

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Problematika informovanosti u pacienta indikovaného ke kolonoskopii

Bakalářská práce

Vedoucí bakalářské práce:
Mgr. Věra Stasková R.N.

2008

Autor práce:
Miroslava Černá

Knowledge of the patient indicated for colonoscopy

The colonoscopic examination is not only a diagnostic method, but also a therapeutic method applied in gastroenterology. The colonoscopic examination is performed by the flexible endoscope and it is possible to examine the whole mucous membrane of the large intestine and to perform here also minor surgical operations. The necessity for the colonoscopic examination is as perfect as possible defecation of intestines, however, also this depends on the sufficient knowledge of the patient of the examination performance and preparation. This examination is quite stressing and strenuous for the patients.

The target of the thesis was to find out the difference in knowledge of clients indicated for colonoscopy within hospitalization and clients coming as outpatients. 2 hypotheses were postulated: Hypothesis 1: „The scope of information of dietary measures before colonoscopy provided to hospitalized clients is different than the scope of information provided to ambulatory clients“. The hypothesis 2: „The scope of information about the procedure of the examination before the colonoscopy provided to hospitalized clients is different than the scope of information provided to ambulatory clients“.

The method of questioning - technology of a questionnaire was applied to the collection of data. The questionnaire was completely anonymous and was determined for patients indicated to colonoscopic examination. The questionnaire included 22 closed and half-closed questions. 130 questionnaires were distributed in the gastroenterologic ward in the Hospital of České Budějovice a.s. After returning the questionnaires and elimination of the incompletely filled in and empty questionnaires, the examined group consisted of 106 respondents, thereof 53 were ambulatory respondents and 53 hospitalized respondents.

The target of the thesis was achieved. It followed from the results that both hypotheses were confirmed, there is really a certain difference in knowledge before the colonoscopic examination between the ambulatory and hospitalized respondents. In both hypotheses, the ambulatory respondents were informed better.

This bachelor's thesis points out the importance of giving the information to the patients and of co-operation between the patient, nurse and physician. To improve the knowledge of patients indicated for colonoscopy I created the draft of a leaflet, summarizing information the patient should know before this examination. The results of this thesis will be provided to the head and management of gastro-enterologic ward of the Hospital České Budějovice a.s. Its topic could be of help to the medical staff in better informing the patients.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Problematika informovanosti pacienta indikovaného ke kolonoskopii“ vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích, dne

.....

Podpis studenta

Poděkování

Děkuji touto cestou své vedoucí práce Mgr. Věře Staskové R.N. za cenné rady a četné připomínky, které mi byly inspirací při psaní této bakalářské práce.

Miroslava Černá

Obsah

Úvod.....	3
1. Současný stav.....	4
1. 1 Anatomie, patologie trávicího systému.....	4
1. 1. 1 Anatomie a fyziologie tlustého střeva.....	4
1. 1. 2 Patologie tlustého střeva.....	5
1. 2 Problematika kolonoskopie.....	9
1. 2. 1 Vývoj endoskopie ke kolonoskopii.....	9
1. 2. 2 Endoskop a endoskopie v současnosti.....	10
1. 2. 3 Indikace a kontraindikace kolonoskopie.....	11
1. 2. 4 Komplikace kolonoskopického vyšetření a jejich prevence.....	12
1. 3 Úloha sestry v přípravě a v péči o pacienta při kolonoskopii	13
1. 3. 1 Příprava pacienta ke kolonoskopii.....	13
1. 3. 2 Úloha sestry před kolonoskopií - endoskopická sestra.....	15
1. 3. 3 Úloha sestry při poskytování ošetrovatelské péče v průběhu kolonoskopického výkonu.....	17
1. 3. 4 Úloha sestry po kolonoskopickém výkon.....	18
1. 4 Informovanost pacienta.....	19
1. 4. 1 Komunikace	19
1. 4. 2 Informovaný souhlas	20
1. 5 Některé potřeby a problémy pacienta indikovaného ke kolonoskopii.....	21
1. 5. 1 Potřeby jistoty a bezpečí.....	21
1. 5. 2 Možné problémy u pacienta indikovaného ke kolonoskopii.....	22
2. Cíle práce a hypotézy.....	24
2. 1 Cíl práce.....	24
2. 2 Hypotézy práce.....	24
3. Metodika.....	25
3. 1 Použité metody.....	25
3. 2 Charakteristika zkoumaného vzorku.....	25

4. Výsledky	26
4. 1 Výsledky dotazníku.....	26
4. 2 Výsledky související s hypotézami.....	60
4. 3 Souhrnné vyhodnocení hypotéz	67
5. Diskuze	69
6. Závěr	79
7. Seznam použité literatury	81
8. Klíčová slova	86
9. Přílohy	87

Úvod

Česká republika je na prvním místě na celosvětovém žebříčku ve výskytu karcinomu tlustého střeva. Toto onemocnění je poměrně vážné, proto je důležitá správná a včasná diagnostika. Na diagnostice karcinomu střeva, ale i na jiných nádorových i nenádorových onemocněních tlustého střeva, např. Crohnova choroba, střevní divertikly a Colitis ulcerosa, se podílí ve velké míře dnes také kolonoskopické vyšetření.

Kolonoskopické vyšetření je nejen diagnostická metoda, ale i léčebná metoda v gastroenterologii. Tímto vyšetřením, které se provádí flexibilním endoskopem, lze prohlédnout celou sliznici tlustého střeva a provádět zde i menší chirurgické zákroky. Nutné však pro toto vyšetření je, aby pacient, který toto vyšetření bude podstupovat, byl nejen řádně vyprázdněn, ale i celkově připraven, a to ve smyslu informovanosti o přípravě na vyšetření - dietní opatření, možné komplikace a celkový průběhu vyšetření. Toto vyšetření je pro pacienty vždy poměrně stresující a namáhavé.

Kolonoskopické vyšetření se provádí u pacientů jak hospitalizovaných, tak i přicházejících ambulantně. Hospitalizovaní se připravují na vyšetření pod dohledem zdravotnického personálu, kdežto ambulantní pacienti se připravují v domácím prostředí sami. Příprava spočívá v dietním opatření a také často v požití pitné kůry, kterou si ambulantní pacienti musejí vyzvednout v lékárně a připraví si ji dle návodu, hospitalizovaní dostanou roztok již připravený z lékárny. V souvislosti s ambulantními výkony jsou spojena dočasná omezení po vyšetření. Pacient by měl mít s sebou doprovod a po vyšetření by neměl řídit automobil, dále by měl dodržet klidový režim a kontrolovat krvácení z konečníku po vyšetření.

Cílem této práce je zjistit rozdíl v informovanosti klientů indikovaných ke kolonoskopii v rámci hospitalizace a klientů přicházejících ambulantně.

Toto téma jsem si zvolila, protože mě daná problematika zajímá, jedná se o aktuální tematiku.

1. Současný stav

1.1 Anatomie a patologie trávicího systému

1.1.1 Anatomie a fyziologie tlustého střeva

Tlusté střevo (intestinum crassum, colon) je složeno z oddílů: slepé střevo (coecum), vzestupný tračník (colon ascendens), příčný tračník (colon transversum), sestupný tračník (colon descendens), esovitý tračník (colon sigmoideum) a konečník (rektum) (viz. Příloha 2).

Tlusté střevo je konečná část zažívacího traktu, měří přibližně 1,5m. Stěna střeva není příliš silná, charakteristická je také lokalizace podélné (longitudiální) svaloviny, tzv. ténie, která spolu s cirkulární svalovinou vytváří haustra (výdutě stěny). Těsně pod sliznicí střeva jsou uloženy cévní a mízní pleteně, které zajišťují vstřebávání velkého množství vody a minerálních látek, např. Na, Cl, Ca. Sliznice tlustého střeva nemá klky, pouze nízké řasy s malým množstvím resorpčních buněk, ale je zde velké množství lymfatické tkáně a hlenových žlázek, které produkují hlen. Tento hlen podporuje hladký pohyb tráveniny a zároveň chrání vnitřní povrch střeva a zabraňuje vstřebávání do krevního oběhu produkty hnilobných a kvasných procesů probíhajících ve střevě. Ve střevě se fyziologicky vyskytují saprofytické bakterie, které štěpí cukry, tuky a v malém množství i celulózu, vzniká tak alkohol a různé plyny a jedovaté látky. V tlustém střevě se shromažďují nestrávené zbytky potravin a vstřebávají se zde minerály, cukry, ale hlavně voda, což vede k zahuštění obsahu. Nejvíce vody se vstřebává ve vzestupném tračníku (5, 25).

Složení stolice závisí na stavbě potravy, kterou člověk přijme. Stolice obsahuje vodu, nestravitelné složky (škroby, vazivová vlákna, tukové kapky), odloupané epitelie a žlučová barviva, která ovlivňují zbarvení stolice. Množství vody ovlivňuje tuhost stolice.

Pohyby tlustého střeva jsou charakterizovány posunem obsahu směrem ke konečníku. Pohyb je stimulován nervovými pásy, chemickými látkami a mechanickými podněty, např. objem. Hormony ovlivňující motilitu střeva jsou gastrin a sekretin.

Důležité jsou i některé reflexy, které ovlivňují motilitu střeva: gastrokolický reflex, což je zvýšená motilita tlustého střeva při naplnění žaludku a reflex duodenokolický, který funguje podobně. Rychlost posunu v tlustém střevě záleží na složení obsahu: čím větší je obsah vlákniny, tím se posun urychlí. Vlákna je nestravitelná a svou velikostí podporuje motilitu střeva.

Vyprazdňování stolice (defekace) je reflexní děj, který můžeme ovlivňovat svou vůlí. Zpravidla k defekaci dochází jednou za 24 hodin. Nahromaděním stolice v konečniku se zvýší tlak a napětí stěn vyvolá pocit nucení na stolicí. Dojde k ochabnutí vnitřního svěrače, který je ovládán vegetativním nervstvem (hladká svalovina), zevní řitní svěrač je tvořen příčně pruhovanou svalovinou, tudíž ho ovládneme naší vůlí. Povoláním zevního řitního svěrače dojde zároveň ke smrštění břišního svalstva a bránice a tím se zvýší tlak na koncový úsek trávicí trubice, který se vyprazdňuje. Množství stolice je proměnlivé, pohybuje se průměrně od 150 – 300 gramů (5, 25).

1. 1. 2 Patologie tlustého střeva

Pomocí endoskopie se v trávicím traktu vyšetřují a diagnostikují nejčastěji zánětlivá a nádorová onemocnění. Proto budou níže popisována pouze onemocnění, které jsou kolonoskopicky nejčastěji diagnostikována.

Mezi zánětlivá onemocnění, která lze diagnostikovat pomocí kolonoskopického vyšetření, patří Crohnova choroba, colitis ulcerosa a divertikly střevní.

Crohnova choroba je onemocnění, které vzniká na podkladě chronického zánětu neznámého původu, který nejčastěji postihuje poslední část tenkého střeva (terminální ileum). Zde má pravděpodobně velký vliv infekční příčina (anaerobní bakterie), autoimunitní mechanismus a dědičné faktory. Jedná se o nespecifický střevní zánět. Může se však vyskytnout v celém průběhu trávicí trubice, od ústní dutiny až po konečník. Postižení sliznice není souvislé, postižení je v určitých úsecích (segmentace). Zánět proniká celou střevní stěnou. Jedná se o nevyčísitelné onemocnění s recidivami a relapsy. Crohnova choroba má dva vrcholy, mezi 18. a 22. rokem a dále pak mezi 50. a 80. rokem života. Ve sliznici střeva se vytvoří aftózní vředy s bělavým středem a

zarudlým lemem, které mohou prasknout a vzniknout komplikace jako difúzní zánět pobřišnice. V případě, že jde o ohraničený zánět, může dojít ke spojení s okolními orgány, popř. vyústění střeva navenek těla pomocí píštělí. Obvykle jsou píštěle kolem análního otvoru (perianální píštěle). Poslední komplikací je zúžení střeva následkem zánětu a poruchy střevní průchodnosti. Při vzniku komplikací příznaky závisejí na jejich rozsahu a lokalizaci. Crohnova choroba začíná obvykle velice prudce podobně jako náhlé příhody břišní, bolest břicha v pravém podbřišku, nebo se může projevit jako maloabsorpční syndrom, přitom záleží na místě, kde je střevo postiženo. Stolice může být průjmovitá s příměsí krve nebo hlenu. Projevuje se hubnutím, nadýmáním a teplotami (14, 16, 33, 41).

Dále sem patří Colitis ulcerosa nebo-li proktokolitida, která je popisována jako toxicko – zánětlivé onemocnění tlustého střeva s neznámou příčinou.

Jedná se tedy o nespecifický střevní zánět. Postiženo bývá pouze tlusté střevo a zánět je souvislý (kontinuální). Začíná vždy v konečníku a postupuje směrem vzhůru. Dle lokalizace postižení tračníku rozeznáváme 4 typy: rektální tvar (postiženo je do 15 cm rekta), ohraničený tvar (postiženo je rektum a různé délky sigmatu), levostranný tvar (postižení je od rekta do levé poloviny colon transversum), difúzní tvar (od anu po terminální ileum postiženo hemoragickým zánětem, v případě těžkého průběhu). Průběh je poměrně vleklý, střídají se období vzplanutí nemoci (relaps) s obdobím klidu (remise). Klinický obraz u tohoto onemocnění kolísá. Někteří pacienti mohou mít potíže i trvalé. Výjimečně může být průběh nebezpečně rychlý, tzv. fulminantní, tento stav se hlavně objevuje u ulcerózní pankolitidy, v tomto případě je pacient ohrožen na životě. Sliznice je porušena povrchově, zánět neproniká do hloubi stěny, dochází k častému krvácení. Teprve v pokročilých případech nemoci dochází k vytvoření slizničních defektů - vředy. V těžkých případech je postiženo celé tlusté střevo, tzv. pankolitis. Často toto onemocnění provázejí septické komplikace, které nastávají v důsledku poškození střevní sliznice, následkem toho dojde k porušení ochranné střevní bariéry a látky ze střevního obsahu se pak vstřebávají do krevního oběhu. Při dlouhodobém trvání zánětu se na sliznici mohou objevit zánětlivé polypy. Nejhorší komplikací je perforace střeva a následná sterkorální peritonitida. Mezi klinické příznaky patří:

nutkavý pocit na stolici, kdy může odejít malé množství stolice a nebo pouze jen hlen a krev, při postižení vyšších úseků sliznice tlustého střeva dochází k průjmovité stolici s příměsí hlenu, krve nebo hnisu. Následkem onemocnění dojde k poruše hospodaření s minerály a vodou. V důsledku septického stavu se objevují teploty, od subfebrilních až po horečky, celkový stav se zhoršuje, pacient hubne. Zánětem změněná sliznice je bolestivá. Nadále se objevují i mimostřevní příznaky, jako kloubní bolesti, různé kožní změny a oční záněty. Komplikace proktokolitidy mohou být krvácení do střeva, proděravění (perforace) tlustého střeva a maligní zvrát onemocnění – karcinom tlustého střeva (3, 14, 29, 33, 41).

Dalším onemocněním, patřícím do této kategorie, jsou divertikly střevní. Jedná se o výchlípky stěny tračníku o různé velikosti. Nejčastěji se vyskytují na tlustém střevě – tračníku, a to v oblasti esovité kličky, v levém podbřišku. Výchlípky mohou být vrozené, ale častěji jsou získané. Příčiny a etiologie jejich vzniku jsou složité. Získané výchlípky tračníku jsou řazeny mezi tzv. civilizační choroby, protože na jejich vzniku se také podílejí špatné stravovací návyky (nedostatek vlákniny v potravě - ovoce a zeleniny), sedavý způsob života, návyková zácpa, nadváha a jiné. Častěji jsou tímto onemocněním postiženi muži. Většinou o jejich přítomnosti ani nevíme, někdy podporují zácpu, nadmutí, bolesti a tlaky – které se objevují v levém podbřišku. Někdy se výchlípky mohou komplikovat zánětem, vzniká pak zánět výchlípek na esovité kličce nebo-li diverticulitis sigmoidei. Postiženi jsou spíše starší lidé, kolem 50. roku života. Vznikne ohraničený zánětlivý infiltrát, nebo dojde k perforaci divertiklu s následným abscesem nebo difúzní peritonitidou. Klinicky se onemocnění projeví bolestí v levém podbřišku s celkovými příznaky akutního zánětu (teplota, zvýšený počet leukocytů). Dochází ke dráždění pobřišnice v souvislosti s ohraničeným i difúzním zánětem pobřišnice. Nejlepší prevencí tohoto onemocnění je příjem vlákniny v potravě, tedy zbytková strava (12, 13, 14, 24, 41).

Nádorová onemocnění, diagnostikovatelná kolonoskopií, lze rozdělit na benigní nádory tlustého střeva – tzv. polypy a maligní nádory tlustého střeva, což jsou nejčastěji karcinomy.

Benigní nádory tlustého střeva představují rizikové stavy pro vznik maligních nádorů. V tlustém střevě mohou vyrůstat ze stěny leiomyomy, hemangiomy, lipomy nebo lymfómy. Nejčastěji jsou to ale adenomy (polypy) vyrůstající ze sliznice střeva (viz. příloha 6). Mají většinou polokulovitý tvar, široce přisedlý, nebo stopkatý, vyčnívající nad úroveň okolní sliznice. Polypy se vyskytují buď ojedinele (soliterní), nebo mnohočetně (polypóza). Polypózou může být zatížena rodina i po několik generací (familiární výskyt). Polypóza patří mezi prekancerózy, jedná se o onemocnění, ze kterého může vzniknout v průběhu doby zhoubný nádor – karcinom. Ke klinickým příznakům patří zejména krvácení do stolice. Někdy může být příměsí ve stolici velké množství hlenu, které se vyskytuje u některých adenomů (vilózních). Většinou je však klinika němá (1, 14, 41).

Mezi nejčastější maligní nádory tlustého střeva patří karcinomy – kolorektální karcinom. Kolorektální karcinom je nejčastější zhoubný nádor trávicího ústrojí. Výskyt tohoto onemocnění se neustále zvyšuje. Ve výskytu tohoto onemocnění je Česká republika na prvním místě světového žebříčku (23). Příčina vzniku tohoto onemocnění je multifaktoriální, podílí se více vlivů jak ze zevního prostředí, tak vlivy genetické. Mezi faktory zevního prostředí patří hlavně výživa: nedostatek vlákniny, či přemíra tuků ve stravě, nevhodná tepelná úprava stravy (smažení, pečení, uzení), některé toxické látky (herbicide), kouření a alkohol. Predispoziční onemocnění, vedoucí ke kolorektálnímu karcinomu, jsou polypy, ulcerózní kolitida, Crohnova choroba. Karcinom tlustého střeva vzniká často kolem 40. roku života. Nejčastější lokalizace je v konečníku, vzestupném a esovitém tračníku. Příznaky onemocnění bývají zpočátku nenápadné. Kolorektální karcinom začíná obecnými příznaky jako hubnutí, nechutenství, vysoká sedimentace erytrocytů a chudokrevnost. Později se objeví příměs krve ve stolici, střídání průjmu a zácpy. Při pokročilém stavu nemoci může dojít až k neprůchodnosti střeva se zástavou plynů a stolice pod obrazem ileózního stavu nebo ochrnutí jeho hybnosti. V místě nádoru nebo nad nádorem může dojít k proděravění střeva a následně vznikne difúzní zánět pobříšnice (1, 14, 41).

1. 2 Problematika kolonoskopie

1. 2. 1 Vývoj endoskopie ke kolonoskopii

Počátky endoskopických metod sahají až do roku 1806, kdy Phillip Bozzini ve Frankfurtu nad Mohanem vyšetřil poprvé močový trakt pomocí tenké trubice, svíce a zrcadla. Termín endoskopie je odvozen od řeckých slov endo- (uvnitř) a skopein (prohlížení, pohled), autorem pojmu je francouzský urolog Jean Desmoreaux. Jean Desmoreaux vyšetřoval uretru a konečník pomocí lampy vlastní konstrukce roku 1850. Zřejmě jde o první zdokumentované vyšetření. Od té doby uběhlo mnoho let a vyšetřovací metoda endoskopie se vyvíjela a nadále i vyvíjí. Přes první rigidní endoskopy z roku 1868, dále pak první flexibilní endoskopy z roku 1932. Mnohem později byla vyvinuta v Japonsku první gastrokamera a až v roce 1952 byla objevena skleněná vlákna a fibroskop. Koncem tisíciletí byla vynalezena nová technologie videoendoskopie. Postupně se začalo využívat terapeutických výkonů v endoskopii.

Z historie endoskopie v Čechách existuje pouze málo informací. Pravděpodobně prvními, kdo endoskopovali na našem území, byli pražští Němci. Kolem roku 1930 vznikla na I. interní klinice Lékařské fakulty v Praze první česká endoskopická škola. Endoskopie se u nás začala mnohem více používat až po 2. světové válce (22).

Kolem roku 1800 byl vyšetřován konečník pomocí zrcadel (spekula). Postupem času byly vyvinuty rigidní endoskopy a v roce 1962 byl použit prototyp kolonoskopu na principu vláken. První totální kolonoskopie byla provedena na Sardinii až v roce 1965, stále však ve srovnání s dnešní dobou poměrně primitivním způsobem. První kolonoskopické vyšetření v Československu bylo provedeno v roce 1970 lékařem J. Nedbalem. Jak je výše popsáno, kolonoskopické vyšetření je tedy poměrně novým vyšetřením, které se neustále vyvíjí (22).

Kolonoskopie je velice důležitá endoskopická vyšetřovací a léčebná metoda v gastroenterologii. Pomocí flexibilního endoskopu (viz. příloha 4) o průměru 11 – 13 mm je umožněno lékaři nahlédnout dovnitř dolní části trávicího ústrojí (viz. Příloha 3) – konečníku a tlustého střeva (sigmoideum, colon descendens, colon transversum, colon

ascendens, cékum, Bauhinská chlopeň a terminální ileum). Kolonoskopické vyšetření vzniklo v 70. letech minulého století jako další specializace fibroskopických vyšetření. Kolonoskopie dnes již nahrazuje dříve často používané rentgenologické vyšetření tlustého střeva (irrigografie). Kolonoskopie přesně a úplně zobrazí vnitřek tlustého střeva. Podle rozsahu lze kolonoskopii rozdělit na parciální (sigmoideoskopie do hepatálního ohbí), totální (pankologoskopie) po operacích tlustého střeva (po resekčních výkonech s následnými anastomózami). Vyšetření vyžaduje dokonalou očistu střeva, jelikož je možné provádět odstranění polypů na sliznici střeva. Kolonoskopie se provádí u hospitalizovaných pacientů nebo u pacientů přicházejících ambulantně (3,18, 20, 22).

1. 2. 2 Endoskop a endoskopie v současnosti

Endoskopy můžeme rozdělit na rigidní endoskop, což je pevný, neohebný, používající se např. při bronchoskopii nebo rektoskopii. Flexibilní endoskopy jsou ohebné, využívají se např. při kolonoskopii, gastrokopii. Dalšími typy endoskopů jsou videoendoskopy, umožňující vyšetření pomocí kamery a dále pak speciální endoskopy, které slouží k terapeutickým výkonům, např. laparoskopie či artroskopie. Součástí speciálních endoskopů jsou různé pomůcky potřebné k výkonu – nosiče tampónů, bioptické kleště, koagulační kleště a jiné.

Endoskop se zavádí přirozenými otvory (ústa, konečník, močová trubice) a nebo otvory uměle vytvořenými pro tento účel (laparoskopie). Flexibilní endoskopy umožňují vyšetření dutých orgánů bez rizika perforace a traumatizace. Jedná se o řadu různých vyšetření nazývaných dle vyšetřovaného orgánu (žaludek – gastrokopie, průdušky – bronchoskopie, atd.). Kromě prohlédnutí endoskopie umožňuje odběr vzorků tzv. biopsii k dalšímu vyšetření. Od 60. let minulého století jsou endoskopické vyšetřovací metody rozhodující pro gastroenterologii.

Endoskopie je vyšetřovací metoda, která umožňuje většinou i přímým pohledem prohlédnutí dutých orgánů či tělesných dutin a používá se k vyloučení organické příčiny obtíží vyšetřením první volby. Využívá se při dlouhodobém sledování nemocného léčeného konzervativně. Provádí se endoskopem. V současnosti je možné řadit endoskopické metody k metodám operativním (28).

Někdy je používán název fibroskopie, který je odvozen od latinského slova fibro = vlákno. Tento výraz má zdůraznit, že světlo i obraz jsou vedeny v přístroji vlákny. Endoskopy jsou tedy vybaveny optickými vlákny, studeným světlem a bioptickým kanálem, který umožňuje odběr tkáně k histologickému vyšetření. U rigidních endoskopů je naopak využívána klasická optika – systém čoček. Dnes jsou často používány videoendoskopy, kdy je výsledný obraz promítán na obrazovku (2, 18, 21, 22, 23, 39).

V současnosti endoskopické vyšetření získalo prvenství zejména ve včasné diagnostice nádorů, odběru vzorků na vyšetření, přímém sledování změn na sliznici dutých orgánů, odstraňování cizích těles, zastavování krvácení, miniinvazivních operacích a dále pak sondování různých vývodů a plnění kontrastní látkou (28).

