



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

Práce sestry v gastroenterologické ambulanci

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: OŠETŘOVATELSTVÍ

Autor: Stanislava Kotková

Vedoucí práce: Mgr. Alena Polanová

České Budějovice 2019

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „*Práce sestry v gastroenterologické ambulanci*“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne

.....

Stanislava Kotková

Poděkování

Chtěla bych poděkovat paní Mgr. Aleně Polanové, vedoucí mé bakalářské práce, za odborné vedení, cenné rady, a především za její trpělivost při zpracování této bakalářské práce. Dále děkuji Mgr. Lence Klímové, která mi během psaní této bakalářské práce poskytla mnoho cenných informací.

Práce sestry v gastroenterologické ambulanci

Abstrakt

Bakalářská práce „Práce sestry v gastroenterologické ambulanci“ mapuje práci sestry v gastroenterologické ambulanci. Sestra zde musí mít vzhledem k náplni své práce technické předpoklady, samozřejmostí je i umět si zorganizovat práci a umět správně pečovat o pacienta a komunikovat s ním. Vzhledem k neustále se vyvíjejícím technologiím je práce sestry v gastroenterologické ambulanci velmi náročná. V teoretické části jsou popsány vyšetřovací metody a specifika práce sester. Výzkumná část byla realizována kvalitativním výzkumným šetřením pomocí polostrukturovaného rozhovoru.

Cílem práce bylo: 1. Zjistit zvláštnosti práce sestry v gastroenterologické ambulanci; 2. Zjistit možnosti dalšího vzdělávání sester pracujících v gastroenterologické ambulanci. K těmto cílům byly stanoveny tři výzkumné otázky: 1. Jaká je náplň práce sestry v gastroenterologické ambulanci? 2. Jaká jsou specifika komunikace sester s pacienty v gastroenterologické ambulanci? 3. Jaké možnosti dalšího vzdělávání v oboru mají sestry pracující v gastroenterologické ambulanci?

Ačkoli výzkumné šetření bylo provedeno ve dvou různých nemocnicích, sestry se na náplni své práce téměř ve všem shodly. Z výzkumného šetření vyplynulo, že sestry toho mají na starost mnoho, zajišťují správný chod ambulance, komunikují s lékařem, ale i s pacientem, pečují o endoskopy, odebírají biologický materiál atd. Dále bylo zjištěno, že sestry mají relativně dost možností dalšího vzdělávání, které jim nemocnice nabízí. Nejčastěji jsou to různé kurzy, semináře a školení.

Výsledky této práce by mohly sloužit jako zdroj informací pro sestry pracující v gastroenterologické ambulanci nebo jako studijní materiál pro nově příchozí sestry. Dále by výsledky mohly být prezentovány v odborných časopisech a na odborných konferencích.

Klíčová slova

gastroenterologie; endoskopie; sestra; ošetrovatelská péče; pacient; vzdělávání

Nurse's work at gastroenterological out-patient's ward

Abstract

This bachelor work "Nurse's work at gastroenterological out-patient's ward" maps the work of nurse at gastroenterological out-patient's ward, the nurse needs to have a technical qualification, needs to know how to organize her work and how to take care of a patient and how to communicate. The work of gastroenterological nurse is really challenging according to constantly developing technologies. The theoretical part describes nursing methods and specifics of nurse's work. The research part was realized through qualitative survey via semi-structured discussion.

The aims of the work were: 1. To find specialties of the nurse's work at gastroenterological out-patient's ward and 2. Figure out choices in further education of nurses working at gastroenterological out-patient's ward. There were stated three research questions: 1) What is the content of the nurse's work at gastroenterological out-patient's ward? 2) What is specific about the communication between the nurse and the patient? 3. What possibilities do nurse working at the gastroenterological out-patient's ward have in further education?

Although the research was made in two different hospitals, nurses almost agreed on the content of their work. The survey showed that nurses do a lot of work: they guarantee the functioning of out-patient's ward, they communicate with the doctor and the patient, they watch out for endoscopes, they take biological material etc. We found out that nurses have a lot of opportunities for further education which hospital offers such as courses, seminars and workshops.

The results of this work could be used as a source of information for nurses working at gastroenterological out-patient's ward or as a studying material for new coming nurses. These results could also be presented in professional magazines and in professional conferences.

Key words

Gastroenterology; endoscopy; nurse; nursing care; patient; education

OBSAH

ÚVOD.....	6
1 SOUČASNÝ STAV.....	7
1.1 Anatomie a fyziologie trávicího systému.....	7
1.1.1 Anatomie a fyziologie jater, žlučníku a žlučových cest.....	9
1.2 Vyšetřovací metody v gastroenterologii.....	9
1.2.1 Anamnéza.....	9
1.2.2 Fyzikální vyšetření.....	10
1.2.3 Laboratorní vyšetření.....	12
1.2.4 Zobrazovací metody.....	13
1.3 Endoskopické metody.....	14
1.3.1 Definice endoskopií.....	14
1.3.2 Historie endoskopie.....	15
1.3.3 Druhy endoskopických přístrojů a vyšetření.....	16
1.3.4 Péče o endoskopy.....	18
1.4 Úloha sestry v gastroenterologii.....	20
1.4.1 Role sestry v gastroenterologické ambulanci.....	20
1.4.2 Komunikace.....	24
1.4.3 Vzdělávání sester v gastroenterologii.....	25
1.4.4 Role gastroenterologické sestry v cizině.....	28
2 CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY.....	29
2.1 Cíle práce.....	29
2.2 Výzkumné otázky.....	29
2.3 Operacionalizace pojmů.....	30
3 METODIKA.....	30
3.1 Použité metody a techniky sběru dat.....	30

3.2 Charakteristika zkoumaného vzorku.....	31
4 VÝSLEDKY.....	31
4.1 Kategorie 1 – Délka praxe sester.....	31
4.2 Kategorie 2 – Vzdělání a vzdělávání.....	32
4.3 Kategorie 3 – Role sestry v gastroenterologické ambulanci.....	33
4.4 Kategorie 4 – Příprava pracoviště a ukončení směny.....	33
4.4.1 Příprava pracoviště.....	34
4.4.2 Ukončení směny.....	34
4.5. Kategorie 5 – Sběr anamnézy, péče o pacienta před endoskopickým výkonem / vyšetřením, při něm a po něm.....	35
4.5.1 Sběr anamnézy.....	35
4.5.2 Péče o pacienta před vyšetřením.....	35
4.5.3 Péče o pacienta při vyšetření.....	36
4.5.4 Péče o pacienta po vyšetření.....	36
4.6 Kategorie 6 – Komunikace s lékařem.....	36
4.7 Kategorie 7 – Komunikace.....	37
4.8 Kategorie 8 – Péče o endoskopy.....	37
4.9 Kategorie 9 – Sebejistota v práci.....	38
5 DISKUSE.....	39
6 ZÁVĚR.....	50
7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	52
8 SEZNAM PŘÍLOH.....	57
9 SEZNAM ZKRATEK.....	58

Úvod

Tato bakalářská práce mapuje činnost sester pracujících v gastroenterologické ambulanci. Sestra pracující v této ambulanci má na starosti mnoho úkolů a zastává mnoho rolí, ať už jsou to specifické výkony, jako je asistence u endoskopického vyšetření, nebo běžná ošetrovatelská činnost, jako je např. odběr krve. Gastroenterologie je dynamicky se rozvíjející obor a sestra má i v tomto oboru svou nezastupitelnou roli. Také jsme se zabývali tím, jaké možnosti dalšího vzdělávání sestry mají a jestli je využívají.

Tato práce je zaměřena na práci sestry v gastroenterologické ambulanci a ošetrovatelskou péči o pacienta před vyšetřením, při něm a po něm. Sestra v této ambulanci musí zastat spoustu činností, zajišťuje správný chod ambulance, pečuje o přístroje a nástroje, komunikuje s lékařem, ale i s pacientem, odebírá biologický materiál, doplňuje materiál nebo zakládá výsledky do dokumentace a v neposlední řadě asistuje u endoskopických výkonů. Endoskopická vyšetření nabírají na popularitě a v posledních letech se využívají velmi často. Podle Lukáše a Žáka (2007) je tato metoda hojně využívána od 60. let minulého století a postupně nahradila i do té doby nejvíce využívaný rentgen. Ovšem práce na endoskopickém pracovišti není jednoduchá, protože zde existuje mnoho specifických úkonů, které musí jak sestra, tak lékař zvládnout.

Teoretická část práce je nejprve zaměřena na všeobecnou medicínskou oblast, na vyšetřovací metody v gastroenterologii a endoskopické vyšetřovací metody včetně péče o endoskopy. Dále je teoretická část práce zaměřena na sestru a její každodenní činnosti v gastroenterologické ambulanci. Zde se soustředíme na to, co vše sestra zajišťuje nejen v ambulanci, ale i u pacienta. Do této části jsme zařadili rovněž komunikaci a vzdělávání, protože i to je nedílnou součástí ošetrovatelské profese nejen v gastroenterologii. Zařadili jsme sem i role gastroenterologických sester v cizině, protože v některých zemích se role velmi liší a je určitě zajímavé je zmínit.

1 SOUČASNÝ STAV

1.1 Anatomie a fyziologie trávicího systému

„Trávicí soustava (široce používané je označení gastrointestinální trakt – GIT) zabezpečuje příjem a zpracování potravy. Potrava je zdrojem energeticky bohatých živin (makro nutriční látky) a biologicky významných látek, především vitaminů, minerálů (mikro nutriční látky) a vody, které každý živý jedinec potřebuje k růstu, vývoji a zabezpečení funkcí jednotlivých tkání, orgánů a orgánových soustav.“ (Merkunová, Orel, 2008, s. 127)

Hlavní funkcí trávicího systému je příjem, zpracování a polykání potravy, ta se mění v tekutou tráveninu zvanou chymus. Další funkce je trávení a vstřebávání živin, vylučování hormonů řídících činnost trávicí soustavy a produkci vitaminů. Tyto hormony jsou produkovány bakteriálními kmeny v tlustém střevě. Odpadní a nevyužité složky potravy se vyloučí ve formě stolice. Díky HCl žaludečním šťávám a mizní tkáni v tenkém střevě se potrava zbavuje svých antigenních součástí (Merkunová, Orel, 2008).

Trávicí systém začíná dutinou ústní, latinsky *cavum oris*. Je to štěrbina, na jejímž začátku se nacházejí rty a tváře, nahoře je patro a dole se nachází spodina. Uvnitř *cavum oris* se nachází jazyk, zuby, patrové mandle a slinné žlázy. Další část trávicího systému je hltan. Ten navazuje na dutinu ústní zúženinou *istmus faucium*. Hltan, latinsky *pharynx*, je trubice, která má nálevkovitý tvar a je předozadně oploštěná. Tato trubice je dlouhá průměrně 12–15 cm a dělíme ji na tři části. *Pars nasalis pharyngis* – nosohltan, *pars oralis pharyngis* – ústní část hltanu a *pars laryngea pharyngis* – hrtanová část hltanu. Hltan dosahuje až k úrovni obratle C6, kde přechází do jícnu. Jícen, latinsky *oesophagus*, je trubicovitá spojka mezi hltanem a žaludkem. Jícen může být dlouhý 23–28 cm, ale jeho délka se může lišit podle velikosti hrudníku. Při průchodu potravy se lumen jícnu může roztáhnout až na 3,5 cm, za normálních okolností má jeho lumen 1,5 cm (Naňka, Elišková, 2009).

Naňka a Elišková (2009) dále ve své knize tvrdí, že pro orientaci při zavádění žaludeční sondy je velmi podstatné vědět, že jícen začíná cca 15 cm od předních zubů a končí cca 40 cm od zubů.

Žaludek, latinsky *gaster*, funguje jako rezervoár potravy. Žaludek zvládne pojmout značné množství potravy, tu pak předběžně zpracovanou v menších částech předává do tenkého střeva, což trvá delší dobu. Rozeznáváme žaludek hákovitý, také zvaný sifónový, který má tvar písmene J. Druhý typ žaludku má tvar býčího rohu. Velikost žaludku je proměnlivá, zvětšuje se podle jeho naplně. Prázdný žaludek je dlouhý kolem 25 cm, jeho hmotnost se pohybuje okolo 130 g a jeho objem se pohybuje okolo 1 litru. Další částí navazující na žaludek je tenké střevo, latinsky *intestinum tenue*. Je dlouhé 3–5 m. Zde dochází k hlavní a poslední části enzymatického štěpení potravy, které začíná již díky enzymům slinných žláz a žaludku. Tenké střevo se skládá ze tří úseků, těmi jsou *duodenum* – dvanáctník, *jejunum* – lačník a *ileum* – kyčelník. Na tenké střevo navazuje střevo tlusté, latinsky *intestinum crassum*, které je zároveň poslední částí trávicí trubice. Tato trubice přijímá z tenkého střeva kašovitý až tekutý obsah s již vstřebanými živinami. Zde z tohoto obsahu vzniká v důsledku vstřebávání vody a elektrolytů stolice (Čihák, 2013).

1.1.1 Anatomie a fyziologie jater, žlučníku a žlučových cest

Játra, latinsky *hepar*, jsou exokrinní žláza, která produkuje žluč. Nacházejí se těsně pod bránicí a jsou největší a nejtěžší žlázou lidského těla. Jejich váha činí 1–2,5 kg, ale průměrná váha činí okolo 1,5 kg. Játra jsou hnědočervené barvy a jsou měkká a na pohmat poddajná (Čihák, 2013).

Dále Čihák (2013) tvrdí, že hmota jater je celkem křehká, tudíž při otřesech a nárazech může lehce dojít k jejich natržení, které je spojeno s masivním a život ohrožujícím krvácením.

Žlučník, latinsky *vesica fellea*, má tvar hrušky, nachází se ve výhřezu spodní plochy jater. Je to zásobník žluče, pojme jí až 60 ml. Žluč je žlutozelená tekutina, která obsahuje vodu, žlučová barviva (bilirubin a biliverdin), dále obsahuje žlučové kyseliny a jejich soli a fosfolipid lecitin. Vzhledem k velkému obsahu bikarbonátu má žluč silně zásaditou reakci, díky tomu pomáhá neutralizovat kyselé tráveniny ve dvanáctníku.

„Žlučové cesty začínají ze žlučových kapilár lalůčku, spojují se dohromady, vytvářejí tak větší nitrojáterní žlučovody a vystupují v porta hepatis z jater jako 2–4 cm dlouhý extrahepatální ductus hepaticus dexter et sinister.“ (Naňka, Elišková, 2009, s. 165) Dále se oba spojují ve společný žlučovod, který je dlouhý 4 cm. Při spojení s vývodem žlučníku vzniká hlavní žlučovod – ductus choledochus (Naňka, Elišková 2009).

1.2 Vyšetřovací metody v gastroenterologii

1.2.1 Anamnéza

Správná anamnéza je základ úspěšné diagnózy. Anamnézu zjišťuje lékař, ale i sestra má při sběru informací svou nenahraditelnou roli. Sestra zde musí projevit své komunikační dovednosti, a to už ve chvíli, kdy pacient vejde do ambulance. Lukáš a Žák (2007) popisují anamnézu jako získávání informací od pacienta o jeho předchorobí. Dále ve své knize udávají, co vše správná anamnéza zahrnuje. Jsou to informace o nynějším onemocnění, osobní anamnéze, lékové anamnéze a alergických reakcích na léky, pracovní a sociální anamnéze a rodinné anamnéze. Rozhovor s pacientem je aktivně veden lékařem, někdy i sestrou, a výsledná anamnéza se odvíjí od toho, co nám pacient sám poví. Důležité je podávat pacientovi cílené otázky, které pomohou vystihnout to, co ho právě trápí.

Pacienta přivádí k lékaři nejčastěji bolest, proto je v anamnéze důležité zjistit její příčinu. Zjišťujeme, jaká je úlevová poloha, jaký byl provokující moment, zdali to bylo po jídle, po lécích nebo naopak – když pacient své léky neužil (Dobiáš, 2013).

Lukáš et al. (2005) dodává, že u bolesti je důležité od pacienta zjistit více informací, které nám bolest více přiblíží. Zajímá nás lokalizace bolesti, charakter bolesti – bolest může být svíravá, pálivá nebo křečovitá atd. Délka trvání bolesti je také důležitý údaj. Zajímá nás, kdy to pacienta bolí, a proto se ptáme, za jakých okolností to bolí, např. ráno, večer, nalačno, po jídle, na podzim nebo na jaře. Je důležité se ptát i na to, po čem dojde k úlevě, to může být po jídle, po aplikaci tepla nebo chladu. Intenzita bolesti není vzhledem ke své subjektivitě až tak důležitý údaj, ale zjišťujeme ji také.

Dle Dobiáše (2013) jsou v gastroenterologii důležité rovněž informace o tom, kdy byl pacient naposledy na stolici, jestli odchází větry, zda pacient netrpí nechutenstvím,

nauzeou, zvracením, průjmem nebo naopak zácpou. U stolice a zvratků je důležité vědět, jaká je frekvence, vzhled a příměsi, a když je možnost, je vhodné, aby lékař nebo sestra zhodnotili jejich vzhled.

Důležitý symptom při onemocnění trávicího traktu je *dyspepsie* (soubor příznaků, kterými se projevuje porucha trávení). Tento pojem nám sám o sobě nic moc neprozradí, proto je důležitý podrobnější popis. Do dyspeptického syndromu zahrnujeme borborygmii (kručení, škroukání v břiše), eruktaci (říhání), flatulenci (zvýšený odchod střevních plynů), foetor ex ore (zápach z úst), metoroismus (plynatost), plnost, pocit netrávení, pyrózu (pálení žáhy). Další příznaky, které se mohou objevit, jsou dysfagie (obtížné polykání), glossodynii (pálení jazyka), odynofagie (bolest při polykání), singultus (škytavka). Dále sledujeme melénu (natrávená krev ve stolici), hematemézu (zvracení krve) a ikterus (žloutenka). (Lukáš, Žák, 2007)

1.2.2 Fyzikální vyšetření

Jako první nás zajímá celkový fyzický a psychický stav pacienta. U psychického stavu pacienta hodnotíme stav vědomí, hlas, řeč, orientaci místem, časem a osobou. Porucha vědomí může značit jaterní selhání nebo krvácení do trávicí trubice. U tělesného stavu hodnotíme vzrůst, tělesnou hmotnost, stav výživy, zbarvení kůže a sliznic. Dále si všímáme projevů na kůži, které mohou značit poruchy trávicího traktu, jsou to hematomy, petechie nebo pavoučkovité névy. Ve fyzikálním vyšetření používáme tyto metody – pohled, pohmat, poklep, poslech a per rectum (Lukáš, Žák, 2007).

