

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2018

Andrea Raimundová

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Úroveň informovanosti pacientů s indikací ke kolonoskopii

Andrea Raimundová

Bakalářská práce

2018

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2016/2017

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Andrea Raimundová**
Osobní číslo: **Z15028**
Studijní program: **B5341 Ošetřovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Název tématu: **Úroveň informovanosti pacientů s indikací ke kolonoskopii**
Zadávající katedra: **Katedra ošetřovatelství**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah grafických prací: dle doporučení vedoucího

Rozsah pracovní zprávy: 35 stran

Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická

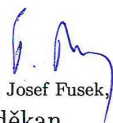
Seznam odborné literatury:

1. FALT, Přemysl, Ondřej URBAN a Petr VÍTEK a kol. Koloskopie. 1 vyd. Praha: Grada, 2015, 320 s. ISBN 978-80-247-5284-6.
2. HOLUBOVÁ, Adéla, Helena NOVOTNÁ a Jana MAREČKOVÁ a kol. Ošetrovatelská péče v gastroenterologii a hepatologii. 1.vyd. Praha: Mladá fronta, 2013, 267 s. ISBN 978-80-204-2806-6.
3. LIBSKÁ, Ludmila, Vladimír VISOKAI a Adam RENÉ a kol. Recidiva kolorektálního karcinomu. 1. vyd. Praha: Grada 2009, 456 s. ISBN 978-80-247-3026-4
4. SVĚRÁKOVÁ, Marcela. Edukační činnosti sestry. 1. vyd. Praha: Galén 2012, 63 s. ISBN 978-80-7262-845-2
5. ŠPIČÁK, Julius, Ondřej URBAN a Ladislav DOUDA a kol. Novinky v digestivní endoskopii. 1. vyd. Praha: Grada, 2015, 256 s. ISBN 978-80-247-5283-9.

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Markéta Paprštejnová, Ph.D.
Katedra ošetrovatelství

Datum zadání bakalářské práce: 1. prosince 2016

Termín odevzdání bakalářské práce: 23. července 2018


prof. MUDr. Josef Fusek, DrSc.
děkan

L.S.


PhDr. Kateřina Hořáčková, DiS.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 19. března 2018

PROHLÁŠENÍ AUTORA

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury. Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše. Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 9/2012, bude práce zveřejněna v Univerzitní knihovně a prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 8.7. 2018

Andrea Raimundová

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych poděkovala vedoucí své bakalářské práce paní Mgr. Markétě Papršteinové, Ph.D., za vedení mé práce, za velkou ochotu, vstřícnost a rady při jejím zpracování. Další poděkování patří všem respondentům, za účast a trpělivost při vyplňování mého dotazníku a v neposlední řadě personálu endoskopických pracovišť za ochotu a umožnění provádění mého výzkumu.

ANOTACE

Bakalářská práce pojednává o úrovni informovanosti pacientů s indikací ke kolonoskopii, a to konkrétně u ambulantních pacientů dvou endoskopických pracovišť. Celá bakalářská práce je rozdělena na část teoretickou a část průzkumnou. Teoretická část se zabývá anatomii a fyziologií tlustého střeva, indikacemi ke kolonoskopii, přípravou, průběhem a režimem po kolonoskopii, komplikacemi, které mohou provázet toto vyšetření a v neposlední řadě správnou edukací pacienta. Průzkumná část za pomoci anonymního dotazníkového šetření sleduje informovanost a spokojenost pacientů s množstvím a způsobem podávání informací týkající se kolonoskopie a z této části vyplynulo, že úroveň informovanosti je nízká.

KLÍČOVÁ SLOVA

informovanost, kolonoskopie, edukace, příprava, indikace, komplikace, průzkum

TITLE

Level of awareness of patients with an indication of colonoscopy

ANNOTATION

The bachelor thesis deals of the level of awareness of patients with indication for colonoscopy, namely in ambulant patients of two endoscopic workplaces. The entire bachelor thesis is divided into theoretical part and research part. The theoretical part deals with anatomy and physiology of the colon, indications for colonoscopy, progression and mode after colonoscopy, complications that can accompany this examination and, last but not least, the correct education of the patient. The research section, with the help of an anonymous questionnaire survey, monitors patients' awareness and satisfaction with the amount and manner of reporting on colonoscopy and this part has shown that the level of awareness is low.

KEYWORDS

information, colonoscopy, education, preparation, indications, complications, exploration

OBSAH

Úvod.....	12
Cíle práce	13
Hlavní cíl:	13
1. Dílčí cíl:	13
2. Dílčí cíl:	13
I. Teoretická část.....	14
1. Anatomie a fyziologie tlustého střeva	14
2. kolonoskopie.....	16
2.1 Indikace ke kolonoskopie.....	16
2.1.1 Preventivní kolonoskopie	16
2.1.2 Dispenzární kolonoskopie.....	16
2.1.3 Kolonoskopie u symptomatických pacientů	16
2.1.4 Terapeutická kolonoskopie	17
2.2 Kontraindikace kolonoskopie.....	17
2.2.1 Absolutní kontraindikace	17
2.2.2 Relativní kontraindikace	17
2.3 Příprava ke kolonoskopii.....	18
2.3.1 Vyšetření před kolonoskopií.....	18
2.3.2 Faktory ovlivňující kvalitu přípravy	18
2.3.3 Dietní omezení před kolonoskopií.....	19
2.3.4 Užívání léků před kolonoskopií.....	19
2.3.5 Očista střeva před kolonoskopií.....	20
2.3.6 Typy očistných přípravků	21
2.3.7 Hodnocení stupně střevní přípravy	22
2.3.8 Další doporučení	22
2.4 Provedení kolonoskopie	23

2.4.1	Terapeutické a diagnostické intervence během kolonoskopie.....	23
2.4.2	Analgozsedace a sedace.....	24
2.4.3	Zajištění monitorace při výkonu	25
2.4.4	Alternativní možnosti zobrazení při kolonoskopii.....	25
2.4.5	Alternativní možnosti vyšetření tlustého střeva.....	25
2.5	Péče o pacienta po výkonu	26
2.6	Komplikace kolonoskopie.....	26
3.	Edukace.....	28
II.	Průzkumná část	30
	Průzkumné otázky.....	30
4.	Metodika průzkumu	31
4.1.	Metodika a realizace průzkumu	31
4.2.	Průzkumný soubor	32
4.3.	Způsob zpracování získaných dat	33
5.	Analýza dat	34
5.1.	Analýza znalostí porovnávaných skupin dle vzdělání a věku.....	57
6.	Diskuze	58
7.	Návrh řešení lepší informovanosti pacientů	63
8.	Závěr	64
9.	Použitá literatura	66
10.	Přílohy.....	69

SEZNAM ILUSTRACÍ A TABULEK

Obrázek 1 Graf pohlaví respondentů	34
Obrázek 2 Graf věkových skupin respondentů.....	35
Obrázek 3 Graf vzdělání respondentů	36
Obrázek 4 Graf konkrétních důvodů vyšetření.....	38
Obrázek 5 Graf znalostí seniorů o pojmu kolonoskopie.....	39
Obrázek 6 Graf porovnávací znalosti o komplikacích po vyšetření u dospělých	40
Obrázek 7 Graf porovnávací znalosti o komplikacích po vyšetření u seniorů.....	40
Obrázek 8 Graf porovnávací znalosti významu analgosedace u dospělých.....	41
Obrázek 9 Graf porovnávací znalosti významu analgosedace u seniorů	42
Obrázek 10 Graf zvolených pokynů dodržovaných před výkonem	44
Obrázek 11 Graf o poskytnutí informací o režimu po výkonu	46
Obrázek 12 Graf zvolených režimů dodržovaných po výkonu	48
Obrázek 13 Graf hodnotící míru zajištěné intimity	49
Obrázek 14 Graf způsobu podání informací o vyšetření	50
Obrázek 15 Graf o informaci, kam se obrátit při komplikacích	51
Obrázek 16 znázorňující srozumitelnost podaných informací o vyšetření.....	52
Obrázek 17 Graf chybějících údajů při sdělování informací o výkonu	53
Obrázek 18 Graf znázorňující nejčastěji chybějící informace	54
Obrázek 19 Graf o možnosti dosažení lepší informovanosti dle respondentů	55
Tabulka 1 Porovnání věku a vzdělání u devíti respondentů správně odpovídajících na otázku č. 11.....	45
Tabulka 2 Tabulka počtu správně odpovídajících respondentů na celý dotazník dle věku.....	57
Tabulka 3 Tabulka počtu respondentů správně odpovídajících na celý dotazník v závislosti na vzdělání.....	57

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

TOKS	Test okultního krvácení do stolice
PSK	Primární screeningová kolonoskopie
ČR	Česká republika
CMP	Cévní mozková příhoda
ESGE	Evropská společnost gastrointestinální endoskopie
CHADS2	Score for atrial fibrillation stroke risk
TEN	Trombembolická nemoc
INR	Protrombinový čas
APTT	Aktivovaný parciální tromboplastický čas
AIM	Akutní infarkt myokardu
PEG	Polyetylenglykon
CT	Počítačová tomografie
PAD	Perorální antidiabetika
MAS	Modifikovaný skorový systém dle Aldreteho
MMSE	Test kognitivních funkcí
RSS	Ramsayova sedační škála

ÚVOD

Bakalářská práce se věnuje tématu: „Úroveň informovanosti pacientů s indikací ke kolonoskopii. Toto téma jsme si zvolila z důvodu mé vlastní zkušenosti s tímto vyšetřením, kdy jsem nebyla v dostatečné míře informována a také z důvodu častých otázek blízkých příbuzných, indikovaných na toto vyšetření. Po zhlédnutí různých internetových diskuzí je patrné, že mnoho pacientů často hledá informace na internetu a zdaleka nemá dostatek kvalitních informací k vyšetření. Na základě této zkušenosti jsem se rozhodla pro vypracování této práce, kdy na základě průzkumu bude zjišťováno, jaká by pravděpodobně mohla být nejvhodnější metoda informování pacienta k vyšetření, ve které části mají pacienti nejčastěji informační nedostatky a jak jsou spokojeni s kvalitou a množstvím podaných informací.

Bakalářská práce je rozdělena na část teoretickou a průzkumnou. V první části bakalářské práce je vysvětlena anatomie a fyziologie tlustého střeva, na kterou navazuje kapitola s názvem kolonoskopie, v níž jsou vymezeny indikace a kontraindikace k vyšetření. Jednou z hlavních kapitol teoretické části je příprava před kolonoskopií obsahující vyšetření, které pacient podstupuje před výkonem, faktory ovlivňující přípravu ke kolonoskopii, dietní opatření, lékové omezení, očistu střeva, přípravky, které očistu zajišťují a způsoby hodnocení stupně střevní přípravy. Další podkapitoly popisují provedení samotného vyšetření, sedaci a analgosedaci, monitoraci při vyšetření a možnosti terapeutických, diagnostických a preventivních intervencí. V závěru teoretické části jsou zmiňovány alternativy tohoto vyšetření, režim pacienta po výkonu, komplikace a v neposlední řadě důležitá část zmiňující správnou edukaci pacienta, neboť je důležité používat její prvky pro správnou a dostatečnou informovanost pacientů s indikací ke kolonoskopii.

V průzkumné části je provedena analýza kvantitativního průzkumného šetření prováděného pomocí anonymního dotazníkového šetření, které bylo doplněno pozorováním. Dotazník obsahuje otázky zaměřující se na identifikaci pacienta, informovanost o přípravě k vyšetření, průběh a režim po vyšetření a otázky zjišťující spokojenost pacientů s množstvím a způsobem podávání informací. Jestliže výsledky z dotazníkového šetření budou poukazovat na nedostatečnou informovanost nemocných, bude podán návrh na zlepšení informovanosti pacientů s indikací ke kolonoskopii pomocí informačního letáku.

CÍLE PRÁCE

Hlavní cíl:

1. Zjistit úroveň informovanosti pacientů indikovaných ke kolonoskopickému vyšetření.

1. Dílčí cíl:

Zjistit jaká je pravděpodobně nejúčinnější metoda informování pacientů ke kolonoskopickému vyšetření.

2. Dílčí cíl:

Zjistit spokojenost pacientů s množstvím a způsobem podávání informací týkající se kolonoskopického vyšetření.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1. ANATOMIE A FYZIOLOGIE TLUSTÉHO STŘEVA

Tlusté střevo (*intestinum crassum*) je posledním úsekem trávicí trubice. Dochází zde k zahuštění a zpracování střevního obsahu mikroorganismy (Hudák, Kachlík, Beňová a kol. 2013, str. 191). Hudák (2013) udává, že tlusté střevo měří zhruba 1,5 m s průměrem 6 - 8 cm a podle Čiháka (2013) je tlusté střevo dlouhé 1,3-1,7 m a široké od 4 cm do 7,5 cm.

Stěna tlustého střeva se skládá ze 4 vrstev, charakteristických pro trávicí trubici. První vrstvou je sliznice, která je bělavá, neobsahuje klky a je krytá jednovrstevným cylindrickým epitelem. Další vrstvou stěny tlustého střeva je podslizniční vazivo, v kterém jsou uloženy cévní a nervové pleteně (Čihák, Grim, 2013, str. 98). Třetí vrstva je svalová, a je tvořena cirkulární a longitudinální vrstvou hladké svaloviny. Několik oblastí s místním nahromaděním této cirkulární svaloviny tvoří funkční svěrače tlustého střeva. Povrch tlustého střeva je kryt viscerálním peritoneem, kromě zadní plochy vzestupného a sestupného tračníku přirůstajícího k zadní břišní stěně (Hudák, Kachlík, Beňová a kol., 2013, str. 191.).

Tlusté střevo má trojici hlavních poznávacích útvarů. Appendices epiploicae což jsou výčlipky peritonea pokrývající střevo a jsou vyplněné tukem, dále taeniae, které se v počtu tří pruhů tvořených longitudinální svalovinou rozkládají po obvodu střev a poslední útvar haustra coli, definovan jako vyklenutí střevní stěny mezi taeniami. Jednotlivá vyklenutí jsou oddělena poloměsíčitými řasami (*plicae semilunares*), která prominují do dutiny střeva a jejich podkladem jsou snopce cirkulární svaloviny (Naňka, Elišková, Eliška, 2009, str. 159 a 161).

Části tlustého střeva následují za sebou v tomto pořadí. Slepé střevo (*ceacum*), tračník (*colon*), který se dělí na vzestupný tračník (*colon ascendens*), příčný tračník (*colon transversum*), sestupný tračník (*colon descendens*) a esovitou kličku (*colon sigmoideum*). Posledním úsekem je konečník (*rektum*) zakončený řití (*anus*), (Hudák, Kachlík, Beňová a kol., 2013, str. 191).

Tepenné zásobení těchto částí zajišťují *arteria mesenterica superior*, *arteria mesenterica inferior*, *arteria iliaca interna* a jejich větve. *Arteria mesenterica superior* se svými větvemi zásobuje okysličenou krví terminální ileum, *ceacum* včetně *apendixu*, *colon ascendens* a pravou část střeva *colon transversum*. *Arteria mesenterica inferior* a její větve okysličují

colon transversum, colon descendens, colon sigmoideum a ampulla recti. Arteria iliaca interna s jejími větvemi jsou důležité pro okysličení vnějších vrstev konečnicku a pro řitní kanál a řiť (Hudák, Kachlík, Beňová a kol. 2013, str. 192). Stejný průběh mají i vény a jejich krev ze střev odtéká do vena portae, vznikající za hlavou pankreatu soutokem v. mesenterica superior a v. lienalis. Lymfa sbírající se ze střev jde do lymfatických cév mezenterického závěsu, kde jsou 3 řady uzlin a z poslední řady lymfa odtéká do truncus intestinalis. Inervace střeva je zajištěna přes sympatické a parasympatické nervy (Naňka, Elišková, Eliška, 2009, str. 162).

2. KOLONOSKOPIE

Kolonoskopie je endoskopické vyšetření tlustého střeva prováděné pomocí flexibilního endoskopu. Vyšetření bývá prováděno na specializovaném gastroenterologickém pracovišti (Jelínková Ilona, 2014, str. 9). Samotné vyšetření spočívá v prohlédnutí celého tlustého střeva od konečníku až po Bauhynskou chlopu kolonoskopem (Špinar, Ludka, Dítě a kol., 2008, str. 100).

2.1 Indikace ke kolonoskopie

Kvůli často nesprávně indikované kolonoskopii, je důležité znát, výčet všech indikací k tomuto vyšetření (Lipská, Visokai, René a kol., 2009, str. 103).

2.1.1 Preventivní kolonoskopie

Toto vyšetření je screeningovým vyšetřením u asymptomatických jedinců s negativní rodinnou či osobní anamnézou. V České republice se využívá preventivní kolonoskopie ke screeningovému vyšetření kolorektálního karcinomu u jedinců starších 55 let jako PSK nebo po třikrát pozitivním výsledku TOKS, který se v ČR provádí od 50-54 let věku každý rok (Falt, Urban, Vítek a kol., 2015, str. 29). Některé vyspělé země provádí navíc jako součást TOKS screeningového vyšetření flexibilní sigmoideoskopii (Lipská, Visokai, René a kol., 2009, str. 105).

2.1.2 Dispenzární kolonoskopie

Tato kolonoskopie se provádí u pacientů s vysokým rizikem onemocnění tlustého střeva, jako sekundární prevence. Je indikována hlavně u jedinců s osobní či rodinnou anamnézou všech forem adenomových polypů, kolorektálním karcinomem či stavem po resekci kolorektálního karcinomu. V rodinné anamnéze indikace platí jen u příbuzných prvního stupně ≤ 60 let, kdy Lipská (2009) udává, že screening začíná od 35 let. Dále je vyšetření indikováno u jedinců se známým či suspektním hereditárním syndromem a u jedinců s idiopatickým zánětlivým postižením tlustého střeva (Falt, Urban, Vítek a kol., 2015, str. 36). U pacientů po odstranění polypů se ale až u 50 % pacientů do 3 let objeví nový polyp. (Špičák, Urban, Douša a kol., 2015, str. 132).

2.1.3 Kolonoskopie u symptomatických pacientů

Je významnou skupinou, kdy se kolonoskopie provádí u pacientů se symptomy a stavy provázející nemoci dolního zažívacího traktu. Nejčastějšími symptomy jsou chronické průjemy, krvácení z dolní části zažívacího traktu, změny defekačního stereotypu či chronické

nebo recidivující bolesti v dolních břišních kvadrantech. Dále můžeme k této indikační skupině řadit i abnormální nálezy v dolní části zažívacího traktu nalezené pomocí zobrazovacího vyšetření (Falt, Urban, Vítek a kol., 2015, str. 43). Také sem můžeme řadit symptomy nadměrné plynatosti, pocitu plnosti, nedostatečného vyprázdnění, až uzávěr střeva v důsledku nárůstu nádoru přes průsvit střeva (redakce u Lékaře online, 2008, str. 1).

2.1.4 Terapeutická kolonoskopie

Provádí se s cílem terapeutické intervence např. odstranění polypů (Falt, Urban, Vítek a kol., 2015, str. 47). Dále lze provést mukosektomii, odstranění plošných slizničních lézí, zástavu krvácivých míst, dilataci zúžených míst ve střevě a další výkony, které se užívají méně často (Bartůněk, Heczková, Jurásková a kol., 2016).

2.2 Kontraindikace kolonoskopie

Většinou bývá kolonoskopie považována za bezpečný výkon, který se dá provést u většiny pacientů. Existují však absolutní kontraindikace, při kterých by neměl být výkon proveden za žádných okolností. Při relativní kontraindikaci je možné výkon provést, ale jen po kritickém zvážení přínosu kolonoskopie v péči o pacienta. Pro zvýšené riziko komplikací by měl být výkon prováděn vždy zkušeným kolonoskopistou (Falt, Urban, Vítek a kol., 2015, str. 47).

2.2.1 Absolutní kontraindikace

Platí za předpokladu nesouhlasu svéprávného pacienta, či jeho zákonného zástupce s výkonem, i přes možné negativní následky na zdraví pacienta. V tomto případě svéprávný pacient nebo jeho zákonný zástupce musí podepsat negativní reverz. Kolonoskopie, by také neměla být provedena u pacienta nespolutracujícího, u pacienta s klinicky prokázanou volnou perforací střev a za výjimky perforace vzniklé při kolonoskopii, kdy se snažíme o okamžitý uzávěr tračníku. Mezi další absolutní kontraindikace patří kolonoskopie při fulminantní kolitidě nebo toxickém megakolonu, tyto kontraindikace ohrožují pacienta zhoršením stavu nebo perforací. V tomto případě se ale nevylučuje možnost neúplné kolonoskopie k diferenciální diagnostice, observaci střevního postižení a možnost pokusu o endoskopickou dekompresi (Falt, Urban, Vítek a kol., 2015, str. 47-48).

