



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

**Strategie poskytování péče v rámci vybraného
endoskopického výkonu**

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Studijní program:

SPECIALIZACE V OŠETŘOVATELSTVÍ

Autor: Bc. Soňa Šavrdová

Vedoucí práce: PhDr. Věra Stasková, Ph.D.

České Budějovice 2023

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci s názvem „*Strategie poskytování péče v rámci vybraného endoskopického výkonu*“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 9.8. 2023

Bc. Soňa Šavrdová

Poděkování

Ráda bych poděkovala své vedoucí diplomové práce, paní PhDr. Věře Staskové, Ph.D., za odborné vedení, cenné rady, trpělivost a vstřícný přístup při realizaci této diplomové práce. Velké díky patří i všem respondentům za ochotu a spolupráci při výzkumném šetření.

Strategie poskytování péče v rámci vybraného endoskopického výkonu

Abstrakt

Diplomová práce se zabývá strategií poskytování péče v rámci kolonoskopického a gastrokopického výkonu. Cílem této práce bylo zjistit, jaké informace poskytují sestry pacientům v průběhu kolonoskopického a gastrokopického výkonu, jaké komunikační techniky sestry využívají v rámci snižování strachu u pacientů a jaké očekávání mají pacienti od sester před kolonoskopickým a gastrokopickým výkonem. Bylo stanoveno šest výzkumných otázek, které zjišťovaly, jaké informace poskytují sestry pacientům v průběhu výkonu, jaké komunikační techniky sestry využívají v rámci snižování strachu u pacientů a jaké očekávání mají pacienti od sester. Dále zjišťovaly, s jakými problémy se pacienti a sestry potýkají a jak sestry zajišťují intimitu pacientů v rámci kolonoskopického a gastrokopického výkonu.

V teoretické části je práce zaměřena na anatomii a fyziologii trávicí soustavy, na vývoj endoskopických přístrojů, endoskopické výkony a ošetrovatelský proces v rámci kolonoskopického a gastrokopického výkonu. A v neposlední řadě zajištění intimity pacienta a role sestry komunikátorky v rámci kolonoskopického a gastrokopického výkonu.

Za účelem dosažení cíle byla využita kvalitativní metoda výzkumného šetření, metodou dotazování, technikou rozhovoru, a to u pacientů podstupujících kolonoskopický a gastrokopický výkon a sester pečujících o tyto pacienty. Výzkumné šetření bylo doplněno zúčastněným pozorováním sester.

Výsledky získaných dat vedly ke zjištění, že sestry patřičně zajišťují intimitu pacienta, efektivně využívají komunikační techniky ke snižování strachu, poskytují pacientům informace v souvislosti s endoskopickým výkonem a s problémy se setkávají pouze zřídka. Výzkumné šetření dále odhalilo, že rozmanitá část pacientů se nesečkala s žádnými problémy a jejich kladné očekávání od sester před výkonem se naplnilo.

Výsledky výzkumného šetření budou nabídnuty pracovníkům na endoskopickém pracovišti, kde bylo šetření prováděno, jako zpětná vazba v přístupu k pacientům v rámci kolonoskopického a gastrokopického výkonu.

Klíčová slova

Strategie; péče; endoskopie; kolonoskopie; gastroskopie

A Strategy of Providing Nursing Care within the Framework of a Selected Endoscopy Procedure

Abstract

The diploma thesis deals with a strategy of providing care within the framework of a colonoscopy and gastroscopy procedure. The aim of this thesis is to find out what information is provided by the nurses to the patients during a colonoscopy and gastroscopy procedure, what communication techniques are used by the nurses within the framework of reducing the fear at the patients and what expectations the patients have from the nurses before the colonoscopy and gastroscopy procedure. Six research questions were established, which surveyed what information is provided by the nurses to the patients during the procedure, what communication techniques are used by the nurses within the framework of reducing the fear at the patients and what expectation the patients have from the nurses. Furthermore, they surveyed what kinds of problem have both the nurses and patients to solve and how the nurses secure the patients' intimacy within the framework of the colonoscopy and gastroscopy procedure.

In the theoretical part, the thesis is focused on the anatomy and physiology of the digestive system, progress of endoscopic devices, on endoscopy procedures and nursing process within the framework of the colonoscopy and gastroscopy procedure. And at last but not least, the security of the patient's intimacy and a role of a nurse – communicator within the framework of the colonoscopy and gastroscopy procedure.

To achieve the aim, the qualitative method of research construction was used with a method of an interview, face-to-face technique at the patients undergoing the colonoscopy and gastroscopy procedure and at the nurses providing these patients with nursing care. The research construction was supplemented with the nurses' observation.

The results from the obtained data led to the conclusion that the nurses ensure the patients' intimacy properly, use the communication techniques for reducing the fear efficiently, provide the patients with information concerning the endoscopy procedure and that they rarely experienced any problems. Furthermore, the research construction revealed that a varied part of the patients never experienced any problems and their positive expectation from the nurses was fulfilled.

The results of the research construction will be offered to the employees of the endoscopy department where the research was performed as a feedback for the approach to the patients within the framework of the colonoscopy and gastroscopy procedure.

Key Words

Strategy; nursing care; endoscopy; colonoscopy; gastroscopy

Obsah

Úvod.....	9
1 Současný stav	11
1.1 Trávicí soustava	11
1.2 Vývoj endoskopických přístrojů	19
1.3 Endoskopické výkony	21
1.3.1 Dělení endoskopických výkonů.....	22
1.3.2 Endoskopické výkony v gastroenterologii.....	22
1.3.3 Kolonoskopický a gastroskopický výkon.....	24
1.4 Ošetrovatelský proces u pacienta v rámci kolonoskopického a gastroskopického výkonu.....	28
1.5 Zajištění intimity pacienta při kolonoskopickém a gastroskopickém výkonu .	39
1.6 Role sestry komunikátorky v rámci kolonoskopického a gastroskopického výkonu.....	39
2 Cíl práce a výzkumné otázky	42
2.1 Cíle práce	42
2.2 Výzkumné otázky.....	42
3 Metodika výzkumu	43
3.1 Metoda výzkumu a technika sběru dat.....	43
3.2 Charakteristika výzkumného vzorku.....	44
4 Výsledky výzkumu	45
4.1 Kategorizace získaných dat.....	45
4.2 Výsledky výzkumného šetření	45
4.2.1 Výsledky výzkumného šetření u sester.....	45
4.2.2 Výsledky výzkumného šetření u pacientů	52
4.2.3 Výsledky výzkumného šetření z pozorování	59
5 Diskuze	65
6 Závěr.....	76
7 Seznam použitých zdrojů	78
8 Seznam příloh.....	84
9 Seznam zkratk	

Úvod

Gastroskopický výkon je vyšetřovací metoda, při níž se za pomoci gastroskopu zobrazuje jícen, žaludek a horní část dvanáctníku. Indikací je jakékoliv podezření na onemocnění jícnu, žaludku či duodena. Oproti tomu kolonoskopický výkon je vyšetřovací metoda, která umožňuje zobrazit tlusté střevo až k místu, kde přechází tlusté střevo ve střevo tenké. Indikací je příměs krve ve stolici či na ní, nevysvětlitelné bolesti břicha, pozitivní rodinná anamnéza stran onemocnění střev, úbytek tělesné hmotnosti, změny rytmu vyprazdňování, změny charakteru stolice či průjmy. Pacient před kolonoskopickým a gastroskopickým výkonem dodržuje určité zásady pro to, aby mohl výkon podstoupit a sestra v rámci výkonu podniká různé strategie v péči o pacienta s cílem zdárného průběhu endoskopického výkonu.

Strategie z pohledu ošetrovatelské péče znamená umožnění sestře poskytovat kvalitní, individualizovanou péči, která je zaměřená na uspokojování potřeb pacienta. Sestra uspokojuje potřeby biologické, psychické, sociální a spirituální, v rámci ošetrovatelského procesu, jehož součástí je posuzování, diagnostika, plánování, realizace a vyhodnocení (Tóthová et al., 2009; Nemocnice Na Homolce, © 2017). V rámci jednotlivých strategií poskytování péče při kolonoskopickém a gastroskopickém výkonu sestra postupuje dle zmiňovaných fází ošetrovatelského procesu. Strategie poskytování péče v rámci kolonoskopického a gastroskopického výkonu je rozhodnutí vedoucí k dosažení cíle nebo plán takových rozhodnutí (Jandourek, 2001).

Téma diplomové práce „Strategie poskytování péče v rámci vybraného endoskopického výkonu“ bylo zvoleno proto, že mnozí pacienti mají z kolonoskopického a gastroskopického výkonu strach a cílem je, aby sestra využívala takových strategií, které vedou ke snížení strachu a obav pacienta před endoskopickým výkonem.

Výsledky výzkumného šetření mělo být zjištěno, jak sestry v rámci kolonoskopického a gastroskopického výkonu zajišťují intimitu pacienta, jaké komunikační techniky využívají ke snižování strachu, s jakými problémy se potýkají a jaké informace pacientům poskytují. U pacientů mělo být zjištěno, jaké očekávání od sester před výkonem mají a s jakými problémy se potýkají v rámci kolonoskopického a gastroskopického výkonu. Záměrem práce je poskytnout povědomost o strategiích poskytované péče, a tím zlepšit kvalitu péče o pacienta v rámci kolonoskopického

a gastrokopického výkonu. Práce by mohla sloužit jako informační materiál pro pacienty, kteří nejsou dostatečně informováni, a naopak jako pomocný materiál pro sestry, které by podle něj využívaly strategie v poskytování péče u pacientů v rámci kolonoskopického a gastrokopického výkonu.

1 Současný stav

1.1 Trávicí soustava

V souvislosti s tématem práce je zmíněna anatomie a fyziologie trávicí soustavy. Je zmíněna proto, že sestra by měla mít v poskytování péče u pacienta při kolonoskopickém a gastrokopickém vyšetření základní znalosti o anatomii a fyziologii trávicí soustavy, aby v případě potřeby mohla adekvátně reagovat. Příkladem takové potřeby může být informovanost pacienta před vyšetřením. Sestra by měla být připravena na pacientovy otázky, které se mohou týkat mimo jiné anatomie nebo fyziologie.

Kittnar et al. (2020) uvádí, že trávicí soustava (*systema digestorium*) zajišťuje příjem potravy, podílí se na mechanickém a chemickém zpracování potravy, následném vstřebávání živin a vylučování stolice (Kittnar et al., 2020). K trávicí soustavě je řazena dutina ústní, hltan, jícen, žaludek, tenké střevo, tlusté střevo, játra, slinivka břišní a pobřišnice (Čihák, 2013). Trávicí soustava je tedy tvořena trávicí trubicí, přídatnými žlázami a pobřišnicí. Stěna trávicí trubice je tvořena čtyřmi vrstvami. Sliznicí (*tunica mucosa*), což je vnitřní vrstva, která je pokrytá slinami a na mnoha místech složená v řasy či klky. Podsliznicí (*tela submucosa*), která obsahuje krevní, lymfatické cévy a nervové pleteně. Svalovinou (*tunica muscularis*), která u jednotlivých částí trávicí trubice zajišťuje pohyblivost, jako je polykání a peristaltika. Svalovina je buď hladká nebo kosterní. U hladké svaloviny se rozlišuje vnitřní kruhová (*stratum circulare*) vrstva a vrstva vnější podélná (*stratum longitudinale*). Vnější povrchová vrstva je tvořena buď serózou (*tunica serosa*), která pokrývá povrch stěny břišní dutiny (pobřišnice) a vnitřních orgánů, anebo kolagenním vazivem (*tunica adventitia*), které pokrývá části uložené mimo pobřišnicovou dutinu (Kachlík, 2018).

Dále jsou zmíněny jednotlivé části trávicí soustavy, protože sestra by měla vědět, jakými orgány endoskop při kolonoskopickém a gastrokopickém vyšetření prochází. Vstupním oddílem trávicí trubice i tedy vstupním oddílem pro gastrokopii je dutina ústní (*cavitas oris*). Dutina ústní začíná jako štěrbina ústní (*rima oris*), kterou obkružují rty (*labia oris*) (Čihák, 2013). Rty jsou na své vnitřní straně kryty sliznicí s nerohovějícím dlaždicovým epitelem. Do stran přecházejí rty ve tváře (*buccae*). Stavba tváří je podobná stavbě rtů. Kůže je tenká a bohatě protkaná cévami. Tento prostor mezi rty, tvářemi a zubními oblouky se nazývá předsíň dutiny ústní (*vestibulum oris*)

(Kachlík, 2018). Do vlastní dutiny ústní (*cavitas oris propria*), která se nachází za zubními oblouky, patří zuby (*dentes*), jazyk (*lingua*), patro (*palatum*), patrová mandle (*tonsilla palatina*) a slinné žlázy (*glandulae oris*). Zuby (*dentes*) se skládají z korunky (*corona*), krčku (*cervix*) a kořene (*radix*). Dále se zuby dělí dle tvaru na řezáky (*dentes incisivi*), špičáky (*dentes canini*), třenové zuby (*dentes premolares*) a stoličky (*dentes molares*). Uprostřed spodiny úst je jazyk (*lingua*), svalový orgán pokrytý sliznicí mnohvrstevného dlaždicového epitelu. Epitel na hřbetu a hrotu jazyka vybíhá ve výběžky (*papily*), které však schází na kořenu jazyka (Čihák, 2013). Jazykové papily nitkovité, listovité, houbovité a hrazené se uplatňují při vnímání chuti skrze chuťové pohárky. Strop dutiny ústní je tvořen patrem (*palatum*), které horizontálně odděluje dutinu ústní od nosní dutiny. Rozlišuje se tvrdé a měkké patro (*palatum durum et palatum molle*) (Kachlík, 2018). Patro je uplatněno při fonaci, polykání a artikulaci (Hudák et al., 2021). Krční mandle (*tonsilla palatina*) je lymfatický orgán, který je po stranách hltanové branky uložen v lůžku (Kachlík, 2018). Je uplatněn jako bariéra proti vstupu infekce z nosní a ústní dutiny (Hudák et al., 2021). Slinné žlázy (*glandulae salivariae*) se rozdělují na malé, které jsou rozeseté ve stěně dutiny ústní a tvoří neustále sliny a velké, které jsou uloženy mimo ústní dutinu a tvoří sliny na podkladě podnětu (nervovém, chemickém či mechanickém). Sliny (*saliva*) obsahující vodu, hlen a enzym α – amylázu jsou výměškem slinné žlázy. Mezi velké slinné žlázy patří příušní žláza (*glandula parotidea*), podjazyková žláza (*glandula sublingualis*) a podčelistní žláza (*glandula submandibularis*) (Kachlík, 2018).

Dalším oddílem trávicí soustavy a pokračujícím oddílem u gastrokopického vyšetření je hltan (*pharynx*), trubicový orgán, který má strop hltanu přirostlý k lebeční dutině (Čihák, 2013). Uložen je mezi nosní dutinou, ústní dutinou, hrtanem vpředu a přední plochou krční páteře vzadu (Kachlík, 2018). Dle Čiháka (2013) se hltan dělí na tři části, a to nosohltan (*pars nasalis pharyngis*), ústní část hltanu (*pars oralis pharyngis*) a hrtanovou část hltanu (*pars laryngea pharyngis*). Do nosohltanu ústí po stranách Eustachova trubice a zepředu nosní dutina. Ústní část hltanu obsahuje po stranách krční mandle a zepředu do ní ústí dutina ústní. Hrtanová část hltanu je tvořena hrtanovým vchodem, příklopkou hrtanovou a pokračuje plynule do jícnu (Čihák, 2013). Větší část hltanu je pokryta vícevrstevným dlaždicovým nerohovějícím epitelem, nosní část je pokryta víceřadým cylindrickým epitelem s řasinkami (Kachlík 2018). Hltan je uplatněn při mluvení, polykání a dýchání (Hudák et al., 2021).

Na hltan ve výši 6. krčního obratle plynule navazuje jícen (oesophagus), který je rovněž prohlížen při gastrokopickém vyšetření. Je to svalový trubicový orgán dlouhý přibližně 25 centimetrů. Konec jícnu je v místě žaludku zvaném kardié. U jícnu se rozlišují tři části, krční (pars cervicalis), hrudní (pars thoracica) a břišní (pars abdominalis) (Čihák, 2013). Dle Hudáka et al. (2021) má jícen několik zúžení a zakřivení (Hudák et al., 2021). Co se týče sliznice jícnu, ta je kryta vrstevnatým dlaždicovým epitelem a v klidovém stavu je složena v podélné řasy. Mezi jícnem a žaludkem se nachází gastroesofagická junkce, která odděluje sliznici jícnu od sliznice žaludku (Čihák, 2013). Kachlík (2018) ve své knize uvádí, že vrstva svaloviny jícnu je vnitřní kruhová a vnější podélná. Přičemž kosterní svalovina je v horní třetině, smíšená svalovina je ve střední části a v dolní třetině je svalovina hladká. Funkcí jícnu je posun polknutých soust do žaludku (Kachlík, 2018).

Na jícen plynule navazuje žaludek (gaster, ventriculus). Žaludek je dalším orgánem, který je prohlížen při gastrokopickém vyšetření. Je uložen v břišní dutině pod levou klenbou brániční (Dylevský, 2019). Je to vakovitý svalový orgán, do kterého ústí shora jícen a dále na něj navazuje dvanáctník. Obklopen je vpravo játry, vlevo slezinou, vzadu slinivkou břišní a zdola příčným tračníkem. Žaludek začíná česlem (cardia) skrz něj ústí do žaludku jícnu. Poté se pod bráničí vyklenuje dno žaludku (fundus), které obvykle obsahuje bublinu spolykaného vzduchu. Žaludek má přední a zadní stěnu (paries anterior et posterior), které v sebe přecházejí na malém a velkém žaludečním zakřivení (curvatura major et minor) a současně tvoří tělo (corpus) a vrátníkovou část (pars pylorica), jež je od dvanáctníku oddělena vrátníkem (pylorus) (Kachlík, 2018). Vrátník je místo, kde zúženým uzavíratelným průchodem navazuje první část tenkého střeva na žaludek (Čihák, 2013). Dle Čiháka (2013) žaludek mění svůj tvar individuálně podle polohy těla a podle množství náplně. Častěji se vyskytuje hákovitý žaludek, který je ve tvaru písmene J a méně častěji se vyskytuje žaludek tvaru býčího rohu. Na oba tvary má vliv tělesný typ, pohlaví, věk a tonus svaloviny stěny. Žaludek s okolím spojují závěsy žaludku (dvoulisty pobřišnice), kterými jsou malá předstěra (omentum minus), prostor za omentum minus a za žaludkem (bursa omentalis) a velká předstěra (omentum majus). Závěsy žaludku probíhají cévy krevní, mízní a nervy, které zásobují žaludek (Čihák, 2013). Sliznice žaludku je kryta jednovrstevným cylindrickým epitelem a zejména na malém zakřivení je složena v podélné řasy. V oblasti česla a vrátníku je obsaženo velké množství drobných žláz, které k ochraně sliznice vytvářejí hlen. Drobné žlázy také

prostřednictvím parietálních buněk ve zbylých částech žaludku vyměšují žaludeční šťávu. Podsliznice při peristaltických pohybech žaludku umožňuje velkou pohyblivost sliznice. Svalovina žaludku je hladká a má vnitřní šikmou vrstvu, střední kruhovou a vnější podélnou vrstvu. Na vnějším povrchu je žaludek kryt pobřišnicí (Kachlík, 2018). Průměrný objem žaludku je 1 litr, přičemž může dosáhnout až 2-3 litrů. V žaludku se tvoří enzym pepsin, hormon gastrin, Castelův vnitřní faktor, který slouží pro vstřebávání vitamínu B₁₂ a HCL (Hudák et al., 2021). HCl zajišťuje velmi kyselé prostředí, které aktivuje neaktivní pepsinogen na aktivní proteázu pepsin a má baktericidní účinky (Kachlík, 2018). Nejvýznamnějšími fyziologickými regulátory produkce HCl jsou hormon gastrin a parasympatický mediátor acetylcholin (Ach) (Kittnar et al., 2020). Funkcí žaludku je shromažďování spolykané potravy. Při peristaltických pohybech dochází k mechanickému promíchání potravy a zahájení rozkladu bílkovin a omezeně také tuků (Kachlík, 2018). Dále je potrava v malých částech předávána pomocí peristaltiky do tenkého střeva, tedy přesněji do duodena. Potrava do duodena směřuje v kapalném stavu, zkapalňuje se tak po promíchání s žaludeční šťávou, protože pylorus je pro tuhý a hustě kašovitý obsah neprůchodný (Čihák, 2013).

Na žaludek plynule navazuje tenké střevo (intestinum tenue), které je nejdelším úsekem trávicí trubice. Tenké střevo je zde zmíněno proto, že může být při gastrokopickém vyšetření rovněž prohlédnuto, respektive první úsek tenkého střeva. U živého člověka dosahuje délky 3-5 metrů (Dylevský, 2019). U mrtvého člověka dosahuje tenké střevo po uvolnění napětí svaloviny až 7 metrů (Čihák, 2013). Rozděleno je na dvanáctník (duodenum), lačník (jejunum) a kyčelník (ileum). Sliznice tenkého střeva je kryta jednovrstevným cylindrickým epitelem. Hlavní buňky (enterocyty) sliznice tenkého střeva jsou opatřeny četnými mikrokly. Mikrokly zvětšují aktivní vstřebávací plochu buněk (Kachlík, 2018). Enterocyty jsou důležité v procesech trávení, resorpce a sekrece. Pohárkové buňky, jako ochrannou vrstvu povrchu epitelu, produkují hlen (Kittnar et al., 2020). Sliznice vybíhá ve střešní klky (villi intestinales) a bohaté příčné kruhové řasy (plicae circulares) podložené podsliznicí. Dále sliznice tenkého střeva obsahuje velké množství drobných žlázek (glandulae intestinales), které tvoří střešní tekutinu (Kachlík, 2018). V podslizničním vazivu tenkého střeva probíhají krevní a mízní cévy a nervy (Čihák, 2013). Svalovina je složena z hladkého svalstva a upravená do vnitřní kruhové a vnější podélné vrstvy. Vnější povrch tenkého střeva je s výjimkou duodena kryt

pobřišnicí. Tenké střevo je zavěšeno na šikmém závěsu (dvojitě bláně pobřišnice), okruží (mesenterium). Prvním úsekem tenkého střeva je dvanáctník, který je 20-28 centimetrů dlouhý a je mezi žaludkem a lačníkem (Kachlík, 2018). Dvanáctník je tvarově variabilní, rozlišuje se tvar podkovy, tvar písmene V a tvar písmene U (Čihák, 2013). Zprava v úrovni druhého bederního obratle obkružuje hlavu slinivky břišní. Pomocí adventicie je pevně přirostlý na zadní břišní stěnu. Na dvanáctníku se rozlišuje horní část (pars superior), sestupná část (pars descendens), dolní část (pars inferior) a vzestupná část (pars ascendens). Dvanáctník řídí trávení tvorbou a vylučováním místních hormonů. Přičemž hormony ovlivňují funkci pylorické pumpy, která umožňuje přesun tráveniny ze žaludku do dvanáctníku, vyměšování pankreatické šťávy a žluči z jater (Kachlík, 2018).

Druhými a třetími úseky tenkého střeva jsou lačník a kyčelník, které navazují na dvanáctník. Ty jsou zde zmíněny v souvislosti s kapslovou endoskopií, která bude v dalších kapitolách okrajově probrána. Lačník se nachází v břišní dutině spíše vlevo nahoře a kyčelník vpravo dole. Lačník i kyčelník jsou složeny v mnohočetné kličky. Společné mají okruží, který obsahuje krevní a lymfatické cévy a nervy zásobující tenké střevo. Lačník má vyšší slizniční řasy, méně lymfatické tkáně a bohatší cévní zásobení. Délkou tvoří dvě pětiny tenkého střeva a pozvolna přechází do kyčelníku. Kyčelník má užší průsvit než lačník a ostře přechází do tlustého střeva v pravé kyčelní jámě (Kachlík, 2018). Do začátku tlustého střeva přechází kyčelník v místě zvaném ostium ileale (ileocaecale) (Čihák, 2013). Lačník a kyčelník dokončují mechanické zpracování tráveniny (chymu). Dochází k jejímu míchání se střevní šťávou a štěpení jednoduchých peptidů na aminokyseliny, tuků na glycerol a mastné kyseliny, disacharidů na monosacharidy a vstřebávání vzniklých štěpů střevní sliznicí do krevních a lymfatických cév. V tenkém střevě je zásadité prostředí (Kachlík, 2018). Probíhá zde poslední enzymatické štěpení potravy (Čihák, 2013). Pro správné trávení jsou důležité peristaltické vlny, které střevní obsah mísí a posouvají dál (Kachlík, 2018).

V ileocekální oblasti plynule přechází tenké střevo ve střevo tlusté (intestinum crassum), které dosahuje délky 1,3-1,7 metrů a šířky 4-7,5 centimetrů. Je posledním oddílem trávicí trubice a je prohlíženo při kolonoskopickém vyšetření. Dělí se na slepé střevo (intestinum caecum), tračník (colon) a konečník (rectum) (Čihák, 2013). Stěna tlustého střeva se vyklenuje ve výpuky (haustra) a zvenku má množství tukových přívěsků (appendix omentalis). Sliznice je pokryta jednovrstevným cylindrickým

epitelem, která nevytváří klky, ale obsahuje velké množství lymfatických uzlíků a je rozbrázděna v jemné krypty. Kromě červovitého přívěsku a konečníku je podélná vrstva svaloviny zúžená do tří úzkých pruhů. Vnější povrch střeva kryje pobřišnice, výjimkou je zadní plocha vzestupného a sestupného tračníku, které naléhají na zadní stěnu břišní. Adventicií je kryta dolní část konečníku (Kachlík, 2018). První nejširší částí tlustého střeva je slepé střevo, které je uloženo v pravé jámě kyčelní. Na slepě zakončený dolní konec slepého střeva je napojen červovitý výběžek (appendix vermiformis) (Čihák, 2013). Červovitý přívěsek dosahuje délky 8-12 centimetrů a stěna obsahuje velké množství lymfatické tkáně. Slepé střevo je vakovitá část, do níž ústí kyčelník v ileocekálním přechodě (ostium ileale caeci Bauhini). Další hlavní částí tlustého střeva je tračník, který se dělí na tračník vzestupný, příčný, sestupný a esovitý. Vzestupný tračník navazuje na slepé střevo a jde vzhůru pod játra. Pod játry přechází v příčný tračník, kde jde napříč zprava nalevo pod játra a žaludkem ke slezině. Od sleziny dolů jde sestupný tračník, který v levé kyčelní jámě přechází do esovitého tračníku. Esovitý tračník je zakřivený úsek střeva, který při vstupu do malé pánve přechází v konečník (Kachlík, 2018).

Konečník je posledním úsekem střeva, který probíhá v malé pánvi a z těla ven ústí v řitní rýze řitním otvorem (anus). Je rovněž prohlížen v rámci kolonoskopického vyšetření. Dlouhý je 12-15 centimetrů a široký 4 centimetry. Má tři hlavní části. Ampulla recti je prvním úsekem konečníku, který plynule navazuje na esovitou kličku. Řitní kanál (canalis analis) je dolní krátký úsek konečníku, na který navazuje řitní otvor (anus) (Hudák et al., 2021). Sliznice konečníku je v horní části vystlána jednovrstevným cylindrickým epitelem a vícevrstevným dlaždicovým nerohovějícím epitelem v řitním kanále. Podsliznice řitního kanálu obsahuje podslizniční vazivo s žilními pleteněmi (plexus haemorrhoidalis). Tyto žilní pleteně se mohou zvětšit a vyklenout (hemoroidy). Svalovina řitního kanálu obsahuje vůlí neovladatelný hladký vnitřní řitní svěrač (m. sphincter ani internus) a vůlí ovladatelný kosterní vnější řitní svěrač (m. sphincter ani externus). Povrchová vrstva rekta je obalena na přechodu z esovité kličky peritoneem a aborálně je konečník pokryt adventicií (Kachlík, 2018). Dle Čiháka (2013) tlusté střevo přijímá kašovitý až tekutý obsah z tenkého střeva, kde byly z obsahu vstřebány živiny. V tlustém střevu je ze zbylého obsahu vstřebávána voda a elektrolyty a obsah se formuje ve stolici, která je poté vyloučena análním otvorem (Čihák, 2013). Roztažení rekta vede ke stimulaci jeho svaloviny, k pocitu nucení na stolici a k relaxaci vnitřního

svěrače. Sympatikus udržuje vnitřní řitní svěrač v kontrahovaném stavu, a naopak parasympatikus vede vnitřní svěrač k jeho relaxaci (Kittnar et al., 2020). Na střevní obsah působí kvasné a hnilobné procesy, které jsou způsobeny mikroorganismy žijícími ve střevním obsahu, přičemž některé střevní bakterie produkují vitamin K (Čihák, 2013).