James a Monaghan et al. (2018) ve své knize zdůrazňují důležitost zajištění soukromí při vyšetření. Pro kvalitní vyšetření by pacient měl zaujmout polohu na zádech s hlavou položenou na polštáři a pažemi podél těla. Je nutné, aby břicho bylo odhalené, minimálně od dolní části sternu až ke stydké kosti, v nejlepším případě by měla být odhalená i horní část trupu. Genitálie a intimní místa se odhalují až v případě nutnosti. Polohu a přípravu pacienta ve většině případů realizuje sestra.

V gastroenterologii je pro fyzikální vyšetření stěžejní partií břicho. To se vyšetřuje nejprve pohledem neboli inspekcí, přičemž hodnotíme souměrnost, zda je pupek ve střední čáře, a vyklenutí břicha. Vyklenutí se může objevit u velké sleziny nebo u nádorů. Dále pozorujeme souměrnost dýchacích vln a to, zda dosahují až k tříselným

vazům. Také sledujeme jizvy, strie nebo pigmentace. Můžeme si všimnout zvětšeného objemu břicha, který může vzniknout z nadbytku vzduchu nebo plynu, při ascitu (volná tekutina v dutině břišní) nebo při zvětšení jednotlivých orgánů. Někdy uvidíme viditelnou peristaltiku, která je patrná u hubených lidí (Chrobák et al., 2007).

Dále se břicho vyšetřuje pohmatem neboli palpací a dle Nejedlé (2015) by měl pacient během vyšetření ležet na zádech s pokrčenýma nohama. Je vhodné, aby byl pacient uvolněný, a proto se snažíme odpoutat jeho pozornost rozhovorem. V případě, že pacient nepocítuje žádnou bolest, vyšetření začíná v levém hypogastriu, poté se přechází do pravého hypogastria a následně po směru hodinových ručiček nahoru, vpravo a dolů. V případě, že pacienta břicho bolí, vyšetření začíná tam, kde je bolest nejslabší. Špinar et al. (2008) doplňuje, že existuje palpáce povrchová, při níž se používá dlaň pravé ruky nebo i obě ruce, které se položí vedle sebe, a konečky prstů vyšetřujeme. Popisuje také palpáci hlubokou, kdy se využívá technika „ruka na ruku“. Tato technika spočívá v tom, že si dáme pravou ruku na levou a lehkým tlakem vyšetřujeme dutinu břišní do hloubky. Than et al. (2017) navíc doplňuje, že povrchovou a hlubokou palpací můžeme lokalizovat citlivost. Může to být buďto lokální citlivost, odezvy a odtazení, nebo případná přítomnost generalizované citlivosti.

Špinar et al. (2008) ve své knize píše, že poklepem neboli perkusí se břicho musí vyšetřit v celém rozsahu. Poklep nad dutým orgánem nazýváme poklep bubínkový, nad tkání je to poklep plný. Díky této technice můžeme určit velikost jater nebo plný močový měchýř. Lukáš et al. (2005) dodává, že poklep nás informuje o plynné náplni v zažívacím traktu nebo o přítomnosti tekutiny v dutině břišní.

Chrobák et al. (2007) udává, že vyšetření břicha poslechem se dnes neprovádí každému, protože ve většině případů nám nic neřekne. Z tohoto důvodu tuto metodu využíváme pouze za předpokladu přínosu pro diagnózu. Při podezření na poruchu peristaltiky zjišťujeme škroukání nebo naprosté (mrtvé) ticho. Oproti tomu Than et al. (2017) tvrdí, že vysoké střevní zvuky nás mohou upozornit na hrozící obstrukci, zvuky většinou chybí při ileu nebo peritonitidě. V případě, že po dobu 2 minut neslyšíme nic, jedná se o nepřítomné střevní zvuky.

Za další základní vyšetření břicha se považuje i vyšetření *per rectum*, vyšetření rekta pomocí prstu. Podle Ferka et al. (2015) se nejprve hodnotí zevní část anální krajiny, kde se mohou objevit afekce, abscesy nebo píštěle. Ve stěně ampuly rekta se mohou objevit tumory. Nachází se zde i Douglasův prostor, který je ale za fyziologických okolností nehmátný a nebolestivý. Po ukončení vyšetření je důležité zkontrolovat kvalitu a zápach stolice a příměsi v ní (krev, hlen), které po vytažení prstu zůstanou na rukavici. Součástí vyšetření je zjištění tonusu svěrače, vyšetření prostaty nebo děložního čípku, což může sloužit spíše jako doplňující vyšetření.

1.2.3 Laboratorní vyšetření

Laboratorní vyšetřovací metody nám pomáhají získat přesnější diagnózu. Dle Lukáše et al. (2005) se biochemické vyšetření (odebrání krve a moči) provádí téměř všem nemocným. Toto vyšetření se pak dále odvíjí individuálně, dle potřeb a předpokládané diagnózy. Vytejková et al. (2013) doplňuje, že biochemické vyšetření krve se využívá pro určení anorganických a organických látek, které jsou obsaženy v séru. Toto vyšetření nám ukazuje změny v organismu, protože každé onemocnění je doprovázeno změnou metabolismu buňky. Podle zaměření se toto vyšetření dělí na obecný soubor, kdy je cílem obsáhnout co nejvíce metabolických funkcí. Při cíleném biochemickém souboru se cílí na určitý orgán nebo systém, tedy na gastrointestinální trakt. Soubory syndromově specializované slouží pro diferenciální diagnostiku. Mikšová et al. (2006) ve své knize píše, že pro odběr krve je důležité dodržet některé zásady, např. to, že odběr by měl být proveden pokud možno nalačno, dále je třeba mít vhodně označené a sterilní nádoby. Každá nádoba musí mít štítek obsahující jméno a příjmení, oddělení, pojišťovnu a příslušnou žádanku. Pokud pacient užívá léky, které by mohly ovlivnit výsledek, musí být uvedeny. Důležité je zajistit včasný transport do laboratoře.

Před endoskopickým vyšetřením je důležité, aby proběhlo vyšetření srážlivosti krve. Provádí se proto, že při nízké srážlivosti může při vyšetření nastat krvácení. Toto vyšetření se nazývá hemokoagulační, nejčastěji se využívá Quickův test a aPTT. Quickův test se provádí pro zjištění koagulace krve a určuje protrombinový čas. Dalším testem je aPTT neboli aktivovaný parciální tromboplastinový čas. Toto vyšetření zjišťuje koagulační faktory pro vnitřní srážení (Mikšová et al., 2006).

Podle Nejedlé (2015) je vyšetření moči jedno ze základních laboratorních vyšetření. V gastroenterologii se moč nejčastěji vyšetřuje biochemicky – provádí se chemický a mikroskopický rozbor moči. Mikšová et al. (2006) doplňuje, že biochemickým vyšetřením můžeme z moči zjistit hodnotu bílkoviny, glukózy, ketolátek, žlučového barviva, aminokyselin, kreatininu, anorganických látek, hormonů a léků.

Dalším vyšetřením je vyšetření stolice, která je za fyziologických podmínek hnědá, měkká a formovaná. Při vyšetřování stolice si všímáme všech patologií, může to být úzká, stužkovitá stolice vypovídající o spasmu, obstrukci střev nebo rekta. Dále si všímáme barvy, která může být žlutá, zelená, dehtovitá, acholická atd. Ptáme se na průjem (může se jednat o virovou infekci nebo spasmus střeva) a zácpu (poléková nebo způsobená dietou). Samozřejmě je všítat si i příměsí ve stolici, jako je krev nebo hlen (Kolektiv autorů, 2009).

1.2.4 Zobrazovací metody

Zobrazovací vyšetřovací metody jsou další cestou k určení správné diagnózy. Je jich celá řada, ale v gastroenterologii se využívá převážně ultrazvuk. Dle Špinara et al. (2008) je sonografie neboli ultrazvuk základní vyšetřovací metoda využívaná hlavně pro svou neinvazivitu. Toto vyšetření pacienta nijak nezatěžuje a patří mezi ta méně finančně náročná vyšetření. Ultrazvukem můžeme vyšetřit játra, přičemž měříme jejich velikost nebo ložisková postižení. Vyšetřují se i žlučové cesty, které mohou být rozšířené nebo postižené choledocholitiázou. U žlučníku zjišťujeme akutní nebo chronický zánět, svráštělý žlučník či nádory. Dále se vyšetřuje žaludek, kde můžeme zjistit stagnaci obsahu nebo pokročilé ložiskové změny. Pro průkaz ascitu nebo nádorového postižení vyšetřujeme peritoneální dutinu. Při zobrazení střeva zjišťujeme záněty, mezikličkové abscesy, poruchy pasáže, nádory nebo poruchy cévního zásobení.

Dle Velemínského et al. (2012) je další (již méně využívanou) zobrazovací metodou rentgen, který se často nahrazuje endoskopií. Základním rentgenologickým vyšetřením je nativní snímek břicha, k němuž není potřeba žádná příprava. Lukáš et al. (2005) doplňuje, že tyto metody byly hojně využívány v minulém století. V gastroenterologii se takto nejčastěji vyšetřuje jícn a polykací akt, žaludek nebo pasáž trávicím traktem. Vyšetření tenkého střeva se nazývá enteroklýza, při tomto vyšetření se sondou zavedou dvě různé látky (baryová suspenze a metylcelulóza), díky kterým můžeme zobrazit celé

tenké střevo. Irigografie je vyšetření tlustého střeva, kdy se baryová suspenze aplikuje jako klyzma. Využívá se i CT neboli výpočetní tomografie, je to velice významná metoda např. při diagnostice píštělí.

1.3 Endoskopické metody

1.3.1 Definice endoskopií

Endoskopické metody jsou buďto diagnostické, nebo terapeutické. Endoskopii vždy provádí lékař, ale endoskopická sestra je nedílnou součástí týmu. I zde musí probíhat spolupráce mezi lékařem a sestrou, kdy sestra připravuje pacienta, asistuje lékaři, pečuje o přístroje a provádí spoustu dalších důležitých úkonů. Lukáš a Žák (2007) ve své knize udávají, že endoskopie je od 60. let minulého století hojně využívanou a velmi důležitou diagnostickou a terapeutickou metodou v gastroenterologii. Tato metoda pomalu nahradila do té doby nejvíce využívaný rentgen. Endoskopickými vyšetřovacími metodami rozumíme ty metody, díky nimž můžeme nahlédnout do dutých orgánů a tělesných dutin (řecky endon = uvnitř, skopein = pozorovati). Nejedlá (2015) dodává, že endoskopie se jako terapeutická metoda využívá při stavění krvácení, odstraňování cizích těles, vytvoření výživové stomie neboli perkutánní endoskopické gastrostomie (PEG), odstranění polypů, kamenů nebo nádorů.

Velemínský et al. (2012) ve své knize píše, že název konkrétního vyšetření se tvoří podle pojmenování daného orgánu a za pomoci přípony „skop“, která vyjadřuje název přístroje, je to například gastroskopie, kolonoskopie nebo rektoskopie. Endoskopické vyšetření se dá provést dvěma cestami, a to přirozenými otvory – nosem, ústy, konečníkem či močovou trubicí, nebo otvory uměle vytvořenými – v dutině hrudní, břišní nebo kloubní.

Valenta et al. (2005) popisuje tuto metodu jako vizuální metodu závisící na makroskopickém vzhledu, především na tvaru vyšetřovaného orgánu. U některých orgánů je jejich vzhled charakteristický, a proto lékař může diagnózu alespoň předpokládat. Avšak přesnou a konečnou diagnózu nám potvrdí až biopsie.

1.3.2 Historie endoskopie

Špinar et al. (2008) ve své knize popisuje jako první endoskopické vyšetření gastroscopii rigidním endoskopem. Toto vyšetření proběhlo na člověku už v 19. století, a to údajně na profesionálním polykači mečů. Vyšetřován mu byl žaludek za pomoci pevné trubky s primitivní optikou a jako světlo byla použita svíčka, tudíž vyšetření nebylo kvalitní. Krška et al. (2011) ve své knize navazuje vývojem ve 30. letech 20. století, kdy byl objeven první semiflexibilní gastrokop. K rozvoji, k němuž došlo v 60. letech, napomohlo objevení skleněných vláken, která dokázala přenášet světlo i obraz. V historickém vývoji endoskopie Černoch et al. (2012) dále popisuje události v roce 1957, kdy bylo provedeno první zavedení flexibilního fibroskopu, což významně přispělo k rozvoji endoskopie. Endoskopy již nesloužily pouze k nahlížení, nýbrž i k přesné diagnostice. Průlomové bylo první endoskopické zastavení aktivního krvácení do gastrointestinálního traktu, to pacienta ušetřilo dlouhého a náročného chirurgického výkonu a zachránilo mu to dokonce i život. Krška et al. (2011) dodává, že v 90. letech 20. století došlo ke zmenšení videokamery, a tím i k rozvoji videoendoskopie. Endoskopy se postupně staly ohebnější a obraz dokonalejší. Tento typ endoskopů využíváme dodnes, ovšem objevují se stále novější a propracovanější technologie, jako je například kapslová endoskopie. Špinar et al. (2008) na závěr dodává, že technologie dnešních endoskopů vznikla v minulém století v Japonsku. Tato skutečnost se přisuzuje tomu, že se zde nejčastěji objevovaly karcinomy žaludku.

1.3.3 Druhy endoskopických přístrojů a vyšetření

Holubová et al. (2013) dělí endoskopy na rigidní, flexibilní a videoendoskopy. Rigidní znamená tuhý, tudíž je to endoskop s pevným tubusem nebo může být v zaváděcí části pouze částečně ohebný. Vzhledem ke své tuhosti mohou být tyto endoskopy pro pacienta velmi nepříjemné. Dutina tubusu slouží pro zavádění diagnostických a terapeutických přístrojů. Tyto endoskopy se skládají z kovového tubusu, který může mít různou délku a průměr, mají optický systém a vlastní osvětlení. Krška et al. (2011) ve své knize doplňuje, že se například využívají k vyšetření dutiny břišní – laparoskop, kloubů – artroskop, hrudní dutiny – torakoskop. Jsou také využívány pro diagnostiku a léčebný výkon v přirozených dutinách, jako je ampula rectum – anoskop a rektoskop.

Holubová et al. (2013) popisuje další typ endoskopu – flexibilní endoskopy, zvané též fibroskopy, které jsou různé délky, ohebné, jsou vybaveny soustavou čoček a vláknovou

optikou. Na konci se nachází pozorovací objektiv, zde jsou otvory osvětlovacích svazků a otvory, které přivádějí vzduch a vodu. Hrazdira et al. (2006) doplňuje, že uvnitř fibroskopu se nachází trubice, která vede vzduch a vodu. Nachází se zde také pracovní kanál pro zavádění miniaturních chirurgických nástrojů a táhla, které přenáší pohyb z ovladačů na distální konec fibroskopu. Dále je flexibilní endoskop vybaven kompresorem pro vhánění a vývěvou k odsávání vody a vzduchu z vyšetřované dutiny.

Krška et al. (2011) doplňuje, že tyto endoskopy jsou o mnoho složitější než endoskopy rigidní. Využívají se pro diagnostiku a léčbu v přirozených otvorech, především v gastrointestinálním traktu a dýchacích cestách. Je jich mnoho druhů a jejich názvy se odvíjejí od názvu vyšetřované dutiny, jsou to gastroskopy – vyšetření jícnu, žaludku a duodena, koloskopy – vyšetření v oblasti celého tlustého střeva, od rekta až po cékum, enteroskopy – vyšetření tenkého střeva.

Navrátil a Rosina et al. (2005) vysvětlují, že flexibilní endoskop je složen z velkého množství spojených vláken, která jsou sjednocena do svazku, a tím vzniká ohebný optický systém, kterým se přenáší záření. Je důležité, aby vlákno ve svazku bylo uspořádáno tak, aby bylo ve stejné poloze na začátku i na konci. Beneš et al. (2007) dodává, že výsledný realistický obraz, který je přenášen na obrazovku, je složen z bodového světla. Světlo je produkováno právě pomocí uspořádání jednotlivých skleněných vláken.

Hrazdira et al. (2006) popisuje jako další druh videoendoskopy, které jsou novější verzí fibroskopů, ale mají kvalitnější obraz. Jejich pozorovací objektiv je vybaven miniaturní televizní kamerou přenášející obraz vyšetřované dutiny na televizní monitor. Ostatní části videoendoskopu jsou totožné jako u flexibilního endoskopu.

Špinar et al. (2008) ve své knize zmiňuje další vyšetření nesoucí název endosonografie. Jedná se o vyšetření endoskopem opatřeným ultrazvukovým snímačem. Na konci gastroskopu nebo kolonoskopu je umístěna ultrazvuková sonda o frekvenci 5–20 MHz. Tímto vyšetřením můžeme zobrazovat anatomické vrstvy stěny dutých orgánů. Využívá se k diagnostice cyst, leiomyomů, stromálních a endokrinních nádorů a ostatních lézí. Také se využívá pro kontrolu při odběru vzorku na biopsii ze všech ložisek ve stěnách dutých orgánů a v parenchymu pankreatu.

Kapslová endoskopie je jedno z nejmodernějších vyšetření v gastroenterologii. Špičák et al. (2008) ve své knize popisuje, jak toto vyšetření probíhá. Vyšetřovaný má během kapslové endoskopie na odmaštěném břicho pás s nabitými akumulátory, na němž jsou připevněny senzory spojené s vodiči a datarekordérem. Poté se aktivuje kapsle a ověřuje se její komunikace s datarekordérem. Vyšetřovaný kapsli spolkne a zapije ji malým množstvím vody. Toto vyšetření trvá v průměru 10 hodin, přičemž 1 hodinu trvá, než kapsle projde žaludkem, 4 hodiny trvá, než projde tenkým střevem, kde probíhá vyšetření samotné. 5 hodin trvá, než kapsle projde tlustým střevem a následně se společně se stolicí vyloučí. Toto vyšetření pacienta nijak neomezuje, ale přijmout tekutiny může až po 2 hodinách a doporučuje se, aby zůstal lačný.

