



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

**Ošetrovatelská problematika u pacienta indikovaného
k vyšetření střev**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: **OŠETŘOVATELSTVÍ**

Autor: Simona Dudáčková

Vedoucí práce: Mgr. et Bc. Jitka Tamáš Otásková

České Budějovice 2019

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem Ošetrovatelská problematika u pacienta indikovaného k vyšetření střev 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/diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích 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/diplomové práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 2. 5. 2019

.....

Simona Dudáčková

Poděkování

Touto cestou bych ráda poděkovala především vedoucí své bakalářské práce Mgr. et Bc. Jitce Tamáš Otáskové za její ochotu, cenné rady a trpělivost. Také bych chtěla poděkovat za spolupráci všem sestřám a pacientům, kteří se podíleli na výzkumném šetření.

Ošetrovatelská problematika u pacienta indikovaného k vyšetření střev

Abstrakt

Gastroenterologie je medicínský obor zabývající se diagnostikou a léčbou onemocnění trávicího traktu. Součástí diagnostiky trávicího traktu je i mimo jiné vyšetření střev, které se provádí při podezření na zánětlivé, nezápětlivé i nádorové onemocnění a řadí se k aktuálním vyšetřením současné doby. Tato bakalářská práce se zabývá ošetrovatelskou problematikou u pacienta indikovaného k vyšetření střev a je rozdělena na část teoretickou a empirickou.

Teoretická část práce je zaměřena na vyšetřovací metody, mezi než patří anamnéza, fyzikální vyšetření, laboratorní vyšetření, zobrazovací metody, endoskopické vyšetření a biopsie s punkcí. Velmi důležitou součástí je úloha sestry a ošetrovatelská péče o pacienta, která se prolíná celou bakalářskou prací. Cílem práce bylo zmapovat úlohu sestry u vybraných endoskopických vyšetření a dále zachytit subjektivně vnímané pocity nemocného při přípravě na vybraná endoskopická vyšetření. Pro zpracování empirické části práce bylo zvoleno kvalitativní šetření pomocí metody polostrukturovaného rozhovoru. První výzkumný soubor tvořily sestry z různých endoskopických pracovišť a druhý výzkumný soubor představovali pacienti, kteří již podstoupili kolonoskopické vyšetření. Zvolena byla metoda dotazování a technika hloubkového rozhovoru s následnou analýzou získaných dat pomocí metody kódování, tzv. tužka a papír.

Výsledky z výzkumu zmapovaly úlohu sestry u vybraných endoskopických vyšetření. Její práce na endoskopickém pracovišti vyžaduje odborné vědomosti a dovednosti v péči o pacienta před vyšetřením, během něj a po něm. Nedílnou součástí úlohy sestry je i ovládání přístrojové techniky, spolupráce s lékařem a komunikace, díky které pacient zvládá indikované vyšetření s minimálními potížemi. V rámci výzkumného šetření u pacientů jsou zmapovány subjektivní potíže během přípravy na vybrané endoskopické vyšetření.

Klíčová slova: gastroenterologie, vyšetřovací metody, všeobecná sestra, pacient, ošetrovatelská péče

Nursing issues in a patient indicated for examination of the intestines

Abstract

Gastroenterology is medicinal discipline dedicated to diagnostics and treatment of gastrointestinal tract diseases. Part of its diagnostics is among others, also intestinal examination, which is done in case of suspicion of inflammatory, non-inflammatory and tumorous disease and it belongs to current examination in the present. The thesis deals with nursing issues in a patient indicated for examination of the intestines and is divided into theoretical and empirical part.

The theoretical part is focused on examination methods amongst which belongs anamnesis, physical examination, laboratory examination, imaging methods, endoscopic examination and puncture biopsy. Very important part is the role of a nurse and nursing care for patient, which blends through the whole thesis. The objective of the thesis is to map the role of nurse at chosen endoscopic examinations and to capture subjectively perceived feelings of the ill person during preparation for chosen endoscopic examinations. For processing the empirical part of the thesis was chosen qualitative research, using the method of semi-structured interview. The first research file were nurses from different endoscopic workplaces and second research file were patients, which underwent colonoscopy. The chosen method was questioning and technique of in-depth interview followed by analysis of gathered data using the method of coding, so called Paper-and-Pencil.

The results of research mapped the role of a nurse at chosen endoscopic examinations. Her job at endoscopic workplace requires professional knowledge and abilities at nursing care before examination, during it and after it. Integral part of role of a nurse is also controlling instrumentation, working with a doctor and communication, thanks to which patient manages indicated examination with minimal difficulties. Within research framework are at patients, recorded subjective problems of patients during the preparation for chosen endoscopic examination.

Keywords: gastroenterology, examinations methods, general nurse, patient, nursing care

Obsah

Úvod.....	8
1 Současný stav	9
1.1 Diagnostika	9
1.2 Anamnéza.....	9
1.3 Fyzikální vyšetření	10
1.4 Laboratorní vyšetření	11
1.5 Zobrazovací metody.....	14
1.6 Endoskopické metody	16
1.7 Punkce a biopsie.....	25
2 Cíl práce a výzkumné otázky	27
2.1 Cíle práce	27
2.2 Výzkumné otázky.....	27
3 Metodika.....	28
3.1 Metodika práce.....	28
3.2 Charakteristika výzkumných vzorků.....	29
4 Výsledky výzkumného šetření	30
4.1 Identifikační údaje sester.....	30
4.2 Seznam vytvořených kategorií u sester.....	30
4.3 Kategorie 1 – Získávání novinek	31
4.4 Kategorie 2 – Endoskopická vyšetření na pracovišti	32
4.5 Kategorie 3 – Nejčastější indikace	33
4.6 Kategorie 4 – Příprava pacienta na vyšetření.....	34
4.7 Kategorie 5 – Nejčastější komplikace.....	36
4.8 Kategorie 6 – Nástup nové sestry na endoskopické pracoviště	37
4.9 Kategorie 7 – Poučení pacienta před kolonoskopií.....	38
4.10 Kategorie 8 – Ošetřovatelská specifika v průběhu přípravy před kolonoskopií	39
4.11 Kategorie 9 – Nejčastější druhy očistné přípravy	40
4.12 Kategorie 10 – Péče o pacienty	42
4.13 Kategorie 11 – Kapslová endoskopie.....	45
4.14 Identifikační údaje u pacientů	47
4.15 Seznam vytvořených kategorií u pacientů	48
4.16 Kategorie 1 – Informovanost pacientů.....	48
4.17 Kategorie 2 – Všeobecné doporučení ze strany zdravotnického personálu.....	49

4.18	Kategorie 3 - Strava	51
4.19	Kategorie 4 – Očistná příprava	52
4.20	Kategorie 5 – Doplnující vyšetření	53
4.21	Kategorie 6 – Doporučení ostatním pacientům z vlastní zkušenosti	54
5	Diskuse	55
6	Závěr.....	66
	Seznam literatury	68
	Seznam příloh	72

Úvod

Vyšetření je soubor lékařských úkonů prováděných za účelem diagnostickým, preventivním a terapeutickým. Mezi vyšetřovací metody patří anamnéza, fyzikální vyšetření, laboratorní vyšetření, zobrazovací metody a endoskopická vyšetření. Jedním z často indikovaných vyšetření je i vyšetření střev. Hojně využívaná jsou zde endoskopická vyšetření, která nám umožní nejen prohlédnutí tělních dutin, ale i odběr tkání či léčebné zákroky. Vyšetření střev se provádí při podezření na zánětlivé, nezápětlivé i nádorové onemocnění. Bohužel těchto onemocnění stále přibývá, proto jsou tato vyšetření velmi aktuální. I z těchto důvodů jsme si téma s názvem Ošetřovatelská problematika u pacienta indikovaného k vyšetření střev zvolili.

Tato bakalářská práce je rozdělena do dvou částí. První část, část teoretická, je zaměřena na všechny nezbytné informace týkající se tohoto tématu. Je zde popsána celková diagnostika v gastroenterologii od anamnézy, fyzikálního vyšetření, laboratorního vyšetření, zobrazovací metody, až po endoskopická vyšetření. V rámci endoskopických vyšetření práce popisuje enteroskopii, kolonoskopii a kapslovou endoskopii. V neposlední řadě není opomenuta ani punkce a biopsie pro získání vzorku k cytologickému nebo histologickému vyšetření. V celé práci je zahrnuta i úloha sestry a ošetřovatelská péče o pacienty. Druhá část, část empirická, se zaměřuje na zmapování úlohy sestry na vybraných endoskopických pracovištích a na subjektivní pocity pacientů, kteří byli indikováni k vyšetření střev. K této části práce je zvolen kvalitativní výzkum pomocí polostrukturovaných rozhovorů. Výzkumný soubor tvořily sestry pečující o nemocné, kteří podstupovali vybraná endoskopická vyšetření. Druhý výzkumný soubor tvořili pacienti, kteří již podstoupili vybraná endoskopická vyšetření a mohli tak sdílet své subjektivní zkušenosti.

1 Současný stav

1.1 Diagnostika

Vlastní rozpoznání choroby je velmi důležitou podmínkou pro zahájení léčení a pro stanovení správné diagnózy. Lékař stanovuje diagnózu po vyšetření pacienta, které je prováděno dle správného postupu (Špinar et al., 2013). Při gastrointestinálních potížích je důležité pacienta důkladně vyšetřit a sledovat jakékoliv drobné změny, které mohou být známkou zhoršení zdravotního stavu pacienta (Kolektiv autorů, 2008). Po celou dobu vyšetření by mělo být dodržováno intimní prostředí pro pacienta a komunikace je vedena cíleně a empaticky (Holubová et al., 2013).

1.2 Anamnéza

Základním vyšetřením pacienta s trávicími obtížemi je jako v jiných lékařských oborech anamnéza (Lukáš et al., 2007). Lukáš et al. (s. 69, 2007) ve své knize dále uvádí, že: „*Anamnéza je sice výpověď nemocného, ale musí být podmíněna aktivním postupem vedeným lékařem, v některých případech i sestrou*“. Špinar et al. (2013) definuje anamnézu jako soubor údajů o zdravotním stavu pacienta od narození až po současnost, která se dle Valenty (2005) rozděluje na osobní, tj. nynější onemocnění a předchozí, připojuje se i rodinná, pracovní a sociální anamnéza. Špinar et al. (2013) udává zjištění anamnézy dvojitým způsobem, a to přímým nebo nepřímým způsobem. Anamnézu přímou odebíráme od pacienta nebo příbuzných a o anamnéze nepřímé mluvíme tehdy, má-li pacient psychické poruchy nebo poruchy vědomí. Kolektiv autorů (2008) uvádí, že je možné anamnézu u pacientů neschopných komunikovat odebrat z jeho zdravotních záznamů, od členů rodiny a eventuálně i od zaměstnanců zdravotnické záchranné služby, kteří pacienta přivezli. Při získávání anamnézy je důležité mít nejen vědomosti o nemocech, ale ovládat i zásady komunikace (Dobiáš, 2013). Komunikace mezi zdravotníkem a pacientem musí být symetrická tzn. vyrovnaná na obě strany, aby byla úspěšná. Zdravotník si díky této komunikaci vytváří vztah založený na lidském holistickém principu (Zacharová, 2016). Dobiáš (2013) ještě uvádí za podstatné při komunikaci dostatek empatie a znalost zásad managementu, aby byl rozhovor konstruktivní. Kolektiv autorů (2008) považuje za důležité před samotným získáváním anamnézy se představit a vysvětlit pacientovi průběh získávání údajů. Lukáš (2005) dodává, že poté se většinou lékař ptá na hlavní potíže, užívané léky, rodinnou anamnézu a životní styl, jehož faktory mohou ovlivňovat zdravotní stav. V gastroenterologii mluví pacienti především o zaživacích problémech a častou

stížností bývá bolest v oblasti břicha. Tento termín je pro lékaře všeobecný, a tak se doptávají na lokalizaci, charakter, délku trvání atd.

1.3 Fyzikální vyšetření

Za nepostradatelnou diagnostickou metodu považuje Klener et al. (2006) fyzikální vyšetření. Steffan et al. (2010) však uvádí skutečnost, že technické metody mají ve srovnání s fyzikálním vyšetřením větší převahu, ale důležitou roli fyzikálního vyšetření nepopírá.

Fyzikální vyšetření je zjišťování patologických příznaků pomocí lidských smyslů, tj. zraku, hmatu, sluchu a čichu. Do fyzikálního vyšetření zahrnujeme vyšetření pohledem, pohmatem, poklepem, poslechem a v gastroenterologii nesmíme zapomenout na vyšetření per rectum, tj. vyšetření konečníkem (Nejedlá, 2015). Během fyzikálního vyšetření se vyšetřují jednotlivé tělesné partie, hodnotí se spolupráce pacienta, vědomí, výživa, fyziologické funkce, vzhled kůže, hmotnost s výškou a pohyblivost (Holubová et al., 2013). Individuální posouzení pacienta a informace o něm slouží sestře k odhalení případných poruch vyprazdňování. Sestra by měla mimo jiné získat informace o frekvenci vyprazdňování stolice, jaké má pacient zvyklosti a zda neužívá léky na podporu vyprazdňování. Uspokojování potřeby vyprazdňování lze zjistit rozhovorem, například dle okruhů v ošetrovatelském modelu podle Marjory Gordonové (Vytejková et al., 2013).

V gastroenterologii je stěžejním vyšetřením vyšetření břicha. Pohledem se hodnotí dýchací pohyby, vzhled kůže a případná stomie (Holubová et al., 2013). Nejedlá (2015) a Špinar et al. (2008) se shodují, že během vyšetření pohledem je důležitý taktický přístup k pacientovi a zachování jeho důstojnosti. Dále se shodují na vhodně zvoleném prostředí a příslušném osvětlení, aby nedocházelo ke zkreslování výsledků například barvy kůže. Poklepem zjišťujeme případné bolesti, orientačně velikost orgánů a případně ascites (Holubová et al., 2013). V rámci poklepu rozlišujeme různě zabarvené zvuky. Poklep plný se vyskytuje nad zdravou plicí, poklep bubínkový je fyziologický nad žaludkem a střevy, dále máme poklep temný, zkrácený a bolestivý. Vyšetření pohmatem je nejdůležitější metodou v gastroenterologii. Pacient by měl mít pokrčené dolní končetiny čímž se uvolní břišní stěna. Vyšetřující si všímá svalového napětí, orgánů a patologických útvarů (Šafránková, Nejedlá, 2006). Poslechem se hodnotí peristaltika a ostatní zvuky v dutině břišní. Vyšetření per rectum posuzuje okolí konečníku (Holubová et al., 2013). Toto vyšetření je i součástí povinného screeningu karcinomu prostaty u mužů a karcinomu rekta u obou pohlaví (Špinar et al., 2008).

Provádí se v poloze na zádech, na levém boku s flektovanými končetinami. Na této poloze se shodují Šafránková a Nejedlá (2006) a Nejedlá (2015), která dále uvádí, že se vyšetřuje prstem v gumové rukavici a hodnotí se pohmatové nálezy.

1.4 Laboratorní vyšetření

Laboratorní vyšetření je další nedílnou součástí pro komplexní vyšetření pacienta. Informuje nás o fyziologických a patologických procesech v lidském těle. Z hlediska nutnosti dostupnosti výsledků dělíme vyšetření na rutinní, dostupné do 2-4 hodin, statimové do 30-60 minut a z vitální indikace do 20-60 minut (Bartůněk et al., 2016).

V rámci laboratorního vyšetření se odebírají tělní tekutiny, které jsou pak analyzovány v laboratořích (Holubová et al., 2013). Mezi standardní laboratorní vyšetření dle Lukáše et al. (2007) patří chemické vyšetření moče, krevní obraz a jaterní testy. Holubová et al. (2013) zmiňuje i mineralogram, glukózu, C-reaktivní protein a hemokoagulaci. Důraz je kladen i na serologické a imunologické vyšetření, při kterém lze diagnostikovat řadu onemocnění, například celiakie. Mikrobiologické vyšetření se využívá především k vyšetření stolice, sekretů, tkání a případně i bakteriálních toxinů. Za důležité vyšetření považuje Nejedlá (2015) hemokoagulační testy, které ukazují schopnost srážení krve. Nejčastěji se provádí odběr krve na aPTT nebo Quickův test, který nám odhalí poruchy vnější koagulační kaskády.

Vyšetření stolice závisí na složení potravy (Vytejková et al., 2013). Nejedlá (2015) a Vytejková et al. (2013) se shodují, že stolice se fyziologicky skládá ze zbytků potravy, nevstřebané vody, přirozených organismů, odloupaných epitelů, bakterií, kvasinek a hlenu, a proto je důležité se při odběru stolice řídit pokyny laboratoře. Jedním z nich je například dodržení speciální diety před samotným odběrem stolice (Vytejková et al., 2013). Ve většině případů odebírá sestra stolicí o velikosti hrachu, do laboratoře ji odesílá ihned po odběru a v některých případech provede odběr opakovaně (Nejedlá, 2015). Stolicí lze vyšetřovat fyzikálně, biochemicky, mikrobiologicky a parazitologicky (Vytejková et al., 2013). Dle Šafránkové a Nejedlé (2006) a Špinara et al. (2008) se vyšetření stolice rozděluje na makroskopické a mikroskopické.

V rámci *fyzikálního vyšetření stolice* může zhodnotit sestra množství, které je většinou u dospělého člověka asi 100-250 g. Dále se hodnotí pH stolice, zejména u průjemových onemocněních, barva stolice, zápach a konzistence (Vytejková et al., 2013). Mezi patologické změny v barvě stolice patří enteroragie a znamená krvácení z dolních částí trávicího traktu. Opakem je meléna, kdy ke krvácení dochází v horních

částech trávicího traktu. Dále může být stolice bez žlučových barviv, tzv. acholická stolice (Špinar et al., 2008).

Biochemický rozbor stolice se provádí kvantitativně nebo kvalitativně. Tento screening je důležitý pro odhalení časných fází kolorektálního karcinomu a prekanceróz (Nejedlá, 2015). Mezi kvantitativní vyšetření patří to, které měří množství tuků ve stolici. Před vyšetřením se podává dieta obsahující max. 1,5 g tuku/kg hmotnosti pacienta. Stolice se sbírá 3 dny, poté se zváží, promíchá a odebere se vzorek asi 50-100 g, ve kterém se stanoví celkový tuk. Dále se vyšetřuje stolice na zbytky, což se provádí po dodržení Schmidovy diety a čtvrtý den se odebere stolice o velikosti lískového oříšku do širokohrdlé zkumavky (Vytejková et al., 2013). Do kvalitativních metod patří vyšetření stolice na okultní-skryté krvácení. Princip tohoto vyšetření spočívá v tom, že většina nádorů drobně krvácí a tyto krevní ztráty jsou nepozorovatelné, ale lze je zachytit pouze chemicky (Lukáš et al., 2007). Test ale není úplně specifický, protože kromě nádorů či polypů mohou krvácet i nejrůznější cévní uskupení uvnitř střeva či hemeroidy. Proto při pozitivitě testu na okultní krvácení by mělo vždy standardně následovat kolonoskopické vyšetření (Kajzlíková, 2009). Průkaz krvácení je založen na chemické reakci nebo na imunochemické detekci (Nejedlá, 2015). K vyšetření na bázi chemické reakci se používají nejčastěji průmyslově vyrobené sety Haemocult-gFOBT (Šafránková, Nejedlá, 2006). Jde o rychlou a praktickou metodu vyšetření k odhalení přítomnosti krve ve stolici. Vyšetření je minimálně invazivní a hodnocení se provádí zrakem. Haemocult test nám určí pouze přítomnost či nepřítomnost krve ve stolici, nikoliv však její množství. Výsledek může být ovlivněn nejen stravou, ale i místem odběru (Krška et al., 2011). Proto v rámci screeningu se vyšetření provádí nejprve bez diety a při pozitivním nálezu s dietou. Jde o Schmidovu dietu, která předpokládá vyloučení železa a pacient ji dodržuje 3 dny před vyšetřením. Sestra poučí pacienta, že nesmí jíst maso, zeleninu s obsahem železa a pít minerálky. Důležité je také vysadit některé léky, které by mohly způsobit drobné slizniční krvácení nebo léky obsahující železo a vitamin C (Nejedlá, 2015). Sestra nebo lékař by měli poučit pacienta, aby v této době neměl krvácení z nosní nebo ústní sliznice a u žen by se nemělo vyšetření provádět v době menstruace (Vytejková et al., 2013). K provedení vyšetření jsou dodány soupravy obsahující tři testy se dvěma okénky a špátle na odběr stolice. Pacient nebo sestra odebere dva různé vzorky z jedné stolice a toto zopakuje u tří po sobě následujících stolic. Poté se testy odešlou do laboratoře, kde se aplikuje detekční

reagens na opačnou stranu okének a hodnotí se případné barevné změny (Krška et al., 2011).

Na preventivní screening okultního krvácení hrazený zdravotní pojišťovnou má nárok od 55 let každý občan České republiky ve dvouletém intervalu. Tento program, zavedený v roce 2000 prochází neustálým vývojem. Od ledna 2014 díky cílenému adresnému zvaní pacientů došlo ke zvýšení účasti cílové populace o 30,8 %. (Špičák, 2017). Jak se ale zamýšlí ve svém článku Spaander et al. (2018), měla by se nastavit jasná pravidla, kdy se má screening kolonoskopie i ukončit, aby nevznikaly u strašících pacientů komplikace. Tyto hranice však nejsou zatím nastavené, ale autoři se domnívají, že by to přispělo k jednoduššímu přístupu. Dnes se nejvíce doporučuje vyšetření na bázi imunochemické detekce hemoglobinu, která je citlivější a přináší méně falešných výsledků. Jejím zástupcem je testovací souprava iFOBT (Kocna, 2011). Výhodou iFOBT testu je vyšší senzitivita pro pokročilé adenomy a karcinomy. Test lze provést bez diety a vyhodnotit přímo na místě. Další screeningovou metodou je vyšetření fekální DNA, jehož senzitivita k odhalení kolorektálního karcinomu je okolo 50 % (Krška et al., 2011). Tyto DNA testy jsou založené na detekci specifických změn v DNA buněk, které se do stolice uvolňují z prekancerózních nebo nádorových lézí. Před odběrem vzorku stolice není nutná speciální dieta nebo omezení medikace. Stolice se po odebrání musí v laboratoři homogenizovat spolu se stabilizačním pufrům a následně zmrazit na $-80\text{ }^{\circ}\text{C}$ ihned po obdržení. Jednoznačnou nevýhodou této metody je vyšší cena (Grega et al., 2016).

Mikrobiologické vyšetření prokazuje ve stolici přítomnost různých mikroorganismů, které mohou způsobovat žaludeční či střevní nákazy. Nejčastěji jde o původce salmonely a shigelly (Nejedlá, 2015). Kromě stanovení původce infekce se zjišťuje v rámci lékařské mikrobiologie také citlivost prokazaného původce infekce na antibiotika. Mikrobiologické vyšetřovací metody se dají rozdělit na přímé a nepřímé. Přímou metodou prokazujeme živého či mrtvého původce a patří sem mikroskopické a kultivační vyšetření. K mikroskopickému vyšetření se využívá mikroskop, který velmi rychle a efektivně odhalí původce infekce. Kultivační vyšetření je také dostatečně senzitivní, ale časově náročnější z důvodu různé doby pomnožení mikroorganismů (Bartůněk et al., 2016). Pro mikrobiologické vyšetření provádí sestra odběr stolice do zkumavky nebo provede výtěr z konečníku (Lukáš et al., 2007). Odebraný vzorek by měla odeslat co nejrychleji do laboratoře. Negativní výsledek může být totiž i důkazem špatně provedeného odběru (Bartůněk et al., 2016). Před odběrem stolice by měla sestra

pacienta poučit, aby neužíval antibiotika kvůli případnému zkreslení výsledku (Vytejková et al., 2013). Doporučená doba dle Nejedlé (2015) jsou čtyři týdny před vyšetřením.

