

**Univerzita Karlova v Praze**

**1. lékařská fakulta**

Studijní program: Ošetrovatelství

Studijní obor: Ošetrovatelství

ID studijního oboru: 5341R003

**Petra Absolonová**

**Příprava pacienta před gastrokopií**

Patient preparation for Gastroscopy

Bakalářská závěrečná práce

Vedoucí závěrečné práce : PhDr. Alena Mellanová, CSc.

Brno, 12. 03 2009

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedené informační zdroje.

-----

Brno, 12. března 2009

### ***Poděkování***

Děkuji paní PhDr. Aleně Mellanové, CSc. za odborné vedení, poskytování cenných rad a pomoc při zpracování teoretické a praktické části.

Poděkování patří za trpělivost při zpracování bakalářské práce mé rodině a všem respondentům, kteří vyplnili dotazník

## OBSAH

ÚVOD .....	5
1. HISTORIE ENDOSKOPIE .....	7
Endoskopie v Čechách (Československu).....	8
2. SESTRA SPECIALISTKA PRO ENDOSKOPII .....	10
3. GASTROSKOPIE JAKO JEDNA Z VYŠETŘOVACÍCH METOD V ENDOSKOPII ...	12
Průběh gastrokopického vyšetření .....	13
3.1 Příprava endoskopického příslušenství .....	13
3.2 Příprava nemocného před výkonem .....	14
3.3 Zavedení přístroje .....	15
3.4 Asistence při výkonu .....	16
3.5 Péče o nemocného po výkonu .....	16
4. NEJČASTĚJI UŽÍVANÁ FARMAKA PŘI ENDOSKOPII .....	17
4.1. Benzodiazepiny .....	17
4.2. Lokální anestetika .....	20
4.3. Buscopan .....	20
5. PSYCHOLOGICKÝ PŘÍSTUP K PACIENTOVI .....	22
Vztah lékař - pacient .....	22
6. EMPIRICKÁ ČÁST PRÁCE .....	24
Toc1940507096.1. Cíle práce a hypotézy.....	24
6.2. Metodika šetření a organizace šetření.....	25
6.3. Výsledky průzkumu a jejich analýza .....	26
7. DISKUSE .....	45
8. NÁVRH NA ŘEŠENÍ ZJIŠTĚNÝCH NEDOSTATKŮ .....	47
ZÁVĚR .....	48
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....	50
PŘÍLOHY .....	51

## ÚVOD

Téma své bakalářské práce jsem zvolila s ohledem na svoji pětiletou zkušenost z endoskopického pracoviště. Endoskopická vyšetření, navíc často v jedné době neoddělitelně spojená s menšími nebo většími terapeutickými zákroky, tvoří poměrně specifickou skupinu diagnosticko-terapeutických metod, jež jsou v podstatě vždy provázeny negativními vjemy pro ty, kteří je podstupují. Standardně se nevyužívá celkové anestezie a zážitek z endoskopického sálu proto zpravidla v negativním slova smyslu zdaleka předčí dojmy ze sálu operačního. Vyšetření navíc trvá běžně několik desítek minut a nezdá se, že jeho doba přiblížit i hodině.

Tolerance pacienta je tedy samozřejmě nezbytná pro zdárný průběh a výsledek vyšetření a i nejlepší endoskopický lékař nezmůže nic tam, kde není pacient schopen spolupráce.

Jak již bylo řečeno výše, pacient v tomto případě není jen tělem na vyšetřovacím stole, které je ozařováno neviditelnými a bezbolestnými rentgenovými paprsky, ultrazvukovými vlnami a podobně, případně objektem, celkovou anestézií zbaveným všech smyslů. Tady se citelně zasahuje do tělesné integrity, a proto je nanejvýš žádoucí zařídit vše tak, abychom vytvořili pacientovi co nejvhodnější podmínky k tomu, aby i on mohl svou měrou podpořit dosažení kýženého výsledku.

Také, pomineme-li výše uvedený pragmatický pohled a chceme-li postupovat v souladu s moderními lidskými principy, nesmíme zapomínat na fakt, že naším cílem by neměl být jen zdravý, ale také všestranně spokojený pacient. Nepříjemné by nemělo být to, co nevyhnutelně nutně (a ze samé podstaty věci) nepříjemným být nemusí.

Předmětem mého zájmu je osobní prožívání endoskopického vyšetření pacientem a také to, zda může sestra nebo lékař svým psychologicky vhodně voleným přístupem kladně přispět k toleranci tohoto poměrně zatěžujícího vyšetření.

Teoretická část práce stručně mapuje vývoj endoskopie jako vyšetřovací metody a blíže pojednává o gastrokopii, jejíž průběh je předmětem zájmu této bakalářské práce. Dále obsahuje charakteristiku a popis povinností endoskopické sestry, věnuje se správnému psychologickému přístupu k pacientům a problematice a úskalím vztahu mezi lékařem a pacientem.

Praktická část práce operuje s výsledky mého průzkumu, založeného na dotazníku, vyplněného vyšetřovanými pacienty a je zaměřena na tyto cíle:

- Zjistit, zda farmakologická premedikace kladně přispívá k dobré toleranci gastrokopického vyšetření pacientem.
- Zhodnotit vliv přístupu zdravotníků k pacientovi na průběh gastrokopického vyšetření.
- Zjistit míru informovanosti o vyšetření a vliv informovanosti na průběh vyšetření.

Následují diskuze nad výsledky, závěr a přílohy

# 1. HISTORIE ENDOSKOPIE

Mnoho medicínských oborů dosáhlo v druhé polovině 20.století významného rozvoje. V řadě případů se tak stalo díky novým přístupům v terapii, ale hlavně díky novým technickým možnostem.<sup>1</sup> K diagnostice přispívali endoskopisté, i když jejich rigidní přístroje byly z našeho pohledu příliš nedokonalé. V roce 1901 G.Kelling demonstroval svůj první „coelioskop“, přístroj pro vyšetřování dutiny břišní, který byl později přejmenován na laparoskop. V době kolem přelomu století byly užívány tři základní typy gastroскопů a ezofagoskopů:

1. Rovné tubusy bez čoček.
2. „Flexibilní“ endoskopy.
3. Rigidní rovné tubusy s optickým systémem.

V té době se endoskopie rozvíjela zejména v Německu a centrem se stal Mnichov. Zde Rudolf Schindler (1888-1968) provedl stovky gastroscopií a snažil se rozlišit různé typy gastritid. V roce 1923 vydal „Lehrbuch und Atlas der Gastroscopie“ s kreslenými ilustracemi, protože ještě nebyla k dispozici kvalitní intragastrická fotografie. Schindler se spojil s výrobcem nástrojů Georgem Wolfem z Berlína a zkonstruovali optický gastroскоп soustavou padesáti čoček, který měl ohebnou distální část. V roce 1932 představili semiflexibilní gastroскоп Wolfův-Schindlerův. Tento přístroj kraloval na poli endoskopie čtvrt století.

Určitou mezihrou byl japonský poválečný vynález miniaturní kamery-gastrokamery (Tatsuno Uji ve spolupráci s techniky firmy Olympus Optical Company). Nevýhodná byla nepřítomnost viditelného obrazu při fotografování. Bylo provedeno 32 expozic na 5mm film. Gastrokamera byla rozšířena především v Japonsku, kde bylo v roce 1966 v činnosti 10 000 přístrojů, kterými bylo vyšetřeno ročně půl milionu osob. Gastrokamera nebyla mimo mateřskou zemi rozšířena. V Praze s ní pracoval Václav Jirásek na 1.interní klinice.

Moderní věk endoskopie se datuje od šesté dekády minulého století a éra fibroskopie začala v roce 1954 v Ann Arbor v Michiganu, když Basil Hirschowitz (1925) přečetl lednové číslo časopisu Nature, kde byly dva články o skleněných vláknech. V jednom z nich Harold Hopkins a Narinder Kapany popisovali přenos obrazu skleněnými koherentními vlákny z trávicího traktu pacienta k oku vyšetřujícího. Výsledkem práce skupiny, kterou Basil

---

<sup>1</sup> DÍTĚ, P. a kol. *Základy digestivní endoskopie*, Brno: Masarykova univerzita, 2000

Hirschowitz sestavil z Lawrence Curtisse, Willburga Petersa a Marvina Pollarda byl přístroj, jehož pořizovací cena byla 250 amerických dolarů. Bylo použito 200 000 skleněných vláken v délce 1m. V polovině února 1957 byl hotov prototyp přístroje přizpůsobeného pro gastrokopii. Hirschowitz demonstroval nový gastrokop, který nazval fibroskop („fiberscope“), na setkání American Gastroscopie Society 16.5.1957 v Colorado Springs.

V dalších letech došlo k americko–japonské spolupráci a byla zlepšena šíře obrazu, jeho jasnost, ovládání distálního konce a byl vytvořen bioptický kanál. Později byla prodloužena pracovní délka až na 110 cm a přístroj mohl být používán jako ezofago-gastro-duodenoskop (Olympus model GIF). Do praxe byl uveden v roce 1970. Mobilita konce se zlepšovala, později měl přístroj ovládání na čtyři strany a ohyb konce k 180 stupňům.<sup>2</sup>

## **Endoskopie v Čechách (Československu)**

O počátcích historie endoskopie v Čechách existují jen kusé zmínky. Zřejmě prvním Čechem, který byl uváděn jako endoskopista, byl pražský rodák Jan Nepomuk Čermák (Johann Nepomuk Czermak, 1828-1873). Působil v Praze, Krakově, Pešti, Jeně a Lipsku. V roce 1858 sestavil první laryngoskop.

Pravděpodobně prvními endoskopisty v oblasti trávicího traktu na našem území byli pražští Němci. Prvním byl zřejmě Th. Frankl na II.interní klinice pražské německé univerzity. Endoskopoval pacienty již před I. světovou válkou, v roce 1913. Když však (dle svých slov) „viděl neefektivnost své námahy“, od endoskopování upustil.

Druhým byl L. Doschl, který gastrokopoval po skončení I. světové války Sussmannovým přístrojem. V roce 1922 navštívil v Mnichově Schindlera, za svého pobytu zde zažil perforaci jícnu, a to ho od gastrokopie odradilo. Třetím byl docent Paul Mahler z II. interní kliniky prof. Nonnebrucha, který se učil v roce 1929 gastrokopovat u Kurta Gutzeita ve Vratislavi. V roce 1930 publikoval práci, ve které píše o 108 provedených gastrokopiích.

Ověřené zprávy o endoskopování trávicího traktu u nás se týkají brněnského chirurga Jaroslava Bakeše (1871-1930), který ve dvacátých letech minulého století vynalezl „peroperační choledochopapiloskop“, který vyráběla podle jeho návrhu vídeňská firma J. Liter.

---

<sup>2</sup> LUKÁŠ, K. a kol. *Gastroenterologie a hepatologie*, Praha: Grada, 2005



Na I. interní klinice Lékařské fakulty v Praze vznikla první česká endoskopická škola. Zde po roce 1931 spolu s Jiřím Scheinerem (1893-1960) endoskopoval Stanislav Mitáček (1902- 1982) a v roce 1932 přišel na Scheinerovo oddělení Karel Herfort (1906-1999).

První veřejné sdělení o vlastních zkušenostech s gastroskopiemi proběhlo na Spolku lékařů v Bratislavě v roce 1933. Zde referovali Herfort a Scheiner z I. interní kliniky v Praze a Rudolf Halmoš z interní kliniky profesora Miloše Netouška z Bratislavy. Scheiner a Herfort jsou rovněž autory prvních českých gastroskopických publikací z roku 1934. V roce 1937 vyšla Scheinerova monografie „Gastritis“. V této době považovali gastroscopisté za hlavní dva problémy gastritidu a časnou diagnostiku karcinomu žaludku.

Po vypuknutí druhé světové války převzal na II. interní klinice Lékařské fakulty v Praze péči o trávící choroby Zdeněk Mařatka. Inventář gastroenterologické skupiny se skládal z kovového rektoskopu a semiflexibilního Wolfova-Schindlerova gastroskopu.

V Brně byl významným endoskopistou Stanislav Kuthan. Během druhé světové války a téměř dvě desetiletí po ní nedocházelo (celosvětově) k významnějšímu technickému rozvoji endoskopie. Vyšetření byla prováděna rigidními přístroji.

Od roku 1943 systematicky pracoval ve Všeobecné nemocnici v Praze semiflexibilním gastroskopem Josef Mašek, v roce 1951 vyšla Maškova „Gastroskopie“ a v roce 1954 Herfortova a Mařatkova „Rektoskopie“. O počátcích fibroendoskopie píše profesor Mařatka: „...Brzy po kongresu (Tokyo, 1966) jsem dostal od největší japonské firmy Olympus první gastrofibroskop a za čas od americké firmy ACME první koloskop. Tím začala u nás fibroskopická éra v gastroenterologii.“

Od sedmdesátých let, s rozvojem vláknové optiky a dostupností přístrojů, došlo k velkému rozvoji endoskopie. Pracoviště byla budována také na úrovni někdejších krajských i okresních nemocnic.<sup>3</sup>

---

<sup>3</sup> LUKÁŠ, K. a kol. *Gastroenterologie a hepatologie*, Praha: Grada, 2005

## **2. SESTRA SPECIALISTKA PRO ENDOSKOPII**

Endoskopie bez spolupráce sestry není možná. Významná role sestry vyplývá z jejich dvou hlavních úkolů, jimiž jsou péče o nemocného - před, při a po výkonu - a péče o přístroje. Mimo tyto hlavní úkoly má ještě celou řadu povinností a této práci by se měla věnovat na plný úvazek. Je sporné, zda pracoviště, které nezaměstná endoskopickou sestru na plnou pracovní dobu, je účelně využito. Pro všechny endoskopické výkony je dokonce optimální jsou-li sestry přítomny dvě. Nezbytné to však není. Dostatečný počet sester je důležitý a umožňuje tak vzájemnou zastupitelnost.