Přídavné žlázy a pobřišnice přímo nesouvisejí s kolonoskopickým a gastrokopickým výkonem, přesněji řečeno nepatří mezi orgány, které se vyšetřují za pomoci endoskopu. Avšak mohou být v případě komplikací postiženy, a proto je nutné jejich doplnění a uzavření celku trávicí soustavy.

Dle Kachlíka (2018) jsou přídatnou žlázou trávicí soustavy játra (hepar), která jsou největší žlázou lidského těla. Hmotnost jater dosahuje přibližně 1500 gramů. Játra jsou uložena v pravé brániční klenbě a jsou zbarvena do červenohněda. Rozdělena jsou do čtyř laloků a na zadní ploše mezi sebou svírají jaterní branku (porta hepatis). Mezi pravým a levým lalokem vychází jaterní vaz (ligamentum teres hepatis) (Kachlík, 2018). Stavební a funkční jednotkou jater je jaterní lalůček (lobulus hepaticus classicus), který je tvořen z jaterních trámců, složených z jaterních buněk (hepatocyty). Mezi lalůčky probíhají cévy a žlučovody. Dle Čiháka (2013) se krevní oběh jater dělí na výživný a funkční oběh. Nutritivní krevní oběh zajišťují vlastní jaterní tepny (arteria hepatica propria) a funkční krevní oběh zajišťují větve z vrátnicové žíly (vena portae). Vrátnicová žíla přivádí do jater krev z nepárových orgánů břišní dutiny. Všechna žilní krev poté odtéká třemi jaterními žilami (venae hepaticae) do dolní duté žíly (Čihák, 2013). Pravý a levý jaterní žlučovod (ductus hepaticus dexter et sinister) vystupuje z jaterních laloků a jejich spojením vzniká společný jaterní žlučovod (ductus hepaticus communis), který se spojuje se žlučnickovým vývodem (ductus cysticus) a vytvářejí tak hlavní žlučovod (ductus choledochus). Hlavní žlučovod se spojuje se slinivkovým vývodem (ductus pancreaticus) a na papilla duodeni major v sestupné části dvanáctníku společně vyústuje. K játrům neodmyslitelně patří i žlučník. Svalový vakovitý orgán uložený pod játry, který je rezervoárem a zahušťovadlem žluče, která se uvolňuje na podnět, reflexně z dvanáctníku (Kachlík, 2018). Funkcí jater je zpracování všech živin vstřebených ze střeva, tvorba plazmatických bílkovin, tvorba termoregulace, tvorba lipoproteinů, tvorba erythropoetinu, syntéza cholesterolu, vylučování bilirubinu do žluči a rozklad nadbytečných a odpadních látek. Odpadními látkami jsou léky, jedy a alkohol. Úkolem jater je udržování glykemie a skladování jej v játrech ve formě glykogenu.

Skladovány jsou v játrech i některé vstřebané vitaminy (vitamin A, vitamin D a vitamin B12) a kovy (železo, měď a kobalt). Játra také tvoří žluč, která obsahuje žlučové kyseliny (kyselina cholová a chenodeoxycholová) a barviva. Žlučové kyseliny napomáhají při vstřebávání tuků (Kittnar et al., 2020).

Slinivka břišní (pancreas) je druhou největší žlázou trávicí soustavy. Je dlouhá 12-16 centimetrů a váží 60-90 gramů. Zbarvena je do šedě růžové barvy. Slinivka břišní je uložena napříč za žaludkem a táhne se po zadní stěně břišní od dvanáctníku doleva až ke slezině (Čihák, 2013). Je složena z hlavy (caput), která je uložena v oblouku dvanáctníku, krčku (collum), těla (corpus) a ocasu (couda), který zasahuje ke slezině. Slinivka břišní je žláza s endokrinní a exokrinní činností. Exokrinní část (část s vnějším vylučováním) se skládá z drobných lalůčků s malými vývody, které ústí do dvou velkých vývodů. Těmi jsou slinivkový vývod a přídatný slinivkový vývod (ductus pancreaticus accessorius), který samostatně ústí na papilla duodeni minor. Výměšek slinivky břišní je řídký a zásaditý, obsahující enzymy nezbytné pro štěpení cukrů (amyláza), tuků (lipáza) a bílkovin (trypsin). Endokrinní část (část s vnitřním vylučováním) se skládá z Langerhansových ostrůvků, které tvoří hormony inzulín a glukagon, podílející se na regulaci glukózy v krvi. Tyto hormony se vylučují přímo do krve (Kachlík, 2018).

Poslední částí trávicí soustavy je pobřišnice (peritoneum). Pobřišnice vystýlá dutinu břišní. U ženy peritoneum komunikuje ústími vejcovodů se zevnějškem a u mužů je úplně uzavřeno (Čihák, 2013). Pobřišnice je lesklá, průsvitná, tenká blána. Jde o serózu (tunica serosa). Tvořena je vrstvou pojivové tkáně a jednovrstevného plochého epitelu. Rozdělena je na nástěnnou pobřišnici (peritoneum parietale), která vystýlá stěny dutiny břišní a útrobní pobřišnici (peritoneum viscerale), která vystýlá povrch orgánů dutiny břišní a pánevní. Cévy a nervy jsou ukryté v peritoneálních duplikaturách, které slouží k upevnění orgánů. Lze rozlišovat zapobřišnicový prostor (retroperitoneum), který obsahuje ledviny, nadledviny, močovody, velké cévy, slinivku břišní a větší část dvanáctníku. Podpobřišnicový prostor (subperitoneum) obsahuje močový měchýř, předstojnou žlázu a měchýřkové žlázy u mužů nebo dělohu s pochvou u žen a dále dolní část konečníku. Nejnižší místo dutiny pobřišnicové u muže je excavatio rectovesicalis (Prousti) a u ženy excavatio rectouterina (Douglasi). V Douglasi prostoru se může hromadit krev nebo výpotek při mimoděložním těhotenství či zánětu pobřišnice (Kachlík, 2018).

1.2 Vývoj endoskopických přístrojů

Zájem o vizuální prohlídku tělesných dutin přirozenými otvory začal již ve starověku (Ponsky, Strong, 2020). Už lidé za lékaře Hippokrata toužili pozorovat nitro pacienta (Zábranský, 2016). Ponsky a Strong (2020) uvádí, že na vývoji endoskopických přístrojů se od těchto počátků podíleli hlavně chirurgové. Ti se podíleli na vývoji endoskopických přístrojů s použitím hliníkových trubek a světel svíček až po moderní flexibilní terapeutické endoskopy s vysokým rozlišením. Byli nápomocni při vývoji nových metod a byli aktivně zapojeni do většiny terapeutických aplikací (Ponsky, Strong, 2020). Prvním lékařem ve vztahu k endoskopiím byl arabský chirurg Albukasim, narozen 936–1013 n. l. který vyvinul metody pro zkoumání tělesných otvorů (Spanr, Warnock, 1997).

Začátkem 19. století válečný chirurg Philipp Bozzini, který se narodil v roce 1773 v německé Mohuči, v roce 1806 představil svůj vynález. Jednalo se o přístroj s nálevkovitými výměnnými tubusy, který bylo možné zavést do rány či dutého orgánu. Vynalezl tzv. „Lichtleiter“ (světlovodič), jehož zdrojem světla byla hořící svíčka, duté zrcadlo směřovalo světlo do tubusu a čočka sloužila k pozorování. Tímto přístrojem bylo možné vyšetřovat rektum, pochvu a cervix, zvukovod, uretru a močový měchýř u žen, nazofarynx a dutinu ústní. Po cystotomii bylo možné vyšetřovat močový měchýř i u mužů. Přístroj je v současné době uložen v muzeu historie medicíny ve Vídni (Zábranský, 2016). V druhé polovině 19. století se několik vědců pokusilo zkonstruovat nástroje podobné endoskopům. Na chirurga Philippa Bozziniho navazuje urolog Antonin Jean Desormeaux, který vyvinul v roce 1853 první účinný endoskop s otevřenou trubicí. Tento nástroj byl použit k vyšetření močové trubice a močového měchýře. Koncem 19. století další lékaři včetně Adolfa Kussmaula a Maximiliana Nitzeho zdokonalili původní endoskopické modely a začali používat nové nástroje ve své lékařské praxi (Spanr, Warnock, 1997).

V 19. století byla také provedena již první vyšetření žaludku za pomoci neohebného přístroje. Přičemž prvním vyšetřovaným byl polykač mečů, kterému byla do žaludku zavedena neohebná trubka a viditelnost žaludku byla zajištěna pouze za pomoci světla svíčky. Zřejmě i vzhledem k tomu, že v minulém století se Japonsko vyznačovalo jako země s nejvyšším výskytem karcinomu žaludku, lze i touto skutečností vysvětlit, proč

právě Japonsko se stalo zemí, kde vznikla moderní technologie výroby endoskopů 21. století (Špinar et al., 2013).

V 21. století jsou využívány endoskopy ohebné (flexibilní), k osvětlení vyšetřovaného orgánu využívají xenonové lampy, které produkují tzv. studené světlo. Obraz je snímán tzv. čipovou kamerou, která je umístěna na konci přístroje a ten je zaveden do oblasti vyšetřovaného orgánu. Výsledný obraz je poté zobrazen na televizní obrazovce. Uvnitř dnešního moderního endoskopu je několik tzv. pracovních kanálů. Ty umožňují odběr tkáně na biopsii, zavedení speciálních kanyl atd. Uvnitř endoskopu také existuje kanál, kterým lze do dutiny vyšetřovaného orgánu insuflovat vzduch, který usnadní viditelnost vyšetření tím, že od sebe oddělí stěny vyšetřovaného orgánu. Moderní endoskop též umožňuje instalovat vodu k omytí znečištěné optiky a odsávat patologický obsah z dutiny orgánů (Špinar et al., 2013). Jiný speciální endoskop umožňuje provádět přesnější diagnostiku u vyšetření pankreatu a žlučových cest tím, že na distálním konci endoskopu je sonograf, kombinuje tedy endoskopii a sonografii, jedná se o tzv. endosonografii (Krátká, Gatěk, 2021). Za nejmodernější endoskopický výkon lze považovat kapslovou endoskopii. Videokapslová endoskopie se stala realitou v roce 2001, kdy poprvé umožnila přímý pohled na sliznici tenkého střeva. Hlavními indikacemi pro video kapsli je detekce krvácení do tenkého střeva, anemie z nedostatku železa, diagnostika a léčba Crohnovy choroby a detekce nádorů (Cave et al., 2019). Ponsky a Strong uvádí, že pokračující vývoj endoskopické techniky je nevyhnutelný a bude zahrnovat integraci nové technologie s inovativním myšlením (Ponsky, Strong, 2020).

Oproti předchozímu poznání Špičák et al. (2015) ve své knize uvádí, že celý vývoj endoskopií procházel několika obdobími. První období nazývá jako období „bezendoskopické“, které se vyznačuje vynálezy „instrumentů“ k vyvolání zvracení a odstraňování cizích těles z horní části trávicí soustavy. Využívány byly například bambusy, duté stvoly větví a trav, které byly ovšem s omezením nedostatečného osvětlení. Období rigidní bylo obdobím pokroku, kdy byly objevovány nové slitiny kovů a zaváděno tvrzení gumy (Špičák et al., 2015). Jako rigidní endoskop je v současnosti označován podle Krátké a Gatěka (2021) tubusový, neohebný endoskop, kterým je například rektoskop (Krátká, Gatěk, 2021). V rigidním období bylo pořád velkým omezením nedostatečné osvětlení. Využívalo se otevřené světlo, svíčky, plynové a olejové lampy a později žhavý platinový drát. Období semiflexibilní

využívalo endoskopy, které měly proximální část endoskopu rigidní a konec endoskopu flexibilní (Špičák et al., 2015). Za flexibilní endoskop je považován ohebný endoskop, využívaný například při kolonoskopii a gastroskopii (Krátká, Gatěk, 2021). Navazující období flexibilní užívalo flexibilní endoskopy a zabývalo se přenosem světla optickými vlákny. Posledním obdobím dle Špičáka et al. (2021) je období videoendoskopie, které spočívalo v objevení využití čipu, obrazového senzoru v kombinaci s vnějším videoprocesorem (Špičák et al., 2015). Výhodou tohoto vyšetření je, že průběh vyšetření mohou pozorovat všichni přítomní na obrazovce. Průběh vyšetření tak zůstává zdokumentován (Krátká, Gatěk, 2021).

1.3 Endoskopické výkony

Název endoskopie je odvozen z řeckého slova endo = uvnitř a skopein = pozorovat. Předpona označuje orgán, který je vyšetřován. Například enteroskopie = vyšetření tenkého střeva, gastroskopie = vyšetření žaludku. Používá se též název fibroskopie z latinského slova fibra = vlákno. Ke zdůraznění toho, že světlo a obraz v přístroji jsou vedeny ohebnými skleněnými vlákny (Lukáš et al., 2005). Stašek et al. (2021) uvádí, že endoskopické výkony jsou součástí diagnostiky a terapie. Umožňují různé způsoby využití a mají mnohé přínosy (Stašek et al., 2021). Oproti němu Lukáš et al. (2005) uvádí, že endoskopie je metoda, která umožňuje prohlédnutí vnitřních tělesných dutin nebo dutých orgánů přímým pohledem za pomoci endoskopu (Lukáš et al., 2005). Přičemž endoskop je optický přístroj, který zobrazuje vnitřní dutiny. Endoskop může mít přímou optiku nebo boční optiku umístěnou na distálním konci přístroje. Má i svoje instrumentárium. Obsahuje kanyly, katétry, instrumentárium k bronchoalveolární laváži, bipolární sondy ke koagulaci, bioptické kleště, košíčky, kličky a kartáčky k mikrobiologickým a cytologickým odběrům (Krátká, Gatěk, 2021).

Endoskop je do těla veden umělými cestami, kdy se do vyšetřované dutiny vytvoří umělý vstup nebo fyziologickými cestami, jako například ústy, nosem, ušima, pochvou, močovou trubicí a konečníkem. Krátká a Gatěk (2021) ve svém studijním textu uvádí, že endoskopie provádí endoskopista, což je lékař, který má k endoskopickému výkonu atestaci. Lékaři u endoskopického výkonu asistuje endoskopická sestra s odbornou způsobilostí výkon provádět (Krátká, Gatěk, 2021). Dle Lukáše et al. (2005) lze endoskopickou cestou udělat několik léčebných zákroků. A to odběr vzorků tkáně,

odstraňování patologické tkáně (zejména polypů), extrakci cizích těles, zástavu krvácení, rozšiřování zúžených míst nebo zavádění stentů atd. (Lukáš et al., 2005).

1.3.1 Dělení endoskopických výkonů

Endoskopie se dělí podle účelu na terapeutické, diagnostické a operační. Do terapeutických endoskopií patří například laváže, zástava krvácení a polypektomie. Do diagnostických endoskopií lze zařadit rektoskopie, laparoskopie a cystoskopie. Operační endoskopie jsou například appendektomie a cholecystektomie. Dle situace se dělí endoskopie na plánované a urgentní. Urgentní jsou bez přípravy nemocného na výkon například při život ohrožujícím krvácení (Krátká, Gatěk, 2021).

Dále se endoskopie dělí podle orgánů, a to z oblasti gynekologie, otorhinolaryngologie, plicní endoskopie, urologie a gastrointestinálního traktu. V rámci gynekologie se jedná o výkony, jako jsou vyšetření: dělohy (hysteroskopie), pochvy (vaginoskopie), děložního čípku (kolposkopie), plodového vaku (amnioskopie) a plodu (fetoskopie). Z oblasti plicní endoskopie a otorhinolaryngologie se jedná o výkony, jako jsou vyšetření: dolních cest dýchacích (bronchoskopie), hrtanu (laryngoskopie), frontálních dutin (sinuskopie), nosohltanu a ústí Eustachovy trubice (nasofaryngoskopie), zevního zvukovodu včetně bubínku (otoskopie) a dutiny nosní (rhinoskopie). V rámci urologie se provádí vyšetření: močové trubice (uretroskopie), močovodu (ureteroskopie), močového měchýře (cystoskopie), ledvinových pánviček a ledvin (perkutánní nefroskopie a pyeloskopie). Z gastrointestinálního traktu se jedná o výkony jako jsou vyšetření: jícnu (esofagoskopie), žaludku (gastroskopie), duodena (duodenoskopie), žaludku a duodena (gastroduodenoskopie), tenkého střeva (enteroskopie), tlustého střeva (koloskopie), sigmoidea (sigmoideoskopie), rekta (rektoskopie) a anu (proktoskopie/anoskopie). Výkony z gastrointestinálního traktu budou přiblíženy více v kapitole níže. Mezi další endoskopické výkony lze zařadit vyšetření: dutiny břišní (laparoskopie), dutiny hrudní (thorakoskopie), mediastina (mediastinoskopie) a kloubů (artroskopie) (Krátká, Gatěk, 2021).

1.3.2 Endoskopické výkony v gastroenterologii

Jak už bylo zmíněno, tak i Špinar et al. (2013) ve své knize uvádí, že endoskopické výkony lze provádět mimo jiné i v gastroenterologii. Endoskopické výkony v gastroenterologii se dělí na výkony horní části trávicí soustavy a na výkony dolní části

trávicí soustavy. K vyšetření horní části trávicího traktu se využívají přístroje pod názvem gastroskopy, duodenoskopy a enteroskopy. K vyšetření dolní části trávicího traktu se využívají přístroje pod názvem koloskopy a sigmoideoskopy (Špinar et al., 2013). Dle Lukáše et al. (2005) se mezi endoskopické výkony v gastroenterologii řadí gastroskopie a kolonoskopie, kterým je věnován text v kapitole níže. Zde se text okrajově dotýká i ostatních endoskopických výkonů v gastroenterologii, které je nutno pro doplnění celku zmínit.

Lukáš et al. (2005) ve své knize uvádí, že enteroskopie je vyšetření tenkého střeva, které se provádí pouze při zvláštních indikacích na specializovaných pracovištích. Přístrojem, který je velmi podobný gastroskopu, se pronikne do horní části tenkého střeva. Pro vyšetření tenkého střeva endoskopickou cestou se také může využít kapslová enteroskopie. Pacient ústy spolkně speciální kapsli o velikosti 2 x 1 centimetr. Ke spolknutí dochází nalačno vodou. Kapsle po průchodu tenkým střevem postupně pořizuje snímky vnitřku střeva. Životnost baterie je kolem 8 hodin, do té doby je kapsle funkční a poté odchází přirozenou cestou. Využívána je k jednorázovému použití (Lukáš et al., 2005). Kapslová endoskopie se nepoužívá jen k vyšetření tenkého střeva, ale i k vyšetření jícnu a tlustého střeva. Podle Krátké a Gatěka (2021) je možným endoskopickým výkonem i sigmoideoskopie, kterou se vyšetřuje pouze levá část tlustého střeva, technika provedení jinak zůstává stejná jako při kolonoskopii. U rektoskopie se vyšetřuje konečník za pomoci rigidního endoskopu. Pacient při vyšetření zaujímá na vyšetřovacím stole kolenoprsní polohu. U některých pacientů je možné provést vyšetření na boku (Krátká, Gatěk, 2021).

Další vyšetřovací metodou trávicího traktu je endoskopická retrográdní cholangiopankreatografie (ERCP), která je základním vyšetřením žlučových cest a pankreatu. Metoda kombinuje endoskopii s rentgenovou diagnostikou. Při této metodě je duodenoskop zaveden do duodena, kde na Vaterově papile ústí do duodena vývod žlučových cest a pankreatický vývod. Tyto vývody se nasondují za využití jemné kanyly a nástřikem rtg. kontrastní látky dojde k jejich zobrazení na monitoru (Lukáš et al., 2007). Komplikací ERCP může být akutní pankreatitida nebo cholangitida (Lukáš et al., 2005).

Dle Špinara et al. (2013) jde o invazivní metody, které se nevyhnou možným komplikacím, a tak je důležité dodržování určitých standardů (Špinar et al., 2013).

Pracná a Konečný (2012) například ve svém článku uvádí, že před každým endoskopickým výkonem je důležitá fyzická a psychická příprava, která napomáhá předcházet možným komplikacím. Vliv má také dostatečná informovanost a edukace pacienta (Pracná, Konečný, 2012).

1.3.3 Kolonoskopický a gastrokopický výkon

Dle Bartůňka et al. (2016) lze gastrokopický výkon zařadit mezi semiinvazivní endoskopické vyšetřovací metody. Zobrazuje horní část trávicího ústrojí, a to jícen, žaludek a horní část dvanáctníku (Bartůněk et al., 2016). Oproti němu Lukáš et al. (2005) uvádí, že gastrokopie neboli plným názvem ezofagogastroduodenoskopie či orální endoskopie, je vyšetření hlavně žaludku. Endoskop se zavádí ústy a cestou do žaludku se dají prohlédnout také orgány, jako je jícen a dvanáctník. Jako indikaci k ezofagogastroduodenoskopii uvádí jakékoliv podezření na onemocnění jícnu, žaludku či duodena. Pokud se při endoskopickém vyšetření neobjeví žádný nález zcela se vyloučí organické onemocnění (Lukáš et al., 2005). Špinar et al. (2013) oproti němu uvádí, že gastrokopické vyšetření je indikováno u pacientů s podezřením na refluxní nemoc jícnu, při podezření na nádorová onemocnění jícnu a žaludku, u pacientů s dysfagií a podezřením na vředovou chorobu žaludku a dvanáctníku (Špinar et al., 2013). Kontraindikací gastrokopického výkonu jsou anatomické překážky bránící bezpečnému zavedení, šok, horečnaté stavy a nespolupráce pacienta (Lukáš et al., 2005). Dle Špinara et al. (2013) je gastrokopický výkon kontraindikován u pacientů s akutním infarktem srdečním, respirační nedostatečností, koagulopatií a u pacientů hemodynamicky nestabilních (Špinar et al., 2013). Beneš a Hep (2006) kromě předchozích kontraindikací ještě uvádí, že se výkon u pacienta neprovádí, pokud je již najedený (Beneš, Hep, 2006).

Většina gastrokopických výkonů je naplánovaná dopředu. Tedy pacient přijde na endoskopické pracoviště v domluvený termín výkonu (Špinar et al., 2013). Během naplánovaného výkonu lze pacientovi například odebrat tkáň na histologii nebo odstranit polypy (Nemocnice Na Homolce, © 2017). Avšak při podezření na krvácení, kdy je krev zvracena nebo odchází natrávená společně se stolicí (meléna), se jedná o život ohrožující stav a je tedy na místě urgentní gastrokopie. Život ohrožující akutní krvácení může vzniknout z vředové nemoci nebo dochází k masivnímu krvácení, které může vzniknout při prasklých jícnových varixech. Potom je na místě správné ošetření,

kteřé spočívá ve sklerotizaci varixu nebo zaškrcení varixu pomocí gumičky a obstríku vředové léze adrenalinem či zajištění klipem. Dle Špinara et al. (2013) se za urgentní stav rovněž považuje polknuté cizí těleso, které je považováno nejen u dětí za nebezpečný stav a je nutné přistoupit k endoskopickému odstranění (Špinar et al., 2013). Bartůněk et al. (2016) uvádí, že by se urgentní gastrokopie měla provést do několika hodin od jejího zjištění (Bartůněk et al., 2016).

Kolonoskopický výkon je dle Špičáka et al. (2015) endoskopické vyšetření tlustého střeva, jehož hlavní indikací je screening u osob s rizikem vzniku kolorektálního karcinomu (Špičák et al., 2015). Kolorektální karcinom je ve vyspělých zemích jedním z nejčastějších onkologických onemocnění, přičemž představuje výraznou socioekonomickou a zdravotní zátěž. V ČR je ročně diagnostikováno okolo 7 400 případů (Falt, 2022). Oproti Špičákovi et al. (2015) Pracná a Konečný (2012) uvádí, že kolonoskopický výkon je endoskopické vyšetření, které vyšetřuje dolní část trávicího systému, kdy se zobrazuje sliznice tlustého střeva. Kolonoskopie je používána též pod názvem koloskopie (Pracná, Konečný, 2012). Jde o invazivní vyšetřovací metodu, která kromě sliznice tlustého střeva také zobrazuje konečnou část tenkého střeva (Bartůněk et al., 2016). Indikací ke kolonoskopickému výkonu je příměs krve ve stolici či na ní, nevysvětlitelné bolesti břicha, pozitivní rodinná anamnéza stran onemocnění střev, anemie, úbytek tělesné hmotnosti, změny rytmu vyprazdňování, změny charakteru stolice, průjmy a podezření na zánětlivé změny střeva (Bartůněk et al., 2016). Jako kontraindikaci kolonoskopického výkonu Falt et al. (2015) uvádí nesouhlas pacienta s výkonem, nespolupracujícího pacienta, toxické megakolon, špatnou přípravu střeva, velké břišní kýly, graviditu, splenomegalii, akutní divertikulitidu, hemodynamickou nestabilitu, infarkt myokardu či plicní embolii, aneuryzma aorty, infekční enterokolitidu a stav po břišní operaci (Falt et al., 2015). Oproti němu Lukáš et al. (2005) uvádí, že kontraindikací kolonoskopie je nemožnost nemocného absolvovat výkon či hrozba perforace střeva (Lukáš et al., 2005). Jirásek (2003) kromě předchozích kontraindikací ještě poukazuje na stenózu análního otvoru (Jirásek, 2003).

Přístroj provádějící kolonoskopický výkon se nazývá kolonoskop. Zavádí se konečníkem do tlustého střeva až k místu, kde přechází tlusté střevo ve střevo tenké. Pro lepší přehlednost vyšetření se do tlustého střeva insufluje vzduch (Pracná, Konečný, 2012). Špičák et al. (2015) uvádí jako další možnou variantu insuflování CO₂ (Špičák et al., 2015). Avšak po provedeném výkonu s sebou nese insuflování vzduchu značný

diskomfort v podobě bolesti břicha a nadýmání. Tento diskomfort trvá většinou 24 hodin. V současné klinické praxi se může diskomfortu předejít nahrazením alternativy, tzv. vodní kolonoskopické techniky, která místo vzduchu insufluje vodu. Voda je insuflována při teplotě 20-24 °C. Další výhodou této alternativy je zlepšení záchytu polypů tlustého střeva (Szotkowská, 2013).

V rámci kolonoskopie a gastrokopie se mohou provádět buďto diagnostické nebo terapeutické výkony či jejich kombinace. Dle Bartůňka et al. (2016) diagnostická gastrokopie zobrazuje sliznici jícnu, žaludku a horní části dvanáctníku. Hodnotí vzhled sliznice, zkoumá případné zánětlivé změny, přítomnost polypů na sliznici a postupující peristaltiku. Diagnostická gastrokopie se provádí vždy při nejasných bolestech břicha, a to především horní části břicha. Dále pak opakované zvracení, pálení žáhy, anemie, problémy s polykáním, snížení tělesné váhy a onemocnění jater. Žaludeční vředy, jícnové varixy a stavy po resekcích žaludku vyžadují gastrokopické vyšetření v pravidelných intervalech (Bartůněk et al., 2016). Diagnostická kolonoskopie je využívána při screeningu, diagnostice a sledování pacientů s rizikem vzniku kolorektálního karcinomu (Špičák et al., 2015). Pacienti ve věku 50-54 let mají nárok na preventivní prohlídku, jejíž součástí je test na okultní krvácení. Pokud je tento test pozitivní, pacient je odeslán ke kolonoskopickému vyšetření. Od 55 let má pacient možnost podstoupit preventivní prohlídku jednou za dva roky a jednou za deset let podstoupit, tzv. primární screeningovou kolonoskopii (Falt et al., 2015). Diagnostická kolonoskopie a gastrokopie se provádí obvykle jako ambulantní výkon, kdy je pacient po vyšetření sledován cca 2 hodiny na dospávajícím pokoji. Pacientovi jsou monitorovány základní životní funkce a po uplynutí dvou hodin je nejlépe v doprovodu propuštěn domů. Pokud se při diagnostické kolonoskopii nebo gastrokopii objeví nějaký patologický nález, je možné provést okamžitou nebo plánovanou terapeutickou kolonoskopii či gastrokopii (Bartůněk et al., 2016).

