *„Tak určitě ovoce, zeleninu, kvalitní mléčné výrobky, vařené maso, vlákninu, vodu.“* Některé všeobecné sestry také mluví s pacienty o jejich tělesné hmotnosti, když má pacient nadváhu, doporučují mu váhu snížit. Tento příklad uvedl respondent S1: *„Samozřejmě se upozorní na jeho váhu, aby se neurazili, je to hodně o těch lidech, jak si to vezmou. Jde o jeho zdraví, ne o naše. My ho o tom jenom poučíme. Co může následovat nebo co se tam momentálně nachází. Jde vlastně i o toho samotného jedince, jak si to on sám vezme, ale určitě ho upozorníme na to, že je potřeba s tou váhou začít nějak pracovat a trochu omezit i pár věcí, jako je třeba i ten alkohol, pivo. To je největší problém u těch chlapů.“* O této problematice spojené se vznikem kolorektálního karcinomu mluví ve svém článku Švestka (2016). Velký podíl na nádorovém onemocnění má výživa a problematický příjem nadbytku energie spojeného s nedostatkem tělesného pohybu. Srovnáváním získaných dat se odhaduje vliv výživy na vznik karcinomů až v 30–35 % (Švestka, 2016). Malá část všeobecných sester uvádí, že na tento rizikový faktor by měl

upozorňovat lékař. Toto sdělili respondenti S2 a S5. *„To spíš lékaři v poradnách, my jako sestry ne.“*

Celkem 5 ze 7 gastroenterologických sester uvedlo, že informují pacienty o zanechání kouření, které má vliv na vznik kolorektálního karcinomu. O tomto rizikovém chování píše ve svém článku Hou (2014). Studie China Nationwide Retrospective Mortality Survey odpověděla na otázku, zda existuje spojení mezi kouřením a vznikem kolorektálního karcinomu. Výsledky vychází z populační studie u čínské populace. Autor došel k závěru, že ve srovnání s nekuřáky, kouření zvyšovalo riziko specifické mortality o 9,8 %. Autor tedy doporučuje zanechání kouření v jakémkoliv časovém období (Hou, 2014).

Do jednoho z klinických projevů kolorektálního karcinomu patří i problémy s vylučováním. Gastroenterologické sestry odpovídaly, zda se ptají pacientů na vyprazdňování a co konkrétně je zajímavé. Ačkoliv je to jedna ze základních lidských potřeb, na problematiku spojenou s vylučováním se ptá pouze 28 % všeobecných sester. Dle Friče (2014) mimo střevní krvácení a laboratorní nález patří k časným příznakům kolorektálního karcinomu také změna vyprazdňovacího rytmu střeva ve smyslu střídání zácpy a průjmu a úbytek tělesné hmotnosti. Proto by se gastroenterologické sestry měly na tyto klinické projevy pacientů ptát. Včasný záchyt může být pro pacienta život zachraňující.

Ze získaných dat bylo zjištěno, že všechny gastroenterologické sestry využívají k edukaci pacientů rozhovor a letáky, které mají volně dostupné na chodbách nebo v čekárnách. *„Máme tu informační letáky, které máme u nás v čekárně. Tam si můžou vzít kdykoliv, co chtějí. Můžou si to pročíst. Pokud někdo přijde a zeptá se mě, tak si o tom s tím člověkem pobavím.“* Dalšími využívanými materiály jsou internet a knihy. Díky těmto informacím bylo stanoveno, že správná edukace pacientů může snížit riziko vzniku onkologického onemocnění, tudíž se všeobecné sestry podílejí na redukování výskytu kolorektálního karcinomu. Dle získaných dat v bakalářské práci na téma Prevence kolorektálního karcinomu pohledem laické veřejnosti Plzeňského kraje od Pospíšilové (2014) bylo zjištěno, že 77,5 % mladších pacientů v Plzeňském kraji a 66,6 % starších 50 let projevilo zájem o další informace v oblasti prevence kolorektálního karcinomu. Velmi nečekané bylo zjištění, že jen 10,2 % mladších a 3,3 % starších 50 let, by chtělo dostat tyto informace od všeobecné sestry. Starší lidé výrazně upřednostňují získávání informací od svého praktického lékaře a mladší pacienti naopak z internetu. Průzkum byl proveden u 122 respondentů.

Druhá průzkumná otázka: Jaké má všeobecná sestra postavení v sekundární prevenci?