2.2.2 Relativní kontraindikace

Těchto kontraindikací je o něco více než absolutních a patří mezi ně pro vysoké riziko komplikací akutní divertikulitida u které indikujeme kolonoskopii až po zklidnění stavu, dále sem řadíme akutně probíhající enterokolitidu, hemodynamickou nestabilitu, graviditu, velké nebo symptomatické aneurysma aorty, výraznou splenomegalii, velké abdominální hernie,

velmi špatnou přípravu střeva, stav po provedení enteroklyzy s použitím manitolu a kolonoskopie bez akutních důvodů provedena během 30 dnů po akutním infarktu myokardu. Podobně obezřetně by měla být indikována i kolonoskopie u pacientů po plicní embolii, CMP a po abdominálních chirurgických výkonech (Falt, Urban, Vítek a kol., 2015, str. 47-49). Krška (2011) doplňuje, že interval od abdominální operace nebo operace pánve musí být minimálně tři týdny, a relativní kontraindikace platí u žen v třetím trimestru těhotenství. Dále platí relativní kontraindikace u peritoneálně dialyzovaných pacientů a pacientů s velkým ascitem (Krška, Zeman, Schneiderová a kol., 2011, s. 54).

2.3 Příprava ke kolonoskopii

Samozřejmou součástí přípravy před kolonoskopií je informovaný souhlas s výkonem a analgosedací, který obsahuje informace o účelu, povaze výkonu, možných důsledcích výkonu a analgoedace, rizicích, komplikacích, alternativách výkonu, odpovědi na doplňující otázky a telefonický kontakt pro možné pozdější dotazy. Bez souhlasu s výkonem nesmí být vyšetření provedeno. (Falt, Urban, Vítek a kol., 2015, str. 65-66).

2.3.1 Vyšetření před kolonoskopií

Před výkonem probíhá vyšetření pacienta, které obsahuje odebrání anamnézy a základní fyzikální vyšetření zaměřené na onemocnění a okolnosti, které by mohli vést ke komplikacím. Patří mezi ně vyšetření vědomí, kontrola oběhových parametrů, dýchacích cest a vyšetření srdce a plic. Laboratorní vyšetření není rutinně doporučeno a je indikováno s ohledem na onemocnění, medikaci a stav pacienta. Toto vyšetření probíhá u lékaře, který kolonoskopií indikoval a nesmí být starší 14 dnů (Falt, Urban, Vítek a kol., 2015, str. 86).

2.3.2 Faktory ovlivňující kvalitu přípravy

Jsou velmi důležité a je třeba se na ně v přípravě pacienta na kolonoskopií zaměřit, protože mnoho pacientů udává, že vyprázdnění střeva je horší zkušeností než samotný dobře provedený výkon. Často se stává, že pacient není schopen dokončit předepsanou přípravu podle instrukcí, a proto by měl být motivován a správně instruován jak ústně, tak písemně. „Zajímavou myšlenkou je telefonická reedukace pacientů den před kolonoskopií, která dle aktuální čínské studie významně zlepšila jak střevní přípravu, tak i detekci polypů.“

Mezi faktory, které ovlivňují kvalitu přípravy, patří: kolonoskopie v pozdních odpoledních hodinách, pacient se zácpou, léčba bicyklickými antidepresivy, mužské pohlaví, hospitalizovaný pacient, anamnéza jaterní cirhózy, pacient po CMP a diagnóza demence. Dalšími rizikovými faktory jsou věk na 65 let, nižší socioekonomický status, polypragmatie,

dlouhá čekací doba na kolonoskopii, předchozí opera trávicí trubice, nevhodné časování přípravy a komorbidit (Falt, Urban, Vítek a kol., 2015, str. 54).

2.3.3 Dietní omezení před kolonoskopií

Spočívá ve stravě s nízkým obsahem vlákniny tzv. bezzbytková dieta den před vyšetření spolu s indikovaným očistným přípravkem. Při této dietě by se měl pacient vyvarovat stravy s drobnými semeny a slupkami (melouny, celozrnný chleba, kiwi, hroznové víno, pomeranče, okurky, sezam, jablka apod.), která ucpávají pracovní kanál endoskopu i u jinak dobře připraveného pacienta. Toto doporučuje Evropská společnost pro gastrointestinální endoskopii (ESGE). V ČR se však spíše doporučuje den před vyšetřením pouze kašovitá strava, k obědu bujon bez pevných částic, dále jen čiré tekutiny a 2-4 hodiny před vyšetřením zcela lačnit. Doporučení však nejsou zcela jednotná a mohou se v každém zařízení lišit (Falt, Urban, Vítek a kol., 2015, str. 56-57).

2.3.4 Užívání léků před kolonoskopií

V některých případech se před kolonoskopií podává antibiotická profylaxe, a to u pacientů ve vysokém riziku rozvoje infekční endokarditidy se současnou infekcí zažívacího systému v monoterapii a u pacientů s peritoneální dialýzou se současným vypuštěním peritoneálního dialyzátoru v případě plánované polypektomie. U jaterní cirhózy s krvácením se antibiotická profylaxe podává u všech endoskopických vyšetření.

Jiné léky je naopak vhodné před kolonoskopií vysadit, jako například železité preparáty, které se doporučují vysadit 5 dní před vyšetřením, protože ovlivňují viskozitu stolice, zabarvují ji a zhoršují její oplach. Vzhledem k lačnění pacienta by měly být vynechány léky vedoucí ke snížení glykémie tedy PAD a inzulín u diabetika (Falt, Urban, Vítek a kol., 2015, str.46 - 71).

U pacientů s protisrážlivou terapií je nutné zhodnotit míru rizika krvácení a rizika vznikající po vysazení protisrážlivé léčby. Vysoké riziko krvácení vzniká u dilatačních výkonů, endoskopické slizniční resekci, polypektomii nad 10 mm, endoskopické hemostázy a u endoskopické submukózní direkci. Riziko je naopak nízké u diagnostické kolonoskopie s biopsií a u zavedení stentu bez dilatace. U pacientů s fibrilací síní je vysoké riziko vysazení protisrážlivé léčby v případě CMP v anamnéze. Dále je vysoké riziko u pacientů s koronárními stenty a konkrétně u stentu drug-eluting při zavedení trvajícím ≤ 12 měsíců, u bare-metal stentu zavedeném ≤ 6 týdnů a u pacientů po CMP >6 týdnů. Skóre CHADS₂ je $\geq 4(1)$ u intrakraniálního trombu a při diagnóze vážných chlopenních vad. Nízké riziko při

vysazení je při skóre CHADS₂ <4 (1) a u pacientů, kteří mají koronární sten drug-eluting >12 měsíců, stent bare-metal >6 týdnů a po CMP >6 týdnů.

Poslední rizikovou skupinou dělí se do tří úrovní jsou pacienti s žilním tromboembolizmem. Vysoké riziko je u pacientů se závažnou trombofilií, s malignitami, se spontánní TEN nebo prodělanou tromboembolickou příhodou v posledních 3 měsících. Střední riziko hrozí při mírné trombofilii, u rekurentní tromboembolie a u pacientů s prodělanou tromboembolickou příhodou v posledních 3-12 měsících. S nízkým rizikem jsou pacienti s provokovaným žilním tromboembolizmem před více než 12 měsíci. Po zhodnocení pacienta může lékař rozhodnout o vysazení či převedení pacienta na jinou protisrážlivou terapii.

U pacientů s vysokým rizikem užívající warfarin vysazujeme tento lék 5 dní před výkonem s kontrolou INR nejpozději v den výkonu. V případě vysokého kardiovaskulárního nebo tromboembolického rizika převádí lékař pacienta na nízkomolekulární heparin podávaný naposledy 12–24 h. před výkonem a u pacientů s nízkým rizikem stačí kontrola INR a při terapeutické hodnotě se léky nevysazují ani nepřevádějí. Nová perorální antikoagulancia (pradaxa, xarleto apod.) se vysazují 48 h. před výkonem a u pacientů z protidestičkovou terapií s nízkým rizikem ponecháváme terapii, a to i duální. To neplatí u pacientů s kterýmkoliv vysokým rizikem. U těchto pacientů je postup individuální. U pacientů s duálními antiagregancii často ponecháváme alespoň aspirin, ale u kolonoskopie s nejvyšším rizikem vysazujeme i aspirin nejčastěji 7 dnů před výkonem. Je tedy velmi důležitá spolupráce mezi kolonoskopistou a lékařem indikujícím a kontrolujícím protisrážlivou terapii. Vždy by se měl volit kompromis mezi rizikem krvácení po výkonu a rizikem kardiovaskulárním a TEN (Interní medicína pro praxi, online, 2014, str. 211-212).

2.3.5 Očista střeva před kolonoskopií

Je hlavní předpoklad pro úspěšnou kolonoskopií, a proto se na očistu tračníku klade velký důraz. Příprava musí být komplexní a ideálně splňovat následující podmínky. Měla by vést k co nejúplnějšímu vyprázdnění střeva včetně tekutého obsahu, měla by být co nejrychlejší, působit co nejmenší dyskomfort a nepůsobit žádné vedlejší účinky. Nesmí modifikovat vzhled střevní sliznice a významným způsobem vést ke změnám vnitřního prostředí. Nedostatečná střevní příprava může vést k rizikům, která mohou významně poškodit pacientovo zdraví. Hlavním rizikem nedostatečné přípravy je přehlednutí existujících lézí, dále se zvyšuje riziko komplikací, nákladů za možné opakované vyšetření a samotné vyšetření trvá déle (Falt, Urban, Vitek a kol., 2015, str. 51-53). U některých neoptimálně připravených pacientů lze

vyšetření provést, i přes zbytky tekuté stolice, které se dají odsát při vyšetření. Ale pokud provádíme vyšetření s cílem prevence nádoru a pacient není optimálně připraven, obvykle je doporučena kontrola v kratších intervalech (1-3 roky). Při velmi špatné přípravě, kdy nelze vyšetření provést se musí výkon opakovat (Petr Vítek online, 2009, str. 1).

Druh očistného přípravku ordinuje lékař vysílající pacienta na vyšetření a nejčastěji se provádí jeden den před vyšetřením pomocí perorálních laxativ někdy s kombinací klyzmatu. Pokud se jedná o pacienta s DM tak je doporučeno pro kontrolu glykémie pacienta přijmout k hospitalizaci již den před výkonem. Pro samotný výkon mají pacienti s DM přednost (Kudlová, 2015, str. 84).

2.3.6 Typy očistných přípravků

Přípravky na očistu střeva můžeme rozdělit do pěti skupin. Nejčastěji se používá standardní velkoobjemový polyetylglykol (PEG), který je izosmolární a téměř se nevstřebává, díky čemuž se snižuje riziko poruch vnitřního prostředí a nepůsobí iritace střevní sliznice. Pro tyto vlastnosti se doporučuje i u pacientů s městnavým srdečním selháním, s renální insuficiencí, s dekompenzovanou jaterní cirhózou, s krvácením do zažívacího traktu, s podezřením nebo při již zjištěném zánětlivém onemocnění střev a u pacientů s iontovou dysbalancí. Nevýhodou je množství (4 litry), které pacient musí vypít, což vede k časté intoleranci a nedodržení pokynů přípravy. Hlavními zástupcem je Fortrans®.

Další skupinou jsou nízkoobjemový PEG, kdy jde o kombinaci PEG s aditivními laxativy. Pacient musí vypít jen 2l tekutiny plus se doporučuje vypít minimálně jeden litr jiné číre tekutiny. Přípravek je vzhledem k obsahu aspartamu kontraindikován u pacientů s fenylketonurií a díky obsahu ascorbátu je kontraindikace i u pacientů s deficitem glukozo-6-fosfát dehydrogenázy. V praxi nejvyužívanější zástupce je Moviprep®.

Skupina magnezium citrát se stimulačním laxativem je nízkoobjemová, kdy se magnezium citrát kombinuje s různými stimulačními laxativy. Nejčastější kombinací je magnezium citrát s pikosulfátem sodným např. Picoprep®, který obsahuje dva sáčky, jež zvlášť rozpustíme do 150ml vody a současně příjemem minimálně 250ml jiné číre tekutiny za hodinu. Kontraindikován je u pacientů s renální insuficiencí, s kardiálním onemocněním, u pacientů se zánětlivým onemocněním střev pro potencionální vznik slizničních změn, u pacientů s iontovou dysbalancí, s dietou s nízkým obsahem sodíku, a u pacientů se současnou léčbou diuretiky.

Roztoky sulfátů jsou u nás novinkou, obsahují kombinaci sulfátu sodného, hořečnatého a draselného. Působí jako osmotické laxativum obsahující dvě lahvičky, které doplňují do 500ml, takže celkový objem tekutin k pití je 1 litr plus se doporučuje vypít dalších 1,5 až 2 litry jiné čiré tekutiny. Zástupcem tohoto roztoku je například Eziclen®. Kontraindikován je pro pacienty s renálním a kardiálním selháním, diuretiky, jaterní cirhozou a iontovou dysbalancí.

Pátým přípravkem je fosfátový roztok, od kterého se v dnešní době ustupuje, kvůli nežádoucím účinkům na elektrolytové rovnováhy, hlavně hyperfosfatémií, hypokalcemii, hypokalemii a hypernatremii. Tento roztok je hyperosmotické laxativum, které působí přesun vody do střevního lumen. V ČR je dostupný ve formě 2x 45–220 ml, kdy jednotlivé dávky musí mít odstup 12 hodin a současně je nezbytná dostatečná hydratace. Kontraindikovány jsou těhotné ženy, děti, pacienti s iontovou dysbalancí, renální insuficiencí, ascitem, neschopností dostatečného příjmu potravy, se srdečním selháním a recentní symptomatickou ischemickou chorobou srdeční. Relativní kontraindikací je střevní zánět, zpomalený střevní tranzit a stav po parathyroidektomii.

Pro všechny uvedené roztoky platí, že čas mezi poslední dávkou přípravy a kolonoskopií by neměl být delší než čtyři hodiny a měly by se užívat v děleném režimu dle toho v kolik hodin je pacient objednan, už den před vyšetřením nebo až v den vyšetření. (Falt, Urban, Vítek a kol., 2015, str. 57-60). Po správné přípravě by pacient měl zaznamenat odcházející místo stolice světlou nejlépe čirou tekutinu (Fifková, Weiss, Procházka a kol., 2008, str. 116).

2.3.7 Hodnocení stupně střevní přípravy

Je jedním z klíčových parametrů kvality kolonoskopie a měl by se vždy zaznamenávat. Kromě toho by měl být zaznamenán i typ preparátu, který pacient k přípravě na kolonoskopii použil a způsob a časování jeho užití. Nejčastěji užívané stupnice pro hodnocení přípravy jsou Aronchickova, Ottawská, Bostonská a Harefieldská. V ČR používáme nejčastěji třístupňovou nebo čtyřstupňovou škálu, která vychází z naší randomizované studie. Třístupňová škála má hodnoty (vynikající, uspokojivé, neuspokojivé) a čtyřstupňová (vynikající, dobré, špatné, velmi špatné). Stupeň 1 a 2 se považuje za adekvátní přípravu, 3 za neadekvátní a 4 za neadekvátní z jakékoli indikace (Falt, Urban, Vítek a kol., 2015, str. 54-55).

2.3.8 Další doporučení

Pro pacienty se stomií je vhodné doporučit, aby si s sebou donesli kolostomické pomůcky a pacientům s kardiostimulátorem, u kterých se výkon provádí s pomocí elektrochirurgické

jednotky, deaktivovat defibrilační funkce a během vyšetření monitorovat elektrokardiogram (Interní Med. 2014; 16(5): 210–212).

2.4 Provedení kolonoskopie

Ke kolonoskopii asistující sestra připraví následující pomůcky. Ochranné pomůcky, tedy zástěru, empír, ústenku a rukavice, jak pro lékaře, tak pro sestru. Dále flexibilní funkční kolponoskop, kličky k přípravě polypektomie, bioptické kleště různých druhů, zkumavky s roztokem na odebraný materiál, pomůcky k aplikaci premedikace, pomůcky pro vyšetření per rektum a další individuální pomůcky dle specifikace prováděného výkonu a individuality pacienta (Kelnarová, Babáková, Cahová a kol., 2016, s. 189).

Kolonoskopie se provádí v nemocničním nebo ambulantním zařízení a provádí se pomocí kolonoskopu, který se dělí na 4 základní části: ovládací část, konektor, univerzální kabel a zaváděcí část. Vyšetření probíhá nejčastěji v analgosedaci, která má za cíl snížit pacientův dvýskomfort, usnadnit průběh vyšetření a pokud možno omezit pacientovi vzpomínky na vyšetření. Na pracovišti po ověření totožnosti pacient podepíše souhlas s vyšetřením, převlékne se do tzv. „kološortek“ a krátkým rozhovorem ověříme jeho anamnézu, užitou medikaci, způsob přípravy a indikaci ke kolonoskopii. Poté se pacient uloží endoskopické lůžko na levý bok a sestra podá buď jednorázově nebo do předem připravené intravenózní kanyly analgosedaci. Po jedné minutě po podání léku lékař může začít s vyšetřením kdy ovládací část má v levé ruce a tubus v pravé ruce (Falt, Urban, Vítek a kol., 2015, str. 82,97). Samotné vyšetření začíná po ověření průchodnosti a přípravy střeva indagací zvlhčeným prstem v gumové rukavici a pohledem. Endoskop zavádíme po zvlhčení silikonovým sprejem nejdříve naslepo a nenásilně 5 cm a začínáme sledovat TV-monitor, na kterém lékař sleduje lumen tračníku a pomalu posouvá fibroskop vpřed až po Bauhinskou chlopeň. (Krška, Zeman, Schneiderová a kol., 2011, str. 55).

2.4.1 Terapeutické a diagnostické intervence během kolonoskopie

Během kolonoskopie lze provést různé terapeutické preventivní i diagnostické výkony. Mezi diagnostické výkony patří klíšťová či kličková biopsie, spektroskopie a chromodiagnostika. Biopsie napomáhá k upřesnění diagnóz pomocí odebrání vzorku tkáně, ale jen za podmínky normálních hodnot INR a APTT a pod kontrolou zraku. Spektroskopie je diagnostická metoda, využívající odraženého světla nebo indukované fluorescence, čímž zobrazuje dysplastické změny sliznice způsobené nižším obsahem fluoroforů (Krška, Zeman, Schneiderová a kol., 2011, str. 56).

Z dalších výkonů lze provést endoskopickou polypektomií, která se provádí za účelem prevence kolorektálního karcinomu u polypoidních lézí. Jiný postup se užívá u nepolypoidních lézí, u kterých se používá endoskopická slizniční resekce nebo endoskopická submukozní disekce. U krvácení do dolní části gastrointestinálního traktu lékař staví krvácení endoskopicky pomocí injekční, termické nebo mechanické metody. U pacientů se slizniční vaskulární lézí používáme ablační techniky, při které dochází k řízené destrukci patologické tkáně. Nevýhodou však je nákladnost a nemožnost histologického vyšetření. Pro označení lézí je vhodné použít endoskopickou tetováž, která slouží k pozdějšímu snadnému nalezení pro chirurgický zákrok či dispenzarizaci.

Mezi další terapeutické výkony patří endoskopická dekomprese, perkutánní endoskopická cékostomie, detorze valvulu sigmoidea, endoskopický uzávěr píštělí, extrakce cizích těles, transplantace fekální mikrobiota a endoskopická léčba dehiscence anastomóz. Mezi nejčastější léčené patologické jevy patří zúžení lumenu střeva, které se řeší endoskopickou dilatací pomocí balonku. (Falt, Urban, Vítek a kol., 2015, str. 146-206). Špičák (2015) udává, že balonek se zavádí po drátěném vodiči pracovním kanálem, kdy je důležité znát délku a průběh stenózy. Dle velikosti, typu balonku a těsnosti stenóz se určuje maximální tlak, na který je balonek plněn. Průměrná délka příznivého symptomatického efektu je 10 měsíců. U pacientů trpících obturujícím střevním nebo mimo střevním tumorem je vhodné, jako paliativní řešení nebo pro přemostění doby do chirurgického výkonu zavést metalický stent. Vždy ale musíme vzít v úvahu stav nemocného a délku jeho přežití. (Špičák, Urban, Douša a kolektiv, 2015, str. 148)

2.4.2 Analgosedace a sedace

Analgosedace zahrnuje analgezii a sedaci zároveň, tedy potlačuje bolest a zklidňuje pacienta. (Rozsypal, Hanuš, Holub, 2008, str. 93). Oproti tomu samotná sedace v různých stupních ovlivňuje vnímání pacienta, ale neovlivňuje jeho bolest (Málek, Hess, Horáček a kol., 2011, str. 18). V souvislosti s technickou náročností vyšetření je dnes aplikace analgosedace nebo sedace samozřejmostí. Více jak tři čtvrtina pacientů nevnímá vyšetření jako nepříjemné nebo si na něj nepamatují a necelých dvacet procent pacientů cítí pouze mírný tlak nebo občasné píchnutí. Pouze jedno až dvě procenta pacientů vnímá vyšetření jako velmi nepříjemné (Gastromedic s.r.o. online, 2018, s 1).