### **Charakteristika endoskopické sestry**

Endoskopie je velmi specializované odvětví medicíny, a proto by v tomto oboru měly pracovat sestry medicínsky zkušené. Jde o velmi úzkou spolupráci sestra-lékař, na našem pracovišti se jedná o určitou souhru, kdy mnohdy není potřeba slov - je to souznění, které vychází vstříc pacientům.

Nejde jen o běžnou diagnostiku, vyskytnou se i situace dramatické. Proto klidné, vyrovnané a rozvážené chování s uměním optimálně řešit náhlé situace, je zde na místě. Sestra je první, která se s pacientem setkává a na ní záleží, zda vhodným slovem a úsměvem dokáže rozptýlit obavy pacientů. Endoskopická sestra by tudíž měla mít vhodné osobnostní vlastnosti a základní psychoterapeutické vědomosti.

Častokrát jsem se setkala s pacienty, kteří byli plačtiví a tato nálada byla vyvolána např. rodinným problémem. Přineslo jim úlevu, že se mohli svěřit a vypovídat ze své bolesti. Mnohdy jim nejsme schopni poskytnout řešení, ale můžeme přinést úlevu důvěrou a pochopením, které nabídneme. Je velmi důležité si v dnes tak rozmanitém prostředí vyspělých možností uvědomovat potřebu lidského přístupu. A to za každé situace.

V péči sestry jsou i endoskopy. O jejich životnosti do značné míry rozhoduje i sestra, je nezbytná manuální zručnost, cit a určitý respekt. A při údržbě navíc důkladnost, pečlivost a zodpovědnost.

Endoskopie je činnost namáhavá. Při výkonech stojí vyšetřující a asistující sestra často mnoho hodin s možností minimálního pohybu. Je to výkon náročný, který může končit ortostatickým kolapsem. Při ERCP (endoskopická retrográdní cholangiopankreatikografie)

navíc sestra nosí po řadu hodin těžkou rentgenologickou zástěru, která nejen tíží, ale také omezuje perspiraci.<sup>4</sup>

### **Endoskopická sestra má tyto povinnosti :**

- Objednávání nemocných, jejich zařazení a organizace celého programu.
- Příprava přístrojů, celého instrumentária a endoskopické vyšetřovny.
- Příprava nemocných před výkonem.
- Informování pacientů.
- Asistence při endoskopických výkonech.
- Péče o nemocného při výkonu.
- Desinfekce přístrojů a instrumentária.
- Odesílání bioptického materiálu a zpráv.
- Vedení dokumentace.

Objednávání nemocných se ve většině případů děje telefonicky. V krátkém hovoru je třeba zjistit základní údaje o nemocném (jméno, věk, odkud přichází, telefonní číslo pro případnou další komunikaci), naléhavost indikace (krvácení, ikterus, podezření z malignity apod), základní zdravotní informace o nemocném (diabetik, pohyblivost, jiná závažná onemocnění). V programu je nutno pamatovat na malou rezervu pro neobjednané urgentní případy, které nelze odsunout na druhý den.

Pro akutní případy mimo běžnou pracovní dobu je zajišťována pohotovostní služba na telefonu. Organizace endoskopického dne vyžaduje míru organizačních schopností, medicínských zkušeností, rozhodnosti, taktu a diplomacie. Po příchodu pacienta jsou kontrolována provedení řádných vyšetření před výkonem a dodání potřebné dokumentace - včetně epikrízy (sono před ERCP, krevní skupina, protrombinový čas a APTT, připadá-li v úvahu polypektomie nebo papilotomie), řádná příprava před výkonem (pacient lačný, správné užití vyprázdňovacího roztoku před kolonoskopií), zajištěné lůžko u výkonů, které to vyžadují, doprovod nebo transport sanitou, atd...<sup>5</sup>

---

<sup>4</sup> DÍTĚ, P. a kol. *Základy digestivní endoskopie*, Brno: Masarykova univerzita, 2000

<sup>5</sup> DÍTĚ, P. a kol. *Základy digestivní endoskopie*, Brno: Masarykova univerzita, 2000

### 3. GASTROSKOPIE JAKO JEDNA Z VYŠETŘOVACÍCH METOD V ENDOSKOPII

Orální endoskopie se postupem doby stala základní vyšetřovací metodou jícnu, žaludku a duodena. Prakticky nahradila rtg vyšetření, dovoluje přímý a barevný pohled do nitra orální části trávicí trubice, je možné pozorovat i zcela povrchové změny.

Gastroskopie umožňuje celou řadu aktivit:

- Provádět cílenou biopsii kleštěmi nebo makrobiopsii polypektomickou kličkou, či stěrovou cytologii kartáčkem.
- Odstranění polypů polypektomickou kličkou, čímž je nemocný v řadě případů ušetřen chirurgické intervence.
- Stavět krvácení endoskopickou cestou (injekční technika, koagulace, klipy, laser).
- Extrahovat cizí tělesa.
- Stanovit přítomnost HCL chromodiagnostickou technikou.
- Stanovit přítomnost *Helicobacter pylori* ureázovou reakcí.
- Dilatovat stenózy.
- Zavádět endoprotézy při stenozyjících procesech v jícnu, pyloru.
- Provést endoskopickou gastrostomii.
- Palpací zavřenými bioptickými kleštěmi nebo kanylou lze zjišťovat rigiditu a elasticitu stěny.

#### **Indikace:**

Gastroskopické vyšetření je indikováno při jakékoliv symptomatologii, která vzbuzuje podezření na postižení orální části trávicí trubice. I negativní nález má svůj význam, dokládá nepřítomnost organického nálezu. Nejčastěji je tato metoda využita při epigastrických bolestech, krvácení (hematemeza, melena, anemizace) a při dyspeptické symptomatologii.

#### **Kontraindikace:**

- Zcela nespolupracující pacient.
- Perforace trávicí trubice či podezření na ni.
- Těžká dušnost kardiálního nebo plicního původu.
- Šok.
- Flegmonózní ezofagitida.

- Zenkerův divertikl.
- Rozsáhlé aneuryzma hrudní aorty.
- Akutní infarkt myokardu.
- Akutní tonzilitida.

Některé z těchto kontraindikací mohou být za určitých okolností relativní. Vždy záleží na individuálním posouzení konkrétní situace.<sup>6</sup>

## **Průběh gastroscopického vyšetření**

Sestra má za úkol komplexní péči o pacienta, ale i o přístrojovou techniku, která s endoskopií úzce souvisí. Přístroje musí být před každým výkonem vyzkoušeny. Dokonalá příprava je základním předpokladem klidného a úspěšného průběhu vyšetření.<sup>7</sup>

### **3.1 Příprava endoskopického příslušenství**

#### **Kontrola endoskopu**

Před každým vyšetřením připojíme endoskop na zdroj světla, na něj připojíme odsávačku, zasunout ventily voda/vzduch, odsávání, bioptický ventil, připravíme fotoaparát, kroužek do úst. Zkontrolujeme optiku přístroje, zda není zamlžená nebo se nenachází nečistota na distálním konci. Prohlédnout světlovody, zda je naplněná insuflační láhev, stříká-li voda z trysky, fouká-li dostatečně vzduch. A pokud ne, prověřit, nejedná-li se o ucpanou trysku. Dále je třeba kontrolovat těsnění na insuflační láhvi a gumičky na ventilu voda/vzduch. Také funkčnost a pohyblivost přístroje - a to nahoru, dolů, doleva, doprava, ověřujeme průchodnost bioptického kanálu a odsávací funkce. Neméně důležitá je funkčnost tlačítek (zmrazení obrazu, NBI).

#### **Kontrola odsávačky**

Celistvost odsávací hadice, průchodnost filtru, dostatečný podtlak.

---

<sup>6</sup> DÍTĚ, P. a kol. *Základy digestivní endoskopie*, Brno: Masarykova univerzita, 2000

<sup>7</sup> DÍTĚ, P. a kol. *Základy digestivní endoskopie*, Brno: Masarykova univerzita, 2000

### **Kontrola videoprocesoru**

Připojení, ovládací tlačítka, nastavení barev, shoda času a data, připojení klávesnice.

### **Kontrola monitoru**

Správné přepnutí vstupů, nastavení barev, stálost obrazu bez kmitání, blikání a skvrn.

### **Kontrola chirurgické jednotky**

Příslušné kabely bez vady, kontrola hodnot, funkčnost pedálu a instrumentária.

### **Kontrola instrumentária**

Otevírání a zavírání bioptických kleští, průchodnost injektoru, funkčnost extrakčních košíků, papilotomů, polypektomických kliček. Kontrolována jsou všechna instrumentária, zda nejsou deformována. Vždy je nutné vědět, kde se nachází další náhradní náležitosti, abychom se v případě potřeby nezdržovali jejich hledáním.<sup>8</sup>

## **3.2 Příprava nemocného před výkonem**

Gastroskopie není metoda, která by svoji přípravou příliš zatěžovala pacienta. Není to vyšetření bolestivé, ale je nepříjemné a zasahuje do intimity pacienta. Přípravu pacienta bych rozdělila na přípravu psychickou a tělesnou, je přitom samozřejmé, že se tyto liší na jednotlivých pracovištích. Zaměřím se na přípravu pacienta, která probíhá na naší endoskopii.

### **Psychologická příprava:**

Pacienti, kteří k nám přicházejí, mají obavy z toho, jak bude vyšetření probíhat a obávají se výsledku vyšetření. Je velmi důležitý přístup zdravotnického personálu, zvláště sestry, která má na pacienta obvykle více času než lékař. Její přínos spočívá v obecně lidské rovině, ale i v poskytnutí informací a vysvětlení podstaty vyšetření a postupů v léčbě.

Sestra se podílí na spoluvytváření atmosféry před, v průběhu a po vyšetření, čímž může kladně ovlivnit prožitky pacienta. Je důležité vlídné zacházení s pacientem, respektování jeho individuality, vysvětlit smysl, podstatu, průběh vyšetření a podepsat dokument, nazvaný „informovaný souhlas pacienta“. Ten obsahuje otázky, týkající se pacientova předchorobí, chronické medikace, alergie a krvácivých stavů. Informace je nutné

---

<sup>8</sup> DÍTĚ, P. a kol. *Základy digestivní endoskopie*, Brno: Masarykova univerzita, 2000

poskytnout formou ústní i písemnou. Mnohdy jsou pacienti rozrušeni, a tak nejsou úplně schopni vnímat podstatu vysvětlení a písemná podoba může poskytnout informace zpětně, či je připomenout.

### **Tělesná příprava:**

Pacient se vysvlékne od pasu nahoru, případně vyjme zubní protézu. Je posazen na vyšetřovací lehátko a je mu opět krátce vysvětlen průběh vyšetření. Je otázan, zda všemu porozuměl a zda se chce ještě na něco sám zeptat. Pokud pacient není alergický a chce využít možnost znecitlivění hltanu aplikujeme Xylocain (10 % lidocainový sprej).

Pacient je uložen na levý bok a po předchozí domluvě - těsně před výkonem – je možno využít farmakologické sedace. U nás používáme midazolam (Dormicum) v dávce 2-5mg (0,035 mg/kg) i.v.

### **3.3 Zavedení přístroje**

Využíváme dvou metod zavedení přístroje:

#### **Metoda první:**

Do úst je vložen ochranný kroužek, který je nutné pomoci pacientovi po celou dobu přidržovat. Sestra přitom dbá na mírně předkloněnou hlavu směrem k hrudníku.

Kroužkem se přístroj zavádí po jazyku do hltanu, přičemž pacient je vyzván k vydatnému polknutí, a nebo je přiveden k tzv. „navalení“, aby došlo k povolení svěrače a přístroj mohl volně proniknout do jícnu.

#### **Metoda druhá:**

Místo ochranného kroužku vloží vyšetřující pacientovi do úst svůj II. a III. prst. Jedním prstem stlačuje kořen jazyka, druhým prstem diriguje přístroj, aby byl v ose a pomáhá ho zasunout za kořen jazyka. Opět aktivním polknutím přístroj postoupí do jícnu. Po zavedení přístroje do jícnu se instaluje mezi zuby ochranný kroužek.

Tento způsob zavádění byl nezbytný při práci se semiflexibilním gastroskopem Wolfovým-Schindlerovým. Při této technice zavádění riskuje vyšetřující reflektorické kousnutí do vlastních prstů.

Pokud má pacient bouřlivou peristaltiku, která znemožňuje přehlednost při vyšetření, zvláště při krvácivých stavech horního GITu, je možné aplikovat Buscopan v dávce 20-40 mg i.v. v průběhu výkonu.

