



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Ošetrovatelská péče o pacienty s onkologickým
onemocněním slinivky břišní

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: OŠETŘOVATELSTVÍ

Autor: Inna Bella

Vedoucí práce: Mgr. Alena Polanová

České Budějovice 2019

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „**Ošetrovatelská péče o pacienty s onkologickým onemocněním slinivky břišní**“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby bakalářské práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne

.....

Inna Bella

Poděkování

Chtěla bych poděkovat paní Mgr. Aleně Polanové, vedoucí mé bakalářské práce, za odborné vedení, cenné rady, a především za její trpělivost při zpracování této bakalářské práce.

Abstrakt

Tato bakalářská práce na téma „Ošetrovatelská péče o pacienty s onkologickým onemocněním slinivky břišní“ mapuje práci sestry pečující o pacienta, jak u vyšetřovacích metod při prokázání onemocnění karcinomu pankreatu, tak na lůžkové části gastroenterologického oddělení.

Cílem této práce bylo: 1. Zjistit specifika ošetrovatelské péče o pacienty s onkologickým onemocněním slinivky břišní. 2. Zjistit úlohu všeobecné sestry při vyšetřovacích metodách onkologického onemocnění slinivky břišní. 3. Zjistit možnosti dalšího vzdělávání sester poskytujících ošetrovatelskou péči o pacienty s onkologickým onemocněním slinivky břišní. K těmto cílům byly stanoveny tři výzkumné otázky: 1. Jaká jsou specifika ošetrovatelské péče o pacienty s onkologickým onemocněním slinivky břišní? 2. Jaká je úloha všeobecné sestry při vyšetřovacích metodách onkologického onemocnění slinivky břišní? 3. Jaké jsou možnosti dalšího vzdělávání sester poskytujících ošetrovatelskou péči o pacienty s onkologickým onemocněním slinivky břišní? Výzkumná část této bakalářské práce byla realizována kvalitativním výzkumným šetřením technikou polostrukturovaného rozhovoru. Výzkumné šetření bylo provedeno na gastroenterologickém oddělení, kde se nachází jak lůžková, tak endoskopická část oddělení. U endoskopických sester byly otázky v rozhovoru zaměřené na péči o pacienta před, během a po vyšetření. Sestry pracující na lůžkové části gastroenterologie odpovídaly na specifika péče o pacienta s karcinomem pankreatu. Endoskopické sestry se shodly na tom, že v jejich práci je nejdůležitější práce s endoskopickými přístroji a instrumentáři, jejich dezinfekce a sterilizace, příprava a péče o pacienta během a po vyšetření, asistence lékaři při vyšetření. Sestry pečující o pacienta s karcinomem pankreatu na lůžkovém oddělení uvádějí, že jejich péče se zaměřuje na přípravu pacienta na vyšetření, řešení bolestí a výživy u tohoto pacienta, a v terminálním stádiu poskytování kvalitní ošetrovatelské péče.

Výsledky této bakalářské práce by mohly posloužit jako studijní materiál pro studenty zabývajícími se touto problematikou, pro sestry nově nastupující do zaměstnání na gastroenterologické oddělení.

Klíčová slova

onkologické onemocnění slinivky břišní; gastroenterologie; endoskopie; sestra; ošetrovatelská péče; pacient; vzdělávání.

Abstract

This bachelor thesis deals with the topic `Nursing Care for Patients with an Oncological Disease of the Pancreas`. It maps the work of a nurse taking care of a patient, with regard to the investigative methods in proving the disease of carcinoma of the pancreas and with regard to an inpatient part of the gastroenterological department. Goals of this thesis are: 1. To find out specifics about the nursing care with respect to patients with an oncological disease of the pancreas, 2. To find out the role of a general nurse during the investigative methods regarding the oncological disease of the pancreas, 3. To find out possibilities of further education of nurses who provide nursing care for patients with an oncological disease of the pancreas. Three research questions were set beside these goals: 1. What are the specifics of a nurse caring for patients with an oncological disease of the pancreas?, 2. What is the role of a general nurse during the investigative methods of an oncological disease of the pancreas?, 3. What are the possibilities of further education of nurses who provide nursing care for patients with an oncological disease of the pancreas? Part of this bachelor thesis research consists of the qualitative research investigation with the usage of a semi-structured interview. Research investigation took part in the gastroenterological department where there were situated both inpatient and endoscopic parts of the department. Endoscopic nurses were asked questions that focused on the care of a patient before, during, and after the examination. Nurses who work in the inpatient part of the gastroenterology spoke about the specifics of the nursing care of a patient with carcinoma of the pancreas. Endoscopic nurses agreed that the most important part in their work is the usage of endoscopic devices and instrumentarium, their disinfection and sterilization. Also, they agreed that equally important are preparation and care of a patient during and after an examination and an assistance to a doctor during the examination. Nurses in the inpatient department who take care of a patient with carcinoma of the pancreas state that their nursing care focuses on the preparation of a patient for examination, on dealing with pain and nutrition with respect to the patient, and also on a quality of nursing care in a terminal stage. Results of this bachelor thesis could be used as a study material for students who deal with this topic and especially for new nurses in the gastroenterological department.

Key words: oncological disease of the pancreas; gastroenterology; endoscopy; nurse; nursing care; patient; education.

OBSAH

1 ÚVOD	8
2 SOUČASNÝ STAV	9
2.1 Charakteristika onkologického onemocnění slinivky břišní	11
2.1.1 Patologie nádorů slinivky břišní.....	12
2.1.2 Rizikové faktory vzniku nádorů slinivky břišní.....	10
2.1.3 Příznaky onkologického onemocnění slinivky břišní.....	10
2.1.4 Vyšetřovací metody onkologického onemocnění slinivky břišní.....	15
2.1.5 Léčba onkologického onemocnění slinivky břišní.....	15
2.2 Péče o pacienta s onkologickým onemocněním slinivky břišní.....	15
2.2.1 Úloha sestry při přípravě pacienta na vyšetření ERCP.....	15
2.2.2 Úloha sestry při provádění vyšetření ERCP.....	16
2.2.3 Úloha sestry po vyšetření ERCP.....	18
2.3 Péče o pacienta s nádorem slinivky břišní na lůžkovém oddělení.....	19
2.3.1 Invazivní vstupy u pacienta s onkologickým onemocněním slinivky břišní.....	20
2.3.2 Péče o bolest u pacienta s onkologickým onemocněním slinivky břišní.....	229
2.3.3 Péče o výživu u pacienta s onkologickým onemocněním slinivky břišní.....	29
2.3.4 Péče o vyprazdňování u pacienta s onkologickým onemocněním slinivky břišní.....	31
2.3.5 Paliativní péče o pacienta s onkologickým onemocněním slinivky břišní.....	33
2.4 Vzdělávání sester v gastroenterologii.....	30
3 CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	35
3.1 Cíle práce	35
3.2 Výzkumné otázky	35
4 METODIKA	36
4.1 Použité metody a techniky sběru dat.....	33
4.2 Charakteristika zkoumaného vzorku.....	34
5 VÝSLEDKY	36
5.1 Rozhovory provedené s	36
5.2 Rozhovory provedené se sestrami pracujícími na lůžkovém oddělení.....	37

6 DISKUZE.....	40
7 ZÁVĚR.....	67
8 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	69
9 SEZNAM PŘÍLOH.....	77
10 SEZNAM ZKRATEK.....	78

1 ÚVOD

Téma mé bakalářské práce jsem si vybrala na základě stále větší incidence onkologického onemocnění slinivky břišní v populaci. Karcinom slinivky břišní patří mezi nejzhoubnější nádorová onemocnění. Je to zejména kvůli tomu že, bývá často dlouho bezpříznakové nebo jsou tyto příznaky zpočátku velmi nejasné. V době, kdy se projeví typickou symptomatologií, bývá již většinou ve stádiu neoperability.

Teoretická část práce je nejprve zaměřena na všeobecnou medicínskou oblast, kde se snažím objasnit podstatu tohoto onemocnění, jeho patologii, rizikové faktory vzniku, příznaky tohoto onemocnění. Uvádím zde i důležité vyšetřovací metody a různé druhy endoskopických diagnostických metod. Také se dočtete o možnostech léčby onkologického onemocnění slinivky břišní a s tím spojenou prognózu nemocných.

Jelikož je tato diagnóza nejčastěji stanovená pomocí endoskopických metod, zaměřuji se dále na péči o tohoto pacienta před, během a po endoskopickém vyšetření, a s tím spojené úlohy sestry. Endoskopická sestra má za úkol správně komunikovat s pacientem a tím zajistit jeho spolupráci během výkonu, musí být také manuálně zručná, protože lékaři asistuje při vyšetření a provádí přípravu endoskopických přístrojů.

Následně se v této práci dozvíte o specifikách ošetrovatelské péče o pacienta s karcinomem pankreatu na lůžkovém gastroenterologickém oddělení, kde se sestry například snaží pacientům ulevit od příznaků nechutenství, nauzei, zvracení a často nezvladatelných bolestí. V terminálním stadiu tohoto onemocnění se sestry snaží umožnit klidný a hlavně bezbolestný odchod v kruhu rodiny. Do této části jsem zařadila rovněž komunikaci, protože i to je nedílnou součástí ošetrovatelské profese.

Gastroenterologie je dynamicky se rozvíjející obor. Proto jsme se také zabývali tím, jaké možnosti dalšího vzdělávání sestry mají a jestli je využívají.

Celou svou bakalářskou práci uzavírám seznamem použité literatury a přílohami, kde najdete anatomii a fyziologii slinivky břišní. Také jsou zde k nahlédnutí polostrukturované rozhovory jak pro endoskopické sestry, tak pro sestry pracující na lůžkovém oddělení.

2 SOUČASNÝ STAV

2.1 Charakteristika onkologického onemocnění slinivky břišní

Dušek et al. (2014) ve své knize píše o tom, že se onkologické onemocnění řadí mezi civilizační choroby. Lukáš (2007) doplňuje, že nemocnost a mortalita na onkologické onemocnění trvale stoupá od počátku 20. století ve všech vyspělých zemích světa. Klener (2011) uvádí, že nádory jsou druhou nečastější příčinou úmrtí. Česká republika patří mezi země s velmi vysokým výskytem onkologického onemocnění trávicího traktu a zejména výskyt karcinomu pankreatu je na vzestupu. Nejčastěji se tento nádor diagnostikuje u starších jedinců, průměrný věk v době stanovení diagnózy je 60 let. Tento nádor má vysokou mortalitu a většina pacientů umírá do roka od stanovení diagnózy (Lukáš, 2007).

2.1.1 Patologie nádorů slinivky břišní

Nádory rozdělujeme na benigní a maligní. Známe více než 250 různých druhů nádorů, každý s charakteristickou symptomatologií a specifickým léčebným přístupem. Benigní nádory mají omezený růst, zůstávají na místě svého vzniku, nemetastazují. Obvykle nemají větší negativní účinek na organismus. Nádory pankreatu benigního původu jsou papiloadenom a mucinózní cystadenom. Vyskytují se jen velmi vzácně. Malignizují maximálně ve 20 % případů. Společným znakem zhoubných nádorů je neomezený růst buněk, kdy je normální mechanismus kontrolující růst buněk trvale poškozen. Konečným výsledkem je nárůst buněčné masy nádoru, který napadá a ničí normální tkáň (Vorlíček, 2012). Vorlíček (2004) uvádí myšlenku, že se morfologicky nádorový růst projevuje třemi způsoby. Růst expanzivní je charakteristický mechanickým útlakem okolí, kdy dojde následně k atrofii okolních tkání. Roste tak většina nádorů benigních a různě dlouho některé nádory maligní. Infiltrativní růst je specifický tím, že nádorové buňky vzrůstají mezi buňky okolních tkání bez jejich přímého ničení. Naopak růst invazivní, agresivní nebo destruktivní je typický vrůstáním nádorových buněk do okolních tkání, které jsou tím poškozovány a ničeny. Jde o typický růst zhoubného nádoru. Nádory maligní rostou zpravidla rychle. Šíří se infiltrativně a destruktivně do okolí. Vytvářejí vzdálená ložiska, odborně nazývané metastázy. Pokud se včas neléčí, může dojít ke smrti (Vorlíček, 2004).

Nádory slinivky břišní

Maligní neboli zhoubné nádory pankreatu rozdělujeme podle místa původu na exokrinní, endokrinní a periampulární (nádor papily, intrapancreatického žlučového a duodena). Nejčastěji je karcinom pankreatu lokalizován v hlavě, u jedné třetiny v těle a ocasu slinivky. Většina pankreatických malignit vychází z exokrinní části žlázy (Horst D. Becker, 2005). Karcinom exokrinního pankreatu vychází v 90 % případů z duktálních buněk. Nazýváme ho pojmem duktální karcinom. Ostatní karcinomy pankreatu jsou vzácné. Do kategorie vzácných maligních nádorů pankreatu můžeme zařadit například karcinom acinární, adenoskvamózní, cystadenokarcinom (Trna, 2016). Abrahamová (2004) uvádí skutečnost, že nejčastějším zhoubným nádorem slinivky břišní je adenokarcinom. Vyrůstá z pankreatických vývodných cest. Abrahamová (2012) zmiňuje, že adenokarcinom se řadí mezi karcinom exokrinní části pankreatu a vyskytuje se nejčastěji v hlavě pankreatu. Histologické ověření karcinomu je základní podmínkou pro onkologickou léčbu. Avšak je někdy velice obtížné získat vzorek tkáně (Abrahamová, 2012). Tento nádor patří mezi velké medicínské problémy, protože má velkou mortalitu a většina pacientů umírá do jednoho roku od stanovení diagnózy (Lukáš, 2007). Četnost této choroby plynule stoupá od 45 let věku, nejčastější výskyt je ve věkovém rozmezí 65-75 let (Abrahamová, 2004). Chu et. al (2017) tvrdí, že se karcinom pankreatu vyskytuje převážně u mužů ve vyšším věku (40–85 let) a průměrně deset procent pacientů má rodinnou dispozici.

Nejčastěji adenokarcinomy infiltrují ductus choledochus a ductus pancreaticus mayor s následnou stenózou a proximální dilatací obou duktálních systémů. V této lokalizaci se může šířit do véna mesenterica superior, následně prorůstá do radixu mezenterica a stenotizovat část duodena. Karcinomy těla a kaudy pankreatu způsobují obstrukci ductus pancreaticus major, ale nepostihují ductus choledochus. Velikost tumoru se obvykle pohybuje mezi 1,5 a 5 cm (Trna, 2016).

Metastazování nádorů slinivky břišní

Schopnost nádoru metastazovat je jedním ze základních znaků malignity nádorových onemocnění. Metastazování porogenní probíhá šířením maligních buněk v tělních dutinách nebo štěrbinách, kde není přítomna anatomická překážka, tím je umožněn volný pohyb buněk. Metastazování krevním řečištěm je způsobeno vniknutím nádorových buněk do krevní cévy. Tokem krve jsou zaneseny na vzdálené místo, kde se

„usídli“, rozmnoží a vytvoří nové ložisko. Metastazování lymfatickými cestami (lymfogenní) se projevuje zakládáním nových ložisek v průběhu lymfatických cest a lymfatických uzlin. Nakonec mízní cévy ústí do krevního řečiště, takže šíření lymfatickými cestami může přejít v šíření maligních buněk krevní cestou (Vorlíček, 2012). Incidence metastáz do lymfatických uzlin je závislá na histologickém typu, velikosti a stupni diferenciaci nádoru. Rozeznáváme přímé šíření nebo za pomoci zakládání vzdálených dceřiných ložisek, tzv. metastazováním. Přímé šíření chápeme jako pokračující místní růst. Označujeme tento děj jako šíření per continuitatem. Nádory exokrinního pankreatu se šíří přes ductus pancreaticus (Horst D. Becker, 2005). Karcinom pankreatu často metastazuje do regionálních lymfatických uzlin a krví se následně šíří do jater, plic, nadledvin, vzácněji do ledvin, kostí, mozku a kůže (Trna, 2016).

2.1.2 Rizikové faktory vzniku nádorů slinivky břišní

Etiologie karcinomu pankreatu je dosud nejasná. Uvádí se pouze potenciální rizikové faktory vzniku karcinomu pankreatu. Mezi rizikové faktory patří zejména kouření, které až dvojnásobně zvyšuje riziko vzniku onemocnění ve srovnání s nekuřáky. Dále nemůžeme opomenout ani stravu bohatou na tuky či častou konzumaci masa. Karcinogeny ve stravě a nedostatek ovoce a zeleniny také zvyšují riziko vzniku onemocnění a zároveň se může projevit i diabetes mellitus. Takové stravování způsobuje zvýšený cholesterol v krvi, v důsledku něhož je velké riziko vzniku onkologického onemocnění na zažívacím traktu. Dnešní populace je také charakteristická výskytem vysokého body mass indexu. Diskutován je vliv chronické pankreatitidy a onemocnění žlučových. Konzumace kávy a alkoholu nemá prokazatelný vztah ke vzniku karcinomu (Adam, 2004). Kiss a Tomášek (2016) uvádějí údaj, že přibližně u 4-16 % nemocných je pozorován rodinný výskyt a některé z těchto případů jsou způsobeny mutacemi genů (Kiss a Tomášek, 2016). Zvýšené riziko vzniku tohoto onemocnění bylo prokázáno i u nemocných s primární sklerozující cholangitidou či dysplazií vývodového epitelu. U osob s rizikem jsou v poslední době zvažovány screeningové programy, nejčastěji pomocí EUS (Trna, 2016).

2.1.3 Příznaky onkologického onemocnění slinivky břišní

Karcinom pankreatu se dlouho vyvíjí asymptomaticky. Symptomatický tumor je již pak obvykle inoperabilní. Příznaky tohoto onemocnění se liší podle velikosti a lokalizace nádoru ve slinivce. V hlavě slinivky se nádor vyskytuje přibližně v sedmdesáti procentech případů, v těle a kaudě nalézané přibližně třicet procent nádorů pankreatu. U nádorů lokalizovaných v hlavě slinivky blízko ductus choledochus se objevuje obstrukční ikterus, který může být komplikován cholangitidou. U padesáti procent nemocných je to první příznak, který nemocného upozorní na nutnost návštěvy lékaře. Při vyšetřování nemocného objevujeme nebolestivě zvětšený a hmatný žlučník. Tento jev se nazývá Courvoisierův příznak, který je projevem dilatace extrahepatálních žlučových cest. U patnácti procentech případů se vyvíjí stenóza duodena. Stenózu duodena doprovází poruchy pasáže způsobující tlaky v epigastriu, pocity plnosti, nauzeu, popřípadě zvracení po jídle (Kiss a Tomášek, 2016). Bolest v epigastriu a zádech se vyskytuje asi u dvaceti pěti procent nemocných. Bolesti jsou způsobené drážděním nervových struktur v retroperitoneu neboli prorůstáním nádorů do nervových pletení plexus coeliacus a mesentericus, které obvykle znamenají již inoperabilní stav. Tyto příznaky bývají známkou spíše lokálně pokročilého onemocnění. Pacienti s bolestí mají průměr přežití 5-7 měsíce, oproti tomu průměr přežití pacientů bez bolestí je delší, přibližně patnáct měsíců (Trna, 2016).

Mezi celkové příznaky karcinomu pankreatu řadíme ikterus, ztrátu hmotnosti, nechutenství, náhlý výskyt diabetes mellitus u pacientů ve věku 50 let (v 5 %) nebo náhlý vznik nevysvětlitelné ataky akutní pankreatitidy, malabsorpce a steatorei (Trna, 2016). Steffen (2010) ve své knize vysvětluje pojem steatorea jako průjem s nestrávenými zbytky tuků. Špičák (2012) dodává že se steatorea projevuje objemnou kašovitou, mastnou, zapáchající stolicí s nestrávenými zbytky zeleniny a olejovými skvrnami na vodě v toaletě (Špičák, 2005). Je to první projev insuficience zevní sekrece. Pokud nádor již zgeneralizoval, vidíme nález metastáz, nejčastěji v játrech a na peritoneu. Někdy se vyskytuje maligní ascites. Ascites se objevuje až v posledních stádiích onemocnění, kdy je přítomna již diseminace, peritoneum nebo metastázy v játrech (Trna, 2016).

2.1.4 Vyšetřovací metody onkologického onemocnění slinivky břišní

Lukáš (2007) objasňuje fakt, že diagnostika karcinomu pankreatu je velmi obtížná a v mnoha případech nemožná. Základem pro určení správné diagnózy je samozřejmě pečlivé sestavení anamnézy a důkladné fyzikální vyšetření nemocného. V současné době jsou hlavním přínosem v diagnostice karcinomu pankreatu zobrazovací metody.

Trna (2016) objasňuje, že k diagnostice nádorů pankreatu využíváme kombinaci více metod. To garantuje určení lokálního rozsahu nádorového postižení a posouzení resekability, vyloučení nebo potvrzení metastáz.

Nejméně invazivní metoda a metoda první volby k prokázání patologického nálezu na pankreatu je ultrasonografické abdominální vyšetření. Tato metoda je široce dostupná. Na ultrazvuku si všímáme dilatace žlučových cest a přítomnost jaterních metastáz, ascitu. Bohužel v mnoha případech není možné tuto diagnózu tímto vyšetřením určit z důvodů neschopnosti dobře rozlišit žlázu překrytou plyny či střevním obsahem. Někdy je tumor špatně rozlišitelný pro jeho malou velikost, senzitivita vyšetření prudce klesá u nádorů menších než dva centimetry. Sonografické vyšetření je přínosné při stanovení metastáz v játrech (Lukáš, 2007). Adam (2004) zdůrazňuje, že dle nálezu na ultrasonografii je dále doplňováno CT vyšetření. To přináší v devadesáti procentech případů přesnou informaci. Využívá se vyšetření CT s aplikací kontrastní látky pro zlepšení rozlišitelnosti. V tomto případě také platí, že jeho výsledek je špatně hodnotitelný u nádorů menších než dva centimetry (Lukáš, 2007).

Cílem CT vyšetření s kontrastem je popsat vztah nádoru k cévním strukturám (vena portae, vena mesenterica superior, arteria mesenterica superior) a k okolním tkáním. Kontrastní látka nám zobrazí dilataci žlučových cest a pankreatického vývodu, následně vidíme přítomnost zvětšených lymfatických uzlin. S pomocí CT je nádor detekován v 95 % případů. CT vyšetření je indikováno k vyloučení či potvrzení vzdálených metastáz (Trna, 2016).

Magnetická rezonance (MRI) se provádí s provedením cholangiopankreatogramu. Toto vyšetření se odborně nazývá MRCP. Funguje jako magnetická rezonance se zobrazením pankreatického a žlučového vývodního systému. Tato metoda prakticky může nahradit ERCP (Trna, 2016).

Adam (2014) zdůrazňuje, že endosonografie, angiografie, hypotonická duodenografie jsou endosonografické senzitivní metody vyšetření, která zobrazují i drobná ložiska pankreatu a stav peripankreatických uzlin. Endoskopická ultrasonografie neboli EUS, umožňující v případě potřeby i odběr tkáně na cytologické nebo histologické vyšetření. To se provádí cestou tenkojehlové biopsie. Biopsie pankreatu provedená při ultrasonografii nebo CT, patří k standardním metodám (Adam, 2004).

Endoskopická retrográdní cholangiopankreatikografie (ERCP) znázorní v 92 % případech obstrukci, stenózu nebo kavernózní změny pankreatu. Vyšetření je kombinací endoskopické metody a rentgenového vyšetření pankreatikobiliárního vývodného systému. ERCP se provádí duodenoskopem obsahujícím laterální optiku s bioptickým kanálkem o 2 mm, přes který je možno zavést kanylu o průměru 18 mm. Délka duodenoskopu činí 130 cm. Nezbytnou součástí tohoto vyšetření jsou snímky kontrastně znázorněných vývodných žlučových cest a pankreatického vývodu. Vyšetření provádíme vždy s nutností hospitalizace pro riziko iritace pankreatu aplikovanou kontrastní látkou nebo možností krvácení v oblasti Vaterské papily po endoskopickém výkonu (Adam, 2011). Trna (2016) prokazuje myšlenku, že výhodou této endoskopické metody je nejen možnost makroskopického zhodnocení vzhledu vývodných žlučových cest a pankreatického vývodu, ale také odběr vzorku bioptickými kleštěmi k histologickému vyšetření. ERCP má více než čtyřicetiletou historii, ale s rozvojem dalších neinvazivních metod jako jsou například UZ, EUS, MRI či MRCP, je vytlačována z pozice diagnostické metody. Nyní je ERCP využívána spíše k terapeutickým výkonům, zejména z důvodu její invazivity spojené s rizikem vzniku akutní pankreatitidy (Trna, 2016).

K poukázání na diagnózu karcinomu pankreatu slouží také laboratorní vyšetření onkologických markerů. Nejvíce užívaným markerem je sérová hladina karbohydrát antigenu CA 19-9 (Trna, 2016). Ty jsou však specifické a senzitivní až pro karcinom pankreatu v pokročilých stádiích onemocnění (Lukáš, 2005). De La Cruz et. al. (2014) tvrdí, že u symptomatických pacientů lze antigen 19-9 nádorových markerů v séru použít k potvrzení diagnózy a zjištění recidivy po resekci. Mezi ostatní zvýšené markery při karcinomu pankreatu řadíme CEA, CA 50 (Abrahamová, 2012). Adam (2003) doplňuje i možnost prokázání zvýšeného markeru CA 125. Markery neslouží přímo ke stanovení diagnózy, avšak mohou dopomoci při kontrole průběhu léčby (Adam, 2003).