Dle Bartůňka et al. (2016) lze skrze terapeutickou gastrokopii provést polypektomii, zástavu krvácení, dilataci stenóz trávicí trubice, léčbu jícnových varixů, odstranění cizích těles a zavedení perkutánní endoskopické gastrostomie. Zatímco terapeutická kolonoskopie umožňuje provést polypektomii za pomoci elektrického proudu, dilataci zúžených míst za pomoci dilatačních balonků, zástavu krvácení za pomoci opichu adrenalinem, termokoagulací či přiděláním klipu na krvácející místo. Terapeutická

gastroskopie a kolonoskopie není již prováděna jako ambulantní výkon, nýbrž pokračuje krátkodobou hospitalizací, obvykle jeden den (Bartůněk et al., 2016).

I přes veškerý rozvoj endoskopických výkonů se lze stále setkat s výhodami, nevýhodami a komplikacemi endoskopií. Výhodou endoskopického vyšetření je lépe makroskopicky hodnotitelný vyšetřovaný orgán, pořízení fotky nebo videa z endoskopu, odebrání tkáně, přesnost a včasnost v diagnostice, zkrácení hospitalizace, rychlejší rekonvalescence a menší zátěž pro pacienta. Nevýhodou endoskopického vyšetření je malé procento vzniku jakékoliv komplikace, nemožnost využití celkové anestezie u všech endoskopických výkonů a možnost vnímání nepříjemného nebo bolestivého prožitku pacientem (Krátká, Gatěk, 2021).

Lukáše et al. (2005) komplikace endoskopických výkonů rozděluje na komplikace obecné, které vzniknou při jakýmkoliv endoskopickém vyšetření a specifické komplikace, které jsou přítomny u kolonoskopického a gastroskopického výkonu. K obecným komplikacím se řadí alergické reakce, které mohou být na kontrastní či jódovou látku a premedikaci. Riziko aspirace, které hrozí zejména při urgentních endoskopických výkonech u pacientů s krvácením z horní části trávicího systému či aspirace cizího tělesa způsobené například vdechnutím úlomku zubu nebo vdechnutí zbytků jídla při nedodržení lačnění před výkonem. Infekční komplikace, které vznikají znečištěným instrumentáři. Dále se mohou vyskytnout poruchy srdečního rytmu až srdeční zástava, nauzea, zvracení či nadýmání. Poslední obecnou komplikací je hyperventilace nemocného, kdy první pomoc spočívá v uklidnění a ponechání v klidu prodýchat, poté může výkon pokračovat. Ke specifickým komplikacím kolonoskopie a gastroskopie lze zařadit krvácení, které může nastat při polypektomii, biopsii či endoresekcích výkonech (Lukáš et al., 2005). Krvácení může vzniknout bezprostředně při výkonu nebo vzniká krvácení, které se objeví až týden po výkonu a je nutné další endoskopické vyšetření s následným ošetřením krvácení (Bartůněk et al., 2016). Dle Lukáše et al. (2005) se může objevit i perforace, která vzniká špatným zavedením přístroje. Pacient trpí bolestí, nadýmáním a na RTG břicha je volný vzduch v břišní dutině. Mezi poslední specifickou komplikací patří uvíznutí instrumentária ve vyšetřované dutině (Lukáš et al., 2005).

Komplikace u diagnostické kolonoskopie a gastrokopie se objevují zřídka. Pokud se nějaká komplikace naskytne, je tomu většinou u terapeutických kolonoskopických a gastrokopických výkonů, kde je riziko komplikací vyšší (Bartůněk et al., 2016).

K tomu, aby se předešlo komplikacím, je důležité dodržování určitých pravidel. Důležitá je tedy prevence komplikací. Před kolonoskopickým a gastrokopickým výkonem se zjišťuje rodinná, osobní, alergologická, farmakologická anamnéza a nynější onemocnění pacienta. Provádí se laboratorní vyšetření, vysazuje se antikoagulační, antiagregační a antitrombotická léčba. Lékař individuálně určuje premedikaci a analgosedaci pacienta. Někteří pacienti užívají preventivně antibiotika či chemoterapeutika k zabránění infekčních komplikací. Důležitá je i speciální příprava diabetika, který podstupuje endoskopické vyšetření. Dle Krátké a Gatěka (2021) by pacient také měl před endoskopickým vyšetřením podepsat informovaný souhlas a být řádně edukován o průběhu vyšetření a spolupráci, aby se tak předešlo nedorozumění a případným komplikacím. K tomu, aby se dokázalo zabránit případným komplikacím také přispívá vhodné vybavení pracoviště a poučení zdravotnického personálu. Zdravotníci by měli dodržovat hygienické opatření, tedy desinfekci a sterilizaci endoskopů (Krátká, Gatěk, 2021).

1.4 Ošetřovatelský proces u pacienta v rámci kolonoskopického a gastrokopického výkonu

Dle Tóthové et al. (2009) je ošetřovatelský proces systémový komplexní výkon ošetřovatelské činnosti, který se zaměřuje na individuální potřeby pacienta, řeší jeho problémy a předchází jim. Oproti tomu Staňková (2002) uvádí, že ošetřovatelský proces je základním rámcem pro realizaci cílů ošetřovatelství. Jedná se o metodu, která řeší problémy pacientů, které může profesionálně ovlivnit sestra (Staňková, 2002). Ošetřovatelské činnosti umožňují sestře samostatně se rozhodovat pro co nejlepší způsob péče a dosahovat stanovených cílů (Tóthová et al., 2009).

Ošetřovatelský proces probíhá v pěti fázích, přičemž jednotlivé fáze se označují jako fáze posuzování, diagnostika, plánování, realizace a vyhodnocení. V první fázi ošetřovatelského procesu *posuzování* sestra provádí sběr informací, kdy získává od pacienta všechny potřebné informace, které jsou důležité pro plánovanou péči a hodnotí zdravotní stav pacienta (Tóthová et al., 2009). Ve druhé fázi ošetřovatelského procesu *diagnostika* je cílem sestry společně s pacientem najít, co pacienta trápí, čím je ohrožen.

Sestra řadí ošetrovatelské diagnózy za sebou podle naléhavosti jejich řešení. Ve třetí fázi ošetrovatelského procesu *plánování* sestra naplňuje péči pacienta, kdy nejdříve určí priority řešení problémů, stanoví cíle péče, určí, jakým způsobem jich dosáhne, a nakonec vše zapíše do ošetrovatelského plánu. Ve čtvrté fázi ošetrovatelského procesu *realizace* sestra plní úkoly dané ošetrovatelským plánem, který směřuje vždy k prospěchu pacienta (Staňková, 2002). V páté fázi ošetrovatelského procesu *vyhodnocení* sestra zhodnotí, zda došlo k dosažení vytyčených cílů dle individuálního plánu pacienta (Tóthová et al., 2009).

Cílem ošetrovatelského procesu je uspokojit individuální potřeby pacienta. Potřeba je označována za nějaký nedostatek nebo nadbytek něčeho (Mastiliaková, 2014). Potřeby má každý člověk a úlohou sestry je systematicky vyhledávat a všestranně uspokojovat tyto individuální potřeby pacienta (Vytejková et al., 2011). Dle Mastiliakové (2014) může mít pacient potřebu fyziologickou, emocionální, sociální, kognitivní či duchovní. Zdravý člověk si své potřeby uspokojuje sám. Když je nějaká potřeba u pacienta neuspokojena, vznikne problém a úkolem sestry je pacientovi pomoci problém zmírnit či odstranit (Mastiliaková, 2014).

Sestra zaujímá ve zdravotnickém týmu významné místo, je nejbližší spolupracovnicí lékaře (Vytejková et al., 2011). Měla by být empatická, všímavá a komunikativní. Komunikace je základní dovedností sestry a v ošetrovatelském procesu nezastupitelná. Aby sestra získala od pacienta potřebné informace musí umět pacientovi naslouchat a být aktivní (Ptáček et al., 2014). Měla by disponovat znalostmi a dovednostmi, ve své praxi využívat reflexi a sebereflexi k osobnímu a profesnímu rozvoji (Špirudová, 2015).

Při poskytování péče metodou ošetrovatelského procesu je též důležitá edukace pacienta. Jedná se o soubor ošetrovatelských intervencí ve všech fázích ošetrovatelského procesu. Edukační činnost sestry se může zdát jako samozřejmost, která je při práci sestry běžná. Nicméně sestra v rámci edukační činnosti musí projevovat komplex znalostí, postojových a psychomotorických dovedností (Šulistová, Trešlová, 2012).

Před kolonoskopickým a gastrokopickým výkonem sestra v první fázi ošetrovatelského procesu *posuzování* a lékař získávají rozhovorem od pacienta potřebné informace, které se týkají anamnestických údajů, osobní, rodinné a pracovní anamnézy, lékové

medikace, alergických projevů, celkového stavu pacienta, subjektivních a objektivních příznaků, informovanosti o vyšetření a souhlasu s vyšetřením (Mikšová et al., 2006).

Pacient před kolonoskopickým a gastrokopickým výkonem musí podepsat poučení a informovaný souhlas s endoskopií. Poučení a informovaný souhlas pacienta s endoskopií obsahuje iniciály pacienta (jméno a příjmení), bydliště a kód pojišťovny. Dále obsahuje název výkonu, tedy, zda se jedná o kolonoskopii či gastrokopii. Účel výkonu popisuje, jak a proč se bude endoskopické vyšetření provádět. V neposlední řadě informovaný souhlas obsahuje podpis pacienta, že informacím rozuměl a byl řádně poučen (Pracná, Konečný, 2012). Pacient podepisuje informovaný souhlas před výkonem, nikoli až po (Ptáček, Bartůněk, 2011). Pracná a Konečný (2012) uvádí, že informovaný souhlas je v jazyce, kterému pacient rozumí, v opačném případě musí mít pacient možnost tlumočnicka. Je zapotřebí, aby písemnému souhlasu vždy předcházely ústní informace, kterou předá pacientovi lékař. Lékař pacientovi vysvětluje postup endoskopického vyšetření, upozorňuje na případné komplikace a odpovídá na případné dotazy pacienta (Pracná, Konečný, 2012). K ústní informaci od lékaře nedochází tehdy, pokud je pacient v akutním ohrožení života (Ptáček, Bartůněk, 2011).

Podle Falta et al. (2015) může nastat situace, kdy pacient nechce být o průběhu výkonu informován, a přesto s provedením výkonu souhlasí nebo jsou pacienti nesvéprávní či nezletilí a informovaný souhlas nepodepisují. V těchto případech za ně podpis zajišťuje jejich zákonný zástupce (Falt et al., 2015). Pracná a Konečný (2012) uvádí, že vyšetření může být pro pacienta nepříjemné, špatně tolerované až bolestivé. Je tedy důležité informovat pacienta v jeho zájmu o přípravě ke kolonoskopickému a gastrokopickému výkonu, aby se výkon nemusel opakovat a byl co nejpřínosnější. Pacient má také dle Pracné a Konečného (2012) právo na informace o svém zdravotním stavu, o nadcházejícím výkonu, ale také právo výkon odmítnout. Měl by být též informován o přítomnosti studentů při endoskopickém výkonu. Tuto možnost má též právo písemně odmítnout (Pracná, Konečný, 2012).

V rámci kolonoskopického a gastrokopického výkonu je důležitá psychologická příprava pacienta. Každý pacient, který přichází na vyšetření, je nervózní a vystrašený. Často neví, na jaké vyšetření žádanku dostal a je potřeba, aby mu lékař podal patřičné informace, čímž dojde ke zmírnění jeho obav a lépe se připraví na to, co ho čeká. Většina pacientů nerozumí medicínské terminologii, a tak můžou být při čtení žádanky

frustrování, proto je důležité už vysvětlení od praktického lékaře, na jaké vyšetření jsou odesíláni. Úlohou endoskopické sestry je před kolonoskopií a gastroskopií pacientovi vysvětlit, jak bude výkon probíhat. Nejčastěji se tak stane při objednání pacienta na výkon, protože sdělovat pacientovi informace po podání premedikace není účinné. Sestra nejčastěji pacientovi vysvětluje, kdy se může po vyšetření najíst a napít, kdy může vstát z lůžka, kdy nesmí řídit auto, nebo, po kterých výkonech bude hospitalizován. Zvídavější pacienti, například před gastroskopickým výkonem, chtějí vědět, jak gastroskop vypadá, jak svítí, jak se s ním pracuje a do jaké hloubky se zavádí (Lukáš et al., 2005).

Pacientovi dostatek informací napomáhá ke zmírnění strachu a úzkosti. Pacient potřebuje mít dostatek informací o tom, jak bude výkon prováděn, na co se má připravit a z čeho naopak nemusí mít strach. Některým pacientům však poskytnuté informace mohou strach a úzkost zvýšit. V této souvislosti je potřebné, aby každý, kdo s pacientem komunikuje, sledoval jeho verbální a neverbální projevy a rozhodl tak, jaké informace může v danou chvíli podat. Dle Bednaříka (2020) pacientovi pomůže, pokud svůj strach může sdílet s druhým člověkem. Rovněž mu napomáhá nácvik technik ke snižování strachu. Účinným cvikem je správné dýchání, svalová relaxace a myšlení na pozitivní představy (Bednařík, 2020). Někteří pacienti, kteří nedostanou patřičné informace si nedovolí později na informace zeptat. V pacientovi tato skutečnost zvyšuje nejistotu a úzkost. Pokud je pacient správně a dostatečně informován projeví se to i na jeho připravenosti a spolupráci při vyšetření. Tudiž by tato skutečnost měla být pro sestru impulzem, aby pacientovi vždy poskytla patřičné informace (Zacharová, 2016).

Skrze efektivní předání informací se vytváří spolupráce a pozitivní vztah mezi sestrou a pacientem (Pracná, Konečný, 2012). Sestra je v úzkém kontaktu s pacientem a snaží se vytvářet důvěrné prostředí. Pacientovi poradí, uklidní ho a ujistí ho, že nemusí mít strach (Zacharová, 2016). Toto vše je důležité pro dobrou přípravu na kolonoskopické a gastroskopické vyšetření. Profesionální přístup sestry a neustálý kontakt při endoskopickém vyšetření přispívá ke zmírnění strachu a nejistoty pacienta. Pacient potřebuje v sestře získat důvěru, aby se nebál na nic zeptat. Laskavý a profesionální přístup sester na endoskopickém pracovišti přispívá ke zmírnění obav, strachu a nejistoty pacientů před kolonoskopickým a gastroskopickým výkonem (Pracná, Konečný, 2012). Důležité je tedy vlídné slovo sestry a tím uklidnění pacienta. Po vyšetření by pak měl každý pacient odcházet spokojený, s pocitem, že mu byla

věnována adekvátní péče. V případě potřeby by se neměl bát na zdravotnický personál kdykoli obrátit (Lukáš et al., 2005).

Před kolonoskopickým výkonem může ke zmírnění strachu, nejistoty, úzkosti a bolesti též přispět použití informací týkajících se průběhu výkonu, a to v podobě video prezentace. Tato videoprezentace je pak pouštěna pacientům nejčastěji v čekárnách ambulance, kde ji mohou opakovaně zhlédnout. Video prezentace usnadní i práci zdravotnickému personálu při podávání informací pacientům, kteří již video viděli. Pokud budou pacienti s kolonoskopií spokojeni, ovlivní to i jejich ochotu podstoupit vyšetření opakovaně (Hsueh et al., 2016). Opakované podstupování výkonu ovlivňují i zkušenosti pacienta. Pozitivní zkušenosti pacienta korelují s lepšími výsledky, naopak pokud má pacient negativní zkušenost z předchozího výkonu, má strach výkon znovu podstoupit. Zkušenosti pacientů jsou důležitým aspektem kvality zdravotní péče (Neilson et al., 2020).

Kolonoskopický a gastrokopický výkon se netýká pouze dospělých pacientů. V rámci informování se nesmí opomíjet ani dětští pacienti, kteří musí být též dostatečně informováni o průběhu endoskopického vyšetření. Tím, že jsou dětští pacienti informováni, sníží se jejich stres a obavy z výkonu, stejně jako podaná dávka propofolu výrazně klesá. Společně s dětmi informuje lékař i rodiče, kteří většinou svou úzkost přenesou na své dítě, a tím zvýší jeho strach z endoskopického vyšetření (Volkan et al., 2019). U dětských pacientů se podávají informace ústně i v podobě ilustrace. U maminek i dětí se tím sníží úzkost a strach z nadcházejícího gastrokopického výkonu. Důvodem přidání ilustrace k informacím je lepší porozumění, které z obrázku vyplývá (Cam, 2020).

Ve druhé fázi ošetrovatelského procesu *diagnostika* sestra v rámci kolonoskopického a gastrokopického výkonu určuje problémy pacienta související s neuspokojenými potřebami. Pokud má pacient před endoskopickým výkonem strach, může se mu v noci hůře usínat. Pacient může mít nespavost v souvislosti se strachem, projevující se nedostatkem energie. S tím souvisí i úzkost pacienta. Pacient může mít úzkost v souvislosti s neuspokojením potřeby, projevující se nejistotou. U pacienta je během endoskopického výkonu narušena jeho intimita. Pacient může mít zhoršený komfort v souvislosti s nedostatkem soukromí, projevující se pocitem diskomfortu. Pacientovi nemusí být podány patřičné informace, a tudíž sestra u něho zaznamená nedostatečné

znalosti v souvislosti s nedostatkem informací projevující se nepřesným prováděním instrukcí (dodržování bezzbytkové diety před kolonoskopií). Během gastroscopického výkonu má pacient omezenou komunikační schopnost. Pacient může mít zhoršenou verbální komunikaci v souvislosti s fyzickou bariérou (gastroskop) projevující se neschopností mluvit. Pacient může pociťovat během endoskopického výkonu nepříjemnost až bolest. Akutní bolest v souvislosti s výkonem projevující se výrazem bolesti v obličeji. V rámci endoskopického výkonu se pacient ocitá v pro něho neznámém prostředí a může mít strach v souvislosti s neznámým prostředím projevující se znepokojením. Vyskytují se i různá rizika. Riziko infekce v souvislosti s invazivními vstupy. Riziko krvácení v souvislosti s výkonem. Podle stanovené ošetrovatelské diagnózy sestra naplánuje činnosti, které vedou k odstranění problému (Herdman, Kamitsuru, 2020).

Ve třetí fázi ošetrovatelského procesu *plánování* pacient s lékařem plánuje užití léků před kolonoskopickým a gastroscopickým výkonem, které pravidelně užívá (Pracná, Konečný, 2012). Pokud pacient užívá antikoagulantia, musí se poradit o jejich vysazení. Léčbu antikoagulantii je důležité přerušit v dostatečném předstihu před výkonem (Nemocnice Na Homolce, © 2017). Dle Pracné a Konečného (2012) pacient vysadí antikoagulační léky týden před kolonoskopickým výkonem, vysadí ale i léky s obsahem železa. Před kolonoskopickým a gastroscopickým výkonem také pacient společně s lékařem naplánují kontrolu laboratorních výsledků, především vyšetření krevního obrazu a koagulačních parametrů. Pacient minimálně tři dny před kolonoskopickým vyšetřením dodržuje bezzbytkovou dietu, kdy sestra pacienta edukuje, aby z jídelníčku vyřadil ovoce, zeleninu, cereálie, mák, luštěniny, celozrnné pečivo a vše ostatní, co obsahuje jádérka a slupky (Pracná, Konečný, 2012). Bartůněk et al. (2016) uvádí dodržování bezzbytkové diety před výkonem cca 5-7 dní, dle zvyklosti pracoviště. Dle Krále (2013) je bezzbytková dieta před kolonoskopií držena 4-5 dní (Král, 2013). Delší hladovění několik dní je kontraproduktivní a spíše pacientovi uškodí, protože dlouhé lačnění vede sekundárně k omezení střevní peristaltiky a zhoršenému vyprázdnění při přípravě střeva (Beneš, Hep, 2005).

Den před kolonoskopickým výkonem může pacient lehce posnídat a poobědvat bujón. Příjem tekutin není v žádné části přípravy ke kolonoskopii omezen. Pacient se pouze vyhýbá tekutinám s obsahem dužin. Poslední tekutinu vypije 2 hodiny před výkonem (Hassan et al., 2013). Den před kolonoskopickým vyšetřením musí pacient k vybrždění

střev vypít vyprazdňovací roztok v množství 4 litry, které vypije během 4 hodin. Další možností je, že pacient vyprazdňovací roztok vypije v rozděleném množství, a to 2 litry večer a 2 litry ráno před výkonem (Pracná, Konečný, 2012). Doba mezi dopitím posledního množství vyprazdňovacího roztoku a kolonoskopií by neměla přesahovat 3-5 hodin. Mezi nejčastěji užívané vyprazdňovací roztoky patří vysokoobjemový polyethylenglykol a nízkoobjemové preparáty, a to roztok sulfátových solí, polyethylenglykol, kyselina askorbová, roztok pikosulfátu sodného a magnesium citrátu (Kmochová et al., 2019). Fortrans (polyethylenglykol) je nejčastěji využívaný vyprazdňovací roztok. Využívá se u pacientů se selháním ledvin, střevními záněty a u pacientů připravovaných pro krvácení urgentně. V nízkoobjemových roztocích jsou zastoupeny preparáty Picoprep, CitraFleet, Moviprep, Eziclen. Výhodou nízkoobjemových preparátů je lepší tolerance při srovnatelné účinnosti s vysokoobjemovým polyethylenglykolem (Hassan et al., 2013). Nejlepší kombinací pro přípravu střeva před vyšetřením jsou 2 litry polyethylenglykolu a kyseliny askorbové. Jsou vhodnou alternativou ke standardní přípravě 4 litrů polyethylenglykolu. Kombinace je obdobně účinná a lépe tolerována pacientem. Přičemž se nejlepších výsledků dosáhne rozdělením přípravy na večer a ráno před kolonoskopií (Kojecký et al., 2016).

Správná střevní příprava je základním předpokladem pro kvalitní kolonoskopii (Kmochová et al., 2019). Přítomnost slupek a jader výrazně zhoršuje přehlednost střeva a může dojít k poškození kolonoskopu (Bartůněk et al., 2016). Kolonoskopie u nedostatečně připraveného pacienta je zatížena vyšším rizikem, je neefektivní a vede k plýtvání zdroji, protože nemocný musí být často přeobjednán na nový termín (Cyraný, 2014). Pacient je před kolonoskopickým a gastrokopickým výkonem sestrou edukován, aby byl 6-8 hodin před výkonem lačný. To znamená, že pacient nejí, nepije a ani nekouří (Pracná, Konečný, 2012). U gastrokopického výkonu se tak minimalizuje riziko aspirace obsahu žaludku a u kolonoskopického výkonu se zvyšuje viditelnost při vyšetření (Bartůněk et al., 2016). Před kolonoskopickým a gastrokopickým výkonem se sestra pacienta ptá, zda má nějaké alergie. Pro snížení rizika u nemocných s rizikem hrozící infekční komplikace se naplánuje před výkonem podání antibiotik (Lukáš et al., 2005).

V rámci plánování péče na kolonoskopický a gastrokopický výkon je rovněž důležitá příprava nemocného s diabetes mellitus. Příprava nemocných s diabetes mellitus je o

něco složitější než u ostatních pacientů. U pacientů s diabetes mellitus je s výhodou před výkonem hospitalizace a na endoskopický výkon jde vždy první v pořadí. Přičemž u pacienta, který je léčený PAD, se naplánuje změření ranní glykémie před výkonem a PAD se před výkonem nepodává. U pacienta léčeného inzulinem se rovněž naplánuje změření glykémie, a navíc podání inzulinu do glukózy. U kolonoskopického výkonu se ještě navíc naplánuje na den před výkonem vyšetření krevního obrazu a quicku (Vachutková, Loyková, 2011).

Ve čtvrté fázi ošetrovatelského procesu *realizace* sestra pozve pacienta na vyšetřovnu dle objednání nebo pokud lékař neurčí jinak. Pacient může na výkon přijít z domova nebo je již hospitalizován na oddělení. V případě hospitalizace pacienta endoskopická sestra úzce spolupracuje se sestrou daného oddělení, aby byl pacient připraven na výkon na předem stanovený čas (Krátká, Gatěk, 2021). Když pacient vstoupí na vyšetřovnu, sestra zkontroluje, zda má podepsaný informovaný souhlas s kolonoskopickým nebo gastrokopickým výkonem a zeptá se pacienta, zda potřebuje podat ještě nějaké informace. Sestra má v té době již nachystané pomůcky, jako je flexibilní endoskop s příslušenstvím, pomůcky k premedikaci, ochranné pracovní prostředky a sterilní zkumavky k odběru materiálu (Mikšová et al., 2006). Pacienta vybídne, aby si odložil své věci v převlékací kabině a nechá ho v soukromí. Pokud je pacient nesoběstačný, pomůže mu (Lukáš et al., 2005). U gastrokopického výkonu má na sobě pacient většinou volný oděv (Krátká, Gatěk, 2021). Sestra pacientovi před vyšetřením vysvětlí jednotlivé kroky, které budou následovat (Lukáš et al., 2005). Zkontroluje, zda je pacient lačný. Pokud má pacient snímatelnou zubní náhradu, před výkonem ho požádá, aby ji odstranil (Pracná, Konečný, 2012). Před aplikací anestetik se sestra opětovně zeptá, zda má pacient nějaké alergie (Lukáš et al., 2005). Dále pomůže pacientovi zaujmout správnou polohu na vyšetřovacím lůžku (Krátká, Gatěk, 2021).

U gastrokopického výkonu leží pacient na levém boku a lékař mu podá lokální anestetikum k místnímu znecitlivění oblasti hltanu (Bartůněk et al., 2016). K lokálnímu znecitlivění dojde pomocí spreje (Nemocnice Na Homolce, © 2017). Anestetikem může být například Lidocain (Krátká, Gatěk, 2021). U neklidného pacienta a ke snížení vnímání bolesti je možné podat sedaci. Poté sestra vloží pacientovi do úst náustek, přes který je zaveden ohebný gastrokop za kořen jazyka do jícnu, dále volně do žaludku až do dvanáctníku (Nemocnice Na Homolce, © 2017). I podle Pracné a Konečného (2012) se gastrokop pacientovi zavádí ve většině případech ústy, pokud je však pracoviště

vybaveno přístrojem pro transnazální vyšetření, je možné v ojedinělých případech vyšetření provést touto cestou (Pracná, Konečný, 2012). Jednotlivé části trávicí trubice jsou podrobně prohlíženy lékařem, který vše sleduje na monitoru a provádí případné lékařské zákroky (Nemocnice Na Homolce, © 2017). Sestra během výkonu podává lékaři instrumentárium a reaguje na jeho pokyny. Současně v průběhu vyšetření spolupracuje s pacientem. K ústům pacienta sestra vloží buničitou vatu a informuje ho, aby během výkonu nechal sliny z úst volně vytékat. Pacienta poučí, aby si během celého výkonu pravidelně dýchal a neustále ho během výkonu bedlivě sleduje a případně jedná. Ke zmírnění strachu může pacientovi pustit v průběhu výkonu hudbu (Krátká, Gatěk, 2021). Gastroskopické vyšetření trvá přibližně 10-15 minut (Nemocnice Na Homolce, © 2017). Po skončení výkonu sestra pomůže pacientovi posadit se a umožní mu vyplivnout přebytečné sliny z úst a vyříhat insuflovaný vzduch (Krátká, Gatěk, 2021). Z důvodu rizika aspirace jídla či tekutin pacienta upozorní, že nesmí cca 1-2 hodiny po vyšetření jíst ani pít, a to vzhledem k lokálnímu znečistlivění kořene jazyka (Bartůněk et al., 2016).

Před kolonoskopickým výkonem sestra upozorní pacienta na nepřírozenou polohu při vyšetření a nepříjemný pocit při insuflaci vzduchu ve střevě či nepohodlí při pohybu endoskopu ve střevě (Mikšová et al., 2006). Před samotným výkonem pacientovi injekčně podává léky na zklidnění a utlumení bolesti (Bartůněk et al., 2016).

