

Vysoká škola zdravotnická, o.p.s., Praha 5

**EDUKACE PACIENTA PŘED KOLONOSKOPICKÝM
VYŠETŘENÍM**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

ALENA ZATLOUKALOVÁ, DiS.

PRAHA 2015

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

**EDUKACE PACIENTA PŘED KOLONOSKOPICKÝM
VYŠETŘENÍM**

Bakalářská práce

ALENA ZATLOUKALOVÁ, DiS.

Stupeň vzdělání: Bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: Mgr. Marcela Rybová

Praha 2015



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

Zatloukalová Alena
3. VSV

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 17. 10. 2014 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Edukace pacienta před kolonoskopickým vyšetřením

The Education of a Patient Before Colonoscopic Examination

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Marcela Rybová

Konzultant bakalářské práce: PhDr. Dušan Sysel, PhD., MPH.

V Praze dne: 30. 10. 2014


doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.
rektorka

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

ABSTRAKT

ZATLOUKALOVÁ, Alena. *Edukace pacienta před kolonoskopickým vyšetřením*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: Mgr. Marcela Rybová. Praha. 2015, 55 s.

Tématem mé bakalářské práce je edukace pacienta před kolonoskopickým vyšetřením. Bakalářskou práci jsem si rozdělila na dvě části – teoretickou a praktickou. V teoretické části jsem se zabývala kolonoskopickým vyšetřením z pohledu screeningu rakoviny tlustého střeva, primární a sekundární prevencí, historií. Ve druhé kapitole jsem poukázala na obecné informace týkající se výkonu, indikace, kontraindikace, komplikací. Třetí kapitola se již podrobně zabývala přípravou (dieta, pitný režim, ad.), přípravou ztíženou onemocněním a dále psychologickou, fyzickou a farmakologickou přípravou. V poslední kapitole teoretické části jsem se zabývala obecně edukací.

V praktické části jsem provedla předvýzkum, který mi byl nápomocen při stanovení edukačních diagnóz a při následném vytvoření edukačního materiálu.

Klíčová slova:

Edukace. Kolonoskopické vyšetření. Kolorektální karcinom.

ABSTRACT

ZATLOUKALOVÁ, Alena. *Education of patient before colonoscopic examination*. College of Nursing, o.p.s.. Degree: Bachelor (Bc). Supervisor: Mgr. Marcela Rybová. Prague. 2015, 55 pages.

The theme of my Bachelor degree work is education of patient before colonoscopic examination. I have divided my work into two parts – theoretical, practical. In the theoretical part, I have studied colonoscopic examination through the perspective of colen cancer screening, primary and secondary prevention, History. In the second chapter of theoretical part I pointed out on general information regarding performance, indication, contraindication, complications. Third chapter is about detailed preparation (diet, hydration, regime, etc.) preparation hardened by illness and furthermore psychological, physical and pharmacological preparation. In the last chapter of theoretical part I have studied general educations.

In the practical part I firstly performed a pre research, which was helpful to give educational diagnoses and afterward creation of educational material.

Key words

Education. Colonoscopic examination. Colorectal Cancer.

PŘEDMLUVA

Jako téma bakalářské práce jsem si zvolila Edukaci před kolonoskopickým vyšetřením. Pro toto téma jsem se rozhodla díky své práci na interním oddělení Kroměřížské nemocnice a.s., kde často připravujeme pacienty ke kolposkopii, či jsou sledováni po polypektomii. Dalším důvodem výběru byl občasný nedostatek informací před invazivním vyšetřením.

Jako průzkumnou metodu jsem ve své práci zvolila nejprve dotazník složený z 21 otázek, které mi měly odhalit nedostatky v edukaci pacientů. Další metodou zvolenou pro tuto práci byla edukace. Edukace je tedy vzájemná interakce dvou nebo více osob, kdy jedna strana někoho učí a druhá se něčemu učí. V případě mé práce je to sestra – edukátor a pacient – edukant. Pro edukaci je vždy nutné správné prostředí a srozumitelnost výkladu.

Při ukončování práce byl vytvořen edukační materiál, který bude sloužit pacientům a zdravotnickému personálu, aby došlo k vyvarování se chyb při edukace před tímto vyšetřením.

Touto cestou bych ráda vyjádřila poděkování vedoucí bakalářské práce Mgr. Marcele Rybové za pedagogické usměrnění, podnětné rady a podporu, kterou mi poskytla při vypracovávání bakalářské práce.

OBSAH

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

SEZNAM TABULEK A GRAFŮ

ÚVOD.....	16
1 SCREENING RAKOVINY TLUSTÉHO STŘEVA A KONEČNÍKU JAKO PREVENCE	17
1.1 KOLONOSKOPICKÉ VYŠETŘENÍ V PRIMÁRNÍ A SEKUNDÁRNÍ PREVENCI.....	17
1.1.1 LEGISLATIVNÍ OPATŘENÍ KOLOREKTÁLNÍHO SCREENINGU	18
1.1.2 HISTORIE A SOUČASNOST KOLOREKTÁLNÍHO VYŠETŘENÍ.....	18
2 KOLONOSKOPIE	19
2.1 VÝKON KOLONOSKOPIE	19
2.2 INDIKACE KOLONOSKOPIE	20
2.4 KOMPLIKACE KOLONOSKOPIE	21
3 SPECIFIKA V PŘÍPRAVĚ PACIENTA KE KOLONOSKOPICKÉMU VÝKONU.....	22
3.1 STANDARDNÍ REŽIMOVÁ PĚTIDENNÍ OPATŘENÍ PŘED VYŠETŘENÍM.....	22
3.1.1 DOPORUČENÍ EVROPSKÉ SPOLEČNOSTI PRO GASTROINTESTINÁLNÍ ENDOSKOPII	23
3.1.2 DIETA BEZEZBYTKOVÁ	23
3.1.3 PITNÝ REŽIM	23
3.1.4 APLIKACE A DRUHY VYPRAZDŇOVACÍCH ROZTOKŮ	24
3.1.5 DIETNÍ REŽIM DEN PŘED VYŠETŘENÍM	25
3.1.6 DIETNÍ REŽIM V DEN VYŠETŘENÍ	25
3.2 PŘÍPRAVA KE KOLONOSKOPICKÉMU VYŠETŘENÍ S DANÝM ONEMOCNĚNÍM	26
3.2.1 AKUTNÍ PACIENT	26
3.2.2 PACIENT S DIABETES MELLITUS	26
3.2.3 PACIENT S KARDIOVASKULÁRNÍM ONEMOCNĚNÍM.....	27
3.2.4 PACIENT S ANTIKOAGULAČNÍ A ANTIAGREGAČNÍ TERAPIÍ.....	28
3.3 PSYCHICKÁ PŘÍPRAVA	28
3.4 FYZICKÁ PŘÍPRAVA	29

3.5 FARMAKOLOGICKÁ PŘÍPRAVA.....	29
3.6 INFROMOVANÝ SOUHLAS	29
4 EDUKACE V OŠETŘOVATELSKÝCH OBORECH	30
4.1 ÚLOHA SESTRY – EDUKÁTORKY U ENDOSKOPICKY VYŠETŘOVANÝCH PACIENTŮ.....	30
4.2 VYUŽITÍ EDUKAČNÍCH METOD V KOLONOSKOPII	31
4.2.1 PÉČE O PACIENTA PŘED KOLONOSKOPIÍ	31
4.2.2 PÉČE O PACIENTA PŘI KOLONOSKOPII	31
4.2.3 PÉČE O PACIENTA PO KOLONOSKOPII	32
5 PŘEDVÝZKUM	33
5.1 VYMEZENÍ VÝZKUMNÉHO PROBLÉMU	33
5.2 CÍLE PŘEDVÝZKUMU	33
5.3 METODIKA PŘEDVÝZKUMU	33
5.4 CHARAKTERISTIKA A ORGANIZACE	34
5.5 ANALÝZA A INTERPRETACE.....	35
5.6 DISKUZE	57
6 NÁVRH EDUKAČNÍHO PLÁNU U PACIENTŮ PŘED KOLONOSKOPICKÝM VYŠETŘENÍM	60
6.1 POSUZOVÁNÍ.....	60
6.2 EDUKAČNÍ DIAGNOSTIKA	61
6.3 PLÁNOVÁNÍ	61
6.4 REALIZACE EDUKAČNÍCH JEDNOTEK	63
6. 5 KOMPLEXNÍ HODNOCENÍ EDUKAČNÍHO PLÁNU	69
6.6 DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	70
ZÁVĚR	71
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	72
SEZNAM PŘÍLOH.....	75

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

- ADENOM** – nádor ze žláзовého epitelu
- ADHERENCE** – přilnutí, respektování doporučení
- ANALGOSEDACE** – bezbolestnost se zklidněním
- ANAMNÉZA** - předchorobí
- ANÉMIE** - chudokrevnost
- ANESTEZIE** - znecitlivění
- ANEURYZMA** – výduť, rozšíření
- ARGON PLAZMA KOAGULÁTOR** – bezkontaktní elektrokoagulační metoda
- ASCITES** – volná tekutina v dutině břišní
- BAKTERIÉMIE** – přítomnost bakterií v krvi
- BAUHINSKÁ CHLOPEŇ** – chlopeň na přechodu tenkého střeva do tlustého
- BIOPSIE** – vyšetření živého lidského orgánu nebo tkáně
- DISPENZARIZACE** – pravidelný dohled nad nemocným s určitou chorobou
- DIVERTIKL** – vychlípenina stěny dutého orgánu
- ENDOSKOPICKÉ VYŠETŘENÍ** – umožňuje prohlédnutí dutých orgánů nebo tělních dutin
- FOSFÁTOVÝ ROTZOK** – solný roztok kyseliny fosforečné
- FULMINANTNÍ ZÁNĚT** – prudký, dramaticky probíhající
- GASTROENTEROLOGIE** – lékařský obor – výzkum, diagnóza a léčba chorob trávicího ústrojí
- GLYKÉMIE** – hladina cukru v krvi
- HEMODYNAMICKÁ STABILIZACE** – zajištění správného oběhu krve, včetně zvláštností
- HISTOLOGICKÁ VERIFIKACE** – potvrzení patologie
- HYPOGLYKÉMIE** – nízká hladina cukru v krvi
- ILEUS** – střevní neprůchodnost
- INDIKACE** – rozhodný důvod či soubor okolností
- INVAZIVNÍ** – pronikající, vnikající
- KANYLA** – plastová hadička umožňující vést léky, nemá hrot
- KARCINOM** – zhoubný nádor

KARDIOPULMONÁLNÍ – krevní a dýchací oběh
KOAGULAČNÍ – látky účastnící se krevního srážení
KOLOSKOPIE, KOLONOSKOPIE – endoskopická metoda k vyšetření tlustého střeva
KONTRAINDIKACE – znemožnění léčebného či diagnostického postupu
KLYZMA – nálev tekutiny do tlustého střeva a konečníku
LARYNGOSKOP – endoskop vyšetřující hrtan
LAVÁŽ – výplach tělesné dutiny
LETÁLNÍ - smrtící
LUMEN – vnitřek trubicovitého orgánu, zejména cévy, průdušky, střeva
NASOGASTRICKÁ SONDA – hadička zavedená nosem do žaludku
NITROŽILNÍ – do žíly
OKULTNÍ KRVÁCENÍ – krvácení zjistitelné citlivými metodami
PALPITACE – bušení srdce vnímané pacientem
PATOLOGIE – nauka o nemocech, studuje příčinu a další děje nemocí
PERFORACE – proděravění, protržení
PERITONITIDA – zánět pobřišnice
PERORÁLNÍ - ústy
POLYP – vyklenutí sliznice stopkatého nebo přisedlého charakteru
POLYPEKTOMIE – odstranění polypu
PREMEDIKACE – léky podávané před lékařským zákrokem
PREVENCE – předcházení nemoci
REKTOSKOPIE – endoskopické vyšetření konečníku
SCREENING – rychlé informace o zdravotním stavu a event. chorobách
SIGMOIDEOSKOPIE – vyšetření esovité kličky
SUSPENZE – tekutý přípravek z práškových léčiv rozpuštěných v tekutině
TROMBEMBOLIZMUS - embolie způsobená trombocyty
(VOKURKA, HUGO, 2007)

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

CT – počítačová tomografie

EKG – elektrokardiogram

INR – tromboplastinový test, slouží k vyjádření hodnoty Quickova testu

MR – magnetická rezonance

RTG – rentgenové vyšetření

USA – spojené státy americké

(VOKURKA, HUGO, 2007)

SEZNAM TABULEK A GRAFŮ

Tabulka 1 Pohlaví.....	35
Tabulka 2 Věk	36
Tabulka 3 Dosažené vzdělání	37
Tabulka 4 Kolonoskopické vyšetření	38
Tabulka 5 Opakované vyšetření	39
Tabulka 6 Doporučení lékařem	40
Tabulka 7 Trvalá medikace	41
Tabulka 8 Onemocnění.....	42
Tabulka 9 Poučení o užívání léků	43
Tabulka 10 Bezezbytková dieta.....	44
Tabulka 11 Dodržování diety	45
Tabulka 12 Potraviny	46
Tabulka 13 Informace o přípravcích	48
Tabulka 14 Přípravek	49
Tabulka 15 Pitný režim	50
Tabulka 16 Motorová vozidla	51
Tabulka 17 Poučení obecně.....	52
Tabulka 18 Příprava lékařem.....	53
Tabulka 19 Příprava sestrou	54
Tabulka 20 Celková spolupráce	55
Tabulka 21 Doporučení pracoviště.....	56

Graf 1 Pohlaví	35
Graf 2 Věk.....	36
Graf 3 Dosažené vzdělání	37
Graf 4 Kolonoskopické vyšetření	38
Graf 5 Opakované vyšetření	39
Graf 6 Doporučení lékařem	40
Graf 7 Trvalá medikace	41
Graf 8 Onemocnění.....	42
Graf 9 Poučení o užívání léků.....	43
Graf 10 Bezezbytková dieta.....	44
Graf 11 Dodržování diety	45
Graf 12 Potraviny.....	47
Graf 13 Informace o přípravcích.....	48
Graf 14 Přípravek.....	49
Graf 15 Pitný režim.....	50
Graf 16 Motorová vozidla.....	51
Graf 17 Poučení obecně	52
Graf 18 Příprava lékařem.....	53
Graf 19 Příprava sestrou	54
Graf 20 Celková spolupráce.....	55
Graf 21 Doporučení pracoviště	56

ÚVOD

Problematika nádorových onemocnění a jejich prevence nás v posledních letech neustále obklopuje. Díky masmédiím a osvětě praktických a odborných lékařů je již vyšetření na okultní krvácení, či kolonoskopické vyšetření každodenní záležitostí. O samotném vyšetření existuje mnoho článků a publikací, ať se jedná o zdroje odborné nebo pro laickou veřejnost. Proto jsem se rozhodla napsat bakalářskou práci na informovanost občanů před tímto vyšetřením.

Cílem práce bylo vytvořit studijní materiál, který je určen pro studenty či všeobecné sestry. Dalším důležitým cílem bylo vytvořit edukační materiál pro cílovou skupinu, tedy laickou veřejnost, která se připravuje ke kolonoskopii. Tento edukační materiál se nachází v závěru práce a pojmenovala sem ho jako „Edukační karty“.

V teoretické části jsem se zabývala obecně kolonoskopií, její indikací, komplikacemi, kontraindikacemi, přípravou na vyšetření, speciální přípravou a péčí před, při a po kolonoskopii.

Praktická část se skládá ze dvou částí, a to z předvýzkumu, kdy hledáme chyby respondentů a ze samotného edukačního procesu.

Pro účely této práce volím obecné pojmenování „pacient“, ač už by se v praxi jednalo o pacienty nebo klienty. K tomuto označení mne vedl fakž, že pojmenování pacient je v laické veřejnosti rozšířenějším a stále užívaným termínem.

1 SCREENING RAKOVINY TLUSTÉHO STŘEVA A KONEČNÍKU JAKO PREVENCE

Screening rakoviny tlustého střeva a konečníku by měl být zahájen okolo 50. roku života jedince. Pokud se již v rodině objevilo nádorové onemocnění tohoto typu, prevence by měla začít o deset let dříve, tedy ve 40 letech. Test by se měl provádět každoročně. Tento screeningový program se uskutečňuje v ČR od roku 2000.

Nejběžnější metodou je test na okultní krvácení, kdy jsou odebírány vzorky tří po sobě jdoucích stolic po 2 vzorcích z každé stolice. Stolice se nanese na speciální „psaníčko“ a poté se na zadní stranu nanese quajakova pryskyřice, která krvácení odhalí speciálním zabarvením. Tento test zachytí i pro oko neviditelnou krev. Protože ne všechny nádory krváčí, je tento test pouze orientační. Vždy je nutné udělat ještě vyšetření pomocí krevních testů a také vyšetření zobrazovací, tedy koloskopii (VORLÍČEK, ABRAHÁMOVÁ, VORLÍČKOVÁ A KOLEKTIV, 2006).

1.1 KOLONOSKOPICKÉ VYŠETŘENÍ V PRIMÁRNÍ A SEKUNDÁRNÍ PREVENCI

Primární prevence je zaměřena od raného věku dospělosti, a to hlavně v oblasti zdravého životního stylu a správné životosprávy. Pokud již máme u určité skupiny podezření na vznik onemocnění střev, či podezření na karcinom přecházíme do tzv. sekundární prevence, kdy se snažíme o zachycení onemocnění v raném stádiu (tzv. depistáž). V této fázi provádíme pravidelně – 1x ročně - od 50. roku života jedince test na okultní krvácení ve stolici. Od 55. roku provádíme test 1x za 2 roky. Od 55. roku může být test nahrazen screeningovou kolonoskopií. Použita může být buďto klasická kolposkopie nebo kapslová kolonoskopie, která není tak invazivní (JANÍKOVÁ, ZELENÍKOVÁ, 2013).

1.1.1 LEGISATIVNÍ OPATŘENÍ KOLOREKTÁLNÍHO SCREENINGU

Screening kolorektálního karcinomu byl v České republice zahájen v roce 2000, pro neuspokojivé výsledky byl v roce 2009 upraven. Kromě praktických lékařů byl screening rozšířen i na gynekology. Vedle testů imunochemických, které postupně nahrazují testy guajakové, existuje nová screeningová varianta – primární screeningová koloskopie ve věku 55 let. Došlo i ke změně intervalu screeningových metod. Od změny v roce 2009 došlo k výraznému zvýšení adherence české populace ke screeningu, přesto data stále nejsou uspokojivá. V roce 2013 přichází další impuls ke zvýšení efektivity screeningu kolorektálního karcinomu ve formě centrálního zvaní (KRÁL, SEIFERT, 2013, s. 66).

V České republice tedy dochází od roku 2013 k rozesílání zvacích dopisů, kdy se má pacient dostavit do ordinace praktického lékaře a být zde edukován o této problematice. Následně pacient dostává test na okultní krvácení, který má doma provést, a poté navrátit lékaři, aby tento test mohl být odborně vyhodnocen. Návratnost těchto testů byla okolo 50 % - vyplývá ze studií. Tento systém má ale svůj hlavní nedostatek a to ten, že 10 – 20 % pacientů s pozitivním testem nemá další záznamy o kolonoskopickém vyšetření. Existuje i velké množství jedinců, kteří tento screening ignorují (KRÁL, SEIFERT, 2013).

