

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s., PRAHA 5

Informovanost pacientů před endoskopickým vyšetřením

Bakalářská práce

VERONIKA PROCHÁZKOVÁ

Stupeň kvalifikace: bakalář

Komise pro studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr. Mária Janáková, PhD.

Praha 2013



VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s.
se sídlem v Praze 5, Duškova 7, PSČ 150 00

Procházková Veronika
3. C VS

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 23. 10. 2012 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Informovanost pacientů před endoskopickým vyšetřením

Awareness of Patient about Endoscopis Examination

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Mária Janáková, PhD.

Konzultant bakalářské práce: doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.

V Praze dne: 31. 10. 2012

prof. MUDr. Zdeněk Seidl, CSc.
rektor

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité zdroje literatury jsem uvedla v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne

Podpis

PODĚKOVÁNÍ

Touto cestou bych ráda poděkovala vedoucí bakalářské práce paní PhDr. Márii Janákové za cenné rady, konzultace a připomínky při tvorbě této práce, dále pracovníkům Nemocnice Pelhřimov a Tábor, kteří mi umožnily provést průzkum. V neposlední řadě své rodině za jejich trpělivost a podporu po dobu mého studia.

ABSTRAKT

PROCHÁZKOVÁ, Veronika *Informovanost pacientů před endoskopickým vyšetřením*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: PhDr. Mária Janáková, PhD. Praha. 2013. 51 s.

Hlavním tématem bakalářské práce je informovanost pacientů před endoskopickým vyšetřením. Tato práce je rozdělena do dvou částí.

V teoretické části najdete charakteristiku endoskopií, přípravu pacientů na vyšetření a komplikace, které mohou endoskopické vyšetření provázet. Dále v této práci najdete, jaká je role sestry u pacienta před vyšetřením a formou informovaného souhlasu k danému endoskopickému vyšetření.

Praktickou část tvoří grafy odpovídající otázkám z dotazníku, který byl k tomuto tématu vytvořen. Cílem zdravotníků a hlavním bodem této práce je zmapovat informovanost pacientů před endoskopickým vyšetřením a jakou formou jsou pacienti informováni před vyšetřením. K této práci je navržena brožurka, jak poskytovat informace pacientům.

Klíčová slova: Endoskopie, Gastroskopie, Informovanost, Koloskopie, Komunikace, Laparoskopie, Rektoskopie

ABSTRACT ANGLICKY

PROCHÁZKOVÁ, Veronika. Awareness for Patients before Endoscopic Examination. Nursing College, o.p.s. Degree: Bachelor (Bc). Tutor: Mgr. Mária Janáková, PhD. Prague. 2013. 51 pages.

The main topic of this thesis is about the awareness of patients before endoscopic examination. This thesis is divided into two parts.

The theoretical section introduces the characteristics of endoscopy, preparation for examinations and complications that may occur during endoscopic examination. Furthermore, this thesis work introduces the role of the nurse in examining patients and information how to fill in consent form before endoscopic examination.

The practical part consists of graphs corresponding questions from the questionnaire, which was created according to this topic. The purpose of this thesis is to investigate the awareness of patients before performing endoscopic examination and filling the form before the examination. This thesis contains a booklet designed to provide information to patients.

Keywords: Endoscopy, Gastroscopy, Awareness, Colonoscopy, Communication, Laparoscopy, Rectoscopy.

Obsah

Seznam tabulek a grafů

Seznam zkratk

Seznam odborných výrazů

Úvod.....	14
Teoretická část	
1 Charakteristika endoskopií	15
1.1 Vývoj endoskopie.....	15
1.2 Dělení, druhy a péče o endoskopické přístroje	16
1.3 Rozdělení endoskopických metod	17
2 Příprava pacienta na endoskopické vyšetření	19
2.1 Všeobecná příprava pacienta na endoskopické vyšetření	19
2.2 Psychická a fyzická příprava před endoskopickým vyšetřením	20
2.3 Speciální příprava pacienta na kolonoskopické vyšetření	20
2.4 Speciální příprava pacienta na gastrokopické vyšetření	22
2.5 Speciální příprava pacienta na rektoskopické vyšetření	24
2.6 Speciální příprava pacienta na laparoskopické vyšetření	25
2.7 Speciální příprava pacienta na ERCP vyšetření.....	26
2.8 Speciální příprava pacienta na kapslovou endoskopii	27
3 Obecné komplikace u endoskopických vyšetřovacích metod.....	29
4 Úloha sestry při endoskopickém vyšetření	31
5 Postavení endoskopické sestry.....	32
6 Informovaný souhlas	34
6.1 Pravidla při poskytování informací na endoskopickém pracovišti.....	34
6.2 Informovaný souhlas pacienta	35
6.3 Práva pacientů na informace.....	37
6.4 Úloha komunikace při předávání informací	39
Praktická část	
7 Cíl práce a výzkumné otázky	41
7.1 Cíl práce.....	41
7.2 Průzkumné hypotézy	41
8 Metodika.....	42
8.1 Popis metodiky	42
8.2 Charakteristika průzkumného souboru.....	42

9	Výsledky.....	43
10	Diskuze.....	61
11	Doporučení pro praxi.....	63
	Závěr.....	64
	Seznam literatury.....	65
	Přílohy	

Seznam tabulek a grafů

TABULKY

Tabulka 1 – shrnutí grafů 1	43
Tabulka 2 – shrnutí grafů 2	44
Tabulka 3 – shrnutí grafů 3	45
Tabulka 4 – shrnutí grafů 4	46
Tabulka 5 – shrnutí grafů 5	47
Tabulka 6 – shrnutí grafů 6.....	48
Tabulka 7 – shrnutí grafů 7	49
Tabulka 8 – shrnutí grafů 8	50
Tabulka 9 – shrnutí grafů 9	51
Tabulka 10 – shrnutí grafů 10.....	52
Tabulka 11 – shrnutí grafů 11	53
Tabulka 12 – shrnutí grafů 12	54
Tabulka 13 – shrnutí grafů 13.....	55
Tabulka 14 – shrnutí grafů 14.....	56
Tabulka 15 – shrnutí grafů15.....	57
Tabulka 16 – shrnutí grafů 16.....	58
Tabulka 17- shrnutí grafu 17	59
Tabulka 18 – shrnutí grafů 18.....	60

GRAFY

Graf 1 Oddělení nemocnice.....	43
Graf 2 Věková kategorie.....	44
Graf 3 Endoskopické vyšetření.....	45
Graf 4 Informace o endoskopickém výkon.....	46
Graf 5 Rozdělení zdroje podle podání informací.....	47
Graf 6 Způsob podání informace o endoskopickém vyšetření.....	48
Graf 7 Zájem o podání informace.....	49
Graf 8 Zájem o podání upřesňující informace.....	50
Graf 9 Srozumitelnost informací podaných ústní formou.....	51
Graf 10 Srozumitelnost informací podaných písemnou formou.....	52

Graf 11 Přípravenost před endoskopických vyšetřením.....	53
Graf 12 Předložení písemného informovaného souhlasu.....	54
Graf 13 Podání informace o komplikacích během endoskopického výkonu.....	55
Graf 14 Čas věnovaný podáním informacím před endoskopickým vyšetřením.....	56
Graf 15 Přehled o obdržení informací s doporučením	57
Graf 16 Změna způsobená podáním informací před endoskopickým vyšetřením.....	58
Graf 17 Obdržení informačního letáku nebo brožurky.....	59
Graf 18 Hodnocení spokojenosti s podanými informacemi.....	60

Seznam zkratek

ALT	alaninaminotransferasa
APTT	aktivovaný částečný tromboplastinový čas
AST	aspartataminotransferasa
ERCP	endoskopická retrográdní Cholangiopankreatografie
INR	mezinárodní normalizovaný poměr
ORL	Otorhinolaryngologické oddělení ušní, nosní, krční
QUICK	Protrombinový čas, tromboplastinový čas, Quickův test
RTG	rentgenologické vyšetření

Seznam odborných výrazů

ABCES	- chorobná dutina vzniklá zánětem a vyplněná hnisem
ANALGETIKA	- léky proti bolesti
ANALGOSEDACE	- součást anestezie spojující tlumení bolesti analgezií a zklidnění
ANAMNÉZA	- součást vyšetření
ANESTEZIE	- znecitlivění
ANTIISTAMINIKA	- léky, které se podávají při alergii
ANTIAGOAGULAČNÍ LÉČBA	- snižuje přirozenou schopnost krve srážet se, někdy se označuje také jako "ředění krve"
ARTROSKOPIE	- vyšetření umožňující prohlédnutí vnitřku kloubu, odběr vzorků
BIOPSIE	- vvyšetření vzorku živého lidského orgánu nebo tkáně
BRONCHOSKOPIE	- endoskopická metoda k vyšetření průdušek
CYSTOLITOTRYPSE	- drcení konkrementů
CYTSKOPIE	- endoskopické vyšetření močových cest
DATAREKORDÉR	- přístroj, který snímá cestu kapslové endoskopie
DERMATOLOGIE	- kožní lékařství
DERMATOSKOP	- přístroj na vyšetřování kůže
DERMATOSKOPIE	- vyšetřovací metoda v kožním lékařství
DIABETES MELLITUS	- onemocnění způsobené nedostatkem inzulínu
DIVERTIKL	- vychlípenina stěny dutého orgánu
ENDOSKOP	- optický přístroj pro zobrazení vnitřních dutin
ENDOSKOPICKÁ	
RETROGRÁDNÍ	- endoskopická metoda
CHOLANGIOPANKREATO	
ENDOSKOPIE	- metoda umožňující prohlédnutí vnitřních tělesných dutin
EZOFOGOGASTRODUODE	- endoskopie jícnu, žaludku a dvanáctníku
NOSKOPIE	
EZOFOGOSKOPIE	- endoskopie umožňující vyšetření jícnu
FETOSKOPIE	- endoskopická metoda k pozorování plodu v děloze
FIBROGASTROSKOP	- optický přístroj pro zobrazení žaludku, jícnu
GASTROSKOPIE	- endoskopická metoda k vyšetřování žaludku
GASTROINTESTINÁLNÍ	
TRAKT	- trávicí trakt
HEMOROID	- onemocnění cévního systému v konečníku
HYSTEROSKOPIE	- vyšetření děložní dutiny
CHOLECYSTEKTOMIE	- odstranění žlučových kamenů
CHOLEDOCHOLITIÁZA	- žlučové kameny v žlučovém vývodu choledochu
CHOLELITIÁZA	- tvorba a přítomnost žlučových kamenů v žlučových cestách
ICTERUS	- žloutenka
KOLKOSKOPIE	- vyšetření děložního čípku a děložního hrdla
KOLONOSKOPIE	- vyšetření tlustého střeva
LAPAROSKOPIE	- zviditelnění vnitřních orgánů
LARYNGOSPASMUS	- křečovitě uzavření hrtanu
MEDIASTINOSKOPIE	- endoskopická metoda k vyšetření mezihrudí
MEDIASTINUM	- mezihrudí
MELÉNA	- čená stolice obsahující příměs natrávené krve
MEZENTERIUM	- okruží
NASOPHARYNGOSKOPIE	- endoskopické vyšetření nosohltanu
NAUZEÁ	- pocit nevolnosti
OTIATRICKÝ ENDOSKOP	- ušní endoskop

OTOSKOPIE	- endoskopická metoda - zevní zvukovod a bubínek
PANENDOSKOPIE	- makroskopické vyšetření struktury sliznice
PERFORACE	- vznik chorobného otvoru v dutém orgánu
PERISTALTIKA	- vlnovitý pohyb stěn dutých orgánů
PERORÁLNÍ ENDOSKOP	- ústní endoskop
POLYP	- výrůstek na sliznici zažívacího traktu
PREMEDIKACE	- podávání léků
REKTÁLNÍ ENDOSKOP	- endoskop do konečníku
REKTOSKOPIE	- endoskopické vyšetření konečníku a dolní části tlustého střeva
REVERS	- souhlas nebo nesouhlas pacienta s léčbou
RHINOSKOPIE	- vyšetření obou nosních dutin
SEDIMENTACE	- sedlivost červených krvinek
STRIDOR	- hvízdavý zvuk při nádechu
THORASKOPIE	- endoskopické vyšetření pleurální dutiny
TRACHEA	- průdušnice
TRASNASÁLNÍ ENDOSKOP	- nosní endoskop
URETRÁLNÍ ENDOSKOP	- endoskop k vyšetření močové trubice
VAGINÁLNÍ ENDOSKOP	- endoskop k vyšetření pochvy

Úvod

Endoskopie v posledních letech zaznamenala nevídaný rozvoj. Ten byl ovlivněn zejména technickým vývojem v oblasti optiky a videotechniky, díky němuž se nabízí podrobný pohled do útrobu lidského těla. Proto jsou to v dnešní době jedny z hlavních nejen vyšetřovacích, ale i terapeutických metod. Při vyšetření lékař může totiž nejen diagnostikovat patologické změny, ale i provést příslušný terapeutický zákrok. V neposlední řadě umožňují u pacienta léčebně nebo operativně okamžitě zasáhnout. Endoskopická vyšetření patří právem mezi moderní vyšetřovací metody, které přímo zrakem kontrolují a prohlížejí tělní dutiny a orgány pacienta (ČECHALOVÁ, 1997).

Proto se zdravotníci snaží pacienta informovat o jeho onemocnění, způsobu léčby, věnují pozornost přípravě na nadcházející výkon a následnou péči. Efektivní informovanost pacienta má velký podíl na jeho rozhodnutí pro endoskopickou metodu a rovněž napomáhá k snadnějšímu prožití časového úseku před a po provedení příslušného výkonu. Informovanost nejen o zdravotním stavu pacienta, ale také o jeho budoucnosti umožní lépe zvládnout endoskopický výkon a léčebný pobyt v nemocnici. Není pochyb o tom, že lidé od zdravotníků očekávají profesionální komplexní péči, jejíž součástí je kvalitní informovanost pacientů (HAŠKOVCOVÁ, 2007; KŘIVOHLAVÝ, 2002).

Mezi nejznámější endoskopické vyšetřovací metody patří vyšetření gastrointestinálního traktu (kolonoskopie, ezofagogastroduodenoskopie, endoskopická retrográdní cholangiopankreatografie a kapslová endoskopie). Proto se tato bakalářská práce zaměřuje na výše uvedené endoskopie.

Cílem bakalářské práce je zmapovat informovanost pacientů před endoskopickým vyšetřením a zjistit, jakou formou jsou pacienti před vyšetřením informováni. Výsledky mohou vést vedoucí pracovníky k zamyšlení, jakou cestou by se dala v budoucnu zlepšit informovanost pacientů před endoskopickým vyšetřením. Ve své bakalářské práci jsem se zaměřila na pacienty, kteří podstupují endoskopické vyšetření v Nemocnicích Pelhřimov a Tábor.

Toto téma jsem si dále vybrala z důvodu podstoupení těchto metod některými blízkými rodinnými příslušníky, kteří si tak nyní mohou přečíst a pochopit některé úkony, které jim třeba nebyly podrobně vysvětleny.

Teoretická část

1 Charakteristika endoskopií

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

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

1.1 Vývoj endoskopie

Nejstarší metodou vyšetření v lékařství je pohled. Z potřeby podívat se do organismu se vyvíjí endoskopie. Endoskop je trubice, kterou se do organismu nahlíží. V roce 1799 jako první použil osvětlovací aparát s jednoduchou optikou doktor Philip Bozzini. Jeho přístroj umožňuje jednoduché vyšetření v tělních dutinách. První použitelný přístroj pro endoskopii zkonstruoval v Paříži v roce 1853 doktor Desormeux. Endoskopii zařazuje jako základní diagnostickou metodu, a tím je nazýván „Otcem endoskopie“. Po roce 1868 se vyšetření rozšíří, zároveň se také zlepší jednotlivé optické systémy a kombinují se různé druhy osvětlení. V roce 1896 vytvořil Rosenheim v Berlíně jako první vícedílný semiflexibilní rektoskop a v roce 1905 se ve Spojených státech zavedlo vyšetření trávicího ústrojí pomocí tohoto endoskopu. O padesát let později Hirschovitz ve Spojených státech zavedl novinku vedení obrazu v endoskopu a vzniká tak flexibilní fibrogastroskop. Objevují se další výrobci flexibilní techniky a vznikají duodenoskopy, kolonoskopy nebo bronchoskopy. Současně se rozvíjí i příslušenství nových typů bioptických klíštěk a kanyl (DÍTĚ, 1996).

V roce 1983 americká firma Walsech Ellin vynalezla převratnou novinku, videoendoskop, přístroj s mikrovideokamerou, -která je zabudovaná přímo v koncové části endoskopu. Díky dalšímu vývoji se bohatý sortiment doplní o sonovideoskopy, což jsou přístroje, které provádí sonografické a optické vyšetření, celou řadou angioskopů, kterými se lze dostat žilami až do srdečních komor. Nyní se obraz uchovává a zpracovává v digitální formě s následným rozbohem pomocí počítače (DÍTĚ, 1996).

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

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

1.2 Dělení, druhy a péče o endoskopické přístroje

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

Rigidní- se skládají z několika částí. Hlavní je optika tvořená kovovým tubusem, který má tři části: objektiv, sadu čoček a okulár. Rigidních endoskopů je celá řada a dělí se podle využití v praxi. Mají různé rozměry a průměry. Nejznámější jsou kojenecké cystoskopy, laparoskopy, uteroskopy, artroskopy a podobně.

Flexibilní- jsou ohebné, umožňují bez rizika perforace a traumatizace vyšetření gastrointestinálního traktu. Jsou tvořeny flexibilním tubusem, který obsahuje pracovní kanál a koncovou část, dále trysku na vodu a vzduch, dva světlovody a objektiv vláknové optiky. (DÍTĚ, 1994)

Podle vyšetřované oblasti se endoskopy dělí na otiatické, transnasální, perorální, rektální, vaginální a uretrální, přičemž názvy endoskopů jsou odvozeny od míst zavedení do lidského organismu. (HOŘEJŠÍ, 2006).

Podle způsobu provedení se endoskopy dělí na ty, které jsou vedeny přirozenou neboli fyziologickou cestou (např. do žaludku nebo do močové trubice), nebo uměle

vyrobenými cestami. Ty jsou vytvořeny za účelem protěti tkáně a následného nahlédnutí do dutiny (HOŘEJŠÍ, 2006).

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

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

Zvláštním druhem endoskopů jsou tzv. videoendoskopy, kdy je obraz převeden přímo na monitor, čímž má lékař širší možnosti získat informace o vyšetřovaném místě (DÍTĚ, 1994).

1.3 Rozdělení endoskopických metod

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

Mezi nejznámější a nejrozšířenější endoskopické metody patří vyšetření gastrointestinálního traktu. Lze tak pozorovat patologické změny ve značné části lidského organismu. Mezi nejvíce používané metody patří gastroscopie, kdy je vyšetřován jícen a žaludek. Lze také vyšetřovat pouze jícen (ezofagoskopie). Dále může být endoskop veden přes jícen a žaludek až do duodena (ezofagogastroduodenoskopie). Značného diagnostického významu v poslední době nabývá i endoskopická retrográdní cholangiopankreatografie (ERCP), pomocí níž se radiodiagnosticky vyšetřuje žlučová soustava a slinivka břišní. Tato metoda je ovšem náročná z hlediska přípravy pacienta a průběhu vyšetření. Při rektoskopii lze pozorovat změny v oblasti konečníku a dolní části tlustého střeva. Další známou metodou je kolonoskopie, která je využívána za účelem monitorování patologických změn tlustého střeva (KOUDELKOVÁ, 2005; KRIŠKOVÁ, 2006).

Na chirurgickém oddělení jsou endoskopie spojeny i s malými operačními výkony, tzv. laparoskopii. Do těchto metod patří například laparoskopická cholecystektomie, laparoskopická apendektomie a laparoskopická operace tříselné kýly.

Po laparoskopickém zákroku zůstane pouze malá jizva. Dále sem patří operační thoraskopie a operační mediastino-skopie, které provádí chirurg, jenž má zaměření na plicní chirurgii (KOUDELKOVÁ, 2005; KRIŠKOVÁ, 2006).

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

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

Na gynekologickém oddělení se nejčastěji provádí hysteroskopie, dále sem patří kolposkopie. Při graviditě pacientky se ve velké míře užívá tzv. fetoskopie, kdy je pomocí endoskopu sledován fetus a placenta ve 2. trimestru gravidity (KOUDELKOVÁ, 2005; KOLEKTIV AUTORŮ, 2007).

Na plicním oddělení se ve velké míře využívá zejména bronchoskopie, která poukazuje na změny na průduškovém stromu (KOUDELKOVÁ, 2005; KRIŠKOVÁ, 2006).

Endoskopické metody jsou také využívány v oblasti ortopedie – zejm. artroskopie. Jde o operační postup, při kterém lze nejen vyšetřit kloub, ale také provést zákrok. V dermatologii se využívá dermatoskopie, kdy se pomocí dermatoskopu posuzuje stav kůže (KOUDELKOVÁ, 2005).

Uplatnění endoskopických metod na nemocničních odděleních výrazně snižuje invazivitu zákroku do lidského organismu, čímž se zvyšuje množství objasněných chorob, a zároveň může sloužit k jejich léčbě a také minimalizuje vznik infekce v operační ráně

2 Příprava pacienta na endoskopické vyšetření

Příprava pacienta se dá rozdělit do tří částí: všeobecná příprava, psychická a fyzická příprava, speciální příprava (tato příprava doplňuje u každého endoskopického vyšetření o další úkony, které jsou nezbytné a specifické)

2.1 Všeobecná příprava pacienta na endoskopické vyšetření

Součástí každého endoskopického vyšetření je příprava pacienta před vlastním vyšetřením, kterou ve většině případů provádí sestra. Jedná se zejména o fyzickou a psychickou přípravu, která zahrnuje informace o průběhu a diskusi o možných výsledcích vyšetření (NEJEDLÁ, 2004).

Všeobecná příprava pacienta před endoskopickým vyšetřením je podstatnou součástí endoskopického úkonu pro jeho následný hladký průběh. Je zahájena vyhodnocením situace a zdravotního stavu pacienta. První předpokladem pro provedení endoskopie je písemný souhlas pacienta se samotným vyšetřením (viz Přílohy A až F), operační revers a případný souhlas s hospitalizací, protože některá endoskopická vyšetření vyžadují hospitalizaci. Následuje sepsání anamnézy, která musí obsahovat základní údaje o pacientovi – jako např. užívané léky, objektivní a subjektivní pocity pacienta týkající se vyšetřované oblasti a alergické projevy pacienta. Nezbytnou součástí soupisu informací o pacientovi tvoří také rodinná a pracovní anamnéza. Tyto informace se získávají prostřednictvím rozhovorů s pacientem či jeho rodinou, dále pozorováním pacienta v nemocničním prostředí, popř. pomocí různých druhů vyšetření (NEJEDLÁ, 2004; LUKÁŠ, 2005; VALENTA, 2007).

Po sepsání nezbytných administrativních dokumentů následují interní vyšetření (odběr krve pro stanovení sedimentace, biochemických a hematologických markerů. Z krve se následně stanoví hodnoty QUICK, INR, APTT, krevní obraz s počty trombocytů a krevní skupina s Rh faktorem)) VALENTA, 2007).

Pacient nesmí osm hodin, některá vyšetření vyžadují až deset hodin, před vyšetřením konzumovat jídlo ani pít, nesmí kouřit. Některá endoskopická vyšetření vyžadují vysadit určité léky třeba dva dny před vyšetřením. Na noc před vyšetřením lze aplikovat sedativa, pokud je lékař předepíše. Půl hodiny před vyšetřením se pacientovi podávají farmaka podle ordinace lékaře (MIKŠOVÁ, 2003).