1. 2. 3 Indikace a kontraindikace kolonoskopie

V současné době jsou indikace ke kolonoskopii mnohem častější než dříve. Indikace ke kolonoskopii je vždy plně v rukou lékaře – jak praktického, tak specialisty. Nejčastěji se jedná o diagnostiku onemocnění, které jsou popsány v kapitole 1. 1. 2 Patologie. U dospělých lidí jsou indikační skupinou nemocní s nejasnou enteroragií (sytě červená krev ve stolici - krvácení z dolní části trávicí trubice), kdy předchozí vyšetření rigidním rektoskopem neodhalilo příčinu enteroragie. Kolonoskopie se využívá u pacientů s pozitivním testem na krev ve stolici - okultní krvácení. Tuto zkoušku by měl absolvovat každý po 50. roce života ob jeden rok a při pozitivním nálezu v rodinné anamnéze po 45. roce života každý rok. Dále se kolonoskopické vyšetření využívá při diagnostice Crohnovy choroby, nespecifických střevních zánětů a divertikulitidě. Využívá se taktéž při hledání primárního zdroje metastáz nalezených v dutině břišní. Dále by měli být sledováni pacienti po resekci tlustého střeva či po endoskopické polypectomii. Kolonoskopie by se měla také provádět při závažných změnách ve vyprazdňování, u průjmů, zácpy, střídání průjmu a zácpy (2, 12, 15, 24).

Kontraindikací kolonoskopie jsou těhotenství v prvním trimestru, těžké průběhy ulcerózní kolitidy nebo ischemické kolitidy z důvodu rizika vzniku střevní perforace.

Kontraindikací jsou dále peritonitida, známky peritoneálního dráždění a pacienti s akutním infarktem myokardu nebo v časných stádiích po něm. Odložení terapie musí být u pacientů léčených radiační terapií, u nichž vznikla postradiační kolitida. Obtížná až neproveditelná může být kolonoskopie u osob, které byly dříve opakovaně operovány a vznikly u nich abdominální srůsty, které dislokují průběh střeva, takže kolonoskopie je pro nemocného subjektivně neúnosná nebo technicky neproveditelná. Další kontraindikace jsou velké břišní kýly a psychóza. Obecně se kolonoskopie neprovádí při podezření na infekční kolitidu (2, 15).

1. 2. 4. Komplikace kolonoskopického vyšetření a jejich prevence

I v současnosti, při velkém rozvoji vyšetřovacích a léčebných metod s novými materiály, musíme myslet na rizika spojená s komplikacemi. Komplikace endoskopických výkonů můžeme rozdělit na obecné a specifické.

Obecné komplikace endoskopických metod jsou alergické reakce, kardiorepirační a infekční. Alergická reakce je nejčastěji v souvislosti s lékovou premedikací. Komplikací premedikace může být útlum dechového centra a poruchy srdečního rytmu v souvislosti s kombinací podaných léků a délkou endoskopického výkonu. Premedikace zajistí uvolnění pacienta. Výkon má být prováděn rychle, aby byl pacient co nejméně zatěžován. Riziko infekčních komplikací se zvyšuje přítomností dalších onemocnění jako jsou srdeční chlopenní vady, diabetes mellitus a jiné.

Mezi nejčastější a nejzávažnější specifické komplikace při kolonoskopickém vyšetření patří perforace tlustého střeva. Mezi rizikové faktory perforace patří nedostatečná příprava, střevní divertikly a záněty. Perforace vyžaduje chirurgické řešení. Další komplikací je krvácení při biopsii, které je nejčastěji způsobeno poruchou koagulace při odstraňování polypů. Je tedy nezbytné před kolonoskopickým vyšetřením provést vždy koagulační vyšetření: QUICK, aPTT, počet trombocytů a vyšetření na známky diseminované intravaskulární koagulace. Krvácení se staví opichem adrenalinu, svorkováním nebo koagulací. Po odstraňování široce přisedlých polypů se může po několika hodinách objevit tzv. postpolypektomický syndrom, který se projevuje

lokálním drážděním pobříšnice a teplotou. Většinou postpolypektomický syndrom odezní bez léčby (22).

Prevence komplikací by neměla být podceňena. Důležité jsou anamnestické údaje získané před výkonem, lékařem či sestrou. Informace se týkají příznaků onemocnění a alergií. Důležité je vysvětlit pacientovi důvod a techniku výkonu a na základě těchto informací pacient podepisuje tzv. informovaný souhlas s vyšetřením, kde je popsán nejen průběh, ale i komplikace spojené s výkonem, které jsou blíže popsány v kapitole 1. 4. 3 Informovaný souhlas (22).

1. 3 Úloha sestry v přípravě a v péči o pacienta při kolonoskopii

1. 3. 1 Příprava pacienta ke kolonoskopii

Kolonoskopické vyšetření je pro většinu pacientů velkou psychickou zátěží. Příprava na vyšetření má určité společné zásady, avšak v souvislosti s věkem, ochotou spolupracovat a celkovým stavem pacienta můžeme přípravu přizpůsobit. Psychologická příprava je důležitá pro všechny pacienty. Ošetřující lékař by měl pacientovi vysvětlit, co jej čeká, na jaké vyšetření ho posílá, jak se má připravit a jak bude vyšetření probíhat a zodpovědět dotazy, které pacienta zajímají. Sestra pak pacientovi vysvětlí informace, kterým nerozuměl a popřípadě zodpoví dotazy pacienta v rámci svých kompetencí.

Důležité je u tohoto vyšetření správné vyprázdnění tlustého střeva, jelikož v případě špatně vyprázdněného střeva je nutné výkon opakovat. Je více možností, jak střevo co nejlépe vyprázdnit, záleží však na zvyklostech oddělení. Dále je proto popsáno několik nejpoužívanějších způsobů přípravy. První možností je třídní příprava tekutou stravou, kdy večer před vyšetřením sestra provede pacientovi výplach střeva či podá projímadla. Druhou možností přípravy je, že den před vyšetřením dostane pacient snídani a po obědě, který je lehký a bez tuků (např. čistý polévkový vývar) se pacientovi zvýší přísun tekutin. Nedoporučuje se mléko a ovocné šťávy. Přibližně kolem 14. hodiny dostane pacient od sestry dávku (dle věku) přípravku MgSO₄ nebo

přípravek X-PREP a velký pohár vody a potom každou hodinu sklenici vody nebo čaje. Celkově by měl vypít kolem 2 – 3 litrů. V den vyšetření pacient nesnídá. 2 hodiny před vyšetřením vypije ještě 2 – 3 hrnečky čaje nebo vody. Je nutné zajistit, aby se pacient těsně před vyšetřením vyprázdnil. Třetí varianta vyprázdnění spočívá v tom, že pacient týden před vyšetřením by měl vynechávat jídlo s obsahem železa. Je to z důvodu, že železo zvyšuje viskozitu stolice – zhoršuje vyprazdňování. Dále se doporučuje 48 hodin před vyšetřením jíst bezezbytkovou stravu a v posledních hodinách podávat spíše tekutiny. 24 hodin před vyšetřením by měl pacient pít jen tekutiny, mimo mléka a perlivých nápojů (19).

Dnes se hodně využívá tzv. ortográdní příprava, která spočívá ve vypití speciálního roztoku – Makrogol. Tento roztok je přímo připravován v lékárně a posléze dodáván na oddělení v nemocnici pro pacienty připravované na vyšetření. Roztok u pacienta navodí po vypití odchod tekutiny i se stolicí. Pacient Makrogol popíjí zhruba od 15. hodiny do 19. – 20. hodiny, a to den před vyšetřením. Optimální by bylo, kdyby pacient vypil 1 litr roztoku v průběhu jedné hodiny. Sestra dohlíží, zda pacient roztok vypil a nemá nauzeu a nezvrací. U pacientů, kteří mají divertikulární chorobu nebo bolestivé spazmy při klyzmatu, může sestra po konzultaci s lékařem podat spasmolytické preparáty.

Pokud je pacient indikován ke kolonoskopii a připravuje se v domácím prostředí, jeho ordinující lékař se sestrou mu v ordinaci podají informace nejen jak se připravit na toto vyšetření, ale měli by pacientovi vysvětlit, co to je za vyšetření i jak probíhá, ale hlavně vysvětlit přípravu roztoku, který pomůže pacientovi se vyprázdnit. Pacient si vyzvedne v lékárně předepsaný přípravek – nejčastěji Fortrans. U každého balení je příbalový leták s návodem na přípravu a užití. Každý pacient si tedy sám rozpustí obsah 4 sáčků ve 4 litrech vody dle návodu a popíjí tento roztok odpoledne před vyšetřením. Příprava v domácím prostředí může být obtížná, hlavně pro starší pacienty, proto jsou velice důležité informace o přípravě na vyšetření získané od ordinujícího lékaře a sestry. Na lékaři je zvážit, zda se daný pacient dokáže v domácím prostředí připravit sám nebo zda je vhodná hospitalizace před kolonoskopickým vyšetřením. Pro pacienty, kteří jsou schopni samostatné přípravy, je domácí prostředí

velmi vhodné. Pacienti jsou v prostředí, které znají a to může mít dobrý vliv na psychiku (2, 12, 19, 21, 22)..

O přípravě pacienta těsně před vyšetřením bude zmíněno v další kapitole 1. 3. 2 Úloha sestry před kolonoskopií - endoskopická sestra.

1. 3. 2 Úloha sestry před kolonoskopií - endoskopická sestra

Sestra má velmi významnou roli při endoskopických vyšetřeních, její hlavní úkoly jsou péče o pacienta před, při a po výkonu a dále pak péče o přístroje. Optimální by bylo, kdyby u každého výkonu byly k dispozici 2 endoskopické sestry, není to však nezbytné. Endoskopická sestra by měla mít vhodné osobní vlastnosti, základní psychoterapeutické vědomosti a měla by to být dobře proškolená sestra. Často bývá sestra první člověk, který se s pacientem setká při nástupu na kolonoskopické vyšetření, proto by se sestra měla chovat profesionálně a mile. Endoskopická sestra musí znát průběh vyšetření, nahlíží do dokumentace pacienta, aby věděla, které vybavení bude potřebovat. Musí umět asistovat u prováděných výkonů a následně znát péči o pacienty po kolonoskopických výkonech. Dbá na desinfekci a sterilizaci použitých endoskopů, kontroluje jejich funkčnost a těsnost před každým použitím. Vede dokumentaci o použití každého kolonoskopu (22).

Novou endoskopickou sestru nejlépe zaškolí jiná dobře proškolená sestra se zkušenostmi. Vstupní instruktáž v péči o přístroje by bylo vhodné, aby podal nové sestře technik od firmy, u které byl přístroj zakoupen. Další doškolování je v rámci České gastroenterologické společnosti, která pořádá doškolovací akce.

Objednávání pacientů na kolonoskopii se v drtivé většině případů děje telefonicky. Endoskopická sestra musí získat v krátkém rozhovoru základní údaje o nemocném, jako jeho jméno, věk, odkud přichází, naléhavost indikace - podezření z malignity, krvácení atd. Sestra dále pak zjistí základní zdravotní informace o pacientovi - pohyblivost, zdali má diabetes mellitus nebo jiná závažná onemocnění. Sestra se ptá na provedená vyšetření před výkonem, zajistí dodání potřebné dokumentace a přípravu před vyšetřením. Důležité je při telefonickém rozhovoru zjistit, zda má pacient zajištěno lůžko či odvoz s doprovodem. Po dohodě s lékařem

endoskopická sestra sestavuje program vyšetření. Měla by brát ohled na zdravotní stav pacientů - diabetici na inzulínu, pacienti se závažným onemocněním a pacienty ambulantní s doprovodem (2, 22).

Běžné kolonoskopické vyšetření trvá přibližně 60 minut, totální kolonoskopie trvá podstatně déle. Délka vyšetření je však velmi individuální u každého člověka. Reakce pacienta při vyšetření jsou neodhadnutelné, je proto vhodné, aby sestra podala pacientovi léky dle ordinace lékaře na tlumení psychického napětí a úzkosti a tím předešla střevním spazmům. Premedikace - dle rozhodnutí lékaře se podává těsně před zavedením kolonoskopu intravenózní cestou (21).

Endoskopický sálek musí být připraven odpovídajícím způsobem, aby se zde mohl provádět endoskopický výkon – kolonoskopické vyšetření. Na kolonoskopickém sálku sestra připraví pomůcky před každým vyšetřením: flexibilní kolonoskop, kameru, obrazovku, video, zdroj světla, odsávací zařízení, nástroje na cílenou biopsii, stěrovou cytologii (kleště, kartáček), polypektomické kličky, kanyly na oplach, nástroje na koagulaci a jiné. Endoskopické nástroje musejí být vydesinfikované, odzkoušené a funkční. Dále pak sestra vždy připraví dokumentaci pacienta a premedikaci. V případě, že se daný výkon provádí v analgosedaci, musí být připraven také pulzní oxymetr, kyslíková maska či brýle, ruční dýchací přístroj, tonometr, vybavení pro intubaci a léky pro první pomoc, a to dle zvyklostí oddělení (22, 21).

Pacient přicházející do nemocnice na kolonoskopické vyšetření je často rozrušen a jeho schopnost soustředit se je velmi snížena. Takže je možné, že řadu informací přeslechne či zapomene, proto je vhodné pacientovi vše znovu a pomalu vysvětlit. Důležité informace musí sestra klást na začátku rozhovoru, tak si je pacient nejlépe zapamatuje. Většina pacientů, kteří přicházejí na kolonoskopické vyšetření, má strach o svůj zdravotní stav, či následně ze špatné zprávy (diagnózy), popřípadě strach z neznámého. Tento strach by se sestra a lékař se měli pokusit zmírnit. Důležité a přitom vhodné je pravdivé vysvětlení, co pacienta čeká v souvislosti s vyšetřením. Upozornit, že je vlastní vyšetření poměrně nepříjemné, ale pro účel diagnostiky nezbytné. (34, 36).

Pacient těsně před vyšetřením podepisuje informovaný souhlas s provedením daného výkonu (viz. příloha 5). Tento dokument sestra zakládá do pacientovy endoskopické dokumentace. Pacientovi při vstupu na vyšetřovnu sestra vysvětlí jednotlivé postupy před vyšetřením (odložení svršků) a při vyšetření (premedikace, poloha při vyšetření, nepříjemné pocity v souvislosti s vpravením vzduchu do střev v rámci vyšetření a další). V převlékací kabině si pacient odloží oděv dle instrukcí sestry. V případě potřeby sestra pacientovi pomůže se svlékáním.

U ambulantního pacienta je vhodné, aby měl pacient s sebou doprovod, který mu zajistí doprovod domů. Doprovod může odejít a vrátit se později nebo čekat po dobu výkonu v čekárně (22).

1. 3. 3 Úloha sestry při poskytování ošetrovatelské péče v průběhu kolonoskopického výkonu

Sestra znovu vysvětlí pacientovi, jak vyšetření bude probíhat na endoskopickém sálku, zodpoví poslední nejasnosti spojené s výkonem a zkontroluje, zda všemu rozumí a pomůže pacientovi upravit polohu, což je na levém boku s pokrčenými končetinami ke stěně břišní. Může se použít elastický břišní pás. Sestra zkontroluje, zda pacient nemá v ústech zubní protézu a podává léky dle ordinace. Při výkonu sestra zabezpečuje intimitu pacienta, dbá na to, aby byla odkryta jen nevyhnutelná část těla za použití plátěné podložky, perforované plátěné podložky nebo kalhot s otvorem na konečník. Během vyšetření sestra a lékař s pacientem komunikují.

Lékař nejprve pacienta digitálně vyšetří a pak sestra podá endoskopický přístroj a dále asistuje podle jeho pokynů. Sestra má na rukách jednorázové gumové rukavice a potírá koncovou část tubusu vazelínou a sfinkterickou oblast pacienta potřem Mesocain gelem. V průběhu vyšetření pak lékař polohu pacienta dále upravuje - na záda, na pravý bok, až se endoskop zavede do céka a do terminálního ilea. Při polohování je velice důležitá spolupráce sestry, pacienta i lékaře. Během vysouvání kolonoskopu se prohlíží celé střevo a provádí se odběry materiálu na histologické vyšetření či jiné zákroky. Odebrané vzorky se ukládají do předem připravených nádob. Sestra by měla pacienta včas informovat o nepříjemných pocitech v břiše v souvislosti s vpravením vzduchu do

střev při vyšetření. Sestra by měla pacienta udržovat ve stejné poloze a sledovat jeho celkový stav (pocení a barvu kůže, verbalizované problémy) (2, 20, 21).

1. 3. 4 Úloha sestry po kolonoskopickém výkonu

Sestra po vyšetření zavede pacientovi rektální rourku do konečníku, tím se uvolní pnutí ve střevě - odvádí plyny. Následně pacient odpočívá pod dohledem sestry 60 – 120 minut v prostoru či pokoji vyhrazeném k odpočinku pacientů po výkonu. Dále pak sestra sleduje u pacienta fyziologické funkce, vyprazdňování – zde upozorní pacienta, že může mít krev ve stolici, která souvisí s bioptickým odběrem. Dále pak sestra kontroluje meteorismus, střevní peristaltiku, bolesti břicha. Je zde riziko po výkonu tzv. vagové reakce – zvracení a dušení. Vše dokumentuje a hlásí lékaři. U hospitalizovaných pacientů sestra zajistí jejich odvoz na oddělení. Ambulantní pacienti odcházejí s doprovodem se svou dokumentací včetně endoskopické zprávy, popřípadě sestra zajistí, aby byla zpráva odeslána poštou. Doma by měl mít pacient klid na lůžku a musí sledovat projevy krvácení a postupně zatěžovat stravou. Po provedené polypektomii se doporučuje ještě v týž den kašovitá strava. Druhý den lze podávat dietu, kterou měl pacient před vyšetřením. Ambulantní pacienti jsou při odchodu domů informováni, že v případě většího krvácení z konečníku se má pacient okamžitě dostavit na gastroenterologické oddělení do nemocnice. Při provádění invazivního výkonu je pacient hospitalizován na oddělení, kde se sledují projevy krvácení ve stolici.

Po výkonu sestra odebraný materiál z biopsií řádně označí, zkontroluje a spolu s vyplněnými žádankami posílá na histologické vyšetření. Veškeré pomůcky, které byly použity, se náležitě ošetří (vyšší stupeň desinfekce) a uloží. Kovové nástroje sestra mechanicky očistí a pak se vysterilizují. Optické přístroje se ošetří dle návodu výrobce (2, 20, 21).

1. 4 Informovanost pacienta

1. 4. 1 Komunikace

Komunikace znamená výměnu všech signálů i informací mezi dvěma a více jedinci. Komunikace tvoří základ ošetrovatelské péče. Odborná komunikační dovednost je jednou z nejdůležitějších dovedností sestry. V komunikaci využíváme dvou složek: verbální komunikaci a neverbální komunikaci. Neverbální komunikace - řeč těla - se používá na podporu řeči, vyjádření emocí a interpersonálního postoje. Do neverbální komunikace patří výraz v obličeji (mimika), přiblížení a oddálení (proxemika), dotyk (haptika), fyzický postoj (posturologie), pohyb (kinezika) a dále pak gesta, pohledy a úprava zevnějšku. Verbální komunikace je slovní komunikace, kdy používáme slova nebo jiné symboly ke sdělování informací. Jedná se v podstatě o sdělování myšlenek. Význam verbální komunikace dotváří neverbální složka komunikace. Ke správné komunikaci nestačí jen správně volit slova, ale jsou zde i další prvky jako rychlost řeči, hlasitost, pomlky, výška hlasu, délka projevu a intonační schopnosti, kterým je nutné také se věnovat (11, 32, 34, 37).

Pacient by měl být informován u svého doporučujícího lékaře o pojmu a podstatě kolonoskopického vyšetření, režimových a dietních opatření před vyšetřením a po vyšetření, jak bude probíhat vlastní vyšetření, jaké komplikace se mohou vyskytnout, ale i péči po vyšetření a omezení po vyšetření (viz. 1. 3. 1 Příprava pacienta ke kolonoskopii). Při tomto rozhovoru je vhodné, aby se sestra či lékař posadili přiměřeně blízko k pacientovi a dívali se mu do očí, na důkaz vstřícnosti. Vhodné je také načasovat podávání informací, tak aby pacient měl možnost všechny informace vstřebat – klidné prostředí, dostatek času atd. Rozhovor by sestra či lékař měli předem dohodnout a připravit - toto je zvláště vhodné u hospitalizovaných pacientů. Pokud si to pacient přeje, může být přítomna během rozhovoru i blízká osoba.

Hovor by měl být přizpůsobován pacientovi, sledovat jeho reakce a neverbální projevy. Rozhovor sestry či lékaře s pacientem je záměrný a organizovaný dialog, který je provázen pozorováním. Aby komunikace byla co nejvíce úspěšná, měly by se při

rozhovoru s pacientem dodržovat určité zásady: jednoduchost, stručnost, zřetelnost, správné načasování rozhovoru a adaptabilita (přizpůsobivost) k pacientovi.

Má-li sestra pacientovi opravdu pomoci, musí být předvídavá, empatická, vnímavá, a velmi trpělivá. Měla by mít i schopnost umět pacienta v pravou chvíli pochválit a povzbudit, toto je velmi důležité obzvláště při komunikaci při vlastním kolonoskopickém vyšetření, např. pokud je nutné změnit polohu pacienta. Sestra by si měla vždy před rozhovorem ověřit, jak je pacient schopen komunikovat. Během rozhovoru by měla sestra několika otázkami ověřit, zda pacient vše pochopil. Důležité je zvolit správnou formu informací, jinak přistupovat k široké veřejnosti a jinak ke zdravotníkům. Pacient očekává od zdravotnického personálu srozumitelné informace, zvláště pokud je nemocný a má strach. Sestra i lékař by měli při rozhovoru s pacientem jasně vyjádřit podstatu věci, v případě pochybností i zopakovat. Na závěr by se nemělo zapomínat na shrnutí a ověření, zda pacient vše pochopil a zdali má nějaké dotazy (31, 37, 40).

Efektivní komunikace pozitivně působí na pacienta v době přípravy i v průběhu kolonoskopického vyšetření: tlumí strach a zmatek, pomáhá při úzkosti a stresu, pomáhá zmírňovat bolest, zlepšuje spolupráci pacienta při vyšetření a pomáhá pacientovi lépe zvládat zátěžovou situaci (29).

1. 4. 2 Informovaný souhlas

V dnešní společnosti se jakýkoliv zákrok smí pacientovi provádět pouze s jeho souhlasem, s tím souvisí informovanost pacienta. Je tedy důležité, aby pacient měl dostatek informací o kolonoskopickém vyšetření, které má podstoupit. Pacient má právo zvolit, zda vyšetření bude chtít podstoupit či nikoliv. Poučení (informace) pacienti dostanou od sestry či lékaře před vyšetřením. Informace, které pacient získá před vyšetřením, by měly obsahovat poučení o účelu, povaze, důsledcích, rizicích zákroku a alternativy zákroku. Poučuje se přímo pacient nebo osoba zodpovědná za daného pacienta (právní zástupce a jiné) (35).

V etickém kodexu Práv pacientů se pojednává, že každý pacient má „ právo získat od svého lékaře údaje potřebné k tomu, aby mohl před zahájením každého

dalšího nového diagnostického a terapeutického postupu zasvěceně rozhodnut, zda s ním souhlasí. Vyjma případů akutního ohrožení má být náležitě informován o případných rizicích, která jsou s uvedeným postupem spojena. Pokud existuje více alternativních postupů nebo pacient vyžaduje informace o léčebných alternativách, má na seznámení s nimi právo. Rovněž má právo znát jména osob, které se na nich účastní (10, s. 241)“

Písemný informovaný souhlas bývá někdy nazýván jako pozitivní revers. V případě kolonoskopického vyšetření by měl tento revers obsahovat definici kolonoskopie, indikaci k vyšetření, ale hlavně přípravu k tomuto vyšetření a možné komplikace (viz. příloha 5). Písemnému souhlasu musí vždy předcházet ústní prezentace informací. Písemná forma bývá psána odborným jazykem, naproti tomu ústní projev by měl být podáván volnějším způsobem, aby všemu pacient rozuměl. Podpisem pacienta je dán souhlas k prováděnému výkonu (9).

1. 5 Některé potřeby a problémy pacienta indikovaného ke kolonoskopii

1. 5 .1 Potřeby jistoty a bezpečí

Jistota a bezpečí patří mezi základní psycho-sociální potřeby člověka. Jedná se o potřeby související s přežitím jedince, potřebou sebezáchovy, snahou vyhnout se ohrožení. Nemoc člověka s sebou přináší obvykle nepříjemné pocity nejistoty, strach a někdy i úzkost, stejně tak je to i u vyšetření jako je kolonoskopie.

Odezvou na neuspokojení potřeb jistoty a bezpečí je strach, úzkost, hněv, smutek a dále pak pocity ohrožení, nejistoty, beznaděje a další. Lékař i sestra by měli pacientům naslouchat, popřípadě se po těchto pocitech ptát v souvislosti s předcházením nežádoucím změnám v chování pacienta jako je např. agresivita (17, 36).

1. 5. 2 Možné problémy u pacienta indikovaného ke kolonoskopii

Pokud nedojde k saturaci potřeb jistoty a bezpečí, mohou vzniknout problémy, jako např. strach, úzkost, porušený spánek. Dalšími problémy mohou být narušení

intimity, bolest a deficit vědomostí o přípravě a průběhu kolonoskopického vyšetření. Informace, které pacienti získají před kolonoskopickým vyšetřením mohou mít velký vliv na vznik těchto problémů. Potřeba informací je ale u každého člověka velmi individuální, proto je nutný empatický a profesionální přístup zdravotního personálu i k problematice kolonoskopického vyšetření (36).