Kolonoskopie je pro pacienty často bolestivá a nepříjemná. K utlumení bolesti během kolonoskopického výkonu může přispívat i použití hypnózy. Hypnóza také napomáhá k celkovému uklidnění úzkostného pacienta (Coveney, Ho, 2020). V našich podmínkách však není využívána. K úlevě se často používá i aromaterapie, která napomáhá od úzkosti a nepohodlí pacienta. Esenciální oleje extrahované z přírodních rostlin napomáhají ke zmírnění psychosomatických obtíží prostřednictvím jejich vůně. Ačkoliv se mohou pacientovi podat sedativa, aby se zabránilo úzkosti a nepohodlí, lepší variantou je aromaterapie, která s sebou nepřináší určité komplikace, jako je tomu u sedativ. U pacientů, u kterých nebyla použita sedace, je aromaterapie s využitím například grapefruitového oleje účinnou doplňkovou léčbou při úzkostných stavech v rámci podstoupení kolonoskopického vyšetření (Hozumi et al., 2017). U pacientů, u kterých nebyla použita sedace, se také využívá na zmírnění úzkosti hudba. Muzikoterapie je pro pacienty relaxačním účinkem a po domluvě s pacientem je během kolonoskopického vyšetření pouštěna jejich oblíbená hudba (Wang et al., 2017). Pokud

pacienti během kolonoskopie poslouchají hudbu, kterou mají rádi a před kolonoskopií cvičí jógu alespoň 10-15 minut, jejich bolest související s vyšetřením je nižší. Také se snižují dávky léků, které je z důvodu bolesti a sedace potřeba pacientovi během kolonoskopie podat. Rovněž se zkracuje doba hospitalizace pacienta. Muzikoterapie se tedy používá k zajištění lepší tolerance kolonoskopie, aby pacientův strach byl snížený na minimum (Kartin et al., 2017).

Standardně se ale provádí kolonoskopie v sedaci, která zajišťuje zklidnění pacienta a snížení vnímání bolesti (Nemocnice Na Homolce, © 2017). Pacient tedy může během výkonu komunikovat s lékařem a sestrou. Na výkon si posléze většinou nepamatuje. U pacientů, kteří by výkon v sedaci i tak nezvládli, se využívá celková anestezie. K celkové anestezii se nejčastěji u pacientů podstupující kolonoskopii využívá anestetikum propofol (Ramsay et al., 2014). Ekkelenkamp et al. (2013) ve své studii uvádí, že nejlepší kolonoskopisté dělají více kolonoskopií, častěji se dostávají až do slepého střeva a používají méně sedace a i přes to způsobují méně nepohodlí pro pacienta. Pro pacienta je důležité, aby byl výkon komfortní. K tomuto komfortu dochází, pokud výkon provádí kvalitní kolonoskopista (Ekkelenkamp et al., 2013). Na začátku vyšetření sestra pomáhá pacientovi zaujmout polohu na levém boku s pokrčenými dolními končetinami (Mikšová et al., 2006). Dle pokynů lékaře v průběhu vyšetření mění polohu pacienta (Špinar et al., 2013). Endoskop je u ležícího pacienta na zádech zaveden konečnickem do předem vyprázdněného tlustého střeva. Zaveden je nejlépe až k ileocekální chlopni. V průběhu výkonu sestra s pacientem komunikuje a sleduje, zda je všechno v pořádku (Špinar et al., 2013). Délka kolonoskopie je individuální, většinou trvá 15-20 minut (Bartůněk et al., 2016). Pacienta je důležité upozornit na možné komplikace po výkonu. V případě invazivního zákroku, například polypektomie, je nutná hospitalizace pacienta na oddělení, minimálně jeden den. (Pracná, Konečný, 2012).

Pokud jsou na endoskopickém pracovišti sestry dvě, tak jedna pečuje o pacienta a druhá o endoskop. Po kolonoskopickém a gastrokopickém výkonu sestra doprovodí pacienta se převléknout. Pokud je potřeba, pomůže s oblékáním. Poté pacienta doprovodí do čekárny (Krátká, Gatěk, 2021). Pokud byla použita sedace, sestra edukuje pacienta, aby zůstal cca půl hodiny odpočívat v k tomu příslušné místnosti. Dále ho edukuje o nezbytnosti zajištění odvozu domů, protože v případě podané premedikace nesmí řídit motorová vozidla (Nemocnice Na Homolce, © 2017). Pokud nebylo pacientovi

sedativum aplikováno, odchází sám. Sestra edukuje pacienta po gastrokopickém výkonu, aby 1-2 hodiny nic nepil a nejedl, z důvodu podání lokálního anestetika do oblasti hltanu (Krátká, Gatěk, 2021). A rovněž ho poučí, aby se po zbytek celého dne vyhýbal činnostem, které vyžadují zvýšenou soustředěnost (Nemocnice Na Homolce, © 2017). Někteří pacienti jsou hospitalizováni, a tak odcházejí na standardní oddělení (Krátká, Gatěk, 2021). Na standardním oddělení sestra kontroluje celkový stav pacienta, kontroluje základní životní funkce. Pokud je potřeba, zavádí pacientovi rektální rourku pro odchod plynů ze střeva. Pacient po vyšetření dostává lehčí stravitelnou stravu. Sestra sleduje pacientovu první stolicí po vyšetření, sleduje konzistenci stolice a její příměsi. Pacient dodržuje po vyšetření dvanácti hodinový klid na lůžku, v případě prodělané biopsie či odstranění polypů. Pacient je poučen o případných komplikacích. Pokud pacient pociťuje stupňující se bolestivost břicha, nahlásí komplikaci lékaři (Mikšová et al., 2006). Tak jako při příchodu na endoskopické pracoviště musel mít pacient s sebou doporučení od svého lékaře, tak i při odchodu dostane pacient lékařskou zprávu, ve které jsou informace z provedeného vyšetření, kterou odnese svému praktickému lékaři (Nemocnice Na Homolce, © 2017).

V páté fázi ošetrovatelského procesu *vyhodnocení* sestra hodnotí pacientův stav po kolonoskopickém a gastrokopickém výkonu. Po výkonu se zaměřuje na činnosti, které prováděla a hodnotí, zda u pacienta nevznikl nějaký problém, zda došlo k dosažení vytyčených cílů, které si s pacientem v rámci kolonoskopického a gastrokopického výkonu stanovili. Pokud je pacient na dospávajícím pokoji, sestra hodnotí fyziologické funkce. Využívá k tomu kritické myšlení. Kritické myšlení je důsledná mentální činnost zaměřená na hodnocení argumentů a na stanovení závěrů, které mohou vést k vytváření názorů a k jednání (Vörösová et al., 2015). Kritické myšlení je potřebné ve všech fázích ošetrovatelského procesu. Sestra má předpoklady neustále zlepšovat ošetrovatelské činnosti, pokud má znalosti o procesech kritického myšlení (Tóthová et al., 2009). Kritické myšlení je v ošetrovatelské péči základem profesionální zodpovědnosti a kvality. Sestra, která má kritické myšlení, je sebejistá, kreativní, flexibilní, zvědavá, otevřená, intuitivní a vytrvalá (Vörösová et al., 2015). Kritické myšlení vede sestru k tomu, že se sama sebe ptá, na základě, jakého důkazu se provádí konkrétní intervence. Veškerou svoji činnost by měla podrobit kritické analýze (Jarošová, Zeleníková, 2014). Endoskopická sestra by měla rovněž využívat kritické myšlení při péči o pacienta.

1.5 Zajištění intimity pacienta při kolonoskopickém a gastrokopickém výkonu

Slovo intimita vzešlo z latinského slova intimus. Intimita znamená v překladu nejtajnější, nejdůvěrnější, odkrývání emocí, sex, pocit blízkosti či sebeodhalování. Typickými znaky intimity jsou blízkost a důvěra (Haubertová, Slaměník, 2013). Sikorová a Filová (2011) uvádí, že v nemocničním zařízení je narušování intimity pacientů vážným problémem. Pacienti narušování intimity mohou brát s psychickými důsledky. Nejčastějším důsledkem pro pacienta při narušování intimity je prožívání studu. Přičemž tento stud prožívá při hygieně či vyšetřeních, kde je odhalena nahota. Bohužel sestra při péči o pacienta často narušuje pacientovu intimní zónu, ať už vědomě či nevědomě (Sikorová, Filová, 2011). Do intimní zóny člověku v běžném životě vstupuje obvykle blízká osoba, partner či rodina (Linhartová, 2007). Dle Sikorové a Filové (2011) se sestra pacienta při péči různě dotýká a pro pacienty mohou být tyto doteky nepříjemné. Důležité je, aby byla tato problematika zajišťování intimity monitorována a sestra dbala na zakrývání pacienta při hygieně či oblékání a neodkrývala pacienta, pokud to není vyloženě nutné (Sikorová, Filová, 2011).

Při kolonoskopickém a gastrokopickém výkonu sestra rovněž zajišťuje intimitu pacienta. Při vyšetření dbá na to, aby obnažovala pouze vyšetřovanou část těla (Krátká, Gatěk, 2021). Holubová et al. (2013) uvádí, že některá endoskopická pracoviště umožňují pacientům při kolonoskopickém vyšetření použít pro větší pocit zajištění intimity „kološortky“, což jsou krátké kalhoty s otvorem pro kolonoskop v oblasti konečníku. Další možností k udržení intimity při výkonu je rouška s otvorem umístěným v oblasti konečníku (Holubová et al., 2013). Z pohledu Šamánkové et al. (2011) je důležité, aby se sestra v žádném případě nedivila či nezesměšňovala stud pacienta při kolonoskopickém a gastrokopickém výkonu (Šamánková et al., 2011).

1.6 Role sestry komunikátorky v rámci kolonoskopického a gastrokopického výkonu

Komunikace je proces předávání informací. Sestra a pacient v rámci endoskopického výkonu využívají komunikaci verbální a neverbální. Verbální komunikace je vyjadřována pomocí slov. Pacient může vyjadřovat sdělovanou zprávu nebo pocity. Díky tomu by si sestra měla uvědomit, že vše, co řekne, by měla volit uvážene, protože slova nelze vzít zpět a může pomocí nich pacientovi v rámci komunikace při endoskopickém výkonu ublížit (Tomová et al., 2016). Neverbální komunikace je

mimoslovní způsob komunikace, kdy se pacient vyjadřuje beze slov pomocí řeči těla. Při kolonoskopickém a gastrokopickém výkonu prostřednictvím neverbální komunikace vyjadřuje svůj emocionální stav či interpersonální postoj (Zacharová, 2016). Dle Pokorné (2010) by sestra měla také dbát na dodržování zásad podávání rukou. Při kontaktu s pacientem by se měly ruce setkat na horizontální úrovni, dlouhé potřásání rukou není vhodné a styk ruky musí být přiměřený (Pokorná, 2010).

Sestra využívá k navázání a rozvíjení kontaktu s pacientem dovednost komunikovat (Venglářová, Mahrová, 2006). Zacharová (2016) uvádí, že pacient nemá problémy využívat obvyklý způsob komunikace, na který byl zvyklý před hospitalizací. Kdežto sestra si s obvyklým způsobem komunikace nevystačí a musí využívat a rozšiřovat vědomosti a dovednosti, které aplikuje do praxe (Zacharová, 2016).

Využívá sociální komunikaci, která pojednává o běžném rozhovoru s pacientem. A to například při čekání pacienta na kolonoskopický či gastrokopický výkon. Je to nezávazná komunikace sestry a pacienta, která umožňuje navázání vztahu a usnadnění komunikace v rámci ošetřování. Hovořit mohou ve volných chvílích v endoskopické ambulanci. Sestra využívá také specifickou komunikaci, kterou využívá v případech, kdy potřebuje pacientovi sdělit důležitá fakta. A to například při sdělování postupu kolonoskopického a gastrokopického výkonu, informování o komplikacích a dalších důležitých informací. U této komunikace sestra dbá na to, aby ji pacient rozuměl a ověřuje si, zda tomu tak je. Nejčastěji tomu bývá při dodržování zásad před kolonoskopickým a gastrokopickým výkonem. Při terapeutické komunikaci sestra poskytuje pacientovi oporu a pomoc v těžkých chvílích. Odehrává se formou rozhovoru sestry a nemocného. Venglářová a Mahrová (2006) uvádí, že sestra by měla rozlišovat, zda komunikuje s dospělým pacientem, s dítětem, s pacientem se zvláštními potřebami nebo s rodinou. Sestra podává informace ve srozumitelné podobě a pacienti dostávají prostor pro dotazy a mohou vyjádřit svůj názor (Venglářová, Mahrová, 2006). Pacienti v rámci kolonoskopického a gastrokopického výkonu kladou nejčastěji otázky typu: Jak dlouho bude výkon trvat? Budu cítit během výkonu či po něm bolest? Kdy se dozvím výsledky histologie? Za jak dlouho budu moci odejít domů? Budu muset po výkonu dodržovat nějaké zásady?...

Dle Zacharové (2016) je sestra v rámci péče o pacienta vystavena komunikování na různých úrovních. V souvislosti s tím je důležité, aby si zdokonalovala své komunikační

schopnosti a dovednosti. Přičemž profesionální komunikace je náročná dovednost, kterou se sestra musí neustále učit. Čelí komunikačním překážkám, které mohou mezi ní a pacientem vyvstat. Tyto komunikační překážky brání kvalitní komunikaci. Zacharová (2016) tyto překážky dělí na praktické překážky, které jsou způsobené vnitřními či vnějšími vlivy nebo pokud sestra mluví příliš tiše a pacient jí nerozumí. Jazykové překážky jsou dány nesrozumitelným obsahem a příliš dlouhými větami. Přičemž se sestra může v péči o pacienta setkat i s komunikací s cizincem a mohou tak vyvstat komunikační problémy. Překážky fyziologické jsou dány bolestí, nedostatkem spánku či smyslovými poruchami. Někdy sestra sama způsobuje překážky v komunikaci. Je neochotna pacienta vyslechnout, vnucuje mu své názory, používá odbornou terminologii, má nedostatek času či zatěžuje nemocného vlastními problémy. Pacient může odmítat spolupracovat či být lhostejný, pokud ho sestra neposlouchá a nerozumí mu (Zacharová, 2016).

Aby byla komunikace mezi sestrou a pacientem úspěšná, musí umět sestra pacientovi naslouchat. To znamená porozumět a pochopit jeho potíže. Přičemž aktivní naslouchání umožňuje sestře poskytnout zpětnou vazbu (Tomová et al., 2016). Úspěšnou komunikaci mezi sestrou a pacientem v rámci kolonoskopického a gastrokopického výkonu také zajišťuje empatie ze strany sestry. Empatie je dle Zacharové (2016) schopnost vcítit se do pocitů myšlení a jednání druhých a úzce souvisí s nasloucháním. Sestra, která je empatická, usiluje o poznání, vnímání a pochopení vnitřního světa pacienta. Jinými slovy se dívá na svět pacientovo pohledem. Pacient, který vidí, že je sestra empatická, více spolupracuje a má menší strach a stavy úzkosti z kolonoskopického a gastrokopického výkonu (Zacharová, 2016). Úkolem sestry je pátrat po příčinách pacientova strachu, který může vyplývat z narušení intimity při výkonu či z negativních zkušeností z výkonu předešlého. Sestra se klidnou a příjemnou komunikací s pacientem snaží zvyšovat pacientovu důvěru a snižovat tak jeho strach (Linhartová, 2007).

2 Cíl práce a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

Cíl 1: Zjistit, jaké informace poskytují sestry pacientům v průběhu kolonoskopického a gastrokopického výkonu.

Cíl 2: Zjistit, jaké komunikační techniky sestry využívají v rámci snižování strachu u pacientů.

Cíl 3: Zjistit, jaké očekávání mají pacienti od sester před kolonoskopickým a gastrokopickým výkonem.

2.2 Výzkumné otázky

1. Jaké informace poskytují sestry pacientům v průběhu kolonoskopického a gastrokopického výkonu?
2. S jakými problémy se pacienti potýkají v rámci kolonoskopického a gastrokopického výkonu?
3. Jaké komunikační techniky sestry využívají v rámci snižování strachu u pacientů?
4. Jak sestry zajišťují intimitu pacientů v rámci kolonoskopického a gastrokopického výkonu?
5. S jakými problémy se sestry potýkají v rámci kolonoskopického a gastrokopického výkonu?
6. Jaké očekávání mají pacienti od sester před kolonoskopickým a gastrokopickým výkonem?

3 Metodika výzkumu

3.1 *Metoda výzkumu a technika sběru dat*

Pro výzkumnou část této diplomové práce byla využita kvalitativní metoda výzkumného šetření. Sběr dat byl získán metodou dotazování, technikou rozhovoru, a to u pacientů podstupujících kolonoskopický a gastrokopický výkon a sester pečujících o tyto pacienty. Výzkumné šetření bylo doplněno zúčastněným pozorováním sester. Pozorování bylo zaznamenáno do pozorovacího archu. Sestry byly pozorovány v rámci poskytování péče při gastrokopii a kolonoskopii. Data byla využita a přepsána v programu Microsoft Word. Následně byla kategorizována. Pozorovanou oblastí bylo zajištění intimity, komunikace a předávání informací v rámci kolonoskopického a gastrokopického výkonu. Pro výzkumné šetření bylo pozorováno celkem 6 sester, 3 sestry při kolonoskopickém výkonu a 3 sestry při gastrokopickém výkonu. Délka pozorování byla u každého výkonu individuální, záleželo na spolupráci pacienta či nalezení patologie.

Získaná data byla odebrána na nejmenovaném endoskopickém pracovišti – gastrokopie, kolonoskopie. Úvodní informace v rozhovoru byly zaměřeny na věk pacientů a sester, na povolání pacientů, na celkovou délku praxe sester a délku praxe sester na endoskopickém pracovišti a jako poslední na nejvyšší dosažené vzdělání sester. Následující otázky se týkaly vlastního tématu kolonoskopického a gastrokopického výkonu. Výzkumného šetření se zúčastnilo 10 sester a 12 pacientů. Rozhovory probíhaly do teoretického nasycení vzorku. Pro pacienty bylo připraveno 8 otázek a pro sestry otázek 10. Otázky jak pro pacienty, tak pro sestry se ještě dále rozvíjely v podotázky. Přibližný čas délky rozhovoru byl 30-45 minut. Všichni byli seznámeni s pořizováním audiozáznamu, jeho účelem a s anonymitou zpracování výsledků v rámci diplomové práce. Rozhovory byly následně přepsány, analyzovány a poté vytvořeny kategorie a podkategorie metodou „tužka-papír“.

Výsledky výzkumného šetření budou nabídnuty pracovníkům na endoskopickém pracovišti, kde bylo šetření prováděno, jako zpětná vazba v přístupu k pacientům v rámci kolonoskopického a gastrokopického výkonu. Rozhovory probíhaly během měsíců března a dubna roku 2023.

3.2 Charakteristika výzkumného vzorku

Výzkumný vzorek pro rozhovory se skládá z nahodile oslovených 10 sester provádějící kolonoskopický a gastroskopický výkon a 12 pacientů podstupujících kolonoskopický a gastroskopický výkon. Všechny sestry pracují na nejmenovaném endoskopickém pracovišti Jihočeského kraje. S pacienty byl veden rozhovor taktéž na nejmenovaném endoskopickém pracovišti Jihočeského kraje. Z důvodu zachování anonymity není uvedeno konkrétní endoskopické pracoviště. Výzkumné šetření bylo provedeno pouze na jednom endoskopickém pracovišti Jihočeského kraje, a to z důvodu neochoty spolupracovat na výzkumném šetření dalších endoskopických pracovišť. Pacienti byli dotazováni v dospávající místnosti. Sestry byly dotazovány v přípravně pro pacienty či na vyšetřovacím sálku, během nepřítomnosti pacienta. Před zahájením rozhovoru byli sestry i pacienti informováni o tématu mé diplomové práce a průběhu celého rozhovoru. Rozhovor byl veden v co nejvíce možném, klidném prostředí. Všichni dotazovaní byli velmi ochotní spolupracovat.

Výzkumný vzorek pro pozorování se skládá z již oslovených sester při poskytování rozhovorů. Vybráno bylo nahodile celkem 6 sester, 3 sestry byly pozorovány při kolonoskopickém výkonu a 3 sestry při gastroskopickém výkonu. Pozorování probíhalo od převzetí pacienta sestrou do přípravny pro pacienty až po odvezení pacienta do dospávající místnosti. Před zahájením pozorování byli sestry i pacienti informováni o pozorované oblasti. Všichni pozorovaní byli velmi ochotní spolupracovat.

4 Výsledky výzkumu

4.1 Kategorizace získaných dat

Výsledky výzkumného šetření, které byly získány od 10 sester a 12 pacientů z nejmenovaného endoskopického pracoviště – gastroscopie, kolonoskopie Jihočeského kraje, byly rozděleny do 5 kategorií pro sestry a 5 kategorií pro pacienty. Pro sestry jsou kategorie následující: Kategorie 1 Identifikační údaje sester, Kategorie 2 Poskytování informací v rámci kolonoskopického a gastroscopického výkonu, Kategorie 3 Komunikační techniky ke snížení strachu u kolonoskopického a gastroscopického výkonu, Kategorie 4 Zajištění intimity pacienta v rámci kolonoskopického a gastroscopického výkonu a poslední Kategorie 5 Problémy v rámci kolonoskopického a gastroscopického výkonu. Pro pacienty je rozdělení kategorií následující: Kategorie 6 Identifikační údaje pacientů, Kategorie 7 Zkušenosti s kolonoskopickým a gastroscopickým výkonem, Kategorie 8 Poskytování informací pacientům v rámci kolonoskopického a gastroscopického výkonu, Kategorie 9 Vnímání kolonoskopického a gastroscopického výkonu a poslední Kategorie 10 Problémy spojené s očekáváním v rámci kolonoskopického a gastroscopického výkonu. Některé kategorie obsahují ještě podkategorie. Pro dotazované sestry bude v textu označení S1 až S10. Pro dotazované pacienty bude v textu označení P1 až P12.

Výsledky výzkumného šetření z pozorování, které byly získány od celkem 6 sester, 3 sestry při kolonoskopickém výkonu a 3 sestry při gastroscopickém výkonu nejmenovaného endoskopického pracoviště Jihočeského kraje, byly rozděleny do 3 kategorií. Pro kolonoskopický i gastroscopický výkon je rozdělení kategorií následující: Kategorie 11 Zajištění intimity, Kategorie 12 Komunikace a poslední Kategorie 13 Předávání informací. Pro pozorované sestry bude v textu označení PoS1 až PoS6.

4.2 Výsledky výzkumného šetření

4.2.1 Výsledky výzkumného šetření u sester

Kategorie 1 Identifikační údaje sester

Z dotazovaných sester bylo nejmladší sestře 22 let: „*Je mi 22 let*“ (S1). Nejstarší dotazované sestře bylo let 52: „*52*“ (S3). Dotazované sestry S2 a S6 uvedly stejný věk. První z dvojice dotazovaných sester uvedla: „*35 let*“ (S2). Druhá dotazovaná sestra S6

uvedla: „35 let“. Další z dotazovaných sester uvedla: „42“ (S4). Dotazovaná sestra S5 uvedla: „32 let“. Dotazovaná sestra S7 uvedla: „38“. Dotazovaná sestra S8 uvedla: „45 let“. Dotazovaná sestra S9 uvedla: „40“. Poslední z dotazovaných sester uvedla: „Mám 39 let“ (S10). Nejvyšší dosažené vzdělání se u dotazovaných sester lišilo. Při analýze rozhovoru bylo zjištěno, že dotazované sestry S1, S3 a S10 mají středoškolské vzdělání s maturitou: „Střední škola s maturitou“ (S1). „Střední s maturitou“ (S3). „Střední školu s maturitou“ (S10). Dotazovaná sestra S8 uvedla vyšší odborné vzdělání: „Vyšší odborné“ (S8). Jedna z dotazovaných sester uvedla navazující vzdělání: „Magisterské“ (S2). Ostatní dotazované sestry uvedly jako nejvyšší dosažené vzdělání vysokoškolské vzdělání. Dotazovaná sestra S4 uvedla: „Vysokoškolské“. Dotazovaná sestra S5 uvedla: „Mám vysokou školu“. Dotazovaná sestra S6 uvedla: „Vysokoškolské“. Dotazovaná sestra S7 uvedla: „Vysokoškolské“. Poslední dotazovaná sestra S9 uvedla: „Vysokoškolské“. Délka praxe se u dotazovaných sester, z analýzy výsledků, výrazně lišila: „3 roky“ (S1). „4,5 roku“ (S2). „35 let“ (S3). „18 let“ (S4). „10 let“ (S5). „8 let“ (S6). „4 roky“ (S7). „15 let“ (S8). „17 let“ (S9). „19 let“ (S10). Výsledky představují, jaká je délka praxe dotazovaných sester na endoskopickém pracovišti: „2 roky“ (S1). „1,5 roku“ (S2). „19 let“ (S3). „2 roky“ (S4). „8 let“ (S5). „5 let“ (S6). „1 rok“ (S7). „10 let“ (S8). „9 let“ (S9). „12 let“ (S10).