### **3.4 Asistence při výkonu**

Sestra je přítomna v průběhu celého vyšetření. Odbíhání od nemocného je pouze výjimečné a to např. z důvodu podání potřebného instrumentária. Po celou dobu výkonu sleduje stav pacienta (pocení, bledost, cyanóza, pohyby těla), ale i požadavky a příkazy lékaře. Dbá, aby vyšetřovaný po celou dobu měl mezi zuby ochranný kroužek. Při neklidu vlídným slovem zklidňuje nemocného a pomáhá ho verbálně provést vyšetřením, například tak, že upozorňuje na optimální dýchání, které pomáhá zlepšit toleranci výkonu, a tak umožní vyšetřujícímu snadnější přehlednost a rychlejší zásah. V průběhu výkonu aplikuje potřebná farmaka. Během výkonu vede sestra s další sestrou či vyšetřujícím hovor. Dále dbá na to, zda pacient není vystrašený a nemá obavy z nálezu, je důležitá volba slov a vhodnost jejich použití. Poučuje pacienta, aby sliny a žaludeční sekret, který se během vyšetření hromadí v ústech nechal vytékat levým koutkem z dutiny ústní. Spolupracuje s lékařem a naslouchá jeho pokynům.

### **3.5 Péče o nemocného po výkonu**

Je především záležitostí sestry. Pacientovi poskytnete dostatek buničiny na utření a dle stavu nemocného mu pomůže posadit se a doprovodí ho k umyvadlu, nesmí zapomenout vrátit mu zubní protézu a brýle. Lékař pacienta informuje o výsledku vyšetření, a to v takovém rozsahu, který je pro pacienta srozumitelný.

Důležité v další péči je, zda pacient byl premedikovaný (benzodiazepiny) či nikoliv. Ti, pacienti, kteří nedostali intravenózně injekci jsou schopni ihned opustit vyšetřovnu i sami odjet motorovým vozidlem. Premedikovaní pacienti by měli minimálně tři hodiny zůstat pod dohledem nejlépe v dospávací místnosti nebo čekárně. Pokud je to možné, je pro pacienta vhodný doprovod.

Po lokální anestezii hltanu není vhodné, aby pacient ihned po skončení výkonu přijímal tekutiny a potravu z důvodu hrozící aspirace. Po adekvátním zajištění a poučení pacienta mu předáme zprávu a pacient může vyšetřovnu opustit.



## 4. NEJČASTĚJI UŽÍVANÁ FARMAKA PŘI ENDOSKOPII

### 4.1 Benzodiazepiny

Benzodiazepiny byly syntetizovány Sternbachem začátkem padesátých let. Při farmakologických testech provedených Randallem se ukázalo, že mají výrazné sedativně hypnotické účinky a velkou terapeutickou šíří. Prvním benzodiazepinem, používaným v klinice, byl chlórdiazepoxid (Librum-Roche), uvedený na trh v roce 1960. Sloužil pouze k perorální aplikaci. Při hledání nových derivátů benzodiazepinů syntetizoval Strenbach v roce 1959 diazepam (Valium-Roche), který byl v roce 1963 použit k indukci anestezie.

V roce 1973 pak byl syntetizován flunitrazepam (Rohypnol-Roche), který má desetkrát vyšší hypnotickou aktivitu než diazepam. Diazepam i flunitrazepam jsou však ve vodě nerozpustné a mají dlouhý biologický poločas. Jejich účinek není proto dobře říditelný. Z těchto důvodů pokračovalo intenzivní hledání nového derivátu benzodiazepinů, který by měl lepší farmakokinetické parametry. V roce 1976 syntetizovali Fryer a Walser midazolam (Dormicum Roche), první ve vodě rozpustný benzodiazepin s krátkým biologickým poločasem.

Jakmile byly objeveny benzodiazepinové receptory, naskytla se otázka, jakou roli hrají v organismu za fyziologických podmínek. Nabízela se analogie s opiátovými receptory, které byly objeveny v roce 1973 a v roce 1975 pak následoval objev jejich endogenních ligand-endorfinů. V případě endogenních ligand pro benzodiazepinové receptory není problém dosud uspokojivě vyřešen. De Blase a Wildman v roce 1983 zjistili, že v lidském organismu se nacházejí stopová množství benzodiazepinů stejné chemické struktury, jako vyrábí již desetiletí firma La Roche. Imunoreaktivními testy byly objeveny benzodiazepiny i v různých živočišných tkáních a dokonce v rostlinách – pšenici, bramborách nebo rýži.

Naskýtala se proto otázka, zda tato stopová množství nepocházejí ze znečištění z okolního prostředí. Vyšetřením mozku lidí, zemřelých před syntézou benzodiazepinů, se však ukázalo, že stopová množství benzodiazepinů se nacházelo i zde.

### Farmakologické účinky

Benzodiazepiny mají v závislosti na velikosti dávky anxiolytické, antiagresivní, amnestické, antikonvulzivní, centrálně svalově relaxační a hypnotické účinky.

Se stoupající dávkou způsobují benzodiazepiny nejprve sedaci, pak spánek, po intravenózním podání také anestezii. V nízkých dávkách ovlivňují především limbický systém, při vyšším dávkování mají také vliv na ascendentní retikulární systém, který se hlavní měrou podílí na udržování vigility.

Na anxiolytickém účinku benzodiazepinů se podílí ovlivnění několika neurotransmitterových systémů, snižují hladinu noradrenalinu v CNS, hlavně v locus coeruleus a tím dochází k anxiolýze. Na anxiolytickém účinku se však také podílí interakce s glycinovými receptory v mozkovém kmeni.

V závislosti na dávce a způsobu podání způsobují anterográdní amnézii, ovlivňují konsolidaci paměťových stop, tj. přechod informace z krátkodobé do dlouhodobé paměti.

Antikonvulzivní účinek benzodiazepinů je dán zvýšením inhibice GABAergních synapsí. Antagonisté GABA, např. bicuculin, jsou konvulziva. Na míšní úrovni hraje hlavní úlohu glycinový receptor, na který se benzodiazepiny váží. Strychnin, známý křečový jed, se váže přímo na glycinové receptory míchy a zabraňuje tak normální inhibiční funkci glycinu. Výsledkem je pak motorická křečová aktivita.

Klinické zkušenosti ukazují, že benzodiazepiny nemají analgetický účinek. Mění však emoční reakci na bolest. Při intratekální aplikaci působí výrazně analgeticky a lze je použít k tlumení pooperační bolesti.

## **Midazolam**

K nejčastěji používaným benzodiazepinům patří v současné době midazolam (Dormicum Roche). Metabolismus midazolamu probíhá v játrech. Zde je midazolam oxidován na hlavní metabolit 4-hydroxymidazolam a alfa, 4-dihydroxymidazolam. Všechny metabolity jsou následně konjugovány s kyselinou glukuronovou a 80% je vyloučeno močí během 24 hodin. Po jednorázovém podání midazolamu v dávce  $0,15 \text{ mg}\cdot\text{kg}^{-1}$  i.v. není již po 5-6 hodinách od aplikace nalezena v plazmě měřitelná koncentrace.

Metabolity midazolamu jsou farmakologicky aktivní, ale jejich biologický poločas je velmi krátký, méně než jednu hodinu, proto nezasahují do délky účinku midazolamu. Větší roli snad hrají při jeho perorální aplikaci.

## **Výhody midazolamu oproti ostatním benzodiazepinům**

- Midazolam je ve vodě rozpustný. Jeho aplikace je nebolestivá a při intravenózním podání nedochází k tromboflebitidám.
- Krátký biologický poločas zaručuje dobrou říditelnost účinku. Nedochází ke kumulaci jako u benzodiazepinů s dlouhým biologickým poločasem.
- Midazolam neobsahuje propylenglykol ani jiné stabilizátory. Proto může být použit bez obav i u novorozenců a malých dětí.
- Midazolam může být smíchán s ostatními ve vodě rozpustnými farmaky, např. ketaminem.
- Midazolam se rychle vstřebává i při intramuskulární aplikaci. Jeho biologická dostupnost činí přitom 90 %.
- Rozpustnost ve vodě umožňuje, že midazolam může být podán i netradičními způsoby aplikace, např. intranazální nebo transbukální cestou.
- Vzhledem ke krátkému biologickému poločasu nedochází po antagonizaci flumazenilem k zpětnému výskytu.

## **Klinické užití benzodiazepinů**

Benzodiazepiny jsou v perorální formě často používány jako hypnotikum na noc před chirurgickým výkonem. Jsou také součástí ranní premedikace. Výhodou je zde především jejich výborný anxiolytický a amnestický účinek. Vzhledem k rozpustnosti ve vodě a krátkému biologickému poločasu, a tím i dobré říditelnosti účinku, je v této indikaci nejvhodnější midazolam (Dormicum Roche).

Velmi často jsou benzodiazepiny a zejména midazolam používány k sedaci při vědomí (Hess 1991). Je to anesteziologická technika, při které podáváme farmakon nebo kombinaci farmak za účelem takového ovlivnění vědomí pacienta, kdy je s ním ještě zachován slovní kontakt. Základní životní funkce jsou při tom ovlivněny minimálně, reflexy horních dýchacích cest jsou zachovány. Sedaci při vědomí používáme zejména při chirurgických výkonech v lokální anestezii. Dále slouží při nepříjemných diagnostických nebo terapeutických výkonech, především při endoskopických vyšetřeních. Své místo si našla ve stomatologii při mnohočetných extrakcích nebo odstraňování zubního kamene. Midazolam podáváme titračním způsobem, tj. po 2 mg i.v. až do nástupu žádoucího stupně sedace.

Ta je charakterizována ospalým výrazem obličeje, poklesem očních víček a dysartrií. Pacient je výrazně psychicky relaxován. Běžná klinická dávka midazolamu k sedaci při vědomí se pohybuje mezi 5-10 mg i.v. (Hess 1991). U starších lidí je nutné při vědomí dávku midazolamu k sedaci redukovat. Velkou výhodou při užití midazolamu k sedaci při vědomí je jeho výrazně anxiolytický a amnestický účinek.

## 4.2 Lokální anestetika

U řady pacientů zlepšuje toleranci gastrokopického vyšetření aplikace lokálního anestetika do dutiny ústní v podobě spreje. K tomuto účelu u nás používáme anestetika lidokainu.

Pod pojmem lokální anestezie rozumíme místně ohraničené reverzibilní vyřazení receptorů pro bolest, případně vyřazení příslušných aferentních nervových vláken.

Mechanismem účinku je blokáda natriových kanálů a tím inhibice vzniku a vedení akčních potenciálů. Chemicky je základem lokálních anestetik aromatické jádro a postranní řetězec s kvarternizovatelným (ionizovatelným) dusíkem. Neionizovaná forma je nutná k proniknutí do nitra neuritu, poté dochází k ionizaci molekuly anestetika a následně její ionizovaná forma blokuje natriové kanály. Rozeznáváme dvě hlavní skupiny lokálních anestetik:

Látky esterového typu (například prokain, tetrakain) a látky amidového typu, k nimž patří právě i lidokain.

Použití lidokainu ve spreji označujeme jako povrchovou lokální anestezii. Farmakum se nanese na povrch (zde sliznici dutiny ústní) a následně difunduje k senzitivním receptorům a k jemnému větvení senzitivních nervů, kde působí. Lidokain působí rychle a poměrně pomalu (na lokální anestetikum) se rozkládá. Nejčastěji používaný přípravek Xylocaine 10% spray, určený k aplikaci na sliznice, vyvolává účinnou povrchovou (topickou) anestézii, která trvá zhruba 10-15 minut.

## 4.3 Buscopan

Buscopan působí spasmolyticky na hladkou svalovinu gastrointestinálního, biliárního a urogenitálního ústrojí. Bromid butylskopolaminia patří mezi kvarterní amoniové deriváty a neproniká do CNS. Proto nedochází k výskytu nežádoucích anticholinergních účinků

na centrální nervový systém. Periferní anticholinergní účinek je výsledkem blokování ganglií viscerálních stěn a antimuskarinového působení. Buscopan se podává při spasmech v oblasti gastrointestinálního, biliárního a urogenitálního traktu, včetně dysmenorey, biliárních a renálních kolik, pro zklidnění peristaltiky a spasmů při diagnostických a terapeutických výkonech, u nichž může být provedení výkonu komplikováno spasmem, např. gastroduodenální endoskopie a radiologie. Přípravek je určen pro dospělé i děti. Nesmí ho užívat pacienti se známou přecitlivělostí na léčivou látku nebo některou z pomocných látek přípravku a nesmí být podáván v následujících případech:

- Neléčený glaukom s úzkým úhlem.
- Hypertrofie prostaty, doprovázená retencí moči.
- Mechanická stenóza trávicího traktu.
- Tachykardie.
- Megakolon.
- Myasthenia gravis.

Může dojít k výskytu anticholinergních nežádoucích účinků jako xerostomie, dyshidróza, poruchy akomodace, tachykardie a potenciálně retence moči. Tyto nežádoucí účinky jsou však obvykle mírné a po určité době zmizí bez léčení. Vzácně může dojít k závratím, poklesu krevního tlaku a k zrudnutí kůže. K reakcím z přecitlivělosti, včetně kožních reakcí, dušnosti, anafylaktoidních reakcí a anafylaktického šoku dochází jen velmi vzácně. Buscopan může zesílit anticholinergní účinek tricyklických antidepresiv, antihistaminik, chinidinu, amantadinu a disopyramidu.