V některých případech mohou být nespecifické a jejich hodnota může být zvýšená například i u nemocných s pankreatitidou, biliární obstrukcí nebo i benigním nenádorovém onemocnění (iritace žlučových cest), dále pak u karcinomů žlučových cest, hepatocelulárního karcinomu a kolorektálního karcinomu (Trna, 2016).

2.1.5 Léčba onkologického onemocnění slinivky břišní

Léčbu karcinomu pankreatu lze rozdělit na chirurgickou, endoskopickou a onkologickou neboli chemoradioterapii.

Chirurgická terapie onkologického onemocnění slinivky břišní

Indikace k operaci je závislá na stagingu nádoru a doprovodných chronických onemocnění pacienta. Zvolit vhodnou strategii léčby nám pomůže provedení stagingu onemocnění. Staging znamená stanovení rozsahu onemocnění podle lokálního rozšíření, prorůstání do okolních orgánů či cév a přítomnost metastáz, v lymfatických nebo vzdálených uzlinách. K tomu nám slouží TNM klasifikace (Lukáš, 2007).

Následně na základě výsledků zobrazovacích vyšetření můžeme pacienty rozdělit do několika skupin. Do první skupiny řadíme pacienty s resekabilním či potenciálně resekabilním karcinomem pankreatu, kdy cílem chirurgické léčby je radikální resekce karcinomu. Druhá skupina pacientů má bohužel horší prognózu s lokálně pokročilým, neresekabilním onemocněním a těm je nabízené paliativní řešení. Pacienti mají možnost podstoupit chemoterapii, chemoradioterapii a symptomatickou terapii. Do této skupiny spadají i pacienti s generalizací, vzdálenými metastázami, s cílem paliativní léčby (Lukáš, 2007).

Karcinom pankreatu má vysoké procento recidivy onemocnění, ať již lokální či vzdálené ve smyslu generalizace onemocnění, nejčastěji do 2 let. Proto jsou výsledky stále špatné i po chirurgickém postupu léčby obou skupin. Přežití 5 let u resekovaných pacientů je uváděno v rozmezí 15-23 % (Trna, 2016).

Snahou cílené chirurgické léčby je úplné odstranění nádoru spolu s odvodným lymfatickým systémem, což dává nemocnému šanci na uzdravení. Přítomnost vzdálených metastáz v játrech nebo na peritoneu, stejně jako metastázy ve vzdálených lymfatických uzlinách zcela vylučují možnost provedení zákroku. To platí i v případě nádorové infiltrace truncus coeliacus nebo v oblasti horní mezenterické arterie. Naproti tomu částečná infiltrace v. mesenterica superior nebo v. portae resekci v zásadě

nevyklučuje. Becker (2005) potvrzuje myšlenku, že s ohledem na celkový zdravotní stav pacienta je možné provést zákrok s resekci nádoru spolu s odstraněním infiltrovaných částí žil (Krška, 2014).

Lukáš (2007) uvádí, že je nádor shledán jako resekabilní pokud odpovídá hodnocení předoperačního stadiu stadia I nebo II s průchodnými horními žilami mezenterickými a portálními.

Endoskopická terapie onkologického onemocnění slinivky břišní

Endoskopické řešení patří mezi důležité možnosti paliativní terapie u pacientů s obstrukčním ikterem žlučových cest, způsobeným útlakem žlučodů nádorem, kdy pomocí ERCP je obnoven odtok žluče zavedením stentu do žlučových cest. Výhodou této terapie je malé riziko vzniku komplikací. Pokud se nepodaří zprůchodnit žlučovody tímto způsobem, je volena cesta transhepatální (Lukáš, 2007).

Onkologická terapie onkologického onemocnění slinivky břišní

Paliativní léčba je zajišťována chemoterapií a radioterapií nádorů slinivky břišní u inoperabilních pacientů, kdy se snažíme zpomalit šíření onemocnění. Život takových pacientů neprodlužujeme, ale snažíme se zlepšit jeho kvalitu (Lukáš, 2007). Dosud běžně používaná cytostatika jsou 5-fluorouracil a gemcitabin. K dalším užívaným cytostatikům patří mitomycin C, doxorubicin. U pacientů po operaci karcinomu pankreatu byl také prokázán dobrý efekt po použití chemoterapie. Nádory pankreatu nebývají příliš radiosenzitivní, proto radioterapie není první volbou léčby. U této terapie nesmíme opomíjet ani symptomatologickou léčbu, proto do paliativní terapie patří i terapie antiemetická, antidepressivní a anxiolytická (Lukáš, 2007).

Biologická léčba nádorů slinivky břišní v posledních letech slaví velký úspěch. Někdy ji pojmenováváme jako léčba cílená, jejíž cílem je namíření proti molekulárním reakcím v buňce. Úkolem těchto reakcí je spuštění a udržení nádorového růstu. Nyní je zkoušen preparát ERLONIB (Trna, 2016).

2.2 Péče o pacienta s onkologickým onemocněním slinivky břišní

2.2.1 Úloha sestry při přípravě pacienta na vyšetření ERCP

Nejpřesnější možnost diagnostiky karcinomu pankreatu je pomocí endoskopické retrogradní cholangiopankreatografie, dále jen ERCP. Pro laika je ERCP jen vyšetření, při kterém se endoskopem někam kouká. Pacient na toto vyšetření zpravidla přichází

velice vystrašený a nervózní, proto je velice podstatná psychologická příprava sestrou. Většina pacientů má strach a obavy způsobené nedostatkem informací. Často vidíme, že dobře poučený pacient o průběhu vyšetření je leckdy lepší než kterákoliv farmakologická premedikace. Proto je nutné, aby před samotným vyšetřením navštívil pacienta lékař, který popíše postup a cíl vyšetření, které se pacientovi bude provádět. Každý pacient před provedením vyšetření podepisuje písemný souhlas s provedením vyšetření. Také je nutné pacienta informovat o možnosti provedení výkonu v celkové anestezii. K tomu je ale potřeba provedení předoperačního vyšetření (Lukáš, 2005).

Důležitým úkolem sestry je rozlišit pořadí pacientů jako jsou diabetici, dialyzovaní, ležící, HCV pozitivní, onkologicky nemocní pacienti. O pořadí pacientů se sestra domlouvá s lékařem, který endoskopické vyšetření bude provádět (Lukáš, 2005). Příprava pacienta na ERCP vyšetření je velice důležitá a probíhá nejčastěji za hospitalizace na oddělení. Před plánovaným vyšetřením sestra pacienta poučí o nutnosti lačnění v den vyšetření. Pacient nesmí jíst, kouřit a tekutiny popíjí jen v omezeném množství. Nesmí zcela pít až tři až čtyři hodiny před vlastním vyšetřením. Dále sestra na lůžkovém oddělení zavede pacientovi periferní žilní katetr a současně provede krevní odběry dle ordinace lékaře. Intravenózní vstup sestra zavádí za účelem případného podání premedikace před ERCP nebo také kvůli nutnosti aplikace infuzní terapie, z důvodu lačnění pacienta (Lukáš, 2005).

Lékař zkontroluje hodnoty krevních odběrů, zejména trombocyty, koagulace, jaterní testy a výsledky ultrasonografie břicha (Holubová et al., 2013). Lukáš (2005) ve své knize upřesňuje že lékař v koagulaci kontroluje hodnoty PTT a INR odběru. Při prodloužených koagulačních faktorech zákrok není možné provést, zejména provedení biopsie, provedení papilotomie a polypektomie. Proto musí být pacienti, kteří chronicky užívají antikoagulační léčbu, převedeni na aplikaci nízkomolekulární heparinů. U pacientů s diabetem podáváme inzulin žilní formou místo subkutánního podání. Pacientům se aplikuje infuze z roztoku glukózy s inzulinem (Lukáš, 2005).

Dále sestra změří, zhodnotí a zapíše do dokumentace fyziologické funkce pacienta. Také pacienta upozorní na nutnost hygienické očisty dutiny ústní (Mikšová, 2003). Musí pacienta také informovat o nutnosti sundání zubních náhrad před výkonem (Krišková, 2006). Těsně před výkonem si sestra u pacienta ověří, zda opravdu dodržel nutnou dobu lačnění. Lačnění pacienta nám zabezpečuje dobrou přehlednost lumen

jednotlivých částí zažívacího traktu, také je to prevence aspirace. V případě nedodržení lačnění tuhá potrava zůstává v žaludku přibližně šest hodin, tekutiny okolo dvou hodin. Vyprazdňování žaludku může být také zpomalené nějakým traumatem nebo léky (Skalická, 2007).

2.2.2 Úloha sestry při provádění vyšetření ERCP

Sestra na endoskopickém sálku si předem připraví potřebné pomůcky jako jsou bioptické kleště, injektory, polypektomické kličky, kanyly na oplach, papilotomy. Na endoskopickém sálku musí být pulzní oxymetr, kyslíkové brýle nebo maska, tonometr, AMBU vak, a kompletní vybavení na neodkladnou intubaci. Toto vybavení je potřeba v případě vzniku komplikací po analgosedaci. Zároveň součástí endoskopického sálku je EKG monitor. Každá endoskopická sestra nahlíží před výkonem do dokumentace pacienta. Zjišťuje, co se pacientovi bude provádět, ověřuje si alergickou anamnézu. Musí umět asistovat při všech prováděných výkonech, musí znát režim po endoskopickém výkonu. Samozřejmostí jsou i vědomosti sestry v oblasti dezinfekce a sterilizace instrumentária a endoskopů (Lukáš, 2005).

Při vstupu pacienta na vyšetřovnu sestra pacientovi nabídne odložení osobního ošacení. Lékař zopakuje pacientovi průběh výkonu, a hlavně pacientovi zdůrazní momenty při kterých musí pacient více spolupracovat za účelem zlehčení průběhu vyšetření. Po přípravě psychické je velice důležitá příprava farmakologická. Většina vyšetření je prováděná bez premedikace, pouze u komplikovaných výkonů a neklidných pacientů je vhodné podat analgosedaci. Podávají se spazmolytika, benzodiazepiny, analgetika. Někdy se podávají i antibiotika a chemoterapeutika k profilaxi vzniku infekčního onemocnění u rizikových pacientů. Důležité je získání alergické anamnézy pacienta před výkonem. Vzápětí dle ordinace lékaře aplikuje pacientovi léky. Sprejem provede lokální anestezii nosohltanu. Do úst fixuje plastový náustek, který brání vyšetřovanému ve skusu. Během výkonu sestra neustále sleduje správné umístění náustku a správnou polohu hlavy pacienta (Lukáš, 2005).

Sestra pacientovi dopomůže zaujmout polohu na levém boku, hlava musí být vypodložená polštářkem a dolní končetiny pokrčené. Sestra musí zajistit, aby pacientovo oblečení bylo chráněno od ušpinění (sliny a zvratky). Proto je oděv pacienta překryt podložkou a brada vypodložená buničitou vatou (Křišková, 2006).

Holubová (2013) zdůrazňuje, že pacient musí mít připevněné čidlo pulzního oxymetru na prstu, k nutnosti sledování oxygenace pacienta. Lékař přistupuje k provedení výkonu po zkontrolování, zda jsou všechny postupy provedeny správně. Zavede pacientovi distální konec endoskopu do úst (Holubová, 2013).

Při zavádění endoskopu sestra s pacientem neustále udržuje verbální kontakt a informuje ho o nutnosti správného polknutí endoskopu a udržení klidného dýchání. Doporučuje pacientovi volně nechat vytékat sliny (Křišková, 2006). Během celého vyšetření endoskopická sestra asistuje lékaři, komunikuje s pacientem a sleduje jeho celkový stav. Při vytahování endoskopu sestra otírá tubus, poté odstraní pacientovi plastový kroužek z úst. Úkolem sestry je rovněž správně označit zkumavky, pokud byl odebrán biologický materiál. Následně sestra odešle zkumavky do laboratoře (Křišková, 2006).

Holubová (2013) rovněž doplňuje že sestra po výkonu pomůže pacientovi vstát a dále informuje pacienta o nutnosti dodržování režimu po výkonu. Pacient nesmí nic polykat ještě minimálně třicet minut z důvodu lokální anestezie a riziku aspirace. Po vyšetření lékař pacientovi vysvětlí, co během vyšetření zjistil a proč odebíral biopsii tkáně na histologii. Pokud byla pacientovi podána premedikace, musí lékař tuto skutečnost pacientovi oznámit až po jejím odeznění, kdy je pacient již orientovaný. Je nutné, aby pacientovi sdělil termín výsledků vyšetření a kdy se má dostavit na kontrolu, napsat recepty na lék, popřípadě vydat žádanky na doplňující vyšetření. Povinností lékaře je také poučit pacienta o vzniku možných pozdějších příznaků signalizujících komplikace, jako jsou, bolest, zvýšený TT, polykací obtíže, hemateméza, meléna. Upozornit na možné říhání a plynatost z důvodu odchodu vzduchu (Holubová, 2013).

Sestra upozorní pacienta na nutnost hlášení všech změn zdravotního stavu zdravotnickému personálu na oddělení. Vráti pacientovi obložené osobní věci jako zubní náhradu, brýle a zajistí převoz pacienta na oddělení. Následně sestra zajistí dezinfekci endoskopů a použitých pomůcek (Lukáš, 2005).

2.2.3 Úloha sestry po vyšetření ERCP

Po výkonu na lůžkové části oddělení sestra informuje ošetřujícího lékaře o návratu pacienta z vyšetření, zajistí pacientovi ordinovaný režim, monitoruje FF každé dvě hodiny a sleduje vědomí pacienta. Sleduje celkový stav pacienta a vznik komplikací jako je krvácení, bolest, nauzea, plynatost, meléna, hemateméza, známky šoku. Dle

ordinace lékaře zajistí infuzní terapii, při nutnosti dodržet nic per os. Zajistí kontrolní odběry dle ordinace lékaře. Sleduje vznik bolesti a dle ordinace lékaře podává léky. Průběžně zaznamenává FF a ošetrovatelské výkony (Holubová, 2013).

2.3 Péče o pacienta s nádorem slinivky břišní na lůžkovém oddělení

2.3.1 Invazivní vstupy u pacienta s onkologickým onemocněním slinivky břišní

Pacienti s karcinomem pankreatu musí mít zajištěný adekvátní intravenózní vstup, z důvodu nutnosti podávání hydratační podpory, iontové substituce, antibiotik, parenterální výživy a chemoterapie. Řada podávaných látek má zcela nevyhovující vlastnosti pro periferní aplikaci. Zatěžující jsou zejména díky svému pH, osmolalitě a chemické struktuře. Proto je vhodné hned na začátku léčby zvolit nejšetrnější způsob intravenózního vstupu. Intravenózní vstupy můžeme rozdělit na vstupy do periferních žil na končetinách a vstupy do centrálních žil. Opakované punkce periferních žil na horní končetině vedou k jejich trombotizaci a zániku žíly (vazivovatění). Ze zkušenosti je známo že dobře erudovaná sestra je schopná zajistit periferní žilní katetr i do žíly, která je velmi drobná a nachází se v různých méně vhodných lokalitách. Nesmíme však zapomenout na to, že nejde o to zajistit jakýkoliv žilní vstup za každou cenu. Nýbrž zavést ji bezpečně, aby splňovala všechny funkce, které po ní požadujeme a aby se hned nezneškodila a tím nevyvolala nějaké komplikace pro pacienta. Při volbě konkrétního žilního vstupu pro střednědobou a dlouhodobou léčbu je potřeba zohlednit mnoho faktorů. Nejdůležitějším faktorem je délka léčby, frekvence používání žilního vstupu, klinický stav pacienta (parametry srážlivosti, orgánových dysfunkcí, anatomické překážky vznikající v souvislosti s onemocněním) a přání pacienta. K dispozici je řada žilních vstupů na výběr. Kromě centrálního žilního katetru existuje i mnoho jiných novinek v této oblasti. Můžeme si vybírat i mezi intravenózním portem, tunelizovanou centrální kanylou a periferně implantovaným centrálním katetrem neboli PICC katetrem (Maňásek, 2015). Většina katetrů se zavádí podobně. Nejprve je vhodné sonograficky vyhledat vhodnou žílu ke katetrizaci. Nesmíme opomenout nutnost provedení vyšetření koagulace (počet trombocytů a Quickův čas). Po důkladné dezinfekci místa vpichu je následně katetr zaveden nejčastěji do vnitřní jugulární či podklíčkové žíly. Zavedení probíhá pod sonografickou kontrolou. Po úspěšném zavedení katetru je proveden

rentgen srdce a plic k vyloučení komplikací vzniklých při zavádění a ověření správného rozpoložení katetru (Charvát, 2016).

Centrální žilní kanyla

Pro centrální žilní kanylaci jsou používány centrální žíly, a to horní dutá a dolní dutá žíla, jejichž soutok se nachází u pravé srdeční síně. Existuje několik možností přístupu do této oblasti, nejčastěji přes podklíčkovou žílu, jugulární žílu a stehenní žílu. Centrální žilní kanyla, dále jen CŽK, má nesporné množství výhod. Nejzásadnější výhodou je to že do ní můžeme aplikovat hyperosmolární, vysoce koncentrované roztoky léků, nebo koncentrované roztoky glukózy a nemusíme se obávat vzniku nebakteriálního zánětu. Roztoky glukózy v koncentraci dvacet procent a více nebo léky s vysokým či nízkým pH se nesmí podávat do periferní žíly, ale pouze do centrální žíly. Dále je možné přes zavedenou kanylu do centrálních žil měřit centrální žilní tlak a také je výhodou možnost odběru krve na různá vyšetření (Vorlíček, 2012).

Tunelizovaná centrální kanyla

Netunelizované centrální žilní katetry mohou být používány jen omezenou dobu. Nejčastěji se využívají v intenzivní péči u pacientů, kteří potřebují aplikaci léku či nutriční do centrální žíly. V případech, kdy takový katetr potřebuje po delší dobu, i například pro ambulantní péči, volíme tedy dlouhodobý centrální katetr. Jedná se o Broviacův či Hickmanův katetr. Ten se liší od běžných katetrů tím, že probíhá před vstupem do žíly asi deset centimetrů v podkoží, proto jej nazýváme slovem tunelizovaný a je opatřen speciální manžetou, která je po implementaci uložena v podkožním tunelu. Manžeta po uplynutí dvou až tří týdnů proroste vazivem, což zajistí fixaci katetru a zároveň představuje bariéru před vstupem infekce do krevního řečiště. Existují jednocestné nebo dvoucestné dlouhodobé centrální žilní katetry a mají průměr přibližně 4-5 frenchů. U dlouhodobě hospitalizovaných pacientů je vhodné zavádět dvoucestné katetry, výhodou je současné separátní podávání léčiv (Charvát, 2016). Maňásek (2015) doplňuje fakt, že se tyto katetry nejčastěji využívají nutricionisty k podávání parenterální výživy. Rovněž je jejich výhodou možnost provádění krevních odběrů proximální cestou katetru (Maňásek, 2015).

Venózní port

Port má vzhled ploché komůrky, která má vysoce odolnou silikonovou membránou. Z komůrky vystupuje katetr, který je veden nejčastěji přes v.subclavia do centrální žíly. Výhodou portu je jeho elegance a menší riziko vzniku infekce. Intravenózní port je často indikován například u onkologických pacientů, kteří potřebují aplikovat léky nepředvídatelně nebo nepravidelně. Port se zavádí perkutánní nebo chirurgickou technikou. Skládá se z portu a katetru. Komůrka se napichuje přes kůži speciální Huberovou jehlou. Z portu lze odebírat krev, aplikovat léky i.v. bolusově i pomocí infuzí. Také se do portu dají aplikovat chemoterapie. Aplikovat transfuze do portu je rovněž možné, avšak z důvodu rizika trombózy a infekce uvnitř systému není doporučována (Charvát, 2016).

PICC katetr

V případě, kdy je indikovaná léčba trvající déle jak šest týdnů a zároveň předpokládáme, že léčba nebude trvat déle jak tři měsíce, je ideálním vstupem PICC katetr. Ten se zavádí do žil na paži, buď do v. basilica nebo v. cephalica nebo v. brachialis. Konec katetru je umístěn na přechodu dolní duté žíly v pravé síni. Díky lokalizaci PICC katetru, označujeme katetr jako periferní centrální žilní vstup. PICC katetr nám zajišťuje šetření periferního žilního systému. Indikace k aplikaci PICC katetru jsou dlouhodobá protinádorová, protiinfekční léčba. Rovněž lze katetr využít k podávání krevních derivátů, cytostatik, měření centrálního žilního tlaku, k odběrům krve. Kontraindikace k zavedení PICC katetru jsou anatomické abnormality, lymfedém, pacienti s onemocněním diabetes mellitus, pacienti s celkovou sepsí, nespolupracující pacienti (Charvát, 2016). Do katetru smíme podávat léčiva jakýchkoliv vlastností. Pokud není katetr používán, je nutné ho minimálně jednou týdně proplachovat 10-20 ml fyziologického roztoku. (Charvát, 2016).

Péče o intravenózní vstupy

Ošetřovatelská péče o intravenózní vstupy zahrnuje bezbariérovou aplikaci léčiv, metodou přerušované aplikace, někdy nazývanou start-stop metodou. Před jakoukoliv manipulací s katetrem předchází mytí a dezinfekce rukou. Před aplikací léčiva kontrolujeme průchodnost katetru zpětnou aspirací. Stříkačku s aspirovanou krví následně odstraníme do odpadu (Vytejková, 2015).

Odběry krve z katetrů lze provést klasickým způsobem nebo s využitím vakuového odběrového systému při použití speciální přechodky. Před odběrem se doporučuje odsát zhruba 5-10 ml krve, provést samotný odběr a následně propláchnout katetr 20 ml fyziologického roztoku. Po každém odběru krve nebo aplikaci léku je potřeba provést proplach 20 ml fyziologického roztoku a následně dle zvyklostí aplikovat heparinovou zátku (Vytejková, 2015).

Převaz katetrů provádíme za přísně aseptických podmínek, dle potřeby. Obvykle je doporučována výměna krytí nejdříve za 24 hod. Musíme však vyměnit krytí vždy, když je vlhké, odlepené či špinavé. Nejprve šetrně odstraníme krytí a provedeme dezinfekci místa vstupu a stehů, směrem od místa zavedení vně. Necháme dezinfekci zaschnout a poté katetr kryjeme sterilním obvazem (Charvát, 2016).

V případě vzniku komplikací je katetr nutné vyndat. Po extrakci katetru je nutné zkontrolovat, zda byl katetr vyndán celistvý. Místo vpichu je následně kryto sterilními čtverci a krytím. Následně místo vpichu komprimujeme cca. 3 minuty například pomocí sáčku s pískem (Charvát, 2016).

Součástí péče o katetr je i kvalitní vedení záznamu do dokumentace o portu s daty výměny jehel či převazu katetru (Vytejková, 2015).

2.3.2 Péče o bolest u pacienta s onkologickým onemocněním slinivky břišní

Jedním z nejobávanějších klinických symptomů nádorového onemocnění je bolest. V době stanovení diagnózy trpí bolestí třicet procent pacientů. V průběhu protinádorové léčby šedesát procent pacientů. V pokročilých a konečných stádiích onemocnění trpí bolestí osmdesát až devadesát procent nemocných. Maladaptace, frustrace, úzkost, únava a strach velmi silně ovlivňují prožívání a intenzitu bolesti u onkologicky nemocného pacienta. Proto je nutné pohlížet nejen na dostatečnou dávku analgetik, ale také i ostatní aspekty pacientova života s nádorovou bolestí. Průzkumy ukazují, že u některých pacientů je nádorová bolest nedostatečně řešena. Častou příčinou bývá malá pozornost, kterou zdravotní sestry bolesti věnují. Velmi důležitým úkolem sestry je proto nejen správné monitorování bolesti, ale i kvalitní následná ošetrovatelská péče (Zacharová, 2014).

Úkolem sestry je ptát se na bolest pravidelně a často. Bolest hodnotit systematicky. Věřit tomu, jak pacient a jeho rodina popisují bolest i prostředky, které ji zmírňují. Vybírat léčebné možnosti podle požadavků pacienta, jeho rodiny i

zdravotnického zařízení. Léky podávat včas, podle logického sledu a v koordinaci s dalšími léčebnými prostředky. Umožnit pacientovi a jeho rodině podílet se na rozhodování o způsobu léčby. Důležitou součástí hodnocení bolesti je používání vhodného hodnoticího nástroje. Nástroj by měl obsahovat tyto charakteristiky bolesti: lokalizaci, intenzitu, charakter bolesti a časový faktor. V současné době se k měření bolesti užívá nejčastěji hodnotící škála VAS, která se skládá ze stupnice od 0 do 10" (kde „0" znamená žádnou bolest a „10" nejhorší bolest, jakou si pacient umí představit). Za pomoci správného označení intenzity bolesti, použitím škály umožní pacient zdravotní sestře pravidelně hodnotit a dokumentovat intenzitu bolesti i účinnost analgetické léčby. Charakter bolesti poznáme podle toho, jak pacient bolest popisuje. Můžeme ho rozlišit na bolest somatickou, viscerální a neuropatickou (O'Connor, 2005).