Parazitologické vyšetření zjišťuje přítomnost parazitů ve stolici. U nás nejčastěji roupů nebo článků tasemnice (Špinar et al., 2008). Toto vyšetření je nedílnou součástí při zaživacích potížích, které nastaly po návratu z tropických oblastí. Standardně se vyšetřuje mikroskopický průkaz škrkavky, tasemnice, roupu dětského, lamblie a améby (Nejedlá, 2015). Stolicu od pacienta odebere sestra do zkumavky a co nejdříve ji odešle do laboratoře. Při zjišťování roupů se provádí perianální stěr pomocí lepicí pásky, která se nalepí v okolí análního otvoru. Poté se páska nalepí stejnou stranou na podložní sklíčko. Doporučuje se ráno po probuzení pacienta, než vstane z lůžka (Vytejková et al., 2013).

1.5 Zobrazovací metody

Metody, které nám ukážou obraz vyšetřovaného orgánu, se obecně nazývají zobrazovací. Dle fyzikálního principu se dají metody dělit na rentgenologické, ultrazvukové, termografické, nukleární a radioizotopové (Nejedlá, 2015). I když sestra tato vyšetření neprovádí, měla by vědět, co je její povinností před, během a po skončení vyšetření (Kolektiv autorů, 2008). Na všechna kontrastní vyšetření gastrointestinálního traktu je příprava pacienta stejná. Pacient musí být lačný, nepodávají se mu léky a nesmí kouřit. Psychická příprava spočívá ve sdělení informací o zákroku, ošetření a postupu po výkonu (Nejedlá, 2015).

Nedílnou součástí v diagnostice u gastrointestinálních potíží je rentgenologické vyšetření. Má ale nevýhodu v používání ionizujícího záření a rizika alergické reakce po podání kontrastu (Holubová et al., 2013). Prostý snímek břicha patří mezi klasická rentgenologická vyšetření a umožňuje identifikaci strukturálních změn v dutině břišní (Navrátil, 2008). I když nativní snímek břicha nevyžaduje zvláštní péči, tak úlohou sestry může být objasnění výkonu pacientovi (Kolektiv autorů, 2008). Jak uvádí Schein a Rogers (2011) ve své knize, v mnohých situacích dnešní doby se upřednostňuje počítačová tomografie-CT nad prostým snímkem břicha. Mezi nejznámější rentgenologické vyšetření tenkého střeva dle Nejedlé (2015) patří pasáž kontrastní látky tenkým střevem, kdy je kontrastní látka podána perorálně a poté se skiaskopicky sleduje její postup kličkami tenkého střeva. Druhou možností dle Holubová et al. (2013) je enteroklýza, kdy jde o metodu, která využívá nálev kontrastní látky jejunální sondou do tenkého střeva a následnou vzduchovou náplň. K vyšetření tlustého střeva se využívá

irigografie, defekografie a „transit time“ zažívacím traktem. Irigografie zobrazuje anatomii a rozložení tlustého střeva. Defekografie hodnotí tvar a funkci konečníku při vyprazdňování v diferenciální diagnostice zácpy. V obou případech spočívá příprava dle Nejedlé (2015) v popíjení projímavé látky den před vyšetřením. U irigografie v den vyšetření musí pacient lačnit a před vyšetřením mu může provést sestra očistné klyzma. V den defekografie není nutné, aby pacient lačnil a měl očistné klyzma. Vyšetření „transit time“ napomáhá určit čas, který potřebuje trávicí trubice ke zpracování a vyloučení potravy.

Výpočetní tomografie-CT se díky své dostupnosti stala hojně využívanou diagnostickou metodou (Horák et al., 2013). Výsledkem je 2D nebo 3D obraz na monitoru, který je dostupný všem lékařům zdravotnického zařízení. Před vyšetřením je třeba odebrat od pacienta anamnézu, od půlnoci nesmí jíst a ráno kouřit. Tekutiny pít může (Nejedlá, 2015). Sestra by měla zajistit pacientovi pohodlí během vyšetření a případně mu objasnit výkon (Kolektiv autorů, 2008). Speciálním vyšetřením je CT kolografie neboli virtuální endoskopie, která se využívá k detekci polypů a karcinomu tlustého střeva. Tuto metodu lze zvolit u nedokončené optické endoskopie. Pro pacienty je lépe tolerovaná a méně časově náročnější, ale oproti běžné koloskopii nelze provést odběr tkáně na histologické vyšetření (Horák et al., 2013).

Mezi ultrazvukové vyšetřovací metody patří ultrasonografie. Ultrazvuk je schopný pronikat tkáněmi a odrazit se od jejich rozhraní. Po přiložení sondy na povrch těla se na monitoru ukáže obraz vrstvy orgánů (Šafránková, Nejedlá, 2006). V gastroenterologii se nejčastěji používá abdominální sonografie, která dobře zachytí například volnou tekutinu v břišní dutině. Je možné provést i endoskopickou ultrasonografii, která je schopna rozlišit pět vrstev. Při vyšetření dolní části gastrointestinálního traktu jsou kromě nádorů indikací polypy, suspektní píštěle a abscesy (Holubová et al., 2013). Příprava pacienta z pohledu sestry není zcela nutná, doporučuje se být před vyšetřením na lačno (Nejedlá, 2015).

Další zobrazovací metodou je termografie, která zachycuje infračervené záření vystupující z těla. V gastroenterologii se toto vyšetření prakticky nevyužívá (Nejedlá, 2015). Naopak více využívanou zobrazovací metodou je magnetická rezonance, která oproti CT vyšetření lépe zobrazí kontrast a rozhraní jednotlivých měkkých tkání. Zobrazuje nám případné ložiskové změny na játrech a prostor malé pánve zejména při Crohnově chorobě (Holubová et al., 2013). Za výhodu považuje Kolektiv autorů (2008) nepřenašení žádné ionizační radiace na pacienta, ale jako nevýhodu uvádějí uzavřený a

hlučný prostor během vyšetření. K nevýhodám se přidává i Horák et al. (2013) a zmiňuje finanční nákladnost a délku vyšetření. Před vyšetřením nesmí podcenit sestru dle Nejedlé (2015) odběr anamnézy ke zjištění případných kontraindikací. Mezi hlavní kontraindikace patří kovy v těle pacienta. Dále je důležitá psychická příprava před i během vyšetření, kdy sestra upozorňuje pacienta na délku vyšetření, hluk a pro lepší spolupráci a komunikaci během vyšetření mu lze podat balonek, po jehož stisknutí je vyšetření přerušeno. Do zobrazovacích metod zařazuje Holubová et al. (2013) radionuklidová vyšetření, která v gastroenterologii mají menší význam. Nejznámější je zde scintigrafie jater.

1.6 Endoskopické metody

Endoskopické vyšetřovací metody patří v současné době k běžně dostupným vyšetřením pro stanovení diagnózy. Název endoskopie pochází z řeckých slov endo a skopein, v překladu uvnitř a pohled (Nejedlá, 2015). První pokusy o vyšetření žaludku pomocí rigidního přístroje jsou známy již z 19. století, ale samotný rozvoj endoskopií přichází až v šedesátých letech minulého století. V devadesátých letech došlo k rozvoji videoendoskopie a endoskopy se stávaly ohebnějšími a obrazy dokonalejšími. V této podobě se s endoskopy setkáváme i dnes, i když se objevují stále nové technologie – například kapslová endoskopie (Krška et al., 2011). Holubová et al. (2013) definuje endoskopickou metodu jako vyšetřovací postup, který umožňuje pohledem vyšetřovat duté orgány a tělesné tekutiny. Krška et al. (2011) dodává, že vyšetření se provádí pomocí speciálních přístrojů – endoskopů. Ty jsou fyzikálně založeny na odrazu a lomu světelných paprsků (Holubová et al., 2013). Endoskopy dle Kršky et al. (2011) dělíme na rigidní a flexibilní, Holubová et al. (2013) přidává ještě videoendoskopy. Rigidní endoskop je tuhý s pevným tubusem, různé délky a průměru, s optickým systémem a vlastním osvětlením. Opakem je flexibilní endoskop, který je různě dlouhý, ohebný a vybavený soustavou čoček a vláknovou optikou. Mají pracovní a odsávací trubici a jejich základem je optické vlákno. Na konci endoskopu je objektiv, kde jsou otvory z osvětlovacích svazků a otvory, kterými se přivádí vzduch a voda. Nejnovější verzí jsou videoendoskopy, které pracují na mikroelektronickém principu. Pozorovací objekt je nahrazen kamerou a obraz je přenášen na televizní obrazovku, kterou může sledovat více personálu najednou. Z pohledu pacienta je nejméně komfortní rigidní endoskop (Holubová et al., 2013). S endoskopy je spojená i jejich péče. Endoskopy jsou sestaveny tak, aby bylo možné provést jejich dokonalou dezinfekci a mechanickou očistu (Krška et al., 2011). Mechanická očista dle Melicherčikové (2015) je odstranění anorganických

a organických nečistot z ploch. Zeman a Krška (s. 30, 2011) ve své knize uvádějí definici dezinfekce, že: „*Jde o soubor opatření, která slouží ke zneškodňování většiny mikroorganismů na neživých předmětech, plochách, ve vzduchu a ve vodě pomocí fyzikálních, chemických a kombinovaných postupů*“. Hlavním cílem dezinfekce je zamezit dalšímu šíření infekce (Zeman, Krška, 2011). Endoskopické nástroje patří do skupiny velice finančně náročné zdravotnické techniky. Je proto velmi důležité, aby jejich funkčnost vydržela co nejdéle (Holubová et al., 2013). Pro dezinfekci endoskopů používá sestra vyšší stupeň dezinfekce nebo dvoustupňovou dezinfekci (Melicherčíková, 2015). Samotný princip dezinfekce spočívá nejprve v odezinfikování přístroje a všech kanálů přípravkem s virucidním účinkem. Poté sestra provede mechanické očištění a následné ponoření endoskopu do dezinfekčního roztoku. Endoskop takto dezinfikuje 15 minut. Poté ho opláchne vodou a vysuší. Dezinfekce po mechanickém očištění může být nahrazena tzv. vyšším stupněm dezinfekce ve speciálních dezinfektorech (Krška et al., 2011). Pro vyšší stupeň dezinfekce se dle Kršky a Zemana (2011) nejvíce používá 0,5 % Persteril při expozici 10 minut a 1,5 % Sekusept forte při expozici 6 hodin. Po této dezinfekci je nezbytné opláchnutí endoskopu vodou nebo fyziologickým roztokem. Dvoustupňovou dezinfekci provádíme u endoskopů, u kterých se při výkonu porušila integrita kůže nebo sliznice. Zde je důležité dle Melicherčíkové (2015), aby sestra použila dezinfekční přípravky s širším spektrem dezinfekční účinností, a to například s baktericidním nebo virucidním účinkem. Na samém závěru musí sestra dle Holubové et al. (2013) správně uložit vydezinfikované endoskopické přístroje, protože od způsobu skladování se odvíjí expoziční doba. Endoskopické přístroje lze uložit do sterilní roušky, skříně na ambulancích nebo do „endoscope deying cabinet“, kde je expoziční doba 7 dní.

Obecně se endoskopie používá za účelem diagnostickým, prohlédnutí dutých orgánů a odběr vzorku, a terapeutickým, možnost léčit (Nejedlá, 2015). Mezi diagnostické indikace patří například podezření na patologické změny, endoskopické biopsie, onkologický screening nebo dispenzarizace pacienta. Do terapeutických indikací se řadí odstranění cizích těles, stavění krvácení, zavádění stentů a injekční techniky pro aplikaci léků (Holubová et al., 2013). Každé vyšetření má i své kontraindikace a rizika, do kterých dle Klenera et al. (2006) patří nespolupracující pacient, pacient v těžkém celkovém stavu, například šok nebo těžká dušnost a případně anatomické překážky bránící zavedení endoskopu. Jelikož je endoskopie invazivní vyšetření, rizikem může být infekční komplikace. K dalším možným rizikům patří dle

Holubové et al. (2013) alergická reakce a kardiopulmonální komplikace, například útlum dechu, aspirace či arytmie. K endoskopickému vyšetření trávicího systému zavádí lékař dle Nejedlé (2015) endoskop dvojím způsobem. První možností je endoskopie transorální, kdy se endoskop zavádí ústy a pacient je vyzván k polykání. Před vyšetřením aplikuje sestra do žíly sedativum a hltan znecitliví anestetikem ve spreji. Pacient leží na levém boku s lehce pokrčenými dolními končetinami. Druhou možností je endoskopie transnazální, kdy zavádí lékař endoskop nosem. Přístup přes nosní dutinu je šetrnější a nejsou problémy s dávicím reflexem. Výhodou je také možnost komunikace mezi pacientem a lékařem. Péče po výkonu je u obou možností výkonů stejná. Sestra pomůže pacientovi posadit se a poučí ho, aby asi 2 hodiny nepil ani nejedl z důvodu rizika aspirace. Dále je nutné, aby sestra sledovala bolesti vyzařující do šije, polykací obtíže či zvracení.

Endoskopické vyšetření dolního zažívacího traktu rozdělujeme na endoskopii supramezokolické a inframezokolické oblasti gastrointestinálního traktu. Jde o oblasti nad a pod příčným tračníkem. Při endoskopii tenkého střeva mluvíme o enteroskopii a při endoskopii tračníku včetně rekta o koloskopii. Pokud lékař vyšetřuje tlusté střevo do cca 40-50 cm, jedná se o sigmoideoskopii, pokud do 25 cm, jde o rektoskopii a vyšetření análního kanálu se nazývá anoskopie (Krška et al., 2011). Před zahájením endoskopického vyšetření je nezbytná fyzická a psychická příprava pacienta. Také se nesmí zapomenout na farmakologickou přípravu a kontrolu laboratorních výsledků. Obecně lze říci, že pacient v den vyšetření 6-8 hodin před výkonem nejí, nepije a nekouří. Pokud se pacient léčí s diabetem mellitem na inzulinu, musí zavést sestra periferní žilní katétr a dle ordinace lékaře podat pacientovi glukózu (Pracná, Konečný, 2012). Psychická příprava pacienta spočívá v náležitém vysvětlení a zapojení pacienta do celého procesu, protože jeho aktivní přístup a důvěra v lékaře je základním kamenem úspěšně provedeného výkonu (Janíková, 2013). V souladu s legislativními předpisy je nutné ve spolupráci s lékařem získat před každým endoskopickým vyšetřením písemný souhlas pacienta (Pracná, Konečný, 2012). Pracná a Konečný (2012) udávají ve svém článku, že písemnému informovanému souhlasu by měla předcházet důležitá ústní informace o daném endoskopickém vyšetření, která obsahuje vysvětlení postupu, důsledky endoskopického výkonu a upozornění na možné komplikace. S tímto postupem souhlasí i Janíková (2013) a dodává, že informace by měly být podávány především srozumitelným jazykem.

Enteroskopie je invazivní endoskopická metoda, která slouží k vyšetření tenkého střeva (Špinar et al., 2008). Tenké střevo dle Kršky et al. (2011) představuje pro diagnostiku obtížně přístupný orgán jak z anatomických důvodů, tak i velikou roli hraje jeho délka a peristaltika, která vyžaduje tenký a výrazně ohebný endoskop. Jde o zvláštní přístroj, kterým lze proniknout do horní části tenkého střeva (Lukáš et al., 2007). K metodám enteroskopie patří sondová enteroskopie, „push-enteroskopie“ a „double-ballon enteroscopy“. Sondový enteroskop se zavádí nosem a do tenkého střeva se dostane pasivně za pomoci speciálního zaváděcího balonku na konci přístroje. Nevýhodou je dlouhá doba vyšetření a neschopnost provést biopsii. Většina pracovišť používá push-enteroskopy, které se zavádějí hrdlem. Výhodou je kratší doba vyšetření, možnost odběru biopsie a eventuálně možnost provést léčebný zákrok (Krška et al., 2011). Třetí metodou je „double-bollon enteroscopy“, která umožňuje vyšetřit celé tenké střevo, případně tlusté střevo se srůsty, kde je koloskopie obtížná (Nejedlá, 2015). Jde o novou techniku velkého zájmu z důvodu zlepšené schopnosti vizualizace oproti push-enteroskopii. Tento nový postup zvýšil účinnost diagnostiky a zminimalizoval potřebu chirurgických zákroků. Princip techniky je založen na střídavých tlačících a tahacích manévrech, aby se segmenty tenkého střeva nafukovaly. Mezi indikace patří například krvácení v gastrointestinálním traktu, abnormální nálezy zjištěné při jiných vyšetřeních a při podezření na Crohnovu nemoc. V rámci vyšetření je možné provést terapeutické výkony a biopsii. Za kontraindikace se považuje akutní perforace nebo peritonitidy a v rámci komplikací může nastat po výkonu bolest břicha (Saygil et al., 2015). Pokud se neprovádějí léčebné úkony, celková délka vyšetření je asi 45 minut (Nejedlá, 2015), proto se dle Kršky et al. (2011) provádí enteroskopie ve specializovaných centrech. Obecná příprava pacienta na enteroskopii spočívá v podepsání informovaného souhlasu, sestra odebere pacientovi krev na hemokoagulační vyšetření a lékař zajistí interní konzilium, které určí, zda je pacient schopný výkonu v analgosedaci. Vyšetření se provádí nalačno a po celou dobu vyšetření je sestrou sledována pulzní oxymetrie a EKG.

Kolonoskopie je endoskopické vyšetření rekta, tlustého střeva a terminálního ilea transanální cestou. Rozděluje se dle dosažení slepého střeva na totální a při nedosažení slepého střeva na částečnou (Holubová et al., 2013). Důvodem neúplné kolonoskopie může být dle Falta et al. (2015) neprostupná zhoubná či nezahoubná struktura střeva, nepříznivá anatomie nebo nedostatečná příprava. Světovou premiéru měla kolonoskopie v roce 1970 a časem se stala rutinní diagnostickou i terapeutickou metodou (Krška et al.,

2011). Dle Špinara et al. (2008) se jedná o invazivní vyšetření, při kterém se dle Holubové et al. (2013) používá flexibilní endoskop. Vyšetření se provádí na speciálně vybavených endoskopických vyšetřovnách, které musí obsahovat potřebné přístrojové vybavení. Vyšetření provádí lékař a sestra, jež mu asistuje. Dle Lukáše et al. (2007) jsou indikací vlastně všechna onemocnění tlustého střeva. Holubová et al. (2013) toto tvrzení rozšiřuje o přesné indikace. Patří sem nejasné dyspeptické potíže, změny charakteru stolice, krvácení do gastrointestinálního traktu, patologické nálezy zjištěné při RTG, nejasná anemie, nejasné střevní záněty a screeningová vyšetření. Krška et al. (2011) přidává dispenzarizaci vysoce rizikových skupin populace a Nejedlá (2015) zmiňuje terapeutický výkon. Mezi kontraindikace patří stavy, kde by mohla nastat perforace střeva nebo některé další nezpůsobilosti pacienta absolvovat toto vyšetření (Lukáš et al., 2007). Obecně lze říci, že jde o kardiopulmonální onemocnění, septický stav, nedávno provedenou laparoskopii, náhlou příhodu bříšní, velký ascites, třetí trimestr těhotenství či nesouhlas nebo těžká nespolupráce pacienta (Holubová et al., 2013). Se zmíněnými kontraindikacemi se ztotožňuje i Krška et al. (2011), který přidává nedostatečnou přípravu pacienta na vyšetření. Komplikací kolonoskopie může být perforace, bakteriemie, akutní pankreatitida, alergická reakce, krvácení, infekce nebo komplikace v návaznosti na podání premedikace, která způsobila útlum dechového centra (Holubová et al., 2013).

Před kolonoskopií se klade důraz na řádně vyprázdněné střevo, aby vyšetření bylo přesné a bezpečné. Většina zdravotnických zařízení se proto snaží pacienty co nejlépe poučit o důležitosti přípravy před vyšetřením. Forma přípravy se každému pacientovi navrhuje individuálně s ohledem na užívané léky a nemoci pacienta (Grossová Klementová, 2018). Nejprve by měl lékař pacienta poučit o povaze vyšetření a získat od něj písemný informovaný souhlas (Krška et al., 2011). Při plánovaném výkonu je potřeba, aby pacient vysadil určité léky. Sestra poučí pacienta, že musí 5-7 dní před vyšetřením vysadit Warfarin. Pokud hrozí vysoké riziko tromboembolické komplikace, převede se na nízkomolekulární heparin. V den vyšetření je důležité neaplikovat do konečníků žádné masti, aby nedošlo ke zkreslení výsledků. Vynechání léků musí pacient konzultovat se svým praktickým lékařem nebo interním specialistou (Holubová et al., 2013). Poté je třeba se zaměřit na dokonalé vyprázdnění střeva, jehož příprava se dá rozdělit na ortográdní a retrográdní. Ortográdní příprava je zaměřená na dodržení diety a retrográdní na projímadla nebo podání klyzma (Nejedlá, 2015). Jak uvádí ve své publikaci Fatima et al. (2018), příprava střev je komplikovanou metodou, kterou může

ovlivnit mnoho faktorů a nedokonalost vyprázdnění střev může vést k opakovaným kolonoskopiím. V rámci ortográdní přípravy se dodržuje bezezbytková dieta asi týden před vyšetřením (Holubová et al., 2013). Nejedlá (2015) uvádí jen tři dny před vyšetřením. Grossová Klementová (2018) uvádí, že by pacienti neměli jíst potraviny s vyšším obsahem vlákniny a semínek jako je například celozrnné pečivo, kmín, mák atd. Naopak se doporučuje tekutá nebo kašovitá strava jako je mléčná rýže, jogurty, těstoviny a bramborová kaše. Důležité je dodržovat pitný režim. Den před vyšetřením se však nedoporučují pít džusy s dužinou nebo mléko. Holubová et al. (2013) za nevhodnou tekutinu den před vyšetřením zmiňuje navíc tureckou kávu a v den vyšetření pít pouze čaj. Je-li pacient diabetik, měl by si dle Grossové Klementové (2018) častěji měřit glykémii a v den vyšetření mu určí dávku inzulínu dle Holubové et al. (2013) lékař. Retrográdní příprava zahrnuje podání projímadel nebo podání klyzma večer a ráno před vyšetřením (Nejedlá, 2015). Druh očištné přípravy určí lékař a podání zajistí sestra. Nejčastěji lékař určí podání roztoku Fortrans, jehož balení obsahuje 4 sáčky. Sestra rozpustí jeden sáček v 1 litru vody a pacient by měl toto množství vypít během jedné hodiny. To samé se provede se zbylými sáčky. Po vypití 2 litrů odchází z těla řídká stolice a po třech obvykle jen voda. Místo přípravku Fortrans se dají použít přípravky Picoprep, fosferačnanový roztok nebo při parciální kolonoskopii Yal gel-klyzma (Holubová et al., 2013). Druhou možností je podání očištného klyzma. Jde o podání určitého množství tekutiny konečníkem do tlustého střeva. U dospělých se zpravidla používá 1-1,5 litru teplé vody. Sestra poučí pacienta o výkonu, uloží ho do polohy na levý bok a respektuje jeho obavy a stud. Po celou dobu s ním udržuje slovní kontakt a vytváří klidnou atmosféru. Po vpravení tekutiny poučí sestra pacienta, aby se snažil udržet tekutinu v těle co nejdéle to půjde a provede záznam do dokumentace (Vytejčková et al., 2013). Krška et al. (2011) uvádí ještě další možnou metodu na vyprázdnění střeva, a to metodu hydrokolon, kdy se análním otvorem vhání speciální pumpou střídavě teplá a studená voda, která povzbudí střevní peristaltiku a vypláchne obsah střeva. V rámci přípravy pacienta na vyšetření musí sestra dle Holubové et al. (2013) sledovat a hodnotit množství, barvu, konzistenci stolice a v případě nutnosti dopomůže pacientovi s hygienickou očištou po každém vyprázdnění. Před vyšetřením ještě sestra dle Nejedlé (2015) dle ordinace lékaře odebere pacientovi krev na vyšetření srážlivosti a krvácivosti a natočí mu EKG. Pokud je třeba, zajistí lékař pacientovi konzultaci s interním specialistou. Jak uvádí ve své knize Holubová et al. (2013), za přípravu pacienta v nemocničním prostředí vždy zodpovídá sestra.