Velemínský et al. (2012) pro představu zmiňuje i některé druhy endoskopií. Prvním vyšetřením, které stojí za zmínku, je gastroskopie, je to vyšetření jícnu, žaludku a duodena. Pomocí tohoto vyšetření se dá diagnostikovat žaludeční vřed, hiátová hernie nebo zánět jícnu. Dnes už známé a důležité preventivní vyšetření je kolonoskopie, vyšetření tlustého střeva, při kterém se diagnostikují polypy, nádory, vznikající vředy, záněty nebo přítomnost cizích těles. Endoskopická retrográdní cholangiopankreatografie – ERCP se využívá pro diagnostiku onemocnění jater, žlučníku a žlučových. V této technice endoskop slouží k zavedení katétru pro rentgenovou fluoroskopii se zvýšeným kontrastem. Rektoskopie je vyšetření konečníku. Endoskopická biopsie je vyšetření, během kterého se odebere tkáň, jež se poté odešle na mikroskopické vyšetření. Nejčastěji se provádí při podezření na nádorové onemocnění, ale i při podezření na zánět.

1.3.4 Péče o endoskopy

Holubová et al. (2013) tvrdí, že vzhledem k tomu, že endoskopie nepatří ve zdravotnictví mezi nejlevnější techniky, je nezbytně nutné, aby přístroje vydržely fungovat co nejdéle. Proto je velmi důležitá péče o endoskopy, kterou provádí sestry. Při správné péči je možné jejich životnost prodloužit i o několik let a dále také ochránit pacienty, ale i zdravotnické pracovníky. Krška et al. (2011) doplňuje, že stavba endoskopu je z důvodu jeho nákladnosti zkonstruována tak, aby dezinfekce a mechanická očista mohly být dokonalé. Endoskopy jsou velice mechanicky namáhány, proto u nich může dojít k různým závadám, především k poruchám těsnosti

přístroje. Při dezinfekci se může dovnitř dostat tekutina, a tím může dojít k závažnému poškození. Z tohoto důvodu se po ukončení vyšetření provádí zkouška těsnosti. Všechny endoskopické přístroje potřebují šetrné zacházení a omezení mechanického namáhání.

Jungwirth a Jungwirthová (2009) ve své knize zdůrazňují péči o endoskop. Aby endoskop řádně plnil svou funkci, je důležitá i péče o něj, jak před výkonem, tak i po výkonu. Před výkonem se kontroluje řádné nasazení ventilů a samozřejmostí je zkouška funkčnosti endoskopu, což zahrnuje osvětlení pomocí světlovodů, ovládání úhlů ohybu, odsávání, ofukování a oplach. Dále je velmi důležité zkontrolovat kvalitu obrazu na monitoru. Každý výrobce definuje sám, jak a jak často o přístroj pečovat. Výrobci endoskopických přístrojů pak dále vydají příslušnému zdravotnickému zařízení potvrzení, že dané parametry splňují.

1.3.4.1 Dezinfekce endoskopů

Nedílnou součástí péče o endoskopy je i jejich dezinfekce. Tuto činnost každá gastroenterologická sestra provádí i několikrát za den, proto je velice důležité, aby znala správný postup, a tím chránila nejen sebe, ale i pacienta. Schneidrová (2014) popisuje dezinfekci jako zneškodnění většiny mikroorganismů na předmětech, plochách, ve vzduchu i ve vodě. Ve zdravotnictví je toto opatření důležité, aby byla přerušena cesta nákazy k vnímavému jedinci. Dezinfekci je možné provést vícero způsoby, a to omytím, otřením, ponořením nebo postříkáním. Velice důležité je, aby všechny kontaminované nástroje byly dezinfikovány virucidními prostředky. Hamplová et al. (2015) doplňuje, že ve zdravotnictví se musejí používat pouze předem schválené přípravky. Je nutné dodržovat předpisy a přiložené návody od výrobce a využívat ochranné pomůcky, jako jsou např. rukavice. Při používání dezinfekčních prostředků je důležité dodržovat všechny zásady a chránit své zdraví. Každý, kdo provádí dezinfekci ve zdravotnictví, by měl být řádně proškolen.

Holubová et al. (2013) popisuje jako fázi před dezinfekcí mechanickou očistu. Ta spočívá v odstranění hrubých nečistot a řádném osušení. Mechanické očištění probíhá již u lůžka vyšetřovaného, endoskop se musí otřít ihned po vyndání z vyšetřované dutiny. Dalším krokem je naložení endoskopů do připraveného dezinfekčního roztoku. Samozřejmostí je, aby endoskopy byly ponořeny tak, aby se roztok dostal i dovnitř

a aby byly v uzavíratelné nádobě. Přístroj se musí řádně umýt i zevnitř speciálními kartáčky. Po uplynutí doby, po kterou musejí být přístroje ponořeny, se opláchnou pitnou vodou.

Pro očistu endoskopů se mohou využít dva základní postupy, a to vyšší stupeň dezinfekce a dezinfekce dvoustupňová. Zeman a Krška et al. (2011) ve své knize tvrdí, že vyšší stupeň dezinfekce se dříve nazýval „chemická sterilizace v roztoku“. Slouží k zahubení všech bakterií, virů, hub, bakteriálních spor, ale neslouží k zahubení vajíček helmitů, cyst, prvoků apod. Tato metoda je nejvyužívanější pro termolabilní materiály a přístroje s optikou, protože je nelze sterilizovat.

Mnohem využívanějším postupem je dezinfekce dvoustupňová, která je určena pro flexibilní endoskopy a jejich části, jež nelze sterilizovat. První stupeň dezinfekce vyžaduje použití virucidního prostředku, a to ihned po použití přístroje. Poté se provádí mechanické čištění kanálků speciálně určeným kartáčkem pod hladinou roztoku a poté se z nich vytlačuje použitý dezinfekční roztok. Druhý stupeň dezinfekce probíhá tak, že se endoskop ponoří do dezinfekčního prostředku, který musí být baktericidní, virucidní a fungicidní na mikroskopické vláknité houby. Čistý a suchý endoskop s odpojenými ventily se následně vkládá do nádoby s dezinfekčním roztokem a kanály endoskopu se musejí 5–7x propláchnout. Samozřejmostí je, aby všechny části endoskopu byly ponořeny a duté části naplněny. Poslední částí je oplach čistou pitnou vodou (Kapounová, 2007).

Dnes už se často využívají automatické myčky endoskopů, které přístroj vydezinfikují. Jungwirth a Jungwirthová (2009) popisují myčky dvojího typu. Klasické myčky pracují s chemickými dezinfekčními roztoky zpravidla na bázi glutaraldehydu či kyseliny peroctové. Druhým typem (a také novějším) jsou myčky pracující na principu elektrolyzy chloridu sodného. Tyto přístroje jsou mnohem šetrnější k životnímu prostředí.

1.3.4.2 Skladování endoskopů

Schneidrová (2014) ve své knize udává, že správně vydezinfikované a ošetřené pomůcky musejí být okamžitě použity, popřípadě se mohou krátkou dobu skladovat

kryté sterilní rouškou nebo v uzavřených skříních. V případě, že jsou uloženy volně v kazetách, se musí použít do 24 hodin; v případě, že jsou chráněny v kazetách nebo uzavřených skříních, se mohou použít do 48 hodin.

Dle Jungwirtha a Jungwirthové (2009) je nejlepší místo pro uskladnění endoskopů k tomu zvláště určená skříň, která má ve své horní části umístěny držáky endoskopů. Dále musí mít tato skříň otvory pro přístup vzduchu a ideálně by měla mít malé větráčky, které cirkulaci vzduchu pomohou. Je důležité, aby endoskop volně visel, nesmí se dotýkat distálním koncem spodku skříně. Endoskop musí být dokonale vysušen insulací vzduchu, před uložením do skříně se musí odejmout všechny části, které odejmout jdou. Nový endoskop je se vším důležitým příslušenstvím uložen v kufru, který ale slouží pouze pro přepravu. Kdyby byl endoskop s výjimkou úplně nového endoskopu dlouho skladován v uzavřeném prostoru bez odvětrávání, hrozí zde riziko pomnožení patologických agens.

1.4 Úloha sestry v gastroenterologii

1.4.1 Role sestry v gastroenterologické ambulanci

Zacharová (2017) ve své knize píše, že díky vývoji medicíny se mnoho diagnostických a terapeutických výkonů může řešit ambulantně, aniž by byl pacient hospitalizován. Tato péče ale není pro každého a musí se individuálně zhodnotit stav pacienta včetně jeho psychiky. Ambulantní péče v této době nabývá na popularitě, a to z toho důvodu, že pacient je objednaný na určitou dobu a nemusí být hospitalizován. Samozřejmostí je správné poučení pacienta (ještě před výkonem) o průběhu, komplikacích, o tom, zda si pacient má přivést doprovod nebo zda bude nutná nějaká příprava. Je vhodné, aby systém objednání pacientů byl dostatečně naplánovaný, aby pacienti nemuseli zbytečně čekat i několik hodin bez žádného vysvětlení.

Sestra má na starosti spoustu činností, zve pacienty do ambulance, zakládá a vyhledává dokumentace v kartotéce, asistuje lékaři, měří fyziologické funkce, odebírá biologický materiál, aplikuje léky, udržuje čistotu a pořádek v ordinaci, objednává pacienty, doplňuje materiál, zapisuje do dokumentace a především komunikuje s pacienty, ale i s lékařem, příbuznými a s ostatními kolegy v celé nemocnici (Šafránková, Nejedlá, 2006).

V gastroenterologické ambulanci sestra musí zvládat spoustu ošetrovatelských výkonů, které jsou nezbytně nutné pro správné vyšetření. Na začátku směny má na starost především obecné úkony, které zahrnují přípravu endoskopické vyšetřovny a přípravu správně ošetřených, vydezinfikovaných, odzkoušených a funkčních endoskopických přístrojů (Holubová et al., 2013).

Holubová et al. (2013) ve své knize píše, že pro sestru je důležité mít vždy připraveny správné pomůcky. Většina pomůcek je u všech druhů endoskopií stejná, je to příslušný endoskop, různá akcesoria (např. bioptické kleště, nástroje na koagulaci), emitní miska, buničitá vata, podložka k ochraně oděvu, žádanky a zkumavky na histologické nebo cytologické vyšetření, ochranné pomůcky pro lékaře a sestru (nesterilní rukavice, ústenka, ochranný plášť). Dále je to lokální anestetikum, léky a pomůcky k premedikaci a injekční léky dle ordinace lékaře. Pro některé vyšetření jako je gastroduodenoskopie se ještě připravuje ústní kroužek a ke kolonoskopii se připravuje rektální rourka, která se zavádí po výkonu, podložka nebo jednorázové kalhoty s otvorem v oblasti řitní krajiny.

Před endoskopickým vyšetřením musí sestra zajistit informovaný souhlas. Tento souhlas pacient potvrdí svým podpisem. Informace k výkonu a podpis pacienta zajišťuje lékař, sestra ho pouze připraví (Holubová et al., 2013). Informovaným souhlasem se rozumí souhlas informovaného pacienta. Tento soubor právních norem má dvě fáze. V první fázi lékař předá pacientovi srozumitelné informace o plánovaném výkonu a ve druhé fázi má pacient možnost se rozhodnout, zda s provedením výkonu souhlasí (Policar, 2010).

Jedna z hlavních činností sestry je příprava pacienta před každým endoskopickým výkonem či vyšetřením. Můžeme ji rozdělit na přípravu u horního zažívacího traktu, kdy se sestra ptá, zda je pacient lačný alespoň 6 hodin před výkonem. Kontroluje, zda pacient nemá umělou zubní náhradu, a pomocí spreje aplikuje lokální anestezii nosohltanu. (Lukáš et al., 2005)

U vyšetření dolního trávicího traktu, nejčastěji před kolonoskopií, se sestra ptá, jaký přípravek pacient použil na vyprázdnění a jestli dodržel týdenní lehkou stravu.

Před každým delším vyšetřením s premedikací je důležité zjistit, zda má pacient s sebou doprovod. Dále sestra kontroluje, zda u pacienta proběhlo vyšetření na srážlivost krve (Quickův test, aPTT). Toto vyšetření před výkonem je velmi důležité, protože je zde vyšší riziko krvácení. U pacientů, kteří tyto hodnoty nemají v normě, se musí upravit koagulace. Vyšetření bude provedeno, až budou hodnoty v pořádku (Lukáš et al., 2005).

V gastroenterologické ambulanci se v některých případech využívá i anestezie. Je to především před delším vyšetřením nebo u výkonů, kde se předpokládá delší průběh a odběr vzorku na biopsii. Konkrétně se jedná o analgosedaci, která zajišťuje snížení bolesti a snížení celkového vnímání. To umožňuje klidné a bezbolestné vyšetření. Analgosedace se nejčastěji podává intravenózně. U gastrokopie se využívá anestezie topická, kdy se anestetikum aplikuje přímo na povrch sliznice (Málek et al., 2011).

Dle Mála et al. (2011) se aplikace anestetika intravenózně může oproti ostatním metodám zdát být snadná a méně nebezpečná kvůli její jednoduchosti, protože se podává nejčastěji pomocí jehly a stříkačky, namísto periferního žilního katétru. Samozřejmostí je, aby i při takovém podání byla zajištěna možnost umělé plicní ventilace, monitorování vitálních funkcí a adekvátní příprava pacienta. Pro bezpečnou anestezii musí mít každá taková ambulance povinné vybavení zahrnující zdroj medicínálních plynů, monitor EKG a SpO₂, tonometr, resuscitační pomůcky včetně ručního dýchacího přístroje, odsávačku a defibrilátor.

Vytejšková et al. (2015) popisuje aplikaci léků intravenózně jako podání léku do žíly. Podávají se léky ve formě vodného roztoku, do žíly nikdy nesmí přijít emulze, suspenze a olejové roztoky. Intravenózní léky lze podat jednorázově, a to pomocí jehly a stříkačky. Špinar et al. (2008) doplňuje, že nitrožilní podání léků se nejčastěji využívá pro rychlý nástup účinku (do 1 minuty). Často se využívá periferní žilní katétr pro jednoduchost aplikace a snadné sledování komplikací.

Periferní žilní katétr se zajišťuje v případech, kdy se předpokládá náročnější průběh a postup výkonu, pro podání premedikace a případné podání léků při komplikacích (Lukáš et al., 2005). Je to metoda, kdy se do periferního žilního řečiště zavede speciální katétr. Nejčastější místo zavedení jsou žíly na hřbetu ruky, předloktí, v loketní jamce

popř. na nártu nohy. Pomůcky pro správné zavedení jsou tác nebo vozík, intravenózní kanyla, spojovací hadička, injekční stříkačka s fyziologickým roztokem, dezinfekce na kůži, buničtinové čtverečky, škrtidlo, sterilní krytí k fixaci kanyly, kotoučková náplast, ochranné rukavice, emitní miska, kontejner na ostrý odpad, uzávěr kanyly, jednorázová podložka pod ruku nebo buničina (Workman, Bennett, 2006).

Sestra vždy musí u periferního žilního katétru sledovat možné komplikace. Mezi komplikace patří zalomení kanyly a její neprůchodnost, hematom a extravazace, což znamená únik tekutiny mimo cévu. Další komplikace je paravenózní aplikace, nekróza, embolizace a zánět. Velmi důležitá je kontrola známek infekce, která se projevuje zarudnutím v místě zavedení, sekrecí nebo zatvrdnutím v průběhu žíly (Vytejková et al., 2015).

Při každém diagnostickém nebo terapeutickém endoskopickém výkonu, kdy je podána premedikace, je nutné aplikovat pacientovi kyslík a sledovat pulzní oxymetrii. Pulzní oxymetrie je neinvazivní metoda, již se měří saturace hemoglobinu kyslíkem (SpO₂). Informuje nás nejen o hypoxemii, ale i o hodnotě pulzu, která ovšem není stěžejní. Pulzní oxymetr se může dát buďto na prst, nebo na lalůček ucha (Vytejková, et al., 2013). Kyslík podává sestra dle ordinace lékaře, který naordinuje koncentraci a způsob podání. K podání kyslíku se využívá maska, nazální kanyla (kyslíkové brýle) nebo ambuvak při akutních stavech. Ideální hodnota kyslíku je nad 90 % (Richards, Edwards, 2004).

Bezprostředně před výkonem sestra ukládá pacienta do vyšetřovací polohy, kterou musí pacient i během výkonu stále udržovat. Při ERCP je to poloha na levém boku se skrčenými dolními končetinami. U kolonoskopie je to poloha na levém boku, hlava je podložena polštářem, pacient má pokrčené dolní končetiny a během vyšetření se točí na záda a pravý bok. U gastroduodenoskopie má pacient bradu na prsou a po zavedení endoskopu točí hlavu k lůžku (Holubová et al., 2016).

Během vyšetření má sestra také svou nenahraditelnou roli. Dle Mikšové et al. (2006) má sestra za úkol asistovat lékaři, udržovat pacienta ve správné poloze a sledovat jeho celkový stav. Důležitá je psychická podpora pacienta, je třeba s ním neustále verbálně i neverbálně komunikovat, a tím se pokusit snížit jeho strach. Dále sestra asistuje lékaři

při odběru vzorků na biopsii, které se dávají do předem označené zkumavky s fixním roztokem, a zajišťuje jejich transport.

Podle Holubové et al. (2016) má sestra svou roli i po výkonu, kdy pomáhá pacientovi vstát nebo zajišťuje převoz na dospávací pokoj. Sestra bezprostředně po výkonu edukuje pacienta o režimu, který zahrnuje alespoň 30 minut nic per os, z důvodu rizika aspirace v souvislosti s lokální anestezií. Dále sleduje celkový stav pacienta, fyziologické funkce a vědomí. U hospitalizovaného pacienta zajistí převoz na lůžkové oddělení. Pacient, kterému nebyla podána premedikace, může sám bez doprovodu odejít domů. Pacient, kterému byla podána premedikace, musí vyčkat do odeznění premedikace 2–3 hodiny na dospávacím pokoji a následně může spolu s doprovodem odejít domů. Mikšová et al. (2006) doplňuje, že je důležité pacienta upozornit na možné komplikace. Jsou to polykací potíže, bolest, zvýšená teplota, hemateméza nebo meléna.