Současné užívání s antagonisty dopaminu, jako např. metoklopramidu, může způsobit snížení účinku obou přípravků na trávicí ústrojí. Vzhledem k možné nesnášenlivosti se nesmí Buscopan (injekční roztok) mísit s žádným jiným roztokem určeným k injekčnímu, nebo infúznímu podávání. Jelikož Buscopan může vyvolávat poruchy vidění ovlivněním akomodačních schopností oka, neměli by pacienti po parenterálním podání vykonávat činnosti jako řízení motorových vozidel nebo obsluha strojů, a to až do obnovení normálního vidění.<sup>9</sup>

---

<sup>9</sup> dostupné na <http://www.farmaceutika.info/buscopan>

## 5. PSYCHOLOGICKÝ PŘÍSTUP K PACIENTOVI

Nemoc je obecně vzato negativní zkušeností, která s sebou nese omezení fyzické, psychické, sociální i finanční. Role pacienta často vede k negativnímu emočnímu prožívání, což bývá způsobeno onemocněním samotným, změnou sociálního postavení, nutností přijmout pomoc od druhých - bezmocností, či nerovnováhou ve vztahu ke zdravotníkům. Na endoskopické vyšetření přicházejí dva typy pacientů: hospitalizovaní a ambulantní.

Ambulantní pacienti často předem nebývají vybaveni dostatkem informací týkajících se vyšetření – nevědí, co přesně je čeká. Mohou mít obavy z dlouhého čekání, přístupu zdravotnického personálu, z průběhu a samozřejmě také z výsledku vyšetření.

Hospitalizace ve zdravotnickém zařízení s sebou přináší omezení soukromí, nutnost přizpůsobení se režimovým a časovým pravidlům, omezení vlastních aktivit a částečnou ztrátu kontroly nad událostmi, které se pacienta přímo dotýkají. Prostředí zdravotnického zařízení není tvořeno pouze prostředím fyzickým (stavebně – technickým, přístrojovým, světelným...), ale i (a to zejména) prostředím vztahovým, mezilidským.

Základním rysem kvalitní péče o pacienta je od samého přijetí do zdravotnického zařízení kromě vlastní zdravotnické péče nutnost poskytnutí dostatku informací, vstřícnost, pochopení, opravdový zájem o pacientovo prožívání.<sup>10</sup>

Mělo by být naším cílem, abychom vnímali pacienta celostně - v celé jeho biopsychosociální podstatě. A také aby se pod rouškou vědomostí, vyspělé techniky a dodržování všech platných norem – neztratila lidskost, pochopení a vlídnost.

### Vztah lékař - pacient

Vztah mezi lékařem a pacientem je do značné míry určován vzájemným očekáváním a tím, do jaké míry jsou tato očekávání naplňována oběma stranami. Pacient od lékaře očekává zvýšený zájem o svoji osobu a především, že mu bude rychle pomoheno tím, že lékař jeho onemocnění rychle diagnostikuje, symptomy zmírní a posléze odstraní. Dále očekává podporu ze strany lékaře, že ho bude o všem důležitém informovat a že se na lékaře může opravdu plně spolehnout. Avšak mnoho pacientů nevěří, že by je lékař informoval o velmi špatné prognóze a spíše očekávají nějaký druh „milosrdné lži“, což spolupráci vždy spíše

---

<sup>10</sup> BOUČEK, J. a kol. *Lékařská psychologie*, Olomouc: Univerzita Palackého, 2006

komplikuje. Naproti tomu lékař počítá s tím, že s ním nemocný plně spolupracuje, což bývá často velký omyl. Lékař má dále, kromě jiného, tendenci považovat za samozřejmost, že nemocný strpí narušování vlastní tělesné integrity, bolestivé i zraňující manipulace.<sup>11</sup>

Je třeba si uvědomit, lékař může vlivem svého jednání a komunikace způsobit psychické poškození pacienta. Ne vždy jsme schopni rozpoznat, jak nemocný prožívá svou nemoc a celkovou situaci, navíc některý lékař nemusí svým necitlivým jednáním brát subjektivitu nemocného vůbec nebo jen velmi málo v úvahu. Z psychického poškození se jedná zejména o vyvolání nepřiměřených obav, úzkosti a strachu, které mohou vést k panice, depresi, fobiím, či hypochondrickému syndromu. Obzvláště nebezpečné a nevhodné je jednání, kdy lékař pacienta dostatečně a srozumitelně neinformuje o jeho nemoci včetně prognózy, kdy lékař pacientovi vyčítá a klade na něj požadavky, jež nelze ze subjektivního pohledu splnit, pacientovi jsou sděleny informace, které vyvolají strach a obavy, ale nedostane se mu pomoci se s tímto vyrovnat. Velmi traumaticky působí všechny nepříjemné a bolestivé zákroky, na něž není předem upozorněn, o nichž není dostatečně dopředu informován. Značně negativně také působí pocit, že je pacient lékařem odbýván a zanedbáván. Takové výše uváděné psychické poškození nazýváme psychogenní iatropatogenií.<sup>12</sup>

---

<sup>11</sup> VYMĚTAL, J. *Lékařská psychologie*, Praha: Portál, 2003

<sup>12</sup> VYMĚTAL, J. *Lékařská psychologie*, Praha: Portál, 2003

## **6. EMPIRICKÁ ČÁST PRÁCE**

### **6.1 Cíle práce a hypotézy**

Při zpracovávání bakalářské práce byly stanoveny tři cíle a odpovídající pracovní hypotézy:

**CÍL 1. Zjistit, zda farmakologická premedikace kladně přispívá k dobré toleranci gastroscopického vyšetření pacientem.**

Hypotéza 1: Předpokládám, že pacienti premedikovaní midazolamem budou gastroscopii lépe snášet.

Hypotéza 2: Předpokládám, že pacienti, kteří využili možnosti znecitlivění dutiny ústní a nosohltanu lokálním anestetikem, budou gastroscopii lépe tolerovat.

**CÍL 2. Zhodnotit vliv přístupu zdravotníků k pacientovi na průběh gastroscopického vyšetření.**

Hypotéza 3: Předpokládám, že sestra může svou interakcí s pacientem během vyšetření přispět k lepší toleranci gastroscopie.

Hypotéza 4: Předpokládám, že lidský a citlivý přístup lékařů a sester budou pacienti považovat za velmi důležitý, až zásadní.

**CÍL 3. Zjistit míru informovanosti o vyšetření a vliv informovanosti na průběh vyšetření.**

Hypotéza č.5: Předpokládám, že míra obav pacientů z gastroscopie, by se měla po správně vedeném rozhovoru s lékařem a sestrou snížit.

Hypotéza č.6: Předpokládám, že informovanost o vyšetření budou pacienti považovat za velmi důležitou.



## 6.2 Metodika šetření a organizace šetření

Hlavním cílem bakalářské práce je zjištění vlivu premedikace při gastrokopickém vyšetření. K získání potřebných údajů jsem zvolila anonymní dotazník vlastní konstrukce (příloha č. 2).

Důvodem byla snadná zpracovatelnost dat od velkého počtu respondentů za krátký časový interval a velká přehlednost. Dotazník byl vypracován na základě stanovených cílů a hypotéz a obsahoval celkem 19 položek.

### Popis účelu jednotlivých částí dotazníku:

Úvod dotazníku se týkal věku, pohlaví, vzdělání respondentů a byla položena otázka, po kolikáté vyšetření absolvují.

Dále jsem zjišťovala, zda mají pacienti pocit, že byli před vyšetřením dostatečně informováni o tom, co je čeká, zda se jejich očekávání před vyšetřením shodovalo s následnou realitou, kým, jak a kde byl pacient o výkonu poučen a zda by chtěl více informací.

Další otázky se týkaly pacientových obav z vyšetření a zda měl rozhovor se zdravotnickými pracovníky případně vliv na zmenšení těchto obav.

Několik otázek se soustředilo na pacientovo vnímání samotného průběhu vyšetření. Zda využil farmakologické premedikace, zda vnímal bolest, či měl jiné nepříjemné pocity, a jak vnímal interakci se sestrou během vyšetření.

V neposlední řadě odpovídali pacienti na velmi důležitou otázku, zda by byli případně ochotni podstoupit gastrokopické vyšetření znovu.

Nakonec měl každý pacient možnost se volně vyjádřit, co bylo pro něj během vyšetření nejtěžší, co nejhůře snášel a co považuje ve vztahu ke gastrokopickému vyšetření za nejdůležitější (nabídnuto bylo několik položek k hodnocení a navíc měli pacienti možnost i zcela volného vyjádření).

Dotazníky jsem distribuovala ve Fakultní nemocnici Brno Bohunice na Interní hepatogastroenterologické klinice. Respondenti, kteří se účastnili dotazníku, byli gastrokopicky vyšetřeny pacienti na endoskopickém pracovišti této kliniky.

## 6.3 Výsledky průzkumu a jejich analýza

Z celkového počtu 70 rozdaných dotazníků byla návratnost 66, což je 95 %.

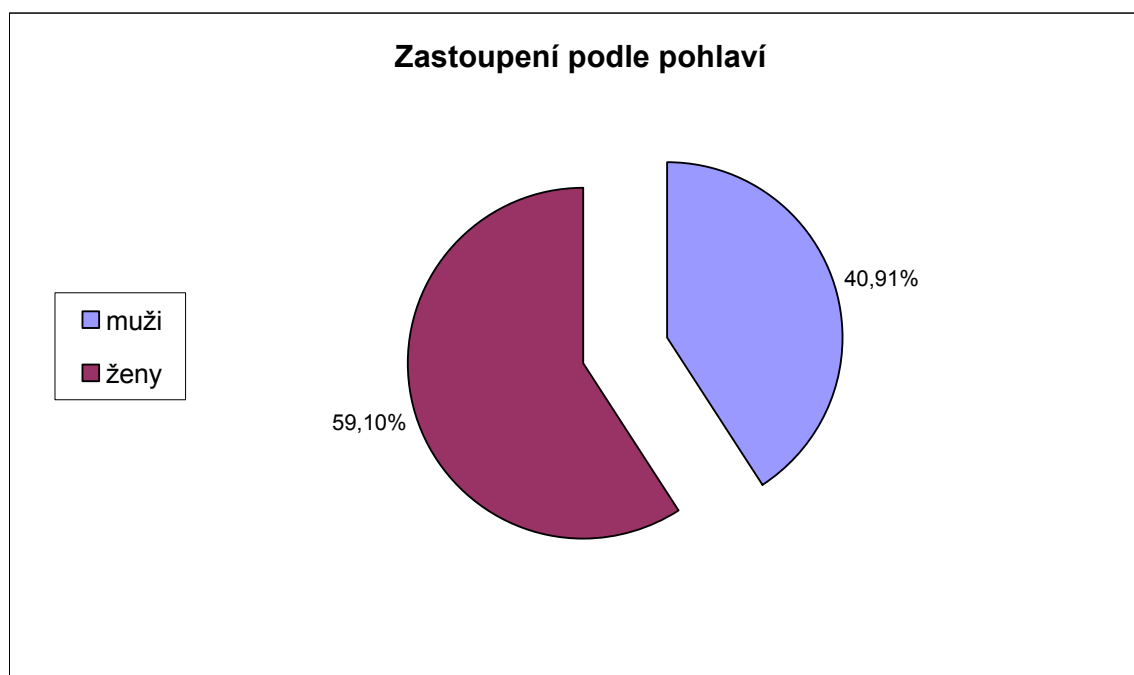
### Položka č. 1: Pohlaví

Tab. č.1: Zastoupení podle pohlaví

	absolutní četnost	relativní četnost v %
muži	27	40,9
ženy	39	59,1
celkem	66	100

Tabulka č.1 dokumentuje počet žen a mužů kteří, se zúčastnili dotazníku, celkem 39 (59,1 %) žen a 27 (40,9 %) mužů.

Graf č.1



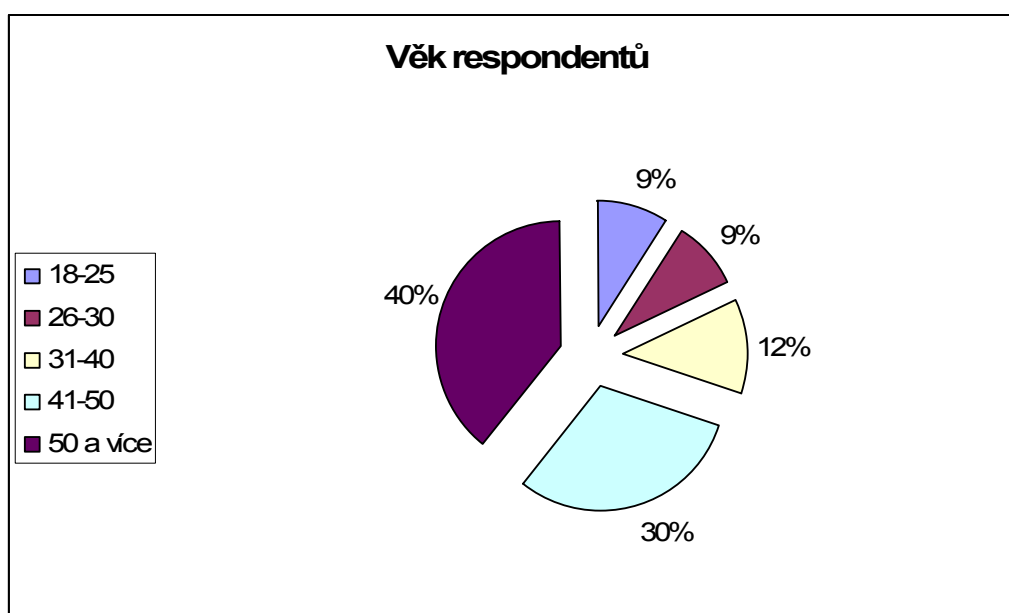
## Položka č. 2: Věk respondentů

Tab. č. 2: Věk respondentů

	absolutní četnost	relativní četnost v %
18-25	6	9
26-30	6	9
31-40	8	12
41-50	20	30
50 a více	26	39
celkem	66	100

Tabulka č.2 dokumentuje, že šetření se zúčastnilo celkem 66 respondentů. Nejvíce byla zastoupena věková kategorie osob 50 a více (39 %). Druhá nejpočetnější skupina byli respondenti ve věku od 41-50 let v počtu 20 (30 %), ve věku 31-40let v počtu 8 (12 %), ve věku 26-30 a 18-25 byl stejný počet 6 respondentů (9 %).