K samostatnému provedení kolonoskopie je oprávněn pouze držitel licence pro metodu koloskopie, ostatní lékaři výkon mohou provádět pouze v rámci výuky pod dohledem školitele (Falt et al., 2016). Než začne lékař vyšetřovat pacienta, následují ještě speciální ošetrovatelské úkony, kdy sestra seznámí pacienta se zdravotnickými pracovníky a vysvětlí mu, jakou budou plnit funkci. Poté vyzve sestra pacienta do polohy na levý bok a připojí ho na pulzní oxymetr a v případě indikace lékaře připevní i EKG svody (Holubová et al., 2013). S nezbytnou monitorací během celého výkonu souhlasí i Zádorová (2005), která uvádí, že v průběhu endoskopie v důsledku hypoxémie může dojít u starších a rizikových pacientů k tkáňové hypoxii. Kromě dlouhotrvajícího výkonu má negativní vliv i analgosedace, která může způsobit útlum dechového centra. V neposlední řadě dle Nejedlé (2015) před zahájením samotného vyšetření sestra aplikuje pacientovi do žíly sedativum v kombinaci se spazmolytikem a lékař může začít vyšetřovat. Endoskop je zvlhčený nejčastěji Mesocainem a lékař jej zavádí po předchozím vyšetření konečníku prstem. První zavádění endoskopu dle Kršky et al. (2011) je asi 5 cm nenásilné a naslepo, poté přístroj sleduje lékař pohledem na monitor. Postupně se posunuje vpřed a vyšetřuje každou část střeva. Po proniknutí do esovité kličky, vyzve sestra pacienta, aby se otočil na záda a tím umožní lékaři další zavádění přístroje. Po dosažení céka a nahlédnutí do terminálního ilea, prohlíží lékař během vytahování kolonoskopu zpětně celé střevo (Holubová et al., 2013). Jak dodává Falt et al. (2016), vytahování kolonoskopu je diagnostickou fází koloskopie a čas strávený kontrolou sliznice by měl být okolo 6 minut. Lékař během vyšetření hodnotí vzhled a barvu sliznice, cévní kresbu, detailně se věnuje patologickým nálezům, ze kterých odebírá různý počet biopsií (Zádorová, 2005). V tomto případě musí sestra zajistit řádné uložení bioptických vzorků do zkumavek s 10 % formaldehydem. Sestra během celého výkonu kontroluje polohu pacienta určenou lékařem, asistuje lékaři, sleduje celkový stav a vědomí pacienta, a především s ním udržuje slovní kontakt (Holubová et al., 2013). Totální kolonoskopii lze provést u více než 90 % případů, přičemž procento úspěšnosti je podmíněno nejen zkušeností lékaře, ale i řádnou přípravou střeva (Zádorová, 2005). Falt et al. (2016) doplňuje, že úspěšné dosažení céka by mělo být i v 95 % ve skupině preventivních kolonoskopií. Výsledek vyšetření lékař sdělí pacientovi hned po odeznění premedikace a v případě provedené biopsie na histologické vyšetření bude znám výsledek asi do týdne (Holubová et al., 2013.).

Po ukončení vyšetření je pacientovi zajištěné místo na zotavení. Doba zotavení je různá, od 30 minut do několika hodin podle věku, celkového stavu nebo délky a

obtížnosti výkonu (Zádorová, 2005). Role sestry na „dospávacím pokoji“ je zaměřená na sledování celkového stavu pacienta včetně monitorace fyziologických funkcí až do odeznění analgosedace. Je-li pacient hospitalizován, sestra na oddělení pokračuje v ošetrovatelských intervencích dle pokynů od lékaře, který prováděl vyšetření. Důležité je sledovat první stolici po vyšetření, možnou bolest a vše zaznamenávat do ošetrovatelské dokumentace (Holubová et al., 2013). Kolektiv autorů (2008) upozorňuje, že sestra by měla také sledovat možné příznaky perforace střeva, jakými jsou zvracení, silná bolest břicha, zvýšené napětí břišní stěny a horečka, a v případě výskytu ihned informovat lékaře. Holubová et al. (2013) dodává, že tento stav se může objevit i do 24 hodin po vyšetření a je nutné okamžitě navštívit lékaře, pokud byl pacient po vyšetření propuštěn domů. Proto jak uvádí Zádorová (2005), je třeba, aby pacient dostal telefonický kontakt na lékaře pro případ pozdních komplikací. Pokud se vyšetření provádělo ambulantně a pacient není po výkonu přijat k hospitalizaci, odchází dle Nejedlé (2015) po odeznění analgosedace v doprovodu domů. Zde platí zákaz řízení motorových vozidel do 24 hodin. Pokud nebyla pacientovi podána analgosedace, může odejít sám a sestra jej upozorní na klidový režim a pomalý návrat k běžnému dietnímu režimu (Holubová et al., 2013).

Mezi terapeutické kolonoskopie patří chromodiagnostika, spektroskopie a polypektomie. Chromodiagnostika slouží k makroskopickému rozlišení polypu, spektroskopie odhalí změny na sliznici analýzou odraženého světla a polypektomie je odstranění polypů. Tento výkon patří mezi největší úspěchy moderní gastroenterologie (Krška et al., 2011). Bezpečná polypektomie vyžaduje schopnost oddělit polyp s dosažením hemostázy bez porušení integrity střevní stěny. Téměř všechny polypy je možno odstranit touto technikou a jejich odstranění má nejen terapeutický, ale i profylaktický význam, zejména v případě adenomů, které tvoří v tlustém střevě asi 90 % všech polypů a jejichž maligní transformací vzniká karcinom (Zádorová, 2005).

Kapslová endoskopie je diagnostickou vyšetřovací metodou bez možnosti terapeutického zásahu (Krška et al., 2011). Jde o neinvazivní zobrazovací metodu využívající speciální kapsli, která díky peristaltice trávicí trubice postupně prochází celým traktem (Štálová, Stehlík, 2005). Kapsle je opatřena dvěma kamerami na obou koncích, které obsáhnou téměř 360° zorného pole (Grega et al., 2016). V diagnostickém procesu tenkého střeva je nenahraditelným vyšetřením kapslová enteroskopie (Holubová et al., 2013). Tato technika byla historickým průlomem v diagnostice onemocnění tenkého střeva a ve srovnání s jinými vyšetřovacími metodami je

endoskopie kapslí bezpečná a neinvazivní. Vyšetření tenkého střeva kapslí nabízí několik výhod, včetně pohodlné kontroly, která nezpůsobuje trauma, ani bolest a nevyžaduje hospitalizaci (Xiaohuan et al., 2018). Další uváděnou výhodou je možnost ambulantního vyšetření. Jednoznačná nevýhoda je vysoká cena a nemožnost provedení biopsie (Holubová et al., 2013). Kapslovou endoskopií lze využít i u vyšetření tlustého střeva, které nevyžaduje analgosedaci a insuflaci vzduchu (Voška et al., 2017). Mezi nejčastější indikace dle Holubové et al. (2013) patří nejasné krvácení do gastrointestinálního traktu, tumory tenkého střeva, malabsorpční syndromy a Krška et al. (2011) přidává Crohnovu chorobu. Dle Falta et al. (2015) může být jednou z indikací pro kapslovou endoskopií pacient, který odmítá standardní kolonoskopické vyšetření. Kontraindikací kapslové endoskopie je stenóza gastrointestinálního traktu, polykací potíže, divertikly jícnu, kardiostimulátor a těhotenství (Holubová et al., 2013). Kapslová endoskopie je bezpečnou metodou s minimálním rizikem komplikací. Udávanou komplikací je retence endoskopické kapsle v trávicí trubici po dobu delší 14 dnů (Falt et al., 2015). Toto vyšetření nevyžaduje dle Štálové a Stehlíka (2005) speciální přípravu. Za dostačující považují úpravu diety den před a 12 ti hodinové lačnění před výkonem. Naopak Falt et al. (2015) považuje přípravu střeva za velmi důležitou a doporučuje kombinaci dietních opatření a očistných roztoků. Jako eventuální metodu k přípravě střeva můžeme použít metodu hydrokolon (Krška et al., 2011). Z farmakologické přípravy je třeba týden před vyšetřením vysadit preparáty absorbující železo a jeden den před vyšetřením neužívat léky zpomalující střevní peristaltiku. Vynechání léků musí pacient konzultovat se svým lékařem (Holubová et al., 2013). Před vlastním vyšetřením upevní sestra na břišní stěnu pacienta 8 svodů, které přijímají vysílané fotografie z trávicího traktu a poté mu oblékne speciální pás, na kterém je připevněn snímač a zdroj. Pak vyjme kapsli z pouzdra, tím ji aktivuje a vyzve pacienta, aby kapsli spolknul (Štálová, Stehlík, 2005). Pacient může po spolknutí kapsle odejít a vrátit se asi po 8 hodinách zpátky na vyšetřovnu. Kapsle je určena k jednomu použití a spontánně odejde se stolicí (Krška et al., 2011). Po výkonu pacient počká v čekárně na zprávu od lékaře. Sestra upozorní pacienta, že vyhodnocení může trvat i hodinu a půl. Po obdržení zprávy může pacient odejít domů (Štálová, Stehlík, 2005). Před odchodem sestra popíše pacientovi postup po vyšetření, informuje ho, aby každou hodinu vypil minimálně 250ml a po 4 hodinách může sníst lehké jídlo. Po odchodu kapsle z těla přejde pacient na běžnou stravu. V případě hospitalizace zajistí transport pacienta zpátky na oddělení,

kde sestra sleduje jeho celkový stav a odchod první stolice. Vše zaznamenává do ošetrovatelské dokumentace (Holubová et al., 2013).

1.7 Punkce a biopsie

Punkce dle Bartůňka et al. (2015) je důležitá vyšetřovací metoda, která spočívá v odběru vzorku tkáně k následnému cytologickému a histologickému vyšetření. Biopsie je prováděná především z diagnostických nebo terapeutických důvodů (Nejedlá, 2015). Biopsický materiál získáváme dle Vytejškové et al. (2013) punkcí nebo excizí tkáně. Získaný materiál musí sestra uchovat ve fixačním roztoku, aby se neznehodnotil. K fixaci lze použít například 10 % formalín, což je roztok formaldehydu s vodou. Za nejčastější indikace uvádí Nejedlá (2015) nádorová onemocnění včetně lymfatických uzlin, autoimunitní onemocnění, vazivovou přestavbu orgánů nebo kontrolu přihojení orgánů po transplantaci. Za absolutní kontraindikace považuje závažnou poruchu hemokoagulace, trombocytopenii, hemofilii a za relativní kontraindikaci považuje obezitu, špatně dostupné ložisko nebo nespolupracujícího pacienta. Biopsii lze dělit na cílenou a necílenou (Šafránková, Nejedlá, 2006). Cílená biopsie bývá součástí endoskopického vyšetření a při necílené biopsii se tkáň aspiruje speciální jehlou s mandrémem (Nejedlá, 2015). Šafránková, Nejedlá (2006) dodávají, že jde o aspiraci mezižeberního prostoru pomocí Menghiniho jehly nebo spinální jehly s mandrémem. Zástupcem necílené biopsie dle Lukáše, Žáka et al. (2007) je enterobiopsie, v překladu biopsie tenkého střeva, která je indikována při difúzních procesech postihujících tenké střevo. Provádí se speciální biopsickou Crosbyho kapslí, ve které je umístěn speciální nožik, jenž nasátou sliznici odřízne. Vzorek se nejčastěji odebírá z první kličky jejunu (Volf, 2006). Pacient dle Holubové et al. (2013) spolkně Crosbyho kapsli, která je vyrobená z RTG kontrastního materiálu a je připojená na sondu. Kontrola polohy zavedené kapsle probíhá pomocí RTG přístroje. Po vytažení kapsle je získaný slizniční vzorek odeslán na histologické nebo histochemické vyšetření. Histochemické vyšetření dle Volfa (2006) prokáže redukci enzymatického vybavení enterocytů a nejčastěji se enterobiopsie dle Pískovské (2011) využívá k diagnostice celiakie a lze ji provést i při fibrogastroskopii z duodena.

Biopsie je invazivní výkon, proto je nutná příprava pacienta a kontrola srážlivých faktorů a počtu krevních destiček ke snížení rizika krvácení (Bartůňek et al., 2016). Pacient před plánovaným výkonem od půlnoci nejí, nekouří a 3-4 hodiny před samotnou enterobiopsií nepije. Před zahájením vyšetření připraví sestra veškeré pomůcky k výkonu, zhodnotí současný celkový stav pacienta, uloží pacienta do příslušné polohy,

do úst mu zavede ústní kroužek a vyzve lékaře k zahájení vyšetření (Holubová et al., 2013). Výkon se provádí v analgosedaci, kdy je podáno například Dormicum 5mg intravenózně, případně v lokální anestezii 1 % Mesocainem (Nejedlá, 2015). Dle Holubové et al. (2013) se pacientovi aplikuje v rámci premedikace Diazepam 5mg společně s 1 ampulí Deganu. Lékař zavádí sondu s Crosbyho kapslí do úst a vyzve pacienta k polykání. Zavedení kapsle do jejunu se kontroluje za pomoci RTG snímku a v případě správného zavedení kapsle lze provést biopsii. Sestra zajistí správné uložení bioptického vzorku a po celou dobu vyšetření udržuje kontakt s pacientem a asistuje lékaři. Monitorace pacienta po výkonu do druhého dne společně s kontrolou celkového stavu pacienta je dle Nejedlé (2015) nezbytnou součástí péče po vyšetření. Bartůněk et al. (2016) vyjadřuje nutnost monitorace jen u některých případů. Dle Holubové et al. (2013) se však fyziologické funkce sledují první čtyři hodiny po výkonu, a to každou hodinu. Dále sestra sleduje známky krvácení, zaznamenává bolest, kontroluje dodržování předepsané polohy a veškeré ošetřovatelské výkony zaznamenává do ošetřovatelské dokumentace.

2 Cíl práce a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

Cíl 1 - Zmapovat úlohu sestry u vybraných endoskopických vyšetření.

Cíl 2 - Zmapovat subjektivně vnímané pocity nemocného při přípravě na vybraná endoskopická vyšetření.

2.2 Výzkumné otázky

VO 1 - Jaká je úloha sestry u vybraných endoskopických vyšetření.

VO 2 - Jakou část přípravy u vybraných endoskopických vyšetření vnímá nemocný za nejobtížnější?

3 Metodika

3.1 Metodika práce

Před zpracováním empirické části bakalářské práce bylo důležitým předpokladem důkladné prostudování literatury. Dostupné prameny o problematice vyšetření střev byly k dispozici v Akademické knihovně Jihočeské univerzity a v Jihočeské vědecké knihovně v Českých Budějovicích. Pro další potřebné poznatky byly prostudovány elektronické databáze a databázované časopisy, konkrétně databáze PubMed. Dále jsou v teoretické části obsaženy poznatky z elektronických zdrojů. Nejčastější elektronický zdroj je online časopis České gastroenterologické společnosti, České hepatologické společnosti, „Slovenskej gastroenterologickej spoločnosti“ a „Slovenskej hepatologickej spoločnosti“. Poté byla zpracována teoretická část práce. Po prostudování literatury byly vytvořené otázky do polostrukturovaných rozhovorů.

Před zahájením empirické části bakalářské práce byly podány žádosti o povolení výzkumného šetření náměstkyním pro ošetrovatelskou péči do třech nemocnic jihočeského kraje. Jedna žádost byla také podána do specializovaného pracoviště gastroenterologického a interního profilu v jihočeském kraji. Všechny oslovené náměstkyně jihočeských nemocnic a dále oslovené specializované pracoviště se k žádosti vyjádřily kladně. Písemné souhlasy s provedením výzkumného šetření nejsou součástí bakalářské práce z důvodu zachování jejich anonymity, ale jsou k dispozici u autorky. Dále byla navázána spolupráce s vrchními sestrami, které souhlasily s provedením výzkumného šetření u nich na oddělení. Výzkum nakonec probíhal ve 2 nemocnicích a ve specializovaném zařízení.

Pro výzkumné šetření bylo zvoleno kvalitativní metody sběru dat, konkrétně se jednalo o metodu rozhovoru. Tato metoda byla zvolena na základě její nabízené výhody, ke které se řadí možnost poznání širšího kontextu jevů a jejich poznání v přirozených podmínkách (Kutnohorská, 2009). Ke sběru dat byla použita metoda polostrukturovaných rozhovorů se sestrami a pacienty. Pro oba výzkumné soubory byla připravena osnova otázek. Otázky byly otevřené a nabízely možnost doplnění dalšími otázkami. Rozhovor pro sestry tvořil 20 základních otázek, které byly v průběhu rozhovoru doplňovány (viz příloha 2). Rozhovor pro pacienty obsahoval 16 základních otázek, které také byly v průběhu rozhovoru dále rozšiřovány (viz příloha 3).

Rozhovor se sestrami byl zaměřen na jejich úlohu během endoskopického vyšetření. Všechny rozhovory byly předem naplánované, sestry byly seznámeny se

zachováním jejich anonymity, s účelem bakalářské práce a s metodou sběru dat. Rozhovory probíhaly pomocí již zmíněných otázek, na které sestry velmi aktivně odpovídaly. Většinu položených otázek porozuměly a do výzkumného šetření přispěly zajímavými a bohatými odpověďmi. Blíže bylo třeba specifikovat jen jednu otázku, jejímž cílem bylo zmapovat ošetrovatelská specifika v průběhu přípravy pacienta před kolonoskopií. Jeden rozhovor trval přibližně 30 minut. V tomto časovém úseku se podařilo získat požadované množství informací.

Rozhovor s pacienty se zaměřoval na jejich subjektivně vnímané pocity v rámci přípravy na endoskopické vyšetření. Všechny rozhovory byly předem naplánované. Tři rozhovory probíhaly v domácím prostředí a dva na veřejných místech, např. v kavárně. Pacientům byly položeny otázky, kterým rozuměli a snažili se na ně odpovídat. Rozhovory oproti sestřím trvaly vzhledem k počtu otázek a mnohdy stručnějším odpovědím, především u mužů, kratší dobu. Ačkoliv atmosféra byla přátelská a klidná, průměrná doba rozhovoru byla 15 až 20 minut.

Rozhovory probíhaly během měsíce února a března roku 2019. Všechny oslovené sestry a pacienti s rozhovorem souhlasili a podepsali informovaný souhlas s anonymním zpracováním získaných informací. Výběr výzkumného souboru byl v obou případech záměrný, jehož velikost byla dána teoretickým nasycením dat. Rozhovory byly zaznamenávány na papír a ihned po pořízení byly přepsány do programu Microsoft Word. Z rozhovorů byla provedena analýza technikou otevřeného kódování za využití metody „tužka a papír“ a následně došlo k tvorbě jednotlivých kategorií.

3.2 Charakteristika výzkumných vzorků

První výzkumný soubor tvořily sestry, konkrétně ty, které pracují na endoskopických pracovištích a pečují tak o pacienty podstupující endoskopická vyšetření. Osloveno bylo šest sester ve třech různých zdravotnických zařízeních v jihočeském kraji. Všechny rozhovory probíhaly osobně a jejich odpovědi byly ovlivněné především odpracovanou dobou na endoskopickém pracovišti.

Druhý výzkumný soubor se zaměřuje na pacienty, kteří podstupují endoskopická vyšetření a zjišťují se jejich subjektivně vnímané pocity při přípravě. Osloveno bylo pět pacientů-čtyři muži a jedna žena, kteří již podstoupili endoskopické vyšetření a mohli tak odpovídat na otázky, týkající se přípravy na vyšetření.

4 Výsledky výzkumného šetření

4.1 Identifikační údaje sester

Na začátku rozhovoru došlo nejprve k identifikaci sester, kde bylo zjišťováno, jak dlouho vykonávají práci všeobecné sestry a jak dlouho pracují na endoskopickém pracovišti.

První oslovená sestra s označením S1, vykonává práci všeobecné sestry 20 let a více a konkrétně na endoskopickém pracovišti pracuje v určeném časovém rozmezí 6-10 let. Druhá oslovená sestra, která dále bude uváděná jako S2, pracuje jako sestra 6-10 let. Jde o sestru s nejkratší dobou praxe ze všech oslovených. Na endoskopickém pracovišti působí velmi krátkou dobu, a to v určeném rozmezí 0-5 let. Třetí sestra S3 má praxi 20 let a více a na endoskopickém pracovišti je zaměstnaná 11-15 let. Ze všech oslovených sester pracuje nejdéle na endoskopickém pracovišti. Čtvrtá oslovená sestra vykonává práci všeobecné sestry 11-15 let a ponese označení S4. Na endoskopickém pracovišti působí 6-10 let. Předposlední, pátá oslovená sestra, je označena jako S5. I ona má společně se sestrami S1 a S3 praxi v oboru všeobecné sestry již 20 let a více, ale na endoskopickém pracovišti působí stejně krátkou dobu jako sestra S2, tj. 0-5 let. Poslední oslovená sestra S6 pracuje ve zdravotnictví jako všeobecná sestra také velmi dlouho, a to 20 let a více. Práci na endoskopickém pracovišti vykonává stejně dlouho jako sestra S1 a S4, tj. 6-10 let. Pro lepší přehlednost všech uvedených dat byla vytvořena následující tabulka.

Tabulka 1 - Identifikační údaje sester

	OZNAČENÍ	PRÁCE VŠEOBECNÉ SESTRY	PRÁCE NA ENDOSKOPICKÉM PRACOVIŠTI
Sestra 1	S1	20 let a více	6-10 let
Sestra 2	S2	6-10 let	0-5 let
Sestra 3	S3	20 let a více	11-15 let
Sestra 4	S4	11-15 let	6-10 let
Sestra 5	S5	20 let a více	0-5 let
Sestra 6	S6	20 let a více	6-10 let

(Zdroj: vlastní)

4.2 Seznam vytvořených kategorií u sester

Získané informace od sester S1, S2, S3, S4, S5 a S6 byly rozděleny do následujících 11 kategorií.

Kategorizace

Kategorie 1 – Získávání novinek

Kategorie 2 - Endoskopická vyšetření na pracovišti

Kategorie 3 - Nejčastější indikace

Kategorie 4 - Příprava pacienta na vyšetření

Kategorie 5 - Nejčastější komplikace

Kategorie 6 - Nástup nové sestry na endoskopické pracoviště

Kategorie 7 - Poučení pacienta před kolonoskopií

Kategorie 8 - Ošetrovatelská specifika v průběhu přípravy před kolonoskopií

Kategorie 9 - Nejčastější druhy očistné přípravy

Kategorie 10 - Péče o pacienty

Kategorie 11 - Kapslová endoskopie

4.3 Kategorie 1 – Získávání novinek

První kategorie pod názvem získávání novinek v endoskopických vyšetřeních odhaluje odpovědi sester na otázku, jakým způsobem získávají novinky v endoskopických vyšetřeních. Mezi nejčastěji uváděnou odpověď patří každoroční návštěva seminářů. Na této odpovědi se shodují oslovené sestry S1, S5 a S6. Sestra S1 odpověděla: *„Náš doktor je velmi aktivní, pořád nás chce vzdělávat, kurzů a seminářů je vypsaných spoustu, tak si aspoň vybírám, co by mě zajímalo“*. Sestra S6 navíc zmiňuje zajímavou zkušenost ze stáže, která zněla: *„Jednou za mnou přišla vrchní sestra, jestli bych nechtěla jet na odbornou stáž v endoskopiích do Ostravy. Řekla jsem si, že jsem dlouho nikde nebyla, takže bych jet mohla. Ale už je to déle.“*. Na otázku, jak dlouho trvala stáž v Ostravě odpověděla: *„Víkend, nejdříve teorie a pak jsme měli praktickou část. Moc zajímavá zkušenost. Doporučuji“*. Doplňující otázka ještě ke stáži z Ostravy přinesla zjištění, co nového se na stáži dozvěděla. Odpověď sestry zněla: *„Celá stáž se hodně zabývala kapslovou a balónkovou endoskopií. Takže nám vysvětlovali principy, jak tyto vyšetření fungují, k čemu slouží, o jaký pokrok v medicíně jde a tak. Náš lékař ani jedno vyšetření nedělá, takže jsem podrobnosti pozapomněla. Ale i přesto si myslím, že ta stáž měla svůj účel“*. Oslovená sestra S3 uvedla: *„Ix za rok se účastním semináře Budějovice endoskopické“*. Sestře byla položena doplňující otázka, zda se nejedná spíše o kongres Budějovice kazuistické a její odpověď zněla: *„Ano, kazuistické, omlouvám se“*. Sestra S4 pro získávání novinek v oboru jezdí na kongresy, ale dodává: *„Dříve jsem jezdila více, ale jak nejsou kredity, je toho méně“*.