1.1.2 HISTORIE A SOUČASNOST KOLOREKTÁLNÍHO VYŠETŘENÍ

O historii endoskopie v Československu a Česku neexistuje mnoho informací. Zřejmě prvním endoskopistou byl v Čechách zakladatel prvního laryngoskopu Jan Nepomuk Čermák. Ten žil v letech 1828 – 1873.

První koloskop byl do tehdejšího Československa přivezen v 70. letech 20. století. V roce 1970 v Nemocnici na Bulovce poprvé koloskopoval MUDr. Jan Nedbal přístrojem od profesora Mařatky. MUDr. Nedbal a provedl po první kolonoskopii také první polypektomii. Od 70. let 20. století byla s rozvojem vláknové optiky a větší dostupností přístrojů zakládána nová endoskopická pracoviště na úrovni krajských i okresních nemocnic (LUKÁŠ, ŽÁK, KOLEKTIV, 2007).

2 KOLONOSKOPIE

Patří mezi invazivní vyšetřovací metody, které se provádějí v pravidelných cyklech nejčastěji za účelem screeningu nádorových onemocnění. Vyšetření se provádí na specializovaném gastroenterologickém pracovišti (JELÍNKOVÁ, 2014).

Jedná se o endoskopickou metodu, při níž vyšetřujeme tlusté střevo pomocí endoskopu – kolonoskopu.

Vyšetřením se může zjistit patologie nejen na tlustém střevě, ale i na konečníku a esovité kličce. Provádí se k odhalení polypů, vředů, odstranění cizích předmětů. Dále slouží k diagnostice zánětů nebo nádorových procesů v tlustém střevě (JELÍNKOVÁ, 2014).

2.1 VÝKON KOLONOSKOPIE

Přístroj je zaveden konečníkem do předem připraveného střeva, tj. střeva, které bylo zbaveno stolice. (...)

Přístroj je při kompletní kolonoskopii zaveden na zádech ležícímu nemocnému až do Bauhinské chlopně. Tato má být vždy nasondována, takže vyšetřující „nahlíží“ až do ilea.

Hodnoceny jsou změny slizniční s možností odebrání cílené biopsie, vždy až při vytahování kolonoskopu ze střevního lumen. V oblasti endoskopické terapie jsou endoskopicky odstraňovány slizniční výčnělky – polypy (polypektomie) instrumentáři k tomuto výkonu cíleně uzpůsobeným (polypektomická klička zavedená kanálem kolonoskopu a zdroj tzv. řezného elektrického proudu). kolonoskopicky lze stavět přítomná krvácení – často je využíván argon plazma koagulátor, zaváděný do lumen střeva tzv. selfexpandibilními drény k přemostění zúžení lumen střeva (především u nádorů) (ŠPINAR, 2008, s. 227).

2.2 INDIKACE KOLONOSKOPIE

Toto vyšetření je lékařem indikováno v případě nevysvětlitelných bolestí břicha – bez zjevné příčiny, u chronických průjmů, při anémii, pozitivního testu na okultní krvácení. Vyšetření se provádí také preventivně při pozitivní rodinné anamnéze, nebo také pro odstranění polypů – polypektomii (JELÍNKOVÁ, 2014).

Lipská ve své knize udává ještě další důvody indikace ke kolonoskopii a to např. abnormální RTG, CT nebo MR nález nedovolující jednoznačnou diagnózu, či je nález jasný na těchto vyšetřeních a nález vyžaduje histologickou verifikaci. Dalším důvodem může být nález adenomu či karcinomu při sigmoideoskopii nebo rektoskopii k vyloučení synchronního nádoru. Vyšetření je indikováno také v případě manifestního či okultního krvácení z tlustého střeva a konečníku, nevysvětlitelné anémie z chronických střevních ztrát a samozřejmě jako dispenzarizace vysoce rizikových skupin (LIPSKÁ, 2009).

2.3 KONTRAINDIKACE KOLONOSKOPIE

Obecně endoskopické metody neprovádíme u nespolupracujících pacientů, u pacientů v těžkém stavu jako je šok, infarkt myokardu, těžká dušnost, atd. (MIKŠOVÁ, FRONKOVÁ, ZAJÍČKOVÁ, 2005).

Konkrétně u kolonoskopie nám zamezují tyto stavy a nemoci vyšetření provést:

- nedostatečná příprava
- chirurgický výkon na tlustém střevě nebo v malé pánvi – méně než 3 týdny
- závažná akutní kardiopulmonární onemocnění
- aneuryzma břišní aorty – větší
- těhotenství – třetí trimestr
- peritoneální dialýza
- velký ascites
- nesouhlas pacienta

- nespolupráce pacienta
- náhlá příhoda břišní
- fulminantní záněty tlustého střeva (indikováno ve vzácných případech) (LIPSKÁ, 2009).

2.4 KOMPLIKACE KOLONOSKOPIE

Komplikace můžeme dělit na všeobecné (premedikace, bakteriémie, příprava k vyšetření), diagnostické kolonoskopie (perforace střeva, krvácení, distenze) a na terapeutické kolonoskopie (krvácení, perforace). Nejčastěji se vyskytují komplikace u terapeutické kolonoskopie. Tyto komplikace mohou mít až letální následky. Nejčastější komplikací je tedy krvácení a perforace střeva (LIPSKÁ, 2009).

Perforace střeva

K perforaci střeva dochází nejčastěji u divertiklů. Divertikly bývají většinou na levé straně střeva. Při zavádění může dojít k perforaci hlavně z důvodů anatomických – např. v esovité kličce, v ohybech střeva. Při nepozornosti lékaře může také dojít k perforaci a to ve chvíli, kdy stěna střeva zbledne a přístroj není mírně povytažen. Pokud není perforace zjištěna ihned, dochází ke zjištění této skutečnosti poměrně brzy a to ve chvíli, kdy je břicho velmi bolestivé ve fázi počínající peritonitidě.

Krvácení

Se zvýšeným rizikem musíme počítat u ulcerózní kolitidy a u vilózních nebo tubovilózních adenomů. Zdrojem krvácení jak spontánního, tak sekundárního jsou angiodysplazie, které jsou většinou lokalizované v pravé polovině tračníku (...) (LIPSKÁ, 2009, s. 108).

Pro krvácení jsou náchylné také stavy po radiační léčbě v malé pánvi. Jako u všech vyšetření a diagnostice je nutný správný odběr anamnézy, která nám poslouží také při zjišťování poruchy koagulačních faktorů. V těchto případech by měl lékař postupovat velmi opatrně. U tohoto vyšetření můžeme provádět také diagnostickou biopsii, u které je krvácení velmi vzácné (LIPSKÁ, 2009).

3 SPECIFIKA V PŘÍPRAVĚ PACIENTA KE KOLONOSKOPICKÉMU VÝKONU

Jako u většiny invazivních vyšetření je nutná příprava i před kolonoskopií. Příprava může být klasická (stravovací režim, vyprazdňování), nebo speciální (například u pacientů s diabetes mellitus).

3.1 STANDARDNÍ REŽIMOVÁ PĚTIDENNÍ OPATŘENÍ PŘED VYŠETŘENÍM

Již několik dní před vyšetřením je dobré upravit svůj režim. Neznamená to pouze psychologickou přípravu, kdy od vyřčení nutnosti kolonoskopické vyšetření pacienti neustále vyhledávají informace, ale znamená to i již určitou ukázněnost ve stravování. Asi 5 dní před vyšetřením je vhodné volit méně zatěžující potraviny, méně nadýmavé potraviny a také je dobré vynechat zbytkové potraviny (např. luštěniny, semínka).

Dva dny před vyšetřením je vhodné dát si k obědu pouze holý vývar, od večera pak pouze tekutiny. Od dopoledních hodin následujícího dne je dobré začít s vyprazdňováním – tedy zahájení konzumace vyprazdňovacích roztoků. Večer je dobré provést klyzma, v domácích podmínkách alespoň mikro klyzma pomocí YAL roztoků. V den vyšetření je v ranních hodinách opět vhodné zopakovat klyzma, popřípadě mikro klyzma. Tento režim ale vždy závisí na zvyklostech daného pracoviště.

Pět dnů před vyšetřením je standardní vysadit léky obsahující železo, které zbarvují střevní obsah dočerna a vyšetření je poté nemožné.

Dle ostravské gastroenterologie mezi povolené potraviny pětidenního dietního opatření patří drůbež, šunka, ryby, libové maso, ovocný nebo bílý jogurt, vařené brambory, bramborová kaše, vývar, cezená polévka, doměkka uvařený květák, konzervované ovoce bez jader, bílý chléb, rýže, těstoviny, čaj, minerálky, voda, ovocné šťávy (BUŽGA, 2011).

3.1.1 DOPORUČENÍ EVROPSKÉ SPOLEČNOSTI PRO GASTROINTESTINÁLNÍ ENDOSKOPII

Nemocničním zařízením se doporučuje při přípravě pacienta ke kolposkopii vycházet z oficiálního dokumentu European Society of Gastrointestinal Endoscopy. Tento dokument obsahuje veškeré informace potřebné pro přípravu pacienta – dieta, vylučování, zvláštní případy při akutní kolposkopii (ŠMAJSTRLA, 2014).

3.1.2 DIETA BEZEZBYTKOVÁ

Tato dieta se používá u pacientů s onemocněním trávicí soustavy, po operacích na střevě, u rakoviny střev či u střevní neprůchodnosti. Používá se ale i při přípravě na kolonoskopické vyšetření. Před vyšetřením se s dietou začíná pět dní před zákrokem. Obecně bychom měli vynechat celozrnné pečivo, ovoce, zeleninu.

Pacient při této dietě může konzumovat loupanou rýži, brambory, vejce, těstoviny, libové maso, kysané mléčné výrobky, jednoduché cukry (např. ovocné džusy bez dužiny), banány, mrkev. V rozmixované formě je dovoleno také některé ovoce, které musí být ale oloupano od slupky a vypeckováno.

Naopak nevhodné jsou tučné potraviny, polévky zahuštěné moukou, vločková či kroupová polévka, jelita, prejt, sekaná, polévkové koření, a další. Pacienti by také měli brát zřetel na individuální snášenlivost potravin (SVAČINA a KOLEKTIV, 2008).

3.1.3 PITNÝ REŽIM

Před kolonoskopickým vyšetřením není pitný režim nijak omezen. Na druhou stranu je důležitý pitný režim zvýšit, a to buď při pití vyprazdňovacího roztoku Fortrans, kdy se 4 suspenze rozpouští vždy v 1 litru vody, nebo pokud podáváme např. Picopred, který sice můžeme vypít ve dvou 250 ml dávkách, ale musíme poté přijmout nejméně 2 litry vody (SVAČINA a KOLEKTIV, 2008).

3.1.4 APLIKACE A DRUHY VYPRAZDŇOVACÍCH ROZTOKŮ

Vyprazdňovací roztoky určuje lékař. Významnou roli hraje také zvyklost dané gastroenterologické ambulance.

Fosfátový roztok

Při aplikaci tohoto roztoku není dovoleno konzumovat mléčné výrobky, mléko a kávu. Pacienti smí přes den jíst grahamové pečivo, kyselé zelí, bramborovou kaši, vařené brambory, zeleninový, kuřecí nebo hovězí vývar.

Začátek aplikace roztoků je okolo 15. hodiny, kdy pacient vypije 50 ml fosfátového roztoku + stejné množství vlažné vody. Toto se opakuje mezi 20. – 22. hodinou. Hned po vypití první dávky se dostaví průjemy, které čistí střevo. Celý den je nutné popíjet velké množství vody, a to i při aplikaci roztoků (celkem 4 – 5 l tekutin za den).

Moviprep

Balení tohoto roztoku obsahují vždy pár A (A1,A2) a pár B (B1,B2). A1 a B1 se rozpustí v 1l vody a to mezi 15. – 16. hodinou. Aplikaci A2 a B2 roztoku aplikujeme mezi 19. a 20. hodinou. Obsah sáčku lijeme vždy do suché a prázdné nádoby. Až po vysypání prášků přidáme po 1 litru vody a suspenzy řádně rozmícháme.

Picoprep

Obsahy sáčků se rozpustí ve 150ml vody a nemocný je pije v 15 a v 19 hodin. Jedná se tedy o dvě dávky. Mezi oběma dávkami je nutné vypít 11/2 až 2 litry vody (či průzračné tekutiny) – tyto tekutiny je nutné pít alespoň 4 hodiny.

Fortrans

Pacient může mírně jíst až do dvanácté hodiny 2 dny před vyšetřením. Mezi vhodné potraviny řadíme např. bramborovou kaši, zeleninový, kuřecí nebo hovězí vývar. Naopak nejsou dovoleny mléčné výrobky, mléko, káva.

Asi od 13. hodiny dne před zákrokem začíná pacient s konzumací roztoků. Během 4 hodin vypije pacient 4 litry tekutin roztoku s Fortransem. Pokud to např. z důvodu stavu není možné, postačí pouze 3 roztoky (BUŽGA, 2011).

Dle evropské společnosti pro gastrointestinální endoskopii se řadí Fortrans mezi jeden z nejpoužívanějších roztoků. Tento roztok se může využívat u pacientů se selháním ledvin, střevními záněty nebo například u akutních pacientů s krvácením.

Další přípravky

Na mezinárodní úrovni se vyskytuje také SuPrep, ale ten je dostupný pouze v USA. Na evropský trh se také pomalu dostává Eziclen, který se podává ve dvou dávkách po 1 litru. V České republice ale zatím tento přípravek využíván není (ŠMAJSTRLA, 2014).

3.1.5 DIETNÍ REŽIM DEN PŘED VYŠETŘENÍM

Den před vyšetřením je ještě možné dostat lehkou snídani, např. ve formě přesnídávky, pudinku, jogurtu. V poledne čeká pacienta již pouze scezená polévka. Na večeri již pacient nic nedostane. Od 13 hodin také popíjí vyprazdňovací roztok dle gastroenterologa.

3.1.6 DIETNÍ REŽIM V DEN VYŠETŘENÍ

V den vyšetření je pacient lačný. Po vyšetření se postupuje dle stavu a dle zákroku.

Pokud proběhla například polypektomie, pacient po zbytek dne popíjí pouze chladné tekutiny.

Pokud byl pacient v celkové anestezii, velkou část dne prospí, a pokud nebyl prováděn výkon na tlustém střevě, může pacient povečeřet.

V případě, pokud se neprováděl žádný odběr tkáně, smí pacient od oběda přejít na klasický režim a příslušnou dietu (BUŽGA,2011).

3.2 PŘÍPRAVA KE KOLONOSKOPICKÉMU VYŠETŘENÍ S DANÝM ONEMOCNĚNÍM

Některá onemocnění si vyžadují speciální přípravu a přístup před tímto vyšetřením. Mezi velmi důležité patří příprava akutního pacienta, pacienta s diabetes mellitus, s kardiovaskulárním onemocněním a také u pacientů s antikoagulační terapií.

3.2.1 AKUTNÍ PACIENT

U akutních pacientů dříve nedocházelo k žádné přípravě, ale výsledky těchto vyšetření nebyly z důvodu střevních obsahů dobré, proto pacienty připravujeme pomocí tzv. perorální laváže.

K perorální laváži využíváme nasogastrickou sondu, kdy podáváme roztoky polyetylglykolu (Fortrans). Roztoky podáváme po 35 – 45 minutách v dávce 1 litru a to až do té doby, dokud z pacienta neodchází narůžovělá až čirá tekutina. Střevo je připraveno po podání 5 – 8 litrů roztoku a to za 3 – 5 hodin.

Takto pacienta připravujeme pouze na jednotce intenzivní péče, kdy je pacient po celou dobu monitorován. Na jednotce intenzivní péče je také nutné zajistit hemodynamickou stabilizaci (NEUMANNOVÁ, 2011).

3.2.2 PACIENT S DIABETES MELLITUS

Kolonoskopické vyšetření se řadí mezi invazivní vyšetření, proto i pro zdravé pacienty vyžaduje přípravu. U pacientů s diabetes mellitus je tato příprava ještě o něco složitější.

Před jakýmkoliv endoskopickým vyšetřením, tedy i kolonoskopií, se pacientům doporučuje hospitalizace.

Také je nepsaným pravidlem, že pacienti s diabetes chodí přednostně v ranních hodinách. Tito pacienti totiž vyžadují zvláštní dohled a péči.

Den před vyšetřením:

Pacienti bývají obvykle přijímáni v ranních nebo dopoledních hodinách. V poledne či hned při příjmu pacientovi vyšetříme krevní obraz a tzv. Quickův test. Při odběru krve také zavedeme žilní linku. Celý den je také průběžně měřena hladina glykémie. V poledne již pacient nedostane žádné jídlo. Místo toho mu aplikujeme do 500 ml 10% glukózy dávku inzulínu o 2 jednotky méně, než je pacient zvyklý. Od 13. hodiny pacientovi podáme 4l vyprazdňovacího roztoku Fortrans. Po večerní kontrole hladiny glykémie opět aplikujeme inzulín v režimu pacienta o 2 jednotky nižší do 500 ml 10% glukózy. Z možné noční hypoglykémie neaplikujeme noční inzulín. Po celou noc je po 4 hodinách prováděna pravidelná kontrola glykémie (18:00, 22:00, 2:00 hodin).

Den vyšetření

Ráno v den vyšetření přeměříme hladinu glykémie. Dle ordinace lékaře podáme dávku inzulínu v režimu pacienta o 2 jednotky méně inzulínu do 500 ml 10% glukózy. V ranních hodinách (okolo 7. – 9. hodiny) je proveden výkon. Pokud při vyšetření nebyla provedena polypektomie a byl negativní nález, pacient se vrací k obvyklému režimu. V opačném případě je nutné další lačnění. V tomto případě tedy nadále pravidelně kontrolujeme glykémii a fyziologické funkce. Místo oběda a večere opět podáváme intravenózně 500 ml 10% glukózy s obvyklou dávkou krátkodobého inzulínu bez 2 jednotek. Odpoledne je provedena kontrola krevního obrazu. I přes noc opět provádíme kontroly glykémie ve stejném intervalu jako den před vyšetřením – 18:00, 22:00, 2:00 hodin.

Den po vyšetření

V ranních hodinách provedeme kontrolu krevního obrazu a glykémie. Pokud nenastaly nové komplikace, pacient se vrací k obvyklému režimu.

3.2.3 PACIENT S KARDIOVASKULÁRNÍM ONEMOCNĚNÍM

U pacientů s kardiovaskulárním onemocněním dochází ke kontraindikaci vyšetření pouze při akutním vzplanutí nemoci, při dušnosti a při celkovém zhoršení stavu (VACHUTKOVÁ, 2011).

3.2.4 PACIENT S ANTIKOAGULAČNÍ A ANTIAGREGAČNÍ TERAPIÍ

Protože stoupá průměrný věk populace a vyskytuje se stále více kardiovaskulárních chorob, navštěvují často endoskopická vyšetření pacienti s antikoagulační či antiagregační terapií.