Základním vodítkem pro volbu vhodného analgetika je intenzita bolesti, kterou pacient udává. Ta se zhodnotí podle WHO analgetického žebříčku, který je rozdělen na první stupeň charakteristický pro mírnou bolest. Druhý stupeň se vyznačuje středně silnou bolestí a silnou bolest, ta se nachází ve třetím stupni WHO analgetického žebříčku. Pacienti s nádorem pankreatu většinou pociťují středně silnou až silnou bolest, která by měla být řešena různě silnými opioidy v kombinaci s neopioidními analgetiky. Kromě opioidních a neopioidních analgetik může lékař zvolit i tzv. adjuvatní analgetika neboli koanalgetika. Jsou to léky používané u takových stavů, které se samotnými analgetiky nedaří uspokojivě zvládnout. Například užití antikonvulziv či antidepresiv v léčbě neuropatické bolesti (Vorlíček, 2012).

Jedním z nejobávanějších nádorů dutiny břišní vedoucích k rozvoji břišní viscerální nádorové bolesti je nepochybně nádor pankreatu. Pro karcinom pankreatu je typická abdominální (mezogastrální) bolest, vystřelující do zad, kterou doprovází slabost a únava. Expanzivní růst nádoru pankreatu do retroperitonea je často provázen krutými viscerálními bolestmi trvalého charakteru, které se ne vždy daří úspěšně ovlivnit farmakoterapií. V některých případech je zapotřebí provést perkutánní či pooperační neurolyzu plexus coeliacus. Jednou z hlavních komplikací u lokálně pokročilých karcinomů pankreatu je uzávěr duodena s následnou poruchou pasáže. V důsledku toho dochází k rozvoji vysokého ileu a obstrukci ductus choledochus. Při takovém rozložení karcinomu pacienti nepochybně pociťují krutou bolest. Zde je zapotřebí zajistit i z hlediska analgetického pasáž zažívacím traktem za pomoci drenáže

žlučových cest. V chirurgické léčbě bolesti u lokálně pokročilých karcinomů pankreatu lze uplatnit torakoskopickou splanchiektomií. (Slováček, 2012, s. 20).

Při hodnocení časového faktoru bolesti u karcinomu pankreatu se zaměříme na sledování nástupu bolesti, dobu jejího trvání a frekvenci. Nesmíme zapomenout také hodnotit faktory, které bolest zhoršují či zmírňují. Rozdělujeme bolest na epizodní, bolest na konci dávky a průlomová bolest. Epizodní bolest se vyskytuje nejčastěji při pohybu nebo aktivitě. Obvykle ji lze předvídat a dá se jí zabránit podáváním analgetik v odpovídající době před aktivitou, která bolest vyvolává. Zdravotní sestra sleduje frekvenci bolesti a aplikuje analgetika v návaznosti na předvídatelnou aktivitu pacienta. Například před prováděním hygienické péče či před začátkem rehabilitací. Bolest na konci dávky má jen dvě řešení. Je nutné zvýšit dávky léku nebo zkrátit časový interval podání nových analgetik. Naopak průlomová bolest u pacientů s karcinomem pankreatu se dá jen velice těžko korigovat. Analgetika pro řešení průlomové bolesti se nejčastěji podávají přímo pod jazyk nebo na nosní sliznici, kde se rychle rozpustí, po vstřebání sliznicí se prakticky ihned začne tlumit bolest. Nejčastěji užívanými zástupci jsou Lunaldin, Sevredol, Brealcyl a Instanyl. V praxi se setkáváme s transdermálním řešením onkologické bolesti u pacientů s karcinomem pankreatu (O'Connor, 2005).

Vondráčková (2009) ve svém odborném článku uvádí že, aplikace Fentanylu ve formě náplasti zajišťuje vyrovnanou, nekolisající plazmatickou hladinu farmaka. Tím je méně zatěžován metabolismus jater, gastrointestinální trakt jako takový. Výhodou je i nutnost méně časté denní aplikace. Po odstranění náplasti z kůže se z podkoží ještě dvanáct hodin uvolňuje až padesát procent účinné látky. Zdravotní sestra sleduje účinky analgetik u pacienta s karcinomem pankreatu. Pravidelně hodnotí a zaznamenává WAS stupnici do dokumentace pacienta. Při nedostatečném řešení bolesti s transdermální aplikací náplasti, informuje zdravotní sestra lékaře. Povinností zdravotní sestry je informovat pacienta o nutnosti upozornění na výskyt bolesti, a vznik komplikací spojených s podáváním analgetik. Profylaxe a léčba nežádoucích účinků analgetik je nedílnou součástí komplexního léčebného plánu. Zdravotní sestra se pravidelně ptá pacienta na výskyt vedlejších účinků opioidů, jako jsou zácpa, nauzea a zvracení, ospalost, dechový útlum nebo vznik tolerance. Zácpa se vyskytuje nejčastěji, proto je nutné hned od začátku léčby opioidy věnovat maximální pozornost péči o pravidelnou

stolici. Kromě bolesti je třeba aktivně řešit další symptomy onkologického onemocnění, jako jsou únava, úzkost, deprese, nevolnost, anorexie či kachexie (Vondráčková, 2009)

2.3.3 Péče o výživu u pacienta s onkologickým onemocněním slinivky břišní

S onkologicky nemocnými pacienty se setkáváme jak na onkologickém oddělení, tak i na jiných pracovištích. Avšak si neuvědomujeme, že na ostatních odděleních, které nejsou zaměřené na onkologickou léčbu, pobývají pacienti, kteří k onkologické léčbě teprve směřují nebo jim naopak agresivní onkologická léčba již nemá co nabídnout. Stav jejich výživy je ale neméně podstatný jako při již realizované onkologické léčbě. Hlavně je to důležité pro to, aby byl pacient kvalitně připraven pro další léčebnou intervenci. Pokud již ke zlepšení zdravotního stavu nemůžeme pomoci, tak je stav výživy důležitý pro to, aby se zvýšila jeho kvalita života a nevzrůstala cena za léčení komplikací vzniklých z nedostatečné výživy. Každý den se setkáváme se situací, kdy pacientovi není možné podat onkologickou léčbu, protože ji organismus pacienta z důvodu špatného stavu výživy nezvládne (Starnovská a Chocenská, 2012).

Onkologičtí pacienti s malnutricí mají změny ve vnímání chuti jídla a časného nasycení při jídle. K tomu dochází v důsledku poruchy evakuace žaludku. U maligních onemocnění zažívacího traktu trpí malnutricí až osmdesát procent pacientů. Porucha výživy se stupňuje s pokračujícím růstem nádoru (Vorlíček, 2004).

Nástrojem pro základní hodnocení stavu výživy je nutriční screening. Provádění nutričního screeningu je nejefektivnější, pokud ho kvalitně provádí sestra při příjmu pacienta na oddělení. Pomocí standardizovaného dotazníku se v první řadě zjišťuje riziko podvýživy. Vyplnění formuláře s pacientem trvá okolo tří minut a podle výsledků vyjádřeného v číselném skóre sestra zjistí, jak velké je riziko vzniku podvýživy pacienta. Následně podle standardu nemocnice zajistí další péči dle potřeby. Nejčastěji zajistí návštěvu pacienta nutričním terapeutem, který sepíše s pacientem svůj dotazník. I po konzultaci s terapeutem však může vzniknout dotazník s chybami. Nejčastějšími chybami jsou nezhodnocení či nesprávné zhodnocení aktuálního stavu. Předpoklad že, hospitalizace na daném oddělení bude krátká, a proto nemá smysl výživu řešit je také špatný. Nutriční terapeut si po sestavení nutriční anamnézy určí cíle, ke kterým by měli s pacientem dojít. Upraví dietu přímo na míru pacienta a doplní chybějící živiny. Vyřeší možnost obohacení výživy doplňkem stravy. Zároveň pomůže s praktickým zavedením režimu do praxe. Podstatná je spolupráce nutričního terapeuta a sestry.

V oblasti sledování počtu druhů a množství sněžených porcí, příjmu tekutin, nevolnosti a průjmu. V případě, kdy nelze doplnit chybějící složky potravy běžnou stravou, je třeba uvažovat o doplnění stravování formou enterální či parenterální výživy. V praxi je vždy preferována enterální výživa a doplňky stravy. Pokud je však enterální výživa neúspěšná, přechází se na parenterální výživu, která je schopna nahradit kompletní potřebu živin pacienta. Je možná aplikace i kombinace parenterální a enterální formy příjmu potravy (Starnovská a Chocenská, 2012).

Pokud chceme docílit úspěšné nutriční podpory, je nutné se zaměřit nejdříve na ovlivnění příznaků jako jsou bolest, zácpa, nevolnost. U onkologických pacientů je doporučováno podávání malých porcí, ale musí zůstat bohatá na energetický obsah. Zejména nechutenství může narušit pravidelný příjem stravy. Nechutenství může ovlivnit nevhodné načasování stravy u hospitalizovaných pacientů, špatná prezentace jídla, špatná konzistence jídla (Vorlíček, 2004).

Vorlíček (2012) uvádí, že jedním z řešení nechutenství může být podávání tzv. stimulatorů chuti k jídlu, jako jsou například Prednison, Megace, Provera. Aby zdravotní sestra zmírnila příznaky nevolnosti u pacienta je vhodné, aby se nemocný vyvaroval kontaktu s připravovanou stravou. Sestra by měla zajistit stravování pacienta v dobře vyvětrané místnosti. Řešením je i upřednostňování studených jídel bez zápachu. Zpravidla onkologičtí pacienti dobře tolerují mléčné výrobky, jejich výhodou je i dobrý zdroj bílkovin a kalorií. Běžně je u slabých pacientů dieta změněná na tekutou či kašovitou. V tomto případě je vhodné zvolit kaloricky obohacených tekutin. Jako například mléko fortifikované mléčným práškem, omáčky s přídavkem smetany. Výhody těchto diet jsou minimální požadavky na trávení a motilitu trávicího ústrojí, ale jejich velké nevýhody jsou horší chuťové vlastnosti a jednotvárnost stravy. Často tekuté diety neposkytují dostatečné množství bílkovin a vlákniny. Proto je vhodné zajistit pacientovi popíjení nutričně definovaných farmaceutických enterálních přípravků s kompletním obsahem bílkovin. Nazýváme tento způsob výživy sipping. Padesáti mililitrové porce je vhodné popíjet mezi jídly několikrát denně (Vorlíček, 2004).

Pokud pacient není schopen dostatečně se vyživovat enterální formou, je nutné zavést parenterální formu. K parenterální formě výživy se přistupuje až ve chvíli, kdy jsou vyčerpány všechny ostatní možnosti výživy enterální. Nejčastějším důvodem zavedení parenterální výživy je onkologické onemocnění na trávicím traktu, kdy je

znemožněn posun potravy trávicím traktem, například u pokročilého tumoru pankreatu. Přechod na parenterální výživu je většinou indikován v terminální fázi onemocnění, když již nemocný není schopen přijímat potravu ústy. Parenterální výživa by ale neměla být vylučována pouze na základě očekávané doby přežití. Často máme zkušenosti s tím, že pacient přednostně podlehne komplikacím malnutrice, než vlastnímu onkologickému onemocnění. Většinou nejdříve poukáže na vhodnost přechodu na parenterální výživu rodina pacienta (Vorlíček, 2004).

2.3.4 Péče o vyprazdňování u pacienta s onkologickým onemocněním slinivky břišní

Onkologičtí pacienti trpí zácpou nebo průjmem. Zácpou trpí z důvodu podávaných opiátů, antiemetiky, překážkou v trávicím traktu, sníženou mobilitou a také dehydratací. Pacienti se zácpou pocítují plnost a bolesti břicha, někdy až kolikovitého charakteru. Vorlíček (2004) doplňuje, že opioidy jsou specifické svým účinkem potlačováním propulzní peristaltiky a zvýšením tonusu sfinkteru v tenkém a tlustém střevě. Narušují defekační reflex tím, že snižují citlivost anorektálních receptorů detekujících přítomnost stolice. Proto by pacienti s chronickou zácpou měli užívat pravidelnou perorální medikaci už od počátku léčby opioidy. Sestra by měla provádět a zaznamenávat inspekci stolice, dle vzniklých obtíží informovat lékaře a dle jeho ordinace pravidelně, preventivně podávat laxantiva. Inspekce stolice zaznamenaná v dokumentaci pacienta by měla obsahovat údaje jako jsou častost stolice, konzistence, bolesti spojené s vyprazdňováním a přesný popis vzhledu stolice. Rovněž by měla sestra sledovat příjem tekutin pacienta, a při jeho nedostatku pacienta edukovat v této oblasti. Sestra by měla pacienta stimulovat ke zvýšení pohybu. Může pacienta edukovat v oblasti provádění masáže břicha podporující peristaltiku střev. Sestra zároveň musí pacientovi zabezpečit soukromí a důstojnost pro vyprazdňování. Pacient by měl denně vypít minimálně dva litry tekutin denně. Doporučuje se konzumovat rýži a banány. Zácpa může způsobit obstrukci střeva. Tomuto stavu se musíme vyvarovat (Palková, 2013). Pokud bude nalezeno řešení v oblasti prevence zácpy u pacienta tak by už jednou zavedená medikace neměla být zbytečně měněná. Po neúspěšné farmakologické léčbě zácpy je vhodné přistoupit na rektální formy projímadel (Vorlíček, 2004).

2.3.5 Paliativní péče o pacienta s onkologickým onemocněním slinivky břišní

Onkologické onemocnění je pro člověka výraznou zátěžovou situací na úrovni fyzické i psychické. Rovněž postihuje výrazně společenskou stránku života. Paliativní péči rozdělujeme na obecnou a specializovanou. Liší se od sebe ve stupni vyškolení personálu zaměřeným na paliativní péči. Obecná paliativní péče je poskytována každým zdravotnickým zařízením. Jejich úkolem je včasné zhodnocení pacientova stavu a smyslupnosti další aktivní léčby. Porozumění a poskytnutí takové léčby a péče, jaká je důležitá na konci života. Patří sem především respekt k pacientově autonomii, léčba bolesti, podpora rodiny. Naopak specializovanou paliativní péči poskytují specializované zařízení paliativní péče. Požadují vyškolený personál v této oblasti, větší počet zaměstnanců v poměru k počtu pacientů. Tyto služby by měly být dostupné v různých formách jako například domácí hospice, lůžkové hospice, ambulance paliativní péče, denní stacionáře (Margaret O'Connor, 2005).

Onkologické onemocnění můžeme rozdělit dle příznaků, které pacient na sobě pociťuje, do pěti fází. V první fázi má onemocnění bezpříznakové období, v následující fázi dochází k období prvních příznaků, v další třetí fázi se setkáváme již s rozvinutými příznaky, kdy už ve čtvrté fázi přecházíme na období léčby. Poslední pátá fáze onemocnění se projevuje obdobím zlepšení, remise příznaků nebo progrese onemocnění (Dostálová, 2016).

Sestra by proto měla disponovat znalostí v oblasti péče o pacienty s terminálním onemocněním. Musí rozpoznat základní fyzické i psychické symptomy, zjistit jejich řešení, porozumět tomu co prožívá umírající i jeho rodina, zapojit se do komunikace o individuálních potřebách nemocného. Psychický stres pacienta s terminálním onemocněním představuje vážný klinický problém. Pokud tyto problémy pacienta zůstanou skryté, mohou vyústit ve vážnější afektivní poruchu. Může dojít k projevům deprese, úzkosti, smutku, problému s adaptací. Proto je pro zdravotníka efektivní komunikace nezbytným nástrojem v praxi. Aby mohli pacienti i jejich blízcí rozhodovat o své péči, potřebují mít dostatek informací o možnostech léčby, prognóze a vedlejších účincích léčby. Potřebují od sester profesionální rady, které jim pomohou při rozhodování a tím sníží nejistotu a rozvoj nějakých afektivních poruch. Sestra tímto umožní pacientovi reálně zhodnotit vlastní situaci a kognitivně a emocionálně se připravit na budoucnost. Sestra musí zhodnotit pravděpodobné příčiny pacientovy tísně,

musí být schopna odhalit jeho skryté problémy a obavy. Nezbytným předpokladem pro úspěšnou komunikaci sestry a pacienta v paliativní péči jsou výborné komunikační předpoklady sestry (Margaret O'Connor, 2005).

Kübler Rossová sestavila model, který napomůže poznat sestře aktuální fázi kterou pacient prochází. V první fázi pacient prochází šokem, projevující se pláčem, ztíženým dechem, silným neklidem nebo naopak strnulostí a apatií. Ptají se, proč se to stalo, proč právě jim, proč právě teď? U každého pacienta tato reakce trvá různě dlouho a většinou sama odezní. Po této fázi nastává fáze druhá charakteristická popíráním skutečnosti, kdy se pacient nechce s diagnózou smířit, hledá vysvětlení, věří v pochybnosti. Opakují věty typu to nemůže být pravda, to bude omyl, já se cítím dobře, mě nic vážného není. Tato fáze může trvat velmi dlouho a tím zdravotní stav pacienta zhoršovat. Agrese je další třetí fázi pacienta. Pacient projevuje zlost a nenávisť ke zdravým lidem. Podle individuality buď přestávají komunikovat se zdravotníky nebo naopak projevují nespokojenost, odmítají pomoc i léčebné zákroky. Čtvrtá fáze se projevuje smlouváním pacienta, snaží se se zdravotníky domluvit nějaký kompromis (Vorlíček, 2006). Často slyšíme věty pacienta typu až dostavím dům, chci ještě vychovat své dítě, chci se dočkat vnoučat (Dejmalová, 2013). V posledních dvou fázích se již pacient snaží ztotožnit se svým onemocněním. Pátá fáze se u pacienta projevuje depresí, kdy se pacient ponoří do beznaděje, strachu, úzkosti, trpí nevladatelným neklidem, přemrštěnou komunikací nebo naopak apatií. Stáhne se do sebe a odmítá veškerou spolupráci. Tato fáze je jak z pohledu pacienta, tak z pohledu zdravotníků velice nebezpečná a je vhodné ji třeba překonat psychofarmaky. Nakonec nastává fáze smíření, psychického uvolnění. Nyní vypjaté emoce převáží zdravý rozum a pacient je schopen spolupracovat na zajištění kvalitního zbytku života. Jednotlivé fáze se mohou u pacienta opakovat nebo některé zcela chybět, většinou v souvislosti se změnou zdravotního stavu či průběhu léčby (Vorlíček, 2006).

Sestra musí mít na paměti, že onkologicky nemocný pacient je psychicky zcela zdravý, ale nachází se v kritické životní situaci, proto od něj můžeme očekávat různé chování. Sestra musí zachovat klid v krizových situacích kdy je pacient agresivní a projevuje své negativní emoce. Klidným chováním a trpělivostí zabráníme rozvoji agresivity. Sestra musí využívat k doteku pouze bezpečná místa jako jsou ruka, loket, rameno. Většina těžce nemocných pacientů ocení doteky. Snažíme se naslouchat

vyprávění pacienta bez komentářů, pacient potřebuje své emoce vyventilovat. Musíme však používat komunikaci adekvátně k věku. Nechválit pacienty bez příčiny. Vhodná pochvala jim dodá sílu a zmírní negativní emoce. Hodně pacientovi pomůže projevení zájmu ze strany zdravotníků. Nezapomínáme se pacientů ptát, co pro vás můžu udělat. Ptát se na bolest, nauzeu, zvracení (Dejmalová, 2013).

Pacient v paliativní péči má nezadatelné právo zůstat sám sebou. Je jedinečnou, celistvou, v čase se vyvíjející osobností. V potřebě zůstat člověkem se pro zdravotní sestru skrývá povinnost, aby s pacientem komunikovala jako s partnerem, aby pacienta přijímala se všemi jeho projevy a důsledky jeho onemocnění, aby nebagatelizovala jeho obavy, aby byly pacientovi zodpovězeny všechny otázky. Sestra nesmí zapomenout na nutnost důstojnosti k pacientovi, respektovat životní hodnoty, vážit si minulosti, za všech okolností. Pacienta můžeme nechat vyprávět o svém životě a poslouchat během ošetrovatelských výkonů, hygieně, vyšetřeních. Pacient má právo vědět, co s ním bude. Nesmíme se vymlouvat na nedostatek času. Stačí jen projevit zájem (Marková, 2010).

Každá etapa lidského života s sebou nese určité úkoly. Na sklonku života má pacient potřebu splnit svůj úkol. Erikson, poslední osmé stádium života, stáří, popsal jako úkol postavit se strachu z konce života, dosáhnout vlastní moudrosti. Bohužel onkologické onemocnění může nastat v kterékoliv etapě života, zcela omezí pacienta v plnění svého životního cíle, který mu v daném období náleží. Proto by sestra měla mít porozumění s pacientem (Marková, 2010).

V každé situaci má pacient právo rozhodovat o sobě, obzvláště to platí v paliativní péči. Pacient má právo smět rozhodovat o své léčbě, o tom, kde chce strávit své poslední dny, koho chce vidět, co bude, či nebude jíst a pít. Právo rozhodovat o sobě musí sestra respektovat i když tomu rozhodnutí nerozumí. Nesmí pacienta do ničeho nutit. Pacient má právo vyjádřit nesouhlas s opiátovou léčbou, s hospitalizací nebo se zavedením nazogastrické či jiné sondy. Může odmítnout vyšetření. Při nerespektování práva sestra porušuje práva pacienta a rovněž vyvolá nedůvěru v pacientovi. Sestra musí tolerovat přání pacienta i v případě vyprazdňování do plen, hygieně, stravování. Pacient s tumorem pankreatu se cítí být velice slabý, má bolesti, proto je v zájmu sestry respektovat přání pacienta a dopomoci s jejich realizací (Marková, 2010).

Poslední fáze života je charakteristická velice silným emocionálním prožitkem. Pacient má potřebu plakat, či se smát. Pacient si uvědomuje, že budoucnost je již ohraničená a většina plánů nerealizovatelných. Pociťuje bolesti, utrpení, strach z konce. Sestra musí pacientovi umožnit vyventilovat své emoce. Neříkat neplačte to je velmi těžký úkol sestry v paliativní péči. Stejně tak ale potřebuje nemocný dovolit se smát. Ne každý pacient pociťuje odchod ze života jako atmosféru smutku, vážnosti. Naopak smích může pacientovi zjednodušit zvládnutí této emocionální situace (Marková, 2010).

Na sklonku života má pacient právo na pravdivé informace. Cílem zodpovězení všech pacientových otázek je možnost pacienta rozhodnout se. Setkáváme se v praxi se zkušeností, kdy pacient dlouho neví svou závažnou prognózu a umírá, aniž by o tom věděl. Bohužel se stává i to, že rodina pacienta o tom ví, ale nemocnému to sdělit nechtějí. Úkolem zdravotníků je nerespektovat přání rodiny pacienta a tím umožnit pacientovi svobodně se rozhodnout o svém dalším léčení. Následně se mohou připravit na důležitou etapu svého života a rozmyslet se v jaké léčbě chtějí pokračovat (Marková, 2010).

Sestra by měla umírajícímu pacientovi zajistit potřebu být s rodinou, aby mohli být spolu, ať už doma, nebo v zařízení. Rovněž pacientovi zajistí potřebu bezpečí, jistoty a sociální podpory. Rodina si často není jista tím, zda dokáže úspěšně emocionálně zvládnout přípravu pacienta na odchod ze života. Někdy se setkávají s odchodem blízkého poprvé, proto je to pro ně něco neznámého. Úkolem sestry a lékaře je informovat rodinu, jak se zdravotní stav blízkého bude vyvíjet, co v jaké fázi mohou od pacienta očekávat, jak by měli reagovat. Pokud se jim dostane ujištění, že se všechno dá zvládnout a mají za zády tým lidí, který jim v každé situaci pomůže. Strach rodiny se tím minimalizuje a často se pak o svého blízkého chtějí postarat doma i bez naší velké pomoci až do konce (Marková, 2010).

2.4 Vzdělávání sestry v gastroenterologii

Vzdělávání je proces, který u jedince rozvíjí vědomosti, dovednosti, návyky a schopnosti. Výsledkem vzdělávání jedince je jeho vzdělanost, vzdělání a kvalifikace (Juřeniková, 2010). Plevová (2011) ve své knize uvádí, že současné ošetřovatelství je disciplína založená na samostatnosti sestry a týmové práci s lékaři a odborníky. Očekává se, že je sestra vzdělaným a uznávaným odborníkem ve svém oboru. Podle Bartoníčkové (2017) by sestra měla mít minimálně bakalářský stupeň vzdělání, aby

mohla poskytovat komplexní péči. Dále je třeba zajistit v regulovaných povoláních jako je například sestra, aby udržovaly svou vysokou odbornost celoživotně, aby se nadále vzdělávaly.

Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů (NCO NZO) je organizace, jejíž cílem je zajistit plynulé zvyšování odborné a etické úrovně pracovníků ve zdravotnictví, pomocí vzdělávacích akcí v rámci celoživotního vzdělávání (Kutnohorská, 2010).

Sestra se má dále vzdělávat postkvalifikačním studiem, například absolvovat magisterské studium, studijní program ošetrovatelství nebo se dále zaměřovat na specializační studium. Také je možnost absolvování certifikovaných kurzů, kde se sestra může specializovat v akreditovaném specializačním programu (Kutnohorská, 2010). Kurzy jsou zaměřené na specifické klinické obory, tím sestra prohlubuje svou všeobecnou kvalifikaci (Staňková, 2002).