Sekundární prevence je cíleně zaměřena na diagnostiku počínajícího nebo již vzniklého nádorového onemocnění. Základem je včasná diagnostika a zahájení léčby. Patří sem preventivní prohlídky, jejichž cílem je zachytit nemoc v raném stádiu (Machová, 2015). Gastroenterologickým sestrám jsem pokládala otázku, jestli ony samy pacientům doporučují chodit na pravidelné preventivní prohlídky. Více než 71 % všeobecných sester uvedlo, že prohlídky doporučují. „*Sice jsem tady krátkou chvíli, ale ve zdravotnictví už jsem taky nějakou dobu a už jenom z tohoto pohledu bych to určitě doporučila i svým blízkým a rodičům, aby to určitě nepodceňovali.*“ Zbýlých 29 % všeobecných sester si myslí, že toto je v kompetencích lékaře.

Všichni tázaní respondenti preferují kolonoskopické vyšetření před TOKS. Avšak rozdělení věkové hranice, od kdy se kolorektální screening provádí, uvádí respondenti různě. Odlišný věk je uváděný i v odborné literatuře. Abrahámová (2012) uvádí, že screening by měl být nejlépe zahájen ve věku 50 let. U rizikových osob je doporučeno s vyšetřením začít dříve. Běžná metoda ke zjištění kolorektálního karcinomu je test na okultní skryté krvácení (Abrahámová, 2012). Seifert (2012) tvrdí, že v 55 letech praktický lékař nabízí možnost volby mezi TOKS ve dvouletých intervalech či kolonoskopií jednou za deset let. Horní věková hranice není zákonem stanovena (Seifert, 2012). Respondent S6 odpověděl: „*Tak to nevím určitě, nechci lhát, ale myslím si, že je to jednou ročně TOKS od 50 let a od 55 let při negativním výsledku je kolonoskopie jednou za 10 let.*“ Díky tomuto průzkumu byly zaznamenány rozdíly v doporučovaném věku screeningu kolorektálního karcinomu.

Všechny sestry se shodují, že na pacienty nemají tolik času, kolik by si představovaly. Tady se nabízí otázka: *Co je příčinnou nedostatku času gastroenterologických sester?* Dva respondenti uvedli, že důvodem je snížené množství zaměstnanců. Ostatní respondenti poukazují na velké množství pacientů. „*Prostředí bych řekla, že jo, ale času máme málo. Sester je nedostatek a tady se za den mihne hodně lidí.*“, respondent S7: „*Času máme málo, je tu hromada práce a málo zaměstnanců.*“ V roce 2014 bylo spuštěno adresné zvaní osob, které se chronicky neúčastní screeningového programu KRK. Program adresovaného zvaní je organizován Ministerstvem zdravotnictví ČR ve spolupráci s plátcí zdravotní péče a s odbornými lékařskými společnostmi (Suchánek, 2018). V prvním roce zavedení populačního screeningu KRK bylo osloveno 1 500 897 osob, což představuje 52,7 % cílové populace (Zavoral, 2016). Tato osvěta může být jedním z důvodů přeplněných endoskopických ambulancí.

Dále byla gastroenterologickým sestřám pokládána otázka na edukaci pacientů před samotným vyšetřením. Všechny sestry pacienty informují pomocí rozhovoru a 5 ze 7 sester nabízí pacientům letáčky, kde mají informace, jak mají přijít na vyšetření připraveni. „*Pacient je edukovaný, když už se k nám přijde objednat, protože my razíme heslo, že na kolonoskopii musí přijít osobně, abychom si právě s nimi povídali, abychom jim to vysvětlili a aby se mohli rozhodnout, jestli chtějí to vyšetření v anestezii nebo jaký chtějí preparát na vyprázdnění. Takže to je vlastně první kontakt toho pacienta s tou sestrou, která ho edukuje tímhle způsobem, že se ho ptá na různé věci a zároveň mu předáme informovaný souhlas, návod na dietu, recept na vyprazdňovací roztok a všechno mu k tomu vysvětlíme. Ještě mají kartičku s naším telefonním číslem, když si ty papíry doma proctou a chtějí se k tomu ještě něco zeptat, než vůbec přijdou na to vyšetření, můžou zavolat.*“ Až 25 % pacientů, kteří podstupují kolonoskopii, mají nedostatečně vyprázdněné tlusté střevo. Správnou edukací před vyšetřením se předchází možným komplikacím, nutnosti opakování výkonu či časnější endoskopická vyšetření (Vepřeková, 2012).

Následně gastroenterologické sestry popsaly průběh vyšetření od samého přijetí pacienta na oddělení až po péči po vyšetření. Odpovědi sester se nějak zásadně nelišil. Jejich činností je přijetí pacienta, administrativa, psychická příprava, zavedení intravenózního vstupu, premedikace a další zdravotní výkony. Všechny sestry vypověděly, že pacient po výkonu musí mít zajištěný doprovod při propuštění.