Strach je charakterizován jako obava z konkrétní věci před určitým nebezpečím. Jedná se o intenzivní nepříjemný prožitek nejistoty a tísně pociťovaný v situaci, která je chápána jako nebezpečná. Vystupňovaný strach je hrůza, zděšení a má pro člověka stresové účinky. Ve stavu hrůzy je člověk bezradný a bezmocný. Pokud pacient přichází na kolonoskopické vyšetření, pociťuje strach z bolesti, celkově z daného vyšetření a výsledné diagnózy po vyšetření. Strach lze zmírnit rozhovorem a poskytnutím dostatečného množství informací (8, 36).

Úzkost je obava z něčeho neurčitého, neznámého, nemá konkrétní podnět. Mezi úzkostí a strachem nejsou ostré hranice. U pacientů, kteří přicházejí na kolonoskopické vyšetření, může být úzkost způsobena neznalostí tohoto vyšetření – pacient neví, co ho čeká (36). I zde má velký vliv informovanost pacientů, informace dokáží pacientovi kolonoskopické vyšetření přiblížit a tím teoreticky úzkost snížit.

Vlivem strachu z očekávaného kolonoskopického vyšetření může pacient pociťovat porušený spánek, projevující se špatným usínáním, častým probouzením, nebo únavou po probuzení. Obecně je spánek útlumově-relaxační fáze organismu, při níž se snižuje nebo přímo vymizí funkčnost některých smyslů, snižuje se tělesná teplota, dýchání se zpomaluje a krevní tlak se snižuje. Potřeba spánku u jednotlivých osob je individuální (7, 17).

Pokud pacient nemá dostatek informací před kolonoskopickým vyšetřením o přípravě na vyšetření, průběhu vyšetření či režimu po tomto vyšetření, lze to stanovit jako deficit znalostí. Tento deficit se může projevit různě: dotazováním se na danou problematiku, nespoluprací, ale také strachem, úzkostí, či poruchami spánku. Deficit znalostí může vzniknout i pokud pacient má ovlivněné smysly: sluch (neslyší) nebo zrak (nemá brýle), následkem toho nemůže vstřebávat dostatečné množství informací.

Je tedy velice důležité předávat tyto informace vhodným způsobem a kontrolovat zpětnou vazbou, zda pacient potřebné informace má či nikoliv (4).

Problém, který pacient může také řešit před kolonoskopickým vyšetřením je, zda ho toto vyšetření bude bolet. Bolest je subjektivní pocit, vyvolaný drážděním volných nervových zakončení, která jsou speciálními receptory pro bolest. Má velký význam pro ochranu organismu před poškozením. Kolonoskopické vyšetření může opravdu vyvolat bolest a nepříjemné pocity, ale z tohoto důvodu se pacienti před vyšetřením premedikují (viz. kapitola 1. 3. 1 Příprava pacienta ke kolonoskopii). Důležitou roli hraje v tomto problému komunikace pacienta se sestrou a lékařem (6).

Intimita je nedílnou součástí každého člověka. Ztráta intimity s sebou nese v důsledku ztrátu sebejistoty a zdravého sebevědomí. Při kolonoskopickém vyšetření, kdy je nutné odhalit hýždě, je pro většinu pacientů velmi nepříjemným zážitkem. Z tohoto důvodu je velmi důležitý profesionální přístup zdravotníků k pacientovi a vyjádření pochopení k pocitům pacienta. Ve slovníku cizích slov je intimita popisována jako soukromí, důvěrnost. S pojmem intimita úzce souvisí stud, jehož projevem může být zčervenání, které je neovladatelné vůlí (26, 27, 30).

2. Cíl práce a hypotézy

2. 1 Cíl práce

Cílem práce je zjistit rozdíl v informovanosti klientů indikovaných ke kolonoskopii v rámci hospitalizace a klientů přicházejících ambulantně.

2. 2 Hypotézy práce

H1: Rozsah informací o dietním opatření před kolonoskopií poskytovaných hospitalizovaným klientům se liší od rozsahu informací poskytovaných ambulantním klientům.

H2: Rozsah informací o průběhu kolonoskopie poskytovaných hospitalizovaným klientům se liší od rozsahu informací poskytovaných ambulantním klientům.

3. Metodika

3.1 Použitá metoda

Ke sběru dat a dosažení stanoveného cíle byla použita metoda dotazování, technikou dotazníku. Dotazník (viz. příloha 1) byl sestaven na základě informací z prostudované literatury. Dotazník byl zcela anonymní a byl určen pro pacienty, kteří byli indikováni na kolonoskopické vyšetření. V dotazníku byly použity otázky uzavřené a polouzavřené. Dotazník obsahoval 22 otázek, z čehož bylo 10 uzavřených a 12 polouzavřených otázek, kde měli respondenti možnost si vybrat z konkrétních variant, popřípadě napsat vlastní názor.

Otázky 1, 2, 3, 4 a 7 blíže charakterizují respondenty. Otázka číslo 5 zařazuje respondenty na dva výzkumné vzorky. Na informovanost o přípravě a péči po kolonoskopickém vyšetření byly zaměřeny otázky 6, 9, 11, 12, 14, 21 a 22. Na informovanost o dietním opatření před vyšetřením byly zaměřeny otázky 9, 11, 12 a 13. Na způsob získávání informací o kolonoskopickém vyšetření se zaměřují otázky 8, 10, 15, 16, 17, 19 a 20.

Veškerá data z dotazníků jsem zadala do jedné tabulky, nechala je zpracovat programem Microsoft Excel 2007.

3.2 Charakteristika zkoumaného vzorku

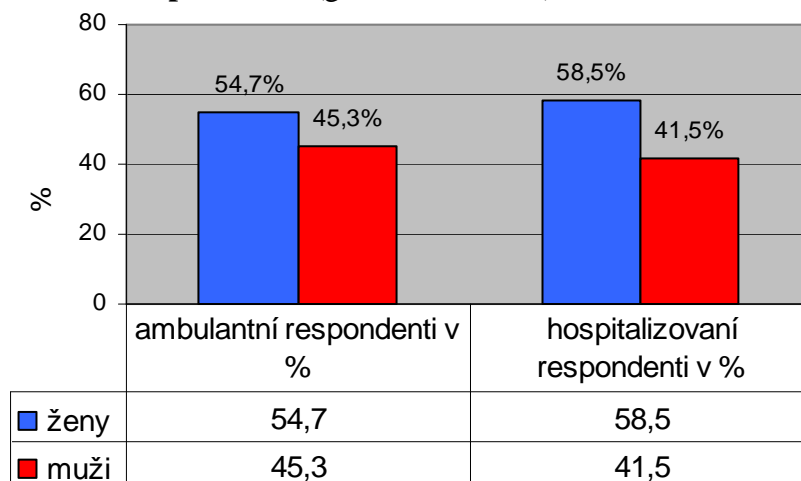
Dotazník byl rozdáván pacientům na gastroenterologickém oddělení v Nemocnici České Budějovice, a.s., kteří přicházeli na kolonoskopické vyšetření. V souvislosti s distribucí dotazníku byla oslovena náměstkyně pro ošetřovatelskou péči. Kontaktní osobou na gastroenterologickém oddělení byla vrchní sestra.

Celkem bylo rozdáno pacientům 130 dotazníků během měsíců březen, duben a na přelomu června a července 2008. 18 dotazníků se nevrátilo vůbec. Návratnost byla 86,2% z původního počtu. Pro neúplnost údajů byly vyřazeno 6 dotazníků. Celkem tedy bylo pro zpracování údajů použito 106 dotazníků. Výzkumný soubor tvořilo celkem 106 respondentů z toho bylo ambulantních respondentů 53 (100 %) a hospitalizovaných respondentů také 53 (100 %).

4. Výsledky

4.1 Výsledky dotazníku

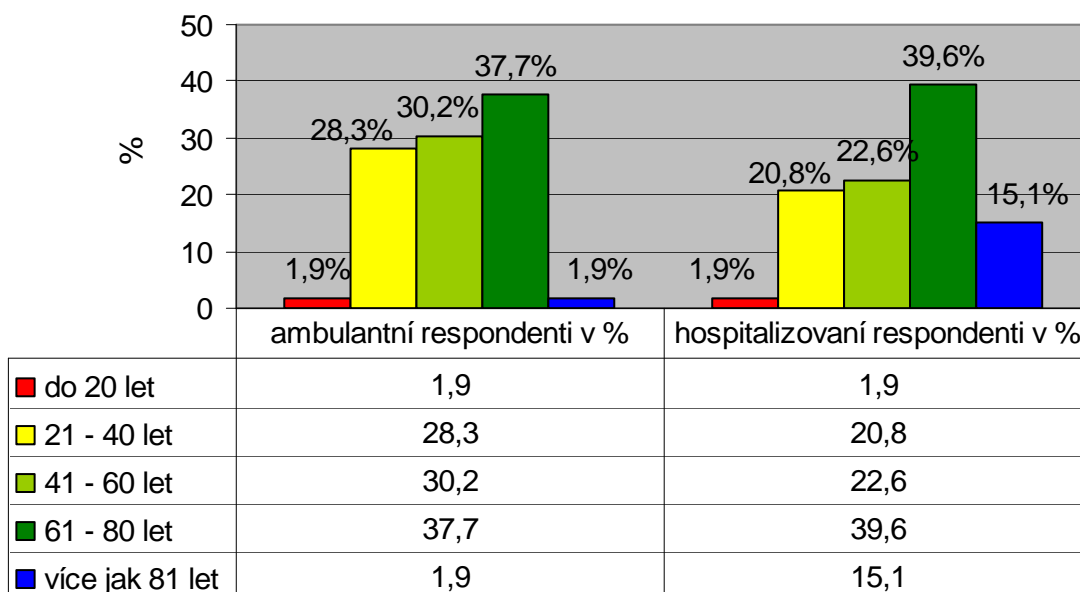
Graf 1 Pohlaví respondentů (graf k otázce č. 1)



Graf znázorňuje rozdělení respondentů dle pohlaví. Celkový počet odpovídajících respondentů bylo 53 (100 %) ambulantních respondentů a 53 (100 %) hospitalizovaných respondentů. Z ambulantních respondentů bylo 29 (54,7 %) žen a 24 (45,3 %) mužů. Z hospitalizovaných respondentů bylo 31 (58,5 %) žen a 22 (41,5 %) mužů.

Výsledky výzkumu ukazují na vyšší procentuální zastoupení žen.

Graf 2 Věk respondentů (graf k otázce č. 2)

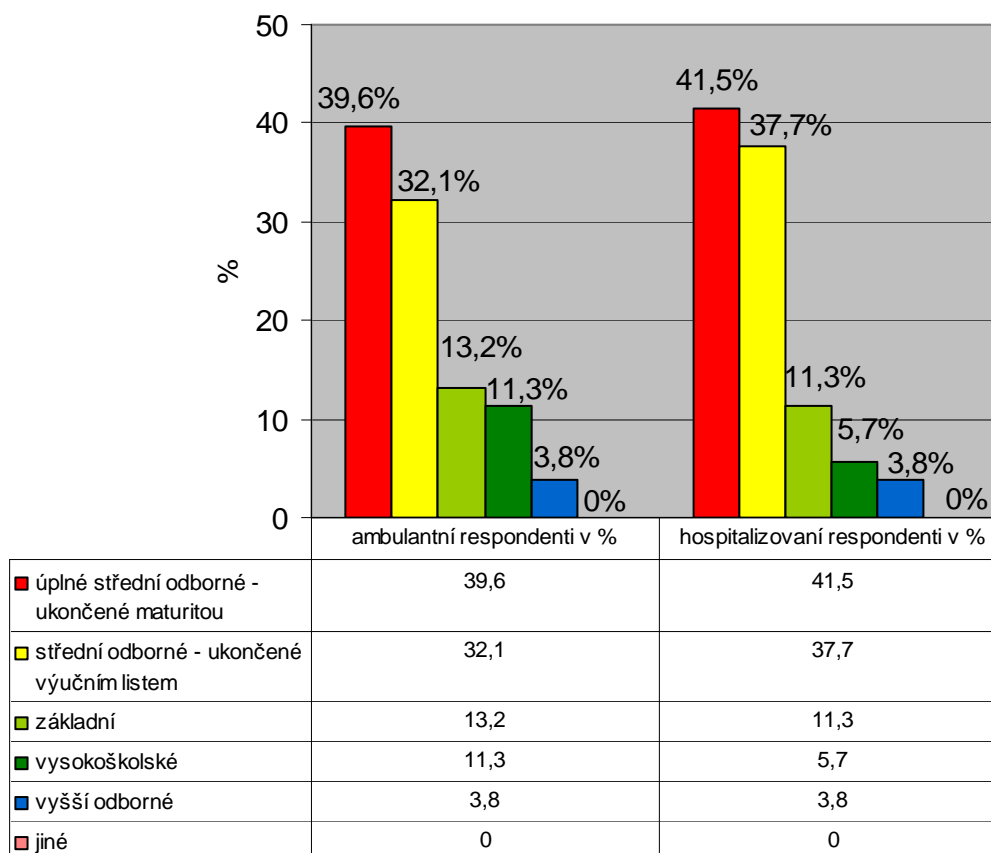


Graf znázorňuje rozdělení respondentů dle věkových kategorií. Počet odpovídajících respondentů na tuto otázku bylo 53 (100 %) ambulantních respondentů a 53 (100 %) hospitalizovaných respondentů.

Ambulantní respondenti byli dle odpovědí v dotazníku rozdělení do věkových kategorií takto: do 20 let pouze 1 (1,9 %) respondent, 21 - 40 let bylo 15 (28,3 %) respondentů, ve věku 41 – 60 bylo 16 (30,2 %) respondentů, 61 – 80 let bylo 20 (37,7 %) respondentů, nad 81 let byl pouze 1 (1,9 %) ambulantní respondent. Hospitalizovaných respondentů bylo ve věkových kategoriích: do 20 let 1 (1,9 %) respondent, 21 - 40 let bylo 11 (20,8 %) respondentů, 41 – 60 let bylo 12 (22,6 %) respondentů, 61 – 80 let bylo 21 (39,6 %) respondentů. Ve věku nad 81 let bylo 8 (15,1 %) hospitalizovaných respondentů.

Dotazníkové šetření potvrdilo statisticky nejvyšší výskyt potřeby vyšetření u věkové kategorie 61 – 80 let. Výrazný převis nad teoreticky podobně zastoupenou kategorií kolem 20. roku může být zkreslen pravidelným vyšetřením u pacientů nad 50 let.

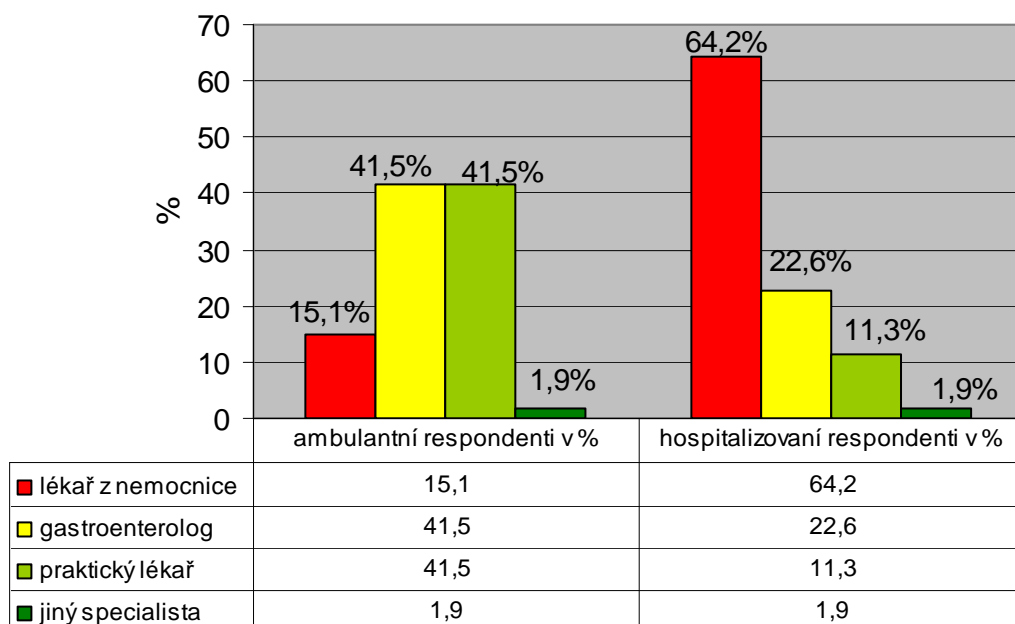
Graf 3 Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů (graf k otázce č. 3)



Graf znázorňuje nejvyšší dosažené vzdělání respondentů. Celkový počet odpovídajících respondentů na tuto otázku bylo 53 (100 %) ambulantních respondentů a 53 (100 %) hospitalizovaných respondentů.

Ambulantních respondentů mělo 21 (39,6 %) vzdělání úplné střední odborné – ukončené maturitou, 17 (32,1 %) respondentů uvedlo vzdělání úplné střední odborné – ukončené výučním listem, 7 (13,2 %) respondentů uvedlo základní vzdělání. Vysokoškolské vzdělání udalo 6 (11,3 %) respondentů a vyšší odborné vzdělání udali 2 (3,8 %) respondenti. Hospitalizovaných respondentů mělo 22 (41,5 %) respondentů vzdělání úplné střední odborné – ukončené maturitou, 20 (37,7 %) respondentů uvedlo vzdělání úplné střední odborné – ukončené výučním listem, 6 (11,3 %) respondentů mělo základní vzdělání. Vysokoškolské vzdělání udali 3 (5,7 %) respondenti a vyšší odborné vzdělání udali 2 (3,8 %) hospitalizovaní respondenti. Vzdělání „jiné“ neuvedl žádný z respondentů .

Graf 4 Doporučení nemocných na kolonoskopické vyšetření (graf k otázce č. 4)



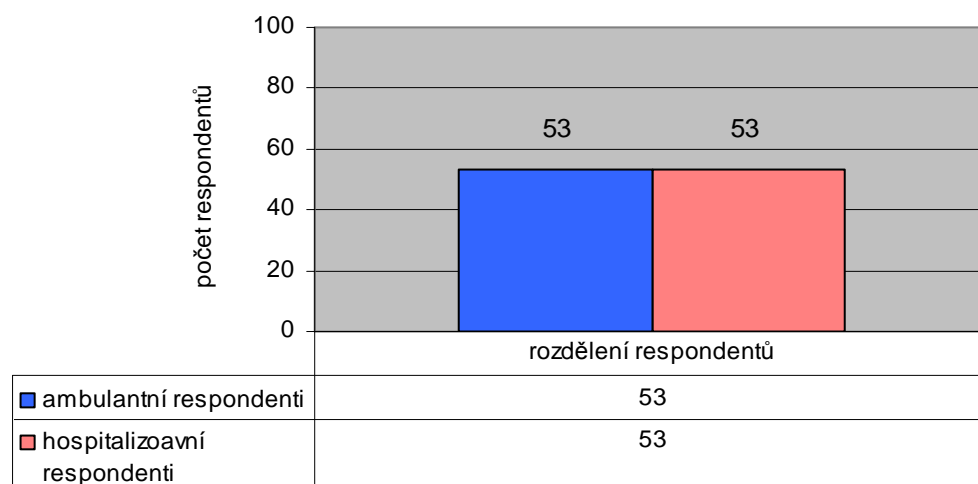
Graf znázorňuje doporučujícího lékaře respondentů ke kolonoskopickému vyšetření. Celkový počet odpovídajících respondentů na tuto otázku bylo 53 (100 %) ambulantních respondentů a 53 (100 %) hospitalizovaných respondentů

Ambulantních respondentů doporučil na kolonoskopické vyšetření lékař z nemocnice 8 (15,1 %). Gastroenterolog doporučil 22 (41,5 %) respondentů a praktický lékař také 22 (41,5 %) ambulantních respondentů. Jiného specialistu uvedl 1 (1,9 %) ambulantní respondent. Hospitalizovaných respondentů doporučil lékař z nemocnice na kolonoskopické vyšetření 34 (64,2 %). Gastroenterolog doporučil 12 (22,6 %) respondentů a praktický lékař doporučil 6 (11,3 %) hospitalizovaných respondentů. Jiného specialistu uvedl 1 hospitalizovaný respondent.

Výsledky odpovídají logickému předpokladu, 64,2 % hospitalizovaných pacientů doporučil ke kolonoskopickému vyšetření lékař z nemocnice, ambulantní respondenti byli doporučováni nejčastěji gastroenterologem a praktickým lékařem.

Graf 5 Rozdělení respondentů dle místa přípravy na kolonoskopické vyšetření

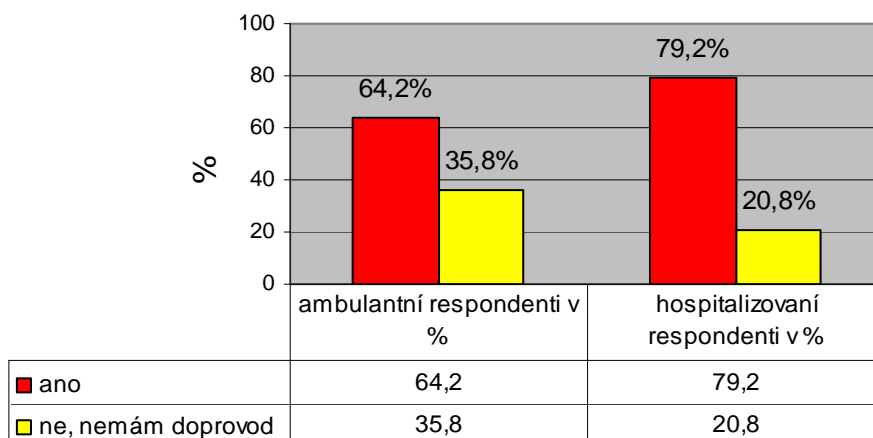
(graf k otázce č. 5)



Graf znázorňuje rozložení respondentů dle místa přípravy na kolonoskopické vyšetření. Z celkového počtu 106 osob bylo 53 ambulantních respondentů a rovněž 53 hospitalizovaných respondentů. Nejčastěji udávaná oddělení byla gastroenterologické oddělení, interní oddělení, infekční a chirurgické oddělení.

Tato otázka byla záměrně uvedena jako filtrační, aby byli od sebe odděleni ambulantní a hospitalizovaní respondenti.

Graf 6 Přítomnost doprovodu na kolonoskopické vyšetření (graf k otázce č. 6)



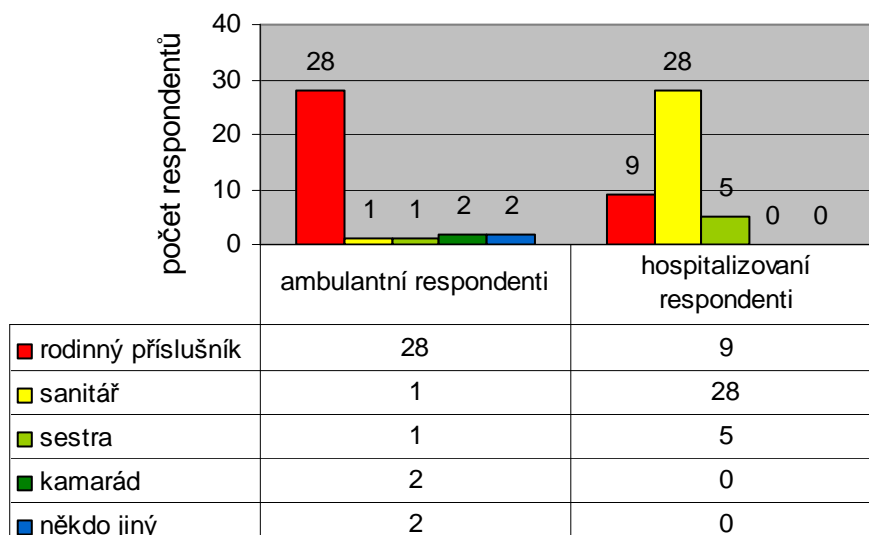
Graf znázorňuje přítomnost doprovodu respondentů na kolonoskopické vyšetření. Celkový počet odpovídajících respondentů na tuto otázku bylo 53 (100 %) ambulantních respondentů a 53 (100 %) hospitalizovaných respondentů.

Ambulantních respondentů uvedlo 34 (64,2 %), že mají s sebou doprovod na kolonoskopické vyšetření, bez doprovodu bylo 19 (35,8%) respondentů. Hospitalizovaných respondentů uvedlo 42 (79,2 %), že měli s sebou doprovod, 11 (20,8%) respondentů přišlo bez doprovodu.

Častější doprovod na kolonoskopické vyšetření měli hospitalizovaní respondenti (79,2 %), doprovodem byl především zdravotnický personál. Otázkou zůstává závažnost absence 100 % doprovodu hospitalizovaných pacientů. U ambulantních respondentů je závažnější 35,8 % absence doprovodu.