Při antikoagulační terapii je velmi důležité si uvědomit, zda se při vyšetření bude jednat o vysoké či nízké riziko krvácení, např. při odběru vzorku. Mezi nejčastěji využívané preparáty antikoagulační terapie patří warfarin a nízkomolekulární heparin, např. Fraxiparin.

Pokud je u léčby warfarinem riziko výkonu vysoké a je také vysoké riziko vzniku trombolizmu, vysadíme warfarin pět dní před vyšetřením a je nutné pokrytí nízkomolekulárním heparinem.

Je-li riziko výkonu nízké, ale riziko trombolizmu vysoké, ponecháme medikaci warfarinu beze změny, pouze při vysokém INR vyšetření odložíme. Toto platí i u nízkého rizika trombolizmu a nízkého rizika výkonu. U vysokého rizika výkonu, ale nízkého rizika vzniku trombolizmu, pouze vysadíme warfarin 5 dní před výkonem.

Pokud je u např. Fraxiparinu riziko výkonu vysoké, ale riziko trombolizmu vysoké i nízké vysadíme Fraxiparin nejpozději 8 hodin před výkonem.

Pokud je riziko výkonu nízké a riziko trombolizmu vysoké i nízké pokračuje terapie beze změny (VÍTEK, 2013).

3.3 PSYCHICKÁ PŘÍPRAVA

Nejdůležitějším aspektem psychické přípravy je seznámit pacienta s výkonem, vše mu řádně popsat. Je nutné pacienta seznámit s nežádoucími účinky a informovat ho o možných variantách zákroku, např. o celkové anestezii (SLEZÁKOVÁ A KOLEKTIV, 2010).

3.4 FYZICKÁ PŘÍPRAVA

Příprava fyzická začíná 3 - 5 dnů před vyšetřením šetřící dietou, dále hemokoagulačním vyšetřením. Nejdůležitější fyzickou přípravou je řádné vyprázdnění tlustého střeva. Den před vyšetřením začíná pacient s konzumací vyprazdňovacích roztoků a toto vše je podpořeno očistným klyzmatem večer před a ráno v den vyšetření (ČOUPKOVÁ, SLEZÁKOVÁ, 2012).

3.5 FARMAKOLOGICKÁ PŘÍPRAVA

Před kolonoskopickým vyšetřením je nutné vyloučit alespoň 5 dní před vyšetřením léky obsahující železo – z důvodu zabarvení střeva a další nemožnosti střevo vyšetřit. Při antikoagulační a antiagregační terapii dochází také ke změně medikace. (SCHULER, OSTER, 2010).

3.6 INFORMOVANÝ SOUHLAS

Informovaný souhlas musí mít hlavičku instituce, ve které bude vyšetření prováděno. Souhlas nemocnic nebo institucí není identický, ale vždy musí obsahovat informace o vyšetření, popis výkonu, přípravu před vyšetřením, indikace, kontraindikace, omezení po vyšetření. Také by měl obsahovat stručnou anamnézu.

Například souhlas MUDr. Koláře z kroměřížské nemocnice obsahuje oslovení pacienta, důvody k výkonu a cíl výkonu, čím se dá kolposkopie nahradit, přípravu k vyšetření, průběh výkonu, rizika výkonu, krátkou anamnézu, omezení po výkonu a prohlášení o souhlasu s vyšetřením (KOLÁŘ, 2010).

Naopak pražské zdravotnické zařízení MEDICON již v názvu souhlasu udává: „KOLONOSKOPIE (s případnou polypektomií)“. Souhlas MEDICONU je jinak poměrně identický. Obsahuje i podrobný postup při vyprazdňování Fortransem. Očistnou přípravu zmiňuje také doktor Kolář, který se ale odvolává na jiný dokument, který pacient obdrží před vyšetřením spolu s roztokem Fortrans (MEDICON, 2014).

4 EDUKACE V OŠETŘOVATELSKÝCH OBORECH

Pojem edukace je odvozena od latinského slova educo, educare, což znamená vést vpřed, vychovávat. Pojem edukace lze definovat jako proces soustavného ovlivňování chování a jednání jedince s cílem navodit pozitivní změny v jeho vědomostech, postojích, návycích a dovednostech (JUŘENÍKOVÁ, 2010, s. 1).

4.1 ÚLOHA SESTRY – EDUKÁTORKY U ENDOSKOPICKY VYŠETŘOVANÝCH PACIENTŮ

Jak u všech invazivních vyšetření, tak i u endoskopických vyšetření je nutná příprava pacientů. Nejedná se jen o odbornou znalost prováděného vyšetření, ale je nutné znát také farmakologickou přípravu, přípravu psychickou, speciální přípravu (např. u diabetiků), dietní přípravu, atd. Sestra bohužel nemá prostor pro podrobnější edukaci, proto je nutná její zdatnost komunikace, která může být doplněna např. informačním letákem, který předá pacientovi.

Úkolem sestry je informovat o vyšetření, mluvit srozumitelně pro pacienta, vysvětlit co se bude dít před i po vyšetření, a jak se na toto vyšetření řádně připravit: co jíst, nejíst, jak se správně vyprázdnit, zajistit vhodný čas vyšetření – např u diabetiků v ranních hodinách + zajištění hospitalizace pro kontrolu pacienta (glykémie a celkového stavu) a podání vykrývacích infúzí. Pokud se bude jednat o vyšetření v celkové anestezii, zajišťuje sestra farmakologickou přípravu, zajišťuje pacientovi anesteziologické konzilium (NEUMANNOVÁ, 2011).

Předpoklady sestry edukátorky:

- poradenská schopnostdobré teoretické znalosti
- praktické dovednosti
- empatie, ochota pomoci
- dobré verbální a nonverbální schopnosti (DUŠOVÁ, 2006).

4.2 VYUŽITÍ EDUKAČNÍCH METOD V KOLONOSKOPII

Jako nejčastěji zvolenou metodou se využívá rozhovoru s pacientem, ale z důvodu nervozity a strachu pacientů je dobré využít také např. leták, na kterém jsou uvedeny všechny důležité informace. Pacientům je předkládán také informovaný souhlas s vyšetřením, kde je možné získat další informace, které jsou podpořeny i postupem samotného zákroku. V dnešní přetechnizované době také získat mnoho informací na internetu a ve sdělovacích prostředcích (CHRASTINA, MAREČKOVÁ, 2009).

4.2.1 PÉČE O PACIENTA PŘED KOLONOSKOPIÍ

Sestra pečuje o pacienta již před vyšetřením hlavně v oblasti psychologické, kdy pacientovi adekvátně odpovídá na otázky a svým jednáním kladně působí na psychiku pacienta. Sestru také zajímá schopnost a správnost vyprázdnění.

Sestra také znovu odebere anamnézu, jak osobní (onemocnění střev, nově vzniklé komplikace), tak farmakologickou (hlavně antikoagulační terapii), alergickou anamnézu, dále také sestru zajímá, zda má pacient popřípadě doprovod. Před vyšetřením zajistí sestra od pacienta také veškerou dokumentaci a hlavně informovaný souhlas od pacienta.

Zajistí, aby byl pacient také připraven – svlečen od pasu dolů, popřípadě má speciální kalhoty s otvorem vzadu. Při nutnosti analgosedace zavede pacientovi kanylu a podá lék dle ordinace lékaře (NEUMANNOVÁ, 2011).

4.2.2 PÉČE O PACIENTA PŘI KOLONOSKOPII

Sestra je po celou dobu vyšetření u pacienta a monitoruje jeho životní funkce (hlavně puls, dechovou frekvenci). U rizikových pacientů monitoruje také krevní tlak a EKG. Pokud se sestra od pacienta vzdálí, je to vždy jen na nezbytně nutnou dobu, kdy připravuje pro pacienta medikaci nebo asistuje lékaři při sběru vzorků.

Sestra také pomáhá pacientovi zaujmout požadovanou polohu a při zavádění přístroje je pacientovi psychickou oporou, kdy s pacientem neustále hovoří a uklidňuje jej a povzbuzuje k další spolupráci. Při zavádění přístroje může sestra také provést palpaci břicha pro lepší zavádění přístroje. Při nutnosti dodává pacientovi nitrožilně medikaci.

Sestra musí být u vyšetření velmi soustředěná a pozorná, po celou dobu je nápomocna lékaři a plní jeho pokyny (NEUMANNOVÁ, 2011).

4.2.3 PÉČE O PACIENTA PO KOLONOSKOPII

Bezprostředně po kolposkopii sestra většinou pouze pomáhám pacientům dolů z vyšetřovacího stolu, popřípadě pacienta očistí od stolice, či krve. Poté pacienta spolu se sanitářem doprovází (odvází) na dospávací pokoj nebo je po polypektomii doprovází na oddělení.

Pokud se jednalo o pacienta – diabetika, aplikuje pacientovi požadovanou dávku insulínu a obstará mu jídlo, popřípadě požádá pacientův doprovod.

Pokud pacient odchází domů, předá jej do péče jeho doprovodu a poučí pacienta o chování po vyšetření (NEUMANNOVÁ, 2011).

Důležitá je také kontrola pacientů po případné polypektomii. Pacienti poté bývají hospitalizováni 1 – 2 dny. Pacientům je pravidelně kontrolován krevní obraz, který kontroluje případné krevní ztráty.

Při stolici pacienta sledujeme, jaký vzhled a charakter stolice má. Důležitá je pro nás barva, zda se jedná o lehce zabrvenou do červena, či z pacienta vychází krevní koagula.

Dalším postupem je tedy následná kontrola kolonoskopickým vyšetřením po polypektomii. Například při odstranění polypu, který je menší než 1 cm, proběhne další kolonoskopie až za 3 roky. U osob s vyšším rizikem kolorektálního karcinomu (věk nad 60 let, mužské pohlaví, polypektomie již při první kolonoskopii, odstranění mnoha polypů), indikuje lékař kolonoskopii již po 2 letech (HOLUBEC a KOLEKTIV, 2004).

5 PŘEDVÝZKUM

(...) Předvýzkumem může být získání orientačních informací bez plánu, sondáž v malé skupině nebo na menším prostoru, zúčastněné pozorování, ověření výsledků předchozích výzkumů ve velmi podobném prostředí apod. Výsledků předvýzkumu lze využívat ke zkvalitnění vlastní přípravy výzkumu (KUTNOHORSKÁ, 2009, s. 53).

5.1 VYMEZENÍ VÝZKUMNÉHO PROBLÉMU

Problémem výzkumu bakalářské práce bylo odpovědět na otázku: „Jaké jsou nejčastější chyby při edukaci pacientů před kolonoskopickým vyšetřením?“

5.2 CÍLE PŘEDVÝZKUMU

1. Zjistit anamnézu respondentů.
2. Dle výzkumu zjistit informovanost pacientů ohledně přípravy.
3. Posoudit, zda může nedostatek či špatná informace ovlivnit vyšetření.

5.3 METODIKA PŘEDVÝZKUMU

Metodu pro sběr dat týkající se informovanosti laiků před kolonoskopií byl zvolen dotazník. Dotazník byl vytvořen samostatně za odborného dohledu vedoucí bakalářské práce. Souhlas se sběrem dat je v závěru práce. (příloha, str. I)

V úvodu dotazníku se nachází oslovení pacienta a poděkování za spolupráci při vyplňování dotazníku. Dotazník byl tvořen jednadvaceti otázkami, kdy dvacet otázek bylo typu uzavřeného, a jedna otázka byla typu otevřeného. Ta se týkala vyjmenování vhodných a nevhodných potravin.

Otázky číslo 1 - 3 byly demografické, respondenti byli tázáni na pohlaví, věk a nejvyšší dosažené vzdělání.

Otázky číslo 4 - 9 obecně nahlížely do anamnézy pacientů – zda respondenti vědí, co je kolonoskopické vyšetření, zda jej již absolvovali, kým byli doporučeni na toto vyšetření, zda užívají léky, popřípadě jaké a zda byli poučeni o užívání léků v průběhu přípravy.

Otázky číslo 10 - 17 se poté zajímali o celkovou připravenost respondentů. Otázky se týkaly bezezbytkové diety, vyprazdňovacích roztoků, pitného režimu, režimu po vyšetření a kým byli poučeni.

Závěr dotazníku, tedy otázky pod čísly 18 - 21 hodnotily poučení lékařem, sestrou, hodnotily také spolupráci při vyšetření, a zda by doporučili toto endoskopické pracoviště také jiným pacientům.

Všechny odpovědi byly statisticky a procentuálně vyhodnoceny. Dotazník byl anonymní a dobrovolný.

5.4 CHARAKTERISTIKA A ORGANIZACE

Výzkumnou skupinu tvořily ženy i muži a to ve věku od 19 do 60 let a více. Respondentů bylo celkem 13 v zastoupení 7 žen a 6 mužů.

Dotazník byl rozdán v Kroměřížské nemocnici a to na Gastroenterologické ambulanci. (Příloha, str. III)

Realizace výzkumu probíhala od 13. 12. 2014 do 10. 1. 2015. Rozdáno bylo 15 dotazníků, z nichž bylo navraceno 13, tedy 86,66 %.

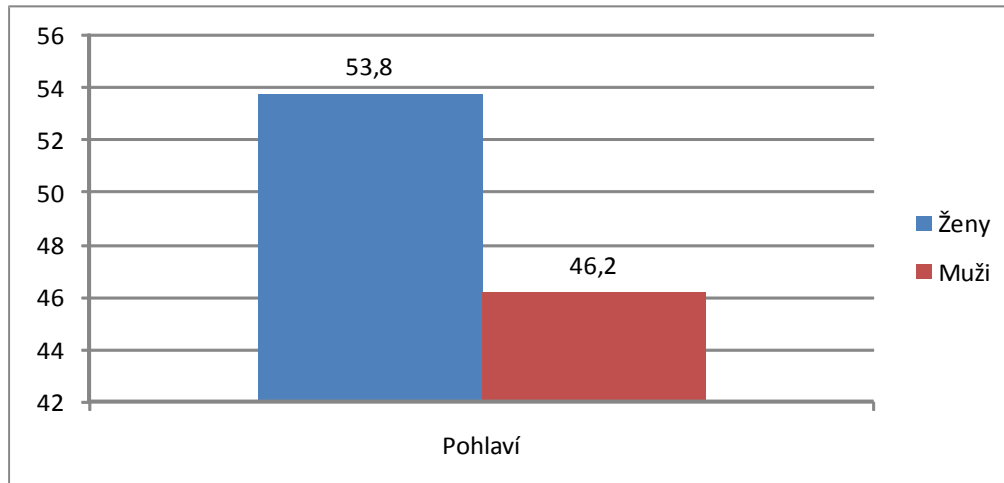
Ačkoliv návratnost nebyla 100%, i tak bylo získáno velké množství informací. Výsledky předvýzkumu byly zpracovány kvantitativní analýzou.

5.5 ANALÝZA A INTERPRETACE

Výsledky byly po sesbírání dotazníků nejprve roztríděny dle jednotlivých otázek. Při zpracovávání otázek jsem se také snažila o rozdílnost mezi muži a ženami. Každá otázka obsahuje graf, tabulku a stručný popis, který čitateli pomůže lepší orientaci v textu.

Tabulka 1 Pohlaví

Kategorie	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost v %
Ženy	7	53,8
Muži	6	46,2
Celkem Σ	13	100



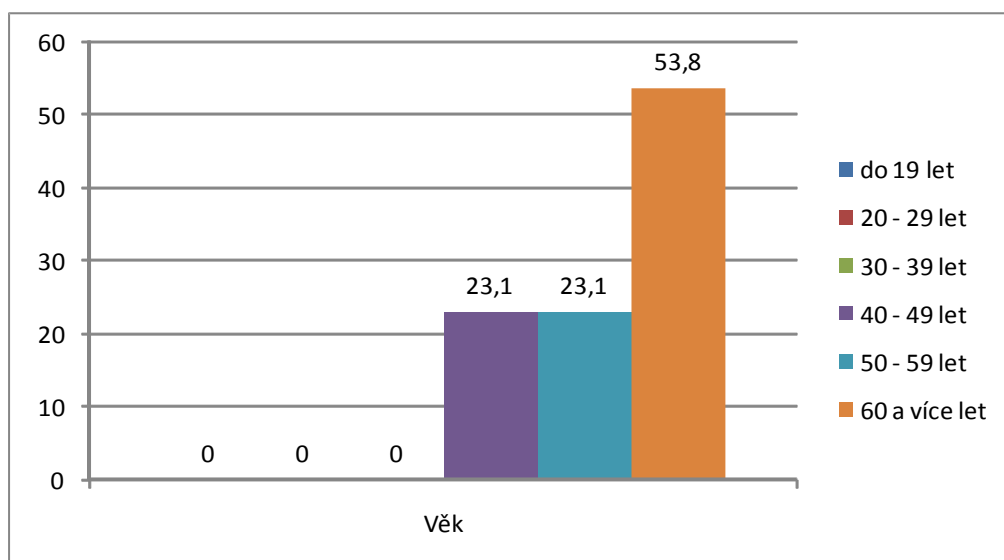
Graf 1 Pohlaví

Otázka číslo jedna se zabývala pohlavím respondentů.

Na dotazník odpovídalo 7 žen a 6 mužů. Procentuální zastoupení u žen činilo 53,8 %, u mužů se jednalo o 46,2 %

Tabulka 2 Věk

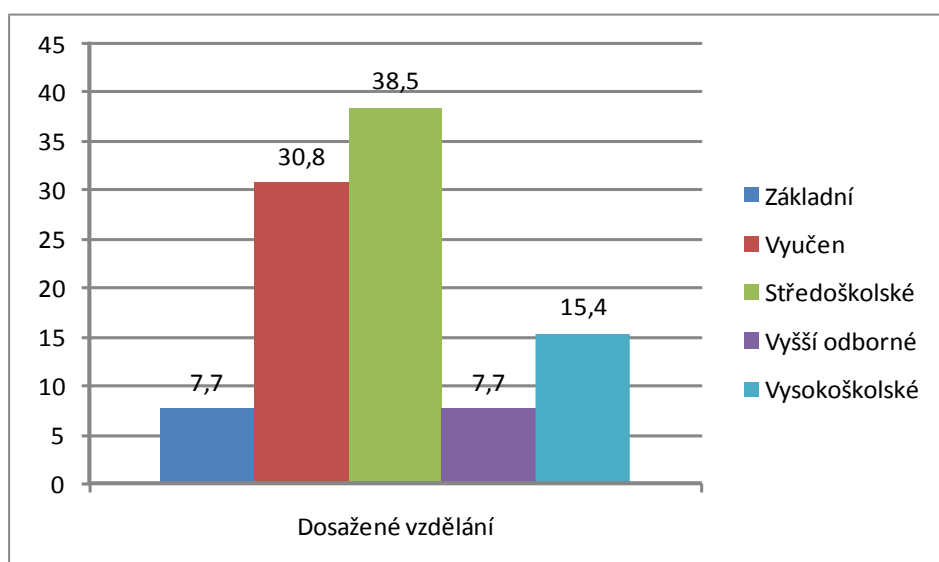
Kategorie	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost v %
do 19 let	0	0
20 - 29 let	0	0
30 - 39 let	0	0
40 - 49 let	3	23,1
50 - 59 let	3	23,1
60 a více let	7	53,8
Celkem Σ	13	100

**Graf 2 Věk**

V otázce číslo dvě jsem se zabývala věkem respondentů. Respondenty jsem si rozdělila dle věku do 6 skupin. 1. skupina se týkala nejmladších respondentů do 19 let. Tohoto věkového rozmezí nebyl žádný respondent. 2. skupina se týkala osob od 20 do 29 let. Též neměla žádné zastoupení. Zastoupení nezískala ani věková skupina od 30 do 39 let. Do 4. věkové skupiny patřili 3 respondenti s procentuálním zastoupením 23,1 %, z čehož byla jedna žena a dva muži. I do 5. věkové skupiny se řadili 3 respondenti s procentuálním zastoupením 23,1 %, z čehož byla opět jedna žena a dva muži. V poslední věkové skupině bylo 7 respondentů s procentuálním zastoupením 53,8 %, což bylo 5 žen a dva muži.