Třetí průzkumná otázka: Co je úkolem všeobecných sester v terciální prevenci?

Zaměřuje se na prevenci následků nemoci, vad, dysfunkcí a handicapů. Je zde typická rehabilitace jak léčebná, pracovní, sociální, tak i speciálně pedagogická. Snaží se udržet co nejdéle dobrou kvalitu života (Machová, 2015). Respondentům byla položena otázka, zda pomáhají pacientům zlepšovat jejich kvalitu života a jestli motivují nově diagnostikované pacienty k uzdravení či k vyrovnání se s nemocí. Každý respondent si představuje zlepšování kvality života jinak. Někdo to bere jako správnou diagnostiku a následnou péči. Ostatní sestry zase mluvily o psychické podpoře a naslouchání. „*Jo, to jo, když třeba se při té kolonoskopii něco najde, tak těm lidem říkáme, hned ať neházej flintu do žita, že to nemusí být nádor takový, jaký oni si hned představují. Takže určitě se snažím je navést trošku na tu cestu naděje, i když se říká, naději nedávej, je to zbytečné, jsou to plané sliby, ale ty lidi v tuto chvíli i zároveň potřebují, takže jim pomáháme psychicky. A občas je i držíme za ruku, když jim to pomůže.*“ Z rozhovorů s gastroenterologickými sestrami byl ustanovený závěr, že sestra je pro pacienta oporou a podá mu pomocnou ruku, když jí zrovna potřebuje. Jedna všeobecná sestra

zmínila paliativní péči: „*Tak v těch konečných stádiích je jim nabízena třeba i ta paliativní péče. Nejlepší, co se tedy může stát je to, že se pacient úplně vyléčí, ale ne všichni mají takové štěstí.*“ Pochop (2019) ve svém článku uvádí, že výzkumy z posledních let ukazují, že pro pacienty a jejich rodiny je přínosné, pokud je spolu s protinádorovou léčbou do péče zapojen i paliativní tým (Pochop, 2019).

Každý člověk je subjektivní, a tak může stejná situace vyvolat u každého rozdílné reakce. Těžká životní situace může být chápána jako výzva, či na ní může reagovat útekem a obranou. Taková diagnóza, jako je kolorektální karcinom, je pro pacienta velmi stresující, proto by měla všeobecná sestra nemocnému pomoci se zvládnutím tohoto problému (Kosek, 2020).

Do terciální prevence jsou zařazeni i pacienti se stomií. Gastroenterologické sestry dostaly otázky, jestli k nim do ambulance nějací stomici chodí a jak je edukují v péči o stomii. Ačkoliv všichni respondenti se setkávají se stomiky, tak žádný respondent neodpověděl, že by on sám z vlastní iniciativy pacienty edukoval, ale pacienti přichází už informování odjinud. „*Už to většinou vědí, ale je tu v nemocnici stomická sestra, která by je měla edukovat.*“ Všechny všeobecné sestry by měly být vzdělané v péči o stomii ze škol, tudíž by se jich měla týkat edukace pacienta ohledně stomie a měly by i umět o ní pečovat. Tento průzkum byl překvapující. Pozitivním zjištěním ale bylo, že stomici z pohledu sester jsou dostatečně informováni v tom, jak mají pečovat o svou stomii. Dle Fierlové (2018) je velmi důležitá spolupráce s pacientovou rodinou, která nejen že může pacientovi pomáhat v ošetřování stomie, ale zajišťuje i psychickou podporu pacienta (Fierlová, 2018).

ZÁVĚR

Kolorektální karcinom se dnes řadí mezi velmi známá onkologická onemocnění. Endoskopické ambulance jsou plné pacientů a čekací doba na kolonoskopické vyšetření je někde i půl roku. Z nasbíraných dat vychází, že gastroenterologické sestry jsou dostatečně vzdělané v oblasti problematiky kolorektálního karcinomu. Prevence tohoto nádorového onemocnění je velmi důležitá. Nedílnou součástí je i edukace pacientů všeobecnými sestrami. Je součástí primární, sekundární i terciální prevence. Tato bakalářská práce může být případně doporučením pro studenty oboru všeobecná sestra, kteří by chtěli pracovat v gastroenterologické ambulanci. Pojednává o důležitosti sestry v prevenci kolorektálního karcinomu a apeluje na nepodcenění edukace pacientů. Zároveň poukazuje na individualitu všeobecných sester. Jsou to osoby ochotné pacientům poradit a dát jim cenné rady.