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

2.2 Psychická a fyzická příprava před endoskopickým vyšetřením

Je důležitá pro všechny pacienty, kteří podstupují jakýkoliv endoskopický výkon. Ne každý pacient se vyzná v lékařské terminologii. Proto už odesílající lékař pacientovi vysvětlí, na jaké vyšetření půjde. Již přijetí pacienta na endoskopické vyšetření musí probíhat mile, vlídně a profesionálně. Někdy je lepší pacientovi názorně na obrázku ukázat, kterou část jeho těla je nutno vyšetřit. Není žádným tajemstvím, že vlídné slovo a vysvětlení celého vyšetření je někdy lepší než farmakologická premedikace. Pacient se musí dozvědět, kdy se může po výkonu najíst a přijímat tekutiny, kdy vstávat z lůžka, kdy smí po premedikaci řídit auto. Ale také, že může být po některých výkonech hospitalizován. Někdy se stane, že pacient lékaři nerozumí, má však strach se opakovaně zeptat. Úkolem sestry je zjistit informovanost pacienta o termínu a přípravě před vyšetřením, jak spolupracovat při vyšetření a o doporučeném režimu po vyšetření. Sestra musí pacientovi poskytnout prostor na případné dotazy o postupech, kterým nerozumí. Samotné vyšetření pacientovi vysvětlí lékař. Pacient od něho obdrží také informační leták o endoskopickém výkonu, který potvrdí svým podpisem. Informace lékař podává před samotným výkonem, během výkonu, ale také po ukončení výkonu. První dojem, který si pacient vytvoří, je základem dalšího chování na endoskopickém vyšetření (DÍTĚ, 1996; LUKÁŠ, 2005).

Fyzická příprava před endoskopickým vyšetřením se liší od toho, na jaké endoskopické vyšetření je pacient objednan. Příprava je stejně důležitá jako vyšetření samotné. Požadavkem tedy je dostatečné lačnění a speciální diety (DÍTĚ, 1996).

2.3 Speciální příprava pacienta na kolonoskopické vyšetření

Kolonoskopie umožňuje v celém rozsahu prohlédnout nitro tlustého střeva. Provádí se pomocí ohebného přístroje, kolonoskopu (viz Příloha I), který má v průměru třináct milimetrů. Kolonoskopické vyšetření trvá přibližně patnáct až šedesát minut. Tento časový úsek závisí na délce a tvaru tlustého střeva a na počtu diagnostických nebo terapeutických zákroků. Koloskopie se provádí v poloze vleže na levém boku s mírně pokrčenými dolními končetinami, ale podle pokynů lékaře se poloha pacienta v

průběhu celého vyšetření mění, to celé lékař pozoruje na obrazovce (viz Příloha O) (MIKŠOVÁ, 2003).

Psychická příprava pacienta spočívá v podrobném vysvětlení postupu, délky vyšetření, v zodpovězení veškerých dotazů a v upozornění na nepřírozenost vyšetřovací polohy. Součástí této přípravy je také nutnost upozornit na možnost nepříjemného tlaku v tlustém střevě během vyšetření a na aplikaci injekce nebo premedikace. Dalším důležitým faktem také je zajistit písemný informovaný souhlas s vyšetřením.

Fyzická příprava záleží na celkovém stavu pacienta, na jeho věku a spolupráci. Před každým vyšetřením sestra zajistí výsledky krevních odběrů pacienta. Jedná se o výsledky počtu krevních destiček, Quickova testu a APTT. Jeden den před plánovaným vyšetřením je pacient poučen o dodržování tekuté diety. Množství tekutin není omezeno. Před vyšetřením je potřeba tlusté střevo očistit speciálním roztokem. Proto v odpoledních a večerních hodinách probíhá ortográdní příprava tlustého střeva perorálně podaným roztokem fosfátu, který je připravený lékárnou. Tato příprava spočívá především ve vyprázdnění tlustého střeva (MIKŠOVÁ, 2003).

Příprava může být doplněna o podání klyzmatu s obsahem dvou až tří litrů tekutiny s intervalem jedna až dvě hodiny před výkonem. V dnešní době se nejčastěji používá přípravek Fortrans. Obsahem balení jsou čtyři sáčky. Fortrans se podává postupně v odpoledních hodinách. Pokud se po čtyřech hodinách od poslední dávky pacient nevyprázdní, může se podat ještě jedna dávka. Nedodržení stanovených instrukcí může být příčinou nedostatečné přehlednosti tlustého střeva a vyšetření je nutné opakovat.

Pokud pacient užívá léky na snížení krevní srážlivosti, je nezbytné upřesnit jejich podávání před samotným vyšetřením a informovat lékaře, který vyšetření provádí. Mezi bezprostřední přípravu patří vymočení pacienta před výkonem a následný převoz spolu s dokumentací na endoskopickou vyšetřovnu. Kolonoskopické vyšetření se provádí nalačno, tekutiny se mohou přijímat maximálně šest hodin před vlastním výkonem. Následuje poučení pacienta o vyjmutí snímatelné zubní protézy. Těsně před výkonem se aplikuje injekce sedativa, případně analgetika, která omezí vnímání nepříjemných pocitů před vyšetřením. Tato injekce může u pacienta způsobit ospalost. Proto je nutné pacienta upozornit, že v tento den nesmí vykonávat činnosti, kde je zapotřebí zvýšená pozornost. Po této přípravě zavede endoskopický lékař kolonoskop do konečníku pacienta. Během vyšetření se vhání do tlustého střeva vzduch pro získání lepší přehlednosti. Na tento postup mohou někteří pacienti reagovat bolestivě. Postupně

se pak prohlédne tlusté střevo. Během vyšetření endoskopická sestra pomáhá postupu kolonoskopu tlakem dlaně na břišní stěnu a hlásí lékaři jeho vzdálenost pro lepší orientaci. Po celou dobu vyšetření se musí maximálně věnovat pacientovi. Zvláště při udržování polohy, změny polohy během vyšetření a současně udržovat slovní kontakt. Podle povahy onemocnění je někdy nutné odebrat bioptické vzorky nebo odstranit výrůstky nebo také polypy. Endoskopická sestra odebrané vzorky označí a následně zajistí jejich odnos do laboratoře. Po koloskopickém vyšetření s podáním sedativa je pacient přechodně umístěn na dospávací pokoj nebo je krátkodobě hospitalizován (DÍTĚ, 1996).

Mezi aktivity sestry u pacienta po kolonoskopickém vyšetření patří zejména kontrola celkového stavu a monitorace fyziologických funkcí. V případě potřeby se zavádí rektální rourka pro snadnější odchod plynů ze střeva. Po vyšetření se podává lehčí strava a sleduje se první stolice po vyšetření. Pokud se provádí biopsie nebo odstranění polypů, musí sestra pacienta upozornit na dodržování klidového režimu na lůžku minimálně dvanáct hodin po výkonu a sleduje možné pozdější komplikace. Tak jako při každém invazivním vyšetření, tak i při koloskopii může dojít ke komplikacím, které si mohou vyžádat prodloužení hospitalizace, případně provedení chirurgického zákroku (DÍTĚ, 1996).

2.4 Speciální příprava pacienta na gastrokopické vyšetření

Gastroskopie v individuálních případech je možné provádět vyšetření jednotlivých částí zažívacího traktu. Jedná se o ezofagoskopii, ezofagogastroduodenoskopii, dále endoskopické vyšetření jícnu, žaludku a dvanáctníku současně a ERCP. Ve všech těchto případech se jedná o endoskopické vyšetření zažívacího traktu pomocí ohebného přístroje, fibroskopu, v místní anestézii. Vyšetření trvá přibližně pět až deset minut a provádí se v poloze vleže na levém boku (MIKŠOVÁ, 2003).

Psychická příprava pacienta před vyšetřením obsahuje vysvětlení podstaty, významu a průběhu vyšetření. Důležitá je také spolupráce pacienta při vyšetření. Příkladem je nutnost vložení ochranného kroužku do úst, který chrání přístroj před skousnutím. Další nutností je upozornění pacienta na možnost pocitu nepříjemného tlaku v žaludku při pohybu fibroskopem a pocit plnosti a nafukování při vyšetření. Součástí přípravy je také zodpovězení dotazů pacienta, a tak zmírnit jeho případné obavy. Sestra musí před vyšetřením oznámit způsob a provedení lokální anestézie a její

možné vedlejší účinky. Po sdělení všech potřebných informací se zajistí písemný informovaný souhlas pacienta s vyšetřením (viz Přílohy D až E).

Fyzická příprava pacienta obsahuje kontrolu výsledků krevních odběrů, záznam fyziologických funkcí, vysvětlení nutnosti hygienické očisty, aplikaci sedativ na noc před vyšetřením, zajištění lačnění pacienta minimálně osm hodin před vyšetřením a upozornění pacienta na vyjmutí snímatelné zubní protézy. Pokud se vyšetření provádí v ranních hodinách, musí pacient odložit užívání ranních léků až na dobu po vyšetření (MIKŠOVÁ, 2003).

Těsně před výkonem se aplikuje na sliznici dutiny ústní sprej s místním znecitlivěním, následuje podání nitrožilní injekce sedativa, která má zajistit klidný průběh vyšetření. V úvodní fázi vyšetření vyzve lékař pacienta k polknutí. V dalším průběhu již lékař zavádí přístroj sám. Během vyšetření musí pacient dýchat klidně nosem, sliny nesmí polykat a nechá je volně vypouštět koutkem úst do připravené buničité vaty. V případě nálezu je někdy zapotřebí odebrat bioptické vzorky, odstranit slizniční výrůstky, zastavit vzniklé krvácení nebo odstranit spolknuté cizí těleso. Tyto léčebné procedury nejsou bolestivé, ale trvají delší dobu. Po některých výkonech se musí počítat s krátkodobým pobytem v nemocničním zařízení. Během výkonu sestra asistuje lékaři, pomáhá udržovat polohu pacienta, podporuje pacienta dotykem a vlídným slovem a zajišťuje odbornou asistenci při biopsii. Po celou dobu vyšetření neustále kontroluje celkový stav pacienta (MIKŠOVÁ, 2003).

Po gastrokopickém vyšetření s podáním sedativa může být pacient umístěn na dospávací pokoj. Naopak při nekomplikovaném průběhu po odeznění účinku sedativa je možnost opustit nemocniční zařízení. Vhodný je ovšem doprovod pacienta. Závažnější případy vyžadují hospitalizaci. Pokud pacient nemá žádné potíže, může perorálně přijímat stravu již půl hodiny po provedeném výkonu. Vždy musí odeznít účinek místního znecitlivění v dutině ústní a krku. Po ukončení výkonu musí sestra monitorovat fyziologické funkce, označit a odeslat odebraný materiál, dohlížet na léčebný režim pacienta, uložit pacienta do vhodné polohy, nejlépe na levý bok, sledovat projevy bolesti, jelikož stupňující bolest na hrudníku, která vyzařuje do šíje, může signalizovat proděravění jícnu. Mezi další činnosti sestry patří sledování objektivních a subjektivních příznaků. Příkladem je nauzea, zvracení, nadýmání, plynatost nebo meléna. Je povinností sestry upozornit pacienta i na možné pozdější komplikace, které mohou signalizovat komplikace vážnějšího rázu (MIKŠOVÁ, 2003).

2.5 Speciální příprava pacienta na rektoskopické vyšetření

Rektoskopie je vyšetření jednodušší než úplné vyšetření tlustého střeva, protože některá onemocnění postihují pouze jeho koncovou část. V takových případech stačí k přehlednému zobrazení sliznice a odhalení chorobných změn pouze rektoskopie. V případě potřeby je možné koloskopii kdykoliv doplnit. Vyšetření se provádí pomocí rigidního rektoskopu, který na rozdíl od jiných endoskopů není ohebný. Pacient se vyšetřuje v poloze kolenoprsní, kolenoloketní a v nutném případě i v poloze na boku s pokrčenými dolními končetinami, které má přitažené k břišní stěně. Vyšetření lze provést také ambulantní cestou, kdy pacient po výkonu může odejít domů. V opačném případě zůstává na oddělení, kde je hospitalizován. K indikacím rektoskopického vyšetření patří především zjištění krve nebo hnisu ve stolici, zácpa, průjem, výskyt abscesů, polypů, píštělí nebo hemoroidů (MIKŠOVÁ, 2010).

Součástí vyšetření je psychická podpora pacienta, která spočívá ve vysvětlení postupu a polohy, kterou musí při vyšetření zaujmout. Svůj souhlas s vyšetřením pacient potvrdí v podobě písemného informovaného souhlasu. Příprava na rektoskopické vyšetření není náročná. Klasická příprava spočívá v tom, že jeden den před vyšetřením pacient nevečeří a aplikuje se očistné klyzma. U pacienta s podezřením na zánětlivý proces se klyzma neprovádí, pacient se pouze vymočí a pokusí se spontánně vyprázdnit. Konečník je za běžných podmínek prázdný. Při jeho naplnění stolicí pocítí pacient nutkání k vyprázdnění. V den vyšetření zůstává pacient lačný. V některých případech lze také použít vyprazdňovací přípravek Yal. Před vyšetřením si pacient odloží v předem připravené kabince. V některých zařízeních jsou k dispozici speciálně upravené kalhoty na jedno použití s otvorem pro konečník, které mohou pomoci potlačit stud pacienta. Pacient zaujme polohu při pokrčených loktech a kolenou. Tato poloha může být nepříjemná. Samotné vyšetření je bezbolestné a pacient se nemusí nijak obávat. Před zavedením rektoskopu vyšetřitel lékař konečník pohledem a pomocí prstu v rukavici. Poté aplikuje na konec rektoskopu znečítlivující mast Mesocain gel a zvolna ji zavede do konečníku pacienta. Po zavedení dutého rektoskopu a nasazení optiky může lékař svým zrakem přímo sledovat vnitřek konečníku a kontrolovat sliznici. Díky Mesocainu je nepříjemná část zavádění rektoskopu lépe snesitelná. Během vyšetření pacient klidně dýchá a nemění svou polohu. Tímto způsobem se také odebírají vzorky sliznice, které sestra odesílá na histologické vyšetření. Během vyšetření sestra podporuje pacienta slovem, dotykem, pomáhá udržovat zvolenu

polohu, respektuje a snaží se zmírnit strach a stud pacienta, asistuje lékaři a účastní se při zavádění rektoskopu. Komplikace po vyšetření jsou velmi vzácné. Pouze po biopsii může nastat krvácení z konečníku, proto je nutné pacienta upozornit na klidový režim po vyšetření a nutnost zůstat pod dohledem. Jiné větší omezení rektoskopické vyšetření nevyžaduje (MIKŠOVÁ, 2010).

2.6 Speciální příprava pacienta na laparoskopické vyšetření

Laparoskopie v gynekologickém oboru se vyšetření zaměřuje na oblast pánve, dělohy, vaječníků a vejcovodů. V chirurgickém oboru se laparoskopickou metodou provádí například odstranění žlučníku, slepého střeva, operace tříselné kýly a řada dalších. Laparoskopie se provádí v celkové nebo spinální anestézii na operačním sále (DÍTĚ, 1996).

Fyzická příprava pacienta spočívá v předoperační přípravě. Předoperační vyšetření lze provést také ambulantní cestou, a tudíž na plánovaný příjem pacient přichází již s výsledky, které nesmí být starší více jak sedm dní. Jedná se o výsledky krevního obrazu, sedimentace, močového sedimentu, minerálů, Quickova testu, vyšetření krvácivosti a srážlivosti krve, echokardiografie a interní vyšetření. U žen a dívek se také doporučuje gynekologické vyšetření. Večer před výkonem pacient dostává klyzma, provádí hygienickou očistu a oholí se mu operační pole. Na noc se podávají předepsané léky dle ordinace anesteziologa. Ráno před výkonem sestra změří tělesnou teplotu, krevní tlak, puls a zajistí pacienta bandážemi dolních končetin, které jsou součástí prevence tromboembolické nemoci. Přibližně třicet minut před výkonem aplikuje premedikaci dle ordinace anesteziologa a pacienta odváží na operační sál. Pooperační péče o pacienta má svá specifika. Vše záleží na tom, jaký laparoskopický výkon se provádí. Součástí přípravy je také lačnění pacienta od půlnoci do doby plánovaného výkonu. Tím se zahájí také psychická příprava, která dále spočívá ve zklidnění pacienta, ve vysvětlení postupu a délky výkonu a končí podepsáním informovaného souhlasu (DÍTĚ, 1996).

2.7 Speciální příprava pacienta na ERCP vyšetření

Zvláštním druhem endoskopických vyšetření je endoskopická retrográdní cholangiopankreatografie (ERCP). Jedná se o výkon, při němž se vyšetřují za pomoci endoskopu a RTG paprsků žlučové cesty a slinivka břišní (LUKÁŠ, 2005).

Příprava před tímto výkonem je podobná jako u všech předchozích, což je popsáno výše. Před výkonem musí pacient podstoupit všechna potřebná interní vyšetření. Navíc musí být odebrána krev na stanovení amyláz, lipáz, AST, ALT. Při samotném vyšetření jsou použity RTG paprsky, které pro lidský organismus představují zátěž, proto je důležité u pacientek vyloučit graviditu kvůli vlivu na plod (ŠAFRÁNKOVÁ, 2006; LUKÁŠ, 2005).

ERCP vyšetření je mnohem náročnější na psychiku pacienta, protože je oproti jiným endoskopickým vyšetřením bolestivější, zasahuje totiž hlouběji do útrob lidského těla. Proto je kladen velký důraz na psychickou přípravu. Pacient před výkonem od půlnoci nic nejí, nepije a nekouří (LUKÁŠ, 2005).

ERCP vyšetření by mělo být prováděno spíše ráno než odpoledne, protože během dne se v žaludku nashromáždí více tekutin (DÍTĚ, 1994).

Při tomto endoskopickém vyšetření je důležitá anestezie, u níž se využívá jak účinek sedativní, tak také analgetický, protože při zjištění patologického nálezu se rovnou provádí terapeutické úkony. Celková anestezie se využívá v ojedinělých případech (DÍTĚ, 1994; MIKŠOVÁ, 2003).

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

U ERCP vyšetření endoskop (viz Přílohy J a K) prochází přes Vaterovu papilu, která ústí do dvanáctníku, dále do žlučových cest a pankreatu. Do endoskopu procházejícího Vaterovou papilou je vsunuta speciální kanyla, kterou pak sestra vpravuje kontrastní látku. Je nutné dbát na to, aby v ní nebyly přítomny žádné bubliny

vzduchu, mohlo by totiž dojít k roztažení dutin a navíc by mohly být RTG snímky znehodnoceny. Poté lékař s pomocí sestry provádí nástřiky vývodných cest a sleduje jejich stav na monitoru, který snímkuje cesty prostřednictvím RTG paprsků. Při tomto vyšetření by měl být přítomen ještě radiologický asistent (DÍTĚ, 1994; MIKŠOVÁ, 2003).

RTG snímky lékař vyhodnotí a určí diagnózu (např. cholelitiáza, choledocholitiáza, nádory a stenózy žlučových vývodů, icterus nejasného původu). Při zjištění patologického nálezu lze při samotném vyšetření ihned provést příslušný operační výkon (LUKÁŠ, 2005).

Pacient, který podstoupí ERCP vyšetření, je většinou ještě po dobu 24 hodin na lůžku kvůli kontrole zdravotního stavu. Sledují se důležité životní funkce a následně se vše zapisuje do dokumentace. Je proveden kontrolní odběr krve na stanovení hodnot amyláz a lipáz. Hned po vyšetření může pacient po malých dávkách pít, jíst může až pět hodin po provedeném výkonu. Tato nařízení lze změnit v závislosti na druhu operačního úkonu. Sestra dále kontroluje bolest nemocného, odchod stolice a plynů a případně jiné změny v oblasti zažívacího traktu (MIKŠOVÁ, 2003; ŠAFRÁNKOVÁ, 2006).

Nevyskytují-li se po úkonu u pacienta žádné komplikace, může jít po 24 hodinách domů v doprovodu jiné osoby (MIKŠOVÁ, 2003).

2.8 Speciální příprava pacienta na kapslovou endoskopii

Jednou z posledních objevených, ale v současné době hojně využívaných, je kapslová endoskopie, která představuje jednu z nejméně invazivních endoskopických vyšetřovacích metod. Používá se v případě, kdy ostatní endoskopická vyšetření částí horního a dolního traktu nezjistila příčinu potíží, ale ty stále přetrvávají. Kapslová endoskopie (viz Přílohy M a N) patří mezi endoskopické metody určené k vyšetření tenkého střeva, jícnu nebo tračníku speciální endoskopickou kapslí, kterou pacient podstupující toto vyšetření spolkne. Díky kapsli probíhá bezdrátový přenos snímání endoskopického obrazu při průchodu gastrointestinálním traktem (TACHECÍ, 2007).

Endoskopická kapsle je digitální snímací zařízení umístěné v plastické kapsli o rozměrech cca 11 × 26 mm a váze 3,8 g. Kapsle se skládá ze tří částí: z vlastní kapsle, datarekordéru, který zachycuje obrázky pořízené z vyšetřované části, a z vyhodnocovací stanice. Kapsle je v průběhu vyšetření posouvána gastrointestinálním traktem pomocí peristaltiky, přičemž snímá obraz s frekvencí dvou snímků za vteřinu. Kapsle vysílá obrazová data po dobu funkce baterií (cca 8-12 hodin) a poté je vyloučena

přirozenou cestou se stolicí. Znamená to tedy, že kapslová endoskopie neumožňuje odebrat vzorky tkáně k dalším vyšetřením a ani provádět léčebný zákrok. Jde tedy pouze o metodu vyšetřovací (diagnostickou). Jedná se o jistou nevýhodu. Další nevýhodou je, že nelze přesně určit místo patologického nálezu. Naproti tomu výhodou je malá invazivita tohoto zákroku, protože není třeba do střeva zavádět žádný endoskopický přístroj, s tím je také spojen výskyt malého počtu komplikací. Je třeba ještě zdůraznit, že endoskopické vyšetření provedené pomocí kapsle není zatím hrazeno pojišťovnou (ŠTÁLOVÁ, 2005; TACHECÍ, 2007).

Všeobecná příprava pacienta před vlastním vyšetřením zahrnuje i úpravu stravy, která se skládá zejména z lehkého a tekutějšího jídla, poslední jídlo nejpozději v 16 hodin den před vyšetřením. Přes noc (dvanáct hodin před vyšetřením) nesmí pacient nic přijímat per os. Další kroky přípravy pacienta jsou podobné jako u ostatních endoskopických vyšetření. Těsně před podáním kapsle jsou pacientovi nalepeny na oblast břicha samolepící antény (viz Příloha M), které přijímají data do datarekordéru, jenž má pacient připevněn k opasku. Kapsle se musí aktivovat a všechny parametry kapsle se musí přísně evidovat. Po aktivaci se kapsle vloží pacientovi do úst, který ji spolkne a zapije malým množstvím čirých, neperlivých tekutin. Po dobu vyšetření se pacient může volně pohybovat, ale nesmí vykonávat fyzicky náročnou práci, sportovat a dále se musí vyvarovat kontaktu s vodou (sprchování, koupání). Pacient by se také neměl zdržovat v blízkosti elektromagnetického vlnění (mobilní telefony, vysílače), které by mohlo rušit záznam, a nesmí se podrobit magnetické rezonanci. Během vyšetření pacient dvě hodiny po spolknutí kapsle může pít neperlivé, čiré nápoje a za čtyři hodiny může sníst lehké jídlo. Je nutné, aby pacient pohlídal přirozený odchod kapsle z těla ven. Po vyšetření musí pacient zapůjčený datarekordér přinést zpět na oddělení, kde se připojí kabelem k počítači a stahují se snímky, které byly pořízeny, tyto se posléze vyhodnocují (ŠTÁLOVÁ, 2005).

3 Obecné komplikace u endoskopických vyšetřovacích metod

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

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

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

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

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

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

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

Mezi specifické komplikace spojené s vyšetřením horní části gastrointestinálního traktu může být špatné zavedení a vsunutí endoskopu do trachey. Důsledkem je laryngospasmus s následnou respirační insuficiencí, kde lze slyšet stridor. Mezi méně časté specifické komplikace patří uvíznutí nástroje ve vyšetřované oblasti (AABAKKEN, 1999; LUKÁŠ, 2005).

Z hlediska komplikací je kolonoskopie nejbezpečnější ze všech endoskopických metod. Zdravotnický personál se nejčastěji setkává s krvácením sliznice, střešní stěny a mezenteria. V ojedinělých případech potřebují komplikace vyvolané kolonoskopií terapeutickou úpravu. Perforace tlustého střeva při kolonoskopii vznikají mechanickým či pneumatickým tlakem při průchodu stěny divertikuly (AABAKKEN, 1999; LUKÁŠ, 2005).