1.4.2 Komunikace

Nezbytnou součástí povolání sestry je komunikace. Zacharová (2016) dělí komunikaci na verbální a neverbální. Tvrdí, že je důležité sledovat obě tyto složky, protože se vzájemně doplňují a v některých případech se mohou i vzájemně zastoupit. Někdy ovšem může být verbální a neverbální projev odlišný, proto je u nemocných důležité nejen poslouchat, co říkají, ale i sledovat, co dělají. V této situaci je lepší přihlížet k formě neverbální, protože někteří pacienti se mohou bát říct, co je opravdu trápí.

Verbální komunikace využívá pro výměnu informací řeč, která umožňuje dorozumívání se mezi lidmi. Ve zdravotnictví je komunikace jedním z nejdůležitějších prostředků, proto by každý zdravotník měl ovládat některé její prvky. Je to nedílná součást ošetrovatelské péče, tudíž je důležité při komunikaci mezi zdravotníkem a pacientem vytvořit příjemnou atmosféru, která pomůže nemocnému zbavit se strachu a obav (Zacharová 2016).

Venglářová a Mahrová (2006) tvrdí, že neverbální komunikace je často považována za upřímnější než komunikace verbální. Můžeme ji definovat jako řeč těla, do níž zahrnujeme veškeré projevy, které vysíláme bez pomoci slov a kterými řeč doprovázíme. Tento projev má několik funkcí, doplňuje řeč, ale může ji i nahradit, pomáhá nám vyjádřit emoce nebo interpersonální postoje. U tohoto projevu platí, že

„slyšíme“ očima a zapojujeme i hmat a čich. Z verbální komunikace pochází pouze malá část informací, jsou to pouze holá fakta, u komunikace neverbální se dostaneme hlouběji do pocitů člověka. Janáčková a Wiess (2008) doplňují, že tato komunikační dovednost zahrnuje i pozorování, naslouchání, empatii, projev zájmu a respekt. Mimoslovně můžeme sdělit emoce, vytvořit dojem toho, kdo jsme, nebo ovlivnit postoj pacienta.

Neverbální komunikace zahrnuje mnoho složek, ale podle Mikulášťika (2010) je pro zdravotníky nejdůležitější mimika, která se projevuje díky svalům v obličeji. Napomáhá zdravotníkům přiblížit prožitek nemocného ze sdělených informací. Výhoda mimiky je, že vyjadřuje aktuální psychický stav a můžeme díky ní odhadnout pocity pacienta. Z obličeje můžeme vyčíst mnoho emocí, jsou to radost, štěstí, překvapení, klid, spokojenost, zájem, strach, smutek, neštěstí, rozčilení, vztek, nespokojenost, nezájem nebo pocit jistoty. Dále Mikulášťík (2010) popisuje gestiku, kterou dáváme najevo záměrnými pohyby rukou, nohou nebo hlavy. Pohledy zahrnují oční kontakt. Když je oční kontakt krátký, značí to nejistotu pacienta, když je pohled dlouhý, může zvyšovat napětí a podrážděnost. Zvýšená frekvence mrkání značí nervozitu, rozčilení.

Vymětal (2008) ve své knize zmiňuje další druhy neverbální komunikace, jako je haptika zabývající se doteky. Proxemika vychází z toho, že každý člověk potřebuje svůj vlastní prostor, určitý odstup od ostatních, aby se cítil stále komfortně. Posturologie se zabývá držením těla, jeho napětím či uvolněním, náklony, polohou rukou, nohou a hlavy, směrem natočení těla konfigurací všech částí těla.

1.4.3 Vzdělávání sester v gastroenterologii

Pojem vzdělávání se dá vymezit jako proces rozvíjející vědomosti, dovednosti a schopnosti, jehož výsledkem je vzdělaný a kvalifikovaný jedinec (Juřeníková, 2010).

Vzhledem k tomu, že ošetrovatelství je samostatný vědní obor, je velmi důležité, aby ho prováděli kvalifikovaní pracovníci s dostatečným vzděláním. Ve 21. století narůstá počet moderních technik, prodlužuje se délka života a přibývá i civilizačních onemocnění, takže je důležité, aby se sestra ve svém povolání stále zdokonalovala. Dle Bartoníčkové et al. (2017) by sestra v dnešním moderním ošetrovatelství měla mít minimálně bakalářský stupeň vzdělání, aby mohla poskytovat komplexní péči. Další

vzdělávání je pro sestry velmi důležité, protože musí být schopny pacientům poskytnout kvalitní a profesionální péči.

V gastroenterologické ambulanci mohou pracovat absolventi vyšších zdravotnických škol, ze kterých se po absolvování stanou diplomovaní specialisté s titulem DiS. Sestry se mohou vzdělávat i na vysokých školách, kde mohou absolvovat bakalářské studium s titulem Bc. a poté i navazující studium magisterské s titulem Mgr. nebo i doktorské s titulem PhD. Tito pracovníci mohou pracovat bez odborného dohledu (Plevová et al. 2011).

Dle Kutnohorské (2010) další vzdělávání sester zahrnuje i specializační studium a certifikované kurzy, které sestře umožňují specializovat se ve vybraném oboru. Tyto kurzy jsou spojeny s legislativou a předpisy o způsobu dalšího vzdělávání zdravotnických pracovníků. Každý zdravotník má povinnost zdokonalovat své znalosti, vědomosti a zručnost, to vše vyplývá ze stálého vzdělávání sester. Například ve fakultních nemocnicích nabízejí sestrám možnost certifikovaných kurzů. Tyto kurzy umožňují sestrám získat odbornou způsobilost, která je vhodná pro ambulantní sestry, ale i sestry na lůžkovém oddělení. Existuje i certifikovaný kurz pro všeobecné sestry v gastroenterologii a hepatologii, který se zaměřuje převážně na terapeutické a diagnostické endoskopie, bioptické metody, zobrazovací metody a funkční vyšetření gastrointestinálního traktu (VFN, © 2012).

Tyto kurzy si sestry hradí samy, někdy se spoluúčastí nemocnic. Cena takového kurzu může být 4.100,- Kč, někde i 8.000,- Kč – dle délky a rozsahu kurzu. Tyto kurzy obsahují teoretickou a praktickou část o různém počtu hodin. Absolvent kurzu získá způsobilost pro přípravu a asistenci při endoskopických a invazivních výkonech, pro edukaci a přípravu pacienta, pro péči o pacienta po výkonu a dále může provádět specializované sterilizace a dezinfekce (FN Brno).

Od té doby, kdy se zrušil kreditní systém na podporu vzdělávání, si každá nemocnice většinou zajišťuje vzdělávací kurzy pro personál sama. Další, kdo tyto kurzy organizuje, je Česká asociace sester, dále jen ČAS. ČAS je dobrovolnou, samosprávnou, nepolitickou a profesní organizací pro zdravotníky s různými stupni vzdělání. Podporuje různé aktivity vedoucí ke zvýšení uznání nelékařských profesí a organizuje kurzy,

přednášky, semináře, kongresy, sympozia, konference atd (ČAS, © 2017). Kutnohorská (2010) doplňuje, že ČAS podporuje rozvoj ošetřovatelství jako oboru, rozvoj ošetřovatelského povolání, vydávání odborných publikací, mezinárodní a mezioborovou spolupráci.

Gastroenterologická ambulance zahrnuje i speciální poradny, např. kolorektální, hepatální, poradnu pro nemocné chronickými střevními záněty, kde je potřeba i více sester, aby zvládly pacienty správně edukovat. Juřeníková (2010) ve své knize udává, že edukace pochází z latinského *educō, educare*, v překladu to znamená vést vpřed, vychovávat. Cílem edukace je pozitivně ovlivnit chování, postoje, zájmy a vědomosti člověka. Pojem edukace se dá také vymezit jako výchova a vzdělávání jedince, všechny tyto pojmy jsou úzce spojeny. Šulistová a Trešlová (2012) ve své knize uvádějí, že ve zdravotnictví se edukace zaměřuje především na prevenci, udržení nebo navrácení zdraví. Edukace musí být připravena a kvalitně realizována, v žádném případě to není pouze jednorázové předání informací. Každá edukace by měla být individuální, musí být zaměřena přímo na jedince a jeho potřeby, aby jedinec vytrval ve svém snažení a opravdu něco změnil. Svěráková (2012) doplňuje, že efektivní edukace pacientů má pozitivní vliv i na snížení nákladů na zdravotní péči. Správně edukovaný pacient je aktivnější ve své léčbě, čímž se zvyšuje šance na úspěch a rychlejší rekonvalescenci. Motivace pacienta ke změně životního stylu je velice obtížná, protože především dospělí jedinci mají své zvyklosti a je těžké je měnit. Proto je důležité, aby sestra edukátorka uměla pracovat s lidmi i v tomto směru.

Další součástí vzdělávání je mentorství, protože každá nově příchozí sestra potřebuje svého mentora nebo sestru mentorku. Ta má za úkol méně zkušenou sestru zasvětit do ošetřovatelského procesu v gastroenterologické ambulanci. Dle Špirudové (2015) mentorování napomáhá k rozvoji osobního potenciálu, schopností a rozvoji kariéry. Je určeno hlavně k osobnímu rozvoji a zvyšování odbornosti jedince. Mentor se také dá definovat jako průvodce, zprostředkovatel, hodnotitel, socializační agent, ochránce a vzor, který slouží jako školitel, kouč. „*Mentorství – mentoring je proces, při němž speciálně vybraná, školená a zkušená osoba – registrovaná sestra, event. specialista (mentor) dobrovolně podporuje, pomáhá a předává zkušenosti méně zkušené osobě (mentee).*“ (Špirudová, 2015, s. 60).

1.4.4 Role gastroenterologické sestry v cizině

V České republice mají gastroenterologické sestry jen některé kompetence, nejčastěji se jedná o asistenci lékaři, zajištění správného chodu ambulance a péči o pacienta. Ovšem v některých zemích se úloha sestry značně liší, právě v již zmiňovaných kompetencích. V Anglii má sestra kompetence k provedení některých druhů endoskopických vyšetření, např. diagnostického vyšetření horního gastrointestinálního traktu, flexibilní sigmoideoskopie nebo vyšetření endoskopickou kapslí. Právě ve vyšetření kapslovou endoskopií jsou tyto sestry velmi kladně hodnoceny, protože tzv. předčítají lékaři záznamy z vyšetření a identifikují patologie. Zjištěné patologie sestry předají lékaři, který je poté podrobněji vyšetří (Yung et al., 2017). Duffield et al. (2017) doplňuje, že podobné kompetence mají sestry i v Austrálii. Díky tomu je možné vyšetřit více pacientů s onemocněním gastrointestinálního traktu, kterých stále přibývá. Mezi kompetence anglických sester patří i podání sedace, provedení úplné kolonoskopie a polypektomie, testování *Helicobacter pylori*, podávání eradikační terapie a edukace pacientů ohledně stravy a životního stylu (Norton, 2012).

V Polsku mají sestry za úkol být pro pacienty podporou a musí je umět správně edukovat. Je zde nedostatečná péče o nemocné s Crohnovou chorobou a ulcerózní kolitidou. Tito chronicky nemocní pacienti potřebují odbornou pomoc, proto je důležité, aby sestra uměla s pacienty dobře komunikovat. Evropská organizace Crohn and Colitis poskytuje a koordinuje školení zdravotních sester se specializací na pacienty s tímto onemocněním, čímž přispívá k poskytování komplexní péče. Specifika práce sestry spočívají v tom, že sestra musí takto nemocnému pacientovi poskytovat duševní a emocionální podporu ve formě empatie, poskytnout mu pocit bezpečí a především ho musí umět správně edukovat (Golik, 2014).

V některých zemích sestra může podávat i sedaci. Je to z důvodu narůstajícího počtu pacientů, kteří ji potřebují. Sedace má kladný přínos pro pacienta, ale i pro lékaře, protože pacient je klidnější, a díky tomu lékař může vyšetření provést kvalitněji. Španělská společnost gastrointestinální endoskopie (SEED) vytváří kurzy zaměřené na sedaci pro všechny endoskopické pracovníky včetně zdravotní sestry, která ale musí mít dostatečné znalosti, musí znát přesné postupy péče o pacienty a postupy resuscitace. Sestra musí poznat komplikace a jejich příznaky, které sedace přináší, aby mohla zahájit včasné intervence (Crespo, et al., 2018).

2 CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

2 Cíle práce a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

Cíl 1: Zjistit zvláštnosti práce sestry v gastroenterologické ambulanci.

Cíl 2: Zjistit možnosti dalšího vzdělávání sester pracujících v gastroenterologické ambulanci.

2.2 Výzkumné otázky

Výzkumná otázka 1: Jaká je náplň práce sestry v gastroenterologické ambulanci?

Výzkumná otázka 2: Jaká jsou specifika komunikace sester s pacienty v gastroenterologické ambulanci?

Výzkumná otázka 3: Jaké možnosti dalšího vzdělávání v oboru mají sestry pracující v gastroenterologické ambulanci?

2.3 Operacionalizace pojmů

Gastroenterologie: Medicínský obor zabývající se chorobami trávicího systému a jater (Lukáš, 2005).

Endoskopie: Je to vyšetřovací metoda vizuální a popisná. To znamená, že tímto vyšetřením sledujeme makroskopický vzhled orgánu, nikoli jeho histopatologickou stavbu (Třeška et al. 2003).

Ambulance: Ambulance je součást zdravotnického zařízení. Každá má své části, které jsou tvořeny ordinací lékaře, čekárnou pro pacienty, kartotékou a dalšími provozními místnostmi, jako je skladovací místnost, sociální zařízení a zázemí pro zaměstnance dané ambulance (Šafránková, Nejedlá, 2006).

Vzdělávání: Jedná se o proces, který u jednotlivce podporuje rozvoj vědomostí, dovedností, návyků a schopností. Díky vzdělávání vzniká vzdělanost, vzdělání a kvalifikace (Juřeníková, 2010).

Komunikace: Komunikace umožňuje přenos a výměnu informací mezi lidmi. Může probíhat v mluvené, psané, obrazové a činnostní formě. Komunikace slouží především k účinnému sebevyjadřování (Mikuláščík, 2003).

3 METODIKA

3.1 Použité metody a techniky sběru dat

Empirická část této bakalářské byla realizována kvalitativním výzkumným šetřením. Ke sběru dat byla použita technika polostrukturovaného rozhovoru. Rozhovor se v kvalitativním výzkumném šetření využívá nejčastěji (Švaříček, Šed'ová, 2007). K výběru výzkumného souboru byla využita technika záměrného výběru, přičemž hlavní kritérium byly sestry pracující v gastroenterologické ambulanci. Sběr dat probíhal ve dvou různých nemocnicích Jihočeského kraje. Nejprve byla vždy oslovena hlavní sestra, která výzkumné šetření písemně schválila. Vzhledem k zachování anonymity nejsou souhlasy součástí bakalářské práce, ale jsou k nahlédnutí u autorky. Vrchní sestry v obou nemocnicích daly ústní souhlas. Dohromady bylo osloveno 9 sester. Všem sestram, které se účastnily výzkumu, byly podány informace o účelu a důvodu výzkumu a následně byly sestry informovány o absolutní anonymitě dat. Všechny účastnice ústně souhlasily se získáváním dat a daly souhlas s jejich zpracováním v rámci výzkumné části bakalářské práce. Pro účel výzkumného šetření byl vytvořen rozhovor obsahující 15 otázek (viz Příloha 1). Sběr dat byl realizován v období od 26.02.2019 do 24.03.2019. Průběh rozhovorů byl zaznamenán v písemné formě. Analýza dat proběhla metodou kódování v ruce, tato metoda se také označuje

jako „tužka a papír“ (viz Příloha 2). Tato metoda se využívá především kvůli své jednoduchosti. Analyzovaný text je nejprve rozebrán na jednotlivé části, kterým se poté přidělí samostatný kód – barevné označení v textu. Jakmile je vytvořen seznam kódů, jsou tyto následně zpracovány do jednotlivých kategorií (Švaříček, Šed'ová, 2007).

3.2 Charakteristika zkoumaného vzorku

Výzkumný soubor pro kvalitativní šetření byl tvořen záměrně vybranými devíti sestrami pracujícími v gastroenterologické ambulanci. S výběrem sester v obou nemocnicích pomohla vrchní sestra. Rozhovorů se zúčastnily sestry s různou délkou praxe. Délka praxe všech sester je zaznamenána v tabulce (Tabulka 1) dle pořadí, ve kterém byly polostrukturované rozhovory realizovány. Pro lepší přehlednost jsou sestry dále označovány jako probandi, zkráceně P.

4 VÝSLEDKY

4.1 Kategorie 1 – Délka praxe sester

Tato tabulka zaznamenává, jak dlouho dotazované sestry pracují v gastroenterologické ambulanci. Sestry jsou v tabulce značené jako probandi, zkráceně pouze P.

