

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

**Ošetrovatelský proces u pacientů podstupující endoskopické
vyšetřovací metody**

Bakalářská práce

Vedoucí práce:

Mgr. Lucie Rolantová

2011

Autor:

Eliška Forštová

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma: „Ošetrovatelský proces u pacientů podstupující endoskopické vyšetřovací metody“ vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě Zdravotně sociální fakultou 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 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 kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 2. 8. 2011

.....
Eliška Forštová

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych tímto poděkovala své školitelce Mgr. Lucii Rolantové za předané praktické znalosti, trpělivý přístup, cenné poznatky a připomínky při sepisování této bakalářské práce. Chtěla bych vyjádřit poděkování také zdravotnickému personálu, zejména všeobecným sestřám, a dále pacientům v Pardubické krajské nemocnici, a.s. a Nemocnici České Budějovice, a.s. za projevenou ochotu, pomoc a podíl na výzkumné části, která je součástí této bakalářské práce. Ráda bych také poděkovala svým rodičům a své sestře za všestrannou podporu a pochopení.

Abstract

In recent decades the endoscopy plays an important role in detection and subsequent treatment of diseases, through which the pathological changes in all hollow organs can be viewed and controlled either by physiological or artificial pathway. A great emphasis is put on care which is provided by the medical personal during the endoscopy.

The first aim of the thesis was to find out how patients are prepared for the selected endoscopy and how they tolerate this preparation as well as the course and care after the examination and what information patients have about the steps after the endoscopy. The second aim was to find out how nurses prepare patients for the selected endoscopy and take care of them during and after those examinations.

The research part of this thesis was processed as a form of qualitative research, a half-designed interview was chosen as a technique of data collection. There were two groups of researched – patients who have undergone some of the selected endoscopy and nurses who took care of patients before, during and after the examination. The main results, which are summarized in the tables, include findings about the care which was provided to patients and nurser's activities associated with the correct preparation before, during and after the examination. These tables are based on results of both reports.

The results present that the patients are very well prepared by the nurses for selected endoscopy although these examinations are very stressful for the patients. That relates with their perception of care during the nursing process. Neither patients nor nurses can remember the complete set of acts associated with the preparation, the course and the nursing process after the endoscopy. In conclusion, nothing was neglected during the nursing process, including an information guideline after the endoscopy.

Based on these results, an information booklet has been prepared which could have great benefits for patients undergoing selected endoscopy – especially colonoscopy which is the most common endoscopy. The information booklet contains information about a suitable diet (without any left-overs) and food selection that the patient should follow before colonoscopy.

OBSAH

Úvod	3
1. Současný stav	4
1.1 Definice endoskopií	4
1.1.1 Historie a vývoj endoskopií	4
1.1.2 Dělení a druhy endoskopů	5
1.1.3 Rozdělení endoskopických metod	6
1.2 Ošetřovatelský proces u vybraných endoskopických vyšetřovacích metod.....	8
1.2.1 Všeobecná příprava před endoskopickým vyšetřením	9
1.2.2 Psychická příprava před endoskopickým vyšetřením	1111
1.2.3 Společné znaky prováděných endoskopických vyšetřovacích metod	12
1.2.4 Ošetřovatelský proces u kolonoskopie	14
1.2.5 Ošetřovatelský proces u ezofagoskopie, gastroscopie, duodenoskopie.....	16
1.2.6 Ošetřovatelský proces u ERCP	18
1.2.7 Ošetřovatelský proces u kapslové endoskopie	20
1.3 Nejběžnější komplikace vyskytující se u endoskopických vyšetřovacích metod	21
1.3.1 Obecné komplikace u endoskopických vyšetřovacích metod	22
1.3.2 Specifické komplikace u endoskopických vyšetřovacích metod	23
2. Cíle práce a výzkumné otázky	25
2.1 Cíle práce	25
2.2 Výzkumné otázky	25
3. Metodika výzkumu	26
3.1 Metodika a technika výzkumu	26
3.2 Charakteristika výzkumných souborů	26
4. Výsledky.....	27
4.1 Kazuistiky respondentů.....	27
4.1.1 Kazuistiky pacientů (soubor A).....	27
4.1.2 Kazuistiky sester (soubor B).....	34

4.2	<i>Kategorizace výsledků v tabulkách</i>	46
4.2.1	<i>Kategorizace výsledků u pacientů (soubor A)</i>	46
4.2.2	<i>Kategorizace výsledků u sester (soubor B)</i>	57
5.	Diskuze	70
5.1	<i>Diskuze k výsledkům výzkumu u pacientů (soubor A)</i>	70
5.2	<i>Diskuze k výsledkům výzkumu u sester (soubor B)</i>	73
6.	Závěr	79
7.	Seznam použitých zdrojů	81
8.	Klíčová slova	85
9.	Přílohy	86

Úvod

„Lékařská věda dosáhla takového pokroku, že nikdo na světě už není zdrav.“

Huxley Aldous

Lékařské vědy zaznamenaly svůj rozkvět zejména ve 20. a na počátku 21. století. S postupným vývojem medicíny se rozvíjela i práce sester zaměřující se především na potřeby pacienta. Tento rozvoj nastupoval ve všech oblastech zdravotnictví, a tedy i v endoskopických vyšetřovacích metodách. V současné době představují onemocnění trávicího traktu významný lékařský fenomén. Rozvoj endoskopie byl ovlivněn zejména technickým vývojem v oblasti optiky a videotechniky, díky němuž se nabízí podrobný pohled do útrob lidského těla, proto jsou to v dnešní době jedny z hlavních vyšetřovacích, ale i terapeutických metod. Při vyšetření lékař může totiž nejen diagnostikovat patologické změny, ale i provést příslušný terapeutický zákrok.

Důležitou součástí endoskopických vyšetřovacích metod je i ošetrovatelský proces, který je z větší části na bedrech zdravotních sester. Zahrnuje v sobě zejména všeobecnou přípravu před vlastním vyšetřením a péči během a po vyšetření. Dále se při ošetrovatelském procesu u endoskopií klade důraz na individualitu pacientů a empatický přístup sester. Mezi nejznámější endoskopické vyšetřovací metody patří vyšetření gastrointestinálního traktu (kolonoskopie, ezofagogastroduodenoskopie, endoskopická retrográdní cholangiopankreatografie a kapslová endoskopie). Proto se tato bakalářská práce zaměřuje na výše uvedené endoskopie a ošetrovatelské procesy s nimi související.

Téma této práce “Ošetrovatelský proces u pacientů podstupující endoskopické vyšetřovací metody“ jsem si zvolila z důvodu velkého rozmachu vývoje a využití těchto technik. Dále jsem si toto téma vybrala z důvodu podstoupení těchto metod některými blízkými rodinnými příslušníky, kteří si tak nyní mohou přečíst a pochopit některé úkony, které jim třeba nebyly podrobně vysvětleny.

1. Současný stav

1.1 Definice endoskopií

Pojem endoskopie pochází z řeckých slov „endo“, což znamená uvnitř, a „skopein“, v překladu pohled, pohlížení. V dnešní době jsou endoskopická vyšetření jedny z nejpoužívanějších ve zdravotnickém prostředí. Jde o velmi elegantní metodu, která umožňuje prostřednictvím endoskopu prohlédnout dutiny a vnitřní orgány. Samotný endoskop je v podstatě optický systém, který má na jednom konci světelný zdroj, popř. miniaturní videokameru přenášející obraz. Nedostizný význam endoskopických metod spočívá nejenom v diagnóze nemocí vnitřních orgánů, ale také umožňuje odběr vzorků k pozdějšímu stanovení diagnózy či dokonce provést léčebný zákrok.

Tento typ vyšetření je v současném moderním lékařství hojně využíván díky málo invazivním dopadům na pacienta, ale také pro snazší manipulaci s přístrojem. Lze tedy říci, že v současnosti téměř všechna nemocniční oddělení a obory zdravotnické péče využívají endoskopie (Lukáš, 2005).

1.1.1 Historie a vývoj endoskopií

Z historického hlediska první zdokumentovaný endoskopický pokus provedl německý lékař Philipp Bozzini v roce 1806 pomůckou, která dostala název „eine Lichtleiter“ neboli „světlo průvodce“ a byla určena především k vyšetřování močového ústrojí a vagíny. Dále pak v roce 1826 v Paříži použil francouzský lékař Pierre Solomon Ségalas "urethro-cystické speculum", předchůdce endoskopu, který se skládal ze skleněných trubiček. Významný objev učinili ve třicátých letech 20. století němečtí lékaři Rudolf Schindler a Georg Wolf. Zhotovili první optický gastroskop složený z velkého množství optických čoček, který se používal až do roku 1957. Právě v tomto roce Basil Hirschowitz se svými spolupracovníky zkonstruoval optický endoskop – fibroskop, jenž obsahoval 200 000 skleněných vláken o délce 1 metr (Lukáš, 2005).

Dalším posunem v oblasti endoskopie je aplikace tzv. videoendoskopie, která umožňuje zaznamenávat prostředí na kameru a následně přehrávat vyšetřované oblasti.

Za vynálezce se považují Willard S. Boyle a George E. Smith, kteří poprvé přišli s myšlenkou použití endoskopu se záznamem přímo v útrokách lidského těla. V roce 1984 vyrobila firma Welch Allyn Inc. první videoendoskop (Lukáš, 2005).

V Československu se endoskopie rozvíjela již před 2. světovou válkou a velký rozkvět zaznamenala s příchodem vláknové endoskopie a hlavně videoendoskopie (Lukáš, 2005).

V posledních letech se hojně užívá kapslová endoskopie. Tato metoda je neinvazivní a spočívá ve spolknutí miniaturní kamerky, která posléze cestuje gastrointestinálním traktem pacienta. S první myšlenkou sestrojení přístroje, který by umožňoval neinvazivní vstup do lidského těla, přišel izraelský gastroenterolog profesor Scapy. První kapsle vznikla roku 1999. Od roku 2002 je využívána i v České Republice (Štálová, 2005).

1.1.2 Dělení a druhy endoskopů

Endoskopy se mohou dělit podle více hledisek, a to podle vyšetřovaného úseku, podle způsobu provedení, dle využití endoskopů (diagnostické, léčebné) a dále podle druhu endoskopu (rigidní, flexibilní).

Podle vyšetřované oblasti se endoskopy dělí na otiatrické, transnazální, perorální, rektální, vaginální a uretrální, přičemž názvy endoskopů jsou odvozeny od míst zavedení do lidského organismu. V případě otiatrické cesty je endoskop veden ušním zvukovodem a vyšetřují se patologické změny ve zvukovodu a na ušním bubínku. Při transnazální cestě je endoskop veden nosem a jsou vyšetřovány dutina nosní, nosohltan, hltan, hrtan, průdušnice a průduškový strom. Perorální cestou, při níž endoskop prochází dutinou ústní, lze provést vyšetření hltanu, hrtanu, průdušnice, průduškového stromu, jícnu, žaludku, dvanáctníku, lačnicku, kyčelníku a žlučových cest. Endoskopická vyšetření mohou být také vedená konečníkem (rektální), kdy je sledován stav konečníku, tlustého a tenkého střeva. Při vaginální endoskopii, kdy endoskop vstupuje do těla vaginou, se vyšetřuje pochva, děložní čípek, děložní dutina, plodový vak a plod. Uretrální endoskopie je vyšetření, kdy je endoskop veden přes močové cesty

do močového ústrojí, kde se sledují změny v močové trubici, močovém měchýři, močovodu a ledvinové pánvičce (Hořejší, 2006).

Podle způsobu provedení se endoskopy dělí na ty, které jsou vedeny přirozenou neboli fyziologickou cestou (např. do žaludku nebo do močové trubice) nebo uměle vyrobenými cestami, ty jsou vytvořeny za účelem protěti tkáně a následného nahlédnutí do dutiny (Hořejší, 2006).

Na základě cíle určení lze rozestnat endoskopy diagnostické a léčebné. Diagnostické endoskopy slouží jenom ke stanovení diagnózy, zatímco léčebné endoskopy umožňují nejen stanovení diagnózy, ale i provedení zákroku.

Endoskopy se dále klasifikují podle druhu endoskopu zvoleného k vyšetření. Sem patří endoskopy rigidní, které mohou být s přímým (rektoskop, ezofagoskop), nebo nepřímým pozorováním (laparoskop). Dále sem patří endoskopy flexibilní, které jsou výhradně s pozorováním nepřímým (fibroskop), a dělí se dle dalších aspektů – jako např. podle druhu optiky použité na fibroskopu, tloušťky fibroskopu, účelu výroby (např. fibroskop k vyšetření horní části trávicí trubice a fibroskop k vyšetření dolní části trávicí trubice) (Dítě, 1994; Aabakken 1999).

Zvláštním druhem endoskopů jsou tzv. videoendoskopy, kdy je obraz převeden přímo na monitor (viz příloha 20, 21, 22), čímž má lékař širší možnosti získat informace o vyšetřovaném místě. (Dítě, 1994). V dnešní době se také využívá kapslová endoskopie, jejíž součástí je miniaturní kamera. Výhody používání videoendoskopie a kapslové endoskopie spočívají zejména ve snazším odhalení patologických jevů.

1.1.3 Rozdělení endoskopických metod

Endoskopické metody se dělí dle vyšetřované oblasti organismu, s čímž souvisí i druh použitého endoskopu.

Mezi nejznámější a nejrozšířenější endoskopické metody patří vyšetření gastrointestinálního traktu. Lze tak pozorovat patologické změny ve značné části lidského organismu. Mezi nejvíce užívané metody patří gastrokopie, kdy je vyšetřován jícen a žaludek. Lze také vyšetřovat pouze jícen (ezofagogkopie). Dále může být endoskop veden přes jícen a žaludek až do duodena, tato metoda se souhrnně nazývá

ezofagogastroduodenoskopie. Značného diagnostického významu v poslední době nabývá i endoskopická retrográdní cholangiopankreatografie (ERCP), pomocí níž se radiodiagnosticky vyšetřuje žlučová soustava a slinivka břišní. Tato metoda je ovšem náročná z hlediska přípravy pacienta a průběhu vyšetření. Při rektoskopii lze pozorovat změny v oblasti konečníku a dolní části tlustého střeva. Další známou metodou je kolonoskopie, která je využívána za účelem monitorování patologických změn tlustého střeva (Koudelková, 2005; Krišková, 2006).

Téměř každé oddělení v nemocnicích využívá endoskopické vyšetřovací metody. Dle toho lze určit specifika využívaných endoskopií. V nemocnicích mohou být endoskopie prováděny na specializovaných pracovištích, anebo mohou být endoskopická vyšetření prováděna pouze v rámci jednotlivých oddělení.

Na chirurgickém oddělení jsou endoskopie spojeny i s malými operačními výkony, tzv. laparoskopii. Do těchto metod patří například laparoskopická cholecystektomie (odstranění žlučových kamenů), laparoskopická apendektomie (odejmutí slepého střeva) a laparoskopická operace tříselné kýly (odstranění tříselné kýly). Po laparoskopickém zákroku zůstane pouze malá jizva. Dále sem patří operační thoroskopie (vyšetření, při kterém prohlížíme pleurální dutinu) a operační mediastinoskopie (vyšetření hrudníku mezi dvěma pleurálními vaky), které provádí plicní chirurg (Koudelková, 2005; Krišková, 2006).

Mezi další oddělení využívající endoskopické vyšetřovací metody patří urologie. Zde se nejčastěji vyšetřuje močová trubice, močový měchýř, močové cesty a část ledvin. Jedná se hlavně o cystoskopii (vyšetření sliznice v močovém měchýři) a panendoskopii (vyšetření makroskopické struktury sliznice). Endoskopie mohou být také využívány k drcení konkrementů v močovém měchýři (cystolitotrypse). Mezi endoskopické terapeutické úkony v oblasti vylučovací soustavy patří perkutánní extrakce konkrementu, kdy se endoskopicky odstraňuje konkrement nacházející se v dutém systému ledviny, transuretrální resekcce, kdy dochází k odstranění nádoru v močovém měchýři, a optická uretrotomie, při níž dochází k obnovení průsvitu zúžené močové trubice (Koudelková, 2005; Krišková, 2006).

Na ORL oddělení se nejčastěji lze setkat s otoskopií – vyšetřením ucha (zevní ucho a bubínek). Další metodou využívanou na ORL oddělení je sinusoskopie, která umožňuje nahlédnutí do dutin nosních, dále rhinoskopie a nasopharyngoskopie, které slouží k endoskopickému vyšetření nosu, nosohltanu a čelistní dutiny. A nakonec velmi známou metodou je laryngoskopie, díky níž se vyšetřuje hrtan (Koudelková, 2005; Krišková, 2006; Kříčková, 2010).

Na gynekologickém oddělení se nejčastěji provádí hysteroskopie, kdy se vyšetřuje dutina děložní. Dále sem patří kolposkopie, kdy je vyšetřen děložní čípek a děložní hrdlo. Při graviditě pacientky se ve velké míře užívá tzv. fetoskopie, kdy je pomocí endoskopu sledován fetus a placenta ve 2. trimestru gravidity (Koudelková, 2005; Výkladový ošetřovatelský slovník, 2007).

Na plicním oddělení se ve velké míře využívá zejména bronchoskopie, která poukazuje na změny na průduškovém stromu (Koudelková, 2005; Krišková, 2006). Endoskopické metody jsou také využívány v oblasti ortopedie – zejm. artroskopie. Jde o operační postup, při kterém lze nejen vyšetřit kloub, ale také provést zákrok. V dermatologii se využívá dermatoskopie, kdy se pomocí dermatoskopu posuzuje stav kůže (Koudelková, 2005).

Uplatnění endoskopických metod na nemocničních odděleních výrazně snižuje invazivitu zákroku do lidského organismu, čímž se zvyšuje množství objasněných chorob, a zároveň může sloužit k jejich léčbě.

1.2 Ošetřovatelský proces u vybraných endoskopických vyšetřovacích metod

Ošetřovatelský proces zahrnuje celkovou péči o pacienta a je velmi důležitý pro zdravotnické profese. Proces je sérií předem naplánovaných úkonů, u kterých se předpokládá dosažení určitých výsledků. Jeho hlavním cílem je zlepšení zdravotního stavu pacienta, tuto změnu sestra vykonává buď sama, anebo za aktivní spolupráce pacienta. Ošetřovatelský proces má pět fází – zhodnocení/posuzování, diagnostika, plánování, realizace, vyhodnocení (Tóthová, 2009).

Kategorizaci jednotlivých potřeb člověka vytvořil v roce 1943 Abraham Harold Maslow. Podle ní má člověk pět základních druhů potřeb seřazených v pomyslné

pyramidě od nejnižších po nejvyšší – fyziologické potřeby (potřeby život ohrožující), potřeba jistoty a bezpečí (problémy ovlivňující bezpečí a jistotu), potřeba lásky a sounáležitosti (problémy související s láskou a sounáležitostí), potřeba uznání, ocenění a sebeúcty (problémy související se sebeúctou), potřeba seberealizace (potřeba související se seberealizací) (Trachtová, 2006; Tóthová, 2009).

Snahou veškerého zdravotnického personálu by měla být snaha uspokojit všechny pacientovy potřeby tak, aby se cítil spokojeně. Proto se v ošetrovatelském procesu klade důraz zejména na uspokojení potřeb souvisejících s pohybovou aktivitou nemocného, spánkem a odpočinkem, s péčí o výživu pacienta, s péčí o správné a efektivní vyprazdňování v době hospitalizace a péčí o dýchání. Zvláštní péči při ošetrovatelském procesu vyžadují pacienti s bolestmi v důsledku zhoršeného psychického stavu. Důležité je také zajistit pocit jistoty a bezpečí. V neposlední řadě jsou významnou součástí ošetrovatelského procesu sebekoncepce a sebeúcta pacienta, což by měla sestra u něho podporovat po celou dobu hospitalizace (Trachtová, 2006; Tóthová, 2009).

Ošetrovatelský proces má nedostižný význam téměř u všech odvětví zdravotnictví, včetně endoskopie. V tomto případě úkony související s ošetrovatelským procesem zahrnují přípravu pacienta před vyšetřením, přípravu nástrojů na výkon včetně dezinfekce a sterilizace po výkonu, pomoc lékaři během vyšetření, pozorování pacienta a zajištění péče po endoskopii, přepravu pacienta domů nebo na oddělení a v neposlední řadě i vedení dokumentace (Krišková, 2006; Kozierová, 1995; Mikšová, 2003).

1.2.1 Všeobecná příprava před endoskopickým vyšetřením

Důležitou součástí každého endoskopického vyšetření je příprava pacienta před vlastním vyšetřením, kterou ve většině případů provádí sestra. Jedná se zejména o všeobecnou a psychickou přípravu, která zahrnuje informace o průběhu a diskuzi o možných výsledcích vyšetření (Nejedlá, 2004).

Všeobecná příprava pacienta před endoskopickým vyšetřením je podstatnou součástí endoskopického úkonu pro jeho následný hladký průběh. Je zahájena vyhodnocením situace a zdravotního stavu pacienta. Prvořadým předpokladem pro provedení endoskopie je písemný souhlas pacienta se samotným vyšetřením.

Jde zejména o informovaný souhlas (viz příloha 1, 2, 3, 4), operační revers a případný souhlas s hospitalizací, protože některá endoskopická vyšetření vyžadují hospitalizaci. Následuje sepsání anamnézy, která musí obsahovat základní údaje o pacientovi – jako např. užívané léky, objektivní a subjektivní pocity pacienta týkající se vyšetřované oblasti a alergické projevy pacienta. Nezbytnou součástí soupisu informací o pacientovi tvoří také rodinná a pracovní anamnéza. Tyto informace se získávají prostřednictvím rozhovorů s pacientem či jeho rodinou, dále pozorováním pacienta v nemocničním okolí, popř. pomocí různých druhů vyšetření (Nejedlá, 2004; Lukáš, 2005; Valenta, 2007).

Po sepsání nezbytných administrativních dokumentů následují interní vyšetření – odběr krve pro stanovení sedimentace, biochemických a hematologických markerů. Z krve se následně stanoví hodnoty QUICK (Quickův test), INR (mezinárodní normalizovaný poměr), aPTT (aktivovaný částečný tromboplastinový čas), krevní obraz s počty trombocytů a krevní skupina s Rh faktorem. Má-li pacient prodloužené intervaly v koagulačních časech, nelze vybrané úkony uskutečnit, protože by mohlo dojít k pozdějším komplikacím v souvislosti s vyšší mírou krvácení při hojení ran. Jedná se především o výkony spojené s odběrem tkáně (biopsie atd.). V případě potřeby lze odebrat také speciální výpotky – jako např. sputum před bronchoskopií. Před samotným vyšetřením může pacient také podstoupit EKG a RTG srdce a plic. V případě nutnosti je u žen důležité provést gynekologické vyšetření. Dle povahy prováděného výkonu lze také použít i jiné metody vyšetření (např. ultrazvuk, magnetická rezonance) (Lukáš, 2005; Nejedlá, 2004; Valenta, 2007).

Pacient nesmí osm hodin před vyšetřením konzumovat jídlo ani pití, nesmí kouřit. Na noc před vyšetřením lze aplikovat sedativa, pokud je lékař předepíše. Půl hodiny před vyšetřením se pacientovi podají farmaka podle ordinace lékaře (Mikšová, 2003).

Všeobecná příprava před endoskopickým vyšetřením je zakončena v den zákroku, kdy lékař znovu pacientovi podrobně vysvětlí průběh endoskopie pro zmírnění obav pacienta ze samotného úkonu (Nejedlá, 2004).

1.2.2 Psychická příprava před endoskopickým vyšetřením

Neméně důležitá je vedle všeobecné přípravy i psychická příprava pacienta. Měl by ji vykonávat lékař nebo sestra lékařem pověřená. Důležitou charakterovou vlastností ošetřujícího zdravotnického personálu by měla být především empatie a ohled na pacientovy obavy. Z hlediska zdravotnického personálu je důležité ji nepodceňovat. Součástí psychické přípravy je vysvětlení důvodu a popis postupu prováděného vyšetření včetně upozornění na případné komplikace, které se mohou během vyšetření vyskytnout. Je tedy nezbytné aktivně odpovídat pacientovi na jeho dotazy (Nejedlá, 2004).

Důležitým prvkem psychické přípravy je zejména komunikace – verbální i neverbální. V případě verbální komunikace závisí především na stylu mluvy, která by měla být pomalá, jasná, zřetelná a srozumitelná, ale také na hlasitosti mluvy, jež musí být úměrná věku a stavu pacienta. Nedílnou součástí verbální komunikace je také výška hlasu a pomlky. Délka projevu závisí na druhu vyšetření, ale projev by měl být krátký a výstižný s důrazem na podstatu věci. Významné je i načasování rozhovoru. V případě neverbální komunikace je nutné si všimnout řeči těla – zejména mimiky, doteků (haptika), blízkosti (proxemika), fyzického postoje (posturlogie), pohybů (kinetika) a samozřejmě gest (Venglářová, 2006).

Sestra by měla k pacientovi přistupovat profesionálně, dále by měla znát základy správné komunikace s nemocným a připomínat si důležitost etiky. Je nutné pacientovi vysvětlit, v čem spočívá výkon, který podstoupí, popř. jaké nežádoucí dopady může vyšetření mít. Lze použít i názorné ukázky, popř. video ukázky, aby měl pacient představu o průběhu vyšetření. Je také důležité vysvětlit pacientovi význam jeho spolupráce se zdravotnickým personálem. Je-li potřeba, sestra zmírňuje pacientovy obavy a snaží se odstranit strach spojený s výkonem (Lukáš, 2005).