Graf 7 Specifikace doprovodu respondentů na kolonoskopické vyšetření

(graf k otázce č. 6)

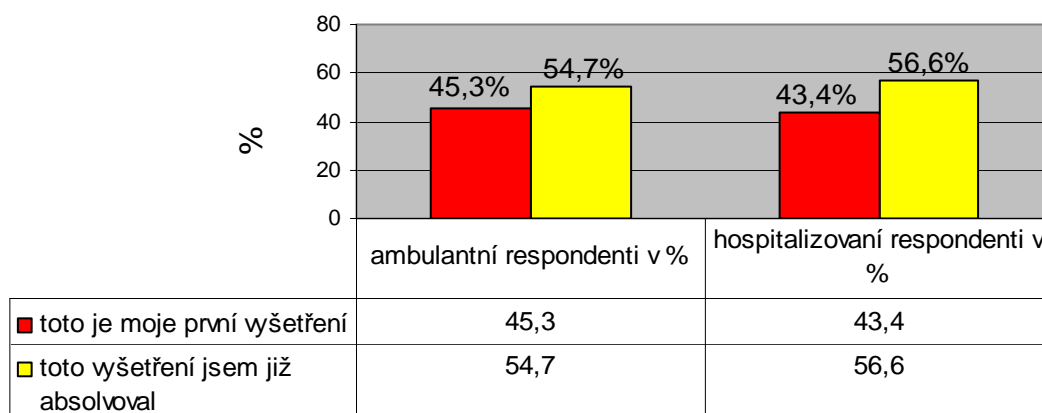


Graf znázorňuje druh doprovodu, který přišel s respondenty na kolonoskopické vyšetření. Graf rozvíjí odpověď „ano“ z grafu 6. Z celkového počtu dotazovaných respondentů: 53 (100 %) ambulantních respondentů a 53 (100 %) hospitalizovaných respondentů na tuto otázku odpovídalo 34 ambulantních respondentů a 42 hospitalizovaných respondentů.

28 ambulantních respondentů uvedlo jako svůj doprovod rodinného příslušníka, sanitáře uvedl 1 respondent a sestru uvedl také 1 respondent. Kamaráda jako doprovod uvedli 2 ambulantní respondenti. Odpověď „Někdo jiný“ uvedli 2 ambulantní respondenti, jednalo se o partnera, partnerku. 9 hospitalizovaných respondentů uvedlo jako svůj doprovod na kolonoskopické vyšetření rodinného příslušníka. Sanitář byl doprovodem pro 28 respondentů a sestru jako doprovod uvedlo 5 hospitalizovaných respondentů. Kamaráda ani odpověď „někdo jiný“ hospitalizovaní respondenti neuvedli.

Výsledky odpovídají logickému předpokladu, že u ambulantních respondentů bude převládat jako doprovod rodinný příslušník, kdežto u hospitalizovaných je jako doprovod nejčastěji uváděn sanitář.

Graf 8 Zkušenost s kolonoskopickým vyšetřením u respondentů (graf k otázce č. 7)

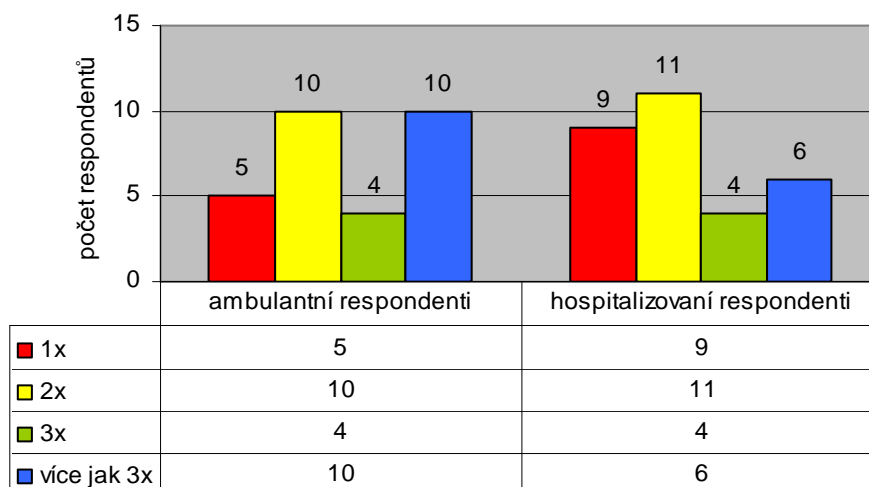


Graf znázorňuje provedení kolonoskopického vyšetření u respondentů. Celkový počet odpovídajících respondentů na tuto otázku bylo 53 (100 %) ambulantních respondentů a 53 (100 %) hospitalizovaných respondentů

Ambulantních respondentů uvedlo 24 (45,3 %), že kolonoskopické vyšetření podstupují poprvé. 29 (54,7 %) ambulantních respondentů uvedlo, že již toto vyšetření v minulosti absolvovalo. Hospitalizovaných respondentů 23 (43,4 %) uvedlo, že kolonoskopické vyšetření podstupují poprvé. 30 (56,6 %) hospitalizovaných respondentů uvedlo, že již toto vyšetření v minulosti absolvovalo.

Provedení kolonoskopického vyšetření se mezi oběma skupinami výrazně neliší. Mezi respondenty je více než polovina těch, kteří již kolonoskopické vyšetření podstoupili.

Graf 9 Četnost provedených kolonoskopických vyšetření (graf k otázce č. 7)



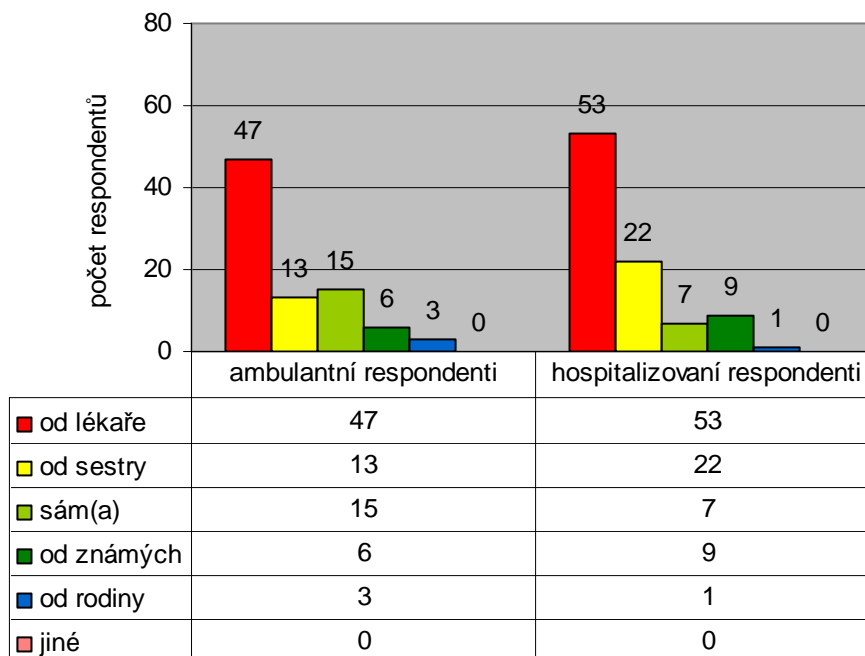
Graf znázorňuje četnost provedených kolonoskopických vyšetření u respondentů v minulosti. Graf rozvíjí odpověď „toto vyšetření jsem absolvoval“ z grafu 8. Z celkového počtu odpovídajících respondentů: 53 (100 %) ambulantních respondentů a 53 (100 %) hospitalizovaných respondentů na tuto otázku odpovídalo 29 (54,7 %) ambulantních respondentů a 30 (56,6 %) hospitalizovaných respondentů.

5 ambulantních respondentů uvedlo, že již 1x kolonoskopické vyšetření podstoupilo. 2x kolonoskopické vyšetření bylo již provedeno u 10 respondentů, 3x bylo toto vyšetření prováděné u 4 ambulantních respondentů. Více jak 3x bylo kolonoskopické vyšetření prováděné u 10 ambulantních respondentů. Hospitalizovaní respondenti uvedli, že již 1x kolonoskopické vyšetření bylo provedeno u 9 z nich. 2x kolonoskopické vyšetření již bylo provedeno u 11 respondentů, 3x bylo toto vyšetření prováděné 4 hospitalizovaným respondentům. Více jak 3x bylo kolonoskopické vyšetření prováděné 6 hospitalizovaným respondentům.

Četnost kolonoskopického vyšetření je mezi pacienty různá, avšak nejčastěji podstoupili kolonoskopické vyšetření ambulantní i hospitalizovaní respondenti již 2x.

Graf 10 Způsob získávání informací respondentů o kolonoskopickém vyšetření

(graf k otázce č. 8)



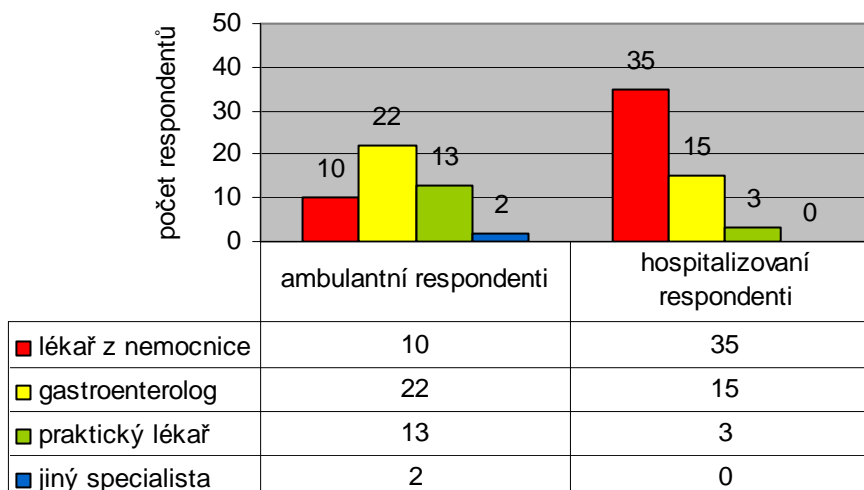
Graf znázorňuje poměrné zastoupení zdrojů, odkud získávali respondenti informace o kolonoskopickém vyšetření. Respondenti mohli v dotazníku označovat i více odpovědí. Celkový počet odpovídajících respondentů na otázku bylo 53 (100 %) ambulantních respondentů a 53 (100 %) hospitalizovaných respondentů.

47 ambulantních respondentů získalo informace od lékaře, od sestry získalo informace 13 respondentů. Samo si vyhledávalo informace o kolonoskopickém vyšetření 15 ambulantních respondentů. Od známých získalo informace 6 respondentů a od rodiny 3 ambulantní respondenti. 53 hospitalizovaných respondentů získalo informace od lékaře, od sestry získalo informace 22 respondentů. Samo si vyhledávalo informace o kolonoskopickém vyšetření 7 hospitalizovaných respondentů. Od známých získalo informace 9 respondentů, od rodiny získal informace 1 hospitalizovaný respondent. Žádný z respondentů neuvedl jiný zdroj.

Výsledky odpovídají logickému předpokladu, že nejvíce respondentů získalo informace o kolonoskopickém vyšetření od lékaře. Hospitalizovaní respondenti dokonce uvedli, že byli všichni (100%) zároveň informováni od lékaře. Z grafu

dále vyplynulo, že hospitalizovaní respondenti si samostatně vyhledávají informace méně než ambulantní respondenti, popřípadě k dalším informacím nemají přístup, pokud se o vyšetření dozvědí až v průběhu hospitalizace.

Graf 11 Specifikace lékaře podávajícího informace o kolonoskopickém vyšetření respondentům (graf k otázce č. 8)



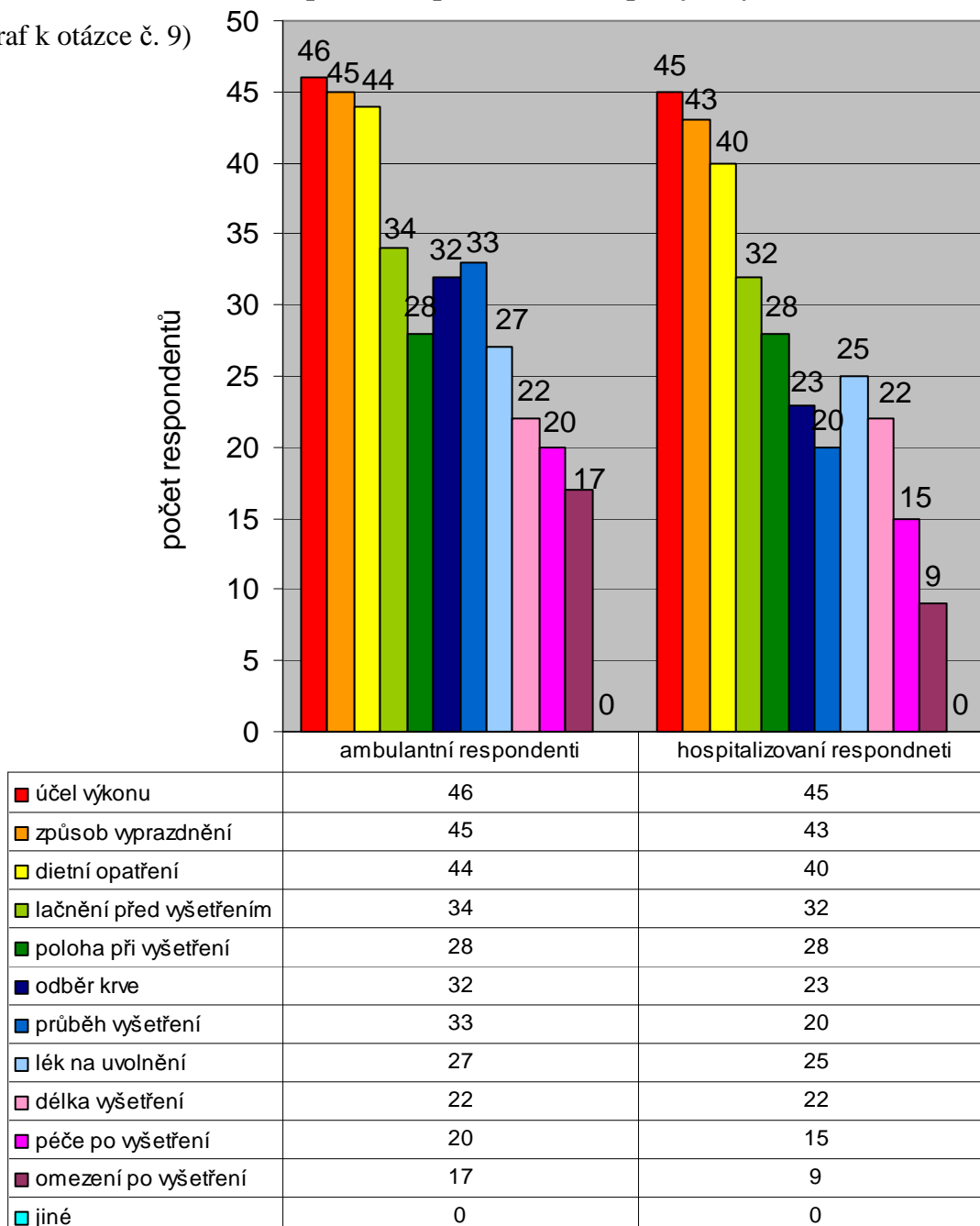
Graf znázorňuje četnost lékařů uvedených respondenty, kteří informovali o kolonoskopickém vyšetření. Graf rozvíjí odpověď „od lékaře“ z grafu 10. Respondenti mohli v dotazníku označovat i více odpovědí. Z celkového počtu odpovídajících respondentů: 53 (100 %) ambulantních respondentů a 53 (100 %) hospitalizovaných respondentů na tuto otázku odpovídalo 47 ambulantních respondentů a 53 hospitalizovaných respondentů.

10 ambulantních respondentů získalo informace o kolonoskopickém vyšetření od lékaře z nemocnice, od gastroenterologa mělo informace 22 respondentů, praktický lékař informoval 13 respondentů. Jiného specialistu uvedli 2 ambulantní respondenti. 35 hospitalizovaných respondentů získalo informace o kolonoskopickém vyšetření od lékaře z nemocnice, od gastroenterologa mělo informace 15 respondentů, praktický lékař informoval 3 hospitalizované respondenty. Jiného specialistu neuvedl žádný hospitalizovaný respondent.

Nejvíce ambulantních respondentů získalo informace o kolonoskopickém vyšetření od gastroenterologa, hospitalizovaní respondenti nejčastěji získali informace dle očekávání od lékaře z nemocnice.

Graf 12 Informovanost respondentů před kolonoskopickým vyšetřením

(graf k otázce č. 9)

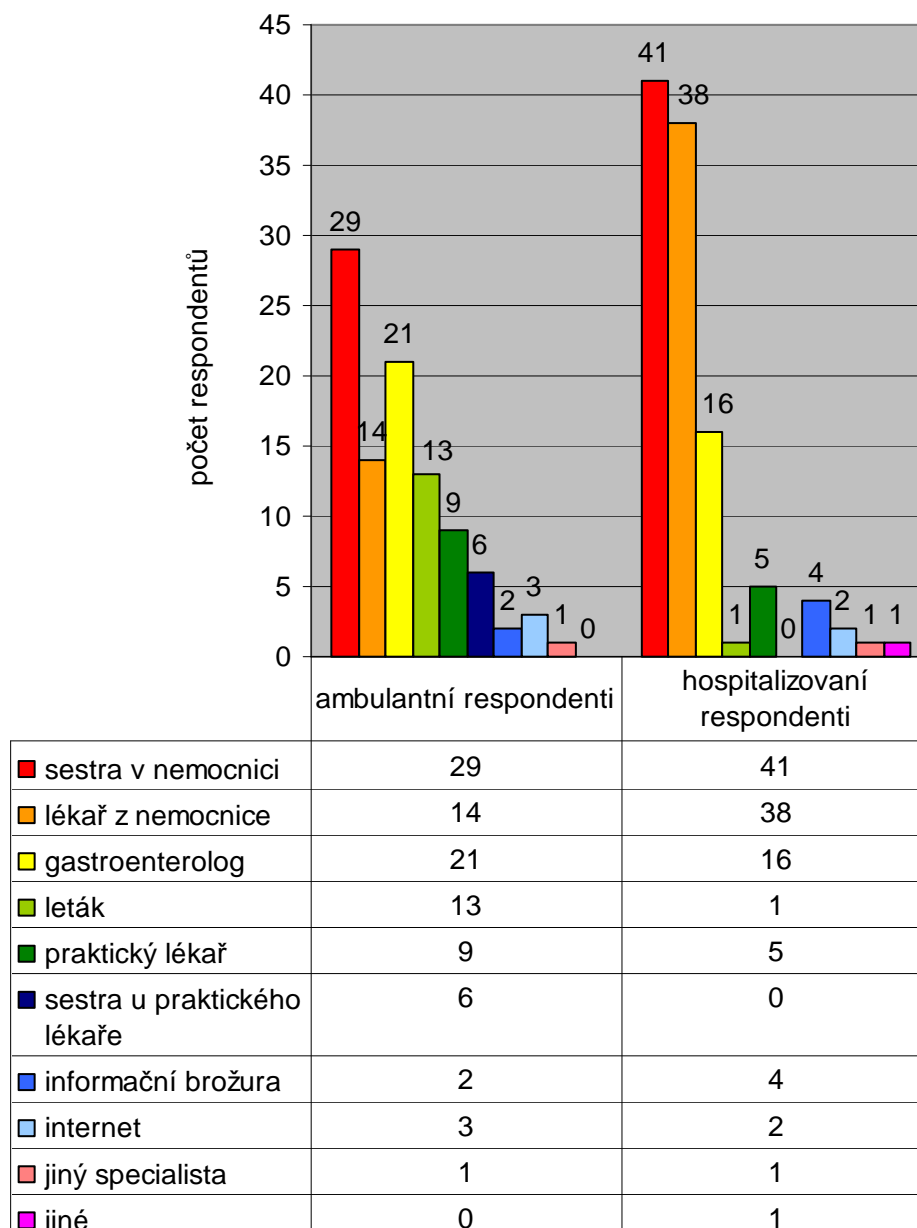


Graf znázorňuje četnost informací, které získali respondenti před kolonoskopickým vyšetřením. Respondenti mohli v dotazníku označovat i více odpovědí. Celkový počet odpovídajících respondentů na otázku bylo 53 (100 %) ambulantních respondentů a 53 (100 %) hospitalizovaných respondentů.

46 ambulantních respondentů mělo informace o účelu kolonoskopického vyšetření, o způsobu vyprázdnění bylo informováno 45 respondentů, o dietním opatření mělo informace 44 respondentů, o lačnění před vyšetřením bylo informováno 34 ambulantních respondentů, o poloze při vyšetření bylo informováno 28 respondentů, o odběru krve mělo informace 32 respondentů, o průběhu kolonoskopického vyšetření bylo informováno 33 respondentů, o léku do žíly bylo informováno 27 ambulantních respondentů. O délce vyšetření mělo informace 22 ambulantních respondentů a o péči po vyšetření mělo informace pouhých 20 respondentů a o omezení po vyšetření 17 respondentů. 45 hospitalizovaných respondentů mělo informace o účelu kolonoskopického vyšetření, o způsobu vyprázdnění bylo informováno 43 respondentů, o dietním opatření mělo informace 40 respondentů a o lačnění před vyšetřením bylo informováno 32 hospitalizovaných respondentů, o poloze při vyšetření bylo informováno 28 respondentů, o odběru krve mělo informace 23 respondentů, o průběhu kolonoskopického vyšetření bylo informováno 20 respondentů, o léku do žíly bylo informováno 25 hospitalizovaných respondentů. O délce vyšetření mělo informace 22 hospitalizovaných respondentů, o péči po vyšetření mělo informace pouhých 15 respondentů a o omezení po vyšetření 9 respondentů. Odpověď „jiné“ nikdo z respondentů neuvedl.

Nejvíce informováni byli respondenti obou skupin o účelu výkonu, způsobu vyprázdnění a dietním opatření. Nejméně byli informováni respondenti obou skupin o omezení po vyšetření, např. neměli by řídit automobil, měli by mít klidový režim.

Graf 13 Zdroj informací respondentů o přípravě na vyšetření (graf k otázce č. 10)



Graf znázorňuje četnost zdrojů informací o přípravě na kolonoskopické vyšetření. Respondenti mohli v dotazníku označovat i více odpovědí. Celkový počet odpovídajících respondentů na otázku bylo 53 (100 %) ambulantních respondentů a 53 (100 %) hospitalizovaných respondentů.

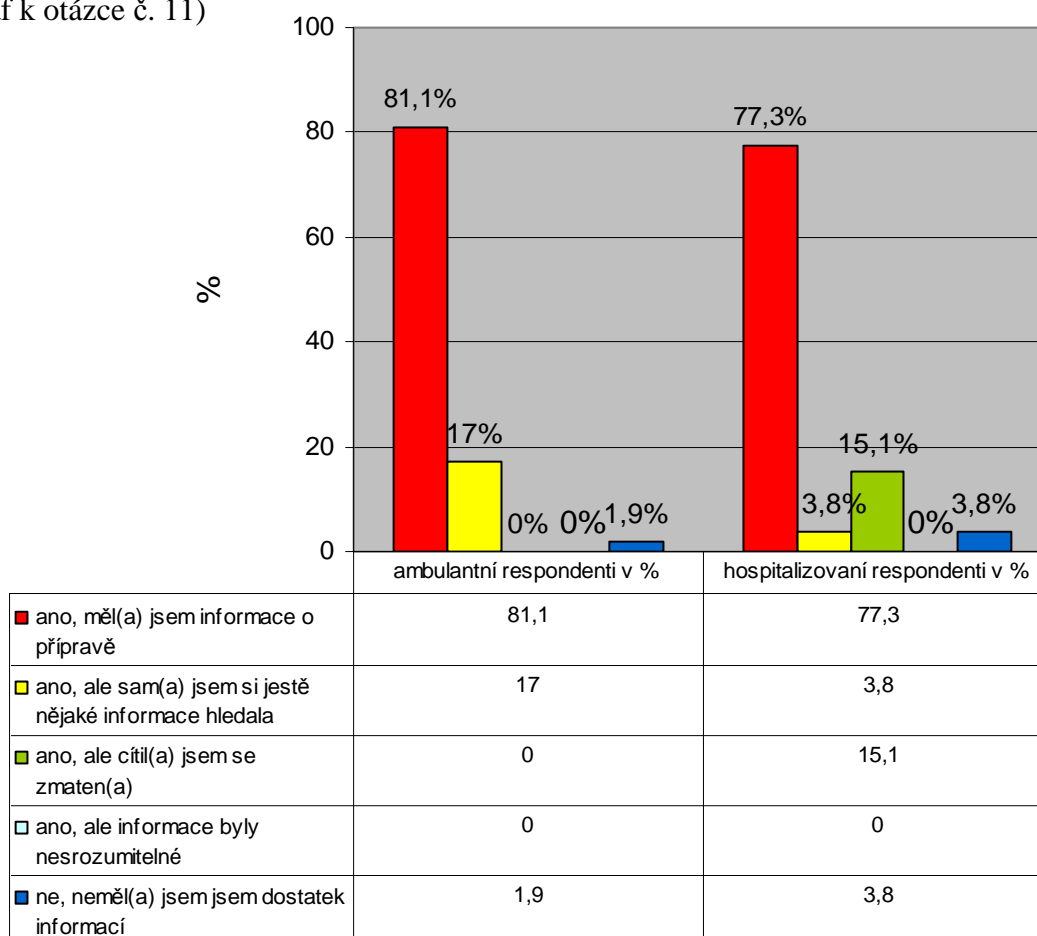
Ambulantní respondenti nejčastěji uváděli jako zdroj informací o přípravě na vyšetření sestru v nemocnici, uvedlo ji 29 respondentů. Od lékaře z nemocnice získalo informace

14 respondentů, od gastroenterologa získalo informace 21 respondentů. Z letáku získalo informace o přípravě na kolonoskopické vyšetření 13 respondentů, od praktického lékaře má informace 9 respondentů, sestra u praktického lékaře poskytla informace 6 respondentům, z informační brožury získalo informace 2 respondenti. Z internetu měli informace 3 respondenti, jiný specialista poskytl informace 1 ambulantnímu respondentovi. Odpověď „jiné“ žádný ambulantní respondent neuvedl. Hospitalizované respondenty také nejčastěji informovala o přípravě na kolonoskopické vyšetření sestra v nemocnici, kterou uvedlo 41 respondentů, dále získali respondenti informace od lékaře z nemocnice, kterého uvedlo 38 respondentů. Od gastroenterologa získalo informace 16 respondentů, z letáku získal informace 1 respondent, od praktického lékaře mělo informace 5 respondentů, od sestry u praktického lékaře nezískal informace žádný hospitalizovaný respondent. Z informační brožury získali informace o přípravě na kolonoskopické vyšetření 4 respondenti, z internetu získali informace 2 respondenti. Jiného specialistu jako zdroj informací uvedl 1 respondent. Odpověď „jiné“ označil 1 hospitalizovaný respondent.