Tabulka 3 Dosažené vzdělání

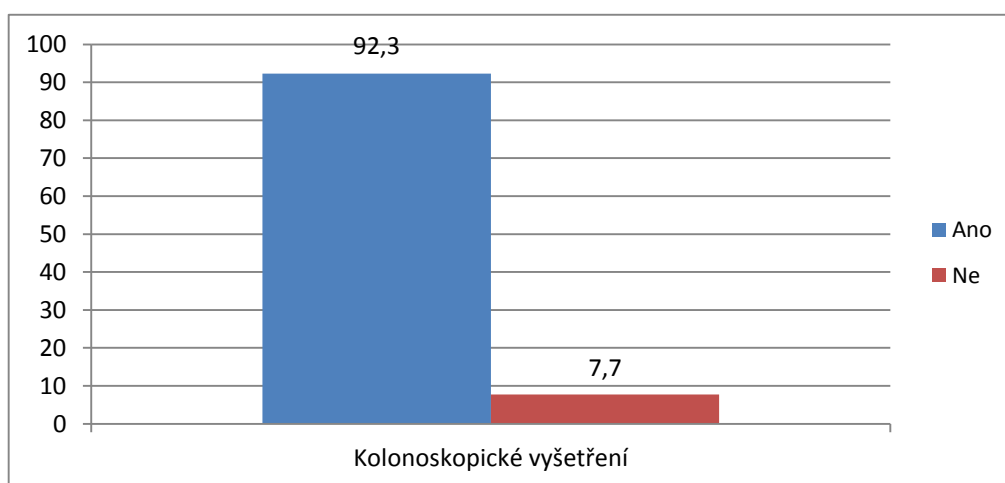
Kategorie	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost v %
Základní	1	7,7
Vyučen	4	30,8
Středoškolské	5	38,5
Vyšší odborné	1	7,7
Vysokoškolské	2	15,4
Celkem Σ	13	100

**Graf 3 Dosažené vzdělání**

V otázce číslo tři jsem zjišťovala nejvyšší dosažené vzdělání. Základní vzdělání uvedla 1 žena, s procentuálním zastoupením 7,7 %. Vyučení byli 4 respondenti, z čehož byly 2 muži a 2 ženy. Procentuálně zastoupili 30,8 %. Středoškolského vzdělání dosáhlo 5 respondentů, což procentuálně dává 38,5 %. Vyšší odborné vzdělání měli z respondentů pouze 2 muži, což dává procentuálně 7,7 %. Vzdělání vysokoškolského dosáhli dva respondenti, muž a žena, kteří procentuálně zastupují 15,4 %.

Tabulka 4 Kolonoskopické vyšetření

Kategorie	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost v %
Ano	12	92,3
Ne	1	7,7
Celkem Σ	13	100



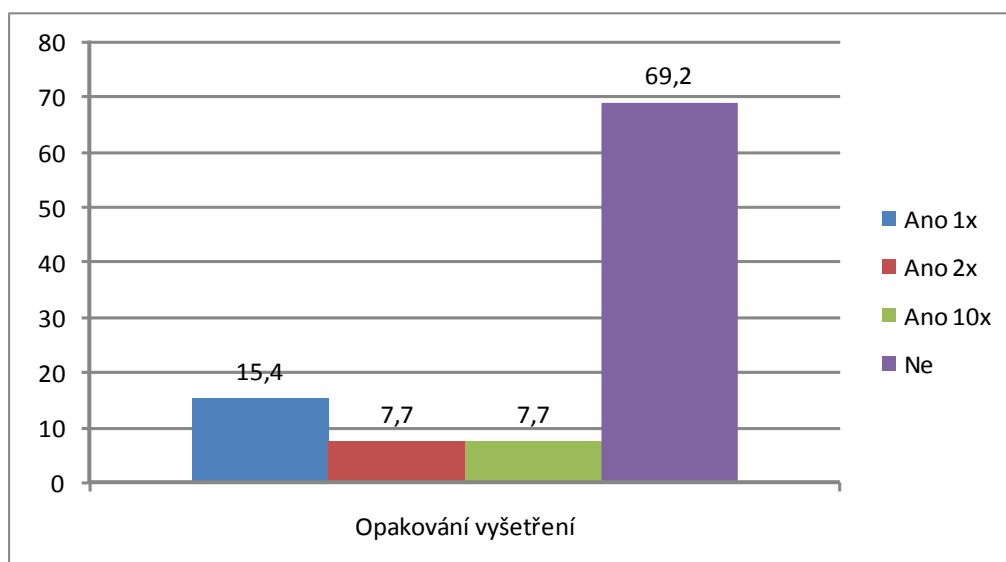
Graf 4 Kolonoskopické vyšetření

S pojmem kolonoskopické vyšetření, či kolonoskopie se ve svém životě setkalo 12 respondentů, což procentuálně dává 92,3 %. Z těchto dvanácti respondentů mělo pojem o kolonoskopii 7 žen a 5 mužů. Jeden muž se setkal s tímto vyšetřením až při nutnosti jej absolvovat. Procentuálně zastupuje 7,7 %.

Toto vysoké číslo znalosti o kolonoskopii připisují hlavně osvětě, která má v těchto letech velký rozkvět, ať se jedná o praktického lékaře, zdravotní pojišťovnu nebo jen letáček u lékaře nebo v lékárně.

Tabulka 5 Opakované vyšetření

Kategorie	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost v %
Ano 1x	2	15,4
Ano 2x	1	7,7
Ano 10x	1	7,7
Ne	9	69,2
Celkem Σ	13	100

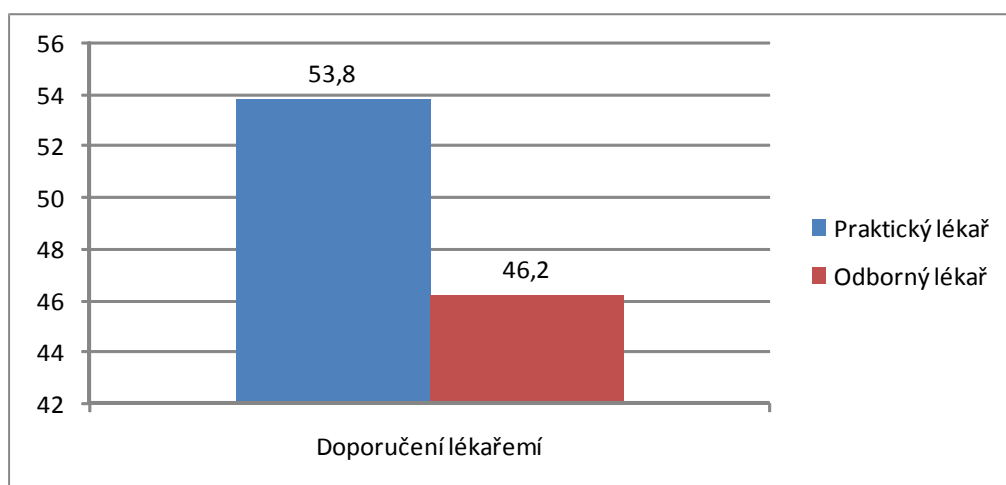


Graf 5 Opakované vyšetření

V otázce číslo 5 jsem zjišťovala, zda již respondenti toto vyšetření absolvovali. Pro 9 respondentů šlo o úplnou novinku, vyšetření absolvovali poprvé, což procentuálně dává 69,2 %. Podruhé šli na vyšetření jeden muž a jedna žena v procentuálním zastoupení 15,4 %. Potřetí šla na tento výkon jedna respondentka, s procentuálním zastoupením 7,7 %. Na rekordní 11. kolonoskopii šel muž s morbus Crohn. Tato odpověď dosáhla 7,7 %.

Tabulka 6 Doporučení lékařem

Kategorie	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost v %
Praktický lékař	7	53,8
Odborný lékař	6	46,2
Celkem Σ	13	100

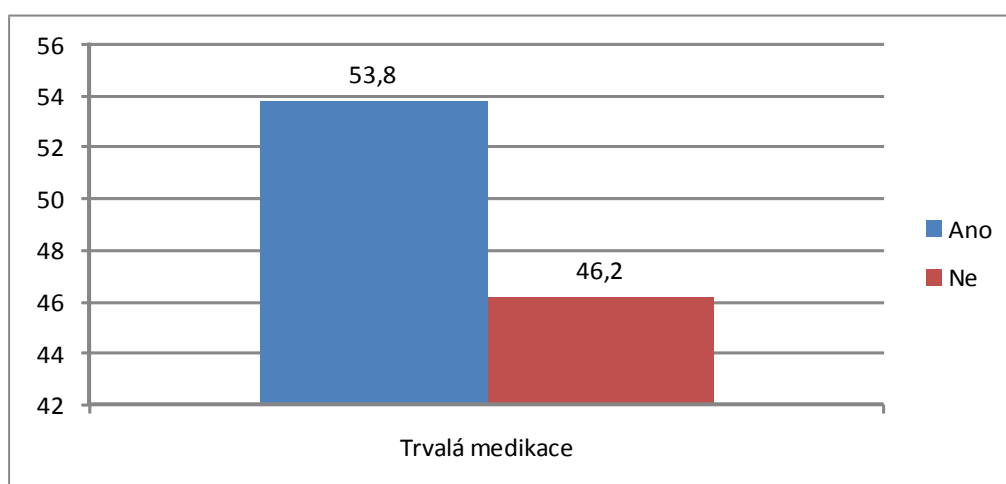


Graf 6 Doporučení lékařem

Praktickým lékařem bylo na toto vyšetření vysláno 7 respondentů, z čehož byli 3 muži a 4 ženy. Procentuálně udávali 53,8 %. Na popud odborných lékařů bylo vysláno 6 respondentů, z čeho jedenkrát zasahoval onkolog, jedenkrát gynekolog a dvakrát internista a dvakrát gastroenterolog. Těchto 6 respondentů bylo procentuálně zastoupeno 46,2 %.

Tabulka 7 Trvalá medikace

Kategorie	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost v %
Ano	7	53,8
Ne	6	46,2
Celkem Σ	13	100



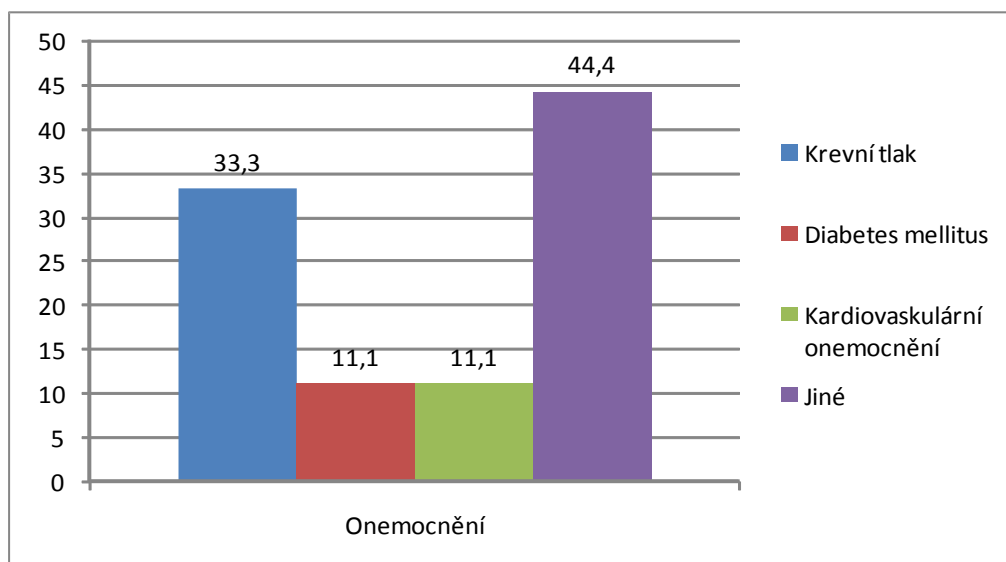
Graf 7 Trvalá medikace

V otázce číslo 7 jsem se dozvěděla, že medikaci pravidelně užívá 7 respondentů, z čehož je 5 žen a 2 muži. Ti procentuálně zastupují 53,8 %. Naopak 6 respondentů medikaci neužívá, což je procentuálně 46,2 %. Z těchto 13 respondentů neužívají léky pouze 2 ženy a 4 muži.

Pokud respondenti v této otázce označili b) tedy NE, na otázku číslo 8 a 9 neodpovídali.

Tabulka 8 Onemocnění

Kategorie	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost v %
Krevní tlak	3	33,3
Diabetes mellitus	1	11,1
Kardiovaskulární onemocnění	1	11,1
Jiné	4	44,4
Celkem Σ	9	100

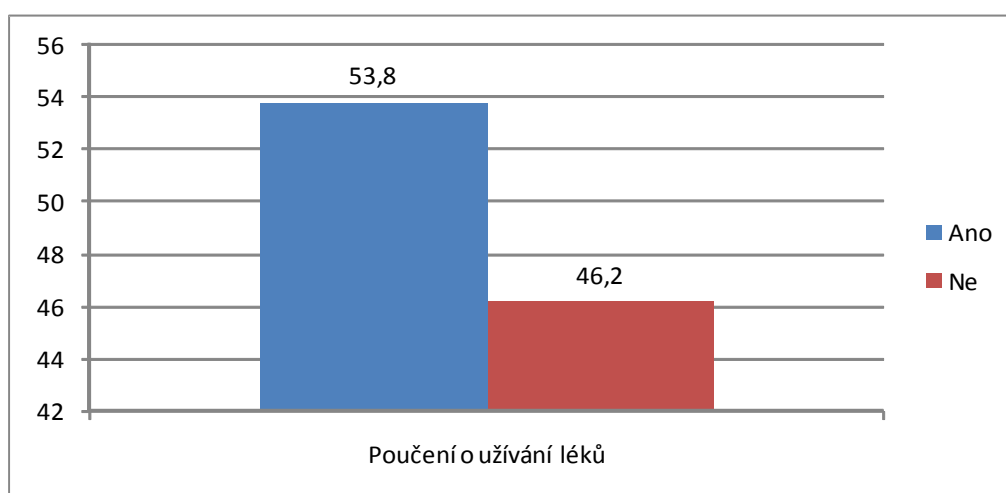
**Graf 8 Onemocnění**

Na otázku číslo 8 odpovídali pouze respondenti, kteří v otázce číslo 7 označili odpověď a), tedy ANO. Ačkoliv bylo pouze 7 respondentů, kteří pravidelně užívají léky, jedna žena byla natolik polymorbidní, že označila vysoký krevní tlak, diabetes mellitus a v odpovědi jiné udala také onemocnění štítné žlázy a dnu.

Možnost léky na tlak označily 3 ženy, procentuálně tedy 33,3 %. Možnost diabetes mellitus označila jedna respondentka, tedy 11,1 %. Jednu možnost mělo také onemocnění kardiovaskulární s procentuálním zastoupením 11,1 %. Onemocnění jiné si vybrali 4 respondenti s procentuálním zastoupením 44,4 %. Mezi jiná onemocnění patřil cholesterol, dna, štítná žláza, psychika a muž s onemocněním morbus Crohn.

Tabulka 9 Poučení o užívání léků

Kategorie	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost v %
Ano	7	53,8
Ne	6	46,2
Celkem Σ	13	100

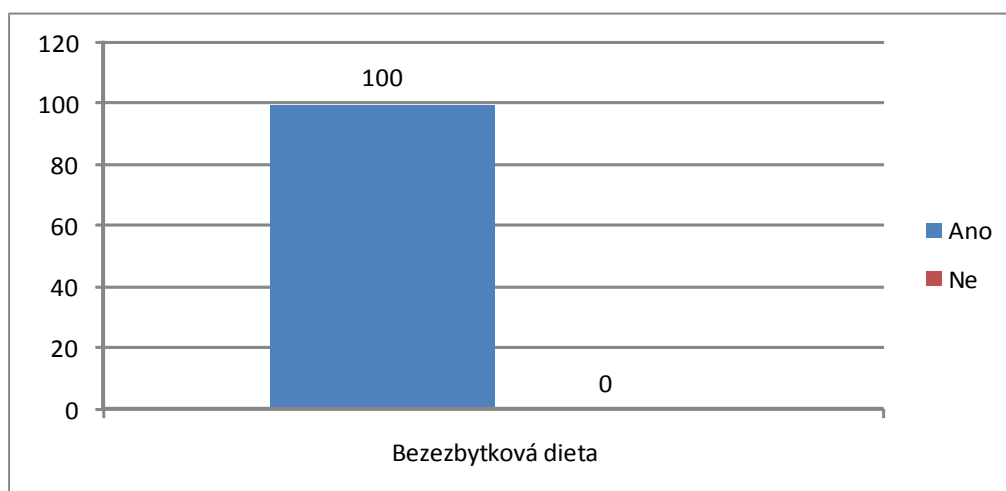


Graf 9 Poučení o užívání léků

O zvláštním režimu užívání některých léků bylo informováno 7 respondentů, což procentuálně zastupuje 53,8 %. Protože 6 respondentů na tuto otázku neodpovídalo, pro lepší přehlednost jsem u těchto respondentů označila odpověď b), tedy NE.

Tabulka 10 Bezezbytková dieta

Kategorie	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost v %
Ano	13	100
Ne	0	0
Celkem Σ	13	100

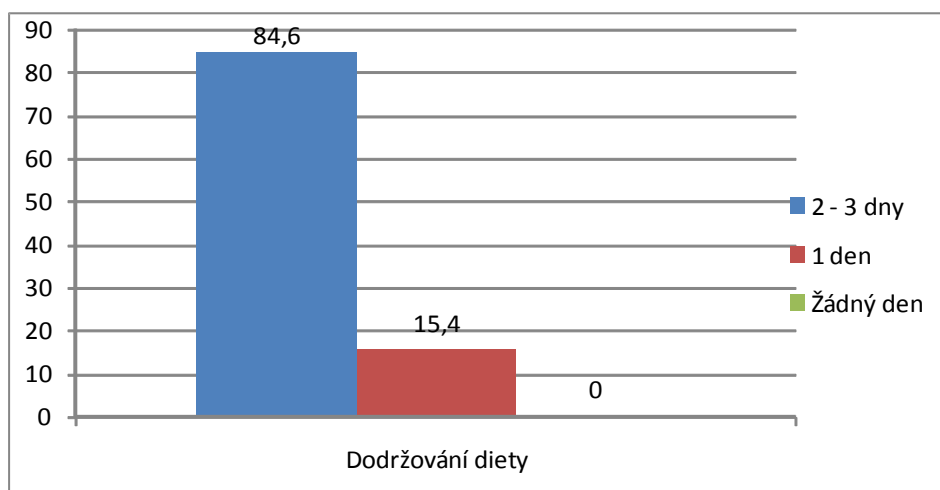


Graf 10 Bezezbytková dieta

O bezezbytkové dietě byli informováni všichni respondenti, čili jejich procentuální zastoupení činí 100 %.