Fakultní nemocnice nabízí sestřím možnost absolvování certifikovaných kurzů. Tyto kurzy jsou vhodné pro sestry pracující na různých odděleních nebo pro sestry pracující na oborově zaměřeném oddělení jako je například gastroenterologie. Ve Fakultní nemocnici Brno mají sestry možnost absolvovat kurz Specifika péče o pacienty přicházející na paliativní péči. Dále také kurz vhodný pro sestry pracující u endoskopií na gastroenterologickém či plicním oddělení-Specifická ošetrovatelská péče při endoskopických vyšetřeních v gastroenterologii a bronchologii (FN Brno, 2019).

Krajská Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem nabízí sestřím absolvování kurzu Specifická ošetrovatelská péče při endoskopických vyšetřovacích a léčebných metodách zažívacího traktu. Cena tohoto kurzu činí 360,- Kč za den (Krajská Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem, 2019). Všeobecná fakultní nemocnice v Praze nabízí pro sestry pracující na gastroenterologii Kurz pro všeobecné sestry v gastroenterologii a hepatologii. Cílem tohoto kurzu je příprava sestry na speciální činnosti a funkce, pro které po absolvování kurzu získává zvláštní odbornou způsobilost. Tento kurz se zaměřuje na sestry, které pracují na ambulantních i nemocničních odděleních gastroenterologie a hepatologie. Zvláštní zřetel je věnován endoskopii, diagnostické i terapeutické, bioptickým metodám, zobrazovacím metodám a funkčnímu vyšetření trávicího traktu. (VFN Praha, 2019). Cena kurzů je odlišná dle rozsahu vyučujících hodin. Cena jednoho kurzu se může pohybovat okolo 10 000,- Kč.

Kurzy si sestra hradí sama nebo se spoluúčastí nemocnice kde pracuje. Kurz obsahuje teoretickou a praktickou část výuky. Absolventka kurzu získává certifikát, který garantuje odbornou způsobilost sestry pro vykonávání specializovaných činností (FN Brno, 2019).

3 CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

3.1 Cíle práce

Cíl 1: Zjistit specifika ošetrovatelské péče o pacienty s onkologickým onemocněním slinivky břišní.

Cíl 2: Zjistit úlohu všeobecné sestry při vyšetřovacích metodách onkologického onemocnění slinivky břišní.

Cíl 3: Zjistit možnosti dalšího vzdělávání sester poskytujících ošetrovatelskou péči o pacienty s onkologickým onemocněním slinivky břišní.

3.2 Výzkumné otázky

Výzkumná otázka 1: Jaká jsou specifika ošetrovatelské péče o pacienty s onkologickým onemocněním slinivky břišní?

Výzkumná otázka 2: Jaká je úloha všeobecné sestry při vyšetřovacích metodách onkologického onemocnění slinivky břišní?

Výzkumná otázka 3: Jaké jsou možnosti dalšího vzdělávání sester poskytujících ošetrovatelskou péči o pacienty s onkologickým onemocněním slinivky břišní?

4 METODIKA

4.1 Použité metody a techniky sběru dat

Výzkumné šetření v této bakalářské práci bylo realizováno pomocí kvalitativního výzkumného šetření. V kvalitativním výzkumu je badatel zahlcen množstvím informací a musí se umět rozhodnout, které z nich jsou vhodnější než jiné. K tomu potřebuje patřičné teoretické znalosti jak v oboru ošetrovatelství, tak i určitý rozhled v klasickém kvantitativním výzkumu. Kvalitativní výzkum spočívá v analýze zkoumaných jevů, odhalení jejich elementárních složek, odhalení spojení a závislosti mezi nimi. Rozhovor patří k nejobtížnějším a zároveň nejvýhodnějším technikám pro získání kvalitativních dat (Kutnohorská, 2009).

Sběr dat byl proveden pomocí polostandardizovaného rozhovoru. V polostandardizovaném rozhovoru je důležité upřesnění a vysvětlení odpovědí účastníka, například položením doplňujících otázek zaměřených přímo na odpověď dotazovaného (Kutnohorská, 2009). K výběru výzkumného souboru byla využita technika záměrného výběru, přičemž hlavním kritériem bylo zaměření na sestry pracující na gastroenterologickém oddělení u endoskopických metod vyšetření nebo sestry pracující na lůžkové části gastroenterologického oddělení s pacienty s onkologickým onemocněním slinivky břišní. Sběr dat byl proveden v nemocnici Jihočeského kraje. Nejprve byla oslovena hlavní sestra, která provedení výzkumného šetření písemně schválila po prostudování výzkumných otázek k rozhovoru. Vzhledem k nutnosti zachování anonymity dotazovaných nejsou souhlasy součástí bakalářské práce, ale jsou k nahlédnutí u autorky bakalářské práce. Vrchní sestra gastroenterologického oddělení rovněž dala ústní souhlas s provedením výzkumného šetření.

Dohromady bylo vybráno a osloveno 10 sester. Všem sestřám, které se účastnily výzkumu, byly podány informace o účelu a důvodu výzkumu a následně byly sestry informovány o absolutní anonymitě dat. Všechny dotazované sestry ústně souhlasily s provedením rozhovoru za účelem získávání dat a daly souhlas s jejich zpracováním v rámci výzkumné části bakalářské práce. Pro vedení rozhovoru byly sestaveny dva okruhy otázek. První okruh otázek byl určen pro rozhovor se sestrami pracujícími na endoskopické části oddělení, které pečují o pacienty před, během a po vyšetření. Skládá se z 9 otázek (Příloha 2). Druhý okruh otázek, obsahující 23 otázek (Příloha 3), byl

určen pro sestry pracující na lůžkové části oddělení, které se podílí na dlouhodobé péči o pacienty s onkologickým onemocněním slinivky břišní. Rozhovory byly realizovány v období od 14. 3. 2019 do 20. 6. 2019.

Jednotlivé rozhovory byly zaznamenány v písemné formě. Analýza dat z jednotlivých rozhovorů se uskutečnila metodou kódování v ruce. Tato metoda se také označuje jako „tužka a papír“. Analyzovaný text se nejprve rozebere na jednotlivé části, kterým se posléze přidělí samostatný kód – barevné označení v textu. Jakmile je vytvořen seznam stejných kódů, následně jsou kódy zpracovány do jednotlivých kategorií (Švarříček, Šedová, 2007).

4.2 Charakteristika zkoumaného vzorku

Výzkumný soubor pro kvalitativní šetření byl vytvořen záměrně vybranými deseti sestrami pracujícími na gastroenterologickém oddělení. Sestry, které budou k rozhovoru osloveny pomohla vybrat vrchní sestra oddělení. Rozhovory byly provedeny se sestrami pracujícími na různých částech gastroenterologického oddělení. Bylo vybráno pět sester pracujících u endoskopických vyšetření a pět sester pracujících na lůžkové části gastroenterologického oddělení. Všechny sestry mají různou délku praxe. Délka praxe endoskopických sester v oboru sester je znázorněná v tabulce (Tabulka 1), dále délka praxe sester pracujících na gastroenterologickém lůžkovém oddělení v tabulce (Tabulka 3). Sestry jsou řazeny dle pořadí, ve kterém byly polostrukturované rozhovory realizovány. V tabulce 1 a 3 se také dočteme, jak dlouho sestry pracovaly na jiných lůžkových odděleních, než začaly pracovat na gastroenterologii. Nejvyšší dosažené vzdělání sester, pracujících na lůžkách nebo endoskopiích, zjistíme z tabulky 2 a 4. Pro lepší přehlednost jsou sestry dále označovány jako probandi, zkráceně P.

Tabulka 1 – délka praxe endoskopických sester na gastroenterologickém oddělení

Probandi	Délka praxe na GEO endoskopiích	Délka praxe na jiném oddělení
P1	7 let	10 let (ARO)
P2	6 let	15 let (INT)
P3	5 let	0
P4	3 roky	22 let (DEO, CHIR, ONP)
P5	8 let	12 let (INT)

Zdroj: Vlastní

Tabulka 2 – vzdělání endoskopických sester na gastroenterologickém oddělení

Probandi	Nejvyšší dosažené vzdělání	Absolvované kurzy a specializace
P1	Bc.	Endoskopický kurz
P2	SZŠ – Všeobecná sestra	Endoskopický kurz
P3	DiS.	Endoskopický kurz
P4	SZŠ – Všeobecná sestra	CHIR. specializace Endoskopický kurz
P5	SZŠ – Všeobecná sestra	Endoskopický kurz

Zdroj: Vlastní

Tabulka 3 – délka praxe sester na gastroenterologickém lůžkovém oddělení

Probandi	Délka praxe na GEO lůžkách	Délka praxe na jiném oddělení
P6	5 let	0
P7	6 let	0
P8	2 roky	0
P9	13 let	0
P10	11 let	0

Zdroj: Vlastní

Tabulka 4 – vzdělání sester na gastroenterologickém lůžkovém oddělení

Probandi	Nejvyšší dosažené vzdělání	Absolvované kurzy a specializace
P6	Bc.	ARIP specializace kurz bazální stimulace
P7	Mgr. – obor interna	ARIP specializace
P8	Bc.	
P9	SZŠ – Všeobecná sestra	ARIP specializace kurz bazální stimulace
P10	SZŠ – Všeobecná sestra	

Zdroj: Vlastní

4 VÝSLEDKY

5.1 Rozhovorů provedené s endoskopickými sestrami

Kategorie 1 – Obtíže pacientů s karcinomem slinivky břišní

V této kategorii zjišťujeme, s jakými obtížemi přicházejí pacienti na vyšetření trávicího traktu, při podezření na karcinom slinivky břišní. P4 uvádí, že toto onemocnění se zpočátku jeví jako bezpříznakové, proto se sestry na endoskopiích obvykle setkávají až s pacienty s pokročilým stadiem karcinomu pankreatu. Dotazované P1-P5 udávají, že nejčastějšími obtížemi, se kterými pacienti na vyšetření přicházejí jsou nevolnost, zvracení, hubnutí a nechutenství, bolesti břicha progradující do zad, a hlavně ikterus, neboli žluté zbarvení kůže a sliznic. P6 uvádí, že bolesti se mohou v některých případech projevovat spíše v noci.

Kategorie 2 – Vyšetření pacienta s karcinomem slinivky břišní

V této kategorii zjišťujeme, jaká vyšetření se nejčastěji provádí pacientům s karcinomem slinivky břišní. P1-P5 se shodly na názoru, že krevní odběry patří mezi úplně základní vyšetření prováděné u pacientů s podezřením na onemocnění karcinom pankreatu. P4 upřesňuje že tyto odběry jsou nejčastěji prováděné na lůžkovém gastroenterologickém oddělení. P4 také zmiňuje, že se jedná o biochemické vyšetření krve na amylázy, jaterní testy, nádorové markery, hlavně CEA, CA 19-9. P1-P5 se shodly, že rovněž mezi základní a prvotní vyšetření, které pacienti podstupují je ultrazvuk břicha, kde jsou vidět změny na slinivce břišní. P5 uvádí: „*Ne vždycky je na ultrazvuku vidět dobře slinivka, může být zakrytá plyny, proto je nutné u pacientů s opakujícími se bolestmi břicha, zejména při podezření na karcinom pankreatu, vyšetření opakovat*“. Jako následující vyšetření, potřebné k prokázání karcinomu pankreatu, P1-P4 udávají endoskopickou sonografii pankreatu, zkráceně EUS. P2 upřesňuje že se jedná o endoskopické vyšetření, při kterém se provádí cílený odběr vzorku tkáně slinivky pomocí ultrazvukové sondy a jiných endoskopických nástrojů. P1, P4 a P5 za další podstatné vyšetření označily endoskopickou retrográdní cholangiopankreatografii. P4 vysvětluje, že jsou na tomto vyšetření vidět změny a uzávěr hlavního vývodu slinivky, stenóza žlučového. Rovněž P4 objasňuje, že lékař na ERCP dokáže dobře zobrazit papilu, případně provést odběr biopsie, papilotomii a zavést dočasný či trvalý stent žlučového při stenóze. P1, P3, P4 a P5 také sdělují, že je

také dobré u pacientů s podezřením na karcinom pankreatu provést vyšetření CT neboli počítačovou tomografií, kdy vznikají obrazy transverzálních řezů. P3 v rozhovoru zmiňuje, že se toto vyšetření provádí za účelem zjištění onemocnění karcinomu pankreatu nebo zjištění přítomnosti metastáz v organismu. Rovněž P3 doplňuje, že se toto vyšetření provádí buď s podáním nebo bez podání kontrastní látky do organismu. Také P3, P4 a P5 zmiňují vyšetření magnetické resonance, ale to je méně podstatné než ostatní.

Kategorie 3 - Úloha sestry u vyšetření

Podkategorie a: Úloha sestry před provedením vyšetření pacienta

V této kategorii zjišťujeme, jaká je úloha sestry před provedením vyšetřovací metody u pacientů s podezřením na karcinom slinivky břišní. P1-P5 se shodly na tvrzení, že se jejich úloha liší dle druhu vyšetření, které se provádí, ale některé základní úkony provádí vždy a u každého výkonu. Dotazované P2-P5 uvádí, že základem je před každým vyšetřením provést přípravu přístrojů, instrumentárií na endoskopickém sálu. P1-P5 udávají, že je následně podstatné dobře informovat pacienta o tom, jak ho k vyšetření připraví. Dále je třeba aby lékař informoval pacienta o průběhu vyšetření a vysvětlil, co bude následovat po vyšetření. Sestra vždy informuje hlavně o těch úkonech, ke kterým má kompetence a bude je spolu s pacientem provádět ona, upřesňuje P4. P1 a P5 upozorňují na nutnost kontroly podepsání informovaného souhlasu. Následně je nutné dát prostor pacientovi na položení všech otázek týkajících se dále prováděného vyšetření, říká P3 a P4. Samozřejmostí je kontrola proběhlých vyšetření (UZ, CT, MR), výsledků laboratorních testů, koagulačních parametrů, uvádí P1 a P4. Dotazovaná P4 vysvětluje: „*Je potřeba zkontrolovat chronickou medikaci pacienta, zejména léků ovlivňujících hemokoagulaci nebo agregaci trombocytů. Pokud tyto léky užíval, je nutná korekce aktuální hodnot k norm.*“ Dotazované sestry P1 a P4 říkají, že sestra nesmí zapomenout zeptat se pacienta, zda dodržel lačnění, minimálně 4-6 hodin před vyšetřením a také zjistit jaké má pacient alergie. Má-li nemocný zubní náhradu, tak ji musí sestra před vyšetřením vyjmout a uschovat tak, aby pacient věděl, kde ji má, připomínají P1 a P4. Dotazovaná P5 dodává, že je nutné zubní náhradu bezpečně uschovat, protože se lehce ztrácí. P1 také uvádí, že se vždy pacienta před vyšetřením ptá, zda bude mít zajištěn doprovod po vyšetření. Následně pacientovi změní

TK, nasadí na prst saturační čidlo k měření SpO₂, po domluvě s lékařem pacientovi podá kyslíkové brýle, popisuje P4. Dotazovaná P4 si také vždycky zkontroluje, zda má pacient již zajištěný intravenózní vstup, pokud ne, tak ho zajistí. P1 také upozorňuje na nutnost kontroly dokumentace před vyšetřením. P1 také zmiňuje nasazení uzemňovací elektrody. Následně dle ordinace lékaře P1, P2, P3, P4 a P5 podají léky.

Podkategorie b: Úloha sestry při provedení vyšetření u pacienta

V této kategorii zjišťujeme, co je úkolem sestry během prováděného vyšetření. Co sleduje a jaké výkony u pacienta provádí.

Nejdříve P5 aplikuje Lidocain sprej k lokálnímu znecitlivění hltanu pacienta, pacienta po nastříkání necháme polknout a dotazem kontrolujeme, zda pociťuje znecitlivění. Po znecitlivění hrdla P1, P2, P3 a P4 pacientovi dopomůže ulehnot na lůžko a zaujmout polohu na levém boku. U ERCP se jedná o polohu na boku s levou horní končetinou za zády. Poté dotazované P1-P5 vloží pacientovi zaváděcí kroužek do úst. Dotazovaná P1-P5 po kontrole všech provedených činností pacientovi dle ordinace lékaře aplikují intravenózně premedikaci, kterou podávají frakcioně. Dotazovaná P4 upřesňuje, že se obvykle na tomto oddělení podává kombinace Midazolamu a eventuálně Apaurinu a Fentanylu. Také je možné podat k útlumu nežádoucí peristaltiky při vyšetření Buscopan. P4 také uvádí, že se někdy vyšetření provádí v celkové anestezii s ohledem na netoleranci podobného vyšetření dříve nebo kvůli celkovému stavu nemocného. Následně P4 pomáhá lékaři s držením hlavy při zavádění endoskopu. Všechny dotazované P1-P5 se shodly na tom, že je nejdůležitější kontrola pacienta a jeho stavu. Dotazovaná P4 upřesňuje: „*Všímáme si neverbálních projevů bolesti, úzkosti nebo neklidu pacienta*“. Dále sestry kontrolují fyziologické funkce TK, tepovou frekvenci a saturaci kyslíku v krvi, uvádějí P2, P3, P4 a P5. Dotazovaná P4 hlídá také polohu hlavy pacienta, aby ji nezvedal a nezakláněl, hrozí totiž riziko aspirace či poranění. P1, P2, P3, P4 a P5 uvádějí, že asistují lékaři podáváním či uklizením instrumentária a přístrojů. Dotazované P3, P4 a P5 také upozorňují na podávání další dávky analgosedace nebo jiné medikace dle potřeby a ordinace lékaře. P1 a P2 také poukazují na nutnost vedení dokumentace.

Podkategorie c: Úloha sestry po provedení vyšetření u pacienta

V této kategorii zjišťujeme, co je úlohou sestry po provedení vyšetření u pacienta s podezřením na karcinom slinivky břišní. Dotazované P1, P2, P3 a P5 po vyšetření pacientovi zkontrolují fyziologické funkce (TK, P, SPO₂), zda pacient necítí bolest, zkontrolují, zda pacient nemá projevy krvácení. P5 dále upřesňuje, že pacientovi sundá všechna čidla, vyndá zaváděcí kroužek z úst, podá pacientovi utěrky na otření okolí, dopomůže vstát z lůžka, dá mu prostor na zorientování a uklidnění, připomene pacientovi, aby si nezapomněl zubní náhradu, berle, osobní věci, dopomůže mu upravit se po vyšetření, zkontroluje, zda má všechny potřebné dokumenty včetně kartičky pojištěnce u sebe. Lékař následně pacienta informuje o výsledcích vyšetření. Doporučí další postup léčby včetně doplnění dalších vyšetření. Pacient dle ordinace lékaře dostane termín do onkologického týmu, kde spolu s pacientem lékaři rozhodnou o možnostech léčby. Po provedení všech výše vyjmenovaných úkonů dotazované P1-P5 předají pacienta doprovodu nebo sestře lůžkového oddělení. Dotazovaná P5 doplňuje: „*Je potřeba zkrátce informovat sestru, které pacienta předáváme, o druhu podané analgezie před výkonem, o průběhu vyšetření a o možných komplikacích nebo rizicích po vyšetření.*“ Jednoduše řečeno: na co si má dávat pozor při péči o pacienta a co od něho může očekávat. Dotazovaná P4 vysvětluje, že pacienti například po EUS vyšetření pankreatu bez provedení FNA (odběrů vzorku tkáně během vyšetření), mohou po odeznění analgosedace a kontrole lékaře odejít s doprovodem domů. Pokud u pacienta při provádění EUS vyšetření bylo provedeno FNA (odběr vzorku tkáně během vyšetření) je nutné pacienta ponechat tři hodiny na JIP gastroenterologického oddělení k monitorování celkového stavu nemocného. Následně po zkontrolování stavu lékařem pacient s doprovodem odchází domů. Pacient po ERCP vyšetření je vždy hospitalizovaný na gastroenterologickém oddělení. Po výkonu nepřijímá nic per os. Všechna další vyšetření a postupy jsou následně v režii lůžkového oddělení, uvádí P4. Dotazovaná P3 zmiňuje, že je dle jejího názoru po vyšetření nejdůležitější empatický přístup k pacientovi.

Kategorie 4: Komplikace vyšetření u pacienta

V této kategorii zjišťujeme, s jakými komplikacemi po vyšetření se sestry setkávají u pacientů s podezřením na karcinom slinivky břišní. P1 a P3 se ztotožňují s názorem P4 o tom, že mezi nejčastější komplikaci patří perforace orgánu (například

při neznámém divertiklu). P4 doplňuje komplikaci vzniku alergické reakce na podaná anestetika či kontrastní látku. P3 a P4 se shodly na komplikaci aspirace nebo zanesení infekce během výkonu. P1 a P4 označily za velice podstatnou komplikaci vznik cholangitidy. Vznik krvácení jako komplikaci udávají v rozhovoru P1, P3 a P5. Po vyšetření EUS nebo ERCP označila P5 jako nejvýznamnější komplikaci vznik akutní pankreatitidy nebo dislokaci zavedených stentů u ERCP vyšetření, P4. Dotazovaná P3 se s těmito názory také ztotožňuje. Dle názoru P5 žádné významné komplikace po vyšetření nejsou.

Kategorie 5 – Vzdělávání sester v problematice endoskopických vyšetření

V této poslední kategorii zjišťujeme, jak sestry pracující u vyšetřovacích metod u onemocnění karcinomu slinivky břišní, získávají nové poznatky z oboru. Dotazované P1-P5 zmiňují, že nejvíce nové poznatky získávají z kongresů zaměřených pro endoskopické sestry, odborných stáží, seminářů a workshopů. P1 také udává, že se hodně dá vyčíst z webových stránek a odborné literatury ve formě knih nebo z rozhovorů s lékaři. P4 doplňuje, že se také dá poznatku získat například z odborných časopisů – Sestra, Florence. P5 se s názorem P4 ztotožňuje a doplňuje za účelné čtení odborných článků.

4.2 Výsledky rozhovorů provedené se sestrami pracujícími na lůžkovém oddělení

Kategorie 1 – Četnost hospitalizace pacientů s karcinomem pankreatu

P6-P10 konstatovali fakt, že jsou pacienti s karcinomem pankreatu hospitalizováni poměrně často. P6 doplňuje: „Dle mého názoru se překvapivě s pacienty s karcinomem pankreatu setkáváme docela často a s ne vždy příznivou prognózou.“ P7 uvádí, že dle jejího názoru s karcinomem pankreatu není ojedinělé onemocnění. P9 zdůrazňuje, že s touto diagnózou pracuje skoro denně. Dotazovaná P8 v rozhovoru odpovídá, že se na oddělení setkává s pacienty jak v raných, tak i v terminálních stádiích tohoto onemocnění. Dle názoru P6 jsou s karcinomem pankreatu hospitalizováni většinou starší lidé, ale bohužel přibývá i mladších pacientů s touto diagnózou, například lidé kolem padesátého roku života. P6 rovněž dodává, že považuje onemocnění karcinomem pankreatu za civilizační chorobu. Myslí si, že je toto onemocnění spojené s postupně zhoršující se životosprávou a špatným životním stylem. P10 vnesla do rozhovoru myšlenku, že hospitalizovaných pacientů s touto diagnózou je nyní více

než dříve, kdy medicína nebyla na takové úrovni, protože dříve pacienti s karcinomem pankreatu často brzo podleli komplikacím v počátečním stádiu tohoto onemocnění. Naopak teď se snažíme zajistit takovým pacientům co nejdéle kvalitní život. Proto dle jejího názoru pracuje často s pacienty s karcinomem pankreatu, kteří jsou hospitalizováni s celkově zhoršeným stavem a už v terminálním stadiu tohoto onemocnění.

Kategorie 2 – Příznaky zhoršeného stavu pacienta s karcinomem pankreatu

V této kategorii zjišťujeme, s jakými příznaky zhoršeného stavu při onemocnění karcinomu pankreatu pacienti přicházejí na gastroenterologickém oddělení.

Dotazovaná P6 rozdělila pacienty do tří skupin podle příznaků, se kterými na gastroenterologické oddělení přichází. Dle jejího názoru první typ pacientů jsou pacienti, kteří si na sobě všimnou bezbolestného ikteru. Dotazovaná P6-P10 uvádí, že to je nejčastější příznak, se kterým pacient s karcinomem pankreatu přichází na ambulanci. P8 vysvětluje, že si tohoto příznaku nejdříve všimnou příbuzní. P8 říká: *„Pacient udává že najednou zežloutnul, sám si všimne žlutých sklér a tmavé moči.“* P6 doplňuje, že si tito pacienti nejčastěji myslí, že mají nějaký kamínek ve žlučovodu, proto zežloutli. Pacient si myslí, že přijde na ERCP, kde mu kamínky vyndají a vše se vrátí zase do normálu. P6 říká: *„Bohužel u bezbolestného ikteru tomu tak není a nejčastěji se jedná o karcinom pankreatu.“* P6 také konstatuje, že se pacienti nově zjištěné diagnóze většinou hodně diví. Odkazují se na to, že je přece nic nebolí. P6 také říká: *„Bohužel v tomto případě je velmi často už pozdě a prognóza takového pacienta je často v krátkém úseku hodně špatná.“* Mezi druhý typ pacientů P6 řadí pacienty, kteří přichází již se zjištěným karcinomem pro zhoršení zdravotního stavu. Nejčastěji přichází, protože se jim tvoří ascites, mají veliké bolesti a jsou dušní z důvodu metastáz na plicích. Často tuto diagnózu doprovází i otoky nohou. P8 dodává, že jsou pacienti také často hospitalizováni pro úporné bolesti k vyřešení analgetické terapie. P9 podotýká, že jsou také tito pacienti na oddělení hospitalizováni pro zhoršený příjem potravy, pro nauzeu a zvracení. P10 doplňuje, že jsou zde pacienti s karcinomem pankreatu hospitalizováni i pro přetrvávající teploty a příznaky sepse. Poslední třetí typ pacientů s karcinomem pankreatu jsou pacienti, kteří jsou nejčastěji přivezeni RZP na oddělení pro celkově špatný stav v terminálním stadiu onemocnění, rozděluje pacienty P6.