Bakalářská práce obsahuje část teoretickou a průzkumnou, tudíž je rozdělena na dvě části. Teoretická část byla rozdělena do 3 kapitol. První kapitola teoretické části byla věnována kolorektálnímu karcinomu. Členila se na etiopatogenezi, typy kolorektálního karcinomu, epidemiologii a rizikové faktory, klinické projevy, léčbu a komplikace. Druhá kapitola teoretické části se zabírala prevencí kolorektálního karcinomu. Prevence byla rozdělena na primární, sekundární a terciální. Poslední závěrečná část představila stomie a strategie zvládání stresu a úzkosti.

Cílem průzkumné části bylo zjistit, jakou roli hrají gastroenterologické sestry v prevenci kolorektálního karcinomu. Pro průzkum byl použit polo-strukturovaný rozhovor, který se vedl se sestrami gastroenterologických ambulancí. Byly stanoveny tři hlavní průzkumné otázky a několik podotázek pod ně spadajících. Jednotlivé rozhovory se sestrami z různých nemocnic byly nahrávány na diktafon v mobilním telefonu a následně přepisovány do písemné formy. V bakalářské práci jsou odpovědi zkrácené, aby obsahovaly odpovědi na jednotlivé otázky. Objevují se zde také přesné citace a parafrázování.

Z rozhovorů s gastroenterologickými sestrami bylo zjištěno, že sestra je pro pacienta oporou, a podá mu pomocnou ruku, když ji zrovna potřebuje. Také je prostředníkem mezi pacientem a lékařem, dále pacienta vzdělává a pečuje o něj. Všeobecné sestry nejen že provádí zdravotní výkony, ale jsou i důležitou součástí prevence. Tento průzkum ukázal, v jakých oblastech sestry pacienty informují. Do jejich edukace patří zdravý životní styl, což zahrnuje správnou životosprávu, dostatečný pohyb, vyvarování se rizikových faktorů, jako jsou alkohol a kouření, a pravidelné preventivní prohlídky. Nejčastěji využívanou metodou pro předávání

informací je rozhovor s pacienty či poskytnutí edukačních materiálů v podobě letáčků. Sestra je důležitá pro chod oddělení. Mimo péče o pacienty, pracuje také s administrativou a organizuje objednávání pacientů. Některé gastroenterologické sestry odkazují pacienty do nutriční ambulance nebo do obezitologické ambulance při nežádoucí tělesné hmotnosti, která je také jeden z rizikových faktorů kolorektálního karcinomu. Často se gastroenterologické sestry setkávají s pacienty, kteří mají zavedenou stomii. Ti už většinou přichází informovaní v péči o ni. Mají-li pacienti nějaké otázky, sestry jim je rády zodpovědí, popřípadě je odkážou na stomickou sestru, která je v každé nemocnici, kde průzkum probíhal. Negativním zjištěním tohoto průzkumu bylo, že každá sestra se setkává s nepříjemnými či agresivními pacienty. Na sestry je vyvíjen velký tlak, a proto je důležité, aby se sestry chránily před syndromem vyhoření.

POUŽITÁ LITERATURA

1. ADAMOVÁ, Z., R. SLOVÁČEK a A. GERŠLOVÁ. 2014. Kolorektální karcinom a obezita. *Praktický lékař* [online], roč. 94, č. 3, s. 145-147 [cit. 2022-02-12]. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/prakticky-lekar/2014-3/kolorektalni-karcinom-a-obezita-49162>.
2. BRIERLEY, J., M. K. GOSPODAROWICZ, CH. WITTEKIND, et al., 2018. *TNM: klasifikace zhoubných novotvarů*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky. ISBN 978-80-7472-173-1.
3. FIERLOVÁ, R.. 2018. Péče o pacienty se stomií. *Medicína pro praxi: Pro sestry* [online], roč. 15, č. 5, s. 291-294 [cit. 2022-02-12]. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/med/2018/05/11.pdf>.
4. FRIČ, P., 2014. Kolorektální karcinom (2. část). *Časopis lékařů českých* [online]. Roč. 153, č. 3, s. 162-175 [cit. 2022-06-12]. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/casopis-lekaru-ceskych/2014-3/kolorektalni-karcinom-cast-2-48957>.
5. GREGOR, J., D. KREJČÍ, J. MUŽÍK, et al., 2021. Epidemiologie kolorektálního karcinomu v České republice. *Kolorektum.cz: Screening kolorektálního karcinomu* [online]., Brno [cit. 2022-02-08]. Dostupné z: <https://www.kolorektum.cz/index.php?pg=pro-odborniky--epidemiologie-kolorektalniho-karcinomu--epidemiologie-kolorektalniho-karcinomu-v-cr>.
6. Hou L., et al. 2014. Association between smoking and deaths due to colorectal malignant carcinoma: a national population-based case–control study in China. *British Journal of Cancer*. doi: 10.1038/bjc.2014.9 Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/clanky-pro-pacienty/zanechani-koureni-ma-pravdepodobne-prinos-pro-preveni-vyskytu-kolorektalniho-karcinomu-111351>.
7. HRUBÁ, D. 2014. Strategie primární prevence. *Medicína pro praxi* [online]. Brno, roč. 11, č. 3 [cit. 2022-02-12]. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/med/2014/03/08.pdf>
8. KOSEK, M. 2020. *Osobnost a zvládání zátěžových situací* [online]. [cit. 2022-02-13]. Dostupné z: <https://www.martinkosek.com/l/zvladani-zatezovych-situaci/>.