Tabulka 1 – délka praxe sester na pracovišti

Probandi	Praxe na pracovišti
P1	15
P2	3
P3	8
P4	17
P5	15

P6	3
P7	40
P8	19
P9	3

Zdroj: Vlastní

4.2 Kategorie 2 – Vzdělání a vzdělávání

V první kategorii zjišťujeme, jakého vzdělání sestry dosáhly a jaké vzdělání si musely doplnit před nástupem do gastroenterologické ambulance, popř. jaké vzdělání si chtěly doplnit. Zjišťujeme, jestli sestry využívají možnosti dalšího vzdělávání, které jim nemocnice nabízí. P1, P2, P4, P5, P6, P7 a P9 mají vystudovanou střední zdravotnickou školu, obor všeobecná sestra. P3 a P8 mají vysokoškolské vzdělání s titulem Bc., obor všeobecná sestra. Všechny P mají endoskopický kurz. P7 si doplnila kurz specializace ve vyšetřovacích metodách, P8 má navíc specializaci ARIP. P4 navíc dodává: „*Tento kurz jsem si spíše chtěla než musela doplnit.*“ P1–P9 využívají možnosti dalšího vzdělávání, které nemocnice nabízí. Všechny se shodly, že jsou to nejčastěji semináře, kurzy a školení. P1, P3, P4, P6 a P9 dále pravidelně navštěvují gastroenterologické dny. P1, P2 a P3 řekly, že po nich nemocnice další vzdělávání přímo vyžaduje. P8 dodala: „*Ano, využívám všechny možnosti, které nám nemocnice nabízí. Využívám je vždy, kdy to jde, protože chci mít náskok a dozvědět se nějaké novinky.*“ P3 doplnila: „*Myslím si, že je neustálé vzdělávání se pro náš obor velice důležité, protože se gastroenterologie neustále vyvíjí.*“

4.3 Kategorie 3 – Role sestry v gastroenterologické ambulanci

V této kategorii zjišťujeme, jaké základní činnosti zastává sestra v gastroenterologické ambulanci a jestli sestry vědí, jaké role mají gastroenterologické sestry v cizině. Všechny P se shodly, že jejich základní a nejčastější činností je objednávání a zvaní pacientů do ambulance. P7 dodává: „*Jedna ze základních činností, které v ambulanci zastávám, je zvaní pacientů do ordinace, jejich objednávání a přeobjednávání na jiný datum, pokud se nemohou dostavit.*“ Také se shodly, že se starají o správný chod ambulance a udržují ji v čistotě. P1, P3, P4, P6, P7 a P9 zmínily i péči o všechny

přístroje a endoskopy, u kterých kontrolují jejich funkčnost a provádí dezinfekci. P1, P2, P3, P5, P7, P8 a P9 se shodují, že především asistují lékaři a jsou mu vždy k ruce. P1 odpověděla: *„Nejčastěji provádím vše, co zrovna lékař potřebuje, asistuji mu při výkonu, podávám mu různá instrumentária a endoskopy, o které se také starám.“* P se dále shodly, že často odebírají biologický materiál, aplikují léky a premedikaci. P3, P4, P5, P7 a P9 doplnily, že premedikace se nejčastěji aplikuje pomocí jehly a stříkačky, popřípadě periferního žilního katétru. P5 sdělila: *„Premedikaci podávám nejčastěji pomocí jehly a stříkačky, kanyla je v naší ambulanci méně častá.“* P2 doplnila: *„V některých případech zavádím i kanylu, nejčastěji před kolonoskopií a někdy i během vyšetření. Akutní pacienti mají často zavedenou kanylu z urgentního příjmu, takže premedikaci aplikuji do ní.“* P2, P3, P5, P8 a P9 zmínily i péči o pacienta. Shodly se, že péče zahrnuje přípravu na vyšetření, zaujímání správné polohy, kontrolu pacienta během vyšetření, sledování jeho reakcí a průběh celého vyšetření. P6 doplnila: *„Pacienty edukuji, doptávám se jich na informace, také měřím fyziologické funkce.“* Všechny P zmínily i zakládání výsledku do dokumentace a práci s ní. Další velmi častou činností je doplňování materiálu. P6 a P8 měly jen trochu představu, jaké role mají gastroenterologické sestry v cizině. P8 sdělila: *„Ano, něco málo vím, ale jsou to spíše přenesené informace. Víím, že tam mají mnohem více kompetencí než sestry u nás v ČR.“* Naopak ostatní P nemají žádnou představu, jaké role sestry v cizině zastávají. P1 doslovně řekla: *„Nevím, nedokážu posoudit. Nikdy jsem se s žádnou takovou sestrou nasetkala.“*

4.4 Kategorie 4 – Příprava pracoviště a ukončení směny

V této kategorii jsme se zaměřili na to, jak sestry připravují své pracoviště na začátku směny a jak následně svůj den zakončují.

4.4.1 Příprava pracoviště

Všechny P se shodly, že své pracoviště ráno nijak zvlášť nepřipravují, protože je vše připravené z předešlého dne. P1, P2, P4, P5, P7 a P8 si nejprve ráno připraví karty všech objednaných pacientů a podle tohoto harmonogramu si připravují další pomůcky. P1 dodává: *„Připravím si karty podle objednaných pacientů, ale často se stává, že ani někdy nedorazí, musím ale počítat i s akutními pacienty. Akutní pacienti jsou k nám nejčastěji odesláni s cizím tělesem nebo krvácením.“* P1–P3 si ihned na začátku směny vždy připraví dezinfekční roztok, do kterého budou poté nakládat různá instrumentária.

Všechny P se shodly na přípravě potřebného endoskopu, podle toho, jaké vyšetření bude probíhat jako první. Vždy se musí zkontrolovat a vyzkoušet jeho funkčnost. Všechny P zmínily i přípravu různých pomůcek podle druhu vyšetření. P5 popsala: „*Před kolonoskopií připravuji perforované šortky a před gastroskopií ústní kroužek a lokální anestetikum.*“ P2–P6 zmínily i přípravu pomůcek pro měření fyziologických funkcí, jako je tonometr a pulzní oxymetr.

4.4.2 Ukončení směny

P se shodly, že gastroenterologická ambulance musí být vždy na konci směny uklizena, tudíž se dezinfikují povrchy. P4 se k tomu vyjádřila takto: „*Ambulance musí být vždy připravena na další den. To znamená, že se zde musí uklidit a vydezinfikovat povrchy.*“ Poté všechny P doplnily, že endoskopy musí být uklizené a pověšené ve skříni. P7 uvedla: „*Musí se vše dát na své místo, endoskopy musejí být vydezinfikované a být pověšené ve skříni.*“ Ostatní P se vyjádřily podobně. P1, P2, P4, P6 a P7 zmínily, že na konci směny se vždy počítají opiáty, které se poté předávají sloužící sestře. Dále P1, P2, P3, P5 a P6 dodávají, že všechno důležité včetně opiátu musí být zamčené. P1 řekla: „*Musejí být zamčené skříně, razítka a recepty.*“ P8 doplnila: „*Dokumentace musejí být zabezpečené v kartotéce, které musejí být v uzamčené místnosti.*“ P5 a P7 zmínily i to, že každý den na konci směny doplňují všechny materiál, který za celý den spotřebovaly. P3 navíc uvedla: „*Na konci směny vždy popíšu použité prádlo, nástroje odešlu ke sterilizaci a odesílám biologický materiál do laboratoře.*“ Odesílání biologického materiálu zmínily i P2 a P6. Všechny P se shodly, že na konci směny musejí být založené všechny výsledky a žádanky. P dále uvedly, že úplně nakonec předávají sál sloužící sestře. P1, P2 a P3 to ale na svém pracovišti mají trochu jinak. P3 uvedla: „*Ambulanci nikomu nepředávám, protože jsme pouze jedna směna. Vždy je jedna sestra na telefonu 24 hodin, v případě akutního pacienta. To platí i pro svátky. Telefonicky se vždy sestra dozví, v kolik hodin má přijít, jak připravit pracoviště, a kontaktuje se lékař.*“ P4 ještě zmínila, že všechny přístroje musí být vypnuté. Nakonec se všude zhasíná.

4.5. Kategorie 5 – Sběr anamnézy, péče o pacienta před endoskopickým výkonem / vyšetřením, při něm a po něm

Tato kategorie je zaměřena na péči o pacienta počínaje sběrem anamnézy po ukončení vyšetření. Pro přehlednost jsou jednotlivé části uvedeny v podkategoriích.

4.5.1 Sběr anamnézy

Všechny P se shodly na tom, že anamnézu odebírá především lékař. P4 k tomu uvedla: „Anamnézu většinou odebírá lékař, ale vždy se ho snažím doplnit, když něco zapomene.“ P6 doplňuje: „Anamnézu vždy odebírá lékař. Já se zapojuji tak, že s pacientem konverzuji, a tím se dozvím spoustu potřebných informací.“ Na tomto se shodla většina P. Ale P9 často čerpá informace z dokumentace: „Já nejčastěji využívám informace z dokumentace, které jsou pro mne velmi důležité a přehledné.“ Dále se všechny P shodly na tom, že se spíše doptávají na identifikační údaje. P2 říká: „Jediné, co od pacienta zjišťuji, je jméno a příjmení, rodné číslo, adresa trvalého bydliště, praktický lékař a telefonní číslo.“

4.5.2 Péče o pacienta před vyšetřením

P5, P6, P8 a P9 uvedly jako primární činnost před vyšetřením měření fyziologických funkcí, to zahrnuje měření tlaku a teploty a saturaci. To provádějí u každého pacienta, kterého čeká endoskopické vyšetření. P1, P4, P5, P6 a P9 se často jako první pacienta ptají, zda má provedené koagulační vyšetření. P5 uvedla: „Vždy kontrolovuji, zda má pacient provedené odběry na koagulaci, popřípadě mu odběr provedeme zde.“ Dále se P shodly, že v případě podání premedikace se pacienta ptají, zda má s sebou doprovod, který i kontrolují. P2 vždy zjišťuje, jak se pacient na vyšetření připravil: „Před vyšetřením se vždy ptám, jak se pacient připravil. Před kolonoskopií se ptám, jaký přípravek na vyprázdnění a kolik ho vypil, jak se vyprázdnil a zda mu tento přípravek vyhovoval.“ P9 doplnila přípravu před gastroskopií: „Vždy se ptám, jestli je pacient lačný a jestli toto vyšetření už absolvoval.“ Takto se doptávají všechny P a dále tyto informace zaznamenávají.

4.5.3 Péče o pacienta při vyšetření

Během výkonu P9 kontroluje fyziologické funkce a celkové projevy pacienta. Všechny P se shodly, že během výkonu se snaží s pacientem neustále komunikovat, protože to pomáhá odpoutat jeho pozornost od probíhajícího vyšetření, které může být značně nepříjemné. P1 se snaží pacienta vždy během vyšetření uklidňovat: „S pacientem se snažím udržovat běžnou konverzaci, aby nemyslel na probíhající výkon a jeho nepříjemnosti.“ P7 doplnila: „Pacienta celé vyšetření udržuji ve správné poloze, popřípadě mu ji pomáhám zaujmout.“ Správnou polohu pacienta kontrolují i P2 a P6.

4.5.4 Péče o pacienta po vyšetření

P1, P3 a P5 pacienta vždy informují o životosprávě, kterou musí po vyšetření dodržovat. P1 odpověděla: „*Po výkonu pacienta edukuji o další životosprávě, kterou musí dodržovat, nejčastěji se to týká toho, kdy bude moct začít pít a jíst.*“ Dále se shodly, že pacienta upozorní na možné komplikace. P2, P3, P4, P6 a P8 se shodly, že se pacienta po vyšetření ptají, jak se cítí a jestli je schopen odejít nebo potřebuje pomoci vstát. P2 uvedla: „*Po výkonu zjišťuji, zda se pacient zvládne obléct sám, jestli zvládne odejít nebo chce ještě chvíli ležet.*“ P4 a P9 ještě zmínily, že v případě premedikace pacienta předají doprovodu, aby mohl vyrazit domů.

4.6 Kategorie 6 – Komunikace s lékařem

Všechny P se shodují, že s lékařem komunikují de facto celý den. Nejčastěji spolu komunikují ohledně vyšetření, které bude probíhat. P3 to popsala podrobněji: „*Před výkonem se vždy s lékařem společně podíváme, jaký pacient má přijít. V případě, že už u nás byl, míváme v kartě poznámky o tom, jak snášel vyšetření a kolik měl premedikace a jestli mu stačila nebo ji máme přidat či ubrat.*“ P2 uvedla: „*Když se pacientovi neodebírá žádný biologický materiál, lékař si většinou při vyšetření vystačí sám.*“ Vzápětí ale doplnila: „*Někdy endoskop zavádí sestra a lékař pouze ovládá přístroj.*“ Nejčastěji se sestra s lékařem domlouvá, jaké pomůcky a jaký druh endoskopu má připravit. P7 odpověděla: „*Musíme se domluvit, jestli bude podána premedikace, jakou premedikaci mám připravit a kolik jí mám podat.*“ P se jednotně shodly na tom, že s lékařem během vyšetření komunikují především ohledně toho, jaké pomůcky potřebuje lékař podat. P2, P3, P7 a P9 zmínily i to, že lékař říká, jakou polohu má pacient zaujmout, v některých případech pacient potřebuje pomoci. Po vyšetření se všechny P s lékařem domlouvají, kdy má pacient přijít příště. P2 řekla: „*Po výkonu se domlouváme na dalším potupu a popřípadě další návštěvě.*“ P1 uvedla: „*Po výkonu do karty zaznamenávám, kolik bylo podáno premedikace, aby se v případě dalšího vyšetření upravilo množství.*“ Dále P1 dodala: „*Dále se domlouváme, kdy pacienta objednáme příště, pacienti se hlídají dle výsledku, to vše zapisuji do dispenzáru.*“

4.7 Kategorie 7 – Komunikace

Tato kategorie je zaměřena na důležitost verbální a neverbální komunikace. Zjišťujeme, jakou formu sestry preferují. Dále zjišťujeme, čeho si sestry všimají v souvislosti

s neverbální komunikací. P1, P5, P6 a P8 se shodly, že je pro ně důležitější komunikace verbální, a to z důvodu, že se ústně mohou zeptat pacienta na to, co potřebují vědět. P5 odpověděla: „*Pro mě je praktičtější komunikace verbální, protože se pacienta zeptám na to, co potřebuji vědět, a to je pro mě velmi důležité.*“ Naopak pro P7 je důležitější komunikace neverbální: „*Samozřejmě беру ohled na to, co pacient říká, ale zároveň ho sleduji, jak se u toho chová a vyjadřuje.*“ Pro P2, P3, P4 a P9 jsou důležité obě složky komunikace. Shodly se na tom, že každá komunikace má svá specifika, na která je potřeba brát zřetel. P4 odpověděla: „*Za svou praxi vím, že se jedna neobejde bez druhé, z tohoto důvodu jsou pro mne důležité stejně.*“ P9 doplnila: „*Verbální komunikaci využívám pro získání všeobecných informací. Neverbální využívám hlavně během vyšetření, kdy sleduji, jak pacient reaguje.*“ Všechny P se shodly, že u neverbální komunikace nejčastěji sledují, jak pacienti reagují na vyšetření. Nejčastěji si všímají bolesti, úzkosti, strachu a stresu. P7 také sleduje, jak je pacient orientován. P3 popsala, jak pozná, že pacient reaguje bolestivě: „*Pacient kašle, chroptí a brání se.*“ P5 se vždy snaží v tomto případě pacientovi ulehčit: „*Vždy se snažím zasáhnout, snažím se odlehčit situaci normálním rozhovorem, aby pacient nemyslel na nepříjemnost vyšetření.*“

4.8 Kategorie 8 – Péče o endoskopy

V této kategorii zjišťujeme, jak se sestry starají o endoskop před použitím, jak probíhá jeho dezinfekce a kam se následně ukládá. P2–P9 se shodly, že vždy před použitím musí u endoskopu proběhnout znovu celý cyklus druhého stupně dezinfekce. P8 tento proces stručně popsala: „*Je-li endoskop uložený déle než 8 hodin, musí znovu proběhnout dezinfekce v automatickém dezinfektoru.*“ Dále se všechny shodly, že se musí vždy před každým použitím vyzkoušet funkčnost, těsnost a průchodnost endoskopu. P8 uvedla: „*Provádí se zkouška těsnosti a zapojení do systému videověže a překontrolování koagulační jednotky.*“ Poté se endoskop může připravit na vyšetřovnu a bezpečně použít.

Na dezinfekci endoskopů se všechny P také shodly. Vždy musí proběhnout mechanická očista, druhý stupeň dezinfekce a následně dezinfekce v myčce. Všechny se shodly, že mechanická očista probíhá už u lůžka ihned po vytažení z vyšetřované dutiny. P1 odpověděla: „*Po mechanické očištění vždy endoskop donesu do mycí místnosti, kde ho propláchnu dezinfekcí a vodou, i všechny jeho kanály.*“ P3 dodala: „*V čistící místnosti endoskop naložím do dezinfekční lázně na 15 minut.*“ P2 udala, že tento dezinfekční

prostředek musí být virucidní. Poté všechny P endoskop opláchnou čistou vodou. P4 zdůraznila, že je důležité, aby se endoskop propláchl dezinfekcí i zevnitř a aby se čistil speciálními kartáčky. Poté se i duté části musí opláchnout pitnou vodou. Následně všechny P ukládají endoskopy do automatického dezinfektoru neboli do myčky. P3 popsala proces mytí v myčce: „*Endoskop se v myčce umyje v 60 °C teplém roztoku, tento cyklus trvá maximálně 50 minut.*“ P2 doplnila: „*V myčce proběhne dokonalá dezinfekce, která trvá 40–47 minut.*“ Následně se endoskopy ukládají do sušicí skříně. P1 popsala i péči o ostatní instrumentária, která k endoskopu patří: „*Instrumentária se dávají zvlášť do dezinfekčního roztoku, pak se umyjí a odešlou ke sterilizaci.*“

4.9 Kategorie 9 – Sebejistota v práci

V této kategorii zjišťujeme, kdy si sestry začaly být jisté svou prací a asistencí u endoskopických vyšetření. P1, P2, P3 a P9 si ve své práci v této ambulanci nejsou jisté doposud, protože je tato práce stále překvapující. P3 uvedla: „*Popravdě řečeno si nejsem jistá ani po těch 8 letech, co zde pracuji. Vím, co a jak, ale když už si člověk začíná být jistý, vždy ho něco překvapí.*“ P2 zmínila, že se může vždy něco pokazit, ať už technika nebo něco jiného. P1 a P9 odpověděly podobně. P4 uvedla: „*Jistá jsem si začala být po 1. roce.*“ P6 sdělila: „*Jistá si stále nejsem, ale jistější jsem byla po jednom roce.*“ P7 řekla: „*Začala jsem si být jistá téměř po 3 letech.*“ P5 a P8 mají podobný názor. P5 říká: „*Cirka 3 roky, ale nikdy si v práci zdravotní sestry nemůžeme být zcela jisté.*“ P8 sdělila: „*Stoprocentně si jistá nejsem nikdy, ale jistější jsem si byla po 3. roce.*“

5 DISKUSE

Bakalářská práce na téma *Práce sestry v gastroenterologické ambulanci* se zaměřuje na specifika práce sester, které pracují v gastroenterologické ambulanci, konkrétně v ambulanci endoskopické. Dále byla zaměřena na možnosti dalšího vzdělávání sester a na to, zda sestry tyto možnosti využívají.