Kategorie 3 – Vyšetření pacientů s karcinomem pankreatu

V této kategorii se snažíme zjistit jaké vyšetřovací metody pacienti s karcinomem pankreatu podstupují a jaká je jejich příprava na jednotlivá vyšetření.

Dotazované P6, P8, P9, P10 označily jako prvotní a nejdůležitější provedení krevních odběrů za účelem zjištění celkového stavu organismu nemocného a nastavení léčby, například nastavení infuzní terapie. P6 vysvětluje, že se nejčastěji provádí odběry krevního obrazu, biochemie a koagulace. Tyto odběry jsou prý součástí příjmového souboru. P10 udává, že z biochemie se vyšetřuje hlavně močovina, kreatinin, základní minerály, jaterní testy. Nesmíme zapomenout na amylázy, celkovou bílkovinu a albumin, CRP. Z koagulace většinou postačí QUICK test. Pokud pacient přichází s podezřením na karcinom pankreatu, tak se ještě nabírají nádorové markery, hlavně CEA, CA 19-9, doplňuje P10. Dotazované P6 a P8 rovněž zmiňují provedení ultrasonografie. Zde se často zjistí nějaký novotvar nebo změny v oblasti slinivky, a to většinou až v pokročilých stádiích tohoto onemocnění, protože je slinivka na ultrasonografii špatně viditelná. P6-P10 považují vyšetření ERCP za nejdůležitější k prokázání a potvrzení onemocnění karcinomu pankreatu. P10 udává, že lékaři při vyšetření ERCP často dokáží na první pohled odhadnout, zda se jedná o karcinom či nikoliv, ale nejdůležitější je odebrání histologie. Z ní se opravdu prokáže, o jakou tkáň se přesně jedná. P6 udává, že pokud je karcinom již zjištěný, tak pacienti chodí na pravidelnou výměnu stentů pomocí ERCP vyšetření, přibližně každých 2-6 měsíců, dle progresu karcinomu. Dotazované P6, P7, P8 a P9 jako další podstatnou metodu, kterou pacienti s karcinomem pankreatu podstupují označili CT vyšetření k prokázání vzdálených metastáz, nejčastěji v plicích a játrech. Dle P9 je rovněž na vzestupu vyšetření EUS horního traktu k prokázání karcinomu pankreatu. P9 nezapomněla zmínit i provádění vyšetření RTG pasáže trávicího traktu nebo gastrokopie u pacientů s karcinomem pankreatu se zvracením či poruchou příjmu potravy.

Podkategorie a: Režimová opatření pacienta před vyšetřením

V této kategorii zjišťujeme, jaká režimová opatření se dodržují před vyšetřením u pacienta s karcinomem pankreatu.

Dotazovaná P6 tuto otázku zodpověděla takto: „Většinou se jedná o vyšetřovací metody trávicího traktu, např. ERCP, UZ“. P6, P7, P8, P9 i P10 se shodly, že před takovými vyšetřeními musí být pacient lačný od půlnoci. Dotazovaná P6, P7 a P9

upřesňují, že pacient nic nepije, nejí, nesmí kouřit. P6 rovněž dodala, že pacientům nahrazují příjem tekutin infusemi a parenterální výživou. Všechny dotazované P6-P10 se shodly, že se infuse pacientovi podávají kontinuálně, které lékař ordinuje dle výsledků krevních odběrů. Rovněž P6 udává, že před RTG vyšetření pacient nemusí dodržovat žádná režimová opatření. P6 a P8 v rozhovoru mluví o tom, že před CT vyšetřením břicha s kontrastní látkou pacient vypije 10 ml kontrastní látky, která je zředěná ve skleničce čaje, večer i ráno. Vždy pacienta musí informovat o tom, aby pil hodně tekutin (aspoň 2 litry), z důvodu zátěže kontrastní látky na ledviny.

Podkategorie b: Režimová opatření pacienta po vyšetření

Tato podkategorie pojednává o tom, jaká režimová opatření musí pacient dodržet po vyšetření.

Dotazované P6, P8 a P9 se ztotožňují s názorem, že se režimová opatření po vyšetření liší dle typu prováděného vyšetření. P9 objasňuje: „*Například po RTG břicha pacient nemá žádná režimová opatření*“. P6 dodala, že pacienti po UZ či CT vyšetření rovněž nemají žádná zvláštní režimová opatření. Pouze pacienti po CT by měli po vyšetření pokračovat ve zvýšeném příjmu tekutin. Naopak pacient po ERCP vyšetření, vysvětluje P9, by měl dodržet po zbytek dne klidový režim, je nutný zvýšený dohled sestrou. Dotazované P6, P8, P9 a P10 upřesňují, že jsou pacientovi sledovány FF, hlavně TK a P každé dvě hodiny. Až do večera dodržuje pacient přísný zákaz příjmu tekutin, a proto mu jsou neustále podávány infuze. P6, P9 a P10 uvádějí, že s odstupem šesti až osmi hodin po vyšetření, jsou pacientovi po ERCP provedeny kontrolní krevní odběry, hlavně krevní obraz a biochemie. P6 a P10 konstatují, že v biochemii se hlavně sledují hodnoty amyláz (AMS, PMS), lipázy a hodnoty CRP. P10 udává: „*Pokud byl výkon proveden bez větších komplikací, výsledky krevních odběrů jsou v rozmezí norem a pacient nepociťoval po výkonu žádné komplikace (bolesti břicha, nauzeu, zvracení), je pacientovi dle ordinace lékaře povoleno pít menšího množství čaje, ale pokud měl pacient po vyšetření ERCP nějaké komplikace nebo jsou nějaké hodnoty krevních odběrů zvýšené, je pacient ponechán až do dalšího dne lačný*“. P6 vysvětluje, že pokud by pacient se špatnými výsledky krevních odběrů dostal napít, mohla by se slinivka břišní podráždit. Toto opatření se dodržuje hlavně z důvodu zvýšeného rizika vzniku pankreatitidy jako komplikace po vyšetření ERCP. Další den ráno jsou pacientovi rovněž provedeny stejné krevní odběry. Pokud jsou výsledky krevních odběrů bez

větších patologií, dle ordinace lékaře může pacient už tento den jíst suchar nebo šetřící dietu, nejčastěji 4 (dieta šetřící na tuky). P8 udává, že u pacientů po ERCP sleduje hlavně přítomnost bolesti, následně dle ordinace podává analgetika. Rovněž vysvětluje, že pokud bylo vyšetření provedeno s nějakou analgosedací nebo v celkové anestezii, je pacient po vyšetření ERCP dle ordinace lékaře umístěn na dvě hodiny na lůžko JIP. Z důvodu nutnosti zvýšeného sledování FF a celkového stavu pacienta. P6 doplňuje, že jsou na JIP pacienti po ERCP vyšetření sledováni FF (TK, P, SPO₂) každých 30 minut, také se provádí kontinuální monitorace EKG.

Kategorie 4 – Rozdíl v ošetrovatelské péči o pacienty s pankreatitidou a s karcinomem pankreatu

V této kategorii sestry objasňují, jak se liší ošetrovatelská péče o pacienta s karcinomem pankreatu a s pankreatitidou. Na co se zaměřují v ošetrovatelské a sesterské péči u těchto jednotlivých onemocnění.

P6 upozorňuje na to, že péče je individuální, dle stavu pacienta. Rozdíl je v péči o pacienta nesoběstačného, polymorbidního pacienta s pankreatitidou, kde zajišťujeme hlavně celkovou ošetrovatelskou péči a o pacienta s karcinomem pankreatu, ale v počátečních stádiích, zde ošetrovatelská péče není nutná. P6, P8 a P9 upozorňují, že nejdůležitější je poskytování individuální péče, zaměřené dle potřeb a stavu pacienta. P6 rovněž poukázala na to, že obě dvě onemocnění mohou mít fatální následky. P6 – P10 ale tvrdí, že jak u pacientů s pankreatitidou, tak u pacientů s karcinomem pankreatu je nejdůležitější sledování a tišení bolesti. P7 vysvětluje, rozdíl v tišení bolesti je v tom, že pacient s pankreatitidou má nejčastěji bolest akutní, která je nejčastěji tišena běžnými injekčními formami analgetik, při nedostačujícím účinku se následně aplikují opiáty. Mezitím pacienti s karcinomem pankreatu pociťují nejčastěji bolest chronickou, kterou je nejčastěji zapotřebí tišit hned opiátovými analgetiky. Na prvním místě se jim aplikují opiátové náplasti, následně se náplasti doplňují injekčními opiáty. Jako další podstatný rozdíl v péči o pacienty s pankreatitidou nebo karcinomem pankreatu označily P6, P7 a P10 rozdíl v dietních opatřeních. P7 vysvětluje, že pacienti s karcinomem pankreatu pociťují často nauzeu a zvracení, proto jsou často kachektičtí a mají nízký energetický příjem. U těchto pacientů se snažíme vymyslet dietu bohatou na různé výživové prvky, která by jim vyhovovala a dostatečně je vyživovala. P6 se snaží zapojit do této problematiky rodinu, aby pacientovi přinesla jídlo, které má rád. P10 doplňuje, že tito

pacienti mají často současně podávanou kontinuální enterální výživu do nasojejunální sondy, rovněž se snaží jíst běžnou mletou stravu per os, a je jim také podávána parenterální výživa. Mezitím co u pacientů s pankreatitidou se snažíme slinivku šetřit, pacienti ze 46

začátku nepřijímají vůbec nic per os, výživa je zajišťovaná parenterálně. U těchto pacientů se musíme zaměřit na výběr kvalitního intravenózního vstupu a zvýšenou péči o něj, říká v rozhovoru P7.

Po zlepšení výsledků krevních odběrů je pacient zatížen stravou per os ve formě sucharů s čajem až postupně může dostat dietu 4S, potom 4. Šetřící dietu by měl ovšem dodržovat po zbytek života, jako prevenci recidivy pankreatitidy. To znamená, že by hlavně neměl jíst nic moc kořeněného, smaženého a tučného, doplňuje P10. Dotazované P6, P7 a P9 rovněž zmínily za podstatné v péči o tyto nemocné komunikaci s pacientem a rodinou. P6 vysvětluje, že se liší komunikace, protože pacient s pankreatitidou má nejčastěji velkou naději na uzdravení, mezitím pacient s karcinomem pankreatu má velmi malou šanci na uzdravení a nejčastěji se jedná o paliativní péči.

Kategorie 5 – Ošetrovatelská péče o pacienta s karcinomem slinivky břišní

V této kategorii se snažíme zjistit, co považují sestry za nejdůležitější v ošetrovatelské péči o pacienta s karcinomem pankreatu.

P6-P10 uvedly nejčastěji řešení bolesti. Následně dotazované P6, P9 a P10 uvádějí péči o výživu. Dotazovaná P6 a P7 rovněž poukázala na nutnost řešení nauzei a zvracení u pacientů s karcinomem pankreatu. Dále P6, P7 a P8 ve svém rozhovoru také popisují nutnost správné komunikace s takovým pacientem.

Podkategorie a: Výživa pacientů s karcinomem pankreatu

V této podkategorii zjišťujeme, jakou formou je zajišťovaná výživa u pacienta s karcinomem pankreatu.

Dotazované P6 a P7 uvádějí, že se výživa odvíjí dle stavu pacienta. P6-P10 také uvádějí že se vždy snaží zachovat pacientovi výživu per os. Ale jak uvádí P6 dále, tak to většinou není možné, jelikož pacienti s karcinomem pankreatu nejčastěji přicházejí na gastroenterologické oddělení pro zhoršení stavu, kdy často trpí nechutenstvím, nauzeou a zvracením. Pak je při zvracení zapotřebí zavedení nasogastrické sondy, za účelem odvádění obsahu žaludku.

Většinou těmto pacientům nic nechutná a jejich energetický příjem je nedostačující. P1 a P5 se shodly na tom, že často tito pacienti mají naordinovanou kašovitou, při poruchách polykání dokonce tekutou. P1 a P2 v rozhovoru zmiňuje, že energetický příjem těchto pacientů je většinou doplňován sippingem, neboli popíjením nutridrinků. Nutridrinky ale pacientům nechutnají proto je nepopíjí. P1 rodině těchto pacientů často nabízí, aby přinesli z domova jídlo, které má pacient rád. Nejčastěji se jedná o vývar nebo pivo Birell. I přesto z důvodu nedostačujícího energetického příjmu tito pacienti mají často parenterální výživu formou all in one, říkají P1 a P4. Dotazované P2, P3 a P4 rovněž říkají že je někdy těmto pacientům výživa zajišťovaná formou nasogastrické nebo nasojejunální sondy, kdy se jim kontinuálně podává Nutrison dle tolerance. Bohužel, ale i přesto následkem nedostačujícího příjmu potravy jsou pacienti s karcinomem pankreatu kachektičtí a trpí malnutricí, uvádí P1.

P6-P10 uvádějí, že se služby nutričního terapeuta u těchto pacientů využívají jen výjimečně. P6 objasňuje, že většinou nutriční terapeut po konzultaci s pacientem naordinuje stejně dietu, kterou již pacient má od lékaře. P10 doplňuje, že se u tohoto onemocnění a u pacienta s nechutenstvím dá jen těžko vymyslet nějaká lepší dieta, kterou by pacient toleroval. Na gastroenterologické oddělení také chodí lékař, který těmto pacientům naordinuje parenterální výživu na míru, uvádí P6.

Podkategorie b: Bolest u pacienta s karcinomem pankreatu

V této podkategorii zjišťujeme, jak sestry řeší bolest u pacienta s karcinomem pankreatu.

P7 uvádí, že se snaží pacientům pomoci zaujmout úlevovou polohu, někomu prý pomáhá chlad ve formě osvěžující sprchy, někomu teplo. P6, P7, P8 a P10 hlavně upozorňují, že všechny bolesti konzultují s lékařem a dle jeho ordinace následně aplikují analgetika. P6 udává, že se vždy začíná od nejslabších analgetik, následně dle individuálních potřeb pacienta s karcinomem pankreatu analgetika navyšují. Také P6 a P10 zmiňují využívání hodnoty stupnice VAS k posouzení intenzity bolesti, ta je následně pokaždé zaznamenávána do speciálního archu, kde se zaznamenává hodnota VAS bolesti před podáním a po podání analgetik. P6 doplňuje, že tento arch následně ukazuje, jaká analgetika jsou pro pacienta nejúčinnější. P6 tvrdí, že jsou nejprve analgetika podávána jednorázově dle potřeb pacienta, například ve formě Analginu intravenózně. Pokud Analgin nemá dostatečný efekt, následně je možné využít

opiátových injekcí Dipidoloru a Morpinu subkutánně, uvádí P6 a P8. Dotazované P6, P7, P9 a P10 zmiňují rovněž využívání ambulance bolesti. P10 objasňuje, že ambulance bolesti se zaměřuje na řešení chronických bolestí, po konzultaci s našim pacientem s karcinomem pankreatu pak naordinují vhodný způsob analgetik. P6 doplňuje, že nejčastěji následně těmto pacientům jsou naordinované fentanylové náplasti v kombinaci s tabletami, které řeší průlomovou bolest. P6 a P7 uvádějí, že pokud je pacient s karcinomem pankreatu v terminálním stadiu onemocnění, pak mu je někdy Morphin aplikován kontinuálně, injekční formou, pomocí lineárního dávkovače. P7 rovněž zmiňuje, že ve výjimečných situacích je možné zavedení epidurálního katetru, kam se následně analgetika aplikují buď kontinuálně nebo jednorázově.

Podkategorie c: Vylučování u pacienta s karcinomem pankreatu

V této podkategorii zjišťujeme, jakým způsobem sestry pečují o vylučování u pacientů s karcinomem slinivky břišní.

P6 a P7 odpověděly, že je péče obdobná jako u ostatních pacientů a je zaměřená na individuální potřeby každého pacienta. P9 podotkla, že záleží na mobilitě pacienta. P6-P10 se shodly, že chodící a soběstačné pacienty dle potřeby doprovází na WC, u pacientů, kteří jsou upoutáni na lůžko, je péče o vylučování řešena podložní mísou. P6 také doplňuje zkušenost, že se s méně soběstačnými pacienty snaží vždy domluvit na zavedení permanentního močového katetru, kdy při zavádění a péči o močový katetr postupujeme přísně asepticky. P8 rovněž udává, že je nutné neopomíjet kontrolování funkčnosti katetru pomocí proplachu cévky. P8 také zmiňuje myšlenku, že výhodou zavedeného permanentního močového katetru je možnost měření bilance tekutin. P8 vysvětluje: „*Bilance tekutin se měří pomocí toho, že se sečte množství všech přijatých a vydaných tekutin, počítáme sem pití, infuze i parenterální výživu.*“ U výdeje nesmíme opomenout i punkci ascitu nebo zvratky, dodává P10. Dotazovaná P6 dodává, že pro pacienty s inkontinencí moči či stolice mají širokou škálu inkontinenčních pomůcek, například pleny a podložky. P6 rovněž zmiňuje zkušenost, kdy pacientka s karcinomem rekta měla zavedený permanentní katetr flexi seal k odvádění stolice, protože trpěla opruzeninami vzniklými jako komplikace průjmů. Dle názoru P6 by použití tohoto katetru bylo dobré i u pacientů s karcinomem slinivky, protože mají často obdobné problémy. P6 v rozhovoru zmiňuje, že k prevenci plenkové dermatitidy nebo opruzenin

používá Cavilon mast a Sudokrém, a Clotrimazol mast v případě, kdy je kůže napadena kvasinkami.

Podkategorie d: Zapojení rodiny do péče o pacienta s karcinomem pankreatu

Dotazované P6-P10 se shodly, že se snaží rodinu vždy dle možností a jejich zájmu zapojovat do péče o pacienta. Například zkoušet pacienta nakrmit, pomoci polohovat, dát napít. Sestry se snaží informovat rodinu a pokročilých pacienta, například kolik toho snědl, zda komunikoval nebo spal. Informovat o tom, co by pacientovi mohli přinést, jak mají s pacientem komunikovat, kam se případně obrátit za pomocí. Radí rodině, kde a jaké pomůcky sehnat k usnadnění a zlepšení péče, například pleny. P6-P10 se shodly, že se pacientům a rodině snaží být vždy oporou. P10 doplňuje, že se snaží přáním rodiny a pacienta dle možností vždy vyhovět. P6 také poukazuje na nutnost komunikace s rodinou pacienta za účelem připravení rodiny na zhoršení stavu pacienta, například že je blízký nepozná, z důvodu encefalopatie.

Kategorie 6: Komunikace s pacientem s karcinomem pankreatu

Dotazovaná P6 uvádí, že v počátečním stadiu se reakce pacienta na tuto závažnou diagnózu vyvíjí dle E. K. Roosové. Dotazovaná P6 dále říká: „*Pacienti jsou buď zoufalí, nebo jim závažnost stavu nedochází nebo se snaží svůj strach schovat za humor*“. V tomto případě se s nimi snažím komunikovat normálně, naladit rozhovor na stejnou vlnu a neprojevat lítost. Když jsou pacienti lítostiví a pláčou, snažím se je vyslechnout a být oporou. P6 a P10 se shodly na názoru, že není vhodné pacientovi v tomto případě říkat fráze jako například: „*Všechno bude dobrý, to zvládnete*.“ P6 rovněž uvádí, že se snaží komunikovat i s rodinou, ale to je mnohdy obtížnější než komunikace se samotným nemocným. Pokud pacient nikoho z rodiny nemá, snaží se mu P6 být nablízku, být oporou, aby se měl komu svěřit. Naopak pokud je pacient již v terminálním stadiu onemocnění, tak se P6 snaží v komunikaci preferovat dotyky ruky a pohlazení, protože tito pacienti většinu času prospí. P7 a P9 se také ztotožňují s názorem, že záleží na fázi smíření pacienta s diagnózou a jeho osobností. P9 uvádí, že je pro ni komunikace s pacientem v terminálním stadiu onemocnění poměrně obtížná. P9 doplňuje názor, že je vždy důležité nelhat, ale zároveň úplně nebrat naději. P7 upozorňuje na nutnost citlivého jednání v obou případech. Dotazovaná P8 se zejména

zaměřuje na empatický přístup k pacientovi, a v terminálním stadiu onemocnění, zachování důstojného umírání a doprovázení rodinou.

Také v této podkategorii zjišťujeme, jaké mají dotazované P problémy s komunikací u pacienta s karcinomem pankreatu.

P7 a P8 většinou žádné problémy s komunikací nemají, ale většinou je to pro ně obtížné komunikovat s pacienty v terminálním stadiu onemocnění. P10 zmiňuje většinou problém s odmítáním péče nebo stravy, nebo se často setkává s pacienty, kteří jsou pořád velice plačtivý a lítostivý a neustále potřebují své emoce filtrovat na venek. P10 uvádí, že tyto pacienty samozřejmě chápe, ale bohužel s takovým počtem pacientů, které má na starosti a na takovém oddělení mu bohužel není schopna věnovat tolik času, kolik by chtěla. P8 zmiňuje v rozhovoru problémy spojené s projevy agrese, které jsou způsobené jeho momentálním stavem. P8 doplňuje: „*Musíme myslet na to, že to pacient tak nemyslí, snažit se ho pochopit a vydržet.*“ P6 udává, že většinou se shoduje se zkušeností P7 a P8, že většinou žádné problémy s komunikací s pacientem s karcinomem pankreatu nemá. Také uvádí, že pokud by nějaké problémy s komunikací s pacientem měla, tak by se mohla za pomoci a radou obrátit k psychologovi v nemocnici. P6 říká: „*Když nevím, co pacientovi říct, tak je pro mě první volba sednout si k pacientovi, chytnout ho za ruku, mlčet a poslouchat*“. P6 také říká, že pokud pacient není schopen smířit se s touto závažnou diagnózou sám, obracíme se za pomoci psychologa, ale někteří pacienti si chtějí popovídat s knězem nebo kaplanem. Proto se ji snažíme zajistit péči kaplana, ten většinou dorazí v kteroukoliv denní dobu. Dokonce se P6 setkala se zkušeností, kdy se kaplan pokusil i splnit poslední přání pacienta, vždy se snaží k pacientovi vyjít vstříc.

Kategorie 7 - Péče o pacienta v terminálním stadiu onemocnění

Dotazované P6-P10 se shodly na dojmu, že se s pacienty v terminálním stadiu onemocnění karcinomu pankreatu setkávají často. P7 a P9 dokonce uvádějí, že se s těmito pacienty setkávají velice často. P6 uvádí zkušenost, že jsou tito pacienti v terminálním stadiu karcinomu pankreatu často na konci nesoběstační a rodina tuto celkovou ošetrovatelskou péči bohužel většinou nezvládá, proto následně jsou tito pacienti hospitalizováni na gastroenterologii. Dle názoru P6 jedním z vhodných řešení pro tyto pacienty je vyzkoušet služeb domácí péče. Nemocný tak může na sklonku života být doma s blízkými a s péčí o tohoto pacienta dopomůže domácí péče. P10

doplňuje, že hospitalizovaní pacienti v terminálním stadiu karcinomu pankreatu často čekají na přijetí do hospicové péče. Dotazované P6, P8 a P10 rovněž uvádějí, že se pacienti hospitalizovaní na gastroenterologickém oddělení často nedočkají a umírají ještě před přijetím do hospicové péče.

Dotazované P6-P10 se shodly na názoru, že je nejdůležitější pacientovi poskytovat kvalitní ošetrovatelskou péči. P7 připomíná že se v péči zaměřuje na výživu, vyprazdňování, hygienu, hydrataci, antidekubitární péči a péči o všechny cévní vstupy. P6 říká: „*Pro mě je nejdůležitější, aby byl pacient v klidu, čistý, napolohován a bez bolesti.*“ P7 a P8 rovněž poukazuje na nutnost sledování bolesti a podávání analgetické terapie dle ordinace lékaře. Co se týče spánku, tak s tím většinou pacienti v terminálním stadiu karcinomu pankreatu nemají problém, díky opiátům na bolest, uvádí P6. Pokud se pacientům špatně dýchá nebo jsou zahlenění, pomůžeme jim odsáváním nebo podáním inhalace na snížení viskozity hlenu, tvrdí P6. Dotazovaná P6 také uvádí, že se snaží pacientům v terminálním stadiu onemocnění zajistit samostatný pokoj, aby tam pacient mohl být v klidu v kruhu rodiny. P8 uvádí, že se snaží vždy takovým pacientům zachovat důstojnost. Také je důležité pacienta nenutit, pokud nechce provádění celkové koupele nebo odmítá jídlo a krmení, dbát na splnění přání pacienta, tvrdí P6 a P8. Dotazovaná P6 říká: „*Pokud je to možné snažím se poprosit rodinu, aby přinesli pacientovi fotky, jídlo, věci, které má rád.*“ P6-P10 se také přiklánějí k názoru, že je velice podstatné pečovat o psychiku nemocného a mít lidský přístup.