Respondenti obou skupin získali nejvíce informací o přípravě na kolonoskopické vyšetření od sestry v nemocnici. Ambulantní respondenti dále uvedli jako zdroj informací gastroenterologa a dále pak i jiné zdroje např. leták. Hospitalizovaní dále uvedli jako zdroj informací o přípravě na kolonoskopické vyšetření lékaře z nemocnice, ostatní zdroje jsou však uváděny v menší míře.

Graf 14 Míra informovanosti respondentů o přípravě na kolonoskopické vyšetření

(graf k otázce č. 11)



Graf znázorňuje míru informovanosti respondentů o přípravě na kolonoskopické vyšetření. Celkový počet odpovídajících respondentů na otázku bylo 53 (100 %) ambulantních respondentů a 53 (100 %) hospitalizovaných respondentů.

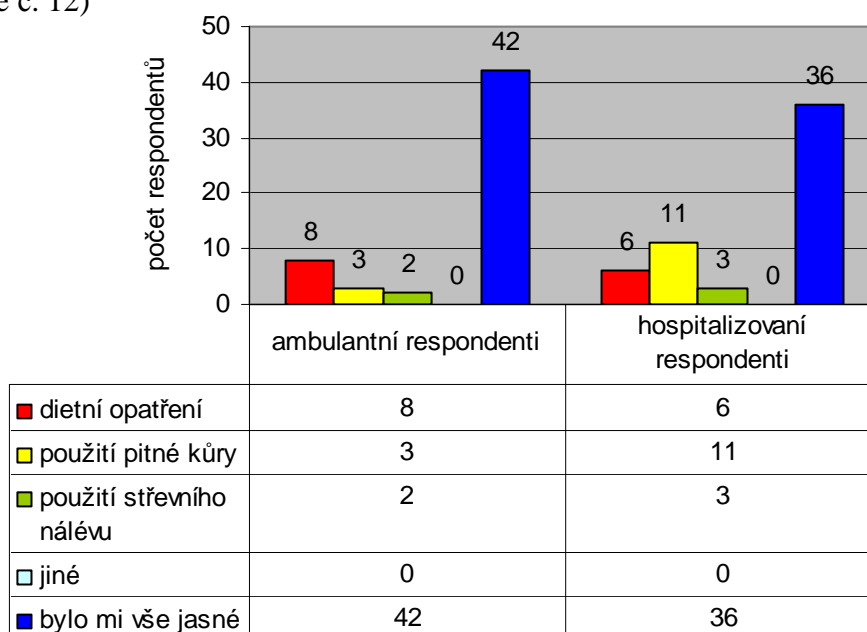
Ambulantní respondenti uvedli následující odpovědi: „Ano, měl(a) jsem informace o přípravě“ 43 (81,1%) respondentů, „Ano, ale sám(a) jsem si ještě nějaké informace hledal(a) uvedlo 9 (17 %) respondentů, „Ano, ale cítil(a) jsem se zmaten(a)“ a „Ano, ale informace byly nesrozumitelné“ neuvedl žádný z ambulantních respondentů. „Ne, neměl(a) jsem dostatek informací“ uvedl 1 (1,9%) ambulantní respondent. Hospitalizovaní respondenti uvedli následující odpovědi: „Ano, měl(a) jsem informace o přípravě“ 41 (77,3 %) respondentů, „Ano, ale sám(a) jsem si ještě nějaké informace hledal(a) uvedli 2 (3,8 %) respondenti. „Ano, ale cítil(a) jsem se zmaten(a)“ uvedlo 8

(15,1%) hospitalizovaných respondentů a „Ano, ale informace byly nesrozumitelné“ neuvedl, žádný z hospitalizovaných respondentů. Odpověď „Ne, neměl(a) jsem dostatek informací“ uvedli 2 (3,8 %) hospitalizovaní respondenti

Většina respondentů obou zkoumaných skupin uvedla, že měli informace o přípravě na kolonoskopické vyšetření. Přibližně stejný počet respondentů zaznamenalo nedostatek informací, což ambulantní respondenti (17 %) řešili dohledáním informací samostatně, kdežto 15 % hospitalizovaných respondentů tuto možnost nemělo a uvedlo pouze, že jsou z informací zmateni. Zarážející je absence informací u 3 respondentů, 1 ambulantní a 2 hospitalizovaní.

Graf 15 Nejasnosti respondentů v přípravě na kolonoskopické vyšetření

(graf k otázce č. 12)

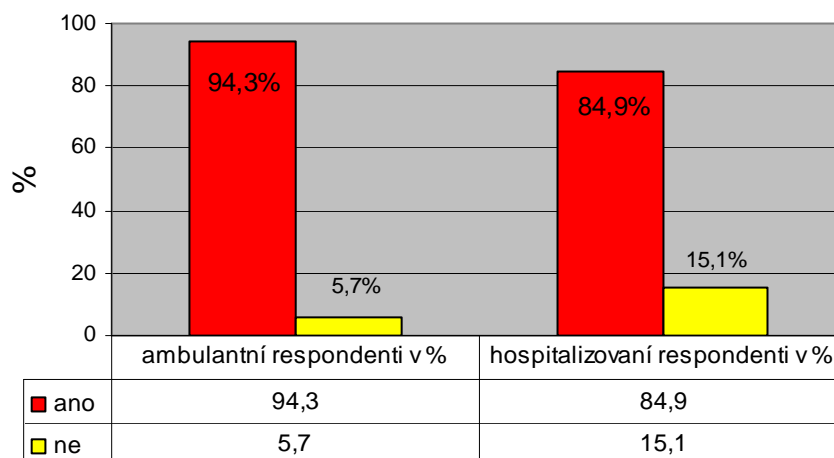


Graf znázorňuje četnost nejasností respondentů v přípravě na kolonoskopické vyšetření. Respondenti mohli v dotazníku označovat i více odpovědí. Celkový počet odpovídajících respondentů byl 53 (100 %) ambulantních respondentů a 53 (100 %) hospitalizovaných respondentů.

Ambulantním respondentům z přípravy na kolonoskopické vyšetření nebylo srozumitelné „Dietní opatření“ 8 respondentům, „použití pitné kůry“ pro 3 respondenty, „použití střevního nálevu“ pro 2 respondenty, „jiné“ nevedl žádný z respondentů. „Bylo mi vše jasné“ uvedlo 42 ambulantních respondentů. Hospitalizovaným respondentům z přípravy na kolonoskopické vyšetření nebylo srozumitelné „Dietní opatření“ 6 osobám, „použití střevního nálevu“ pro 3 respondenty, „použití pitné kůry“ pro 11 respondentů. Odpověď „jiné“ nevedl žádný z respondentů. „Bylo mi vše jasné“ uvedlo 36 hospitalizovaných respondentů.

Ambulantní respondenti nejčastěji uvedli, že jim nebyla jasná dietní příprava, hospitalizovaní respondenti uvedli nejasnosti ohledně použití pitné kůry. Celkově měli více nejasností hospitalizovaní respondenti.

Graf 16 Informovanost respondentů o dietním opatření před kolonoskopickým vyšetřením (graf k otázce č. 13)

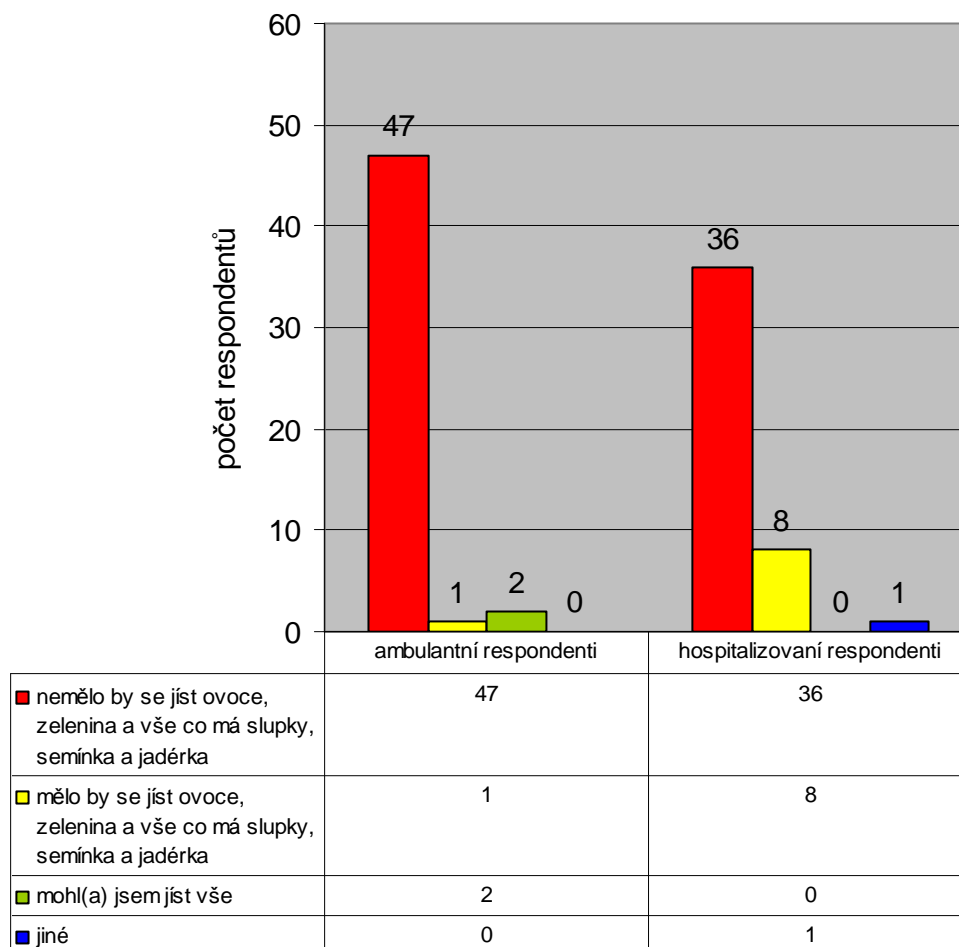


Graf znázorňuje informovanost respondentů o dietním opatření před kolonoskopickým vyšetřením. Celkový počet odpovídajících respondentů na otázku bylo 53 (100 %) ambulantních respondentů a 53 (100 %) hospitalizovaných respondentů.

Ambulantních respondentů uvedlo („ano“) - o dietním opatření bylo informováno 50 (94,3%) respondentů. Neinformováni („ne“) o dietním opatření byli 3 (5,7 %) ambulantní respondenti. Hospitalizovaných respondentů uvedlo („ano“) – o dietním opatření bylo informováno 45 (84,9 %). Neinformováno („ne“) o dietním opatření bylo 8 (15,1 %) hospitalizovaných respondentů.

Informovanost o dietním opatření před kolonoskopickým vyšetřením je mezi respondenty poměrně vysoká. Avšak 8 hospitalizovaných a 3 ambulantní respondenti o dietních opatřeních informováni vůbec nebyli.

Graf 17 Specifikace informací o dietním opatření (graf k otázce č. 13)



Graf znázorňuje konkrétní informace respondentů o dietním opatření před kolonoskopickým vyšetřením. Graf rozvíjí odpověď „ano“ z grafu 17. Z celkového počtu 53 (100 %) ambulantních respondentů a 53 (100 %) hospitalizovaných respondentů na tuto otázku odpovídalo 50 ambulantních respondentů a 45 hospitalizovaných respondentů.

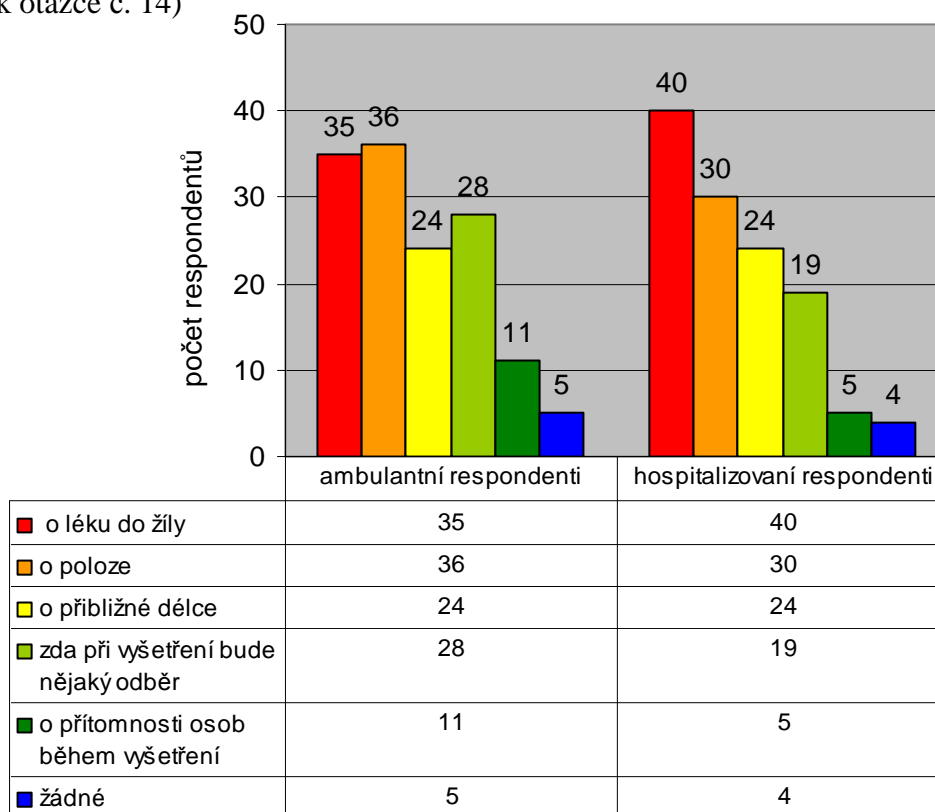
47 ambulantních respondentů uvedlo odpověď „Nemělo by jíst se ovoce, zelenina a vše co má slupky, semínka a jádérka“, odpověď „Mělo by se jíst ovoce zelenina a vše co má slupky, semínka a jádérka“ uvedl 1 respondent. „Mohl(a) jsem jíst vše“ uvedli 2 respondenti. „Jiné“ neuvedl žádný z ambulantních respondentů. 36 hospitalizovaných respondentů uvedlo odpověď „Nemělo by se jíst ovoce, zelenina a vše co má slupky, semínka a jádérka“, odpověď „Mělo by se jíst ovoce zelenina a vše co má slupky,

semínka a jádérka“ uvedlo 8 respondentů. „Mohl(a) jsem jíst vše“ neuvedl žádný z hospitalizovaných respondentů. „Jiné“ uvedl pouze 1 hospitalizovaný respondent – bylo uvedeno malé množství lehké stravy.

Respondenti ve většině případů uváděli správnou odpověď o specifikaci dietního opatření.

Graf 18 Získané informace respondentů o průběhu kolonoskopického vyšetření

(graf k otázce č. 14)



Graf znázorňuje četnost získaných informací respondenty o průběhu kolonoskopického vyšetření. Respondenti mohli v dotazníku označovat i více odpovědí. Celkový počet odpovídajících respondentů na otázku bylo 53 (100 %) ambulantních respondentů a 53 (100 %) hospitalizovaných respondentů.

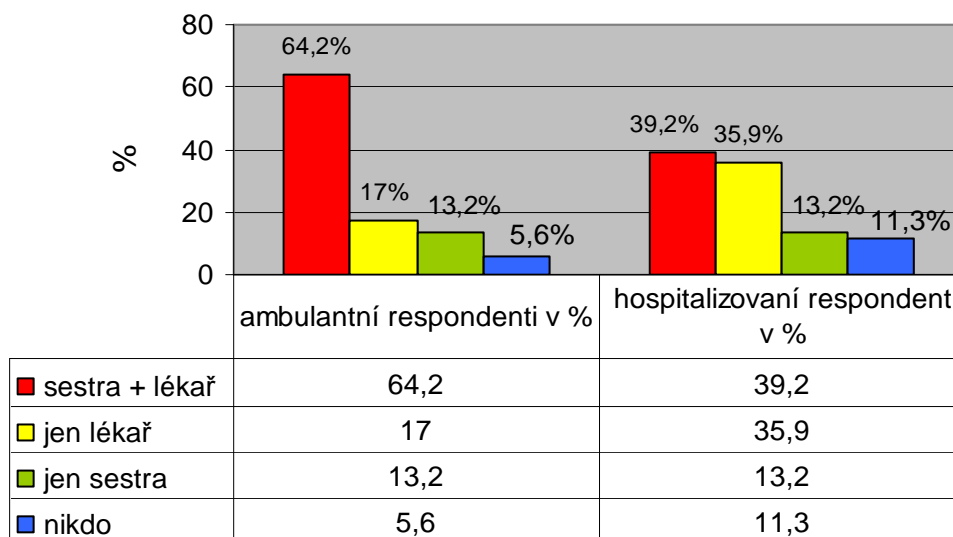
35 ambulantních respondentů mělo informace o léku do žíly, o poloze mělo informace 36 respondentů, o přibližné délce vyšetření mělo informace 24 respondentů. Zda při vyšetření bude proveden nějaký odběr bylo informováno 28 ambulantních respondentů, o přítomnosti osob během vyšetření bylo informováno 11 respondentů. 5 ambulantních respondentů nemělo informace o průběhu vyšetření. 40 hospitalizovaných respondentů mělo informace o léku do žíly, o poloze mělo informace 30 respondentů, o přibližné délce vyšetření mělo informace 24 respondentů. Zda při vyšetření bude proveden nějaký odběr bylo informováno 19 ambulantních respondentů, o přítomnosti osob během

vyšetření bylo informováno 5 respondentů. 4 ambulantní respondenti neměli informace o průběhu vyšetření.

Ambulantní respondenti byli nejčastěji informováni o poloze a léku do žíly. O léku do žíly byli také nejvíce informováni hospitalizovaní respondenti. 5 ambulantních a 4 hospitalizovaní respondenti neměli informace o průběhu vyšetření.

Graf 19 Kdo informoval o průběhu kolonoskopického vyšetření respondenty

(graf k otázce č. 15)

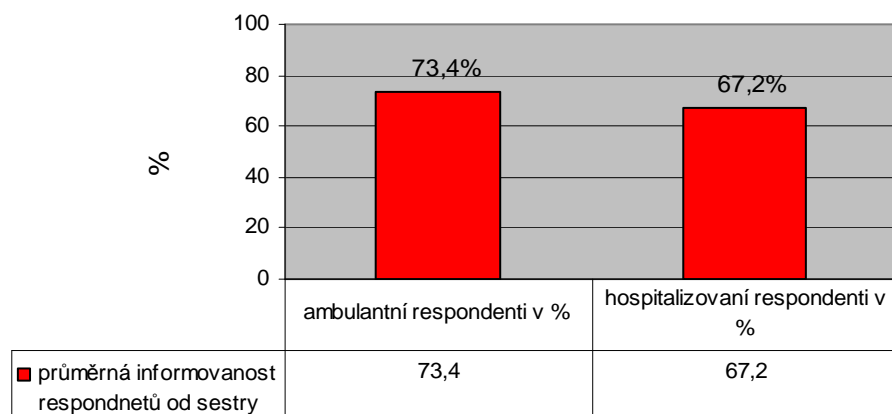


Graf znázorňuje, kdo informoval respondenty o průběhu kolonoskopického vyšetření. Celkový počet odpovídajících respondentů byl 53 (100 %) ambulantních respondentů a 53 (100 %) hospitalizovaných respondentů.

34 (64,2 %) ambulantních respondentů bylo informováno o průběhu kolonoskopického vyšetření oběma, lékařem i sestrou, pouze lékař informoval 9 (17 %) respondentů, pouze sestra informovala 7 (13,2 %) respondentů. Nikdo neinformoval 3 (5,7 %) ambulantní respondenty. 21 (39,6 %) hospitalizovaných respondentů informovali najednou o průběhu kolonoskopického vyšetření lékař se sestrou, pouze lékař informoval 19 (35,9 %) respondentů, pouze sestra informovala 7 (13,2 %) hospitalizovaných respondentů. Nikdo neinformoval 6 (11,3 %) hospitalizovaných respondentů.

Ambulantní respondenty nejčastěji informovali o průběhu vyšetření oba zdravotníci, sestra i lékař. U hospitalizovaných respondentů jsou zdroje informací poměrně vyrovnané.

Graf 20 Míra informací o kolonoskopickém vyšetření, které respondenti získali od sestry (graf k otázce č. 16)

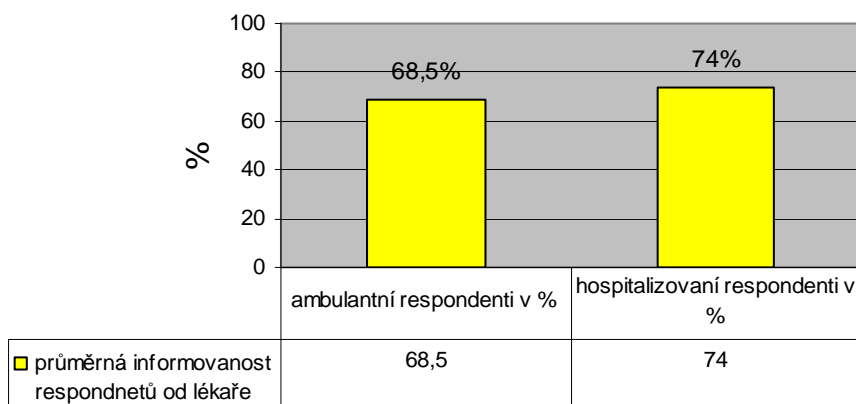


Graf znázorňuje subjektivní míru informovanosti respondentů o kolonoskopickém vyšetření, které získali od sestry. Celkový počet odpovídajících respondentů na otázku bylo 53 (100 %) ambulantních respondentů a 53 (100 %) hospitalizovaných respondentů.

Průměrná míra informovanosti respondentů získaná od sestry u ambulantních respondentů je 73,4 %, u hospitalizovaných respondentů je informovanost 67,2 %.

Od sestry se cítili lépe informováni ambulantní respondenti než hospitalizovaní.

Graf 21 Míra informací o kolonoskopickém vyšetření, které respondenti získali od lékaře (graf k otázce č. 17)



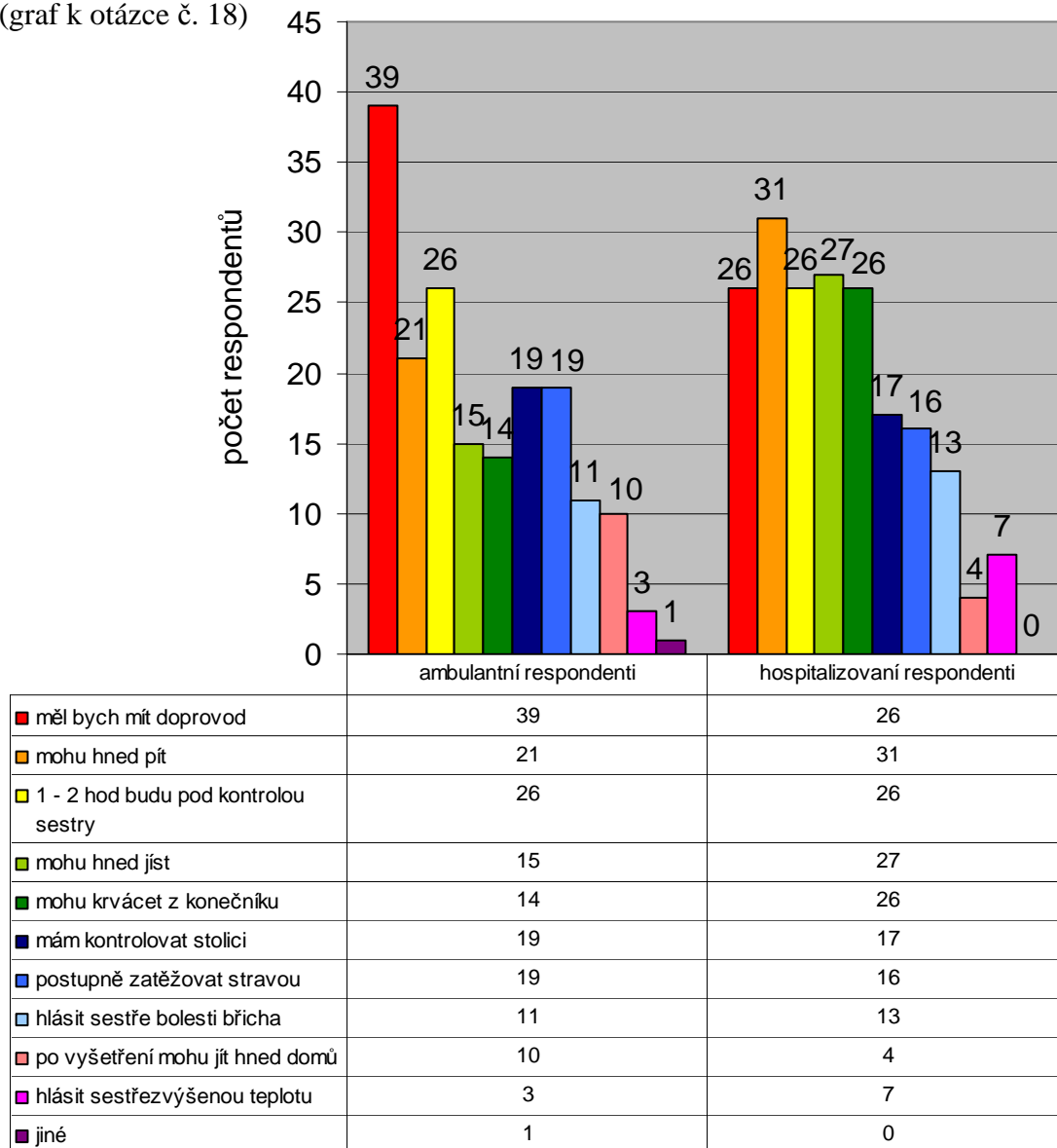
Graf znázorňuje subjektivní míru informovanosti respondentů o kolonoskopickém vyšetření, které získali od lékaře. Celkový počet odpovídajících respondentů na otázku bylo 53 (100 %) ambulantních respondentů a 53 (100 %) hospitalizovaných respondentů.