9. KOTKOVÁ, K.. 2020. Význam vlákniny v naší stravě. Brno. S. 30 [cit. 2022-06-18].
Dostupné z: https://is.muni.cz/th/halq/Diplomova_prace_Karolina_Kotkova.pdf.
10. LEVÝ, M., V. VISOKAI, L. LIPSKÁ, et al., 2017. Chirurgická léčba pokročilého kolorektálního karcinomu. *Praktický lékař* [online]. Praha, roč. 97, č. 1 [cit. 2022-02-12].
Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/prakticky-lekar/2017-1/chirurgicka-lecba-pokrocileho-kolorektalniho-karcinomu-60390>.
11. MAČÁK, J., J. MAČÁKOVÁ a J. DVOŘÁČKOVÁ. 2015. Výchova ke zdraví. 2., aktualizované vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5351-5.
12. NGO, O., R. CHLOUPKOVÁ, Š. SUCHÁNEK, et al., 2019. Aktuální výsledky screeningu kolorektálního karcinomu v České republice a potenciální význam kolonické kapslové endoskopie. *Gastroent Hepatol* [online]. roč. 73, č. 5, s. 387-391 [cit. 2022-02-12].
Dostupné z: doi:10.14735/amgh2019387.
13. NOVÁK, J. Význam chůze jako nejpřirozenější pohybové aktivity v životním stylu člověka. *Praktický lékař* [online]. 2018, roč. 98, č. 4, s. 158-165 [cit. 2022-02-12].
Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/prakticky-lekar/2018-4-4/vyznam-chuze-jako-nejprirozenejsi-pohybove-aktivity-v-zivotnim-stylu-cloveka-105310>.
14. OREL, M., 2019. Anatomie a fyziologie lidského těla: pro humanitní obory. Praha: Grada. s. 780-814. ISBN 978-80-271-0531-1.
15. PETRUŽELKA, L. a kol. 2018. Kolorektální karcinom. Praha: Farmakon Press, 202 s. ISBN 978-80-906589-7-4.
16. POCHOP, L., R. ALEXANDROVÁ, O. SLÁMA, et al., 2019. Onkologická kazuistika – kdy je vhodný čas na integraci paliativní péče?. *Klinická onkologie*. Brno, roč. 32, č. 4, s. 303-305. Dostupné z: doi:10.14735/amko2019303.
17. POLÍVKA, J.. 2018. Hospic – pokračující péče během života pacienta. *Časopis lékařů českých*. roč. 157, č. 1, s. 4-8. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/casopis-lekaru-ceskych/2018-1/hospic-pokracujici-pece-behem-zivota-pacienta-63248>.
18. POSPÍŠIL, P. a P. ŠLAMPA. 2020. Postavení radioterapie v léčbě karcinomu. *Klin Onkol* [online]. Brno. Roč. 33, č. 1, s. 38-47 [cit. 2022-02-12]. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/klinicka-onkologie/2020-suppl-1/postaveni-radioterapie-v-lecbe-karcinomu-123901>.