Sedaci můžeme dělit do 4 stupňů, kdy při první tedy lehké sedaci se používají per os analgetika, anxiolytika nebo inhalační oxid dusný. Nejčastěji používanou formou sedace při

kolonoskopii je střední sedace, kdy se používají sedativa a stejně jako u lehké sedace je ovlivněno vnímání, ale není ovlivněn kardiopulmonální systém. U těchto dvou stupňů indikuje sedaci endoskopista a podává endoskopická sestra. Zato u hluboké sedace je výrazně ovlivněno vědomí, snížený dech, omezená průchodnost dýchacích cest a zvýšené riziko sekundární zástavy oběhu. Čtvrtý stupeň je celková anestezie, kdy vznikne u pacienta úplná ztráta vědomí. U třetího a čtvrtého stupně zajišťuje sedaci anesteziolog (Falt, Urban, Vítek a kol., 2015, str. 83-85).

2.4.3 Zajištění monitorace při výkonu

Před vyšetřením zajistíme u pacienta žilní vstup pro aplikaci sedace a případnou možnost aplikace dalších léčiv a infuzí. Sledujeme stav vědomí, oxygenaci pomocí pulzního oxymetru, pulz a krevní tlak u všech pacientů podstupující kolonoskopii (Medicinenet, online, 2018, s. 1). U rizikových pacientů monitorujeme navíc EKG a oxygenoterapie je doporučena vždy při hluboké sedaci a celkové anestezii. Za monitoraci je obvykle zodpovědná sestra asistující endoskopistovi a u hluboké sedace sestra, která nemá žádné další povinnosti (Falt, Urban, Vítek a kol., 2015, str. 87).

2.4.4 Alternativní možnosti zobrazení při kolonoskopii

Mezi tyto možnosti patří chromokoloskopie, kdy se do lumina tračnicku vpraví různá barviva, která mají za cíl zlepšení optického rozlišení a také možnost ohraničení lézí barvivem pro snazší a rychlejší detekci patologií. Nejčastěji se k aplikaci používá methylenová modř, krystalová violet a indigokarmín. Pokrokovou verzí je virtuální chromokoloskopie, při které se nepodávají barviva, ale stiskem tlačítka na endoskopu vznikne změna obrazu v reálném čase pomocí filtru. Další možností je zvětšovací kolonoskopie, která je určena k vyšetření mikrostruktur a konfokální laserová endomikroskopie, která nám dovoluje sledovat dynamické procesy v živých buňkách a získat trojrozměrné zobrazení tkáně. Přesto, že dnes jsou k dispozici tyto možnosti, se častěji používá klasické histopatologické vyšetření z biopsické tkáně (Falt, Urban, Vítek a kol., 2015, str. 127-140)

2.4.5 Alternativní možnosti vyšetření tlustého střeva

Do alternativ vyšetření tlustého střeva patří neúplné vyšetření tlustého střeva, při kterém není dosaženo céka, využívá se hlavně v situacích, kdy není vyšetření celého tračnicku nutné nebo je příliš rizikové. Dále je možné využít kapslové kolonoskopie, kdy se kapsle nalačno spolkne a pomocí data rekordéru a antén na břicho se data bezdrátově přenáší. Samozřejmě mezi tyto alternativy patří i irigografie, CT kolografie a sonografie střeva (Falt, Urban, Vítek a kol.,

2015, str. 178-191). Při irigografii je nutná stejná příprava projímavým roztokem jako u kolonoskopie. Je to dvou kontrastní vyšetření tlustého střeva s aplikací baryového roztoku a insuflace vzduchu pomocí rektální rourky. Často se využívá k zobrazení polypů, tumoru, rozsahu divertikulózy a pozánětlivých změn. Jinak je to u CT kolonografie, která se může přípravou lišit dle pracovišť, ale vždy se provádí dva snímky. Jeden na zádech a druhý na břiše. Ultrazvukové vyšetření se provádí jako metoda první volby, ale obézní pacienti s pneumatósou jsou zcela nevyšetřitelní (Wikistripta online, 2017, str. 1).

2.5 Péče o pacienta po výkonu

Po kolonoskopii lze pacienta propustit do domácí péče jen za předpokladu, že má stabilní vitální funkce minimálně jednu hodinu po výkonu. Také je vzhůru, dokáže se obléci, je schopen chůze, adekvátně odpovídá na otázky a je orientován místem, časem a osobou. Nesmí být u pacienta přítomna nevolnost, signifikantní bolest a krvácení. Pacient se propouští vždy jen s doprovodem, který zůstane s pacientem přes noc a je edukován jak slovně, tak písemně o následující dietě, medikaci, klidovém režimu, následné kontrole a o okolnostech, které by mohli nastat a při nichž pacient musí vyhledat odbornou pomoc. Dále název pracoviště, kontaktní osobu a telefonní čísla pro případ emergency (Falt, Urban, Vitek a kol., 2015, str. 90). Samozřejmostí je zákaz řízení motorových vozidel po vyšetření. Výsledky kolonoskopie se pacient dozví hned po výkonu, ale při odebrání vzorku střeva na bioptické vyšetření se výsledky dozví zhruba za týden (MUDr. Jiří Zdražil online, 2017, str. 1).

2.6 Komplikace kolonoskopie

Komplikace vzniklé při kolonoskopii nemusí znamenat, že byl výkon prováděn chybně. Pacient smí výkon odmítnout a poté nesmí být proveden, ale za souhlasu musí nést následky svého rozhodnutí tedy i následky komplikací. (Vondráček J., Vondráček L., 2008, str. 76). Po kolonoskopickém vyšetření se nejčastěji komplikace projeví do 24 hodin a jen málokdy do 14 dnů.

Můžeme je dělit na komplikace závažné a nezávažné. Závažné mohou být důvodem k hospitalizaci, a to i na jednotce intenzivní péče nebo se musí endoskopické vyšetření opakovat. Může vést k podání transfúze či antibiotik nebo dokonce k operaci. Do závažných patří samozřejmě i úmrtí v souvislosti s kolonoskopií a kardiopulmonální komplikace. Mezi ty patří nejčastěji hypoxemie, hypotenze, zástava dechu, dysrytmie, AIM, vazovagální reakce a šokové stavy. Další nejobávanější komplikací je perforace střeva, která bývá nejčastěji v oblasti rektosigmatu a vede k pneumoperitoneu s bakteriální kontaminací a vznikem

peritonitidy. Dalšími závažnými komplikacemi jsou krvácení, elektrokoagulační syndrom, infekční komplikace, trauma sleziny, slizniční pseudolipomatóza, kolonická exploze, uvíznutí endoskopu a Chilaiditiho syndrom.

Nezávažné komplikace se vyskytují častěji než závažné a souvisejí s dyskomfortem pacienta v brzkém období po kolonoskopii. Jde o bolesti břicha, hlavy, horní dyspepsie, změna defekačního stereotypu a přechodná nevýznamná hematochézie. (Falt, Urban, Vitek a kol., 2015, str. 119 - 124).

Další potenciální nežádoucí komplikací může být alergická reakce na podaná analgosedativa. Výskyt komplikací je vzácný, ale i přesto je důležité, aby pacient včasně rozpoznal jejich příznaky a za velmi krátký časový úsek se dostavil k lékaři (Medlicker online, 2018, str. 1).

3. EDUKACE

Sestry v nemocnici zastávají mnoho rolí. Kromě ošetrovatelské role zastávají také úlohu koordinátorky ošetrovatelského procesu, asistentky lékaře a samozřejmě důležité místo mají v edukaci a výchově pacientů a veřejnosti. Podle pracovního zařazení působí sestra edukačně v ambulantním nebo lůžkovém zdravotnickém zařízení a zabývá se oblastmi primární, sekundární i terciární prevence. Při správné a důsledné edukaci, jak pacienta, tak příbuzných se pravděpodobnost efektivnosti léčebného procesu zvyšuje, u některých diagnóz je dosahováno lepších výsledků a může být zkrácená doba léčení a rekonvalescence (Svěráková, 2012, str. 7).

Edukace může být základní, kdy pacient není vůbec o diagnóze či onemocnění informován, dále může být edukace komplexní, do které zařazujeme edukační kurzy v situacích, kdy pacient musí provést změnu celoživotní například ve stravování a pohybovém režimu nebo může sestra pacienta reedukovat, kdy navazuje na předchozí znalosti nebo je aktualizuje.

Pro sestru je důležité si před edukací vytvořit edukační plán a posoudit, zda je pacient připravený a ochotný přijmout změnu, je motivovaný, má určené a utříděné názory na hodnotu zdraví. Dále musí sestra brát v potaz společensko-ekonomické faktory, věk pacienta a úroveň vzdělávání. Edukační plán musí obsahovat stanovené priority seřazené dle důležitosti, stanovené cíle, kterých chce dosáhnout, ujasnění si vhodných edukačních metod, obsahu, harmonogramu, pomůcek a metod vyhodnocování výsledků edukačního plánu. Při edukaci se každá sestra musí řídit tím, že každý člověk je individuální, musí k němu přistupovat s empatií, trpělivostí, s ohledem na jeho zdravotní stav a přizpůsobit tomu délku a čas výuky. Sestra upravuje edukační plán dle jednotlivých potřeb každého pacienta.

Prostředků pro edukaci je hned několik a je vhodné je kombinovat. Podle Svěráková (2012) můžeme použít mluvené slovo, audiovizuální prostředky, tištěné materiály i internetové odkazy a podle Juřeníková (2010) lze použít textové učební pomůcky, vizuální, auditivní, audiovizuální a počítačové edukační programy a internet. Metodu můžeme zvolit teoretickou, teoreticko-praktickou nebo praktickou. Formu edukace buď individuální, nebo skupinovou, kdy jsou výhodou zkušenosti a další možností je distanční forma E-learningem. (Svěráková, 2012, str. 33-39)

Proces edukace dělíme do pěti fází, kdy v první fázi počáteční pedagogické diagnostiky zjišťujeme, jaké má pacient dovednosti a znalosti a podle nich odhalujeme jeho edukační potřeby, podle kterých sestavujeme edukační cíle. Ve druhé fázi si edukátor plánuje samotnou

edukaci a ve třetí fázi realizaci, kdy edukátor pacienta motivuje a hned na to může edukátor aplikovat nové informace, které se snaží fixovat procvičováním a opakováním. Dále se snaží diagnostikovat, zda pacient správně rozuměl všem informacím a v poslední řadě edukant aplikuje své vědomosti tak, že je dokáže použít. V předposlední fázi upevňování a prohlubování učiva, pacient informace s edukantem opakuje a procvičuje, aby došlo k fixaci vědomostí v dlouhodobé paměti. Pátá fáze se zabývá samotným hodnocením výsledků a dává možnost zpětné vazby mezi edukátorem a edukantem.

Při komunikaci v edukačním procesu sestra musí dbát na to, aby byla komunikace výstižná, jednoduchá, kdy se vyhýbá odborným termínům, přizpůsobená znalostem a schopnostem pacienta a aby byla dobře načasovaná. Podle individuality pacienta nastavíme rychlost řeči, její hlasitost a délku. Dále musí edukant respektovat zóny pacienta a nejčastěji se při edukaci držet v osobní zóně. Je vhodné, aby oči edukátora byly ve stejné výšce s edukantem (Juřeníková, 2010, str. 14-23).

V edukaci se také můžeme setkat s bariérami jak ze strany zdravotnického systému, tak ze strany pacienta a rodiny. Tyto překážky vždy proces edukace negativně ovlivní, ale sestra by je měla umět předvídat a včas odstranit. Ze strany zdravotnického systému je to často nevhodná komunikace s pacientem, roztržitost edukace, ignorování potřeb pacienta, absence lidského přístupu ošetřujícího personálu, podceňování edukačního procesu zdravotnickým personálem a negativní vliv prostředí ve smyslu ztráty soukromí, sociální izolace, ztráty sebekontroly a důstojnosti. Dále to může být deficit znalostí sestry o problematice, málo času, spěch, rychlé propuštění pacienta z nemocnice, neschopnost týmové spolupráce a nevhodné osobnostní předpoklady sestry nebo lékaře. Ze strany pacienta a rodiny bývá nejčastěji bariérou bolest, celkový stav organismu, stres v akutním i chronickém stádiu nemoci, nízká motivace, osobnostní rysy pacienta, špatná adaptace pacienta na nemoc, popření potřeby edukace, neschopnost nést odpovědnost, emoce, věk a jazykově kulturní a etnické bariéry (Svěráková, 2012, str. 37-38).

II. PRŮZKUMNÁ ČÁST

PRŮZKUMNÉ OTÁZKY

1. Budou rozdíly v informovanosti o kolonoskopii u pacientů ve věkové kategorii dospělost (19 let – 59 let) a věkové kategorie senioři (60 let a více let)?
2. Budou pacienti znát pokyny, kterými by se měli řídit před výkonem?
3. Budou pacienti znát pokyny, kterými by se měli řídit po výkonu?
4. Jakou formou jsou nejčastěji pacientům informace podávány a co by pacientům nejvíce pomohlo k lepší informovanosti?
5. Budou pacienti spokojeni s množstvím podaných informací o kolonoskopii?
6. Jaké informace budou pacientům po výkonu nejčastěji scházet?

4. METODIKA PRŮZKUMU

4.1. Metodika a realizace průzkumu

V průzkumné části bakalářské práce byla sledována informovanost pacientů indikovaných ke kolonoskopickému vyšetření. Kvantitativní průzkum probíhal pomocí anonymního dotazníkového šetření. Otázky dotazníku byly vytvořeny na základě informovaného souhlasu ke kolonoskopii, informovaného souhlasu k analgosedaci a z informací podávaných pacientům při objednání na vyšetření na endoskopických pracovištích. Informace byly použity za účelem vytvoření dotazníku a byly získané na dvou endoskopických pracovištích, které mezi sebou spolupracují a shodují se v informovaných souhlasech i podávaných pokynech pacientům.

Dotazník byl vytvářen v období od listopadu 2017 do ledna 2018. Na konci ledna roku 2018 bylo provedeno pilotní šetření u 5 respondentů pro potvrzení srozumitelnosti jednotlivých otázek. Otázka číslo 8 byla doplněna o odpověď neví, a proto nebylo pilotní šetření zařazeno do průzkumného šetření. Dotazník byl schválen vedením endoskopických pracovišť, kde byl průzkum realizován v období tří týdnů od 19. – 9. 3. 2018. Před samotným rozdělením dotazníků jednotlivým pacientům, kteří měli podstoupit kolonoskopické vyšetření, předcházelo pozorování.

Každý den, kdy byli pacienti přijímáni na endoskopické pracoviště k výkonu, bylo pozorováno autorem dotazníku, jak všeobecné sestry kontrolují každého klienta dotazy, jež jsou zaměřeny na dodržení doporučených postupů týkajících se vlastního kolonoskopického vyšetření, které jim byly sděleny telefonicky nebo osobně od všeobecných sester při objednávání každého pacienta na endoskopické pracoviště. Po této kontrole všech pacientů majících jít na vyšetření, nastalo znovu informování o samotném vyšetření i o režimu po výkonu. Z pozorování dále vyplynulo, že každý pacient dostal před výkonem k přečtení informovaný souhlas ke kolonoskopii a k analgosedaci a svým podpisem každý stvrdil srozumitelnost informací a dal svolení k výkonu. Odpovědi na dotazníkové otázky ohledně informovanosti o kolonoskopii mohli pacienti získat v informovaném souhlasu, souhlasu s analgosedací a při informování všeobecnými sestrami. Z pozorování vyplynulo, že všichni pacienti byli stejně doptáváni a informováni.

Žádný z respondentů nevyužil prostor pro dotazy ani po opětovném vyzvání všeobecnou sestrou. Dále bylo autorem dotazníku s pacientem projednáno, zda by byl ochoten před a po

výkonu vyplnit dotazník sledující informovanost pacientů indikovaných ke kolonoskopii. Návratnost dotazníků byla 100 % od 31 respondentů. Dotazník je možno nalézt v příloze A na konci bakalářské práce.

Dotazník byl rozdělen na dvě části. První před kolonoskopickým vyšetřením po podepsání informovaného souhlasu a souhlasu s analgosedací a druhá po kolonoskopickém vyšetření po prokázání plného návratu vědomí a psychomotorických funkcí, které bylo hodnoceno dle MAS (modifikovaný skórovací systém dle Aldreteho) a RSS (Ramsayova sedační škála) vložené na konci bakalářské práce, jako příloha B. Na začátku dotazníku se respondenti seznámili s autorem, s cílem průzkumu, s pokyny k vyplnění a také zde byli respondenti informováni, že vyplněním dotazníku dávají souhlas k zařazení do průzkumu. Respondentům byla samozřejmě poskytnuta informace o anonymitě dotazníku. Každý pacient si před výkonem do dotazníku napsal číslo nebo jinou poznámku, podle které si poznal svůj dotazník po výkonu a mohl tak doplnit zbylé informace.

Dotazník byl složen celkem z dvou otevřených, pěti polouzavřených (dle specifiky jedné dichotomické, jedné výběrové a tří výčtových otázek) a šestnácti uzavřených otázek (konkrétně šesti dichotomických, šesti trichotomických, dvou výběrových a dvou výčtových otázek). Kladná odpověď na první otázku v dotazníku, jež se týkala podepsání informovaného souhlasu, byla podmínkou pro zařazení respondenta do průzkumu. Následující tři otázky sloužily jako identifikační údaje týkající se respondenta. Otázky č. 5 - 9 zjišťovaly informovanost o kolonoskopii u respondentů a další otázky č. 10 - 13 vyhodnocovaly informovanost o dodržovaných pokynech před výkonem a po výkonu. V druhé části dotazníku se otázky č. 14 - 22 zabývaly způsobem, srozumitelností a spokojeností podávání informací o kolonoskopii. Otázky č. 17 - 19 zjišťovaly nejčastější chybějící informace o výkonu a otázka č. 20 se zaměřovala na názor respondentů, co by jim pomohlo k lepší informovanosti o kolonoskopickém vyšetření. Kladnou odpovědí v předposlední otázce č. 21 respondenti potvrzovali, zda byli předem informováni telefonicky nebo osobně o všech pokynech při objednání na endoskopické pracoviště. Poslední otázka č. 22 byla prostorem k volnému vyjádření myšlenek respondenta.

4.2. Průzkumný soubor

Průzkumný soubor tvořilo 31 respondentů podstupujících kolonoskopické vyšetření na dvou endoskopických pracovištích nejmenovaných zdravotnických zařízení. Hlavní podmínkou k začlenění respondentů do průzkumného šetření byla indikace ke kolonoskopii pouze

u ambulantního pacienta. Hospitalizovaní pacienti nebyli do průzkumu zařazeni z důvodu přípravy před vyšetřením, které zajišťoval personál konkrétního oddělení a stejně tak z důvodu odlišného režimu po vyšetření, které bylo taktéž zajištěno personálem nemocnice.

Pacienti pro správné doplnění údajů v dotazníku, nesměli trpět mentálním onemocněním či jinou vadou, či chorobou ovlivňující jejich aktuálnost odpovědí. Při posouzení stavu pacienta před podáním dotazníku byla zjištěna anamnéza a diagnózy pacienta, informace od všeobecné sestry příjímací pacienta a důležitý byl i rozhovor autora s pacientem. Bohužel z časových důvodů nebyl prostor pro podání testu kognitivních funkcí MMSE. Všech 31 respondentů splňovalo podmínky pro zařazení do průzkumného šetření a žádný z dotazovaných respondentů neodmítl účast na průzkumu. Pacienti, i když byli předem objednávaní, tak se někteří nedostavili, dále na endoskopické oddělení přicházeli pacienti na jiná vyšetření a také zde byli pacienti hospitalizovaní, a proto jsem všem respondentům, kteří splňovali kritéria průzkumu a byli ochotni vyplnit dotazník, velice vděčná.

4.3. Způsob zpracování získaných dat

Ke zpracování výsledků průzkumu byly použity program Microsoft Office Excel 2016. Sebraná data z dotazníkového šetření byla vyhodnocena postupně po jednotlivých otázkách a k většině otázek byl z výsledků vytvořen sloupcový nebo koláčový graf, který vyjadřoval hodnoty v absolutní četnosti a relativní četnosti v procentech. Věkové rozdělení u otázky číslo 4 je provedeno na základě vývojové psychologie, jak uvádí Šimičková-Čížková (2010) a to do skupin střední dospělost (31 let – 45 let), starší dospělost (46 let – 59 let) a u seniorů (60 a více let). Z původního rozdělení na tři věkové kategorie, byl vyhodnocován rozdíl pouze mezi dvěma kategoriemi a to dospělí (31 – 59 let) a senioři (60 a více let) z důvodu nevýrazné rozdílnosti v odpovědích v kategoriích střední dospělost (31 - 45 let) a starší dospělost (46 – 59 let).