V případě špatného psychického stavu pacienta v souvislosti s provedením endoskopického vyšetření má lékař možnost provést také farmakologickou přípravu (např. podat tlumící léky), která klade důraz na zajištění pacientovy pohody a dobrého psychického rozpoložení. V souvislosti s farmakologickými preparáty je nutné zjistit alergické anamnézy, které by mohly komplikovat průběh endoskopie (Lukáš, 2005).

Neméně významným úkolem sestry je zabezpečovat pacientovu intimitu. Měla by např. zajišťovat, aby byla odkryta jen ta část těla, která je vyšetřována, zbytek by měl být zakryt prádlem (Mikšová, 2006; Krišková, 2006).

Je důležité nepodceňovat význam psychické přípravy před vlastním endoskopickým vyšetřením. Je zřejmé, že jakákoliv návštěva u lékaře je náročná na psychiku pacienta, zejména proto, že lékaře vyhledá až v případě zhoršení svého zdravotního stavu. Je proto důležité brát zřetel na individualitu každého pacienta (Nejedlá, 2004).

1.2.3 Společné znaky prováděných endoskopických vyšetřovacích metod

Před příchodem pacienta musí být na endoskopickém sálku připraveny sterilní pomůcky a nástroje, což zajišťuje speciálně kvalifikovaná sestra. Jedná se o ochranné pracovní nástroje, podle potřeby flexibilní fibroskop nebo rigidní endoskop s příslušenstvím a pomůcky potřebné k premedikaci (jehly, stříkačky, čtverečky, dezinfekce, emitní miska, podložní táč, rukavice, kontejner na odložení použitých jehel). Dále musí být připravené zkumavky obsahující fixační roztok, do kterého se v případě odběru biologického materiálu umístí odebraná tkáň (Mikšová, 2006).

Těsně před vyšetřením sestra vyzve pacienta, aby si vyjmul zubní náhradu, odložil šperky, piercingy, které by mohly znemožňovat správný průběh vyšetření. Dle zvyklostí oddělení poskytne sestra nemocniční prádlo (Dítě, 1994; Mikšová, 2006; Krišková, 2006; Standard ošetrovatelské péče č. 31 – ERCP).

Následně je pacient převezen i s dokumentací na endoskopický sálek. Na sálku mu sestra vysvětlí polohu, při které se bude endoskopie provádět, eventuálně mu pomůže tuto polohu předem nacvičit, a dále mu vysvětlí důvod změny této polohy v průběhu výkonu. Po zaujmutí správné polohy pacienta dá sestra přes nevyšetřovanou část jeho těla podložku nebo ložní prádlo, aby zabránila kontaminaci jeho osobních věcí biologickým materiálem (Mikšová, 2003; Krišková, 2006; Standard ošetrovatelské péče č. 31 – gastroscopie; Standard ošetrovatelské péče č. 31 – ERCP).

Předpokladem pro hladký průběh endoskopického vyšetření je také zajištění žilního vstupu zejména s ohledem na případné úkony, které vyžadují premedikaci, a také jako rychlý přístup do krevního řečiště v případě vzniku závažných komplikací (Lukáš, 2005).

Premedikace předepsaná lékařem se tedy posléze na sálku aplikuje, přičemž může být podávána intramuskulárně nebo perorálně. Sestra také zajistí, aby byl v případě komplikací poblíž pacienta přívod kyslíku (Krišková, 2006, Mikšová, 2006). Je důležité, aby sestra těsně před vyšetřením zhodnotila fyzický a psychický stav pacienta a vyvodila z nich závěry (Mikšová, 2006; Standard ošetrovatelské péče č. 31 – kolonoskopie). Několik minut před výkonem aplikuje lékař lokální aneste-tikum (Mikšová, 2003, Standard ošetrovatelské péče č. 31 – gastroskopie).

Během výkonu sestra asistuje lékaři a plní jeho požadavky. Komunikuje s pacientem, pomáhá mu udržovat správnou polohu, popisuje mu postupy vyšetření. Je nápomocna lékaři při odebírání biologického vzorku (Mikšová, 2003; Standard ošetrovatelské péče č. 31 – gastroskopie). Je také důležité sledovat celkový stav pacienta, monitorovat jeho fyziologické funkce dle ordinací lékaře – především tlak, puls, dech, saturaci kyslíkem, vědomí a celkové projevy ukazující na změny pacientova stavu (Mikšová, 2006; Standard ošetrovatelské péče č. 31 – kolonoskopie).

V případě urgentních zákroků (např. gastroskopie, kolonoskopie, ERCP vyšetření) je všeobecná příprava pacienta na endoskopii mnohem náročnější. Rozdíl spočívá hlavně v život ohrožujícím krvácení pacienta do gastrointestinálního traktu. V tomto případě je tedy nutná i příprava instrumentálního vybavení pro zastavení krvácení (Dítě, 2005).

Po vyšetření musí sestra pomůcky a nástroje, které byly použity při vyšetření, důkladně opláchnout, mechanicky očistit, vydezinfikovat, vložit do myčky (viz příloha 24, 25) a připravit pro další výkony (Mikšová, 2006; Krišková, 2006; Standard ošetrovatelské péče č. 31 – kolonoskopie).

V případě, že vyšetření bylo provedeno přímo na oddělení, kde je pacient hospitalizován, pomůže mu sestra po vyšetření s oblékáním a doprovodí ho na nemocniční pokoj. Nebylo-li vyšetření provedeno přímo na oddělení, pacient je pod dohledem speciálně kvalifikovaného pracovníka odvezen na oddělení, které endoskopické vyšetření požadovalo. Dobu, kterou musí pacient strávit pod dohledem, stanoví lékař (Mikšová, 2006).

Po vyšetření sleduje sestra fyziologické funkce dle požadavků lékaře, řádně je zaznamenává a dle svého uvážení hodnotí a hlásí lékaři nežádoucí změny. Byl-li odebrán biologický vzorek tkáně, musí ho označit a následně odeslat do příslušné laboratoře (Mikšová, 2003).

1.2.4 Ošetřovatelský proces u kolonoskopie

V dnešní době je nejvíce využívanou endoskopickou metodou kolonoskopie. Jde o vyšetřovací metodu, při které jsou pomocí optického přístroje (viz příloha 9) vyšetřovány části tlustého střeva, a to především sigmoideum, descendens, transversum, kolon ascendens, cékum, Bauhinská chlopeň a terminální ileum. Dle rozsahu endoskopického výkonu se dělí na parciální (sigmoideoskopii, kolonoskopii do lineárního ohbí a hepatálního ohbí), totální (pankoloskopie) a pooperační kolonoskopii tlustého střeva. Samotná kolonoskopie může sloužit jak ke stanovení diagnózy v oblasti tlustého střeva, tak i k terapii (Dítě, 1994; Standard ošetřovatelské péče č. 31, 2009 – kolonoskopie). Význam kolonoskopie spočívá zejména v diagnostikování rakoviny tlustého střeva a při objasňování jiných patologických změn na tlustém střevě (divertikuly aj.).

Ošetřovatelský proces u kolonoskopie vyžaduje stejná základní předzákroková opatření jako všechny ostatní endoskopické vyšetřovací metody. Tato opatření jsou popsána v předchozích kapitolách. Navíc lékař musí vzít v potaz subjektivní a objektivní problémy související s gastrointestinální soustavou (Mikšová, 2003; Standard ošetřovatelské péče č. 31 – kolonoskopie). Dále musí být pacient před kolonoskopickým výkonem zcela vyprázdněný. Čtyři až pět dní před vyšetřením by měl vynechat přípravky obsahující velký podíl železa, protože zahušťují a mění zbarvení stolice. Tři dny před kolonoskopií pacient smí jíst pouze tekutou stravu, nesmí mléčné výrobky, ovoce, zeleninu, a vše, co obsahuje jádérka. Den před výkonem ráno dostane snídani (nesmí mléčné výrobky), poté večer ten samý den pacient už nic nejí, pouze přijímá tekutiny. Odpoledne/večer před vyšetřením nebo v den vyšetření ráno (dle zvyklostí oddělení) se podá tzv. ortográdní příprava pro úplné vyprázdnění pacienta, což je lékárnou připravený roztok fosfátu. Tento roztok musí pacient vypít dle

instrukcí sestry. Jiná oddělení nemocnice používají očistné klyzma, popř. lze kombinovat ortográdní přípravu s očistným klyzmatem. Aplikuje se několik klyzmat, dokud pacient není zcela „čistý“. Ráno před vyšetřením se použije ještě jedno kontrolní klyzma, aby se zjistilo, zda je nemocný řádně vyprázdněn. Očistné klyzma provádí sestra, která by měla při tomto úkonu dbát na intimitu pacienta (Mikšová, 2003).

V akutních případech, nebo pokud musí být střevo rychle vyprázdněno, lékař naordinuje přípravek s názvem YAL. Tento preparát sestra aplikuje přes konečník do tlustého střeva asi 30-60 minut před vyšetřením. U tohoto přípravku nemusí být dodržena jiná dietní opatření. Je ale nutné před použitím lahvičku důkladně protřepat, dokud nevznikne dokonalá pěna, která se pak pomocí aplikátoru zavede do konečníku (Aabakken, 1999; Mikšová, 2003; Standard ošetrovatelské péče č. 31 – kolonoskopie).

Sestra musí v průběhu přípravy sledovat několik aspektů týkajících se pacientovy stolice, tj. množství, konzistenci a barvu. Je nutné všimnout si krve ve stolici a jiných příměsí, které musí hlásit lékaři. Dále zajistí pacientovi hygienickou očistu. Povinností sestry je také měřit fyziologické funkce a vše zaznamenat do dekurzu. Dle nařízení lékaře podá sestra noc před výkonem sedativa (Mikšová, 2006).

Zvláštní péči vyžadují pacienti s diabetem mellitem, kdy je potřeba brát v úvahu rizika s ním spojená. Vzhledem k tomu, že pacient nebude přijímat stravu, je velké riziko hypoglykémie. Snížená glykémie vede často k silným bolestem hlavy, nevolnosti a závratím. U pacientů závislých na inzulínu je nutné provést speciální diabetickou přípravu. V ostatních případech u pacientů s diabetem mellitem je doporučeno mít stále při sobě pro případ potřeby hroznový cukr. U ostatních pacientů se doporučuje pít oslazenou šťávu (Aabakken, 1999).

Bezprostředně před endoskopickým vyšetřením je nutné ujistit se, zda je pacient informován o všech aspektech souvisejících s výkonem. Sestra sdělí pacientovi přibližnou délku trvání výkonu (45 minut). Dále mu vysvětlí důvod nepříjemného pocitu, který bude pacient pociťovat při vpravování vzduchu do střeva. Před vyšetřením sestra doprovodí nemocného na toaletu, kde vykoná potřebu (Mikšová, 2006; Krišková, 2006).

Během kolonoskopického zákroku pomáhá sestra pacientovi zaujímat pozici na levém boku s lehkým přitážením kolen k tělu a dle požadavků lékaře pomáhá pacientovi tuto polohu měnit. Sestra potře vazelinou nebo jiným prostředkem určeným pro tento typ vyšetření koncovou část kolonoskopu. Před výkonem nejprve lékař pacienta digitálně vyšetří, vsune ukazováček namazaný vazelinou přes vnitřní svěrač rekta, aby se ujistil, že není žádná překážka pro vsunutí endoskopu do střeva. Lékař zavádí endoskop skrze řitní otvor, po té už zasouvá endoskop sestra dle instrukcí lékaře, přičemž je nutné, aby hlásila délku zavedení kolonoskopu (Mikšová, 2006; Standard ošetrovatelské péče č. 31 – kolonoskopie). Vpravování vzduchu do tlustého střeva závisí na pokynech lékaře. Sestra by měla brát ohled na pacientovy pocity, především na pocity bolesti či nepříjemnosti, protože vzduch vpravovaný do střev může působit obtíže. Předem ho musí na neobvyklé pocity upozornit, aby pacient nebyl zbytečně psychicky vypjatý (Mikšová, 2006; Standard ošetrovatelské péče č. 31 – kolonoskopie).

Po samotném výkonu může sestra podle požadavků lékaře zavést rektální rourku, která umožňuje společně s umístěním pacienta do polohy na levém boku snadnější odchod plynů (Mikšová, 2006; Krišková, 2006).

Strava podávaná pacientovi po kolonoskopii je lehčí s ohledem na podrážděný tračník. Je nutné, aby sestra pozorovala první stolicí po vyšetření a vyhodnotila, zda obsahuje příměsi (krev), a jaká je její konzistence (průjmovitá, bobkovitá) (Mikšová, 2006; Krišková, 2006).

Pokud pacient podstoupil biopsii v oblasti tlustého střeva, musí dvanáct hodin po výkonu ležet v klidu na lůžku. Sestra pozoruje případné komplikace, které ihned hlásí lékaři. Byl-li odebrán při kolonoskopii biologický materiál, sestra zajistí přenos vzorku do předem určené laboratoře (Mikšová, 2006).

Závěrem lze říci, že kolonoskopie má mezi současnými vyšetřovacími metodami nedostížitelný význam, protože se jedná o nejpřesnější metodu vyšetření tlustého střeva.

1.2.5 Ošetrovatelský proces u ezofagoskopie, gastroscopie, duodenoskopie

Tyto endoskopické vyšetřovací metody slouží k odhalení patologických změn horní části gastrointestinálního traktu. Při ezofagoskopii se sledují patologické změny na jícnu

(př. jícnové varixy), při gastroskopii na vnitřní i vnější stěně žaludku a při duodenoskopii na dvanáctníku. Navíc při gastroskopii a duodenoskopii lze objevit vředy, které mohou svou perforací ohrožovat život pacienta. Endoskop se v případě těchto vyšetření zavádí ústy (viz příloha 12) (Valenta, 2007).

Tato endoskopická vyšetření mohou plnit jak terapeutickou, tak diagnostickou funkci. U diagnostického typu vyšetření je cílem zjistit, zda má pacient dvanáctníkový nebo žaludeční vřed nebo zda nekrvácí do horního úseku zažívacího traktu. U terapeutického druhu vyšetření se jedná především o zastavení krvácení nebo pomocí endoskopické techniky odstranění polypů (viz příloha 10, 11) na sliznici gastrointestinálního traktu (Lukáš, 2005; Standard ošetrovatelské péče č. 31 – gastroskopie).

Příprava pacienta před těmito vyšetřeními je podobná přípravě před ostatními endoskopickými vyšetřovacími metodami. Tyto přípravy jsou popsány v předchozích kapitolách. I zde je důležitý sběr informací buď od samotného pacienta, jeho rodiny, anebo z dřívějších záznamů z nemocnice. Nesmí být opomenuta ani interní vyšetření (Mikšová, 2003; Standard ošetrovatelské péče č. 31 – gastroskopie).

Sestra vysvětlí, jakým způsobem bude provedena lokální anestezie a následky s ní spojené. Významné je také podat informaci týkající se délky výkonu, která se pohybuje mezi 30-45 minutami, záleží ale na individuálních podmínkách (druh nálezu, nebo jiné komplikace). Nakonec je třeba pacientovi vysvětlit činnosti a úkony prováděné po vyšetření (Mikšová, 2003).

U těchto endoskopických metod je opět nutné připravit speciální pracovní pomůcky a nástroje (fibroskop dle požadavku lékaře, preventivní pracovní prostředky), dále zkumavky pro odběr tkáně a navíc lze provést stěr na otestování přítomnosti *Helicobacter pylori* pomocí speciálního setu (Mikšová, 2003).

Před začátkem vyšetření je sestrou pacientovi aplikován náustek mezi zuby, aby se při vyšetření nechtěně neporanil a aby také nepoškodil endoskopický přístroj (Mikšová, 2003; Krišková, 2006; Standard ošetrovatelské péče č. 31 – gastroskopie).

Během výkonu sestra asistuje lékaři a plní jeho požadavky, především je mu nápomocna při odběru vzorku na stanovení přítomnosti *Helicobacter pylori* (Mikšová, 2003; Standard ošetrovatelské péče č. 31 – gastroskopie).

Po vyšetření sestra umístí pacienta do polohy, která je pro něj nejvíce příjemná, dále zajistí, aby nepil a nejedl nejméně dvě hodiny po výkonu. Poté dle aktuálního zdravotního stavu může pacient po malých douškách pít čaj nebo vodu.

Důležitou součástí práce sestry je sledovat, zda se neobjevila bolest. Její výskyt je nutné ihned hlásit lékaři. Významné je také monitorovat vnější a vnitřní pocity pacienta – např. nevolnost, zvracení, sledovat příměsi zvratků a popř. je uschovat pro lékaře, aby zhodnotil, zda obsahují krev nebo jiné nefyziologické složky. Dovolil-li lékař nemocnému domácí ošetřování, musí pacienta domů doprovodit druhá osoba (Mikšová, 2003, Standard ošetrovatelské péče č. 31 – gastroskopie).

1.2.6 Ošetrovatelský proces u ERCP

Zvláštním druhem endoskopických vyšetření je endoskopická retrogradní cholangiopankreatografie (ERCP). Jedná se o výkon, při němž se vyšetřují za pomoci endoskopu (viz příloha 13, 14) a RTG paprsků žlučové cesty a slinivka břišní (Lukáš, 2005; Standard ošetrovatelské péče č. 31 – ERCP).

Příprava před tímto výkonem je podobná jako u všech předchozích, což je popsáno výše. Před výkonem musí pacient podstoupit všechna potřebná interní vyšetření. Navíc musí být odebrána krev na stanovení amyláz, lipáz, AST (aspartataminotransferasa), ALT (alaninaminotransferasa) (dle zvyklostí nemocnic). Při samotném vyšetření jsou použity RTG paprsky, které pro lidský organismus představují zátěž, proto je důležité u pacientek vyloučit graviditu kvůli vlivu na plod (Šafránková, 2006; Lukáš, 2005; Standard ošetrovatelské péče č. 31 – ERCP). ERCP vyšetření je mnohem náročnější na psychiku pacienta, protože je oproti jiným endoskopickým vyšetřením bolestivější, zasahuje totiž hlouběji do útrobu lidského těla. Proto je kladen velký důraz na psychickou přípravu (Lukáš, 2005).

Pacient před výkonem od půlnoci nic nejí, nepije a nekouří (Lukáš, 2005; Standard ošetrovatelské péče č. 31 – ERCP). ERCP vyšetření by mělo být prováděno spíše ráno než odpoledne, protože během dne se v žaludku nashromáždí více tekutin (Dítě, 1994).

Při tomto endoskopickém vyšetření je důležitá anestezie, u níž se využívá jak účinek sedativní, tak také analgetický, protože při zjištění patologického nálezu se rovnou provádí terapeutické úkony. Celková anestezie se využívá v ojedinělých případech (Dítě, 1994; Mikšová, 2003; Standard ošetrovatelské péče č. 31 – ERCP).

Před a po celou dobu vyšetření sestra pomáhá pacientovi zaujímat správnou polohu, a to na levém boku vzhledem k anatomii lidského těla. Do úst mu vloží naústek. Dále lékaři asistuje a kontroluje stav pacienta. Mezi úkoly sestry patří příprava všech pomůcek spojených s ERCP vyšetřením (ochranné prostředky, endoskop, předměty pro anestezii, zkumavky) a zajištění žilní kanyly. Dále sestra zabezpečí transport na endoskopický sálek. Tento sálek (viz příloha 15) se může lišit od sálků, kde se provádějí jiné endoskopické úkony, protože se zde navíc nachází speciální RTG zařízení. Důležitou součástí především ERCP sálků je i resuscitační vozík, který by měl obsahovat léky dle nemocničních předpisů (Lukáš, 2005; Standard ošetrovatelské péče č. 31 – ERCP).

U ERCP vyšetření endoskop prochází přes Vaterovu papilu, která ústí do dvanáctníku, dále do žlučových cest a pankreatu. Do endoskopu procházející Vaterovou papilou je vsunuta speciální kanyla, kterou pak sestra vpravuje kontrastní látku. Je nutné dbát na to, aby v ní nebyly přítomny žádné bubliny vzduchu, mohlo by totiž dojít k roztažení dutin a navíc by mohly být RTG snímky znehodnoceny. Poté lékař s pomocí sestry provádí nástřiky vývodných cest a sleduje jejich stav na monitoru, který snímkuje cesty prostřednictvím RTG paprsků. Při tomto vyšetření by měl být přítomen ještě radiologický asistent (Dítě, 1994; Mikšová, 2003). RTG snímky lékař vyhodnotí a určí diagnózu (např. cholelitiáza, choledocholitiáza, nádory a stenózy žlučových vývodů, icterus nejasného původu). Při zjištění patologického nálezu lze při samotném vyšetření ihned provést příslušný operační výkon (Lukáš, 2005).

Pacient, který podstoupí ERCP vyšetření, je většinou ještě po dobu 24 hodin na lůžku kvůli kontrole zdravotního stavu. Sledují se důležité životní funkce a následně se

vše zapisuje do dokumentace. Je proveden kontrolní odběr krve na stanovení hodnot amyláz a lipáz. Hned po vyšetření může pacient po malých dávkách pít, jíst může až pět hodin po provedeném výkonu. Tato nařízení lze změnit v závislosti na druhu operačního výkonu. Dále sestra kontroluje bolest nemocného, odchod stolice a plynů a případné jiné změny v oblasti zažívacího traktu (Mikšová, 2003; Šafránková, 2006; Standard ošetrovatelské péče č. 31 – ERCP). Nevyskytují-li se po výkonu u pacienta žádné komplikace, může jít po 24 hodinách domů v doprovodu jiné osoby (Mikšová, 2003).

1.2.7 Ošetrovatelský proces u kapslové endoskopie

Jednou z posledních objevených, ale v současné době hojně využívaných, je kapslová endoskopie, která představuje jednu z nejméně invazivních endoskopických vyšetřovacích metod. Používá se v případě, kdy ostatní endoskopická vyšetření částí horního a dolního traktu nezjistila příčinu potíží, a ty stále přetrvávají.

Kapslová endoskopie patří mezi endoskopické metody určené k vyšetření tenkého střeva, jícnu nebo tračníku speciální endoskopickou kapslí, kterou pacient podstupující toto vyšetření spolkne. Díky kapsli probíhá bezdrátový přenos snímání endoskopického obrazu při průchodu gastrointestinálním traktem (Tachecí, 2007; Standard ošetrovatelské péče č. 31 – kapslová endoskopie).

Endoskopická kapsle je digitální snímací zařízení umístěné v plastické kapsli (viz příloha 16) o rozměrech cca 11 x 26 mm a váze 3,8 g. Kapsle se skládá ze tří částí: z vlastní kapsle (viz příloha 17), datarekordéru (viz příloha 19), který zachycuje obrázky pořízené z vyšetřované části, a z vyhodnocovací stanice. Kapsle je v průběhu vyšetření posouvána gastrointestinálním traktem pomocí peristaltiky, přičemž snímá obraz s frekvencí dvou snímků za vteřinu. Kapsle vysílá obrazová data po dobu funkce baterií (cca 8-12 hodin) a po té je vyloučena přirozenou cestou se stolicí. Znamená to tedy, že kapslová endoskopie neumožňuje odebrat vzorky tkáně k dalším vyšetřením a ani provádět léčebný zákrok. Jde tedy pouze o metodu vyšetřovací (diagnostickou). Jedná se o jistou nevýhodu. Další nevýhodou je, že nelze přesně určit místo patologického nálezu. Naproti tomu výhodou je malá invazivita tohoto zákroku, protože není třeba do střeva zavádět žádný endoskopický přístroj, s tím je také spojen výskyt malého

počtu komplikací (Štálová, 2005; Tachecí, 2007; Standard ošetrovatelské péče č. 31 – kapslová endoskopie). Je třeba ještě zdůraznit, že endoskopické vyšetření provedené pomocí kapsle není zatím hrazeno pojišťovnou (Štálová, 2005).

Všeobecná příprava pacienta před vlastním vyšetřením zahrnuje i úpravu stravy, která se skládá zejména z lehkého a tekutějšího jídla. Pacient přijme poslední jídlo nejpozději v 16 hodin den před vyšetřením. Přes noc (dvanáct hodin před vyšetřením) nesmí pacient nic přijímat per os. Další kroky přípravy pacienta jsou podobné jako u ostatních endoskopických vyšetření, která jsou popsána v předchozích kapitolách (Standard ošetrovatelské péče č. 31 – kapslová endoskopie).

Těsně před podáním kapsle jsou pacientovi nalepeny na oblast břicha samolepící antény (viz příloha 18), které přijímají data do datarekordéru, jenž má pacient připevněn k opasku. Kapsle se musí aktivovat a všechny parametry kapsle se musí přísně evidovat. Po aktivaci se kapsle vloží pacientovi do úst, který ji spolkne a zapije malým množstvím čirých, neperlivých tekutin. Po dobu vyšetření se pacient může volně pohybovat, ale nesmí vykonávat fyzicky náročnou práci, sportovat a dále se musí vyvarovat kontaktu s vodou (sprchování, koupání). Pacient by se také neměl zdržovat v blízkosti elektromagnetického vlnění (mobilní telefony, vysílače), které by mohlo rušit záznam, a nesmí se podrobit magnetické rezonanci. Během vyšetření pacient dvě hodiny po spolknutí kapsle může pít neperlivé, čiré nápoje a za čtyři hodiny může sníst lehké jídlo. Je nutné, aby pacient pohlídal přirozený odchod kapsle z těla ven. Pokud si není jistý, zda odešla se stolicí, provádí se RTG kontrola. Po vyšetření musí pacient zapůjčený datarekordér přinést zpět na oddělení (viz příloha 5), kde se připojí kabelem k počítači a stahují se snímky, které byly pořízeny, tyto se posléze vyhodnocují (Štálová, 2005; Standard ošetrovatelské péče č. 31 – kapslová endoskopie).