19. POSPÍŠILOVÁ, K. 2014. Prevence kolorektálního karcinomu pohledem laické veřejnosti plzeňského kraje. Plzeň. S. 81 [cit. 2022-06-12]. Dostupné z: https://dspace5.zcu.cz/bitstream/11025/14805/1/BP_Katerina_Pospisilova.pdf.
20. SEIFERT, B.. 2012. *Screening kolorektálního karcinomu*. Praha: Maxdorf, Ambulantní gynekologie. ISBN 978-80-7345-309-1.
21. SUCHÁNEK, Š., T. GREGA a M. ZAVORAL. 2018. Screening kolorektálního karcinomu. *Vnitřní lékařství* [online]. roč. 64, č. 6, s. 679-683 [cit. 2022-02-12]. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/vnitri-lekarstvi/2018-6/screening-kolorektalniho-karcinomu-105537>.
22. ŠVESTKA, T. a T. KLECHLER. 2016. Prevence kolorektálního karcinomu. *Časopis lékařů českých* [online]. roč. 2, s. 81-83 [cit. 2022-02-12]. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/casopis-lekaru-ceskych/2016-2/prevence-kolorektalniho-karcinomu-57701>.
23. VEPŘEKOVÁ, G., Š. SUCHÁNEK a M. ZAVORAL. 2012. Kolorektální karcinom. *Rozhledy v chirurgii* [online]. Roč. 91, č. 1, s. 44-47 [cit. 2022-06-12]. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/rozhledy-v-chirurgii/2012-1/kolorektalni-karcinom-41943>.
24. VÍTEK, P. a J. NOVOTNÝ. 2015. Karcinom anu. *Onkologiecs.cz* [online], roč. 9, č. 6, [cit. 2022-02-12]. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/xon/2015/06/03.pdf>.
25. VORLÍČEK, J., J. ABRAHÁMOVÁ a H. VORLÍČKOVÁ. 2012. Klinická onkologie pro sestry. 2., aktualizované vydání. Praha: Grada. s. 772-773. ISBN 978-80-247-3742-3.
26. VOŠKA, M., T. GREGA, G. VOJTĚCHOVÁ, et al., 2018. Porovnání účinnosti kolonické kapslové endoskopie a optické koloskopie u osob s pozitivním imunochemickým testem na okultní krvácení do stolice – multicentrická, prospektivní studie. *Gastroent Hepatol* [online]. roč. 72, č. 4, s. 298-303 [cit. 2022-02-12]. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/ceska-slovenska-gastro/2018-4-6/porovnani-ucinnosti-kolonicke-kapslove-endoskopie-a-opticke-koloskopie-u-osob-s-pozitivnim-imunochemickym-testem-na-okultni-krvaceni-do-stolice-multicentricka-prospektivni-studie-105431>.
27. ZAVORAL, M., G. VOJTĚCHOVÁ, O. MÁJEK, et al., 2016. Populační screening kolorektálního karcinomu v České republice. *Časopis lékařů českých* [online]. roč. 155, s.

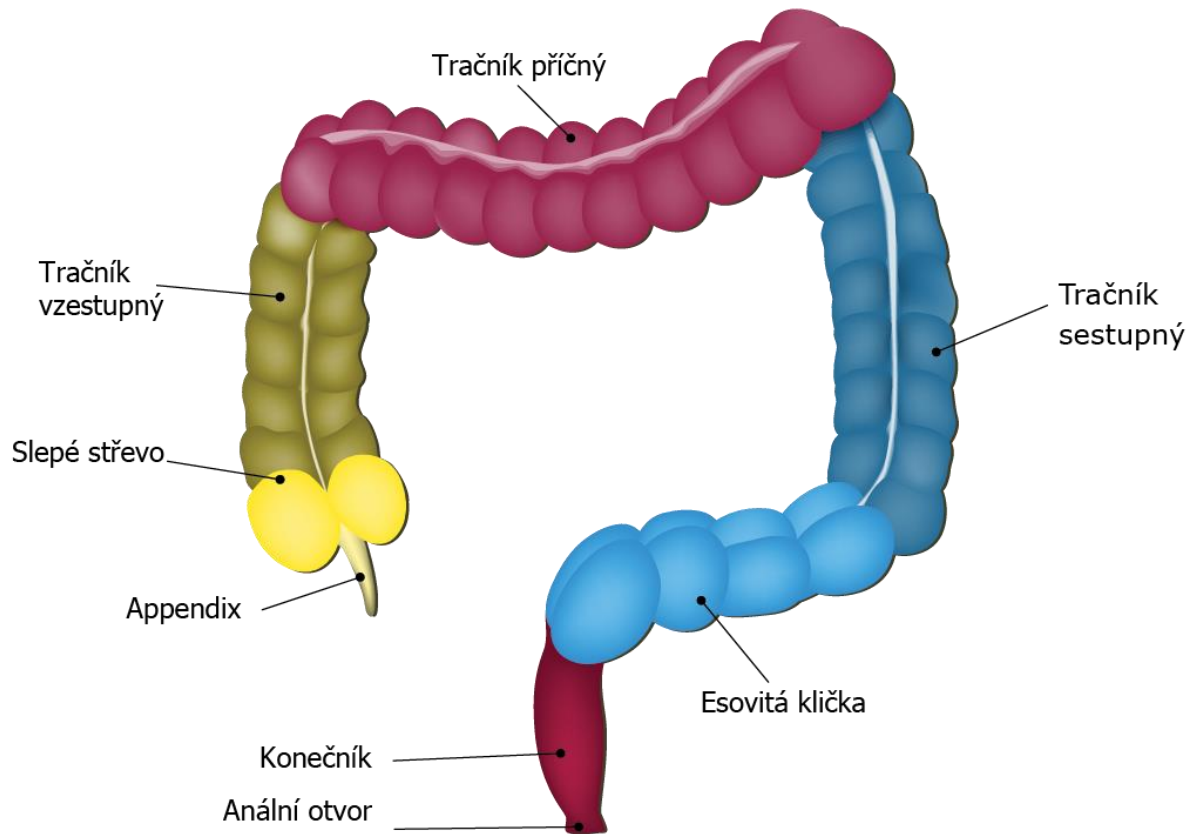
7-12 [cit. 2022-02-12]. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/casopis-lekaru-ceskych/2016-1/populacni-screening-kolorektalniho-karcinomu-v-ceske-republice-57263>.