Kategorie 2 Poskytování informací v rámci kolonoskopického a gastrokopického výkonu

Výsledky poukazují na poskytování informací v rámci kolonoskopického a gastrokopického výkonu. Dotazované sestry S1 až S10 informují pacienty o postupu výkonů: „Říkáme jim, jak se bude výkon provádět od začátku do konce, že mu dáme nějaké léky, který budou tlumit bolest, aby ten výkon byl pro něj co nejkomfortnější. Řádně jim to vysvětlíme od začátku do konce a pak se zeptáme, jestli mají nějaké otázky, a popřípadě jim odpovíme. U gastrokopie se ho zeptám, jestli není na něco alergický, řeknu, že mu vystříkám krk znečitlivujícím sprejem a dám mu do úst takový kroužek a řeknu mu, co se bude všechno dělat. Pak mu dám injekci na utlumení a říkám, že začínáme výkon, že ta hadička jde do krku a vyzvu ho, aby nám polknul ten přístroj. Po výkonu jim řeknu, co se provádělo, jestli se odebíraly nějaký vzorečky, kam pošleme vzorečky a kam si mají zavolat na výsledky. U kolonoskopie jim řekneme, jak probíhá ten výkon, že mohou pociťovat ježdění v břiše tím přístrojem a že kdyby to bolelo, tak mají kanylu, do který jim můžeme připichovat léky. Řekneme jim, že ten endoskop se

namaže takovým gelem, takže nemusí mít strach, že by je to nějak bolelo a pak jsou pacientovi podány léky na utlumení. Po výkonu jim řekneme to samé jako u gastroscopie“ (S1). „Informuji o postupu výkonu, jak dýchat, vyšetřovací poloze, dietě, přípravě pitnou kůrou a poučím o režimu“ (S3). „Ptám se, zda dodrželi lačnost u gastroscopie. U kolonoskopie, zda jsou dostatečně vyprázdnění, a také, jak příprava probíhala. Informuji je o průběhu vyšetření. Během vyšetření s pacienty komunikuji o postupu a co je potřeba, aby udělali. Po výkonu je poučím o daných opatřeních“ (S6). „Před gastroscopií pacienty informuji o tom, aby si vyndali případnou zubní náhradu, ptám se jich, zda dodrželi lačnost a jestli nemají nějaké alergie. Během gastroscopie pacienty informuji o vhodné poloze na levém boku, o znecitlivění krku a vložení náustku do úst. Po výkonu je pacient informován, že nesmí 2 hodiny jíst ani pít. Před kolonoskopií pacientů říkám, zda dodrželi bezzbytkovou dietu a zda nemají nějaké alergie. Během výkonu je upozorňuji na vše, co se bude dělat, že mohou pociťovat nepříjemný tlak v břiše. Po výkonu je informuji, že budou nějakou dobu v dospávající místnosti“ (S10). „Viz informovaný souhlas. Poučím je o bezzbytkové stravě, o přípravě předepsaným roztokem a podám jim informace o průběhu vyšetření před i v průběhu výkonu“ (S4). „Před výkonem pacienta poučím o přípravě, kterou je nutné dodržet před vyšetřením. Informuji ho ohledně postupu vyšetření, co se bude dít, jak se má pacient například natočit“ (S5). Dotazované sestry S2, S9 a S7 navíc uvedly, že pacienty informují o nutnosti doprovodu a zákazu řízení vozidla: „Pacientům oba výkony popíšeme, aby věděli, co je čeká. U gastroscopie se mohou rozhodnout, zda k výkonu chtějí injekci nebo ne. Říkáme jim, že je to krátký výkon, u kterého je důležité se soustředit na dýchání (nádech + výdech) a aby cca 30 minut po výkonu nic nepolykali, protože mají znecitlivěný krk po spreji na znecitlivění. U kolonoskopie pacienty poučíme, že dostanou při výkonu injekci na uvolnění a proti bolesti, že musí mít doprovod, nesmí řídit auto, můžou cítit během výkonu určité tlaky v břiše, které ale povolí a po výkonu budou v dospávající místnosti“ (S2). „Před vyšetřením pacienty informuji, co je to za vyšetření, jak se provádí a jaká je jeho příprava. Během vyšetření je informuji, jaký bude následující postup, že dostanou léky na uklidnění a na bolest a že zaujmou polohu na levém boku. Po gastroscopii informuji pacienty, že nesmí po dobu 2 hodin nic jíst ani pít pro možné riziko aspirace stravy a tekutin. Po kolonoskopií je informuji o tom, že by po zbytek dne neměli vykonávat fyzicky náročnou práci, neměli by po výkonu řídit auto a v případě provádění polypektomie by měli sledovat krvácení ve stolici“ (S9). „Pacienty informuji ohledně přípravy, že je nutná lačnost gastroscopii

a dostatečné vyprázdnění před kolonoskopií. V průběhu vyšetření je informuji, co je nutné, aby provedli. Že je třeba se uvolnit, zaujmout správnou polohu a také se je snažím uklidnit a podporovat je během vyšetření. Po proběhlém vyšetření jim vysvětlím následující opatření. Pacienty informuji o tom, že musí mít odvoz domů, protože mají zákaz řízení v případě podání léků, a také, že po polypektomii je nutné dodržovat kašovitou stravu“ (S7). Dotazovaná sestra S8 navíc informuje pacienty o vysazení léků s obsahem železa a na ředění krve: „Před výkonem pacienty informuji o dodržování režimu. Podávám jim informace, že musí být vyprázdněný, lačný, že musí dodržovat bezsezbytkovou dietu, vysadit léky s obsahem železa či na ředění krve a vyndat zubní protézu. Vysvětlím jim průběh výkonu. Během výkonu je informuji, aby byli klidný a spolupracovali. Po vyšetření jim vysvětlím důležitá opatření, která musí dodržet v souvislosti s nálezem“ (S8). Výsledky výzkumu ukázaly, že sestry informují pacienty hlavně ústně a písemně o průběhu kolonoskopického a gastrokopického výkonu. U kolonoskopie sestry poskytují informace o: vyprazdňování, bezsezbytkové dietě, vysazení léků s obsahem železa. U gastrokopie sestry poskytují informace o: znecitlivění krku, vložení náustku do úst, správném dýchání, lačnosti před výkonem, vyndání případné zubní protézy a nemožnosti 2 hodiny jíst a pít. Shodné informace, které poskytují jak u kolonoskopického, tak gastrokopického výkonu jsou informace o: možnosti využití léků na utlumení bolesti, alergiích, vyšetřovací poloze, odpočívání v dospávající místnosti, nutnosti doprovodu a zákazu řízení vozidla, vysazení antikoagulancií.

Podkategorie Forma podávané informace

Jakou formou podávají sestry informace u kolonoskopického a gastrokopického výkonu se ukázalo v několika výpovědích dotazovaných sester. Přičemž z analýzy výsledků je zřejmé, že ústní a písemnou formou informují pacienty sestry S1 až S10: „Dáváme jim podepsat informovaný souhlas s vyšetřením, kde mají všechno napsané, rizika, který jsou možný. Takže jim informace podáváme na papíře, poté s nimi mluvím já jako sestřička i lékař“ (S1). „Ústní formou“ (S2). „Slovně + informačními letáky“ (S3). „Písemně v rámci souhlasu s vyšetřením a ústně“ (S5). „Informuji je ústně“ (S6). „Písemnou a ústní formou“ (S7). „Ústně a písemně“ (S8). „Informace podávám ústně a písemně“ (S9). „Informace podávám jen ústně a písemně formou informovaného souhlasu s vyšetřením“ (S10). Dotazovaná sestra S4 navíc uvedla podávání informací prostřednictvím obrázků: „Na všechny informace je písemná forma s obrázky + ústně“.

Z výsledků je patrné, že forma podávané informace u kolonoskopického a gastrokopického výkonu je ústní a písemná. Písemná forma je zajištěna prostřednictvím informačního letáku či informovaného souhlasu.

Kategorie 3 Komunikační techniky ke snížení strachu u kolonoskopického a gastrokopického výkonu

Z analýzy výsledků je patrné, že dotazované sestry využívají různé komunikační techniky ke snížení strachu u pacientů podstupujících kolonoskopický a gastrokopický výkon. Dotazované sestry S3 a S4 zmínily jako jednu z komunikačních technik empatii: „*Empatii a vlídné slovo*“ (S3). „*Empatii, naslouchání, rozhovor, doplňující otázky*“ (S4). Dotazované sestry S2, S5, S6, S7 a S8 uvedly jako jednu z komunikačních technik vysvětlení: „*Podrobné vysvětlení, popis krok po kroku, zmírnění strachu*“ (S2). „*Uklidním ho, vše mu řádně vysvětlím*“ (S5). „*Vysvětlím jim postup a že se nemusí bát*“ (S6). „*Vše pacientovi důkladně vysvětlím, celý průběh, snažím se ho uklidnit, podpořit, komunikuji s ním po celou dobu vyšetření*“ (S7). „*Vlídné slovo, dostatečně vše vysvětlím*“ (S8). Dotazované sestry S9 a S10 se shodly na doteku a mimice jako komunikační technice ke snížení strachu u kolonoskopického a gastrokopického výkonu: „*Gestiku, haptiku, mimiku*“ (S9). „*Mimiku a haptiku*“ (S10). Poslední z dotazovaných sester uvedla jak řádné vysvětlení, tak dotyk: „*Já se jim představím a řeknu jim, že jsem sestřička, že s nimi budu na sále, že jim všechno vysvětlím a že se nemusí bát, že nebudou něco vědět. Takže jim vysvětlím, kdo tam bude, že tam bude paní doktorka, která jim taky všechno vysvětlí, jak dlouho bude výkon trvat. A já jsem taková hodně něžná, takže pacienta během výkonu držím za ruku, aby se tolik nebál*“ (S1). Z výsledků je zřejmé, že komunikační techniky používané sestrou ke snížení strachu jsou v rámci kolonoskopického a gastrokopického výkonu stejné. Sestry ke snižování strachu u pacientů využívají: empatii, naslouchání, podrobné vysvětlení výkonu, dotek, mimiku, gestiku a rozhovor.

Kategorie 4 Zajištění intimity pacienta v rámci kolonoskopického a gastrokopického výkonu

Z analýzy výsledků je zřejmé, že každá z dotazovaných sester zajišťuje intimitu v rámci kolonoskopického a gastrokopického výkonu. Dotazované sestry S2, S4, S5, S1 a S10 uvedly, že zajišťují intimitu pacienta prostřednictvím šortek a prostěradla: „*U kolonoskopie zajišťujeme jednorázové „kraťasy“, pacienti jsou po celou dobu výkonu*

zakrytí prostěradlem, a to i během gastroscopie“ (S2). „Přikrytím, u kolonoskopie jednorázovým prádlem (šortky), personál nevstupuje na sál ze strany, kde je pacient odhalen, odhalováním jen nutné části těla“ (S4). „Pacient je během svlékání sám v místnosti, kam za ním přijdu až když si nasadí šortky. U gastroscopie jsou pacienti oblečení v pohodlném oblečení a přikrytý prostěradlem“ (S5). „U kolonoskopického výkonu máme různá prostěradla, kterým je přikryjeme. Dostávají trenýrky s dírou na otvor, kam se jen potřebujeme dostat, takže to si myslím, že je skvělé, protože jim to všechno ostatní zakryje. U gastroscopie jim dáváme modré podložky pod hlavu, aby jim sliny odtékaly právě do té podložky a pacienti se necítily špatně, že jsou znečištěni. Když jsou v dospávající místnosti, tak tam máme závěsy, aby se pacienti mezi sebou neviděli i v případě, kdy jsou společně v dospávající místnosti ženy a muži“ (S1). „Když pacient přijde ke kolonoskopickému nebo gastroscopickému vyšetření, má prostor se o samotě připravit. U kolonoskopie si nasadí šortky s otvorem pro konečník a na lůžku je přikryt prostěradlem. U gastroscopie je pacient oblečen ve svém oblečení a také překryt prostěradlem. Během výkonu do místnosti nikdo nevchází. Pacient je v místnosti pouze se sestrou a lékařem“ (S10). Dotazované sestry S6 a S3 uvedly: „Pacienta zbytečně během výkonu neodhalujeme“ (S6). „Pacienty se snažíme zbytečně neodhalovat, pouze v nezbytných chvílích“ (S3). Dotazované sestry S7, S8 a S9 oproti tomu uvedly, že pacienta nemůže vidět nikdo jiný než zdravotnický pracovník: „Celé vyšetření probíhá v místnosti, kde je pouze pacient, lékař a sestra. Pacienti mají prostor na vysvěcení v místnosti, kde jsou o samotě“ (S7). „Pacienta nemůže při vyšetření vidět nikdo jiný než zdravotnický personál“ (S8). „Pacient má na svlékání soukromí, není v kontaktu s jinými pacienty pouze s námi jako zdravotnickým personálem“ (S9). Z analýzy výsledků vyplývá, že v rámci kolonoskopického výkonu zajišťují sestry intimitu pacienta prostřednictvím jednorázového prádla (šortek) v oblasti konečníku a prostěradla, kterým je pacient překrytý. V rámci gastroscopického výkonu je pacient překrytý prostěradlem, oblečený ve svém pohodlném oblečení a má pod hlavou modrou podložku, aby se neznečistil při vytékání slin z úst. U obou výkonů má pacient soukromí při převlékání se před výkonem, během vyšetření nikdo nevstupuje do místnosti, kde je pacient vyšetřován a v dospávající místnosti jsou přítomny závěsy oddělující jednotlivé pacienty.

Kategorie 5 Problémy v rámci kolonoskopického a gastrokopického výkonu

Ze získaných výpovědí vyplývá, že dotazované sestry se v rámci kolonoskopického a gastrokopického výkonu potýkají s různými problémy. Na nespolupráci pacienta se shodly dotazované sestry S2, S6, S10, S8 a S9: „*Nespolupracující pacient a jazyková bariéra*“ (S2). „*Nedostatečná spolupráce během výkonu, nebo když někteří pacienti špatně tolerují vyšetření*“ (S6). Dotazované sestry S10 a S8 navíc uvedly špatnou přípravu na vyšetření: „*S nedostatečnou přípravou pacienta na vyšetření a nespoluprací pacienta*“ (S10). „*Se špatnou přípravou a horší spoluprací s pacienty, například u pacientů s demencí*“ (S8). Dotazovaná sestra S9 navíc uvedla krvácení a perforaci: „*Nespoluprací pacienta, krvácením, perforací stěny jícnu či střev*“ (S9). Nedostatečnou nebo žádnou přípravu uvedly ve svých výpovědích i následující dotazované sestry: „*Pacienti většinou nedodrží lačnost nebo se dostatečně nevyprázdní. Taky jsem se setkala s tím, že se pacienti v průběhu výkonu styděli za to, že jim u gastrokopie vytékají sliny z úst a u kolonoskopie, že jim pan doktor musí zavádět endoskop do řitního otvoru*“ (S3). „*Když pacient nedodrží přípravu nebo je nedostatečná, jako například nedostatečné vyprázdnění nebo pacient není na lačno. Problémem jsou i zmatení pacienti, se kterými je horší spolupráce během vyšetření*“ (S5). „*Téměř s žádnými, někdy je pacient před kolonoskopií nedostatečně vyprázdněn, tudíž není možné kvalitně vyšetření provést. V průběhu vyšetření se stává, že pacienti dostatečně vyšetření netolerují a je jim podána analgosedace*“ (S7). Dotazované sestry S2, S3, S4 a S7 uvedly, že pacienti jsou na výkon připraveni většinou dobře, avšak se jim někdy nedaří dodržet dietu: „*Je to individuální, ale většinou dobře. Pacienti většinou nedodrží dietu nebo vypijí pitnou kůru najednou, a ne děleně večer a ráno*“ (S2). „*Pacienti jsou docela ukázněni a na gastrokopii či kolonoskopii se připravují dobře. Jednou za čas se stane, že pacient nezvládne dodržet bezzbytkovou dietu před kolonoskopickým vyšetřením. Většinou z důvodu, že ho nenapadne, že například housku, kde jsou semínka, taky nesmí*“ (S3). „*Dle kognitivních funkcí pacienta a jeho vůle. Pacient nejčastěji nezvládne dodržet bezzbytkovou dietu*“ (S4). „*Většinou bez problému, někdy zapomenou dodržet bezzbytkovou dietu*“ (S7). Dotazovaná sestra S5 ještě uvedla oproti předchozím výpovědím, že pacienti zapomenou vysadit léky s obsahem železa: „*Daří se jim to dobře, ale někdy zapomenou před kolonoskopií dodržet bezzbytkovou dietu nebo zapomenou vysadit léky s obsahem železa*“ (S5). Nedodržování nekouření je další výpovědí dotazované sestry: „*Většina pacientů dodrží vše potřebné před vyšetřením,*

někteří pacienti ale občas nedodrží být lační, nevypijí dostatek roztoku pro vyprázdnění či nedodrží nekouřit“ (S9). Dotazovaná sestra S10 jako nejčastější problém v přípravě před výkonem uvedla: „Většinou se jim to daří dobře, ale někdy nám zapomenou říct, že užili nějaké léky nebo když se jich ptáme na alergie, tak si nemohou vzpomenout, na jaký lék jsou alergičtí“ (S10). Oproti ostatním dotazovaným sestra S1 uvedla, že jsou pacienti o přípravě řádně poučeni již na recepci endoskopie, kam se chodí pacienti objednat: „Musím říct, že jsou připraveni hodně dobře. Stane se jednou nebo dvakrát za měsíc, že přijde pacient, který se najedl, nebo, který se napil. To jdu potom za lékařem a řeknu mu, že pacient vypil trochu vody, jestli to vadí a na lékaři je zhodnotit tuto situaci. Pokud je pacient najezený, tak se výkon nedělá a přesouvá se na jindy. Pacienti jsou o přípravě řádně poučeni u nás na recepci, když se přijdou objednat“ (S1). Dotazovaná sestra S4 uvedla jako problém obavu z výsledků vyšetření: „Pacienti mají nejčastěji obavu z výsledků vyšetření, a potom dle kognitivních funkcí pacienta nastává případný problém v rámci výkonu“ (S4). Problém s vyndáváním endoskopu pacientem uvedla dotazovaná sestra S1: „Tak u gastroscopie tam třeba ty lidi můžou mít dávivý reflex, což oni nám řeknou na začátku, my jim dáme léky, ale jak mají ten stres, tak na ně ty léky nepůsobí, tak jak by měly, takže ten výkon nepříjemně vnímají a začnou si třeba vytahovat endoskop z pusy ven. U té kolonoskopie to je lepší, protože pacient dostane Fentanyl, opiát a nic si nevyndává“ (S1). Svě odpovědi na otázku, jak jsou pacienti připraveni na výkon, více nespecifikovaly dotazované sestry S6 a S8: „Dobře, většinou jsou dobře poučeni“ (S6). „Většinou žádný problém není“ (S8). Z výsledků je patrné, že v rámci kolonoskopického výkonu se sestry potýkají s problémy: nedostatečné vyprázdnění, stud při zavádění endoskopu do řitního otvoru, perforace střeva a krvácení, nedodržování diety a opomenutí vysadit léky s obsahem železa. V rámci gastroscopického výkonu se naopak potýkají s problémy: nedodržení lačnosti, stud z vytékání slin z úst, perforace jícnu, krvácení a dávivý reflex. U obou výkonů je problémem: nespolupráce, jazyková bariéra, nedodržování nekouření a obava z výsledků vyšetření.

4.2.2 Výsledky výzkumného šetření u pacientů

Kategorie 6 Identifikační údaje pacientů

Z dotazovaných pacientů bylo nejmladší pacientce 23 let: „23“ (P6). Dotazovaná pacientka P9 byla přibližného věku: „28“ (P9). Nejstaršímu pacientovi je 73 let: „73“

(P2). Ostatní dotazovaní pacienti byli starší třiceti let a mladší let 70: „69“ (P1). „No 49“ (P3). „62 let“ (P4). „47“ (P5). „Je mi 35 let“ (P7). „42 let“ (P8). „Je mi 58“ (P10). „Bude mi 65 let“ (P11). „Je mi 51 let“ (P12). Nejmladší dotazovaná pacientka je studentka: „Student“ (P6). Nejstarší dotazovaný pacient je vyučený zedník, ale teď dělá security: „Vyučený jsem zedník, teď dělám security“ (P2). Rovněž dotazovaný pacient P11 je povoláním zedník: „Zedník“ (P11). V policejní profesi se pohybují dotazovaní pacienti P3 a P4: „Moje povolání je policejní grafologie“ (P3). „Většinu profesního života jsem dělal kriminalistu a teď, posledních pár let, dělám nástrojáře“ (P4). Jako nástrojář pracuje i dotazovaný pacient P10: „Pracuji jako nástrojář“ (P10). V důchodě je dotazovaná pacientka P1: „Důchodce, dříve jsem dělala pokladní“ (P1). Ostatní dotazovaní pacienti jako svá povolání uvedli: „Uklízím tady v nemocnici“ (P5). „Jsem učitel“ (P7). „Řidič kamionu“ (P8). „Pracuji jako zdravotní sestra na interním oddělení“ (P9). „Pracuji jako provozní v mateřské školce“ (P12).

Kategorie 7 Zkušenosti s kolonoskopickým a gastrokopickým výkonem

Z výsledků vyplynulo, po kolikáté dotazovaní pacienti výkon podstoupili a z jakého důvodu. Poprvé výkon podstoupili dotazovaní pacienti P6, P7, P9 a P12: „Podstoupila jsem gastrokopii pouze jednou, ke zjištění příčiny žaludečních a střevních potíží, které mě provázely delší dobu“ (P6). „Zkušenosti nemám žádné, gastrokopii jsem dnes podstoupila poprvé z důvodu mých dlouhodobých potíží se žaludkem“ (P7). „Gastrokopii podstupuji poprvé, protože mě dlouhodobě bolí žaludek po jídle“ (P9). „Zkušenosti s výkonem mám poprvé. Důvodem vyšetření byla jiná diagnóza, a to rakovina prsu, kdy mi doporučili celou kolonoskopii. Také jsem někdy při vyprazdňování měla problém s konečníkem“ (P12). Dotazovaná pacientka P3 kolonoskopii již podstoupila, ale poprvé ji podstoupila na celém střevě: „Strašně jsem se bála, a ještě když mi řekli, že to bude probíhat přes tu stomii, tak jsem začala brečet, to byl po mě šok, ale bylo tam několik sester, které si se mnou povídaly a já ani nezaregistrovala, že mi dělají kolonoskopii přes stomii. Kolonoskopii jsem už jednou zažila, ale teď to bylo poprvé na celém střevě. Podstoupila jsem ji z důvodu toho, že jsem léčená chemoterapií kvůli karcinomu vaječníku“ (P3). Dotazovaný pacient P10 podstoupil kolonoskopii podruhé: „Kolonoskopii nepodstupuji poprvé, byl jsem na ní už jednou asi před pěti lety. Dnes jsem ji podstoupil z důvodu krve ve stolici, která se mi nedávno objevila“ (P10). Po třetí podstoupili výkon dotazovaní pacienti P5, P8 a P11: „Na gastrokopii jsem teď po třetí. Z důvodu, že se naobědvám a za chvíli se mi vrací

zvratky nebo při čištění zubů se mi vrací jídlo a zapáchá mi z úst“ (P5). „Podstupuji ho celkem potřetí a doufám, že už naposledy. Preventivní kontroly mám z důvodu rakoviny tlustého střeva, která mi byla diagnostikovaná před třemi lety, nyní se zjišťuje, zda se mi to nevrátilo“ (P8). „Výkon mám za sebou už potřetí, a to z důvodu vředového onemocnění, kterým trpím“ (P11). Dotazovaní pacienti P1 a P4 podstoupili výkon již po čtvrté: „Mám dobré zkušenosti, na kolonoskopii jsem již po čtvrté. Z důvodu toho, jak se dělají ty testy, tak jsem měla pozitivní nález“ (P1). „Více jak před 25 lety mi praskl žaludeční vřed, tak jsem podstoupil gastrokopii. Po roce jsem podstoupil dvě preventivní gastrokopie a posledních pár let mě začal trápit přechod pevné stravy z jícnu do žaludku, tak jsem musel gastrokopii opět podstoupit“ (P4). Po dvacáté podstupuje kolonoskopii dotazovaný pacient P2: „Já jsem byl na kolonoskopii několikrát, minimálně 2x po dobu deseti let, takže teď jsem na kolonoskopii zhruba po dvacáté. Udělala se mi chronická píštěl, chodím tedy na preventivní prohlídky“ (P2). Z analýzy výpovědi je zřejmé, že důvody podstupování kolonoskopického a gastrokopického výkonu jsou rozmanité. Gastrokopický výkon podstoupili dotazovaní pacienti z důvodu: žaludečních potíží, regurgitace a zapáchání z úst, bolestech žaludku a vředové choroby. Kolonoskopický výkon podstoupili dotazovaní pacienti z důvodu: jiného onemocnění, krve ve stolici, nádorového onemocnění střeva a chronické píštěli.

Kategorie 8 Poskytování informací pacientům v rámci kolonoskopického a gastrokopického výkonu

Z výpovědi je patrné, že každý z dotazovaných pacientů byl nějakým způsobem informován. Dotazovaní pacienti byli informováni lékařem a sestrou. Informace obdrželi dotazovaní ústně. Navíc skrz písemné souhlasy dostali informace dotazovaní pacienti P4, P6, P11 a P12: „Základní informace mi byly podány tady u vás na recepci, s tím, že jsem tam podepsal poučení, co to bude obnášet. Další informace mi předala sestřička, která mě připravovala na kanylu, doptávala se mě, jestli nemám nějaké problémy, alergie, jestli beru léky. Poté mi informace podala paní doktorka, která výkon prováděla. Žádné informace mi nechyběly, o všem jsem byl informován“ (P4). „Základní informace mi podal lékař při prvotní indikaci tohoto vyšetření a obdržela jsem informovaný souhlas, který jsem si odnesla domů a mohla si ho pročíst. V den samotného vyšetření se mnou sestra na recepci prošla všechny informace znovu, ujistila se, že jsem dodržela všechna opatření před výkonem, například lačnění a popsala mi průběh vyšetření. Další informace se ke mně dostávali v průběhu vždy před tím, než

nastala některá z částí vyšetření. Vždy jsem vše pochopila a měla jsem pocit, že mám všechny informace. Nevzpomínám si, že by mi některé informace chyběly“ (P6). „Informace jsem získala na papíře od sestry. Poskytla mi základní informace, měla jsem celý postup napsaný na papíře. To mi stačilo, a více jsem se dozvěděla na místě při výkonu“ (P12). „Informace mi byly sděleny před výkonem na recepci a dostal jsem to i napsané. Během výkonu mě sestřička i paní doktorka rovněž o všem informovaly. Sestra mě upozornila na vytékání slin z úst a nepříjemný pocit při zavádění endoskopu. Asi už žádné, bylo to pro mě dostačující“ (P11). Dotazovaná pacientka P3 si doma před výkonem prošla knihy a obrázky: „Já jsem si před výkonem prošla všechny knihy, dívala jsem se i na obrázky. Těsně před výkonem mi i sestry všechno vysvětlily, v průběhu výkonu mě sestra také informovala a při výkonu mě držela za ruku. Na co jsem se ptala, tak mi bylo všechno zodpovězeno“ (P3). Zodpovězeno na otázky bylo dotazovaným pacientům P1, P2, P5 a P9, kteří uvedli: „Informace mi podala sestřička a pak pan doktor, co a jak se mnou budou dělat. Sestřička mi řekla všechno, co jsem chtěla vědět, byla na mě hrozně hodná. Všechny otázky, co jsem potřebovala, mi zodpověděla“ (P1). „Sestra mě informovala o tom, že mám držet dietu a vypít vyprazdňovací roztoky. Paní doktorka mě nyní bude informovat o zdravotním stavu. Chtěl jsem být informován o postupu vyšetření, což se mi podařilo“ (P2). „Co se týče přípravy, tak sestřičky mi všechno pěkně vysvětlily. Na co jsem se zeptala, tak mi bylo ochotně odpovězeno“ (P5). „Byla jsem informována hlavně sestrami, které mi řekly všechno, co se mnou budou dělat. Já jsem se jich hodně ptala, ale jinak by mi určitě všechno řekly i samy“ (P9). Dotazovaná pacientka P7 navíc dostala informace od kamarádek: „Nějaké informace jsem měla již předem od svých kamarádek, které gastrokopii už podstupovaly. Další informace mi pak poskytli sestra a lékař. Sestra mi podala informace o tom, jak se mám na gastrokopii připravit a poté mě informovala i během výkonu. Všechny informace pro mě byly dostatečné“ (P7). Dotazovaní pacienti P8 a P10 nic navíc vědět nepotřebovali: „Informace jsem dostala od lékaře a sester. Sestra mě informovala o tom, co mám dělat před výkonem, během výkonu i po výkonu a lékař mi poskytl informace týkající se mého zdravotního stavu. Nic navíc jsem vědět nepotřeboval“ (P8). „Moc informací jsem poskytnout nepotřeboval, protože tím, jak jsem na kolonoskopii už jednou byl, tak jsem si pamatoval, že mám držet dietu a pít ten roztok a tak, ale jinak mi sestřičky všechno řekly, jsou tady moc hodné“ (P10). Z analýzy výsledků je patrné, že sestry dotazované pacienty informovaly o průběhu vyšetření před výkonem, během výkonu i po výkonu. U kolonoskopie informovaly

sestry dotazované pacienty o: držení diety a pití vyprazdňovacího roztoku. U gastrokopie dostali dotazovaní pacienti informace o: lačnění, vytékání slin z úst, nepříjemném pocitu při zavádění endoskopu, nahlášení případných alergií a užívaných lécích.