Komplikace u ERCP vyšetření mohou být způsobeny zejména podáváním nadměrného množství kontrastní látky, což může způsobit akutní zánět slinivky břišní, akutní zánět žlučníku, sepsi nebo proděravění Vaterovy papily. Zvláštní péči je potřeba věnovat pacientům se sníženým imunitním systémem (HIV, imunosuprese) (AABAKKEN, 1999; LUKÁŠ, 2005).

4 Úloha sestry při endoskopickém vyšetření

Endoskopická vyšetření nelze přesně naplánovat. Stačí pouhá porucha endoskopického přístroje a celý vyšetřovací program se pozdrží. I v těchto případech musí sestra pacientovi sdělit patřičné důvody a požádá ho o trpělivost. V jiném případě se může stát, že se opozdí lékař, který má vyšetření provádět. Úkolem sestry je správně zareagovat a vhodným způsobem interpretovat tuto skutečnost pacientovi. Pro sestru pracující na endoskopickém pracovišti je velmi důležité rozhodnout jak o pořadí vyšetření, tak i o pořadí pacientů, kteří čekají na endoskopické vyšetření. Mohou to být pacienti diabetici, dialyzovaní, imobilní nebo také onkologicky nemocní. O tomto pořadí je dobré se předem domluvit s lékařem, který endoskopické vyšetření provádí (LUKÁŠ, 2005).

Při vstupu na vyšetřovnu sestra pacientovi sdělí jednotlivé postupy před samotným vyšetřením. Pokud je pacient soběstačný, musí mít při převlékání dostatek soukromí. Jestliže je pacient méně pohyblivý, sestra mu při převlékání pomáhá. Každý pacient před vyšetřením podepisuje písemný informovaný souhlas s provedením výkonu. Tento dokument sestra zakládá do endoskopické karty. Některé výkony se také mohou provádět v analgosedaci, a proto je nutné pacienta na tuto skutečnost předem upozornit. K těmto výkonům je zapotřebí předoperační vyšetření a doporučení lékaře, že je pacient endoskopického výkonu schopen.

Při přípravě pacienta na endoskopický výkon musí sestra pacientovi vysvětlit, jakým způsobem vyšetření probíhá, ověřit si, zda je pacient lačný, zda není na nic alergický a popřípadě odejme pacientovi zubní protézu. Během vyšetření sestra asistuje lékaři, plní jeho ordinace, sleduje fyziologické funkce, vysvětluje pacientovi, proč v některých místech pociťuje tlak nebo mírnou bolest a podporuje pacienta vlídným slovem a dotykem. Po vyšetření dohlíží na dýchání a celkový zdravotní stav pacienta. Pokud sestra dokáže s pacientem navázat dobrý kontakt, pak většina vyšetření probíhá dobře a časově se neprotahují (KOZIEROVÁ, 1995; LUKÁŠ, 2005).

5 Postavení endoskopické sestry

Povolání endoskopické sestry vyžaduje určité osobnostní předpoklady. Každá sestra si musí uvědomit, že chce-li být dobrou sestrou, musí být pro pacienta osobností a dbát na svou profesionální image. Pacient jí důvěřuje, svěřuje se jí a spoléhá na ni. Endoskopická sestra musí být schopna pracovat samostatně, umět si zorganizovat svůj čas a povinnosti, přebírat plnou zodpovědnost za provedenou práci a vykonávat kompletní péči u všech pacientů, kteří podstupují endoskopický výkon. Nevhodné chování sestry, neosobní či neadekvátní komunikace, nepříjemné vystupování a její neprofesionálnost může snižovat pohled na sesterskou profesi a dokonce komplikovat ošetrovatelskou a terapeutickou péči. V praxi se endoskopická sestra často dostává do velice vypjatých, náročných a stresujících situací, které musí umět zvládnout nejen profesně, ale také lidsky. Předpokladem úspěšné práce sestry je pacientova důvěra k ní. Míru důvěry ovlivňují určité vlastnosti, které mohou charakterizovat dobrého člověka (GULÁŠOVÁ, 2004).

Sestra jako pečovatelka je spojena s poskytováním základní ošetrovatelské péče, kdy samostatně pečuje o pacienty během endoskopického výkonu.

Sestra jako edukátorka pacienta se zaměřuje především na upevňování zdraví a prevenci jeho poruch, dále se podílí na rozvoji soběstačnosti pacienta s porušeným zdravím a předcházení komplikací.

Sestra jako obhájce pacienta znamená, že v případě, kdy pacient není schopen projevit své problémy, potřeby a přání, stává se jeho mluvčím, neboť během endoskopického vyšetření má možnost pacienta dobře poznat.

Sestra jako asistent se účastní na diagnostické a terapeutické lékařské péči, připraví pacienta na endoskopické vyšetření, asistuje při vyšetření a zajistí různé terapeutické činnosti ordinované lékařem.

Sestra jako psycholog se snaží využívat své psychologické znalosti v komunikaci s pacientem během endoskopického výkonu a svým citlivým přístupem pomáhá překonávat těžká období jeho nemoci.

Sestra jako herečka umí být profesionální ve svém povolání a zbytečně pacienta neobtěžuje svými osobními náladami a problémy (STAŇKOVÁ, 2002).

Sestra jako manažerka umí zorganizovat práci a čas na endoskopickém pracovišti, samostatně pracuje, deleguje činnosti, zná své povinnosti a je za svou práci zodpovědná.

Sestra jako výzkumnice se aktivně účastní na výzkumu, zajímá se o nové poznatky v endoskopii a snaží se je aplikovat do praxe.

Nesmí se také zapomínat, že endoskopická sestra je pravděpodobně také manželkou a matkou, která musí být schopná zvládat všechny svoje role, ať už profesní nebo osobní a být schopna je od sebe oddělovat (STAŇKOVÁ, 2002).

6 Informovaný souhlas

V této kapitole se nachází pravidla poskytování informací při endoskopickém vyšetření, pak co je samostatný informovaný souhlas. Také se zde dočteme, jaké má pacient práva na poskytování informací. Dále se v této kapitole nachází jak správně podávat informace (správná komunikace).

6.1 Pravidla při poskytování informací na endoskopickém pracovišti

Pojem informace značí jakékoliv sdělení. Z vědeckého hlediska se za informaci považuje takové sdělení, které pacientovi přináší nový poznatek, který může být využit v jeho rozhodování. Informace musí mít formu, která je srozumitelná pro pacienta. Je to požadavek, který vyplývá ze základních pravidel komunikace. Jestliže mají informace splňovat nějaký účel, musí být formulované tak, že pacient instrukcím rozumí. Při poučování pacientů velmi často dochází k situaci, že lékaři při endoskopickém vyšetření velmi často používají odborné výrazy, kterým pacient nerozumí. Takové poučení nemá pak žádný efekt. Na druhé straně v písemných materiálech nemusí být některé pojmy vhodné, proto se doporučuje jednotlivé pojmy pečlivě definovat.

Informace podané pacientovi, který je odeslán na endoskopické vyšetření, musí obsahovat pravdivost, jednoznačnost, dostatečnost, jasnou formulaci a odpovídat objektivní skutečnosti. Na druhé straně dostatek kvalitních a dostatečně podaných informací ještě neznamená, že pacient učiní správné rozhodnutí. Vše závisí na schopnosti informace správně analyzovat, využít je a dále je správně interpretovat (GLADKIJ, 2003).

Při poskytování informací pacientovi je důležité dodržovat určitá pravidla. V první řadě se osvědčuje jednoduchost informací. Jedná se o takovou informaci, která je na úrovni chápání z pohledu pacienta. Mezi další pravidla patří opakování, a to při každém kontaktu s pacientem. Je známo, že bez rozdílu intelektu si pacienti pamatují dvě až tři informace. Jedná se o informace sdělené na začátku rozhovoru a informace, které se zdůrazňují a opakují. Velmi důležitá je také citlivost. Při poskytování informací má nepochybně velký význam verbální komunikace, úroveň pacientova vzdělání a situace, z jakých poměrů pacient pochází. Jestliže pacient odmítá spolupráci, je tato možnost poučení ještě více snížena (HALUZÍKOVÁ, 2003).

Endoskopie není v tomto směru výjimkou. Je dávno překonána představa, že jediným úkolem endoskopického lékaře je podat vhodnou premedikaci a zajistit tak bezpečně provedený výkon. Úkolem lékaře je také pohovořit si s pacientem o jeho obavách a očekáváních, dále podat vysvětlení o průběhu endoskopického výkonu. Není snadné pak odhadnout, čeho se obávají, jaké informace potřebují, jakým způsobem a v jakém rozsahu je nejvhodnější informace podat. Jedním z nejčastějších pocitů pacienta je nejistota a strach. Před výkonem tak vzniká u většiny pacientů strach a úzkost z nadcházejícího výkonu. Odstranění úzkosti je přitom nezbytné. Úzkost významně ovlivňuje průběh celého výkonu, zvláště u pacientů neadekvátně informovaných. (MÁLEK, 2003, BALVÍNOVÁ, 2000).

Sestra je nejen oprávněna, ale i povinna poučit pacienta o postupu při endoskopickém výkonu, který sama v rámci své způsobilosti provádí. Sestra specialista v endoskopii poučuje nejen o postupu, pomůckách, ale i o prevenci, komplikacích a o možných rizicích, které zdravotní stav mohou provázet. Její poučení nesmí však být v rozporu s poučením endoskopického lékaře. Za kvalitu a rozsah podaných informací je zodpovědný lékař, který provádí endoskopický výkon (VONDRÁČEK, 2003).

6.2 Informovaný souhlas pacienta

Informovaný souhlas se stává důležitým nástrojem pro poskytování informací. Je mimořádný a bez informovaného souhlasu nelze pacienta léčit. Proto je informovaný souhlas vždy na prvním místě. Součástí každé zdravotnické dokumentace je písemný informovaný souhlas pacienta s poskytnutím endoskopického výkonu. Písemný informovaný souhlas je proces, který chrání autonomii pacientů, chrání je před poškozením a pomáhá zdravotnickému personálu. Zvyšuje se také profesní odpovědnost, která souvisí se způsobem, jakým se poskytují informace, a dovoluje racionální rozhodnutí pacienta (HAŠKOVCOVÁ, 2007).

Písemný informovaný souhlas má část informační a souhlasnou. Je to souhlas poučeného pacienta. Obsahem informovaného souhlasu je údaj o účelu, povaze, předpokládaném prospěchu, následcích a možných rizicích endoskopického výkonu, dále poučení o tom, zda plánovaný endoskopický výkon má nějakou alternativu a jestli má pacient možnost zvolit si jednu z nich. Dalším obsahem jsou údaje o možném omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po provedení příslušného endoskopického výkonu. Součástí souhlasu jsou také údaje o léčebném režimu a

preventivním opatření. Další nutností je zápis vyjádření pacienta, že údajům a informacím, které jsou mu poskytnuty, rozumí. Tento zápis se ztvrzuje datem a podpisem pacienta, popřípadě svědka, v případě, že se pacient nemůže podepsat. U nezletilého pacienta nebo pacienta zbaveného způsobilosti k provedení endoskopického výkonu musí z písemného souhlasu vyplývat, že příslušné informace jsou poskytnuty zákonnému zástupci pacienta, který také podepisuje písemný souhlas. Pacient musí dát souhlas se všemi lékařskými, zdravotnickými a endoskopickými zákroky. Pacient má právo znát informace o své zdravotním stavu. U invazivních, diagnostických, kam patří i endoskopické výkony, a léčebných výkonů je nutné požadovat písemný souhlas. Pokud je pacient cizinec, je nezbytné podat informace v jeho jazyce nebo v jazyce, kterému rozumí (HAŠKOVCOVÁ, 2007).

V zákoně o péči a zdraví lidu se uvádí, že informace musí poskytovat zdravotnický pracovník, který je způsobilý k výkonu příslušného povolání. Z toho vyplývá, že pokud jde o zákroky, které může provádět pouze endoskopický lékař, je nezbytné, aby informace podával opět jen lékař, neboť je profesionálně způsobilý k jejich provedení. Informován má být vždy konkrétní pacient, který má právo zakázat poskytovat informace další osobě nebo určit okruh osob, kterým může být informace poskytnuta (WWW.ZDRAVCENTRA.CZ, 2004).

Změna rozhodnutí pacienta o endoskopickém výkonu musí být vždy respektována, jelikož odvolání písemného souhlasu se vztahuje i na plánované endoskopické výkony. Pacient nemusí v žádném případě uvádět důvody svého rozhodnutí. Lékař nemá v tomto případě možnost endoskopické výkony provést, a tudíž není odpovědný za případné následky. V tomto případě se podepisuje prohlášení pacienta. Tento dokument má důkazní význam. V případě, že pacient nemůže s ohledem na svůj zdravotní stav dokument podepsat nebo jen odmítne podepsat tento záznam, opatří se záznam jménem svědka, který se projevu pacienta o odmítnutí účastní. Uvedou se také důvody, proč se pacient odmítá podepsat. Naopak při provedení endoskopického výkonu u pacienta bez informovaného souhlasu je jeho provedení pokládáno za protiprávní. Existují ale výjimky. Jedná se o pacienty, kteří potřebují okamžité neodkladné řešení, stav nouze, a to i v případě, že jde o pacienty, kteří jsou intoxikováni nebo jeví známky duševní choroby a ohrožují tak sebe i své okolí (HAŠKOVCOVÁ, 2007).

6.3 Práva pacientů na informace

V současnosti jsou lidé vzdělanější, zdravotně informovanější a přijímají plnou zodpovědnost za svůj život. Přejí si dostatek informací i v situaci nemoci. Pacientova role se mění a stává se tak plnoprávným partnerem lékaře. Nabídka diagnostických, endoskopických a terapeutických metod je pestrá a někdy je nesnadné určit, která varianta je pro pacienta nejlepší. Lékaři při volbě nejlepšího možného diagnostického postupu nebo léčby používají klasické konziliární metody, ale postupně docházejí k přesvědčení, že svůj názor na věc mají vyjádřit i ti, kterých se léčba týká, tedy pacienti. Respektovat skutečnost, že konkrétní nemoc je nemocí konkrétního člověka, a že tudíž právě on má právo rozhodovat nebo spolurozhodovat o realizaci navržených postupů lékařem (HAŠKOVCOVÁ, 2007).

Pacient má právo na poskytnutí veškerých informací, které jsou vedené o jeho osobě. Tyto informace jsou shromážděné ve zdravotnické dokumentaci. Neznamena to však, že pacient může do zdravotnické dokumentace nahlížet. Tato práva mohou přinášet i mnohé problémy. Jedním z nich, který může mít vliv na pacienta, je skutečnost, zda při takové právní úpravě mohou být lékařem zadržovány informace. Jedná se o informace, které se týkají zdravotního stavu pacienta, které sice zdravotnický pracovník v souvislosti s léčbou zjistí, ale pacientovi je nesděljuje s ohledem na jeho psychický stav nebo také z důvodu obav, že informace mohou mít nepříznivý dopad na léčebný proces. V případě, když pacient požádá o pravdivé sdělení všech skutečností, které se týkají jeho onemocnění, je povinností lékaře veškeré informace pacientovi sdělit. Zadržování informací je možné pouze ve vztahu k pacientovi. Toto pravidlo neplatí v případě osob, které mohou být informovány o zdravotním stavu pacienta. Naopak zadržovat informaci lékař v žádném případě nemůže, když informace o určité nemoci je jediným způsobem, který pacientovi umožní podniknout preventivní opatření nebo podstoupit včasnou léčbu. V dalším případě, když zdravotní stav pacienta představuje riziko pro jeho okolí, a pokud tyto informace jsou jediným způsobem, který umožní pacientovi provést nezbytná opatření k zajištění osobních záležitostí v případě nepříznivé prognózy. Nikdy si lékař nemůže dovolit zadržet informaci, pokud pacient na jejím sdělení výslovně trvá. Za pacienty mladší osmnácti let nebo pacienty zbavené způsobilosti mají právo na informace jejich zákonní zástupci, protože pacienti ještě nemusí být schopni v plné míře sdělené informace pochopit (HAŠKOVCOVÁ, 2007).

Právo pacienta na vhodné sdělení informací, podle kterého je lékař povinen poskytnout dané informace vhodným způsobem znamená, že pacient musí ze sdělovaných informací pochopit, jaký je jeho zdravotní stav. Pacient musí být poučen, jak o povaze onemocnění, tak i o potřebných výkonech. Informace musí být sděleny na vhodném místě a zároveň také ve vhodném čase. Lékař musí brát ohled na pacientův psychický stav, na závažnost sdělovaných informací a vhodný způsob sdělení, protože pacient má být aktivním spolupracovníkem při poskytování zdravotní péče. Za vhodné sdělení se nemůže považovat situace, kdy jsou informace sdělovány při vizitě, před spolupacienty nebo na chodbě zdravotnického zařízení. Pacient tedy musí daným informacím rozumět a sám se svobodně, bez nátlaku rozhodnout o zamýšlené léčbě nebo výkonu. Informace musí obsahovat pravdivé, vhodné a srozumitelně formulované údaje (HAŠKOVCOVÁ, 2007).

Pacient může vůči určitým osobám a se svým souhlasem zprostit zdravotnického pracovníka mlčenlivosti, protože informace o jeho zdravotním stavu jsou chráněny v jeho zájmu. Ve většině případů se jedná o informace, které se poskytují členům rodiny pacienta.

Podstatně rozsáhlejší je úprava práv pacienta, která souvisí se zdravotnickou dokumentací, s poskytováním informací a zajištěním ochrany soukromí. Pokud dojde během léčby nebo výkonu k nečekaným komplikacím nebo k poškození zdraví, má také právo na okamžitou informaci o této skutečnosti. Dalším právem je požadovat informace o poskytované nebo navrhované péči od dalšího nezúčastněného zdravotnického pracovníka, popřípadě konzultaci tohoto zdravotnického pracovníka s ošetřujícím lékařem. Je otázkou, zda nahlížení do zdravotnické dokumentace, která obsahuje informace o zdravotním stavu, a na pořízení opisů, výpisů a kopií informací, vede ku prospěchu věci. Možnost vytvářet kopie zdravotnické dokumentace může být jednou z hlavních příčin úniku informací o zdravotním stavu pacienta. Mezi další práva patří právo na opravu údajů, které jsou uvedené ve zdravotnické dokumentaci o pacientově zdravotním stavu, právo na zajištění důvěrnosti a ochrany sdělovaných a zjišťovaných skutečností a právo nesouhlasit s přítomností osob, které nejsou na poskytování zdravotní péče přímo zúčastněny. Jedná se většinou o žáky, studenty nebo jiné osoby, které získávají způsobilost k výkonu zdravotnického povolání podle zvláštních právních předpisů, které upravují způsobilost k výkonu zdravotnického povolání (BURIÁNEK, 2005).

6.4 Úloha komunikace při předávání informací

Kontakt s pacientem se naváže již tím, že se endoskopický tým s pacientem přivítá, dále pak následuje rozhovor o potížích, které ho trápí. U pacienta se musí navodit pocit jistoty a bezpečí. Jedině tímto způsobem se může svěřit se svými problémy (LINHARTOVÁ, 2007; HONZÁK, 1996).

Komunikace tvoří základ veškeré ošetrovatelské péče. Sestry se musí stále učit analyzovat své interakce a záměrně používat své dovednosti (FRÝDECKÁ, 1997).

Mezi druhy komunikace patří komunikace verbální a neverbální. Za verbální se označuje mluvená řeč, která obsahuje rozhovor mezi dvěma nebo více osobami. Pacienti jsou citlivé vnímající bytosti, které nejenom poslouchají, ale i naslouchají (LINHARTOVÁ, 2007).

Nonverbální komunikace se provádí pomocí výrazů, mimiky, gest nebo haptiky. Výraz tváře vyjadřuje celou řadu různých emocí. Například zlost, strach, překvapení, rozpaky, vzrušení nebo lhostejnost. Řeč těla naopak ukazuje držení, pohyby rukou, sebedotýkání, pohyby hlavy, které mohou naznačit souhlas či nesouhlas pacienta (NAKONEČNÝ, 1999).

Každá komunikace má svůj účel a cíl. Komunikačním kanálem se rozumí prostor, ve kterém dochází ke komunikaci, například v endoskopické ordinaci, nemocničním pokoji, jídelní místnosti nebo na chodbě. Komunikační šum zase označuje vše, co v komunikaci brání a představuje fyzikální nebo mechanický původ. Příkladem je hluk, křik, vítr, špatné osvětlení, nepříjemná teplota, nevidomost, nedoslýchavost, únava, spěch, bolest nebo úzkost. Je na sestře, aby dokázala co nejvíce tohoto šumu odstranit (LINHARTOVÁ, 2007).

Komunikace s pacientem nesmí být jednosměrná. To, co pacient lékaři sděluje, je stejně důležité jako to, co se má od lékaře dozvědět. Proto komunikace pacienta s lékařem se musí realizovat prostřednictvím vzájemného vztahu. Častou chybou je, když komunikace nepokračuje, nerozšiřuje se a nereaguje na průběh léčby. Při správně vedené komunikaci je nutné dodržovat určitá pravidla. Jde o to vědět, co říci, rozhodnout, kdy informaci sdělit, vybrat správné místo pro sdělení, rozhodnout, jak nejlépe informaci podat, pamatovat na skutečnost, že pro lékaře jasné skutečnosti nemusí být jasné pro pacienty, mluvit zřetelně a srozumitelně, zvolit přiměřené tempo a odpovídající tón, sledovat reakce pacienta, brát v úvahu pocity pacienta, udržovat oční kontakt, umožnit pacientovi se vyjádřit, nedráždit pacienta svým projevem

a kontrolovat přijetí a pochopení informací pacientem. Je jistě velmi těžké oddělit subjektivní dojmy a prožitky od projevů chování, ale je to jeden z mnoha kroků, jak zlepšit komunikaci mezi pacientem a zdravotnickým pracovníkem (HONZÁK, 1996).

Praktická část

7 Cíl práce a výzkumné otázky

7.1 Cíl práce

Cílem práce je zmapovat informovanost pacientů před endoskopickým vyšetřením. Vedlejší cíl jakou formou jsou pacienti informováni před vyšetřením.

7.2 Průzkumné hypotézy

Hypotéza 1

Předpokládáme, že pacienti před endoskopickým vyšetřením dostanou relevantní informace o průběhu vyšetření.

Hypotéza 2

Předpokládáme, že nejčastější formou informování před endoskopickým vyšetřením je ústně podaná informace.

Hypotéza 3

Předpokládáme, že věková skupina 46 až 60 a více, je lépe informovaná, než skupiny 18 až 30 a 31 až 45.

Hypotéza 4

Předpokládáme, že pacientům před endoskopickým vyšetřením vyhovují informace uvedené v brožurách.

8 Metodika

8.1 Popis metodiky

V průzkumu jsme použili metodu dotazování a techniku anonymního dotazníku. Dotazník byl vlastní konstrukce, skládá z 18 otázek. Otázky jsme měli otevřené, polootevřené a i uzavřené. Na začátku dotazníku jsme se respondentů představila, seznámila jsem, z jaké školy pocházím, ubezpečila jsem respondenty, že dotazník je anonymní a použitá sebraná data budou výhradně použita ke zpracování bakalářské práce. Sestavené otázky měly za úkol zjistit míru informovanosti pacientů před endoskopickým vyšetřením. Získaná data jsme roztřídili a zpracovali kvantitativní metodou. Položky budou zpracovány do přehledných grafů a tabulek s procentuálním vyjádřením. Průzkumné šetření bylo prováděno v období od měsíce listopadu do měsíce prosinec roku 2012. Dotazník byl rozdán v 50 kopiích. Návratnost dotazníků byla 50, což je 100%. Celý průzkum byl financován z vlastních prostředků. Pro zpracování všech dat jsme použily programy Microsoft office Word 2010 a Microsoft office Excel 2010.