Průměrná míra informovanosti respondentů získaná od lékaře u ambulantních respondentů je 68,5 %, u hospitalizovaných respondentů je 74 %.

Od lékaře se cítili lépe informováni hospitalizovaní respondenti než ambulantní respondenti.

Graf 22 Získané informace respondentů o péči po kolonoskopickém vyšetření

(graf k otázce č. 18)



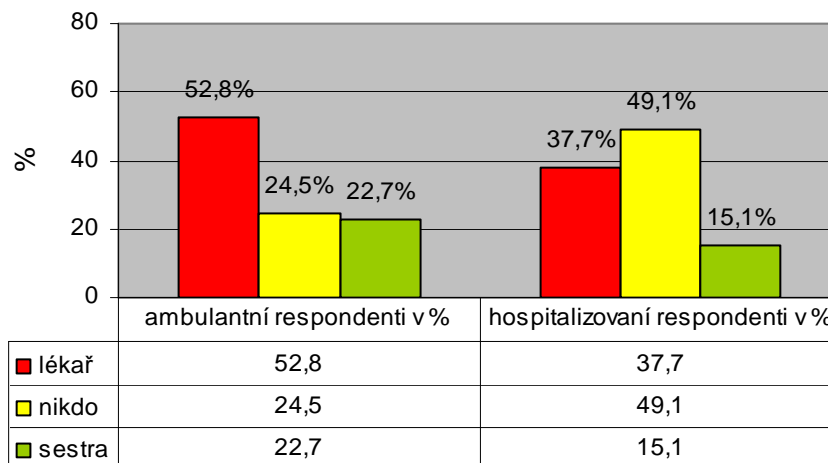
Graf znázorňuje informovanost respondentů o péči po kolonoskopickém vyšetření. Respondenti mohli v dotazníku označovat i více odpovědí. Celkový počet odpovídajících respondentů na otázku bylo 53 (100 %) ambulantních respondentů a 53 (100 %) hospitalizovaných respondentů.

39 ambulantních respondentů uvedlo, že by měli mít s sebou doprovod, 21 respondentů vědělo, že se mohou po vyšetření napít, 26 respondentů vědělo, že 1 -2 hodiny budou pod kontrolou sestry, 15 respondentů bylo informováno o tom, že mohou hned jíst. 14

respondentů mělo informace o krvácení z konečníku, 19 respondentů bylo informováno, že mají kontrolovat stolici, 19 respondentů mělo informace, že má postupně zatěžovat trávicí ústrojí stravou. 11 ambulantních respondentů uvedlo, že mají hlásit sestře bolesti břicha a 10 respondentů mělo informace, že mohou jít hned domů. Hlásit sestře zvýšenou teplotu uvedli pouze 3 a odpověď „jiné“ zvolil 1 respondent, který uvedl celkový nedostatek informací. Z hospitalizovaných respondentů uvedlo 26, že by měli mít s sebou doprovod, 31 respondentů vědělo, že se mohou po vyšetření napít, 26 respondentů vědělo, že 1 -2 hodiny budou pod kontrolou sestry, 27 respondentů, bylo informováno o tom, že mohou hned jíst. 26 respondentů mělo informace o krvácení z konečníku, 17 respondentů bylo informováno, že mají kontrolovat stolici, 16 respondentů mělo informace, že má postupně zatěžovat trávicí ústrojí stravou. 13 hospitalizovaných respondentů uvedlo, že mají hlásit sestře bolesti břicha a 4 respondenti měli informace, že mohou jít hned domů. Hlásit sestře zvýšenou teplotu uvedlo 7 respondentů a odpověď „jiné“ ne zvolil žádný hospitalizovaný respondent.

Z dotazníkového šetření vyplynulo, že je celková informovanost o péči po kolonoskopickém vyšetření poměrně nízká, na většinu odpovědí neodpovědělo ani 30 respondentů. Hospitalizovaní respondenti jsou informováni v některých otázkách lépe než ambulantní respondenti. Ambulantní respondenti byli nejvíce informováni o tom, že mají mít s sebou doprovod a hospitalizovaní byli nejvíce informováni, že se mohou hned napít.

Graf 23 Zdroj poskytnutých informací o možných komplikacích kolonoskopického vyšetření (graf k otázce č. 19)



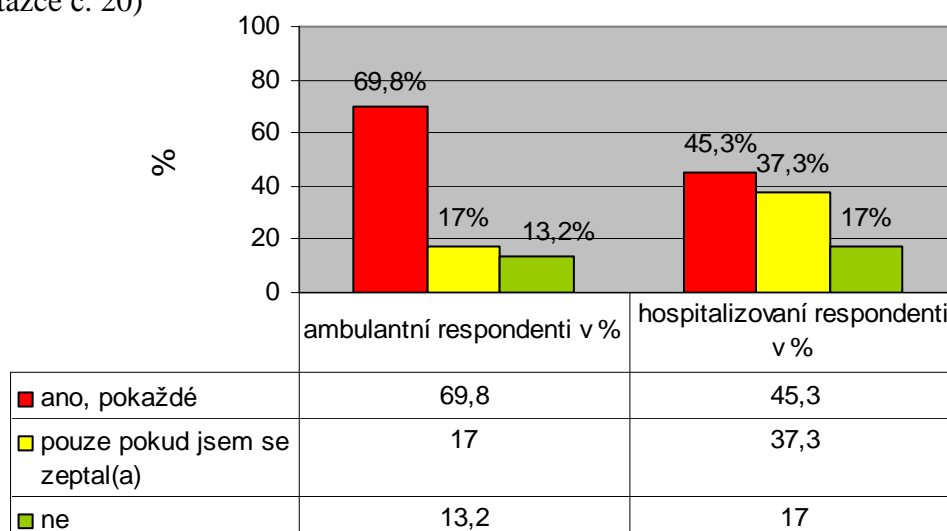
Graf znázorňuje poskytnuté informace respondentům o možných komplikacích kolonoskopického vyšetření. Celkový počet odpovídajících respondentů na otázku bylo 53 (100 %) ambulantních respondentů a 53 (100 %) hospitalizovaných respondentů.

28 (52,8 %) ambulantních respondentů informoval o možných komplikacích lékař, žádné informace o možných komplikacích nezískalo 13 (24,5 %) ambulantních respondentů. Sestra informovala 12 (22,7 %) respondentů. 20 (37,7 %) hospitalizovaných respondentů informoval o možných komplikacích lékař, žádné informace o možných komplikacích nezískalo 26 (49,1 %) hospitalizovaných respondentů. Sestra informovala 8 (15,1 %) respondentů.

Žádné informace o možných komplikacích souvisejících s kolonoskopickým vyšetřením nezískalo 24,5 % ambulantních respondentů a 49,1 % hospitalizovaných respondentů.

Graf 24 Kontrola srozumitelnosti předávaných informací respondentům sestrami

(graf k otázce č. 20)



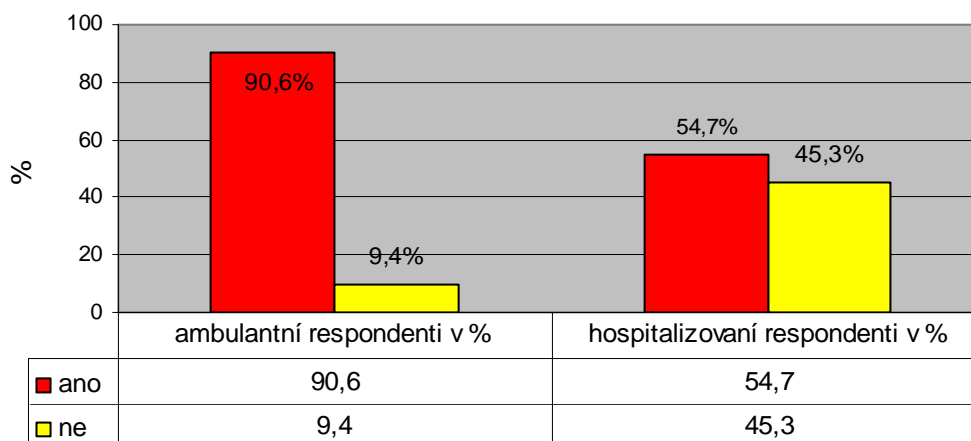
Graf znázorňuje, zda sestry, když poskytovaly informace respondentům, kontrolovaly zpětným dotazem srozumitelnost poskytovaných informací. Celkový počet odpovídajících respondentů na otázku byl 53 (100 %) ambulantních respondentů a 53 (100 %) hospitalizovaných respondentů.

37 (69,8 %) ambulantních respondentů uvedlo, že se jich sestry ptaly pokaždé, zda informacím porozuměli, 9 (17 %) respondentů uvedlo, že se jich sestry zeptaly na srozumitelnost, pouze pokud se sami respondenti zeptali na nepochopenou informaci. U 7 (13,2 %) respondentů sestry vůbec nekontrolovaly srozumitelnost podávaných informací. 24 (45,3 %) hospitalizovaných respondentů uvedlo, že se jich sestry ptaly pokaždé, zda informacím porozuměli, 20 (37,7 %) respondentů uvedlo, že se jich sestry zeptaly na srozumitelnost pouze pokud se sami respondenti zeptali. U 9 (17 %) respondentů sestry vůbec nekontrolovaly srozumitelnost podávaných informací.

Kontrola srozumitelnosti informací, které jsou poskytovány pacientům, je velmi důležitá. Sestry nekontrolovaly srozumitelnost informací u 13,2 % ambulantních respondentů a 17 % hospitalizovaných respondentů.

Graf 25 Vliv informací před kolonoskopickým vyšetřením na respondenty

(graf k otázce č. 21)

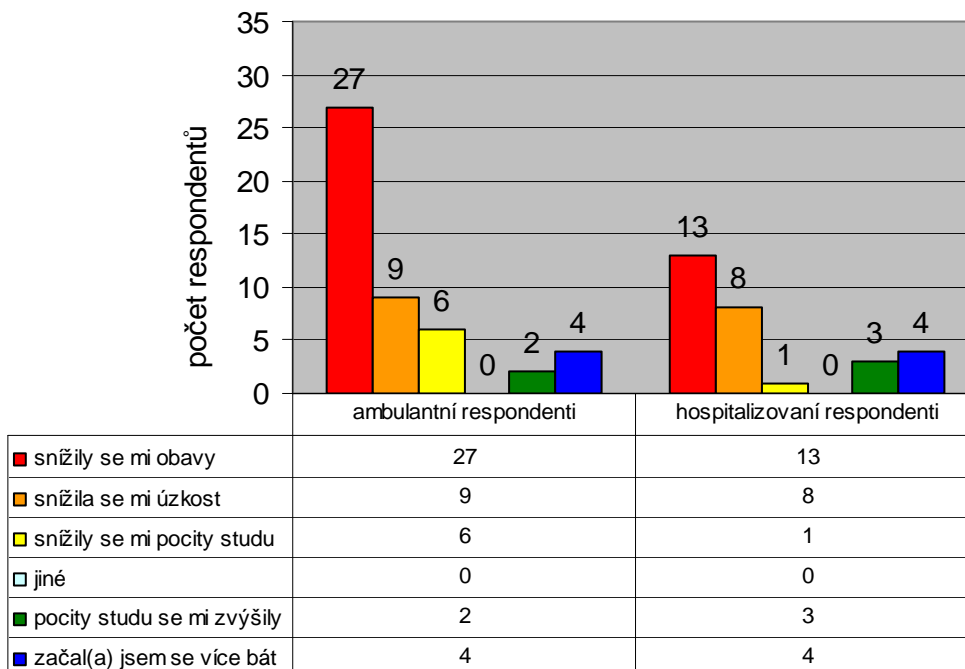


Graf znázorňuje subjektivní vliv informací poskytovaných respondentům před kolonoskopickým vyšetřením. Celkový počet odpovídajících respondentů na otázku bylo 53 (100 %) ambulantních respondentů a 53 (100 %) hospitalizovaných respondentů.

48 (90,6 %) ambulantních respondentů uvedlo, že informace poskytované před kolonoskopickým vyšetřením na ně mělo vliv. Informace neměly vliv na 5 (9,4 %) respondentů. 29 (54,7 %) hospitalizovaných respondentů uvedlo, že informace poskytované před kolonoskopickým vyšetřením na ně měly vliv. Informace neměly vliv na 29 (54,7 %) respondentů.

Informace před kolonoskopickým vyšetřením měly vliv na 90,6 % ambulantních respondentů, kdežto z hospitalizovaných pacientů měly informace vliv pouze na 54,7 % respondentů. Zde se opět potvrzuje možný vliv pasivního přístupu k léčbě u hospitalizovaných respondentů.

Graf 26 Specifikace vlivů získaných informací před kolonoskopickým vyšetřením na respondenta (graf k otázce č. 21)



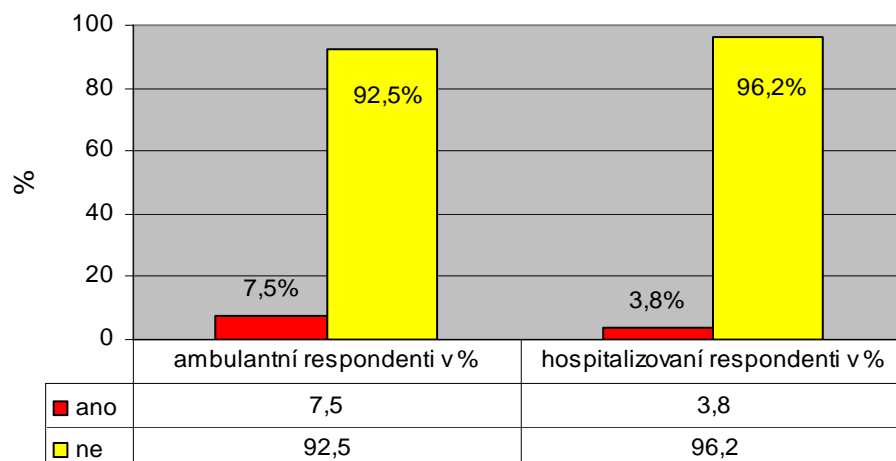
Graf znázorňuje konkrétní vliv informací před kolonoskopickým vyšetřením. Graf rozvíjí odpověď „ano“ z grafu 26. Z celkového počtu 53 (100 %) ambulantních respondentů a 53 (100 %) hospitalizovaných respondentů na tuto otázku odpovídalo 48 ambulantních respondentů a 29 hospitalizovaných respondentů.

27 ambulantních respondentů uvedlo, že se jim obavy snížily, úzkost se snížila 9 respondentům. Pocity studu se snížily 6 respondentům. „Jiné“ nevedl žádný z ambulantních respondentů. Naopak se pocity studu zvýšily 2 ambulantním respondentům a 4 respondenti uvedli, že se začali více bát kolonoskopického vyšetření. 13 hospitalizovaných respondentů uvedlo, že se jim obavy snížily, úzkost se snížila 8 respondentům, pocity studu se snížily 1 respondentovi. Jiné“ nevedl žádný z hospitalizovaných respondentů. Naopak pocity studu se zvýšily 3 respondentům 4 respondenti se začali více bát kolonoskopického vyšetření.

Většina respondentů uvedla pozitivní vliv informací – obavy i pocity studu se u nich snížily. Menší vliv se opět potvrdil u hospitalizovaných respondentů.

Graf 27 Postrádané informace respondentů před kolonoskopickým vyšetřením

(graf k otázce č. 22)



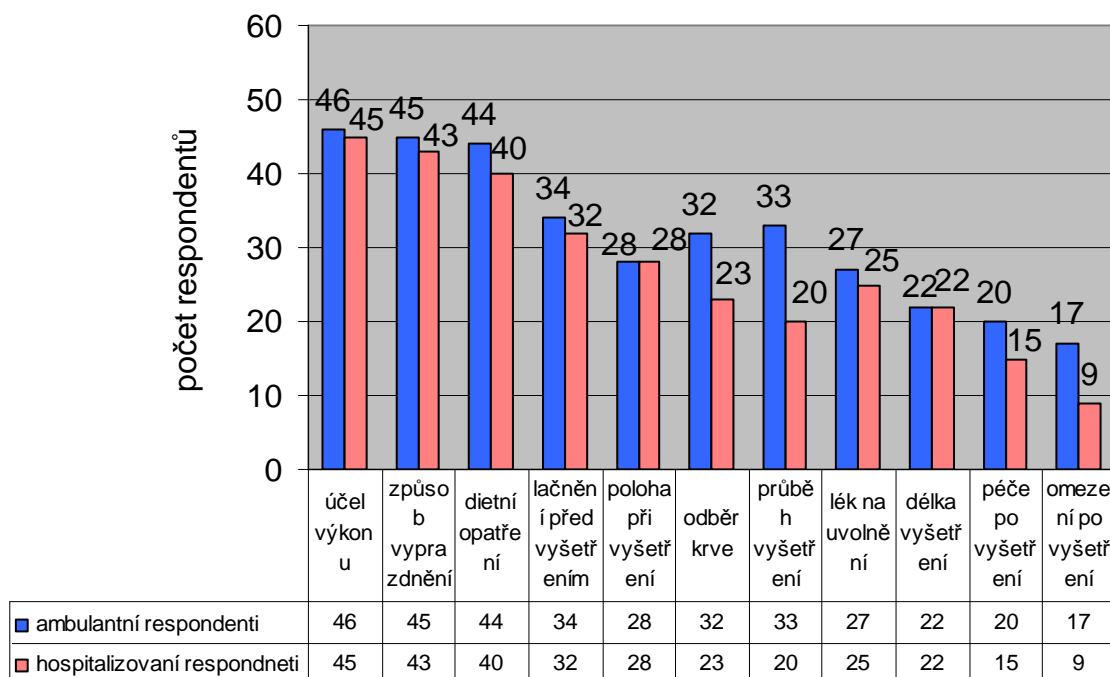
Graf znázorňuje zda respondenti postrádali nějaké informace před kolonoskopickým vyšetřením. Celkový počet odpovídajících respondentů na tuto otázku byl 53 (100 %) ambulantních respondentů a 53 (100 %) hospitalizovaných respondentů.

4 (7,5 %) ambulantní respondenti postrádali informace, naopak 49 (92,5 %) respondentům žádné informace nechyběly. 2 (3,8 %) hospitalizovaní respondenti postrádali informace, naopak 51 (96,2 %) respondentům žádné informace nechyběly. Jako postrádané informace respondentů byly uvedeny: nedostatek informací o premedikaci před vyšetřením, podrobnější informace o dietě, dietních opatřeních nebo délce kolonoskopického vyšetření.

Přestože v předešlých grafech neprojevili respondenti obou skupin 100 % informovanost o dané problematice, v tomto grafu přes 90 % respondentů uvedlo, že žádné konkrétní informace jim nescházely. V souvislosti s předchozími grafy, zjišťujícími míru informovanosti, tento graf vypovídá o skutečnosti, že určitá část respondentů sice subjektivně pocítovala nedostatek informací, avšak konkrétně nevěděli, na co se zeptat.

4. 2 Výsledky související s hypotézami

Graf 28 Konkrétní informovanost respondentů před kolonoskopickým vyšetřením
(graf k otázce č.9)



Graf znázorňuje porovnání četnosti informací, které získali ambulantní a hospitalizovaní respondenti před kolonoskopickým vyšetřením. Respondenti mohli v dotazníku označovat i více odpovědí. Celkový počet odpovídajících respondentů na otázku bylo 53 (100 %) ambulantních respondentů a 53 (100 %) hospitalizovaných respondentů.

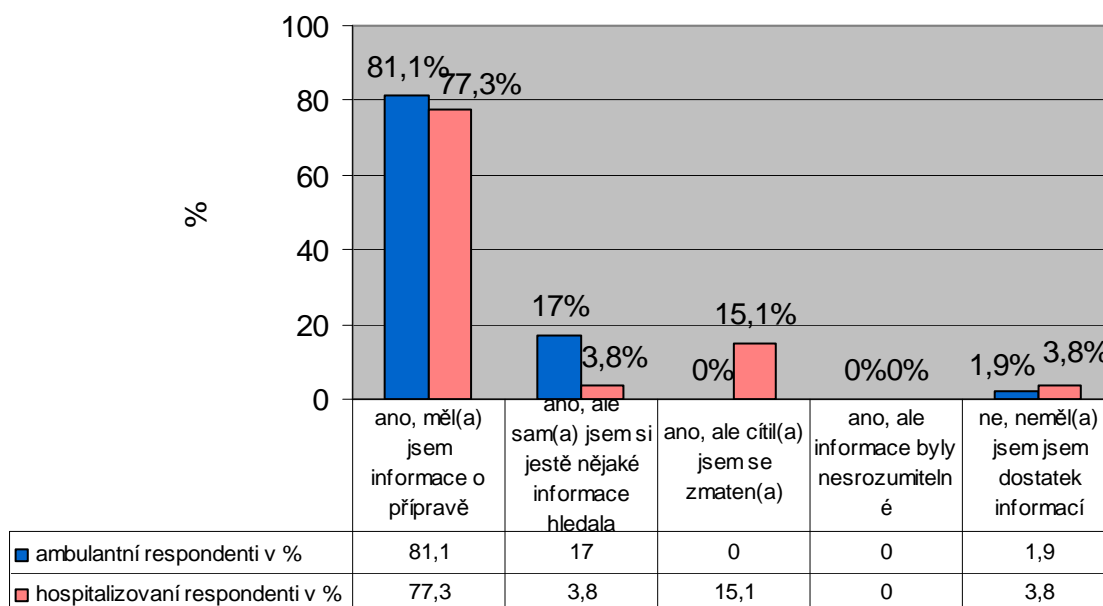
O účelu kolonoskopického vyšetření bylo informováno nejvíce respondentů z obou skupin - 46 ambulantních respondentů a 45 hospitalizovaných respondentů. O způsobu vyprázdnění bylo informováno 45 ambulantních respondentů a 43 hospitalizovaných respondentů, o dietním opatření mělo informace 44 ambulantních respondentů a 40 hospitalizovaných respondentů, o lačnění bylo informováno 34 ambulantních respondentů a 32 hospitalizovaných respondentů, o poloze během vyšetření mělo informace 28 ambulantních a rovněž 28 hospitalizovaných respondentů, o odběru krve bylo informováno 32 ambulantních respondentů a 23 hospitalizovaných respondentů, o

průběhu vyšetření bylo informováno 33 ambulantních respondentů a 20 hospitalizovaných respondentů. O podávaném léku na uvolnění bylo informováno 27 ambulantních respondentů a 25 hospitalizovaných respondentů, o délce kolonoskopického vyšetření 22 ambulantních respondentů a 22 hospitalizovaných respondentů, o péči po kolonoskopickém vyšetření bylo informováno 20 ambulantních respondentů a 15 hospitalizovaných respondentů. Nejméně byli respondenti z obou skupin informováni o omezení po vyšetření - 17 ambulantních respondentů a 9 hospitalizovaných respondentů. „Jiné“ neoznačil žádný z respondentů.

Největší rozdíly v informovanosti mezi respondenty se týkaly výsledků o odběru krve před vyšetřením, průběhu vyšetření, péče po vyšetření a omezení po vyšetření, kde ve všech těchto případech byli lépe informováni ambulantní respondenti. Rovněž celkově jsou lépe informováni ambulantní respondenti.

Graf 29 Míra informovanosti respondentů o přípravě na kolonoskopické vyšetření

(graf k otázce č. 11)



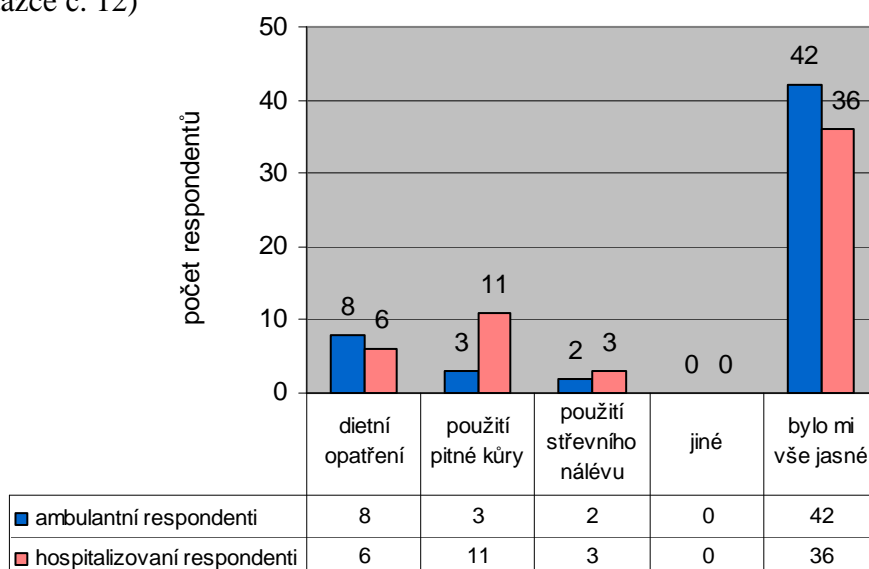
Graf znázorňuje míru informovanosti respondentů o přípravě na kolonoskopické vyšetření. Celkový počet odpovídajících respondentů na otázku bylo 53 (100 %) ambulantních respondentů a 53 (100 %) hospitalizovaných respondentů.