Kategorie 8– Intravenózní vstupy u pacienta s karcinomem pankreatu

V této kategorii zjišťujeme, jaké intravenózní vstupy mají zavedené pacienti s karcinomem pankreatu. Rovněž zjišťujeme, za jakým účelem se těmto pacientům intravenózní vstupy zavádějí a jak o ně sestry pečují.

Dotazované P6-P10 udávají, že prvotním a nejčastějším intravenózním vstupem těchto pacientů je periferní žilní katetr. Dotazovaná P10 říká, že jsou na jejich oddělení časté komplikace tohoto vstupu, proto je zapotřebí zaměřit se hned na důkladné provádění postupů k prevenci vzniku infekce spojené buď se zavedením nebo používáním katetru. P8 doplňuje: „*Pokud je u nás pacient léčen déle jak 3 týdny, a víme že má pacient hodně zatěžované nebo poničené žíly, pak se snažíme s lékaři zajistit PICC nebo Midline katetr, za účelem šetření žil pacienta.*“ P7 uvádí, že je také těmto pacientům zaváděn PORT katetr, nejčastěji pro provádění onkologické léčby ve formě

chemoterapie. Také dotazovaná P7 uvádí že výhodou portu je možnost provádění krevních odběrů ze vstupu. P6-P10 vysvětlují, že účelem intravenózních vstupů u pacientů s karcinomem pankreatu je zajištění analgetické terapie, parenterální výživy, infuze, zajištění hydratace a řešení nauzei.

Dotazované P8 a P9 odpověděly, že o všechny intravenózní vstupy pečují dle standardu nemocnice. P6, P8, P9 a P10 se shodly na tvrzení, že se jejich péče odvíjí od druhu intravenózního vstupu. P6-P10 odpověděly, že postupují vždy asepticky při zavádění a manipulaci se vstupem. P7 doplňuje, že je nutné dodržet správnou techniku zavádění intravenózního vstupu, dodržet správnou expozici desinfekce před zaváděním i před vstupem do vstupu. P6-P10 dbají na pravidelné přepichy intravenózního vstupu. P6 upřesňuje, že přepich periferní kanyly se provádí každé čtyři dny, přepichy PORT jehly provádí onkologická sestra každých pět dní, z důvodu prevence vzniku infekce. Dotazované P6, P8 a P10 důkladně sledují vznik známek infekce u každého zavedeného vstupu.

P6 objasňuje, že je nutné sledovat bolest a pálení při proplachování kanyly, zarudnutí v místě vpichu, v okolí a podél žíly, také otok v místě, kde se vstup nachází. P8 doplňuje nutnost sledování vzniku boule a svědění v místě vpichu, a sledování průchodnosti kanyly. P6 navíc sleduje celkové komplikace infekce intravenózního vstupu, projevující se febrilií při sepsi. Na nutnost sledování paravenózního podání léčiv, krvácení z místa vpichu poukázala dotazovaná P9. Dotazovaná P7 v rozhovoru zmínila sledování vzniku trombózy u PICC katetru. P6 dále vznesla svůj postřeh, že je častý vznik flebitidy u pacientů s karcinomem pankreatu z důvodu dlouhodobého podávání parenterální výživy do žíly. Při známkách infekce je následně vždy intravenózní vstup vyndán, na místo vpichu a jeho okolí je lokálně aplikovaná mast Heparoid. Rovněž je toto místo neustále ledováno, někdy je nutné i podat antibiotika, vysvětluje P6. U CŽK, PICC a Midline katetru P6, P7, P8 a P10 dbají na včasné provádění aseptického převazu vstupu. P6 poukázala na provedení převazu každých pět dní. Nejdříve je místo vstupu a okolí desinfikováno 2% chlorhexidem, který je nutné ponechat oschnout, poté je vstupu přelepen transparentní folií s tegadermem, obsahující složku chlorhexidu, říkají P6 a P9. P6-P10 se rovněž shodly že je podstatné intravenózní vstup pravidelně proplachovat, i pokud není používán, doplňuje P10. P6 a P7 poukazují na nutnost správné techniky proplachování technikou START-STOP. P6 uvádí

že proplach CŽK, PICC a Midline katetru provádí 20 ml fyziologického roztoku. P6 u portu k proplachu používá heparinový proplach. P7 rovněž zmiňuje nutnost správného vedení dokumentace, zapisování data a času zavedení, přepichu, převazu či vyndání intravenózního vstupu. Dle ordinace lékaře je také vhodné odeslání konce katetru na bakteriologické vyšetření, při známkách infekce, konstatuje P7.

Kategorie 9 – Vzdělávání sester v oblasti péče o pacienty s karcinomem pankreatu

Dotazované P6-P10 se shodly na nutnosti sebevzdělávání v oblasti péče o pacienty s onkologickým onemocněním. P6 zmínila možnosti navštěvování seminářů organizovaných nemocnicí, zaměřených na péči o onkologického pacienta. Například seminář zaměřený na komunikaci s takovým pacientem, péče o výživu, bazální stimulace. P6-P10 rovněž podotkly navštěvování každoročního kongresu Budějovických gastroenterologických dnů. P10 zmínila navštěvování Budějovických kazuistických dnů, kde je sice široké zaměření různých oborů, ale některé prezentace jsou určitě poučitelné i pro sestry, které pečují o pacienty s onkologickým onemocněním. P8 zmínila, že si kupuje knihy zaměřené na tuto problematiku a ve svém volném čase se snaží sama vzdělávat.

P7 a P8 uvádí, že nepodstoupily žádné vzdělávací kurzy. Dotazované P6, P9 a P10 udávají, že každý rok navštěvují Budějovické gastroenterologické dny, kde vždy zjistí nějaké novinky v této problematice. P6 vysvětluje: „*Gastroenterologické dny, to je kongres zaměřený na onemocnění gastroenterologického traktu, koná se každoročně. Sekce na tomto kongresu jsou rozdělené na prezentace pro lékaře a sestry. Prezentace jsou dobré jak pro sestry ambulantní, lůžkové nebo endoskopické. Každý si tam najde to svoje. Pokud sestru nezaujme téma v sesterské sekci, může jít na prezentace lékařů. Tam se nejčastěji dozvídáme novinky v endoskopických metodách vyšetření gastrointestinálního traktu, nebo nové způsoby léčby onemocnění. Vždy se snažím navštívit aspoň část z každé sekce.*“. P10 zmiňuje také každoroční navštěvování Budějovických kazuistických dnů, kde se často dozvídá novinky v péči o onkologického pacienta formou kazuistik. P9 rovněž uvedla, že navštívila semináře zaměřené na diagnostiku a léčbu karcinomu pankreatu, také navštívila kurz bazální stimulace a výživy spolu s P6.

6 DISKUSE

Tato bakalářská práce na téma Ošetrovatelská péče o pacienta s onkologickým onemocněním slinivky břišní se zaměřuje na specifika péče sester o pacienta s karcinomem slinivky břišní, které pečují o tohoto pacienta buď u gastroenterologických endoskopií, konkrétně u vyšetření ERCP, nebo na specifika péče sester o tyto pacienty na lůžkové části oddělení. Rovněž se v této bakalářské práci dozvíte možnosti dalšího vzdělávání.

Pro tuto práci byly stanoveny tři cíle. První z nich byl zaměřený na zjištění specifika ošetrovatelské péče o pacienty s onkologickým onemocněním slinivky břišní. Druhý cíl se zabývá zjištěním úloh všeobecné sestry při vyšetřovacích metodách onkologického onemocnění slinivky břišní. Třetí cíl pojednává o možnostech dalšího vzdělávání sester poskytujících ošetrovatelskou péči u pacientů s onkologickým onemocněním slinivky břišní. Kvalitativní výzkumné šetření bylo provedeno technikou polostrukturovaného rozhovoru. Jelikož mají jednotlivé sestry odlišné úlohy v péči o pacienta s karcinomem pankreatu, otázky byly rozděleny na dva druhy.

Na jeden druh otázek v rozhovoru odpovídaly sestry pečující o pacienta s podezřením na karcinom pankreatu u endoskopií, a druhý okruh byl určený sestřím pečujícím o tohoto pacienta na lůžkovém gastroenterologickém oddělení.

První druh otázek se skládal z 9 otázek, druhý okruh otázek se komponuje 23 otázkami. Otázky k oběma druhům rozhovorů společně odpovídají na všechny výzkumné otázky a cíle. Kromě otázek, které byly předem dané, jsme pokládali doplňující otázky, které se týkaly převážně upřesnění a rozvedení odpovědí sester v rozhovoru.

Na začátku rozhovoru byla dotazovaným sestřím položena otázka, jak dlouho pracují v oboru gastroenterologie. Délka praxe P pracujících na gastroenterologickém oddělení se pohybuje mezi 2–13 let (viz Tabulka 1 a 3). Výzkumem bylo také zjištěno, že většina sester pracuje na daném oddělení do pěti let, pouze dvě P ze všech dotazovaných pracuje v oboru přibližně deset let a více. Je zřejmé, že sestry, které pracují v oboru dlouho jsou zkušené, což bylo zřetelné i během rozhovorů, protože se aktivně orientovaly v dané problematice. Dotazované P, které pracují v daném oboru jen krátce se rovněž dobře orientují v námi stanované problematice, ale zkušenosti musí

ještě získat. Dotazovaná P6 poukázala na fakt, že zkušené sestry často odcházejí, protože je práce na gastroenterologickém oddělení fyzicky a psychicky těžká. Spíše tuto práci mohou zastat mladší sestry. V rozhovoru jsme také zjišťovali, jaké je nejvyšší dosažené vzdělání probantek. Zjistilo se, že šest P má dokončenou střední zdravotnickou školu, obor všeobecná sestra a čtyři P mají vystudované vysokoškolské vzdělání, rovněž obor všeobecná sestra. Jedna z dotazovaných P má magisterské vzdělání specializované na interní obory. Toto zjištění se neshoduje s názorem Bartoníčkové (2017), protože podle jejího vyjádření by v dnešní době měla sestra mít minimálně bakalářský stupeň vzdělání, aby byla schopna poskytovat komplexní péči. Dle mého názoru sestry, které vystudovaly dříve všeobecnou sestru na střední zdravotnické škole, by měly mít doplněnou návstavbu zaměřenou na dnes moderní koncepce ošetrovatelství a na dnešní možnosti léčby a ošetrovatelské péče. Také si ale myslím, že tyto sestry nemusí absolvovat od začátku bakalářské studium, ale mělo by být dostupné doplňující vzdělání pro tyto sestry, aby si mohly doplnit vědomosti, které jim z bakalářského vzdělání chybí. Zatím bohužel žádné takové doplňující vzdělání neexistuje. Souhlasím ale s názorem Bartoníčkové (2017), že dnes vystudovaná sestra by měla mít dokončené bakalářské vzdělání v oboru všeobecná sestra. Zdravotnictví se neustále vyvíjí, a proto je dle mého názoru nezbytné, aby se sestry neustále vzdělávaly.

V první kategorii jsme u endoskopických sester zjišťovali, s jakými obtížemi přicházejí pacienti na vyšetření trávicího traktu při podezření na karcinom slinivky břišní. P4 uvádí, že toto onemocnění se zpočátku jeví jako bezpříznakové. Pacienti často přicházejí na vyšetření až s pokročilým stadiem karcinomu pankreatu. Dotazované P1-P5 udávají, že nejčastějšími obtížemi, se kterými pacienti na vyšetření přicházejí jsou nevolnost, zvracení, hubnutí a nechutenství, bolesti břicha progradující do zad a hlavně ikterus neboli žluté zbarvení kůže a sliznic. Názory sester se shodují s literaturou od Kisse a Tomáška (2016), že se karcinom pankreatu ze začátku jeví asymptomaticky. Rovněž doplňují, že symptomatický tumor je již obvykle inoperabilní. Kiss a Tomášek (2016) vysvětlují, že příznaky nauzea a zvracení vznikají stenózou duodena, která následně zapříčiní poruchu pasáže. Onemocnění je zpočátku bezpříznakové a mezi počáteční projevy tohoto onemocnění patří bolesti, ikterus, nauzea a zvracení. To se shoduje s tvrzením sester i Kisse a Tomáška (2016).

Dalším úkolem této bakalářské práce bylo zjistit, jaká vyšetření se nejčastěji provádí pacientům ke zjištění onemocnění karcinomu slinivky břišní. Dotazované P se shodly na názoru, že se nejprve provádí základní krevní odběry, na tuto diagnózu také poukáže odběr na nádorové markery, hlavně CEA, CA 19-9. O provádění krevních odběrů ve své literatuře také píše Trna (2016). Poté tento pacient podstupuje ultrazvuk, dále jen UZ. Lukáš (2007) v knize vysvětluje, že je na UZ vidět dilatace žlučových cest a někdy přítomnost jaterních metastáz, popřípadě ascites. Také ale upozorňuje, že ložiska na pankreatu menší, než dva centimetry jsou na UZ špatně přehledná. Adam (2014) proto jako hodně přínosnou metodu označil endosonografii, jelikož odhalí i drobná ložiska pankreatu. S tvrzením Adama (2014) korespondují i dotazované P. Dotazované P také uvádějí, že se často u těchto pacientů provádí vyšetření CT, aby se potvrdilo onemocnění karcinomu pankreatu a zjistila přítomnost případných metastáz. Adam (2004) ve své literatuře o nutnosti provedení vyšetření CT také píše, že je CT doplňováno dle nálezů na ultrasonografii. Dotazované P se v rozhovorech shodly s názorem Trny (2016) v tom, že se CT vyšetření provádí k vyloučení či potvrzení přítomnosti vzdálených metastáz. Dle názoru Adama (2011) je endoskopická retrográdní cholangiopankreatografie, dále jen ERCP, další klíčové vyšetření, které slouží k prokázání karcinomu pankreatu. Adam (2011) ve své knize také uvádí, že se při ERCP odhalí až 92 % karcinomu pankreatu. Účelem tohoto vyšetření je také odhalení velikosti stenózy duodena.

Dotazované P se shodují s názorem Adama (2011) v tom, že je ERCP velice přínosné pro zjištění tohoto onemocnění. Já se také přikláním k názoru dotazovaných P a autorů Adama (2011), Trny (2016) a Lukáše (2007), že nejdříve na podezření onemocnění karcinomu pankreatu poukáže vyšetření UZ. Následně se dle mých zkušeností z praxe pacientovi provede ERCP, kde je patrná stenóza duodena. Pokud je nález na ERCP na první pohled lékaře patrný, tak se pacient automaticky objedná na CT vyšetření břicha, aby se zjistilo, zda je karcinom již generalizovaný přítomností metastáz. Ze zkušeností z praxe vím, že až poté se provádí krevní odběry na onkologické markery. V praxi jsem se také často setkala s tím, že se endosonografie pankreatu, dále EUS, provádí, pokud je na ERCP vyšetření nález nejasný.

Dalším cílem této bakalářské práce bylo zjistit, jaká je úloha sestry před, během a po provedení vyšetřovací metody u pacientů s podezřením na karcinom slinivky

břišní. Dotazované P2-P5 uvádějí, že jednou ze základních úloh sestry před každým vyšetřením je provést kontrolu a přípravu endoskopů a instrumentáří na endoskopickém sálu. O nutnosti provedení přípravy endoskopu také píše Lukáš (2005). Mikšová (2003) píše, že dalším úkolem sestry je změření, zhodnocení a zapsání fyziologických funkcí pacienta do dokumentace, o tom také mluví dotazované sestry P1, P2, P3 a P5 v rozhovorech. Také se P1 a P4 shodly, že dotazem kontrolují, zda pacient dodržel dobu lačnění, minimálně 4-6 hodin před vyšetřením a také zjišťuje jaké má pacient alergie a toto tvrzení v knize udává i Skalická (2007).

Křišková (2006) ve své knize píše o tom, že si musí nemocný před vyšetřením sundat zubní náhradu, na tom se rovněž shodly i dotazované sestry. Také P5 objasňuje, že je nutné, aby sestra nebo pacient zubní náhradu bezpečně uschoval. Na uschování zubní náhrady se často zapomíná, když se dělá akutní výkon. Pak se zubní náhrada lehce ztratí buď u nějakého příbuzného nebo někde na sále.

Dotazovaná P1 také v rozhovoru zmiňuje že se ptá pacienta před vyšetřením, zda bude mít zajištěn doprovod po vyšetření. O zajištění doprovodu po vyšetření se v literatuře nepíše, ale dle mého názoru je tento krok před vyšetřením neméně podstatný. Pacientům se před vyšetřením často aplikuje intravenózní premedikace, proto myslím, že je nutné, aby měl pacient doprovod, který by na něj po vyšetření dohlédl a v případě jakýchkoliv obtíží pacientovi vyhledal pomoc.

Dotazované probantky P1-P5 uvádějí, že je nutné před vyšetřením informovat pacienta o tom, jak ho k vyšetření připravíme. Následně lékařem vysvětlit průběh vyšetření a co bude následovat po vyšetření. Toto zjištění koresponduje i s názorem Lukáše (2005), který ve své knize udává, že pacient na toto vyšetření zpravidla přichází velice vystrašený a nervózní, proto je velice podstatná psychologická příprava sestrou. Rovněž dotazované P3 a P4 udávají, že je nutné pacientovi poskytnout prostor na položení doplňujících otázek, týkajících se dále prováděného vyšetření. Dle mého názoru je často pacient nervózní a špatně spolupracuje při vyšetření, hlavně protože má nedostatek informací. Myslím, že se sníží zbytečné riziko vzniku komplikací při vyšetření tím, že sestra pacienta správně informujeme o tom, jak pacient lékaři při vyšetření pomůže pomocí své spolupráce.

Měla jsem zkušenost, kdy například sestra pacientovi řekla, ať si při polykání endoskopu představí, že polyká velkou tabletu. Tím celý průběh před vyšetřením

zjednodušila, jak pro pacienta, tak pro lékaře. Tudíž se ztotožňuji s názorem dotazovaných P a Lukáše (2005) o nutnosti poskytnutí kvalitních informací.

Bohužel také mám zkušenost z praxe v tom, že je nedostatek času na poskytnutí kvalitních informací pacientovi, zejména lékařem, protože je denně v plánu moc vyšetření. Proto si myslím, že je tento krok v praxi často podceňovaný.

Dotazované P1 a P5 taky v rozhovoru zmiňují, že je samozřejmostí kontrola podepsání informovaného souhlasu. O tomto faktu jsme se naopak v literatuře nedočetli. V tom se ztotožňuji s dotazovanými P. Dle mého názoru je podpis informovaného souhlasu před vyšetřením nutný a nesmí se na něj zapomínat, protože se nesmí vyšetření provádět bez podpisu souhlasu pacienta. Jsem přesvědčená, že podpis informovaného souhlasu by měl být v režii lékaře během procesu, kdy pacientovi vysvětluje samotný průběh vyšetření. Dotazované sestry P1 a P4 v rozhovoru také zmiňují, že lékař provádí kontrolu proběhlých vyšetření (UZ, CT, MR), výsledků laboratorních testů, koagulačních parametrů a chronické medikace pacienta, zejména léků ovlivňujících hemokoagulaci nebo agregaci trombocytů. O tomto kroku před vyšetřením ve své knize také píše Holubová et al. (2013) a doplňuje i kontrolu jaterních testů. Lukáš (2005) vysvětluje, že při prodloužených koagulačních faktorech zákrok není možné provést, zejména provedení biopsie, papilotomie a polypektomie, z důvodu rizika krvácení.

Lukáš (2005) v knize upozorňuje, že po přípravě psychické je velice důležitá příprava farmakologická. Většina vyšetření je prováděná bez premedikace, pouze u komplikovaných výkonů a neklidných pacientů je vhodné podat analgosedaci. Podávají se spazmolytika, benzodiazepiny, analgetika. P4 upřesňuje, že se na jejím oddělení obvykle podává kombinace Midazolamu a eventuálně Apaurinu a Fentanylů.

Nejdříve P1-P5 provede lokální anestezii nosohltanu Lidocain sprejem. Následně dotazované P1, P2, P3 a P4 uvádějí, že sestra dopomáhá pacientovi zaujmout polohu na levém boku. Hlava musí být vypodložena polštářkem a dolní končetiny pokrčené, o tom rovněž v knize udává Křišková (2006). Poté P1-P5 fixují do úst plastový náustek, který brání vyšetřovanému ve skusu. Lukáš (2005) o tomto postupu také v knize píše a dodává, že sestra během výkonu neustále kontroluje správné umístění náustku a polohu hlavy pacienta. Já se ztotožňuji s tímto opatřením Lukáše (2005) a myslím si, že je neustálá kontrola umístění náustku vhodná, kvůli prevenci aspirace pacienta.

Křišková (2006) tvrdí, že endoskopická sestra během celého vyšetření asistuje lékaři, komunikuje s pacientem a sleduje jeho celkový stav. Na tomto tvrzení se rovněž shodly všechny dotazované probantky a v rozhovoru svou úlohu specifikuje P4 tím, že si všímá neverbálních projevů pacienta-bolesti, úzkosti nebo neklidu. Rovněž se P2, P3, P4 a P5 shodly na nutnosti průběžné kontroly fyziologických funkcí (TK, tepovou frekvenci, saturaci kyslíku v krvi). Dále se P1, P2, P3, P4 a P5 shodují s Křiškovou (2006) v tom, že asistují lékaři, tím že podávají či uklízejí instrumentária a endoskopické přístroje. Dotazované P1 a P2 také v rozhovoru poukazují na nutnost průběžného vedení dokumentace, naopak ostatní dotazované P3 a P4 uvádějí že během výkonu nestíhají vše zapisovat do dokumentace, proto intervence píše až po výkonu. Dle mého názoru je postup dotazovaných P3 a P4 rizikový, protože po výkonu mohou zapomenout nějaké úkony zapsat do dokumentace, potom je těžké v případě komplikací u pacienta vypátrat důvod obtíží. Křišková (2006) také mluví o tom, že je úkolem sestry také odeslání odebraného biologického materiálu do laboratoře, o nutnosti zajištění odebraného materiálu se sestry v rozhovoru nezmínily. Dle mého názoru tento krok sestry považují za samozřejmost.

Po výkonu sestra pacientovi zkontroluje fyziologické funkce a také zajistí, zda pacient nepocítuje bolest nebo nemá projevy krvácení. Na tom se shodla většina dotazovaných P, ale v literatuře jsme se o provádění těchto opatření nedočetli, což je dle mého názoru pozoruhodné, protože mi tento krok připadá velice podstatný v práci endoskopické sestry. Následně sestra pomůže pacientovi vstát a informuje pacienta o nutnosti dodržování režimu po výkonu, tvrdí Holubová et al. (2013). Dopomoc pacientovi při vstávání dotazované sestry v rozhovoru rovněž nezmínily, což je v rozporu s tvrzením Holubové et al. (2013). Dle mých postřehů ze sledování práce endoskopické sestry při vyšetření ERCP, jsou si sestry tak moc ve svojí práci jisté a zautomatizované, že dopomáhání pacientovi při změnách polohy berou jako samozřejmost, proto to v rozhovoru nezmiňují. Dle Lukáše (2005) sestra vrátí pacientovi osobní věci jako zubní náhradu, brýle a zajistí převoz pacienta na oddělení, také po výkonu upozorní pacienta na nutnost hlášení všech změn svého zdravotního stavu zdravotnickému personálu na oddělení.

Dotazovaná P5 v rozhovoru mluví o nutnosti informovat o rizicích vzniku komplikací pacienta, ale o tom že je potřeba informovat sestru lůžkového oddělení, říká:

„Je potřeba zkráceně informovat sestru, které pacienta předáváme, o druhu podané analgezie před výkonem, o průběhu vyšetření a o možných komplikacích nebo rizicích po vyšetření.“. Dle mého názoru je důležitější informovat o příznacích poukazujících na komplikace spíše pacienta než sestru lůžkového oddělení, protože by tato sestra příznaky a komplikace po vyšetření měla znát. Lukáš (2005) píše o tom, že se sestra po předání pacienta na oddělení věnuje přípravě endoskopického sálku na další vyšetření a provádí přípravu k dezinfekci endoskopů a použitých pomůcek.