Jen jedna oslovená sestra, konkrétně sestra S2, zatím nenavštívila žádný seminář, protože se zatím zaučuje na endoskopickém pracovišti. Na otázku, zda se těší, odpověděla: „*Ano, těším se moc. Je třeba jít s dobou. I když teď je toho pro mě nového dost.*“. Další otázka, která byla sestřám položena, se týkala návštěvy nějakého kurzu. Oslovené sestry, konkrétně sestry S2, S4, S5 a S6, zatím žádný vzdělávací kurz nenavštívily, ale sestra S6 podotkla: „*Kolegyně jezdí, třeba mě to taky jednou nemine*“. Sestry S1 a S3 mají vzdělávací kurz již absolvovaný. Sestra S1 uvedla: „*Ano, mám i certifikát, podívejte se*“ a sestra S3: „*Mám kurz pro sestry v gastroenterologii. Po přednáškách a praktickém nácviku jsme psali test a potom skládali ústní zkoušku před komisí*“.

Kde nejčastěji sestry získávají novinky v endoskopických vyšetřeních:

S1, S3, S4, S5, S6 – semináře, kongresy

S1, S3 - vzdělávací kurz

S6 – odborná stáž

S2 – zatím žádný seminář nenavštívila

4.4 Kategorie 2 – Endoskopická vyšetření na pracovišti

Druhá kategorie má název endoskopická vyšetření na pracovišti. Všem osloveným sestřám byla položena otázka, jaká endoskopická vyšetření se provádí během jejich pracovní směny. Na pracovištích, kde pracují sestry S1, S2 a S4 se provádí gastroscopie a kolonoskopie. Tyto vyšetření se provádí i na pracovištích u sester S3, S5 a S6. Jejich pracovní směna je navíc obohacena o vyšetření ERCP. Následující otázka, která byla sestřám položena zněla, kolik daných vyšetření se přibližně provádí za jejich pracovní dobu. První dotazovaná sestra S1 odpověděla: „*Naše pracovní doba je od pondělí do pátku od 7h do 15h. Za den máme tak 15 gastroscopii a 8 kolonoskopií. Je to frmol, čekárna je neustále plná*“. O něco méně, kolem 10 gastroscopii za den uvádějí sestry S5 a S6. U sester S2, S3 a S4 se počet gastroscopii pohybuje v průměru kolem 5 za den. S odpovědí sestry S1, u které se provádí 8 kolonoskopií za den se ztotožňují sestry S4, S5, S6, které uvedly ve své odpovědi 7 až 8 kolonoskopií za den. Sestra S4 dodává: „*Záleží, jestli jsou objednané dlouhé nebo krátké*“. U sestry S2 se provede za její pracovní směnu 4 až 5 kolonoskopií a sestra S3 uvádí: „*Kolonoskopie máme tak 4 za den*“. Nejvíce vyšetření na ERCP se provádí u sestry S3, která uvedla 1 vyšetření za den. Odpověď sestry S6 na počet ERCP za den zněla: „*ERCP je individuální, na den se*

to říct nedá, spíše na týdny, a to je tak 1 až 2x“. S její odpovědí se ztotožňuje i sestra S5, která uvedla 4 ERCP vyšetření za týden.

Prováděné vyšetření na daném pracovišti:

S1, S2, S3, S4, S5, S6 – kolonoskopie, gastrokopie

S3, S5, S6 – ERCP

4.5 Kategorie 3 – Nejčastější indikace

Třetí kategorie odhaluje odpovědi na otázku, s jakými nejčastějšími indikacemi přicházejí pacienti na endoskopická vyšetření. Z odpovědí sester byly vytaženy pouze odpovědi, týkající se vyšetření střev. Mezi nejčastěji uváděné indikace, které přivedly pacienty do ordinace k sestře S1, patří: „K nám pacienti nejčastěji chodí s příznakem krve ve stolici. Od obvodního lékaře dostali okultní test, který následně vyšel jako pozitivní, a tak byli objednaní k nám. A dále funkční obtíže jako je zácpa nebo průjem“. S odpovědí pozitivního nálezu v okultním testu se ztotožňuje sestra S2, která uvedla: „K nám hlavně ten pozitivní okultní test“. Ani sestry S3, S5 a S6 nezapomněly zmínit ve svých výpovědích právě pozitivní test na okultní krvácení. Mezi další indikace, s kterými se setkává sestra S3, patří: „Pacienti, kteří jdou na kolonoskopii přicházejí, nejčastěji s bolestmi břicha, nechutenstvím, objevení krve ve stolici díky testu OK a v poslední době i pacienti odeslaní na preventivní screening v rámci pojišťovny“. Do ordinace k sestře S4 přicházejí pacienti nejčastěji s těmito zmíněnými indikacemi: „Indikací je hodně, ale nejvíce problémy se zažíváním a také zácpa a průjem. Jo a také, když mají pacienti hemoroidy“. Velmi shodné odpovědi uvedla i sestra S5, která si při položení otázky vzpomněla na následně uvedené indikace: „Bolesti břicha, hubnutí, zácpy, pozitivní okultní test, kameny, zvýšené jaterní testy, preventivní screening a spoustu dalšího“. Odpověď sestry S6 na položenou otázku je velmi podobná již s uvedenými indikacemi. Její odpověď totiž zněla: „Prevence na pojišťovnu, pozitivní okultní test a problémy s vyprazdňováním“. V rámci odpovědi preventivního screeningu bylo dále zjišťováno, kolik pacientů přibližně chodí na vyšetření a zda se počet pacientů zvyšuje nebo ne. Všechny dotazované sestry S3, S5 a S6 se ve svých výpovědích shodly, že počet pacientů se neustále zvyšuje. Sestra S3 odpověděla: „Počet se zvyšuje a je to velmi dobře“. Sestra S6 ke své odpovědi dodala: „V posledních letech se počet vyšetření výrazně zlepšuje, ale ještě pořád nechodí všichni, i když jsou k tomu vyzvaní. Potom přijdou, až když je problém v pokročilém stádiu“. Na otázku, co by se mělo zlepšit, odpověděla: „Snižít věk. Chodí k nám častěji mladší a mladší pacienti“.

Nejčastější indikace, které přivedou pacienty na endoskopické vyšetření:

S1, S2, S3, S5, S6 – krev ve stolici (pozitivní OK)

S1, S4, S5, S6 – zácpa, průjem

S3, S4, S5 - bolesti břicha, nechutenství, problémy se zažíváním

S3, S5, S6 – preventivní screening

S5 – hubnutí, kameny, zvýšené jaterní testy

S4 – hemoroidy

4.6 Kategorie 4 – Příprava pacienta na vyšetření

Čtvrtá kategorie má název příprava pacienta na vyšetření. Na otázku, jaká vyšetření musí pacient podstoupit před plánovaným vyšetřením přinesla velmi podobné odpovědi. Nezbytnou součástí podle všech oslovených sester, S1, S2, S3, S4, S5 a S6 patří odběry krve na srážlivost. Sestra S1 přidává i odběry krve na krevní obraz a dodává: „*U kolonoskopie je to nezbytná součást*“. Sestry S2 a S4 se shodují na vyšetření břicha ultrazvukem a sestra S2 ještě dodává: „*občas i CT břicha*“.

Nejčastější vyšetření, které musí pacient podstoupit, než jde na endoskopii:

S1, S2, S3, S4, S5, S6 – odběry krve na srážlivost

S2, S4 – UZ břicha

S1 – odběry krve na krevní obraz

S2 – občas i CT

Další položená otázka zněla, na co si nejvíce nemocní stěžují při přípravě na vyšetření, konkrétně před kolonoskopií. Kromě dotazované sestry S2, která uvedla: „*Zatím o ničem nevím. Většinou se bojí*“ se ostatní sestry S1, S3, S4, S5 a S6 shodly na problému, který výstižně a jasně uvedla sestra S1: „*Jednoznačně vypít množství roztoku. Vždycky se vyděsí a koukají na nás jako z jara. Pak jim to ale vysvětlíme, že je několik variant roztoků, že se to pije postupně a tak*“. Na její výpověď byla ihned podána doplňující otázka, zda se pacient po vysvětlení uklidní. Její odpověď zněla: „*Jo, většinou jo. Nabízíme hlavně roztok Picoprep, ten nemá takové množství a vyprázdní dobře*“. Sestra S4 k problému s množstvím ještě následující problém: „*Stěžují si hlavně na chuť roztoku*“. A sestra S5 přidala problém: „*...polknout sondu a být na lačno, když jdou až odpoledne*“. Doplňující otázka na výpověď sestry S5 zněla, jak tyto uvedené problémy řeší: „*Sondu nijak, hlavně podpora. A hlad? Když k nám chodí pravidelně, snažíme se je objednávat na dopoledne. Většinou jsou to muži no*“. Dále bylo zjišťováno, jak sestry pomáhají pacientovi zvládnout fyzickou přípravu před

vyšetřením. Odpovědi byly velmi bohaté. Nejčastější odpovědi sester shrnula v jednom sestra S2 následovně: „*Vše vysvětlujeme rozhovorem. Snažíme se o empatický přístup, občas to řešíme injekcí*“ I ostatní sestry právě tento problém řeší vhodnou komunikací, konkrétně sestry S1 a S4. Sestra S1 také vyzdvihuje důležitost: „*Nechat si pro vysvětlení přípravy dostatek času*“. Sestry S1 a S4 dají veškerou přípravu pacientovi shrnutou na letáčku, aby na nic nezapomněl. Sestra S4 ke své odpovědi ještě dodává: „*Sdělíme důležitost dodržení přípravy před vyšetřením*“. Tuto důležitost také uvedla sestra S5: „*protože pokud nebude střevo prázdné, vyšetření nebude důkladné nebo je lékař vůbec nevyšetří*“. Sestra S5 si je ale vědoma, že pacientům dělá problém množství roztoku vypít, a tak na otázku, jak tento problém řeší, uvedla: „*Pacientům nabízíme různé varianty roztoků (4l nebo 2l)*“. S tímto problémem má zkušenost i sestra S1, která doporučuje: „*Pro zvládnutí se snažíme volit nízkoolejové roztoky a doporučujeme tzv. dvoufázové pití. Ráno (den před vyšetřením) jednu půlku a večer druhou půlku roztoku*“. Sestra S6 ve své odpovědi na položenou otázku zdůraznila: „*U mužů, hlavně mladších, bojujeme se studem. Takže jim dáváme speciální kalhotky*“. Ke své výpovědi dále dodala: „*Nabízíme je samozřejmě i ostatním, ale mladí se na to ptají*“. Nejstručnější odpověď sdělila sestra S3, která uvedla: „*Pacienti se připravují doma, takže nijak*“.

Jak sestry pomáhají pacientovi zvládnout fyzickou přípravu:

S1, S2, S4 – rozhovor, empatický přístup

S1, S4 – přípravu podají shrnutou na letáčku

S1 – dostatek času na vysvětlení

S6 – podání speciálních kalhotek

Jako další byla položena podobná otázka. Týkala se psychické přípravy pacienta před vyšetřením. Po psychické stránce se snaží pacientovi pomoci všechny dotazované sestry S1, S2, S3, S4, S5 a S6 rozhovorem a vyjadřují podporu, že vyšetření zvládnou. Sestra S1 sdělila, že pacienta po psychické stránce připravuje tak, že: „*Týden před vyšetřením si pacienta pozveme do ordinace, abychom mu vše vysvětlili. On tak pozná prostředí, sestřičky, uvidí i lékaře. Na vyšetření tak nejde do neznáma*“. Sestra S4 pomáhá pacientovi tím, že uvede možnost: „*V případě nejasností, aby se zeptal*“ a sestra S6: „*Vysvětlení ať se nebojí, že je to spíše nepříjemné vyšetření*“. Na otázku, jak komunikují sestry s pacientem byly uvedené následující odpovědi. Sestra S1 uvedla: „*Dbáme na velmi vstřícný přístup, protože si chceme získat důvěru u pacienta a snížit u něj strach z vyšetření. Komunikujeme samozřejmě ústně, občas zasíláme informace i e-*

mailovou adresou“. Na vstřícný, milý a empatický přístup dbají i další oslovené sestry. Sestra S2 uvádí: *„Příjemný tón hlasu a dotek je základem úspěchu“* a sestra S4 při komunikaci s pacientem uvádí: *„Snažíme se vytvořit klidné prostředí, pokud to jde. Aby neměl pacient pocit, že nás zdržuje“*.

Jak sestry pomáhají pacientovi zvládnout psychickou přípravu:

S1, S2, S3, S4, S5, S6 - vstřícný přístup a komunikace, podpora

4.7 Kategorie 5 – Nejčastější komplikace

Pátá kategorie pod názvem nejčastější komplikace přinesla odpovědi na otázku, jaké komplikace se nejčastěji objevují u endoskopických vyšetření. Mezi nejčastěji uváděnou komplikací patří drobné krvácení. Toto uvedly sestry S1, S3, S4, S5 a S6. Sestra S1 ve své výpovědi na otázku uvedla: *„U nás snad žádné nebo jen minimálně. Občas u odstraňování polypů je drobné krvácení. Může nastat i perforace střeva, ale s tím jsem se nesešla. Jinak nejčastější komplikace pak spíše nastává po aplikaci premedikace, kdy cítí pacient nauzeu“*. Komplikaci perforace střeva uvedli i sestry S4 a S5. Sestra S4 uvedla: *„...perforace střeva-málo, nesešla jsem se s tím“*. Jako jediná sestra S5 se s komplikací perforace střeva setkala, její výpověď zněla: *„S perforací jsem se setkala. Naštěstí jen jednou. Okamžitě šel u pacienta tlak dolu a volalo se na sál. Vše pak dopadlo dobře“*. Další častou komplikací, se kterou se sestry během své praxe setkaly, je bolest břicha. Tento problém zmínily sestry S2, S3 a S6. Sestra S5 ke svým odpovědím dále přidala tzv. lehčí komplikace: *„Nevolnost (při přefouknutí) a motání hlavy (u premedikace)“*. S komplikací nevolnost se ztotožňuje i sestra S6 a ke komplikaci premedikace udává sestra S4: *„...jinak špatná snášenlivost-alergie na premedikaci“*. K dalším komplikacím, které se mohou objevit podle sestry S4, patří nevyprázdňené střevo a S3 uvedla odložené komplikace, které vysvětlila: *„Vyskytnou se až pár dní po vyšetření, cca za 4 dny“*. Na otázku, jak uvedené komplikace řešili odpověděli následovně. Drobné krvácení dle sester S1, S3, S4, S5 a S6 řeší lékař již během výkonu. Perforace střeva se řeší chirurgickým zákrokem, ale kromě sestry S5 se s tímto řešením naštěstí zatím nikdo nesešel. Nevyprázdňené střevo se řešilo u sestry S4 tím, že: *„Sdělíme mu, že je střevo nedostatečně vyprázdňené a že vyšetření nelze provést a přeobjednáme pacienta na jiný den“*. Sestra S5 řeší: *„...drobné komplikace se monitorují na dospávacím pokoji“* a sestra S6 na komplikace jako jsou bolesti břicha doporučí pacientům: *„...klidový režim, eventuálně podáme lék na bolest. Většinou ale bolest odezní sama“*.

Nejčastější komplikace v rámci endoskopického vyšetření:

S1, S3, S4, S5, S6 – drobné krvácení

S1, S4, S5 – perforace střeva

S1, S4, S5 – reakce na premedikaci

S2, S3, S6 – bolesti břicha

S4 - nevyprázdněné střevo

S3 – tzv. odložené komplikace

4.8 Kategorie 6 – Nástup nové sestry na endoskopické pracoviště

Šestá kategorie má název nástup nové sestry na endoskopické pracoviště a přináší odpovědi na otázku, co je nejobtížnější pro nově nastupující sestru na endoskopické pracoviště. Kromě dotazované sestry S1, která ve své odpovědi nezmínila přístrojovou techniku, se ostatní sestry, konkrétně sestry S2, S3, S5 a S6 shodly, že nejobtížnější pro nově nastupující sestru na endoskopické pracoviště je manipulace a ovládání přístrojů. Pracovně nejmladší sestra S2 na otázku odpověděla následovně: „*Jelikož jsem tady na pracovišti opravdu krátkou dobu, tak odpověď zní: naučit se s přístroji, endoskopy a počítačovou věží. S tím bojuji každé vyšetření. Naštěstí je lékař trpělivý (smích). A dále je také náročnější naučit se organizaci práce*“. Úplně opačnou odpověď uvedla sestra S4: „*Přístroje jsou ok. Technické věci mě baví*“. Podle ní k obtížnější práci patří: „*Pro mě bylo nejtěžší pochopit dokumentaci. Co kam napsat*“. S náročností organizace práce se se sestrou S2 shodují i sestry S1 a S3. Sestra S5 k obtížnosti práce s přístroji dále doplňuje: „*Dávat je do myčky k dezinfekci a sterilizaci*“. Mezi další odpověď, co může být pro nově nastupující sestru náročné, uvedla sestra S1: „*Komunikace mezi ordinací a čekárnou. Někteří lidé jsou opravdu neodbytní a slovo vydržte chvíličku neznají*“. Jako další náročný bod při práci může být podle sestry S6: „*Naučit se asistenci dle lékaře. Každý to vyžaduje trochu jinak*“.

Mezi nejobtížnější činnosti pro nově nastupující sestru patří:

S2, S3, S5, S6 – manipulace s přístroji

S1, S2, S3 – organizace práce

S1 – komunikace mezi ordinací a čekárnou

S4 – dokumentace

S6 – asistence lékaři

Dále byla položena doplňující otázka, která zjišťovala, co pomůže nově nastupující sestře překonat tyto potíže. Sestry S1, S2, S4 a S6 uvedly dostatek času na zaučení.

Těmto sestřám byla položena doplňující otázka, kolik času sestra průměrně potřebuje na zaučení. Nejrozsáhlejší odpověď uvedla sestra S2: „*Jsem tu půl roku a pořád bojuji s těmi přístroji, ale už jsou to snad jen detaily, které brzy budu zvládat*“. Sestra S6 uvedla: „*Do půl roku by se měla naučit práci na pracovišti*“. Sestra S1 odpověděla na otázku: „*To je hodně individuální, ale asi tak 2-3 měsíce*“. S touto výpovědí souhlasila sestra S4, která uvedla: „*Asi tak 2 měsíce*“. Druhou nejčastěji uváděnou odpovědí na otázku, co sestřám pomůže zvládnout práci na pracovišti byla trpělivost ostatního personálu. Tuto odpověď uvedly sestry S1, S2, S3. Sestra S4 uvedla velmi podobnou odpověď: „*Pochopení od ostatních*“ a sestra S5 odpověděla: „*Milí a trpěliví kolegové*“. Co sestřám nejvíce pomůže zvládnout práci:

S1, S2, S3, S4, S5 – trpělivost ostatního personálu, pochopení

S1, S2, S4, S6 – dostatek času

4.9 Kategorie 7 – Poučení pacienta před kolonoskopií

Sedmá kategorie získala odpovědi na otázku, jak by sestry poučily pacienta před kolonoskopickým vyšetřením. Tato kategorie přináší pestré a bohaté odpovědi. Oslovené sestry, sestry S1 a S2, poučí pacienta o kolonoskopickém vyšetření ústní formou. Odpověď sestry S1 zněla: „*Poučíme je o průběhu vyšetření, přípravě-dieta, pití roztoku, potřeba doprovodu po vyšetření*“. Sestra S2 své doporučení rozšířila o klidový režim. Sestra S3 svým pacientům předá informace následovně: „*Poučíme ústní formou a také mu dáme papír, kde má všechno napsané. Prostudovat, doma. Hlavně doporučíme, aby měl v den vyšetření doprovod a nešel ten den do práce*“. Sestra S5 ve své odpovědi na položenou otázku uvedla: „*Pacienta poučíme ústně pokud možno v klidném prostředí a necháme si více časového prostoru. Také mu dáme na doma letáček, kde má shrnuté veškeré informace, dle kterých se má řídit*“. Za podstatné při ústním poučení pacienta podle ní je: „*Nutné zdůraznit, aby si to přečetli pořádně a důkladně, protože se nám stává, že nejsou dostatečně připraveni a jejich odpověď je, že to nevěděli. A také mají možnost od 14h do 15:30h nám zavolat*“. Na otázku, co by konkrétně vyzdvihla v poučení pacienta odpověděla: „*Odběry krve, pití roztoku a lačnění*“. Bohatou ústní odpověď dostanou pacienti od sester S4 a S6, které k rozhovoru s pacientem také přidávají písemnou formu, kde jsou shrnuté základní pokyny. Jednotlivé pokyny se však u těchto dvou sester S4 a S6 trochu liší. Sestra S6 své pacienty posílá: „*10 dní před odběry na quicka u obvodního lékaře -> výsledky nám pak přinést*“ a dále dodává, že je třeba si u obvodního lékaře zajistit: „*Vyprazdňovací roztok také předepíše*

obvodní lékař, konzultace u DM a úprava léčby na srážení krve. Vynechat léky Fe (Ferronat, Sorbifer)“. Název vyprazdňovacího roztoku však doporučí ona, dle zvyklosti. Sestra S4 své pacienty informuje o: „4 dny před vyšetřením by měl dodržovat speciální dietu (seznam potravin v letáčku) a vysadit léky na snížení krevní srážlivost a produkty železa, nechat si udělat odběry na srážlivost krve“. Speciální dietu, bezsezbytkovou dietu, doporučuje i sestra S6, ale její doba doporučení držení je: „7 dní před bezsezbytková dieta“. O potravinách, které smí a které nesmí, se v obou případech pacienti dočtou v informativním letáčku. Sestra S6 vyzdvihla například potraviny, které smí: „libové maso, bílé rohlíky, rýže ...“ a potraviny které nesmí: „celozrnné pečivo, mák, musli ...“. Den před vyšetřením se obě sestry S4 a S6 shodly na lačnění a pití pouze tekutin. Pacienti u sestry S4 musí den před vyšetřením: „Vzít si 1 tabletu Torecanu a vypít předepsaný roztok. Upozorníme, že z těla musí odcházet čirá tekutina“. Pokud jsou diabetici: „Je nutná individuální konzultace s lékařem“. Sestra S6 doporučí: „Od 14h dle přípravy v návodu pít pitnou kůru“. V den vyšetření poučí sestry S4 a S6 pacienty o nutnosti doprovodu a přijít hlavně na lačno. Sestra S4 nabádá pacienty, aby přišli včas a sestra S6 je upozorní na situaci: „Pokud nemůže pacient přijít, chceme, aby nám zavolał“.

Nejčastější poučení pacienta před výkonem zahrnuje:

S1, S2, S3, S4, S6 - doprovod na vyšetření

S1, S2, S4, S5, S6 – pitná kůra (pití roztoku)

S4, S5, S6 – odběry krve

S1, S2, S4, S6 – bezsezbytková dieta

S5, S6 – lačnění

S1, S2 - průběh vyšetření

S4, S6 - konzultace DM, úprava léků na srážlivost krve a vysadit preparáty s železem

S2, S3 – klidový režim, nejit do práce

S4 – glycerínové čípky

4.10 Kategorie 8 – Ošetřovatelská specifika v průběhu přípravy před kolonoskopií

Osmá kategorie se nazývá ošetřovatelská specifika v průběhu přípravy před kolonoskopií. Položená otázka zněla, jaká jsou podle sester ošetřovatelská specifika v průběhu přípravy pacienta před kolonoskopií na jejich pracovišti. Sestra S4 uvedla: „Ke každému pacientovi přistupujeme velmi individuálně, takže individualita“. Stejnou odpověď přispěla i sestra S5: „Individuální přístup, podrobné poučení a zpětná vazba,

zda tomu pacient porozuměl“. Individuální přístup uvedla i sestra S3, která si však svou odpověď nebyla vůbec jistá, protože dodala: „*Moc nechápu otázku*“. S odpovědí podrobného poučení se ztotožňuje i sestra S6, jejíž výpověď zněla: „*Psychická podpora, správné poučení pacienta o přípravě*“. Za ošetřovatelská specifika v průběhu přípravy považuje sestra S2: „*Vysvětlit dietu, prázdnění-lačnění, vyloučení antikoagulační léčby*“ a sestra S1 mezi ošetřovatelská specifika zařadila: „*Důraz, proč je příprava tak důležitá*“. Ke svému vysvětlení, proč je příprava před vyšetřením tak důležitá, uvedla: „*Máme tady obrázek trávicího ústrojí, abychom pacientovi ukázaly, až do jaké části se bude lékař dívat*“.