„Ano, měl(a) jsem informace o přípravě“ uvedlo 43 (81,1%) ambulantních respondentů a 41 (77,3 %) hospitalizovaných respondentů. „Ano, ale sám(a) jsem si ještě nějaké informace hledal(a) uvedlo 9 (17 %) ambulantních respondentů a 2 (3,8 %) hospitalizovaní respondenti. „Ano, ale cítil(a) jsem se zmaten(a)“ neuvedl žádný z ambulantních respondentů a 8 (15,1%) hospitalizovaných respondentů. „Ano, ale informace byly nesrozumitelné“ neuvedl žádný z respondentů. „Ne, neměl(a) jsem dostatek informací“ uvedl 1 (1,9%) ambulantní respondent a 2 (3,8 %) hospitalizovaní respondenti.

Množství informací o přípravě bylo poměrně vyrovnané u respondentů z obou zkoumaných skupin, mírně lepší výsledky vykazovala skupina ambulantních respondentů, kteří si navíc ještě další informace byli schopni dohledat.

Graf 30 Nejasnosti u respondentů v přípravě na kolonoskopické vyšetření

(graf k otázce č. 12)

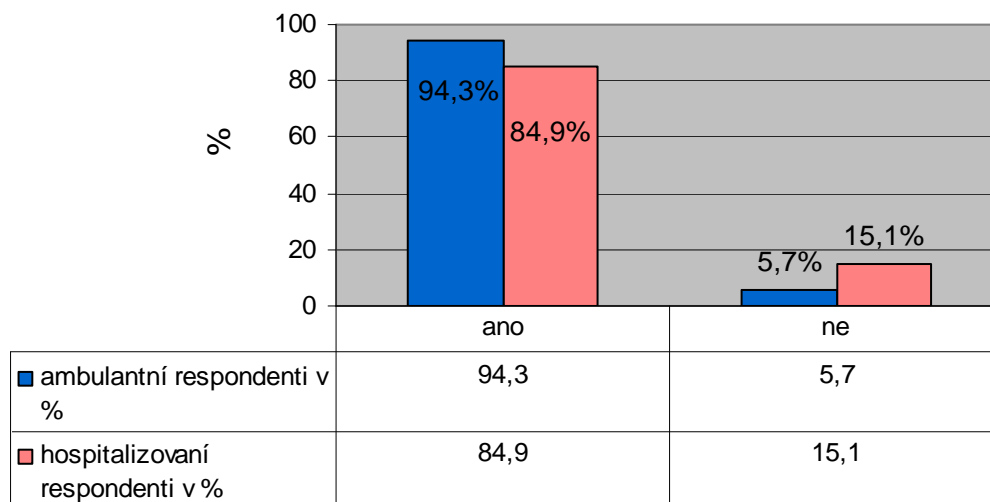


Graf znázorňuje četnost nejasností respondentů v přípravě na kolonoskopické vyšetření. Respondenti mohli v dotazníku označovat i více odpovědí. Celkový počet odpovídajících respondentů na otázku byl 53 (100 %) ambulantních respondentů a 53 (100 %) hospitalizovaných respondentů.

Z přípravy na kolonoskopické vyšetření nebylo srozumitelné: „Dietní opatření“ pro 8 ambulantních respondentů a 6 hospitalizovaných respondentů, „použití pitné kůry“ pro 3 ambulantní respondenty a 11 hospitalizovaných respondentů „použití střevního nálevu“ pro 2 ambulantní respondenty a 3 hospitalizované respondenty, „jiné“ neuvedl žádný z respondentů. „Bylo mi vše jasné“ uvedlo 42 ambulantních respondentů a 36 hospitalizovaných respondentů

Ambulantní respondenti nejvíce postrádali informace o dietním opatření a hospitalizovaným respondentům chyběly informace o použití pitné kůry. Informace o přípravě na vyšetření byly u obou skupin poměrně jasné, mírně vyšší informovanost opět přiznali ambulantní respondenti.

Graf 31. Informovanost respondentů o dietním opatření před kolonoskopickým vyšetřením (graf k otázce č. 13)



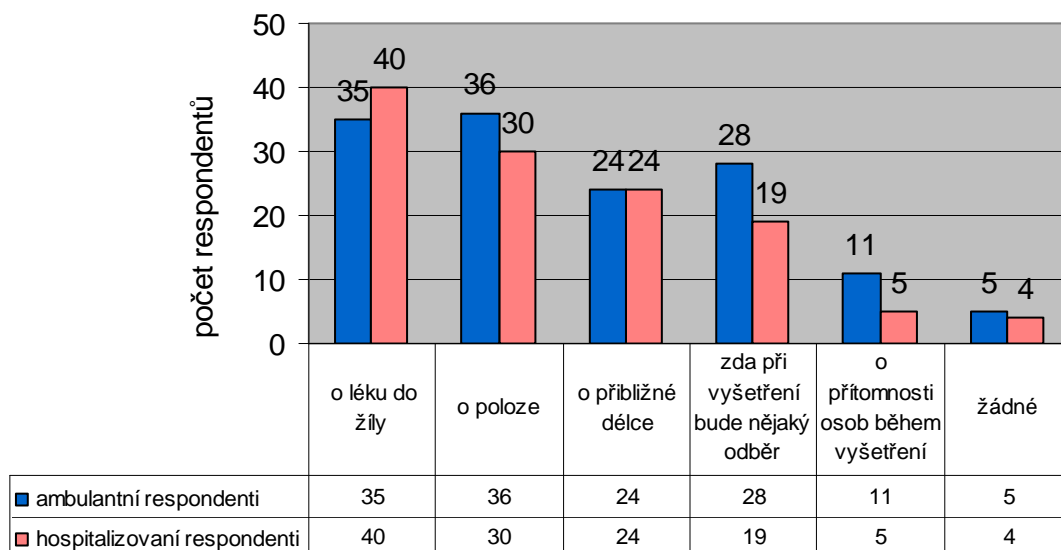
Graf znázorňuje informovanost respondentů o dietním opatření před kolonoskopickým vyšetřením. Celkový počet odpovídajících respondentů na otázku bylo 53 (100 %) ambulantních respondentů a 53 (100 %) hospitalizovaných respondentů.

O dietním opatření bylo informováno („ano“) 50 (94,3%) ambulantních respondentů a 45 (84,9 %) hospitalizovaných respondentů. Neinformováni („ne“) o dietním opatření byli 3 (5,7 %) ambulantní respondenti a 8 (15,1 %) hospitalizovaných respondentů.

Z výsledků vyplynulo, že ambulantní respondenti byli lépe informováni než hospitalizovaní.

Graf 32 Získané informace respondentů o průběhu kolonoskopického vyšetření

(graf k otázce č. 14)



Graf znázorňuje četnost získaných informací respondenty o průběhu kolonoskopického vyšetření. Respondenti mohli v dotazníku označovat i více odpovědí. Celkový počet odpovídajících respondentů byl 53 (100 %) ambulantních respondentů a 53 (100 %) hospitalizovaných respondentů.

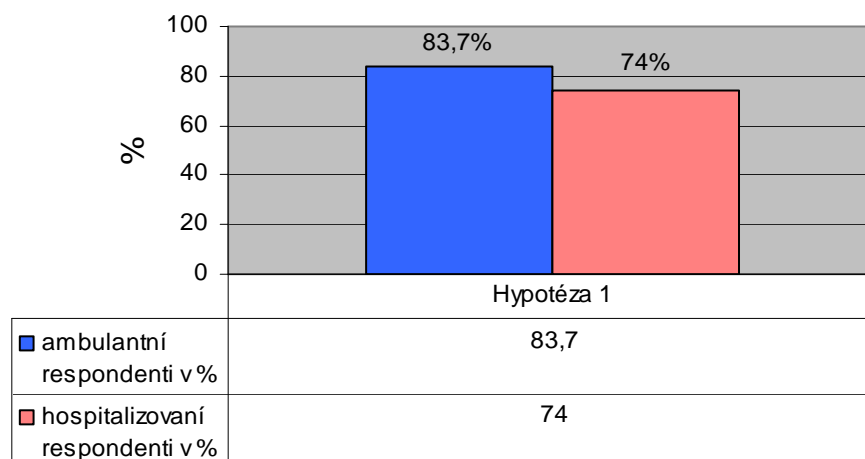
O léku do žíly bylo informováno 35 ambulantních respondentů a 40 hospitalizovaných respondentů. O poloze při vyšetření bylo informováno 36 ambulantních respondentů a 30 hospitalizovaných respondentů. O přibližné délce vyšetření bylo informováno 24 ambulantních respondentů a 24 hospitalizovaných respondentů. O odběru vzorku tkáně při samotné kolonoskopii bylo informováno 28 ambulantních respondentů a 19 hospitalizovaných respondentů. O přítomnosti osob bylo informováno 11 ambulantních respondentů a 5 hospitalizovaných respondentů. Žádné informace o průběhu kolonoskopického vyšetření nedostalo 5 ambulantních respondentů a 4 hospitalizovaní respondenti.

Ambulantní respondenti byli většinou lépe informováni v otázkách týkajících se průběhu kolonoskopického vyšetření. Stejně byli informováni respondenti obou zkoumaných skupin v oblasti přibližné délky vyšetření. Hospitalizovaní respondenti byli lépe informováni než ambulantní respondenti o aplikaci léku do

žily. Celkově je ale informovanost nízká u obou zkoumaných skupin o průběhu kolonoskopického vyšetření, 5 ambulantních a 4 hospitalizovaní respondenti nedostali žádné informace o průběhu.

4.3 Souhrnné vyhodnocení hypotéz

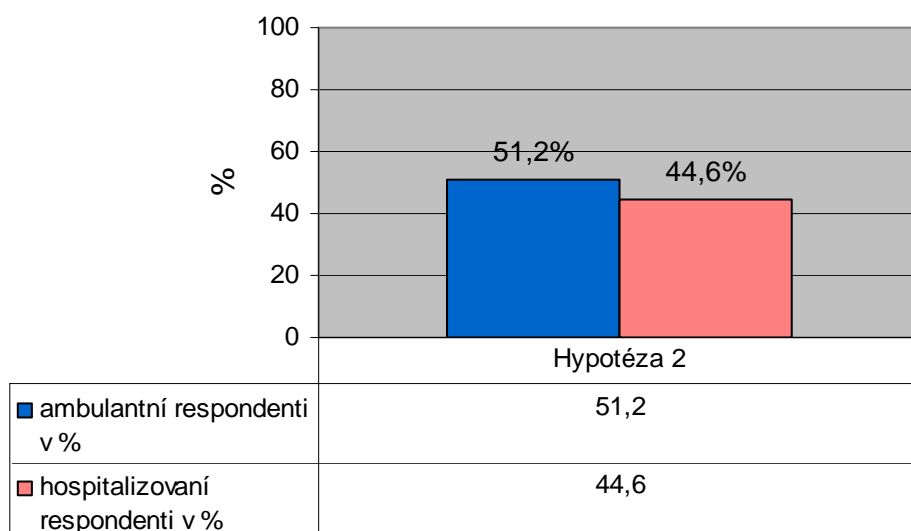
Graf 33 Hypotéza 1: Rozsah informací o dietním opatření před kolonoskopií poskytovaných hospitalizovaným klientům se liší od rozsahu informací poskytovaných ambulantním klientům.



Tento graf znázorňuje vyhodnocení H1. Ambulantní respondenti byli informováni na 83,7 % a tudíž jsou lépe informováni o dietním opatření než hospitalizovaní respondenti, kteří byli informováni na 74 %. Poměr informovanosti pro vyhodnocení tohoto grafu jsem stanovila propočtem z odpovědí k příslušným otázkám u grafů 28, 29, 30 a 31, kde jsem považovala za plnou informovanost 100 % kladných odpovědí respondentů. Ambulantní respondenti byli lépe informováni o dietním opatření, lačnění, měli dostatek informací o přípravě na kolonoskopické vyšetření a více ambulantních respondentů uvedlo, že je jim z přípravy na kolonoskopii vše jasné.

Hypotéza se potvrdila, existuje určitý rozdíl v informovanosti o dietním opatření před kolonoskopickým vyšetřením mezi ambulantními a hospitalizovanými respondenty.

Graf 34 Hypotéza 2: Rozsah informací o průběhu kolonoskopie poskytovaných hospitalizovaným klientům se liší od rozsahu informací poskytovaných ambulantním klientům



Tento graf znázorňuje vyhodnocení H2. Ambulantní respondenti byli informováni na 51,2 % a tudíž jsou lépe informováni o průběhu vyšetření než hospitalizovaní respondenti, kteří byli informováni na 44,6 %. Poměr informovanosti pro vyhodnocení druhé hypotézy jsem stanovila propočtem z odpovědí k příslušným otázkám u grafů č. 28 a 32, kde jsem považovala za plnou informovanost 100 % kladných odpovědí respondentů. Ambulantní respondenti byli lépe informováni než hospitalizovaní respondenti o průběhu vyšetření, o poloze, o přítomnosti osob během vyšetření, o odběru při vyšetření. Stejně byli respondenti informováni o přibližné délce vyšetření. Hospitalizovaní respondenti byli lépe informováni o léku do žíly na uvolnění.

Hypotéza se potvrdila, existuje určitý rozdíl v informovanosti o průběhu kolonoskopického vyšetření mezi ambulantními a hospitalizovanými respondenty.

5. Diskuze

Dotazníkového šetření pro tuto bakalářskou práci se zúčastnilo celkem 106 respondentů. Tento soubor tvořili stejným zastoupením ambulantní i hospitalizovaní respondenti. Počet ambulantních respondentů byl 53, hospitalizovaných respondentů bylo taktéž 53 respondentů.

Příprava na kolonoskopické vyšetření je velice důležitá, velkou roli zde hraje množství informací, které pacient získal. Nejvíce informováni byli respondenti obou skupin o účelu výkonu, způsobu vyprázdnění a dietním opatření. Je však zarážející, že ani o těchto nejčastějších informacích (nejdůležitějších pro hladký a účelný průběh kolonoskopického vyšetření) nebyli informováni všichni respondenti. Nejméně byli informováni respondenti obou skupin o omezení po vyšetření, např. neměli by řídit automobil, měli by mít klidový režim. Celkově jsou lépe informováni ambulantní respondenti (Graf 33 a 34). Největší rozdíly v informovanosti mezi respondenty jsem zjistila u výsledků o odběru krve před vyšetřením, průběhu vyšetření, péče po vyšetření a omezení po vyšetření, kde ve všech těchto případech byli lépe informováni ambulantní respondenti. Přitom odběr krve je velice důležité vyšetření, v rámci přípravy na kolonoskopické vyšetření, a to v souvislosti s bioptickým odběrem tkáně ze střeva během vyšetření. Při tomto bioptickém odběru je nutné znát výsledky pacientova koagulačního vyšetření. Při prodlouženém koagulačním čase některé zákroky nelze provést, např. papilotomii, ale hlavně biopsii, jak je uvedeno v publikaci Lukáše (22).

S přípravou na kolonoskopické vyšetření úzce souvisí dietní opatření, které má velký vliv na vlastní průběh vyšetření. Dietní přípravu na kolonoskopii popisuje např. Křišková ve své publikaci (21) nebo Koudelková (20). Popisována je nečastěji dietní příprava na kolonoskopické vyšetření, kdy 3 dny před vyšetřením by se nemělo jíst ovoce, zelenina a vše, co má slupky, semínka, jádérka apod. a den před vyšetřením se užívá pitná kůra. Informovanost o tomto dietním opatření před kolonoskopickým vyšetřením (Graf 16) je mezi respondenty poměrně vysoká. Avšak 8 hospitalizovaných a 3 ambulantní respondenti nebyli o dietních opatřeních informováni vůbec. Ambulantní respondenti byli lépe informováni o dietním opatření (Graf 33) než hospitalizovaní (Graf 31). Hospitalizovaným respondentům sestry v nemocnici objednají s vyšetřením i

upravenou dietu a pokud konzumuje pacient v době před vyšetřením pouze nemocniční stravu, měl by takto být správně připraven na vyšetření. Neinformovanost o dietním opatření mezi ambulantními respondenty, kteří se připravují sami doma, je závažnější, vyšetření by nemuselo splnit svůj účel pro špatnou přípravu a dokonce by to mohlo znamenat nutnost vyšetření opakovat. Informace o přípravě na kolonoskopické vyšetření jsou velmi důležité pro obě zkoumané skupiny, jak z hlediska psychického, tak z důvodu hladkého průběhu vyšetření.

Respondenti ve většině případů uváděli v dotazníkovém šetření správnou odpověď o specifikaci dietního opatření (graf 17). Výsledky tedy potvrdily poměrně dobrou informovanost respondentů obou skupin, avšak 8 z hospitalizovaných respondentů, kteří prokázali špatnou informovanost, patrně dokazují, že se o otázku stravy příliš nezajímají a spoléhají se na ordinovanou stravu z nemocnice. Lze tedy usuzovat, že se zde projevuje pasivní přístup hospitalizovaných respondentů a důvěra v kompletní péči ze strany nemocničního personálu. Naproti tomu ambulantní respondenti byli o dietních opatřeních výrazně lépe informováni, což může souviset s jejich nutným aktivním přístupem k přípravě na vyšetření.

V rámci přípravy na kolonoskopické vyšetření uvedli ambulantní respondenti nejčastěji nejasnosti v dietní přípravě, naopak hospitalizovaní respondenti uvedli nejasnosti ohledně použití pitné kůry. Celkově byly informace o přípravě na vyšetření oběma skupinám poměrně jasné, mírně vyšší informovanost opět prokázali ambulantní respondenti (Graf 15, 30).

Lukáš (22) ve své publikaci upozorňuje, že špatnou přípravou se kolonoskopické vyšetření zbytečně prodlužuje a někdy je dokonce nutné ho opakovat, což může být pro pacienty zbytečně zatěžující.

Hypotéza 1: Rozsah informací o dietním opatření před kolonoskopií poskytovaných hospitalizovaným klientům se liší od rozsahu informací poskytovaných ambulantním klientům. Poměr informovanosti pro vyhodnocení první hypotézy jsem stanovila propočtem z grafů 28, 29, 30 a 31, kde jsem považovala za plnou informovanost 100 % kladných odpovědí respondentů. *Hypotéza se potvrdila, existuje určitý rozdíl v informovanosti o dietním opatření před kolonoskopickým vyšetřením*

mezi ambulantními a hospitalizovanými respondenty. Situaci jsem znázornila v grafu 33, u ambulantních respondentů mi vyšla informovanost 83,7 %, u hospitalizovaných respondentů informovanost 74 %

V problematice týkající se průběhu kolonoskopického vyšetření byli ambulantní respondenti nejčastěji informováni o poloze a léku do žíly. Hospitalizovaní respondenti byli taktéž nejvíce informováni o léku do žíly a dokonce byli v této otázce informovanější než ambulantní respondenti. V oblasti přibližné délky vyšetření byli informováni respondenti obou zkoumaných skupin stejně. Ambulantní respondenti byli celkově v této problematice poměrně lépe informováni než hospitalizovaní respondenti. Informovanost je však nízká u obou zkoumaných skupin o průběhu kolonoskopického vyšetření: 5 ambulantních a 4 hospitalizovaní respondenti nedostali žádné takové informace (Graf 18, 32). Sestra na kolonoskopickém sálku by měla pacientům popsat průběh vyšetření a vše jim ukázat. Na toto často spoléhají v úvodním rozhovoru lékaři, kteří mohou argumentovat, že se vše pacient dozví až od sestry na sálku; pacient má však právo na úplné informace o daném vyšetření hned zpočátku, aby se mohl zodpovědně rozhodnout, tento fakt vyplývá i z práv pacientů. Popis průběhu vyšetření je popsán na informovaném souhlasu (Příloha 5), který pacient podepisuje před tímto vyšetřením, ale v souvislosti se stresem není možné, aby si veškeré informace zapamatoval, protože musí tento informovaný souhlas často obratem s podpisem odevzdat. Pacienta by uklidnilo, kdyby dostal kopii informovaného souhlasu pro svoji potřebu, mohl se do ní kdykoliv podívat a v klidu si připomenout aktuálně potřebnou informaci. O průběhu kolonoskopického vyšetření ambulantní respondenty nejčastěji informovali oba zdravotníci, sestra i lékař. U hospitalizovaných respondentů jsou zdroje informací poměrně vyrovnané (Graf 19).

Hypotéza 2: Rozsah informací o průběhu kolonoskopie poskytovaných hospitalizovaným klientům se liší od rozsahu informací poskytovaných ambulantním klientům. Poměr informovanosti pro vyhodnocení druhé hypotézy jsem stanovila propočtem z grafů 28 a 32, kde jsem považovala za plnou informovanost 100 % kladných odpovědí respondentů. Hypotéza se potvrdila, existuje určitý rozdíl

v informovanosti o průběhu vyšetření před kolonoskopií mezi ambulantními a hospitalizovanými respondenty. Situaci jsem znázornila v grafu 34, u ambulantních respondentů mi vyšla informovanost 51,2 %, u hospitalizovaných respondentů informovanost 44,6 %.

Dále z dotazníkového šetření vyplynulo, že je celková informovanost o péči po kolonoskopickém vyšetření (Graf 22) poměrně nízká, na většinu odpovědí zároveň neodpovědělo ani 30 z 53 respondentů. Hospitalizovaní respondenti jsou však informováni v některých otázkách lépe než ambulantní respondenti. Ambulantní respondenti byli nejvíce informováni o tom, že mají mít s sebou doprovod a hospitalizovaní byli nejvíce informováni, že se mohou hned napít. Důležité ale je, aby ambulantní pacienti počítali dopředu s omezeními plynoucími z podstoupení tohoto vyšetření a podání premedikace – nesmějí řídit automobil aj., jak uvádí Lukáš (22).

Mezi komplikace kolonoskopického vyšetření patří krvácení a perforace tlustého střeva. Tyto komplikace, přinášející s sebou kolonoskopické vyšetření, jsou popsány i v informovaném souhlasu (Příloha 5), který pacient musí podepsat před vyšetřením. Samozřejmostí by ale mělo být ústní seznámení s možnými komplikacemi tohoto vyšetření. Žádné informace o možných komplikacích souvisejících s kolonoskopickým vyšetřením nezískalo 24,5 % ambulantních respondentů a 49,1 % hospitalizovaných respondentů. Takto vysoký podíl neinformovanosti je velice zářející, jelikož pacient má právo na komplexní informace o vyšetření, včetně případných komplikací, aby se mohl zodpovědně rozhodnout, zda toto vyšetření podstoupí či nikoliv (Graf 23).

Přestože v předešlých otázkách neprojeвили respondenti obou skupin 100 % informovanost o dané problematice, v otázce zabývající se informacemi, které chyběly respondentům před kolonoskopickým vyšetřením (Graf 27), uvedlo přes 90 % respondentů, že žádné konkrétní informace jim nescházely. V souvislosti s předchozími otázkami, zjišťujícími míru informovanosti, tyto výsledky mohou vypovídat o skutečnosti, že určitá část respondentů sice subjektivně pociťovala nedostatek informací, avšak konkrétně nevěděli, na co se zeptat.

Pacienti před vyšetřením podepisují Informovaný souhlas pacienta (Příloha 5), kde je zmíněno, že by měl mít pacient s sebou po vyšetření doprovod, totéž uvádí Lukáš ve své publikaci (22). Na toto vyšetření je doprovod doporučovaný, protože se pacientům během vyšetření podávají léky na uvolnění, kdy účinky mohou působit nějakou dobu i po vyšetření. Z dotazníkového šetření vyplynulo, že doprovod s sebou na kolonoskopické vyšetření měli častěji hospitalizovaní respondenti (79,2 %), doprovodem byl především zdravotnický personál. Otázkou zůstává závažnost absence 100 % doprovodu hospitalizovaných pacientů. U ambulantních respondentů je zarážející 35,8 % absence doprovodu (Graf 6). Hlubší analýzou jsem zjistila, že se jedná především o pacienty, kteří přicházejí na kolonoskopické vyšetření poprvé, což může vypovídat o malé informovanosti v této oblasti a jejímu podceňování. V této problematice se projevil zcela konkrétní přínos provedeného dotazování pro praktické využití ve smyslu lepší informovanosti pacientů před prvním provedením kolonoskopického vyšetření. Zjevně zde mohou vznikat nedorozumění a zároveň poškození zdraví pacientů, pokud není běžně dostupný informační leták ani kvalifikované ústní informace. Výsledky odpovídají zcela logickému předpokladu, že u ambulantních respondentů bude jako doprovod převládat rodinný příslušník, kdežto u hospitalizovaných je jako doprovod nejčastěji uváděn sanitář (Graf 7).