Cílem této bakalářské práce také bylo zjistit, jaké jsou požadavky na vzdělání sestry asistující u vyšetřovacích metod. Všechny dotazované P, pracující u endoskopií, označily za nejdůležitější absolvování certifikovaného kurzu-Specifická ošetrovatelská péče při endoskopických vyšetřovacích a léčebných metodách zažívacího traktu. V teoretické části bakalářské práce jsme zjistili, že možnost absolvování takového certifikovaného kurzu nabízí Fakultní nemocnice. Kurz, který v rozhovorech zmiňovaly dotazované P nabízí Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem. Cena tohoto kurzu činí 360,- Kč za den. Nebo například Fakultní nemocnice Brno letos nabízí sestřám možnost absolvovat kurz Specifická ošetrovatelská péče při endoskopických vyšetřeních v gastroenterologii a bronchologii (FN Brno, 2019). Cena většiny nabízených kurzů je odlišná dle rozsahu vyučujících hodin. Cena jednoho kurzu se může pohybovat od 4.000,- Kč až 10.000,- Kč. Kurzy si sestra hradí sama nebo se spoluúčastí nemocnice, kde pracuje (FN Praha, 2019). Dle mého názoru je tento kurz to nejmenší, co by měly sestry pracující u endoskopií absolvovat. Myslím, že by se i tak nadále měly sebevzdělávat. P4 v rozhovoru říká: *„Na našem pracovišti endoskopie mají za sebou všechny sestry praxi na jiném lůžkovém oddělení“*. Většina dotazovaných sester se s tímto názorem rovněž ztotožňuje. Já s názorem dotazovaných respondentek ohledně toho, že by endoskopická sestra měla mít zkušenosti z praxe na lůžkovém oddělení jednoznačně koresponduji, protože si myslím, že je sestra pracující u endoskopií sama, a k tomu, aby byla samostatná a věděla, jak jednat v kritických situacích, potřebuje dle mého názoru zkušenosti z lůžkového oddělení. Dotazovaná P4 dále také doplňuje: *„Taky má většina našich sester vystudovaný buď ARIP, INT nebo CHIR specializaci“*. S tvrzením P4 souhlasí i ostatní respondentky. Avšak dle mého názoru jsou některé z těchto specializací pro endoskopickou sestru méně potřebné, hlavně specializace CHIR,

i když souhlasím že specializace ARIP se endoskopické sestře v praxi určitě může hodit.

Také bylo našim cílem zjistit, jak získávají nové poznatky z oboru sestry pracující u endoskopií. Všechny dotazované sestry pracující u endoskopií zmiňují, že nejvíce nové poznatky získávají z kongresů zaměřených pro endoskopické sestry. Například kongres-Gastroenterologické dny, které se konají každý rok. Některé dotazované sestry zmínily i možnosti vzdělávání se z odborných webových stránek a odborné literatury ve formě knih nebo z rozhovorů s lékaři. Dle mých zkušeností mají gastroenterologické sestry málo kvalitních materiálů (články, knihy) ke vzdělávání, nebo jsou zastaralé. Proto si myslím, že by bylo na místě, aby se sestry vzdělávaly pomocí rozhovoru se zkušeným lékařem nebo sestrou. Sama jsem byla svědkem toho, jak lékař vysvětloval nově nastupující sestřičce na endoskopiích, co vidí na obraze u endoskopie. Také jí popisoval, jak vypadá tento nález, jaké komplikace může mít a jak se dá nález vyřešit. Tento způsob výuky je dle mého názoru pro sestru nejvíce poučitelný, protože spojuje teorii s praxí. Také si myslím, že je cenným zdrojem informací zkušená sestra pracující dlouho v oboru, která dle mého názoru umí vysvětlit vše takovým způsobem, jak to sama pochopila.

Další otázky byly věnované dotazovaným sestrám pečujícím o pacienta s karcinomem slinivky břišní na lůžkovém gastroenterologickém oddělení. Nejprve jsme u těchto sester zjišťovali, jak často se setkávají s pacienty s karcinomem slinivky břišní na oddělení. Všechny dotazované P odpověděly, že se s těmito pacienty na oddělení setkávají poměrně často. P8 doplňuje, že se na oddělení setkává s pacienty jak v raných, tak i v terminálních stádiích tohoto onemocnění. Dle názoru P6 jsou s karcinomem pankreatu hospitalizovaní většinou starší lidé, ale bohužel přibývá i mladších pacientů s touto diagnózou, například lidé kolem padesátého roku života. Abrahamová (2004) ve své literatuře upřesňuje, že četnost této choroby plynule stoupá od 45 let věku, nejčastější výskyt je ve věkovém rozmezí 65-75 let. Já s názorem Abrahamové (2019) souhlasím, ale chtěla bych také doplnit, že jsem se již několikrát setkala s pacienty s karcinomem pankreatu ve věku kolem padesátého let. P6 také uvádí, že považuje onemocnění karcinomem pankreatu za civilizační chorobu. To je ale v rozporu s tvrzením Adama (2004), který uvádí, že etiologie karcinomu pankreatu je dosud nejasná. Také poukazuje na potenciální rizikové faktory tohoto onemocnění jako je:

kouření, strava bohatá na tuky či častá konzumace masa, dále také karcinogeny ve stravě a nedostatek ovoce a zeleniny. Já se přikláním k názoru autora Adama (2004). P10 si myslí: „*Hospitalizovaných pacientů s touto diagnózou přibývá. Dříve nebyla medicína na takové úrovni, protože pacienti s karcinomem pankreatu často brzo podleli komplikacím v počátečním stádiu tohoto onemocnění*“. Dle mého názoru by názor sestry P10 mohl být pravdivý, protože medicína a její vyšetřovací metody se opravdu hodně zdokonalily v poslední době.

Dále jsme také zjišťovali, s jakými příznaky zhoršeného stavu při onemocnění karcinomu pankreatu jsou hospitalizovaní pacienti na gastroenterologickém lůžkové oddělení. Například dotazovaná P6 rozdělila hospitalizované pacienty s karcinomem pankreatu do tří skupin, podle příznaků, které je na oddělení přivedly. První typ pacientů, jsou pacienti, kteří si na sobě všimnou bezbolestného ikteru a přicházejí k hospitalizaci pro provedení vyšetření. Druhý typ jsou pacienti se zjištěným karcinomem. Ti jsou hospitalizovaní pro zhoršení zdravotního stavu, například pro velké bolesti, pro zhoršený příjem potravy, pro nauzeu, zvracení a tvorbu ascitu, doplňuje P9. O těchto příznacích v knize píše i Trna (2016), ale také doplňuje náhlý vznik diabetes mellitus, nebo vznik nevysvětlitelné ataky akutní pankreatitidy, také malabsorpci a steatoreu. Poslední typ hospitalizovaných pacientů s touto diagnózou jsou pacienti přivezeni RZP pro celkově špatný stav a nachází se již v terminálním stadiu onemocnění. S rozdělením hospitalizovaných pacientů s karcinomem pankreatu se ztotožňuji.

Dále jsme u dotazovaných lůžkových sester zjišťovali, jaké vyšetřovací metody pacienti s karcinomem pankreatu během hospitalizace podstupují a jaká je úloha sestry v přípravě pacienta na jednotlivá vyšetření. Většina dotazovaných sester, pracujících na lůžkách, označila jako prvotní a nejdůležitější provedení krevních odběrů. Téměř všechny dotazované sestry se shodly, že se pacientům k prokázání karcinomu pankreatu nabírají nádorové markery, hlavně CEA, CA 19-9. O provedení krevních odběrů v knize píše i Trna (2016). Dále dotazované P ve svých rozhovorech uvádějí, že se karcinom pankreatu prokáže na vyšetřeních ultrasonografie, ERCP, CT břicha, EUS, tyto vyšetření endoskopické sestry rovněž v rozhovorech uvádějí. Jediné vyšetření, o kterém jsme se nedočetli v literatuře a zatím nebylo zmíněno endoskopickou sestrou, ale sestrou z lůžkového oddělení, je RTG pasáž trávicího traktu. Dle mého názoru se toto

vyšetření u pacientů s karcinomem pankreatu provádí jen výjimečně, kdy je potřeba pomocí kontrastní látky vidět, zda nedochází nádorem k obstrukci pasáže trávicího traktu.

Zjistit režimová opatření pacienta s karcinomem slinivky břišní před a po vyšetření, bylo rovněž naším úkolem. My jsme se zaměřili na vyšetření ERCP, protože se nejčastěji provádí k diagnostice karcinomu pankreatu. Všechny dotazované P pracující na lůžkovém oddělení se shodly, že před vyšetřením musí být pacient od půlnoci lačný. To znamená, že pacient nic nepije, nesmí jíst a kouřit. Příjem tekutin se pacientovi nahrazuje infusemi a parenterální výživou, uvádí dotazovaná P6. Dále Lukáš (2005) udává, že úkolem sestry na lůžkovém oddělení je zavést pacientovi periferní žilní katetr a současně provést krevní odběry dle ordinace lékaře. Dle mých zkušeností je zavedení intravenózního vstupu před vyšetřením hodně podstatné, aby sestra na endoskopiích mohla podat analgosedaci. Všechny dotazované P6-P10 se shodují s Lukášem (2005) v tom, že je příjem tekutin pacienta nahrazen infuzní cestou. Dále P6-P10 upřesňují, že se infuse, které lékař ordinuje dle výsledků krevních odběrů, pacientovi podávají kontinuálně, dokud pacient bude moct pít.

Před CT vyšetřením břicha s kontrastní látkou pacient vypije 10 ml kontrastní látky, která je zředěná ve skleničce čaje, večer i ráno. Vždy ale pacienta musí informovat o tom, aby pil hodně tekutin (aspoň 2 litry), z důvodu zátěže kontrastní látky na ledviny, uvádí dotazované P6 a P8. Dle mých postřehů je pití většího objemu tekutin u pacientů s karcinomem pankreatu někdy nemožné, protože často pociťují nauzeu.

Mezi režimová opatření pacienta s karcinomem slinivky břišní po vyšetření patří také například dodržení klidového režimu po vyšetření ERCP, vysvětluje P9. Dále je také nutný zvýšený dohled sestrou. Většina dotazovaných sester P6, P7, P9 a P10 pracujících u lůžka podotýká, že úkolem sestry po vyšetření ERCP je sledovat FF, hlavně TK pacientovi každé dvě hodiny. Také říkají, že pacient až do večera dodržuje přísný zákaz příjmu tekutin, a proto mu jsou neustále podávány infuze. S odstupem šesti až osmi hodin jsou pacientovi provedeny kontrolní krevní odběry, krevní obraz a biochemie, podstatné jsou hodnoty amyláz (AMS, PMS), lipázy a CRP, konstatují P6 a P10. O postupech, které zmínily dotazované P6 a P10, ve své knize píše i autorka Holubová et al. (2013). O důvodu provedení krevních odběrů jsem se v žádné knize bohužel nedočetla, ale sestry mi v rozhovoru vysvětlily, že se krevní odběry provádí,

aby se zkontrolovalo, zda pacient nemá pankreatitidu jako komplikaci po ERCP, což se projevuje zvýšenými hodnotami amyláz v krvi. Holubová et al. (2013) v knize říká o nutnosti sledování bolesti. S autorkou se ztotožňuje dotazovaná P8 a dále udává, že následně dle ordinace lékaře podává analgetika. To je dle mého mínění správně, a pro nás sestry by dle mého přesvědčení mělo být klíčové, aby pacient nepocíťoval bolest za žádných okolností, protože si myslím že má každý člověk právo na to umírat v klidu a bez bolesti. Záhadou je pro mě fakt, že se ostatní dotazované P6, P7, P9 a P10 o nutnosti sledování vzniku bolesti u pacienta po vyšetření vůbec nezmínily. Z praxe jsem vyzorovala, že sestry často spoléhají na to, že je pacient na bolest pozorní sám. Bohužel, dle mého názoru zapomínají na to, že jsou někteří pacienti až příliš ohleduplní, proto sestru na bolest neupozorní, argumentují to tím, že nechtějí rušit. Také nesmíme spoléhat na samostatné upozornění na bolest u nesoběstačných pacientů, kteří si sestru sami přivolat nedokáží.

Většina dotazovaných sester z lůžek uvádí, že jsou pacienti hospitalizovaní nejčastěji pro provedení vyšetření k prokázání onemocnění pankreatu, nebo potom přicházejí k hospitalizaci pro terminální stadium onemocnění a celkově zhoršený stav. Také se dotazované P6-P10 shodly, že úlohou sestry v péči o pacienty se zhoršeným stavem při onemocnění karcinomu pankreatu, je zmírnění bolesti, nauzei a zvracení. Slováček (2012) ve své knize, stejně jako dotazované P, že je péče o bolest podstatná, protože je karcinom pankreatu jedním z nejobávanějších nádorů dutiny břišní vedoucích k rozvoji břišní viscerální nádorové bolesti. Dále také Slováček (2012) popisuje tuto bolest jako vystřelující do zad, kterou doprovází slabost a únava. O'Connor (2005) informuje, jak sestra bolest hodnotí pomocí sledování nástupu bolesti, doby jejího trvání a frekvence. Dotazované sestry P6-P10 uvádějí, že u pacientů s karcinomem pankreatu se nejčastěji bolest řeší pomocí fentanylových náplastí. Vondráčková (2009) ve svém odborném článku uvádí že, aplikace fentanylu ve formě náplasti zajišťuje vyrovnanou, nekolísající plazmatickou hladinu farmaka. Tím je méně zatěžován metabolismus jater a gastrointestinální trakt jako takový. To, že fentanylová náplast zaručuje nepřetržité uvolňování analgetik, je dle mého názoru velkou výhodou, protože pacienti pocíťují neustálou chronickou bolest. Také je výborný způsob aplikace léku z náplasti přes kůži, kdy sestry pacientovi nemusí pořád aplikovat injekce.

Vorlíček (2004) vysvětluje, že většina onkologických pacientů s malnutricí, trpí na změny ve vnímání chuti jídla a časného nasycení při jídle. K tomu dochází v důsledku poruchy evakuace žaludku, porucha výživy se stupňuje s pokračujícím růstem nádoru. Pokud chceme docílit úspěšné nutriční podpory, je nutné se zaměřit na podávání malých porcí, ale musí zůstat bohatá na energetický obsah. Nechutenství může ovlivnit nevhodné načasování stravy u hospitalizovaných pacientů, špatná prezentace jídla nebo špatné konzistence jídla (Vorlíček, 2004). Dotazovaná P6 rodině těchto pacientů často nabízí, aby přinesli z domova jídlo, které má pacient rád. Nejčastěji se jedná o vývar nebo pivo Birel. Myslím si, že doporučení Vorlíčka (2004) jsou přínosná, ale dle mých zkušeností jsou v nemocniční praxi nepoužitelná, protože se podávání stravy pacientům v nemocnici zatím nedá individualizovat a jinak načasovat.

Dotazované P6 a P9 uvádějí, že i přes velkou snahu mají pacienti z důvodu nedostačujícího energetického příjmu často podávanou parenterální výživu formou all in one. Dotazované P6-P10 uvádějí, že zvracení pacienta s karcinomem pankreatu se často řeší zavedením nasogastrické sondy za účelem odvádění obsahu žaludku.

Dotazované P6-P10 udávají, nejčastějším intravenózním vstupem u pacientů s karcinomem pankreatu je periferní žilní katetr. Tento fakt je v rozporu s tvrzením Maňáska (2015), který v knize píše o tom, že tito pacienti musí mít zajištěný adekvátní intravenózní vstup z důvodu nutnosti podávání hydratační podpory, iontové substituce, antibiotik, parenterální výživy a chemoterapie. Je to dle mého názoru škoda, že v praxi pacient s karcinomem pankreatu nemá zajištěný kvalitní intravenózní vstup, protože opakovanými vpichy pacientovi ničíme i tak špatné žíly po chemoterapiích. Sestry doplňují, že pacient s karcinomem pankreatu má zavedený intravenózní port, ale to je prý výjimečné.

Dle mého názoru je v péči o pacienta v terminálním stadiu onemocnění nejdůležitější ošetrovatelská péče a tišení bolesti. S mým názorem se ztotožňují i dotazované P6-P10. Také doplňují a specifikují, že se v péči o takového pacienta dále zaměřují na péči o výživu, vyprazdňování, hygienu, hydrataci, antidekubitární péči a péči o všechny invazivní vstupy.

Komunikace je nedílnou součástí profese sestry, proto jsme v rozhovorech zjišťovali, jak sestry komunikují s pacienty s karcinomem pankreatu. P6 uvádí, že v počátečním stadiu se reakce pacienta na tuto závažnou diagnózu vyvíjí dle E. K.

Roosové. P6 dále říká: „*Pacienti jsou buď zoufalí nebo jim závažnost stavu nedochází nebo se snaží svůj strach schovat za humor*“. S touto zkušeností dotazované sestry P1 se shoduje i Dejmalová (2013), která vysvětluje, že sestra musí zachovat klid, když je pacient agresivní a projevuje své negativní emoce. Většina těžce nemocných pacientů také ocení doteky. Musíme také naslouchat vyprávění pacienta bez komentářů, protože pacient potřebuje své emoce vyventilovat.

Dle mého názoru je také podstatné nezapomínat se pacientů ptát „co pro vás můžu udělat?“ Ptát se i na bolest, nauzeu, zvracení. Dotazovaná P6 dále v rozhovoru objasňuje, že se snaží komunikovat normálně, neprojevoval lítost, vyslechnout a být oporou. Není vhodné pacientovi říkat fráze jako například „všechno bude dobrý“ nebo „to zvládnete.“ P6 stejně jako Dejmalová (2013) udává, že se snaží v komunikaci preferovat dotyky ruky a pohlazení, protože tito pacienti většinu času prospí. Dotazované P6-P10 se shodly, že se snaží rodinu vždy dle možností a jejich zájmu zapojovat do péče o pacienta. Já s dotazovanými sestrami v tomto ohledu souhlasím, protože jsem si v praxi všimla že pacient při péči rodiny „ožije“ a má více síly na léčbu. Domnívám se že důvodem je to že vidí zájem rodiny a není na boj s onemocněním sám.

Dalším úkolem této práce bylo také zjistit, jak se sestry vzdělávají v péči o pacienta s onkologickým onemocněním na lůžkovém oddělení. Všechny dotazované P6-P10 se shodly na nutnosti sebevzdělávání v oblasti péče o pacienty s onkologickým onemocněním, kdy navštěvují semináře organizované nemocnicí. Například seminář zaměřený na komunikaci s pacientem, péči o výživu, bazální stimulace. Také dotazované P6-P10 zmiňují navštěvování kongresů a seminářů. Sestra je dle mého názoru profese, která s sebou nese celoživotní povinnost vzdělávání, protože medicína je obor, který nikdy nestojí na místě, neustále se vyvíjí. Proto se mi líbí, že se dotazované sestry zúčastňují dobrovolně kongresů a seminářů, i když už byl zrušen povinný kreditový systém. V literatuře jsme se dočetli, že Fakultní nemocnice nabízí sestřím možnost absolvování certifikovaných kurzů. Například ve Vojenské fakultní nemocnici Praha se koná kurz-Bazální stimulace. Ve Fakultní nemocnici Brno mají sestry z gastroenterologie možnost absolvovat kurz-Specifika péče o pacienty přicházející na paliativní péči. Všeobecná fakultní nemocnice v Praze nabízí pro tyto sestry Kurz pro všeobecné sestry v gastroenterologii a hepatologii (VFN Praha, 2019). Cena kurzů je odlišná dle rozsahu vyučujících hodin. Cena jednoho kurzu se může

pohybovat od 4.000,- Kč až 10.000,- Kč. Kurzy si sestra hradí sama, nebo se spoluúčastí nemocnice, kde pracuje. Dle mých zkušeností si sestry kurz hradit nechtějí, a proto se kurzů moc neúčastní. Proto si myslím, že by bylo vhodné, aby nemocnice nabízely proplacení kurzu, pokud chtějí, aby se jejich pracovníci pořád sebevzdělávali.

7 ZÁVĚR

Tato bakalářská práce je zaměřena na péči o pacienta s karcinomem slinivky břišní, na úlohu sestry v péči o pacienta s karcinomem pankreatu na gastroenterologickém endoskopickém nebo lůžkovém oddělení a na možnosti dalšího vzdělávání sester. Ke zpracování této problematiky byly stanoveny tři cíle.

První z nich je zaměřený na zjištění specifika ošetrovatelské péče o pacienty s onkologickým onemocněním slinivky břišní. Druhý cíl se zabývá zjištěním úloh všeobecné sestry při vyšetřovacích metodách onkologického onemocnění slinivky břišní. Třetí cíl pojednává o možnostech dalšího vzdělávání sester poskytujících ošetrovatelskou péči u pacientů s onkologickým onemocněním slinivky břišní.

Kvalitativní výzkumné šetření bylo provedeno technikou polostrukturovaného rozhovoru. Protože mají jednotlivé sestry odlišné úlohy v péči o pacienta s karcinomem pankreatu, otázky byly rozdělené na dva druhy. Na jeden druh otázek v rozhovoru odpovídaly sestry pečující o pacienta s podezřením na karcinom pankreatu u endoskopií. Druhý okruh byl určený sestřám pečujícím o tohoto pacienta na lůžkovém gastroenterologickém oddělení.

Odpovědi P v rozhovoru se částečně shodovaly i s teoretickou částí této bakalářské práce. Dotazované P ve svých rozhovorech nejčastěji uváděly, že pacienti při podezření na karcinom pankreatu nejčastěji přicházejí s příznaky bolesti břicha, žlutého zbarvení kůže a sliznic, nevolnosti, zvracení a hubnutí. Tyto příznaky ve své literatuře rovněž uvádí i Kiss a Tomášek (2016).

Dále jsme zjišťovali, jaká vyšetření tito pacienti podstupují. Z rozhovorů s P vyplývá, že se pacientům nejprve provádí krevní odběry (UZ). Následně za klíčovou metodu v diagnostice karcinomu pankreatu sestry označily vyšetření ERCP, v tom se shodli s tvrzením Adama (2011), který uvádí, že ERCP odhalí až 92 % karcinomu pankreatu. Dále také dotazované P uvedly, že podle nálezu na ERCP se doplňují odběry na nádorové markery. Adam (2004) zdůrazňuje, že dle nálezu na ultrasonografii je dále doplňováno CT vyšetření, to je v rozporu s tvrzením dotazovaných P, které řekly, že CT je prováděno po nálezu na ERCP. Také P zmínily provádění EUS pankreatu a RTG pasáže. O provádění pasáže jsme se v literatuře nedočetli.

Dalším cílem této bakalářské práce bylo zjistit, jaká je úloha sestry před, během a po provedení vyšetřovací metody u pacientů s podezřením na karcinom slinivky

břišní. Z výsledků je zřejmé, že se většina dotazovaných P shodla, že jednou ze základních úloh sestry před každým vyšetřením je provést kontrolu a přípravu endoskopů a instrumentárií na endoskopickém sálu, o tom v literatuře pojednává i Lukáš (2005). Lukáš (2005) dále ve své knize udává, že pacient na vyšetření zpravidla přichází velice vystrašený a nervózní, proto je velice podstatná psychologická příprava sestrou. Všechny dotazované P také uvádějí, že je nutné pacienta informovat o tom, jak ho k vyšetření připravíme. Já mám bohužel zkušenost z praxe takovou, že je tento krok v praxi často podceňovaný, protože je nedostatek času na poskytnutí kvalitních informací pacientovi. To je dle mého názoru velkou chybou, protože každý nemocný má nárok na to vědět, co se s ním bude provádět. Dále dotazované P uvádějí, že je pacient lačný od půlnoci. Toto tvrzení se ale neshoduje s informacemi z literatury, kde Lukáš (2005) uvádí, že pacient nesmí zcela pít až tři až čtyři hodiny před vlastním vyšetřením. Také jsem výzkumem zjistila, že pouze dvě dotazované P kontrolují, zda pacient dodržel dobu lačnění a zda má pacient alergie. Zjistila jsem pozorováním sester při práci, že tento krok sestry dělají často automaticky, proto ho ostatní P v rozhovoru nezmínily.

Také se všechny dotazované P nejvíce shodly na tom, že je nejdůležitější podávání analgetik a premedikace, asistenci lékaři během výkonu, a kontrolu pacienta a jeho stavu. Většina dotazovaných P ale úplně zapomínala zmínit komunikaci s pacientem, kontrolu polohy hlavy pacienta, kontrolu plastového náustku v ústech, kdy hrozí totiž riziko aspirace či poranění. Toto v rozhovoru uvedla pouze jedna P. To je v rozporu s tvrzením Kriškové (2006), která říká, že při zavádění endoskopu sestra s pacientem neustále udržuje verbální kontakt a informuje ho o nutnosti správného polknutí endoskopu a udržení klidného dýchání. Dle mého názoru se dá lehce předejít komplikacím pomocí udržování kontaktu s pacientem během výkonu, proto jsem přesvědčená, že by dotazované P měly s pacientem udržovat kontakt. Také pouze dvě P zmínily, že pracují s dokumentací. To je v rozporu s tvrzením Lukáše (2005), který říká že každá endoskopická sestra pracuje s dokumentací před a během výkonu. Výzkumem jsme zjistili, že většina dotazovaných P tento krok neprovádí, dokonce některé P do dokumentace zapisují údaje až po výkonu. Myslím si, že tímto krokem mohou P přispět ke vzniku nedopatření, protože si sestra po výkonu nemusí rozpomenout na všechny důležité úkony, které prováděla a zpětně se bohužel tyto informace špatně dohledávají.

Jednoznačně se ale dotazované P shodly s Křiškovou (2006) v tom, že endoskopická sestra během celého vyšetření asistuje lékaři a sleduje celkový stav pacienta průběžným kontrolováním fyziologických funkcí (TK, tepovou frekvenci, saturaci kyslíku v krvi). Po vyšetření většina dotazovaných pacientovi zkontroluje fyziologické funkce (TK, P, SPO2), zda pacient nepocítuje bolest, zkontrolují, zda pacient nemá projevy krvácení. Bohužel jsem ale dotazované P v rozhovoru neuváděla, že pacientovi například sundá všechna čidla, vyndá zaváděcí kroužek z úst, podá pacientovi utěrky na otření okolí, dopomůže vstát z lůžka, dá mu prostor na zorientování a uklidnění, připomene pacientovi, aby si nezapomněl zubní náhradu, berle, osobní věci, dopomůže mu upravit se po vyšetření. Dle mého názoru se o těchto úkonech sestry nezmínily, protože je považují za samozřejmost.