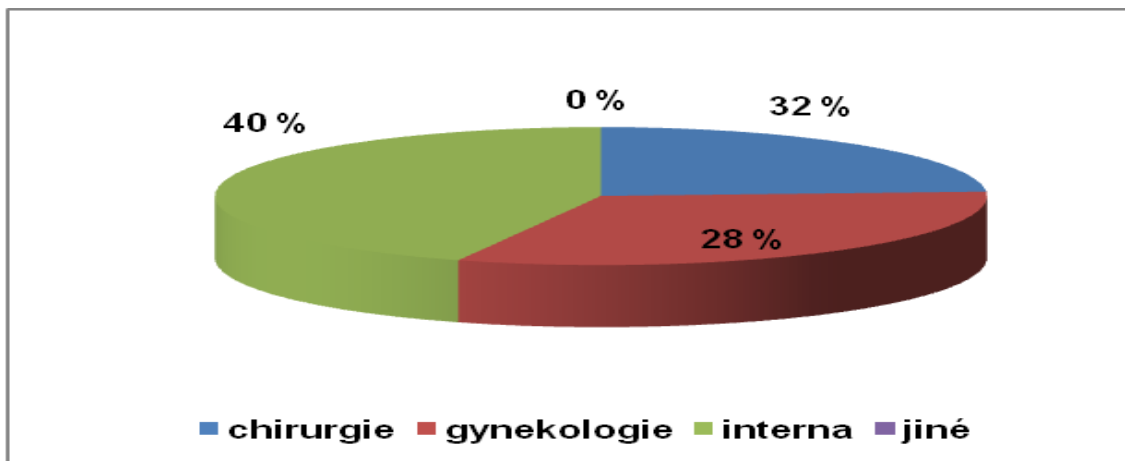
8.2 Charakteristika průzkumového souboru

Průzkumný soubor tvořili z jedné poloviny pacienti z Nemocnice Tábor a z druhé poloviny pacienti z Nemocnice Pelhřimov. Dotazník jsme roznesli v Nemocnici Tábor a to na oddělení: interna, chirurgie, gynekologie, a na ambulance. A v Nemocnici Pelhřimov se také rozdali dotazníky na oddělení a ambulance jako v Nemocnici Tábor. Tedy průzkum probíhal na dvou pracovištích. V úvodu šetření jsme požádali o souhlas hlavní sestry nemocnic a podrobně je seznámili s průzkumem a realizací.

9 Výsledky

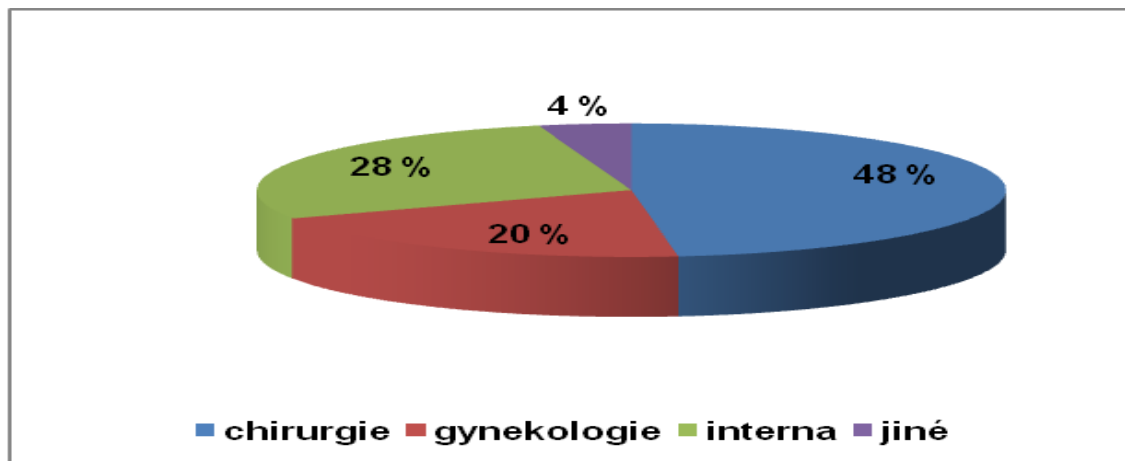
Graf 1 Oddělení nemocnice

Pelhřimov



Graf informuje o počtu vyšetřovaných respondentů: z chirurgického oddělení 6 (32 %), interního oddělení 11 (40 %), gynekologického oddělení 8 (28 %) a jiné 0.

Tábor



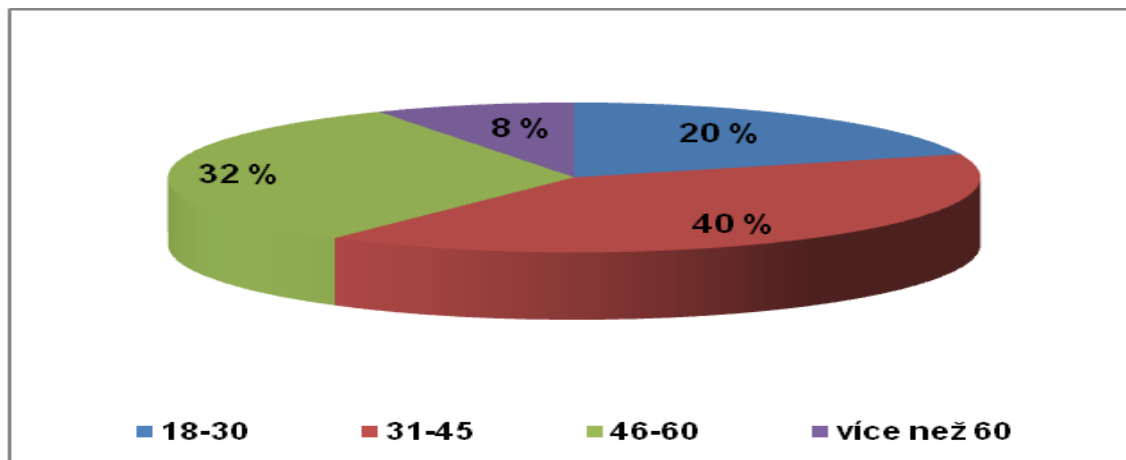
Graf informuje o počtu vyšetřovaných respondentů: z chirurgického oddělení 12 (48 %), interního oddělení 7 (28 %), gynekologického oddělení 5 (20 %) a jiné 1 (4 %).

Souhrn údajů - Graf 1 Oddělení nemocnice

	PE	TA
CH	6	12
G	8	5
I	11	7
J	0	1
celkem	25	25

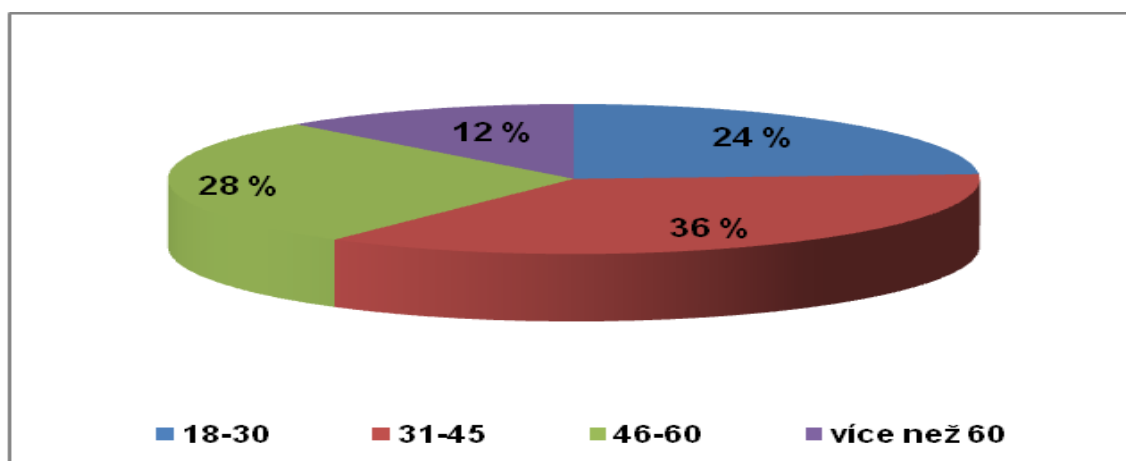
Graf 2 Věková kategorie Pelhřimov

Pelhřimov



Graf ukazuje věkové rozložení respondentů: 5 (20 %) je ve věku 18-30 let, 10 (40 %) respondentů je ve věku 31-45 let, 8 (32 %) respondentů je ve věku od 46-60 let a 2 (8 %) respondenti jsou starší 60 let.

Tábor



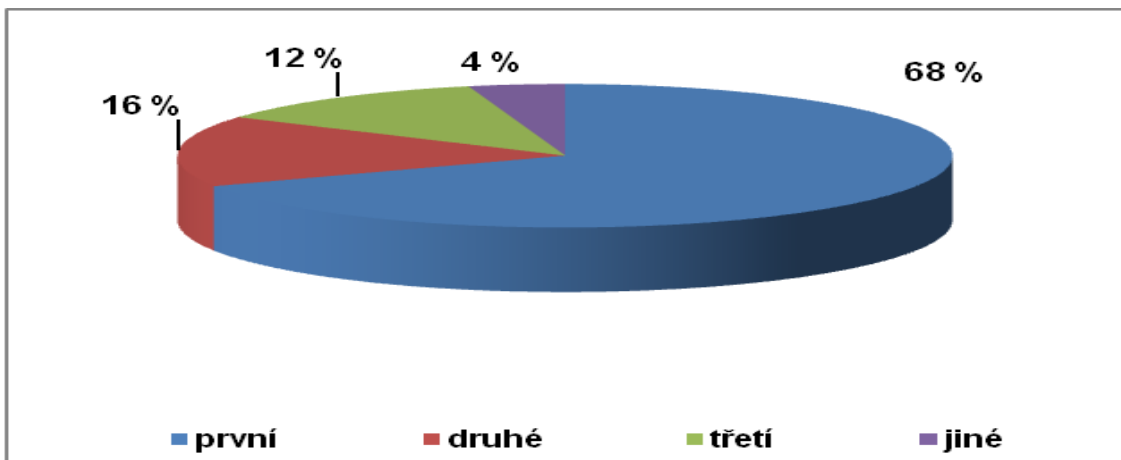
Graf ukazuje věkové rozložení respondentů 6 (24 %) je ve věku 18-30 let, 9 (36 %) respondentů je ve věku 31-45 let, 7 (28 %) respondentů je ve věku od 46-60 let a 3 (12 %) respondenti jsou starší 60 let.

Souhrn údajů - Graf 2 Věková kategorie

	PE	TA
18-30	5	6
31-45	10	9
46-60	8	7
nad 60	2	3
celkem	25	25

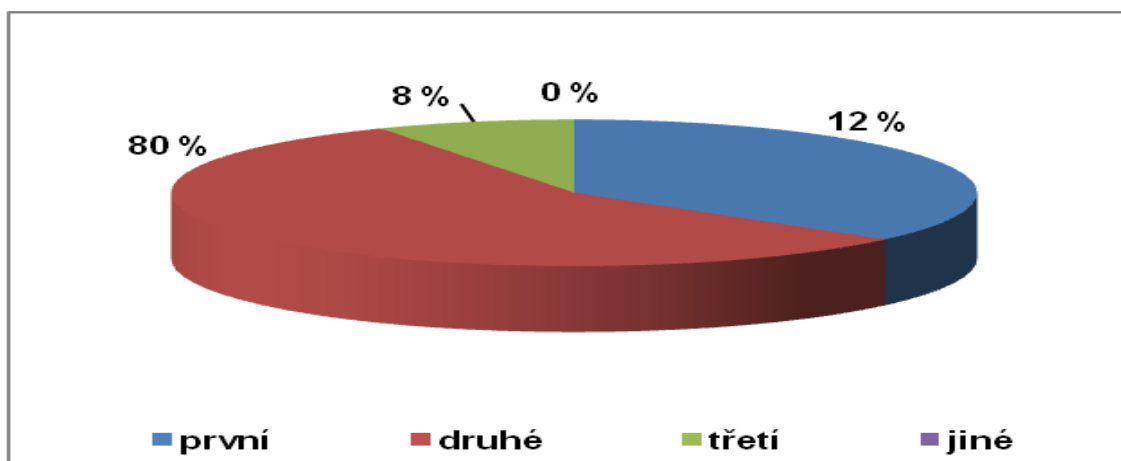
Graf 3 Endoskopické vyšetření

Pelhřimov



Graf informuje o počtu vyšetření. První endoskopické vyšetření absolvuje 17 (68 %) dotazovaných, druhé vyšetření 4 (16 %), třetí vyšetření 3 (12 %) a 1 (4 %) respondent absolvoval již několik vyšetření.

Tábor



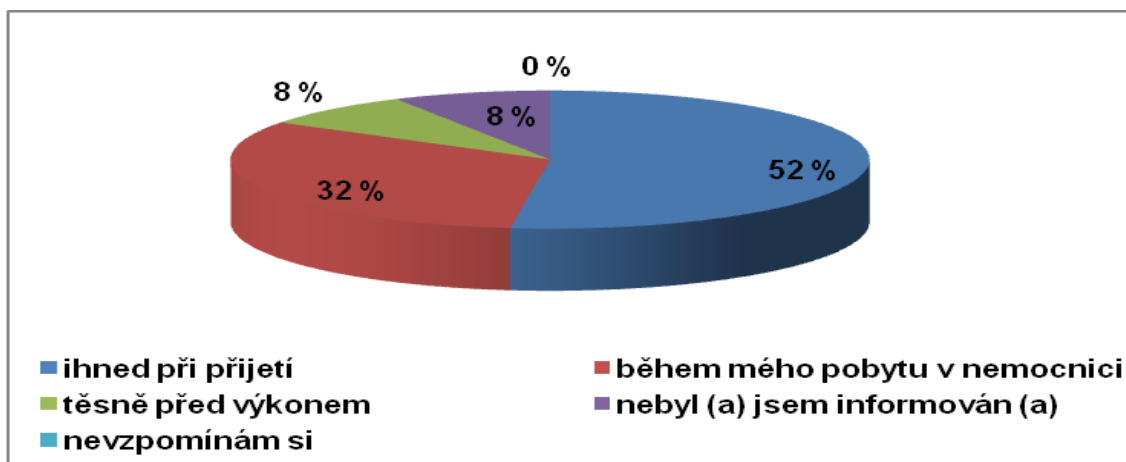
Graf informuje o počtu vyšetření. První endoskopické vyšetření absolvuje 9 (12 %) dotazovaných, druhé vyšetření 14 (80 %), třetí vyšetření 2 (8 %) a 0 respondentů absolvovalo několik vyšetření.

Souhrn údajů - Graf 3 Endoskopické vyšetření

	PE	TA
1	17	9
2	4	14
3	3	2
jiné	1	0
celkem	25	25

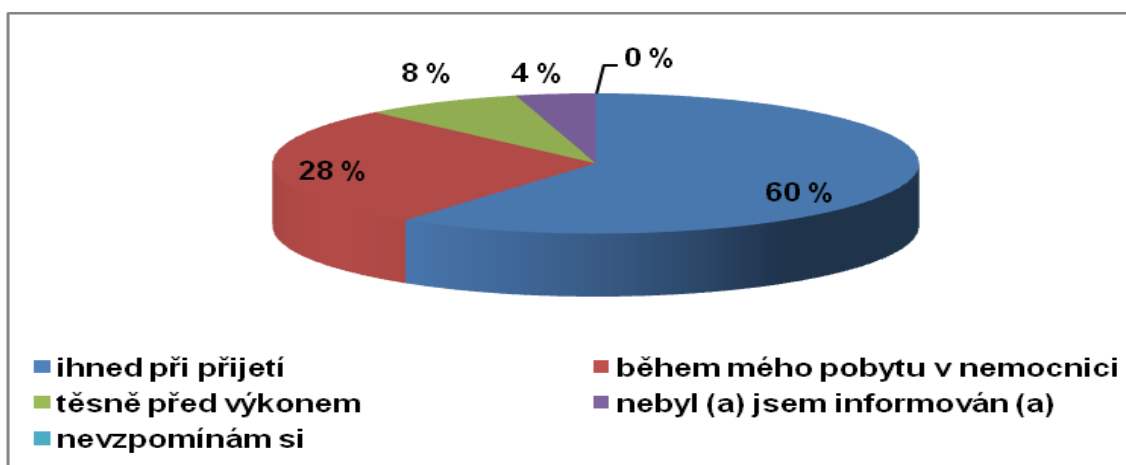
Graf 4 Informace o endoskopickém výkonu

Pelhřimov



Graf informuje o termínu podání informace o endoskopickém výkonu: 13 (52 %) respondentů bylo informováno o vyšetření ihned při přijetí, 8 (32 %) bylo informováno během pobytu na oddělení, 2 (8 %) těsně před výkonem, 2 (8 %) nebyli informováni, 0 (0 %) si nevzpomíná.

Tábor



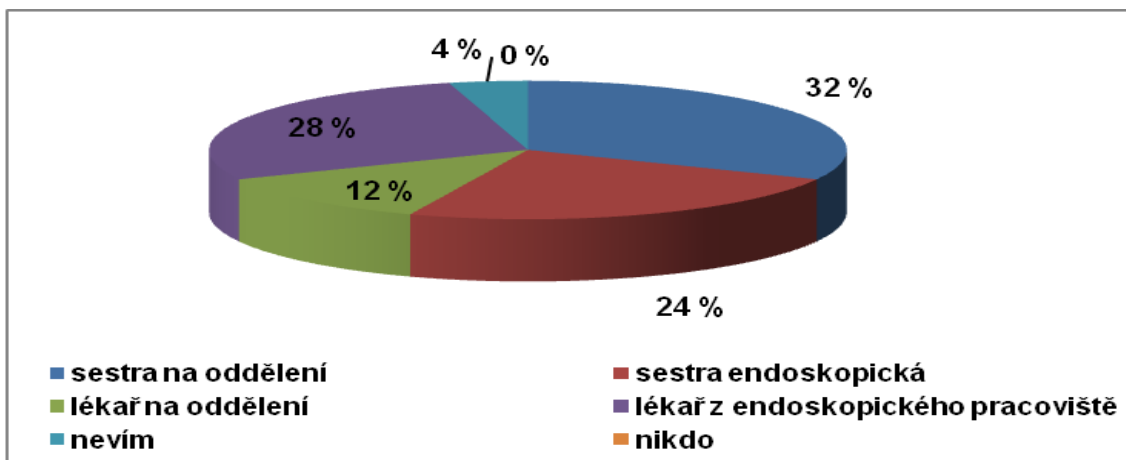
Graf informuje o termínu podání informace o endoskopickém výkonu: 15 (60 %) respondentů bylo informováno o vyšetření ihned při přijetí, 7 (28 %) bylo informováno během pobytu na oddělení, 2 (8 %) těsně před výkonem, 1 (4 %) nebyl informován, 0 (0 %) si nevzpomíná.

Souhrn údajů - Graf 4 Informace o endoskopickém výkonu

	PE	TA
ihned	13	15
těsně	2	2
nevzpomíná	0	0
během pobytu	8	7
nebyl informován	2	1
celkem	25	25

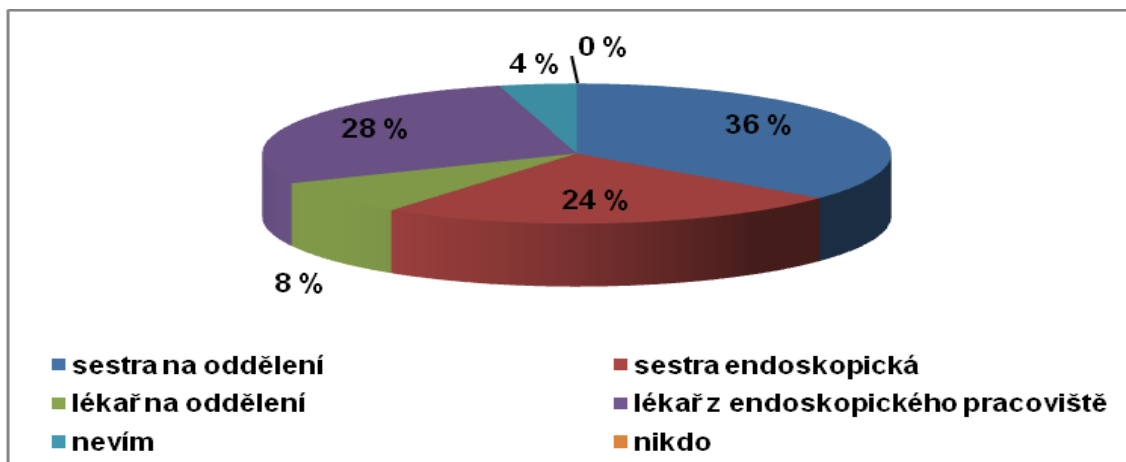
Graf 5 Rozdělení zdroje podle podání informací

Pelhřimov



Graf znázorňuje, že nejvyšší počet odpovědí byla zaznamenána od sestry na oddělení 8 (32 %), od lékaře z endoskopického pracoviště 7 (28 %), od sestry z endoskopického oddělení 6 (24 %), od lékaře na oddělení 3 (12 %), pacient neví 1 (4 %), žádný respondent (neodpověděl nikdo).

Tábor

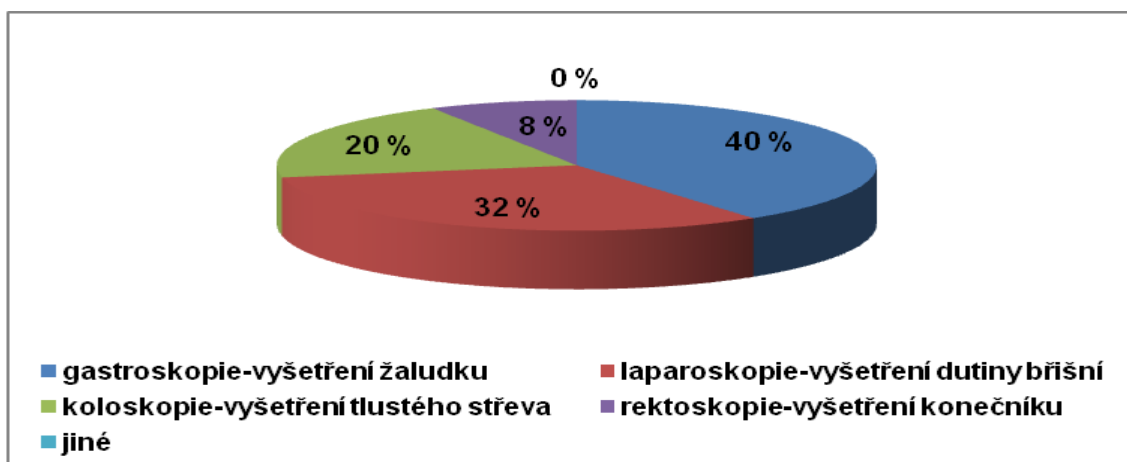


Graf znázorňuje, že nejvyšší počet odpovědí byla zaznamenána od sestry na oddělení 9 (36 %), od lékaře z endoskopického pracoviště 7 (28 %), od sestry z endoskopického oddělení 6 (24 %), od lékaře na oddělení 2 (8 %), pacient neví 1 (4 %), žádný respondent (neodpověděl nikdo).

Souhrn údajů - Graf 5 Rozdělení zdroje podle podání informací

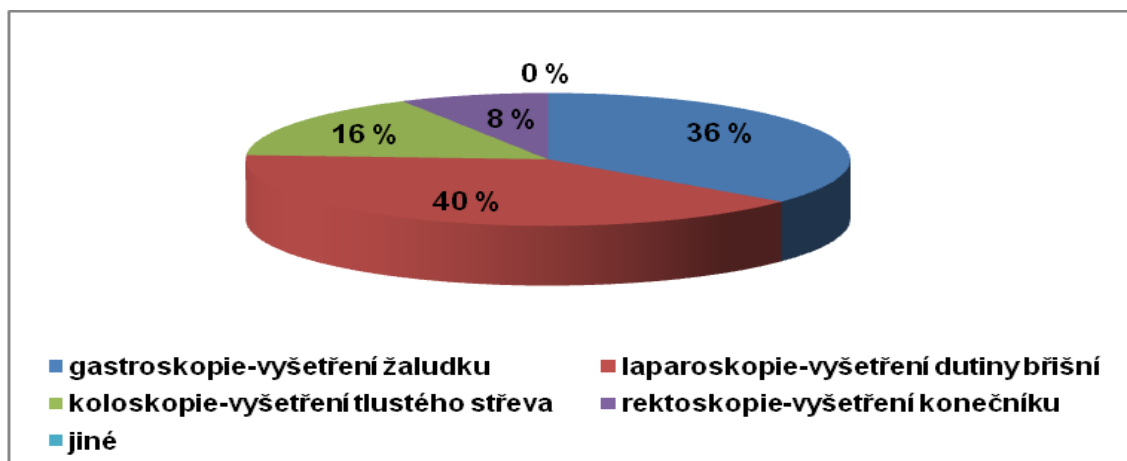
	PE	TA
sestra oddělení	8	9
lékař oddělení	3	2
nevím	1	1
sestra edoskop	6	6
lékař endoskop	7	7
nikdo	0	0
celkem	25	25

Pelhřimov



Graf informuje o druhu endoskopického vyšetření. Gastroscopii absolvovalo 10 (40 %), laparoscopii, 8 (32 %), koloscopii 5 (20%), rektoscopii 2 (8 %), jiné endoskopické vyšetření 0 (0 %).