28. ZAVORAL, M., T. GREGA a Š. SUCHÁNEK. 2016. Komplikace léčby kolorektálního karcinomu. *Onkologie* [online]. roč. 10, č. 1, s. 41–47 [cit. 2022-02-12]. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/xon/2016/01/10.pdf>.

PŘÍLOHY

Příloha A – <i>Anatomie tlustého střeva</i>	64
Příloha B – <i>Klasifikace nádorového onemocnění</i>	65
Příloha C – <i>Schéma kolorektálního screeningu</i>	66
Příloha D – <i>Leták Výživa a životní zdravý styl v prevenci kolorektálního karcinomu</i>	67

Příloha A – Anatomie tlustého střeva



Zdroj: <https://www.medimerck.cz/cz/home/oncology/colon-cancer.html>

Příloha B – Klasifikace nádorového onemocnění

Klasifikace se používá pouze pro karcinomy histologicky ověřené.

TNM klinická klasifikace

T – primární nádor

TX – primárně karcinom nelze hodnotit

T0 – bez známek primárního karcinomu

Tis – karcinom in situ, intraepitelární

T1 – karcinom postihuje submukózu

T2 – karcinom postihuje tunica muscularis propria

T3 – karcinom proniká do subserózy nebo perikolických tkání bez peritoneálního krytu