Nejčastěji uváděná ošetřovatelská specifika:

S3, S4, S5 – individuální přístup

S1, S6 – vysvětlení přípravy, poučení pacienta

S2 – vysvětlení diety, lačnění, vyloučení antikoagulační léčby

S6 – psychická podpora

Následující doplňující otázka zjišťovala, jak dlouho trvá přibližně výkon kolonoskopie. Sestra S2 uvedla: „*Je to individuální, ale tak v rozmezí 15-45 minut*“. Tento časový úsek 15-45 minut uvedla i sestra S3. Odpověď sestry S4 byla velmi podobná, a to: „*Kolonoskopie u nás trvají v průměru od 15 minut do 50 minut maximálně*“. Na odpovědi, kdy výkon kolonoskopie trvá přibližně 30 minut, se shodly sestry S5 a S6. Sestra S6 ke své odpovědi ještě dodala: „*Je to velmi individuální*“. Naopak sestra S1 uvedla přibližnou dobu výkonu: „*Krátká kolonoskopie tak 10-15 minut, ty delší i hodinu*“.

Jak dlouho trvá průměrně kolonoskopie:

S2, S3, S4 – 15 až 50 minut

S5, S6 – cca 30 minut

S1 – krátká 10 až 15 minut, delší i hodinu

4.11 Kategorie 9 – Nejčastější druhy očistné přípravy

Devátá kategorie má název nejčastější druhy očistné přípravy před kolonoskopickým vyšetřením a zjišťovala odpovědi sester na otázku jaké nejčastější druhy očistné přípravy používají na jejich pracovišti. V rámci očistné přípravy „pitná kůra“ používají sestry celou řadu různých přípravků. Nejčastěji zmíněný byl přípravek Fortrans, konkrétně u sester S2, S3, S4, S5 a S6. Sestra S4 svou odpověď rozšířila, že: „*Lékař ho vnímá jako nejlepší pro vyprázdnění střeva*“. Sestra S1 uvedla pouze roztok

Picoprep. Doplnující otázka na sestru S1 zněla, z jakého důvodu používá právě Picoprep. Její odpověď: „*Jsou to jen 2-3 sáčky do 150 ml vody, takže ta nepříjemná chuť se dá zvládnout, a pak pijí 2 litry normální tekutiny po každé skleničce s přípravkem. 3 sáčky dáváme pacientům, kteří jsou objednaní až na pozdější hodiny*“. Na otázku, co považuje za normální tekutinu odpověděla: „*čistou vodu*“ a na otázku, jestli doporučuje svým pacientům konkrétní časy, odpověděla: „*První sáček ráno a druhý sáček kolem oběda. Když jdou až někdy odpoledne, třetí sáček pijí ráno v den vyšetření*“. S přípravkem Picoprep mají ale i zkušenost dotazované sestry S3 a S5. Dále byl zmíněn od sester S2 a S5 přípravek Moviprep. Pro tyto sestry, které mají zkušenosti s přípravkem Moviprep, byla položena doplňující otázka, jaké výhody shledávají v tomto přípravku. Odpověď byla u obou velmi podobná. Sestra S2 formulovala svou odpověď následovně: „*Je to menší množství roztoku, pacienti to zvládají vypít celé*“ a sestra S5 uvedla: „*Přípravek Moviprep podáváme pacientům, kteří nezvládli vypít 4 litry přípravku Fortrans. Moviprep se skládá ze 4 sáčků, 2 sáčky se vsypou do 1 litry vody a zbylé dva do druhého litru*“. Sestry S3 a S5 mají zkušenost s přípravkem Ezi clen. Opět byla zjišťována od sester výhoda tohoto přípravku. Sestra S3 uvedla: „*Přípravek je 3 litrový a dá se pít jako jednodenní nebo dvoudenní příprava. Doporučuje dvoudenní, tj.den před vyšetřením vypít 1,5 litru a v den vyšetření alespoň jeden litr*“. Shodnou výhodu přípravku Ezi clen zmínila i sestra S5. Jako poslední uvedený roztok od sester, konkrétně od sester S5 a S6, byl přípravek Vistaprep. Ani zde nechyběla otázka, jakou výhodu by uvedly právě u tohoto přípravku. Sestra S5 odpověděla: „*Tady výhoda asi není, je to roztok podobný Fortrans, takže 4 litry. Ale pokud z pacienta odchází po vypití 3 litrů čirá tekutina, nemusí již poslední litr vypít*“. Sestra S6 odpověděla velmi podobně a to: „*Výhodu nevím, je to 4litrový roztok, takže jako Fortrans. Ten tady používáme více*“.

Nejčastěji jmenované druhy roztoků v rámci pitné kůry:

S2, S3, S4, S5, S6 – Fortrans

S1, S3, S5 – Picoprep

S2, S5 – Moviprep,

S3, S5 – Ezi clen

S5, S6 – Vistaprep

Další otázka, která byla sestrám S1 S2, S3, S5, S6 položena v rámci podání roztoků zjišťovala, podle čeho zvolí pacientovi konkrétní roztok. Svou odpověď sestra S1 formulovala následovně: „*U nás v ordinaci dostanou momentálně pacienti jenom*

Picoprep. Lékař ho vnímá jako dostačující pro vyprázdnění a díky zpětné vazbě od pacientů víme, že to množství zvládnout vypít celkem dobře. Takže hlavní důvod zní kvůli množství“. Sestra S2 zvolí roztok pacientovi individuálně: *„Pacientům nabízíme 4litry Fortrans anebo 2 litry Moviprepu. Přesnou indikaci, dle které přípravek určujeme nemáme, je to individuální a záleží na posouzení lékaře. Moviprep volíme, když pacienti nevypli na předchozích vyšetřeních Fortrans, ale já osobně bych přípravek Fortrans postupně opouštěla“.* Výpověď sestry S3 na položenou otázku zněla: *„Ze všech tří přípravků, které jsem zmínila, mám nejraději Eziclen. Je to zlatý střed mezi množstvím. Přesnou indikaci Vám asi nepovím, ale je to z důvodu přijatelného množství“.* Sestra S5 uvedla: *„Převážně volíme menší množství roztoku a když se u někoho neosvědčí, podáme větší množství“.* Sestry S4 a S6 podávají pacientům převážně roztoky s větším množstvím. Jako hlavní důvod uvedly, že střevo vyprázdní nejlépe.

Nejčastější indikace pro konkrétní roztok:

S1, S2, S3 – množství roztoku

Pokud lékař indikuje očištnou přípravu „klyzma“, sestra S1 uvedla přípravek Yal gel. Sestra S5 na položenou otázku odpověděla: *„Pokud děláme jen koloskopii po esovitou kličku (do 30 cm) podáváme klyzma, konkrétně přípravek Bakster, který si musí ale pacienti sami koupit a aplikovat“.* Oslovená sestra S6 uvádí, že nejvíce používají k vyprázdnění střeva roztoky, ale: *„Když jsou pacienti hospitalizovaní, u některých požadujeme klyzma od sester“.* Na otázku, jaký přípravek doporučují sestřím provádějící klyzma, odpověděla: *„Vodu“.* Ostatní sestry, konkrétně sestry S2, S3, a S4, klyzma na jejich pracovišti nepodávají.

Nejčastěji jmenované přípravky pro podání klyzma:

S1 – Yal gel

S5 – Bakster

S6 – voda

4.12 Kategorie 10 – Péče o pacienty

Desátá kategorie zahrnuje odpovědi sester na otázky, jak pečují o pacienta před vyšetřením, během vyšetření a po vyšetření, jaká jsou režimová opatření o pacienta po vyšetření. Nejprve sestry, sestry S1, S2, S3, S4, S5 a S6 odpovídaly na položenou otázku, jak pečují o pacienta před vyšetřením. Sestra S2 odpověděla: *„Před nijak, připravují se doma. Myslím tím tu fyzickou přípravu. Když k nám přijdou do ordinace, tak se jich zeptáme, kolik toho vypili, jestli jsou opravdu na lačno a mají s sebou*

doprovod“. Prvotní podobnou odpověď, že o pacienty nepečují, protože se připravují doma, měly i sestry S3 a S4. Následně pak ale své výpovědi rozšířily. Sestra S3 na otázku, zda mají na pracovišti speciální kalhotky odpověděla: „*Ano máme. Vidíte to, ještě že jste mi to připomněla. Samozřejmě možnost speciálních kalhotek, jak my jim tady říkáme intimačky, u nás pacientům nabízíme. Ale najdou se i tací, kteří je nechtějí*“. Sestra S4 na doplňující otázku přispěla odpovědí: „*Jo vlastně. Kalhotky pacientům nabízíme*“. Sestra S1 v rámci péče o pacienta před vyšetřením, rovnou ve své odpovědi uvedla, že: „*Před mu dáme kalhotky z důvodu zachování intimity*“. S touto odpovědí se ztotožňuje i sestra S6, která ke své odpovědi ještě přidává, že: „*...uložíme pacienta do správné polohy a napojíme ho na monitor*“. Také sestra S5 podá pacientovi speciální kalhotky, ale jako jediná uvedla, že pacientovi před vyšetřením podává injekci dle ordinace lékaře. Nejčastěji je ordinován Midazolam a Fentanyl. Na otázku, zda ji podávají všem uvedla, odpověď: „*Většinou ji podáváme všem na 90 %*“.

Péče o pacienta před vyšetřením spočívá v:

S1, S3, S4, S5, S6 – podání speciálních kalhotek

S2 – kontrola lačnění a doprovodu, kolik vypil roztoku

S5 – podání injekce (Fentanyl, Midazolam)

S6 – uložení do správné polohy

Druhá část otázek se zaměřila na to, jak sestry pečují o pacienty během vyšetření. Nejčastěji uváděnou odpovědí byla monitorace fyziologických funkcí. Sestra S3 uvedla: „*Během výkonu máme pacienta na monitoru a občas podáváme O2*“. Velmi podobně odpověděla i sestra S5: „*Během výkonu máme pacienta na monitoru a udržujeme s ním slovní kontakt*“ a do třetice uvedla monitoraci i sestra S6. Slovní kontakt s pacientem během výkonu udržují také sestry S1, S4, S5 a S6. Sestra S1 odpověděla: „*Během vyšetření s pacientem udržujeme kontakt, komunikujeme s ním, pomáháme mu s dýcháním, tlačíme mu na břicho*“. Také sestra S2 uvedla: „*Během upozorňujeme na změnu polohy a vysvětlujeme, proč jim mačkáme břicho-pomoc nástroji uvnitř*“. Sestry S4 a S6 během výkonu také asistují lékaři.

Péče o pacienta během vyšetření spočívá v:

S1, S4, S5, S6 – slovní kontakt, komunikace

S3, S5, S6 – monitorace fyziologických funkcí

S4, S6 – asistence lékaři

S1, S2 – mačkání břicha

S1 – pomoc s dýcháním

S2 – upozornění na změnu polohy

Další položená otázka zmapovala odpovědi sester, jak pečují o pacienta po výkonu. Sestry S1, S5 a S6 pacientovi změří tlak. Další péče sester S5 a S6 spočívá v uložení pacienta na dospávací pokoj. Sestra S6 uvedla, že je to z důvodu: „*Sledování případných potíží*“ a sestra upřesnila čas: „*na 30 minut ho uložíme na dospávací pokoj*“. Také sestra S4 sleduje svého pacienta po výkonu na dospávacím pokoji a navíc uvedla: „*Po vyšetření zavedeme pacientovi rektální rourku*“. Rektální rourku zavede také sestra S5, která svou odpověď obohatila o: „*Pokud šlo o náročný výkon, pacienta hospitalizujeme (např. u krvácení)*“. Dotazovaná sestra S2 uvedla, že: „*Po výkonu doporučujeme klidový režim po celý den*“ a odpověď sestry S3 zněla: „*Po výkonu dohlídáme, zda odchází pacient s doprovodem*“.

Péče o pacienta po vyšetření:

S1, S5, S6 – kontrola tlaku a pulzu

S4, S5, S6 – dospávací pokoj

S4, S5 – podání rektální rourky

S2 – dohled, zda má pacient doprovod

S2 – doporučení klidového režimu

V rámci otázky režimových doporučeních po výkonu uvedly všechny oslovené sestry S1, S2, S3, S4, S5 a S6 klidový režim po celý den. Sestra S2 svou odpověď formulovala větou: „*Já pacientům nejčastěji doporučuji, aby v den výkonu neměli žádnou námahu a měli dostatek odpočinku. Vždy je ještě upozorním na to, že je to z důvodu postupného návratu do běžného režimu. Jak dny před vyšetřením dodržovali pitnou kúru a nic nejedli, jsou fyzicky slabší*“. Odpověď sestry S1 zněla velmi podobně a svou odpověď obohatila o následující: „*Po odstranění polypů doporučíme delší klidovější režim-i 3 dny po vyšetření. A po podání opiátů (Fentanyl) v ten den neřídít auto*“. S doporučením, aby pacienti po vyšetření, kdy jim byl podán opiát, neřídili auto, uvádí ve svém doporučení i sestra S6. Sestra S4 mezi režimová doporučení po výkonu také zahrнула: „*Nechodit v den vyšetření do práce, nepracovat na zahrádce, neuklízet a tak. Naštěstí jsou pacienti unavenější, takže je tato činnost nějak neláká. Ale i přesto na klidový režim upozorňuji*“. S touto výpovědí se shodli i sestry S3 a S5. Mezi další doporučení od sester S1 a S6 zazněla postupná strava, začít lehčím jídlem a sestra S1 dodala ještě dostatek tekutin. Poslední doporučení, které zmínila sestra S5, se týkalo: „*Při objevení jakékoliv komplikace jako je krvácení, bolesti a podobně okamžitě vyhledat lékařskou pomoc*“.

Nejčastější režimová doporučení:

S1, S2, S3, S4, S5, S6 – klidový režim

S1, S4, S6 – postupná strava

S1 – dostatek tekutin

S4 – nepít alkohol

S5 – při objevení komplikací vyhledat lékařskou pomoc

4.13 Kategorie 11 – Kapslová endoskopie

Všem osloveným sestřám S1, S3, S4, S5 a S6 byly položeny otázky, které měly za úkol zmapovat ošetrovatelskou problematiku u pacienta, jenž podstupuje kapslovou endoskopii. Pouze jedna sestra, konkrétně sestra S2, se vyjádřila následovně: „*Nemám zkušenosti, u nás se nic neprovádí. Nedokážu odpovědět, jsem tu hlavně krátce a osobně jsem s pacientem určeným ke kapslové endoskopii nesetkala*“. Tudíž ji nebyly položeny otázky, které se týkaly této problematiky. Osobní zkušenost s kapslovou endoskopií neměla ani sestra S3, která ale i přesto chtěla, aby ji byly položeny otázky na téma kapslové endoskopie. Ve své odpovědi uvedla: „*Jsem bez zkušeností, tuto možnost tady nenabízíme, znám to jen teoreticky ze seminářů a kurzů. Ale ptejte se*“. První položená otázka pro sestry zněla, zda ví, jaké indikace vedou ke zvolení kapslové endoskopie. Každá oslovená sestra přispěla k této otázce zajímavými odpověďmi. Sestry S1 a S6 se shodly na indikaci, když má pacient problémy v tenkém střevě. Svou odpověď vyjádřila sestra S6 následovně: „*Myslím si, že jde o problémy na tenkém střevě. Tady využiju znalosti ze stáže, protože tam se kapslová a balonková endoskopie točila právě kolem tenkého střeva*“. Sestra S1 jako další indikace uvedla: „*...dále mě napadají malabsorpční příznaky a když nelze provést kolonoskopii*“. Indikaci neproveditelné kolonoskopie uvedla i oslovená sestra S4, jejíž výpověď zněla: „*Když pacient nemůže podstoupit kolonoskopické vyšetření*“. Sestra S3 zmínila: „*Podezření na nespecifické střevní záněty*“ a odpověď sestry S5 byla: „*Nevysvětlitelné anemie. Pacient podstoupil veškerá vyšetření, která nic neprokázala. Doporučení na kapslovou endoskopii-vyšetření (gastro/ kolonoskopie), že ji může podstoupit, aby nedošlo k retenci kapsle*“.

Nejčastěji uváděné indikace:

S1, S6 – problém v tenkém střevě

S1, S4 – nelze provést kolonoskopie

S1 – malabsorpční příznaky

S3 – nespecifické střevní záněty

S5 – nevysvětlitelné anemie

Následující otázka, která byla sestřím položena, zjišťovala, jak by připravily pacienta na kapslovou endoskopii. Všechny dotazované sestry se shodly, že je příprava podobná jako na kolonoskopii. Sestra S1 připraví pacienta následovně: *„Stejně jako na kolonoskopii-prázdné střevo, dieta, lačnění. Více se používá roztok Fortrans“* a dále pacienta upozorní na: *„Informovat pacienta o přiložení pásu kolem břicha a o velikosti kapsle“*. O pásu a speciálním přístroji také pacienty informuje sestra S4, která ještě dodala: *„Informuji ho, že vyšetření bude trvat delší dobu, než kapsli vyloučí. Jinak prázdné střevo, lačnění, dieta, nekouřit.“* Sestra S6 si uvědomuje riziko vzniku komplikace, proto pacienty odesílá na vyšetření střeva a polykací reflex, aby předešla případným komplikacím. Odpověď sestry S5 zněla: *„Přípravu a termín podáme u nás, pak je odesíláme na speciální pracoviště. Také jim dáme letáček. Opět pitná kúra, pouze roztok Fortrans a 3 pytlíky. Vysadit léky s železem a pokud užívá Warfarin, převést na Clexane“*.

Příprava na vyšetření:

S1, S4, S5, S6 – podobná jako na kolonoskopii (lačnění, prázdné střevo, dieta)

S1, S4 – informace o přiložení pásu

Po přípravě pacienta bylo zjišťováno, jak naopak sestry pečují o pacienty po vyšetření. Péče o pacienty podle oslovených sester S1, S3 a S4 zahrnuje odnětí přístroje a předat ho lékaři. Například sestra S4 uvedla: *„Sundat přístroj, předat lékaři“*. Sestra S5 na otázku odpověděla: *„Domluvit se s pacientem na předání kapsle“*. Na předání kapsle se s pacientem domlouvá i sestra S6, která dodává, že je to z důvodu: *„Je drahá a občas se pacienti „nahání“, aby ji vrátili“*.

Péče po vyšetření:

S1, S3, S4 – sundání přístroje

S5, S6 – předání kapsle

Poslední položená otázka na ošetřovatelskou problematiku u kapslové endoskopie zjišťovala, s jakými komplikacemi se sestry setkaly. Odpověď sestry S5: *„Za svou praxi jsem se setkala s poruchou polykání u pacienta, který nebyl schopen kapsli spolknout. Asi nedokonalé vyšetření před“*. Jako doplňující otázka zněla, jak tuto komplikaci řešily přinesla odpověď: *„Nepodstoupil vyšetření“*. Ostatní oslovené sestry uvedly, že se během své praxe s žádnou komplikací nesetkaly. Sestry S3 a S4 odpověděly, že nemají zkušenosti a od sestry S6 zaznělo: *„Já s žádnou. Dbáme na dokonalou přípravu. Jinak nejčastější je ta retence kapsle“*. Na retenci kapsle byla položena další otázka, zda

sestry ví, že tato komplikace může nastat. Všechny sestry, sestry S1, S3, S4, S5 a S6 o této komplikaci věděly. Sestra S5 odpověď doplnila: „*Musí se chirurgicky odstranit*“ a sestra S1 uvedla, že tuto komplikaci pozná díky: „*Zvracení a bolesti břicha. Informuji lékaře*“.

4.14 Identifikační údaje u pacientů

Na začátku rozhovorů s pacienty došlo nejprve k jejich identifikaci. První identifikační otázka byla zaměřena na věk pacienta a druhá zjišťovala, zda bylo vyšetření u pacienta první nebo už několikáté. Do identifikačních údajů je zařazeno i pohlaví pacienta.

První oslovený pacient má označení P1. Jde o muže mladšího 20 let a ve své výpovědi uvedl, že endoskopické vyšetření je pro něj několikáté. Dodal, že první vyšetření podstoupil jako velmi malý. Zároveň je také tento muž nejmladším účastníkem výzkumného šetření. Druhou oslovenou respondentkou byla žena ve věku 50-59 let a ponese označení P2. Jde o jedinou ženu výzkumného šetření. Na otázku, zda pro ni je vyšetření první nebo několikáté uvedla: „*Vyšetření podstupuji každý rok od doby, co jsem začala mít problémy*“. Třetí pacient je muž a ponese označení P3. Uvedený věk je 70 let a více a jde o nejstaršího osloveného pacienta. I pro něj je endoskopické vyšetření už několikáté. Dalším osloveným pacientem je také muž a je zařazen do věkové kategorie 40-49 let. Identifikován bude pod označením P4. Pouze on ze všech oslovených pacientů měl endoskopické vyšetření jen jedno. Jako poslední pacient, pacient P5 je muž ve věku 50-59 let. Odpověď na otázku, zda je pro něj vyšetření první nebo několikáté, přinesla totožnou odpověď jako u předchozích pacientů, konkrétně pacientů P1, P2 a P3. Jde o odpověď několikátého vyšetření. Tak jako u sester je i u pacientů vytvořena tabulka pro přehlednější orientaci v identifikačních údajích (viz tabulka 2).

Tabulka 2 – Identifikační údaje pacientů

	OZNAČENÍ	POHLAVÍ	VĚK	VYŠETŘENÍ
Pacient 1	P1	muž	méně než 20 let	několikáté
Pacient 2	P2	žena	50-59 let	několikáté
Pacient 3	P3	muž	70 let a více	několikáté
Pacient 4	P4	muž	40-49 let	první
Pacient 5	P5	muž	50-59 let	několikáté

(Zdroj: vlastní)

4.15 Seznam vytvořených kategorií u pacientů

Získané odpovědi od oslovených pacientů P1, P2, P3, P4 a P5 byly rozděleny do následujících 6 kategorií.

Kategorizace

Kategorie 1 – Informovanost pacientů

Kategorie 2 - Všeobecné doporučení ze strany zdravotnického personálu

Kategorie 3 – Strava

Kategorie 4 – Očistná příprava

Kategorie 5 - Doplnující vyšetření

Kategorie 6 - Doporučení ostatním pacientům z vlastní zkušenosti

4.16 Kategorie 1 – Informovanost pacientů

První kategorie zahrnuje odpovědi pacientů na otázky týkající se všeobecné informovanosti v přípravě před endoskopickým vyšetřením. Na otázku, kdo je informoval o přípravě na endoskopické vyšetření, se pacienti P1, P3, P4 a P5 shodli na lékaři a jen jedna oslovená pacientka P2 uvedla, že: „*S informacemi o celé přípravě před vyšetřením mě seznámila sestřička, která byla velmi milá a věděla, o čem mluví*“. Na následující otázku, jestli jí byla předložena i nějaká forma letáčku nebo brožurka s informacemi o přípravě uvedla, že: „*Ano, dostala jsem na konci sezení brožurku, kde byly shrnuty základní informace týkající se přípravy a také mě ujistila, že při nejasnostech mohu kdykoliv zavolat*“. Ostatní oslovení pacienti uvedli pouze ústní předání základních informací od lékaře a žádný letáček nedostali. Pacient P5 však zmínil strach, zda si bude veškeré informace pamatovat a pacient P3 uvedl: „*Když jsem přišel domu a manželka se mě ptala, vlastně jsem si skoro nic nepamatoval*“.