Graf č. 2



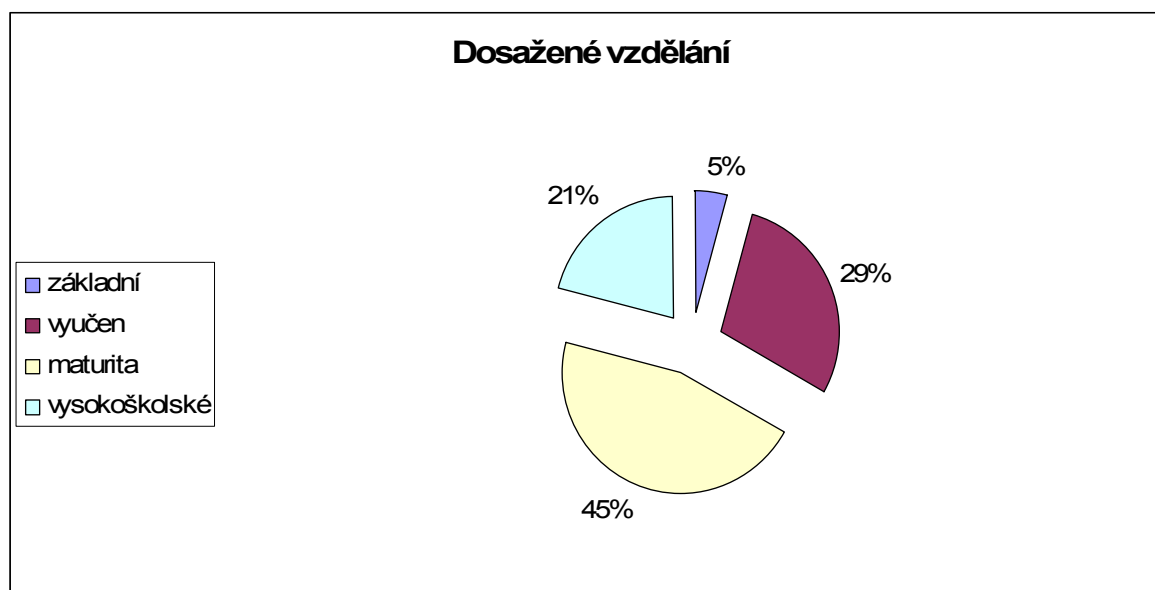
### Položka č. 3: Vzdělání respondentů

Tab. č. 3: Vzdělání respondentů

	absolutní četnost	relativní četnost v %
základní	3	4,5
vyučen	19	28,8
maturita	30	45,5
vysokoškolské	14	21,2
celkem	66	100

Tabulka č.3 ukazuje zastoupení vzdělání respondentů. Nejvíce bylo respondentů se středoškolským vzděláním v počtu 30 osob (45,5 %), dále osoby vyučené v počtu 19 osob (28,8 %), vysokoškolsky vzdělaných bylo 14 osob (21,2 %) a nejméně bylo osob se základním vzděláním (4,5 %).

Graf č. 3



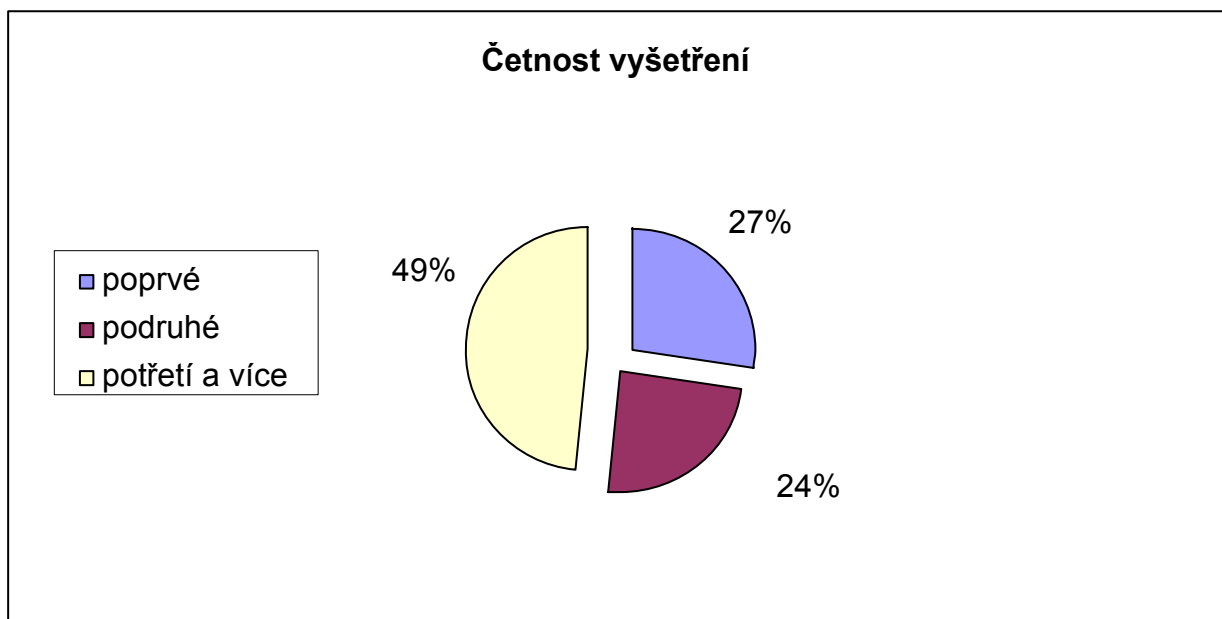
#### Položka č. 4: Po kolikáté jste dnes absolvoval(a) gastrokopické vyšetření

Tab. č. 4: Četnost vyšetření

	absolutní četnost	relativní četnost v %
poprvé	18	27,3
podruhé	16	24,2
potřetí a více	32	48,5
celkem	66	100

Tabulka č.4 znázorňuje, po kolikáté byl pacient gastrokopicky vyšetřen. Nejvíce bylo respondentů, kteří absolvovali vyšetření potřetí a více, celkem 32 (48,8 %). Dále ti, kteří byli vyšetřováni poprvé (27,3 %) a nejméně početná byla skupina pacientů vyšetřených podruhé, celkem 16 (24,2 %).

Graf č. 4



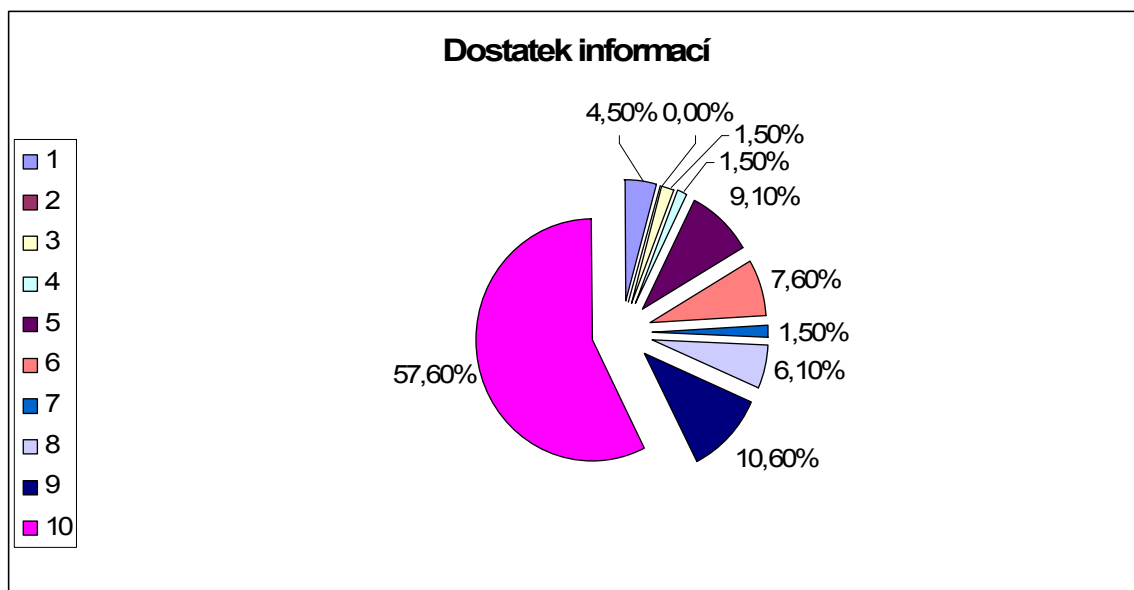
**Položka č. 5: Měl(a) jste před vyšetřením dostatek informací o tom, co Vás čeká**

Tab. č. 5: Dostatek informací

	absolutní četnost	relativní četnost v %
1-vůbec nic nevěděli	3	4,5
2	0	0,0
3	1	1,5
4	1	1,5
5	6	9,1
6	5	7,6
7	1	1,5
8	4	6,1
9	7	10,6
10-k dispozici byly veškeré informace	38	57,6
celkem	66	100

Tabulka č. 5 znázorňuje, zda pacienti, kteří podstoupili gastroscopické vyšetření měli dostatek informací. Odpovědi byly zaznamenány pomocí číselné škály od 1 do 10. Největší počet pacientů byl spokojen s dostatkem informací, celkem 38 (57,6 %), šest pacientů zvolilo z desetistupňové škály číslo 5 (9,1 %). Počet pacientů, kteří neměli žádné informace a zvolili č.1 na stupnici, je 3 (4,5 %).

**Graf č. 5**



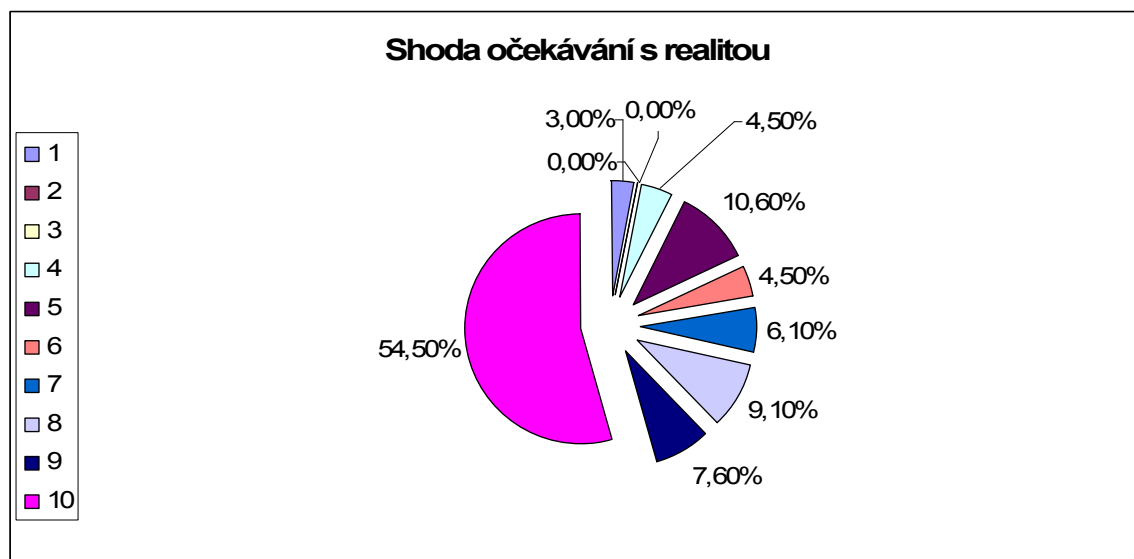
## Položka č. 6: Jak se shodovalo Vaše očekávání průběhu vyšetření s následnou realitou

Tab. č. 6: Shoda očekávání s realitou

	absolutní četnost	relativní četnost v %
1-neshodovalo se vůbec	2	3,0
2	0	0,0
3	0	0,0
4	3	4,5
5	7	10,6
6	3	4,5
7	4	6,1
8	6	9,1
9	5	7,6
10-absolutně se shodovalo	36	54,5
celkem	66	100

Tabulka č.6 znázorňuje shodu očekávání průběhu vyšetření s následnou realitou. Pacientům byla k dispozici škála od 1 do 10, kdy číslo 1 znamená, že se neshodovalo vůbec a číslo 10 absolutní shodu. Absolutní shoda byla vyjádřena 36 respondenty (54,5 %). Sedm pacientů zvolilo z desetistupňové škály č.5 (10,6 %), dva pacienti se vyjádřili, že se neshodovalo vůbec (3,0 %).