Pro práci byly stanoveny dva cíle. První z nich bylo zjistit zvláštnosti práce sestry v gastroenterologické ambulanci. K tomuto cíli byly stanoveny výzkumné otázky: jaká je náplň práce sestry a jaká jsou specifika komunikace sester s pacienty v gastroenterologické ambulanci. Druhým cílem bylo zjistit možnosti dalšího vzdělávání sester v gastroenterologické ambulanci. K tomuto cíli byla stanovena výzkumná otázka, jaké možnosti dalšího vzdělávání sestry v gastroenterologické ambulanci mají. Kvalitativní výzkumné šetření bylo provedeno formou polostrukturovaného rozhovoru, který se skládal z 15 otázek, které byly sestaveny podle

výzkumných otázek, cílů a částečně podle teoretické části. Polostrukturovaný rozhovor byl veden s 9 sestrami, které pracují v gastroenterologické ambulanci, kromě otázek, které byly předem dané, jsme pokládali doplňující otázky, které se týkaly převážně upřesnění a rozvedení odpovědi. Zjišťovalo se, jakou práci sestry zastávají, jak pečují o pacienta před vyšetřením, během něj a po něm, jak komunikují s lékařem a pacientem, jak pečují o endoskopické přístroje a jaké možnosti vzdělávání mají, jestli je využívají a jak dlouho sestram trvalo, než si začaly být jisté ve své práci.

Nejprve byla dotazovaným položena otázka, jak dlouho pracují v gastroenterologické ambulanci. Délka praxe P v gastroenterologické ambulanci se pohybuje mezi 3–40 lety (viz Tabulka 1). Je tedy zřejmé, že tyto sestry jsou zkušené, což bylo zřetelné i během rozhovorů, protože se aktivně orientovaly v dané problematice.

Druhá kategorie vznikla sloučením dvou otázek, zjišťovali jsme dosažené vzdělání P, možnosti dalšího vzdělávání a jaké vzdělání si P musely doplnit před nástupem do této ambulance. Zajímalo nás, jaký stupeň vzdělání P mají, většina z nich měla střední zdravotnickou školu a pouze 2 P měly vysokoškolské vzdělání. Toto zjištění je v rozporu s názorem Bartoníčkové et al. (2017), protože podle jejího vyjádření by v dnešním moderním ošetřovatelství měla sestra mít minimálně bakalářský stupeň vzdělání, aby mohla poskytovat komplexní péči. Já s jejím názorem částečně souhlasím, protože ošetřovatelství jako samostatný vědní obor potřebuje kvalifikované pracovníky. Na druhou stranu můj názor je takový, že nejlepší vzdělání je praxe a zkušenosti, které jsou k nezaplacení. Gastroenterologie je dynamicky se rozvíjející obor, proto je pro tyto P nezbytně nutné, aby se neustále vzdělávaly a využívaly všechny možnosti, které jim nemocnice nabízí. Dále P zmínily i gastroenterologické dny, které se konají každý rok ve větších nemocnicích. Sestry obecně mnoho možností k sebevzdělávání nemají, protože odborné literatury pro gastroenterologické sestry je nedostatek. Při psaní teoretické části této bakalářské práce jsme zjistili, že pro obor gastroenterologie existuje málo validní literatury nebo je zastaralá. Také jsme během psaní práce zjistili, že důležitým zdrojem informací je zkušená sestra. Podle mého názoru v dnešní době zkušených sester ubývá, protože podmínky v českém zdravotnictví nejsou úplně příznivé. Také si myslím, že každá nově přichozí sestra potřebuje svou sestru mentorku, která by jí předala své zkušenosti. Špirudová (2015) ve své knize popisuje mentorování. Mentorování napomáhá k rozvoji osobního potenciálu, schopností a kariéry. Je

určeno hlavně k osobnímu rozvoji a zvyšování odbornosti jedince. Mentor se také dá definovat jako průvodce, zprostředkovatel, hodnotitel, socializační agent, ochránce a vzor, který slouží jako školitel, kouč. Vedoucí mé bakalářské práce mě upozornila, že naše fakulta pořádá kurzy mentorování, které by podle mého názoru mohly být velmi prospěšné pro spoustu sester, především pro sestry na vedoucích pozicích. Protože (jak již bylo zmíněno) každá sestra potřebuje svou mentorku, která ji zasvětila do ošetrovatelského procesu. Také si myslím, že by sestry měly využít každou možnost, kterou jim nemocnice nebo zaměstnavatel poskytne, a popřípadě nebát se obrátit se na služebně starší a zkušenější sestru. Dále jsme se dozvěděli, že si sestry před nástupem do gastroenterologické ambulance musely doplnit endoskopický kurz. Podle CGS (© 2019) tento kurz mohou absolvovat nelékařští pracovníci – všeobecné sestry, které mohou vykonávat zdravotnické povolání bez odborného dohledu. Absolventi tohoto kurzu jsou kompetentní pro některé výkony. Kurz je nejvíce zaměřen na endoskopii, bioptické metody, zobrazovací a funkční vyšetření trávicího traktu.

Dále jsme zjišťovali, jaké role P zastávají v gastroenterologické ambulanci. Podle výsledků je zřejmé, že dotazované P zastávají mnoho činností týkajících se jak odborných výkonů, tak výkonů neoborných, jako je třeba úklid ambulance. Je zřejmé, že práci v endoskopické ambulanci nemůže provádět každá sestra, protože je zde spousta specifických činností, jako je asistence u endoskopických vyšetření nebo péče o endoskopy. Dle Jungwirtha a Jungwirthové (2009) péče o endoskopy zahrnuje kontrolu ventilů (zda jsou řádně nasazeny) a samozřejmostí je zkouška funkčnosti endoskopu, což znamená osvětlení pomocí světlovodů, ovládání úhlů ohybu, odsávání, ofukování a oplach. Dále je velmi důležité zkontrolovat kvalitu obrazu na monitoru. To částečně potvrdily i P během rozhovorů, když zmínily péči o endoskopy. Takto podrobně péči popsala pouze jedna P. P8 uvedla: „*Provádí se zkouška těsnosti a zapojení do systému videověže a překontrolování koagulační jednotky.*“ Ačkoli jsme výzkum prováděli ve dvou různých nemocnicích, odpovědi P se nijak nerozházely. Dostali jsme k nahlédnutí standart péče o endoskopy, podle kterého se P řídí. Na toto téma se ale blíže zaměříme v části *Péče o endoskopy*. Jak jsme již zmínili, P se shodly, že zastávají mnoho činností. Dále se shodly, že odebírají biologický materiál, což jsme si sami ověřili, když nám vrchní sestra umožnila nahlédnout do ambulance při kolonoskopii. Tam jsme mohli vidět, jak sestra asistuje lékařce, podávala jí endoskop a pomáhala odebrat vzorek na histologii tím, že lékařce podala akcesorium a následně vzorek dala do předem

připravené zkumavky. Toto zjištění koresponduje i s názorem Mikšové (2006) – ta ve své knize udává, že sestra asistuje lékaři při odběru vzorků na biopsii, které se dávají do předem označené zkumavky s fixním roztokem, a zajišťuje jejich transport. Díky této zkušenosti jsme se také dozvěděli, že se zde aplikuje premedikace nejčastěji pomocí jehly a stříkačky namísto periferního žilního katétru, na čemž se P shodly i v rozhovorech. Podle Špinara et al. (2008) se intravenózní aplikace léků využívá především pro rychlý nástup účinku. Dle mého názoru je tato metoda vzhledem k množství pacientů a délce vyšetření nejpraktičtější. I přesto si myslím, že si všichni endoskopičtí pracovníci musejí dávat pozor, protože i když se tato metoda zdá být jednoduchá a méně nebezpečná, mohou se vyskytnout komplikace. Tento názor ve své knize potvrzuje i Málek et al. (2011), jenž udává, že i když se tato metoda může zdát díky své jednoduchosti méně nebezpečná, je samozřejmostí, aby i při takovém podání byla zajištěna možnost umělé plicní ventilace, monitorování vitálních funkcí a adekvátní příprava pacienta. Pro bezpečnou anestezii musí mít každá taková ambulance povinné vybavení zahrnující zdroj medicijních plynů, monitor EKG a SpO₂, tonometr, resuscitační pomůcky včetně ručního dýchacího přístroje, odsávačku a defibrilátor. Dále se některé P shodly ohledně aplikace premedikace do periferního žilního katétru. I na toto téma jsme se ptali při návštěvě ambulance. Tam nám sestra odpověděla, že tato možnost se využívá pouze při delších výkonech. V rozhovorech jsme se dozvěděli, že se kanylou využívá pouze ve specifických případech. P2 při rozhovoru uvedla: „*V některých případech zavádím i kanylu, nejčastěji před kolonoskopií a někdy i během vyšetření. Akutní pacienti mají často zavedenou kanylu z urgentního příjmu, takže premedikaci aplikuji do ní.*“ Lukáš et al. (2007) ve své knize tvrdí, že periferní žilní katétr se zajišťuje v případech, kdy se předpokládá náročnější průběh výkonu, dále při podání premedikace a případném podání léků při komplikacích. P v rozhovorech popsaly jako další činnost zakládání výsledků do dokumentace a práci s ní, s tím ve své knize souhlasí i Šafránková a Nejedlá (2006).

Gastroenterologie je velice rozsáhlý obor ve všech zemích, proto jsme u P zjišťovali, jaký mají o endoskopických sestřích v cizině přehled. K našemu překvapení téměř žádná P v tomto ohledu nebyla informována. P1 doslovně řekla: „*Nevím, nedokážu posoudit. Nikdy jsem se s žádnou takovou sestrou nesešla.*“ Vzhledem k tomu, že se P každoročně vzdělávají a absolvují různé semináře, kde hostují i gastroenterologové z jiných zemí, předpokládali jsme větší informovanost, navíc se tyto informace dají

dohledat volně na internetu. Nakonec se nás P dotázaly, jaké role a kompetence mají sestry v zahraničí, a po odpovědi byly v šoku, protože podle Yunga et al. (2017) má sestra v Anglii kompetence k provedení některých druhů endoskopických vyšetření, např. diagnostického vyšetření horního gastrointestinálního traktu, flexibilní sigmoideoskopie nebo vyšetření endoskopickou kapslí. Většina P se shodla, že toto je pro sestru riskantní a v České republice by to takhle nejspíše nešlo. Já si myslím, že tyto kompetence jsou velice výhodné především pro pacienty, a to z toho důvodu, že sestry mohou ulehčit lékaři práci, a díky tomu vyšetřit více pacientů. Tuto mou domněnku potvrzuje i Duffield et al. (2017), který píše, že podobné kompetence mají sestry i v Austrálii. Díky takto kompetentním sestřím je možné vyšetřit více pacientů s onemocněním gastrointestinálního traktu, kterých stále přibývá. Ovšem vzhledem k dostupné literatuře a omezeným možnostem vzdělávání to podle mě v naší zemi není aktuálně vhodné. Pouze 2 P měly o tomto tématu nějakou představu, ale v této oblasti se nijak zvlášť neorientovaly. P8 to potvrdila svým sdělením: *„Ano, něco málo vím, ale jsou to spíše přenesené informace. Víím, že tam mají mnohem více kompetencí než sestry u nás v ČR.“*

Dalším úkolem našeho výzkumného šetření bylo zjistit, jak probíhá příprava pracoviště před zahájením směny a jak probíhá konec směny. Stěžejní pro nás bylo zjistit, jak se P připravují na prvního pacienta. V první řadě je třeba zmínit, že se P shodly na tom, že své pracoviště nijak zvlášť nepřipravují, protože už je připraveno od předešlého dne. Dále se P1, P2, P4, P5, P7 a P8 shodly, že si připravují dokumentaci pacientů a harmonogram, aby vždy byly připraveny na dalšího pacienta. V tomto se shodují se Zacharovou (2017), jež tvrdí, že je vhodné, aby systém objednání pacientů byl dostatečně naplánovaný, aby pacienti nemuseli zbytečně čekat i několik hodin bez jakéhokoliv vysvětlení. Dále jsme zjistili, že si P podle harmonogramu dopředu připravují všechny potřebné pomůcky a potřebný materiál. Holubová et al. (2013) ve své knize potvrzuje, že pro sestru je důležité mít vždy připraveny správné pomůcky. Většina pomůcek je u všech druhů endoskopií stejná, je to příslušný endoskop, různá akcesoria (např. bioptické kleště, nástroje na koagulaci), emitní miska, buničitá vata, podložka k ochraně oděvu, žádanky a zkumavky na histologické nebo cytologické vyšetření, ochranné pomůcky pro lékaře a sestru (nesterilní rukavice, ústenka, ochranný plášť), lokální anestetikum, léky a pomůcky k premedikaci a injekční léky dle ordinace lékaře. Také jsme zjistili, že se tyto pomůcky podle druhu vyšetření různě doplňují a

mění. P potvrdily, že před gastroskopií si připravují navíc ústní kroužek a lokální anestetikum a před kolonoskopií perforované šortky. To potvrdila P5: „*Před kolonoskopií připravuji perforované šortky a před gastroskopií ústní kroužek a lokální anestetikum.*“ Některé P si na začátku směny připraví dezinfekční roztok, do kterého pak během dne budou nakládat různá instrumentária. Schneiderová (2014) ve své knize popisuje dezinfekci jako zneškodnění většiny mikroorganismů na předmětech, plochách, ve vzduchu a ve vodě. Ve zdravotnictví je toto opatření důležité k tomu, aby byla přerušena cesta nákazy k vnímavému jedinci.

Dále jsme zjišťovali, jak probíhá konec směny. Podle odpovědí jsme usoudili, že i na konci směny P musejí vykonat spoustu činností, aby bylo vše v pořádku a připraveno na další den. Podle mého názoru a zkušeností z mé dosavadní praxe má každá nemocnice a každé oddělení svou specifickou organizaci práce. K mému překvapení se P z obou nemocnic na spoustě věcí shodly. Dozvěděli jsme se, že P především uklízejí ambulanci a dezinfikují povrchy. P4 se vyjádřila takto: „*Ambulance musí být vždy připravena na další den. To znamená, že se zde musí uklidit a vydezinfikovat povrchy.*“ Endoskopy musí být na konci směny vydezinfikované a pověšené. P dále detailněji popsaly, co všechno musí být uklizené a hotové, např. musejí být spočítané opiáty, které se předávají sloužící sestře, doplněný materiál, založené žádanky a biologický materiál musí být odeslaný do laboratoře. Během kompletování rozhovorů jsme zjistili, že v každé nemocnici probíhá ukončení směny a předání ambulance odlišně. V jedné nemocnici se endoskopický sál předává sloužící sestře a v druhé nemocnici musí být jedna sestra 24 hodin dostupná na telefonu, aby mohla kdykoli přijít do práce.

Poté jsme zjišťovali, jak se sestry zapojují do sběru anamnézy. Lukáš a Žák (2007) ve své knize tvrdí, že rozhovor s pacientem je aktivně veden lékařem a někdy i sestrou a výsledná anamnéza se odvíjí od toho, co nám pacient sám poví. Toto tvrzení se nám během rozhovorů částečně potvrdilo, protože žádná P sama aktivně anamnézu neodebírání. Všechny P se shodly, že anamnézu primárně odebírání lékař a ony se pouze v případě potřeby doptávají, popřípadě zjišťují informace během běžné konverzace. Dále jsme zjistili, že P od pacientů nejčastěji zjišťují identifikační údaje, jako je jméno a příjmení, rodné číslo, adresa trvalého bydliště, jméno praktického lékaře a telefonní číslo. Myslím si, že P si ani neuvědomují, že takto sbírají anamnézu od pacienta, protože i běžnou komunikací (předtím, než dorazí lékař) se dozví mnoho informací,

které možná budou potřeba. Naše tvrzení částečně potvrdila P6: „*Anamnézu vždy odeberá lékař. Já se zapojuji tak, že s pacientem konverzuji, a tím se dozvím spoustu potřebných informací.*“ Lukáš a Žák (2007) ve své knize popisují jednotlivé oblasti anamnézy. Jsou to informace o nynějším onemocnění, osobní anamnéze, lékové anamnéze a alergických reakcích na léky, pracovní a sociální anamnéze a rodinné anamnéze. Některé informace P zjistí od pacienta běžnou konverzací, aniž by si toho byly vědomy, podle mého názoru jsou to minimálně informace o nynějším onemocnění, osobní, pracovní a rodinné anamnéze. Nemusí to být samozřejmě pokaždé, ale z vlastních zkušeností vím, že na tyto informace pacienti nebývají choulostiví.