Výsledky u otázek číslo 7 až 9, jsou hodnoceny podle věkové kategorie respondentů, viz předchozí odstavec a otázka č. 11 porovnává 9 správně odpovídajících respondentů podle věkové kategorie a podle vzdělání tabulkou. Otázky číslo 1, 2, 5, 11 a 22 jsou vyhodnoceny pouze slovně. Po konzultaci s panem Ing. Ondřejem Pruskem Ph.D. nebyly prováděny grafy ani tabulky u otázek, kde se všechny odpovědi respondentů shodují v jednu.

5. ANALÝZA DAT

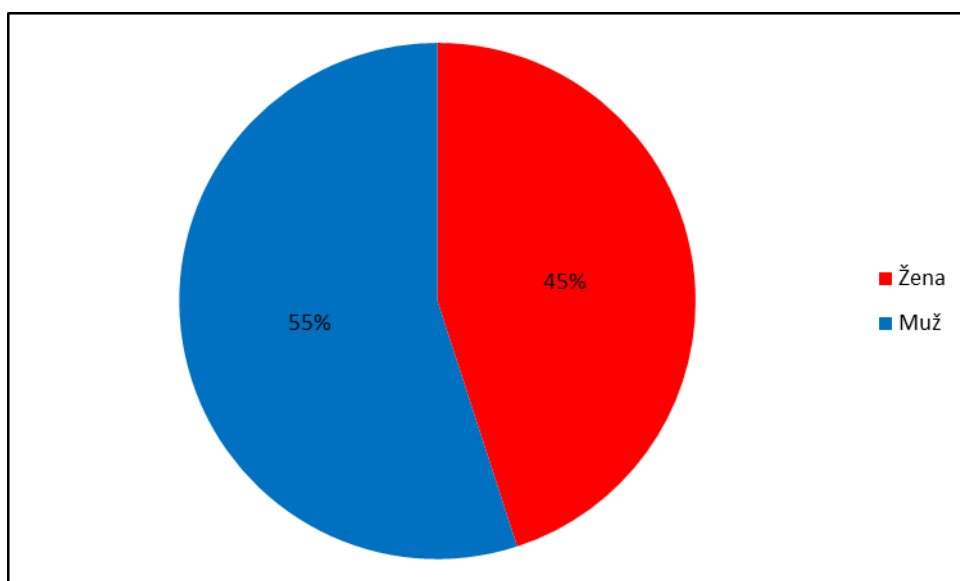
Otázka č. 1: Podepsali jste informovaný souhlas k výkonu?

- a. ano
- b. ne
- c. nepamatuji si

Všichni respondenti 31 (100 %) odpověděli kladně na otázku, zda podepsali informovaný souhlas s výkonem. Odpověď ano byla podmínkou pro zařazení respondentů do průzkumu, kterou tedy všichni respondenti splnili.

Otázka č. 2: Vaše pohlaví?

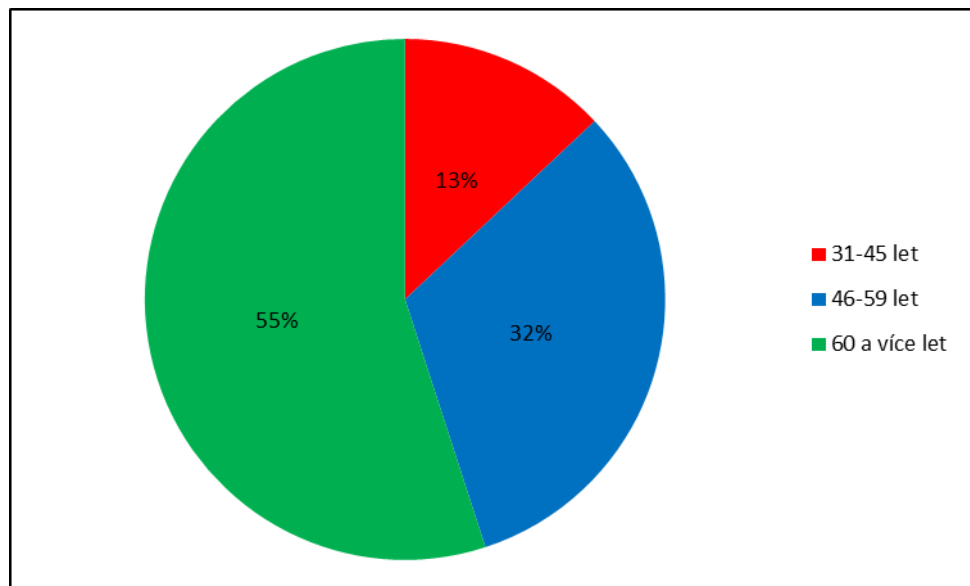
- a. žena
- b. muž



Obrázek 1 Graf pohlaví respondentů

Druhá otázka dotazníku informovanosti pacientů s indikací ke kolonoskopii, se zabývala pohlavím respondentů. Celkem se dotazníkového šetření zúčastnilo 31 (100 %) respondentů. Z grafu je zřejmé, že se zúčastnilo 17 (55 %) mužů a 14 (45 %) žen.

Otázka č. 3: Váš věk (doplňte)



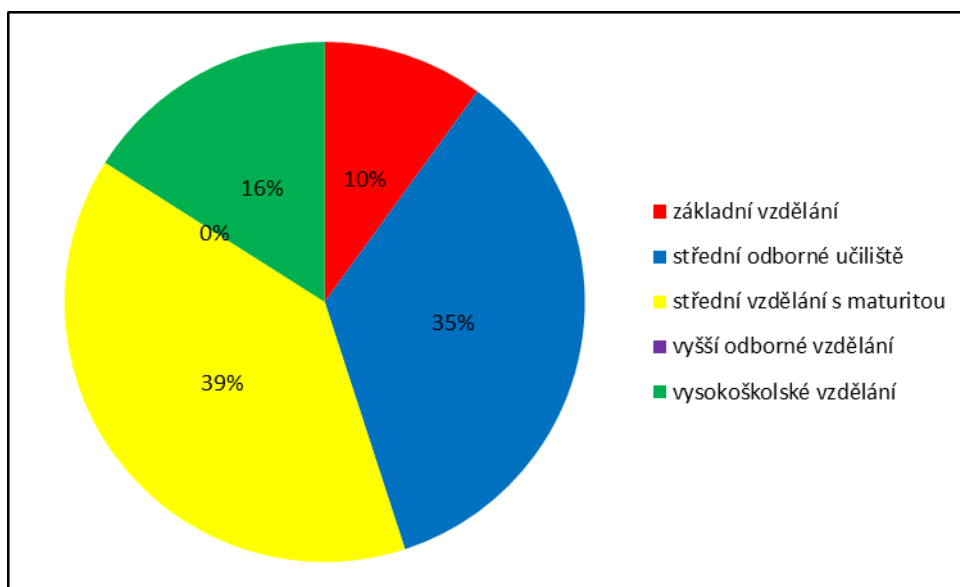
Obrázek 2 Graf věkových skupin respondentů

Intervalové rozmezí věku 31 (100 %) respondentů se pohybuje od 40 let do 89 let. Nejméně početnou skupinu zastupují 4 (13 %) respondenti v kategorii *střední dospělost*, v kategorii *starší dospělost* skupinu tvořilo 10 (32 %) respondentů a nejpočetnější byla kategorie *senioři*, do které patří 17 (55 %) respondentů.

Při vyhodnocování otázek 7 - 9 byly odpovědi respondentů porovnávány i na základě rozdílu věkové kategorie *dospělost* (19 let – 59 let) a *senioři* (60 a více let).

Otázka č. 4: Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a. základní vzdělání
- b. střední odborné učiliště
- c. střední vzdělání s maturitou
- d. vyšší odborné vzdělání
- e. vysokoškolské vzdělání



Obrázek 3 Graf vzdělání respondentů

Tento graf se zabývá nejvyšším dosaženým vzděláním všech respondentů 31 (100 %). Z grafu je patrné, že ve sledované skupině respondentů nebyl žádný respondent s *vyšším odborným vzděláním*, se *základním vzděláním* 3 (10 %) respondenti a *vysokoškolského vzdělání* dosáhlo 5 (16 %) respondentů. Druhou nejpočetnější skupinou jsou respondenti s vystudovaným *středním odborným učilištěm*, tedy konkrétně 11 (35 %) respondentů a skupinou s nejvyšším počtem respondentů je skupina se *středním vzděláním s maturitou*, která dosáhla počtu 21 (39 %) respondentů.

Otázka č. 5: Víte, z jakého důvodu jste byl/a odeslán/a k tomuto vyšetření? Pokud jste v otázce číslo 5 zaškrtnul/a ANO, vyplňte otázku číslo 6.

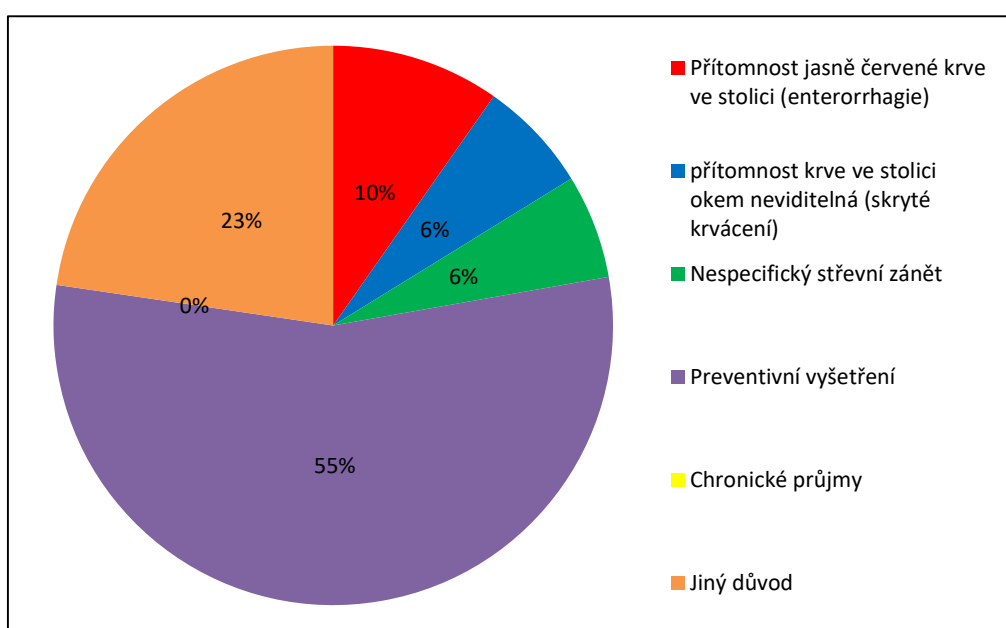
a. ano

b. ne

U této otázky byli respondenti tázáni, zda znají důvod jejich vyšetření. Žádný z respondentů neodpověděl záporně a 31 (100 %) respondentů uvedlo, že byli obeznámeni o důvodu nutnosti podstoupit kolonoskopické vyšetření. Všichni respondenti s kladnou odpovědí museli v následující otázce upřesnit, z jakého konkrétního důvodu vyšetření podstupují.

Otázka č. 6: Zaškrtněte konkrétní důvod kolonoskopie.

- a. přítomnost jasně červené krve ve stolici (enterorrhagie)
- b. přítomnost krve ve stolici okem neviditelné (skryté krvácení)
- c. nespecifický střevní zánět
- d. preventivní vyšetření
- e. chronické průjmy
- f. jiný důvod uveďte:

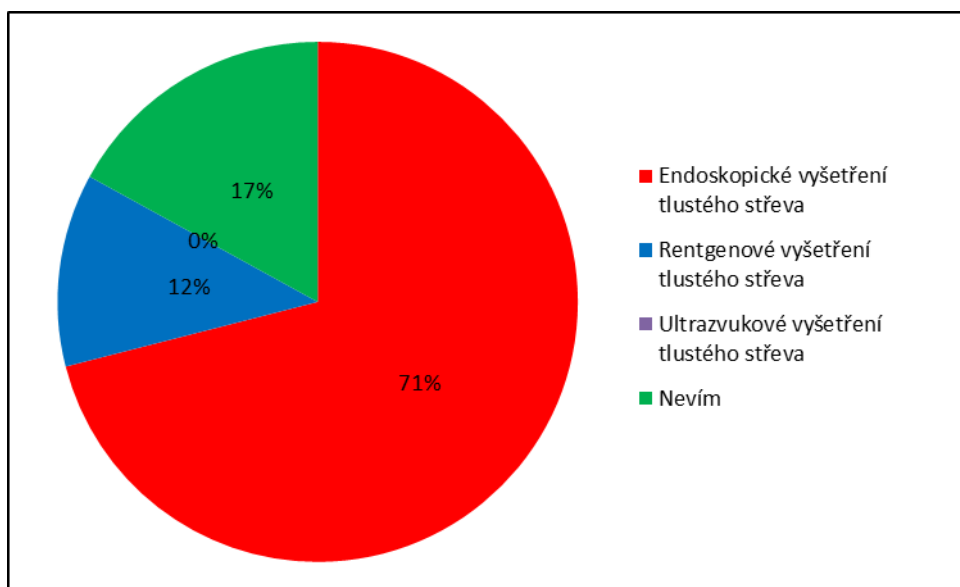


Obrázek 4 Graf konkrétních důvodů vyšetření

Jelikož na předchozí otázku kladně odpovědělo všech 31 (100 %) respondentů, tak na otázku zabývající se konkrétním důvodem indikace k vyšetření odpovídal plný počet respondentů. Žádný z respondentů nezvolil odpověď *chronické průjmy*, 2 (6 %) respondenti uvedli jako důvod *přítomnost krve ve stolici okem neviditelnou (skryté krvácení)* a stejný počet respondentů 2 (6 %) označil jako odpověď *nespecifický střevní zánět*. Tři (10 %) respondenti uvedli, že příčinou jejich vyšetření byla *přítomnost jasně červené krve ve stolici (enterorrhagie)* a druhou nejčastěji zvolenou odpovědí byl *jiný důvod*, který uvedlo 7 (23 %) respondentů. Z jiných důvodů respondenti uváděli příměs hnisu nebo hlenu ve stolici, opakované vyšetření pro nedostatečné vyčištění střeva, přítomnost nespecifické nepohody v břiše a bolesti. Posledním, ale častým důvodem byla plánovaná polypektomie. Nejčastějším důvodem, který uvádělo 17 (55 %) respondentů, bylo *preventivní vyšetření*.

Otázka č. 7: Co znamená kolonoskopie?

- a. endoskopické vyšetření tlustého střeva (správná odpověď)
- b. rentgenové vyšetření tlustého střeva
- c. ultrazvukové vyšetření tlustého střeva
- d. nevím



Obrázek 5 Graf znalostí seniorů o pojmu kolonoskopie

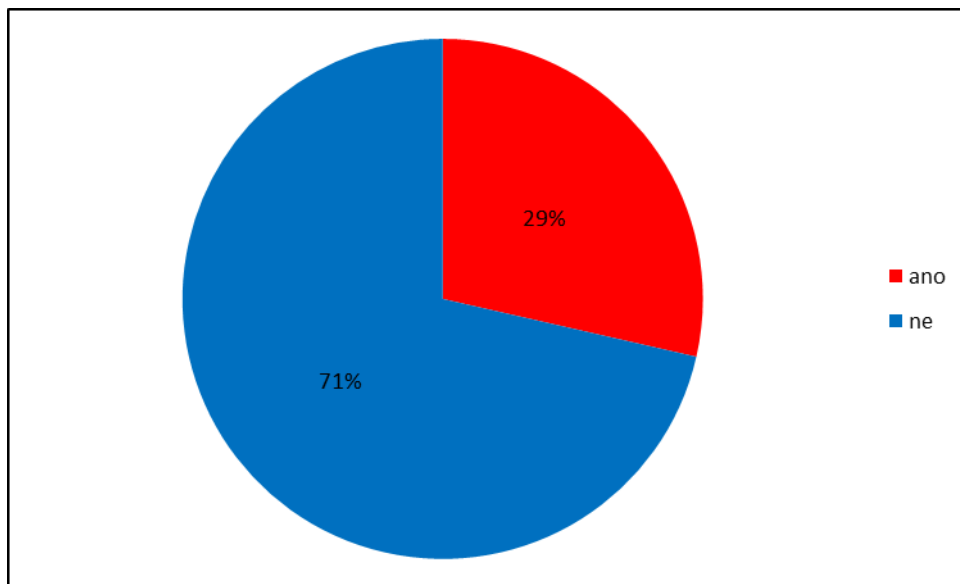
U této otázky zabývající se znalostí pojmu kolonoskopie jsem porovnávala odpovědi 14 (100 %) respondentů v kategorii dospělí (31 – 59 let) a 17 (100 %) respondentů v kategorii senioři (60 a více let). Respondenti v kategorii **senioři** ani v jednom případě nezvolili *ultrazvukové vyšetření*, 2 (12 %) respondenti se mylně domnívali, že kolonoskopie je *rentgenové vyšetření*, 3 (17 %) respondenti zvolili odpověď *nevím*, ale většina, tedy 12 (71 %), respondentů uvedla správně *endoskopické vyšetření*.

Všichni respondenti v kategorii **dospělí** (14 = 100 %) správně odpověděli, že kolonoskopie je *endoskopické vyšetření* a žádný neuvedl jinou nabízenou odpověď.

Otázka č. 8: Znáte komplikace tohoto vyšetření?

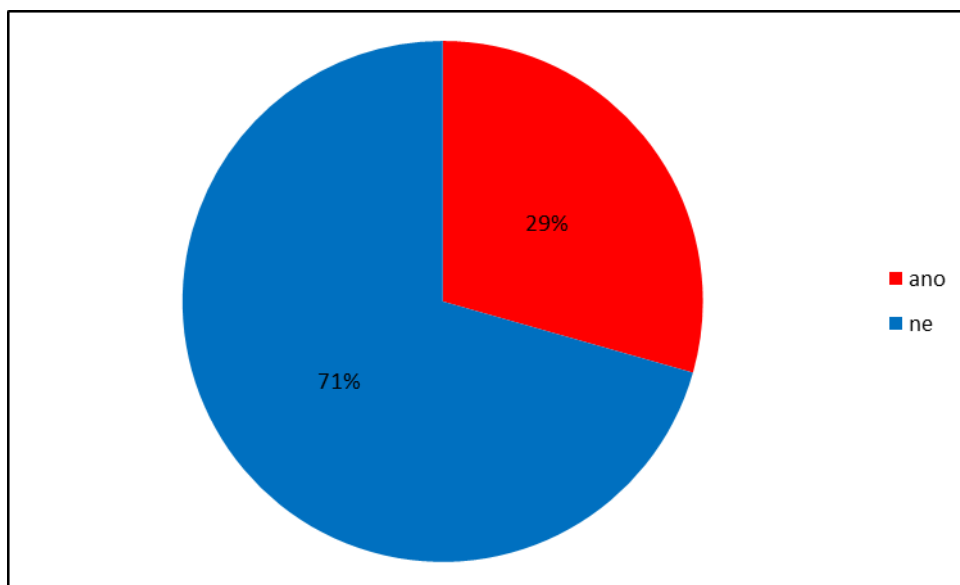
a. ano, vyjmenujete alespoň 2 komplikace:

b. ne



Obrázek 6 Graf porovnávající znalosti o komplikacích po vyšetření u dospělých

Tato otázka porovnávala odpovědi na otázku týkající se znalostí o komplikacích po vyšetření u respondentů v kategorii dospělí (31 - 59 let) a respondentů v kategorii senioři (60 a více let). Z **dospělých** respondentů v celkovém počtu 14 (100 %), uvedli 4 (28,6 %) respondenti, že znají alespoň dvě komplikace, které mohou nastat po vyšetření a 10 (71,4 %) dospělých respondentů odpovědělo, že komplikace po vyšetření neznají.