Tabulka 11 Dodržování diety

Kategorie	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost v %
2 - 3 dny	11	84,6
1 den	2	15,4
Žádný den	0	0
Celkem Σ	13	100



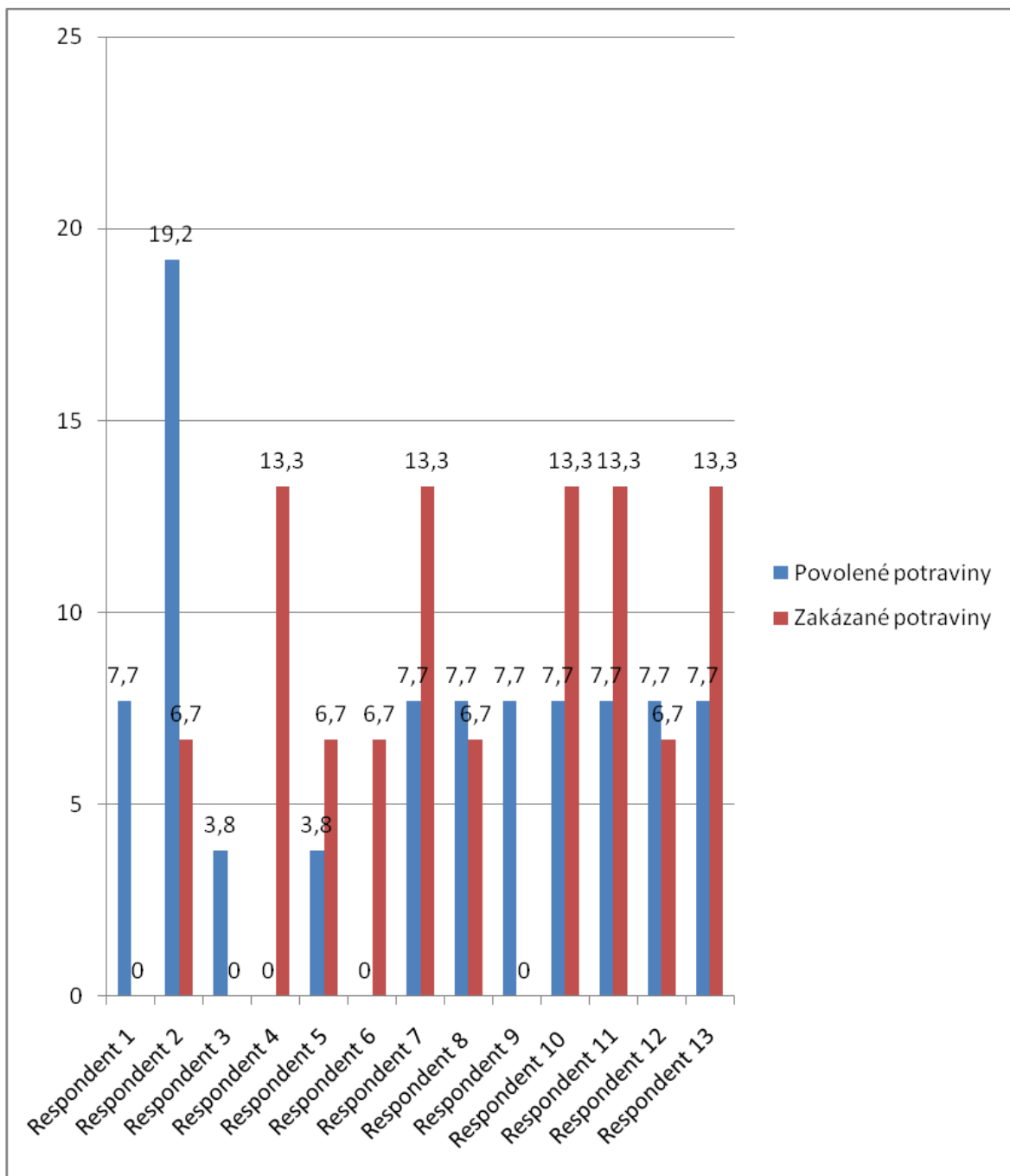
Graf 11 Dodržování diety

O dodržování diety 2 – 3 dny před vyšetřením bylo správně informováno 11 respondentů, což je 84,6 %. Takto odpovědělo 7 žen a 4 muži. Dva muži odpověděli, že dieta stačí držet jeden den před vyšetřením, což je 15,4 %. Nikdo neodpověděl, že se dieta se nedrží.

Tabulka 12 Potraviny

Kategorie	Absolutní četnost (n)		Relativní četnost v %	
	Povolené potraviny	Zakázané potraviny	Povolené potraviny	Zakázané potraviny
Respondent 1	2	0	7,7	0
Respondent 2	5	1	19,2	6,7
Respondent 3	1	0	3,8	0
Respondent 4	2	2	0	13,3
Respondent 5	1	1	3,8	6,7
Respondent 6	1	1	0	6,7
Respondent 7	2	2	7,7	13,3
Respondent 8	2	1	7,7	6,7
Respondent 9	2	0	7,7	0
Respondent 10	2	2	7,7	13,3
Respondent 11	2	2	7,7	13,3
Respondent 12	2	1	7,7	6,7
Respondent 13	2	2	7,7	13,3
Celkem Σ	26	15	88,4	100

	POVOLENÉ	ZAKÁZANÉ
1	piškoty, bílý jogurt	xxx
2	mléko, jogurt bílý, přesnídávka, čistý vývar	vše mimo povolené
3	Jogurt	xxx
4	tekutiny, holé vývary	tuhé, kmín
5	kašovitá strava	celozrnné pečivo
6	kaše	ovoce s dužinou
7	voda, čaj	celozrnné pečivo, tuhé potraviny
8	jogurt, pudink	tuhá strava
9	přesnídávka, piškoty	xxx
10	piškot, bílé pečivo	celozrnné pečivo, tuhé maso
11	jogurt, přesnídávka	maso, tuhé potraviny
12	jogurt, čistý vývar	tuhá strava
13	tekuté, kaše	semínka, tuhé

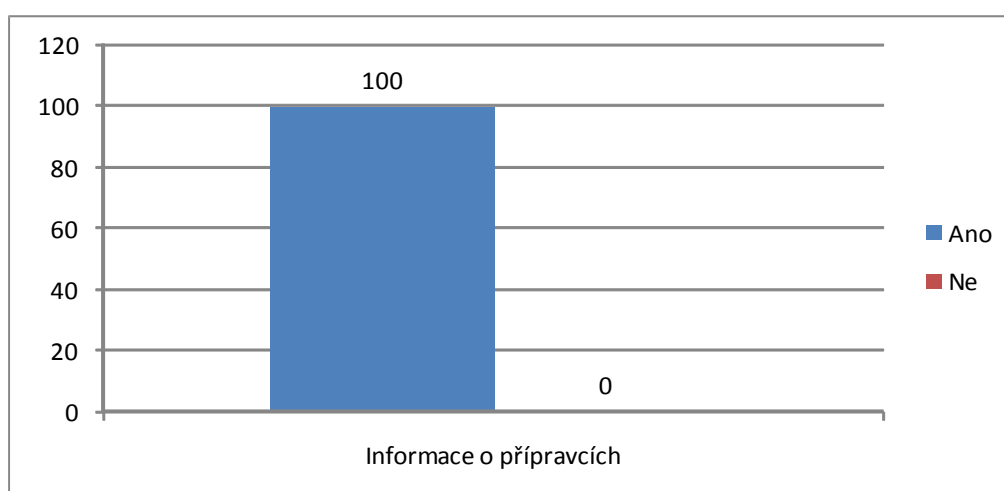


Graf 12 Potraviny

Mezi nejčastější povolené potraviny patřil jogurt, kaše, piškoty, přesnídávky, vývar. V zakázaných potravinách to bylo hlavně celozrnné pečivo, tuhá strava a ostatní potraviny mimo povolené. Se zakázanými potravinami měli dle mého názoru respondenti větší problém, což jsme se chtěli u otázky číslo 12 dozvědět a případně edukovat pacienty lépe.

Tabulka 13 Informace o přípravcích

Kategorie	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost v %
Ano	13	100
Ne	0	0
Celkem Σ	13	100

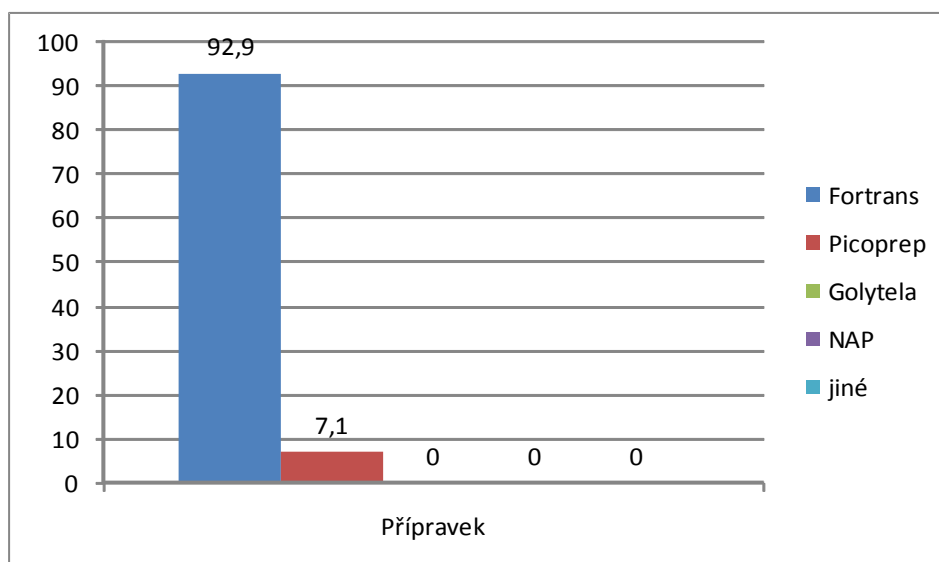


Graf 13 Informace o přípravcích

Informace o vyprazdňovacích roztocích dostalo všech 13 respondentů, což je 100 %. Přípravky k vyprázdnění určuje lékař, který správně volí typ roztoku, který bude pro pacienta nejlepší a bude mu nejvíce vyhovovat. Sestra poté pouze edukuje pacienta o užití.

Tabulka 14 Přípravek

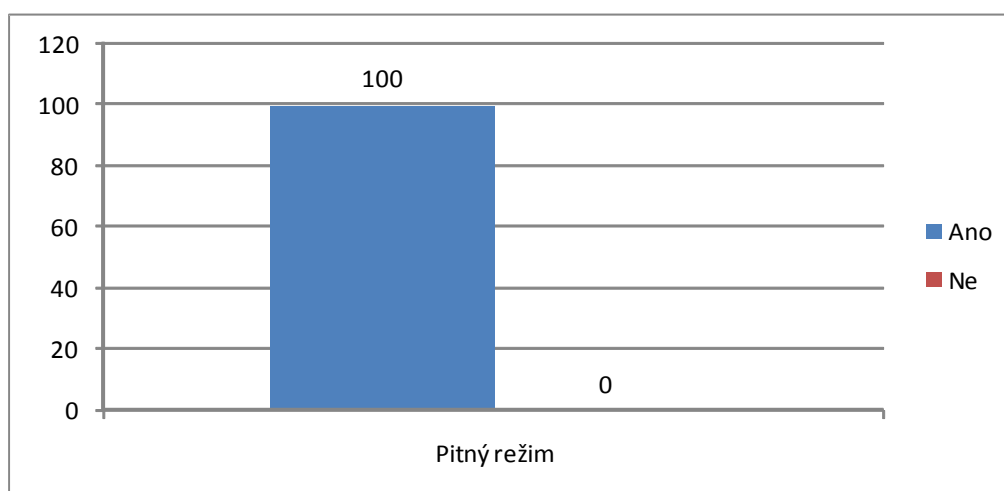
Kategorie	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost v %
Fortrans	13	92,9
Picoprep	1	7,1
Golytela	0	0
NAP	0	0
Jiné	0	0
Celkem Σ	14	100

**Graf 14 Přípravek**

Přípravek Golytela ani Nap nebyli respondenty označeni vůbec. Nejčastější odpovědí byla odpověď Fortrans, což byla odpověď u třinácti respondentů, což je také 100 %. Jedna respondentka ovšem uvedla, že ke správnému vyprázdnění použila Fortrans i Picoprep. Z tohoto důvodu má Fortrans pouze 92,9 % zastoupení a Picoprep má 7,1 %.

Tabulka 15 Pitný režim

Kategorie	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost v %
Ano	13	100
Ne	0	0
Celkem Σ	13	100

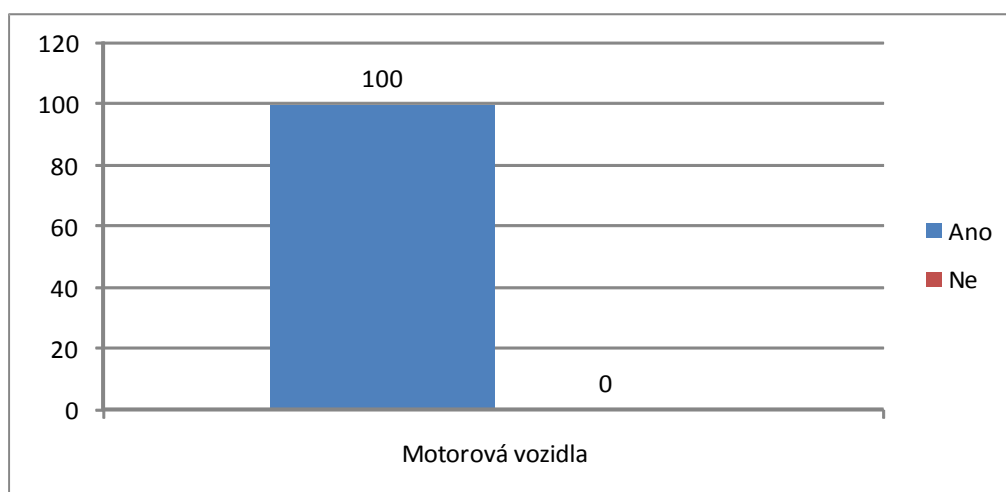


Graf 15 Pitný režim

O nutnosti dodržování pitného režimu bylo správně informováno všech 13 respondentů, čili procentuální zastoupení je 100 %. Před tímto vyšetřením je nutný dostatečný pitný režim. Ten by se měl pohybovat mezi 2 – 3 litry tekutin/den.

Tabulka 16 Motorová vozidla

Kategorie	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost v %
Ano	13	100
Ne	0	0
Celkem Σ	13	100

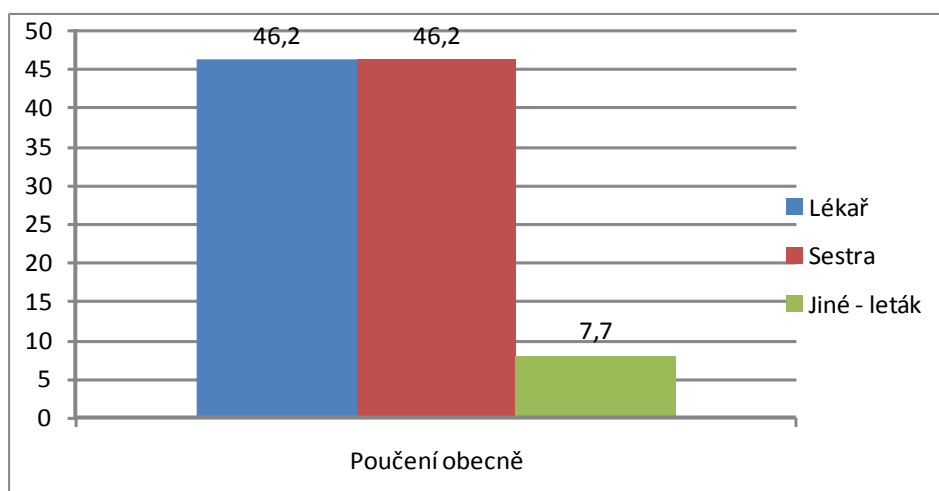


Graf 16 Motorová vozidla

O zákazu řídit auto po výkonu při podání sedativ bylo opět správně edukováno všech 13 respondentů, čili 100 %. Při podávání nitrožilní sedace by mohlo dojít ke snížení soustředění a pozornosti s následným ublížením sobě, či svému okolí.

Tabulka 17 Poučení obecně

Kategorie	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost v %
Lékař	6 (8)	46,2 (47,1)
Sestra	6 (8)	46,2 (47,1)
Jiné – leták	1	7,7 (5,9)
Celkem Σ	13	100



Graf 17 Poučení obecně

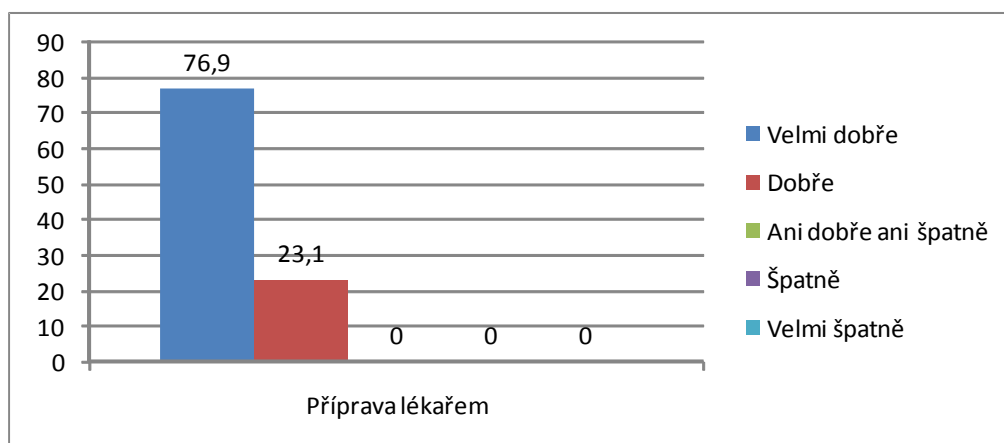
Otázka číslo 18 zněla: “Kdo Vás poučil o celkové přípravě před kolonoskopickým vyšetřením“. Čtyři respondenti odpověděli, že je poučil i lékař i sestra. Tuto skutečnost nám udávají čísla v závorkách.

Já sem se ovšem rozhodla vyhodnotit údaje, které vyšly po rozdělení, tedy dva body získal lékař a dva sestra.