Kategorie 9 Vnímání kolonoskopického a gastrokopického výkonu

Z analýzy výpovědí je zřejmé, že rozmanitá část dotazovaných pacientů měla z výkonu nepříjemné pocity. Dotazovaní pacienti P2, P3, P6, P7, P9, P11 a P12 uvedli: *„Bylo to lepší, než jsem si myslel. Určitě jsem měl strach, byl jsem na předchozí kolonoskopii v Prachaticích a tam se to moc nepovedlo, tak jsem se bál, aby se to neopakovalo. Od snížení strachu jsem si pomohl sám, tím, že jsem se snažil na to nemyslet“* (P2). *„Bála jsem se, každý člověk se snad bojí. „Než jsem šla na výkon, tak jsem měla největší strach z protržení střeva, že se něco může při výkonu stát. Snížit strach mi pomohl syn, ten mě uklidňoval, že to nic nebude. Naopak moje mamka mi moc nepomohla, protože ta brečela. Táta ten mě povzbuzoval, že všechno dobře dopadne. Jinak tady si se mnou povídaly sestry o mé profesi, o koníčcích, a to mě taky dost uklidnilo“* (P3). *„Byla jsem nervózní ze samotného průběhu vyšetření a měla jsem strach z výsledků. Příjemné prostředí a ochotný personál mi pomohl nervozitu alespoň z části překonat a v průběhu vyšetření mě uklidňovali. Dokonce tak, že jsem ani nepotřebovala léky na uvolnění, které mi v případě potřeby byly nabídnuty. Strach z výsledků, který pro mě byl asi největší, mi pomáhal zvládnout již lékař, který mi v průběhu výkonu popisoval vše co, dělal a zda se mu to zdá být v pořádku“* (P6). *„Já jsem z gastrokopie byla dosti nervózní, kamarádky, co na tom byly, mi právě říkaly, že je to nepříjemné, takže mě moc neuklidnily. Strach jsem rozhodně měla, nejvíce z toho, že jsem nevěděla, co mě přesně čeká. Od strachu mi poté pomohl milý personál, který se mě snažil slovy i doteky uklidnit. To jsem se cítila o dost lépe“* (P7). *„Já jsem hrozný „stresář“, takže mě rozhodí každá návštěva lékaře. Tudiž mé pocity z vyšetření nebyly příjemné. Dost jsem se bála, že to bude bolet. Pomohlo mi, že mi sestřička řekla, že pokud budu chtít, tak mi dají léky, po kterých to pro mě nebude nepříjemné“* (P9). *„Cítil jsem se nesvůj, nemám rád chodit po vyšetřeních, a ještě když je to takhle ostudné vyšetření. Samozřejmě jsem měl strach. Doprovodila mě sem manželka, takže ta mě po celou dobu uklidňovala“* (P11). *„Pociťovala jsem strach z výkonu, co mě čeká. Hodně mi pomohly zahnat strach sestřičky s krásným přístupem, pěkné prostředí a pan doktor mi všechno vysvětlil a měl vynikající přístup. Nejvíce se bojím, že tam budu mít nějaký nález“* (P12). Strach

z výkonu neudávali dotazovaní pacienti P1, P4, P5, P8 a P10: „*Jelikož jsem tady už po čtvrté, tak jsem měla z výkonu pocity dobré. Ne, žádný strach jsem nepociťovala*“ (P1). „*Vzhledem k tomu, co jsem zažil, jsem to bral tak, že to musí přijít a abych pravdu řekl, tak strach jsem neměl. Je to takový nepříjemný pocit, když víte, co vás čeká, ale vyloženě strach vypadá asi jinak. Já se převážně vyrovnávám s nepříjemnou situací sám, ale psychickou podporu mám v manželce, která mi dělala doprovod a teď mě poveze domů. Odreagoval jsem se tím, že jsme se bavili o všem možném*“ (P4). „*Byla bych ráda, kdyby se přišlo na to, co mi je. Strach jsem neměla spíše mi vadilo, že jsem se nemohla najíst a vzít si ráno kávu*“ (P5). „*Nic jsem si z toho nedělal, vůbec mi nepřišlo, že bych se měl strachovat, nejsem první, kdo tohle podstupuje a lékaři jsou šikovní. Nebál jsem se jim svěřit do jejich rukou. Věděl jsem, že to musí být, tak jsem k tomu tak přístupoval, hlavně pozitivně*“ (P10). Dotazovaný pacient P8 z kolonoskopie strach neměl, ale z výsledku již ano: „*Pocity jsem měl dobré. Já jsem se té samotné kolonoskopie nebál, protože jsem na tom už byl a věděl jsem, že to nic není a že dostanu léky, po kterých nic neucítím. Bojím se až výsledků, které se dozvím*“ (P8). Z výsledků je patrné, že strach pociťovali dotazovaní pacienti jak u kolonoskopického výkonu, tak u výkonu gastrokopického. Dotazovaní pacienti měli strach z: výsledků, z toho, že se to nevyvede, z protržení střeva, ze samotného výkonu, z nevědomí, co je čeká, z bolesti a ze studu. Přičemž strach snížili dotazovaní pacienti pomocí: příjemného prostředí, ochotného personálu, samu sebe, rodiny a rozhovoru se sestrami.

Podkategorie Vnímání prostředí v rámci kolonoskopického a gastrokopického výkonu

Z analýzy výsledků je patrné, že dotazovaným pacientům P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7, P8, P9, P10 a P12 se prostředí, kde byl výkon prováděn, líbilo. „*Moc dobře, já jsem byla ještě na starém místě a teď, je to tady nové a příjemné*“ (P1). „*No je to tady hezké, byl jsem i v Praze na Bulovce a tam to bylo otrěsné*“ (P2). „*Velice hezky, protože mám ráda tyrkysovou, modrou barvu a prostředí je to hezké*“ (P3). „*Ideální, to už jsem chválil minule, to tady máte pěkně zvelebené, čisté a zkrátka nově připravené*“ (P4). „*Pořád jsem se jenom vozila, takže příjemně*“ (P5). „*Prostředí je tu příjemné, čisté a klidné*“ (P6). „*Prostředí na mě působí dobře*“ (P7). „*Líbí se mi tady, všichni jsou tady hodný a vypadá to tady hezky*“ (P8). „*Působilo na mě pěkně*“ (P10). „*Prostředí bylo moc hezké a čisté*“ (P11). „*Prostředí je čisté a vše nové*“ (P12). Dotazovaná pacientka

P9 přes svůj strach prostředí nehodnotila: „*Já jsem přes ten strach moc prostředí nevnímala, a navíc člověk skoro pořád jen leží a moc nikam nevidí*“ (P9).

Kategorie 10 Problémy spojené s očekáváním v rámci kolonoskopického a gastrokopického výkonu

Z výsledků vyplynula očekávání pacientů od sester před výkonem a zda vyvstal v rámci výkonu nějaký problém. Dotazovaní pacienti P1, P8, P9, P10 a P12 uvedli, že nevnímají žádný problém a očekávání bylo naplněno: „*Ne, ne všechno bylo v naprostém pořádku. Sestřička mi všechno řekla, vše mi bylo zodpovězeno, tudíž se naplnilo mé očekávání*“ (P1). „*Žádný problém nevnímám. Že budou milé a budou mi všechno vysvětlovat. Tím, že jsem všechny potřebné informace dostal. Nic bych neměnil*“ (P8). „*Nevím, teď si asi nic nevybavím, řekla bych, že to bylo všechno v pořádku. Já bych na přístupu sester nic neměnila, chovaly se ke mně moc pěkně. Já žádné očekávání od nikoho nikdy nemám, raději, abych pak nebyla zklamaná*“ (P9). „*Ne já jsem naprosto spokojený. Jak už jsem říkal, tím že jsem tady už byl, tak jsem očekával, že sestřičky budou opět moc milé a ochotné, a tak se taky stalo*“ (P10). „*Zatím nevnímám žádný problém. Podle mě všichni provedli výkon profesionálně bez nějaké velké bolesti, dalo se to vydržet. Sestry mají profesionální přístup, byla jsem mile překvapena, jak mi pomohly vše vysvětlit. Sestra se vždy chovala velmi mile, vše mi vysvětlila a nic bych na jejím přístupu neměnila*“ (P12). Dotazovaní pacienti P6 a P7 uvedli, že největším problémem byl strach: „*Překonání strachu a nervozity z vyšetření. Pro někoho to může být nepochopení opatření před samotným výkonem. Konkrétní očekávání jsem neměla, jen jsem cítila potřebu mít dostatek informací, což se také stalo. Přístup sester bych neměnila. Z mého pohledu měly vhodně rozdělenou práci a v každé fázi, kdy se o mě někdo staral, mi vždy bylo vše srozumitelně vysvětleno*“ (P6). „*Jediným problémem byl můj velký strach z výkonu, jinak jsem velice spokojená s tím, jak to celé probíhalo. Já jsem očekávala, že sestřičky budou nepříjemné, přeci jenom mají denně na starost spousty lidí. Přístup sester mě ale mile překvapil, už jen tím, že mi pomohly k tomu, abych se tolik nebála*“ (P7). Dotazovaní pacienti P2 a P3 mají špatné zkušenosti z jiného endoskopického pracoviště: „*Tady nic. Tady mi všechno teď řeknou, v Prachaticích jsem se to dozvěděl až za půl roku, tam to byl problém, co se týče podávání informací. Já nevím, většinou jsou příjemný. Nic bych na přístupu neměnil, jsem spokojený*“ (P2). „*S žádným problémem jsem se během výkonu nesetkala. Bála jsem se, protože tam kde bydlím, byly sestry nepříjemné. Tady se mnou sestra hned od začátku komunikovala, takže bych na*

přístupu nic neměnila“ (P3). Oproti tomu dotazovaný pacient P4 uvedl, že žádný problém nezaznamenal, pouze mu vadilo, že se cítí po výkonu dobře a musí ještě setrvávat: „V žádném případě jsem žádný problém nezaznamenal, akorát, že se teď cítím již dobře a musím tady 2 hodiny ležet, ale to chápu, že musí být. Bylo naplněno, nemám jediný problém. Všechny sestřičky a všichni pracovníci, včetně lékařů jsou ochotní a vstřícní“ (P4). Pro dotazovanou pacientku P5 bylo problémem vydržet lačná a bez kávy: „Jediný problém pro mě byl ten, jak už jsem říkala, že jsem musela vydržet zůstat lačná a bez kávy. Přístup bych neměnila, sestřičky jsou v pohodě, milý“ (P5). Dotazovaný pacient P11 vnímá jako problém to, že mu bylo vyšetření nepříjemné z důvodu studu: „Jen to, že mi je trapné tohle vyšetření vůbec podstupovat. Nečekal jsem, že všichni budou až takhle příjemný. Myslel jsem si, že už tohle vyšetření berou jako rutinu a nebudou se pokaždé s něčím vysvětlovat. Chování sester mě mile překvapilo, takže bych na jejich přístupu nic neměnil“ (P11). Z analýzy výsledků je zřejmé, že dotazovaní pacienti měli před výkonem očekávání, že sestra bude: milá, ochotná a vše jim vysvětlí. Oproti tomu dotazovaní pacienti P7 a P11 očekávali, že sestry budou nepříjemné vzhledem ke každodennímu počtu pacientů. Jejich očekávání se ale nenaplnilo a s přístupem byli spokojeni. Dále je z analýzy výsledků patrné, že rozmanitá část dotazovaných pacientů je spokojená a nepotýkala se v rámci kolonoskopického a gastrokopického výkonu s žádnými problémy. Někteří dotazovaní pacienti však jako problém uvedli: strach, stud, dodržování lačnosti a čekání.

4.2.3 Výsledky výzkumného šetření z pozorování

Kategorie 11 Zajištění intimity

Pozorovaná sestra PoS1 (kolonoskopie) v přípravě pro pacienty podává pacientovi před kolonoskopií „kološortky“ a informuje ho o tom, že si je má obléct dírou dozadu. Podává mu bedýnku na odložení věcí a poté ho nechává se o samotě převléknout. Do přípravy se vrací za delší dobu, kdy už předpokládá, že je pacient převlečen. Pacient si na sobě nechává pouze triko a „kološortky“. PoS1 pacienta žádá, aby si lehl na lůžko, překrývá ho prostěradlem a zaváže na vyšetřovnu. Překrytý je i na začátku výkonu, kdy ho sestra přichystává. Když se pacient otáčí na levý bok, sestra z části odkryje prostěradlo, tak aby mohla lékařka manipulovat s endoskopem. Pacienta znovu překryje prostěradlem, když výkon skončí. Pacient je poté převezen do dospávající místnosti, kde je od ostatních pacientů oddělen plentou.

Pozorovaná sestra PoS2 (gastroskopie) odvádí pacientku do přípravný, kde pacientka zůstává o samotě potom, co ji sestra řekne, aby zůstala v tričce, kalhotách a botách. Informuje ji o tom, aby si na boty akorát nasadila návleky. Po nějaké chvíli, než sestra vstoupí zpět za pacientkou, zaklepe na dveře a pak až vstoupí dovnitř. Pacientku na lůžku překryje prostěradlem a odváží ji na vyšetřovnu. Cestou nepotkáme nikoho jiného než zdravotnický personál. Na vyšetřovacím sálku sestra z pacientky prostěradlo odebere. Před výkonem pacientku informuje, aby nechala sliny volně z úst vytékat a nepolykala je. Z tohoto důvodu vkládá pod hlavu pacientky modrou jednorázovou podložku. Po celou dobu výkonu drží pacientce buničinu u úst. Po skončení výkonu pacientku opět překryje a zaváží ji do dospávající místnosti, kde je pacientka oddělena plentou od ostatních pacientů.

Pozorovaná sestra PoS3 (kolonoskopie) pacientku v přípravě pro pacienty vyzve, aby se potom, co odejde, vysvlékla pouze do trička a ponožek a navlékla si trenýrky s otvorem pro konečník. Také ji řekne, aby si poté lehla na lůžko a překryla se podložkou. Po pár minutách sestra vstupuje znovu do přípravný a odváží pacientku na vyšetřovnu. Když vstoupí jeden ze zdravotnického personálu dveřmi, které jsou před pacientkou, sestřička ihned upozorní, že tudy se nemá vstupovat během provádění výkonu. Pacientka je na lůžku po celou dobu překrytá, jen část je odkrytá pro manipulaci s endoskopem. Sestra odváží pacientku do dospávající místnosti, po celou dobu je pacientka překrytá podložkou.

Pozorovaná sestra PoS4 (gastroskopie) zavede pacientku do přípravný a vyzve jí, aby se svlékla do základní vrstvy oblečení, aby měla na sobě něco pohodlného. Umožní jí v klidu se svléknout a poté po zaklepání vstoupí zpět do místnosti za pacientkou. Sestra nechá pacientku, aby si své věci uklidila a poté jí uloží na lůžko a překryje ji podložkou. Během výkonu je pacientka po celou dobu překryta. Když lékař pacientce zavede gastroskop do žaludku, vchází do místnosti nad hlavou pacientky jiný zdravotnický pracovník. Sestra drží u úst pacientky buničinu k volnému vytékání slin z úst. Po skončení výkonu sestra pacientku otírá a zaváží do dospávající místnosti.

Pozorovaná sestra PoS5 (gastroskopie) nechává pacienta převléknout do svého pohodlného oblečení a odchází z místnosti pryč. Vrací se až tehdy, kdy pacient leží na lůžku a je překrytý prostěradlem. Když jedou na vyšetřovací sálek, nikoho jiného nepotkají. Na vyšetřovacím sálku dostane pacient pod hlavu sací podložku, kvůli

možnému zašpinění od vytékajících slin. Sestra mu také během výkonu přidržuje buničinu u úst a pacient je po celou dobu překryt prostěradlem. V dospávající místnosti je od ostatních oddělen za pomoci plenty.

Pozorovaná sestra PoS6 (kolonoskopie) pacienta uvítá v přípravně pro pacienty a po podání základních informací ho vyzve, aby si na sebe oblékl kalhoty s dírou na řitní otvor určený pro kolonoskopické vyšetření. Na sobě si má nechat pouze tričko a boty s návleky či má možnost jít na výkon bez bot. Na osobní věci mu nechává bedýnku, kterou si má pacient možnost uložit pod lůžko. V přípravně má pacient prostor o samotě se připravit a sestra mu nechává dostatečně času, než za ním vstoupí zpět. Pacient je na lůžku překryt prostěradlem a odvezen na sálek. Během výkonu je na sálku přítmí a nikdo kromě sestry a lékaře se při výkonu v sále nepohybuje. Pacient je na dobu samotného zavedení endoskopu odkryt a po výkonu opět překryt prostěradlem. V dospávající místnosti je od ostatních pacientů oddělen plentou.

Kategorie 12 Komunikace

Pozorovaná sestra PoS1 (kolonoskopie) při prvotním setkání pacienta pozdraví. Při komunikaci s ním se mu dívá do očí a oba jsou ve vzpřímené poloze. Posléze pacient ulehá na lůžko, aby mu mohla sestra zavést kanylu. Po celou dobu sestra nezapomíná s pacientem komunikovat. Při chystání na výkon si s pacientem povídá o jeho povolání. Po výkonu ho slovně chválí, říká mu: „*No vidíte, jak jste to pěkně zvládnul.*“.

Pozorovaná sestra PoS2 (gastroskopie) při příchodu na přípravnou pacientku pozdraví a usměje se na ní. Požádá jí, aby si sedla na vyšetřovací lehátko, sama stojí vedle pacientky. Při komunikaci neuhýbá očním kontaktem a mile se na pacientku po celou dobu usmívá. Při podávání informací gestikuluje. Na vyšetřovacím sálku při každé možné chvíli, kdy nemusí asistovat lékaře, drží pacientku za ruku.

Pozorovaná sestra PoS3 (kolonoskopie) pozdraví pacientku a při komunikaci obě dvě stojí naproti sobě. Sestřička neudrží oční kontakt po většinu rozhovoru s pacientkou. Při komunikaci s pacientkou se ale usmívá a vyjadřuje se srozumitelně a přátelsky. Na vyšetřovacím sálku se mimikou snaží projevit soucit z pacientky strachem z výkonu. Během výkonu na ní pořád mluví a slovně se jí snaží konejšit. Po výkonu jí pochválí, že to i přes svůj velký strach zvládla.

Pozorovaná sestra PoS4 (gastroskopie) s pacientkou komunikuje hlasitě, ale přátelsky. Po celou dobu komunikace se nevyhýbá očnímu kontaktu. Pokud pacientce nepodává důležité informace týkající se výkonu, povídá sis ní o nadcházejících Velikonocích. Během výkonu upozoruje, že má pacientka strach, a tak ji drží za ruku. Po výkonu pacientku uklidňuje: „*Tak to máte za sebou, jste šikovná, hezky jste to zvládla.*“.

Pozorovaná sestra PoS5 (gastroskopie) uvítá pacienta milým a přátelským hlasem. Po celou dobu komunikace se usmívá. Oční kontakt udržuje, ale v některých chvílích má tendence uhýbat. Při komunikaci s pacientem stojí vedle pacienta, který postává u lůžka. Během komunikace pacientovi několikrát položí ruku na rameno. Při výkonu ho uklidňuje, aby se nebál, při zavádění endoskopu mu říká: „*Bude to trochu nepříjemné, ale za chvíli to bude už lepší.*“. Po výkonu si s pacientem ještě chvíli v dospávající místnosti povídá.

Pozorovaná sestra PoS6 (kolonoskopie) se pacientovi při prvotním setkání představí a pokyne mu, aby se posadil na vyšetřovací lůžko. Sama si k němu přisune židli a sedí v jeho blízkosti. Sestra mluví tišeji a doprovází řeč gestikulací. Při komunikaci se střídavě dívá na pacienta a na zem. Během výkonu pacienta občasně chytí za rameno a říká: „*Za chvíli to budete mít za sebou.*“. Po výkonu si s ním povídá o jeho povolání a koníčcích.

Kategorie 13 Předávání informací

Pozorovaná sestra PoS1 (kolonoskopie) při příchodu pacienta informuje o možnosti využití léků proti bolesti a na zklidnění. Ptá se ho, jaký vyprazdňovací roztok doma pil a jak mu to šlo. Také se ho ptá, zda ráno užil nějaké léky. Všechny její informace jsou směřované na přípravu, kterou měl pacient dodržet před výkonem. PoS1 pacientovi říká: „*Ted' si na sebe oblečte tyhle šortky.*“ a podává mu je do ruky. Informuje ho o tom, aby si na sobě nechal jen triko a zmíněné šortky. Na vyšetřovacím sálku pacienta informuje o průběhu vyšetření. Říká mu: „*Ted' se prosím otočte na levý bok.*“. V průběhu celého vyšetření ho informuje o změně polohy. Posléze ho informuje: „*Odebereme Vám kousek stěny tlustého střeva, nebojte se nebudete nic cítit.*“. Na konci výkonu pacienta informuje, že výkon skončil a on teď pojedje se na dvě hodiny prospat do dospávající místnosti.

Pozorovaná sestra PoS2 (gastroskopie) se v první řadě pacientky ptá, zda nejedla a nepila. Dále jí říká: „*Po kolikáté výkon podstupujete?*“, „*Máte s sebou doprovod?*“ Předává ji informace o postupu gastroskopie a ptá se jí, zda nemá nějaké otázky. Na vyšetřovně pacientku informuje, aby se otočila na levý bok. Posléze jí řekne: „*Tak je to správně, jste šikovní.*“. Při dávání kyslíkových brýlí na nos jí říká, aby se nebála. Při zavádění gastroskopu jí informuje, aby si polkla a prodýchla nosem. Dále ji informuje o vložení náustku do úst. Po celou dobu výkonu pacientku informuje, co se jí právě dělá a co má dělat. Na konci výkonu se ptá, jestli je všechno v pořádku a informuje pacientku, že bude nyní převezena do dospávající místnosti.

Pozorovaná sestra PoS3 (kolonoskopie) pacientce předává informace ihned v úvodu rozhovoru. Informuje jí o tom, že výkon bude trvat přibližně jednu hodinu a že pokud bude chtít léky na uvolnění, tak s sebou musí mít doprovod domů, protože nesmí řídit auto. Pacientka ji pozorně poslouchá a klade jí otázky, na které by chtěla znát odpověď. Sestra nemá problém na cokoliv jí odpovědět. Informace pacientce předává i na vyšetřovacím sálku, kde ji popisuje, co jí právě bude dělat. Sestra říká: „*Ted' se otočte na levý bok.*“, „*Dám Vám teď do kanyly lék, po kterém na nás budete mluvit, když se Vás na něco zeptáme, ale po výkonu si nebudete na nic pamatovat.*“. Informuje pacientku, že může cítit nepříjemný pocit v břiše a také o změně polohy při vyšetření. Nakonec jí řekne, že má výkon za sebou a teď bude nějakou chvíli odpočívat.

Pozorovaná sestra PoS4 (gastroskopie) se pacientky ptá: „*Jste na lačno?*“, „*Máte nějakou alergii?*“, „*Máte zubní protézu?*“. Informuje pacientku o průběhu vyšetření a nutnosti mít s sebou doprovod v případě, že bude chtít využít podání sedace. Sestra pacientku informuje, aby si lehla na levý bok a řídila se pokyny lékaře. Po ukončení výkonu pacientce předá informace o tom, aby z důvodu znecitlivění krku v dospávající místnosti nic nepila ani nejedla.

Pozorovaná sestra PoS5 (gastroskopie) při příchodu pacienta do přípravné místnosti informuje o průběhu vyšetření. Dále pacientovi podává informace, zda by chtěl využít léků na zklidnění. Zeptá se ho, jestli zůstal lačný, jestli má na něco alergii a zda nebere nějaké léky. Během výkonu pacienta upozorňuje na všechno, co u něj provádí. Říká: „*Ted' se pojd'te položit na levý bok a dostanete pod hlavu podložku, která zachytí vaše sliny, do úst ještě dostanete náustek, kterým lékař zavede endoskop.*“. Na konci vyšetření sestra informuje pacienta, aby se posadil a vyplivnul přebytečné sliny z úst do

emitní misky. Poté ho informuje, aby nic nepil a nejedl minimálně dvě hodiny po výkonu.

Pozorovaná sestra PoS6 (kolonoskopie) pacientovi podá informace o tom, jak bude příprava na výkon, samotný výkon a doba po výkonu probíhat. Zeptá se ho, zda doma dodržel přípravu na výkon a jestli nemá nějaké alergie. Dále se ho ptá, jestli vysadil léky na ředění krve a zda neužívá léky s obsahem železa. Informuje ho o důležitosti lačnění před výkonem. Také mu říká: „Zavedu Vám teď kanylu, abychom Vám mohli podat léky, který utlumí Vaše vnímání.“. Následně ho informuje o tom, aby se převlékl a položil na vyšetřovací lůžko. Během výkonu mu společně s lékařem říká, jak se má napolohovat. Po skončení výkonu ho informuje o tom, že dvě hodiny bude v dospávající místnosti a po uplynutí této doby může v doprovodu domů.

Během zúčastněného pozorování sester bylo zjištěno, že sestry zajišťují intimitu pacientů v rámci kolonoskopického výkonu prostřednictvím jednorázového prádla (šortek) v oblasti konečníku a prostěradla, kterým je pacient překrytý. V rámci gastrokopického výkonu je pacient překrytý prostěradlem, oblečený ve svém pohodlném oblečení a má pod hlavou jednorázovou modrou podložku, aby se neznečistil při vytékání slin z úst. U obou výkonů má pacient soukromí při převlékání se před výkonem, během vyšetření nikdo nevstupuje do místnosti, kde je pacient vyšetřován a v dospávající místnosti jsou přítomny závěsy oddělující jednotlivé pacienty. Dále bylo vyzorováno, že rozmanitá část sester využívala v rámci kolonoskopického i gastrokopického výkonu úsměv, haptiku, představení se, oční kontakt, komunikaci v úrovni pacienta, gestikulaci, pochvalu, mimiku a odvození řeči na příjemnější téma. Zjištěno také bylo, že u kolonoskopie sestry poskytují informace o: vyprazdňování, bezzbytkové dietě, vysazení léků s obsahem železa. U gastrokopie sestry poskytují informace o: znecitlivění krku, vložení náustku do úst, správném dýchání, lačnosti před výkonem, vyndání případné zubní protézy, nemožnosti 2 hodiny jíst a pít. Shodné informace, které poskytují jak u kolonoskopického, tak gastrokopického výkonu, jsou informace o: možnosti využití léků na utlumení bolesti, alergiích, vyšetřovací poloze, odpočívání v dospávající místnosti, nutnosti doprovodu a zákazu řízení vozidla, vysazení antikoagulancií. Na závěr lze uvést, že zúčastněné pozorování sester se shodovalo s jejich výpověďmi při rozhovoru.

5 Diskuze

Diplomová práce je zaměřena na strategie poskytování péče v rámci vybraného endoskopického výkonu, konkrétně výkonu kolonoskopického a gastrokopického. Pro výzkum bylo vytvořeno 6 výzkumných otázek. Výzkumné šetření probíhalo na nejmenovaném endoskopickém pracovišti Jihočeského kraje. Pro výzkumnou část této diplomové práce byla využita kvalitativní metoda výzkumného šetření. Sběr dat byl získán metodou dotazování, technikou rozhovoru, a to u pacientů podstupujících kolonoskopický a gastrokopický výkon a sester pečujících o tyto pacienty. Výzkumné šetření bylo doplněno zúčastněným pozorováním sester.

Z analýzy výsledků je zřejmé, že dotazované sestry poskytují informace pacientům v průběhu kolonoskopického a gastrokopického výkonu. Dotazované sestry se shodovaly, že poskytují pacientům informace o postupu výkonů. Dotazovaná sestra S10 uvedla: *„Před gastrokopií pacienty informuji o tom, aby si vyndali případnou zubní náhradu, ptám se jich, zda dodrželi lačnost a jestli nemají nějaké alergie. Během gastrokopie pacienty informuji o vhodné poloze na levém boku, o znecitlivění krku a vložení náustku do úst. Po výkonu je pacient informován, že nesmí 2 hodiny jíst ani pít. Před kolonoskopií pacientům říkám, zda dodrželi bezsezbytkovou dietu a zda nemají nějaké alergie. Během výkonu je upozorňuji na vše, co se bude dělat, že mohou pociťovat nepříjemný tlak v břiše. Po výkonu je informuji, že budou nějakou dobu v dospávající místnosti“* (S10). Výsledky se shodují s Lukášem et al. (2005), který uvádí, že sestra pacientovi před vyšetřením vysvětlí jednotlivé kroky, které budou následovat. Před aplikací anestetik se sestra opětovně zeptá, zda má pacient nějaké alergie. Dle Pracné a Konečného (2012) zkontroluje, zda je pacient lačný. Pokud má pacient snímatelnou zubní náhradu, před výkonem ho požádá, aby ji odstranil. Dotazované sestry také uvedly, že pacienty informují o nutnosti doprovodu a zákazu řízení vozidla. Jako příklad lze uvést výpověď dotazované sestry S2: *„Pacientům oba výkony popíšeme, aby věděli, co je čeká. U gastrokopie se mohou rozhodnout, zda k výkonu chtějí injekci nebo ne. Říkáme jim, že je to krátký výkon, u kterého je důležité se soustředit na dýchání (nádech + výdech) a aby cca 30 minut po výkonu nic nepolykali, protože mají znecitlivěný krk po spreji na znecitlivění. U kolonoskopie pacienty poučíme, že dostanou při výkonu injekci na uvolnění a proti bolesti, že musí mít doprovod, nesmí řídit auto, můžou cítit během výkonu určité tlaky v břiše, které ale*

povolí a po výkonu budou v dospávající místnosti“ (S2). Pokud byla použita sedace, sestra edukuje pacienta, aby zůstal cca půl hodiny odpočívat v k tomu příslušné místnosti. Dále ho edukuje o nezbytnosti zajištění odvozu domů, protože v případě podané premedikace nesmí řídit motorová vozidla (Nemocnice Na Homolce, © 2017).