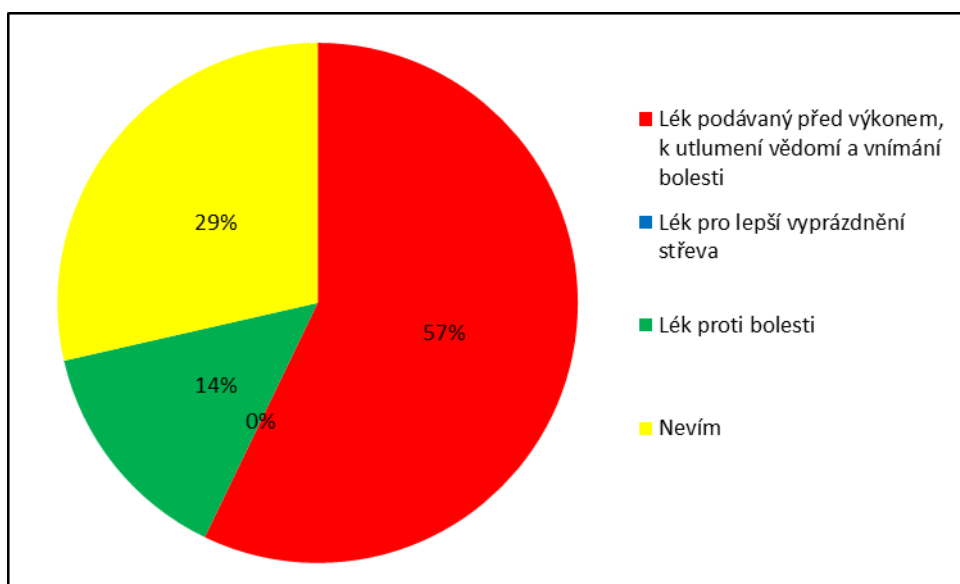


Obrázek 7 Graf porovnávající znalosti o komplikacích po vyšetření u seniorů

V kategorii **senioři** bylo vyhodnocování velmi podobné, zde je celkový počet dotazovaných seniorů 17 (100 %) z nichž kladně odpovědělo 5 (29,4 %) respondentů, kdy velmi podobně jako dospělí respondenti nejčastěji správně uváděli komplikace, jako bolest břicha, krvácení, změny ve vyprazdňování, bolest hlavy a nevolnost. 12 (70,6 %) respondentů v kategorii senioři uvedlo, že komplikace neznají.

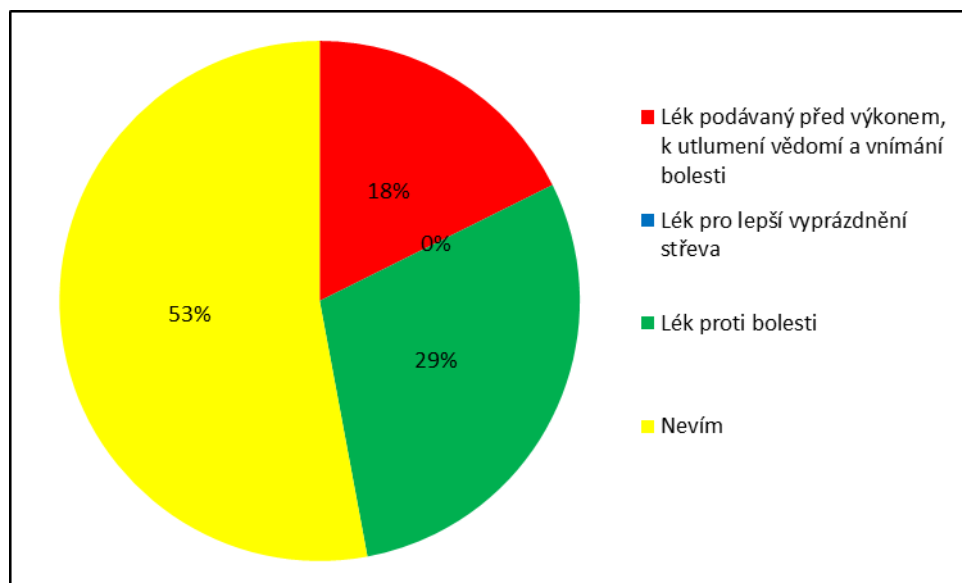
Otázka č. 9: Co je analgosedace?

- a. lék podávaný před výkonem, k utlumení vědomí a vnímání bolesti (správná odpověď)
- b. lék pro lepší vyprázdnění střeva
- c. lék proti bolesti
- d. nevím



Obrázek 8 Graf porovnávající znalosti významu analgosedace u dospělých

Tento graf porovnává znalosti respondentů z kategorie dospělí (31 - 59 let) a respondentů z kategorie senioři (60 a více let) v oblasti významu analgosedace. Celkový počet **dospělých** respondentů je 14 (100 %), z nichž žádný neodpověděl, že analgosedace je *lékem k lepšímu vyprázdnění střeva*, 2 (14 %) dospělí respondenti vybrali chybně odpověď *lék proti bolesti*, 4 (29 %) respondenti uvedli, že *neví*. Správnou odpověď: *lék podávaný před výkonem k utlumení vědomí a vnímání bolesti* zvolilo 8 (57 %) respondentů z kategorie dospělých.



Obrázek 9 Graf porovnávající znalosti významu analgosedace u seniorů

Ve věkové kategorii **senioři** je celkem 17 (100 %) respondentů a stejně jako u dospělých ani jeden z celku neuvedl odpověď *lék pro lepší vyprázdnění střev*. Pouze 3 (18 %) respondenti v kategorii senioři uvedli správnou odpověď, tedy *lék podávaný před výkonem k utlumení vědomí a vnímání bolesti*, 5 (29 %) respondentů se mylně domnívalo, že správnou odpovědí je, že analgosedace je *lékem proti bolesti* a nejvyšší počet 9 (53 %) respondentů v kategorii senioři u této otázky odpovědělo *nevím*. Celkový počet dotazovaných respondentů v šetření byl 31 (100 %).

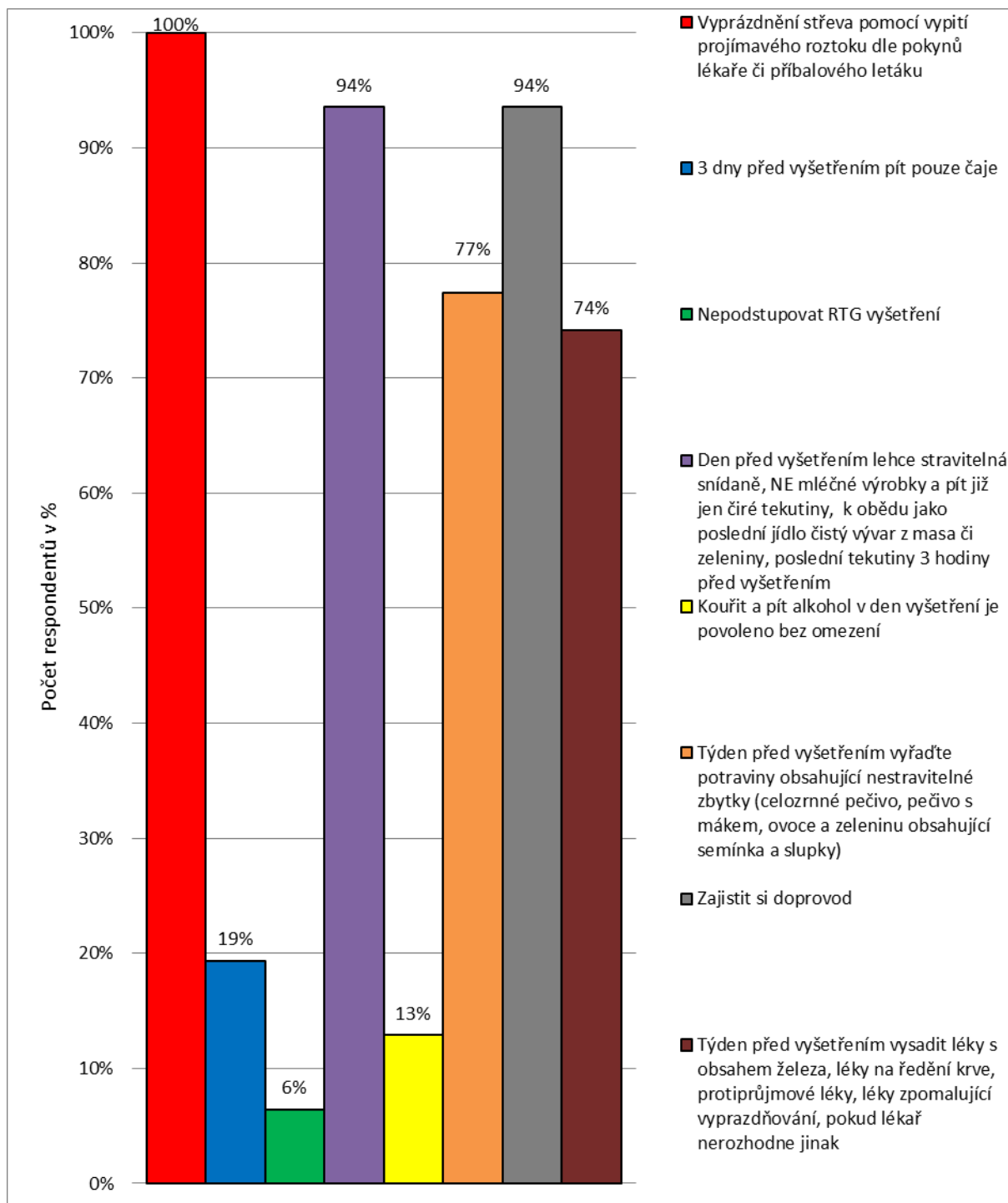
Otázka č. 10: Byly Vám poskytnuty informace o přípravě k výkonu? (Pokud jste v otázce číslo 10 zaškrtnl/a ANO, vyplňte otázku číslo 11.)

- a. ano
- b. ne
- c. nepamatuji si

Na tuto otázku, týkající se poskytnutí informací o přípravě k výkonu, odpovědělo kladně 31 (100 %) respondentů, a proto všichni odpovídali i na otázku č. 11.

Otázka č. 11: Zakroužkujte pokyny, které mají být splněny před vyšetřením. (Lze uvést více odpovědí.)

- a. vyprázdnění střeva pomocí vypití projímavého roztoku dle pokynů lékaře či příbalového letáku (správná odpověď)**
- b. 3 dny před vyšetřením pít pouze čaje
- c. nepodstupovat RTG vyšetření
- d. den před vyšetřením lehce stravitelná snídaně, NE mléčné výrobky a pít již jen čiré tekutiny, k obědu jako poslední jídlo čistý vývar z masa či zeleniny, poslední tekutiny 3 hodiny před vyšetřením (správná odpověď)**
- e. kouřit a pít alkohol v den vyšetření je povoleno bez omezení
- f. týden před vyšetřením vyřadíte potraviny obsahující nestravitelné zbytky (celozrnné pečivo, pečivo s mákem, ovoce a zeleninu obsahující semínka a slupky) (správná odpověď)**
- g. zajistit si doprovod (správná odpověď)**
- h. týden před vyšetřením vysadit léky s obsahem železa, léky na ředění krve, proti průjmové léky, léky zpomalující vyprazdňování, pokud lékař nerozhodne jinak (správná odpověď)**



Obrázek 10 Graf zvolených pokynů dodržovaných před výkonem

Celkový počet respondentů odpovídajících na otázku týkající se výběru pokynů dodržovaných před výkonem byl 31 (100 %). Z toho 2 (6 %) respondenti se mylně domnívali, že před výkonem *nesmí podstupovat RTG vyšetření*, 4 (13 %) respondenti se chybně domnívali, že *kouřit a pít alkohol před vyšetřením je povoleno bez omezení* a 6 (19 %) respondentů tvrdí, že *3 dny před vyšetřením smí pít pouze čaj*. Většina 23 (74 %) respondentů zvolila správnou odpověď informující o *vysazení léků s obsahem železa, léků na ředění krve, proti průjmových*

léku a léků zpomalující vyprazdňování, pokud jejich lékař nerozhodl jinak. Dvacet čtyři (77 %) respondentů zvolilo též správně pokyn informující o vyřazení potravin obsahující nestravitelné zbytky (celozrnné pečivo, pečivo s mákem, ovoce a zeleninu obsahující semínka a slupky) týden před vyšetřením, další správnou odpověď uvedlo 29 (94 %) respondentů, tento pokyn se týkal dietního omezení před vyšetřením, konkrétně uvádí, že den před vyšetřením má pacient dovolenou pouze lehce stravitelnou snídani, NE mléčné výrobky a pít již jen čiré tekutiny, k obědu jako poslední jídlo čistý vývar z masa či zeleniny, poslední tekutiny 3 hodiny před vyšetřením. Stejný počet respondentů 29 (94 %), zvolilo správný pokyn týkající se povinnosti dostavit se na vyšetření s doprovodem a všichni respondenti 31 (100 %) zaškrtnuli odpověď o nutnosti vyprázdnění střeva pomocí vypití projímavého roztoku dle pokynů lékaře či příbalového letáku. Z celkového počtu 31 (100 %) respondentů zvolilo všechny správné pokyny dodržované před výkonem pouze 9 (29 %) dotazovaných respondentů.

Tabulka 1 Porovnání věku a vzdělání u devíti respondentů správně odpovídajících na otázku č. 11

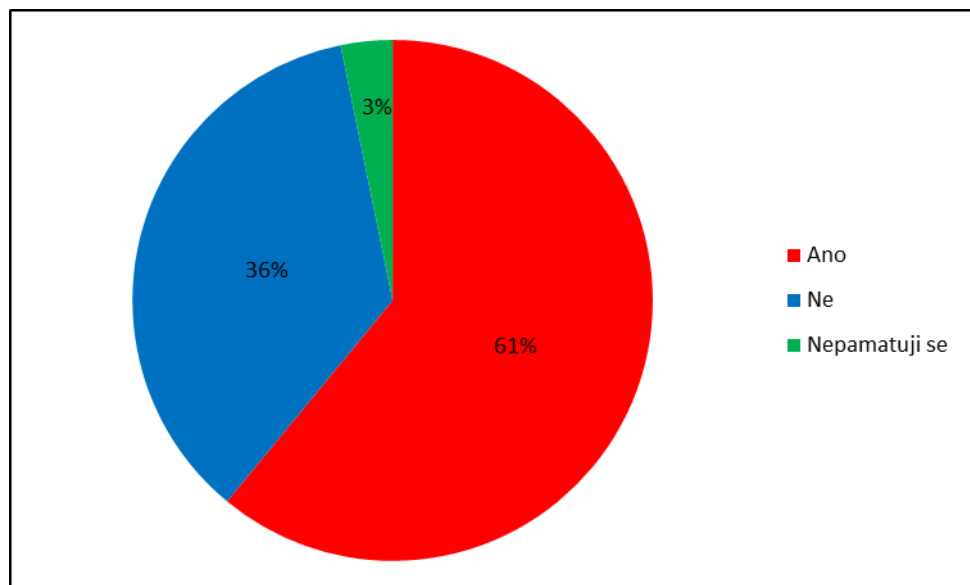
Vzdělání	Věková kategorie dospělí	Věková kategorie senioři
Základní vzdělání	1	0
Střední odborné učiliště	1	2
Střední vzdělání s maturitou	1	3
Vyšší odborné vzdělání	0	0
Vysokoškolské vzdělání	0	1
Celkem	3	6

Otázka č. 12: Byly Vám poskytnuty informace o postupech po výkonu? (Pokud jste v otázce číslo 12 zaškrtl/a ANO, vyplňte otázku číslo 13.)

a. ano

b. ne

c. nepamatuji se

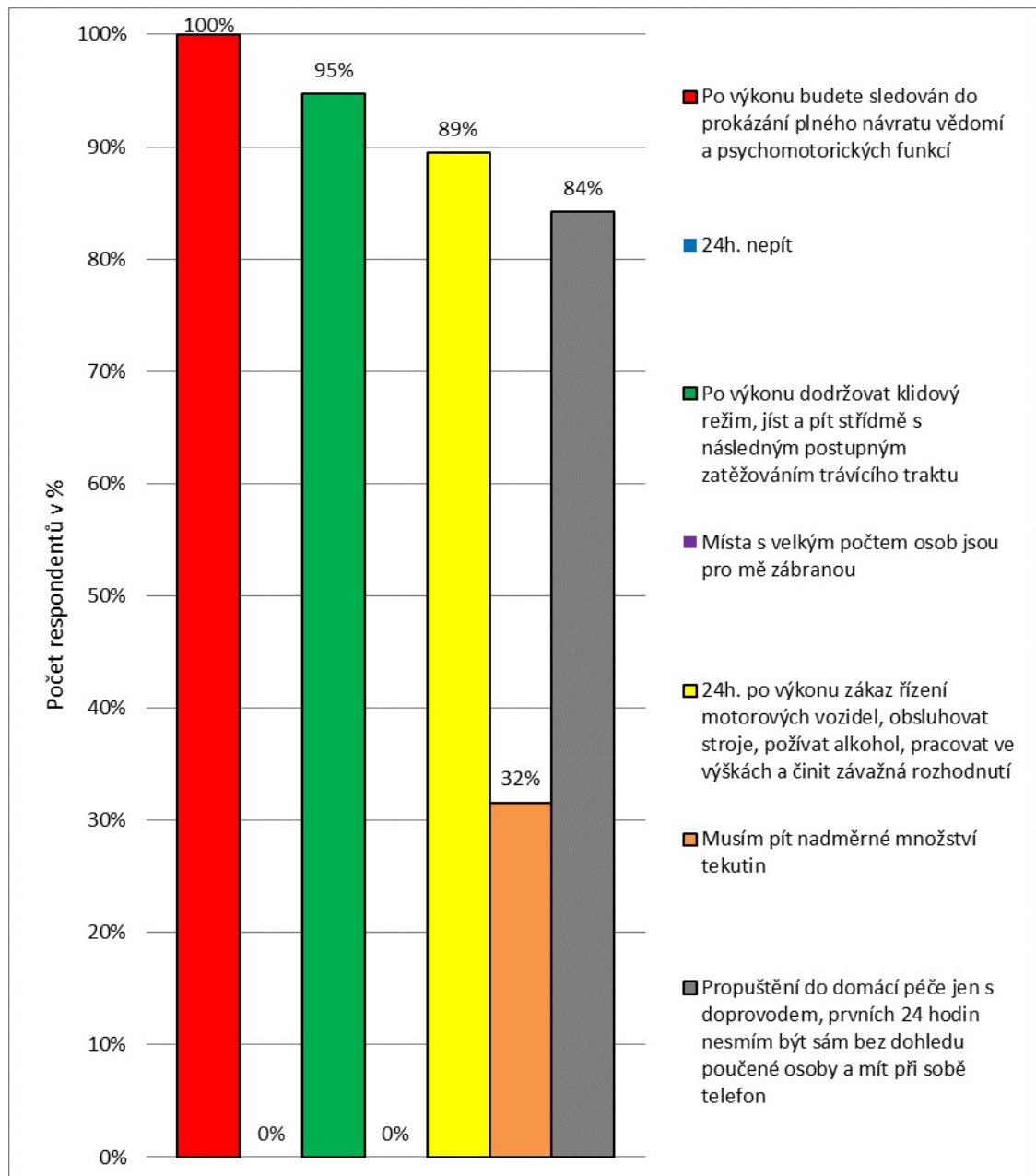


Obrázek 11 Graf o poskytnutí informací o režimu po výkonu

Z celkového počtu odpovídajících respondentů 31 (100 %) na otázku týkající se poskytnutí informací o režimu po výkonu zvolil 1 (3 %) respondent odpověď *nepamatuji si*, 11 (36 %) respondentů odpovědělo, že informace o režimu po výkonu neměli, a pouze 19 (61 %) respondentů zvolilo kladnou odpověď.

Otázka č. 13: Jaké postupy máte dodržovat po výkonu? (Lze uvést více odpovědí.)

- a. po výkonu budete sledován do prokázání plného návratu vědomí a psychomotorických funkcí (správná odpověď)**
- b. 24 h. nepít
- c. po výkonu dodržovat klidový režim, jíst a pít střídavě s následným postupným zatěžováním trávicího traktu (správná odpověď)**
- d. místa s velkým počtem osob jsou pro mě zábranou
- e. 24 h. po výkonu zákaz řízení motorových vozidel, obsluhovat stroje, požívat alkohol, pracovat ve výškách a činit závažná rozhodnutí (správná odpověď)**
- g. musím pít nadměrné množství tekutin
- h. propuštění do domácí péče jen s doprovodem, prvních 24 hodin nesmím být sám bez dohledu poučené osoby a mít při sobě telefon (správná odpověď)**



Obrázek 12 Graf zvolených režimů dodržovaných po výkonu

Na otázku týkající se režimů po výkonu odpovídalo 19 (100 %) respondentů, kteří v minulé otázce zvolili kladnou odpověď ano. Režimové opatření *24 hodin nepít* neuvedl žádný respondent a stejný počet respondentů uvedlo: *místa s velkým počtem osob jsou pro mě zábranou*. Pouze 16 (84 %) respondentů správně vybralo odpověď *propuštění do domácí péče jen s doprovodem, prvních 24 hodin nesmím být sám bez dohledu poučené osoby a mít při sobě telefon*. Sedmnáct (89 %) respondentů bylo správně informováno, že *24 hodin po výkonu mají zákaz řízení motorových vozidel, obsluhovat stroje, požívat alkohol, pracovat ve výškách a činit závažná rozhodnutí*. Osmnáct (95 %) respondentů zvolilo správně odpověď *po výkonu dodržovat klidový režim, jíst a pít střídavě s následným postupným zatěžováním trávicího*

traktu. Celkový počet respondentů 19 (100 %) vědělo, že po výkonu bude pacient sledován do prokázání plného návratu vědomí a psychomotorických funkcí. Z celkového počtu odpovídajících respondentů, všechny odpovědi správně zvolilo 10 (53 %) respondentů.