Kdo informoval pacienty o přípravě na vyšetření:

P1, P3, P4, P5 – lékař

P2 – sestra

Způsob předání informací:

P1, P2, P3, P4, P5 – ústní

P2 – brožurka/letáček

Následující kladená otázka se zaměřovala na nejčastější dotazy, které pacienty zajímaly v rámci přípravy před vyšetřením. Mezi nejčastěji uváděný dotaz byla na prvním místě bolest. Bolest uvedli pacienti P1, P3, P4 a P5. Pak následovala odpověď, jak dlouho to vyšetření bude trvat. Tento dotaz zmínili pacienti P1, P3 a P5. Pacienti P1

a P5 se zajímali, zda budou nafouknutí a pacient P4 zjišťoval: „*Budu moct jít v den vyšetření do práce nebo si musím vzít na celý den volno*“? Nejmladší oslovený pacient P1 měl zkušenosti s anestezií během výkonu, proto se ptal následovně: „...*snad jen jestli dostanu zase anestezii jako předtím nebo ne*“. Dále pak byly zmíněné dotazy na zavedení kanyly, průběh podávání klyzma, stud během vyšetření, co to je bezezbytková dieta a co když to nezvládne. Na dotazy bylo odpovězeno u všech pacientů ústní formou od lékaře nebo od sestry u pacientky P2, která uvedla: „*Komunikace s ní byla famózní, neustále mě podporovala a ujišťovala, že vše zvládnou*...“. Díky této výborné komunikaci si jako jediná doma jen pročetla brožurku a sama si žádné informace nevyhledávala.

Nejčastější dotazy:

P1, P3, P4, P5 – bolest

P1, P3, P5 – doba vyšetření

P1, P3, P4 – klyzma

P1, P5 – nafouknutí

P4 – práce v den vyšetření (ano-ne)

P1 – anestezie

P5 – kanyla

P3 – co to je bezezbytková dieta

P2 – co když vyšetření nezvládne

Následující otázkou se zjišťovalo, zda si pacienti doma vyhledávali ještě nějaké informace. Pacient P1 se poprvé doptával rodičů, ale nevzpomíná si, na co přesně. Pacient P3 volal dceři a pacient P4: „*Noo, pouštěl jsem si video na klyzma na YouTube (smích). Neměl jsem s ním zkušenost, tak ještě že tyhle možnosti máme*“. A poslední oslovený pacient P5 uvedl: „*Nic jsem si nehledal, bál jsem se, čeho všeho bych se na internetu mohl dočíst*“.

Vyhledávání doplňujících informací doma:

P1, P3 – rodina

P4 – video

P2, P5 – nic

4.17 Kategorie 2 – Všeobecné doporučení ze strany zdravotnického personálu

Druhá kategorie přinesla odpovědi na otázky, co všechno bylo pacientům doporučeno před vyšetřením. První otázka zmapovala, jak se pacienti dopravili na vyšetření. Pacienti P1, P3 a P5 se na vyšetření dopravili s doprovodem na základě

doporučení. Výpověď pacienta P1 zněla následovně: „*Na vyšetření mě dovezli i přivezli rodiče*“ a pacient P3 odpověděl na tuto otázku: „*S manželkou*“. Pacientce P2 byl též doporučen doprovod, ale neměla ho a pacientovi P4 doprovod nebyl doporučen, a proto dorazil na vyšetření sám.

Jak se pacienti dopravili na vyšetření:

P1, P3, P5 – s doprovodem

P2, P4 – sami

Ohledně všeobecného doporučení před vyšetřením uvádí pacient P1 následující odpověď: „*Před vyšetřením mi doporučili klidový režim a 2 dny předem se vyhýbat potravinám, které bych dlouho trávil*“. K doporučenému klidovému režimu se přidává i pacient P5, kterému bylo dále doporučeno od lékaře: „*Ať se ničeho nebojím, ať přijedu s doprovodem*“. Pacient P4 se zase od svého lékaře dozvěděl následující doporučení: „*Ať se ničeho nebojím a na ten den si neplánuji žádné důležité schůzky*“. Ostatní pacienti se k této otázce významně nevyjádřili. Dále následovalo zjištění odpovědí v oblasti užívání léků-jestli nějaké léky užívali a museli je před daným vyšetřením vysadit. Pacienti P1, P4 a P5 uvedli, že žádné léky neužívali, a tudíž nebylo třeba nic vysazovat. Pacientka P2 však pravidelně užívá Warfarin, a proto ji bylo doporučeno lék před vyšetřením vysadit. Na dodatkovou otázku, zda to pacientce přineslo nějaké změny, byla uvedena odpověď: „*Bála jsem se, že dostanu znovu embolii*“. Pacient P3 také musel vysadit užívaný lék Warfarin, ale žádnou změnu mu to prý nepřineslo. Dále byla položena otázka o lécích na uklidnění před vyšetřením. Pacientka P2 využila možnost intravenózní injekce a pacient P5 odpověděl: „*Injekci mi nabídli, ale já jsem ji odmítnul. I poprvé*“. Oslovení pacienti P3 a P4 se shodli, že žádný lék nedostali a pacient P1 dostal poprvé anestezii z důvodu dětského věku, po druhé už nic nedostal.

Úprava léků před vyšetřením:

P1, P4, P5 – léky neužívají

P2, P3 – úprava Warfarinu

Následující otázka, která byla pacientům položena, zjišťovala, zda jim bylo doporučeno využít během vyšetření speciálních kalhotek a přinesla překvapující odpovědi. První reakce od pacienta P1 zněla: „*...to existuje?*“. K této překvapivé reakci se přidal i pacient P5, který sice nevěděl o speciálních kalhotkách, ale byl během vyšetření přikrytý příkrývkou. Odpověď pacienta P4 byla: „*Tak nic takového mi nebylo nabídnuto, ale jelikož jsem se fakt styděl, asi bych tuhle možnost ocenil. Sice jsem měl příkrývku, ale tohle by bylo hodně dobré*“. Nejhorší reakce byla od pacienta P3, který

uvedl, že poprvé nebyl ani přikrytý. Opačná odpověď byla od pacientky P2, která uvedla, že ji speciální kalhotky byly vždy nabídnuty, ale odmítla je z důvodu, že: *„Intimita během vyšetření byla perfektní, takže jsem neměla potřebu kalhotek“*.

Speciální kalhotky během vyšetření:

P1, P2, P3, P4, P5 – kalhotky neměli

P2 – byly nabídnuty, ale nechtěla je

4.18 Kategorie 3 - Strava

Třetí kategorie pod názvem strava před vyšetřením zahrnuje odpovědi týkající se stravovacích návyků před vyšetřením střev. Položená otázka, jak vnímají pacienti dodržování bezsezbytkové diety přinesla zajímavé odpovědi. Kromě pacienta P4, který neznal pojem bezsezbytková dieta, se ostatní pacienti shodli, že tato dieta v rámci přípravy před vyšetřením zazněla. Pacient P1 vnímal dodržování diety následovně: *„Normálně. Žádné velké změny mi to nepřineslo, jak jsem už řekl, nejsem vybíravý na jídlo, a když je třeba to dodržovat, tak jsem to dodržel“*. Pacient P3 do doby vysvětlení od dcery nevěděl, co to je za dietu, kterou musí dodržovat a pacient P5 na položenou otázku odpověděl: *„Bezezbytková dieta, tak o tom jsem slyšel, ale že by mi byla doporučena před vyšetřením, to nebyla. Jen manželka se mě doma ptala, jestli se musím před vyšetřením omezit v jídle“*. Další otázka se týkala pouze pacientů P1, P2 a P3, kteří dodržovali před vyšetřením zmíněnou dietu. Odpověď na otázku, jak dlouho ji museli dodržovat, byla od pacientů P2 a P3 shodná, a to 3 dny, pacient P1 uvedl kratší dobu: *„Asi tak 2 dny“*. Při zjišťování odpovědí týkajících se potíží během dodržování diety, nebyly zjištěny žádné potíže, jen pacient P3 vyzdvihnul: *„Nemohl jsem oříšky a pivo k televizi“*. K této problematice byla položena doplňující otázka, zda jim dieta chutnala a všichni oslovení pacienti se shodli, že ano. Tuto otázku dále rozvinula pacientka P2, která dodala: *„Člověk v tu chvíli myslí na to, aby vše dopadlo dobře. Dieta je vedlejší“*.

Dodržování bezsezbytkové diety:

P1, P2, P3 – ano

P4, P5 – ne

Na další položené otázce, která se týkala lačnění před vyšetřením, jsou všichni pacienti P1, P2, P3, P4 i P5 stejného názoru. Lačnění jim výrazné problémy nedělalo, jen k večeru pacienti P1, P3 a P5 uváděli hlad. Ten se však dal podle nich překonat. Například pacient P1 tento problém vyřešil následovně: *„...šel jsem to zaspat“* a pacient P5 poukázal na důležitost lačnění před vyšetřením odpovědí: *„...dělal jsem to pro*

sebe“. Potíže, jako jsou pocity na zvracení a podobně, nikdo nezmínil. Poslední doplňující otázka se týkala pouze pacienta P3, který trpí onemocněním Diabetes Mellitus. Otázka zněla, jestli si měřil častěji hladinu cukru v krvi. Jeho uvedená odpověď byla: *„Jsem diabetik na lécích, takže jsem si zapisoval glykemii častěji, než normálně“*.

Lačnění před výkonem:

P1, P2, P3, P4, P5 – dodrželi lačnění před výkonem

P1, P3, P5 – hlad, ale dalo se to vydržet

4.19 Kategorie 4 – Očistná příprava

Čtvrtá vytvořená kategorie se zabývala druhem očistné přípravy před vyšetřením. Nejprve byla položena otázka, jaký druh očistné přípravy každý oslovený pacient podstoupil a s čím má zkušenosti. K uvedené očistné přípravě poté následovaly podrobnější podotázky k prohloubení informací. Oslovení pacienti P1 a P4 uvedli, že mají zkušenosti pouze s klyzmatem. Pacienti P2 a P5 zažili v rámci endoskopické přípravy klyzma i pitnou kůru. Naopak oslovený pacient P3 jako jediný měl doporučenou pouze pitnou kůru. Všem pacientům se zkušeností klyzmatu, konkrétně pacientům P1, P2, P4 a P5, byla položena otázka, jak zvládli průběh podávání klyzmatu. Hlavní roli před první zkušeností s podáním klyzmatu hrál strach z nevědomosti. Nejmladší oslovený pacient P1 popsal strach slovy: *„Poprvé jsem se toho bál, nevěděl jsem, co to se mnou udělá“*, pacient P5 uvedl: *„Poprvé jsem se toho bál, ale díky sestřičce, která se mnou pořád komunikovala a byla moc milá, jsem to zvládl. Po druhé už to bylo v pohodě“* a pacientovi P4 pomohlo překonat strach shlédnutí videa na YouTube. I tento pacient vyzdvihl důležitost komunikace mezi ním a sestřičkou ke zmírnění strachu před tímto, pro něj nepříjemným výkonem. S touto odpovědí úzce souvisela další položená otázka, která zjišťovala spolupráci mezi sestrou a pacientem při podávání klyzmatu. Výsledek této odpovědi byl velmi pozitivní od všech oslovených pacientů. Například odpověď pacientky P2 zněla: *„Spolupráce byla výborná, sestra se mnou po celou dobu komunikovala, na vše mě včas upozorňovala, a ještě dodržovala intimitu“*. S touto zkušeností se ztotožňují i ostatní pacienti P4 a P5. Jako jediný pacient P1 nemá zkušenosti s aplikací klyzmatu od sestry, ale od své matky doma, která s ním také výborně spolupracovala. Dva pacienti, konkrétně P1 a P4 se shodují v názoru, že měli také strach, jak dlouho v sobě tekutinu udrží. Odpověď pacienta P1 zněla: *„...v sobě jsem to moc dlouho neudržel. Tak jsem nevěděl, jestli to bude stačit“*. Na

základě zjištěných informací byla položena otázka, co by konkrétně oni jako pacienti doporučili ostatním pacientům před prvním podáním klyzmatu. Téměř většina pacientů se shodla na důležitosti prázdného střeva před vyšetřením a že je tato část přípravy nezbytná i přes svoji obtížnost. Konkrétní doporučení zmínil pouze pacient P1, který by doporučil, aby si před podáním klyzmatu došli na WC. Ostatní odpovědi byly spíše všeobecné ke zmírnění strachu. Patientka P2 doporučila: „*At' se toho nebojí, že představa je děsivá, ale výsledek je dobrý*“. Stejně doporučení měl i pacient P5, který uvedl: „*At' se toho nebojí, že to sice nepříjemné je, ale dá se to vydržet*“.

Tři oslovení pacienti P2, P3 a P5 měli zkušenosti s druhem očistné přípravy-pitná kůra. Pouze jim byly položeny otázky, týkající se této přípravy. V rozhovorech bylo zjišťováno, jak by zhodnotili přijímání velkého množství tekutin. Pacient P5 reagoval na tuto otázku odpovědí: „*Množství to bylo fakt obrovské, nikdy se mi to nepodařilo vypít všechno, ale ty 3 litry jsem vždycky nějak zvládnul*“. S tímto názorem se ztotožňují i pacienti P2 a P3, kteří ale dokázali vypít celé 4 litry. Pacient P3 odpověděl: „*Jo, zvládnul jsem to vypít, ale manželka na mě musela dohlížet, protože 4 litry je fakt hodně*“. Velmi přínosnou odpověď přinesl pacient P5, který uvedl zkušenost s pitím pitné kůry, která zněla: „*Poprvé jsem ale začal pít později, takže jsem v noci nespál. Ale po druhé už jsem věděl, že musím začít dřív a bylo to dobrý*“. Pacientům byla položena doplňující otázka, jaký přípravek jim byl doporučen a všichni se shodli pouze na roztoku Fortrans.

Jaký druh očistné přípravy pacienti dostali:

P2, P5 – kombinace klyzma i pitná kůra

P1, P4 – klyzma

P3 – pitná kůra

4.20 Kategorie 5 – Doplňující vyšetření

Různá doplňující vyšetření měli z oslovených pacientů pouze pacienti P1, P2 a P3. Při položení této otázky zněla reakce u pacientka P4: „*Nic dalšího jsem nepodstoupil. Ani odběry, UZ, moč, nikdo po mě nic nechtěl. Tak teď nevím, když se na to ptáte, jestli u mě něco nezanedbali*“. Ani pacient P5 nebyl odeslán k žádnému doplňujícímu vyšetření. Ostatní pacienti uváděli následující. Pacient P1 uvedl: „*Musel jsem jít na odběry krve*“, pacientka P2 odpověděla: „*Odběry krve před každým vyšetřením, s výsledky krve jsem pak šla na UZ břicha, a pak asi za měsíc jsem šla na kolonoskopii*“. Oslovený pacient P3 zmínil: „*UZ břicha a odběry krve, odběry krve na*

cukr, odběr moči“. Na otázku, zda věděli, na co jim byla nabrána krev, zněla od pacientky P2: „*Odebírali mi biochemii, srážlivost a krevní obraz*“. Pacient P1 uvedl: „*Celiakie, laktóza*“.

Doplňující vyšetření, které pacienti podstoupili:

P1, P2, P3 – odběry krve na srážlivost (P2 – odběr glykemie, odběr moči)

P2, P3 – UZ břicha

P4, P5 – nic

4.21 Kategorie 6 – Doporučení ostatním pacientům z vlastní zkušenosti

Šestá kategorie zmapovala odpovědi pacientů na otázku, kdyby měli možnost doporučit něco pacientům, kteří budou podstupovat vybrané endoskopické vyšetření, co by jim doporučili. Do této kategorie přispěli pacienti velmi pozitivními odpověďmi, které se u všech zaměřovali na zmírnění strachu před vyšetřením. Z odpovědi pacienta P1 je vybrána pro inspiraci věta: „*At' jsou před vyšetřením co nejvíce v klidu a uvolní se a myslí na něco hezkého*“. Doporučení pacientky P2 v celém znění je: „*At' vyšetření podstoupí při prvních potížích hned, než bude pozdě. At' se toho nebojí, představa je sice děsivá, ale díky skvělé spolupráci je výsledek dobrý. Možnost kolonoskopie je pokrok v medicíně a zdraví máme jenom jedno. Jo a lékaři, se kterými jsem měla možnost se potkat, jsou princové na bílém koni. Zachránili mi život*“. Pacient P3 doporučil, aby poslouchali lékaře, pacient P4 naopak přidal doporučení z vlastní strany, a to: „*Potlačit stud a svoje ego a jít na vyšetření s respektem*“. Tak jako pacientce P2 toto vyšetření zachránilo život, stejně tak to měl i oslovený pacient P5, který opět poukazuje na důležitost podstoupit vyšetření včas. Ke své odpovědi dodal: „*...samotná kolonoskopie nebolí, co nejvíce mě asi bolelo, bylo odstraňování těch polypů, to mě pak ještě týden pobolívalo břicho*“.

Nejčastější doporučení od pacientů:

P2, P5 – at' vyšetření podstoupí při prvních potížích

P1 – klid

P3 – poslouchat lékaře

P4 – potlačit stud a jít na vyšetření

5 Diskuse

Tato část bakalářské práce je zaměřena na shrnutí získaných a vyhodnocených výsledků, které byly získány v rámci výzkumného šetření se sestrami a pacienty. V této kapitole budou výsledky našeho šetření uvedeny do souvislosti s teoretickou částí bakalářské práce. Některé výsledky získané od pacientů budou dány do souvislosti s bakalářskou prací z roku 2009 od Ivany Bernátové, která nesla název Informovanost pacientů před endoskopickým vyšetřením. Kolonoskopické vyšetření u ní podstoupilo 21 % pacientů. Druhou bakalářskou prací je Ošetřovatelský proces u pacientů podstupující endoskopické vyšetřovací metody z roku 2011 od Elišky Forštové. Kolonoskopické vyšetření podstoupili v jejích výsledcích 4 pacienti z 6.

Pro bakalářskou práci s názvem Ošetřovatelská problematika u pacienta indikovaného k vyšetření střev byly zvoleny dva cíle. Prvním cílem bylo zmapovat úlohu sestry u vybraných endoskopických vyšetření. Druhý cíl byl zaměřen na zmapování subjektivně vnímaných pocitů nemocného při přípravě na vybraná endoskopická vyšetření. K těmto stanoveným cílům byly vytvořeny dvě výzkumné otázky: Jaká je úloha sestry u vybraných endoskopických vyšetření? Jakou část přípravy u vybraných endoskopických vyšetření vnímá nemocný za nejobtížnější? Získané výsledky kvalitativního výzkumu vychází z rozhovorů s šesti sestrami, které pracují na endoskopických pracovištích v jihočeském kraji. Otázky byly zaměřeny na všeobecnou přípravu před, během a po vyšetření (viz příloha 2). Druhý zdroj výsledků tvořily rozhovory s pěti pacienty, kteří již absolvovali vyšetření a mohli tak odpovídat na otázky (viz příloha 3).

Mezi úzkalí, se kterými jsme se potýkali při psaní bakalářské práce, bych uvedla získání kvalitních odpovědí na otázky od pacientů. Pro získání výsledků byli vybráni čtyři muži v různých věkových kategoriích a jedna žena. I když muži byli ochotni odpovídat na každou otázku, v porovnání s informacemi získané od ženy, své odpovědi více nerozváděli a prohlubovat s nimi rozhovor bylo obtížnější. Domnívám se, že důvodem mohl být stud mluvit o těchto potížích. Pro získání výsledků u sester bylo záměrně osloveno více zdravotnických zařízení, aby se odpovědi na otázky neshodovaly. Osloveno bylo šest sester, které aktivně odpovídaly na otázky a prohlubovaly rozhovor. Při zpracování teoretické části jsem výrazné problémy nezaznamenala. Literatury k vyšetření střev je vzhledem k aktuálnosti onemocnění hodně a je zaměřená jak pro lékaře, tak i na ošetřovatelskou péči pro sestry.

Pro zmapování úlohy sester u vybraných endoskopických vyšetření byly nejprve zjištěny identifikační údaje sester, kde jsme se zaměřili na délku praxe ve zdravotnictví a na délku praxe přímo na endoskopickém pracovišti. Praxe na endoskopickém pracovišti ovlivnila odpovědi sester, i když si myslím, že všechny oslovené sestry se orientovaly v ošetrovatelské problematice velmi dobře. První položená otázka pro sestry byla, jak získávají novinky v endoskopických vyšetřeních. Sestra S2, která je na endoskopickém pracovišti krátce, se zatím nijak více nevzdělává. Ostatní sestry uvedly spoustu seminářů, kongresů a přednášek. Vzdělávací kurz mají absolvovaný zatím pouze sestry S1 a S3. Sestra S6 navštívila odbornou stáž. Po prostudování seznamu vzdělávacích programů v oboru gastroenterologie jsem zjistila, že jich je opravdu hodně. S mým tvrzením se shoduje i výpověď sestry S1: *„Náš doktor je velmi aktivní, pořád nás chce vzdělávat. Kurzů a seminářů je vypsáno spousta, tak si aspoň vybírám, co by mě zajímalo“*. Sestra S4 k současné situaci však podotkla: *„Dříve jsem jezdila více, ale jak nejsou kredity, je toho méně“*. Novelou zákona 96/2004 Sb. byla totiž ukončena k 1.9.2017 registrace nelékařských zdravotnických pracovníků u NCONZO. Šlo o formu kreditního systému v rámci celoživotního vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků (Šnajdrová, 2017). Dále jsme se pak v rozhovoru zaměřili na všeobecnou charakteristiku endoskopií. Zeptali jsme se sester, jaká endoskopická vyšetření se provádí během jejich pracovní směny a kolik jich přibližně je. Sestry uvedly gastrokopie, kolonoskopie a vyšetření ERCP. Bylo jim sděleno, že v rozhovorech se budeme blíže zabývat kolonoskopickým vyšetřením. Na otázku, kolik kolonoskopických vyšetření mají za směnu uvedly v průměru okolo 4 až 8. V rozhovorech nás dále zajímalo, s jakými nejčastějšími indikacemi přicházejí pacienti na vyšetření. V knize od Lukáše a Žáka et al. (2007) se dočteme, že indikací jsou vlastně všechna onemocnění tlustého střeva. Holubová et al. (2013) ve své knize uvádí přesné indikace jako jsou nejasné dyspeptické potíže, změny charakteru stolice, krvácení do GIT, nejasná anemie, dispenzarizace rizikových skupin, screeningová kolonoskopie u pacientů starších 55 let, familiární onemocnění a další. Všechny oslovené sestry uvedly velmi podobné či totožné indikace, které jsou uvedené v této literatuře. Pro příklad přidávám odpověď sestry S3: *„Pacienti, kteří jdou na kolonoskopii, přicházejí nejčastěji s bolestmi břicha, nechutenstvím, objevení krve ve stolici díky testu OK, a v poslední době i pacienti odeslaní na preventivní screening v rámci pojišťovny“*. Screeningovou kolonoskopií se blíže zabývá ve své knize Špičák (2017), který uvedl, že tento program je zavedený od roku 2000 a od ledna 2014 díky

cílenému adresnému zvaní pacientů došlo ke zvýšení účasti cílové populace o 30,8 %. Za tento nárůst jsem moc ráda, protože prevenci považuji za první krok ke zdraví. I sestra S6 se k prevenci vyjádřila následovně: „*V posledních letech se počet pacientů výrazně zlepšuje, ale ještě pořád nechodí všichni, i když jsou k tomu vyzváni...*“ a návrh na řešení uvedla: „*Snížit věk. Chodí k nám častěji mladší a mladší pacienti*“. I já se přikláním ke snížení věku pacientů v rámci prevence, protože jsem v tomto výzkumu zjistila, že na kolonoskopické vyšetření chodí mladí pacienti.