Na základě analýzy odpovědí je možno uvést odpovědi na výzkumnou otázku č. 1. Jaké informace poskytují sestry pacientům v průběhu kolonoskopického a gastrokopického výkonu? Jako příklad lze uvést výpověď dotazované sestry S6, která uvedla: *„Ptám se, zda dodrželi lačnost u gastrokopie. U kolonoskopie, zda jsou dostatečně vyprázdnění a také jak příprava probíhala. Informuji je o průběhu vyšetření. Během vyšetření s pacienty komunikuji o postupu a co je potřeba, aby udělali. Po výkonu je poučím o daných opatřeních“ (S6). Dle Pracné a Konečného (2012) musí pacient den před kolonoskopickým vyšetřením k vyprázdnění střev vypít vyprazdňovací roztok v množství 4 litry, které vypije během 4 hodin. Další možností je, že pacient vyprazdňovací roztok vypije v rozděleném množství, a to 2 litry večer a 2 litry ráno před výkonem. Výsledky výzkumu sester o tom, jaké informace poskytují pacientům, se shodují i s výpověďmi pacientů. Jako příklad lze uvést výrok dotazovaného pacienta P2, který uvedl: *„Sestra mě informovala o tom, že mám držet dietu a vypít vyprazdňovací roztoky. Paní doktorka mě nyní bude informovat o zdravotním stavu. Chtěl jsem být informován o postupu vyšetření, což se mi podařilo“ (P2). Pracná a Konečný (2012) uvádí, že pacient minimálně tři dny před kolonoskopickým vyšetřením dodržuje bezsezbytkovou dietu, kdy sestra pacienta edukuje, aby z jídelníčku vyřadil ovoce, zeleninu, cereálie, mák, luštěniny, celozrnné pečivo a vše ostatní, co obsahuje jádérka a slupky. Oproti tomu Bartůněk et al. (2016) uvádí dodržování bezsezbytkové diety před výkonem cca 5-7 dní, dle zvyklosti pracoviště. Výsledky výzkumu ukázaly, že sestry informují pacienty o průběhu kolonoskopického a gastrokopického výkonu hlavně ústně a písemně. Jako příklad lze uvést výpověď dotazované sestry S7: *„Písemnou a ústní formou“ (S7). U kolonoskopie sestry poskytují informace o: vyprazdňování, bezsezbytkové dietě, vysazení léků s obsahem železa. U gastrokopie sestry poskytují informace o: znečitlivění krku, vložení náustku do úst, správném dýchání, lačnosti před výkonem, vyndání případné zubní protézy a nemožnosti 2 hodiny jíst a pít. Shodné informace, které poskytují jak u kolonoskopického, tak gastrokopického výkonu jsou informace o: možnosti využití léků na utlumení bolesti, alergiích, vyšetřovací poloze, odpočívání v dospávající místnosti, nutnosti doprovodu a zákazu řízení vozidla,***

vysazení antikoagulancií. Výsledky ze zúčastněného pozorování sester z Kategorie 13 Předávání informací se shodují s výsledky sester při rozhovoru. Dle mého názoru je důležité, aby sestra pacientovi poskytovala dostatek informací, zvláště pak v průběhu kolonoskopického a gastrokopického výkonu, a tak předešla zbytečnému strachu a obavám z neznámého.

Z analýzy výsledků je patrné, že dotazované sestry využívají různé komunikační techniky ke snížení strachu u pacientů podstupujících kolonoskopický a gastrokopický výkon. Dotazované sestry S3 a S4 zmínily jako jednu z komunikačních technik empatii: „*Empatii a vlídné slovo*“ (S3). „*Empatii, naslouchání, rozhovor, doplňující otázky*“ (S4). Výrok se shoduje s literaturou od Zacharové (2016), kde je uvedeno, že úspěšnou komunikaci mezi sestrou a pacientem v rámci kolonoskopického a gastrokopického výkonu také zajišťuje empatie ze strany sestry. Empatie je schopnost vcítit se do pocitů myšlení a jednání druhých a úzce souvisí s nasloucháním. Sestra, která je empatická, usiluje o poznání, vnímání a pochopení vnitřního světa pacienta. Jinými slovy se dívá na svět pacientovo pohledem. Pacient, který vidí, že je sestra empatická, více spolupracuje a má menší strach a stavy úzkosti z kolonoskopického a gastrokopického výkonu. Dotazované sestry S9 a S10 se shodly na doteku a mimice jako komunikační technice ke snížení strachu u kolonoskopického a gastrokopického výkonu: „*Gestiku, haptiku, mimiku*“ (S9). „*Mimiku a haptiku*“ (S10).

Na základě analýzy odpovědí je možno uvést odpovědi na výzkumnou otázku č. 3. Jaké komunikační techniky sestry využívají v rámci snižování strachu u pacientů? Dotazovaná sestra S1 uvedla jak řádné vysvětlení, tak dotyk: „*Já se jim představím a řeknu jim, že jsem sestřička, že s nimi budu na sále, že jim všechno vysvětlím a že se nemusí bát, že nebudou něco vědět. Takže jim vysvětlím, kdo tam bude, že tam bude paní doktorka, která jim taky všechno vysvětlí, jak dlouho bude výkon trvat. A já jsem taková hodně něžná, takže pacienta během výkonu držím za ruku, aby se tolik nebál*“ (S1). Důležitá verbální i neverbální komunikace je i podle Tomové et al. (2016) a Zacharové (2016) které uvedly, že sestra a pacient v rámci endoskopického výkonu využívají komunikaci verbální a neverbální. Verbální komunikace je vyjadřována pomocí slov. Díky tomu by si sestra měla uvědomit, že vše, co řekne, by měla volit uváženě, protože slova nelze vzít zpět a může pomocí nich pacientovi v rámci komunikace při endoskopickém výkonu ublížit. Kdežto neverbální komunikace je mimoslovní způsob komunikace, kdy se pacient vyjadřuje beze slov pomocí řeči těla.

Při kolonoskopickém a gastroskopickém výkonu prostřednictvím neverbální komunikace vyjadřuje svůj emocionální stav či interpersonální postoj. Z výsledků je zřejmé, že komunikační techniky používané sestrou ke snížení strachu jsou v rámci kolonoskopického a gastroskopického výkonu stejné. Sestry ke snižování strachu u pacientů využívají: empatii, naslouchání, podrobné vysvětlení výkonu, dotek, mimiku, gestiku a rozhovor. Výsledky ze zúčastněného pozorování sester z Kategorie 12 Komunikace se shodují s výsledky sester při rozhovoru. Dle mého názoru je důležité, aby sestra při kontaktu s pacientem využívala tyto komunikační techniky pro snižování strachu z kolonoskopického a gastroskopického výkonu.

Z výsledků dále vyplynulo, jak sestry zajišťují intimitu pacientů v rámci kolonoskopického a gastroskopického výkonu. Slovo intimita vzešlo z latinského slova intimus. Intimita znamená v překladu nejtajnější, nejdůvěrnější, odkrývání emocí, sex, pocit blízkosti či sebeodhalování. Typickými znaky intimity jsou blízkost a důvěra (Haubertová, Slaměník, 2013). Z analýzy výsledků je zřejmé, že každá z dotazovaných sester zajišťuje intimitu pacientů. Jako příklad lze uvést výpovědi dotazovaných sester S1 a S10: *„U kolonoskopického výkonu máme různá prostěradla, kterým je přikryjeme. Dostávají trenýrky s dírou na otvor, kam se jen potřebujeme dostat, takže to si myslím, že je skvělé, protože jim to všechno ostatní zakryje. U gastroskopie jim dáváme modrý podložky pod hlavu, aby jim sliny odtékaly právě do té podložky a pacienti se necítily špatně, že jsou znečištěný. Když jsou v dospávající místnosti, tak tam máme závěsy, aby se pacienti mezi sebou neviděli i v případě, kdy jsou společně v dospávající místnosti ženy a muži“* (S1). *„Když pacient přijde ke kolonoskopickému nebo gastroskopickému vyšetření má prostor se o samotě připravit. U kolonoskopie si nasadí šortky s otvorem pro konečník a na lůžku je přikryt prostěradlem. U gastroskopie je pacient oblečen ve svém oblečení a také překryt prostěradlem. Během výkonu do místnosti nikdo nevchází. Pacient je v místnosti pouze se sestrou a lékařem“* (S10). Výpovědi sester se shodují i s texty publikace Holubové et al. (2013), kde je uvedeno, že některá endoskopická pracoviště umožňují pacientům při kolonoskopickém vyšetření použít pro větší pocit zajištění intimity „kološortky“, což jsou krátké kalhoty s otvorem pro kolonoskop v oblasti konečníku.

Na základě analýzy odpovědí je možno uvést odpovědi na výzkumnou otázku č. 4. Jak sestry zajišťují intimitu pacientů v rámci kolonoskopického a gastroskopického výkonu? Dotazované sestry S6 a S3 uvedly: *„Pacienta zbytečně během výkonu*

neodhalujeme“ (S6). „Pacienty se snažíme zbytečně neodhalovat, pouze v nezbytných chvílích“ (S3). Sestra při kolonoskopickém a gastrokopickém vyšetření dbá na to, aby obnažovala pouze vyšetřovanou část těla (Krátká, Gatěk, 2021). Dotazované sestry S7, S8 a S9 oproti tomu uvedly, že pacienta nemůže vidět nikdo jiný než zdravotnický pracovník: „Celé vyšetření probíhá v místnosti, kde je pouze pacient, lékař a sestra. Pacienti mají prostor na vysvěcení v místnosti, kde jsou o samotě“ (S7). „Pacienta nemůže při vyšetření vidět nikdo jiný než zdravotnický personál“ (S8). „Pacient má na svlékání soukromí, není v kontaktu s jinými pacienty pouze s námi jako zdravotnickým personálem“ (S9). Dle Sikorové a Filové (2011) je narušování intimity pacientů v nemocničním zařízení vážným problémem. Pacienti narušování intimity mohou brát s psychickými důsledky. Nejčastějším důsledkem pro pacienta při narušování intimity je prožívání studu. Z analýzy výsledků vyplývá, že v rámci kolonoskopického výkonu zajišťují sestry intimitu pacienta prostřednictvím jednorázového prádla (šortek) v oblasti konečníku a prostěradla, kterým je pacient překrytý. V rámci gastrokopického výkonu je pacient překrytý prostěradlem, oblečený ve svém pohodlném oblečení a má pod hlavou modrou podložku, aby se neznečistil při vytékání slin z úst. U obou výkonů má pacient soukromí při převlékání se před výkonem. Během vyšetření nikdo nevstupuje do místnosti, kde je pacient vyšetřován a v dospávající místnosti jsou přítomny závěsy oddělující jednotlivé pacienty. Výsledky ze zúčastněného pozorování sester z Kategorie 11 Zajištění intimity se shodují s výsledky sester při rozhovoru. Dle mého názoru by sestra měla vždy, co nejvíce zajistit intimitu pacienta. Pro pacienta jsou tyto výkony nepříjemné a je důležité, aby sestra nezesměšňovala jeho stud, a naopak mu pomohla cítit se co nejkomfortněji.

Výsledky dotazovaných sester týkající se problémů, s jakými se potýkají v rámci kolonoskopického a gastrokopického výkonu, jsou rozmanité. Ze získaných výpovědí vyplývá, že dotazované sestry se v rámci kolonoskopického a gastrokopického výkonu potýkají s různými problémy. Na nespolupráci pacienta a špatné přípravě na výkon se shodly dotazované sestry S10 a S8, které uvedly: „S nedostatečnou přípravou pacienta na vyšetření a nespoluprací pacienta“ (S10). „Se špatnou přípravou a horší spoluprací s pacienty, například u pacientů s demencí“ (S8). Dle Falta et al. (2015) je kontraindikací ke kolonoskopickému výkonu nesouhlas pacienta s výkonem, nespolupracující pacient a špatná příprava střeva. Lukáš et al. (2005) uvádí, že kontraindikací kolonoskopie je nemožnost nemocného absolvovat výkon či hrozba

perforace střeva. Text publikace Lukaše et al. (2005) se shoduje s výpovědí dotazované sestry S9, která uvedla krvácení a perforaci: „*Nespoluprací pacienta, krvácením, perforací stěny jícnu či střev*“ (S9). Dotazovaná sestra S5 ještě uvedla oproti předchozím výpovědím, že pacienti zapomenou vysadit léky s obsahem železa: „*Daří se jim to dobře, ale někdy zapomenou před kolonoskopií dodržet bezsezbytkovou dietu nebo zapomenou vysadit léky s obsahem železa*“ (S5). Pacient vysadí antikoagulační léky týden před kolonoskopickým výkonem, vysadí ale i léky s obsahem železa (Pracná a Konečný, 2012). Nedodržování nekouření je další výpovědí dotazované sestry: „*Většina pacientů dodrží vše potřebné před vyšetřením, někteří pacienti ale občas nedodrží být lační, nevypijí dostatek roztoku pro vyprázdnění či nedodrží nekouřit*“ (S9). Dle Pracné a Konečného (2012) je pacient před kolonoskopickým a gastrokopickým výkonem sestrou edukován, aby byl 6-8 hodin lačný. To znamená, že pacient nejí, nepije a ani nekouří.

Na základě analýzy odpovědí je možno uvést odpovědi na výzkumnou otázku č. 5. S jakými problémy se sestry potýkají v rámci kolonoskopického a gastrokopického výkonu? Nedostatečnou nebo žádnou přípravu uvedly ve svých výpovědích i následující dotazované sestry: „*Pacienti většinou nedodrží lačnost nebo se dostatečně nevyprázdní. Taky jsem se setkala s tím, že se pacienti v průběhu výkonu styděli za to, že jim u gastrokopie vytékají sliny z úst a u kolonoskopie, že jim pan doktor musí zavádět endoskop do řitního otvoru*“ (S3). „*Téměř s žádnými, někdy je pacient před kolonoskopií nedostatečně vyprázdněn, tudíž není možné kvalitně vyšetření provést. V průběhu vyšetření se stává, že pacienti dostatečně vyšetření netolerují a je jim podána analgosedace*“ (S7). Správná střevní příprava je základním předpokladem pro kvalitní kolonoskopii (Kmochová et al. 2019). Výpovědi dotazovaných sester se také shodují s publikací od Bartůňka et al. (2016), kde je uvedeno, že přítomnost slupek a jaderků výrazně zhoršuje přehlednost střeva a může dojít k poškození endoskopu. Dle Cyranyho (2014) je kolonoskopie u nedostatečně připraveného pacienta zatížena vyšším rizikem, je neefektivní a vede k plýtvání zdroji, protože nemocný musí být často přeobjednán na nový termín. Z výsledků je patrné, že v rámci kolonoskopického výkonu se sestry potýkají s problémy: nedostatečné vyprázdnění, stud při zavádění endoskopu do řitního otvoru, perforace střeva a krvácení, nedodržování diety a opomenutí vysadit léky s obsahem železa. V rámci gastrokopického výkonu se naopak potýkají s problémy: nedodržování lačnosti, stud z vytékání slin z úst, perforace jícnu, krvácení a dávivý reflex.

U obou výkonů je problémem: nespolupráce, jazyková bariéra, nedodržování nekouření a obava z výsledků vyšetření. S výše uvedenými problémy se potýkají však zřídka. Dle mého názoru je důležité, aby byl pacient sestrou před výkonem dostatečně informován a tím se snížilo riziko nedostatečné přípravy na výkon a s tím spojené problémy v rámci kolonoskopického a gastrokopického výkonu.

Z výsledků vyplynula očekávání pacientů od sester před výkonem a zda vyvstal v rámci výkonu nějaký problém. Dotazovaní pacienti P1, P8, P9, P10 a P12 uvedli, že nevnímají žádný problém a očekávání bylo naplněno: „*Ne, ne všechno bylo v naprostém pořádku. Sestřička mi všechno řekla, vše mi bylo zodpovězeno, tudíž se naplnilo mé očekávání*“ (P1). „*Žádný problém nevnímám. Že budou milé a budou mi všechno vysvětlovat. Tím, že jsem všechny potřebné informace dostal. Nic bych neměnil*“ (P8). „*Nevím, teď si asi nic nevybavím, řekla bych, že to bylo všechno v pořádku. Já bych na přístupu sester nic neměnila, chovaly se ke mně moc pěkně. Já žádné očekávání od nikoho nikdy nemám raději, abych pak nebyla zklamaná*“ (P9). „*Ne já jsem naprosto spokojený. Jak už jsem říkal, tím že jsem tady už byl, tak jsem očekával, že sestřičky budou opět moc milé a ochotné, a tak se taky stalo*“ (P10). „*Zatím nevnímám žádný problém. Podle mě všichni provedli výkon profesionálně bez nějaké velké bolesti, dalo se to vydržet. Sestry mají profesionální přístup, byla jsem mile překvapena, jak mi pomohly vše vysvětlit. Sestra se vždy chovala velmi mile, vše mi vysvětlila a nic bych na jejím přístupu neměnila*“ (P12). Dle Krátké a Gatěka (2021) by měl pacient před endoskopickým vyšetřením podepsat informovaný souhlas a být řádně edukován o průběhu vyšetření a spolupráci, aby se tak předešlo nedorozumění a případným komplikacím. Dotazovaný pacient P4 uvedl, že žádný problém nezaznamenal, pouze mu vadilo, že se cítí po výkonu dobře a musí ještě setrvávat: „*V žádném případě jsem žádný problém nezaznamenal, akorát, že se teď cítím již dobře a musím tady 2 hodiny ležet, ale to chápu, že musí být. Bylo naplněno, nemám jediný problém. Všechny sestřičky a všichni pracovníci, včetně lékařů, jsou ochotní a vstřícní*“ (P4). Pokud byla použita sedace, sestra edukuje pacienta, aby zůstal cca půl hodiny odpočívat k tomu příslušné místnosti (Nemocnice Na Homolce, © 2017). Pro dotazovanou pacientku P5 bylo problémem vydržet lačná a bez kávy: „*Jediný problém pro mě byl ten, jak už jsem říkala, že jsem musela vydržet zůstat lačná a bez kávy. Přístup bych neměnila, sestřičky jsou v pohodě, milý*“ (P5). Dle Bartůňka et al. (2016) z důvodu rizika aspirace jídla či tekutin sestra

pacienta upozorní, že nesmí cca 1-2 hodiny po vyšetření jíst ani pít, a to vzhledem k lokálnímu znecitlivění kořene jazyka.

Z výsledků vyplynulo, po kolikáté dotazování pacienti výkon podstoupili a z jakého důvodu. Poprvé výkon podstoupili dotazovaní pacienti P6, P7, P9 a P12: „*Podstoupila jsem gastroskopii pouze jednou, ke zjištění příčiny žaludečních a střevních potíží, které mě provázely delší dobu*“ (P6). „*Zkušenosti nemám žádné, gastroskopii jsem dnes podstoupila poprvé z důvodu mých dlouhodobých potíží se žaludkem*“ (P7). „*Gastroskopii podstupuji poprvé, protože mě dlouhodobě bolí žaludek po jídle*“ (P9). „*Zkušenosti s výkonem mám poprvé. Důvodem vyšetření byla jiná diagnóza, a to rakovina prsu, kdy mi doporučili celou kolonoskopii. Také jsem někdy při vyprazdňování měla problém s konečníkem*“ (P12). Výpovědi dotazovaných pacientů se shodují i s texty publikace Špinara et al. (2013), kde je uvedeno, že gastroscopické vyšetření je indikováno u pacientů s podezřením na refluxní nemoc jícnu, přípodezření na nádorová onemocnění jícnu a žaludku, u pacientů s dysfágií a podezřením na vředovou chorobu žaludku a dvanáctníku. Indikací ke kolonoskopickému výkonu je dle Bartůňka et al. (2016) příměs krve ve stolici či na ní, nevysvětlitelné bolesti břicha, pozitivní rodinná anamnéza stran onemocnění střev, anemie, úbytek tělesné hmotnosti, změny rytmu vyprazdňování, změny charakteru stolice, průjmy a podezření na zánětlivé změny střeva. Z analýzy výpovědí je zřejmé, že důvody podstupování kolonoskopického a gastroscopického výkonu jsou rozmanité. Gastroscopický výkon podstoupili dotazovaní pacienti z důvodu: žaludečních potíží, regurgitace a zapáchání z úst, bolestech žaludku a vředové choroby. Kolonoskopický výkon podstoupili dotazovaní pacienti z důvodu: jiného onemocnění, krve ve stolici, nádorového onemocnění střeva, chronické píštěli.

Z výpovědí je patrné, že každý z dotazovaných pacientů byl nějakým způsobem informován. Dotazovaní pacienti byli informováni lékařem a sestrou. Informace obdrželi dotazovaní ústně. Navíc skrz písemné souhlasy dostali informace dotazovaní pacienti P4, P6, P11 a P12: „*Základní informace mi byly podány tady u vás na recepci, s tím, že jsem tam podepsal poučení, co to bude obnášet. Další informace mi předala sestřička, která mě připravovala na kanylu, doptávala se mě, jestli nemám nějaké problémy, alergie, jestli beru léky. Poté mi informace podala paní doktorka, která výkon prováděla. Žádné informace mi nechyběly, o všem jsem byl informován*“ (P4). „*Základní informace mi podal lékař při prvotní indikaci tohoto vyšetření a obdržela*

jsem informovaný souhlas, který jsem si odnesla domů a mohla si ho pročíst. V den samotného vyšetření se mnou sestra na recepci prošla všechny informace znovu, ujistila se, že jsem dodržela všechna opatření před výkonem, například lačnění a popsala mi průběh vyšetření. Další informace se ke mně dostávaly v průběhu vždy před tím, než nastala některá z částí vyšetření. Vždy jsem vše pochopila a měla jsem pocit, že mám všechny informace. Nevzpomínám si, že by mi některé informace chyběly“ (P6).

„Informace jsem získala na papíře od sestry. Poskytla mi základní informace, měla jsem celý postup napsaný na papíře. To mi stačilo a více jsem se dozvěděla na místě při výkonu“ (P12).

„Informace mi byly sděleny před výkonem na recepci a dostal jsem to i napsané. Během výkonu mě sestřička i paní doktorka rovněž o všem informovaly. Sestra mě upozornila na vytékání slin z úst a nepříjemný pocit při zavádění endoskopu. Asi už žádné, bylo to pro mě dostačující“ (P11).

Dle Lukáše et al. (2005) je úlohou endoskopické sestry před kolonoskopií a gastroskopií pacientovi vysvětlit, jak bude výkon probíhat. Sestra nejčastěji pacientovi vysvětluje, kdy se může po vyšetření najíst a napít, kdy může vstát z lůžka, kdy nesmí řídit auto, nebo, po kterých výkonech bude hospitalizován. Z analýzy výsledků je patrné, že sestry dotazované pacienty informovaly o průběhu vyšetření před výkonem, během výkonu i po výkonu. U kolonoskopie informovaly sestry dotazované pacienty o: držení diety a pití vyprazdňovacího roztoku. U gastroskopie dostali dotazovaní pacienti informace o: lačnění, vytékání slin z úst, nepříjemném pocitu při zavádění endoskopu, nahlášení případných alergií a užívaných lécích. Výpovědi dotazovaných pacientů se shodují s výpověďmi sester. Dle mého názoru je důležité, aby byli pacienti v rámci kolonoskopického a gastrokopického výkonu dostatečně informováni, protože informovanost pacientů přispívá ke snížení strachu z neznámého.

Z analýzy výpovědí je zřejmé, že rozmanitá část dotazovaných pacientů měla z výkonu nepříjemné pocity. Jako příklad lze uvést výrok dotazované pacientky P6, která uvedla:

„Byla jsem nervózní ze samotného průběhu vyšetření a měla jsem strach z výsledků. Příjemné prostředí a ochotný personál mi pomohl nervozitu alespoň z části překonat a v průběhu vyšetření mě uklidňovali. Dokonce tak, že jsem ani nepotřebovala léky na uvolnění, které mi v případě potřeby byly nabídnuty. Strach z výsledků, který pro mě byl asi největší, mi pomáhal zvládnout již lékař, který mi v průběhu výkonu popisoval vše co, dělal a zda se mu to zdá být v pořádku“ (P6).

Dle Bednařika (2020) pacientovi pomůže, pokud svůj strach může sdílet s druhým člověkem. Rovněž mu napomáhá

nácvik technik ke snižování strachu. Účinným cvikem je správné dýchání, svalová relaxace a myšlení na pozitivní představy. Strach z výkonu neudávali dotazovaní pacienti P1, P4, P5, P8 a P10: „*Jelikož jsem tady už po čtvrté, tak jsem měla z výkonu pocity dobré. Ne, žádný strach jsem nepociťovala*“ (P1). „*Vzhledem k tomu, co jsem zažil, jsem to bral tak, že to musí přijít a abych pravdu řekl, tak strach jsem neměl. Je to takový nepříjemný pocit, když víte, co vás čeká, ale vyloženě strach vypadá asi jinak. Já se převážně vyrovnávám s nepříjemnou situací sám, ale psychickou podporu mám v manželce, která mi dělala doprovod a teď mě poveze domů. Odreagoval jsem se tím, že jsme se bavili o všem možném*“ (P4). „*Byla bych ráda, kdyby se přišlo na to, co mi je. Strach jsem neměla, spíše mi vadilo, že jsem se nemohla najíst a vzít si ráno kávu*“ (P5). „*Nic jsem si z toho nedělal, vůbec mi nepřišlo, že bych se měl strachovat, nejsem první, kdo tohle podstupuje a lékaři jsou šikovní. Nebál jsem se jim svěřit do jejich rukou. Věděl jsem, že to musí být, tak jsem k tomu tak přistupoval, hlavně pozitivně*“ (P10). Z výsledků je patrné, že strach pociťovali dotazovaní pacienti jak u kolonoskopického výkonu, tak u výkonu gastrokopického. Dotazovaní pacienti měli strach z: výsledků, z toho, že se to nevyvede, z protržení střeva, ze samotného výkonu, z nevědomí, co je čeká, z bolesti a ze studu. Přičemž strach snížili dotazovaní pacienti pomocí: příjemného prostředí, ochotného personálu, samu sebe, rodiny a rozhovoru se sestrami. Z analýzy výsledků je patrné, že kromě dotazované pacientky P9, která přes svůj strach prostředí nehodnotila, dotazovaným pacientům se prostředí, kde byl výkon prováděn líbilo. Jako příklad lze uvést výpověď dotazovaného pacienta P11, který uvedl: „*Prostředí bylo moc hezké a čisté*“ (P11). K tomu, aby se dokázalo zabránit případným komplikacím také přispívá vhodné vybavení pracoviště a poučení zdravotnického personálu (Krátká a Gatěk, 2021). Dle mého názoru je důležité, aby se pacienti při kolonoskopickém a gastrokopickém výkonu cítili co nejpříjemněji, přičemž sestra by měla za pomoci komunikačních technik snižovat pacientův strach.