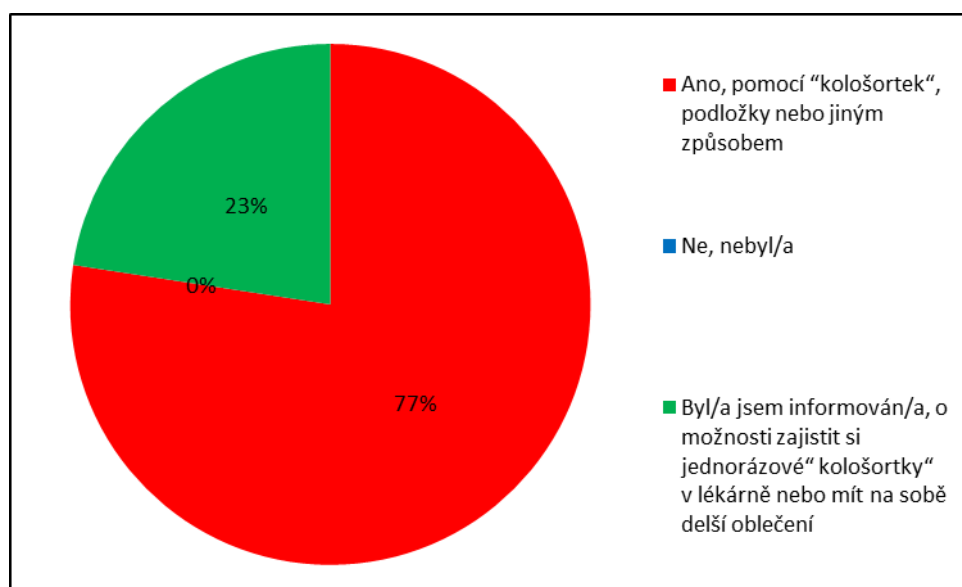
2. Část po výkonu

Otázka č. 14: Byla Vám zajištěna intimita?

a) Ano, pomocí “kološortek“, podložky nebo jiným způsobem

b) Ne, nebyl/a

c) Byl/a jsem informován/a, o možnosti zajistit si jednorázové “kološortky“ v lékárně nebo mít na sobě delší oblečení

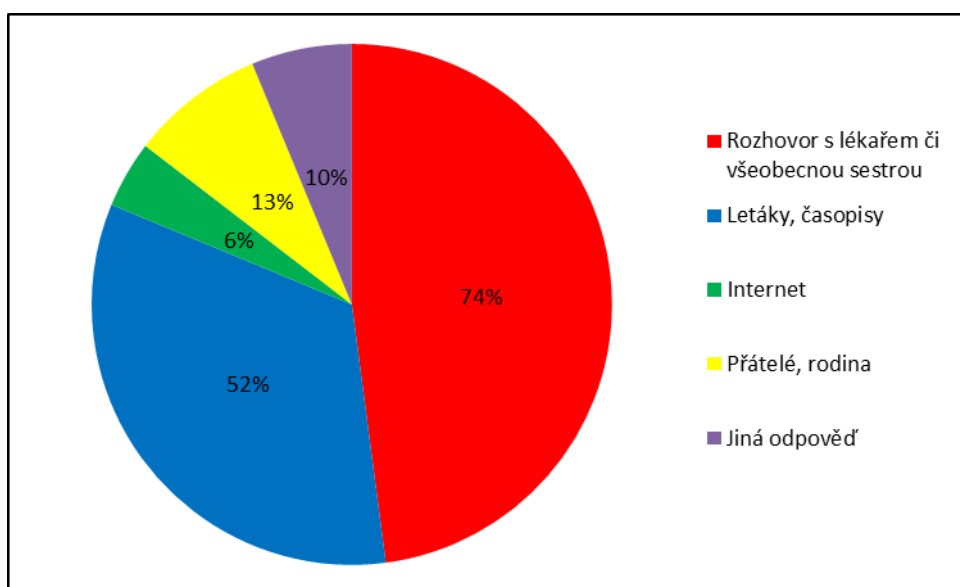


Obrázek 13 Graf hodnotící míru zajištěné intimity

Celkem na otázku zabývající se mírou zajištěné intimity u pacientů při vyšetření odpovědělo 31 (100 %) respondentů, z toho žádný respondent nevedl, že mu zajištěna intimita nebyla, 7 (23 %) respondentů tvrdí, že byli informováni o možnosti zajistit si jednorázové “kološortky“ v lékárně nebo mít na sobě delší oblečení a 24 (77 %) respondentům byla zajištěna intimita buď pomocí “kološortek“, podložky nebo jiným způsobem.

Otázka č. 15: Jakou formou jste získal/a informace o výkonu? (Lze uvést více odpovědí.)

- a. rozhovor s lékařem či všeobecnou sestrou
- b. letáky, časopisy
- c. internet
- d. přátelé, rodina
- e. jiná odpověď



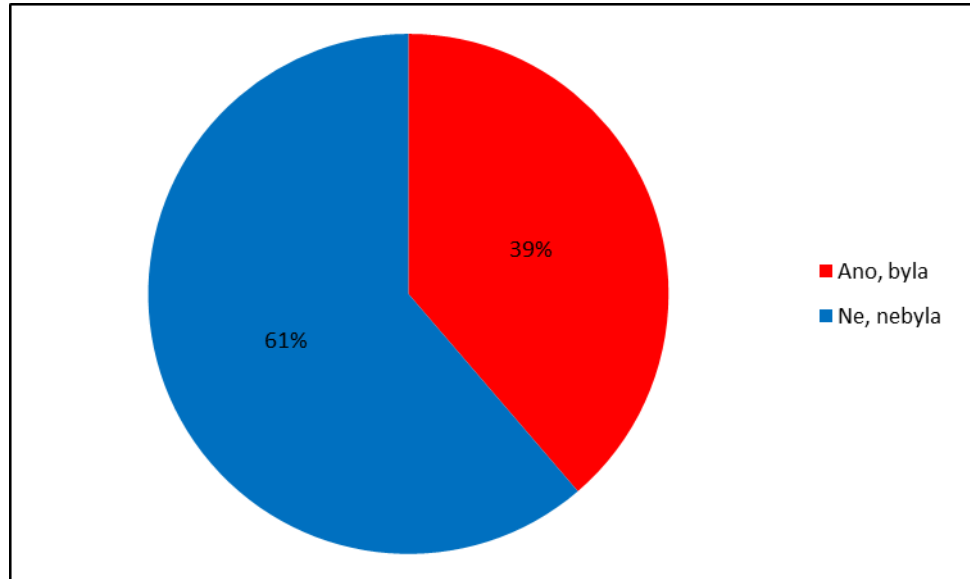
Obrázek 14 Graf způsobu podání informací o vyšetření

V této otázce zabývající se způsobem informování respondentů o vyšetření mohli respondenti uvést více odpovědí. Pouze 2 (6 %) respondenti uvedli, že se o vyšetření informovali také na *internetu*, 3 (10 %) respondenti uvedli *jinou odpověď*, která byla ve všech případech vlastní zkušenost a 4 (13 %) respondenti jako zdroj nebo jeden ze zdrojů uvedli informace získané od *přátel nebo rodiny*. Druhou nejčastější odpovědí byly *letáky a časopisy*, které uvedlo 16 (52 %) respondentů a nejčastěji respondenti získali informace *rozhovorem s lékařem či všeobecnou sestrou* tedy 23 (74 %) respondentů.

Otázka č. 16: Byla Vám poskytnuta informace, kam se obrátit při komplikacích např. krvácení z konečníku?

a) ano, byla

b) ne, nebyla



Obrázek 15 Graf o informaci, kam se obrátit při komplikacích

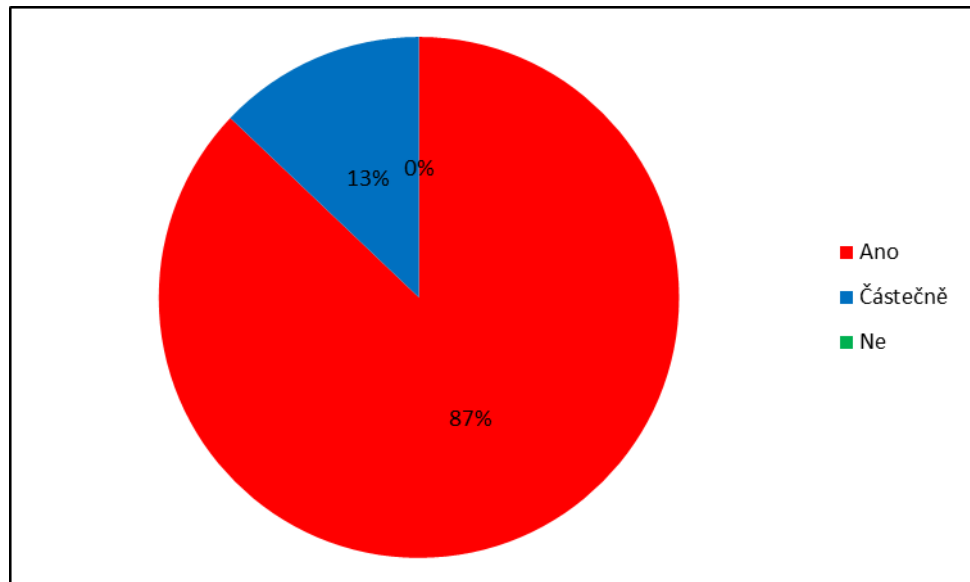
Celkem na otázku, zda byli pacienti seznámeni s informací, kam se obrátit při komplikacích, odpovědělo 31 (100 %) respondentů. 12 (39 %) respondentů uvedlo, že vědí, kam se obrátit při komplikaci, ale zbylých 19 (61 %) respondentů o této informaci obeznámeno nebylo.

Otázka č. 17: Byly pro Vás informace srozumitelné?

a. ano

b. částečně

c. ne



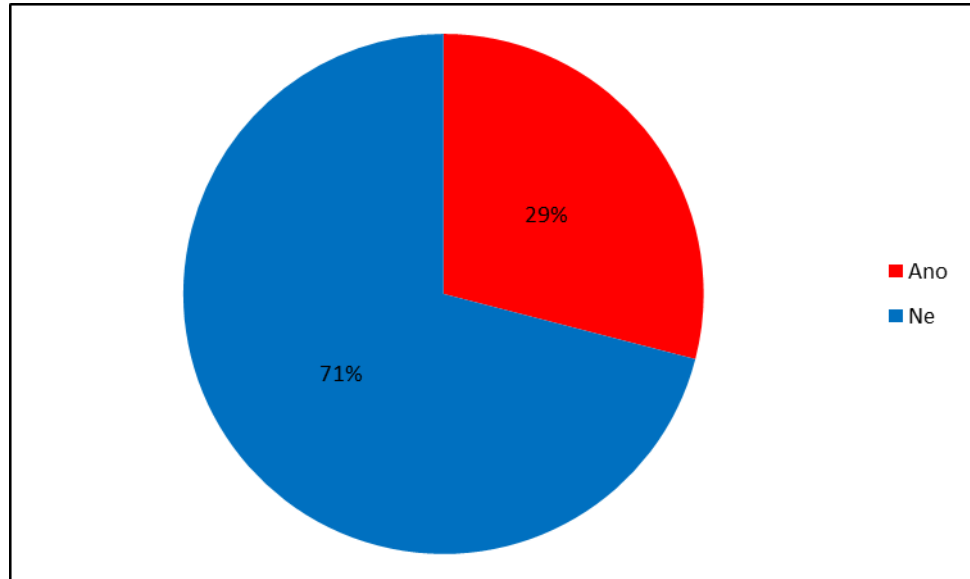
Obrázek 16 znázorňující srozumitelnost podaných informací o vyšetření

V této otázce, zabývající se srozumitelností informací podávaných o vyšetření, bylo dotázáno 31 (100 %) respondentů, z toho 4 (13 %) respondenti se domnívali, že byli informováni pouze *částečně*, ale 27 (87 %) respondentů všem podaným informacím zcela rozumělo

Otázka č. 18: Chyběly Vám některé údaje při sdělování informací o výkonu? (Pokud jste v otázce číslo 18 zaškrtnla ANO, vyplňte otázku číslo 19.)

a. ano

b. ne

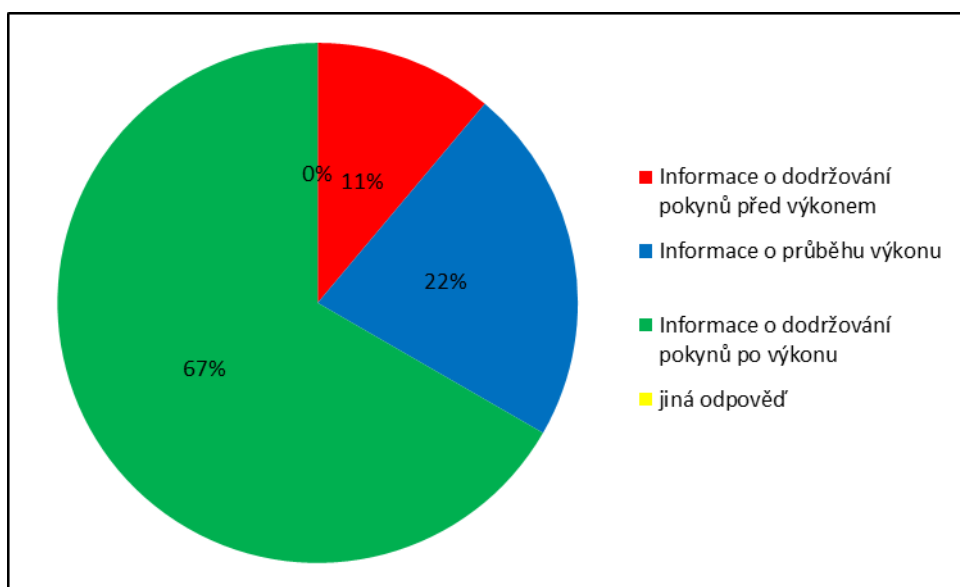


Obrázek 17 Graf chybějících údajů při sdělování informací o výkonu

Celkový počet respondentů odpovídajících na otázku, týkající se chybějících informací o výkonu, byl 31 (100 %). Respondenti, kteří zvolili kladnou odpověď, následně museli odpovědět i na otázku následující. *Kladně* odpovědělo 9 (29 %) respondentů a *zápornou* odpověď zvolilo 22 (71 %) dotazovaných respondentů.

Otázka č. 19: V jaké oblasti Vám nejčastěji chyběly informace? (Lze uvést více odpovědí.)

- a. informace o dodržování pokynů před výkonem
- b. informace o průběhu výkonu
- c. informace o dodržování pokynů po výkonu
- d. jiná odpověď

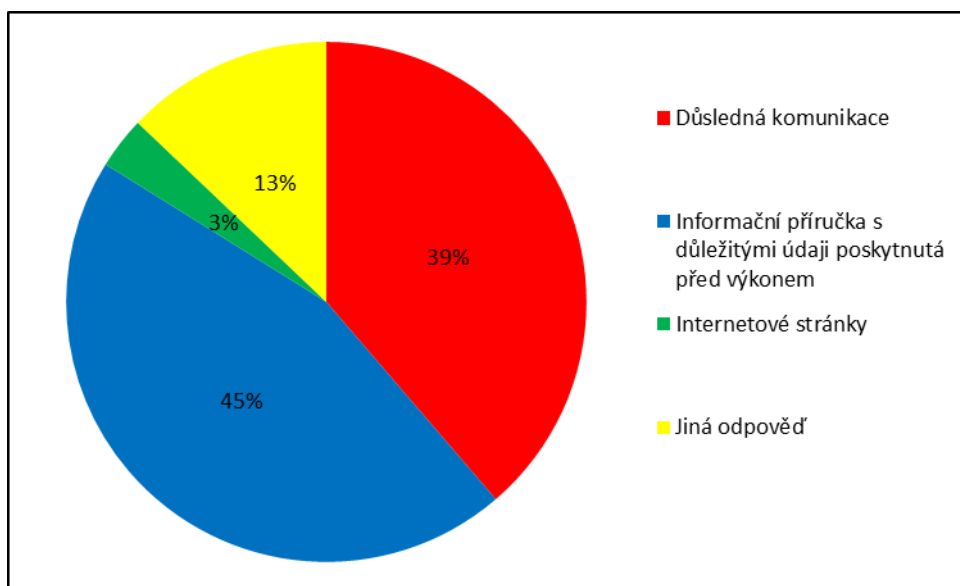


Obrázek 18 Graf znázorňující nejčastěji chybějící informace

Této otázce se zúčastnilo pouze 9 (100 %) respondentů, kteří v předešlé otázce zvolili kladnou odpověď. Z toho žádný z respondentů nezvolil variantu d: *jiná odpověď* k otázce chybějících informací týkající se výkonu a jenom 1 (11 %) respondent uvedl, že mu chyběly informace o pokynech týkající se *části před výkonem*. 2 (22 %) respondenti uvedli, že jim nebyly poskytnuty dostatečné informace o *průběhu výkonu* a 7 (67 %) respondentů nebylo spokojeno s informacemi týkající se pokynů dodržovaných *po výkonu*.

Otázka č. 20: Co by Vám nejvíce pomohlo k lepší informovanosti o pokynech před při a po výkonu? (Lze uvést více odpovědí.)

- a. důsledná komunikace
- b. informativní příručka s důležitými údaji poskytnutá před výkonem
- c. internetové stránky
- d. jiná odpověď



Obrázek 19 Graf o možnosti dosažení lepší informovanosti dle respondentů

V této otázce byli respondenti dotazováni, co by jim pomohlo k lepší informovanosti ohledně vyšetření. 1 (3 %) respondent uvedl, že by uvítal *doporučení internetových stránek* se srozumitelnými a pravdivými informacemi. 4 (13 %) respondenti uvedli *jinou odpověď*, kdy se konkrétně domnívají, že jim všechny informace byly dostatečně srozumitelné nebo, že jiný nápad nemají. 12 (39 %) respondentů by uvítalo *důslednější komunikaci* a 14 (45 %) respondentů zvolilo jako ideální pomoc *informační příručku* s důležitými údaji poskytovanou před výkonem. Celkový počet dotazovaných respondentů v dotazníkovém šetření byl 31 (100 %).

Otázka č. 21: Byli jste informováni o přípravě k vyšetření, o samotném výkonu a režimu po výkonu při objednání k vyšetření?

a. Ano

b. Ne

U otázky č. 1 všech 31 (100 %) respondentů zvolilo kladnou odpověď a žádný z respondentů neuvedl, že by informace týkající se přípravy k vyšetření, samotném výkonu a režimu po výkonu při objednání nedostal.

Otázka č. 22: Prostor pro volné vyjádření

U této otázky byl nechán dostatečný prostor pro možné volné vyjádření k dotazníku, kterého ale žádný respondent nevyužil.

5.1. Analýza znalostí porovnávaných skupin dle vzdělání a věku

Tabulka 2 Tabulka počtu správně odpovídajících respondentů na celý dotazník dle věku

Věková kategorie	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Dospělý	1	7 %
Senioři	2	12 %

V tabulce číslo 2 je zobrazen počet správně odpovídajících respondentů na celý dotazník v závislosti na věku. Z dospělých respondentů z celkového počtu 14 na celý dotazník odpověděl správně pouze jeden respondent. Z respondentů kategorie senioři z celkového počtu 17 správně na celý dotazník odpověděli dva respondenti.

Tabulka 3 Tabulka počtu respondentů správně odpovídajících na celý dotazník v závislosti na vzdělání

Vzdělání	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Základní vzdělání	0	0 %
Střední odborné učiliště	2	6 %
Střední vzdělání s maturitou	1	3 %
Vyšší odborné vzdělání	0	0 %
Vysokoškolské vzdělání	0	0 %

Tabulka číslo 3 zobrazuje počet správně odpovídajících respondentů na celý dotazník v závislosti na jejich vzdělání. Žádný z respondentů se základním, vyšším odborným a vysokoškolským vzděláním neodpověděl na celý dotazník správně. Pouze jeden respondent středního vzdělání s maturitou a dva respondenti vzdělanými na středním odborném učilišti odpověděli na celý dotazník správně. Z této tabulky tedy vyplývá, že vzdělání respondentů nemá vliv na úroveň jejich informovanosti.