Graf č. 6



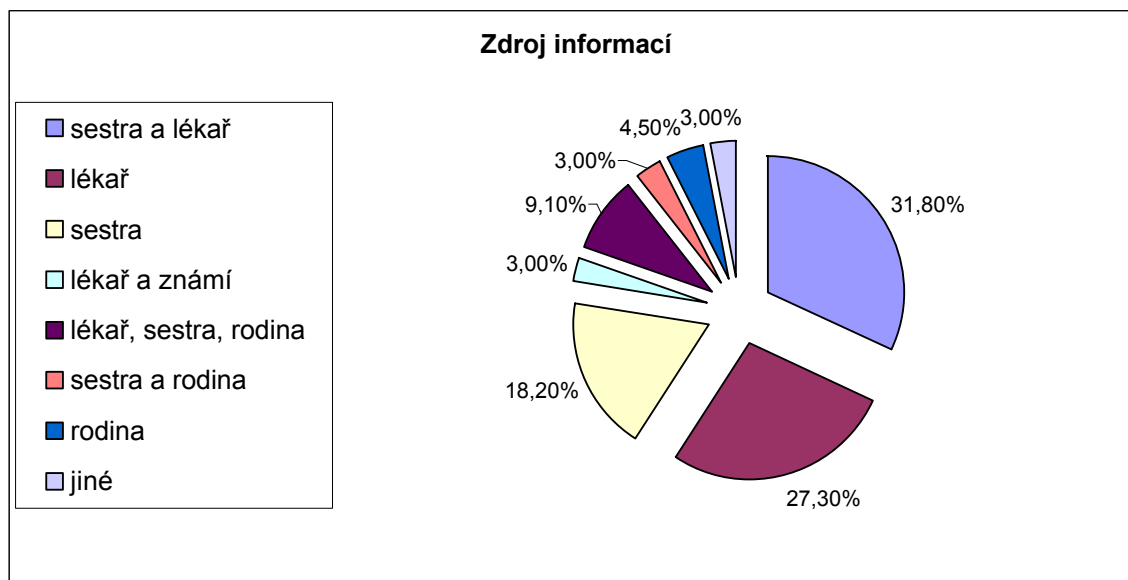
## Položka č. 7: Kým jste byl(a) o výkonu poučena

Tab. č. 7 : Zdroj informací

	absolutní četnost	relativní četnost v %
sestra a lékař	21	31,8
lékař	18	27,3
sestra	12	18,2
lékař a známí	2	3,0
lékař, sestra, rodina	6	9,1
sestra a rodina	2	3,0
rodina	3	4,5
jiné	2	3,0
celkem	66	100

Tabulka č. 7 znázorňuje, kým byl respondent o výkonu poučen. Nejvíce bylo pacientů poučeno *sestrou a lékařem*, celkem 21 (31,8 %), druhá nejpočetnější skupina byla poučena *lékařem*, celkem 18 (27,3 %), třetí skupina byla poučena *sestrou*, celkem 12 (18,2 %).

Graf č. 7





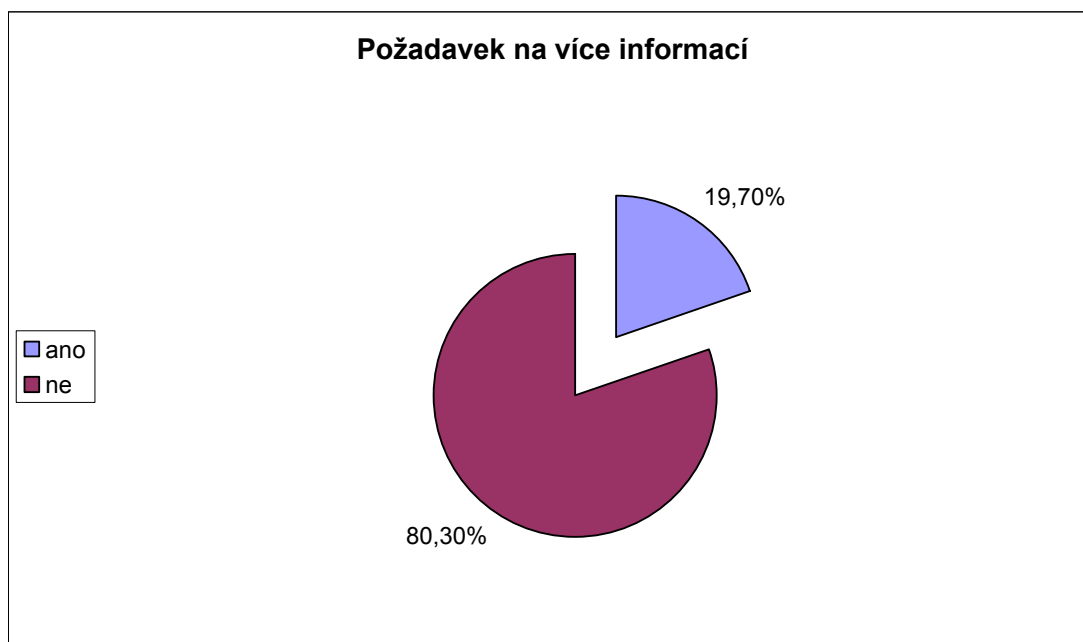
## Položka č. 8: Chtěl(a) byste být před výkonem více informován(a) o tom, co Vás čeká

Tab. č. 8 : Požadavek na více informací

	absolutní četnost	relativní četnost v %
ano	13	19,7
ne	53	80,3
celkem	66	100

Tabulka č.8 dokumentuje, kolik respondentů by chtělo být více informováno o tom, co je čeká. Nejvyšší počet označil odpověď **ne** a to celkem 53 respondentů (80,3 %), považovalo další informace za zbytečné. Odpověď **ano** uvedlo celkem 13 respondentů (19,7 %), tato skupina by chtěla mít k dispozici více informací.

Graf č. 8



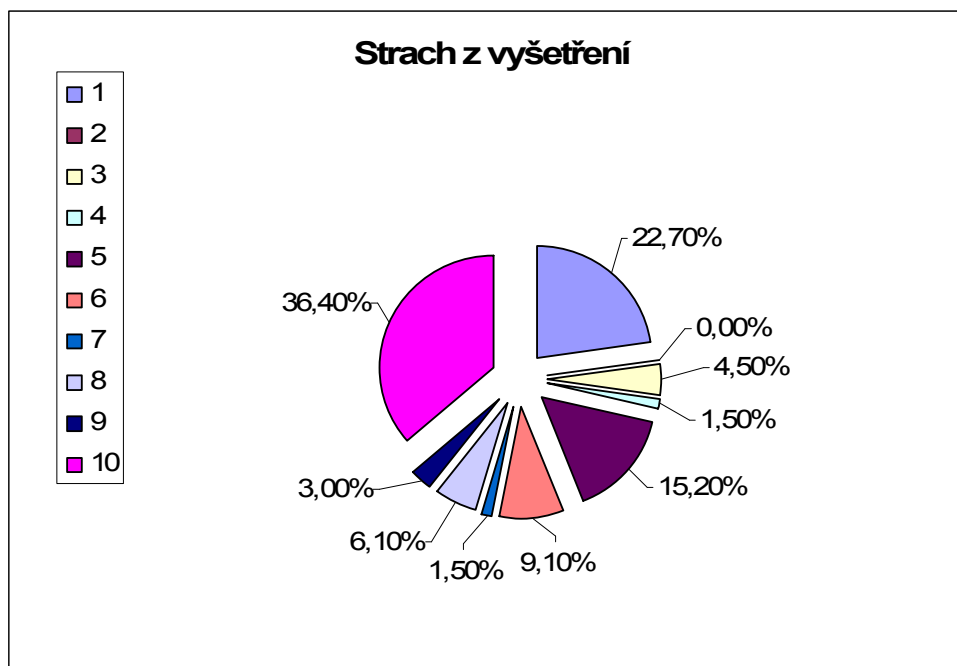
## Položka č. 9: Šel (šla) jste na vyšetření se strachem

Tab. č. 9: Strach z vyšetření

	absolutní četnost	relativní četnost v %
1-ano, vyšetření jsem se velmi obával(a)	15	22,7
2	0	0,0
3	3	4,5
4	1	1,5
5	10	15,2
6	6	9,1
7	1	1,5
8	4	6,1
9	2	3,0
10-ne, neobával(a) jsem se vůbec	24	36,4
celkem	66	100

Tabulka č.9 dokumentuje názor respondentů, zda podstupovali vyšetření se strachem. Nejvíce, celkem 24 pacientů (36,4 %) uvedlo, že se neobávali vůbec. Z desetistupňové škály 10 pacientů zvolilo na stupnici číslo 5 (15,2 %). Vyšetření se velmi obávalo celkem 15 respondentů (22,7 %).

Graf č. 9



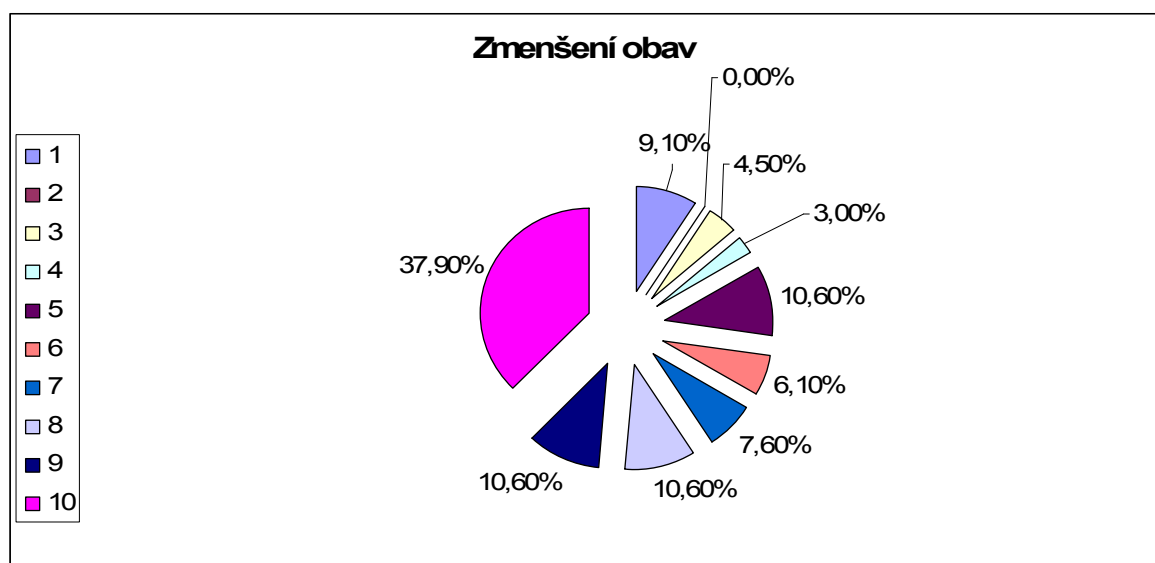
## Položka č. 10: Zmenšily se Vaše obavy po rozhovoru s naším lékařem, či sestrou

Tab. č. 10: Zmenšení obav

	absolutní četnost	relativní četnost v %
1- ne, vůbec se nezmenšily	6	9,1
2	0	0,0
3	3	4,5
4	2	3,0
5	7	10,6
6	4	6,1
7	5	7,6
8	7	10,6
9	7	10,6
10- mé obavy zcela zmizely	25	37,9
celkem	66	100

Na tabulce č.10 vidíme, jak se měnily obavy respondentů po rozhovoru s lékařem, či sestrou. Celkem 25 pacientů (37,9 %) vyjádřilo, že obavy zcela zmizely. Z desetistupňové škály zvolilo 7 pacientů stupnici 5, 8, 9 (10,6 %). Odpovědi, které znamenaly, že se obavy vůbec nezmenšily, vyjádřilo celkem 6 respondentů (9,1 %)

Graf č. 10



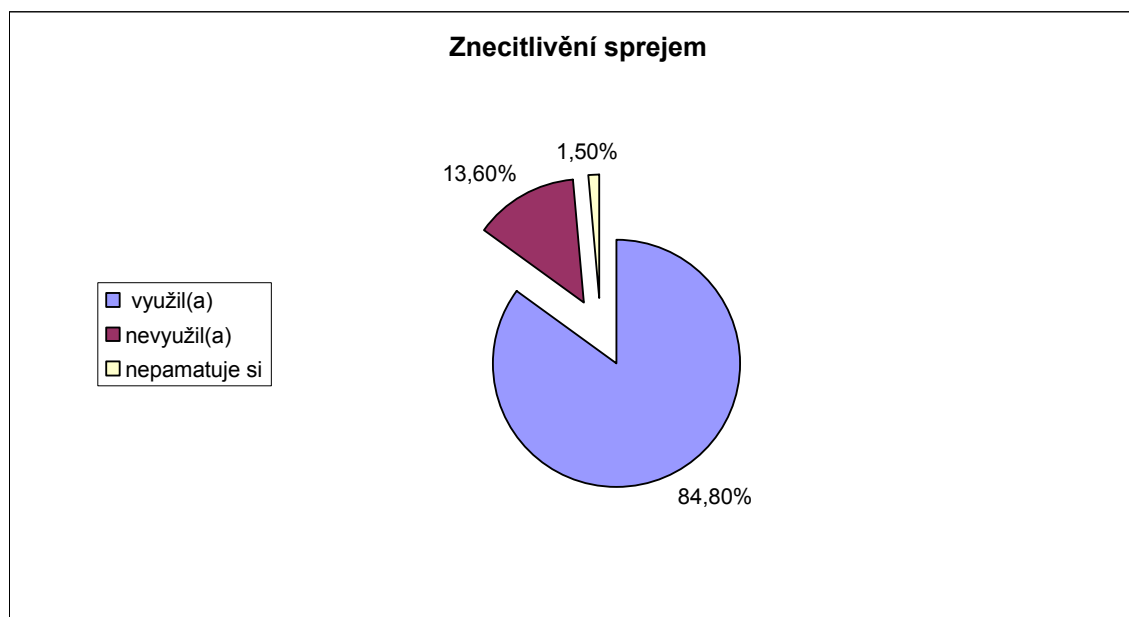
## Položka č. 11: Využil(a) jste před vyšetřením možnosti znecitlivění (sprejem) v krku

Tab. č. 11: Znecitlivění sprejem

	absolutní četnost	relativní četnost v %
využil (a)	56	84,8
nevyužil (a)	9	13,6
nepamatuje si	1	1,5
celkem	66	100

Tabulka č. 11 znázorňuje, kolik respondentů využilo možnosti znecitlivění sprejem v krku. Z celé skupiny využilo znecitlivění celkem 56 pacientů (84,8 %), 9 pacientů (13,6 %) vyjádřilo, že možnosti nevyužilo a 1 pacient (1,5 %) odpověděl, že si již nepamatuje.