Tábor



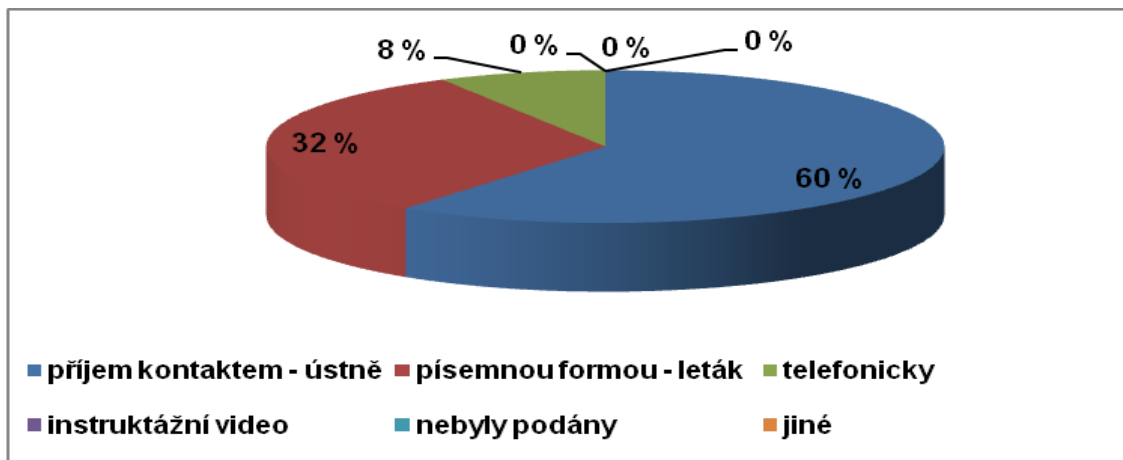
Graf informuje o druhu endoskopického vyšetření. Gastroscopii absolvovalo 9 (36 %), laparoscopii, 10 (40 %), koloscopii 4 (16 %), rektoscopii 2 (8 %), jiné endoskopické vyšetření 0 (0 %).

Souhrn údajů - Graf 6 Druhy endoskopického vyšetření

	PE	TA
gastroscopie	10	9
koloskopie	5	4
jiné	0	0
laparoskopie	8	10
rektoskopie	2	2
celkem	25	25

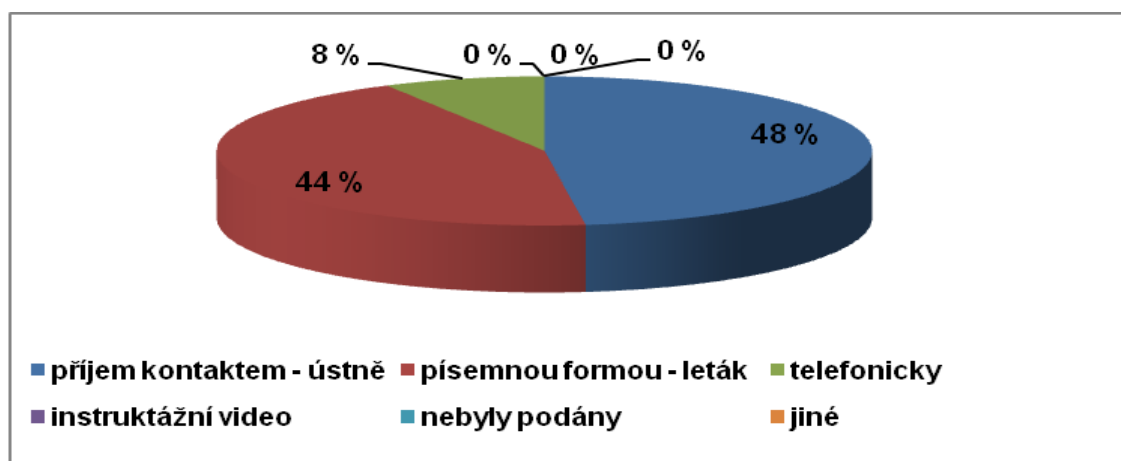
Graf 7 Způsob podání informace o endoskopickém vyšetření

Pelhřimov



Graf znázorňuje, že nejvyšší počet odpovědí byla zaznamenána u respondentů informovaných ústně 15 (60 %), pomocí letáku 8 (32 %), telefonicky 2 (8 %), odpovědi instruktážní video, informace nebyly podány a odpověď jiné odpovědělo 0 (0 %).

Tábor



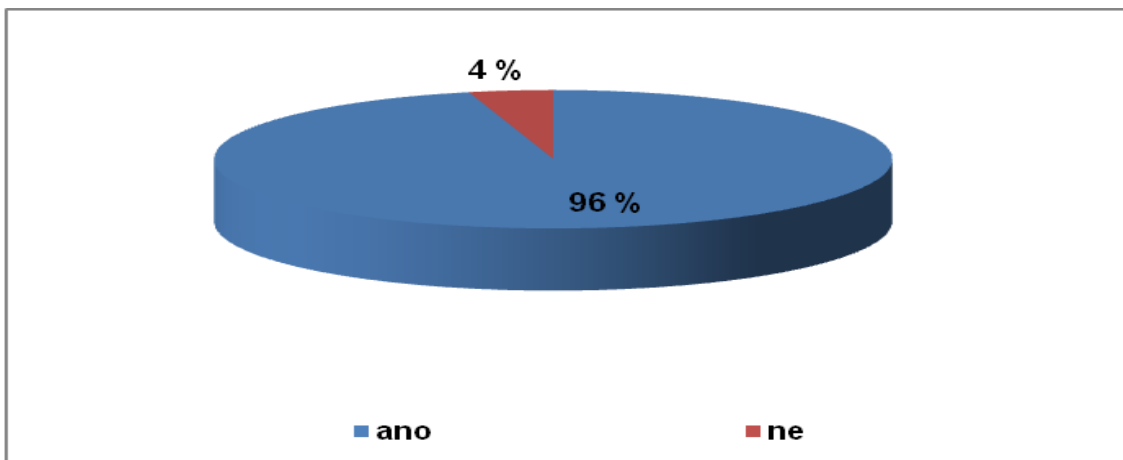
Graf znázorňuje, že nejvyšší počet odpovědí byla zaznamenána u respondentů informovaných ústně 12 (48 %), pomocí letáku 11 (44 %), telefonicky 2 (8 %), odpovědi instruktážní video, informace nebyly podány a odpověď jiné odpovědělo 0 (0 %).

Souhrn údajů - Graf 7 Způsob podání informace o endoskopickém vyšetření

	PE	TA
ústně	15	12
leták	8	11
telefonicky	2	2
video	0	0
nebyly podány	0	0
jiné	0	0
celkem	25	25

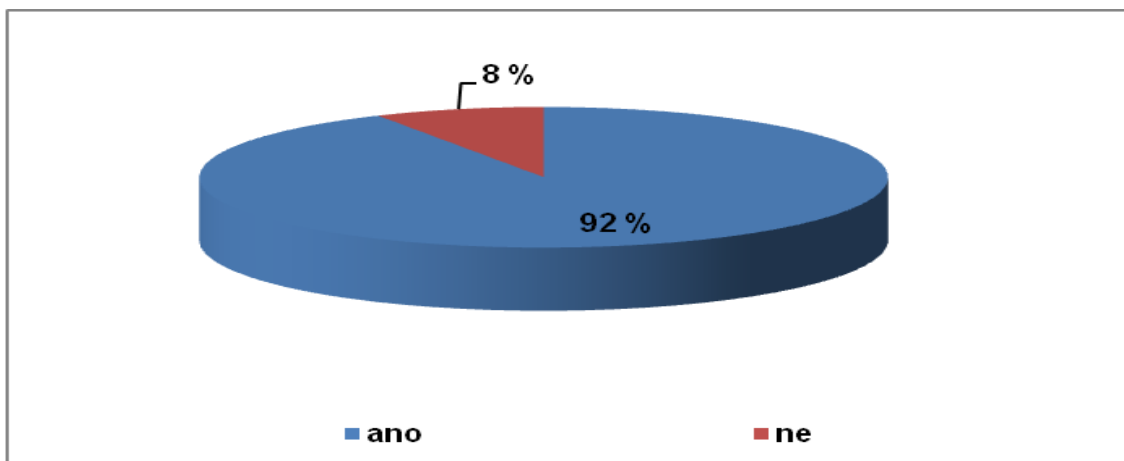
Graf 8 Zájem o podání informace

Pelhřimov



Graf ukazuje, že zájem o informace před hospitalizací projevilo 24 (96 %) respondentů, 1 (4 %) zájem neměl.

Tábor



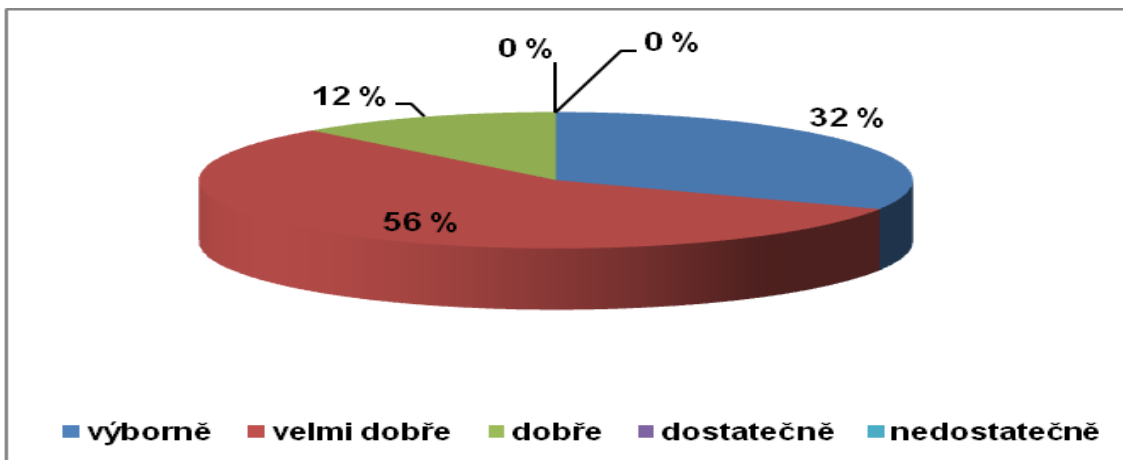
Graf ukazuje, že zájem o informace před hospitalizací projevilo 23 (92 %) respondentů, 2 (8 %) zájem neměli.

Souhrn údajů - Graf 8 Zájem o podání informace

	PE	TA
ANO	24	23
NE	1	2
celkem	25	25

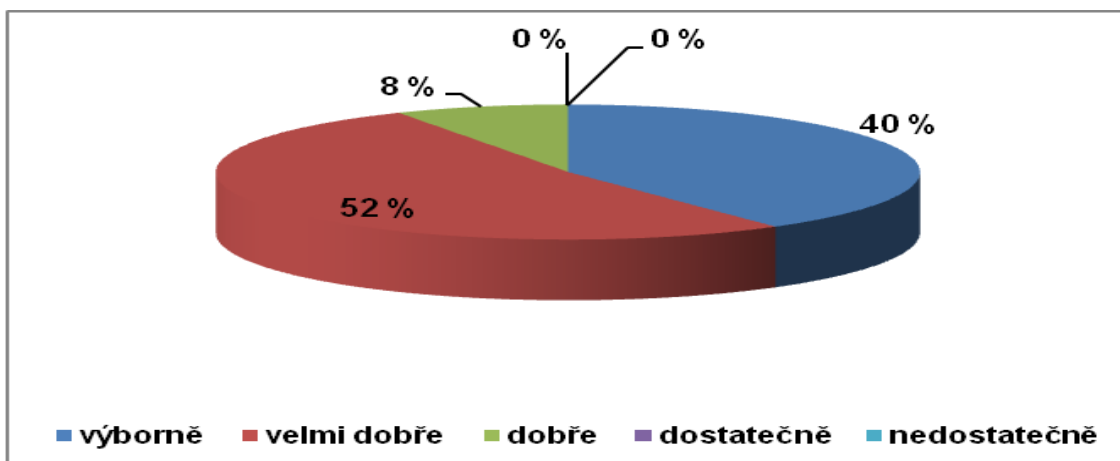
Graf 9 Srozumitelnost informací podaných ústní formou

Pelhřimov



Graf hodnotí srozumitelnost informací ústní formou: 8 (32 %) respondentů ji hodnotí výborně, 14 (56 %) velmi dobře, 3 (12 %) dobře, 0 (0 %) dostatečně, 0 (0 %) nedostatečně.

Tábor



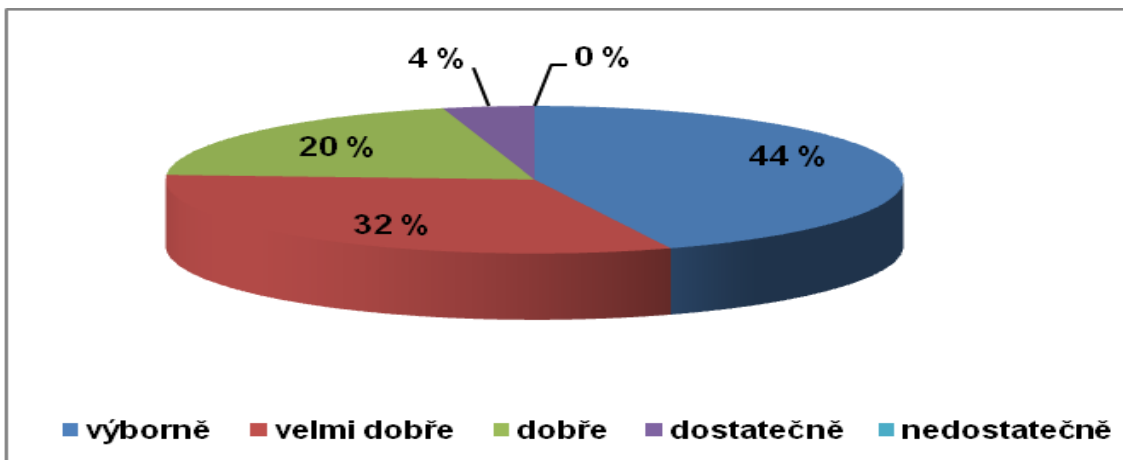
Graf hodnotí srozumitelnost informací ústní formou: 10 (40 %) respondentů ji hodnotí výborně, 13 (52 %) velmi dobře, 2 (8 %) dobře, 0 (0 %) dostatečně, 0 (0 %) nedostatečně.

Souhrn údajů - Graf 9 Zájem o podání informace

	PE	TA
ANO	24	23
NE	1	2
celkem	25	25

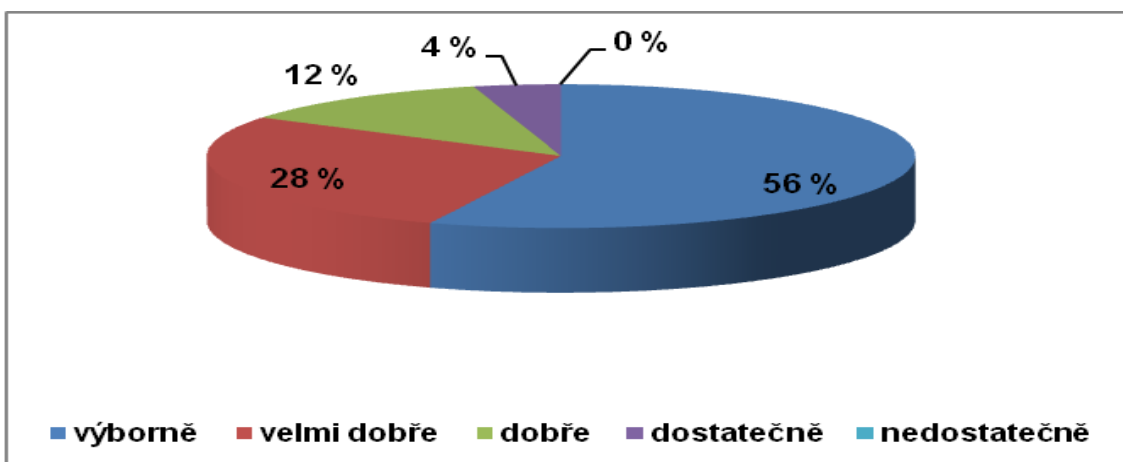
Graf 10 Srozumitelnost informací podaných písemnou formou

Pelhřimov



Graf hodnotí srozumitelnost informací písemnou formou: 11 (44 %) respondentů ji hodnotí výborně, 8 (32 %) velmi dobře, 5 (20 %) dobře, 1 (4 %) dostatečně, nedostatečně nikdo srozumitelnost nehodnotil.

Tábor



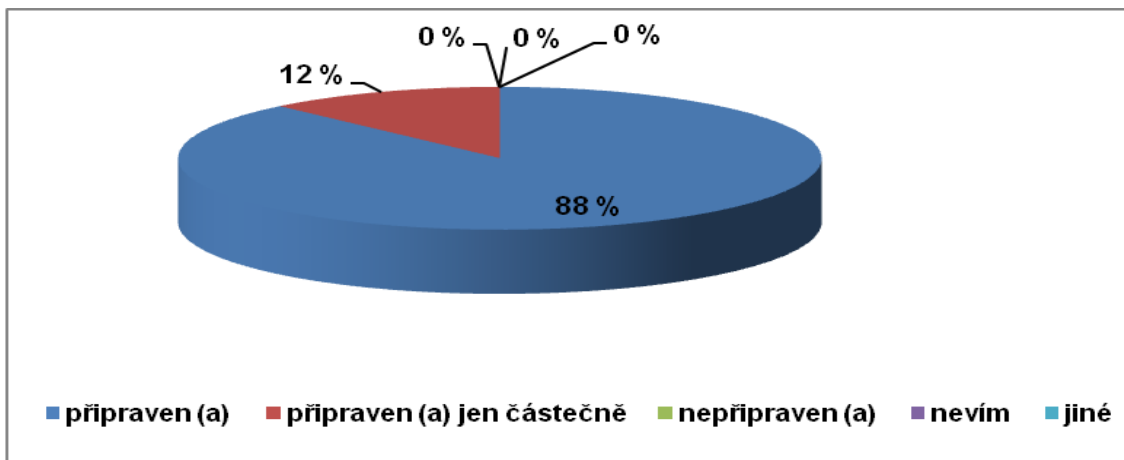
Graf hodnotí srozumitelnost informací písemnou formou: 14 (56 %) respondentů ji hodnotí výborně, 7 (28 %) velmi dobře, 3 (12 %) dobře, 1 (4 %) dostatečně, nedostatečně nikdo srozumitelnost nehodnotil.

Souhrn údajů - Graf 10 Srozumitelnost informací podaných písemnou formou

	PE	TA
výborně	11	11
velmi dobře	8	8
dobře	5	5
dostatečně	1	1
nedostatečně	0	0
celkem	25	25

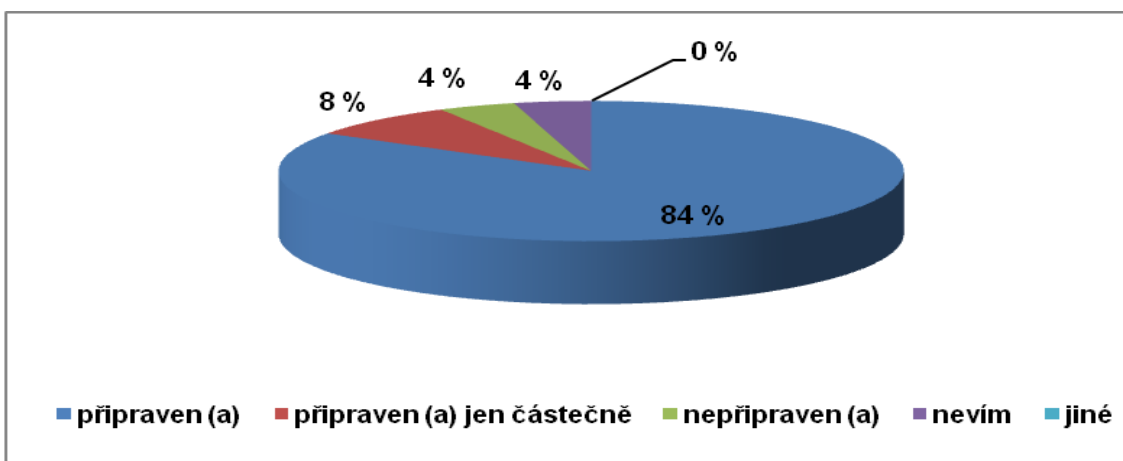
Graf 11 Přípravenost před endoskopickým vyšetřením

Pelhřimov



Graf informuje o připravenosti respondentů na vyšetření: 22 (88 %) respondentů uvedlo úplnou připravenost, 3 (12 %) jen částečnou, 0 (0 %) nepřípravenost, 0 (0 %) nevěděl, 0 (0 %) jiné.

Tábor



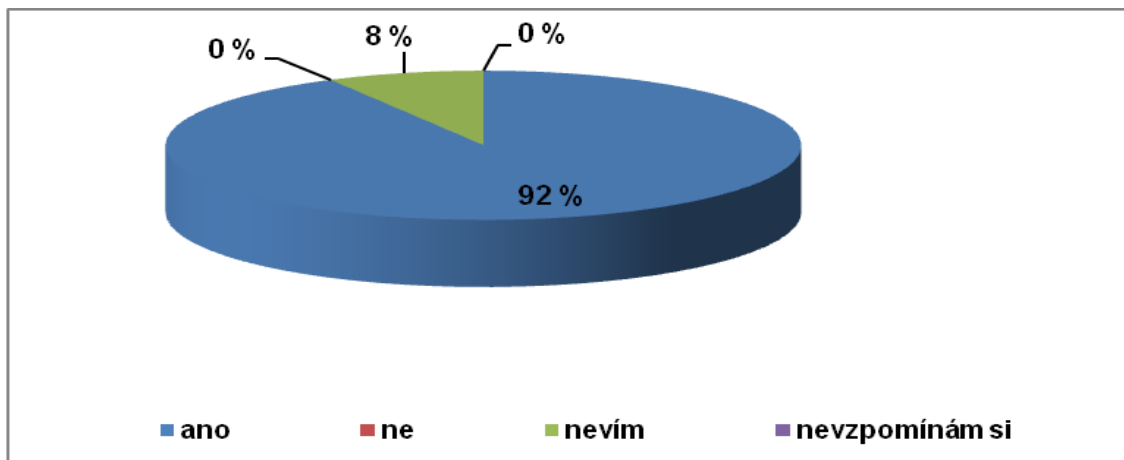
Graf informuje o připravenosti respondentů na vyšetření: 21 (84 %) respondentů uvedlo úplnou připravenost, 2 (8 %) jen částečnou, 1 (4 %) nepřípravenost, 1 (4 %) nevěděl, 0 (0 %) jiné.