6. DISKUZE

V bakalářské práci byl stanoven jeden hlavní cíl, který se zabýval úrovní informovanosti pacientů indikovaných ke kolonoskopickému vyšetření. K tomuto cíli byly stanoveny dva dílčí cíle, z nichž se první zabývá problematikou informovanosti a zjišťuje, jaká je pravděpodobně nejúčinnější forma informování respondentů. Druhý dílčí cíl práce zjišťoval spokojenost pacientů s množstvím a způsobem podávání informací o kolonoskopickém vyšetření. K těmto cílům byly v bakalářské práci vytvořeny průzkumné otázky a jejich výsledky jsou diskutovány v následujícím textu. Průzkum byl prováděn metodou dotazníkového šetření na dvou endoskopických pracovištích s třiceti-jedna ambulantními respondenty indikovanými ke kolonoskopickému vyšetření.

Průzkumná otázka č. 1: Budou rozdíly v informovanosti o kolonoskopii u pacientů ve věkové kategorii dospělost (19 let – 59 let) a věkové kategorie senioři (60 let a více let)?

Tato průzkumná otázka byla vyhodnocována od otázky č. 8 do otázky č. 11 v průzkumném šetření. Při posuzování odpovědí na tyto otázky, byli respondenti rozděleni do dvou věkových kategorií, viz zpracování dat.

Podle výsledků dotazníkového šetření lze odvodit, že respondenti ve věkové kategorii dospělí (31 - 45 let) mají více informací o kolonoskopii, než respondenti ve věkové kategorii senioři (60 a více let) v otázkách číslo 8, 9 a 10. V otázce číslo 11 je tomu naopak. Všichni respondenti dostali a podepsali informovaný souhlas o vyšetření i analgosedaci. Taktéž byli informováni od všeobecných sester endoskopického pracoviště při objednání a v den vyšetření byly jejich informace znovu kontrolovány a měli prostor pro dotazy. Z těchto důvodů by měli na všechny kladené otázky správně odpovídat.

Přesto, že otázky z první části dotazníkového šetření byly podány po podepsání informovaného souhlasu, 5 (29 %) respondentů z kategorie senioři špatně odpovědělo na otázku č. 8, co znamená kolonoskopie. Respondenti z kategorie dospělí odpověděli všichni správně. V otázce č. 9 o znalosti komplikací po kolonoskopii, 12 (70,6 %) respondentů z kategorie senioři nevědělo ani jednu možnou komplikaci a 10 (71,4 %) respondentů kategorie dospělí taktéž neumělo odpovědět. V otázce č. 10, porovnávané dle věku respondentů, byli respondenti dotazováni na znalost pojmu analgosedace. Čtrnáct (82 %) respondentů kategorie senioři označilo nesprávnou odpověď a 6 (33 %) respondentů kategorie dospělí rovněž. Poslední hodnocená otázka č. 11 zaměřena na informovanost pacientů o přípravě ke kolonoskopii srovnává dle věku i vzdělání pouze respondenty, kteří zvolili

v této otázce správné odpovědi tedy celkem 9 respondentů. V tabulce číslo 1 jsou tyto výsledky zobrazeny a je zde patrné, že respondenti ve věkové kategorii senioři častěji volili správné odpovědi než dospělí. Rozdílnost ve vzdělání nebyla výrazná. Většina respondentů (4 = 44 %) měli střední vzdělání s maturitou, 3 (34 %) respondenti uvedli střední odborné učiliště, 1 (11 %) respondent uvedl základní vzdělání a vysokoškolské vzdělání uvedl také 1 (11 %) respondent.

Jak uvádí Moser-Will, Ines a Ingrid Grube (2010) čím více smyslových orgánů se účastní na přijímání informací, tím lepší je zpracování a uložení do dlouhodobé paměti. Při vnímání informací pouze zrakem se zvýší ukládání informací o 30 %, při vnímání informací sluchem o 20 % tudíž při vnímání informací zrakem i sluchem o 50 %. Na 70 % se zvýší ukládání informací při použití zraku, sluchu i řeči v pojetí vhodných výrazů a diskuze a až 90 % zvýšení nastává při použití zraku, sluchu, řeči, čichu a manuální realizaci. Z průzkumného šetření vyplývá, že přesto, že respondentům byly informace podávány se zapojením smyslů zraku, sluchu i řeči nebyly všechny odpovědi správné.

Burda a Šolcová (2016) uvádí, že u starších pacientů (60 a více let) můžeme očekávat zhoršení smyslů, paměti, pozornosti, zhoršenou schopnost koncentrace, snížené psychomotorické tempo a rozbíhavé myšlení.

Z těchto důvodů bylo odvozeno, že respondenti mohou mít v kategorii senioři méně informací o kolonoskopickém vyšetření než respondenti v kategorii dospělí. Také stres může být faktorem ovlivňující respondenty, a to jak stres z výkonu, tak z výsledků vyšetření. Výsledky v otázce č. 11 poukazují, na vyšší informovanost u respondentů v kategorii senioři, což může být ovlivněno opakujícím se vyšetřením a znalostí průběhu z předešlé vlastní zkušenosti a také možné časté návštěvy seniorů u lékařů, které do budoucna mohou snížit míru stresu.

Průzkumná otázka č 2: Budou pacienti znát pokyny, které musí dodržovat před výkonem?

K této průzkumné otázce se v dotazníkovém šetření vztahují dvě otázky a to 11 a 12. V 11. otázce byli respondenti dotazováni, zda jim byly poskytnuty informace o přípravě k výkonu. Všichni respondenti (31 = 100 %) odpověděli na otázku číslo 11 kladně, a proto stejný počet respondentů odpovídalo na otázku č. 12. V otázce číslo 12 respondenti vybírali z nabízených osmi pokynů pouze ty, které byly podle nich správné. Všichni (100 %) respondenti správně zvolili odpověď: vyprázdnění střeva pomocí vypití projímavého roztoku dle pokynu lékaře či příbalového letáku, 94 % respondentů označilo správný pokyn: zajistit si doprovod k vyšetření a stejný počet respondentů zvolilo správnou odpověď týkající se dietního opatření

před výkonem. O vysazení určitých potravin bylo správně informováno 77 % respondentů a poslední správnou zvolenou odpovědí byl pokyn týkající se vysazení určitých léčiv, na který správně odpovědělo 74 % respondentů. Ostatní mylně zvolené odpovědi se týkaly těchto pokynů: tři dny před vyšetřením pít pouze čaj (19 %), před vyšetřením povolen alkohol a kouření (13 %) a poslední chybně zvolená odpověď byla nepodstupovat RTG vyšetření, jež zvolilo 6 % respondentů.

Všichni respondenti byli telefonicky nebo osobně informováni při objednání na výkon a také všichni respondenti podepsali informovaný souhlas, který je podmínkou k vyšetření. I přesto, že všichni dostali stejné ucelené informace o přípravě k výkonu a měli prostor na dotazy, pouze 29 % respondentů uvedlo všechny správné odpovědi.

Podle Horáka, Skříčka, Šlaufa a kol. (2013) je výsledek kolonoskopie závislý na kvalitě přípravy k vyšetření. Až 25 % pacientů přichází neadekvátně připraveno k vyšetření a tím se zvyšuje riziko nutnosti opakování vyšetření, přehlednutí patologií nebo i častější kolonoskopické kontroly. Proto je znalost pokynů o přípravě k vyšetření velmi důležitá.

Průzkumná otázka č. 3: Budou pacienti znát pokyny, které musí dodržovat po výkonu?

Touto průzkumnou otázkou se v dotazníku zabývaly otázky č. 13 a 14. V otázce č. 13 byli respondenti dotazováni, zda byli informováni o postupech po výkonu. Pouze 61 % respondentů odpovědělo kladně, 36 % respondentů tyto informace nedostalo a 3 % si to nepamatují. Respondenti, kteří zvolili kladnou odpověď, dále odpovídali na otázku č. 14, ve které vybírali konkrétní pokyny. Všichni respondenti odpovídající na tuto otázku věděli, že budou po vyšetření sledováni, 95 % dostalo informaci, že po výkonu musí dodržet klidový režim, 89 % znalo omezení týkající se prvních 24 hodin a 84 % respondentů vybralo odpověď propuštění jen s doprovodem. Mylně se domnívalo 32 % respondentů, že po výkonu musí pít nadměrné množství tekutin, žádný z respondentů neodpověděl, že 24 hodin nesmí pít a místa s velkým počtem lidí jsou zábranou.

I přesto, že respondenti odpověděli na otázku číslo 13 kladně, pouze 53 % respondentů v otázce číslo 14 zvolilo všechny odpovědi správně. Je možné, že pacienti nepřikládali velký důraz informacím týkající se režimu po výkonu, z důvodu stresu ze samotného výkonu a náročné přípravy, a proto neodpovídali správně na tuto otázku. I Bartůněk, Juráskova, Heczková a kol. (2016) uvádí pouze tyto dvě informace o době po výkonové: informaci

týkající se doprovodu pacienta po výkonu domů a po výkonové sledování do prokázání plného návratu vědomí.

Průzkumná otázka č. 4: Jakou formou jsou nejčastěji pacientům informace podávány a co by pacientům nejvíce pomohlo k lepší informovanosti?

Na průzkumnou otázku číslo 4 byla odpověď získána v otázce 16 a 21. Otázka číslo 16 se zabývá formou získaných informací o výkonu, kde respondenti mohli uvést více odpovědí. Nejčastěji získávali informace rozhovorem s lékařem či všeobecnou sestrou (74 %), přes letáky či časopisy (52 %), přátele a rodinu (13 %), jinou odpověď zvolilo 10 % a internet 6 % respondentů. V otázce č. 21, kde respondenti odpovídali na otázku, co by jim nejvíce pomohlo k lepší informovanosti, mohli respondenti také uvést více odpovědí. Nejčastěji respondenti volili informační příručku (45 %), důslednější komunikaci (39 %), 13 % zvolilo jinou odpověď a 3 % odpověděli internetové stránky.

U této otázky bylo očekáváno, že všichni respondenti zvolí odpověď prostřednictvím rozhovoru s lékařem či všeobecnou sestrou, ale nebylo tomu tak. Podle Joint Commission International (2008) je proces získání informací úspěšný tehdy, když porozumíme hodnotám pacienta a zvolíme vhodnou edukační metodu, edukačního pracovníka a roli blízkou pacientovi v procesu edukace. Pracovník nemocnice stimuluje pacienta i jejich blízké k aktivní účasti, ke kladení otázek s cílem zajistit porozumění všem aspektům. Důležitost je kladena především na zpětnou vazbu, která vede k porozumění, užitečnosti a využití informací. Pro zvýšení edukace se může edukace doplnit tištěnými materiály.

Průzkumná otázka č. 5: Budou pacienti spokojeni s množstvím podávání informací o kolonoskopii?

Na tuto průzkumnou otázku odpovídá otázka č. 15 a č. 17 až 19. Milým překvapením bylo, že všem pacientům byla zajištěna intimita, nebo byli včas poučeni o možnosti zakoupit si jednorázové "kološortky" nebo na sobě mít delší triko. Naopak v otázce číslo 17 se projevila zvýšená nevědomost respondentů o informaci, kam se obrátit při komplikacích, které se mohou v domácím prostředí objevit. Nevědomost těchto informací mohla být způsobena nedostatečným pročtením informovaného souhlasu nebo nevěnování pozornosti informujícímu pracovníkovi. Další otázka č. 18 hodnotila srozumitelnost podaných informací, a i zde většina respondentů uvedla kladnou odpověď (83 %) a jen 13 % uvedlo odpověď částečně. Otázka číslo 19 hodnotila spokojenost s množstvím podaných informací, kdy opět

většina (71 %) uvedla, že si není vědoma chybějících informací. Což je k výsledkům například otázky č. 17 zavádějící a možným důvodem neznalosti je nevýznamnost informace pro respondenty. Po celou dobu informování měli respondenti možnost dotazů.

Tyto otázky č. 15, 17, 18 a 19 poukazují na spokojenost respondentů s množstvím informací o kolonoskopii. Je zavádějící, že v předešlých otázkách neměli respondenti dostatek informací a uváděli záporné či chybné odpovědi na otázky týkající se kolonoskopie. Je možné, že ipřesto, že byl dotazník anonymní, měli respondenti strach z výsledku nedostatečné informovanosti, a proto na tyto konkrétní otázky odpovídali kladně. Také z rozhovoru s respondenty bylo zřejmé, že jsou spokojeni s přístupem a chováním personálu i samotným oddělením a je možné, že nechtěli, aby z toho mohl být problém pro zaměstnance tohoto zařízení.

Průzkumná otázka č. 6: Budou pacientům scházet informace o výkonu, a jaké to budou nejčastější?

Touto průzkumnou otázkou se zabývají dotazníkové otázky č. 18 - 19. V otázce č. 18, jak už bylo uvedeno v předešlé průzkumné otázce, většina respondentů uvádí, že jim žádné informace o výkonu nescházely. Ti, co uvedli, že jim informace scházely, dále odpovídali i na otázku č. 19 (9 respondentů), která se zajímala, o jakou oblast nedostatku informací se jedná. Nejčastěji respondenti uváděli oblast informací o dodržování pokynů po výkonu (67 %) respondentů z celkového počtu (31) kladně odpovídajících na otázku č. 18. Nedostatečnost informací o průběhu zvolilo 22 % respondentů a 11 % respondentů odpovídalo nedostatek informací o pokynech před výkonem.

Z těchto otázek vyplývá, že se pacienti domnívají, že mají nejméně informací o době po výkonové, na kterou bychom se v důsledku toho měli zaměřit a je možné, že pacienti ze stresu z výkonu a přípravy opomíjejí podávané informace o režimu po výkonu, který je stejně důležitý, jako ostatní oblasti.

7. NÁVRH ŘEŠENÍ LEPŠÍ INFORMOVANOSTI PACIENTŮ

Výsledkem průzkumného šetření bakalářské práce je několik návrhů pro zlepšení informovanosti pacientů indikovaných ke kolonoskopickému vyšetření.

Podle výsledků šetření jsou nejčastěji pacienti informováni o kolonoskopickém vyšetření prostřednictvím lékaře či všeobecné sestry, ale informace o vyšetření dostávají též z letáků, časopisů, z internetu, v neposlední řadě od přátel, rodiny a také v některých případech spoléhají na své předešlé zkušenosti.

Na endoskopických pracovištích se klade velký důraz na informovaný souhlas k výkonu, v kterém se nachází všechny informace o kolonoskopii. Současně s podáním informovaného souhlasu pověřený personál informuje pacienta ústně a upozorní ho na důležité části v informovaném souhlasu. Ověří si, zda pacient nemá dotazy a zda dodržel postupy přípravy k výkonu. Pacienti si často informovaný souhlas ani nepřečtou a jen podepíší nebo si vyslechnou pouze informující personál a podepisují informovaný souhlas jen s letným pohledem na zmiňované důležité části.

Jedním z dalších návrhů podle výsledků dotazníkového šetření je vytvoření informační příručky, která by byla pacientům poskytnuta při objednání osobně nebo po při telefonickém objednání e-mailem s kompletními informacemi, a to nejen o přípravě k výkonu. Tím by zajistila dostatek času, si ji v pohodlí domova a v klidu bez tlaku přečíst dle potřeby i více krát. Tento informační leták byl zpracován a je přiložen na konci bakalářské práce v příloze B.

Tato informační příručka má mnoho výhod. Krom zmiňovaného času a pohodlí domova, si pacient může předem připravit dotazy a tím se vyhnout strachu a nejistotě z neúplného porozumění všech informací. Další výhodou je možnost zpětného hledání informací v příručce a možnost vpisování dodatečných informací, které jsou pro konkrétního pacienta důležité například z důvodu specifického onemocnění či léčby, kdy specialisté, které pacient navštěvuje, určí například, zda a jaké léky musí kdy vysadit apod.

Nezbytnou součástí dobré informovanosti pacientů je informování pověřeným zdravotnickým personálem, který musí být schopen podat kompletní informace a být schopen odpovědět na kladené otázky. Zdravotnický personál musí být schopný kvalitní a správné komunikace s pacientem, celoživotně se vzdělávat a tím zajišťovat zlepšování kvality informování a snížení možných komplikací po výkonu.

8. ZÁVĚR

Bakalářská práce se zabývá sledováním úrovně informovanosti pacientů indikovaných ke kolonoskopickému vyšetření.

V první kapitole teoretické části je vysvětlena anatomie a fyziologie tlustého střeva. V nejdůležitější kapitole se zabývám kolonoskopií samotnou, tedy indikacemi, kontraindikacemi vyšetření, přípravou před kolonoskopií a faktory, které ji ovlivňují, dietním opatřením, lékovým omezením, očištěním střeva, přípravky k očištění a hodnocením střevní přípravy. Dále do této kapitoly patří provedení kolonoskopie, sedace s analgosedací, monitorace, možnosti terapeutických, diagnostických, preventivních intervencí, alternativy vyšetření, režim po výkonu a komplikace. Poslední kapitolou teoretické části je edukace pacienta. Teoretický cíl byl splněn.

V průzkumné části byly stanoveny tři cíle. Hlavním cílem bylo zjistit úroveň informovanosti pacientů indikovaných ke kolonoskopickému vyšetření, kdy jedním z výsledků bylo, že respondenti ve věkové kategorii dospělí (31 - 59 let) měli více znalostí o kolonoskopickém vyšetření v otázkách číslo 7 a 9 než respondenti v kategorii senioři (60 a více let), kteří měli více znalostí pouze v otázce číslo 11. Pouze v otázce číslo 8 měli jak respondenti dospělí, tak senioři podobné výsledky informovanosti. Mnohým respondentům ale chyběly informace o významu analgosedace a informace o tom, kam se obrátit při vzniku komplikací v domácím prostředí. Největší nedostatek byl zjištěn v oblasti znalosti samotných komplikací, a to i přesto, že všichni respondenti uvedli, že podepsali informovaný souhlas, který všechny tyto informace obsahoval, a byli informováni zdravotnickým personálem. Po analýze dotazovaných otázek také vyšlo najevo, že respondenti neměli dostatek informací o přípravě k vyšetření, ani o postupech po vyšetření. Pouze 9 (29 %) dotazovaných respondentů bylo schopno uvést všechny správné pokyny dodržované před vyšetřením a pouze 10 (53 %) respondentů, uvedlo všechny správné odpovědi v otázce týkající se režimu po výkonu.

Dílním cílem bylo zjistit, jaká je pravděpodobně nejúčinnější metoda informování pacientů před kolonoskopickým vyšetřením. Díky kvantitativnímu průzkumu bylo zjištěno, že 23 (74 %) respondentů je nejčastěji informováno o kolonoskopickém vyšetření od lékařů a všeobecných sester, ale zároveň 14 (43 %) respondentů udává, že nejvíce by jim pomohl k lepší informovanosti leták, či informační příručka. Proto pravděpodobně nejúčinnější metodou informování pacientů před kolonoskopickým vyšetřením je spojení edukace od

lékaře či všeobecných sester s letákem či informační příručkou podanou již při objednání na vyšetření, která byla vytvořena a je přiložená, jako příloha C.

Posledním cílem bylo zjistit spokojenost pacientů s množstvím a způsobem podávaných informací o vyšetření. 27 (87 %) respondentů uvedlo, že jim všechny informace byly srozumitelné a většina respondentů 22 (71 %) uvedla, že jim nechyběli údaje při sdělování informací o výkonu, což je v rozporu s vyhodnocením dotazníkového šetření, kdy odpovědi respondentů nebyly dostatečné a správné, a proto by měli uvádět, že jim informace chyběly nebo nebyly dostatečně srozumitelné. Praktické cíle bakalářské práce byly splněny.

Na základě výsledků šetření byly vytvořeny návrhy pro zlepšení informovanosti pacientů indikovaných ke kolonoskopii. Pro zlepšení informovanosti pacientů je navrženo:

- Poskytnutí kvalitního informačního materiálu při objednání.
- Ochota, vlídnost odpovídat na dotazy a aktivizace pacienta v edukaci.
- Dostatek času a prostoru k přečtení informovaného souhlasu s následným ústním vysvětlením a ověřením srozumitelnosti.
- Řádná komunikace zdravotnického personálu.
- Celoživotní vzdělávání zdravotníků na endoskopickém pracovišti.

K získání kvalitnějších výsledků šetření o informovanosti pacientů indikovaných ke kolonoskopii by došlo při početnějším zastoupení respondentů z více endoskopických pracovišť, kdy by průzkum probíhal několik měsíců.

I přes nevelký rozsah průzkumného vzorku respondentů, je předpokládáno, že bude bakalářská práce přínosem pro endoskopický personál, a i nadále se bude snažit co nejvíce zvyšovat kvalitu komunikace a informování pacientů. I pro mě bylo velkým přínosem zpracovávání zrovna tohoto téma bakalářské práce, z důvodu mého budoucího působení na endoskopickém pracovišti a zamyslím se nad svým jednáním, komunikací a edukací, neboť bez spokojených pacientů by práce endoskopického pracovníka nebyla významná.