Na základě analýzy odpovědí je možno uvést odpovědi na výzkumnou otázku č. 2 a č. 6. S jakými problémy se pacienti potýkají v rámci kolonoskopického a gastrokopického výkonu? Jaké očekávání mají pacienti od sester před kolonoskopickým a gastrokopickým výkonem? Dotazovaní pacienti P6 a P7 uvedli, že největším problémem byl strach: „*Překonání strachu a nervozity z vyšetření. Pro někoho to může být nepochopení opatření před samotným výkonem. Konkrétní očekávání jsem neměla, jen jsem cítila potřebu mít dostatek informací, což se také stalo.*“

Přístup sester bych neměnila. Z mého pohledu měly vhodně rozdělenou práci a v každé fázi, kdy se o mě někdo staral, mi vždy bylo vše srozumitelně vysvětleno“ (P6). „Jediným problémem byl můj velký strach z výkonu, jinak jsem velice spokojená s tím, jak to celé probíhalo. Já jsem očekávala, že sestřičky budou nepříjemné, přeci jenom mají denně na starost spousty lidí. Přístup sester mě ale mile překvapil, už jen tím, že mi pomohly k tomu, abych se tolik nebála“ (P7). Dle Pracné a Konečného (2012) profesionální přístup sestry a neustálý kontakt při endoskopickém vyšetření přispívá ke zmírnění strachu a nejistoty pacienta. Pacient potřebuje v sestře získat důvěru, aby se nebál na nic zeptat. Laskavý a profesionální přístup sester na endoskopickém pracovišti přispívá ke zmírnění obav, strachu a nejistoty pacientů před kolonoskopickým a gastrokopickým výkonem. Dotazovaný pacient P11 vnímá jako problém to, že mu bylo vyšetření nepříjemné z důvodu studu: „Jen to, že mi je trapné tohle vyšetření vůbec podstupovat. Nečekal jsem, že všichni budou až takhle příjemný. Myslel jsem si, že už tohle vyšetření berou jako rutinu a nebudou se pokaždé s něčím vysvětlovat. Chování sester mě mile překvapilo, takže bych na jejich přístupu nic neměnil“ (P11). Výpověď dotazovaného pacienta se shoduje s literaturou od Sikorové a Filové (2011), kde je uvedeno, že nejčastějším důsledkem pro pacienta při narušování intimity je prožívání studu. Přičemž tento stud prožívá pacient při vyšetření, kdy je odhalena nahota. Z analýzy výsledků patrné, že rozmanitá část dotazovaných pacientů je spokojená a nepotýkala se v rámci kolonoskopického a gastrokopického výkonu s žádnými problémy. Někteří dotazovaní pacienti však jako problém uvedli: strach, stud, dodržování lačnosti a čekání. Rovněž je z analýzy výsledků je zřejmé, že dotazovaní pacienti měli před výkonem očekávání, že sestra bude: milá, ochotná a vše jim vysvětlí. Oproti tomu dotazovaní pacienti P7 a P11 očekávali, že sestry budou nepříjemné vzhledem ke každodennímu počtu pacientů. Jejich očekávání se ale nenaplnilo a s přístupem byli spokojeni. Dle mého názoru je důležité, aby se pacienti nepotýkali s žádnými problémy v rámci kolonoskopického a gastrokopického a jejich očekávání od sester před výkonem bylo jen pozitivní.

6 Závěr

I přes veškerý rozvoj endoskopických výkonů se lze stále setkat s výhodami a nevýhodami endoskopií. Výhodou endoskopického vyšetření je lépe makroskopicky hodnotitelný vyšetřovaný orgán, pořízení fotky nebo videa z endoskopu, odebrání tkáně, přesnost a včasnost v diagnostice, zkrácení hospitalizace, rychlejší rekonvalescence a menší zátěž pro pacienta. Nevýhodou endoskopického vyšetření je malé procento vzniku jakékoliv komplikace, nemožnost využití celkové anestezie u všech endoskopických výkonů a možnost vnímání nepříjemného nebo bolestivého prožitku pacientem (Krátká, Gatěk, 2021).

Cílem této diplomové práce bylo zjistit, jaké informace poskytují sestry pacientům v průběhu kolonoskopického a gastrokopického výkonu. Dalšími cíli bylo zjistit, jaké komunikační techniky sestry využívají v rámci snižování strachu u pacientů a jaké očekávání mají pacienti od sester před kolonoskopickým a gastrokopickým výkonem. Na základě těchto třech cílů bylo následně vytvořeno šest výzkumných otázek.

Výsledky výzkumu ukázaly, že sestry informují pacienty o průběhu kolonoskopického a gastrokopického výkonu hlavně ústně a písemně. U kolonoskopie sestry poskytují informace o: vyprazdňování, bezsezbytkové dietě a vysazení léků s obsahem železa. U gastrokopie sestry poskytují informace o: znecitlivění krku, vložení náustku do úst, správném dýchání, lačnosti před výkonem, vyndání případné zubní protézy a nemožnosti 2 hodiny jíst a pít. Shodné informace, které poskytují jak u kolonoskopického, tak gastrokopického výkonu, jsou informace o: možnosti využití léků na utlumení bolesti, alergiích, vyšetřovací poloze, odpočívání v dospávající místnosti, nutnosti doprovodu a zákazu řízení vozidla, vysazení antikoagulancií. Výsledky výzkumu sester o tom, jaké informace poskytují pacientům, se shodují i s výpověďmi pacientů. Dalším zjištěním bylo, že sestry ke snižování strachu u pacientů využívají: empatii, naslouchání, podrobné vysvětlení výkonu, dotek, mimiku, gestiku a rozhovor. Z výsledků je dále patrné, že v rámci kolonoskopického výkonu se sestry potýkají s problémy: nedostatečné vyprázdnění, stud při zavádění endoskopu do řitního otvoru, perforace střeva a krvácení, nedodržování diety a opomenutí vysadit léky s obsahem železa. V rámci gastrokopického výkonu se naopak potýkají s problémy: nedodržení lačnosti, stud z vytékání slin z úst, perforace jícnu, krvácení a dávivý reflex. U obou výkonů je problémem: nespolupráce, jazyková bariéra,

nedodržování nekouření a obava z výsledků vyšetření. S výše uvedenými problémy se potýkají však zřídka. Z analýzy výsledků vyplývá, že v rámci kolonoskopického výkonu zajišťují sestry intimitu pacienta prostřednictvím jednorázového prádla (šortek) v oblasti konečníku a prostěradla, kterým je pacient překrytý. V rámci gastrokopického výkonu je pacient překrytý prostěradlem, oblečený ve svém pohodlném oblečení a má pod hlavou modrou podložku, aby se neznečistil při vytékání slin z úst. U obou výkonů má pacient soukromí při převlékání se před výkonem, během vyšetření nikdo nevstupuje do místnosti, kde je pacient vyšetřován a v dospávající místnosti jsou přítomny závěsy oddělující jednotlivé pacienty. Z analýzy výsledků pacientů je zřejmé, že rozmanitá část dotazovaných pacientů se nepotýkala s žádnými problémy a měla před výkonem očekávání, že sestra bude: milá, ochotná a vše jim vysvětlí. Na závěr lze uvést, že pozorování sester se shodovalo s jejich výpověďmi při rozhovoru.

Výsledky výzkumného šetření budou nabídnuty pracovníkům na endoskopickém pracovišti, kde bylo šetření prováděno, jako zpětná vazba v přístupu k pacientům v rámci kolonoskopického a gastrokopického výkonu.

7 Seznam použitých zdrojů

1. BARTŮNĚK, P. et al., 2016. *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. Praha: Grada. 752 s. ISBN 978-80-271-9328-8.
2. BEDNAŘÍK, A., ANDRÁŠIOVÁ, M., 2020. *Komunikace s nemocným – sdělování nepříznivých informací*. Praha: Grada. 232 s. ISBN 978-80-271-2288-2.
3. BENEŠ, Z., HEP, A., 2005. Význam kolonoskopie pro současnou praxi. *Medicína pro praxi* [online]. 3, 125-127 [2023-03-19]. ISSN 1803-5310. Dostupné z: untitled (solen.cz).
4. BENEŠ, Z., HEP, A., 2006. Význam gastrokopie pro dnešní praxi. *Medicína pro praxi* [online]. 4, 197-198 [2023-03-19]. ISSN 1803-5310. Dostupné z: untitled (solen.cz).
5. CAM, S., 2020. The Efficacy of a Simple Single-Paged Visual Illustration on Anxiety During Pediatric Gastroscopy: a Randomized Clinical Trial. *Acta Gastro-Enterologica Belgica* [online]. 83(4), 533-539 [2023-01-05]. ISSN 1784-3227. Dostupné z: 04-Cam.pdf (ageb.be).
6. CAVE, D. R. et al., 2019. Current Controversies Concerning Capsule Endoscopy. *Digestive Diseases and Sciences* [online]. 64(11), 3040-3047 [2023-01-05]. Dostupné z: doi: 10.1007/s10620-019-05791-4.
7. COVENEY, E., HO, Y. M., 2020. The Anxiolytic Effect of Hypnosis in Colonoscopy and Sigmoidoscopy. *Contemporary Hypnosis and Integrative Therapy* [online]. 34(1), 25-31 [2023-01-05]. ISSN 2049-2154. Dostupné z: (PDF) The Anxiolytic Effect of Hypnosis in Colonoscopy and Sigmoidoscopy (researchgate.net).
8. CYRANY, J., 2014. Jak připravit nemocného ke koloskopii. *Interní medicína pro praxi*. 16(5), 210-212. ISSN 1212-7299.
9. ČIHÁK, R., 2013. *Anatomie 2*. Třetí, upravené a doplněné vydání. Praha: Grada. 512 s. ISBN 978-80-247-4788-0.
10. DYLEVSKÝ, I., 2019. *Somatologie pro předmět Základy anatomie a fyziologie člověka*. 3., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-2662-0.

11. EKKELENKAMP, V. E. et al., 2013. Patient Comfort and Quality in Colonoscopy. *World Journal of Gastroenterology* [online]. 21;19(15), 2355-2361 [2023-04-15]. Dostupné z: doi: 10.3748/wjg.v19.i15.2355.
12. FALT, P. et al., 2015. *Koloskopie*. Praha: Grada. 320 s. ISBN 978-80-247-5284-6.
13. FALT, P., 2022. Endoskopická léčba časného kolorektálního karcinomu. *Vnitřní lékařství* [online]. 68(6), 355-362 [2023-03-25]. Dostupné z: doi: 10.36290/vnl.2022.075.
14. gastrokopie – pokyny pro pacienty | *Nemocnice Na Homolce* [online]. © Nemocnice Na Homolce 2017 [cit. 2023-01-10]. Dostupné z: Gastrokopie – pokyny pro pacienty – Nemocnice Na Homolce (homolka.cz).
15. HASSAN, C. et al., 2013. Bowel Preparation for Colonoscopy: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. *Endoscopy* [online]. 45(2), 142-150 [2023-03-25]. Dostupné z: doi: 10.1055/s-0032-1326186.
16. HAUBERTOVÁ, D., SLAMĚNÍK, I., 2013. Intimita jako jeden ze základních znaků těsných vztahů. *Psychologie pro praxi* [online]. 48(3), 9-23 [2023-01-19]. ISSN 2336-6486. Dostupné z: Časopis PSYCHOLOGIE PRO PRAXI – Karolinum.
17. HERDMAN, T., KAMITSURU, S., 2020. *Ošetrovatelské diagnózy: Definice a klasifikace 2018-2020, NANDA International, 11 vydání*. Praha: Grada. 520 s. ISBN 978-80-271-0710-0.
18. HOLUBOVÁ, A. et al., 2013. *Ošetrovatelská péče v gastroenterologii a hepatologii*. Praha: Mladá fronta. 267 s. ISBN 978-80-204-2806-6.
19. HOZUMI, H. et al., 2017. Aromatherapies Using Osmanthus Fragrans Oil and Grapefruit Oil Are Effective Complementary Treatments for Anxious Patients Undergoing Colonoscopy: A Randomized Controlled Study. *Complementary Therapies in Medicine* [online]. 34, 165-169 [2023-01-19]. Dostupné z: doi: 10.1016/j.ctim.2017.08.012.
20. HSUEH, F. C. et al., 2016. A Study on the Effects of a Health Education Intervention on Anxiety and Pain During Colonoscopy Procedures. *The Journal of Nursing Research* [online]. 24(2), 181-189 [2023-01-19]. Dostupné z: doi: 10.1097/jnr.000000000000112.

21. HUDÁK, R. et al., 2021. *Memorix anatomie*. 5. vydání. Praha: Triton. 607 s. ISBN 978-80-7553-873-4.
22. JANDOUREK, J., 2001. *Sociologický slovník*. Praha: Portál. 288 s. ISBN 80-7178-5350.
23. JAROŠOVÁ, D., ZELENÍKOVÁ, R., 2014. *Ošetrovatelství založené na důkazech: Evidence Based Nursing*. Praha: Grada. 136 s. ISBN 978-80-247-5345-4.
24. JIRÁSEK, V., 2003. Indikace k endoskopickému vyšetření horní a dolní části trávicí trubice (gastroskopie a kolonoskopie). *Medicína pro praxi* [online]. 5(7), 360-363 [2023-03-20]. ISSN 1803-5310. Dostupné z: 08.pdf (solen.cz).
25. KACHLÍK, D., 2018. *Anatomie pro nelékařské zdravotnické obory*. Univerzita Karlova: Karolinum. 154 s. ISBN 978-80-246-4101-0.
26. KARTIN, P. T. et al., 2017. The Effect of Meditation and Music Listening on the Anxiety Level, Operation Tolerance and Pain Perception in People who Were Performed Colonoscopy. *International Journal of Caring Sciences* [online]. 10(3), 1587-1594 [2023-01-20]. ISSN 1792-037X. Dostupné z: 53_tekinsoy_original_10_3 (internationaljournalofcaringsciences.org).
27. KITTNAR, O. et al., 2020. *Lékařská fyziologie*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada. 752 s. ISBN 978-80-247-1963-4.
28. KMOCHOVÁ, K. et al., 2019. Střevní příprava před koloskopií – existuje optimální příprava? *Gastroenterologie a hepatologie* [online]. 73(5), 392-397 [2023-01-20]. Dostupné z: doi: 10.14735/amgh2019392.
29. KOJECKÝ, V. et al., 2016. Efektivní příprava střeva před koloskopií – nízkoobjemový PEG v děleném režimu. *Vnitřní lékařství* [online]. 62(4), 249-254 [2023-01-20]. ISSN 1801-7592. Dostupné z: <https://casopisvnitrnilekarstvi.cz/pdfs/vnl/2016/04/05.pdf>.
30. kolonoskopie – pokyny pro pacienty | *Nemocnice Na Homolce* [online]. © Nemocnice Na Homolce 2017 [cit. 2023-04-14]. Dostupné z: Kolonoskopie – pokyny pro pacienty – Nemocnice Na Homolce (homolka.cz).
31. KRÁL, N., 2013. Příprava na koloskopií. *Practicus*. 12(9-10), 25. ISSN 1213-8711.
32. KRÁTKA, A., GATĚK, J., 2021. *Základy ošetrovatelské péče v endoskopii a endoskopické operační přístupy*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně Fakulta humanitních studií. 103 s. ISBN 978-80-7678-040-8.

33. LINHARTOVÁ, V., 2007. *Praktická komunikace v medicíně: pro mediky, lékaře a ošetrující personál*. Praha: Grada. 152 s. ISBN 978-80-247-1784-5.
34. LUKÁŠ, K. et al., 2005. *Gastroenterologie a hepatologie pro zdravotní sestry*. Praha: Grada. 288 s. ISBN 978-80-247-6694-2.
35. LUKÁŠ, K. et al., 2007. *Gastroenterologie a hepatologie: učebnice*. Praha: Grada. 380 s. ISBN 978-80-247-1787-6.
36. MASTILIAKOVÁ, D., 2014. *Posuzování stavu zdraví a ošetrovatelská diagnostika: v moderní ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5376-8.
37. MIKŠOVÁ, Z., et al., 2006. *Kapitoly z ošetrovatelské péče II*. Aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada. 172 s. ISBN 80-247-1443-4.
38. NEILSON, L. J. et al., 2020. Patient Experience of Gastrointestinal Endoscopy: Informing the Development of the Newcastle ENDOPREM™. *Frontline Gastroenterology* [online]. 13;11(3), 209-217 [cit. 2023-04-15]. Dostupné z: doi: 10.1136/flgastro-2019-101321.
39. ošetrovatelská péče | *Nemocnice Na Homolce* [online]. © Nemocnice Na Homolce 2017 [cit. 2023-01-20]. Dostupné z: Ošetrovatelská péče – Nemocnice Na Homolce (homolka.cz).
40. POKORNÁ, A., 2010. *Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství*. 3. doplněné vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 104 s. ISBN 978-80-7013-524-2.
41. PONSKY, J. L., STRONG, A. T., 2020. A History of Flexible Gastrointestinal Endoscopy. *The Surgical clinics of North America* [online]. 100(6), 971-992 [2023-01-02]. Dostupné z: doi: 10.1016/j.suc.2020.08.013.
42. PRACNÁ, L., KONEČNÝ, M., 2012. Příprava pacienta před endoskopickým vyšetřením zažívacího traktu. *Medicína pro praxi*. 9(8-9), 362-364. ISSN 1214-8687.
43. PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P., 2011. *Etika a komunikace v medicíně – edice celoživotního vzdělávání ČLK*. Praha: Grada. 528 s. ISBN 978-80-247-3976-2.
44. PTÁČEK, R. et al., 2014. *Etické problémy medicíny na prahu 21. století*. Praha: Grada. 520 s. ISBN 978-80-247-5471-0.

45. RAMSAY, M. A. et al., 2014. Sedation Levels During Propofol Administration for Outpatient Colonoscopies. *Baylor University Medical Center Proceedings* [online]. 27(1), 12-15 [2023-01-26]. Dostupné z: doi: 10.1080/08998280.2014.11929037.
46. SIKOROVÁ, L., FILOVÁ A., 2011. Opomíjení dodržování intimity pacientů ve zdravotnických zařízeních. *Kontakt*. 13(2), 204-210. ISSN 1212-4117.
47. SPANR, S. J., WARNOCK, G. L., 1997. A Brief History of Endoscopy, Laparoscopy, and Laparoscopic Surgery. *Journal of Laparoendoscopic & Advanced Surgical Techniques* [online]. 7(6), 369-373 [2023-01-02]. Dostupné z: doi: 10.1089/lap.1997.7.369.
48. STAŇKOVÁ, M., 2002. *Jak zavést ošetrovatelský proces do praxe: České ošetrovatelství 3 – praktická příručka pro sestry*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. 49 s. ISBN 80-7013-282-5.
49. STAŠEK, M. et al., 2021. *Intraoperační a perioperační endoskopie a kombinované výkony na trávící trubici*. Praha: Grada. 248 s. ISBN 978-80-271-4520-1.
50. SZOTKOWSKÁ, H., 2013. Kolonoskopie již nemusí být pro pacienty strašákem. *Sestra*. 23(4), 11. ISSN 1210-0404.
51. ŠAMÁNKOVÁ, M. et al., 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci – aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada. 136 s. ISBN 978-80-247-3223-7.
52. ŠPIČÁK, J. et al., 2015. *Novinky v digestivní endoskopii*. Praha: Grada. 256 s. ISBN 978-80-247-5925-8.
53. ŠPINAR, J. et al., 2013. *Propedeutika a vyšetřovací metody vnitřních nemocí*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada. 336 s. ISBN 978-80-247-8375-8.
54. ŠPIRUDOVÁ, L., 2015. *Doprovázení v ošetrovatelství I – pomáhající profese, doprovázení a systém podpor pro pacienty*. Praha: Grada. 144 s. ISBN 978-80-247-9962-9.
55. ŠULISTOVÁ, R., TREŠLOVÁ, M., 2012. *Pedagogika a edukační činnost v ošetrovatelské péči: pro sestry a porodní asistentky*. České Budějovice: ZSF JU. ISBN 978-80-7394-246-5.
56. TOMOVÁ, Š. et al., 2016. *Komunikace s pacientem v intenzivní péči*. Praha: Grada. 136 s. ISBN 978-80-271-9539-8.

57. TÓTHOVÁ, V. et al., 2009. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. Praha: Triton. 160 s. ISBN 978-80-7387-286-1.
58. VACHUTKOVÁ, Z., LOYKOVÁ, V., 2011. Příprava diabetických pacientů k endoskopickým výkonům. *Medicína pro praxi* [online]. 8(1), 34-35 [2023-03-26]. ISSN 1803-5310. Dostupné z: 10.pdf (solen.cz).
59. VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G., 2006. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada. 144 s. ISBN 80-247-1262-8.
60. VOLKAN, B. et al., 2019. Preparatory Information Reduces Gastroscopy-Related Stress in Children as Confirmed by Salivary Cortisol. *Saudi Journal of Gastroenterology* [online]. 25(4), 262-267 [2023-01-20]. Dostupné z: doi: 10.4103/sjg.SJG_493_18.
61. VÖRÖSOVÁ, G. et al., 2015. *Ošetrovatelská diagnostika v práci sestry*. Praha: Grada. 208 s. ISBN 978-80-247-5538-0.
62. VYTEJČKOVÁ, R. et al., 2011. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I – obecná část*. Praha: Grada. 256 s. ISBN 978-80-247-3419-4.
63. WANG, K. CH. et al., 2017. Anxiety Can be Reduced by Music During Colonoscopy Examination, but the Effect May be Varied by Musical Styles. *Journal of the Chinese Medical Association* [online]. 80(5), 326-327 [2023-01-20]. Dostupné z: doi: 10.1016/j.jcma.2017.02.003.
64. ZACHAROVÁ, E., 2016. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-271-0156-6.
65. ZÁBRANSKÝ, F., 2016. *Cesta za světlem: vývoj endoskopie v proměnách času (z pohledu gynekologa)*. Praha: Grada. 144 s. ISBN 978-80-271-9350-9.

8 Seznam příloh

Příloha 1 Otázky k rozhovoru pro sestry

Příloha 2 Otázky k rozhovoru pro pacienty

Příloha 3 Pozorovací arch

Příloha 4 Myšlenková mapa výsledků výzkumného šetření

Příloha 1 Otázky k rozhovoru pro sestry

1. Kolik Vám je let?
2. Jaké máte nejvyšší dosažené vzdělání?
3. Jaká je délka Vaší praxe?
4. Jak dlouho pracujete na endoskopickém pracovišti?
5. Jaké informace poskytujete pacientům v rámci provádění výkonu (gastroskopie, kolonoskopie)?

Podotázky: Jaké informace podáváte pacientům před výkonem (gastroskopie, kolonoskopie)? Jaké informace podáváte pacientům během výkonu (gastroskopie, kolonoskopie)? Jaké informace podáváte pacientům po výkonu (gastroskopie, kolonoskopie)? Jakou formou informace podáváte (ústně, písemně, video...)?

6. Jaké komunikační techniky využíváte, abyste u pacienta snížil/a strach z výkonu (gastroskopie, kolonoskopie)?
7. Jakým způsobem zajišťujete intimitu pacienta podstupujícího výkon (gastroskopie, kolonoskopie)?
8. S jakými problémy jste se nejčastěji v rámci provádění výkonu (gastroskopie, kolonoskopie) setkal/a?

Podotázka: Jaké překážky vnímáte ve spolupráci s pacientem v průběhu výkonu (gastroskopie, kolonoskopie)?

9. Jak se daří pacientům dodržovat přípravu před podstupujícím výkonem (gastroskopie, kolonoskopie)?

Podotázka: Jaké chyby pacienti nejčastěji v dodržování přípravy před výkonem (gastroskopie, kolonoskopie) dělají?

10. Jak probíhá edukace v souvislosti s přípravou na výkon (gastroskopie, kolonoskopie)?

Zdroj: vlastní

Příloha 2 Otázky k rozhovoru pro pacienty

1. Kolik Vám je let?

2. Jaké je Vaše povolání?

3. Jaké máte zkušenosti s výkonem (gastroskopie, kolonoskopie)?

Podotázky: Po kolikáté výkon (gastroskopie, kolonoskopie) podstupujete? Z jakého důvodu podstupujete výkon (gastroskopie, kolonoskopie)?

4. Jakým způsobem jste získal/a informace o podstupujícím výkonu (gastroskopie, kolonoskopie)?

Podotázky: Od koho jste informace o podstupujícím výkonu (gastroskopie, kolonoskopie) získal/a? Jaké informace Vám poskytla sestra v souvislosti s podstupujícím výkonem (gastroskopie, kolonoskopie)? Jaké informace jste poskytnout chtěl/a?

5. Co jste pociťoval/a v souvislosti s výkonem (gastroskopie, kolonoskopie)?

Podotázky: Jaké pocity jste měl/a před výkonem (gastroskopie, kolonoskopie)? Co Vám pomohlo je snížit? Kdo Vám pomohl? Pociťoval/a jste strach z výkonu (gastroskopie, kolonoskopie)? Pokud ano, jak, co nebo kdo Vám pomohl strach snížit? Z čeho jste měl/a největší strach?

6. Jaké bylo Vaše očekávání od sester před výkonem (gastroskopie, kolonoskopie)?

Podotázky: Jak bylo Vaše očekávání naplněno? V čem konkrétně bylo naplněno? Co byste na přístupu sester změnil/a?

7. Jak na Vás působilo prostředí, kde byl výkon (gastroskopie, kolonoskopie) prováděn?

8. Co vnímáte jako problém, překážku v rámci výkonu (gastroskopie, kolonoskopie)?

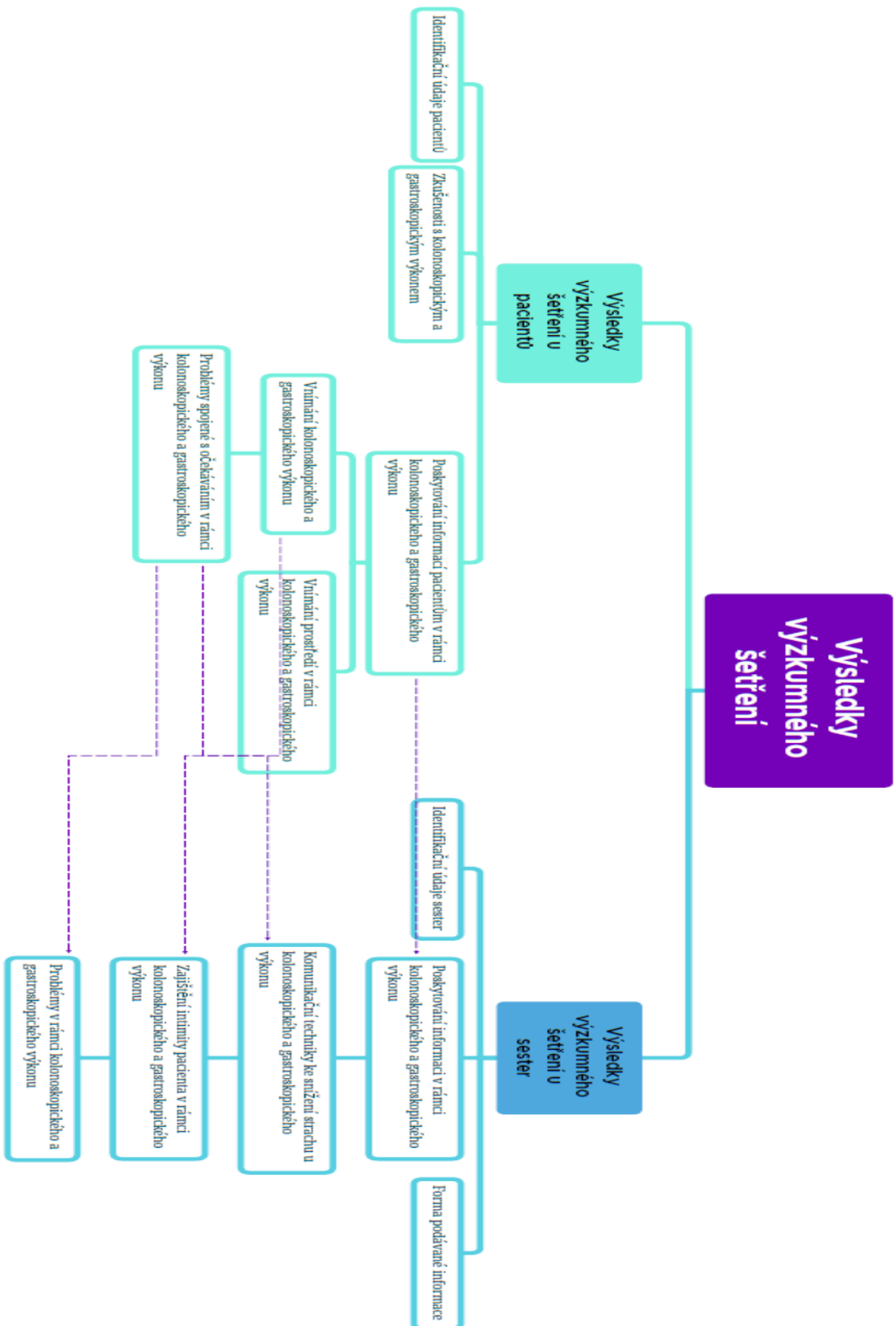
Zdroj: vlastní

Příloha 3 Pozorovací arch

	Zajištění intimity	Komunikace	Předávání informací
PoS1 (kolonoskopie)			
PoS2 (gastroskopie)			
PoS3 (kolonoskopie)			
PoS4 (gastroskopie)			
PoS5 (gastroskopie)			
PoS6 (kolonoskopie)			

Zdroj: vlastní

Příloha 4 Myšlenková mapa výsledků výzkumného šetření



Zdroj: vlastní

9 Seznam zkratek

HCL – kyselina chlorovodíková

PAD – perorální antidiabetika

RTG – rentgenové záření