Graf č. 11



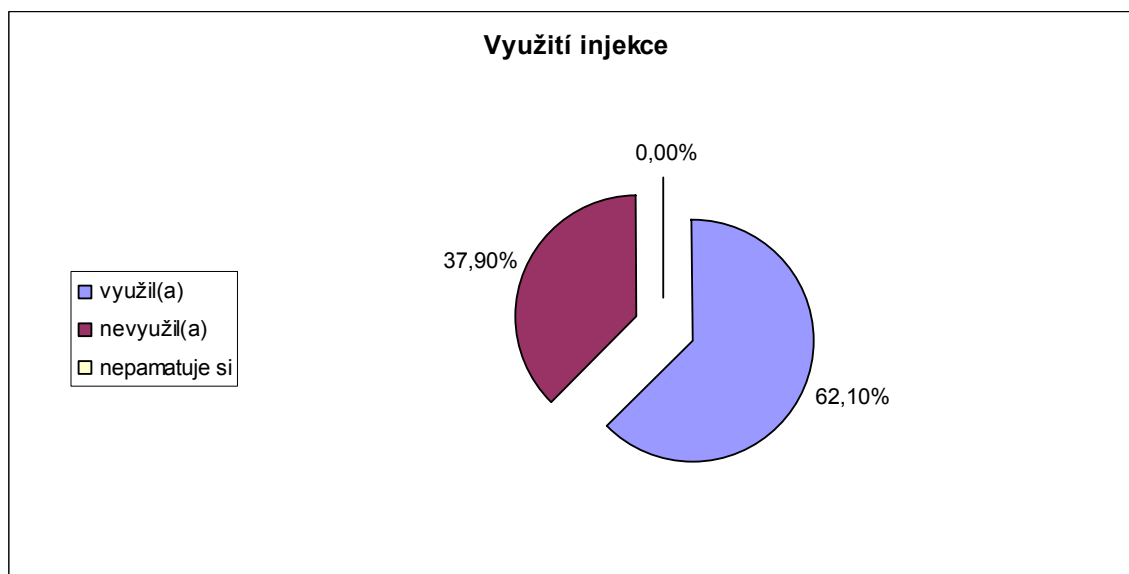
## Položka č. 12: Využil(a) jste možnosti podání injekce pro lepší snášení výkonu

Tab. č. 12: Využití injekce

	absolutní četnost	relativní četnost v %
využil(a)	41	62,1
nevyužil(a)	25	37,9
nepamatuje si	0	0,0
celkem	66	100

Tabulka č.12 znázorňuje, kolik respondentů využilo možnosti podání injekce pro lepší snášení výkonu. Odpovědi **využil(a)** bylo celkem 41 (62,1 %) a **nevyužil(a)** celkem 25 (37,9 %).

Graf č. 12



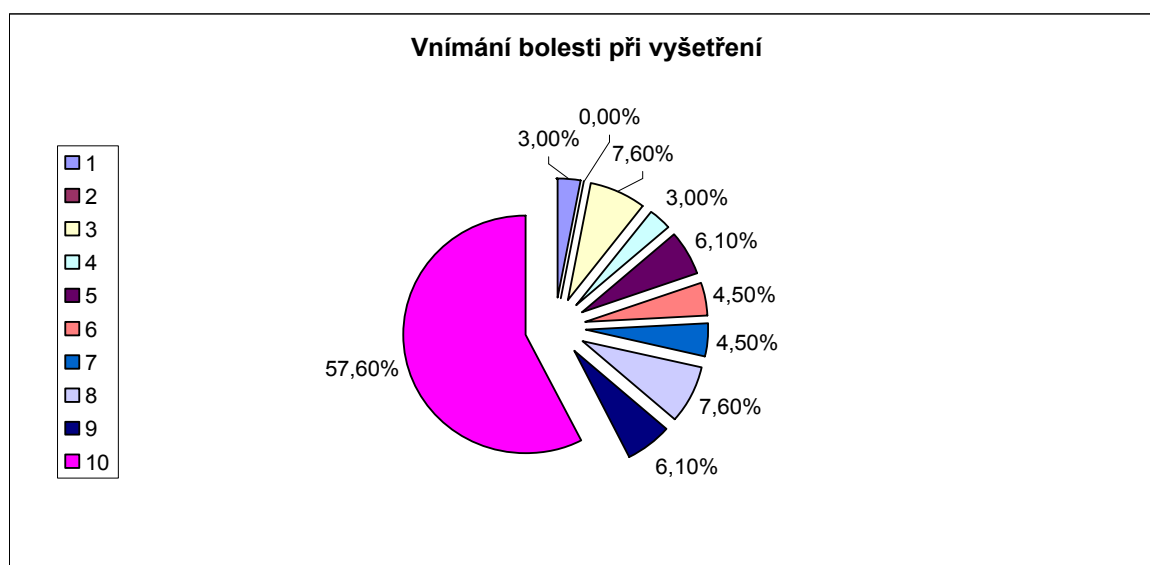
## Položka č. 13: Vnímál(a) jste při vyšetření bolest

Tab. č. 13: Vnímání bolesti při vyšetření

	absolutní četnost	relativní četnost v %
1- ano, nesnesitelnou	2	3,0
2	0	0,0
3	5	7,6
4	2	3,0
5	4	6,1
6	3	4,5
7	3	4,5
8	5	7,6
9	4	6,1
10- ne, žádnou bolest jsem nevnímál(a)	38	57,6
celkem	66	100

Tabulka č.13 dokumentuje, kolik respondentů vnímalo při vyšetření bolest. Byla vytvořena desetistupňová škála, kdy číslo 1 znamená nesnesitelnou bolest a číslo 10 vyjadřuje, že pacient žádnou bolest nevnímá. Z celkové skupiny vyjádřilo celkem 38 pacientů (57,6 %), že žádnou bolest nevnímalo. Celkem 2 pacienti (3,0 %) vyjádřili, že jejich bolest při vyšetření byla nesnesitelná.

Graf č. 13



## **Položka č. 14: Nepříjemné pocity při vyšetření**

Položka číslo 14 v mém dotazníku byla otevřená, respondenti měli možnost individuálního vyjádření. Byly vysloveny odpovědi, které zde doslovně uvádím:

„pocit předmětu v krku, který se tam normálně nevyskytuje“

„pocit na zvracení“

„nafukování“

„pocit dávení“

„nepříjemně vnímané vlastní zvuky při vyšetření“

„zvedání žaludku“

„navalování“

„špatné dýchání“

„pocit tlaku v žaludku, vzduch“

„tlak v dutině ústní, jícnu, žaludku a zvýšené slinění“

„tlak v krku“

„strach z délky přístroje“

„řihání“

„obtížné polknutí přístroje“

„pocení“

„slinění“

„motání hlavy“

„bolest v levém boku“

Nejvyšší počet respondentů uvádí nejčastěji odpověď „pocit dávení“, celkem 12 pacientů. Druhá nejčastější odpověď byla „pocit na zvracení“, celkem 9 pacientů. Třetí nejčastější odpověď byla „tlak v krku“, celkem 5 pacientů.

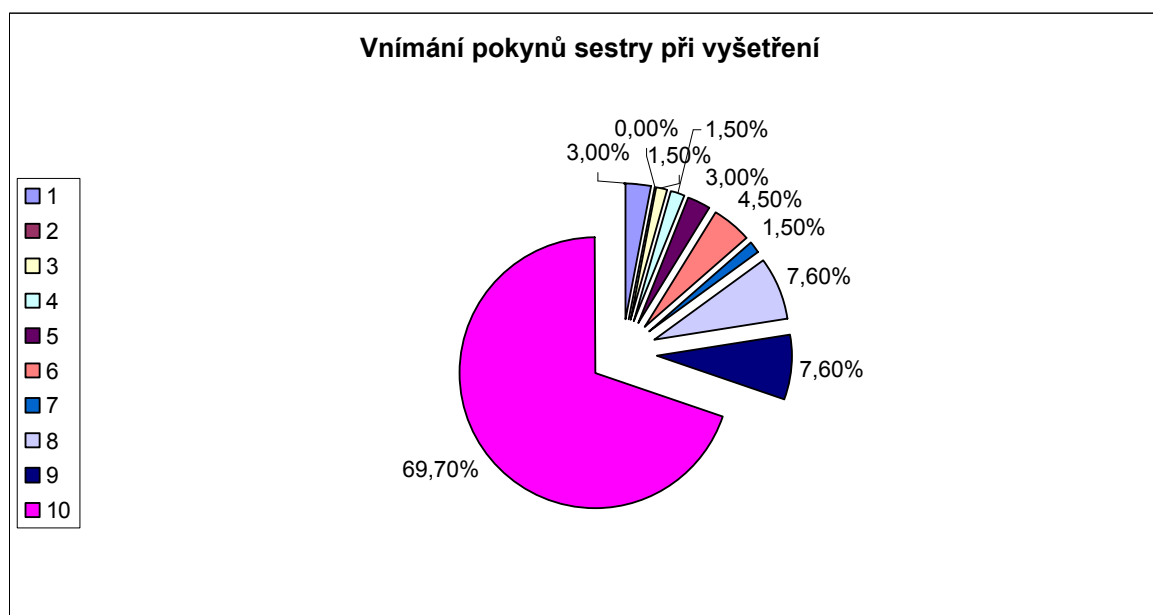
## Položka č. 15: Vnímál(a) jste pokyny sestry při vyšetření

Tab. č. 15: Vnímání pokynů sestry

	absolutní četnost	relativní četnost v %
1- ne, pokyny sestry jsem nevnímál(a)	2	3,0
2	0	0,0
3	1	1,5
4	1	1,5
5	2	3,0
6	3	4,5
7	1	1,5
8	5	7,6
9	5	7,6
10-ano, pokyny sestry jsem vnímál(a) velmi silně	46	69,7
celkem	66	100

Tabulka č.15 dokumentuje, na kolik respondenti vnímali pokyny sestry při vyšetření. Velmi silně vnímalo pokyny sestry celkem 46 pacientů (69,7 %), z desetistupňové škály označili číslo 10. Počet pacientů, kteří sestru nevnímali a označili z desetistupňové škály číslo 1 jsou 2 (3,0 %).

Graf č. 15





## Položka č. 16: Vnímali(a) jste pokyny sestry jako uklidňující

Tab. č. 16: Vnímání pokynů sestry jako uklidňující

	absolutní četnost	relativní četnost v %
1- ne, pokyny sestry jsem nevnímali(a)	1	1,5
2	0	0,0
3	0	0,0
4	2	3,0
5	2	3,0
6	2	3,0
7	2	3,0
8	3	4,5
9	4	6,1
10-ano, pokyny sestry jsem vnímali(a) velmi silně	50	75,8
celkem	66	100

Tabulka č.16 znázorňuje názor respondentů, zda vnímali pokyny sestry jako uklidňující. Byla vytvořena desetistupňová škála, kdy číslo 1 značí **ne, pokyny sestry jsem nevnímali(a)** a číslo 10 **ano, pokyny sestry jsem vnímali(a) velmi silně**. Počet respondentů, kteří označili číslo 10, je celkem 50 (75,8 %). 1 pacient označil na desetistupňové škále číslo 1 (1,5 %).

Graf č. 16



## **Položka č. 17: Co pro Vás bylo z celého vyšetření nejobtížnější a nejtěžší**

Položka číslo 17 v dotazníku byla otevřená, respondenti měli možnost se individuálně vyjádřit, co pro ně bylo z celého vyšetření nejobtížnější a nejtěžší (včetně doby před vyšetřením a po něm). Doslovné odpovědi zde uvádím:

„snažit se být v klidu, aby lékař mohl vše bez problémů řešit“

„čekací doba před vyšetřením“

„ležení na levém boku“

„odhodlání se nechat vyšetřit“

„žízeň a hlad“

„polknutí sondy“

„nafukování“

„strach, že dojde k poškození zdraví sondou“

„myslet na to, co mě čeká“

„strach“

„ulehnutí na vyšetřovací lůžko“

„čekání a strach z neznámého“

„průběh, navalování“

„vzduch při vyšetření“

„tlaky v břichu, navalování“

Z uvedených odpovědí byla nejpočetnější „polknutí sondy“, celkem 21 respondentů. Jako druhá nejčastější odpověď byla uvedena „čekací doba bezprostředně před vyšetřením“, celkem 10 respondentů.