1.3 Nejběžnější komplikace vyskytující se u endoskopických vyšetřovacích metod

Ruku v ruce s vývojem endoskopických vyšetřovacích metod jdou i komplikace. Ty lze rozdělit do dvou skupin – obecné a specifické. Obecné komplikace mohou nastat při aplikaci všech endoskopických metod (např. alergické reakce), zatímco specifické

komplikace doprovázejí jednotlivé druhy endoskopie (např. kolonoskopie – krvácení po vyšetření) (Aabakken, 1999; Lukáš, 2005).

V důsledku komplikací je potřeba se vyvarovat výskytu kontraindikací, protože endoskopie patří mezi invazivní druhy vyšetření. Je povinností sestry znát je. Kontraindikace lze rozdělit na absolutní a relativní. Mezi absolutní patří např. akutní onemocnění srdce, koma, záněty jícnu, akutní a horečnatá infekční onemocnění. Do relativních kontraindikací se řadí především ztuhlost a onemocnění páteře, onemocnění štítné žlázy (především struma), vybraná srdeční onemocnění a v neposlední řadě také nespolupracující pacient (Dítě, 1994; Mikšová, 2003).

Důležitou komplikací je i bolest, která může znemožňovat správné vyšetření daného úseku. Za komplikaci lze považovat i nedostatečné diagnostické a terapeutické výsledky (Aabakken, 1999; Lukáš, 2005).

1.3.1 Obecné komplikace u endoskopických vyšetřovacích metod

Mezi nejčastější obecné komplikace u endoskopických vyšetřovacích metod patří alergické reakce, které mohou být vyvolány řadou aspektů. Může se jednat o léky, anestetické přípravky, použité ochranné pomůcky a jakékoli jiné látky, které jsou obsaženy v použitých nástrojích a materiálech. Jednou z vážných alergických odpovědí je reakce na kontrastní látku a na jód v ní obsažený, která je používána u ERCP vyšetření. Před samotným vyšetřením mohou být pacientovi podána antihistaminika (zabránění alergické reakce) a po vyšetření sestra musí pacienta pečlivě sledovat (Aabakken, 1999; Lukáš, 2005).

Komplikace také může způsobit samotná naordinovaná premedikace. Nejvíce nebezpečná je kombinace léků midazolamu a léků tlumících bolest. Ty způsobují i životu nebezpečné stavy – poruchy srdečního rytmu, oslabení dechového centra a následně život ohrožující stav (Aabakken, 1999).

Další významnou komplikací je aspirace neboli vdechnutí (např. zvratků). Lze se s ní setkat především u výkonů, které jsou neodkladné, urgentní a hlavně u pacientů, kteří krvácí do horní části gastrointestinálního traktu (Aabakken, 1999; Lukáš, 2005).

Mezi obecné komplikace u endoskopických vyšetřovacích metod patří i znečištěné nástroje nebo použité infikované prostředky, ty mohou pacientovi způsobit závažné infekce. Riziko vzniku těchto infekcí je spojeno i s výskytem dalších přidružených onemocnění (náhrady chlopní, diabetes mellitus a choroby imunitního systému) (Aabakken, 1999; Lukáš, 2005).

1.3.2 Specifické komplikace u endoskopických vyšetřovacích metod

Specifické komplikace jsou typické pro danou část organismu. Mezi nejzávažnější specifické komplikace při endoskopických vyšetřovacích metodách patří perforace zažívacího traktu. Ty vznikají hlavně při odběru tkáně (biopsie) z gastrointestinální soustavy, nebo při zavádění endoskopického přístroje do tělních útrob (Aabakken, 1999; Lukáš, 2005).

Mezi nejzávažnější perforace patří perforace v oblasti jícnu, protože způsobují prudkou bolest za sternem, kdy může dojít až k septickému šoku. Perforace žaludeční stěny jsou vzácnější, protože svalovina žaludku je odolnější proti poškození. Perforace jsou zvláště nebezpečné, dojde-li špatným mechanickým zacházením endoskopického přístroje k narušení vředu (Aabakken, 1999; Lukáš, 2005).

Další závažnou komplikací spojenou s endoskopickými vyšetřeními je krvácení, které může být opět spojeno zejména s odběrem tkáně. Při této komplikaci by měla být zvláštní péče věnována pacientům léčených antikoagulační léčbou, protože antikoagulační medikamenty výrazně narušují zástavu krvácení. Je tedy nezbytné sledovat laboratorní výsledky krve (Aabakken, 1999; Lukáš, 2005).

Mezi specifické komplikace spojené s vyšetřením horní části gastrointestinálního traktu může být špatné zavedení a vsunutí endoskopu do trachey. Důsledkem je laryngospasmus s následnou respirační insuficiencí, kde lze slyšet stridor (zvuk vznikající při obstrukci laryngu) (Aabakken, 1999; Lukáš, 2005).

Mezi méně časté specifické komplikace patří uvíznutí nástroje ve vyšetřované oblasti (Aabakken, 1999; Lukáš, 2005).

Z hlediska komplikací je kolonoskopie nejbezpečnější ze všech endoskopických metod. Zdravotnický personál se nejčastěji setkává s krvácením sliznice, střevní stěny

a mezenteria. V ojedinělých případech potřebují komplikace vyvolané kolonoskopií terapeutickou úpravu. Perforace tlustého střeva při kolonoskopii vznikají mechanickým či pneumatickým tlakem při průchodu stěny divertikuly (Aabakken, 1999; Lukáš, 2005).

Komplikace u ERCP vyšetření mohou být způsobeny zejména podáváním nadměrného množství kontrastní látky, což může způsobit akutní zánět slinivky břišní, akutní zánět žlučníku, sepsi nebo proděravění Vaterovy papily (Aabakken, 1999; Lukáš, 2005).

Zvláštní péči je potřeba věnovat pacientům se sníženým imunitním systémem (HIV, imunosuprese) (Aabakken, 1999; Lukáš, 2005).

2. Cíle práce a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

1. Zjistit, jak jsou pacienti připraveni na vybrané endoskopické metody.
2. Zjistit, jak pacienti snáší přípravu a průběh vybraných endoskopických vyšetřovacích metod.
3. Zjistit, jak jsou pacienti poučeni o režimových opatřeních po skončení vybraných endoskopií.
4. Zjistit, jak sestry připravují pacienty na vybrané endoskopické vyšetřovací metody.
5. Zjistit, jak sestry pečují o pacienty po skončení vybraných endoskopických vyšetřovacích metod.

2.2 Výzkumné otázky

1. Jak jsou pacienti připraveni na vybrané endoskopické vyšetřovací metody?
2. Jak pacienti snáší přípravu a průběh vybraných endoskopických vyšetřovacích metod?
3. Jak jsou pacienti poučeni o režimových opatřeních po skončení vybraných endoskopických vyšetřovacích metod?
4. Jak sestry připravují pacienty na vybrané endoskopické vyšetřovací metody?
5. Jak sestry pečují o pacienty po skončení vybraných endoskopických vyšetřovacích metod?

3. Metodika výzkumu

3.1 Metodika a technika výzkumu

Empirická část bakalářské práce byla zpracována formou kvalitativního výzkumu. Technikou sběru dat byl polokonstruovaný rozhovor, který probíhal u vybraných respondentů.

Byly zvoleny dva rozhovory. Jeden z rozhovorů proběhl s pacienty (viz příloha 7), kteří podstoupili endoskopická vyšetření (celkem 14 otázek). Tyto otázky se týkaly péče, která byla pacientům poskytována před, během a po vyšetření. Druhý rozhovor proběhl se i sestrami, které pracují na odděleních (viz příloha 8), kde jsou vykonávány endoskopie (celkem 16 otázek). Tyto otázky se zaměřovaly na ošetrovatelskou péči, která byla vykonávána u pacientů podstupujících endoskopické metody, především na přípravu, průběh a péči po výkonech.

Úvodní otázky na začátku obou rozhovorů byly identifikační. Zbylé otázky byly zaměřeny na ošetrovatelskou péči týkající se endoskopií. V rozhovoru byly použity otevřené otázky s následnou reakcí autorky na odpověď pacienta, resp. sestry.

Na základě těchto dvou souborů rozhovorů byly vytvořeny kazuistiky, jež byly podkladem pro tvorbu tabulek, které obsahují nejdůležitější výsledky výzkumného šetření. Sběr těchto dat probíhal v měsících únor až duben 2011.

3.2 Charakteristika výzkumných souborů

Jeden výzkumný soubor tvořili pacienti (soubor A), přičemž tři pacienti byli v době výzkumu hospitalizováni na interním oddělení Pardubické krajské nemocnice, a.s. a tři pacienti na gastroenterologickém oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s.

Další výzkumný soubor (soubor B) tvořily tři sestry pracující na interním oddělení Pardubické krajské nemocnice, a.s. a tři sestry pracující na gastroenterologickém oddělení v Nemocnici České Budějovice, a.s. Respondentky na těchto odděleních zastávají různé funkce a mají dosaženy různé stupně vzdělání.

Výzkumné šetření bylo prováděno se souhlasem hlavních a vrchních sester daných nemocnic a oddělení (viz příloha 6).

4. Výsledky

4.1 Kazuistiky respondentů

Kazuistiky byly vytvořeny na základě rozhovorů, které byly uskutečněny s respondenty.

4.1.1 Kazuistiky pacientů (soubor A)

Podklad pro kazuistiky tvořily rozhovory s hospitalizovanými pacienty.

Kazuistika respondenta P1

Respondent, 79 let

Respondentovi byla provedena kolonoskopie kvůli zhoršení stavu ulcerózní kolitidy. Byl hospitalizován na standardním interním oddělení. V nemocnici je již přes rok.

Lékař respondentovi vysvětlil, že před tímto vyšetřením nesmí jíst. Večer před vyšetřením nedostal již večeři a druhý den ráno ani snídani. Také mu byly podány přípravky na vyprázdnění střeva.

Informace před endoskopickým vyšetřením (zejména podrobnosti, následky a možný výskyt komplikací) mu byly podány prostřednictvím informovaného souhlasu, který obdržel od zdravotnického personálu a který následně podepsal. Respondent si žádné informace sám nezjišťoval, protože podle něj vše, co potřeboval vědět, bylo obsaženo v informovaném souhlasu. Rozuměl všem informacím, které mu byly poskytnuty.

Dále byl respondent informován, že endoskopické vyšetření bude vykonáváno přes konečník. Zdravotnický personál ho poučil, že po vyšetření bude jíst tekutou stravu, poté bude moci jíst vše. Také ho personál poučil, že musí tak 3-4 hodiny po vyšetření, resp. po narkóze, ležet na lůžku a být v klidu. Po uplynutí této doby si může pomalu sedat.

Respondenta na vyšetření odvezl sanitář na lehátko. Po přijetí na endoskopickém sálku mu sestra podala dva sáčky, do jednoho si uložil svůj umělý chrup a do dalšího hodinky a cennosti, které měl u sebe. Pak byl přeložen na vyšetřovací lehátko. Lékař mu

znovu popsal úkon s důrazem na případný pocit bolesti na počátku vyšetření, než dojde ke znecitlivění.

Během vyšetření zdravotnický personál s respondentem komunikoval a dával mu pokyny, co má dělat – např. v určité chvíli zadržet dech a nedýchat. V průběhu vyšetření pociťoval především bolest, žádné jiné pocity neměl. Bolest cítil především při vsouvání endoskopu do tlustého střeva.

Po vlastním vyšetření respondent udával bolest, kvůli níž se nemohl pořádně posadit. Léky na bolest mu byly nabídnuty, ale odmítl je. Skladba stravy mu byla vysvětlena až na standardním oddělení po vyšetření. Po výkonu respondent zaznamenal měření tlaku a kontrolu, zda je v pořádku. Dále mu byly podávány infuze s léky.

Kazuistika respondenta P2

Respondent, 67 let

Pacient podstoupil několikrát kolonoskopii. Nejprve jako zjištění potíží, které ho trápily, posléze musel podstoupit operaci, při níž mu byla odejmuta část střeva a následně byla provedena kontrolní kolonoskopie.

Snaží se dodržovat zásady zdravé výživy. Alkohol požívá jen příležitostně a v malém množství. Chodí s vnoučaty na procházky. Denně cvičí.

Podstoupil operaci kýly a současně hemeroidů a dále mu byla při této operaci odejmuta část tlustého střeva (30 cm) a konečník (onkologické důvody).

Respondent dostal od zdravotnického personálu informovaný souhlas, ve kterém dle něj byly uvedené všechny potřebné informace. Další doplňující informace mu poskytly sestry prostřednictvím brožur.

Dle jeho úsudku s ním zdravotnický personál jednal jinak pro jeho opakované podstoupení endoskopického vyšetření (již dříve podstoupil gastrokopii, opakovaně kolonoskopii), než s pacienty, kteří dané vyšetření podstoupili poprvé.

Mezi další vyšetření, které absolvoval, řadí RTG plic, CT, ultrazvuk a magnetickou rezonanci. Po vyhodnocení všech vyšetření byl odeslán na onkologické oddělení, odkud ho poslali na kontrolní endoskopické vyšetření. S nutností endoskopického vyšetření seznámila respondenta lékařka na onkologii. Toto vyšetření poukázalo na patologický

nález, kvůli kterému musel podstoupit náročný chirurgický zákrok. S daným vyšetřením ho seznámily a většinu informací mu poskytly sestry.

Před endoskopickým vyšetřením mu byly předepsány speciální léky, které měl vypít za účelem vyprázdnění. Obsah sáčků si rozmíchal v čaji. V den vyšetření mu bylo podáno ještě očistné klyzma, které bylo vedeno do stomie z důvodu vyoperování konečníku. Po důkladném vyčištění střeva odvedli respondenta na endoskopický sálek, kde mu byla aplikována injekce, kterou si ale respondent nepřál, protože chtěl pozorovat průběh vyšetření. Při výkonu byla respondentovi odebrána část tkáně k podrobnějšímu zkoumání, ale nebylo mu vysvětleno, z jakého důvodu.

Respondent podstoupil kolonoskopii několikrát. Při první se hledal důvod ztráty železa z organismu, přičemž byly objeveny patologické nálezy, které byly odebrány a odeslány k bližšímu zkoumání. Při druhém kolonoskopickém vyšetření se zjišťoval rozsah patologického poškození střeva. Při třetí kolonoskopii již došlo k chirurgickému zákroku a následně byla provedena kontrolní kolonoskopie.

Respondent byl na jednotce intenzivní péče, kde byl kontrolován po hodině. Z důvodu neklidu a nevědomosti byl nepokojný, a proto musel být v zájmu své bezpečnosti připoután k lůžku.

Ačkoliv celkově péči v nemocnici hodnotí kladně, nelíbil se mu pobyt na jednotce intenzivní péče, kde musel být připoután. Dále nebyl spokojen s nesrozumitelnými a nedostatečnými informacemi o nutnosti dodržování režimových opatření po vyšetření, se kterými ho neseznámil zdravotnický personál. Ty mu byly poskytnuty až z rozhovoru s nelékařským pracovníkem (sanitář).

Kazuistika respondenta P3

Respondent, 81 let

Respondenta přivezli na interní oddělení s akutními bolestmi břicha, intramuskulárně byla aplikována analgetická léčba. Byla mu vykonána ezofagogastroduodenoskopie, po níž byly následně diagnostikovány zánět slinivky břišní a duodenální vředy, proto měl nadále držet přísnou dietu. Během hospitalizace respondent dostával intravenózně infuzní léčbu. V současné době už tuto dietu striktně dodržovat nemusí

a může pomalu jíst vše. Nicméně nevyhovují-li mu nějaké potraviny, má se jejich konzumace vyvarovat.

Před vyšetřením se zdravotnický personál ptal respondenta na anamnézu. Žádnou speciální přípravu před vyšetřením neabsolvoval, pouze pět dní nemohl přijímat stravu per os.

Dále mu byly poskytnuty informace týkající se vyšetření v informovaném souhlasu, který podepsal. Všem informacím rozuměl. S daným vyšetřením ho seznámil lékař. Zdravotní sestry se snažily odpovídat na jeho otázky a vysvětlovat mu podstatu vyšetření. Další informace o vyšetření si respondent sám nezjišťoval. Neměl možnost je nikde jinde než ve zdravotnickém zařízení zjišťovat.

Před vyšetřením se zdravotnický personál ptal respondenta, zda má vyndavací zubní protézu.

Dále byl respondent poučen o nutnosti dodržovat po vyšetření režimová opatření. Zdravotnický personál mu nařídil, že může jíst pouze nemocniční stravu. Dále musí šest týdnů držet speciální dietu, u které nesmí jíst vepřové a masné pokrmy, a důsledně se vyvarovat konzumace alkoholických nápojů a jiných dráždivých látek.

Zdravotnický personál komunikoval s respondentem během i po vyšetření. Byly sledovány fyziologické funkce, odebírána krev a vykonávána standardní ošetrovatelská péče odpovídající tomuto vyšetření. Respondent během vyšetření neměl žádné zvláštní pocity. Spoléhal na kvalitní ošetření zdravotnickým personálem.

Po vyšetření byl respondent odvezen pomocným personálem na pokoj, kde musel dvě hodiny dodržovat klidový režim. Byl mu odebrán vzorek stolice a každý den mu byla odebírána krev.

Respondent byl velice spokojený s péčí, která mu byla v nemocnici poskytnuta, zejména kladně hodnotí důslednost pana primáře.

Kazuistika respondentky P4

Respondentka, 36 let

Respondentka již deset let trpí ulcerózní kolitidou, která jí dle jejích slov ztěžuje život. Kvůli zhoršení zdravotního stavu a komplikacím byla hospitalizována na gastroenterologickém oddělení, kde podstoupila kolonoskopii.

Na dodržování zdravé výživy nemá čas. Dodržuje speciální dietu, která se musí u tohoto onemocnění důsledně plnit.

Respondentka čerpala informace týkající se vyšetření z letáku, který dostala od zdravotnického personálu. Podrobnější informace už zná z předchozích vyšetření. Všem informacím rozuměla. S vyšetřením respondentku seznámila sestra. Některé informace dostala od lékaře. Další informace o vyšetření si zjišťovala na internetu. Především si ale zjišťovala informace o své chorobě. Dále podepsala informovaný souhlas, ve kterém byla popsána délka zákroku, komplikace s výkonem spojené aj.

Před vlastním endoskopickým vyšetřením zdravotnický personál respondentku poučil, které potraviny může jíst a které výlučně nesmí. Na tomto výkonu již několikrát byla. Bylo jí vysvětleno, že tři dny před vyšetřením může přijímat pouze tekutou stravu. Lékař jí doporučil, aby zvýšila příjem tekutin. Byla instruována, že den před vyšetřením musí vypít speciální roztok a chodit na stolicí, dokud z ní nebude odcházet čirá voda.

Během vyšetření zdravotnický personál s respondentkou komunikoval, což hodnotí pozitivně. Na druhou stranu pocity během vyšetření hodnotí jako negativní především kvůli bolesti. Respondentka poukazuje na fakt, že je velice důležité, ve kterém stádiu nemoc je a dle toho se odvíjejí její pocity při vyšetření.

Po vyšetření ji zdravotnický personál poučil o nutnosti dodržovat režimová opatření, která spočívala zejména v tom, aby nejedla a určitou dobu ležela v klidu. Kvůli komplikacím, které nastaly během výkonu, ale musela být hospitalizována na oddělení.

Za poučení o režimových opatřeních respondentka považovala klidový režim, který jí byl nařízen. Dále jí byl měřen tlak a byla sledována bolest.

Respondentka je spokojená s péčí, která jí byla poskytována s odkazem na velké nedostatky v péči poskytnuté v nemocnici v Jindřichově Hradci.

Kazuistika respondentky P5

Respondentka, 24 let

Respondentka byla hospitalizována na gastroenterologickém oddělení pro zhoršení stavu Crohnovy choroby. Dodržuje bezlepkovou dietu. Zdravý životní styl nedodržuje. Sport aktivně nevykonává z důvodu nedostatku energie.

Před vyšetřením podepsala informovaný souhlas. Nicméně respondentka nebyla na počátku diagnostikování svých potíží zcela spokojena s péčí, která jí byla poskytována. Poukazuje zejména na nedostatek informací o nemoci a na nedostatečné zdůvodnění, proč má podstoupit toto vyšetření. V průběhu času jí ale bylo vše vysvětleno, byl jí např. ukázán endoskop. S informacemi o daném vyšetření ji seznámily zejména sestry. Bezprostředně před vyšetřením podal doplňující informace ještě lékař. Navíc si informace zjišťovala i sama na internetu.

Respondentka podstoupila několik druhů endoskopických metod (gastroskopie, kolonoskopie, kapslová endoskopie) vzhledem k nejasnostem týkajících se problémů respondentky. Proto musela být provedena všechna důležitá vyšetření v oblasti diagnostiky. Z výsledků vyšetření vyplynulo, že trpí Crohnovou chorobou.

Před vyšetřením musela vypít speciální roztok.

Respondentka si nepamatuje, zda s ní zdravotnický personál komunikoval během vyšetření. V dnešní době žádné zvláštní pocity nemá, ale před pár lety při prvním endoskopickém vyšetření pociťovala velký stud a strach. Pozitivně hodnotí možnost dostat injekci.

Respondentka byla poučena o nutnosti dodržovat režimová opatření zejména speciální dietu. Dále jí bylo sděleno, že neprodleně po vyšetření musí hodinu ležet, ale toto upozornění neakceptovala a již chvíli po výkonu chodila.

Kazuistika respondentky P6

Respondentka, 26 let

Respondentka podstoupila ERCP a gastroskopii. Při těchto vyšetřeních jí byla diagnostikována chronická pankreatitida.

Respondentka musí dodržovat pankreatickou dietu, takže skladba potravin odpovídá zdravé výživě. Dále nesmí pít alkoholické nápoje, musí se vyhýbat tučným, mastným jídlům. Sportuje aktivně minimálně dvakrát týdně.

Respondentka nemohla přijímat potravu ani tekutiny, z tohoto důvodu nebyla nutná žádná speciální příprava před vyšetřením. Ihned po přijetí na oddělení byla zahájena infuzní léčba, která pokračovala do částečného zlepšení nemoci.

Před vyšetřením jí zdravotnický personál vysvětlil podstatu a průběh vyšetření. Nicméně respondentka si postěžovala na nedostatek informací o gastrokopii a na malou míru komunikativnosti zdravotnického personálu. Množství sdělených informací o ERCP vyšetření už hodnotí průměrně. Všem informacím, které jí byly poskytnuty, rozuměla. Další informace o vyšetření a o nemoci si respondentka zjišťovala na internetu.

Respondentka absolvovala gastrokopii vždy při zhoršení stavu nemoci, zatímco ERCP vyšetření absolvovala pouze jednou. Informace o ERCP poskytl respondentce lékař, při prvním absolvování gastrokopie sdělovala informace sestra, pak již nikdy nikdo. Pocity respondentky během vyšetření byly velice špatné. Popisuje je jako strach z udušení endoskopem. Za svůj přístup se velice stydí, ale prý se nemohla zachovat jinak. Během vyšetření s ní zdravotnický personál komunikoval.

Po vyšetření chodil respondentku pravidelně kontrolovat zdravotnický personál. Dle mínění respondentky není nutná speciální péče po výkonu. Negativně ale hodnotí, že vůbec nebyla seznámena s režimovými opatřeními po vyšetření. Kdyby tato vyšetření respondentka neznala, tak by nevěděla, co může a nemůže dělat.

V celkovém hodnocení by se ale dalo říci, že pacientka byla spokojena s péčí, která jí byla poskytována.

4.1.2 Kazuistiky sester (soubor B)

Podklad pro kazuistiky tvořily rozhovory se sestrami.

Kazuistika respondentky S1

Respondentka, 25 let

Respondentka dosáhla svého nejvyššího vzdělání na Vyšší odborné zdravotnické škole v Pardubicích. Specializaci na endoskopii studovala v Brně z důvodu zvyšování kvalifikace a odbornosti. Na oddělení endoskopických zákroků již pracuje tři roky.

Jednou z hlavních složek přípravy před kolonoskopickým vyšetřením je vypití speciálního roztoku Fortrans. V okamžiku, kdy se pacient přijde objednat na výkon, poskytne mu zdravotnický personál informační leták, kde je vše popsáno, především jak mají užívat Fortrans, který jim předepíše doktor. Dle respondentky není potřeba žádná speciální příprava pacientů, protože pacienti chodívají na tento výkon již připraveni z domova.

Respondentka zdůrazňuje odlišnost přípravy v případě, je-li pacient diabetik. Příprava je pak náročnější z důvodu nutnosti stabilizovat glykémii v krvi před vyšetřením, protože pacient nemůže jíst. Jsou-li pacienti na injekčním inzulínu, musí být přijati na oddělení, kde podstupují speciální diabetickou přípravu. V případě, že pacienti užívají perorálních antidiabetika, jsou objednáváni na vyšetření brzy ráno, aby nemuseli čekat delší časový úsek.

Jestliže musí endoskopické vyšetření podstoupit pacient, který je léčen Warfarinem, je velice důležité, aby ho jeho revizní lékař převedl na injekční formu koagulačních léků (Clexane).