Tedy 6 respondentů bylo o celkové přípravě poučeno lékařem, což procentuálně dává 46,2 %. Stejně zastoupení získala i sestra, tedy 6 s zastoupením 46, 2 %. Jedna respondentka uvedla možnost jiné - leták. V této odpovědi bylo procentuálně zastoupeno 7,7%.

Tabulka 18 Příprava lékařem

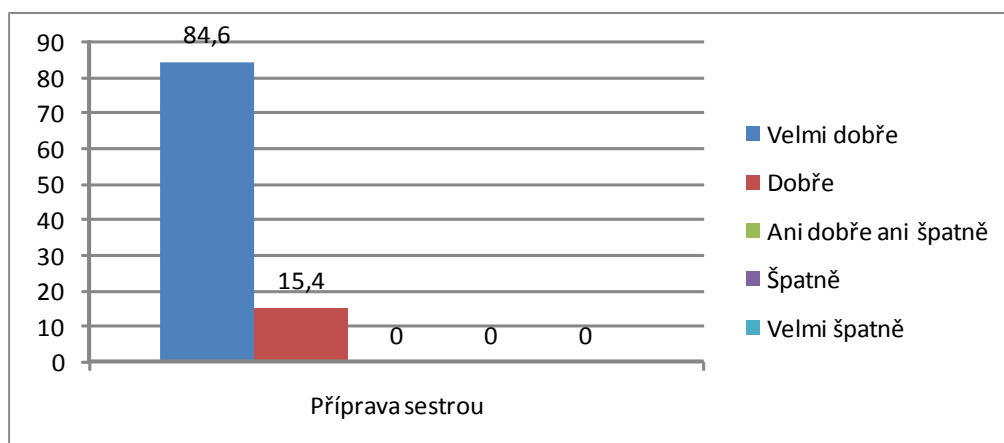
Kategorie	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost v %
Velmi dobře	10	76,9
Dobře	3	23,1
Ani dobře ani špatně	0	0
Špatně	0	0
Velmi špatně	0	0
Celkem Σ	13	100

**Graf 18 Příprava lékařem**

Jako velmi dobrou přípravu lékařem hodnotilo 7 žen a 3 muži, celkově tedy 10 respondentů. Ti procentuálně zastoupili 76,9 %. Odpověď „dobře“ využili 3 respondenti – muži, kteří procentuálně činí 23,1 %. Ani jedna z dalších možností se neobjevila. Byli to možnosti: ani dobře ani špatně, špatně, či velmi špatně.

Tabulka 19 Příprava sestrou

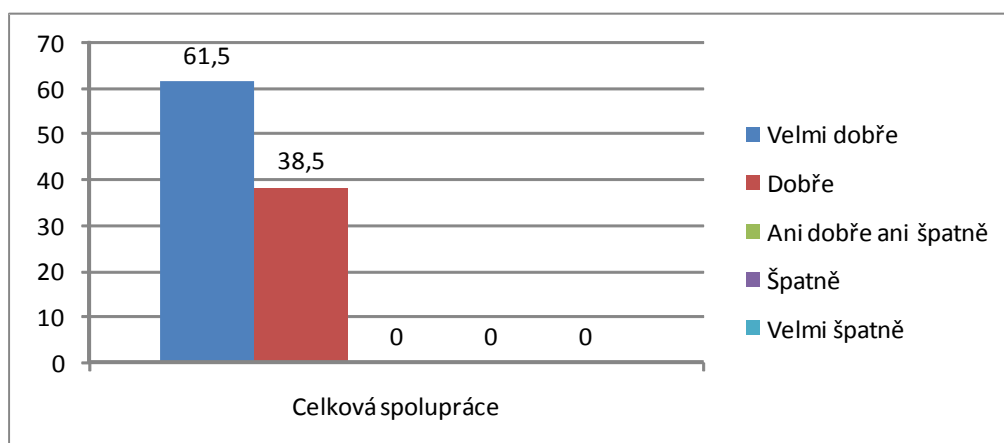
Kategorie	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost v %
Velmi dobře	11	84,6
Dobře	2	15,4
Ani dobře ani špatně	0	0
Špatně	0	0
Velmi špatně	0	0
Celkem Σ	13	100

**Graf 19 Příprava sestrou**

Příprava sester byla asi o něco málo lepší, jako velmi dobrou přípravu hodnotilo 11 respondentů, což procentuálně dává 84,6 %. v tomto zastoupení bylo 7 žen a 4 muži. Jako dobrou přípravu označili dva muži, kteří procentuálně zastoupili 15,4 %. Ani u této otázky nebyly využity odpovědi ani dobře ani špatně, špatně a velmi špatně.

Tabulka 20 Celková spolupráce

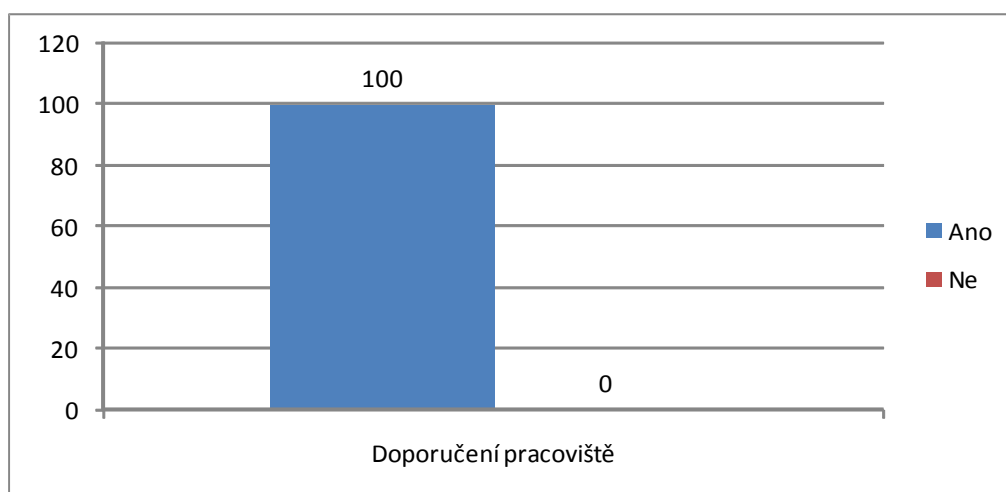
Kategorie	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost v %
Velmi dobře	8	61,5
Dobře	5	38,5
Ani dobře ani špatně	0	0
Špatně	0	0
Velmi špatně	0	0
Celkem Σ	13	100

**Graf 20 Celková spolupráce**

U kolonoskopického vyšetření 8 respondentů označilo spolupráci za velmi dobrou. Takto odpovědělo 5 žen a 3 muži. Ti procentuálně zastoupili 61,5 %. Hodnocení „dobře“ volilo 5 respondentů, z toho 3 muži a 2 ženy. Ti zastoupili 38,5 %. Žádná horší odpověď nebyla označena.

Tabulka 21 Doporučení pracoviště

Kategorie	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost v %
Ano	13	100
Ne	0	0
Celkem Σ	13	100



Graf 21 Doporučení pracoviště

Endoskopické pracoviště by doporučilo ostatním pacientům všech 13 respondentů, což činí 100 %.

5.6 DISKUZE

V úvodu praktické části jsme si zvolili tři cíle, které sloužily jako předloha k vytvoření dotazníku. Po zpracování otázek jsme v této kapitole shrnuli a vyhodnotili jednotlivé výsledky.

Cíl číslo jedna nám měl objasnit anamnézu respondentů. Anamnéza obsahovala otázky 1 – 8. Otázka číslo jedna se týkala pohlaví. Ženské pohlaví označilo 7 respondentek, což procentuálně bylo 53,8 %. Mužů bylo 6, což procentuálně značí 46,2 %. Otázka číslo dva zjišťovala věk. Věkové rozmezí do 19 let – 39 let neoznačil žádný respondent. Věkovou hranici od 40 do 49 let označili 3 respondenti, což nám dává 23,1 %. Věkovou hranici 50 – 59 let označili také tři respondenti, procentuálně tedy 23,1 %. Poslední kategorie byla nejpočetnější. Věk 60 a více označilo 7 respondentů, což procentuálně dává 53,8 %. Třetí otázka se zabývala dosaženým vzděláním. Největší zastoupení mělo středoškolské vzdělání. Takto odpovědělo 5 respondentů, tedy procentuálně 35,5 % respondentů. Druhou nejčastější odpovědí bylo vyučení, což uvedli 4 respondenti, tedy 30,8 %. Základní a vyšší odborné vzdělání bylo uvedeno jen jedenkrát každá možnost. Procentuálně každá získala 7,7 %. Vysokoškolského vzdělání dosáhli pouze dva respondenti, tedy 15,4 %. Je zajímavé sledovat, jak dříve i středoškolské vzdělání mělo silnou váhu. Za 15 – 20 let by bylo zajímavé sledovat, kolik respondentů by uvedlo vysokoškolské vzdělání. O obecné znalosti kolonoskopického vyšetření jsme se ve čtvrté otázce dozvěděli, že 12 respondentů ví, co je kolonoskopické vyšetření. Procentuálně má tedy pojem o kolonoskopii 92,3 % respondentů. Pouze 1 respondent nevěděl, co to je, procentuálně tedy 7,7 %. Otázka číslo pět zjišťovala již dřívější absolvování vyšetření. 2 respondenti šli na vyšetření podruhé, tedy 15,4 %. Jeden respondent se na vyšetření chystal potřetí, tedy 7,7 %. 9 respondentů toto vyšetření absolvovalo poprvé, procentuálně tedy 69,2 % respondentů. 1 respondent se chystal na toto vyšetření po jedenácté. Vyšetření absolvoval tak často kvůli onemocnění morbus Crohn. Toto procentuálně splňuje 7,7 %. Otázka číslo šest udává, kolik osob bylo doporučeno k vyšetření odborným, či praktickým lékařem. Odborný lékař psal doporučení v 6 případech, procentuálně tedy 46,2 %. Z odborných lékařů to byl gastroenterolog, gynekolog, internista, onkolog. Praktický lékař toto doporučení předepsal v 7 případech. Procentuálně tedy 53,8 %. Na otázku číslo sedm odpovídali pouze respondenti, kteří užívali nějaké léky. Odpověď

ano, označilo 7 respondentů, což je 53,8 % respondentů. Léky neužívá 6 respondentů, tedy 46,2 % respondentů. Otázka číslo osm zjišťovala, kvůli kterým onemocněním respondenti léky užívali. Na tuto otázku odpovídali respondenti jen v případě, že na otázku číslo 7 odpověděli ano, tedy možnost a). Na vysoký krevní tlak užívají léky 3 respondenti, což je 33,3 %. Na diabetes mellitus užívá léky 1 respondent, tedy 11,1 %. Stejně zastoupení jednoho respondenta má i kardiovaskulární onemocnění, procentuálně také 11,1 %. Možnost jiné uvedli 4 respondenti, což je procentuálně 44,4 % respondenta. Mezi označené nemoci jiné je dna, vysoký cholesterol, štítná žláza, morbus Crohn.

Cílem práce číslo dvě bylo zjistit informovanost pacientů před kolonoskopickým vyšetřením. Touto problematikou se zabývaly otázky číslo 9 – 19. Otázka číslo devět zjišťovala, zda byli respondenti poučeni o užívání léků před kolonoskopií. Odpověď ano zvolilo 7 respondentů, což byl počet osob užívající léky. Procentuálně tedy 53,8 % respondentů. Respondenti, kteří léky neužívali, jsem pro větší přehlednost označila odpovědí ne. Takto tedy odpovědělo 6 respondentů, což procentuálně činí 46,2 %. Otázka číslo deset se zabývala bezezbytkovou dietou a jejím dodržováním. Odpověď byla v tomto případě jednoznačná. Všech třináct respondentů označilo odpověď a), tedy ano. Jejich procentuální zastoupení tedy činí 100 %. Otázka číslo jedenáct se zabývala časovým úsekem dodržování této diety. 11 respondentů drželo dietu 2 – 3 dny před vyšetřením, tedy 84,6 %. Tato odpověď byla správná. 2 respondenti drželi dietu pouze 1 den před vyšetřením, procentuálně 15,4 %. Otázka číslo dvanáct se zabývala znalostí povolených a zakázaných potravin. Respondenty jsem v tabulce označila pouze čísly 1-13. Pro větší přehlednost odpovědí je přiložena také tabulka odpovědí, kdy číslo v tabulce označuje označení respondenta. Na tuto otázku sice odpověděli všichni respondenti, bohužel všichni neuvedli obě možnosti, tedy povolenou i zakázanou potravinu. V této oblasti si tedy myslím, že pacienti neměli tolik informací. Nabízí se také možnost, že byli respondenti odrazeni otevřenou otázkou, proto se snažili otázku co nejstručněji odpovědět. Otázka číslo třináct zkoumala, zda byli respondenti poučeni o vyprazdňovacích roztocích. Všech 13 respondentů označilo odpověď ano, procentuálně tedy 100 %. Otázka číslo čtrnáct zjišťovala, jaký přípravek k vyprázdnění použili. Všech 13 respondentů označilo roztok Fortrans. Jejich procentuální zastoupení ale není 100 %, pouze 92,9 %. Jedna respondentka měla kombinaci Fortrans a Picoprep, což je procentuálně 7,1 %. U této

otázky tedy vycházím z počtu 14 respondentů. Otázka číslo patnáct zjišťovala, zda respondenti správně dodržovali pitný režim. Na tuto otázku všech 13 respondentů odpovědělo možnost a), tedy ano. Jejich procentuální zastoupení činí 100 %. V otázce číslo šestnáct jsem zjišťovala, zda byli respondenti obeznámeni se zákazem, či omezením řídit motorová vozidla po vyšetření. Opět bylo všech 13 respondentů správně poučeno o tomto zákazu, tedy 100 %. Otázka číslo sedmnáct se zabývala celkovým poučením o vyšetření, tedy kdo edukoval. 6 respondentů bylo poučeno lékařem, tedy 46,2 % respondentů, sestry také poučovali 6 respondentů, procentuálně též 46,2 %. Jedna respondentka zvolila možnost jiné. V tomto případě se jednalo o leták. Procentuální zastoupení tedy činilo 7,7 %. Otázka číslo osmnáct hodnotila celkovou přípravu lékařem. Označeny byly pouze 2 možnosti a to velmi dobře a dobře. Možnost velmi dobře si vybralo 10 respondentů s procentuálním zastoupením 76,9 %. Možnost dobře si vybrali 3 respondenti, tedy 23,1 %. Poslední otázka patřící k tomuto cíli, tedy otázka číslo devatenáct, hodnotila celkovou přípravu sestrou. V tomto případě možnost velmi dobře označilo 11 respondentů, což procentuálně činí 84,6 %. Přípravu s možností dobře označili 2 respondenti, tedy %. Ani v tomto případě nebyla označena možnost ani dobře ani špatně, špatně, či velmi špatně.

Cíl číslo tři se zabýval otázkou, zda může špatná či nedostatečná informovanost ovlivnit vyšetření. K tomuto cíli se vztahovaly otázky 20 a 21. Otázka číslo dvacet se zabývala celkovou spoluprací u vyšetření. 8 respondentů uvedlo, že spolupráce byla velmi dobrá, což je procentuálně 61,5 %. Spoluprací s možností dobře označilo respondentů, tedy 38,5 %. V otázce číslo dvacet jedna jsem se dotazovala, zda by endoskopické pracoviště doporučili i ostatním pacientům. Všech 13 respondentů se shodlo, že ano. Procentuální zastoupení tedy činí 100 %.

Dle kladných výsledků tedy soudím, že všechny tři cíle byly splněny. Cíl číslo jedna byl tedy hlavně informačního charakteru, byl ovšem také důležitý. V cíli číslo dvě bych pouze doplnila lepší informovanost v oblasti potravin povolených x zakázaných a ujednotila informace ohledně bezobzbytkové diety. Cíl číslo tři měl v obou otázkách kladné hodnocení, a i z cíle číslo 2 máme informaci o kvalitním poučení. I tento cíl je tedy splněn.

6 NÁVRH EDUKAČNÍHO PLÁNU U PACIENTŮ PŘED KOLONOSKOPICKÝM VYŠETŘENÍM

Před každým invazivním vyšetřením je vždy nutná určitá příprava. Nehraje roli, zda se jedná o přípravu krátkodobou těsně před vyšetřením, nebo zdlouhavou, jako např. před kolonoskopií. Díky osvětě praktických lékařů, pojišťoven a lékáren vzrůstá potřeba kolonoskopického vyšetření a je třeba co nejvíce zkvalitnit a zpříjemnit pacientům tuto přípravu. Prioritou zdravotníků je tedy co nejlepší edukace, která je srozumitelná všem věkovým kategoriím bez ohledu na vzdělání a předchozí zkušenosti.

6.1 POSUZOVÁNÍ

Ve fázi posuzování si musíme vyjasnit dva důležité body, a to zjištění důležitých informací o pacientovi a určování, v čem má pacient problémy a o čem ho musíme edukovat.

V prvním bodě je to tedy:

Věk – v tomto ohledu nesmíme dát na první dojem. I „naoko“ dezorientovaný pacient může mít lepší intelektové schopnosti než o 20 let mladší kolega. Naopak starší lidé mohou mít problémy s pamětí, kdy je nutná větší trpělivost.

Vzdělání – vzdělání má vliv na další učení. Jedná se o to zda, je pacient ochoten a nakloněn, respektive schopen učit se novému. Také je důležité vědět, zda pacient umí číst a psát, nebo je limitován nějakou smyslovou poruchou.

Společensko-ekonomické faktory – každý pacient má jiné sociální zázemí. Těžko bude mít sociálně slabý jedinec mít možnost nakupovat si drahé potraviny nebo dojíždět na drahé kúry apod. Nesmíme také zapomínat, že každý jedinec pohlíží jinak na nemoc, zdraví, stravování, atd. V tomto ohledu je individuální přístup nezbytný.

Motivace – jako vždy je nejdůležitějším aspektem motivace. Pokud sestra „nezaujme“ pacienta na prvním sezení, pacient může ztratit vůli učit se něco nového a zodpovědně se léčit.

Ochota učení – pokud pacient sám chce, bude i on aktivně vyhledávat informace, knihy a novinky k tématu.

Styl učení – nejdůležitější je zjistit, jak je pacient zvyklý učit se. Někdo potřebuje psanou formu spolu s poslechem, jinému stačí si materiál přečíst. Sestra by hned u první lekce měla pacientovi dyspozice zohlednit a na základě toho pacienta správně poučit.

V bodě číslo dvě určujeme potřeby pacienta učit se:

Potřeba učit se – pokud chce, aktivně se na učení podílí

Pacientovo chování – pacient může následkem nemoci nebo jiné nepříjemné události učení zprvu odmítat, proto je nutný rozhovor, který by měl sestře objasnit, zda pacient vyšetření potřebuje

Znalost zdravotnických pracovníků – zdravotníci by neměli pacienty zbytečně zahlcovat nepodstatnými informacemi. Proto je nutné, aby měl zdravotník přehled, co je pro pacienta stěžejní a z toho vycházet (ŠPIRUDOVÁ, 2006).