Následující otázky se týkaly přípravy před endoskopickým vyšetřením. V článku od Grossové, Klementové (2018) se dočteme, že forma přípravy se každému pacientovi navrhuje individuálně s ohledem na užívané léky a nemoci pacienta. Individuální přístup by pak dle mého měl být zachován po celou dobu kontaktu sestry s pacientem. Sestry mezi základní vyšetření, které musí pacient podstoupit před vyšetřením, uvedly odběry krve na srážlivost, UZ břicha a sestra S2 přidala občasné CT vyšetření. Obdobná otázka byla položena i pacientům, kteří uvedli, že před vyšetřením byli odesaní právě na odběry krve a UZ břicha. Pouze pacienti P4 a P5 nemuseli jít na žádné doplňující vyšetření. V dostupné literatuře jsem uvedené doporučení bohužel neshledala. Před zahájením endoskopického vyšetření kladou důraz Pracná, Konečný (2012) na fyzickou a psychickou přípravu pacienta. S tímto tvrzením souhlasím, právě proto další položené otázky směřovaly k problematice této přípravy. Z výsledků bylo zjištěno, že zvládnout fyzickou přípravu pacienta pomáhají sestry především empatickou komunikací a podporou pacienta, což hodnotím velmi pozitivně. Na fyzickou přípravu kladou sestry veliký důraz, a proto sestry S1 a S4 podají pacientovi shrnutou přípravu na letáčku. Z odpovědí pacientů nám však vyplynulo, že příprava jim byla vysvětlena pouze ústně a domů nic nedostali. S tím však souvisely následující problémy, že oslovení pacienti si pak všechno nepamatovali. Z tohoto zjištění jsem byla velmi překvapená, protože jsem se domnívala, že informativní letáček se podává již automaticky. Alespoň jedna oslovená pacientka P2 se názorem ostatních pacientů lišila a uvedla: „*Informace mi říkala ústně a dostala jsem na konci sezení brožurku, kde byly shrnuty základní informace týkající se přípravy...*“. Od fyzické přípravy jsme se v otázkách přesunuli k psychické přípravě pacienta, která dle Janíkové (2013) spočívá v náležitém vysvětlení a zapojení pacienta do celého procesu. I já mám psychickou přípravu spojenou právě s vhodnou komunikací a z výsledků odpovědí sester jsem se ujistila, že i ony to vnímají stejně. Všechny oslovené sestry dbají na podporu, vysvětlení výkonu a především na milou komunikaci s pacientem. Pro příklad zde uvádím odpověď sestry S1: „*Týden*

před vyšetřením si pacienta pozveme do ordinace, abychom mu vše vysvětlily. On tak pozná prostředí, sestřičky, uvidí i lékaře. Na vyšetření tak nejde do neznáma“. V literatuře se dále uvádí, že je nutné po předání informací získat od pacienta informovaný souhlas (Pracná, Konečný, 2012). Tato informace od sester nezazněla ani jednou, ale věřím, že tuto podstatnou věc dělají v den vyšetření automaticky, aniž by si to uvědomovaly.

Další položená otázka ve výzkumném šetření pro zmapování úlohy sester zněla, na co si nejvíce nemocní stěžují při přípravě na vyšetření. Podobná otázka byla položena i pacientům, a tak nás zajímalo, zda se výpovědi budou lišit nebo shodovat. Nejčastější odpovědi na otázku u sester S1, S3, S4, S5 a S6 bylo vypití množství roztoku. Dále následoval strach, lačnění a polknutí sondy. Pacienti P2, P3 a P5 měli v rámci přípravy naordinovanou pitnou kúru a na otázku, jak by zhodnotili přijímání takového množství tekutiny, odpověděli shodně jako pacient P5: *„Množství to bylo fakt obrovské, nikdy se mi to nepodařilo vypít všechno, ale ty 3 litry jsem vždycky nějak zvládnul“.* Z výzkumu tedy vyplývá, že výpovědi sester se shodují s odpověďmi pacientů, kteří vypití množství tekutiny vnímali za velmi obtížné. Dále jsme se sester ptali, jaké komplikace se nejčastěji objevují a jak jsou řešeny. Jejich výpovědi se téměř shodují s literaturou Holubové et al. (2013). Ta uvedla, že komplikací může být perforace, bakteriémie, akutní pankreatitida, alergická reakce, krvácení, infekce nebo komplikace s podáním premedikace. Sestry nejčastěji uváděly komplikace jako jsou drobné krvácení, bolesti břicha, perforace nebo alergická reakce. Pouze jedna sestra S4 uvedla navíc nevyprázdněné střevo. Dále se výzkumné šetření zabývalo tím co nejobtížnější pro nově nastupující sestru na oddělení. Z důvodu, že je endoskopické vyšetření přístrojové, nás zajímalo, co jim dělalo největší potíže, když přišly na oddělení, jak dlouho jim trvalo zaučení a co jim pomohlo pro získání potřebných dovedností a znalostí. K této otázce měla blízko oslovená sestra S2, která uvedla: *„Jelikož jsem tady na pracovišti opravdu krátkou dobu, tak odpověď zní: naučit se s přístroji, endoskopy a počítačovou věží. S tím bojuji každé vyšetření. Naštěstí je lékař trpělivý (smích). A dále je také náročnější naučit se organizaci práce“.* Přístrojovou techniku uvedly také sestry S3, S5, S6. Opačnou odpověď uvedla sestra S4: *„Přístroje jsou ok. Technické věci mě baví“*, jelikož pro ni je náročné pracovat s dokumentací. Mezi další potíže podle sestry S1 patří komunikace mezi ordinací a čekárnou. Sestra S6 uvedla asistenci lékaři. Podle názoru Zítkové (2009) se při adaptaci sestry během nástupu na nové oddělení podílejí spolupracovníci. S tímto názorem se ztotožňuji a myslím si, že mezilidské vztahy na

pracovišti hrají nepostradatelnou roli v zaučení se. Moji myšlenku podpořily sestry, které uvedly, že pro zaučení je potřeba milého a trpělivého přístupu od spolupracovníku a dostatek času. Dále jsme se doptávali, za jak dlouho by se sestra měla naučit práci na novém pracovišti. Sestra S6 uvedla, že: „*Do půl roku by se měla naučit práci na pracovišti*“. Sestra S1 odpověděla na otázku: „*To je hodně individuální, ale asi tak 2-3 měsíce*“. S těmito výpověďmi se ztotožňuji a myslím si, že je to optimální doba na zaučení.

Další část předpřipravených otázek pro rozhovory se sestrami se už konkrétně zaměřovaly na kolonoskopické vyšetření. Zajímalo nás, jak sestry poučí nemocného před kolonoskopickým vyšetřením. Holubová et al. (2013) uvádí, že důkladná příprava pacienta je velice důležitá, jejím cílem je dokonalé vyprázdnění střeva. Fatima el al. (2018) dodal, že přípravu střev může ovlivnit mnoho faktorů a nedokonalost vyprázdnění střev může vést k opakovaným kolonoskopiím. S tímto faktem souhlasí i sestra S1, protože svým pacientům vysvětluje a klade důraz: „... *proč je příprava tak důležitá. Máme tady obrázek trávicího ústrojí, abychom pacientovi ukázali, až do jaké části se bude lékař dívat*“. Přípravu střeva dělí Nejedlá (2015) na ortográdní přípravu, kde se zaměřuje na dietu a druhá příprava je retrográdní a v ní se podávají projímadla nebo klyzma. Všechny oslovené sestry nejprve poučí pacienta ústně. Sestra S1 kompletně shrnula, co všechno obsahuje poučení pacienta před výkonem. Její výpověď zněla: „*Pacienty informujeme ústně. Poučíme je o průběhu vyšetření, přípravě-dieta, pití roztoku, potřeba doprovodu po vyšetření*“. Sestry S3, S4, S5 a S6 při odchodu podají pacientovi letáček se základními pokyny. Velmi si cením ústního poučení i s letáčkem, protože si myslím, že tento přístup eliminuje strach u pacientů a zvyšuje jejich připravenost. Bezezbytková dieta v rámci ortográdní přípravy se v literatuře od Holubové et al. (2013) dodržuje asi týden před vyšetřením a dle Nejedlé (2015) tři dny před vyšetřením. S Holubovou et al. (2013) se shoduje odpověď sestry S6, která uvedla: „...*7 dní před bezezbytková dieta*...“ a s Nejedlou (2015) se téměř shoduje sestra S4, která uvedla: „*4 dny před vyšetřením by měl dodržovat speciální dietu (seznam potravin v letáčku) a vysadit léky na snížení krevní srážlivost a produkty železa, nechat si udělat odběry na srážlivost krve*“. Otázka na bezezbytkovou dietu byla položena i pacientům, kteří ji v průměru drželi 2 až 3 dny. Na úpravu léků a odběry krve na srážlivost ve svém poučení nezapomínají ani sestry S2, S4, S5 a S6. Holubová et al. (2013) uvedla, že Warfarin je třeba vysadit 5-7 dní před vyšetřením a hrozí-li u pacienta vysoké riziko tromboembolické komplikace, převede se na nízkomolekulární heparin. Grossová

Klementová (2018) vyzdvihuje důležitost, je-li pacient diabetik, měl by si častěji měřit glykémii. I tyto dotazované sestry S4 a S6 si jsou tohoto faktu vědomy a svým pacientům s diabetem mellitem doporučují konzultaci u jejich obvodního lékaře. Tuto informaci potvrdil i pacient P3, který uvedl: „*Jsem diabetik na lécích, takže jsem si zapisoval glykémii častěji, než normálně*“. Další součástí přípravy je samotné lačnění a prázdnění pacienta. Sestry své pacienty poučí následovně jako sestra S6: „*Den před vyšetřením lačnění, pít jen tekutiny, od 14h dle přípravy v návodu pít pitnou kůru*“. Sester jsme se následně zeptali, jaký druh očistné přípravy využívají na jejich pracovišti. Z odpovědí bylo zjištěno, že všechny sestry využívají spíše pitnou kůru. Tři sestry uvedly klyzma. Sestra S1 doporučuje Yal gel, sestra S5 Bakster a sestra S6 uvedla: „*Když jsou pacienti hospitalizováni, u některých požadujeme klyzma od sester-voda*“. Obě dvě možnosti uvedené od sester S1 a S6 uvádí i ve své knize Holubová et al. (2013) a mezi roztoky pro pitnou kůru uvádí nejčastěji využívaný roztok Fortrans nebo Picoprep. Roztok Fortrans uvedly sestry S2, S3, S4, S5 a S6 a roztok Picoprep sestry S1, S3 a S5. Vzhledem k výsledkům z výzkumu, že pacienti i sestry vnímají vypití množství tekutiny za velmi obtížné, nás zajímalo, jaký roztok jim doporučují, aby tento problém co nejvíce eliminovaly. Pět sester uvedlo jako první roztok Fortrans. Ten má však právě nejvíce množství a to 4 litry. I přesto sestra S4 uvedla: „*Lékař ho vnímá jako nejlepší pro vyprázdnění střeva*“. Oslovení pacienti P2, P3 a P5 uvedli taktéž pouze roztok Fortrans. Myslím si, že když by jim byla nabídnuta jiná forma roztoku, neměli by takový problém s vypitím. Naopak mě velmi potěšila odpověď sestry S1, která si je dle mého nejvíce vědoma velkého množství, a tak svým pacientům doporučuje pouze roztok Picoprep: „*Jsou to jen 2-3 sáčky do 150 ml vody, takže ta nepříjemná chuť se dá zvládnout, a pak pijí 2 litry normální tekutiny po každé skleničce s přípravkem*“. S její odpovědí souhlasím i já. Tento roztok mi přijde pro pacienty nejvíce přijatelný a od roztoku Fortrans by se mělo postupně upouštět. Další časté uvedené roztoky od sester byly Moviprep, Eziclen a Vistaprep. Krška et al. (2011) ve své literatuře popisuje ještě další metodu na vyprázdnění střeva, a to metodu hydrokolon, kdy se análním otvorem vhání speciální pumpou střídavě teplá a studená voda. Tuto metodu však ani jedna sestra ve své praxi nevyužívá a ani já jsem se s touto metodou za svou praxi, i když velmi krátkou, nesetkala. V neposlední řadě doporučují sestry svým pacientům, aby v den vyšetření přišli nalačno, včas a s doprovodem. V souvislosti s přípravou pacienta na vyšetření mě zajímalo, co vnímají sestry za ošetrovatelská specifika. Sestry S3, S4 a S5 uvedly individuální přístup k pacientovi.

Dále zazněly odpovědi jako vysvětlení diety, prázdnění, vyloučení antikoagulační léčby a psychická podpora.

V rozhovoru jsme se od přípravy postupně přesunuli do dne, kdy pacienti přicházejí na vyšetření. Zajímalo nás, jak sestry pečují o pacienty před, během a po vyšetření. Spolupráce mezi sestrou a pacientem může dle mého vést k úspěšnému provedení vyšetření, a tak vnímám péči o pacienta za velmi důležitou. K samotnému provedení kolonoskopie je oprávněn pouze držitel licence pro metodu kolonoskopie (Falt et al., 2016). Než však začne lékař pracovat, je třeba dle Holubové et al. (2013) ještě vykonat speciální ošetrovatelské úkony, ke kterým patří seznámení pacienta s pracovníky, uložit pacienta na levý bok, připojit ho na monitoraci a dle indikace lékaře upevnit EKG svody. Pouze jedna sestra S6 na otázku, jak pečuje o pacienta před vyšetřením uvedla: „*Před dáme speciální kalhotky, uložíme pacienta do správné polohy a napojíme na monitor*“. Současným trendem v péči o pacienta z důvodu zachování jeho intimity je podání speciálních kalhotek. Tento fakt uvedly i ostatní oslovené sestry. Za toto zjištění jsem velice ráda, protože z výzkumného šetření u pacientů vyplynulo, že intimní kalhotky byly nabídnuty pouze pacientce P2, která uvedla: „*Speciální kalhotky mi byly vždy nabídnuty, ale já jsem je odmítla. Intimita během vyšetření byla perfektní, takže jsem neměla potřebu kalhotek*“. Ostatní pacienti byli přikrytí příkrývkou a o speciálních kalhotkách nevěděli. Odpověď pacienta P4 například zněla: „*Tak nic takového mi nebylo nabídnuto, ale jelikož jsem se fakt styděl, asi bych tuhle možnost ocenil*“. Nedokážu určit, jak je možné, že se tyto výpovědi tak výrazně liší. Snad jen, že vyšetření podstoupili v ordinacích, kde tuto možnost nevyužívají. Toto zjištění mě ke škodě pacienta velice mrzí. Sestra S2 se dále pacientů před výkonem zeptá, kolik vypili roztoku, zda jsou na lačno a mají-li s sebou doprovod. V neposlední řadě dle Nejedlé (2015) sestra aplikuje pacientovi do žíly sedativum v kombinaci se spazmolytikem. Tuto informaci uvedla i sestra S5: „*Před-injekce (Midazolam, Fentanyl) většinou ji podáváme všem na 90 %, dávku určuje lékař (jestli celá nebo jen polovina)*“. Z mého výzkumného šetření u pacientů však vyplynulo, že injekce byla nabídnuta pouze pacientům P2 a P5. Dále byla sestrám položena otázka, jak pečují o pacienta během vyšetření. Sestry S3, S4 a S5 mají pacienta po celou dobu výkonu napojeného na monitoru. S nezbytnou monitorací během celého výkonu souhlasí i Zádorová (2005), která uvádí, že může dojít u starších a rizikových pacientů k tkáňové hypoxii nebo útlumu dechového centra v souvislosti s podáním analgosedace. Sestry S1, S4, S5 a S6 během výkonu udržují neustálý kontakt s pacientem a sestry S4 a S6 asistují lékaři. Tyto

ošetřovatelské intervence jsou uvedené i v literatuře od Holubové et al. (2013), která ještě přidala sledování celkového stavu a vědomí pacienta. Po ukončení vyšetření je pacientovi zajištěno místo na zotavení (Zádorová, 2005). Z otázky, jak sestry pečují o pacienty po vyšetření vyplynulo, že sestry S4, S5 a S6 uloží pacienta na dospávací pokoj. Výpověď sestry S5 zněla: „*Podáme mu rektální rourku a změříme Tk+P, na 30 minut ho uložíme na dospávací pokoj. Pokud šlo o náročný výkon, pacienta hospitalizujeme (např. u krvácení)*“. Kolektiv autorů (2008) upozorňuje, že by sestra po výkonu měla sledovat možné příznaky perforace střeva. V rámci péče o pacienta nás ještě zajímalo, jaká režimová opatření jsou pacientům doporučena. Z výsledků vyplynulo, že všechny naše oslovené sestry doporučují pacientům klidový režim po vyšetření. Sestry S1 a S6 upozorňují, že pokud byl podán pacientům opiát, nesmí řídit auto. Toto doporučení uvádí i ve své knize Holubová et al. (2013).

V poslední části rozhovorů se sestrami nás zajímala péče o pacienta, který podstupuje kapslovou endoskopii. Tato technika byla dle Xiaohuan et al. (2018) historickým průlomem v diagnostice onemocnění tenkého střeva. Právě proto jsme ji do otázek pro sestry zahrnuli. Otázky do polostrukturovaného rozhovoru byly připraveny pro sestry, které pracují na pracovišti, kde se tato metoda provádí a mohly by tak sdělit zajímavé poznatky k této problematice. Bohužel výzkumné šetření nakonec nebylo prováděno na tomto pracovišti, a tak odpovědi od oslovených sester nevyplývaly ze zkušeností, a proto jejich informovanost byla pouze základní. Oslovená sestra S3 má znalosti pouze ze seminářů a sestra S2 odpověděla: „*Nemám zkušenosti, u nás se nic neprovádí. Nedokážu odpovědět, jsem tu hlavně krátce a osobně jsem s pacientem určeného ke kapslové endoskopii nesetkala*“. První položená otázka chtěla zmapovat nejčastější indikace. Literatura od Holubové et al. (2013) uvádí nejasné krvácení do GIT, tumory tenkého střeva, malobsořbční příznaky. Tyto indikace zmínily sestry S1 a S6. Krška et al. (2011) přidává Crohnovu chorobu, kterou uvedla sestra S3. A indikací dle Falta et al. (2015) může být, když pacient odmítá standardní kolonoskopické vyšetření. Podobnou výpověď uvedly sestry S1 a S4 v tvrzení: „*Když pacient nemůže podstoupit kolonoskopické vyšetření*“. Sestra S5 přidala indikaci nevysvětlitelné anemie. Dále jsme se sester zeptali, jak by pacienta připravily, protože dva literární zdroje se výrazně liší svými názory. Dle Štálové a Štehlíka (2005) nevyžaduje toto vyšetření speciální přípravu, stačí úprava diety a 12 ti hodinové lačnění. Naopak Falt et al. (2015) považují přípravu střeva za velmi důležitou a doporučuje kombinaci diety s očistnou přípravou. V případě odlišných názorů v literatuře si myslím, že názory jsou

ovlivněny dobou, v které daný zdroj byl napsán. Z výsledků sester vyplynulo, že by pacienta připravily stejně jako na klasickou kolonoskopii. Například sestra S1 uvedla: „*Stejně jako na kolonoskopii-prázdné střevo, dieta, lačnění. Více se používá roztok Fortrans. Informovat pacienta o přiložení pásu kolem břicha a o velikosti kapsle*“. Kontraindikacemi kapslové endoskopie jsou dle Holubové et al. (2013) polykací potíže a divertikly jícnu, proto jak správně sestra S6 uvedla: „*Nesmí mít pacient špatný polykací reflex a musí mít vyšetřené střevo, aby nedošlo ke komplikacím*“. Po přípravě pacienta nás zajímalo, jak budou sestry pečovat o pacienty po ukončení endoskopie. Odpovědi sester byly velmi podobné jako u sestry S6, která odpověděla: „*Domluvit se s ním na předání kapsle. Je drahá a občas se pacienti „nahání“, aby ji vrátili*“. To, že kapslová endoskopie je drahá, uvádí i ve své literatuře Holubová et al. (2013) a považuje to společně s nemožností provedení biopsie za nevýhodu. I přes její nevýhodu se domnívám, že tato metoda může mnoha pacientům pomoci. Poučení pacienta, aby po vyšetření každou hodinu vypil minimálně 250 ml vody, po 4 hodinách může sníst lehké jídlo a po vyloučení kapsle přejít na běžnou stravu, jak píše Holubová et al. (2013), nevedla ani jedna oslovená sestra. Poslední otázka se zaměřila na komplikace. Sestry S1, S3 a S6 se s žádnou komplikací nesetkaly. Sestra S5 uvedla špatný polykací reflex u pacienta. Falt et al. (2015) uvádí komplikaci retence kapsle v trávicí trubici. O této komplikaci všechny oslovené sestry S1, S3, S4, S5 a S6 vědí. V rámci výsledků odpovědí o kapslové endoskopii si myslím, že by sestry měly mít více informací, i když se u nich na pracovišti neprovádí.

V druhém výzkumném souboru, který tvořili pacienti, jsme se zaměřili nejprve na jejich identifikaci a zda je pro ně kolonoskopické vyšetření první nebo několikáté. Věková kategorie vybraných pacientů je zastoupena od věku méně než 20 let až po 70 let a více. Pacienti P1, P2, P3 a P5 podstoupili kolonoskopické vyšetření opakovaně, pacient P4 pouze jednou. Nejprve jsme se v otázkách zaměřili na všeobecnou přípravu, kdo a jak je informoval o přípravě na vyšetření. Všichni pacienti byli poučeni ústně od lékaře a pacientka P2 od sestry a dostala domů brožurku. V porovnání z výsledků z roku 2009 od Ivany Bártové se naše výsledky výrazně neliší. Většinu pacientů o výkonu informoval lékař z endoskopického oddělení, a to přímým kontaktem. Informativní leták v jejich výsledcích uvedlo 45 pacientů. V bakalářské práci od Elišky Forštové z roku 2011 byli pacienti poučeni nejčastěji od lékaře a sestry současně. Mé výsledky z výzkumu se mezi sestrami a pacienty výrazně liší a nedokážu odpovědět, proč tomu tak je. Dále jsme zjišťovali, co pacienty nejvíce zajímalo v rámci přípravy. Nejčastější

otázkou od mužů byla bolest a doba vyšetření. Pacientku P2 pouze zajímalo, co když vyšetření nezvládne. Následně jsme se zeptali, jestli si doma dohledávali nějaké informace. Pacienti P1 a P3 kontaktovali rodinu. Pacient P4 použil internet, pacient P5 nic a pacientka P2 si pročetla doma brožuru. Tyto tři uvedené zdroje zmínili i pacienti v roce 2011 v práci Elišky Forštové. Myslím si, že když by všichni pacienti obdrželi brožuru, jejich pocit informovanosti by byl mnohem lepší. Poslední otázka v této části chtěla zmapovat, jak se pacienti dopravili na vyšetření. Pacienti P1, P3 a P5 s doprovodem a pacienti P2 a P4 sami.