Respondentka musí před všemi vyšetřeními odebrat především INR, přičemž maximální hodnota může být do 1,4. Nad tuto vymezenou hodnotu se endoskopická vyšetření nesmí provádět z důvodu rizika velkého krvácení především při odběru tkáně vyšetřované části.

Při všech endoskopických vyšetřeních respondentka popisuje pacientovi průběh vyšetření a pomáhá pacientovi plnit instrukce lékaře.

V případě kolonoskopie se bezprostředně před vyšetřením pacienti uspávají dle ročníku narození, popřípadě dle reakcí při vyšetření a samozřejmě dle ordinace lékaře. U kolonoskopie se aplikuje Dolsin a Dormicum. Během vyšetření se pacienti monitorují, sleduje se saturace kyslíkem a dechová frekvence. Ihned po kolonoskopii jsou pacientům kontrolovány vitální funkce. Následně jsou pacienti odváženi pomocným personálem na dospávací pokoj, kde jsou pravidelně kontrolovány životní funkce (puls, dech) a samozřejmě bolest.

Před gastroskopií musí být pacienti nalačno. Je jim vysvětlen důvod vyšetření, průběh, možné komplikace a režimová opatření po vyšetření. Dále zdravotnický personál vysvětlí důležitost spolupráce během vyšetření. Při tomto výkonu se nepoužívá premedikace, nemá-li pacient problémy při vyšetření. Respondentka poučí pacienta po výkonu, že nesmí dvě hodiny nic jíst ani pít. Po uplynutí této doby může v doprovodu druhé osoby odejít domů. Po vyšetření musí respondentka zajistit odebraný biologický materiál a odeslat ho do správné laboratoře.

U ERCP musí být pacient hospitalizován. Musí být nalačno, od půlnoci nejíst, nepít, nekouřit. Dále musí být aplikována intravenózní kanyla. Pacientovi je vysvětlen důvod vyšetření a následně se uloží na dané oddělení. Před výkonem pacient dostane premedikaci a jako u kolonoskopie záleží na více aspektech dle ordinace lékaře a stáří pacienta. Za premedikaci nejčastěji bývá podáváno Dormicum, Buscopan popřípadě Fentanyl.

Během ERCP vyšetření respondentka monitoruje vitální funkce a sleduje možný vznik komplikací vzhledem k náročnosti tohoto vyšetření. Po vyšetření jsou pacienti převezeni na dospávací pokoj, kde jsou pomocí monitorovacích přístrojů hlídány jejich životní funkce.

Respondentka je jednou ze dvou specialistek na oddělení, které ovládají přípravu a péči o pacienty u kapslové endoskopii. Příprava na tuto endoskopickou metodu je podle jejich slov náročnější. Většinou samotné kapslové endoskopii předchází řada standardních endoskopických výkonů (gastrokopie, kolonoskopie), které ale vždy neobjasní důvody problémů pacienta, proto se přistupuje ke kapslové endoskopii. Tato endoskopie se provádí pouze se schválením revizního lékaře. Respondentka vysvětlí

pacientovi přípravu, která se sestává z vyprázdnění, pacienti dostanou dva sáčky Fortransu. V den vyšetření pacienti přijdou na vyšetření, kde se respondentka znovu přesvědčí, že nic nejedli, nepili, nekouřili a ani nepožili léky. Dále respondentka pacientovi vysvětlí, že po spolknutí kapsle nesmí dvě hodiny nic pít a čtyři hodiny nic jíst.

Jako režimová opatření respondentka udává, že pacient nesmí po endoskopickém vyšetření přijímat žádné potraviny a tekutiny po dobu dvou hodin, pokud lékař neurčí jinak.

Kazuistika respondentky S2

Respondentka, 37 let

Respondentka vystudovala střední zdravotnickou školu. Další specializaci v oboru nemá. Na endoskopickém oddělení pracuje více než rok. Předtím pracovala na interním oddělení. Respondentka chtěla pracovat v jednosměnném provozu, proto přešla z interního oddělení na endoskopické.

Před kolonoskopií lékař předepíše pacientovi speciální lék Fortrans (čtyři sáčky), který musí pacient den před daným vyšetřením vypít, aby se řádně vyprázdnil. Respondentka uvádí, že někteří pacienti nedokážou vypít všechny tyto sáčky, proto jim radí, že mají lék rozmíchat v malém množství vody a rychle vypít. Po dopití tohoto menšího roztoku je potřeba ještě vypít potřebné množství čisté vody, které je uvedeno v příbalovém letáku. Dále musí respondentka pacientovi vysvětlit důležitost nepřijímání žádné stravy i tekutin před vyšetřením.

Poukazuje na nutnost provedení hematologických vyšetření, jedná se především o QUICK test, jehož hodnota by měla být do 1,4.

Pacienti, kteří mají cukrovku, jsou objednávaní vždy na ráno a přednostně. Dále tito pacienti musí být hospitalizováni. Respondentka u těchto pacientů musí zajistit diabetickou přípravu dle ordinace lékaře.

Při objednání na vyšetření poskytne respondentka pacientovi informovaný souhlas, který si doma přečte a podepsaný ho vrátí zpět.

Respondentka také pacienta upozorní na nutnost zajistit si doprovod po vyšetření.

Bezprostředně před vyšetřením respondentka uloží pacienta do požadované polohy (na levém boku). V případě potřeby aplikuje analgosedaci. Z tohoto důvodu musí být pacienti napojeni na oxymetr, který měří hodnoty dechu. Dle jejích slov starší pacienti mohou špatně saturovat, takže je důležité tento fakt sledovat. Znepokojující hodnoty vždy hlásí lékaři.

Při výkonu respondentka komunikuje s pacienty. Podle jejích zkušeností někteří pacienti při vyšetření komunikují, jiní ne.

Po vyšetření pacienta odveze pomocný personál na dospávací pokoj, kam ho respondentka chodí po určitých časových úsecích kontrolovat. Na tomto pokoji by měl pacient ležet dvě hodiny. Pokud nenastanou žádné komplikace a neprováděl se náročnější endoskopický výkon, může pacient po uplynutí daného časového úseku odejít v doprovodu druhé osoby domů. Lékař pacientovi předá zprávu, zkontroluje, zda u pacienta nenastaly nežádoucí komplikace a vysvětlí režimová opatření, která musí po vyšetření dodržovat.

Respondentka popisuje gastrokopii jako jednodušší výkon jak pro pacienta, tak i pro zdravotnický personál. Respondentka popíše pacientovi přípravu, která se sestává z toho, že od půlnoci nejí, nepije, nekouří. Dále musí respondentka pacientovi připomenout, že musí přijít na samotné vyšetření s podepsaným informovaným souhlasem, který dostal, když se objednával.

Během gastrokopického vyšetření respondentka pomáhá pacientovi zaujímat správnou polohu na levém boku. Zdůrazní mu důležitost spolupráce při vyšetření, tj. především polykání endoskopu a jeho následné posouvání dále do nitra. Při tomto vyšetření není potřeba analgosedace, ale pokud je to nezbytné, respondentka aplikuje do dutiny ústní a krku Xylocain. Při nespolupráci nebo z jakéhokoliv jiného důvodu (špatné zkušenosti z předchozích vyšetření) aplikuje respondentka analgosedaci dle pokynů lékaře. Dále respondentka upozorní pacienta na nutnost zajištění doprovodu po vyšetření.

Při ERCP respondentka pomáhá pacientovi zaujímat polohu na levém boku, kdy pacient je trochu natočený na břicho. Dále při výkonu pomáhá pacientovi měnit polohu. Respondentka poukazuje na fakt, že při tomto vyšetření musí být pacient hospitalizován.

Také se stává, že nastanou komplikace a pacient musí být převezen na jednotku intenzivní péče, kde zůstává na pozorování, především po papilotomii.

Respondentka nevykonává kapslovou endoskopii. Dle jejích slov tento výkon provádí pouze dvě sestry na oddělení.

Respondentka komplikace u endoskopických metod neviděla. Dle jejích slov teoreticky by mohly nastat komplikace, jako jsou perforace a krvácení.

Respondentka nemůže zhodnotit, zda pacienti dodržují nařízená režimová opatření. Mezi tato opatření řadí především nepřijímat určitou dobu stravu a klidový režim pacienta. Po některých vyšetřeních jdou pacienti domů, anebo odchází na jiná oddělení, kde respondentka nemůže zkontrolovat důslednost doporučených opatření.

Kazuistika respondentky S3

Respondentka, 35 let

Respondentka vystudovala střední zdravotnickou školu. Specializaci nemá, znalosti v oblasti endoskopie získala na endoskopickém pracovišti. Na tomto pracovišti pracuje od roku 2002. Jako předchozí pracoviště udává léčebnu dlouhodobě nemocných.

Před příchodem na vyšetření podá respondentka pacientovi informace o tom, co musí před výkonem zařídit. Jedná se především o doprovod druhé osoby po vyšetření. Dále se jedná o ručník, který bude potřebovat během vyšetření.

Přípravu před kolonoskopií respondentka rozděluje na ambulantní a hospitalizační. U ambulantní přípravy pacienta musí respondentka zajistit, aby byl správně poučen a doma se pomocí sáček Fortrans vyprázdnil. V hospitalizační části přípravu Fortransu a důkladné vyprázdnění střeva zajišťuje zdravotnický personál, který k řádnému vyprázdnění může ještě podle potřeby přidat očistné klyzma. Respondentka musí pacientovi vysvětlit, že výkon probíhá v analgosedaci.

Před výkonem respondentka pomůže pacientovi vysvléknout se od pasu dolů. Respondentka položí spodní prádlo blízko pacienta, tento oděv si ihned po vyšetření pacient znovu oblékne. Pomůže pacientovi zaujmout správnou vyšetřovací polohu na levém boku.

Po skončení kolonoskopie respondentka přetočí pacienta a pomůže mu obléknout si spodní prádlo. Přesune pacienta na vozík, zakryje ho a pomocný personál pacienta odveze na dospávací pokoj. Na tomto pokoji respondentka kontroluje pacientův puls, dech, krevní tlak přibližně po hodině. Po dvou hodinách, pokud se neobjevily znepokojující příznaky komplikací, si vyzvedne pacient u lékaře zprávu o výkonu a v doprovodu druhé osoby odchází domů.

U gastrokopie respondentka vykonává velmi podobné úkony jako u předešlých vyšetření. U gastrokopie se pacient neuspává, pokud se nejedná o urgentní výkon. Jako urgentní výkon respondentka udává hematemézu, melénu a podezření na krvácení do zažívacího traktu. V těchto případech respondentka podává analgosedaci dle rozhodnutí lékaře. Pacient musí být nalačno a je potřeba, aby byl vyjmut umělý chrup. Během vyšetření respondentka kontroluje puls, tlak a dech. Po vyšetření se musí také přesvědčit, zda pacient má zajištěn doprovod druhé osoby domů.

V případě ERCP vyšetření musí být pacient vždy hospitalizován z důvodu rizika pozdějších komplikací. Respondentka zajistí odběr krve na hematologické vyšetření, kde se sleduje především INR, jehož hodnota by měla být do 1,4. Dále musí zajistit, aby pacient byl před vyšetřením nalačno, takže od půlnoci nesmí jíst, pít a kouřit. Respondentka poskytne pacientovi informovaný souhlas k přečtení a k podpisu. Zeptá se pacienta, zda není na nějaké léky alergický.

Před ERCP vyšetřením musí respondentka zkontrolovat, zda má pacient zavedenou intravenózní kanylu, která slouží k podání analgosedace, ale také k rychlému podání intravenózních léků při výskytu možných komplikací. Respondentka uloží pacienta do stabilizační polohy, na hýždě mu položí izolační desku. Vloží pacientovi kroužek do úst (ještě před podáním analgosedace). Během výkonu respondentka musí kontrolovat vitální funkce pacienta na monitoru.

Po ERCP vyšetření respondentka vyjme pacientovi kroužek z úst, sejme izolační desku z hýždí, přetočí pacienta na záda a s pomocí pomocného personálu přesune pacienta na lehátko. Pomocný personál pak odveze pacienta na příslušné oddělení, z kterého se dostavil na vyšetření.

Pokud je vykonávána papilotomie, respondentka pacienta předává do péče sestřám na gastroenterologické jednotce intenzivní péče.

Respondentka udává, že se komplikace mohou vyskytnout u jakéhokoliv endoskopického vyšetření. Z tohoto důvodu musí pacienti podepsat informovaný souhlas. Jako komplikace se může vyskytnout perforace stěny gastrointestinálního traktu, krvácení a alergická reakce.

Kapslovou endoskopii respondentka nevykonává, protože nemá danou specializaci, která umožňuje tuto metodu vykonávat.

Dle respondentky pacienti dodržují režimová opatření, která jim byla doporučena. Doporučuje, aby se po vyšetření šetřili, aby nevykonávali těžkou práci atd. Jednou se ovšem setkala s pacientem, který toto doporučení nedodržel.

Kazuistika respondentky S4

Respondentka, 51 let

Respondentka vystudovala střední zdravotnickou školu. Poté pokračovala v pomaturitním studiu, kde se specializovala na oblast interní. Na oddělení gastroenterologie pracuje od ukončení školy již přes 30 let. Je zde spokojená a práce se jí líbí.

Před kolonoskopickým vyšetřením je velice důležitá indikace lékaře. Lékař pacienta poučí a vysvětlí mu, proč dané vyšetření podstupuje, případně jaké komplikace mohou nastat. Respondentka pacientovi vysvětlí důvod a průběh přípravy před vyšetřením a péči, jaká bude následovat po vyšetření. Dále ho upozorní, že v případě komplikací musí pacient ihned kontaktovat gastroenterologické oddělení. Respondentka pacientovi zdůrazní nutnost doprovodu další osoby ze zdravotnického zařízení po ukončení vyšetření.

Respondentka také vysvětlí nutnost dodržování speciální diety pro kolonoskopii, kdy pacient tři dny před vyšetřením přijímá pouze lehce stravitelnou stravu. Respondentka doporučuje těstoviny s kuřecím masem. Dále respondentka pacientovi vysvětlí nezbytnost vyprázdnění střeva před vyšetřením. V ojedinělých případech předepíše lékař speciální roztok k vyprázdnění střeva. Pro snadnější stravitelnost

respondentka pacientům poradí, aby si lék rozmíchali v ledovém čaji. Díky tomu zmizí nepříjemná příchut' roztoku.

Pokud je střevo v den vyšetření nedostatečně vyprázdněné, musí respondentka dle doporučení lékaře aplikovat pacientovi klyzma, které dočistí část střeva. Respondentka užívá klyzma především u pacientů, kterým je vyšetřena jen koncová část střeva a konečník.

Během kolonoskopie respondentka sleduje stav vitálních funkcí pacienta, asistuje lékaři a stará se o instrumenty. Po vyšetření je pacient v doprovodu respondentky přeložen na dospávací pokoj, kde je pod kontrolou. Pokud nenastanou komplikace nebo pokud nemá pacient problémy, může odejít domů v doprovodu druhé osoby.

U gastrokopie respondentka vysvětlí postup vyšetření a sdělí případné komplikace. Poučí pacienta, proč se vyšetření provádí nalačno. Osm hodin před vyšetřením by pacient neměl přijímat žádnou stravu a požívat tekutiny. Poukazuje na fakt, že při tomto vyšetření je velice důležitá spolupráce pacienta. U vyšetření se ve většině případů nepoužívá analgosedace z důvodu nutnosti spolupráce mezi pacientem a lékařem.

Během tohoto vyšetření respondentka pomáhá nejprve s polykáním endoskopu a poté s postupným posouváním do horní části zažívacího traktu. Sleduje pacientovy reakce, především pocit bolesti. Respondentka po vyšetření pomůže pacientovi s oblékáním. Po té musí být pacient ještě dvě hodiny v klidu. Pokud se během této doby nevyskytnou žádné komplikace, může odejít v doprovodu druhé osoby domů.

Vyšetření ERCP je velice podobné jako u gastrokopie. Shodné jsou úkony před i během výkonu. V tomto případě však musí být pacient hospitalizován. Velký důraz klade respondentka na zavedení intravenózní kanyly, která je v případě komplikací velice důležitá. Respondentka udává, že u této metody musí pacient dodržovat čtyři dny speciální dietu. Respondentka dietu pacientovi podrobně vysvětlí a v případě potřeby s ní pacient konzultuje vhodnost určitých druhů potravin.

I když je průběh vyšetření stejný jako u gastrokopie, rozdílná je péče po vyšetření. Pokud nenastanou komplikace, je pacient respondentkou převezen na dospávací pokoj, kde jsou hlídány jeho fyziologické funkce. Po dvou hodinách je odvezen na standardní pokoj. V případě komplikací je převezen na jednotku intenzivní péče.

Činnosti spojené s kapslovou endoskopií vykonává na gastroenterologickém oddělení pouze tato respondentka. Před vyšetřením poskytne lékař pacientovi základní informace týkající se kapslové endoskopie a předá mu informovaný souhlas. Pacient je respondentkou poučen, že tři dny před vyšetřením by měl přijímat pouze lehkou stravu (dieta jako u kolonoskopie). Při kapslové endoskopii respondentka připevní pacientovi na tělo antény, které přijímají jednotlivé snímky z kapsle při průchodu trávicím ústrojím a posílají je dále do datarekordéru, který je připevněn na opasku pacienta. Poté vloží kapsli pacientovi do úst. Pacient celou kapsli spolkne. Respondentka pacienta poučí, že může přijímat po dvou hodinách od spolknutí kapsle tekutiny a po čtyřech hodinách i lehčí stravu. Respondentka se ujistí, že pacient rozuměl poskytnutým informacím. Po té pacient odchází domů. Po uplynutí 8-11 hodin od aplikace kapsle sejme respondentka pacientovi svody, popř. si je pacient sejme sám.

Respondentka důrazně pacientovi vysvětlí nutnost sledování stolice, aby se zjistilo, zda kapsle již z těla odešla. Pokud se tak nestane nebo si pacient není jistý, provede se kontrolní RTG vyšetření. Respondentka hodnotí snášenlivost pacientů na kapslovou endoskopii velice kladně. Pacienti dle jejího názoru vítají přípravu v pohodlí domova.

Respondentka všechna tato vyšetření udává jako invazivní a náročná pro lidský organismus. Komplikace mohou nastat kdykoliv. Respondentka považuje za komplikaci krvácení, perforaci a především bolest. Ve většině případů pacienti dodržují po ukončení vyšetření režimová opatření. Respondentka často pacientům radí, aby se neprodleně po vyšetření vyvarovali fyzické zátěži. Ve výjimečných případech se však setkala i s nedodržováním těchto opatření.

Kazuistika respondentky S5

Respondentka, 54 let

Respondentka vystudovala střední zdravotnickou školu. Poté pokračovala v dalším studiu se specializací ARIP. Na tomto oddělení pracuje 23 let.

Respondentka pacientovi vysvětlí nezbytnost vyprázdnění střeva před kolonoskopickým vyšetřením. Dále pacienta připraví prostřednictvím pitného režimu. Lékař předepíše pacientovi speciální roztok na vyprázdnění střeva. Pro snadnější stravitelnost

respondentka pacientovi poradí, aby si lék rozmíchal ve sladkém nápoji. Respondentka využívá také klyzma dle doporučení lékaře. Většinou se aplikují dvě klyzma den před vyšetřením (jedno odpoledne a jedno večer) a jedno v den vyšetření. Při méně náročných kolonoskopiích respondentka aplikuje pacientovi těsně před vyšetřením do konečniku speciální čistící roztok.

Během vyšetření respondentka na pacienta dohlíží, kontroluje jeho vitální funkce a sleduje jeho pocity. Po vyšetření zjišťuje, zda nekrvácí z konečniku, zda nemá nějaké bolesti nebo jiné komplikace. Dále měří a vyhodnocuje vitální funkce. Pokud je vše v pořádku, může pacient v doprovodu odejít do domácí rekonvalescence.

Před vyšetřením horního zažívacího traktu respondentka poučí pacienta, že nesmí od půlnoci nic jíst, pít, ani kouřit. Před vyšetřením musí mít pacient podepsaný informovaný souhlas. Respondentka pacienta upozorní na nutnost zajištění doprovodu po vyšetření.

V průběhu vyšetření provádí respondentka měření vitálních funkcí, sleduje stav pacienta a spolupracuje s lékařem. Péče v průběhu vyšetření závisí i na typu vyšetření (např. odběr vzorků). Obecně je postup stejný jako u kolonoskopie. Po vyšetření je pacient respondentkou monitorován a po dvou hodinách propuštěn do domácího léčení.

U ERCP metody respondentka zdůrazňuje, že pacient musí být vždy hospitalizován, protože je zde velké riziko komplikací. Od rána respondentka podává pacientovi infuzní terapii dle ordinací lékaře. Dle jejího mínění je příprava před vyšetřením velice podobná jako v případě předchozích endoskopických metod. Průběh tohoto vyšetření je ale rozdílný. Pacientům je podávána analgosedace. Při tomto výkonu respondentka bedlivě sleduje vitální funkce a případné komplikace hlásí lékaři. Lékaři také asistuje během výkonu.

Po vyšetření je pacientovi odebrána krev pro biochemickou laboratoř na zjištění krevního obrazu. Po vyšetření je pacient odvezen na dospávací pokoj. Pokud bylo provedeno speciální vyšetření, je pacient ihned po vyšetření předán na jednotku intenzivní péče.

Respondentka kapslovou endoskopií nevykonává, na gastroenterologickém oddělení ji mohou provádět pouze vyškolené sestry.

Dle jejích slov pacienti snášejí přípravu na výkon různě. Záleží velice na inteligenci a psychice pacientů.

Respondentka za svou praxi viděla velmi málo komplikací. Dle jejích slov je dnešní medicína tak vyspělá, že komplikace jsou spíše vzácností.

Respondentka se výjimečně setkává s pacienty, kteří by nedodržovali předepsaná režimová opatření. Mezi tato opatření řadí především dodržování klidového režimu.

Kazuistika respondentky S6

Respondentka, 40 let

Respondentka vystudovala střední zdravotnickou školu. Další specializaci nestudovala. Na tomto oddělení pracuje již 10 let.

Příprava na kolonoskopické vyšetření probíhá již 7-10 dní před vlastním výkonem. Pacient se dostaví do ordinace, kde mu respondentka předá formulář s informovaným souhlasem, který si pacient přečte a předá podepsaný v den vyšetření. Respondentka vysvětlí pacientovi nutnost dodržování dietního režimu tři dny před vyšetřením. Vysvětlí mu, o jaké vyšetření se jedná a zodpoví všechny jeho dotazy. Pacient obdrží od lékaře recept s předepsaným lékem.

Den před vyšetřením si pacient připraví roztok z vody (nebo jiné tekutiny) a předepsaného léku. Před vyšetřením odebere respondentka krev na vyšetření srážlivosti.

Během kolonoskopického vyšetření a po vyšetření respondentka sleduje stav pacienta, dále bolest, odchod plynů, psychický stav aj.

Na gastrokopii respondentka pacientovi vysvětlí, o jaké vyšetření se jedná, jaké úkony budou během vyšetření vykonávány a zdůrazní důležitost spolupráce pacienta. Pacient předá respondentce podepsaný informovaný souhlas. Respondentka si ověří, zda pacient rozuměl všem informacím, které tento souhlas obsahuje. Také zkontroluje, zda pacient přišel nalačno. Během vyšetření i po vyšetření sleduje respondentka stav klienta (vitální funkce, psychický stav).

Respondentka zdůrazňuje, že je u vyšetření ERCP důležité, aby pacient byl hospitalizován. Nezbytný je také podepsaný informovaný souhlas. Dle respondentky je

příprava na vyšetření stejná jako u gastroscopie. U vyšetření ERCP je ale nezbytné provést odběr na test srážlivosti krve. Nejen během ale i po vyšetření respondentka monitoruje vitální funkce, zajišťuje odběry krve na vyšetření amyláz, lipáz a podává infuzní léčbu dle ordinace lékaře.

Respondentka kapslovou endoskopií neprovádí. Zná ji pouze částečně teoreticky, ale prakticky vůbec.

Dle respondentky pacienti přípravu na vyšetření snášejí velmi dobře. Nesetkala se s negativním přístupem nebo nestandardní reakcí. Respondentka udává, že komplikace mohou nastat při jakémkoliv vyšetření (např. perforace střeva, alergická reakce na premedikaci). Pacienti dodržují režimová opatření (klidový režim aj.).

4.2 Kategorizace výsledků v tabulkách

Z výzkumného šetření byly vytvořeny kazuistiky, kde nejdůležitější výsledky byly zařazeny do tabulek.

4.2.1 Kategorizace výsledků u pacientů (soubor A)

Seznam kategorizačních skupin u souboru A

1. Identifikační údaje (tabulka 1A)
2. Příprava pacientů před kolonoskopií (tabulka 2A)
3. Příprava pacientů před gastrokopií (tabulka 3A)
4. Příprava pacientů před ERCP a kapslovou endoskopií (tabulka 4A)
5. Seznámení pacienta s výkonem (tabulka 5A)
6. Spokojenost s informovaností (tabulka 6A)
7. Zdroje zjišťovaných informací (tabulka 7A)
8. Péče během vyšetření (tabulka 8A)
9. Pocity při vyšetření (tabulka 9A)
10. Péče po skončení endoskopických vyšetření (tabulka 10A)

Tabulka 1A Identifikační údaje

P = Pacient - Respondent	P1	P2	P3	P4	P5	P6
Žena				1	1	1
Muž	1	1	1			
20 - 50 let				1	1	1
51 - 79 let	1	1				
Více než 80 let			1			
Kolonoskopie	1	1		1	1	
Gastroskopie			1		1	1
ERCP						1
Kapslová endoskopie					1	

V tabulce 1A jsou uvedeny identifikační údaje dotazovaných respondentů. Respondent P1 je muž (79let), jako endoskopickou metodu podstoupil kolonoskopii. Respondent P2 je muž (67let), podstoupil kolonoskopii. Respondent P3 je muž (81 let), podstoupil gastroskopii. Respondent P4 je žena (36 let), podstoupila kolonoskopii. Respondent P5 je žena (24 let), podstoupila kolonoskopii, gastroskopii, kapslovou endoskopii. Respondent P6 je žena (26 let), podstoupila gastroskopii, ERCP.