6.2 EDUKAČNÍ DIAGNOSTIKA

Stanovujeme, ve které oblasti má pacient nedostatek vědomostí:

- vhodné a nevhodné potraviny
- bezzbytková dieta a její interval
- celkovém průběhu vyšetření

6.3 PLÁNOVÁNÍ

V této fázi plánujeme edukační jednotku, její záměr, cíle, strukturu, priority, dle místa realizace, dle času.

Záměr – hlavním záměrem mé práce je informovat veřejnost o správné přípravě před kolonoskopickým vyšetřením. Pacienti budou znát vše týkající se přípravy a budou schopni poučit i své okolí.

Cíle – využití cíle afektivního, kognitivního, behaviorálního.

Afektivní cíl určí nedostatky pacientů v informovanosti a ti je budou přesně znát. Čímž se zvýší možnost jejich eliminace.

Kognitivní cíl dá pacientům dostatek znalostí o problematice, pacienti budou znát přesný postup přípravy včetně potravin, vyprazdňování, atd.

Behaviorální cíl jim umožní užítkovat vše, co se naučili a budou mít možnost pomoci svým blízkým v přípravě.

Struktura – každý edukátor si určuje svou edukační hodinu. Někdo nejprve názorně předvádí na modelech, jiný dává přednost teorii před praxí.

Priority – po podání jednoduchého testu bude edukátor přesně znát nedostatky edukanta. Bude tedy hlavně informovat o tom, v čem má edukant mezery a poté vše shrne.

Místo realizace – vždy je nutné vybírat klidné a tiché místo s možností větrání a správného osvětlení. Není příliš vhodná čekárna plná pacientů, protože edukant nemusí mít dostatek odvahy klást otázky, a tak může být špatně poučen.

Čas – před edukací by si měl každý edukátor rozmyslet, zda má na edukanta čas. Některá edukace může probíhat déle (hlavně u starších lidí), proto není vhodné spěchat a dávat jim najevo naši nervozitu a nedostatek času (NEMCOVA, 2010).

Edukační jednotky:

1. **Edukační jednotka** – Kolonoskopické vyšetření
2. **Edukační jednotka** – Příprava ke kolposkopickému vyšetření
3. **Edukační jednotka** – Péče po kolposkopickém vyšetření

6.4 REALIZACE EDUKAČNÍCH JEDNOTEK

1. Edukační jednotka

Téma edukace: Kolonoskopické vyšetření

Místo edukace: na pokoji pacienta na standardním oddělení

Časový harmonogram: 11. 2. od 13:00 – 13:40 hod (40 minut)

Cíl: kognitivní, afektivní

Kognitivní

- pacient přesně chápe důležitost vyšetření, je si vědom nežádoucích účinku při odmítnutí
- pacient zná postup vyšetření, jeho důležitost spolupráce při vyšetření

Afektivní

- pacient má zájem o nové informace, verbalizuje spokojenost se spoluprací při vyšetření

Forma: individuální

Prostředí: nemocniční

Edukační metody: vysvětlení, zodpovězení otázek, diskuze

Edukační pomůcky: psací potřeby, papír, edukační karta, publikace

Realizace: motivační fáze, expoziční fáze, fixační fáze, zpětná vazba

Motivační fáze (5 minut)

- vhodným oslovením se snažíme zaujmout pacienta a vytvořit atmosféru pro edukaci
- informujeme o teorii endoskopického vyšetření, jeho historii a současnosti
- pacienta informujeme o legislativě a nutnosti primární a sekundární prevence

- další informace se týkají postupu vyšetření – jak se vyšetření provádí, proč je vhodné zrovna u našeho pacienta (např. pozitivní test na okultní krvácení, pozitivní anamnéza, ad.)

Expoziční fáze (25 minut)

- pacienta informujeme o historii endoskopických vyšetření, kdy první zmínky sahají do 19. století na území Japonska a postupně přejdeme k nedávné historii, kdy se začátky u nás pohybují okolo 70. let minulého století (tuto část expoziční fáze lze vynechat)
- pacient také bude znát nutnost primární prevence, kdy se testy na okultní krvácení snažíme včasnou diagnostikou předejít kolorektálnímu karcinomu, při pozitivní diagnóze v rodině nezačínáme okolo 55. roku života, ale již o 10 – 15 let dříve
- dále informujeme o tom, že do sekundární prevence patří kolonoskopické vyšetření, které zatím jako jediné napomáhá správné diagnostice, protože je u něj možné odebrat také vzorky tkáně – polypů, při tzv. polypektomii
- pacient dostane také obecné informace týkající se vyšetření, jako je místo vyšetření, délka vyšetření, příprava před vyšetřením (obecně) – dieta, vyprazdňování, poloha při vyšetření, cesta endoskopu, kdy se vyšetření provádí – při pozitivním okultním krvácení, při viditelném krvácení, při pozitivní anamnéze, ad.

Fixační fáze (5 minut)

- znovu s pacientem projdeme vše důležité, zopakujeme si důležité body – prevence, samotné vyšetření – co jej bude v dohledné době čekat

Zpětná vazba (5 minut)

- pacient je schopný říci, kdy je nutné vyšetření uskutečnit, jak se na vyšetření bude připravovat, že bude nutná dieta a bude se vyprazdňovat – zatím nebude schopen vyjmenovat povolené a zakázané potraviny, nebude znát přesný harmonogram vyprazdňování

2. Edukační jednotka

Téma edukace: Příprava ke kolonoskopickému vyšetření

Místo edukace: na pokoji pacienta na standardním oddělení

Časový harmonogram: 12. 2. od 8:00 – 8:40 hod (40 minut)

Cíl: kognitivní, afektivní

Kognitivní

- pacient zná přípravu k vyšetření, je poučen o užívání léků, chápe nutnost aplikace vyprazdňovacích roztoků a klyzmat
- pacient je srozuměn s nutností pitného režimu a dietním opatřením

Afektivní

- pacient se aktivně doptává na informace ohledně přípravy, verbalizuje spokojenost

Forma: individuální

Prostředí: nemocniční

Edukační metody: vysvětlení, rozhovor, diskuse, zpětná vazba

Edukační pomůcky: psací potřeb, papír, edukační karta

Realizace: motivační fáze, expoziční fáze, fixační fáze, zpětná vazba

Motivační fáze (5 minut)

- snažíme se u pacienta vzbudit potřebu sebevzdělání, aby bylo vyšetření co nejdříve zdárně dokončeno

Expoziční fáze (25 minut)

- pacient zná důvody vyšetření z minulého sezení, nyní mu prohlubujeme informace o samotné přípravě

- pacient se dozvídá, že s lehkou dietou začíná již 5 dní před vyšetřením a hlavní dietní příprava začíná 2 dny před vyšetřením, kdy pacient od oběda konzumuje jen tekutiny
- pacientovi jsou vysvětleny povolené a zakázané potraviny, které jsou uvedeny na edukační kartě
- v den před vyšetřením také ví, že nebude nic jíst a navíc mu přibude zátěž v podobě vyprazdňovacích roztoků, večer bude pacient čekat nálev, který se hned ráno bude opakovat
- pacient má také informaci o tom, že pokud by se léčil na cukrovku – diabetes mellitus, jeho příprava bude doplněna infúzní terapií a pravidelnou kontrolu krve na stanovení hladiny cukru
- pacient je také seznámen s komplikacemi které jsou poměrně vzácné, ale přesto možné, nejčastěji tedy krvácení či porušení celistvosti střeva – je tedy obeznámen o písemném souhlasu, který musí být podepsán oběma stranami před vyšetřením
- pacient je také obeznámen s nutností informovat lékaře, který jej přijímá, o přípravcích na ředění krve (např. Fraxiparine, Warfarin, Anopyrin, ad.)

Fixační fáze (5 minut)

- pacient po edukační jednotce s edukátorem opět prochází body jako dietní režim, vyprazdňování, užívané léky, komplikace

Zpětná vazba (5 minut)

- pacient dokáže vyjmenovat 5 povolených a 5 zakázaných potravin, je schopný popsat „vyprazdňovací den“
- pacient dokáže popsat pětidenní dietní opatření před vyšetřením
- aktivně mluví o užívané medikaci a zná hlavní body informovaného souhlasu

3. Edukační jednotka

Téma edukace: Péče po kolonoskopickému vyšetření

Místo edukace: na pokoji pacienta na standardním oddělení

Časový harmonogram: 14. 2. po vyšetření (15 – 20 minut)

Cíl: kognitivní, afektivní

Kognitivní

- pacient zná důvody sledování stolice po vyšetření, je si vědom kontroly krvácení a nutnosti hlásit odchylky lékaři
- pacient je obeznámen lékařem o výsledcích vyšetření, o dalším postupu

Afektivní

- pacient se aktivně podílí na sledování stolice a stavu po vyšetření, verbalizuje spokojenost

Forma: individuální

Prostředí: nemocniční

Edukační metody: vyvětlení, rozhovor, diskuze

Edukační pomůcky: edukační karta

Realizace: motivační fáze, expoziční fáze, fixační fáze, zpětná vazba

Motivační fáze (3 minuty)

- pacienta motivujeme k brzkému odchodu domů, pokud bude vše bez komplikací a dále ho vybízíme k další spolupráci

Expoziční fáze (10 minut)

- pacienta informujeme o nutnosti dodržovat pravidla po vyšetření

- pacient je seznámen s dietou po vyšetření při odebírání vzorků, je mu vysvětlen zákaz řízení motorových vozidel po lécích, které mu byly aplikovány do žíly
- pacient je obeznámen o možném krvácení po vyšetření, o nutnosti informovat zdravotnický personál při krvácení, či jiných nežádoucích účincích – nevolnost, závratě, atd.

Fixační fáze (3 minuty)

- opětovné připomenutí nejdůležitějších bodů – krvácení, zákaz řízení motorových vozidel

Zpětná vazba (4 minuty)

- pacient dokáže vyjmenovat, proč je důležité sledování po vyšetření – krvácení, nevolnost
- pacient ví o zákazu řízení motorových vozidel a případné nedodržení ve formě ohrožení sebe a jiných

6. 5 KOMPLEXNÍ HODNOCENÍ EDUKAČNÍHO PLÁNU

Zájem o sběr nových informací se u pacientů setkal s kladnou odezvou. Náš edukovaný respondent byl neustále ochotný učit se a aktivně se podílet na svém zdraví.

Hned na začátku sezení měl pacient připraveny otázky, které jej napadly hned po sdělení nutnosti vyšetření. Pacientovi jsem na jeho otázky odpověděla hned na začátku, ačkoliv by všechny informace získal během edukačních jednotek.

Pacientovi otázky:

- jak dlouho bude trvat vyprázdnění a jak dlouho bude muset držet dietu
- jak bude upravena medikace při warfarinizaci – strach z krvácení při případném odběru polypů, či jiné tkáně
- kdy bude propuštěn

V úvodu edukační jednotky jsme se zabývali obecnými informacemi o vyšetření, jeho historii, prevencí.

Druhá edukační jednotka již byla hodně podrobná, při této hodině se již pacient dozvídal o dietním režimu, vyprazdňování, komplikacích, informovaném souhlasu a o nutnosti hlásit léky, které užívá.

Třetí edukační jednotka se již zabývala režimem po vyšetření, co je pro pacienta důležité sledovat a jak pokračovat v rekonvalescenci.

Komplexní hodnocení zahrnuje návrh edukačního programu, který byl sestaven pro větší přehlednost informací.

Podstatou této edukace bylo seznámit pacienta s obecnými informacemi týkajícími se vyšetření a následně zformulování celkové přípravy do dvou jednotek. Jednotlivé setkání na sebe vzájemně navazovaly.

6.6 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Svá doporučení jsem rozdělila do tří skupin.

Doporučení pro pacienty:

- nepodceňovat důležitost vyšetření
- řídit se pokyny zdravotnického personálu
- dodržovat postupy, které byly navrženy a požadovány
- hlásit vždy nejasnosti, aby bylo možné vše ještě jednou vysvětlit
- aktivně se podílet na léčbě a co nejdéle si udržovat a upevňovat své zdraví

Doporučení pro sestry:

- vždy přistupovat k pacientovi s ohledem na jeho aktuální psychický a fyzický stav
- neustále se doptávat, zda byly informace dobře vstřebány
- uzpůsobit tempo podávaných informací
- dbát na styl a úroveň předávaných informací
- nespěchat na pacienty

Doporučení pro veřejnost:

- nebrat doporučení na lehkou váhu
- aktivně se podílet na primární prevenci, která zamezí vzniku komplikací
- zjišťovat si informace pouze u osvědčených a ověřených zdrojů
- důvěřovat zdravotnickým pracovníkům

ZÁVĚR

Důvodů, proč jsem si toto téma vybrala je mnoho. Jedním z důvodů bylo časté setkání s osobami, které se na toto vyšetření buďto chystaly, či byly na zákroku a bylo nutné posleovat krvácení. Dalším důvodem byl zájem o dané téma a potřeba dalšího vzdělávání. Tyto důvody mne vedly k osvětě nejen pro všeobecné sestry a další zdravotnický personál, ale také pro studenty zdravotnických škol a samozřejmě pacienty. Hlavním cílem bylo tedy vytvořit edukační materiál, který by měl sloužit nejen pro lepší orientaci v dané tématice.

V teoretické části jsme se seznámili s historií, legislativou, primární a sekundární prevencí. Dále jsme se dozvěděli důležité informace týkající se kolonoskopie – její indikace, kontraindikace, komplikace, její přípravu v různých stavech a při různých onemocněních. Poslední kapitola se již obecně zabývala edukací.

Praktická část se skládala ze dvou částí a to předvýzkumu, který byl tvořen dotazníkem o 21 otázkách a samotnou edukací. Předvýzkum byl uskutečněn na Gastroenterologické ambulanci Kroměřížské nemocnice. Bylo rozdáno 15 dotazníků, kdy navráčeno bylo 13. I tento počet stačil ke zpracování kvalitních dat. Dotazník tvořil 20 otázek uzavřených a jednu otázku otevřenou. Tato otázka se týkala povolených a zakázaných potravin, které směli pacienti před vyšetřením konzumovat. Tato otázka byla pro dotazované respondenty asi nejtěžší. Někteří pacienti uvedli například jen možnost povolených potravin nebo jen zakázaných potravin. Další možností v absenci odpovědi mohla být neochota respondentů odpovídat na otevřenou otázku. Asi největší zajímavostí byl dotazník pacienta, který toto vyšetření absolvoval již 10x a nyní šel po jedenácté. Důvodem jeho návštěvnosti gastroenterologické ambulance bylo onemocnění, morbus Crohn. Samotná edukace poté pojala něco málo teorie a vytvoření třech edukačních jednotek u konkrétního pacienta. Všechny tři edukační jednotky byly podrobně rozpracovány a zhodnoceny.

Vypracování této práce pro mne bylo velkým přínosem, zjistila jsem, na která úzkalí se při informování pacienta zaměřit. Věřím proto, že stejně jako pro mne bude přínosem pro další všeobecné sestry a zdravotnický personál, stejně jako pro pacienty, kteří se s touto publikací setkají.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- ČOUPKOVÁ, H. a SLEZÁKOVÁ, L., 2012. *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy: Pediatrie, chirurgie II*. Praha: Grada. ISBN: 978-80-2473-602-0.
- DUŠKOVÁ, Bohdana, 2006. *Edukace v ošetrovatelství II. část*. Ostrava. 67 stran. Dostupné na: <http://kramerus.medvik.cz/search/handle/>
- HOLUBEC, L. a KOLEKTIV, 2004. *Kolorektální karcinom: Současné možnosti diagnostiky a léčby*. Praha: Grada. ISBN: 978-80-2476-306-4.
- CHRASTINA, Jan a Jana MAREČKOVÁ. Edukace klientů k provádění testů k detekci okultního krvácení do stolice. [online]. [cit. 2015-02-13]. Dostupné z: <http://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2009/11/14.pdf>
- JANÍKOVÁ, Eva a Renáta ZELENÍKOVÁ, 2013. *Ošetrovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Grada. ISBN: 978-80-2474-412-4.
- JELÍNKOVÁ, Ilona, 2014. *Klinická propedeutika pro střední zdravotnické školy*. Praha: Grada. ISBN: 978-80-2475-093-4.
- JUŘENÍKOVÁ, Petra, 2010. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. ISBN: 978-80-2472-71-2.
- Kolorektální – karcinom.cz [online], článek 11/2013. [cit. 23.3. 2015]. Dostupné z: www.kolorektalni-karcinom.cz/bezezbytkova-dieta; ISSN: 1804-1817
- KRÁL, Norbert a Bohumil Seifert, 2013. Postgraduální medicína. *Screening kolorektálního karcinomu v roce 2013*. Praha. Ročník 2013, číslo 9. s.66.
- KUTNOHORSKÁ, Jana, 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN: 978-80-2247-271-34.
- LIPSKÁ, Ludmila, 2009. *Recidiva kolorektálního karcinomu*. Praha: Grada. ISBN: 978-80-2473-026-4.
- LUKÁŠ, K., ŽÁK, A. a KOLEKTIV, 2007. *Gastroenterologie a hematologie: Učebnice*. Praha: Grada. ISBN: 978-80-2476-720-8.
- MIKŠOVÁ, Z., et. al., 2005. *Kapitoly z ošetrovatelské péče II: aktualizované a doplněné vydání*. Praha: Grada. ISBN: 978-80-2476-852-6.

NEMCOVA, J., et. al., 2010. *Moderná edukácia v ošetrovatel'stve*. 1. vydání. Marti: Osveta. ISBN: 978-80-8063-321-9.

NĚMCOVÁ, J. et al. *Příklady praktických aplikací témat z předmětů Výzkum ošetrovatelství a v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci*. Praha: Maurea, 2012. ISBN 978-80-904955-5-5.

NEUMANNOVÁ, Eva, 2011. *Příprava pacienta ke kolonoskopii*. Hradec Králové: Univerzita Karlova v Praze. Bakalářská práce. Lékařská fakulta v Hradci Králové: Ústav sociálního lékařství, oddělení Ošetrovatelství.

Příprava střeva před kolonoskopií – guideline Evropské společnosti gastrointestinální endoskopie. 2014. Z angl. orig. přeložil MUDr, Vít Šmajstrla. EC ČGS. 24 stran.

SCHUTER, Matthias a OSTER, Peter, 2010. *Geriatric od A do Z pro sestry*. Praha: Grada. ISBN: 978-80-2473-013-4.

SLEZÁKOVÁ, L. a KOLEKTIV, 2010. *Ošetrovatelství v chirurgii I*. Praha: Grada. ISBN: 978-80-2476-918-9.

SVÁČINA, Štěpán a KOLEKTIV, 2008. *Klinická dietologie*. Praha: Grada. ISBN: 978-80-2472-256-6.

ŠPINAR, Jindřich, 2008. *Propedeutika a vyšetřovací metody vnitřních nemocí*. Praha: Grada. ISBN: 978-80-2471-749-4.

ŠPIRUDOVÁ, Lenka, 2006. *Multikulturní ošetrovatelství II*. Praha: Grada. ISBN: 978-80-2471-213-0.