Souhrn údajů - Graf 11 Přípravenost před endoskopickým vyšetřením

	PE	TA
přípraven	22	21
jen částečně	3	2
nepřípraven	0	1
nevím	0	1
jiné	0	0
celkem	25	25

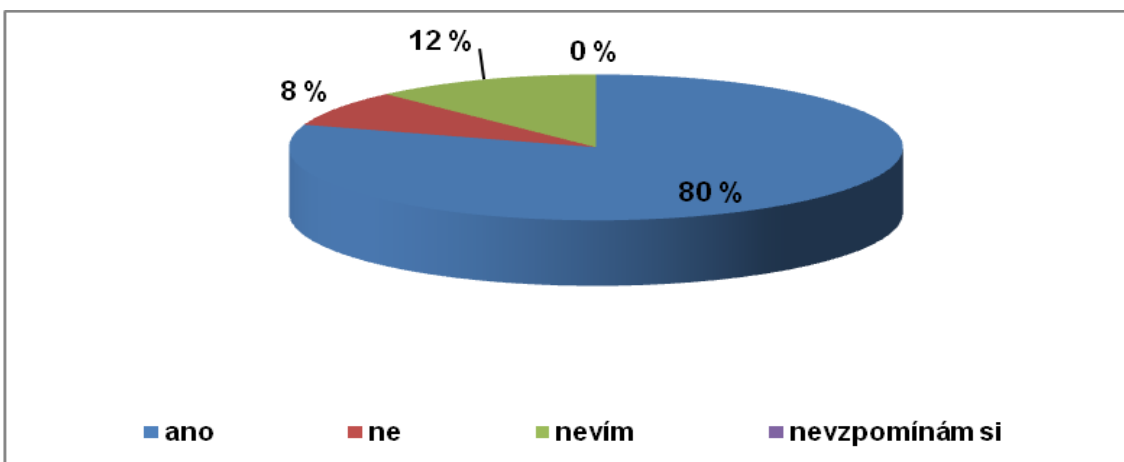
Graf 12 Předložení písemného informovaného souhlasu

Pelhřimov



Graf informuje o předložení písemného informovaného souhlasu: 23 (92 %) obdrželo informovaný souhlas, 0 (0 %) neobdrželo, 2 (8 %) neví, 0 (0 %) si nevzpomíná.

Tábor



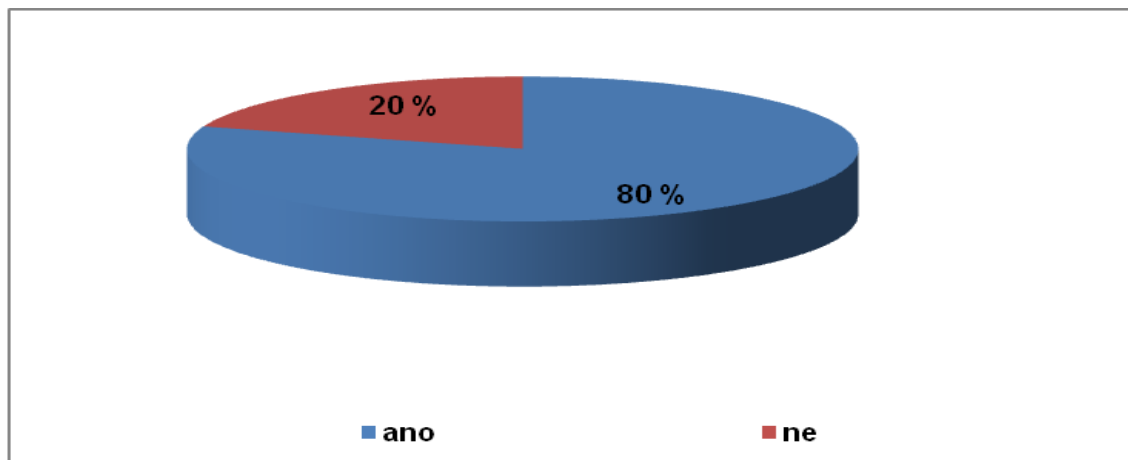
Graf informuje o předložení písemného informovaného souhlasu: 20 (80 %) obdrželo informovaný souhlas, 2 (8 %) neobdrželo, 3 (12 %) neví, 0 (0 %) si nevzpomíná.

Souhrn údajů - Graf 12 Předložení písemného informovaného souhlasu

	PE	TA
ano	23	20
ne	2	2
nevím	0	3
nevzpomínám si	0	0
celkem	25	25

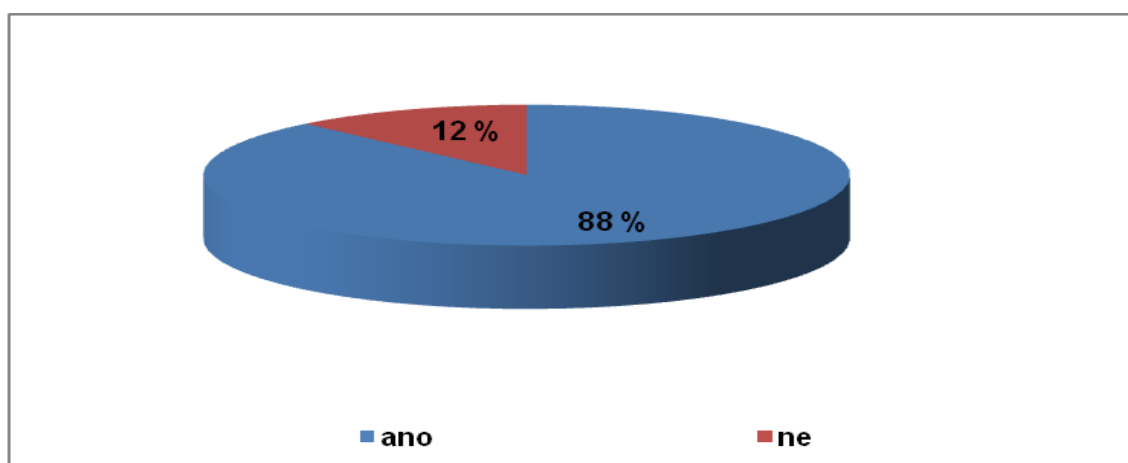
Graf 13 Podání informace o komplikacích během endoskopického výkonu

Pelhřimov



Graf informuje, zda respondenti byli informováni o komplikacích během výkonu: 20 (80 %) bylo informováno, 5 (20 %) nebylo informováno.

Tábor



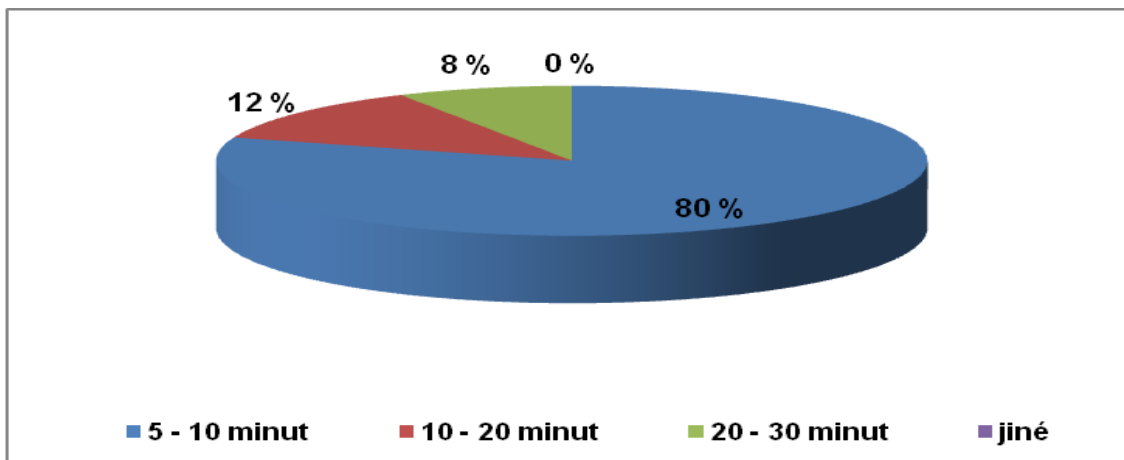
Graf informuje, zda respondenti byli informováni o komplikacích během výkonu: 22 (88 %) bylo informováno, 3 (12 %) nebylo informováno.

Souhrn údajů - Graf 13 Podání informace o komplikacích během endoskopického výkonu

	PE	TA
ANO	20	22
NE	5	3
celkem	25	25

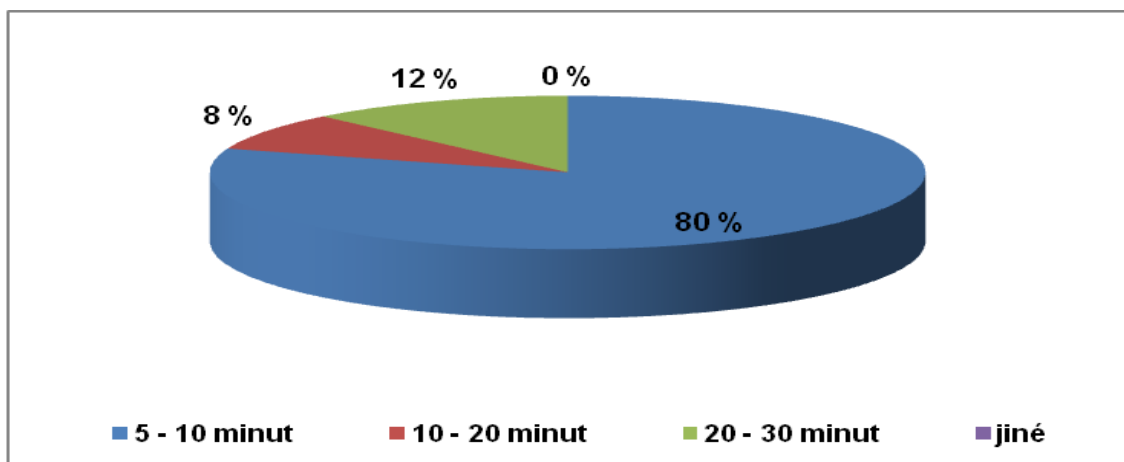
Graf 14 Čas věnovaný podaným informacím před endoskopickým vyšetřením

Pelhřimov



Graf sděluje, kolik času věnuje personál k podání informací: 5-10 minut bylo věnováno 20 (80 %) respondentům, 10-20 minut 3 (12 %), 20-30 minut 2 (8 %), jiné 0 (0 %).

Tábor



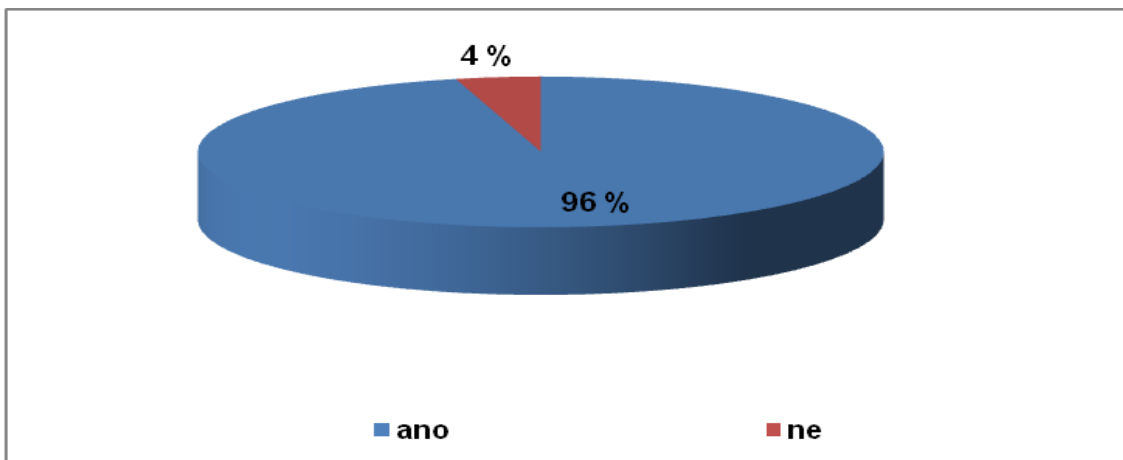
Graf sděluje, kolik času věnuje personál k podání informací: 5-10 minut bylo věnováno 20 (80 %) respondentům, 10-20 minut 2 (8 %), 20-30 minut 3 (12 %), jiné 0 (0 %).

Souhrn údajů - Graf 14 Čas věnovaný podaným informacím před endoskopickým vyšetřením

	PE	TA
5 - 10 minut	20	20
10 - 20 minut	3	2
20 - 30 minut	2	3
jiné	0	0
celkem	25	25

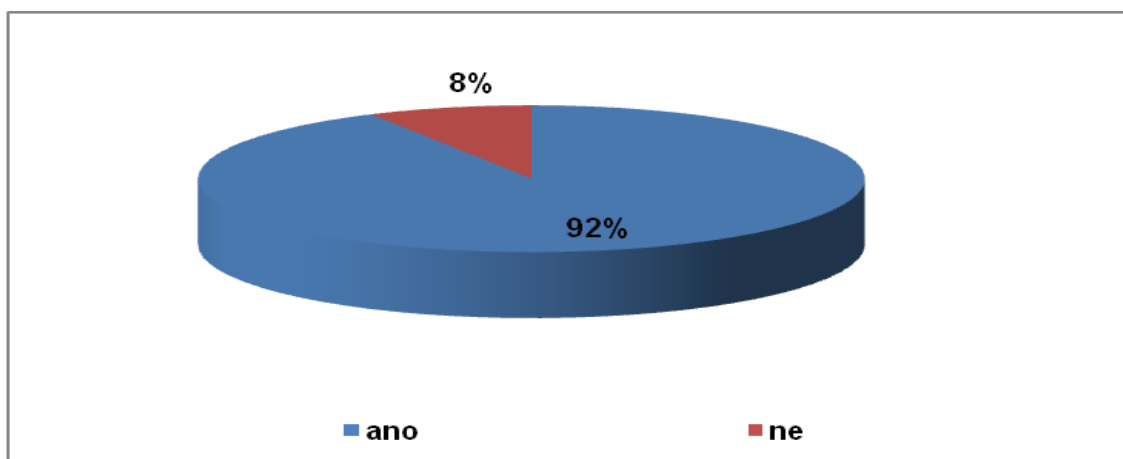
Graf 15 Přehled o obdržení informací s doporučením

Pelhřimov



Graf vyjadřuje obdržení informace s doporučeními před výkonem: 24 (96 %) respondentů sdělilo, že informace obdrželo, 1 (4 %) informaci neobdržel.

Tábor



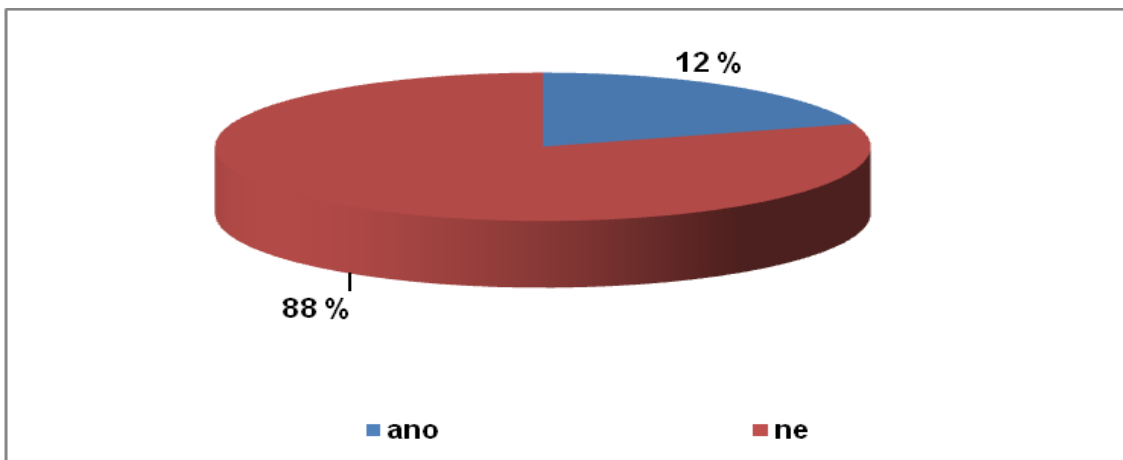
Graf vyjadřuje obdržení informace s doporučeními před výkonem: 23 (92 %) respondentů sdělilo, že informace obdrželo, 2 (8 %) informaci neobdržel.

Souhrn údajů - Graf 15 Přehled o obdržení informací s doporučením endoskopického výkonu

	PE	TA
ANO	24	23
NE	1	2
celkem	25	25

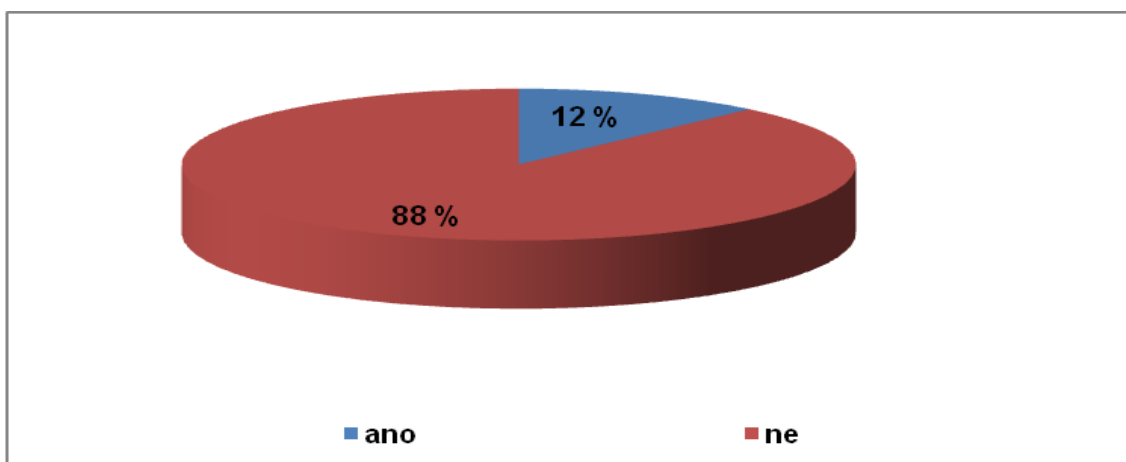
Graf 16 Změna způsobu podání informací před endoskopickým vyšetřením

Pelhřimov



Graf informuje o souhlasu respondentů se způsobem podání informací: 3 (12 %) by informace změnil, 22 (88 %) informace vyhovují.

Tábor



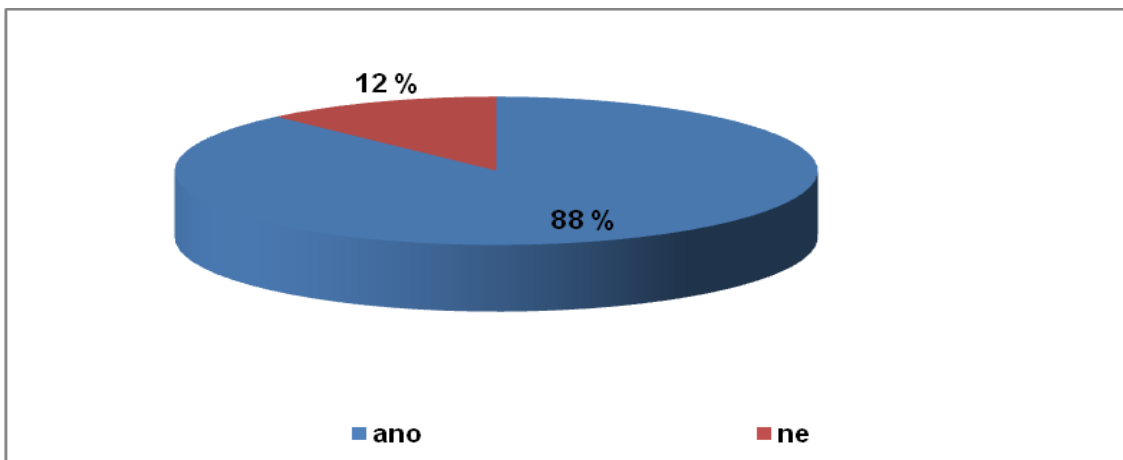
Graf informuje o souhlasu respondentů se způsobem podání informací: 3 (12 %) by informace změnil, 22 (88 %) informace vyhovují.

Souhrn údajů - Graf 16 Změna způsobu podání informací před endoskopickým výkonem

	PE	TA
ANO	3	3
NE	22	22
celkem	25	25

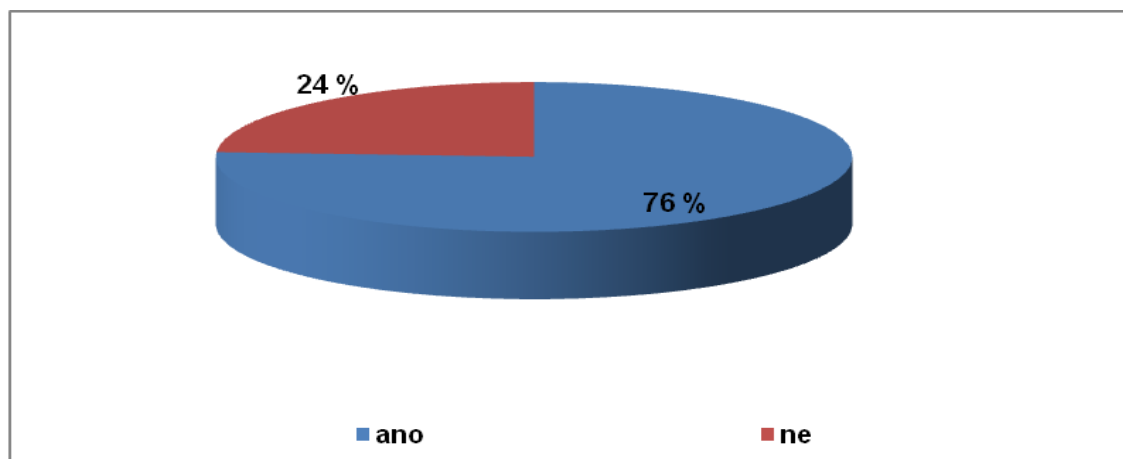
Graf 17 Obdržení informačního letáku nebo brožurky

Pelhřimov



Graf informuje, že 22 (88 %) respondentů obdrželo brožurku či leták, 3 (12 %) neobdrželi nic.

Tábor



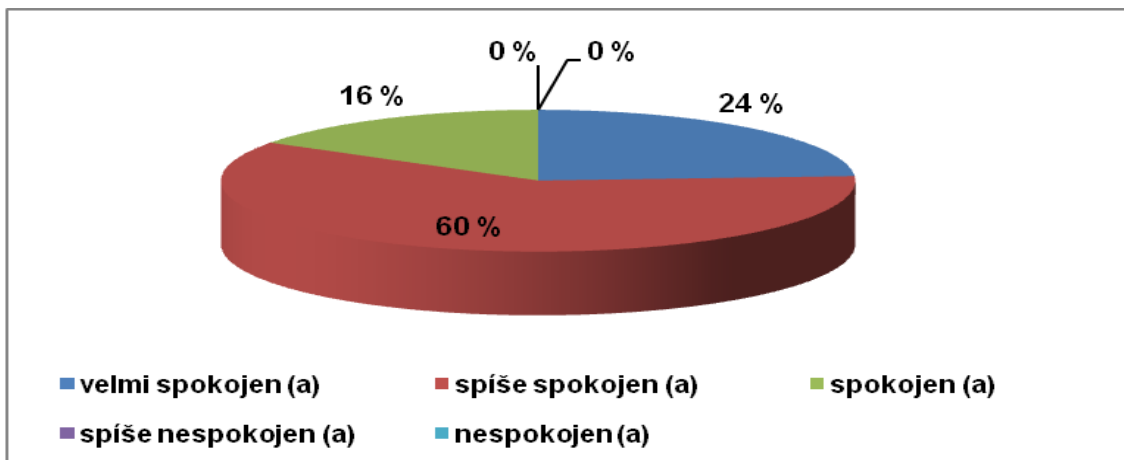
Graf informuje, že 19 (76 %) respondentů obdrželo brožurku či leták, 6 (24 %) neobdrželo nic.