Tabulka 2A Příprava pacientů před kolonoskopií

P = Pacient - Respondent	P1	P2	P3*	P4	P5	P6*	Součet
Vysvětlení úkonu	1	1		1	1		4
Informovaný souhlas	1	1		1	1		4
Dieta				1			1
Poučení o režimových opatřeních po vyšetření	1	1		1	1		4
Nalačno	1						1
Vyprázdnění	1	1		1	1		4
Klyzma		1					1
Injekce		1			1		2

* pacient podstoupil jiná vyšetření

Tabulka 2A představuje v kategorizačních tabulkách odpovědi respondentů na otázky: Jak Vás zdravotnický personál připravil před kolonoskopií? Dostal/a jste dostatek informací týkající se přípravy, průběhu a péče po výkonu? Kategorie odpovědí *vysvětlení úkonu* byla zvolena čtyřikrát. Kategorie odpovědí *informovaný souhlas* byla zvolena čtyřikrát. Kategorie odpovědí *dieta* byla zvolena jedenkrát. Kategorie odpovědí *poučení o režimových opatřeních po vyšetření* byla zvolena čtyřikrát. Kategorie odpovědí *nalačno* byla zvolena jedenkrát. Kategorie odpovědí *vyprázdnění* byla zvolena čtyřikrát. Kategorie odpovědí *klyzma* byla zvolena jedenkrát. Kategorie odpovědí *injekce* byla zvolena dvakrát.

Tabulka 3A Příprava pacientů před gastroskopii

P = Pacient - Respondent	P1*	P2*	P3	P4*	P5	P6	Součet
Sběr informací o anamnéze			1				1
Vysvětlení úkonu			1		1	1	3
Informovaný souhlas			1		1		2
Poučení o režimových opatřeních po vyšetření			1				1
Nalačno			1			1	2
Infuzní léčba			1			1	2

* pacient podstoupil jiná vyšetření

Tabulka 3A představuje v kategorizačních tabulkách odpovědi respondentů na otázky: Jak Vás zdravotnický personál připravil před gastroskopii? Dostal/a jste dostatek informací týkající se přípravy, průběhu a péče po výkonu? Kategorie odpovědi *sběr informací o anamnéze* byla zvolena jedenkrát. Kategorie odpovědi *vysvětlení úkonu* byla zvolena třikrát. Kategorie odpovědi *informovaný souhlas* byla zvolena dvakrát. Kategorie odpovědi *poučení o režimových opatřeních po vyšetření* byla zvolena jedenkrát. Kategorie odpovědi *nalačno* byla zvolena dvakrát. Kategorie odpovědi *infuzní léčba* byla zvolena dvakrát.

Tabulka 4A Příprava pacientů před ERCP a kapslovou endoskopií

P = Pacient - Respondent	P1*	P2*	P3*	P4*	P5	P6	Součet
Vysvětlení úkonu					1	1	2
Informovaný souhlas					1		1
Poučení o režimových opatřeních po vyšetření					1		1
Nalačno					1		1
Infuzní léčba						1	1

* pacient podstoupil jiná vyšetření

Tabulka 4A představuje v kategorizačních tabulkách odpovědi respondentů na otázky: Jak Vás zdravotnický personál připravil před ERCP a kapslovou endoskopií? Dostal/a jste dostatek informací týkající se přípravy, průběhu a péče po výkonu? Kategorie odpovědi *vysvětlení úkonu* byla zvolena dvakrát. Kategorie odpovědi *informovaný souhlas* byla zvolena jedenkrát. Kategorie odpovědi *poučení o režimových opatřeních po vyšetření* byla zvolena jedenkrát. Kategorie odpovědi *nalačno* byla zvolena jedenkrát. Kategorie odpovědi *infuzní léčba* byla zvolena jedenkrát.

Tabulka 5A Seznámení pacienta s výkonem

P = Pacient - Respondent	P1	P2	P3	P4	P5	P6	Součet
Lékař	1						1
Sestra		1					1
Lékař i sestra			1	1	1	1	4

Tabulka 5A představuje v kategorizačních tabulkách odpovědi respondentů na otázku: Kdo Vás seznámil s daným vyšetřením? Kategorie odpovědi *lékař* byla zvolena jedenkrát. Kategorie odpovědi *sestra* byla zvolena jedenkrát. Kategorie odpovědi *lékař i sestra* byla zvolena čtyřikrát.

Tabulka 6A Spokojenost s informovaností

P = Pacient - Respondent	P1	P2	P3	P4	P5	P6	Součet
Plně spokojen	1		1	1			3
Částečně nespokojen					1		1
Plně nespokojen		1				1	2

Tabulka 6A představuje v kategorizačních tabulkách odpovědi respondentů na otázky: Dostal/a jste dostatek informací o vyšetření? Dostal/a jste dostatek informací týkající se přípravy, průběhu a péče po výkonu? Byl/a jste spokojen/a s mírou informovaností? Kategorie odpovědí *plně spokojen* byla zvolena třikrát. Kategorie odpovědí *částečně nespokojen* byla zvolena jedenkrát. Kategorie odpovědí *plně nespokojen* byla zvolena dvakrát.

Tabulka 7A Zdroje zjišťovaných informací

P = Pacient - Respondent	P1	P2	P3	P4	P5	P6	Součet
Internet				1	1	1	3
Brožura/Leták		1		1			2
Nezjišťoval/a	1		1				2

Tabulka 7A představuje v kategorizačních tabulkách odpovědi respondentů na otázku: Zjišťoval/a jste si sám/a informace týkající se Vašeho vyšetření? Kategorie odpovědí *internet* byla zvolena třikrát. Kategorie odpovědí *brožura/leták* byla zvolena dvakrát. Kategorie odpovědí *nezjišťoval/a* byla zvolena dvakrát.

Tabulka 8A Péče během vyšetření

P = Pacient - Respondent	P1 1)	P2 1)	P3 2)	P4 1)	P5 1), 2), 4)	P6 2), 3)	Součet
Komunikace personálu	1			1		1	3
Spolupráce pacienta při vyšetření	1						1
Neudává		1	1		1		3

- 1) kolonoskopie
- 2) gastroskopie
- 3) ERCP
- 4) kapslová endoskopie

Tabulka 8A představuje v kategorizačních tabulkách odpovědi respondentů na otázky: Dostal/a jste dostatek informací týkající se přípravy, průběhu a péče po výkonu? Komunikoval s Vámi zdravotnický personál během vyšetření a po vyšetření? Kategorie odpovědi *komunikace personálu* byla zvolena třikrát. Kategorie odpovědi *spolupráce pacienta při vyšetření* byla zvolena jedenkrát. Kategorie odpovědi *neudává* byla zvolena třikrát.

Tabulka 9A Pocity při vyšetření

P = Pacient - Respondent	P1 1)	P2 1)	P3 2)	P4 1)	P5 1), 2), 4)	P6 2), 3)	Součet
Bolest	1			1			2
Neklid		1					1
Stud					1		1
Strach					1	1	2
Neudává			1				1

- 1) kolonoskopie
- 2) gastrokopie
- 3) ERCP
- 4) kapslová endoskopie

Tabulka 9A představuje v kategorizačních tabulkách odpovědi respondentů na otázky: Jaké byly Vaše pocity během vyšetření? Kategorie odpovědí *bolest* byla zvolena dvakrát. Kategorie odpovědí *neklid* byla zvolena jedenkrát. Kategorie odpovědí *stud* byla zvolena jedenkrát. Kategorie odpovědí *strach* byla zvolena dvakrát. Kategorie odpovědí *neudává* byla zvolena jedenkrát.

Tabulka 10A Péče po skončení endoskopických vyšetření

P = Pacient - Respondent	P1 1)	P2 1)	P3 2)	P4 1)	P5 1), 2), 4)	P6 2), 3)	Součet
Standardní pokoj			1	1	1		3
Jednotka intenzivní péče		1					1
Vysvětlení režimových opatření	1	1	1	1	1		5
Monitorace FF	1	1	1	1		1	5
Odběr krve			1				1
Infuzní léčba	1						1

- 1) kolonoskopie
- 2) gastrokopie
- 3) ERCP
- 4) kapslová endoskopie

Tabulka 10A představuje v kategorizačních tabulkách odpovědi respondentů na otázky: Dostal/a jste dostatek informací týkající se přípravy, průběhu a péče po výkonu? Jak o Vás personál pečoval po vyšetření? Byl/a jste spokojen s péčí po vyšetření? Poučil Vás zdravotnický personál o režimových opatřeních spojených s dobou po vyšetření? Kategorie odpovědí *standardní pokoj* byla zvolena třikrát. Kategorie odpovědí *jednotka intenzivní péče* byla zvolena jedenkrát. Kategorie odpovědí *vysvětlení režimových opatření* byla zvolena pětkrát. Kategorie odpovědí *monitorace FF (fyziologických funkcí)* byla zvolena pětkrát. Kategorie odpovědí *odběr krve* byla zvolena jedenkrát. Kategorie odpovědí *infuzní léčba* byla zvolena jedenkrát.

4.2.2 *Kategorizace výsledků u sester (soubor B)*

Seznam kategorizačních skupin u souboru B

1. Identifikační údaje (tabulka 1B)
2. Ošetrovatelská péče před kolonoskopií (tabulka 2B)
3. Ošetrovatelská péče během kolonoskopie (tabulka 3B)
4. Ošetrovatelská péče po kolonoskopii (tabulka 4B)
5. Ošetrovatelská péče před gastroskopií (tabulka 5B)
6. Ošetrovatelská péče během gastroskopie (tabulka 6B)
7. Ošetrovatelská péče po gastroskopii (tabulka 7B)
8. Ošetrovatelská péče před ERCP (tabulka 8B)
9. Ošetrovatelská péče během ERCP (tabulka 9B)
10. Ošetrovatelská péče po ERCP (tabulka 10B)
11. Komplikace endoskopických výkonů (tabulka 11B)
12. Doporučovaná režimová opatření (tabulka 12B)

Tabulka 1B Identifikační údaje

S = Sestra - Respondentka	S1	S2	S3	S4	S5	S6
20 - 30 let	1					
31 - 40 let		1	1			1
Více než 41 let				1	1	
Střední zdravotnická škola	1	1	1	1	1	1
Vyšší zdravotnická škola	1					
Specializace - endoskopická sestra	1					
Specializace - interna				1		
Specializace - ARIP					1	

V tabulce 1B jsou uvedeny identifikační údaje dotazovaných respondentek. Respondentka S1 (25 let) vystudovala střední zdravotnickou školu, poté vystudovala vyšší zdravotnickou školu a následně specializaci jako endoskopická sestra. Respondentka S2 (37 let) vystudovala střední zdravotnickou školu. Respondentka S3 (35 let) vystudovala střední zdravotnickou školu. Respondentka S4 (51 let) vystudovala střední zdravotnickou školu, poté absolvovala interní specializaci. Respondentka S5 (54 let) vystudovala střední zdravotnickou školu, poté absolvovala specializaci ARIP. Respondentka S6 (40 let) vystudovala střední zdravotnickou školu.

Tabulka 2B Ošetřovatelská péče před kolonoskopií

S = Sestra - Respondent	S1	S2	S3	S4	S5	S6	Součet
Popsání výkonu	1		1	1		1	4
Informační leták	1						1
Informovaný souhlas		1				1	2
Speciální dieta				1		1	2
Zajištěný doprovod		1	1	1			3
Odběr krve na INR, QUICK	1	1				1	3
Fortrans	1	1	1	1	1	1	6
Diabetická příprava	1	1					2
Koagulační léčba	1						1
Nalačno		1					1
Klyzma			1	1	1		3
Analgosedace	1	1	1				3

Tabulka 2B představuje v kategorizačních tabulkách odpovědi respondentů na otázky: Jak pacienty připravujete na kolonoskopii? Kategorie odpovědi *popsání výkonu* byla zvolena čtyřikrát. Kategorie odpovědi *informační leták* byla zvolena jedenkrát. Kategorie odpovědi *informovaný souhlas* dvakrát. Kategorie odpovědi *speciální dieta* dvakrát. Kategorie odpovědi *zajištěný doprovod* třikrát. Kategorie odpovědi *odběr krve na INR, QUICK* byla zvolena třikrát. Kategorie odpovědi *Fortrans* byla zvolena šestkrát. Kategorie odpovědi *diabetická příprava* byla zvolena dvakrát a *koagulační léčba* jedenkrát. Kategorie odpovědi *nalačno* byla zvolena jedenkrát a kategorie odpovědi *klyzma* třikrát. Kategorie odpovědi *analgosedace* byla zvolena třikrát.

Tabulka 3B Ošetřovatelská péče během kolonoskopie

S = Sestra - Respondent	S1	S2	S3	S4	S5	S6	Součet
Monitorace FF	1	1		1	1	1	5
Asistence lékaři				1			1
Sledování komplikací		1				1	2
Zaujímání polohy		1	1				2
Komunikace s pacienty		1					1
Pomoc pacientovi při vyšetření	1						1
Sledování pacientových pocitů					1	1	2

Tabulka 3B představuje v kategorizačních tabulkách odpovědi respondentů na otázky: Jaké úkony vykonáváte během kolonoskopie? Kategorie odpovědí *monitorace FF* byla zvolena pětkrát. Kategorie odpovědí *asistence lékaři* byla zvolena jedenkrát. Kategorie odpovědí *sledování komplikací* byla zvolena dvakrát. Kategorie odpovědí *zaujímání polohy* byla zvolena dvakrát. Kategorie odpovědí *komunikace s pacienty* byla zvolena jedenkrát. Kategorie odpovědí *pomoc pacientovi při vyšetření* byla zvolena jedenkrát. Kategorie odpovědí *sledování pacientových pocitů* byla zvolena dvakrát.

Tabulka 4B Ošetřovatelská péče po kolonoskopii

S = Sestra - Respondent	S1	S2	S3	S4	S5	S6	Součet
Dospávací pokoj	1	1	1	1			4
Monitorace FF	1	1	1	1	1		5
Vysvětlení režimových opatření		1					1
Sledování krvácení z konečníku					1		1
Odchod plynů						1	1
Sledování bolesti	1				1	1	3
Dopomoc při oblékání			1				1
Předání lékařské zprávy		1	1				2
Odchod v doprovodu druhé osoby		1	1	1	1		4

Tabulka 4B představuje v kategorizačních tabulkách odpovědi respondentů na otázky: Jaké práce vykonáváte u pacientů po kolonoskopii? Kategorie odpovědi *dospávací pokoj* byla zvolena čtyřikrát. Kategorie odpovědi *monitorace FF* byla zvolena pětkrát. Kategorie odpovědi *vysvětlení režimových opatření* byla zvolena jedenkrát. Kategorie odpovědi *sledování krvácení z konečníku* byla zvolena jedenkrát. Kategorie odpovědi *odchod plynů* byla zvolena jedenkrát. Kategorie odpovědi *sledování bolesti* byla zvolena třikrát. Kategorie odpovědi *dopomoc při oblékání* byla zvolena jedenkrát. Kategorie odpovědi *předání lékařské zprávy* byla zvolena dvakrát. Kategorie odpovědi *odchod v doprovodu druhé osoby* byla zvolena čtyřikrát.

Tabulka 5B Ošetřovatelská péče před gastroskopii

S = Sestra - Respondent	S1	S2	S3	S4	S5	S6	Součet
Popsání výkonu	1	1	1	1		1	5
Informovaný souhlas		1			1	1	3
Nalačno	1	1	1	1	1	1	6
Vyjmutí zubní protézy			1				1
Lokální umrtvení		1					1
Analgoedace		1	1				2
Zajištěný doprovod			1		1		2

Tabulka 5B představuje v kategorizačních tabulkách odpovědi respondentů na otázky: Jak pacienty připravujete na ezofagoskopii, gastroskopii, duodenoskopii? Kategorie odpovědi *popsání výkonu* byla zvolena pětkrát. Kategorie odpovědi *informovaný souhlas* byla zvolena třikrát. Kategorie odpovědi *nalačno* byla zvolena šestkrát. Kategorie odpovědi *vyjmutí zubní protézy* byla zvolena jedenkrát. Kategorie odpovědi *lokální umrtvení* byla zvolena jedenkrát. Kategorie odpovědi *analgoedace* byla zvolena dvakrát. Kategorie odpovědi *zajištěný doprovod* byla zvolena dvakrát.

Tabulka 6B Ošetřovatelská péče během gastroscopie

S = Sestra - Respondent	S1	S2	S3	S4	S5	S6	Součet
Monitorace FF			1	1	1	1	4
Důležitost spolupráce	1	1		1		1	4
Asistence lékaři					1		1
Sledování bolesti				1		1	2
Zaujímání polohy		1					1
Dopomoc pacientovi během vyšetření	1			1			2

Tabulka 6B představuje v kategorizačních tabulkách odpovědi respondentů na otázky: Jaké úkony vykonáváte během gastroscopie? Kategorie odpovědí *monitorace FF* byla zvolena čtyřikrát. Kategorie odpovědí *důležitost spolupráce* byla zvolena čtyřikrát. Kategorie odpovědí *asistence lékaři* byla zvolena jedenkrát. Kategorie odpovědí *sledování bolesti* byla zvolena dvakrát. Kategorie odpovědí *zaujímání polohy* byla zvolena jedenkrát. Kategorie odpovědí *dopomoc pacientovi během vyšetření* byla zvolena dvakrát.

Tabulka 7B Ošetřovatelská péče po gastroskopii

S = Sestra - Respondent	S1	S2	S3	S4	S5	S6	Součet
Monitorace FF					1	1	2
Sledování psychického stavu pacienta						1	1
Nepřijímat tekutiny a stravu	1						1
Klidový režim				1			1
Zajištění doprovodu	1	1	1	1	1		5
Dopomoc při oblékání			1	1			2
Transport odebraného biologického materiálu	1						1

Tabulka 7B představuje v kategorizačních tabulkách odpovědi respondentů na otázky: Jaké práce vykonáváte u pacientů po ezofagoskopii, gastroskopii, duodenoskopii? Kategorie odpovědí *monitorace FF* byla zvolena dvakrát. Kategorie odpovědí *sledování psychického stavu pacienta* byla zvolena jedenkrát. Kategorie odpovědí *nepřijímat tekutiny a stravu* byla zvolena jedenkrát. Kategorie odpovědí *klidový režim* byla zvolena jedenkrát. Kategorie odpovědí *zajištění doprovodu* byla zvolena pětkrát. Kategorie odpovědí *dopomoc při oblékání* byla zvolena dvakrát. Kategorie odpovědí *transport odebraného biologického materiálu* byla zvolena jedenkrát.

Tabulka 8B Ošetřovatelská péče před ERCP

S = Sestra - Respondent	S1	S2	S3	S4	S5	S6	Součet
Popsání výkonu	1			1		1	3
Informovaný souhlas			1		1	1	3
Dieta				1			1
Hospitalizace	1	1	1	1	1	1	6
Nalačno	1		1	1	1	1	5
Odběr krve			1			1	2
Intravenózní kanyla	1		1	1			3
Infuzní terapie					1		1
Premedikace	1						1
Analgoedace			1		1		2

Tabulka 8B představuje v kategorizačních tabulkách odpovědi respondentů na otázky: Jak pacienty připravujete na ERCP? Kategorie odpovědí *popsání výkonu* byla zvolena třikrát. Kategorie odpovědí *informovaný souhlas* byla zvolena třikrát. Kategorie odpovědí *dieta* byla zvolena jedenkrát. Kategorie odpovědí *hospitalizace* byla zvolena šestkrát. Kategorie odpovědí *nalačno* byla zvolena pětkrát. Kategorie odpovědí *odběr krve* byla zvolena dvakrát. Kategorie odpovědí *intravenózní kanyla* byla zvolena třikrát. Kategorie odpovědí *infuzní terapie* byla zvolena jedenkrát. Kategorie odpovědí *premedikace* byla zvolena jedenkrát. Kategorie odpovědí *analgoedace* dvakrát.

Tabulka 9B Ošetřovatelská péče během ERCP

S = Sestra - Respondent	S1	S2	S3	S4	S5	S6	Součet
Monitorace FF	1		1	1	1	1	5
Asistence lékaři					1		1
Sledování komplikací	1				1		2
Zaujímání polohy		1	1				2
Změna polohy		1					1

Tabulka 9B představuje v kategorizačních tabulkách odpovědi respondentů na otázky: Jaké úkony vykonáváte během ERCP? Kategorie odpovědi *monitorace FF* byla zvolena pětkrát. Kategorie odpovědi *asistence lékaři* byla zvolena jedenkrát. Kategorie odpovědi *sledování komplikací* byla zvolena dvakrát. Kategorie odpovědi *zaujímání polohy* byla zvolena dvakrát. Kategorie odpovědi *změna polohy* byla zvolena jedenkrát.

Tabulka 10B Ošetrovatelská péče po ERCP

S = Sestra - Respondent	S1	S2	S3	S4	S5	S6	Součet
Dospávací pokoj	1			1	1		3
JIP		1	1	1	1		4
Monitorace FF	1	1		1		1	4
Upravení polohy			1				1
Odběr krve na amylázy a lipázy					1	1	2
Infuzní léčba						1	1
Předání na oddělení		1	1				2

Tabulka 10B představuje v kategorizačních tabulkách odpovědi respondentů na otázky: Jaké práce vykonáváte u pacientů po ERCP? Kategorie odpovědi *dospávací pokoj* byla zvolena třikrát. Kategorie odpovědi *JIP* byla zvolena čtyřikrát. Kategorie odpovědi *monitorace FF* byla zvolena čtyřikrát. Kategorie odpovědi *upravení polohy* byla zvolena jedenkrát. Kategorie odpovědi *odběr krve na amylázy a lipázy* byla zvolena dvakrát. Kategorie odpovědi *infuzní léčba* byla zvolena jedenkrát. Kategorie odpovědi *předání na oddělení* byla zvolena dvakrát.

Tabulka 11B Komplikace endoskopických výkonů

S = Sestra - Respondent	S1	S2	S3	S4	S5	S6	Součet
Perforace		1	1	1		1	4
Krvácení		1	1	1			3
Alergická reakce			1			1	2
Bolest				1			1
Nesetkala se/ Neudává	1				1		2

Tabulka 11B představuje v kategorizačních tabulkách odpovědi respondentů na otázky: Nastávají v průběhu vyšetření nějaké komplikace? Kategorie odpovědi *perforace* byla zvolena čtyřikrát. Kategorie odpovědi *krvácení* byla zvolena třikrát. Kategorie odpovědi *alergická reakce* byla zvolena dvakrát. Kategorie odpovědi *bolest* byla zvolena jedenkrát. Kategorie odpovědi *nesetkala se/neudává* byla zvolena dvakrát.

Tabulka 12B Doporučovaná režimová opatření

S = Sestra - Respondent	S1	S2	S3	S4	S5	S6	Součet
Klidový režim		1	1	1	1	1	5
Nepřijímat dvě hodiny po výkonu stravu ani tekutiny	1	1					2

Tabulka 12B představuje v kategorizačních tabulkách odpovědi respondentů na otázky: Dodržují pacienti režimová opatření? Pokud ano, jaká? Kategorie odpovědi *klidový režim* byla zvolena pětkrát. Kategorie odpovědi *nepřijímat dvě hodiny po výkonu stravu ani tekutiny* byla zvolena dvakrát.

5. Diskuze

5.1 Diskuze k výsledkům výzkumu u pacientů (soubor A)

Výzkumné šetření se zaměřilo na poskytovanou ošetrovatelskou péči před, během a po endoskopických vyšetřovacích metodách z pohledu pacientů.

V tabulce 1A jsou uvedeny identifikační údaje. Z hlediska pohlaví a věku byl soubor rovnoměrně rozložen. Výzkumného šetření se zúčastnili tři respondenti, kteří tvořili spíše starší věkovou kategorii, a tři respondentky mladší věkové kategorie. Z praxe je známo, že nejčastějším podstupovaným endoskopickým vyšetřením jsou kolonoskopie a gastroskopie, což je v souladu i s našimi pozorováními ve výzkumu. Vyšetření ERCP metodou bylo pouze u jedné respondentky, neboť toto vyšetření se používá všude tam, kde méně náročné a méně zatěžující metody nepřinesly dostatečné informace (Hvozdovičová a Stolinská, 2010). Také vyšetření pomocí kapslové endoskopie bylo provedeno pouze u jedné respondentky, zřejmě kvůli vyšší finanční zátěži pro pacienty, protože v České republice není toto vyšetření hrazeno zdravotními pojišťovnami (Štálová, 2005).