VACHUTKOVÁ, Zdeňka a LOYKOVÁ, Věra, 2011. *Medicína pro praxi. Příprava diabetických pacientů k endoskopickým výkonům*. Ostrava. Ročník 2011, číslo 8. Dostupné z: www.medicinapropraxi.cz

VÍTEK, Petr a KAJZRLÍKOVÁ MIKOVINY, Ivana, 2013. *Interní medicína pro praxi. Antikoagulační a protidestičková léčba u endoskopických výkonů*. Frýdek-Místek. Ročník 2013, číslo 8.

VOKURKA, Martin a Jan HUGO, 2007. *Praktický slovník medicíny*. 8. Rozšířené vydání Praha: Maxdorf. ISBN: 978-80-7345-123-3.

VORLÍČEK, J., et. al., 2012. *Klinická onkologie pro sestry*. 2. přepracované a rozšířené vydání Praha: Grada. ISBN: 978-80-2477-768-9.

KOLÁŘ, ROMAN,2010. *Informovaný souhlas. Kolonoskopie.* Kroměřížská nemocnice. KMN 390 166.

MEDICON,2014. *Informovaný souhlas pacienta s poskytnutím zdravotních služeb.* Praha. IČ: 284 63 293

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A – Protokol o provádění sběru podkladů pro zpracování bakalářské práce.....	I
Příloha B – Rešerše.....	II
Příloha C – Dotazník.....	III
Příloha D – Informační leták.....	VI
Příloha E – Edukační karty.....	VIII

Příloha A - Protokol o provádění sběru podkladů pro zpracování bakalářské práce

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	ZATLOUKALOVÁ ALENA	
Studijní obor		Ročník 3VSV
Téma práce	EDUKACE PACIENTA PŘED KOLONOSKOPICKÝM VYŠETŘENÍM	
Název pracoviště, kde bude realizován sběr podkladů	GASTROENTEROLOGICKÁ AMBULANCE	
Jméno vedoucího práce	MGR. MARCELA RYBOVÁ	
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 type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis	
Souhlas náměstkyně pro ošetrovatelskou péči	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis Christovová Marie	

V. Kroměříž dne 11. 12. 2014

Zatloukalová
podpis studenta

Příloha B – Rešerše

Národní lékařská knihovna

Sokolská 54

121 32 Praha 2

Informační služba: nml@nlk.cz

Téma: Edukace pacienta před kolonoskopickým vyšetřením

Klíčová slova: Edukace – Education, Kolorektální karcinom – Colorectal Cancer
Kolonoskopické vyšetření – Colonoscopic examination

Časové vymezení: 2004 – 2014

Jazykové vymezení: čeština, angličtina

Druhy dokumentů: knihy, články

DUŠOVÁ, Bohdana. *Edukace v ošetrovatelství. II. část.* [Ostrava : s.n., 2006].

JUŘENÍKOVÁ, Petra. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi.* 1. vyd. Praha : Grada, 2010. ISBN: 978-80-247-2171-2; (OCoLC)614281666.

MAGUROVÁ, Dagmar — MAJERNÍKOVÁ, Ludmila. *Edukácia a edukační proces v ošetrovatel'stve.* Martin : Osveta, c2009. ISBN: 978-80-8063-326-4.

SEIFERT, Bohumil. *Colorectal cancer screening: manual for general practitioners.* Prague : Maxdorf, c2013. ISBN: 978-80-7345-354-1; (OCoLC)857953188.

FALT, P — ŠMAJSTRLA, V — FOJTÍK, P, et al. Cool water vs warm water immersion for minimal sedation colonoscopy: a double-blind randomized trial. *Colorectal disease : the official journal of the Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland*, 2013, roč. 15, č. 10, e612-7.

FALT, Přemysl — LIBERDA, Martin — ŠMAJSTRLA, Vít, et al. Snížení dyskomfortu spojeného s kolonoskopií použitím kombinace vodní imerze a insuflace oxidu uhličitého. *Gastroenterologie a hepatologie*, 2012, roč. 66, č. 3, s. 175-182. ISSN: 1804-7874.

6. Ke kolonoskopickému vyšetření jste byl/a doporučen/a:

a) praktickým lékařem b) odborným lékařem, napište
.....(např. onkologem, internistou, chirurgem,
gynekologem, jiným)

7. Užíváte trvale nějaké léky ? (pokud odpovíte ne, na otázku č. 8, 9 neodpovídejte)

a) ano b) ne

8. Na které onemocnění léky užíváte?

a) na TK (vysoký krevní tlak) b) na diabetes mellitus (cukrovku)
c) na srdečně - cévní d) na jiná onemocnění, napište

9. Byl/a jste poučen/a o užívání léků v průběhu přípravy ke kolonoskopii?

a) ano b) ne

10. Byl/a jste informován/a o nutnosti diety - bezsezbytkové stravy před vyšetřením?

a) ano b) ne

11. Kolik dnů před vyšetřením jste dodržoval/a bezsezbytkovou stravu?

a) 2 - 3 dny b) 1 den c) žádný den

12. Uved'te, které potraviny před vyšetřením jsou povolené a zakázané (napište 2 druhy)

a) povolené b)zakázané.....

13. Byl/a jste informován/a o přípravcích k vyprázdnění střev ke kolonoskopickému vyšetření?

a) ano b) ne

14. Který přípravek jste použil/a k vyprazdňování střev?

VAŠE PŘÍPRAVA NA KOLONOSKOPII

Datum Vašeho vyšetření:..... Čas:..... Místo:.....

ZVOLENÝ REŽIM PŘÍPRAVY	DEN PŘED VYŠETŘENÍM		V DEN VYŠETŘENÍ	
	Objem roztoku	Délka pití od-do	Objem roztoku	Délka pití od-do
<input type="checkbox"/>	2 – 3 litry		1 litr	
<input type="checkbox"/>	2 litry		1 – 2 litry	
<input type="checkbox"/>	3 – 4 litry		0 litrů	
<input type="checkbox"/>				

Co MŮŽETE/NEMŮŽETE jíst a pít před kolonoskopií?

5 dní

Vynechte léky obsahující **železo** (Fe²⁺). Léky na **omezení srážení krve** konzultujte s lékařem. Jste-li **diabetik**, konzultujte s lékařem.

3 dny

Vynechte **potraviny zanechávající ve střevě hrubé zbytky, zrna nebo slupky** (např. celorzné pečivo, pečivo s mákem, skořiči apod., hrozny, kiwi, angrešt, rajčata, meloun, papriky atd.)

1 den

Můžete sníst **lehkou snídani** (např. čaj, piškot, suchý rohlík), **k obědu již pouze čiré tekutiny** (např. čirý bujón). Nepijte mléko, kávu, perlivé nápoje. **K večeři NIC nejzte, pijte jen čaj nebo neperlivé čiré nápoje.**

Zásady, které musíte při přípravě dodržet

- Každý sáček přípravku Fortrans® rozpustíte v 1 litru vychlazené čiré tekutiny** (např. vody, grepové šťávy, hořkém čaji, vody s citrónem nebo vitamínem C).
- Během přípravy pijte** kromě vlastního vyprazdňovacího roztoku **další čiré tekutiny** (např. minerálku, vodu, čaj), nevhodné je pít mléko, džus s dužinou, kávu či alkohol!
- Vypijte veškerý objem naředěného roztoku s přípravkem Fortrans®, který Vám Váš lékař předepíše.**
- Naředěný roztok **pijte rychlostí 1 litr za hodinu.**
- V případě **rozdělené přípravy, která je účinnější**, i když Vám večer z konečníku odchází již čirá tekutina, **ranní část přípravy nevynechejte a roztok dopijte!**
- Poslední dávku dopijte nejpozději 3–4 hodiny před vyšetřením** (i v případě, že budete muset vstávat v noci či brzy ráno).

Jak poznáte, že Vaše tlusté střevo je čisté a dobře připravené ke kolonoskopii?

1. Barva stolice na začátku přípravy.

Příklad:



2. Barva stolice v průběhu přípravy.

Příklad:



3. Ráno, v den vyšetření, musí z konečníku odcházet již čirá tekutina.

Příklad:



- **NEPODCEŇUJTE PŘÍPRAVU • DODRŽTE DIETNÍ POKYNY**
- **VYPIJTE VEŠKERÝ OBJEM TEKUTIN, KTERÝ VÁM LÉKAŘ PŘEDEPSAL**
- **PŘIJĎTE NA KOLONOSKOPII DOBRĚ PŘIPRAVENI!**

PŘÍPRAVA PACIENTA PŘED KOLONOSKOPIÍ S PŘÍPRAVKEM FORTTRANS®

Doporučení na základě praktických zkušeností: as. MUDr. Štěpán Suchánek, vedoucí lékař Oddělení gastrointestinální endoskopie, Interní klinika 1. LF UK a ÚVN Praha

Screening rakoviny tlustého střeva a konečníku jako prevence

Česká republika se řadí na **přední příčky v úmrtnosti** a **onemocnění rakovinou tlustého střeva a konečníku**. Ročně je zjištěno **8 000 nových pacientů** s touto zákeřnou nemocí a **4 000 na ni ročně umírá**.

Screening znamená **plošné vyšetřování populace za účelem zjištění léčitelného nádorového onemocnění** v jeho časných stádiích, **kdy pacienti ještě nemají potíže a příznaky!** Cílem screeningu je **snížit úmrtnost**.

V **lednu 2014** bylo v České republice **zahájeno adresné zvaní** té části **populace**, která spadá do **rizikového věku**, tj. **50 let a více**, a dosud se neúčastnila screeningového programu zaměřeného na **včasně zjištění rakoviny tlustého střeva a konečníku**.

Co je to kolonoskopie?

Kolonoskopie **umožňuje** lékaři **podívat se zblízka na vnitřní části celého Vašeho tlustého střeva** ohebnou trubici s kamerou na konci – **kolonoskopem**. Toto vyšetření slouží jak k prohlížení střeva, tak je při něm možné provádět léčebné zákroky jako např. **odstranění podezřelých výrůstků (polypů)** ve střevě, čímž se pacient vyhne klasické operaci.

Proč kolonoskopie?

Kolonoskopie se provádí kdykoli lékař potřebuje zjistit, **co se Vám děje v tlustém střevě**. Častým důvodem je **preventivní vyšetření** nebo **začínající zdravotní problémy**.

Proč je kvalitní příprava před kolonoskopií tak důležitá?



Vaše **KVALITNÍ** příprava znamená:

- 👍 Vaše střevo **JE** čisté
- 👍 **NEMUSÍTE** přípravu opakovat z důvodu zrušení kolonoskopie
- 👍 **NEMUSÍTE** podstupovat okamžitě další kolonoskopii
- 👍 Lékař **VIDÍ** vše a nepřehlédne ani malé výrůstky – polypy, které mohou znamenat předstádium zhoubného nádoru
- 👍 Lékař **MŮŽE** okamžitě polypy odstranit
- 👍 Lékař Vám **MŮŽE** zachránit život



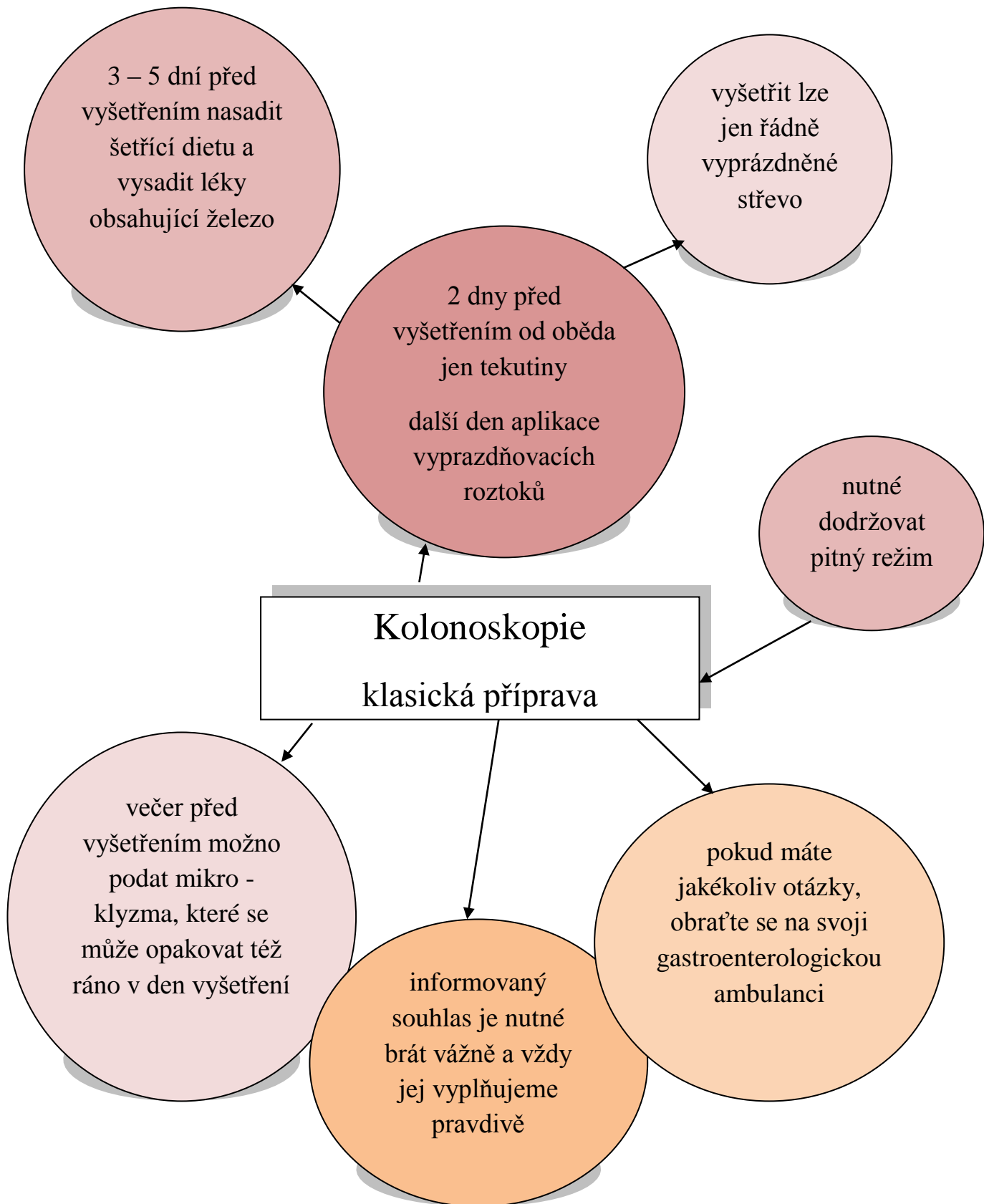
Vaše **NEKVALITNÍ** příprava znamená:

- 👎 Vaše střevo **NENÍ** čisté
- 👎 Průběh kolonoskopie se výrazně **PRODLOUŽÍ**
- 👎 **MUSÍTE** přípravu a kolonoskopii opakovat znovu
- 👎 Lékař **NEVIDÍ** vše a vzniká riziko zakrytí malých i větších změn uvnitř tlustého střeva
- 👎 Lékař **NEMŮŽE** okamžitě polypy odstranit
- 👎 Lékař tak **NEMŮŽE** zabránit vývinu zhoubného nádoru



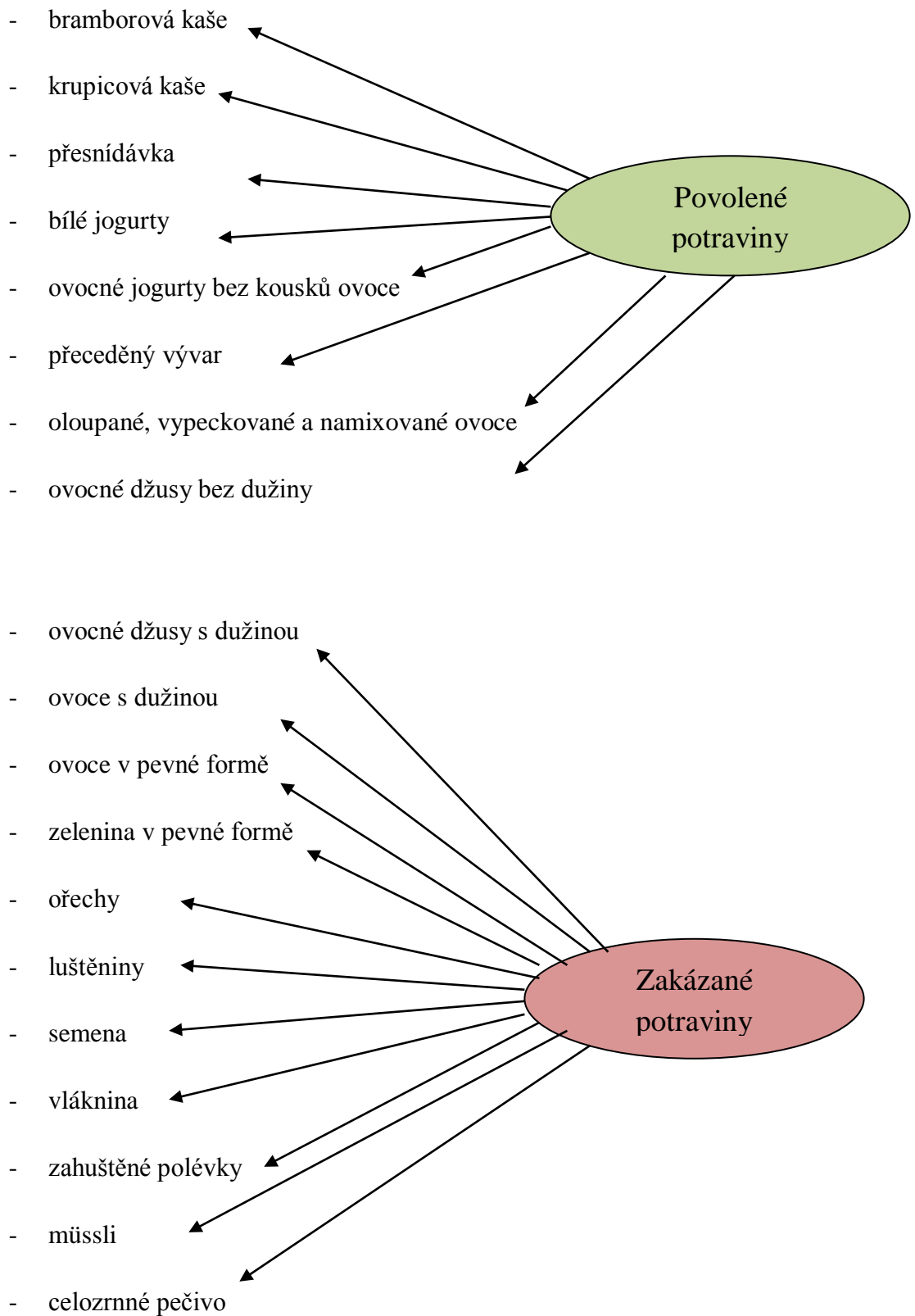
**ÚSPĚŠNOU KOLONOSKOPII LZE PROVÉST POUZE TEHDY,
POKUD JE VAŠE TLUSTÉ STŘEVO ZCELA ČISTÉ!**

Příloha E – Edukační karty



(ČOUPKOVÁ, SLEZÁKOVÁ, 2012)

Dietní opatření



(SVAČINA, 2008)