Pomocí výzkumného šetření jsem došla k názoru, že práce endoskopické sestry je velice zodpovědná a náročná, jak na nutnost odborných znalostí při asistenci lékaři při vyšetření, tak na zručnost sestry v podobě manipulace a péče o endoskopy. Samozřejmostí by měl být i empatický přístup a komunikativnost sestry, při vysvětlování pacientovi o způsobu spolupráce při vyšetření, to je ale zatím hodně opomíjeno dle mého zjištění z výzkumu. Také jsme výzkumem zjistili, že sestra pracující na endoskopiích musí mít absolvovaný endoskopický kurz Specifická ošetrovatelská péče při endoskopických vyšetřeních v gastroenterologii a bronchologii (FN Brno, 2019), který nabízí fakultní nemocnice.

Dále jsme zjišťovali, co je úlohou sestry při péči o pacienta s karcinomem pankreatu na lůžkovém oddělení. Bylo zjištěno, že dotazované P na lůžkovém oddělení nejčastěji pečují buď o pacienta s podezřením na karcinom pankreatu, kterého připravují na jednotlivá vyšetření nebo o pacienta, který je hospitalizovaný s karcinomem pankreatu pro zhoršený stav a nejčastěji v terminálním stadiu onemocnění.

Většina dotazovaných P se shodla, že nejvíce řeší u pacienta projevy bolesti, nauzei, zvracení a nechutenství. Zjistili jsme, že se P vždy snaží zachovat výživu pacienta per od, dokud to jde a následně při nedostačujícím energetickém příjmu je pacientovi podávána parenterální výživa. Také většina P uváděla, že je někdy těmto pacientům výživa zajišťovaná formou kontinuálního podávání enterální výživy do sondy. Líbil se mi krok jedné P, která uvedla, že rodině těchto pacientů často nabízí, aby přinesli z domova jídlo, které má pacient rád. Nejčastěji se jedná o vývar nebo pivo

Birell. Myslím si, že je to správný krok, protože tím může pacientovi dopomoci k požití aspoň nějaké stravy per os., pokud toho není možné moc docílit nemocniční stravou. Velice mě zaujalo tvrzení dotazovaných P, že se služby nutričního terapeuta u tohoto pacienta využívají jen výjimečně, věřím ale, že je to zapříčiněno tím, že se nemocniční strava dá jen těžko přizpůsobit.

Jedním z nejobávanějších klinických symptomů nádorového onemocnění je bolest, proto jsme dále zjišťovali, jak řeší P bolest u pacienta s karcinomem pankreatu. Většina P hlavně uvedla, že dle ordinace lékaře podávají analgetika. Ani jedna dotazovaná P ale v rozhovoru neuvedla, jakým způsobem bolest hodnotí, což je v rozporu s tvrzením O'Connor (2005), která píše, že je důležité hodnotit bolest systematicky, ptát se na to co bolest zmírňuje. Bohužel pouze jedna dotazovaná P v rozhovoru uvedla, že se snaží pacientům pomoci zaujmout úlevovou polohu, aplikovat chlad ve formě osvěžující sprchy, nebo teplo. Dle mých zkušeností z praxe, pacientům někdy může pomoci více aplikování chladu než kterýkoliv analgetický přípravek, proto si myslím, že bychom ke každé bolesti měli přistupovat individuálně a zjišťovat co ji ovlivňuje, nejen aplikovat analgetika. O'Connor (2005) také upozornila na nutnost používání hodnotící škály, například VAS, bohužel pouze dvě P zmínily, že používají VAS škálu. To je dle mého názoru nadostatečující, protože po aplikaci analgetika následně nemůžeme adekvátně zhodnotit, která analgetika pacientovi zabírají nejlépe. Dotazované P se ale shodly s O'Connor (2005) v tom, že nejčastěji pacientům s karcinomem pankreatu aplikují transdermální náplasti, dle mého názoru je to nejlepší způsob podávání analgetik při chronické bolesti, protože tím pacienta nemusíme tak často zatěžovat injekcemi. Vondráčková (2009) také uvádí, že je výhodou náplastí to, že je méně zatěžován metabolismus jater a gastrointestinální trakt jako takový. Dále také většina dotazovaných P zmiňují využívání služeb ambulance bolesti, která řeší každou bolest individuálně. Dle mého přesvědčení mělo být klíčové, aby pacient nepocíťoval bolest za žádných okolností, protože si myslím, že má každý člověk právo nepocíťovat bolest.

Také jsem z praxe zjistila, že většina P spoléhá na to, že je pacient na bolest upozorní sám, dle mého názoru je to špatně, protože zapomínají na to, že jsou někteří pacienti až příliš ohleduplní, proto sestru na bolest neupozorní, argumentují to tím, že nechtějí rušit. Nebo také nesmíme spoléhat na samostatné upozornění na bolest u

nesoběstačných pacientů, kteří si sestru sami přivolat nedokáží. Musíme si vždy u pacienta všimnout verbálních projevů bolesti, a pomocí toho včas jednat.

Nezbytnou součástí práce sestry by měla být komunikace s pacientem. Vorlíček (2006) ve své knize pojednává o tom že, Kübler Rossová sestavila model jednotlivých fází, kterými pacient s onkologickým onemocněním prochází, o tomto modelu se v rozhovoru bohužel zmínila jen jedna P. Také jsem z výzkumu vyzorovala, že většina dotazovaných P ve své práci komunikaci často opomíjí, také uvádějí, že je pro ně komunikace s takovým pacientem někdy obtížná. Domnívám se, že řešením těchto obtíží by bylo absolvování certifikovaného kurzu, zaměřeného na komunikaci s onkologickým pacientem. Dále se mi líbila myšlenka jedné P, která řekla: „Když nevím, co pacientovi říct, tak je pro mě první volba sednout si k pacientovi, chytnout ho za ruku, mlčet a poslouchat“. Dle mého názoru je to vhodné řešení, protože tímto chováním od P pacient pocítuje podporu a jistotu že na toto onemocnění není sám.

Všechny dotazované P se orientovaly v dané problematice a podaly spoustu nových informací. Velice jsem ocenila zkušenosti P, které jsou v oboru dlouho, nejvíce mě ale překvapilo to, že například neverbálních projevů potřeb pacienta si více všimaly P, které jsou v praxi kratší dobu.

Mají-li sestry vykonávat svojí práci precizně, je nezbytné, aby rozvíjely své znalosti. Nemocnice sestrám nabízí řadu možností doplňujícího vzdělávání. Sestry to převážně využívají, i když to není povinné. Nejvíce se P shodly, že jim nemocnice nabízí různé semináře, školení a kurzy. Z celého výzkumného šetření také vyplynulo, že velmi důležitým zdrojem informací je zkušená sestra, která má praxi v daném oboru, protože je velmi málo kvalitní literatury zaměřené na problematiku péče o pacienta s karcinomem pankreatu.

Výsledky této práce by mohly posloužit jako zdroj informací pro sestry nastupující na gastroenterologické oddělení, jak na endoskopie, tak na lůžkové oddělení.

8 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. ABRAHAMOVÁ, J., 2004. *Vybrané otázky onkologie*. Praha: Galén. 237 s. ISBN 80-7262-457-1
2. ADAM, Z., VANÍČEK J., VORLÍČEK J., 2004. *Diagnostické a léčebné postupy u maligních chorob*. 2. aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada 124 s. ISBN 8024708965
3. BARTONÍČKOVÁ, D., KALÁNKOVÁ, D., MIKŠOVÁ, Z., 2017. Vzdělávání sester jako nepostradatelný aspekt poskytování profesionální ošetrovatelské péče. *Florence*. 28-29 s. ISSN 1213-7693-2
4. BECKER, D., 2005. *Chirurgická onkologie*. Praha: Grada. 68 s. ISBN 8024707209.
5. BUŽGOVÁ, R., PLEVOVÁ I., 2011. *Ošetrovatelství I*. Praha: Grada. 191 s. ISBN 978-80-247-3557-3
6. ČIHÁK, R., 2016. *Anatomie*. 3. upravené a doplněné vydání. Praha: Grada, 211 s. ISBN 978-80-247-5636-3
7. DOSTÁLOVÁ, O., 2016. *Péče o psychiku onkologicky nemocných*. Praha: Grada. 43 s. ISBN: 978-80-247-5706-3
8. DEJMALOVÁ, Z., © 2013. *Psychika onkologicky nemocných* [online]. Brno: Zdravotnictví a medicína [cit. 2019-05-27]. Dostupné na: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/psychika-onkologicky-nemocnych-470543>
9. DE LA CRUZ, M. et. al., 2014. Diagnosis and Management of Pancreatic Cancer. *American Family Physician*. 89 (8), s. 626-627
10. DUŠEK, L. et. al., 2014. *Incidence a mortalita nádorových onemocnění v České republice*. Brno: Ambit Media. č. 6, s. 406-423. ISSN 0862-495
11. HOLUBOVÁ, A., NOVOTNÁ H., MAREČKOVÁ J., 2013. *Ošetrovatelská péče v gastroenterologii a hepatologii*. Praha: Mladá fronta. s. 165–168. ISBN 978-80-204-2806-6
12. CHARVÁT, J., 2016. *Žilní vstupy: dlouhodobé a střednědobé*. Praha: Grada Publishing. 79 s. ISBN 978-80-247-5621-9
13. Chu, L. et. al., 2017. Diagnosis and detection of pancreatic cancer. *The Cancer Journal*. 23(6), s. 333-342. ISSN 1528-9117
14. JUŘENÍKOVÁ, P., 2010. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. 246 s. ISBN 978-80-247-2171-2

15. KLENER, P., 2011. *Základy klinické onkologie*. Praha: Galén. 96 s. ISBN 978- 80-7262-716-5
16. KRIŠKOVÁ, A., et al., 2006. *Ošetrovatelské techniky: Metodika sesterských činností. 2. vydání*. Martin: Osveta, 779 s. ISBN 80-8063-202-2
17. KRŠKA, Z., 2014. *Techniky a technologie v chirurgických oborech: vybrané kapitoly*. Praha: Grada, 19 s. ISBN 978-80-247-3815-4
18. KUTNOHORSKÁ, J., 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 176 s. ISBN 978-80-247-2713-4.
19. LUKÁŠ, K., 2007. *Gastroenterologie a hepatologie: učebnice*. Praha: Grada. s. 179-83. ISBN 978-80-247-1787-6
20. MAŇÁSEK, V., 2015. *Žilní přístupy pro střednědobou a dlouhodobou protinádorovou léčbu*. Praha: Grada, s. 203–204. ISBN 978-80-271-9438-4
21. MARKOVÁ, M., 2010. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada. s. 128. ISBN: 978-80-247-3171-1
22. MERKUNOVÁ, A., OREL M., 2008. *Anatomie a fyziologie člověka pro humanitní obory*. Praha: Grada. s. 144-149. ISBN 978-80-247-1521-6
23. MIKŠOVÁ, Z., 2003. *Kapitoly z ošetrovatelské péče*. Aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada. 89 s. ISBN 80-247-1442-6
24. MOUREK, J., 2012. *Fyziologie: učebnice pro studenty zdravotnických oborů. 2., dopl. vyd.* Praha: Grada. 284 s. ISBN 978-80-247-3918-2
25. NAŇKA, O., ELIŠKOVÁ M., 2015. *Přehled anatomie. 3. doplněné a přepracované vydání*. Praha: Galén, s. 23-25. ISBN 978-80-7492-206-0
26. O'CONNOR, M., ARANDA, S., 2005. *Paliativní péče: pro sestry všech oborů*. Vyd. 1. české. Praha: Grada, 243 s. ISBN 80-247-1295-4
27. SKALICKÁ, H *Předoperační vyšetření: návody pro praxi*. Praha: Grada, 2007. ISBN 9788024710792
28. SLOVÁČEK, L., 2012. Viscerální bolest v onkologii. *Onkologie*. 6(1), 18-20. ISSN 1802-4475
29. STAŇKOVÁ, M., 2002. *České ošetrovatelství: praktická příručka pro sestry*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. s. 187-188. ISBN 80-7013-368-6

30. STEFFEN, H., 2010. *Diferenciální diagnostika ve vnitřním lékařství*. Praha: Grada. 201 s. ISBN 9788024727806
31. ŠPIČÁK, J., 2005. *Akutní pankreatitida*. Praha: Grada. 59 s. ISBN 8024709422.
32. ŠPIČÁK, J., URBAN, O., 2012. *Novinky v digestivní endoskopii*. Praha: Grada. 49 s. ISBN 978-80-247-5283-9
33. ŠVARŤÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K., 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál. 384 s. ISBN 978-80-7367-313-0
34. TOMÁŠEK, J., 2015. *Onkologie: minimum pro praxi*. Praha: Axonite CZ, 63 s. ISBN 978-80-88046-01-1
35. TRNA, J., KALA Z., 2016. *Klinická pankreatologie*. Praha: Mladá fronta, 256 s. Aeskulap. ISBN 978-80-204-3902-4
36. VONDRÁČKOVÁ, D., © 2009. *Fentanyl v ambulantní léčbě bolesti* [online]. Praha: Centrum pro léčení bolesti fakultní nemocnice Bulovka [cit. 2018-03-25]. Dostupné z: <http://www.edukafarm.cz/c836-fentanyl-v-ambulantni-lecbe-bolesti>
37. VORLÍČEK, J., ABRAHÁMOVÁ J., VORLÍČKOVÁ H., 2012. *Klinická onkologie pro sestry*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. 208 s. ISBN 978-80-247-3742-3
38. VYTEJČKOVÁ, R., 2011. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I: obecná část*. Praha: Grada. s. 76-79. ISBN 978-80-247-3419-4
39. ZACHAROVÁ, E., 2014. *Zvládání bolesti u onkologických pacientů v ošetrovatelské péči*. *Onkologie*. Opava: Slezská univerzita. S. 44-46. ISSN 1802-4475

9 SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 – Anatomie a fyziologie slinivky břišní

Příloha 2 – Otázky určené pro polostrukturovaný rozhovor s endoskopickými **sestrami**

Příloha 3 – Otázky určené pro polostrukturovaný rozhovor se sestrami pracujícími na lůžkovém gastroenterologickém oddělení

10 SEZNAM ZKRATEK

USG ultrazvuk

CT počítačová tomografie

EUS endoskopická ultrasonografie

MRCP magnetická rezonance – cholangiopankratografie

ERCP endoskopická retrográdní cholangiopankreatikografie

TNM klasifikace zhoubných nádorů

WHO Světová zdravotnická organizace

Anatomie a fyziologie slinivky břišní

Slinivka břišní, pankreas, je žláza nacházející se v oblouku dvanáctníku. Je uložena mezi žaludkem a zadní stěnou břišní. Najdeme ji za pobřišnicí, retroperitoneálně uloženou (Merkurová, 2008). Pankreas je na zevní pohled šedě růžové barvy. Vypadá jako velká slinná žláza se zevně patrnou kresbou lalůčků. Je dlouhý 12-16 cm. Na pankreatu se rozlišují tři hlavní úseky. Dělíme ho na hlavu (caput), tělo (corpus) a ocas (cauda) pankreatu (Čihák, 2016). Hlava slinivky břišní leží v konkavitě duodena, k němuž je fixována vazivem. Zadní plocha leží v těsném kontaktu s ductus choledochus. Přední plochu transverzálně kříží úpon mesocolon transversum. Hlava pankreatu plynule přechází do užšího těla. Corpus pancreatis je v průřezu trojúhelníkovitého tvaru. Obsahuje stranu přední, zadní a spodní. Zadní stěna těla slinivky je v těsném kontaktu s retroperitoneálně uloženými cévami vena cava inferior, aortou, vena mesenterica a cévami ledvin. Zadní stěna těla slinivky leží blízko s autonomními nervy odstupující z velkých ganglií. Ty jsou často odpovědné za velké bolesti při zánětech slinivky břišní. Přední stěna slinivky je obrácená k zadní stěně žaludku. Vyklenuje se do peritoneální dutiny. Tvoří tak bursa omentalis. Zúžený konec slinivky je označován pojmem cauda pancreatis a je fixován k hilu sleziny (Naňka, 2017).

Pankreas je žlázou se zevní exokrinní a vnitřní endokrinní sekrecí. Endokrinní složka pankreatu je představována Langerhansovými ostrůvky. Ostrůvky o půlmilimetrové velikosti dosahují počtu 1 až 2 milionů. Buňky Langerhansových ostrůvků produkují hormony inzulin a glukagon. Tyto hormony v lidském těle ovlivňují hladinu cukru v krvi (Naňka, 2017). Zároveň Merkurová (2008) uvádí, že se ve slinivce břišní vytváří somatostatin. Inzulin je syntetizován postupným odštěpováním aminokyselin a tím vzniká vlastní účinná struktura hormonu. Tvoří se za pomoci dvou peptidických řetězců A a B, spojených disulfidickými můstky a spojovacím peptidem C. Je to jediný hormon, který účinně a rychle snižuje hladinu glukózy v krvi (glykémii), a tím umožňuje její využití. Receptory pro inzulin jsou v játrech, svalové a tukové tkáni. Hlavním úkolem inzulinu je umožnit vstup glukózy, aminokyselin a draslíku do těchto buněk, a to velmi rychle (sekundový účinek), následně stimuluje proteosyntézu a tvorbu glykogenu (minutový účinek). A v poslední fázi stimuluje tvorbu tuků (antilipo-lytický

účinek v hodinách). Množství syntetizovaného a uvolňovaného inzulínu je regulováno dle hladiny glykémie, dle mechanismu jednoduché zpětné vazby. Pokud překročí hodnota glykémie přibližně 5,5 mmol/l, dochází ke stimulaci beta-buněk k následné sekreci inzulínu. Nedostatek inzulínu, jeho chybná struktura nebo nedostatek receptorů pro inzulín vede k všeobecně známému onemocnění diabetes mellitus neboli cukrovce (Mourek, 2012).

Další hormon produkovaný v Langerhansových ostrůvkách slinivky břišní je glukagon. Při hypoglykémii neboli hladině menší než 3,5 mmol/l, dochází k jednoduché zpětné sekreci glukagonu. Mezi účinky glukagonu řadíme například glykogenolytický účinek, kdy aktivuje enzymy, které štěpí jaterní glykogen na glukózu. Začne se uvolňovat do krve, a tím se hladina glykémie normalizuje. Současně aktivuje i glukoneogenezi. Proces, při kterém dochází k tvorbě glukózy z glukoplastických aminokyselin a glycerolu. Na rozdíl od inzulínu je glukagon hormonem katabolickým a kalorickým. Svou funkcí zřetelně posiluje přísun energetických zdrojů (glukózy, mastných kyselin). Jak rychlým mechanismem (glykogenolýza), tak i mechanismem s delším účinkem (glukoneogeneze) (Mourek, 2012). Langerhansovy ostrůvky se skládají z bohaté sítě krevních a lymfatických kapilár. Ostrůvky nemají samostatné vývody, proto sekret buněk přechází přímo do kapilár (Naňka, 2017).

Tkáň se zevní exokrinní sekrecí produkuje trávicí šťávu. Ta dále putuje vývodem tenkého střeva na Vaterskou papilu. Ústí vývodu papily je opatřeno Oddiho svěračem. Pankreatická šťáva má silně zásadité složení, což je dáno přítomností bikarbonátu. Jejím základním úkolem je neutralizace kyselých žaludečních trávenin v tenkém střevě. Kromě bikarbonátu obsahuje i řadu trávicích enzymů (Merkurová, 2008).

Alfa-amyláza patří mezi trávicí enzymy. Jejím úkolem je pokračovat v trávení škrobů až na koncový produkt maltózu. Lipáza za přítomnosti žluči odštěpuje mastné kyseliny z tukových látek. Mezi enzymy štěpící bílkoviny (tzv. proteolytické) patří trypsinogen, chymotrypsinogen a prokarboxypeptidáza. Ty mají za úkol pokračovat v štěpení bílkovin. Do vývodů žlázy jsou vylučovány v neaktivní formě (ochrana tkáně slinivky). Aktivují se až po příchodu do duodena. Trypsinogen aktivuje enterokináza střevní šťávy na trypsin. Ten dále aktivuje chymotrypsinogen na chymotrypsin a

prokarboxypeptidázu na karboxypeptidázu. Nukleázy naopak štěpí nukleové kyseliny (Merkurová, 2008).

Otázky určené pro polostrukturovaný rozhovor s endoskopickými sestrami

Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání v oboru?

Jak dlouho pracujete jako všeobecná sestra v oboru?

1. S jakými obtížemi přicházejí pacienti při podezření na onemocnění karcinomu slinivky břišní na Vaše pracoviště?
2. Jaká vyšetření se provádí u pacientů s podezřením na karcinom slinivky břišní na Vašem oddělení?
3. Co je Vaším úkolem před provedením vyšetřovací metody u pacientů s podezřením na karcinom slinivky břišní na Vašem oddělení?
4. Co je Vaší úlohou při vyšetřovací metodě u onemocnění karcinomu slinivky břišní na Vašem oddělení?
5. Co je dle Vašeho názoru nejdůležitější vykonat po vyšetření u pacienta s karcinomem slinivky břišní na Vašem oddělení?
6. S jakými komplikacemi vyšetřovacích metod se nejčastěji setkáváte u pacientů s karcinomem slinivky břišní na Vašem oddělení?
7. Jaké by dle Vašeho názoru měla mít vlastnosti a dovednosti sestra asistující při vyšetřovacích metodách u pacientů s karcinomem slinivky břišní na Vašem oddělení?
8. Jaké jsou minimální požadavky na vzdělání sestry asistující u vyšetřovacích metod u pacientů s karcinomem slinivky břišní na Vašem oddělení?
9. Jak získáváte nové poznatky v oblasti vyšetřovacích metod u onemocnění karcinomu slinivky břišní?

Zdroj: Vlastní výzkum

Otázky určené pro polostrukturovaný rozhovor se sestrami pracujícími na lůžkovém gastroenterologickém oddělení

Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání v oboru?

Jak dlouho pracujete jako všeobecná sestra v oboru?

1. Setkáváte se s pacienty s karcinomem pankreatu na Vašem oddělení?
2. Jak často se setkáváte s pacienty s karcinomem pankreatu na Vašem oddělení?
3. S jakými příznaky zhoršeného stavu onemocnění karcinomu pankreatu přicházejí pacienti na Vaše oddělení?
4. Jaké vyšetřovací metody absolvují pacienti s karcinomem pankreatu na Vašem oddělení?
5. Jaká jsou režimová opatření u pacienta před vyšetřením u pacienta s onemocněním karcinomu slinivky břišní na Vašem pracovišti?
6. Jaká jsou režimová opatření u pacienta po vyšetření u pacienta s onemocněním karcinomu slinivky břišní na Vašem pracovišti?
7. Setkáváte se na Vašem oddělení spíše s pacienty v počátečním stadiu onemocnění, či již v pokročilém stadiu onemocnění karcinomu pankreatu?
8. Čím se dle Vašeho názoru liší ošetrovatelská péče o pacienty s karcinomem pankreatu od pacientů s pankreatitidou na Vašem oddělení?
9. Na co se nejvíce zaměřujete v ošetrovatelské péči o pacienta s karcinomem slinivky břišní na Vašem oddělení?
10. Za jakým účelem a jaké intravenózní vstupy mají zavedené pacienti s karcinomem pankreatu na Vašem oddělení?
11. Jak pečujete o intravenózní vstupy u pacienta s karcinomem pankreatu na Vašem oddělení?
12. Jaké komplikace sledujete u zavedených intravenózních vstupů u pacientů s karcinomem pankreatu na Vašem oddělení?
13. Jakou formou je zajišťována výživa u pacienta s karcinomem pankreatu na Vašem oddělení?
14. Využíváte na Vašem oddělení služeb nutričního terapeuta u pacienta s karcinomem pankreatu?

15. Jak řešíte bolest u pacienta s karcinomem pankreatu na Vašem oddělení?
16. Jakým způsobem na Vašem oddělení probíhá péče o vylučování u pacienta s karcinomem pankreatu?
17. Setkáváte se s pacienty v terminálním stadiu karcinomu pankreatu na Vašem oddělení a jak často?
18. Jak pečujete o pacienta s karcinomem pankreatu v terminálním stadiu onemocnění na Vašem oddělení?
19. Jak se dle Vašeho názoru liší komunikace, pokud komunikujete s pacientem v počátečních stádiích onemocnění a pokud komunikujete s pacientem v terminálním stadiu onemocnění na Vašem oddělení?
20. Jaké řešíte problémy s komunikací s pacientem s karcinomem pankreatu na Vašem oddělení?
21. Jak zapojujete rodinu do péče o pacienta s karcinomem pankreatu na Vašem oddělení?
22. Jaké máte možnosti dalšího vzdělávání v oblasti péče o pacienty s karcinomem pankreatu?
23. Jaké jste podstoupila vzdělávací kurzy v oblasti péče o pacienty s karcinomem pankreatu?

Zdroj: Vlastní výzkum