O přípravě na kolonoskopické vyšetření získali respondenti obou skupin nejvíce informací od sestry v nemocnici. Tato skutečnost dokládá důležitost sestry v oblasti informování pacientů indikovaných ke kolonoskopii. Ambulantní respondenti dále uvedli jako zdroj informací gastroenterologa a jiné zdroje, např. leták. Hospitalizovaní dále uvedli jako zdroj informací o přípravě na kolonoskopické vyšetření lékaře z nemocnice, ostatní zdroje jsou však uváděny v menší míře (Graf 13).

Zajímavé jsou i výsledky subjektivních pocitů respondentů, jak vnímali získané množství informací o přípravě na kolonoskopické vyšetření, kdy každý člověk má individuální potřebu množství informací k danému tématu. Většina respondentů obou zkoumaných skupin uvedla, že měli informace o přípravě na kolonoskopické vyšetření. Přibližně stejný počet respondentů zaznamenalo nedostatek informací, což ambulantní respondenti (17 %) řešili dohledáním informací samostatně, kdežto 15 %

hospitalizovaných respondentů zřejmě tuto možnost nemělo a uvedlo pouze, že jsou z informací zmateni. Zarážející je absence informací u 3 respondentů - 1 ambulantní a 2 hospitalizovaní (Graf 14, 30).

Struktura lékařů indikujících pacienty ke kolonoskopickému vyšetření odpovídá logickému předpokladu: 64,2 % hospitalizovaných pacientů doporučil ke kolonoskopickému vyšetření lékař z nemocnice, ambulantní respondenti byli doporučováni nejčastěji gastroenterologem a praktickým lékařem (Graf 4). Praktický lékař byl jedním z nejčastějších indikujících lékařů ke kolonoskopickému vyšetření u ambulantních respondentů, z toho lze usuzovat, že preventivní program na odhalování okultního krvácení je využíván. Tento test vede ke včasné diagnostice rakoviny tlustého střeva, jak uvádí Mařatka ve své publikaci (24). Na tuto problematiku se zaměřila i Nadace Dagmar a Václava Havlových „VIZE 97“, kteří se podíleli na vyhlášení národního programu založeného na vyšetření stolice a kolonoskopii v roce 2000. Na svých internetových stránkách uvádějí, že za 7 let existence tohoto programu se zvýšil 16x počet vyšetření stolice na krvácení, 1,6x počet kolonoskopií a stal se tak srovnatelným s počty kolonoskopií v USA nebo v Německu. Nadace Vize 97 se v současné době zabývá hlavně medializací tohoto programu, podporou endoskopických pracovišť a propagací českých vědeckých projektů v souvislosti s programem. V televizi se představil nyní krátký spot, ve kterém vystupují známé osobnosti a doporučují u praktického lékaře vyhotovení testu na okultní krvácení (40). Věřím, že tímto způsobem lze informovat o dané problematice širokou veřejnost, a to velmi přesvědčivě a úspěšně.

Obecné informace o kolonoskopickém vyšetření odpovídají taktéž logickému předpokladu. Nejvíce respondentů obou skupin získalo informace o kolonoskopickém vyšetření od lékaře. Hospitalizovaní respondenti dokonce uvedli, že byli všichni (100%) zároveň informováni od lékaře (graf 10). Při specifikaci informujícího lékaře, nejčastěji u ambulantních respondentů, byl uváděn gastroenterolog, hospitalizovaní respondenti nejčastěji získali informace dle očekávání od lékaře z nemocnice (Graf 11). Z dotazníkového šetření dále vyplynulo, že hospitalizovaní respondenti si samostatně vyhledávají informace méně než ambulantní respondenti, popřípadě k dalším

informacím nemají přístup, pokud se o vyšetření dozvědí až v průběhu hospitalizace (Graf 10). U ambulantních respondentů je toto zjištění významné, neboť z pasivního příjemce péče se stává aktivní účastník.

Sestry by měly navazovat zpětnou vazbu s pacienty, hlavně pokud podávají důležité informace, a to zda daný pacient předaným informacím porozuměl. Kontrola srozumitelnosti informací, které jsou poskytovány pacientům, je tedy velmi důležitá. Sestry nekontrolovaly srozumitelnost informací u 13,2 % ambulantních respondentů a 17 % hospitalizovaných respondentů (Graf 24). Toto může být jednou z příčin zhoršené informovanosti v dané oblasti.

Od sestry se cítili lépe informováni ambulantní respondenti než hospitalizovaní. Důvodem může být to, že hospitalizovaní pacienti mají tendenci se stavět do role pasivního příjemce služeb, což je jednodušší a tím i běžnější pro pacienty i sestry (Graf 20). Tím zřejmě dochází k výrazně nižšímu předávání a vnímání informací. Naopak od lékaře se cítili lépe informováni hospitalizovaní respondenti než ambulantní respondenti (Graf 21).

V otázce zabývající se vlivem informací na respondenty uvedlo 90,6 % ambulantních respondentů, že informace před kolonoskopickým vyšetřením vliv měly, kdežto u hospitalizovaných respondentů měly informace vliv pouze na 54,7 % respondentů (Graf 25). Zde se opět potvrzuje možný vliv pasivního přístupu k léčbě u hospitalizovaných respondentů. Konkrétní vliv informací - většina odpovídajících respondentů uvedla pozitivní vliv (obavy i pocity studu se u nich snížily). Menší vliv se opět potvrdil u hospitalizovaných respondentů (Graf 26).

Provedení kolonoskopického vyšetření se mezi oběma skupinami výrazně neliší. Mezi respondenty je více než polovina, kteří již kolonoskopické vyšetření podstoupili. Z tohoto lze usuzovat, že jde o poměrně často opakované vyšetření (Graf 8). Četnost provedených kolonoskopických vyšetření je mezi pacienty taktéž různá, avšak nejčastěji podstoupili kolonoskopické vyšetření ambulantní i hospitalizovaní respondenti již 2x (Graf 9). Kolonoskopické vyšetření je prováděné opakovaně, lze tedy z toho usuzovat, že jde o druh dispenzární péče.

Výsledky výzkumu dále ukazují na vyšší procentuální zastoupení žen (Graf 1) na kolonoskopickém vyšetření, což může být zkresleno malým vzorkem dotazovaných a přístupností respondentů. Může to být ale také způsobeno větším zájmem o své zdraví u žen. Dotazníkové šetření potvrdilo statisticky nejvyšší výskyt potřeby vyšetření u věkové kategorie 61 – 80 let (Graf 2). Tyto výsledky mohou svědčit pro výskyt karcinomu tlustého střeva ve vyšším věku. Lukáš (22) ve své publikaci uvádí, že až 90% pacientů, kteří onemocněli kolorektálním karcinomem, je starší 50 let. V otázce, zjišťující nejvyšší dosažené vzdělání, bylo nejčastěji uváděno respondenty obou skupin středoškolské vzdělání ukončené maturitou či výučním listem (Graf 3).

Níže uvedené výsledky nejsou diskutovány, ale jsou zde pouze hledány odpovědi na shora uvedené problémy. Veškerá data z dotazníků jsem zadala do jedné tabulky, nechala zpracovat programem Microsoft Excel 2007 a profiltrovat podle závažnosti odpovědí a nahromadění negativních důsledků.

Otázka č. 9 se zabývala informovaností respondentů před kolonoskopií. V této otázce jsem se zaměřila na respondenty, kteří uvedli nejméně odpovědí a prokázali nejmenší informovanost: jednalo se o respondenty obou pohlaví ve věkové kategorii 61 - 80 let, tito respondenti byli z obou zkoumaných skupin a přišli na kolonoskopické vyšetření poprvé. Na toto vyšetření je většinou doporučil lékař z nemocnice. Informace o vyšetření získávali od sester a lékařů v nemocnici. Informace o přípravě na vyšetření byly dostačující, z přípravy jim bylo vše jasné. Většinu těchto respondentů nikdo neinformoval o komplikacích, které v souvislosti s provedením kolonoskopie mohou nastat. Nicméně na vliv informací odpovídali kladně, tj. že se u nich snížily obavy, informace před kolonoskopií nepostrádali.

Otázka č. 12 se zabývala nejasnostmi respondentů v přípravě na vyšetření. Celkem 5 respondentů na tuto otázku v dotazníku uvedlo najednou 2 nesrovnalosti, jednalo se o dietní opatření a použití střevního nálevu (klyzma). Tato skutečnost je velmi zajímavá, protože v Nemocnici České Budějovice, a.s. se standardně klyzma před kolonoskopií neprovádí. Jednalo se o respondenty z obou zkoumaných skupin, obou pohlaví ve věkové kategorii 61 – 80 let. Většina těchto respondentů uvedla, že

kolonoskopické vyšetření jim bylo prováděno více jak 3x. Informace o přípravě na vyšetření získali od sestry v nemocnici. Vliv informací uvedli kladný, snížila se úzkost. Informace před kolonoskopickým vyšetřením respondentům nechyběly.

Otázka č. 13 se zabývala informacemi respondentů o dietním opatření před kolonoskopickým vyšetřením. V této otázce jsem se zaměřila na respondenty, kteří uvedli, že informace o dietním opatření neměli. Jednalo se o 11 respondentů, převážně hospitalizovaných, obou pohlaví, ve věkové kategorii 21 – 40 let. Doporučil je lékař z nemocnice. Většina těchto respondentů na kolonoskopii přišla poprvé. Informace o vyšetření získávali respondenti od lékaře z nemocnice, byly dostačující a vše jim z přípravy bylo jasné. Je ale velmi závažné, že tito respondenti v otázce č. 9, týkající se informovanosti respondentů před kolonoskopií, uvedli, že informace o dietním opatření naopak mají.

Otázka č. 14 se zabývala informacemi respondentů o průběhu kolonoskopie. V této otázce jsem se zaměřila na respondenty, kteří uvedli, že žádné informace o průběhu nemají. Jedná se o 9 respondentů, převládaly ženy z obou zkoumaných skupin. Ve většině je doporučil na vyšetření lékař z nemocnice, podával jim i informace. Tito respondenti přišli na kolonoskopii poprvé. Informace o přípravě na toto vyšetření byly údajně dostačující a vše jim bylo jasné.

Otázka č. 18 se zabývala informacemi respondentů o péči po kolonoskopickém vyšetření. V této otázce jsem se zaměřila na respondenty, kteří byli nejméně informováni. Jednalo se především o hospitalizované ženy ve věkové kategorii 61 – 80 let, které jdou na kolonoskopii poprvé. Informovaly je o přípravě na vyšetření sestry v nemocnici. Poskytnuté informace o přípravě byly dostačující, vše jim bylo jasné.

Otázka č. 19 se zabývala informováním respondentů o komplikacích kolonoskopického vyšetření. Celkem 39 respondentů o této problematice nikdo neinformoval, jednalo se především o hospitalizované respondenty ve věkové kategorii 61 – 80 let. Na toto vyšetření je doporučil a zároveň podal informace lékař z nemocnice, o přípravě na vyšetření je informovaly sestry v nemocnici. Informace o přípravě na kolonoskopii vnímali jako dostačující, vše bylo respondentům jasné. Žádné informace respondentům nechyběly.

Otázka č. 20 řešila, zda sestry, pokud předávají pacientům informace, na závěr zkontrolují srozumitelnost u těchto pacientů. Sestry nekontrolovaly srozumitelnost u 18 respondentů z obou zkoumaných skupin. Jednalo se o pacienty obou pohlaví, kteří přišli na kolonoskopické vyšetření poprvé. Doporučil je a podal jim informace o vyšetření lékař z nemocnice. Informace o přípravě na vyšetření byly pro respondenty dostačující a vše jim bylo jasné. Většinu těchto respondentů nikdo neinformoval o komplikacích souvisejících s kolonoskopií. Informace před vyšetřením těmto respondentům nechyběly.

Otázka č. 21 se zabývala vlivem poskytnutých informací před kolonoskopií na respondenty. V této otázce jsem se zaměřila na respondenty, kterým informace získané před vyšetřením nepomohly. Jednalo se převážně o hospitalizované ženy ve věkové kategorii 61 – 80 let, které přišly na kolonoskopii poprvé. Doporučil a informoval je lékař z nemocnice. Většinu těchto respondentů nikdo neinformoval o komplikacích souvisejících s kolonoskopickým vyšetřením. Informace o přípravě na vyšetření byly dostačující a vše respondentům bylo jasné. Žádné informace před kolonoskopickým vyšetřením respondentům nescházely.

Otázka č. 22 se zabývala informacemi, které respondentům chyběly před vyšetřením. Celkem chyběly informace 6 respondentům, především se jednalo o ženy, které přišly ambulantně. Tyto respondentky nikdo neinformoval o možných komplikacích a ve většině se sestry neptaly na srozumitelnost podaných informací.

Tyto informace by mohly pomoci při zlepšování informovanosti respondentů. Při informování by se zdravotní personál měl zaměřit na hospitalizované ženy ve věkové kategorii 61 – 80 let. Dále jsou velké mezery v informovanosti o péči po kolonoskopii a problematice komplikací kolonoskopického vyšetření.

6. Závěr

Tato bakalářská práce poukazuje na vyšetření, které je dnes poměrně často využíváno a s tím souvisí i správná příprava na toto vyšetření. Vzhledem k tomu, že je Česká republika na prvním místě ve výskytu karcinomu tlustého střeva, tak je vyšetření dnes již nepostradatelné v diagnostice tohoto onemocnění, ale i jiných chorob postihujících tlusté střevo.

Cílem této bakalářské práce na téma „Problematika informovanosti u pacienta indikovaného ke kolonoskopii“ bylo zjistit rozdíl v informovanosti klientů indikovaných ke kolonoskopii v rámci hospitalizace a klientů přicházejících ambulantně. Cíl práce byl splněn.

Šetření jsem prováděla metodou dotazování, technikou dotazníku. Stanovila jsem dvě hypotézy. První hypotéza: Rozsah informací o dietním opatření před kolonoskopií poskytovaných hospitalizovaným klientům se liší od rozsahu informací poskytovaných ambulantním klientům. Druhá hypotéza: Rozsah informací o průběhu kolonoskopie poskytovaných hospitalizovaným klientům se liší od rozsahu informací poskytovaných ambulantním klientům. Z výsledků vyplynulo, že se obě hypotézy potvrdily, opravdu existuje určitý rozdíl v informovanosti před kolonoskopickým vyšetřením mezi ambulantními a hospitalizovanými respondenty. Ambulantní respondenti byli v obou problematikách - hypotézách lépe informováni.

Z výsledků této bakalářské práce jsem zjistila, že respondenti obou skupin byli nejčastěji informováni v rámci kolonoskopického vyšetření o účelu výkonu, způsobu vyprázdnění a dietním opatření. Naopak nejméně byli informováni respondenti obou skupin o omezení po vyšetření a péči po vyšetření.

Výsledky bakalářské práce budou poskytnuty vedoucím pracovníkům gastroenterologického oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s. Tyto výsledky by mohly pomoci zdravotnickému personálu k lepšímu uvědomění si potřeby informací u pacientů. Zaměřit by se měl zdravotnický personál především na ženy ve věkové kategorii 61 – 80 let, problematiku informovanosti průběhu kolonoskopického vyšetření a péče po vyšetření. Vhodné by bylo i informovat o problematice komplikací kolonoskopického vyšetření.

V rámci zlepšení informovanosti pacientů by bylo vhodné vytvořit shrnující leták, kde by pacienti, kteří se budou připravovat na kolonoskopické vyšetření, získali základní informace o vyšetření a zároveň zde byly odkazy, kde by si mohli najít podle individuální potřeby více informací sami. Možný obsah tohoto letáku je uveden v příloze této bakalářské práce (Příloha 7). Při sestavování tohoto letáku bylo vycházeno především z prostudované odborné literatury v rámci přípravy teoretické části této bakalářské práce. Je však nutné tento leták v rámci praxe ještě otestovat. Zdravotnický personál nemůže být, vzhledem ke své struktuře, natolik sebraný, aby poskytl komplexní informace – často se jeden spoléhá na druhého, takže se určité informace nakonec k pacientovi nemusejí dostat vůbec, což výzkum jednoznačně prokázal. Z toho jsem usoudila, že by bylo velmi vhodné a pro kvalitu vyšetření i psychický stav pacientů přínosné, vydat takový leták v co největším nákladu, aby se dostal ke všem potřebným klientům. V tomto duchu jsem se snažila navrhnout leták co nejlevnější, avšak s kompletními informacemi, které budou přístupné a přínosné pro co nejširší skupinu veřejnosti. Znamená to, aby byl leták přiměřeně odborný, věrohodný, přehledný, srozumitelný a komunikativní – tedy neodpuzoval, ale přiměl k důkladnému prostudování. Zároveň musí být správně distribuovaný, aby se dostal ke všem potřebným. Pro účelnost a kulturu této distribuce by tedy bylo dobré k letáčku vytvořit i kartónové stojánky do ordinací i čekáren. Provedení těchto letáčků i stojánků by mělo být nápadné, aby upozornilo pacienty na důležitost nabízených informací a nezbytnost jejich spolupráce pro kvalitu vyšetření.

7. Seznam použité literatury

1. DÍTĚ, P. a kol. *Gastroenterologie*. Učební text pro studující lékařství, 1. vydání, Brno: Masarykova univerzita v Brně, 2000, 196 s., ISBN 80 – 210 – 2379 – 1.
2. DÍTĚ, P. a kol. *Základy digestivní endoskopie*. 1. vydání, Praha: Grada, 1996, 220 s., ISBN 80 – 7169 – 237 – 9.
3. DÍTĚ, P. a kol. *Endoskopické, funkční a morfologické vyšetření v gastroenterologii*, 1. vydání, Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví Brno, 1994, 146 s., ISBN 80 – 7013 – 183 – 7.
4. DOENGES, M. E., MOORHOUSE, M. F. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. 2. vydání, Praha: Grada, 2001, 565 s., ISBN 80 – 247 – 0242 – 8.
5. DYLEVSKÝ, I. *Somatologie*. 2. vydání, Olomouc: Epava, 2000, 480 s., ISBN 80 – 86297 – 05 – 5.
6. Encyklopedie, Cit. 9. 12. 2007, dostupné z WWW: <http://encyklopedie.seznam.cz/heslo/500624-bolest>
7. Encyklopedie, [cit. 9.12. 2007], dostupné z WWW: <http://encyklopedie.seznam.cz/heslo/177154-spanek>
8. Encyklopedie, [cit. 8. 2. 2008], dostupné z WWW: <http://encyklopedie.seznam.cz/heslo/97954-strach>
9. HAŠKOVCOVÁ, H. *Informovaný souhlas, proč a jak*. Praha: Galén, 2007, 104 s., ISBN 978 – 80 – 7262 – 497 – 3.

10. HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etik.*, 3. vydání, Praha: Galén, 2002, 272 s., ISBN 80 – 7262 – 132 – 7.
11. HAVLÍK, J., VURM, V. *Komunikační dovednosti v oblasti zdravotní a sociální péče*. 1. vydání, České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2004, 89s., ISBN 80 – 7040 – 725 – 5.
12. CHRÁSTIL, L. *Informace o endoskopických vyšetřeních*. [cit. 2.11. 2007] dostupné z WWW: <http://www.gepchirurgie.cz/gep/default.asp?kat=endoskopie>
13. KLENER, P. a kol. *Vnitřní lékařství - díl III., A. Onemocnění trávicího ústrojí B. Choroby jater C. Onemocnění žlučníku, žlučových cest a pankreatu D. Nemoci pohybového ústrojí*, 1. vydání, Praha: Karolinum, 1997, 173 s., ISBN 80 – 7184 – 367 – 9.
14. KLENER, P. a kol. *Vnitřní lékařství II*. 1. vydání, Praha: Informatorium, 2001, 225 s., ISBN 80 – 86073 – 76 – 9.
15. KOLÁŘ, M. *Koloskopie*. [cit. 19.10.2007]. dostupné z WWW: http://www.euresis.cz/t_page.php?ID=15&IDS=49.
16. KOLEKTIV AUTORŮ. *Vnitřní lékařství pro nelékařské fakulty*. 1. vydání, Praha: Manus, 2003, 316 s., ISBN 80 – 86571 – 02 – 5.
17. KOLEKTIV AUTORU. *Základy ošetřování nemocných*. 1. vydání, Praha: Karolinum, 2005, 145 s., ISBN 80 – 246 – 0845 – 6.
18. *Koloskopie*. [cit. 25.10. 2007], dostupné z WWW: http://www.zdravcentra.cz/cps/rde/xchg/zc/xsl/3626_2806.html

19. KONTROVÁ, L., ZÁČEKOVÁ, M., HULKOVÁ a kol. *Štandardy v oštrovatelstve*. vydání neuvedeno, Martin: Osveta, 2005, 215 s., ISBN 80 – 8063 – 198 – 0.
20. KOUDELKOVÁ, V. *Endoskopie*. [cit. 7.2.2008], dostupné z WWW: http://www.eamos.cz/amos/kos/modules/low/kurz_text.php?id_kap=21&kod_ku_rzu=kos_392
21. KRIŠKOVÁ, A. a kol. *Ošetrovateľské techniky, metodika sesterných činností*. 2. vydání, Martin, Osveta, 2006, 780 s., ISBN 80 – 8063 – 202 – 2.
22. LUKÁŠ, K. a kol. *Gastroenterologie a hepatologie pro zdravotní sestry*, 1. vydání, Praha: Grada, 2005, 288 s., ISBN 80 – 247 – 1283 – 0.
23. MAŘATKA, Z. a spolupracovníci. *Gastroenterologie*. 1. vydání, Praha: Karolinum, 1999, 490 s., ISBN 80 – 7184 – 561 – 2.
24. MAŘATKA, Z. *Trávicí obtíže v lékařské praxi*. 1. vydání, Praha: Galén, 2007, 163 s., ISBN 978 – 80 – 7262 – 472 – 0.
25. MOUREK, J. *Fyziologie*. učebnice pro studenty zdravotnických oborů, 1. vydání, Praha: Grada, 2005, 204 s., ISBN 80 – 247 – 1190 – 7.
26. NAKONEČNÝ, M. *Lidské emoce*. 1. vydání, Academia: Praha, 2000, 335 s., ISBN 80 – 200 – 0763 – 6.
27. NOVÁKOVÁ, M. *Reality show*. [cit. 6.3.2008], dostupné z WWW http://www.ucitelskenoviny.cz/archiv_print_page.php?vydani=35&rok=05&odkaz=reality.htm

28. NOVOTNÁ, J, UHROVÁ, J., JIRÁSKOVÁ, J. *Klinická propedeutika pro střední zdravotnické školy. Obor zdravotnický asistent*. 1. vydání, Praha: Fortuna, 2007, 136s., ISBN 80 – 7168 – 940 – 8.
29. RICHARDS, A., EDWARDS, S. *Repetitorium pro zdravotní sestry*. 1. vydání, Praha: Grada, 2004, 376 s., ISBN 80 – 247 – 0932 – 5.
30. *Slovník cizích slov* [cit. 6.3.2008], dostupné z WWW: <http://www.slovník-cizich-slov.cz/?q=intimita&typ=0>
31. STAŇKOVÁ, M., *České ošetřovatelství 4, Jak provádět ošetřovatelský proces*. Ediční řada – Praktické příručky pro sestry. Vydání neuvedeno, Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2005, 66 s., ISBN 80 – 7013 – 283 – 3.
32. Světová zdravotnická organizace, *Lemon 2. Učební texty pro sestry a porodní asistentky*. 1. vydání, Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1997, 134s., ISBN 80 – 7013 – 238 – 8.
33. ŠAFRÁNKOVÁ, A., NEJEDLÁ, M. *Interní ošetřovatelství I*. 1. vydání, Praha: Grada, 2006, 284 s., ISBN 80 – 247 – 1148 – 6.
34. ŠIMÁNKOVÁ, M. a kol. *Základy ošetřovatelství*. 1. vydání, Praha: Karolinum, 2006, 354 s., ISBN 80 – 246 – 1091 – 4.
35. ŠUSTEK, P., HOLČAPEK, T. *Informovaný souhlas. Teorie a praxe informovaného souhlasu ve zdravotnictví*. 1. vydání, Praha: Aspi, 2007, 260 s., ISBN 978 – 80 – 73.

36. TRACHTOVÁ, E. a kol. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 1. vydání, Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2005, 186 s., ISBN 80 – 7013 – 324 – 4.
37. VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. vydání, Praha: Grada, 2006, 144 s., ISBN 80 – 247 – 1262 – 8
38. VIZE 97. *Kolorektál*. [cit. 15. 7. 2008], dostupné z www: <http://www.vize.cz/kolorektal.php>
39. VOKURKA, M., HUGO, J. *Praktický slovník medicíny*. 6. vydání, Praha: Maxdorf, 2000, 490 s., ISBN 80 – 85912 – 38 – 4.
40. VYBÍRAL, Z. *Psychologie komunikace*. 1. vydání, Praha: Portál, 2005, 320 s., ISBN 80 – 7178 – 998 – 4.
41. VYHNÁNEK, F. a kol. *Chirurgie II*. 1. vydání, Praha: Informatorium, 1997, 185 s., ISBN 80 – 86073 – 13 – 0.

8. Klíčová slova

Kolonoskopie

Tlusté střevo

Informovanost

Sestra

Pacient

9. Přílohy

- 1. Dotazník**
- 2. Anatomie tlustého střeva**
- 3. Kolonoskopie**
- 4. Kolonoskop**
- 5. Informovaný souhlas s kolonoskopií (Nemocnice České Budějovice a.s.)**
- 6. Odstraňování polypů při kolonoskopii**
- 7. Návrh letáku**