Respondenty nejčastěji uváděnou přípravou před kolonoskopickým vyšetřením (viz tabulka 2A) byl podpis informovaného souhlasu a vysvětlení samotného endoskopického úkonu, dále také poučení o režimových opatřeních po vyšetření, což je v souladu se Standardem ošetrovatelské péče č. 31 – kolonoskopie. Kromě toho je také cílem přípravy před kolonoskopií dokonalé vyčištění tlustého střeva, protože při nedokonalém vyčištění lze velice snadno přehlédnout patologii střeva a ohrozit výsledek vyšetření (Standard ošetrovatelské péče č. 31 – kolonoskopie), což uvedli všichni čtyři respondenti. Všichni také konstatovali, že podstoupili vyprázdnění, navíc jeden z nich absolvoval klyzma. Vyprázdnění dle respondentů probíhalo na základě užití přípravku Fortrans, přičemž respondenti nevěděli nebo si nepamatovali název tohoto léku. Na druhou stranu předzáčrková příprava také zahrnuje dietní opatření a podstoupení zákroku nalačno. Pouze jeden z respondentů uvedl podstoupení zákroku nalačno a jeden respondent uvedl dodržování předzáčrkové diety, což může být způsobeno neschopností vzpomenout si na množství nutných úkonů, které je třeba provést před

kolonoskopickým vyšetřením a které jsou uvedeny i v informovaném souhlasu (viz příloha 1). Pouze dva respondenti uvedli aplikaci premedikace injekcí před kolonoskopií, což odráží zvyklosti daného pracoviště (Krišková a kol., 2006; Mikšová a kol. 2006) a stavu pacienta. Myslím si, že by součástí přípravy před kolonoskopickým zákrokem mohla být ještě vyšší a důraznější snaha sester informovat pacienty s předzákrokovými úkony, které pacienti provádějí ve většině případů sami doma. Lze se ale jen domnívat, na kolik je tato neshoda způsobena množstvím informací, které dostali respondenti, anebo nedostatkem času sester věnovaného pacientům.

Stejně jako u kolonoskopie pacienti nejčastěji uváděnou přípravou před gastroskopií (viz tabulka 3A) byly informovaný souhlas a vysvětlení úkonu, což je opět v souladu se Standardem ošetrovatelské péče, č. 31 – gastroskopie. Dva ze tří respondentů také uvedli, že museli být před tímto vyšetřením nalačno a že u nich byla aplikována infuzní léčba, což souvisí s jejich špatným zdravotním stavem. Pouze jeden z dotazovaných respondentů byl poučen o režimových opatřeních po vyšetření. Domnívám se, že respondenti opět spíše zapomněli některé úkony spojené s předzákrokovou přípravou před gastroskopií. S tímto souvisí i zapomnětlivost pacientů na dotazy zdravotnického personálu ohledně sběru rodinné anamnézy, která je jejich povinností (Mikšová a kol., 2003) a kterou uvedl pouze jeden dotazovaný respondent.

V kategorizační tabulce 4A jsou záměrně dány dohromady dva druhy endoskopických vyšetřovacích metod z důvodu nižšího výskytu těchto metod u pacientů (viz diskuze k tabulce 1A). Dle respondentů jejich příprava před ERCP vyšetřením a kapslovou endoskopií opět sestávala zejména z podpisu informovaného souhlasu a vysvětlení samotného úkonu. Jedna z respondentek si vzpomněla na nutnost poučení o režimových opatřeních, nicméně ale respondentka P6, která podstoupila více druhů endoskopických vyšetření, několikrát během rozhovoru přímo zdůraznila značný nedostatek informací o režimových opatřeních, který se jí dostal od zdravotnického personálu.

Pomocí těchto zjištění bylo odpovězeno na **výzkumnou otázku č. 1: Jak jsou pacienti připraveni na vybrané endoskopické vyšetřovací metody?**

Nejčastější odpovědi respondentů na otázku „*Kdo Vás seznámil s daným vyšetřením?*“ bylo, že jim informace podali lékař i sestra, přičemž téměř všichni respondenti se shodli, že jim sestra podala více informací, což souvisí s častějším kontaktem sester s pacienty ve srovnání s lékaři (viz tabulka 5A).

Je ale více než zarážející, že pouze polovina dotazovaných vyjádřila plnou spokojenost s celkovou informovaností o vyšetření, přípravou před ním, jeho průběhu a péči po výkonu včetně režimových opatření (viz tabulka 6A). Jak již bylo uvedeno výše, respondentka P6 několikrát zdůraznila neochotu zdravotnického personálu komunikovat s ní o podstupovaných endoskopických vyšetřeních a následných režimových opatřeních. Respondent P2 byl nespokojen nejen z důvodu svého neklidu a nevědomosti, kdy musel být na jednotce intenzivní péče připoután k lůžku, ale i s nesrozumitelností a nedostatkem informací o nutnosti dodržování režimových opatření po vyšetření, se kterými ho neseznámil lékař ani sestra. Ty mu byly poskytnuty až z rozhovoru s nelékařským pracovníkem (sanitář). Tato zjištění jsou alarmující vzhledem k původnímu poslání zdravotnického personálu pomáhat a léčit.

S výše uvedeným souvisí také dotaz na zdroj zjišťovaných informací samotnými respondenty (viz tabulka 7A). Více než polovina z nich si informace vyhledávala sama (internet, brožura/leták), což vypovídá o snaze respondentů pochopit a porozumět dané problematice a nespolehat se pouze na sdílnost a ochotu zdravotnického personálu.

Dalším zarážejícím faktem je, že polovina pacientů neodpověděla na otázku komunikace zdravotnického personálu během vyšetření a po vyšetření a dále tuto otázku nekomentovala (viz tabulka 8A). Je tedy velmi těžké odhadnout, zda to bylo způsobeno vinou na straně lékařského personálu, anebo na straně pacientů. Nicméně respondent P1 uvedl, že se snažil se zdravotnickým personálem spolupracovat, např. při správném polohování těla.

Pocity, které prožívali respondenti během endoskopií, zahrnovaly zejména strach, dále bolest, neklid a stud (viz tabulka 9A). Například Mikšová a kol. (2006) uvádí, že během vyšetření je nutné, aby se lékařský personál maximálně věnoval pacientovi,

protože velký obsah plynu ve střevě při kolonoskopii je pro některé nepříjemný až bolestivý. Myslím si, že pacienti se endoskopických vyšetření obávají, čímž si mohou vyvolat psychický stres, díky kterému později mnohem hůře snáší přípravu a průběh endoskopií a péči po nich.

Těmito výsledky bylo odpovězeno na **výzkumnou otázku č. 2: Jak pacienti snáší přípravu a průběh vybraných endoskopických vyšetřovacích metod?**

Téměř všichni respondenti uvedli, že jim byla po vyšetření vysvětlena režimová opatření (viz tabulka 10A), pouze respondentka P6 uvedla, že ne, což opět souvisí s nedostatečnou informovaností. Dále by měly být po endoskopiích měřeny fyziologické funkce (Krišková a kol., 2006; Mikšová a kol., 2006; Standard ošetrovatelské péče č. 31), což respondenti uvedli v pěti případech. Je opět těžké odhadnout, zda si pacienti pouze nepamatují průběh ošetrovatelského procesu po vyšetření. Polovina respondentů byla po vyšetření umístěna na standardním pokoji, pouze jeden uvedl, že byl na jednotce intenzivní péče, zbylí dva respondenti nic neuvedli. U respondenta P3 byl proveden i odběr krve v souvislosti se zdravotním stavem. Domnívám se, že péče po skončení endoskopických vyšetření je velmi závislá na celkovém zdravotním stavu respondenta, průběhu endoskopie a možném výskytu komplikací při vyšetření.

Pomocí těchto zjištění bylo částečně odpovězeno na **výzkumnou otázku č. 3: Jak jsou pacienti poučeni o režimových opatřeních po skončení vybraných endoskopických vyšetřovacích metod?** Pouze částečná odpověď na tuto výzkumnou otázku byla z důvodu neznalosti respondentů. Lze tedy říci, že na tuto výzkumnou otázku odpověděly spíše sestry, které tvořily výzkumný soubor B a které v rámci pracovní náplně dokázaly lépe odpovědět na tuto otázku.

5.2 Diskuze k výsledkům výzkumu u sester (soubor B)

Výzkumné šetření se také zaměřilo na poskytovanou ošetrovatelskou péči před, během a po endoskopických vyšetřovacích metodách z pohledu sester.

Všechny identifikační údaje dotazovaných respondentek jsou uvedeny v tabulce 1B. Každá z respondentek dosáhla různého stupně vzdělání. Všechny ukončily středoškolské

vzdělání, tři se dále vzdělávaly – vyšší zdravotnická škola, specializace (endoskopická, interní, ARIP). Věk respondentek je v rámci výzkumného souboru rovnoměrně rozložen.

Odpovědi respondentek, týkající se ošetrovatelské péče prováděné sestrami před kolonoskopií, se lišily v závislosti na délce praxe a nabitých zkušenostech (viz tabulka 2B). Ošetrovatelská péče sestávala zejména z podávání přípravku Fortrans (Standard ošetrovatelské péče č. 31 – kolonoskopie) a/nebo jim bylo provedeno klyzma (Krišková a kol., 2006), které slouží ke správnému vyprázdnění střeva. Také všichni respondenti z výzkumného souboru A uvedli, že při kolonoskopii podstoupili vyprázdnění pomocí přípravku Fortransu. Čtyři ze šesti respondentek během rozhovoru popsaly kolonoskopické vyšetření a upozornily na nutnost zajištění doprovodu pacienta po vyšetření.

Dvě ze šesti dotazovaných respondentek uvedly nutnost dodržovat speciální bezezbytkovou dietu před kolonoskopickým vyšetřením z důvodu dobrého vstřebávání živin z potravy. Šlo zejména o respondentky z Nemocnice České Budějovice, a.s. Proto na základě těchto výsledků a podkladů od respondentky S4 byla zpracována informační brožura (viz příloha 26), která podává pacientům informace o této dietě, resp. výběru potravin, a která pacienty lépe připraví na kolonoskopické vyšetření.

Dále jsou dle příkladu informovaného souhlasu s kolonoskopií používaného v Pardubické krajské nemocnici, a.s. (viz příloha 1) před vyšetřením podávány do žíly léky na krátkodobé celkové utlumení (analgosedace). Zatímco respondentky v Nemocnici České Budějovice, a.s. uvedly podání injekce na základě přání pacienta. Polovina respondentek uvedla, že musí zajistit výsledky nebo odběr krve (INR, QUICK). Jedná se ale o jednu z povinných aktivit sester před vyšetřením (Mikšová a kol., 2006). Jen některé také zmínily specifickou přípravu u pacientů s diabetem, která je zvláště důležitá. Z výsledků ošetrovatelské péče před kolonoskopií vyplývá, že sestry v řadě případů zapoměly uvádět úkony před vlastní endoskopií, což poukazuje na možné řešení problému, proč nebyli někteří pacienti dostatečně informováni před, během a po vyšetření. Je tedy k zamyšlení, zda je celý problém spíše v nespokojenosti na straně pacientů, anebo na straně sester v nedostatečné snaze informovat je.

Podobně to bylo s výsledky, které jsme dostali po rozhovorech s respondentkami u ošetrovatelské péče během kolonoskopie (viz tabulka 3B). Téměř všechny sestry uvedly,

že je během kolonoskopie důležité sledovat fyziologické funkce. Negativní fakt ale je, že pak dále téměř každá uvedla pouze dílčí aspekt ošetrovatelské péče (např. sledování komplikací, sledování pacientových pocitů, zaujímání polohy, asistence lékaři, pomoc pacientovi, komunikace s pacientem), které celkově tvoří komplexní rámec ošetrovatelské péče u kolonoskopie. Přičemž Mikšová a kol. (2006) upozorňuje zejména na důležitost věnovat se pacientovi během kolonoskopického vyšetření a Krišková a kol. (2006) pokládá za velmi důležité zabezpečit správnou polohu při vyšetření.

Mezi nejčastější úkony vykonávané respondentkami po kolonoskopii bylo opět sledování fyziologických funkcí, dále umístění pacienta na dospávací pokoj, zajištění odchodu pacienta v doprovodu druhé osoby a sledování bolesti (viz tabulka 4B). Dále si respondentky při rozhovoru vzpomněly na důležitost sledování krvácení z konečníku, odchod plynů, vysvětlení režimových opatření, pomoc při oblékání a předání lékařské zprávy. Lze tedy konstatovat, že opět ani jedna z respondentek nepodala komplexní obraz ošetrovatelské péče u pacientů po kolonoskopii. Z výše uvedeného může ale také vyplývat, že si respondentky při svém rozhovoru pouze nevzpomněly na všechny dílčí úkony vykonávané při daném vyšetření, než aby zanedbaly ošetrovatelskou péči před, během a po kolonoskopickém vyšetření.

Dle dotazovaných respondentek je nutné, aby byl pacient před gastrokopickým vyšetřením nalačno, jde o jednu z mála shod respondentek během celé studie (viz tabulka 5B). Je ale nutné, aby pacient 10-12 hodin před gastrokopií nejedl, nepil, ale také nekouřil (Krišková a kol., 2006). Dále téměř všechny respondentky uvedly nutnost popsání samotného výkonu a podpisu informovaného souhlasu. Některé z respondentek si vzpomněly na aplikaci analgosedace dle ordinace lékaře a zajištění doprovodu pacienta po vlastním vyšetření. Pacient může podstoupit i lokální umrtvení před gastrokopickým vyšetřením, kdy v Nemocnici České Budějovice, a.s. připravují pacienta na gastrokopii většinou jen lokální anestezií hltanu. Těsně před výkonem se vystříká hltan 10 % xylocain sprayem. Pacient je také upozorněn na vyjmutí zubní protézy a ženy by neměly před vyšetřením použít rtěnku (Standard ošetrovatelské péče č. 31 – gastrokopie).

Během gastroscopie se dle dotazovaných respondentek klade důraz zejména na sledování fyziologických funkcí pacienta, což je v souladu s literaturou (Mikšová a kol., 2003), a dále sledování bolesti a poskytování pomoci pacientovi během vyšetření (viz tabulka 6B). Při tomto typu vyšetření je také důležitá podpora pacienta dotykem a vlídným slovem (Mikšová a kol., 2003), přičemž je kladen důraz na důležitost spolupráce pacienta se zdravotnickým personálem. Každá z respondentek pak opět připomněla jiný dílčí úkon související s ošetrovatelskou péčí během gastroscopie (např. zaujímání polohy a asistence lékaři při vyšetření).

Co se týče ošetrovatelské péče po gastroscopii, respondentky uvedly zejména odchod pacienta v doprovodu druhé osoby, dále pak pomoc pacientovi při oblékání a sledování fyziologických funkcí (viz tabulka 7B). Každá respondentka pak opět upozornila na dílčí úkony tvořící komplexní rámec ošetrovatelské péče po gastroscopii (např. transport odebraného biologického materiálu, dodržování klidového režimu a sledování psychického stavu pacienta). Po lokální anestezii hltanu není vhodné, aby pacient ihned po skončení výkonu jedl, protože hrozí aspirace. Doporučení pacientům je dvě hodiny po výkonu nejíst a nepít (Standard ošetrovatelské péče č. 31 – gastroscopie). Vzhledem k dezorientaci pacienta je po gastroscopickém vyšetření dle Standardu ošetrovatelské péče č. 31 – gastroscopie důležité vrátit mu zubní protézu.

Všechny respondentky si při rozhovoru vzpomněly na nutnost hospitalizace pacienta před ERCP vyšetřením. Jde totiž o poměrně náročné vyšetření a provádí se pouze u hospitalizovaných pacientů, protože je nutné sledovat celkový stav pacienta (Mikšová a kol., 2006). Dále je nutné, aby byl pacient nalačno. I Mikšová a kol. (2003) uvádí, že obvykle u ERCP vyšetření není vyžadována žádná speciální příprava kromě lačnění. Respondentky dále uvedly popis daného úkonu pacientovi a seznámení pacienta s informovaným souhlasem, analgosedací, zavedení intravenózní kanyly, premedikaci, dodržení dietních opatření, odběr krve a infuzní terapii (viz tabulka 8B).

Téměř všechny respondentky opět uvedly zejména nutnost sledování fyziologických funkcí pacienta během ERCP vyšetření a zaujímání správné polohy (viz tabulka 9B). Nemocný by měl ležet na levém boku, v průběhu vyšetření se polohuje na břicho (Standard ošetrovatelské péče č. 31 – ERCP vyšetření). Každá respondentka pak opět

vedla jen dílčí úkony spojené s ošetrovatelskou péčí během ERCP vyšetření (např. měnění polohy, asistenci lékaři a sledování komplikací). Dle standardu během celého vyšetření by měla sestra sledovat zdravotní stav pacienta a případné změny neprodleně hlásit lékaři, který výkon provádí (Standard ošetrovatelské péče č. 31 – ERCP vyšetření).

Respondentky uvedly význam sledování fyziologických funkcí po ERCP vyšetření. Umístění pacienta po vyšetření (dospávací pokoj, jednotka intenzivní péče) závisí na zdravotním stavu pacienta (viz tabulka 10B). V den výkonu se také pacientovi odebírají statimově amylázy v séru, standardně se vyšetřuje krevní obraz a bilirubin v séru. Při zvýšených hodnotách amyláz je nutné dodržovat parenterální režim (pomocí infuzní léčby) až do jejich normalizace. Antibiotika se podávají preventivně (Standard ošetrovatelské péče č. 31 – ERCP vyšetření). Respondentky ještě uvedly v rámci ošetrovatelské péče po ERCP vyšetření upravení polohy pacienta, popř. předání pacienta na oddělení. V Nemocnici České Budějovice, a.s. je po výkonu pacient převezen na lůžko. Pacient z jiného zdravotnického zařízení je podle stavu, buď přijat na oddělení této nemocnice, nebo převezen sanitou vleže do spádové nemocnice.

Na základě výše uvedeného (tabulka 2B, 3B, 5B, 6B, 8B a 9B) bylo zodpovězeno na **výzkumnou otázku č. 4: Jak sestry připravují pacienty na vybrané endoskopické vyšetřovací metody?**

Pomocí těchto zjištění (tabulka 4B, 7B, 10B) bylo zodpovězeno na **výzkumnou otázku č. 5: Jak sestry pečují o pacienty po skončení vybraných endoskopických vyšetřovacích metod?**

Mezi komplikace vyskytující se po endoskopických vyšetřovacích metodách patří dle dotazovaných respondentek zejména perforace vyšetřované tkáně, dále krvácení, alergická reakce a bolest. K perforaci jako následku endoskopického vyšetření může dojít v celém rozsahu trávicího traktu. Krvácení jako komplikace se nejčastěji vyskytuje po odběru biopsie (Aabakken a kol., 1999). Alergické reakce se vyskytují zejména u ERCP vyšetření, kdy jsou pacienti alergičtí na kontrastní látku (Lukáš a kol., 2005). Pouze dvě ze šesti respondentek uvedly, že se s komplikacemi po endoskopiích nesetkaly, anebo je neudávají (viz tabulka 11B).

Dle dotazovaných respondentek mezi doporučená režimová opatření patří zejména dodržování klidového režimu a nepřijímání tekutin a potravy dvě hodiny po endoskopickém vyšetření (viz tabulka 12B). Z čehož vyplývá, jak bylo uvedeno na závěr diskuze výzkumného souboru A, že i výsledky zjištěné u výzkumného souboru B pomohly odpovědět na **výzkumnou otázku č. 3: Jak jsou pacienti poučeni o režimových opatřeních po skončení vybraných endoskopických vyšetřovacích metod?**

6. Závěr

Cílem této bakalářské práce bylo zjistit, jaké ošetrovatelské úkony sestry vykonávají při přípravě, průběhu a po skončení endoskopických vyšetřovacích metod. Jak jsou pacienti na tyto metody připraveni, jaké mají pocity při vyšetření a zda jsou poučeni o režimových opatřeních spojených s dobou po endoskopických vyšetřeních. Všechny tyto cíle byly splněny.

Na začátku výzkumného šetření bylo určeno pět výzkumných otázek, které vyplývají z předem stanovených cílů. Výzkumná otázka č. 1: Jak jsou pacienti připraveni na vybrané endoskopické vyšetřovací metody? Výzkumná otázka č. 2: Jak pacienti snášejí přípravu a průběh vybraných endoskopických vyšetřovacích metod? Výzkumná otázka č. 3: Jak jsou pacienti poučeni o režimových opatřeních po skončení vybraných endoskopických vyšetřovacích metod? Výzkumná otázka č. 4: Jak sestry připravují pacienty na vybrané endoskopické vyšetřovací metody? Výzkumná otázka č. 5: Jak sestry pečují o pacienty po skončení vybraných endoskopických vyšetřovacích metod? Všechny výše zmíněné výzkumné otázky se podařilo v tomto šetření zodpovědět.

Výzkum byl zaměřen zejména na vnímání ošetrovatelské péče před, během a po vybraných endoskopických vyšetřovacích metodách ze strany pacientů i sester. Z výsledků tedy vyplývá, že pacienti jsou z hlediska sester velmi dobře připraveni na vybrané endoskopické vyšetřovací metody, i když si samotní pacienti často nevzpomenou na všechny činnosti, které bylo nutné vykonat před vlastním vyšetřením. Podobný problém nastal i u sester, kdy si ani samy sestry nebyly schopny vzpomenout na komplexní soubor následných úkonů, které by měly vykonávat. Lze ale konstatovat, že v rámci ošetrovatelské péče nebylo nic zanedbáno. Drobné odlišnosti se odrážejí ve zvyklostech dané nemocnice. Dále z výzkumu vyplynulo, že pacientům informace o přípravě, průběhu a péči po vyšetření podaly spíše sestry, což souvisí s častějším kontaktem sester s pacienty.

Z daného šetření také ale vyplývá, že pacienti nejsou zcela spokojeni s přípravou a průběhem daných endoskopií, což může souviset nejen s nižší mírou informovanosti, kterou poskytuje pacientům zdravotnický personál, ale i menší snahou vcítit se do pocitů

pacientů, kteří toto vyšetření podstupují. Značná část pacientů se nespolehala jen na informace od zdravotnického personálu, ale zjišťovala si informace sama (internet, brožura/leták). Také polovina pacientů se nevyjádřila k otázce komunikace zdravotnického personálu s nimi během vyšetření. Lze se jen domnívat, zda to bylo způsobeno vinou na straně zdravotnického personálu, nebo náročným psychickým prožitkem pacientů. Všeobecně se totiž pacienti těchto vyšetření obávají, čímž si už předem mohou vyvolat psychický stres, který následně zhoršuje jejich vnímání přípravy a průběhu vyšetření.

Péče po skončení daných endoskopií je velmi závislá na celkovém zdravotním stavu pacienta, průběhu endoskopického vyšetření a výskytu komplikací. Výzkum také ukázal, že pacienti byli vesměs až na výjimky dostatečně poučeni o režimových opatřeních. Sami si ale nevzpomněli na konkrétní úkony týkající se těchto opatření – jako např. nepřijímat dvě hodiny stravu a tekutiny, klidový režim apod. Mnohem lépe o režimových opatřeních pohovořily sestry, což vyplynulo z jejich pracovního zaměření.

Závěrem lze říci, že průběh ošetrovatelského procesu u endoskopických vyšetřovacích metod pacienti snášejí relativně dobře a sestry je berou zcela rutinně.

Ke zlepšení komunikace a pochopení daného endoskopického vyšetření může pacientům pomoci informační brožura (viz příloha 26), která byla sestavena na základě výsledků výzkumného šetření a která by mohla mít významný přínos nejen pro pacienty, ale i pro ošetroující personál. V brožuře je popsána vhodná skladba a výběr potravin, tzv. bezsezbytková dieta, kterou by měli pacienti dodržovat před kolonoskopickým vyšetřením.

7. Seznam použitých zdrojů

1. AABAKKEN, L., a kol. *Gastrointestinální endoskopie*. 1. vydání. Praha: Maxdorf, 1999. 233 s. ISBN 80-85800-11-X.
2. DÍTĚ, P., a kol. *Akutní stavy v gastroenterologii*. 1. vydání. Praha: Galén, 2005. 314 s. ISBN 80-7262-305-2.
3. DÍTĚ, P., a kol. *Endoskopické, funkční a morfologické vyšetření v gastroenterologii*. 1. vydání. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví Brno, 1994. 146 s. ISBN 80-7013-183-7.
4. HOŘEJŠÍ, J. <http://gerstner.felk.cvut.cz> [online]. 2006 [cit. 2010-11-27]. Endoskopie. Dostupné z WWW: http://gerstner.felk.cvut.cz/biolab/X33BMI/referaty/2005_2006_LS/1100/Horejsi/Endoskopie.ppt
5. HVOZDOVIČOVÁ, A., STOLINSKÁ, K. Péče o pacienta s akutní pankreatitidou na JIP. *Sestra*. 2010. roč. 20, č. 12, s. 77-80. ISSN 1210-0404.
6. LUKÁŠ, K., a kol. *Gastroenterologie a hepatologie pro zdravotní sestry*. 1. vydání. Praha: Grada, 2005. 288 s. ISBN 80-247-1283-0.
7. LUKÁŠ, K. Historie endoskopie – 200 let dokumentované endoskopie (1806-2006). *Česká a slovenská gastroenterologie a hepatologie*, 2005, roč. 59, č. 6, s. 299-308. ISSN 1804-7874.
8. KOUDELKOVÁ, V. www.eamos.cz [online]. 2005 [cit. 2010-11-28]. Endoskopie. Dostupné z WWW: http://www.eamos.cz/amos/kos/modules/low/kurz_text.php?id_kap=21&kodkurzu=kos_392

9. KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVIERIOVÁ, R. *Ošetrovatel'stvo*. Martin: Osveta, 1995. 1474 s. ISBN 80-217-0528-0.
10. KŘIČKOVÁ, J. Moderní endoskopické vyšetřovací metody v ORL. *Sestra*, 2010, roč. 20, č. 11, s. 68-70. ISSN 1210-0404.
11. KRIŠKOVÁ, A., et al. *Ošetrovatel'ské techniky: Metodika sesterských činností*. 2. vydání. Martin: Osveta, 2006. 779 s. ISBN 80-8063-202-2.
12. MIKŠOVÁ, Z., FRONKOVÁ, M., ZAJÍČKOVÁ, M. *Kapitoly ošetrovatelské péče II*. 1. vydání. Praha: Grada, 2006. 171 s. ISBN 80-247-1443-4.
13. MIKŠOVÁ, Z.; FRONKOVÁ, M.; ZAJÍČKOVÁ, M. *Kapitoly z ošetrovatelské péče IV.: Ošetrovatelský proces při odběru biologického materiálu a endoskopickém vyšetření*. 1. vydání. Valašské Meziříčí: Nalios, 2003. 93 s.
14. NEJEDLÁ, M., SVOBODOVÁ, H., ŠAFRÁNKOVÁ, A. *Ošetrovatelství III/2*. 1. vydání. Praha: Informatorium, 2004. 158 s. ISBN 80-7333-031-8.
15. Standard ošetrovatelské péče č. 31: Příprava nemocného k endoskopickým výkonům. In KLÍMOVÁ, L. *Gastroenterologické oddělení: ERCP*. 2. vydání. Nemocnice České Budějovice: Nemocnice České Budějovice, 2009. s. 4.
16. Standard ošetrovatelské péče č. 31: Příprava nemocného k endoskopickým výkonům. In KLÍMOVÁ, L. *Gastroenterologické oddělení: Gastroskopie*. 2. vydání. Nemocnice České Budějovice: Nemocnice České Budějovice, 2009. s. 4.