T4 – karcinom proniká do přilehlých orgánů

N – regionální mízní uzliny

NX – regionální mízní uzliny nelze hodnotit

N0 - regionální mízní uzliny bez metastáz

N1 – postiženy regionální mízní uzliny

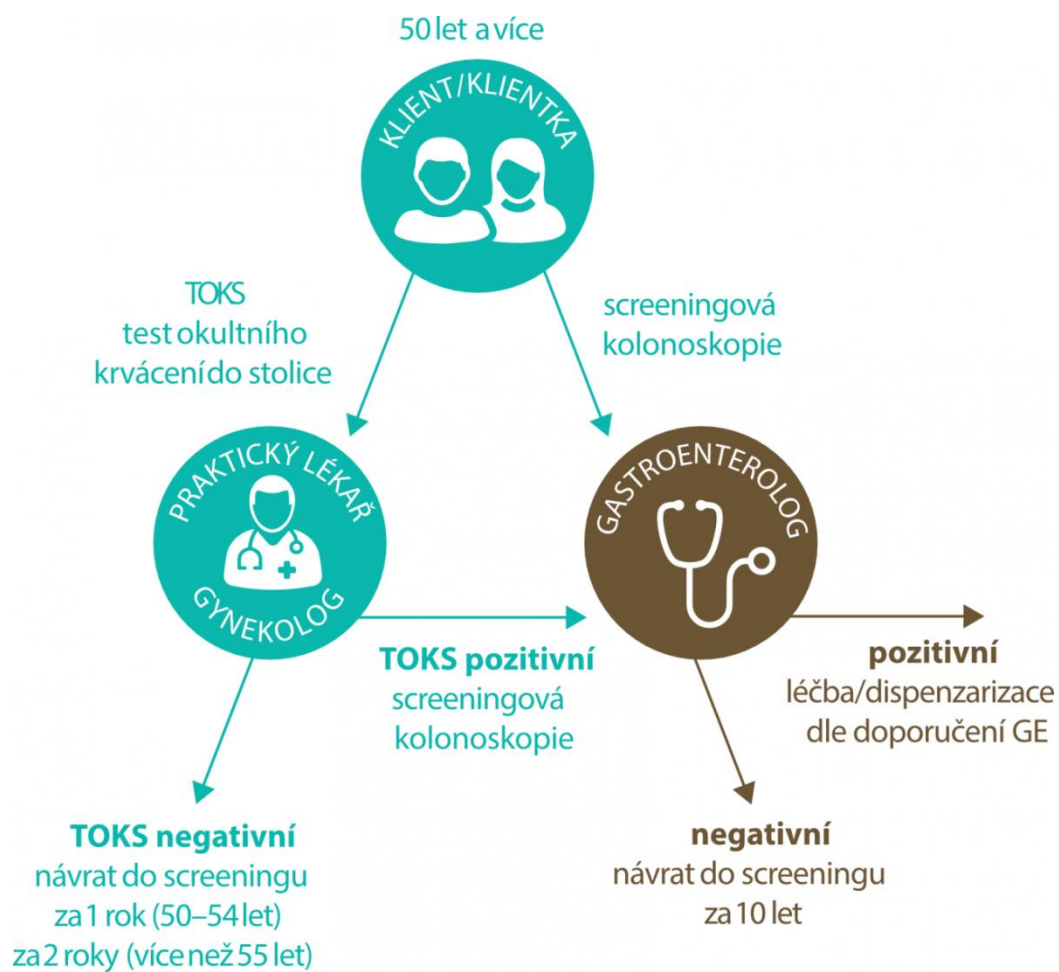
N2 – postiženy více než tři regionální mízní uzliny

M – vzdálené metastázy

M0 – bez vzdálených metastáz

M1 – vzdálené metastázy (Brierley, 2018)

Příloha C – Schéma kolorektálního screeningu



Zdroj: <https://www.kolorektum.cz/index.php?pg=pro-odborniky--organizace--screeningovy-proces>

Výživa a životní styl v prevenci kolorektálního karcinomu

Kolorektálnímu karcinomu se dá, na rozdíl od spousty jiných onemocnění, v poměrně značné míře předcházet úpravou stravy a životního stylu. Stačí dodržovat několik zásad:

1) **Udržet si ideální tělesnou hmotnost** – obezita významně zvyšuje riziko vzniku karcinomu.



2) **Konzumovat dostatečné množství vlákniny** – které najdeme např. v celozrnných obilovinách a výrobcích, luštěninách, ovoci a zelenině, oříšcích, semínkách.



3) **Snažit se zařazovat do jídelníčku spíše rostlinné oleje než živočišné tuky** – např. řepkový nebo olivový olej místo másla nebo sádla. Také volit výrobky s nižší nebo střední tučností.



4) **Nepřehánět to s konzumací červeného masa** – tato masa (vepřové, hovězí, zvěřina, skopové aj.) by v jídelníčku rozhodně neměla převládat, stejně tak uzeniny.

4) **Dbát na dostatečný příjem kyselin omega-3**, které najdeme v tučných mořských rybách nebo rostlinných olejích.



5) **Konzumovat potraviny s obsahem vápníku** – např. neochucené mléko a mléčné výrobky s nižší nebo střední tučností, ale i brokolici, mák nebo třeba ořechy.



6) **Vyhnout se nadměrné konzumaci jednoduchých cukrů** – v podobě např. cukru, medu, sladkostí, ale i skrytých cukrů v pochutinách a polotovarech.

7) **Dbát na dostatečný příjem tekutin** – ideálně vody, neslazených minerálních vod a nebo čajů.



8) **Dostatečně se hýbat ve volném čase** – minimálně 3 hodiny týdně, nebo půl hodiny denně (rychlá chůze, běh, cvičení).

9) **Nekouřit a vyhnout se nadměrné konzumaci alkoholu** – i kouření má velký vliv na tlusté střevo a v kombinaci s alkoholem se riziko vzniku karcinomu ještě zvyšuje. Maximální denní dávka je u mužů 0,5 l piva, 2 dl vína nebo 5 cl tvrdého alkoholu, pro ženy je dávka poloviční.



10) **Chodit na preventivní prohlídky** – zejména ve věku nad 50 let, kdy riziko rakoviny tlustého střeva a konečníku prudce narůstá.



Více informací na www.vize.cz

Zdroj: <https://www.vize.cz/wp-content/uploads/2018/04/letak-prevence-kolorektalniho-karcinomu.pdf>