Souhrn údajů - Graf 17 Obdržení informačního letáku nebo brožurky

	PE	TA
ANO	22	19
NE	3	6
celkem	25	25

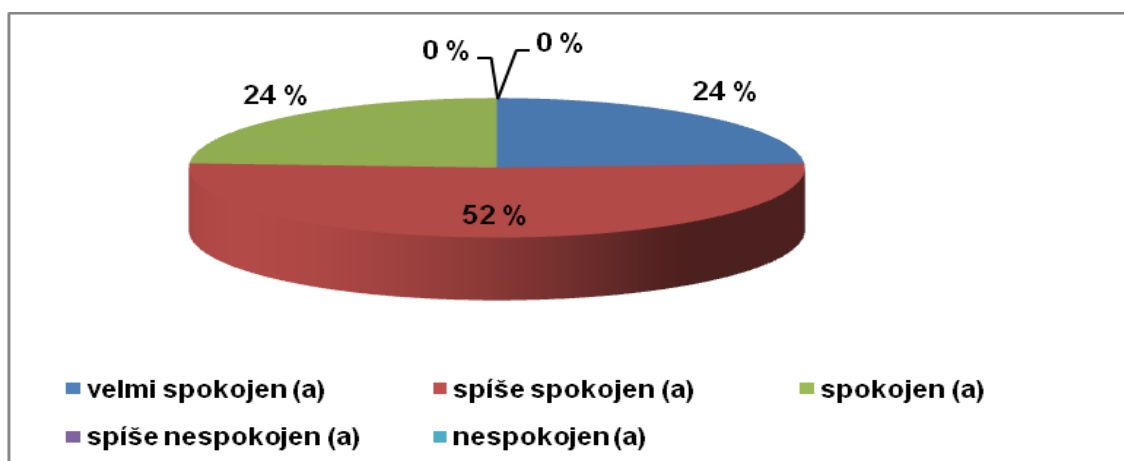
Graf 18 Hodnocení spokojenosti s podanými informacemi

Pelhřimov



Graf dokládá spokojenost respondentů s podanými informacemi: 6 (24 %) je velmi spokojeno, 15 (60 %) spíše spokojeno, 4 (16 %) spokojeno. 0 (0 %) spíše nespokojen, 0 (0 %) nespokojen.

Tábor



Graf dokládá spokojenost respondentů s podanými informacemi. 6 (24 %) je velmi spokojeno, 13 (52 %) spíše spokojeno, 6 (24 %) spokojeno, 0 (0 %) spíše nespokojen, 0 (0 %) nespokojen.

Souhrn údajů - Graf 18 Hodnocení spokojenosti s podanými informacemi

	PE	TA
velmi spokojen	6	6
spíš spokojen	15	13
spokojen	4	6
spíše nespokojen	0	0
nespokojen	0	0
celkem	25	25

10 Diskuze

V diskuzi bychom chtěli zhodnotit výsledek průzkumného šetření na téma informovanost pacientů před endoskopickým vyšetřením. Průzkumné šetření jsme prováděli ve vybraných nemocnicích v městech Pelhřimov a Tábor. Kde jsem po domluvě s hlavními sestrami rozdala dotazníky na požadovaná oddělení (interna, chirurgie, gynekologie, jiné (urologie a ambulance)).

V teoretické části bylo cílem zmapovat informovanost pacientů před endoskopickým vyšetřením a jejich informovanost před vyšetřením. Podle dosažených informací se cíl průzkumu splnil. Věřím, že po přečtení mé bakalářské práce, budou pacienti, kteří si tuto práci přečetli, lépe informováni o endoskopickém vyšetření, která se provádí v jejich nemocnicích.

Cíle praktické části se nám také podařilo naplnit. Prostřednictvím tabulek a grafů vyhodnocujeme míru podaných informací, a také jak pacienti rozuměli informacím. Ve vybraných otázkách porovnáváme výsledky dotazníkového šetření s šetřením z roku 2008, kdy byl proveden podobný průzkum v nemocnici Tábor. A dále zjišťujeme informovanost pacientů v nemocnicích Pelhřimov a Tábor v roce 2012/2013.

Pokud srovnáme Nemocnici Tábor z roku 2012/2013 a Nemocnici Tábor z roku 2008. Z čehož vyplývá, že v roce 2012/2013 je lepší informovanost pacientů před endoskopickým vyšetřením než byla v roce 2008. Domníváme se, že tento průzkum ukazuje na zlepšení kvality informovanosti, z důvodu lépe dostupných informací než bylo dříve. A to především díky novým možnostem se zdokonalovat v komunikaci s pacientem, pomocí kurzů, školení a vzdělání zdravotnického personálu.

Po vyhodnocení dotazníkových otázek, bylo zjištěno, že Nemocnice Pelhřimov a Tábor jsou srovnatelné, co se týče v informovanosti pacientů z endoskopického vyšetření. Další vyhodnocení nám ukázalo, že k nejlépe informovaným pacientům v Nemocnici Tábor patří pacienti na chirurgickém oddělení, kde 48 % respondentů označilo, že informace o vyšetření byla dostačující a nejlépe srozumitelná. Ostatní oddělení, kde se provádí endoskopická vyšetření, označili respondenti v informovanosti takto – interna 28 %, gynekologie 20 % a jiná oddělení 4 %, což zahrnuje ambulance a urologie.

V Nemocnici Pelhřimov k nejlépe informovaným pacientům, kteří podstupují endoskopické vyšetření, patří pacienti na interním oddělení. Toto oddělení označilo 40 % respondentů. Oproti Nemocnici Tábor chirurgické oddělení se umístilo na druhém místě a to s 32%. Jiná oddělení již nikdo neoznačil. Zde je vidět, že informovanost pacientů na odděleních i když jsou ze stejné nemocnice, je různá. Obě nemocnice se také liší v odpovědích, kde se respondenti vyjadřovali, k obdrženým informačním letákům. Z daného průzkumu vyplývá, že Nemocnice Pelhřimov je lépe vybavena informačními letáky než Nemocnice Tábor.

Od průzkumu bylo očekáváno, že se potvrdí všechny naše hypotézy. Hypotéza č. 1 se nám potvrdila. Tuto hypotézu jsme si ověřovali otázkami: 3,4,5,7,8,11,12.

Hypotéza č. 2 se také potvrdila. Předpokládali jsme, že nejčastější formou informovanosti je ústně podaná informace. K ověření této hypotézy nám pomohly otázky: 6,9,10.

Hypotéza č. 3 se nepotvrdila vůbec. Předpokládali jsme, že věková skupina 46 až 60 a více, je lépe informovaná, než skupiny 18 až 30 a 31 až 45. V průzkumovém šetření jsme zjistili, že tomu tak není. Nejvíce je informovaná skupina 31-45. Nemocnice Pelhřimov měla v tomto věku 10 respondentů a Nemocnice Tábor 9 respondentů. Předpokládali jsme, že skupina ve věku 46-60 a více budou lépe informováni z důvodu přihlídnutí k věku, kdy jsme si mysleli, že této věkové skupině by se měl zdravotnický personál více věnovat a sdělit jim přesnější informace o zákroku.

Hypotéza č. 4 se nám částečně potvrdila. Předpokládali jsme, že pacienti nevyžadují změny při podání informací před endoskopickým vyšetřením. 12 % pacientů v Táboře a Pelhřimově odpovědělo, že by si přálo mít změnu a to v tom, že bude lepší grafika brožurek, nebo více obrázků v informovaném souhlasu. Také se zde objevily dvě odpovědi, aby si na ně zdravotnický personál udělal více času. Na tuto hypotézu se nám vztahovaly dvě otázky a to s číslem 16,17.

V této bakalářské práci se najdou otázky (13,14,15,18), které se zcela nevztahovaly na určené hypotézy. Avšak pomohly lépe zformulovat diskuzi, a také se zjistilo, že na všech odděleních v uvedených nemocnicích není stejný stupeň informovanosti.

11 Doporučení pro praxi

Na základě mého zjištění bych ráda navrhla několik řešení a doporučení, jak správně pečovat o pacienty, kteří podstupují endoskopické vyšetření.

Management zdravotnického zařízení (vrchní sestry, staniční sestry):

- Realizovat vznik edukačních materiálů pro pacienty a jejich nejbližší příbuzné.
- Podporovat vzdělávání sester a dalšího nelékařského zdravotního personálu v oblasti specifik, které se týkají endoskopického vyšetření (kurzy, školení, návody, přednášky)
- Pravidelně hodnotit kvalitu poskytované péče (například formou dotazníků).

Všeobecné sestry a další nelékařský zdravotnický personál:

- Zkvalitnit komunikační dovednosti s pacienty a jejich rodinami.
- Vzdělávat se v oblasti endoskopií, měly by navštěvovat kurzy, školení, přednášky
- Podporovat pacienty v dodržování léčby a všech nutných opatření.
- Podílet se na tvorbě edukačních materiálů
- Udělat si vždy dost času na podání informací

Pacienti a jejich rodinní příslušníci:

- Aktivně spolupracovat s lékaři, se všeobecnými sestrami a s jiným nelékařským zdravotnickým personálem.
- Pozorně poslouchat poskytnuté informace
- Striktně dodržovat nastavený režim a všechna potřebná doporučení.
- Vždy se zajímat o edukační materiál

Závěr

Problematika informovanosti pacienta před endoskopickým vyšetřením je stále aktuální téma. Endoskopické výkony se mohou provádět až po srozumitelném a jasném poučení pacienta. Ten musí mít možnost opakovaně se zeptat na postup vyšetření a případné zdravotní komplikace. Lékař je pak povinen podat pacientovi vždy pravdivé a srozumitelné informace, které ho vedou k přesvědčení podstoupit endoskopické vyšetření.

Cílem této práce je zmapovat informovanost pacientů před endoskopickým vyšetřením a vedlejší cíl jakou formou jsou pacienti informováni před vyšetřením. Cíl práce byl splněn.

Hypotéza 1: „Předpokládáme, že pacienti před endoskopickým vyšetřením jsou informováni“, byla potvrzena.

Hypotéza 2: „Předpokládáme, že nejčastější formou informovanosti před endoskopickým vyšetřením je ústně podaná informace.“, byla potvrzena.

Hypotéza 3: „Předpokládáme, že věková skupina 46 až 60 a více, je lépe informovaná, než skupiny 18 až 30 a 31 až 45“, tato nebyla potvrzena.

Hypotéza 4: „Předpokládáme, že pacientům před endoskopickým vyšetřením vyhovují informace uvedené v brožurách“, byla částečně potvrzena.

Výsledky výzkumu mohou vést k zamyšlení, jak by se ještě více dala zlepšit informovanost pacientů před endoskopickým vyšetřením. O jaké zlepšení se jedná, popisujeme v doporučení pro praxi. Ohleduplný přístup lékaře a sestry vede pacienta k přesvědčení podstoupit endoskopické vyšetření, jehož význam pak spočívá především v přesném stanovení diagnózy a následné i kratší době léčení.

Seznam literatury

1. AABAKKEN, L. a kol. 1999. *Gastrointestinálna endoskopia*. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 1999, 233 s. ISBN 80-85800-11-X.
2. BALVÍNOVÁ, M. *Má sestra poučovat pacienty?* Sestra. 2000, č. 2, strana 5. ISSN 1210-0404
3. BURIÁNEK, J. 2005. *Lékařské tajemství, zdravotnická dokumentace a související právní otázky*. Praha: Linde, 2005, 204 s. ISBN 80-7201-544-3.
4. ČECHALOVÁ, V., MELLANOVÁ, A., ROZSYPALOVÁ, M. 1997. *Speciální psychologie*. 2. vyd. Brno: Informatorium, 1997, 174 s. ISBN 80-7013-243-4.
5. DÍTĚ, P. a kol. 1994. *Endoskopické, funkční a morfologické vyšetření v gastroenterologii*. 1. vydání. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví Brno, 1994, 146 s. ISBN 80-7013-183-7.
6. DÍTĚ, P. et al., 1996. *Základy digestivní endoskopie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1996, 240 s. ISBN 80-7169-237-9.
7. FRÝDECKÁ, H., JEDLIČKOVÁ, O., MELLANOVÁ, A., et al. *Lemon 2*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1997. 134 s. Učební texty pro sestry a porodní asistentky. ISBN 80-7013-238-8.
8. GLADKIJ, I. a kol. 2003. *Management ve zdravotnictví*, 1. vyd. Praha: Computer Press, 380 s. ISBN 80-7226-996-8.
9. GULÁŠOVÁ, I. *Osobní a profesní vlastnosti sestry*. Sestra. 2004. ročník VI. č. 6. strana 8-9. ISSN 1210-0404.
10. HALUZÍKOVÁ, J. *Edukace – nástroj léčby*, Sestra. 2003, č. 4, strana 14. ISSN 1210-0404.
11. HAŠKOVCOVÁ, H. 2007. *Informovaný souhlas proč a jak?* 1. vyd. Praha: Galén, 2007, 104 s. ISBN 978-80-7262-497-3.

12. HONZÁK, R. 1999. *Komunikační pasti v medicíně*. 2. doplněné vydání Praha: Galén, 1999, 165 s. ISBN 80-7262-032-0.
13. HOŘEJŠÍ, J. Endoskopie. [online]. 2006 [cit. 2012-11-27]. Dostupné z: http://gerstner.felk.cvut.cz/biolab/X33BMI/referaty/2005_2006_LS/1100/Horejsi/Endoskopie.ppt.
14. Kolektiv autorů. 2007, *Výkladový ošetřovatelský slovník*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 568 s. ISBN 978-80-247-2240-5.
15. KOUDELKOVÁ, V. Endoskopie. [online]. 2005 [cit. 2012-11-28]. Dostupné z http://www.eamos.cz/amos/kos/modules/low/kurz_text.php?idkap=21&kodkurzu=kos_392.
16. KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVIEROVÁ, R. 1995. *Ošetřovatelstvo 1*. 1. vyd. Martin: Osveta, 1995, 837s. ISBN 80-217-0528-0.
17. KRIŠKOVÁ, A. et al. 2006. *Ošetřovatelské techniky: Metodika sesterských činností*. 2. vydání. Martin: Osveta, 2006, 779 s. ISBN 80-8063-202-2.
18. KŘIČKOVÁ, J. Moderní endoskopické vyšetřovací metody v ORL. *Sestra*. 2010, roč. 20, č. 11, s. 68-70. ISSN 1210-0404.
19. KŘIVOHLAVÝ, J. 2002. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008, 200 s. ISBN 80-247-0179-0.
20. LINHARTOVÁ, V. 2007. *Praktická komunikace v medicíně*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007, 152 s. ISBN 978-80-247-1784-5.
21. LUKÁŠ, K., a kol., 2005. *Gastroenterologie a hepatologie pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005, 288 s. ISBN 80-247-1283-0.
22. MÁLEK, J., ŠIMEK, J. 2000. *Základy komunikace anesteziologa s pacientem a příbuznými*. Anesteziologie a neodkladná péče 2000, ročník 11, č. 6, strana 276-282. ISSN 0862-4968.

23. MIKŠOVÁ, Z.; FROŇKOVÁ, M.; ZAJÍČKOVÁ, M. 2003. *Kapitoly z ošetrovatelské péče IV.: Ošetrovatelský proces při odběru biologického materiálu a endo-skopickém vyšetření*. 1. vyd. Valašské Meziříčí: Nalios, 2003. 93 s.
24. NAKONEČNÝ, M. 1999. *Sociální psychologie*. 1. vyd. Praha: Academia, 1999, 287 s. ISBN 80-200-0690-7.
25. NEJEDLÁ, M., SVOBODOVÁ, H., ŠAFRÁNKOVÁ, A. 2004. *Ošetrovatelství III/2*. 1. vyd. Praha: Informatorium, 2004, 158 s. ISBN 80-7333-031-8.
26. STAŇKOVÁ, M. 2002. *České ošetrovatelství: praktická příručka pro sestry 11. Sestra – reprezentant profese*. Brno: IDVPZ, 2002. ISBN 80-7013-368-6.
27. ŠAFRÁNKOVÁ, A., NEJEDLÁ, M. 2006, *Interní ošetrovatelství I*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 284 s. ISBN 978-80-247-1148-5.
28. ŠTÁLOVÁ, L., STEHLÍK, J. Kapslová endoskopie. *Sestra*. 2005, roč. 15, č. 10, s. 45-47. ISSN 1210-0404.
29. TACHECÍ, I., a kol. 2007, Kapslová endoskopie - standard endoskopického vyšetření tenkého střeva. *Česká a Slovenská gastroenterologie a hematologie*, 2007, roč. 61, č. 5, s. 269-275. ISSN 1804-7874.
30. VALENTA, J. 2007, et al. *Základy chirurgie*. 2. vyd. Praha: Galén, 2007. 277 s. ISBN 978-80-7262-403-4.
31. VONDRÁČEK, L., LUDVÍK, M. 2003. *České ošetrovatelství 12, zdravotnické právo v ošetrovatelské praxi*. Brno: IDVPZ, 2003. 74 s. ISBN 80-7013-376-7.
32. *Zdravcentra.cz: Zákon č.20/1966 Sb.* [online]. 2004 , 23.8.2005 [cit. 2012-11-25]. Dostupný z: <https://www.zdravcentra.cz/cps/rde/xchg/zc/xsl/6744_4092.html>.

Přílohy

Příloha A Informovaný souhlas pacienta s kolonoskopií v Pelhřimově	II
Příloha B Informovaný souhlas pacienta s kolonoskopií v Táboře.....	III
Příloha C: Informovaný souhlas pacienta s gastroskopií v Pelhřimově	V
Příloha D Informovaný souhlas pacienta s gastroskopií Táboře.....	VI
Příloha E Informovaný souhlas pacienta s ERCP vyšetřením v Pelhřimově	VIII
Příloha F Informovaný souhlas pacienta s ERCP vyšetřením v Táboře	X
Příloha G Souhlas Nemocnice Pelhřimov, p. o. s průzkumem.....	XII
Příloha H Souhlas Nemocnice Tábor, a.s. s průzkumem	XIII
Příloha CH Dotazník pro pacienty podstupující endoskopické vyšetřovací metody ...	XIV
Příloha I: Kolonoskop.....	XVII
Příloha J Endoskop používaný při ERCP vyšetření	XVII
Příloha K Detail endoskopu používaného při ERCP vyšetření	XVII
Příloha L Endoskopický sálek pro ERCP vyšetření.....	XVIII
Příloha M Ukázka rozmístění antén pro přijímání signálu od kapsle při kapslové endoskopii.....	XVIII
Příloha N Datarekordér používaný při kapslové endoskopii	XVIII
Příloha O Monitor zobrazující průběh endoskopických vyšetření.....	XIX
Příloha P Vyhodnocovací technika při endoskopiích	XIX
Příloha R Myčka endoskopů.....	XX

Příloha A Informovaný souhlas pacienta s kolonoskopií v Pelhřimově



tel.: 565 355 111
fax: 565 324 645
e-mail: hospital@hospital-pe.cz

NEMOCNICE PELHŘIMOV
příspěvková organizace
Slovanského bratrství 710
393 38 Pelhřimov

Informační souhlas s kolonoskopií

Jméno a příjmení pacienta:

Dobrý den,

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

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

Vyšetření bude provedeno podle uznávaných moderních lékařských postupů a za dodržení všech zásad správné klinické praxe. Přesto by velmi vzácně mohlo dojít ke komplikaci výkonu (např. ke krvácení, zcela výjimečně i porušení stěny tračnicku).

V případě podezření na komplikaci vzniklou v souvislosti s endoskopickým vyšetřením, kontaktujte prosím chirurgickou ambulanci – **telefon 565 355 721, 565 355 722.**

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

Pokud je podána analgesedace (léky do žíly), měl by pacient v následujících 24 hodinách po výkonu dodržovat relativní klid, **n e s m í** řídit motorové vozidlo a pít alkoholické nápoje.

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

Máte-li jakékoliv doplňující otázky, neostýchejte se zeptat.

Pacient (zákonný zástupce) p r o h l a š u j e, že plně porozuměl poučení lékaře a nevyžaduje již další vysvětlení. S navrženým postupem lékaře s o u h l a s í.

.....
podpis lékaře

.....
podpis pacienta (zákonného zástupce)

V Pelhřimově dne

Zdroj: Nemocnice Pelhřimov

Záznam k pohovoru s lékařem o endoskopii dolního zažívacího traktu (koloskopie)

Jméno pacienta

INFORMUJTE SE PROSÍM!

Vážený a milý paciente,

k zákroku, který Vám doporučujeme, je potřeba Vašeho souhlasu.

Abyste se mohl rozhodnout, informujeme Vás v tomto záznamu a pohovoru o způsobu, významu a případných komplikacích plánovaného zákroku.

PROČ DOPORUČUJEME ENDOSKOPII TLUSTÉHO STŘEVA?

Léčba nabízí tím lepší vyhlídky na úspěch, čím přesněji a dříve může lékař určit druh a rozsah onemocnění. Na základě Vašich potíží nebo jako preventivní opatření k časnému rozpoznání možných chorobných změn v zažívacím traktu se u Vás pokládá za žádoucí endoskopie tlustého střeva. Čím je střevo čistější, tím lepší jsou podmínky k vyšetření. Dodržujte proto, prosím, svědomitě poučení k čištění střeva.

VYŠETŘOVACÍ POSTUP

Ohebný optický přístroj (endoskop) se zasune konečníkem až do míst, kde tenké střevo ústí do tlustého, což může být bolestivé. V případě nutnosti dostanete uklidňující injekci tišící bolest. Vpravením vzduchu je možné prohlédnout tlusté střevo a tak zjistit chorobné změny. Při zákroku mohou být odebrány malými kleštěmi vzorky tkáně a elektrickou smyčkou odstraněny polypy.

MOŽNÉ KOMPLIKACE

Absolutní bezrizikovitost svých opatření nemůže zaručit žádný lékař. Pokud nemáte zvláštní sklon ke krvácení, vede odběr vzorku tkáně pouze k malému krvácení. Alergické reakce na uklidňující injekci, větší krvácení (např. odstraněním polypů) nebo poranění střeva jsou velmi vzácné. Abychom snížili riziko krvácení a místního umrtvení na minimum, zodpovězte nám, prosím, následující otázky:

1. Máte zvýšený sklon ke krvácení již po malých poraněních nebo po vytržení zubu? ne – ano
2. Vznikají Vám snadno na kůži krevní podlitiny nebo se k tomu vyskytuje náchylnost ve Vašem pokrevním příbuzenstvu? ne – ano
3. Trpíte sennou rýmou, přecitlivělostí vůči potravinám, lékům, náplastem, lékům na místní znecitlivění? ne – ano
4. Měl/a jste dříve po vyšetření s kontrastními látkami kopřivku, svědění, či celkovou reakci? ne – ano
5. Léčíte se pro srdeční či plicní onemocnění (například srdeční vadu, poruchy srdečního rytmu, anginu pectoris, vysoký krevní tlak, průduškové asthma) nebo máte implantovaný kardiostimulátor? ne – ano
6. Jste po operaci srdce, plic, žaludku, střeva? ne – ano
7. Trpíte chronickým onemocněním (např. zelený zákal, epilepsie)? ne – ano
8. Pro ženy v reprodukčním věku: můžete být těhotná? ne – ano

CHOVÁNÍ PO VYŠETŘENÍ

Pokud jste dostal/a uklidňující injekci, nesmíte vzhledem k omezení Vašich reakcí během následujících 24 hodin řídit automobil nebo obsluhovat stroj. Informujte okamžitě svého lékaře, jestliže budete po vyšetření pociťovat bolesti břicha nebo zjistíte-li krvácení z konečníku.

Zeptejte se nás, prosím, pokud jste něčemu neporozuměl/a nebo se chcete dozvědět více o vyšetření, případných jiných vyšetřovacích metodách, možných komplikacích a jejich četnosti, jakož i o jiných méně častých rizicích. Rádi Vám podáme informace v pohovoru.

Zeptejte se nás, prosím, na vše, co Vám připadá důležité.

Prohlášení pacienta po pohovoru.

Pan/paní Dr. _____
se mnou dnes vedl/a na základě odkazů v záznamu pohovor, při kterém jsem mohl/a položit všechny otázky, které mne zajímají.