Následující otázkou jsme zjišťovali, jak P pečují o pacienta před vyšetřením, během něj i po něm. Při kategorizování jsme zjistili, že ani v tomto směru se odpovědi P nijak zvlášť nerozházejí. Čtyři P se shodly, že bezprostředně před vyšetřením měří fyziologické funkce, myslím si, že tuto činnost vykonávají všechny P, ale pouze ji zapoměly zmínit. Dále se většina P shodla, že se před vyšetřením pacienta ptají, zda mu byl proveden odběr na koagulaci krve. To potvrzuje i Lukáš et al. (2005), který ve své knize udává, že se sestra musí zeptat, zda u pacienta proběhlo vyšetření na srážlivost krve – Quickův test, aPTT. Také říká, že toto vyšetření před výkonem je velmi důležité, protože zde hrozí vyšší riziko krvácení. Během naší již výše zmiňované návštěvy endoskopické ambulance nám jedna sestra pověděla, že koagulační testy provádí obvykle odesílající lékař. Ovšem toto tvrzení se nám z vlastních zkušeností nepotvrdilo. Některým pacientům se koagulační vyšetření provádí přímo v gastroenterologické ambulanci. To nám potvrdila i P5: „*Vždy kontroluji, zda má pacient provedené odběry na koagulaci, popřípadě mu odběr provedeme zde.*“ Podle Holubové et al. (2015) musí mít pacient v případě podání premedikace s sebou doprovod. Pacient, kterému byla podána premedikace, musí vyčkat do odeznění premedikace 2–3 hodiny na dospívacím pokoji a následně může spolu s doprovodem odejít domů. To potvrdily i všechny dotazované P, které ještě zmínily, že doprovod kontrolují ještě před vyšetřením. Následně jsme zjistili, že P od pacienta zjišťují, jak se připravil na dané vyšetření. U některých vyšetření, jako je gastroskopie a kolonoskopie, je příprava specifická a pacienti musejí mít o přípravě dostatečné informace. Zacharová (2017) ve své knize tvrdí, že je důležité, aby byl pacient vždy správně poučen ještě před výkonem o jeho průběhu a možných komplikacích, o tom, zda si má přivést doprovod nebo zda bude potřeba nějaká příprava. S tímto názorem souhlasím, protože je důležité, aby pacient

přesně věděl, jak se má připravit. Myslím si, že správné poučení je důležité, protože v ambulantních podmínkách sestry nemohou na pacienta dohlédnout během přípravy tak jako při hospitalizaci. Tento můj názor potvrzuje Zacharová (2017), která ve své knize říká, že ambulantní péče nabývá na popularitě a je důležité individuálně zhodnotit pacienta, aby se zvládl správně připravit i v domácích podmínkách. Jak bylo již zmíněno, některá specifická vyšetření potřebují speciální přípravu. U dotazu na kolonoskopii nám P2 odpověděla: „*Před vyšetřením se vždy ptám, jak se pacient připravil. Před kolonoskopií se ptám, jaký použil přípravek na vyprázdnění a kolik ho vypil, jak se vyprázdnil a zda mu tento přípravek vyhovoval.*“ To potvrzuje a doplňuje i Lukáš et al. (2005), který ve své knize podotýká, že u vyšetření dolního trávicího traktu, nejčastěji před kolonoskopií, se sestra ptá, jaký pacient použil přípravek na vyprázdnění a jestli dodržel třídní lehkou stravu. U gastroscopie je důležité, aby byl pacient lačný. To nám potvrdila i P9: „*Vždy se ptám, jestli je pacient lačný a jestli toto vyšetření už absolvoval.*“ Lukáš et al. (2005) ve své literatuře s touto odpovědí souhlasí, ale dále doplňuje, že pacient musí být lačný alespoň 6 hodin před výkonem. Ani v péči o pacienta během výkonu se P názorově nerozcházejí. Od P9 jsme se dozvěděli, že kontroluje fyziologické funkce a celkové projevy pacienta. Dále se P shodly na důležitosti neustálé komunikace s pacientem i během výkonu, aby eliminovaly jeho strach a obavy. P1 se vyjádřila takto: „*S pacientem se snažím udržovat běžnou konverzaci, aby nemyslel na probíhající výkon a jeho nepříjemnosti.*“ S jejím tvrzením ve své knize souhlasí i Mikšová et al. (2006). Podle ní je důležitá psychická podpora pacienta, je potřeba s ním neustále verbálně i neverbálně komunikovat, a tím se pokusit zmírnit jeho strach. S tímto názorem souhlasím i já, protože endoskopická vyšetření bývají často nepříjemná, takže je důležité, aby byl pacient co nejvíce uvolněný a v psychické pohodě. Další činnost zmínila P9: „*Pacienta celé vyšetření udržuji ve správné poloze, popřípadě mu ji pomáhám zaujmout.*“ To ve své knize potvrdila i Holubová et al. (2016). Píše, že bezprostředně před výkonem sestra ukládá pacienta do vyšetřovací polohy, kterou musí pacient i během výkonu stále udržovat. Mikšová et al. (2006) doplňuje, že sestra dopomáhá pacientovi udržet správnou polohu i během vyšetření. Dále jsme zjišťovali, jak P pečují o pacienta po vyšetření. Tři P se shodly, že pacienta vždy informují o životosprávě, kterou musí dodržovat. P1 sdělila: „*Po výkonu pacienta edukuji o další životosprávě, kterou musí dodržovat, nejčastěji se to týká toho, kdy bude moct začít pít a jíst.*“ Také jsme zjistili, že P pacienta upozorňují na možné komplikace. S tím ve své knize souhlasí Mikšová et al. (2006). Podle ní je důležité

pacienta upozornit na možné komplikace. Jsou to polykací potíže, bolest, zvýšená teplota, hemateméza nebo meléna. Po výkonu se P pacienta ptají, jestli je schopen odejít sám. P2 uvedla: „*Po výkonu zjišťuji, zda se pacient zvládne obléct sám, jestli zvládne odejít nebo chce ještě chvíli ležet.*“ Holubová et al. (2016) ve své knize píše, že sestra má svou roli i po výkonu, kdy pomáhá pacientovi vstát. P4 a P9 popsaly svou poslední činnost – předání premedikovaného pacienta doprovodu, se kterým může odejít domů. Holubová et al. (2016) ve své knize zmiňuje i dospávací pokoj, ovšem ani jedna P se o něm nezmínila. Z naší vlastní zkušenosti víme, že pacientům, kterým je podána premedikace, stačí, aby s sebou měli doprovod.

Dále jsme zjišťovali, jak P komunikují s lékařem během celého dne. Nejčastěji se P shodly, že s lékařem komunikují během celého dne neustále. Zjistili jsme, že se často domlouvají na tom, jak bude probíhat vyšetření. Během rozhovoru s P3 jsme se podrobněji dozvěděli, jak tato domluva mezi lékařem a sestrou probíhá. P3 sdělila: „*Před výkonem se vždy s lékařem společně podíváme, jaký pacient má přijít. V případě, že už u nás byl, míváme v kartě poznámky o tom, jak snášel vyšetření a kolik měl premedikace a jestli mu stačila nebo ji máme přidat či ubrat.*“ Naopak P2 nás svou informací překvapila, když uvedla: „*Když se pacientovi neodebírá žádný biologický materiál, lékař si většinou při vyšetření vystačí sám. Někdy endoskop zavádí sestra a lékař pouze ovládá přístroj.*“ O této informaci jsme se v žádné literatuře nedočetli a ani ji nezmínila jiná P. Dále jsme zjistili, že se P nejčastěji s lékařem domlouvají, jaké pomůcky si mají připravit, týká se to jak endoskopu, tak ostatních akcesorií. Z rozhovorů vyplynulo, že P jsou v této problematice tak orientované, že už i bez domluvy s lékařem vědí, co připravit za pomůcky. Během vyšetření s lékařem komunikují především ohledně toho, jaké pomůcky chce lékař podat. To jsme si ověřili i během naší návštěvy gastroenterologické ambulance, kdy lékařka při kolonoskopii sdělovala, co chce podat. V tomto konkrétním případě to byly bioptické kleště a následně i zkumavka s fixním roztokem. Dále se během vyšetření domlouvají, jakou má pacient zaujmout polohu nebo jestli ji má změnit. Při naší návštěvě jsme viděli kolonoskopii, u té se podle Holubové et al. (2016) zaujímá poloha na levém boku, hlava je podložena polštářem, pacient má pokrčené dolní končetiny a během vyšetření se točí na záda a pravý bok. Toto tvrzení se nám potvrdilo. Lékařka po pacientovi chtěla, aby přitiskl kolena více k břichu, ale vzhledem ke stavu po premedikaci pacient nevěděl, co po něm lékařka chce. Tady právě přišla na řadu sestra, která mu pomohla polohu

zaujmout a vysvětlila mu, proč je důležité, aby takhle vydržel. Dále jsme zjišťovali, jak se lékař se sestrou domlouvají po vyšetření. Všechny P se shodly, že se domlouvají, kdy má pacient přijít příště.

Komunikace je nedílnou součástí ošetrovatelské profese, proto jsme v rozhovorech zjišťovali, jakou formu komunikace P preferují. Zjišťovali jsme, čeho si P všímají v souvislosti s neverbální komunikací. V této otázce se P trochu rozcházely, protože zde šlo hlavně o jejich subjektivní názor. P1, P5, P6 a P8 se shodly, že je pro ně důležitější komunikace verbální. Zacharová (2016) popisuje verbální komunikaci jako prostředek pro výměnu informací pomocí řeči, která umožňuje dorozumívání se mezi lidmi. Při rozhovorech jsme zjistili, že P ji preferují z toho důvodu, že je pro ně praktičtější ohledně získávání informací. Já si myslím, že je to pro P spíše jednodušší, protože se pacienta zeptají a nemusí ho nijak zvlášť sledovat. To částečně potvrzuje i odpověď P5: *„Pro mě je praktičtější komunikace verbální, protože se pacienta zeptám na to, co potřebuji vědět, a to je pro mě velmi důležité.“* Pouze pro P7 je důležitější komunikace neverbální. Venglářová a Mahrová (2006) ve své knize popisují neverbální komunikaci jako upřímnější než komunikaci verbální. Také tvrdí, že neverbální komunikace doplňuje řeč, ale může ji i úplně nahradit. P7 má podobný názor: *„Samozřejmě beru ohled na to, co pacient říká, ale zároveň ho sleduji, jak se u toho chová a vyjadřuje.“* Pro zbytek P jsou obě formy komunikace stejně důležité. Tento názor nám obhájily tak, že každá komunikace má svá specifika, na která je potřeba brát ohled. Toto potvrzuje ve své knize i Zacharová (2016), která tvrdí, že je důležité sledovat obě složky komunikace, protože se vzájemně doplňují a v některých případech se mohou i vzájemně zastoupit. Někdy ovšem může být verbální a neverbální projev odlišný, proto je u nemocných důležité poslouchat, co říkají, ale i sledovat, co dělají. Já s tímto názorem souhlasím také, protože každý člověk je jiný, někdo může reagovat přehnaně nebo se naopak stydí projevit. Proto je důležité sledovat obě složky. Podobný názor sdílí i P4, ta odpověděla: *„Za svou praxi vím, že se jedna neobejde bez druhé, z tohoto důvodu jsou pro mne důležité stejně.“* Dále jsme zjišťovali, čeho si P všímají u pacienta v souvislosti s neverbální komunikací. Zjistili jsme, že nejčastěji sledují bolest, úzkost, strach a stres. P3 popsala, jak pozná, že pacient reaguje bolestivě: *„Pacient kašle, chroptí a brání se.“* Podle Mikuláščíka (2010) se všechny tyto emoce dají vyčíst díky mimice, která je podle něj pro zdravotníky nejdůležitější. Napomáhá zdravotníkům přiblížit prožitek nemocného a může pomoci vyjádřit aktuální psychický stav.

Dále jsme zjišťovali, jak P pečují o endoskopy. Podle našeho názoru je péče o endoskopy nedílnou součástí práce sestry v gastroenterologické ambulanci. Nejprve nás zajímalo, jak P pečují o endoskop před použitím. Zjistili jsme, že P u endoskopu nejprve provádí druhý stupeň dezinfekce, který musí proběhnout u každého endoskopu znovu před dalším použitím. P8 toto tvrzení blíže specifikovala: *„Je-li endoskop uložený déle než 8 hodin, musí znovu proběhnout dezinfekce v automatickém dezinfektoru.“* Dále jsme zjistili, že před každým použitím se musí vyzkoušet funkčnost endoskopu, ale toto téma jsme rozebírali již výše. My se zde zaměříme na dezinfekci a ukládání endoskopů. Na dezinfekci endoskopu se všechny P shodly. Jako první fázi uvedly P mechanickou očistu. To ve své knize potvrdila i Holubová et al. (2016), jež popisuje mechanickou očistu jako odstranění hrubých nečistot a řádné osušení již u lůžka vyšetřovaného. Poté se P shodly na tom, že po mechanické očištění následuje dvoustupňová dezinfekce. To ve své knize popisuje i Kapounová (2007). Ta říká, že dvoustupňová dezinfekce je určena přímo pro flexibilní endoskopy. Podrobněji tento proces popsala P1: *„Po mechanické očištění vždy endoskop donesu do mycí místnosti, kde ho propláchnu dezinfekcí a vodou, i všechny jeho kanály.“* P3 dodala: *„V čisticí místnosti endoskop naložím do dezinfekční lázně na 15 minut.“* S tímto tvrzením ve své knize souhlasí i Holubová et al. (2013), která popisuje další krok po mechanické očištění, a sice naložení endoskopů do připraveného dezinfekčního roztoku. Samozřejmostí je, aby byly endoskopy ponořeny tak, aby se roztok dostal i dovnitř přístrojů a aby byly v uzavíratelné nádobě. P2 udala, že tento dezinfekční prostředek musí být virucidní. To ve své literatuře potvrdila i Schneiderová (2014), jež udává, jak je důležité, aby všechny kontaminované nástroje byly dezinfikovány virucidními prostředky. P4 popsala i důležitost čištění dutých částí endoskopů speciálními kartáčky a následný oplach čistou vodou. Holubová et al. (2013) říká, že přístroj se musí řádně umýt speciálními kartáčky i zevnitř. Po uplynutí doby, po kterou musejí být přístroje ponořeny, se opláchnou pitnou vodou. Dále jsme zjistili, že tímto proces dezinfekce nekončí. Vždy ještě musí proběhnout dezinfekce v myčce endoskopů, na čemž se shodly všechny dotazované P. P3 popsala proces mytí v myčce: *„Endoskop se v myčce umyje v 60 °C teplém roztoku, tento cyklus trvá maximálně 50 minut.“* Dále jsme zjistili, že po tomto procesu se endoskopy ukládají do sušících skříní. Jungwirth a Jungwirthová (2009) ve své knize popisují jako nejlepší místo pro uskladnění endoskopů k tomu zvláště určenou skříň, která má ve své horní části

umístěné držáky endoskopů. Dále tato skříň musí mít otvory pro přístup vzduchu a nejlépe i malé větráčky, které cirkulaci vzduchu pomohou.

V poslední části rozhovoru jsme zjišťovali, jak dlouho P trvalo, než si začaly být ve své práci jisté. Tato informace je pro nás důležitá spíše orientačně. Nad touto otázkou se většina P podivovala. Nejčastější odpověď byla, že si P nejsou jisté doposud. Podle mého názoru se není čemu divit, po napsání této práce zjišťujeme, kolik toho má gastroenterologická sestra na starost a kolik má zodpovědnosti. Některé P zmínily i počet let, ale bylo vidět, že si nejsou naprosto jisté. To shrnuje P8: *„Stoprocentně si jistá nejsem nikdy, ale jistější jsem si byla po 3. roce.“*

6 ZÁVĚR

Tato bakalářská práce byla zaměřena na práci sestry v gastroenterologické ambulanci a možnosti jejího dalšího vzdělávání. Ke zpracování této problematiky byly stanoveny dva cíle a k těmto cílům byly stanoveny tři výzkumné otázky. Pro splnění cílů bylo zvoleno kvalitativní výzkumné šetření formou polostrukturovaného rozhovoru, který byl veden s P osobně ve dvou nejmenovaných nemocnicích Jihočeského kraje.

Prvním cílem bylo zjistit, jaké činnosti zastávají sestry v gastroenterologické ambulanci. Během rozhovorů se zjistilo, že základní postupy se v daných dvou nemocnicích nijak zvlášť neliší. Odpovědi P se částečně shodovaly i s teoretickou částí této bakalářské práce. P se aktivně orientovaly v dané problematice a podaly spoustu nových informací. Zjistilo se, že sestra v gastroenterologické ambulanci má na starost spoustu činností, např. asistenci u endoskopických výkonů, odběr biologického materiálu, asistenci lékaři, péči o pacienta, dezinfekci endoskopů atd. Bylo zjištěno, že jeden z hlavních úkonů, který sestra provádí, je právě péče o pacienta, protože sestra provází pacienta celým vyšetřením. Z rozhovorů vyplynulo, že sestry pacienta připravují, pečují o něj a komunikují s ním i během výkonu a následně se o pacienta starají i po výkonu, pomáhají mu vstát, edukují ho o další životosprávě nebo ho předávají doprovodu. To je ale jen zlomek činností, které sestry provádějí, tudíž z toho vyplynulo, že tuto práci v endoskopické ambulanci nemůže provádět každá sestra, protože jsou zde nezbytně nutné manuální, technické, ale např. i komunikační dovednosti.

Druhým cílem bylo zjistit, jaké možnosti dalšího vzdělávání sestry mají. Ani v rámci tohoto tématu se odpovědi nijak nerozcházel. Zjistilo se, že nemocnice sestrám nabízí relativně dost možností a sestry je i využívají. Nejvíce se shodly, že jim nemocnice nabízí různé semináře, školení a kurzy. Některé sestry to berou tak, že se musejí vzdělávat a mají to jako povinnost, některé se naopak chtějí vzdělávat samy. Z celého výzkumného šetření vyplynulo, že velmi důležitým zdrojem informací je zkušená sestra, která má praxi v daném oboru. Z toho se dá usoudit, že každá sestra potřebuje svou sestru mentorku, která nově příchozí sestru zaučí a pomůže jí zařadit se do ošetrovatelského procesu. Pokud zařízení nemá svou sestru mentorku, existují na to i dobře dostupné kurzy.

Bakalářská práce byla vytvořena tak, aby zmapovala práci sestry v gastroenterologické ambulanci a možnosti jejího dalšího vzdělávání. Výsledky této práce by mohly sloužit jako zdroj informací pro sestry pracující v gastroenterologické ambulanci nebo jako studijní materiál pro nově příchozí sestry. Dále by výsledky mohly být prezentovány v odborných časopisech a na odborných konferencích.