Dále jsme se zaměřili, co bylo pacientům doporučeno před vyšetřením. K výpovědím patřila bezezbytková dieta, úprava léků a klidový režim. Doporučení, aby se pacienti došli před vyšetřením vymočit, které je uvedené v práci z roku 2009 od Ivany Bártové, v mých výsledcích nikdo neuvedl. Toto doporučení je podle mého názoru velmi přínosné. V rámci úpravy léků, kterou uvedli pacienti P2 a P3, jim vysazení léků Warfarin výrazné změny nepřineslo, pouze pacientka P2 uvedla mírný strach. Lék na uklidnění dostala pouze pacientka P2, pacient P5 ji odmítl a ostatní ji nedostali. Příprava pacienta dle sester spočívá i v nabídnutí kalhotek. Tato problematika je již probrána výše, a proto není potřebné ji dále rozebírat. Dále jsme pro dosažení cíle chtěli zjistit, jak vnímají pacienti dodržování bezezbytkové diety. Kromě pacientů P4 a P5, kteří dietu nedodržovali, s ní ostatní pacienti výrazné problémy neměli. Pacient P3 pouze s úsměvem uvedl: „*Nemohl jsem oříšky a pivo k televizi*“. Ani s lačněním před výkonem oslovení pacienti neměli potíže. Pouze se shodli na mírném hladu, který se dal ale vydržet. Pacient P1 tento problém vyřešil následovně: „*...tak jsem to šel zaspat*“. V rámci očistné přípravy jsme se nejdříve pacientů zeptali, jaký druh podstoupili. Pacienti P1 a P4 mají zkušenost s klyzma, pacient P3 s pitnou kůrou a pacienti P2 a P5 mají zkušenost s obojím. Vytejšková et al. (2013) uvádí, že pro očistné klyzma se používá 1-1,5 litru teplé vody, kdy po celou dobu podávání klyzma sestra udržuje slovní kontakt s pacientem a respektuje jeho obavy a stud. Toto tvrzení potvrzuje svou odpovědí pacient P4: „*Sestřička si mě vzala do speciální místnosti, vše mi vysvětlila, byla na mě hodná, po celou dobu komunikovala a ujišťovala mě, že kdyby se to nedalo vydržet, ať řeknu*“. I pacienti P2 a P5 podání klyzma díky perfektní komunikaci se sestrou zvládli. Toto zjištění je pro mě pozitivní, protože i já se domnívám, že vzájemná komunikace umožní zvládnout nepříjemné výkony. Zjištění, že největší obtíž dělalo pacientům vypít množství roztoku, jsem očekávala. Domnívám se, že to bylo z důvodu zkušenosti pouze s roztokem Fortrans. Dle mého názoru by možným řešením bylo

pacienty informovat o různých variantách roztoků, s kterými lékař souhlasí, aby měli možnost vlastní volby. Dále byla pacientům položena otázka, jaké další vyšetření podstoupili v rámci přípravy. Jejich odpovědi se shodovaly se sestrami. Poslední otázka pacienty vyzvala k vlastnímu doporučení pro ostatní pacienty, kteří budou podstupovat kolonoskopické vyšetření. Pacienti P2 a P5 poukázali na důležitost, kterou i já vnímám za podstatnou v rámci prevence kolorektálního karcinomu. Pro ukázkou výpověď pacientky P2 zní: *„Ať vyšetření podstoupí při prvních potížích hned, než bude pozdě“*.

6 Závěr

Cílem bakalářské práce s názvem Ošetrovatelská problematika u pacienta indikovaného k vyšetření střev, bylo zmapovat úlohu sester u vybraných endoskopických vyšetřeních a dále zjistit, jakou část přípravy vnímá nemocný za nejobtížnější. Pro dosažení cíle byly stanoveny dvě výzkumné otázky. Jaká je úloha sestry u vybraných endoskopických vyšetření? Jakou část přípravy u vybraných endoskopických vyšetření vnímá nemocný za nejobtížnější? Z toho vyplývá, že záměrem práce bylo zjistit specifika práce sestry na endoskopickém pracovišti a subjektivní potíže nemocných před vyšetřením.

V teoretické části jsme se zaměřili na shrnutí všech vyšetření, které může pacient podstoupit, je-li indikovaný k vyšetření střev. U jednotlivých vyšetření je zmíněna i úloha sester, její potřeba dovedností a znalostí pro poskytnutí kvalitní ošetrovatelské péče u pacienta. Pro empirickou část jsme si zvolili kvalitativní výzkum a pro sběr dat u obou výzkumných souborů byla vybrána metoda polostrukturovaných rozhovorů. Pro rozhovor bylo osloveno šest sester ze zdravotnických zařízení, kde se provádí vybraná vyšetření a mohly tak odpovídat na předpřipravené otázky (viz příloha 2). Otázky se zaměřovaly na všeobecnou problematiku v péči o pacienta. Druhý výzkumný soubor tvořilo pět nemocných, kteří již podstoupili vyšetření a taktéž mohli sdělovat své zkušenosti na položené otázky, které se zaměřovaly na přípravu před vyšetřením (viz příloha 3).

Z výsledků výzkumného šetření vyplývá, že práce sester na endoskopickém pracovišti má svá důležitá specifika. Sestry musí mít v oblasti endoskopických vyšetření teoretické i praktické vědomosti a dovednosti. Znalosti sester se týkají přípravy pacienta na vyšetření, průběhu celého vyšetření a péči o pacienta po vyšetření. Nedílnou součástí péče o nemocné je i komunikace, na kterou kladou sestry obrovský důraz, aby došlo k navázání důvěry, a především spolupráce mezi nimi. Dalším specifíkem je i ovládnutí přístrojové techniky a spolupráce s lékařem. Jelikož je práce na endoskopickém pracovišti náročná, je potřeba, aby se sestry aktivně zajímaly o další vzdělávání v dané oblasti, sledovaly novinky a možnosti v péči o pacienta. Z výzkumného šetření u nemocných vyplývají subjektivně vnímané pocity nemocného při přípravě na vybraná endoskopická vyšetření. Bylo zjištěno, že v rámci přípravy na vyšetření by jim pomohl informativní materiál, ve kterém by byly shrnuty základní pokyny. Z tohoto důvodu je výstupem práce informativní materiál, určený pro pacienty, který jednoduše a

pochopitelně shrnuje přípravu na vyšetření, bezzbytkovou dietu a také navrhuje možnost využití jednoúčelových speciálních kalhotek, které zaručí dokonalou intimitu pacienta. Informativní materiál bude také nabídnut pracovištím, kde probíhalo výzkumné šetření.

Jestliže se podíváme na výsledky našeho výzkumného šetření, můžeme konstatovat, že na obě výzkumné otázky se nám podařilo najít odpověď a stanovené cíle byly splněny.

Výsledky této práce by mohly být využity k dalšímu vylepšení ošetrovatelské péče o pacienty, dále jako studijní materiál pro studenty Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity, pro nově nastupující sestry na endoskopické pracoviště a dále jako informativní materiál pro nemocné.

Seznam literatury

1. BARTŮNĚK, P., et al., 2016. *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. Praha: Grada. 712 s. ISBN 978-80-247-4343-1.
2. BERNÁTOVÁ, I., 2009. *Informovanost pacientů před endoskopickým vyšetřením*. České Budějovice. Bakalářská práce. ZSF JU.
3. DOBIÁŠ, V., 2013. *Klinická propedeutika v urgentnej medicíne*. Bratislava: Grada. 208 s. ISBN 978-80-247-8491-5.
4. FALT, P., et al., 2015. *Koloskopie*. Praha: Grada. 320 s. ISBN 978-80-247-5284-6.
5. FALT, P., et al., 2016. *Doporučené postupy České gastroenterologické společnosti ČLS JEP pro diagnostickou a terapeutickou koloskopií* [online]. *Gastroent Hepatol.* 70(6), 523-538. ISSN 1804-803X.
6. FATIMA, S., et al., 2018. *Impact of Video Aid on Quality of Bowel Preparation Among Patients Undergoing Outpatient Screening Colonoscopy* [online]. PubMed. [cit. 2018-10-25]. Dostupné z: <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1179552218803304>
7. FORŠTOVÁ, E., 2011. *Ošetrovatelský proces u pacientů podstupujících endoskopické vyšetřovací metody*. České Budějovice. Bakalářská práce. ZSF JU.
8. GREGA, T., et al., 2016. *Současné principy screeningu kolorektálního karcinomu – od oportunního k populačnímu screeningovému programu* [online]. *Gastroent Hepatol.* 70(5), 383-392. ISSN 1804-803X.
9. GROSSOVÁ KLEMENTOVÁ, R., 2018. *Edukace pacientů před koloskopií*. *Zdravotnictví a medicína.* 7/8, 31. ISSN 2336-2987.
10. HOLUBOVÁ, A., et al., 2013. *Ošetrovatelská péče v gastroenterologii a hepatologii*. Praha: Mladá fronta. 267 s. Sestra (Mladá fronta). ISBN 978-80-204-2806-6.
11. HORÁK L., et al., 2013. *Praktická proktologie*. Praha: Grada. 224 s. ISBN 978-80-247-3595-5.
12. JANÍKOVÁ, E., ZELENÍKOVÁ, R., 2013. *Ošetrovatelská péče v chirurgii pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Grada. 256 s. ISBN 978-80-247-4412-4.

13. KAJZRLÍKOVÁ, I., 2009. *Screening kolorektálního karcinomu pro populaci s průměrným rizikem* [online]. Frýdek-Místek: Interní oddělení [cit. 2018-10-29]. Dostupné z: <http://www.kolonoskopie.cz/info-pro-pacienty/screening-kolorektalniho-karcinomu-pro-populaci-s-prumernym-rizikem.aspx>
14. KLENER, P., et al., 2006. *Propedeutika ve vnitřním lékařství*. 2. vydání. Praha: Galén. 325 s. ISBN 80-7262-429-6.
15. KOCNA, P., 2011. *Průkaz okultního krvácení ve stolici-FOBT-screening KRCA* [online]. Praha: Ústav klinické biochemie a laboratorní diagnostiky VFN a I.LF UK [cit. 2018-10-25]. Dostupné z: <http://www.kolorektum.cz/index.php?pg=pro-odborniky--e-learning--prukaz-okultního-krvaceni-ve-stolici-fobt-screening-krca>
16. KOLEKTIV AUTORŮ., 2008. *Sestra a urgentní stavy*. 1. české vydání. Praha: Grada. 552 s. ISBN 978-80-247-2548-2.
17. KRŠKA, Z., et al., 2011. *Techniky a technologie v chirurgických oborech*. Praha: Grada. 264 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., et al., 2005. *Gastroenterologie a hepatologie pro zdravotní sestry*. Praha: Grada. 288 s. ISBN 80-247-1283-0.
20. LUKÁŠ, K., et al., 2007. *Gastroenterologie a hepatologie*. Praha: Grada. 380 s. ISBN 978-80-247-1787-6.
21. MELICHERČÍKOVÁ, V., 2015. *Sterilizace a dezinfekce*. 2. vydání. Praha: Galén. 173 s. ISBN 978-80-7492-139-1.
22. MERKUNOVÁ, A., OREL, M., 2008. *Anatomie a fyziologie člověka*. Praha: Grada. 304 s. ISBN 978-80-247-1521-6.
23. MOUREK, J., 2012. *Fyziologie*. 2. vydání. Praha: Grada. 224 s. ISBN 978-80-247-3918-2.
24. MILÁTOVÁ, R., WOHL, P., 2018. *Bezezbytková dieta při onemocnění střev-e-kniha*. Praha: Albatros Media. 88 s. ISBN 978-80-7429-899-8.
25. NAŇKA, O., 2009. *Přehled anatomie*. 2. vydání. Praha: Galén. 416 s. ISBN 978-80-7262-612-0.
26. NAVRÁTIL, L., 2008. *Vnitřní lékařství pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada. 424 s. ISBN 978-80-247-2319-8.

27. NEJEDLÁ, M., 2015. *Klinická propedeutika pro studenty zdravotnických oborů*. Praha: Grada. 240 s. ISBN 978-80-247-4402-5.
28. PÍSKOVSKÁ, M., 2011. *Celiakie – projevy mimo gastrointestinální trakt v dospělosti*. *Medicína pro praxi* 8(7-8), 333-336. ISSN 1803-5310.
29. PRACNÁ, L., KONEČNÝ, M., 2012. *Příprava pacienta před endoskopickým vyšetřením zažívacího traktu*. *Medicína pro praxi* 9(8-9), 362-364. ISSN 1214-8687.
30. SAYGIL, F., et al., 2015. *Examining the whole bowel, double balloon enteroscopy: Indications, diagnostic yield and complications* [online]. PubMed. [cit. 2018-10-19]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4360443/>
31. SCHEIN, M., ROGERS, P., N., 2011. *Urgentní břišní chirurgie*. 1. české vydání. Praha: Grada. 448 s. ISBN 978-80-247-2357-0.
32. SPAANDER, M.C.W., et al., 2018. *When to stop colonoscopy surveillance in the elderly?* [online]. Rotterdam. [cit. 2018-11-18]. Dostupné z: <http://www.njmonline.nl/getpdf.php?id=2033>
33. STEFFEN, H., M., et al., 2010. *Diferenciální diagnostika ve vnitřním lékařství*. 1. české vydání. Praha: Grada. 416 s. ISBN 978-80-247-2780-6.
34. ŠAFRÁNKOVÁ, A., NEJEDLÁ, M., 2006. *Interní ošetřovatelství I*. Praha: Grada. 284 s. ISBN 80-247-1148-6.
35. ŠNAJDROVÁ, L., 2017. *Jak to bude s registrací sester a dalších NLZP?* [online]. [cit. 2019-03-26]. Dostupné z: <https://www.osetrovatelstvi.info/jak-to-bude-s-registraci-sester-a-dalsich-nelzp/>
36. ŠPIČÁK, J., et al., 2017. *Novinky v gastroenterologii a hepatologii II*. Praha: Grada. 320 s. ISBN 978-80-271-0318-8.
37. ŠPINAR, J., et al., 2008. *Propedeutika a vyšetřovací metody vnitřních nemocí*. Praha: Grada. 256 s. ISBN 978-80-247-1749-4.
38. ŠTÁLOVÁ, L., STEHLÍK, J., 2005. *Kapslová endoskopie* [online]. Praha: Interní klinika, oddělení gastroenterologie, hepatologie a metabolismu, ÚVN [cit. 2018-11-04]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/kapslova-endoskopie-288306>
39. VALENTA, J., et al., 2005. *Chirurgie pro bakalářské studium ošetřovatelství*. Praha: Karolinum. 237 s. ISBN 80-246-0644-5.

40. VOLF, V., 2006. *Chronické bolesti břicha u dětí*. *Pediatrica pre prax* 3, 135-141. ISSN 1339-4231.
41. VOŠKA, M., et al., 2017. *Současné využití a budoucnost kapslové endoskopie* [online]. PubMed. Praha: 1. LF Univerzity Karlovy [cit. 2018-11-04]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29063769>
42. VYTEJČKOVÁ, R., et al., 2013. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné II*. Praha: Grada. 272 s. ISBN 978-80-247-3420-0.
43. XIAOHUAN, Li., et al., 2018. *The application value of capsule endoscopy in diagnosing small intestinal carcinoma* [online]. PubMed. PR China. [cit. 2018-11-04]. 57-60. Dostupné z: <http://www.cancerjournal.net/article.asp?issn=09731482;year=2018;volume=14;issue=1;spage=57;epage=60;aulast=Li>
44. ZÁDOROVÁ, Z., 2005. *Kolonoskopie. Doporučený postup endoskopického vyšetření tlustého střeva* [online]. *Gastroent Hepatol.* 59(1), 26-30. ISSN 1804-803X.
45. ZACHAROVÁ, E., 2016. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-271-9238-0.
46. ZEMAN, M., KRŠKA, Z., et al., 2011. *Chirurgická propedeutika*. 3. vydání. Praha: Grada. 512 s. ISBN 978-80-247-3770-6.
47. ZÍTKOVÁ, M. et al., 2015. *Vedení nových pracovníků v ošetrovatelské praxi: pro staniční a vrchní sestry*. Praha: Grada. 168 s. ISBN 978-80-247-5094-1.

Seznam příloh

Příloha 1 – Anatomie a fyziologie gastrointestinálního traktu

Příloha 2 – Otázky k rozhovoru se sestrami

Příloha 3 – Otázky k rozhovoru s pacienty

Příloha 4 – Informační materiál pro pacienty

Příloha 1 – Anatomie a fyziologie gastrointestinálního traktu

Trávicí soustava nebo – li gastrointestinální trakt zabezpečuje příjem a následné zpracování potravy. Potrava je zdrojem energie, vitamínů, vody a minerálů, který každý jedinec potřebuje ke správné funkci organismu. Gastrointestinální trakt zpracovává potravu jednak mechanicky, díky hybnosti dílčích částí, a jednak chemicky, působením trávicích šťáv (Merkunová, Orel, 2008).

Stěna trávicí trubice je tvořena čtyřmi vrstvami a to sliznicí, podslizničním vazivem, svalovinou a pobřišnicí (Naňka, Elišková, 2009). Trávicí trubice začíná dutinou ústní, kde dochází k rozmělnění potravy pomocí žvýkacích svalů. Potrava je postupně drcena a smíchána se slinami. Poté dochází k procesu polykání a sousto je přes hltan a jícen posunuto do žaludku (Mourek, 2012). Žaludek spojuje jícen a počáteční úsek tenkého střeva. Skládá se z česla, těla a vrátníku. Žaludek slouží jako zásobník pro přijatou potravu, která je v žaludku předběžně zpracována a po částech je trávenina, chymus, transportována do tenkého střeva (Naňka, Elišková, 2009).

Tenké střevo je u dospělého člověka dlouhé asi 3-4 m a jeho sliznice vybíhá v klky. Tenké střevo má tři části: dvanáctník, lačník a kyčelník (Merkunová, Orel, 2008). Začátkem tenkého střeva je dvanáctník, do kterého ústí vývod slinivky břišní a žlučovod z jater. Chymus je v tenkém střevě promíchán s pankreatickou šťávou a enzymy, které jsou tvořeny přímo v tenkém střevě a peristaltickými pohyby se posouvá směrem ke konečníku. Do tlustého střeva se chymus dostane přes tzv. ileocekální svěrač, jehož hladká svalovina vytváří vyšší tlak, který brání zpětnému návratu chymu z tlustého střeva do tenkého střeva (Mourek, 2012). Tlusté střevo je dlouhé přibližně 1,5 m a skládá se ze čtyř částí. Ze slepého střeva, tračníku, esovité kličky a konečníku, který vyúsťuje řitním otvorem na povrch těla. Tračník se člení na vzestupný, příčný a sestupný. Stěna tlustého střeva je tvořena podélnou svalovinou a při stahu svaloviny vytváří měchýřkovité útvary, tzv. haustra (Merkunová, Orel, 2008). Mezi funkce tlustého střeva je skladování a schopnost vstřebávání vody, s kterou vysoce souvisí tvorba stolice. Při naplnění konečníku se vyvolá reflexní děj, tzv. defekační reflex a dojde k vyprazdňování stolice (Mourek, 2012).

Příloha 2 – Otázky k rozhovoru se sestrami

Identifikace sestry

1. Jak dlouho vykonáváte práci všeobecné sestry?
0-5let / 6-10let / 11-15let / 16-20let / 20let a více
2. Jak dlouho pracujete na endoskopickém pracovišti?
0-5let / 6-10let / 11-15let / 16-20let / 20let a více
3. Jak získáváte novinky v endoskopických vyšetřeních?

Charakteristika endoskopií

4. Jaká endoskopická vyšetření se provádí během Vaší pracovní směny?
5. S jakými nejčastějšími indikacemi přicházejí nemocní na endoskopické vyšetření?
6. Jaká vyšetření musí absolvovat nemocný před plánovaným endoskopickým vyšetřením? (pozn. dle výkonu – u rektoskopie, u kolonoskopie atd.)
7. Na co si nejvíce nemocní stěžují při přípravě na vyšetření?
8. Jak pomáháte nemocnému zvládnout fyzickou přípravu na endoskopická vyšetření?
9. Jak pomáháte nemocnému po psychické stránce v přípravě na endoskopická vyšetření?
10. Jaké komplikace se nejčastěji objevují?
11. Co je nejobtížnější pro nově nastupující sestru na Vašem oddělení?

Kolonoskopie

12. Jak poučíte nemocného před kolonoskopickým vyšetřením?
13. Jaká jsou podle Vás ošetřovatelská specifika v průběhu přípravy nemocného před kolonoskopií na Vašem oddělení?
14. Jaké nejčastější druhy očistné přípravy používáte na Vašem oddělení?
15. Jak pečujete o nemocné před/během/po kolonoskopickém vyšetření?
16. Jaká jsou režimová opatření po kolonoskopii?

Kapslová endoskopie

17. Jaké nejčastější indikace vedou ke zvolení kapslové endoskopie?
18. Jak připravíte nemocného na kapslovou endoskopii?
19. Jaká je péče o nemocného po kapslové endoskopii?
20. S jakými komplikacemi jste se setkala v rámci kapslové endoskopie?

(Zdroj: vlastní)

Příloha 3 – Otázky k rozhovoru s pacienty

Charakteristika nemocného

1. Kolik Vám je let?
Méně než 20let / 20-29let / 30-39let / 40-49let / 50-59let / 60-69let / 70let a více
2. Je to pro vás první nebo už několikáté endoskopické vyšetření?

Příprava na endoskopická vyšetření

3. Kdo Vás informoval o přípravě na endoskopický výkon?
4. Jakým způsobem Vám byly podávány informace o přípravě na endoskopický výkon?
5. Co Vás nejvíce zajímalo v rámci přípravy na endoskopické vyšetření?
6. Jaké byly Vaše nejčastější dotazy?
7. Jaké informace jste si doplňovala k Vašemu vyšetření sám/sama?
8. Jak jste se dopravil/a na vyšetření?

Jednotlivé části přípravy

9. Co Vám doporučili před vyšetřením a co Vám pomohlo v přípravě na vyšetření?
10. Jak jste vnímal/a dodržování bezsezbytkové diety?
11. Jaké problémy Vám přineslo lačnění před výkonem?
12. Jaký druh očistné přípravy jste podstoupil/a?
Klyzma (otázka 13, 15)
Pitná kůra (otázka 14, 15)
Kombinace obou (otázky 13,14, 15)
13. Jak jste zvládal/a průběh podávání klyzmatu?
14. Jak byste zhodnotil/a přijímání velkého množství tekutin v rámci pitné kůry?
15. Jaké další činnosti jste podstoupil/a v rámci přípravy na endoskopické vyšetření?
16. Kdybyste měl/a možnost doporučit něco pacientům, kteří budou podstupovat vybrané endoskopické vyšetření, co byste jim doporučil/a?

(Zdroj: vlastní)

Příloha 4 – Informační materiál pro pacienty

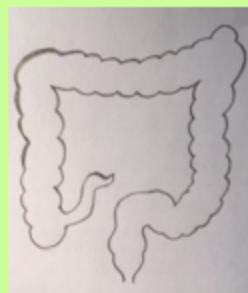
Příprava na kolonoskopii

Týden před vyšetřením

- Odběry krve na krevní srážlivost (praktický lékař)
- Vynechat léky obsahující železo (Ferronat, Sorbifer)
- Dodržování **bezezbytkové diety**, tj. *dieta s nízkým obsahem vlákniny a nezanechává nestravitelné zbytky*

ANO: libové maso, bramborová kaše, bílé rohlíky, jogurty, sýr, puding, těstoviny, brambor, polévky (vývar, cezené polévky), tekutiny (např. čaj, voda, instantní káva)

NE: ovesné vločky, obiloviny, luštěniny, tmavé a celozrnné pečivo, mák, kmín, turecká káva, müsli



(Zdroj: vlastní)

3 dny před vyšetřením

- Vysadit Warfarin (konzultace s lékařem)

1 den před vyšetřením

- Pít jen tekutiny (U diabetiků – konzultace s lékařem)
- Odpoledne začít pít předepsaný vyprazdňovací roztok, který si připravíte dle návodu

(Zdroj: vlastní)

V den vyšetření

- Přijít na lačno ve stanoveném čase
- Mít s sebou doprovod (24 h po výkonu se nesmí řídit auto z důvodu tlumících medikamentů)
- Vhodné oblečení, např. dlouhé triko/šaty
- Možnost vyžádat si **speciální kalhotky** na vyšetření z důvodu zachování Vaší intimity (viz obrázek)



(Zdroj: vlastní)

Zajímavé internetové odkazy

<http://www.kolorektum.cz/>

<http://www.remedis.cz/pracoviste/gastroenterologie/>

Použité zdroje

GROSSOVA KLEMENTOVA, R., 2018. *Edukace pacientů před koloskopii*. Zdravotnictví a medicína. 7/8, 31. ISSN 2336-2987.

HOLUBOVA, A., et al., 2013. *Ošetrovatelská péče v gastroenterologii a hepatologii*. Praha: Mladá fronta. 267 s. Sestra (Mladá fronta). ISBN 978-80-204-2806-6.

MILATOVA, R., WOHL, P., 2018. *Bezbytková dieta při onemocnění střev-e-kniha*. Praha: Albatros Media. 88 s. ISBN 978-80-7429-899-8.

(Zdroj: vlastní)