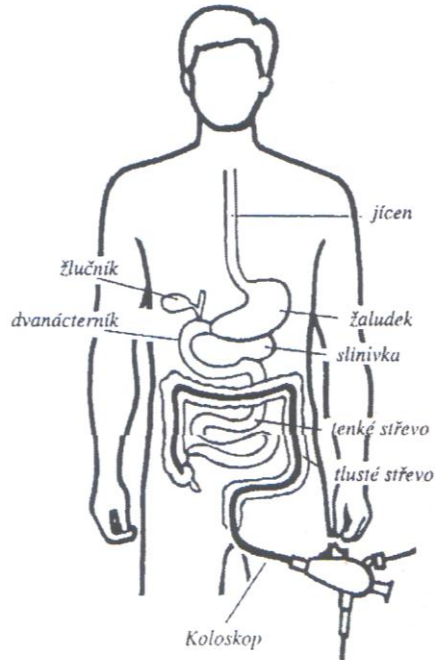
Souhlasím s tímto navrženým vyšetřením.
Souhlasím s nutnými následnými a vedlejšími zásahy.
NEBO
Nesouhlasím.

O možné újmě zamítnutí zásahu jsem byl/a informován/a.

Poznámka k pohovoru:

Datum:

podpis pacienta, popř. opatrovníka



Zjednodušené schematické znázornění

Zdroj: Nemocnice Tábor

Příloha C: Informovaný souhlas pacienta s gastrokopií v Pelhřimově



tel.: 565 355 111
fax: 565 324 645
e-mail: hospital@hospital-pe.cz

NEMOCNICE PELHŘIMOV
příspěvková organizace
Slovanského bratrství 710
393 38 Pelhřimov

Informační souhlas s gastrokopií

Jméno a příjmení pacienta:

Dobrý den,

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

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

Vyšetření bude provedeno podle uznávaných moderních lékařských postupů a za dodržení všech zásad správné klinické praxe. Přesto by velmi vzácně mohlo dojít ke komplikaci výkonu (např. ke krvácení, zcela výjimečně i porušení stěny trávicí trubice).

V případě podezření na komplikaci vzniklou v souvislosti s endoskopickým vyšetřením, kontaktujte prosím chirurgickou ambulanci – **telefon 565 355 721, 565 355 722**.

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

Pokud je podána analgesedace (léky do žíly), měl by pacient v následujících 24 hodinách po výkonu dodržovat relativní klid, **n e s m í** řídit motorové vozidlo a pít alkoholické nápoje.

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

Máte-li jakékoliv doplňující otázky, neostýchejte se zeptat.

Pacient (zákonný zástupce) p r o h l a š u j e, že plně porozuměl poučení lékaře a nevyžaduje již další vysvětlení. S navrženým postupem lékaře s o u h l a s í.

.....
podpis lékaře

.....
podpis pacienta (zákonného zástupce)

V Pelhřimově dne

Zdroj: Nemocnice Pelhřimov

Záznam k pohovoru s lékařem o endoskopii horního trávicího traktu (esophago-gastro-duodenoskopie)

Jméno pacienta

INFORMUJTE SE PROSÍM!

Vážený a milý paciente,

k zákroku, který Vám doporučujeme, je potřeba Vašeho souhlasu.

Abyste se mohl rozhodnout, informujeme Vás v tomto záznamu a pohovoru o způsobu, významu a případných komplikacích plánovaného zákroku.

PROČ DOPORUČUJEME GASTROSKOPII?

Léčba nabízí tím lepší vyhlídky na úspěch, čím přesněji a dříve může lékař určit druh a rozsah onemocnění. Na základě Vašich potíží nebo jako preventivní opatření k časnému rozpoznání možných chorobných změn v zažívacím traktu se u Vás pokládá za žádoucí endoskopie jícnu, žaludku a dvanácterníku. Možná již předcházelo rentgenové vyšetření těchto orgánů a hyl zjištěn nález, u kterého se má odběrem tkáně rozhodnout, zda musí být léčen operativně nebo medikamenty.

VYŠETŘOVACÍ POSTUP

U gastroskopie, která je zřídka bolestivá, se posunuje ohebný nástroj ústní dutinou a jícnem podobně jako žaludeční cévka do žaludku, popř. až do dvanácterníku. V případě nutnosti se hltna místně umrtví a Vy dostanete dodatečně uklidňující injekci. Vpravením vzduchu jsou sliznice zažívacího traktu a event. chorobné změny dobře přehledné. Odběr vzorku tkáně (biopsie) se provádí malými kleštěmi a je bezbolestný.

MOŽNÉ KOMPLIKACE

Absolutní bezrizikovitost svých opatření nemůže zaručit žádný lékař. Pokud nemáte zvláštní sklon ke krvácení, vede odběr vzorku tkáně pouze k malému krvácení. Alergické reakce na uklidňující injekci nebo umrtvení hltnu jsou velmi vzácné, stejně tak poranění nástrojem. Abychom snížili riziko krvácení a místního umrtvení na minimum, zodpovězte, prosím, následující otázky:

1. Máte zvýšený sklon ke krvácení již při malých poraněních nebo po vytržení zubu? ne – ano
2. Vznikají Vám snadno na kůži krvavé podlitiny nebo se k tomu vyskytuje náchylnost ve Vašem příbuzenstvu (pouze pokrevní příbuzní)? ne – ano
3. Trpíte sennou rýmou, přecitlivělostí vůči potravinám, lékům, náplastem, lékům na místní umrtvení? ne – ano
4. Trpíte chronickým onemocněním (např. zelený zákal, epilepsie)? ne – ano
Jestliže ano, kterým?

Az oo vyseireni a z nouiny pote nic nejst a nepit. Pokud jste dostal/a uklidňující injekci, nesmíte vzhledem k omezení Vašich reakcí během následujících 24 hodin řídit automobil nebo obsluhovat stroj.



ONT-111



JANSSEN-CILAG

divize firmy Johnson & Johnson s. r. o.

Táboritká 23, 130 87 Praha 3

Tel.: 02/ 6709 2270-5

Fax: 02/ 627 26 51

Zeptejte se nás, prosím, pokud jste něčemu neporozuměl/a nebo se chcete dozvědět více o vyšetření, případných jiných vyšetřovacích metodách, možných komplikacích a jejich četnosti, jakož i o jiných méně častých rizicích. Rádi Vám podáme informace v pohovoru.

Zeptejte se nás, prosím, na vše, co Vám připadá důležité.

Prohlášení pacienta po pohovoru.

Pan/paní Dr. _____
se mnou dnes vedl/a na základě odkazů v záznamu pohovor, při kterém jsem mohl/a položit všechny otázky, které mne zajímají.

Souhlasím s tímto navrženým vyšetřením.

Souhlasím s nutnými následnými a vedlejšími zásahy.

NEBO

Nesouhlasím.

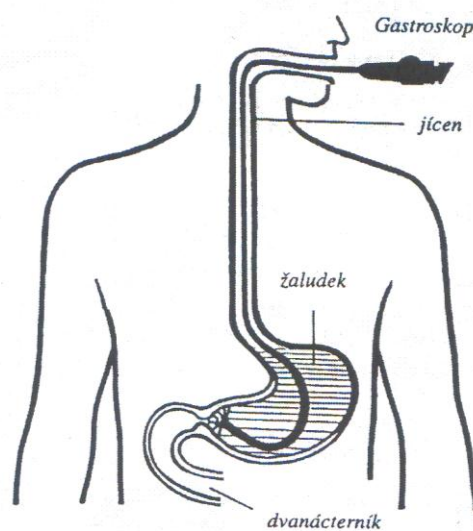
O možné újmě zamítnutí zásahu jsem byl/a informován/a.

Poznámka k pohovoru:

Datum:

podpis pacienta, popř. opatrovníka

Zjednodušené schematické znázornění



Zdroj: Nemocnice Tábor

Příloha E Informovaný souhlas pacienta s ERCP vyšetřením v Pelhřimově



NEMOCNICE PELHŘIMOV
příspěvková organizace
Slovanského bratrství 710
393 38 Pelhřimov

tel.: 565 355 111
fax: 565 324 645
e-mail: hospital@hospital-pe.cz

Informační souhlas s ERCP – endoskopickou retrográdní cholangiopankreatografií a papilotomií

Jméno a příjmení pacienta:

Rok narození :

Dobrý den,

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

Proč Vám doporučujeme tento výkon?

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

Postup výkonu:

Endoskopickým přístrojem, zavedeným po místním znecitlivěním přes jícen, žaludek do duodena je zaveden papilotom do papily – vyústění žlučových cest. Tímto papilotomem je pak elektrickým nožem prořata papila v délce 1-2cm. Takto vniklým ústím mohou odcházet kameny ze žlučových cest do dvanácterníku. Velké kameny můžeme vyjmout po zmenšení mechanickými drtiči.

Následující dny provedeme kontrolní vyšetření, zda kameny odešly ze žlučových cest, případně je můžeme vyjmout košíčkem. Lze také tímto otvorem zavádět dreny (protesy), které umožňují odtok žluči.

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

Možné komplikace:

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

1. Máte zvýšený sklon ke krvácení již při malých poraněních nebo po vytržení zubů?
ANO – NE
2. Vznikají Vám snadno na kůži krevní podlitiny nebo se k tomu vyskytuje náchylnost ve Vašem příbuzenstvu (pouze pokrevní příbuzní) ANO – NE



tel.: 565 355 111
fax: 565 324 645
e-mail: hospital@hospital-pe.cz

NEMOCNICE PELHŘIMOV
příspěvková organizace
Slovanského bratrství 710
393 38 Pelhřimov

3. Trpíte sennou rýmou , přecitlivělostí vůči potravinám, lékům, náplastem, lékům na místní umrtvení? ANO – NE
4. Jste těhotná? ANO – NE

Chování po vyšetření:

V den vyšetření nebudete přijímat potravu ústy. Po výkonu zůstanete obvykle 24 hodin v nemocnici. Prosíme informujte lékaře, když několik hodin po výkonu dostanete bolesti nebo když se objeví černá stolice. Bude Vám sledován krevní tlak, puls, teplota a biochemické vyšetření krve, aby se mohlo zasáhnout při eventuelních komplikacích. V případě, že se neobjeví komplikace a výsledky krevních testů jsou normální, odchází pacient druhý den domů.

Máte-li jakékoliv doplňující otázky, neostýchejte se zeptat.

Pacient (zákonný zástupce) p r o h l a š u j e, že plně porozuměl poučení lékaře a nevyžaduje již další vysvětlení. S navrženým postupem lékaře s o u h l a s í.

.....
podpis lékaře

.....
podpis pacienta (zákonného zástupce)

V Pelhřimově dne

Záznam k pohovoru s lékařem o endoskopické retrográdní cholangiopankreatikografii (ERCP)

Jméno pacienta _____

INFORMUJTE SE PROSÍM!

Vážený a milý paciente,

k zákroku, který v am doporučujeme, je potřeba Vašeho souhlasu.

Abyste se mohl rozhodnout, informujeme Vás v tomto záznamu a pohovoru o způsobu, významu a případných komplikacích plánovaného zákroku.

PROČ DOPORUČUJEME TOTO VYŠETŘENÍ?

Léčba nabízí tím lepší vyhlídky na úspěch, čím přesněji a dříve může lékař určit druh a rozsah onemocnění. Na základě Vašich potíží a nálezů pokládáme vyšetření slinivky a žlučového optickým přístrojem (endoskopem) a rentgenovou kontrastní látkou za potřebné.

Vyšetřením se dá poznat onemocnění (slinivky), zánět, nádor a změny v oblasti jater, žlučníku, žlučových cest, kameny, překážky odtoku žluče, nádory, lépe jak obvyklou rentgenovou technikou.

VYŠETŘOVACÍ POSTUP

Vývod slinivky a žlučový ústí společně na takzvané papile ve dvanáctníku. Toto vyústění můžeme nalézt endoskopem a vsunout do něj tenkou cévku, kterou vstříkujeme rentgenovou kontrastní látku do vývodu slinivky a žlučových cest. V jednotlivých případech můžeme znázornit vrozené odchylky žlučového systému.

MOŽNÉ KOMPLIKACE

Absolutní bezrizikovitost svých opatření nemůže zaručit žádný lékař. Vstříkování kontrastní látky do žlučových cest nebo vývodu slinivky může vyvolat příležitostně akutní horečnatý stav. Alergické reakce na vstříkování kontrastní látky, tak jako látky znečítlivující jícnem, poškození přístrojem, jsou velmi zřídka. Abychom snížili riziko krvácení a místního umrtvení na minimum, zodpovězte nám, prosím, následující otázky:

1. Máte zvýšený sklon ke krvácení již po malých poraněních nebo po vytržení zubu? ne – ano
2. Vznikají Vám snadno na kůži krevní podlitiny nebo se k tomu vyskytuje náchylnost ve Vašem pokrevním příbuzenstvu? ne – ano
3. Trpíte sennou rýmou, přecitlivělostí vůči potravinám, lékům, náplastem, lékům na místní znečítlivění? ne – ano
4. Měl/a jste dříve po vyšetření s kontrastními látkami kopřivku, svědění, či celkovou reakci? ne – ano
5. Léčíte se pro srdeční či plicní onemocnění (například srdeční vadu, poruchy srdečního rytmu, anginu pectoris, vysoký krevní tlak, průduškové asthma) nebo máte implantovaný kardiostimulátor? ne – ano
6. Jste po operaci srdce, plic, žaludku, střeva? ne – ano
7. Trpíte chronickým onemocněním (např. zelený zákal, epilepsie)? ne – ano
8. Pro ženy v reprodukčním věku: můžete být těhotná? ne – ano

CHOVÁNÍ PO VYŠETŘENÍ

Při použití lokálního anestetika v hrdle 2 hodiny nejíst.

Po vyšetření zbytek dne strávíte v klidu na lůžku, kdy Vám bude sledována teplota, puls, krevní tlak, biochemické hodnoty v krvi – pro možnost reakce na kontrastní látku.

Zeptejte se nás, prosím, pokud jste něčemu neporozuměl/a nebo se chcete dozvědět více o vyšetření, případných jiných vyšetřovacích metodách, možných komplikacích a jejich četnosti, jakož i o jiných méně častých rizicích. Rádi Vám podáme informace v pohovoru.
Zeptejte se nás, prosím, na vše, co Vám připadá důležité.

Prohlášení pacienta po pohovoru.

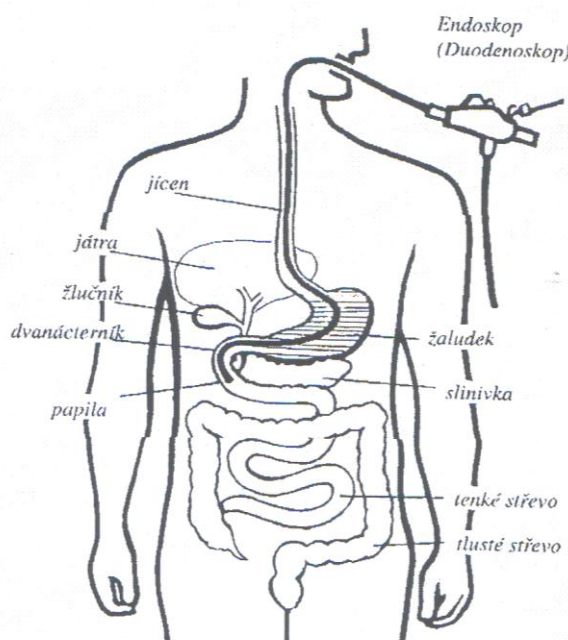
Pan/paní Dr. _____
se mnou dnes vedl/a na základě odkazů v záznamu pohovor, při kterém jsem mohl/a položit všechny otázky, které mne zajímají.

Souhlasím s tímto navrženým vyšetřením.
Souhlasím s nutnými následnými a vedlejšími zásahy.
NEBO
Nesouhlasím.
O možné újmě zamítnutí zásahu jsem byl/a informován/a.

Poznámka k pohovoru:

Datum:

Zjednodušené schematické znázornění



Zdroj: Nemocnice Tábor

Příloha G Souhlas Nemocnice Pelhřimov, p. o. s průzkumem

Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.

Duškova 7, 150 00 Praha 5



PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ SBĚRU PODKLADŮ PRO ZPRACOVÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(součástí tohoto protokolu je, v případě realizace, kopie plného znění dotazníku,
který bude respondentům distribuován)

Příjmení a jméno studenta	VERONIKA PROCHÁZKOVÁ	
Studijní obor	VŠEOBECNÁ ŠESTRA	Ročník 3.CVS
Téma práce	INFORMOVANOST PACIENTŮ PŘED ENDOSKOPICKÝM VYŠETŘENÍM	
Název pracoviště, kde bude realizován sběr podkladů	NEMOCNICE PELHŘIMOV P.O.	
Jméno vedoucího práce	PhDr. MARIE JANÁKOVÁ Ph.D.	
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input checked="" type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště	
Souhlas vedoucího práce	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis <i>[Signature]</i>	
Souhlas náměstkyně pro ošetrovatelskou péči	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis <i>[Signature]</i> Mgr. J. Dejmková	

v PRAZE dne 24. 10. 2012

[Signature]
podpis studenta

Příloha H Souhlas Nemocnice Tábor, a.s. s průzkumem

Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.
Duškova 7, 150 00 Praha 5



PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ SBĚRU PODKLADŮ PRO ZPRACOVÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(součástí tohoto protokolu je, v případě realizace, kopie plného znění dotazníku,
který bude respondentům distribuován)

Příjmení a jméno studenta	VERONIKA PROCHÁZKOVÁ	
Studijní obor	VŠEOBECNÁ SESTRA	Ročník 3 CKS
Téma práce	INFORMOVANOST PACIENTŮ PŘED ENDOSKOPICKÝM VYŠETŘENÍM	
Název pracoviště, kde bude realizován sběr podkladů	NEHOCNICE TÁBOR a.s.	
Jméno vedoucího práce	Ph.D. MĀRIA JANÁKOVÁ Ph.D.	
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input checked="" type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště	
Souhlas vedoucího práce	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím	podpis <i>[Signature]</i>
Souhlas náměstkyně pro ošetrovatelskou péči	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím	podpis <i>[Signature]</i>

v. PRAZE dne 24. 10. 2012

[Signature]
podpis studenta

Příloha CH Dotazník pro pacienty podstupující endoskopické vyšetřovací metody

Dobrý den,

jmenuji se Veronika Procházková a v současné době jsem studentkou 3. ročníku oboru Všeobecná sestra Vysoké školy zdravotnické o.p.s. v Praze. Chtěla bych Vás požádat o vyplnění dotazníku, který je zcela anonymní a poslouží k vypracování mé bakalářské práce, která se zabývá problematikou informovanosti pacientů před endoskopickým vyšetřením v Nemocnicích Tábor a Pelhřimov. Dotazník je určen pro pacienty, kteří podstupují endoskopické vyšetření v Nemocnicích Tábor a Pelhřimov. Tento dotazník vám zabere nejvíce 10 minut Vašeho času, můžete si vyplňováním tohoto dotazníku zkrátit Váš čas při čekání na vyšetření.

Předem Vám děkuji za přečtení a vyplnění mého dotazníku, moc mi to pomůže.

Veronika Procházková

Vysoká škola zdravotnická o. p. s v Praze

Jak správně vyplňovat tento dotazník

- správnou (é) odpověď (i) prosím zakroužkujte

1. Z jakého oddělení přicházíte na vyšetření?

- a) chirurgické oddělení
- b) gynekologické oddělení
- c) interní oddělení
- d) jiné

2. Kolik je Vám let?

- a) 18–30 let
- b) 31–45 let
- c) 46–60 let
- d) Více než 60 let

3. Endoskopické vyšetření je Vaše?

- a) první
- b) druhé
- c) třetí
- d) jiné

4. Kdy Vám byly informace o endoskopickém výkonu podány?

- a) ihned při návržení vyšetření
- b) během mého pobytu v nemocnici kdy jsem byl (a) objednána na vyšetření
- c) těsně před výkonem
- d) nebyl(a) jsem informován(a)
- e) nevzpomínám si

5. Informace před endoskopickým vyšetřením Vám podal (a), (lze označit více odpovědí)?

- a) sestra na oddělení
- b) sestra endoskopická
- c) lékař na oddělení
- d) lékař z endoskopického pracoviště
- e) nevím
- g) nikdo

6. Jakým způsobem Vám byly podány informace o endoskopickém vyšetření, (lze označit více odpovědí)?

- a) přímým kontaktem - ústní formou
- b) písemnou formou pomocí letáku
- c) telefonicky
- d) instruktážní video
- e) nebyly podány
- f) jiné

7. Měl (a) jste ještě před příchodem do nemocnice, nebo na vyšetření zájem o informace týkající se endoskopického vyšetření?

- a) ano
- b) ne

8. Měl (a) jste možnost se informovat na přípravu před vyšetřením, pokud jste něčemu nerozuměl (a)?

- a) ano
- b) ne
- c) jiné

9. Jak byste hodnotil (a) srozumitelnost informací podaných ústní formou?

- a) výborně
- b) velmi dobře
- c) dobře
- d) dostatečně
- e) nedostatečně

10. Jak byste hodnotil (a) srozumitelnost informací podaných písemnou formou?

- a) výborně
- b) velmi dobře
- c) dobře
- d) dostatečně
- e) nedostatečně

11. Na základě získaných informací, které jste obdržel (a) a v souvislosti s vyšetřením máte pocit, že jste na endoskopické vyšetření přišel (a)?

- a) připraven (a)
- b) připraven (a) jen částečně
- c) nepřípraven (a)
- d) nevím
- e) jiné

12. Byl Vám předložen písemný informovaný souhlas s výkonem?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím
- d) nevzpomínám si

13. Byl (a) jste informován (a) o možných komplikacích během endoskopického vyšetření?

- a) ano
- b) ne

14. Kolik času Vám věnoval personál k podání informací před endoskopickým vyšetřením?

- a) 5-10 minut
- b) 10-20 minut
- c) 20- 30 minut
- d) jiné

15. Byl (a) jste informován (a) o doporučeních, která musíte dodržovat před endoskopickým vyšetřením?

- a) ano
- b) ne

16. Změnil (a) byste něco při podání informací před endoskopickým vyšetřením?

- a) ano
 - b) ne
- pokud jste odpověděl (a) ano uveďte co
-
-

17. Obdržel (a) jste informační leták nebo brožurku týkající se režimu před endoskopickým vyšetřením?

- a) ano
- b) ne

18. Jak jste celkově spokojen (a) s podanými informacemi?

- a) velmi spokojen (a)
- b) spíše spokojen (a)
- c) spokojen (a)
- d) spíše nespokojen (a)
- e) nespokojen (a)

Děkuji za Váš čas, který jste věnovali vyplnění mého dotazníku, moc mi to pomohlo.

Veronika Procházková

Příloha I: Kolonoskop



Zdroj: vlastní

Příloha J Endoskop používaný při ERCP vyšetření



Zdroj: vlastní

Příloha K Detail endoskopu používaného při ERCP vyšetření



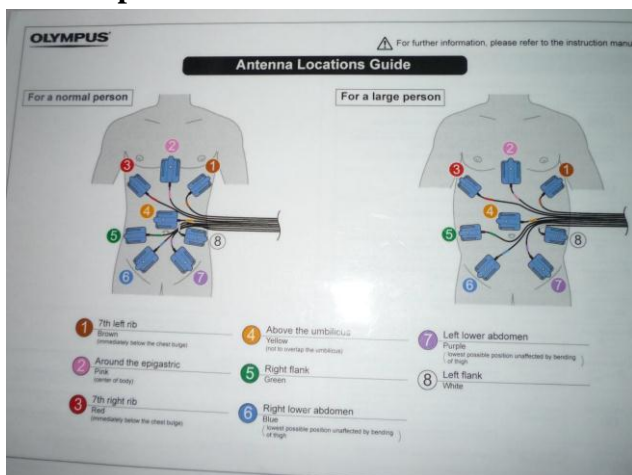
Zdroj: vlastní

Příloha L Endoskopický sálek pro ERCP vyšetření



Zdroj: vlastní

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



Zdroj: vlastní

Příloha N Datarekordér používaný při kapslové endoskopii



Zdroj: vlastní

Příloha O Monitor zobrazující průběh endoskopických vyšetření



Zdroj: vlastní

Příloha P Vyhodnocovací technika při endoskopiích



Zdroj: vlastní

Příloha R Myčka endoskopů



Zdroj: vlastní