17. Standard ošetrovateľskej péče č. 31: Príprava nemocného k endoskopickým výkonům. In KLÍMOVÁ, L. *Gastroenterologické oddělení: Kolonoskopie*. 2. vydání. Nemocnice České Budějovice: Nemocnice České Budějovice, 2009. s. 5.
18. Standard ošetrovateľskej péče č. 31: Príprava nemocného k endoskopickým výkonům. In KLÍMOVÁ, L. *Gastroenterologické oddělení: Kapslová endoskopie*. 2. vydání. Nemocnice České Budějovice: Nemocnice České Budějovice, 2009. s. 31.
19. ŠAFRÁNKOVÁ, A., NEJEDLÁ, M. *Interní ošetrovatelství I*. 1. vydání. Praha: Grada, 2006. 284 s. ISBN 978-80-247-1148-5.
20. ŠTÁLOVÁ, L., STEHLÍK, J. Kapslová endoskopie. *Sestra*, 2005, roč. 15, č. 10, s. 45-47. ISSN 1210-0404.
21. TACHECÍ, I., a kol. Kapslová endoskopie - standard endoskopického vyšetření tenkého střeva. *Česká a Slovenská gastroenterologie a hematologie*, 2007, roč. 61, č. 5, s. 269-275. ISSN 1804-7874.
22. TÓTHOVÁ, V., a kol. *Ošetrovateľský proces a jeho realizace*. 1. vydání. Praha: Triton, 2009. 159 s. ISBN 978-80-7387-286-1.
23. TRACHTOVÁ, E., FOJTOVÁ, G., MASTILIAKOVÁ, D. *Potřeby nemocného v ošetrovateľském procese*. 2. vydání. Brno: Mikadapress, 2006. 186 s. ISBN 80-7013-324-4.
24. VALENTA, J., et al. *Základy chirurgie*. 2. vydání. Praha: Galén, 2007. 277 s. ISBN 978-80-7262-403-4.

25. VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. vydání. Praha: Grada, 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8.
26. Kolektiv autorů. *Výkladový ošetřovatelský slovník*. 1. vydání. Praha: Grada, 2007. 568 s. ISBN 978-80-247-2240-5.

8. Klíčová slova

kolonoskopie

ezofagogastroduodenoskopie

endoskopická retrográdní cholangiopankreatografie

kapslová endoskopie

sestra

pacient

informovanost

ošetřovatelský proces

komunikace

9. Přílohy

- Příloha 1:** Vzorový formulář – Informovaný souhlas pacienta s kolonoskopií
- Příloha 2:** Vzorový formulář – Informovaný souhlas pacienta s gastrokopií
- Příloha 3:** Vzorový formulář – Informovaný souhlas pacienta s ERCP vyšetřením
- Příloha 4:** Vzorový formulář – Informovaný souhlas pacienta s kapslovou endoskopií
- Příloha 5:** Vzorový formulář – Potvrzení o zapůjčení a vrácení diagnostického přístroje
- Příloha 6:** Vzorový formulář – Souhlas Pardubické krajské nemocnice, a.s. s výzkumem
- Příloha 7:** Struktura otázek pro pacienty podstupující endoskopické vyšetřovací metody
- Příloha 8:** Struktura otázek týkajících se endoskopických vyšetření určených zdravotním sestřám
- Příloha 9:** Kolonoskop
- Příloha 10:** Odstraňovače polypů
- Příloha 11:** Kleště na odstraňování polypů
- Příloha 12:** Gastrooskop
- Příloha 13:** Endoskop používaný při ERCP vyšetření
- Příloha 14:** Detail endoskopu používaného při ERCP vyšetření
- Příloha 15:** Endoskopický sálek pro ERCP vyšetření
- Příloha 16:** Vybavení pro kapslovou endoskopii
- Příloha 17:** Zabalená kapsle (vlevo) s náustkem k aplikaci (vpravo) – kapslová endoskopie
- Příloha 18:** Ukázka rozmístění antén pro přijímání signálu od kapsle při kapslové endoskopii
- Příloha 19:** Datarekordér používaný při kapslové endoskopii
- Příloha 20:** Monitor zobrazující průběh endoskopických vyšetření (A)
- Příloha 21:** Monitor zobrazující průběh endoskopických vyšetření (B)
- Příloha 22:** Monitor zobrazující průběh endoskopických vyšetření (C)

- Příloha 23:** Vyhodnocovací technika při endoskopiích
- Příloha 24:** Myčka endoskopů (A)
- Příloha 25:** Myčka endoskopů (B)
- Příloha 26:** Informační brožura o bezzbytkové dietě

Příloha 1: Vzorový formulář – Informovaný souhlas pacienta s kolonoskopií

Informovaný souhlas s kolonoskopií

Jméno a příjmení pacienta:

Dobrý den,

přicházíte k vyšetření, které se jmenuje kolonoskopie (nebo jiným termínem: endoskopické vyšetření tlustého střeva). Je důležité, abyste se seznámil(a) s podstatou vyšetření, získal(a) všechny potřebné informace a následně podepsal(a) tento informovaný souhlas s vyšetřením.

Kolonoskopie je vyšetření dolní části trávicího traktu (konečniku, tlustého střeva, event. Částí tenkého střeva) endoskopem, na jehož konci je světelný zdroj a optika snímající obraz vyšetřovaného orgánu. Přístroj je zaváděn do konečniku a dále přes esovitou kličku do tračníku. Před vyšetřením jsou podávány do žíly léky na krátkodobé celkové utlumení (analgesedace).

Vyšetření bude provedeno podle uznávaných moderních lékařských postupů a za dodržení všech zásad správné klinické praxe. Přesto by velmi vzácně mohlo dojít ke komplikaci výkonu (např. ke krvácení, zcela výjimečně i porušení stěny trávicí trubice). V případě podezření na komplikaci vzniklou v souvislosti s endoskopickým vyšetřením, kontaktujte prosím chirurgickou ambulanci (tel. 46 601.21 28 v prac. době a 46 601 21 30 ve službě)

Po výkonu pacient setrvává podle potřeby, množství podaných léků a druhu léčebného zákroku v klidu na stacionáři pavilonu interních oborů za pravidelných kontrol zdravotnickým personálem a bude propuštěn do domácí péče po kontrole lékařem. Výjimečně si provedený výkon může vyžádat i krátkodobou hospitalizaci.

Pokud je podána analgesedace (léky do žíly), měl by pacient v následujících 24 hodinách po výkonu dodržovat relativní klid, nesmí řídit motorová vozidla a pít alkoholické nápoje.

Pokud berete léky ovlivňující krevní srážlivost (Warfarin, Lawarin, Clexan, Fraxiparin...), je to nutné nahlásit ještě před vyšetřením. Jste ohroženi krvácením po výkonu .

Máte-li jakékoli doplňující otázky, neostýchejte se zeptat.

Pacient (zákonný zástupce) prohlašuje, že plně porozuměl poučení lékaře a nevyžaduje již další vysvětlení. S navrženým postupem lékaře souhlasí.

.....
podpis lékaře

.....
podpis pacienta (zákonného zástupce)

datum:

Příloha 2: Vzorový formulář – Informovaný souhlas pacienta s gastroskopií



KRAJSKÁ NEMOCNICE PARDUBICE Interní klinika - Endoskopie
Kyjevská 44, 532 03 Pardubice

11P

Informovaný souhlas s gastroskopií

Jméno a příjmení pacienta:

Dobrý den,

přicházíte k vyšetření, které se jmenuje gastroskopie (nebo jiným termínem: endoskopické vyšetření jícnu, žaludku a horní části tenkého střeva). Je důležité, abyste se seznámil(a) s podstatou vyšetření, získal(a) všechny potřebné informace a následně podepsal(a) tento informovaný souhlas s vyšetřením.

Gastroskopie je vyšetření horní části trávicího traktu (jícnu, žaludku a dvanáctníku, u enteroskopie i další části tenkého střeva - lačnicku) endoskopem, na jehož konci je světelný zdroj a optika snímající obraz vyšetřovaného orgánu. Přístroj je zaváděn ústy do jícnu a dále přes žaludek do dvanáctníku při místním znecitlivění dutiny ústní anestetikem v aerosolu. Podle potřeby jsou po domluvě s pacientem podávány do žíly léky, na krátkodobé celkové utlumení (analgesedace).

Vyšetření bude provedeno podle uznávaných moderních lékařských postupů a za dodržení všech zásad správné klinické praxe. Přesto by velmi vzácně mohlo dojít ke komplikaci výkonu (např. ke krvácení, zcela výjimečně i porušení stěny trávicí trubice). V případě event. podezření na komplikaci vzniklou v souvislosti s endoskopickým vyšetřením, kontaktujte prosím chirurgickou ambulanci (tel. 46 601 21 28 v pracovní době a 46 601 21 30 ve službě).

Po výkonu pacient setrvává podle potřeby, množství podaných léků a druhu léčebného zákroku v klidu na stacionární pavilonu interních oborů za pravidelných kontrol zdravotnickým personálem a bude propuštěn do domácí péče po kontrole lékařem. Výjimečně si provedený výkon může vyžádat i krátkodobou hospitalizaci.

Pokud je podána analgesedace (léky do žíly), měl by pacient v následujících 24 hodinách po výkonu dodržovat relativní klid, nesmí řídit motorová vozidla a pít alkoholické nápoje.

Pokud berete léky ovlivňující krevní srážlivost (Warfarin, Lawarin, Clexan, Fraxiparin...), je to nutné nahlásit ještě před vyšetřením. Jste ohroženi krvácením po výkonu .

Máte-li jakékoliv doplňující otázky, neostýchejte se zeptat.

Pacient (zákonný zástupce) prohlašuje, že plně porozuměl poučení lékaře a nevyžaduje již další vysvětlení. S navrženým postupem lékaře souhlasí.

.....
podpis lékaře

.....
podpis pacienta (zákonného zástupce)

datum:

Tel 46 601 4229
46 601 4230

E-mail:
vytnalek@nem.pce.cz
http: www.nem.pce.cz

Zdroj: Pardubická krajská nemocnice, a. s.

Příloha 3: Vzorový formulář – Informovaný souhlas pacienta s ERCP vyšetřením



KRAJSKÁ NEMOCNICE PARDUBICE

*Interní klinika - Endoskopie
Kyjevská 44, 532 03 Pardubice*

Informovaný souhlas s ERCP - endoskopickou retrográdní cholangiopankreatografií a papilotomií

Jméno a příjmení pacienta:

Vážený a milý paciente,

k zákroku , který Vám doporučujeme , je potřeba Vašeho souhlasu.
Abyste se mohl rozhodnout , informujeme Vás v tomto záznamu a pohovoru o způsobu , významu a případných komplikacích plánovaného zákroku.

Proč doporučujeme tento výkon?

Při předchozích vyšetřeních bylo zjištěno ucpání žlučových cest. Tento nález Vás předurčuje k chirurgickému výkonu , otevření dutiny břišní nebo endoskopické papilotomií. Tato je menším zásahem , ale není možná za všech okolností.

Postup výkonu

Endoskopickým přístrojem , zavedeným po místním znecitlivění přes jícen , žaludek do duodena je zaveden papilotom do papily - vyústění žlučových cest . Tímto papilotomem je pak jako elektrickým nožem prořazena papila v délce 1-2cm . Takto vzniklým ústím mohou odcházet kameny ze žlučových cest do dvanácterníku . Velké kameny můžeme vyjmout po zmenšení mechanickými drtiči. Následující dny provedeme kontrolní vyšetření , zda kameny odešly ze žlučových cest , případně je můžeme vyjmout košíčkem . Lze také tímto otvorem zavádět dreny (protesy) , které umožňují odtok žluči.

Pokud berete léky ovlivňující krevní srážlivost (Warfarin , Lawarin , Clexan , Fraxiparin.) , je to nutné nahlásit ještě před vyšetřením. Jste ohroženi krvácením po výkonu .

Možné komplikace

Absolutní bezrizikovitost svých opatření nemůže zaručit žádný lékař. Při endoskopické papilotomii může vzniknout krvácení , zánět slinivky nebo proděravění střeva. Velké kameny se mohou zaklínit a vést ke žloutence , teplotě , kolice. Následné komplikace pak vedou k nutnosti chirurgického výkonu. Abychom snížili riziko krvácení a místního umrtvení na minimum , zodpovězte nám , prosím , následující otázky:

1. Máte zvýšený sklon ke krvácení již při malých poraněních nebo po vytržení zubů? ne-ano
2. Vznikají Vám snadno na kůži krevní podlitiny nebo se k tomu vyskytuje náchylnost ve Vašem příbuzenstvu (pouze pokrevní příbuzní) ne-ano
3. Trpíte sennou rýmou , přecitlivělostí vůči potravinám , lékům , náplastem , lékům na místní umrtvení? ne-ano
4. Jste těhotná? ne-ano

Chování po vyšetření

V den vyšetření nebudete přijímat potravu ústy . Prosíme informujte lékaře , když několik hodin po výkonu dostanete bolesti nebo když se objeví černá stolice. Bude Vám sledován krevní tlak , puls , teplota a biochemická vyšetření krve , aby se mohlo zasáhnout při eventuelních komplikacích.

Zeptejte se nás , pokud jste něčemu nerozuměl/a/ nebo se chcete dozvědět více o vyšetření nebo případných jiných komplikacích. Rádi Vám podáváme informace v pohovoru.

Pacient (zákonný zástupce) prohlašuje , že plně porozuměl poučení lékaře a nevyžaduje již další vysvětlení. S navrženým postupem lékaře souhlasí.

.....
podpis lékaře

.....
podpis pacienta (zákonného zástupce)

datum:

Tel. 46 601 4229
46 601 4230
Fax: 46 601 4209

E-mail:
vyhnaelek@nem.pce.cz
http: www.nem.pce.cz

Zdroj: Pardubické krajské nemocnice, a. s.

Příloha 4: Vzorový formulář – Informovaný souhlas pacienta s kapslovou endoskopií



Pardubická krajská nemocnice a.s.
Kyjevská 44, 532 03 Pardubice
Interní klinika – Endoskopie
tel.: 46 601 4229

Informovaný souhlas s kapslovou enteroskopií

Jméno a příjmení pacienta:
Rok narození: /

Dobrý den,

přicházíte k vyšetření, které se jmenuje kapslová enteroskopie. Je důležité, abyste se seznámil(a) s podstatou vyšetření, získal(a) všechny potřebné informace a následně podepsal(a) tento informovaný souhlas.

Kapslová endoskopie je metoda určená k vyšetření tenkého střeva. Je to pouze diagnostická metoda, u které není možnost odběru vzorku jako u běžné endoskopie. Miniaturní kamera váží pouze několik gramů. Spolknutí kapsle umožňuje snímání endoskopického obrazu při průchodu gastrointestinálním traktem a jeho bezdrátový přenos. Na tělo Vám budou nalepeny elektrody připojené k záznamníku, který je připevněn na speciálním opasku. Vyšetření trvá přibližně 8 hodin a je zcela nebolestivé. Komplikace při vyšetření kapslí jsou relativně velmi vzácné. Výjimečně může dojít k uvíznutí kapsle v trávicí trubici. V takové situaci je potřeba kapsli vyjmout buď endoskopicky, nebo chirurgicky odstranit. V případě eventuálního podezření na komplikaci vzniklou v souvislosti s vyšetřením, kontaktujte prosím endoskopickou ambulanci (tel.: 46 601 4229).

Máte-li jakékoliv doplňující dotazy, neostýchejte se zeptat.

Byl/a jsem poučen/a o možnostech vyšetření a léčby. Byly mi zodpovězeny všechny mé otázky, a to srozumitelně, včetně všech rizik a komplikací.

Pacient tímto prohlašuje, že plně rozuměl poučení a s navrženým postupem vyšetření souhlasí.

V Pardubicích dne:
Podpis pacienta (zákonného zástupce):

Zdroj: Pardubická krajská nemocnice, a. s.

Příloha 5: Vzorový formulář – Potvrzení o zapůjčení a vrácení diagnostického přístroje



Pardubická krajská nemocnice a.s.
Kyjevská 44, 532 03 Pardubice
Interní klinika – Endoskopie
tel.: 46 601 4229

Potvrzení o zapůjčení a vrácení diagnostického přístroje

Pacient (zákonný zástupce)

Jméno:
Příjmení:
Datum narození:
Tel. spojení:

Přístroj

Název: Olympus - endo capsule RE - 1
Výr. číslo: 1600256

Datum zapůjčení:
Dohodnuté datum vrácení:

Pacient (zákonný zástupce) svým podpisem stvrzuje, že výše uvedený přístroj převzal, že byl lékařem poučen o způsobu jeho používání, o jeho ochraně a o správných pravidlech manipulace s přístrojem.

Přístroj není vodotěsný, nesmí být vystaven nadměrné vlhkosti a prašnému prostředí.

Současně se pacient (zákonný zástupce) zavazuje přístroj vrátit v dohodnutém termínu. Pokud by se vyskytly po zapůjčení přístroje nepředvídatelné okolnosti, které by bránily přístroj osobně vrátit, je povinen zajistit jeho neprodlené vrácení po telefonické domluvě na výše uvedeném tel. čísle.

Pacient (zákonný zástupce) rovněž bere na vědomí a je srozuměn s tím, že je povinen přístroj chránit před jeho poškozením, ztrátou nebo odcizením. V případě poškození přístroje, jeho ztráty nebo odcizení je pacient povinen uhradit pardubické krajské nemocnici a.s. vzniklou škodu.

V Pardubicích dne:
Podpis lékaře:
Podpis pacienta (zákonného zástupce)

Datum vrácení:
Stav přístroje (zjištěné závady):
Převzal:
V Pardubicích dne:

Zdroj: Pardubická krajská nemocnice, a. s.

Příloha 6: Vzorový formulář – Souhlas Pardubické krajské nemocnice, a.s. s výzkumem

Pardubická krajská nemocnice, a. s.
Kyjevská 44, 532 03 Pardubice



**Žádost o provádění výzkumu v Pardubické krajské nemocnici, a.s.
v rámci bakalářské, magisterské, disertační práce**

Příjmení a jméno studenta	ELIŠKA FORŠTOVÁ			
Studijní obor, ročník, škola	VŠEOBECNÁ SĚSTRA - PREVENČNÍ STUDIUM 3. ROČNÍK JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH			
Téma bakalářské, magisterské, disertační práce	BAKALÁŘSKÁ PRÁCE: OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTŮ PODSTUPUJÍCÍ ENDO SKOPICKÉ VYŠETŘOVACÍ METODY			
Jméno vedoucího bakalářské, magisterské, disertační práce	Mgr. ROŠANOVÁ LUCIE			
Vyjádření vedoucího bakalářské práce	Výzkum nebude spojen s finančním zatížením Pardubické krajské nemocnice, a. s. podpis: <i>W. W.</i>			
Počet oslovených respondentů celkem	PARDUBICKÁ KRAJSKÁ NEMOCNICE, a.s.			
Zahájení výzkumu	18.5.2011	Oddělení výchovy a vzdělávání		
Konec výzkumu	8.4.2011	Kyjevská 44, 532 03 - Pardubice tel.: 466 011 111		
Souhlas pracovníka oddělení vzdělávání Pardubické krajské nemocnice, a. s.	Ano <input checked="" type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/>	podpis: <i>Interní oddělení</i> PARDUBICKÁ KRAJSKÁ NEMOCNICE, a.s. Kyjevská 44, 532 03 - Pardubice tel.: 466 011 111 -15-	
Souhlas vedoucího oddělení, kde bude výzkum probíhat				
Klinika, oddělení	Ano	Ne	Podpis	Počet respondentů
interní odd. - Endoskopia	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Y. M. T. H.</i>	6
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Součástí této průvodky je kopie plného znění dotazníku (rozhovoru), který bude respondentům rozdáván (který bude s respondenty veden).

Zdroj: Pardubická krajská nemocnice, a. s.

Příloha 7: Struktura otázek pro pacienty podstupující endoskopické vyšetřovací metody

1. Kolik je Vám let?
2. Jste spokojen s péčí, která Vám byla poskytována celkově?
3. Dodržujete zásady zdravé výživy (sport, strava...)
4. Jak vás zdravotnický personál připravil před kolonoskopií, ezofagoskopií, gastroskopií, duodenoskopií, ERCP, kapslovou endoskopií? (podle toho, jaké vyšetření pacient podstoupil)
5. Dostal/a jste dostatek informací o vyšetření?
6. Dostal/a jste dostatek informací týkajících se přípravy, průběhu a péče po výkonu?
7. Byl jste spokojen s mírou informovanosti? Pokud ne, proč?
8. Kdo vás seznámil s daným vyšetřením?
9. Poučil vás personál o režimových opatřeních spojených s dobou po vyšetření?
10. Jak o vás zdravotnický personál pečoval po vyšetření?
11. Byl jste spokojen s péčí po vyšetření?
12. Jaké byly vaše pocity během vyšetření? (stud...)
13. Zjišťoval jste si sám nějaké informace týkající se Vašeho vyšetření? Kde?
14. Komunikoval s vámi zdravotnický personál během vyšetření a po vyšetření?

Příloha 8: Struktura otázek týkajících se endoskopických vyšetření určených zdravotním sestřám

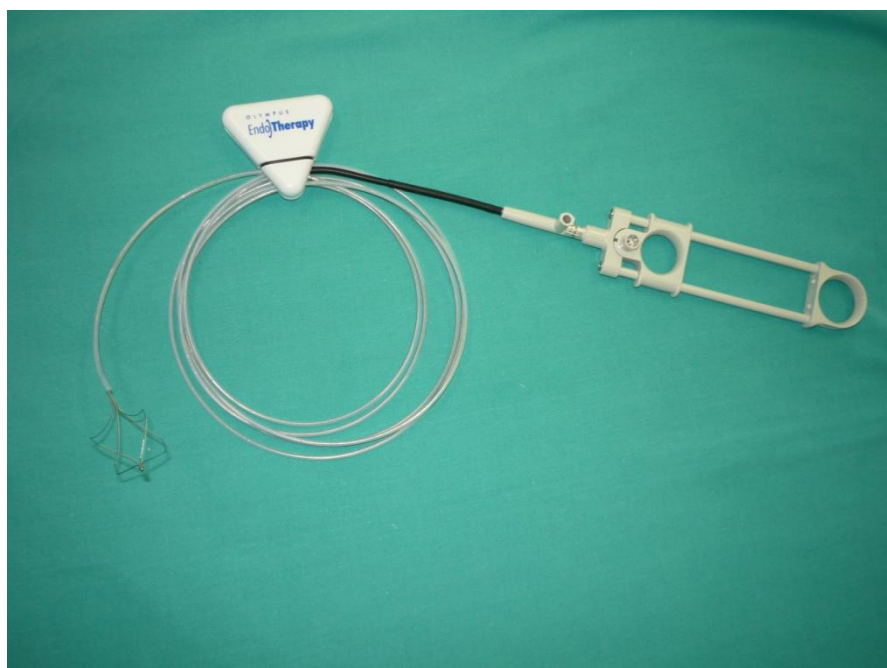
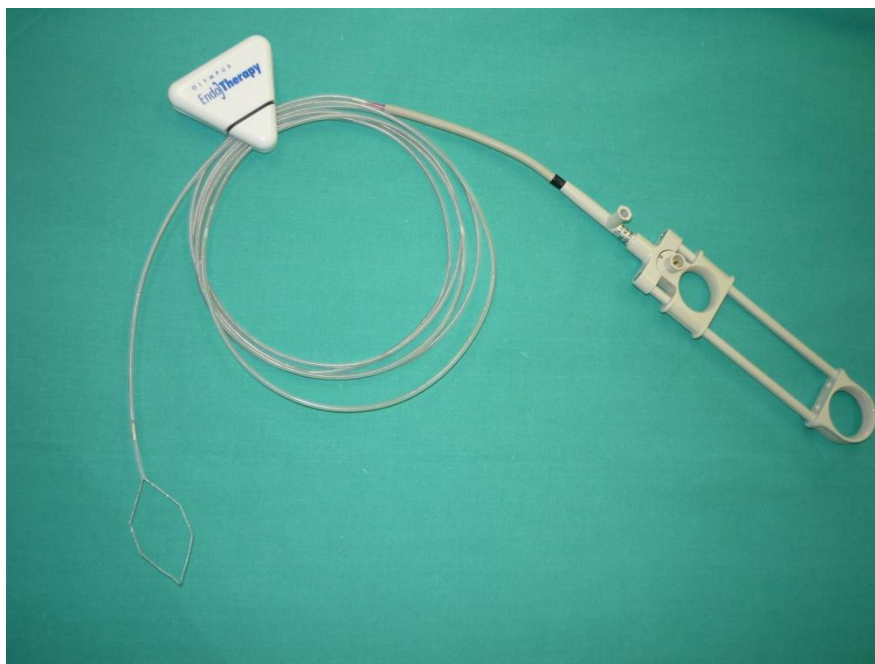
1. Kolik je Vám let?
2. Jakého vzdělání jste dosáhla? Máte nějakou specializaci?
3. Jak pacienty připravujete na kolonoskopii?
4. Jak pacienty připravujete na ezofagoskopii, gastrokopii, duodenoskopii?
5. Jak pacienty připravujete na ERCP?
6. Jak pacienty připravujete na kapslovou endoskopii?
7. Jak pacienti snáší přípravu na jednotlivé vyšetření?
8. Jaké úkony vykonáváte během kolonoskopie?
9. Jaké úkony vykonáváte během ezofagoskopie, gastrokopie, duodenoskopie?
10. Jaké úkony vykonáváte během ERCP?
11. Nastávají v průběhu vyšetření nějaké komplikace? Pokud ano, jaké?
12. Dodržují pacienti režimová opatření po skončení endoskopických metod?
13. Jaké práce vykonáváte u pacientů po kolonoskopii?
14. Jaké práce vykonáváte u pacientů po ezofagoskopii, gastrokopii, duodenoskopii?
15. Jaké práce vykonáváte u pacientů po ERCP?
16. Jaké práce vykonáváte u pacientů u kapslové endoskopii?