9. POUŽITÁ LITERATURA

Tištěné zdroje:

- 1) BARTŮNĚK, Petr, Jana HECZKOVÁ, Dana JURÁSKOVÁ a kolektiv. *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. 1. vyd. Praha: Grada, 2016, 752 s. ISBN 978-80-247-4343-1
- 2) BURDA, Patrik a Lenka Šolcová. *Ošetrovatelská péče 2. díl*. Praha: Grada, 2016, 234 s. ISBN 978-80-247-5334-8
- 3) ČIHÁK, Radomír a Miloš GRIM. *Anatomie 2*, 3. uprav. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2013, 512 s. ISBN 978-80-247-4788-0.
- 4) FALT, Přemysl, Ondřej URBAN, Petr VÍTEK a kolektiv. *Koloskopie*. 1 vyd. Praha: Grada, 2015, 320 s. ISBN 978-80-247-5284-6.
- 5) FIFKOVÁ, Hanka, Petr WEISS, Ivo PROCHÁZKA a kolektiv. *Transsexualita jiné poruchy pohlavní identity*. Praha: Grada 2008, 202 s. ISBN 978-80-247-1696-1
- 6) HOLUBOVÁ, Adéla, Helena NOVOTNÁ, Jana MAREČKOVÁ a kolektiv. *Ošetrovatelská péče v gastroenterologii a hepatologii*. 1.vyd. Praha: Mladá fronta, 2013, 267 s. ISBN 978-80-204-2806-6.
- 7) HORÁK, Ladislav, Tomáš SKŘIČKA, Petr ŠLAUF a kolektiv. *Praktická proktologie*. Praha: Grada 2013, 226 s. ISBN 978-80-247-3595-5
- 8) HUDÁK, Radovan, David KACHLÍK, Barbora BEŇOVÁ a kolektiv. *Memorix anatomie*. 1. vyd. Praha: Triton, 2013, 606 s. ISBN 978-80-7387-674-6.
- 9) JELÍNKOVÁ, Ilona. *Klinická propedeutika pro střední zdravotnické školy*. Praha: Grada, 2014, 160 s. ISBN 978-80-247-5093-4.
- 10) Joint Commission International. *Mezinárodní akreditační standardy pro nemocnice*. překlad 3. vydání. Praha: Grada, 2008, 309 s. ISBN 9788024724362.
- 11) JUŘENÍKOVÁ, Petra. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada 2010, 80 s. ISBN 978-80-247-2171-2
- 12) KELNAROVÁ, Jarmila, Dominika BABÁKOVÁ, Martina CAHOVÁ a kolektiv. *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy 2. Ročník 2. Díl. 2. Přepřac. a dopl. vyd. Praha: Grada 2016, 260 s. ISBN 978-80-247-5330-0*

- 13) KRŠKA, Zdeněk, Miroslav ZEMAN, Michaela SCHNEIDEROVÁ a kolektiv. *Techniky a technologie v chirurgických oborech*. 1. vyd. Praha: Grada 2011, 264 s. ISBN 978-80-247-3815-4.
- 14) KUDLOVÁ, Pavla. *Ošetrovatelská péče v diabetologii*. 1. vyd. Praha: Grada 2015, 208 s. ISBN 978-80-247-5367-6
- 15) LIBSKÁ, Ludmila, Vladimír VISOKAI, Adam RENÉ a kolektiv. *Recidiva kolorektálního karcinomu*. 1. vyd. Praha: Grada 2009, 456 s. ISBN 978-80-247-3026-4
- 16) MÁLEK, Jiří, Ladislav HESS, Michal HORÁČEK a kolektiv. *Praktická anesteziologie*. Praha: Grada 2011, 192 s. ISBN 978-80-247-3642-6
- 17) MOSER-WILL, Ines a Ingrid GRUBE. *110 her pro rozvoj myšlení, lepší paměť a koncentraci*. Přeložil Zdeněk MICHŇA. Praha: Grada, 2010, 272 s. ISBN 978-80-247-3560-3.
- 18) NAŇKA, Ondřej, Miloslava ELIŠKOVÁ a Oldřich ELIŠKA. *Přehled anatomie*. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Galén, 2009, 416 s. ISBN 978-80-7262-612-0.
- 19) SVĚRÁKOVÁ, Marcela. *Edukační činnosti sestry*. 1. vyd. Praha: Galén 2012, 63 s. ISBN 978-80-7262-845-2
- 20) ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, Jitka. *Přehled vývojové psychologie*. 3., upr. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2010, 189 s. ISBN 978-80-244-2433-0.
- 21) ŠPIČÁK, Julius, Ondřej URBAN, Ladislav DOUDA a kolektiv. *Novinky v digestivní endoskopii*. 1. vyd. Praha: Grada, 2015, 256 s. ISBN 978-80-247-5283-9.
- 22) ŠPINAR, Jindřich, Ondřej LUDKA, Petr DÍTĚ a kolektiv. *Propedeutika a vyšetřovací metody vnitřních nemocí*. 1. vyd. Praha: Grada 2008, 255 s. ISBN 978-80-247-1749-4
- 23) ROZSYPAL, Hanuš, Monika KOSÁKOVÁ a Michal HOLUB. *Infekční nemoci ve standardní a intenzivní péči*. 1.vyd. Karolinum 2013, 396 s. ISBN 978-80-246-2197-5
- 24) VONDRÁČEK, Jan a Lubomír VONDRÁČEK. *Pochybení a sankce při poskytování chirurgické péče*. Praha: Grada 2008, 96 s. ISBN 978-80-247-2629-8

Elektronické zdroje:

25) MUDr. FABIÁN, Jiří *Koloskopie (kolonoskopie)*. GASTROMEDIC s.r.o [online]. Pardubice, 2018 [cit.2018 01 23].Dostupné z: <http://www.gastromedic.cz/index.php/koloskopie-a29>

26) MARKS, MD, Jay W.,Bhupinder S. Anand, MBBS, MD, DPHIL (OXON), ed. Colonoscopy (Test, Side Effects, Preparation, Recovery): What should I expect during colonoscopy? [online] 19.1.2018 [cit. 2018-04.10]. Dostupné z: <https://www.medicinenet.com>

27) VILÍMOVSKÝ, Michal. *Kolonoskopie: podrobný průvodce aneb co od ní čekat?* Medlicker [online]. London, 2018 [cit. 2018 01. 23]. Dostupné z: <https://cs.medlicker.com/395-kolonoskopie-podrobny-pruvodce-aneb-co-od-ni-cekat>

28) MUDr. CYRANY, Jiří Ph.D. *Dobrá rada: Jak připravit nemocného ke kolonoskopii*, Interní medicína pro praxi Vydáno 15.5.2014 16(5), str. 211-212 [cit. 18. 1. 2018]. Dostupné z:https://www.internimedicina.cz/artkey/int2014050010_Jak_pripavit_nemocneho_ke_koloskopii.php

29) MUDr. ZDRAŽIL, Jiří. *Co je kolonoskopie* [online]. Horní Jelení: [cit. 2018-01-23]. Dostupné z: <http://www.mudr-zdrazil.cz/uzitecne-info/kolonoskopie>

30) VÍTEK, Petr. *Příprava. Kolonoskopie.cz* [online]. Frýdek -Místek: 2009 [cit. 2018 01 23]. Dostupné z: <http://www.kolonoskopie.cz/info-pro-pacienty/priprava.aspx>

31) Příspěvatelé WikiSkript. *Radiodiagnostické vyšetření tlustého střeva*. Wikiskripta [online], 2017 [cit.2018 01 23]. Dostupné https://www.wikiskripta.eu/w/Radiodiagnostick%C3%A9_vy%C5%A1et%C5%99en%C3%AD_tlust%C3%A9ho_st%C5%99eva

32) REDAKCE U LÉKAŘE. *Kolorektální karcinom* [online]. uLékaře.cz, s.r.o. Vydáno 22. 5. 2008 [cit. 19. 12. 2017]. Dostupné na: <https://www.ulekare.cz/clanek/kolorektalni-karcinom-960>

10. PŘÍLOHY

Příloha A - použitý dotazník informovanosti pacientů s indikací ke kolonoskopii.....	70
Příloha B - škály MASS a RSS.....	76
Příloha C Leták kolonoskopie.....	77

Dotazník: Informovanost pacientů s indikací ke kolonoskopii

Dobrý den,

jmenuji se Andrea Raimundová a studuji 3. ročník bakalářského oboru Všeobecná sestra na Fakultě zdravotnických studií Univerzity Pardubice. Ráda bych Vás požádala o spolupráci v dotazníkovém šetření, zabývajícím se informovaností pacientů s indikací ke kolonoskopii. Vyplněním dotazníku dáváte souhlas k zařazení do výzkumu. **Dotazník je anonymní.**

Cílem dotazníkového šetření je zlepšit informovanost pacientů, kteří podstupují kolonoskopické vyšetření.

Pokyny k vyplnění: v dotazníku zakroužkujte pouze jednu správnou odpověď, pokud není uvedeno jinak.

Děkuji Vám za Váš čas, ochotu a spolupráci.

Andrea Raimundová.

ČÁST 1. Před výkonem

1) Podepsali jste informovaný souhlas?

- a. ano
- b. ne
- c. nepamatuji se

2) Vaše pohlaví?

- a. žena
- b. muž

3) Váš věk (doplňte)

4) Vaše nejvyšší dosažené vzdělání

- a. základní vzdělání
- b. střední odborné učiliště
- c. střední vzdělání s maturitou
- d. vyšší odborné vzdělání
- e. vysokoškolské vzdělání

5) Víte, z jakého důvodu jste byl/a odeslán/a k tomuto vyšetření? (Pokud jste v otázce číslo 5 zaškrtl/a ANO, vyplňte otázku číslo 6.)

- a. ano
- b. ne

6) Zaškrtněte konkrétní důvod kolonoskopie.

- a. přítomnost jasně červené krve ve stolici (enterorrhagie)
- b. přítomnost krve ve stolici okem neviditelná (skryté krvácení)
- c. nespecifický střevní zánět
- d. preventivní vyšetření
- e. chronické průjmy
- f. jiný důvod:

7) Co znamená kolonoskopie?

- a. endoskopické vyšetření tlustého střeva
- b. rentgenové vyšetření tlustého střeva
- c. ultrazvukové vyšetření tlustého střeva
- d. nevím

8) Znáte komplikace tohoto vyšetření?

- a. ano, vyjmenujte alespoň 2 komplikace.....
- b. ne

9) Co je analgosedace?

- a. lék podávaný před výkonem, k utlumení vědomí a vnímání bolesti
- b. lék pro lepší vyprázdnění střeva
- c. lék proti bolesti
- d. nevím
- c. nepamatuji si

10) Byly Vám poskytnuty informace o přípravě k výkonu? (Pokud jste v otázce číslo 10 zaškrtnl/a ANO, vyplňte otázku číslo 11.)

- a. ano
- b. ne
- c. nepamatuji si

11) Zakroužkujte pokyny, které mají být splněny před vyšetřením. (lze uvést více odpovědí)

- a. vyprázdnění střeva pomocí vypití projímavého roztoku dle pokynů lékaře či příbalového letáku
- b. 3 dny před vyšetřením pít pouze čaje
- c. nepodstupovat RTG vyšetření
- d. den před vyšetřením lehce stravitelná snídaně, NE mléčné výrobky a pít již jen čiré tekutiny, k obědu jako poslední jídlo čistý vývar z masa či zeleniny, poslední tekutiny 3 hodiny před vyšetřením
- e. kouřit a pít alkohol v den vyšetření je povoleno bez omezení
- f. týden před vyšetřením vyřadte potraviny obsahující nestravitelné zbytky (celozrnné pečivo, pečivo s mákem, ovoce a zeleninu obsahující semínka a slupky)
- g. zajistit si doprovod
- h. týden před vyšetřením vysadit léky s obsahem železa, léky na ředění krve, protiprůjmové léky, léky zpomalující vyprazdňování, pokud lékař nerozhodne jinak

12) Byly Vám poskytnuty informace o postupech po výkonu? (Pokud jste v otázce číslo 12 zaškrtl/a ANO, vyplňte otázku číslo 13.)

- a. ano
- b. ne
- c. nepamatuji se

13) Jaké postupy máte dodržovat po výkonu? (Lze uvést více odpovědí.)

- a. po výkonu budete sledován do prokázání plného návratu vědomí a psychomotorických funkcí
- b. 24 h. nepít
- c. po výkonu dodržovat klidový režim, jíst a pít střídavě s následným postupným zatěžováním trávicího traktu
- d. místa s velkým počtem osob jsou pro mě zábranou
- e. 24 h. po výkonu zákaz řízení motorových vozidel, obsluhovat stroje, požívat alkohol, pracovat ve výškách a činit závažná rozhodnutí
- g. musím pít nadměrné množství tekutin
- h. propuštění do domácí péče jen s doprovodem, prvních 24 hodin nesmím být sám bez dohledu poučené osoby a mít při sobě telefon

ČÁST 2. po výkonu

14) Byla Vám zajištěna intimita?

- a) Ano, pomocí "kološortek", podložky nebo jiným způsobem
- b) Ne, nebyl/a
- c) Byl/a jsem informován/a, o možnosti zajistit si jednorázové "kološortky" v lékárně nebo mít na sobě delší oblečení

15) Jakou formou jste získal/a informace o výkonu? (Lze uvést více odpovědí.)

- a. rozhovor s lékařem či všeobecnou sestrou
- b. letáky, časopisy
- c. internet
- d. přátelé, rodina
- e. jiná odpověď

16) Byla Vám poskytnuta informace, kam se obrátit při komplikacích např. krvácení z konečníku?

- a) ano, byla
- b) ne, nebyla

17) Byly pro Vás informace srozumitelné?

- a. ano
- b. částečně
- c. ne

18) Chyběly Vám některé údaje při sdělování informací o výkonu? (Pokud jste v otázce číslo 18 zaškrtnla ANO, vyplňte otázku číslo 19.)

- a. ano
- b. ne

19) V jaké oblasti Vám nejčastěji chyběly informace? (Lze uvést více odpovědí.)

- a. informace o dodržování pokynů před výkonem
- b. informace o průběhu výkonu
- c. informace o dodržování pokynů po výkonu
- d. jiná odpověď

20) Co by Vám nejvíce pomohlo k lepší informovanosti o pokynech před při a po výkonu? (Lze uvést více odpovědí.)

- a. důsledná komunikace
- b. informační příručka s důležitými údaji poskytnutá před výkonem
- c. internetové stránky
- d. jiná odpověď

21) Byli jste informováni o přípravě k vyšetření, o samotném výkonu a režimu po výkonu při objednání k vyšetření?

- a. ano
- b. ne

22) Prostor pro volné vyjádření

.....

.....

Modifikovaný skórovací systém dle Aldreteho (MAS)		Ramsayova sedační škála (RSS)
Posuzovaný parametr	Body*	
1. Aktivita		
a) pacient je schopen se pohybovat aktivně nebo na výzvu pohybuje všemi končetinami	2	1 Agitovaný, neklidný, úzkostný
b) pacient je schopen pohybovat se aktivně nebo na výzvu 2 končetinami	1	
c) nepohybuje končetinami	0	2 Bdělý, orientovaný
2. Dýchání		
a) pacient je schopen hluboce se nadechnout a zakašlat	2	
b) pacient je dušný, dýchání mělké nebo omezené	1	
c) apnoe	0	3 Splní příkaz, reaguje na výzvu
3. Krevní oběh		
a) systolický TK v pásmu 20 mm Hg méně či více hodnot před výkonem	2	
b) systolický tlak v pásmu 20 – 50 mm Hg méně či více hodnot před výkonem	1	4 Rychlá reakce na hlasité oslovení či poklep na kořen nosu
c) systolický tlak v pásmu 50 mm Hg méně či více hodnot před výkonem	0	5 Zpomalená reakce na hlasité oslovení nebo poklep na kořen nosu
4. Vědomí		
a) plně při vědomí	2	
b) probuditelný oslovením	1	
c) nereaguje	0	6 Pacient nereaguje
5. Saturace krve		
a) schopen udržovat SpO ₂ více než 92 % při dýchání vzduchu	2	
b) k udržení SpO ₂ na d 90 % vyžaduje podávání O ₂	1	
c) SpO ₂ méně než 90 % i přes podávání O ₂	0	
<p>Výsledná hodnota skóre se vypočítá jako součet příslušných bodů u všech pěti posuzovaných parametrů, přičemž propuštění sledovaných pacientů do domácího ošetřování či na standardní lůžkové oddělení je možné, je-li skóre 9 a vyšší.</p>		

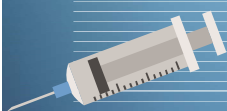
*NLPZ zaškrtně příslušné bodové hodnocení MAS vždy před propuštěním pacienta do domácího ošetřování či z dospívacího pokoje/jednotky na standardní lůžkové oddělení.





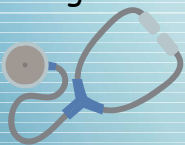
Příprava na vyšetření

Týden před vyšetřením vyřad'te potraviny obsahující nestravitelné zbytky a zrna (celozrnné pečivo, potraviny obsahující mák, ovoce a zeleninu obsahující slupky a semínka). Dále je důležité týden až deset dní před vyšetřením vysadit léky obsahující železo, léky na ředění krve, protiprůjmové léky a léky zpomalující vyprazdňování, pokud lékař nerozhodne jinak. Pokud trpíte diabetem mellitem (cukrovkou), hemofilií nebo jinou nemocí, na kterou užíváte pravidelně léky porad'te se se svým lékařem o speciálních pokynech před vyšetřením. Aby bylo vyšetření úspěšné, musí být střevo úplně prázdné, a proto je důležité řídit se pokyny příbalového letáku projímavého roztoku, který Vám byl předepsán nebo pokyny lékaře či všeobecné sestry.



Den před vyšetřením je doporučena pouze lehké stravitelná snídaně, ne mléčné výrobky a pít již jen čiré tekutiny. K obědu jako poslední jídlo čistý vývar z masa či zeleniny. Poslední tekutiny tři hodiny před vyšetřením.

V den vyšetření se dostavte na endoskopické pracoviště v domluvený čas s Vaším doprovodem a přineste s sebou seznam všech léčiv, které užíváte a informujte všeobecnou sestru o současných nemocech, operacích a alergiích.

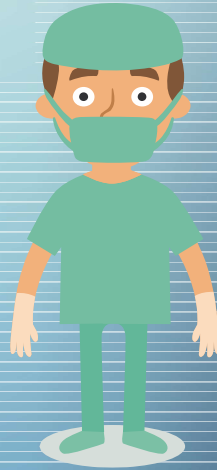


Všeobecná sestra se pomocí dotazů ujistí o Vaší správné přípravě na vyšetření a podá Vám informovaný souhlas s výkonem a s analgosedací, která se podává k tlumení bolesti a vědomí při vyšetření. Kdykoliv se neváhejte zeptat na cokoli. Znovu Vás i Váš doprovod informuje a zeptá se na možné nejasnosti, Vaši dodržovanou přípravu a o režimu po výkonu.



Průběh vyšetření

Před vyšetřením Vám bude změřen krevní tlak, pulz a saturace. Převléknete se buď do předem zakoupených „kološortek“ nebo si svléknete spodní část oblečení i spodní prádlo a sestra Vám poskytne podložku na zakrytí. Můžete mít na sobě také dlouhé triko k zakrytí intimních partií. Pokud máte umělý chrup, musí být před vyšetřením vyndán. Po zavedení permanentního žilního katétru Vám bude podána analgosedace. Po celou dobu vyšetření Vám budou monitorovány životní funkce. Lékař zasune kolonoskop a během vyšetření vpravuje pro lepší přehlednost střeva určité množství vzduchu, vody nebo oxidu uhličitého. Hodnotí stav střeva a může odebírat vzorky tkáně, snášet polypy (slizniční výrůstky), provádět terapeutické výkony jako dilataci (rozšíření) střeva, ošetření krvácení a zavádět stenty.



Možná rizika a komplikace výkonu

Nejčastěji po výkonu pacienti uvádějí nepříjemné pocity v oblasti břicha způsobené zaváděním přístroje, vzduchu, vody a oxidu uhličitého. Vzácně se objevuje krvácení, perforace (proděravění) střeva, alergická reakce na podanou analgosedaci a zhoršená funkce krevního a dechového systému.

Režim pacienta po výkonu v analgosedaci

Po výkonu budete sledován/a na dospávacím pokoji do prokázání plného návratu vědomí a psychomotorických funkcí. Po prokázání viz výše Vám lékař předá zprávu o výkonu a informuje Vás o průběhu kolonoskopie. Propuštění do domácího prostředí je možné pouze v doprovodu poučené a odpovědné osoby. 24 hodin po výkonu: zákaz řízení motorových vozidel, obsluhovat stroje, požívat alkohol, pracovat ve výškách a činit závažná rozhodnutí. Dále nesmíte být prvních 24 hodin sám bez dohledu poučené osoby a měl byste mít při sobě telefon s kontaktem, kam můžete zavolat při komplikacích. Po výkonu dodržte klidový režim, jezte a pijte střídavě s postupným zatěžováním trávicího traktu.