7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. BARTONÍČKOVÁ, D., KALÁNKOVÁ, D., MIKŠOVÁ, Z. 2017. Vzdělávání sester jako nepostradatelný aspekt poskytování profesionální ošetrovatelské péče. *Florence*. (3)17, 28-29. ISSN 1213-7693 2
2. BENEŠ, J. et al. 2007. *Základy lékařské biofyziky*. 2. vyd. Praha: Karolinum 201 s. ISBN 978-80-246-1386-4

3. ČERNOCH, J., et al. 2012. *Prekancerózy v trávicím traktu*. Praha: Grada. 200 s. ISBN 978-80-247-3500-9
4. ČESKÁ ASOCIACE SESTER. © 2017. *O nás*. [online]. Praha: Česká asociace sester. [cit. 2018.12.22]. Dostupné z: <https://www.cnaa.cz/o-spolecnosti/>
5. ČESKÁ GASTROENTEROLOGICKÁ SPOLEČNOST. *Kurz pro všeobecné sestry v gastroenterologii a hepatologii*. [online]. Praha: Česká gastroenterologická společnost. [cit. 2019.10.4] Dostupné z: <https://www.cgs-cls.cz/akce/kurz-pro-vseobecne-sestry-v-gastroenterologii-a-hepatologii/>
6. CHROBÁK, L. et al. 2007. *Propedeutika vnitřního lékařství*. Praha: Grada. 243 s. ISBN 978-80-247-1309-0
7. ČIHÁK, R., 2013. *Anatomie 2*. 3. vyd. Praha: Grada. 512 s. ISBN 978-80-247-4788-0
8. CRESPO, J., TERÁN, Á. 2018. Endoscopy and sedation: an inseparable binomial for the gastroenterologist. [online]. PubMed. *Revista Espanola de Enfermedades Digestivas*. [cit. 2018.11.8] s. 250-252. Dostupné z: <https://www.reed.es/endoscopy-and-sedation-an-inseparable-binomial-for-the-gastroenterologist3274>
9. DOBIÁŠ, V. 2013. *Klinická propedeutika v urgentnej medicíne*. Bratislava: Grada. 208 s. ISBN 978-80-8090-004-5
10. DUFFIELD, C., et al. 2017. Nurse-Performed Endoscopy: Implications for the Nursing Profession in Australia. [online]. PubMed. *Policy Politics, & Nursing Pratisse*. [cit. 2018.11.20] s. 36-43 Dostupné z: https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/1527154417700740?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rfr_dat=cr_pub%3Dpubmed
11. FAKULTNÍ NEMOCNICE BRNO. *Certifikovaný kurz – Specifická ošetrovatelská péče při endoskopických vyšetřeních v gastroenterologii a bronchologii*. [online]. Brno: Fakultní nemocnice. [cit. 2018.12.20] Dostupné z: <https://www.fnbrno.cz/certifikovany-kurz-specificka-oseetrovatelska-pece-pri-endoskopickykh-vysetrenich-v-gastroenterologii-a-bronchologii/t4727>
12. FERKO, A., et al. 2015. *Chirurgie v kostce*. 2. vyd. Praha: Grada. 512 s. ISBN 978-80-247-1005-1
13. GOLIK, M., ET AL. 2014. Working Group Guidelines on the nursing roles in caring for patients with Crohn's disease and ulcerative colitis in Poland. [online].

- PubMed. *Przegląd Gastroenterologiczny*. [cit. 2018.11.08]. s. 179-193. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4178043/>
14. HAMPLOVÁ, L., et al. 2015. *Mikrobiologie, Imunologie, Epidemiologie, Hygiena pro bakalářské studium a všechny typy zdravotnických škol*. Praha: Triton. 263 s. ISBN 978-80-7387-934-1
 15. HOCH, J., LEFFLER, J. 2003. *Speciální chirurgie*. 2. vyd. Praha: Maxdorf. 244 s. ISBN 80-85912-06-6
 16. HOLUBOVÁ, A., et al. 2013. *Ošetrovatelská péče v gastroenterologii a hepatologii*. Mladá fronta. 267 s. ISBN 978-80-204-2806-6
 17. HRAZDIRA, I. et al. 2006. *Základy biofyzika a zdravotnické techniky*. Brno: Neptun 312s. ISBN 80-86850-01-3
 18. JAMES, T., MONAGHAN, T. et al. 2018. *Klinické vyšetření – moderní propedeutika*. Praha: Grada. 768 s. ISBN 978-80-271-0108-5
 19. JANÁČKOVÁ, L., WIESS, P. 2008. *Komunikace ve zdravotnické péči*. Praha: Portál. 134 s. ISBN 978-80-7367-477-9
 20. JUNGWIRTHOVÁ, A., JUNGWIRTH, J. 2009. *Transnazální gastrokopie*. Olomouc: Solen. 104 s. ISBN 978-80-87327-15-9
 21. JUŘENÍKOVÁ, P. 2010. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. 77 s. ISBN 978-80-247-2171-2
 22. KAPOUNOVÁ, G. 2007. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. Praha: Grada. 350 s. ISBN 978-80-247-1830-9
 23. KOLEKTIV AUTORŮ. 2009. *Sestra a urgentní stavy*. Praha: Grada. 549 s. ISBN 978-80-247-2548-2
 24. KRŠKA, Z. et al. 2011. *Techniky a technologie v chirurgických oborech*. Praha: Grada. 262 s. ISBN- 978-80-247-3815-4
 25. KUNTOHORSKÁ, J. 2010. *Historie ošetrovatelství*. Praha: Grada. 206 s. ISBN 978-80-247-3224-4
 26. LUKÁŠ, K., et al. 2003. *Funkční poruchy trávicího traktu*. Praha: Grada. 198 s. ISBN 80-247-0296-7
 27. LUKÁŠ, K., et al. 2005. *Gastroenterologie a hepatologie pro zdravotní sestry*. Praha: Grada. 287 s. ISBN 80-247-1283-0
 28. LUKÁŠ, K., ŽÁK, A. 2007. *Gastroenterologie a hepatologie*. Praha: Grada. 380 s. ISBN 978-80-247-1787-6

29. MÁLEK, J., et al. 2016. *Praktická anesteziologie*. 2. vyd. Praha: Grada. 208 s. ISBN 978-80-247-5632-5
30. MERKUNOVÁ, A., OREL, M., 2008. *Anatomie a fyziologie člověka*. Praha: Grada. 302 s. ISBN 978-80-247-1521-6
31. MIKŠOVÁ, Z. et al. 2006. *Kapitoly z ošetrovatelské péče I*. 2. vyd. Praha: Grada. 171 s. ISBN 80-247-1443-4
32. MIKULÁŠTÍK, M. 2010. *Komunikační dovednosti v praxi*. 2. vyd. 328 s. ISBN 978-80-247-2339-6
33. NAŇKA, O., ELIŠKOVÁ, M., 2015. *Přehled anatomie*. 3. vyd. Praha: Galén. 416 s. ISBN 978-80-7492-206-0
34. NAVRÁTIL, L., ROSINA, J., et al. 2005. *Medicínská biofyzika*. Praha: Grada, s. 524. ISBN 80-247-1152-4
35. NEJEDLÁ, M. 2015. *Klinická propedeutika pro studenty zdravotnických oborů*. Praha: Grada. 238 s. ISBN 978-80-247-4402-5
36. NORTON, CH. 2012. The future of gastroenterology nursing. [online]. PubMed. *Frontline Gastroenterology*. [cit. 2018.11.4] Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5551953/>
37. PLEVOVÁ, I. et al. 2011. *Ošetrovatelství I*. Praha: Grada. 285 s. ISBN 978-80-247-3557-3
38. POLICAR, R. 2010. *Zdravotnická dokumentace v praxi*. Praha: Grada. 224 s. ISBN 978-247-2358-7
39. ŠAFRÁNKOVÁ, A., NEJEDLÁ, M. 2006. *Interní ošetrovatelství II*. Praha: Grada. 211 s. ISBN 80-247-1777-8
40. SCHNEIDEROVÁ, M. 2014. *Perioperační péče*. Praha: Grada. 368 s. ISBN 978-80-247-4414-8
41. ŠPINAR, J., et al. 2008. *Propedeutika a vyšetřovací metody vnitřních nemocí*. Praha: Grada, 255 s. ISBN 978-80-247-1749-4
42. ŠPIRUDOVÁ, L. 2015. *Doprovázení v ošetrovatelství II: doprovázení sester sestrami, mentorování, adaptační proces, supervize*. Praha: Grada. 144 s. ISBN 978-80-247-5711-7
43. ŠULISTOVÁ, R., TREŠLOVÁ, M. 2012. *Pedagogika a edukační činnost v ošetrovatelské péči pro sestry a porodní asistentky*. České Budějovice: Jihočeská univerzita. 191 s. ISBN 978-80-7394-246-5

44. ŠVAŘÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K., et al. 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál. 384 s. ISBN 978-80-7367-313-0
45. SVĚRÁKOVÁ, M. 2012. *Edukační činnost sestry: úvod do problematiky*. Praha: Galén. 63 s. ISBN 978-80-7262-845-2
46. THAN, T., et al. 2017. *Urgentní gastroenterologie*. 3. vyd. Praha: Grada. 388 s. ISBN 978-80-271-0157-3
47. TŘEŠKA, V., et al. 2003. *Propedeutika vybraných klinických oborů*. Praha: Grada. 459 s. ISBN 80-247-0239-8
48. VALENTA, J. et al. 2005. *Chirurgie*. Praha: Karolinum. 237 s. ISBN- 80-246-0644-5
49. VELEMÍNSKÝ, M. et al. 2012. *Klinická propedeutika*. 6. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita. 168 s. ISBN 978-80-7394-360-8
50. VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G. 2006. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada. 144 s. ISBN 80-247-1262-8
51. VŠEOBECNÁ FAKULTNÍ NEMOCNICE V PRAZE. © 2012. *Kurz pro všeobecné sestry v gastroenterologii a hepatologii*. [online]. Praha: Všeobecná fakultní nemocnice. [cit. 2018.12.20] Dostupné z: <http://www.vfn.cz/odbornici/odbor-vzdelavani/vzdelavaci-akce-2019/kurz-pro-vseobecne-sestry-v-gastroenterologii-a-hepatologii.html>
52. VYMĚTAL, J. 2008. *Průvodce úspěšnou komunikací: efektivní komunikace v praxi*. Praha: Grada. 322 s. ISBN 978-80-247-2614-4
53. VYTEJČKOVÁ, R. et al. 2013. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné II*. Praha: Grada. 272 s. ISBN 978-80-247-3420-0
54. VYTEJČKOVÁ, R. et al. 2015. *Ošetrovatelské postupy o nemocné III*. Praha: Grada. 303 s. ISBN 978-80-247-3421-7
55. WORKMAN, A., BENNETT, L. 2006. *Klíčové dovednosti sester*. Praha: Grada. 259 s. ISBN 80-247-1714-X
56. YUNG, D. et al., 2017. A. Systematic review and meta-analysis of the performance of nurses in small bowel capsule endoscopy reading. [online]. PubMed. *United European Gastroenterology uog journal*. [cit. 2018.11.11]. s. 1061-1072.
57. ZACHAROVÁ, E. 2016. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. 121 s. ISBN 978-80-271-0156-6

58. ZACHAROVÁ, E. 2017. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. 2. vyd. Praha: Grada. 264 s. ISBN 978-80271-0155-9
59. ZEMAN, M., KRŠKA, Z. et al. 2011. *Chirurgická propedeutika*. Praha: Grada 524 s. ISBN 80-7169-705-2

8 SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 – Otázky určené pro polostrukturovaný rozhovor

Příloha 2 – Rozhovor s P2

9 SEZNAM ZKRATEK

Atd. A tak dále

Např. Například

Popř.	Popřípadě
P.	Probandi

Příloha 1 – Otázky určené pro polostrukturovaný rozhovor

1. Jak dlouho pracujete v gastroenterologické ambulanci?
2. Jaké jste musela mít vzdělání před nástupem do gastroenterologické ambulance?
 - *Jaké vzdělání jste si musela doplnit, kurzy,..*

3. Využíváte možnosti dalšího vzdělávání, které vám nemocnice nabízí?
4. Jaké základní činnosti zastáváte jako ambulantní sestra?
5. Víte, jaké role zastávají gastroenterologické sestry v cizině?
6. Jakým způsobem si připravujete své pracoviště/endoskopický sál před prvním pacientem?
7. Jak se zapojujete do procesu sběru informací při získávání anamnézy?
8. Co vše zajišťujete a kontrolujete u pacienta před, při a po výkonu?
9. Jak komunikujete před, při a po výkonu s lékařem?
 - *V čem je nutná spolupráce, specifika,..*
10. Je podle vás důležitější verbální, nebo neverbální komunikace a proč?
11. Čeho si všímáte u pacienta v souvislosti s neverbální komunikací?
12. Jak pečujete o endoskop před vyšetřením?
13. Jak probíhá desinfekce endoskopu, péče o něj po vyšetření a kam ho následně ukládáte?
14. Jakým způsobem je zakončena vaše směna?
 - *Předání sálu, ambulance,..*
15. Jak dlouho trvalo, než jste si začala být jistá ve své práci?

Zdroj: Vlastní výzkum

2. Rozhovor

1. Jak dlouho pracujete v gastroenterologické ambulanci?

Pracuji zde 3 roky.

2. Jaké jste musela mít vzdělání před nástupem do gastroenterologické ambulance?

- Jaké vzdělání jste si musela doplnit, kurzy...

Vystudovala jsem střední zdravotnickou školu, jsem všeobecná sestra. Musela jsem si doplnit kurz gastroenterologie.

3. Využíváte možnosti dalšího vzdělávání, které vám nemocnice nabízí?

Ano, musíme. Jezdíme na různá školení, kurzy a semináře, které se konají asi 2x za rok.

4. Jaké základní činnosti zastáváte jako ambulantní sestra?

Zastávám spoustu činností. Objednávám a přebědnávám pacienty, zvu je do ordinace. Edukuji je, připravuji na vyšetření. Při vyšetření asistuji lékaři, kontroluji pacienta, jeho reakce a sleduji průběh celého vyšetření. Z odborných výkonů to je odběr krve, aplikace premedikace, v některých případech zavádím kanylu, nejčastěji před kolonoskopií a někdy i během vyšetření. Akutní pacienti mají často zavedenou kanylu už z urgentního příjmu, takže premedikaci aplikuji do ní. Dále zakládám papíry do dokumentace a kartotéky.

5. Víte, jaké role zastávají gastroenterologické sestry v cizině?

Nevím, nikdy jsem to nevyšetřovala.

6. Jakým způsobem si připravujete své pracoviště/endoskopický sál před prvním pacientem?

Sál si nijak nepřipravuji, protože se vše připravuje předchozí den. Připravuji si vše, co je potřebné na dané vyšetření. Nejprve si připravím dokumentaci, správný endoskop a další pomůcky podle druhu vyšetření, to jsou např. šarčky na kolonoskopii, ústní kroužek, premedikace a injekce, kyslík, pomůcky k zavedení periferního žilního katetru. Připravuji i desinfekci, do které budu endoskopy po vyšetření nakládat.

7. Jak se zapojujete do procesu sběru informací při získávání anamnézy?

Na tomto pracovišti anamnézu zjišťuje lékař. Já se zapojuji v rámci komunikace, než přijde lékař do ambulance. Jediné, co od pacienta zjišťuji je rodné číslo, adresa trvalého pobytu, praktický lékař a telefonní číslo. Někdy se pacienta ptám, jestli mu bylo provedeno vyšetření na srážlivost krve.

8. Co vše zajišťujete a kontrolujete u pacienta před, při a po výkonu?

Před vyšetřením zjišťuji, jak se pacient připravil na výkon. U kolonoskopie se ptám, jaký použil přípravek na vyprázdnění a kolik ho vypil, jak se vyprázdnil a zda mu tento přípravek vyhovoval. U vyšetření horního traktu se ptám, jestli už toto vyšetření absolvoval a zda lačněl. Při výkonu kontroluju pacienta, jak snáší vyšetření, otáčím ho na bok a komunikuji s ním. Po výkonu zjišťuji, zda se pacient zvládne obléct sám, jestli zvládne odejít, nebo chce ještě chvíli ležet.

9. Jak komunikujete před, při a po výkonu s lékařem?

- V čem je nutná spolupráce, specifika...

Když se pacientovi neodebírám žádný biologický materiál, lékař si většinou při vyšetření vystačí sám. Někdy endoskop zavádí sestra a lékař pouze ovládá přístroj. Před výkonem lékař ordinuje premedikaci, řekne si, jaký endoskop a vše, co chce připravit. Při výkonu si lékař říká, co chce podat, jak napolohovat pacienta. Po výkonu se domlouváme na dalším postupu a popřípadě další návštěvě.

10. Je podle vás důležitější verbální, nebo neverbální komunikace a proč?

Myslím si, že obě složky komunikace jsou velmi důležité, musíme si všimnout všeho, ať už toho, co pacient říká, nebo jak se chová.

11. Čeho si všímáte u pacienta v souvislosti s neverbální komunikací?

Jak už jsem řekla předtím, snažím se si všimnout všeho. Nejčastěji pacient neverbálně vyjadřuje strach a bolest, většinou tak, že se brání výkonu. V tomto případě se přidává premedikace a může se i podat kyslík, když je saturace nižší, než má být.

12. Jak pečujete o endoskop před vyšetřením?

Před vyšetřením se provádí celý cyklus desinfekce, zkouší se funkce a průchodnost. Když je vše v pořádku, endoskop se může připravit na sál.

13. Jak probíhá desinfekce endoskopu, péče o něj po vyšetření a kam ho následně ukládáte?

Endoskop nejprve mechanicky očistím a potom ho naložím na 15 minut do virucidního roztoku. Vždy se musejí propláchnout kanály desinfekcí a pak i vodou. Následně se dávají do automatických desinfektorů, kde proběhne dokonalá desinfekce, která trvá 40-47 minut. Po tomto procesu se ukládá do sušící skříně.

14. Jakým způsobem je zakončena vaše směna?

- *Předání sálu, ambulance,..*

Ambulance musí být vždy v takovém stavu, aby se druhý den mohlo jen přijít a začít pracovat. Endoskopy musejí být pověšené ve skříni, v ambulanci musí být pořádek. Desinfikují se povrchy, zakládají se výsledky, karty, žádanky. Odesílá se biologický materiál, popisuje se prádlo. Kontrolují se opiáty a vše musí být řádně zamčeno.

15. Jak dlouho trvalo, než jste si začala být jistá ve své práci?

Člověk si není nikdy jistý. Vždy se může něco pokazit, někdy se pokazí technika, jako jsou přístroje a myčky. Je to tu plně překvapení.