Příloha 9: Kolonoskop



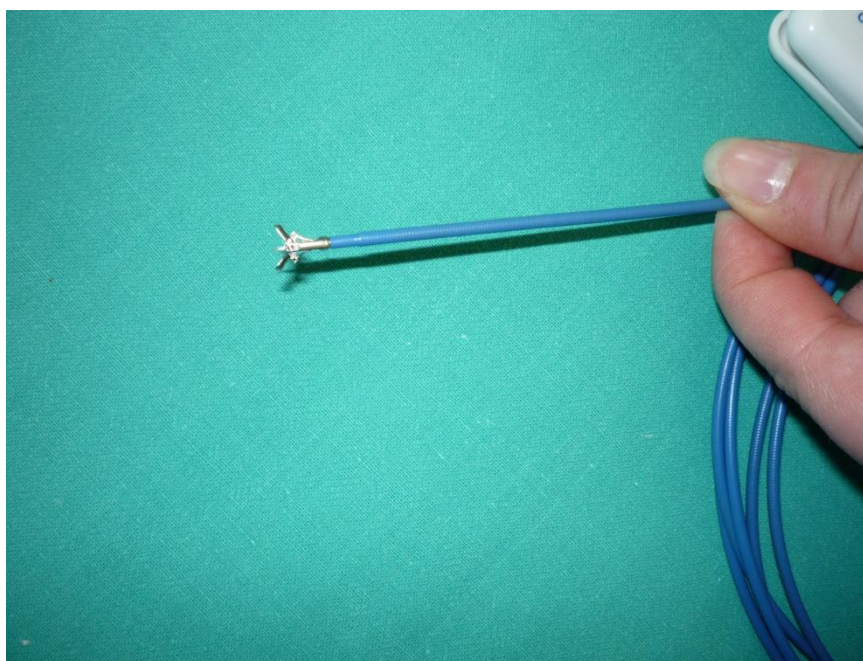
Zdroj: vlastní

Příloha 10: Odstraňovače polypů



Zdroj: vlastní

Příloha 11: Kleště na odstraňování polypů



Zdroj: vlastní

Příloha 12: Gastroskop



Zdroj: vlastní

Příloha 13: Endoskop používaný při ERCP vyšetření



Zdroj: vlastní

Příloha 14: Detail endoskopu používaného při ERCP vyšetření



Zdroj: vlastní

Příloha 15: Endoskopický sálek pro ERCP vyšetření



Zdroj: vlastní

Příloha 16: Vybavení pro kapslovou endoskopií



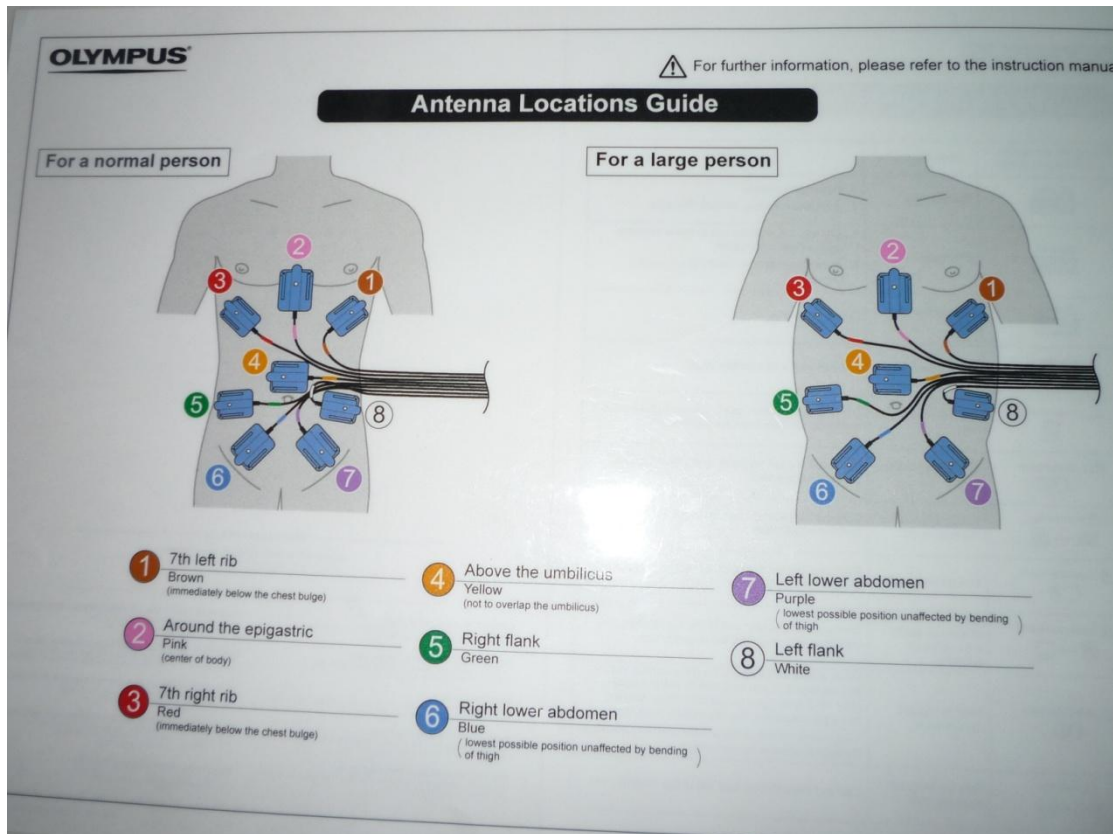
Zdroj: vlastní

Příloha 17: Zabalená kapsle (vlevo) s náustkem k aplikaci (vpravo) – kapslová endoskopie



Zdroj: vlastní

Příloha 18: Ukázka rozmístění antén pro přijímání signálu od kapsle při kapslové endoskopii



Zdroj: vlastní

Příloha 19: Datarekordér používaný při kapslové endoskopii



Zdroj: vlastní

Příloha 20: Monitor zobrazující průběh endoskopických vyšetření (A)



Zdroj: vlastní

Příloha 21: Monitor zobrazující průběh endoskopických vyšetření (B)



Zdroj: vlastní

Příloha 22: Monitor zobrazující průběh endoskopických vyšetření (C)



Zdroj: vlastní

Příloha 23: Vyhodnocovací technika při endoskopiích



Zdroj: vlastní

Příloha 24: Myčka endoskopů (A)



Zdroj: vlastní

Příloha 25: Myčka endoskopů (B)



Zdroj: vlastní

BEZEZBYTKOVÁ DIETA

**Informační brožura pro pacienty
podstupující kolonoskopické
vyšetření**



Eliška Forštová, 2011

❖ **Obecné informace**

Některé potraviny je naše tělo schopno vstřebat rychleji, a tím i rychleji vyloučit odpadní látky, které se při vstřebávání vytvářejí. Z tohoto důvodu byla vytvořena brožurka s dietními opatřeními pro pacienty před kolonoskopickým vyšetřením.

- **Proč držet tuto dietu před kolonoskopií?**

Tato dieta je velice důležitá pro správné vyčištění střeva. Spočívá především v příjmu potravy, která vytváří minimální odpadní látky, protože organismus si z ní vezme maximum živin. Proto pak není potřeba čistit střevo přípravky, které pacient dostane předepsané od lékaře.

Bezezbytková dieta se také využívá při onemocnění střev. Většinou se užívá jako část léčby ulcerózní kolitidy nebo Crohnovy choroby.

- **Jak dodržovat tuto dietu?**

Pokud Vám lékař nedoporučí tuto dietu dodržovat jinak, obvykle se dodržuje týden před plánovaným vyšetřením. Den před kolonoskopickým vyšetřením se úplně vyvarovat konzumace mléka a mléčných výrobků, dále ovocných nebo zeleninových džusů s velkým obsahem dužiny a kávy.



❖ **Vhodné/nevhodné potraviny**

Výběr potravin u bezezbytkové diety je velice individuální. Strava má být pestrá a konzumována v menších dávkách 5-6krát denně.

• **Vhodné potraviny**

- **nápoje:** - vhodné je vypít 2-2,5 litru tekutin denně (záleží na fyzické aktivitě)
 - ovocné, zelené čaje (pozor na černý čaj), minerálky (neperlivé), slabé ovocné šťávy (vhodné mixovat s vodou), mléko a mléčné výrobky v menších dávkách
- **pečivo:** - suchary, veka, piškoty, bílé pečivo a vánočka (méně tučné a starší)
- **polévky:** - vývary především z hovězího a kuřecího masa (musí být odstraněn tuk), doplnit rýží, těstovinami, krupicí, lehce nastrouhanou zeleninou
- **maso:** - libové hovězí, vepřové, telecí, kuřecí, králičí, rybí (filé, kapr), šunka (drůbeží, vepřová), dietní párky a salámy
- **přílohy:** - dušená rýže, těstoviny, bramborový knedlík, bramborová kaše (při nesnášenlivosti mléka použijeme na kaši vývar z brambor), bramborová rýže
- **omáčky:** - rajská, koprová, dietní svíčková přírodní s prolisovanou kořenovou zeleninou
- **tuky:** - čerstvé máslo na pečivo nebo do hotového pokrmu, na omaštění bramborové kaše
- **ovoce:** - zralé banány
 - jablka, meruňky, broskve (oloupat, zbavit jader, podusit, prolisovat)
- **zelenina:** - nepoužívat syrovou (mrkev, celer, petržel)
- **moučníky:** - velmi omezené množství
- **koření:** - malé množství soli, mletý kmín, kopr, petrželová nať, vanilková, citronová šťáva

• Nevhodné potraviny

- **nápoje:** - černá káva, kakao, čokoláda, sycené nápoje, neředěné ovocné a zeleninové šťávy, alkohol
- **pečivo:** - kynuté těsto (čerstvý chléb, celozrnné pečivo)
- **maso:** - tučné - vepřový bůček, prorostlé vepřové, hovězí, uzené, skopové, zvěřina, tučné ryby, vnitřnosti, masové konzervy, uzeniny, tlačěnka, jitrnice, jelita, prejt
- **přílohy:** - kynuté knedlíky, smažené bramborové hranolky, krokety, celozrnné těstoviny, houskové knedlíky
- **omáčky:** - smetanové, šlehačkové, houbové, okurkové, hořčicové, játrové, křenové, kupované hotové omáčky
- **tuky:** - sádlo, lůj, šlehačka, škvarky, slanina
- **ovoce:** - s tvrdou slupkou, zrníčky, nevyzrálé (třešně, švestky...)
- **zelenina:** - je vyloučena syrová zelenina
- **moučníky:** - z kynutého, listového a piškotového těsta
- **koření:** - nedoporučuje se používat dráždivá a pálivá koření (pepř, pálivá paprika...)



❖ Jak upravovat jídla

• Vhodná úprava jídel:

- vaření
- dušení
- pečení bez tuku
- příprava v parním hrnci

• Nevhodná úprava jídel:

- smažení
- restování
- pečení na tuku
- zahušťování jíškou



❖ **Vybrané recepty vhodné u této diety:**

• **Snídaně:**

▪ **Ženevské placičky**

- 60 g sendvičové večky, 20 g másla, 60 g sýra Eidam (30 %), 40 g celeru, bylinková sůl
- nakrájené plátky z večky potřeme máslem a posypeme bylinkovou solí, nahrubo nastrouhaným sýrem a najemno nastrouhaným syrovým celerem
- položíme na plech a zapečeme ve vyhřáté troubě

▪ **Pomazánka z telecího masa a šunky**

- 100 g telecího masa, 40 g šunky, 5 g hladké mouky, 30 ml šťávy z masa, 2 g másla, pažitka, bylinková sůl
- do šťávy z masa přidáme mouku a za stálého míchání uvaříme hladkou kaši
- do vychladlé kaše přidáme máslo, sůl, dušené namleté maso, namletou šunku a suroviny vyšleháme
- na dochucení přidáme posekanou pažitku

▪ **Sýrová pěna**

- 100 g nízkotučného taveného sýra, 5 g rostlinného tuku, 10 ml mléka, pažitka, bylinková sůl
- rozetřený sýr smícháme s tukem a solí
- postupně přilijeme mléko a vymícháme do pěny
- nakonec přidáme nasekanou pažitku



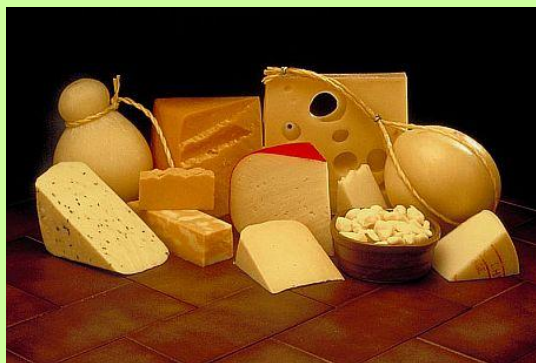
• Svačiny:

▪ Pařížská hnízdečka

- 40 g drůbežího salámu, 1 vejce, 10 g másla, 10 g oleje, bylinková sůl
- drůbeží salám nakrájíme na tenká kolečka a vložíme do rozpáleného oleje
- kolečka se teplem se vytvarují do mističky
- ihned obrátíme, opečeme na druhé straně a vyjmeme z oleje
- plníme na másle umíchanými vejci, která jsme osolili
- zdobíme nasekanou pažitkou, podáváme s vekou nebo pečivem

▪ Sýrové jednohubky

- 50 g sýra Eidam (30 %), 30 g šunky, 20 g rajčat, 30 g sýra Gouda, 30 g sýra Hermelín, 20 g ředkviček, paprika sladká
- sýry a šunku nakrájíme na kostičky
- malá rajčata a ředkvičky nakrájíme na tenké plátky
- na jehlu nebo párátko postupně napichujeme Eidam, šunku, Goudu, rajče, Hermelín a ředkvičku
- připravené jednohubky můžeme lehce posypat sladkou paprikou
- podáváme s bílým pečivem



• Polévky:

▪ Rýžová polévka

- 20g rýže, 10g hladké mouky, 20g celeru, 20g mrkve, 20g petržele, 1/2 dcl nízkotučného mléka, máslo, bylinková sůl
- na másle osmažíme mouku, zalijeme ji vodou, přidáme rýži a bylinkovou sůl, vaříme do měkka
- přidáme jemně nastrouhanou zeleninu a opět povaříme
- před podáním vmícháme do polévky mléko, necháme přejít varem
- můžeme na talíři ozdobit nasekanou petrželovou natí

▪ Jemná vločková polévka

- čtvrt sáčku jemných vloček, bio bujon zeleninový nebo vegeta bez glutamatu, 1 větší mrkev, 1/4 celeru, vejce (nemusí být), 1/4 póрку, drcený kmín
- vločky vaříme do měkka na mírném plameni
- nastrouháme nahrubo mrkev, celer a najemno nakrájíme pórek
- vše přidáme k vločkám a vaříme, dokud zelenina nezměkne
- po té ochutíme, na zahuštění lze přidat rozmixované vejce



• Hlavní jídlo

▪ Hovězí závitky

- 90 g zadního hovězího masa, 15 g kuřecí šunky, 1 vejce, 10 ml nízkotučného mléka, 2 g krupice, 8 g hladké mouky, 10 g másla, bylinková sůl, petrželová nať
- vejce našleháme s mlékem a krupicí
- přidáme nakrájenou šunku a mícháme do zhoustnutí
- naklepané hovězí plátky osolíme, potřeme náplní, stočíme a zpevníme párátkem
- opečeme nasucho, podlijeme vodou, nebo netučným vývarem z kostí a dusíme do měkka
- šťávu zahustíme nasucho opraženou moukou, povaříme a zjemníme máslem

▪ Masová směs s bylinkovým máslem

- 150 g kuřecího masa, 1 lžice oleje, 5 g šunky, 10 g másla, 5 g škrobové moučky, petrželová nať, pažitka, cibulová nať, bylinková sůl, citrónová kůra
- maso nakrájíme na drobné nudličky, osolíme a obalíme ve škrobové moučce
- rychle osmahneme na pánvi s rozehrátým olejem, přidáme nakrájenou šunku, pažitku, nastrouhanou citrónovou kůru a cibulovou nať
- bylinkové máslo – změkklé máslo utřeme s nasekanými zelenými bylinkami, můžeme přidat trochu soli
- hmotu vložíme do igelitového sáčku a pomocí nástavce vytvoříme ozdobné tvary, které vložíme do lednice a necháme vychladit
- vychlazené pokládáme na připravenou směs

▪ Krůtí prsa

- 100 g krůtích prsou (bez kůže), 10 g másla, 5 g hladké mouky, sůl
- krůtí prsa osolíme, opečeme nasucho, podlijeme vodou a dusíme do měkka
- šťávu zaprášíme nasucho opraženou moukou, povaříme a nakonec přidáme čerstvé máslo

▪ Rizoto s kuřecím masem a sýrem

- 100 g syrové rýže, 80 g kuřecího masa, 30 g Eidamu (30 %), 10 g oleje, 10 g cibule, 10 g pórků, 10 g másla, 5 g sterilovaného hrášku, 10 g mrkve, petrželka, bylinková sůl, kmín
- rýži dusíme v osolené vodě
- kuřecí maso osolíme, pokmínujeme a podusíme nebo opečeme
- zchladlé nakrájíme na kostičky
- zeleninu nastrouháme nahrubo a blanšírujeme
- dušenou rýži smícháme s připraveným masem, na sucho osmaženou nakrájenou cibulkou a zeleninou
- na talíři posypeme nastrouhaným sýrem a zdobíme petrželkou



▪ Kapr dušený

- 50 g kapra (bez kůže), 1 lžička citrónové šťávy, 5 g hladké mouky, 10 g másla, sůl, kmín
- naporcovaného kapra osolíme, pokapeme citrónem, poprášíme moukou a položíme na pekáč
- okmínujeme, podlijeme vodou a v troubě pečeme
- nakonec přidáme čerstvé máslo

▪ Rybí filé pečené se sýrem

- 110 g rybího filé, 110 g netučného taveného sýra, 40 g žampionů, 1 vejce, 5 g oleje, pažitka, bylinková sůl, citrónová šťáva, petrželová nať, citrónová kůra, muškátový květ
- rybí filé uvaříme, smícháme se sýrem a nasekanými žampiony
- pokapeme citrónovou šťávou a posypeme petrželovou natí
- zamícháme a přidáme rozšlehané vejce
- ochutíme solí, citrónovou kůrou a muškátovým květem
- směs rozdělíme do dvou misek, které předem vytřeme olejem
- zakryjeme alobalem
- misky vložíme do pekáče s teplou vodou a necháme zapéci ve vodní lázni asi 20 minut
-



• Přílohy

▪ Bramborová kaše

- 250 g brambor, 150 ml nízkotučného mléka, sůl
- uvařené, osolené a prolisované brambory šleháme s horkým mlékem
- energetickou hodnotu zvýšíme přidáním másla a žloutku

▪ Bramborové knedlíky

- 100 g brambor, 30 g krupice, 1 vejce, 25 g žemle, 5 g másla, kypřící prášek, sůl
- uvařené brambory prolisujeme, přidáme vejce, krupici, sůl, pečivový prášek a vypracujeme těsto
- do těsta vpracujeme na kostky pokrájenou na sucho opečenou žemli
- z hmoty utvoříme válečky, které zavineme do navlhčené utěrky a vaříme asi 3/4 hodiny
- uvařené knedlíky potřeme máslem

▪ Houskové knedlíky

- 100 g hrubé mouky, 80 ml nízkotučného mléka, 30 g veki, 1 vejce, 3 g hladké mouky, sůl, na špičku nože kypřícího prášku
- z mouky smíchané s pečivovým práškem, mlékem a vejcem připravíme řidší těsto
- promícháme s na kostky nakrájenou, na sucho opečenou vekou, osolíme a vytvoříme knedlíky
- vaříme v osolené vařící vodě



• Saláty

▪ Těstovinový salát s kuřecím masem

- 250 g barevných těstovin, 25 g másla, 15 g karotky, 20 g kukuřice, 5 g hrášku, 10 g brokolice, 25 g šunky, 60 g bílého jogurtu, 50 g pečeného kuřete, 10 g olivového oleje, bylinková sůl
- těstoviny uvaříme v osolené vodě a necháme zchladnout
- na másle osmahneme nakrájenou zeleninu společně s nakrájenou šunkou
- pečené kuřecí maso nakrájíme, smícháme s vychladlou opečenou zeleninou, jogurtem a vychladlými těstovinami
- salát zakápneme olivovým olejem a dochutíme bylinkovou solí

▪ Tzaziky

- bílý jogurt, salátová okurka, sušený kopr, sůl, pepř, stroužek česneku, pár kapek citronové šťávy, kapka olivového oleje
- jogurt dáme do mísy
- nastrouháme najemno okurku a vymačkáme z ní vodu
- vymačkanou okurku dáme do mísy k jogurtu, přidáme trochu kopru, najemno utřeného česneku, pár kapek citrónové šťávy, kapku olivového oleje, sůl, pepř a vše promícháme dobře



• Sladkosti

▪ Lívance z ovesných vloček

- Lívance: 25 g ovesných vloček, 25 g hrubé mouky, 75 g pomerančové šťávy, 75 g nízkotučného mléka, 2 bílky, 5 g oleje, 8 g cukru, sůl
- Náplň: 110 g sýra Žervé, 20 g rozinek
- v míse smícháme ovesné vločky, sůl, mouku a pomerančovou kůru
- za stálého míchání přiléváme mléko a šťávu z pomeranče
- přidáme ušlehaný sníh z bílků
- teflonovou pánev mírně nahřejeme a potřeme olejem a připravíme lívance
- žervé smícháme s rozinkami
- touto směsí plníme lívance, které nakonec stáčíme do ruličky
- zdobit můžeme ušlehanou smetanou



❖ Literatura:

<http://crohns-disease.org.uk/crohns-disease-diet.htm>

<http://eshop.svatyahostiny.cz/?22.syrovy-chlebicek>

<http://kastrulek-recepty.blog.cz/1104/restovana-jatra>

<http://kucharka.vajzi.net/?p=145>

<http://manek.bloguje.cz/708014-fish-chips-smazena-ryba-s-hranolky.php>

<http://manek.bloguje.cz/747464-veprova-plec-na-zelenine.php>

<http://recepty.vareni.cz/kynute-houskove-knedliky/>

<http://web.quick.cz/chirurgie.kt/diety.htm#Dieta%205%20text>

<http://www.crohn.ic.cz/?site=dieta#dieta>

<http://www.fitnessstv.cz/bezezbytkova-dieta>

http://www.gastrocompel.cz/pages/priprava_ke_kolonoskopii/custom_page.htm?execution=e1s1

<http://www.p-eldorado.cz/index.php?action=shind001&sid=78>

<http://www.pizzerka.cz/fotogalerie.php>

<http://www.potravinova-alergie.info/clanek/bezezbytkova-dieta.php>

<http://www.prozeny.cz/pavlac/vase-recepty/ceska-kuchyne?start=340>

<http://www.recepty.cz/recept/ryzova-polevka-zaprazena-se-zeleninou-144154>

<http://www.restaurace-menu.cz/magazin/aktualne/lahodne-kouzlo-syru/>

<http://www.stobklub.cz/recept/56/>

<http://www.zivotbezstreva.cz/index.php?stid=18&ko=11>