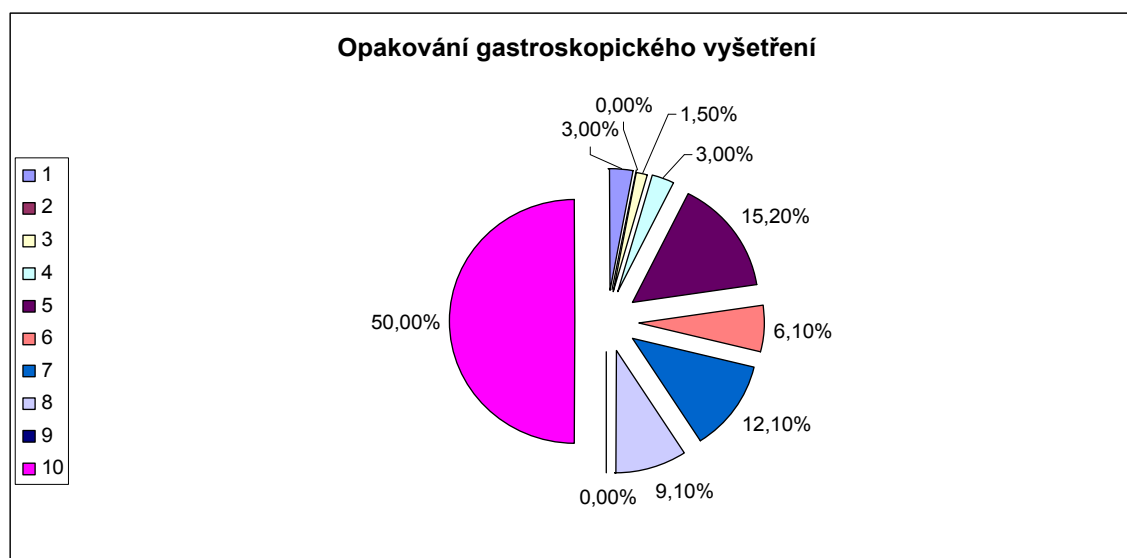
## Položka č. 18: Podstoupil(a) byste gastrokopické vyšetření znovu

Tab. č.18: Opakování gastrokopického vyšetření

	absolutní četnost	relativní četnost v %
1- ne, za žádných okolností	2	3,0
2	0	0,0
3	1	1,5
4	2	3,0
5	10	15,2
6	4	6,1
7	8	12,1
8	6	9,1
9	0	0,0
10- ano, kdykoli bez problémů	33	50,0
celkem	66	100

Tabulka č.18 dokumentuje názor respondentů o opakování gastrokopického vyšetření. Z desetistupňové škály 33 respondentů (50,0 %) zvolilo číslo 10 **ano, kdykoli bez problémů**, 10 respondentů (15,2 %) zvolilo číslo 5 z desetistupňové škály a celkem 2 respondenti (3,0 %) zvolili na stupnici číslo 1.

Graf č. 18



## **Položka č. 19: Co si myslíte, že je - na základě dnešních zkušeností - pro Vás při vyšetření nejdůležitější**

Tuto položku pacienti hodnotili čísla od jedné do deseti, kdy:

1= nejméně důležité a naopak 10= nejdůležitější (více položek bylo možno hodnotit stejným číslem).

Ke každé položce zde uvádím výslednou průměrnou hodnotu:

**Informovanost před vyšetřením** získala průměrnou hodnotou **8,9**

**Pokyny zdravotnického personálu (včetně lékaře)** hodnotili pacienti průměrně **9,2**

**Lidský přístup zdravotnického personálu (včetně lékaře)** byl oceněn průměrnou hodnotou **9,6**

**Šikovnost a schopnost vyšetřujícího lékaře** byly hodnoceny v průměru **9,5**

**Podání léčiv před vyšetřením (sprej, injekce)** získalo průměrně **8,6**

**Jiné (dopíše včetně číselného hodnocení)**

Položku **Jiné** využilo celkem 5 respondentů. Číselné hodnocení nebylo využito.

Názory pacientů zde doslovně uvádím:

„člověk se zde nebojí zeptat a to je pro psychiku velmi důležité a od toho se vše odvíjí“

„ochota sestřiček a chycení za ruku dává velkou útěchu“

„nečekat dlouho na vyšetření“

„profesionalita“

„rozumějí svému povolání“

## 7. DISKUSE

Ve své bakalářské práci jsem se zabývala vztahem pacientů ke gastrokopickému vyšetření, které je obecně považováno za poměrně nepříjemné a zatěžující. Zajímalo mě, jak zdravotnický personál může vhodným přístupem - akcentem kladeným na podané informace a podanou medikací - přispět k lepší toleranci vyšetření pacienta. Na základě dosavadních praktických zkušeností jsem si stanovila následující cíle a hypotézy.

Hypotézu č. 1, v níž jsem předpokládala, že pacienti, jimž byl podán midazolam budou gastrokopii lépe snášet, jsem hodnotila na základě položek číslo 13, 14, 18 a 19 v dotazníku. Pacienti premedikovaní midazolamem uváděli v položce č. 13 (intenzita vnímané bolesti) průměrně hodnotu 7,73, zatímco pacienti, kterým midazolam podán nebyl, hodnotu 8,48. V tomto případě se tedy má hypotéza nepotvrdila. V položce č. 14 (jiné nepříjemné pocity) uvádí přítomnost takových pocitů celkem 54 % pacientů, jimž byl aplikován midazolam. Pacientů, jimž midazolam aplikován nebyl - 60 %. Tato položka tedy moji hypotézu podporuje. Ochotu podstoupit gastrokopické vyšetření znovu vyjádřili pacienti, kteří si zvolili premedikaci, průměrnou hodnotou 8,15, zatímco nepremedikovaní jen hodnotou 7,40. I tato položka tedy potvrzuje moji hypotézu. V položce č. 19 vyjadřovali pacienti mimo jiné svůj názor na důležitost podávané premedikace. Pacienti, kteří zvolili podání midazolamu, považovali podání farmaka za důležitější (průměrná hodnota 9,58), než nepremedikovaní pacienti (hodnota 7,96). Tento závěr byl očekávatelný - pacienti, kteří nepovažovali premedikaci za důležitou, ji spíše odmítali (a naopak).

Hypotézu č. 2, v níž jsem předpokládala, že pacienti, kteří využili možnosti znecitlivění dutiny ústní a nosohltanu lokálním anestetikem, budou gastrokopii lépe tolerovat, jsem ověřovala dle stejných položek v dotazníku (13, 14, 18 a 19). Pacienti premedikovaní lokálním anestetikem v průměru uváděli v položce č. 13 (intenzita vnímané bolesti) hodnotu 8,20, zatímco pacienti nepremedikovaní, jen hodnotu 6,67. V tomto případě se tedy má hypotéza potvrdila. Lokální anestezie může přispět k menší bolestivosti gastrokopického vyšetření. V položce č. 14 (jiné nepříjemné pocity) uvádí přítomnost takových pocitů celkem 54 % premedikovaných a 56 % nepremedikovaných pacientů. Tato položka tedy moji hypotézu spíše podporuje, ale rozdíl je velmi malý. Ochotu podstoupit gastrokopické vyšetření znovu vyjádřili premedikovaní pacienti průměrnou hodnotou 7,95,

zatímco nepremedikovaní hodnotou 7,67. I tato položka tedy potvrzuje moji hypotézu, ale znovu nacházíme poměrně malý rozdíl mezi srovnávanými skupinami. V položce č. 18 vyjadřovali pacienti mimo jiné svůj názor na důležitost podávané premedikace. Pacienti, kteří využili lokální anestetikum, považovali premedikaci za důležitější (průměrná hodnota 9,11), než nepremedikovaní pacienti (hodnota 8, 22).

Dle výsledků mého šetření není větších rozdílů v toleranci vyšetření mezi pacienty, kteří využijí celkového podání benzodiazepinů před vyšetřením a těmi, kteří této možnosti nevyužijí. Pacienti premedikovaní považují podání medikamentu za velmi důležité, proto se lze domnívat, že by případné odpírání premedikace mohlo toleranci zhoršit, protože se v tomto případě pravděpodobně jedná o skupinu „ciltivějších“ pacientů. Neaplikování lokálního anestetika před vyšetřením zvyšuje jeho bolestivost, ale dle závěrů mého šetření nezhoršuje významným způsobem celkovou toleranci vyšetření.

V hypotéze č. 3 jsem předpokládala, že sestra může svou interakcí s pacientem přispět k lepší toleranci gastroscopie. Pacienti ohodnotili intenzitu vnímání i kladný efekt pokynů sestry během vyšetření průměrnou známkou 9,08, má hypotéza se tedy potvrdila. Lidský přístup zdravotníků k pacientům získal vysokou průměrnou známku 9,92. I hypotéza č. 4 se tedy rozhodně potvrdila.

Gastroscopie je mezi pacienty poměrně obávaným vyšetřením. V otázce na míru obav před vyšetřením (1 = velké obavy, 10 = žádné obavy) se vyjádřili pacienti průměrnou známkou 6,09. Nutno poukázat na fakt, že většina pacientů nešla na vyšetření poprvé. Věděla tedy, co je čeká. Po rozhovoru se zdravotníkem se vyjádřili pacienti ke vlivu na míru obav průměrnou známkou 7,12 (1 = obavy se vůbec nezmenšily, 10 = obavy zcela zmizely). Hypotéza č. 5 se tedy potvrdila. Důležitost informovanosti o vyšetření získala průměrnou známku 9,23, což potvrzuje hypotézu č. 6.

## 8. NÁVRH NA ŘEŠENÍ ZJIŠTĚNÝCH NEDOSTATKŮ

Ráda bych se zmínila o tom, že při psaní mé bakalářské práce, rozdávání dotazníků a komunikací s oslovenými pacienty jsem zjistila, že se opravdu změnil vztah zdravotnický personál – pacient. Z mého výzkumu vyplývá, že současný pacient je informovaný a aktivně spolurozhoduje o terapii.

Z tohoto důvodu považuji za velmi důležité vzdělání zdravotnického personálu a vědomosti z oblasti psychologie, aby nikdo při kontaktu s pacientem nezapomínal, že se jedná o člověka se všemi bio-psycho-sociálními aspekty a nejde jen o plnění ordinací.

V mém výzkumu je doloženo, že pro pacienta je nejdůležitější citlivý přístup zdravotnického personálu. Navrhovala bych více povinných seminářů a školení z oblasti psychologie a komunikace pro všeobecné sestry, které již pracují v praxi. Tyto semináře by měly být zahrnuty do pracovní doby, aby se zajistila co největší účast.

Příklady témat:

„Strach a obavy ze strany pacienta“

„Umění verbální a neverbální komunikace“

„Komunikace s konfliktním pacientem“

„Jak se vyrovnat se zátěží sester“

## ZÁVĚR

Ve své bakalářské práci jsem se zabývala vztahem pacientů ke gastrokopickému vyšetření a tím, zda zdravotnický personál může vhodným přístupem a podanou medikací přispět k lepší toleranci vyšetření pacienta.

Teoretická část je rozdělena do několika kapitol, ve kterých je objasněna historie endoskopie, charakteristika endoskopické sestry, vysvětlení pojmu gastrokopie jako jedné z endoskopických metod, nejčastěji užívaná farmaka při gastrokopii a psychologický přístup k pacientovi.

V praktické části jsem prováděla šetření pomocí dotazníku vlastní konstrukce tak, abych na základě zjištěných poznatků mohla potvrdit či vyvrátit stanovené hypotézy a cíle. Celkem se výzkumu zúčastnilo 66 osob. Návratnost dotazníků byla 66 ze 70 rozdaných, což je 95 %. Dotazníky jsem distribuovala ve Fakultní nemocnici Brno Bohunice na Interní hepatogastroenterologické klinice. Respondenti, kteří se účastnili dotazníku, byli pacienti gastrokopicky vyšetření na endoskopickém pracovišti této kliniky. Cíle práce byly splněny a došlo k ověření těchto hypotéz:

***Hypotéza 1: Předpokládám, že pacienti premedikovaní midazolamem budou gastrokopii lépe snášet.***

Hypotéza č.1 se v plném svém znění nepotvrdila. Pacienti, jimž byl podán midazolam, uvádějí ve větším procentu bolestivé podněty, i když přítomnost jiných nepříjemných pocitů je u nich méně častá.

***Hypotéza 2: Předpokládám, že pacienti, kteří využili možnosti znecitlivění dutiny ústní a nosohltanu lokálním anestetikem, budou gastrokopii lépe tolerovat.***

Hypotéza č.2 se potvrdila, lokální anestezie prokazatelně přispívá k menší bolestivosti gastrokopického vyšetření.



**Hypotéza 3 a 4: Předpokládám, že sestra může svou interakcí s pacientem během vyšetření přispět k lepší toleranci gastroscopie.**

**Předpokládám, že citlivý přístup lékařů a sester budou pacienti považovat za velmi důležitý, až zásadní.**

Hypotéza č.3 a 4 se potvrdila, pacienti vnímají lidský přístup zdravotnického personálu jako klíčový.

**Hypotéza 5 a 6: Předpokládám, že míra obav pacientů z gastroscopie, by se měla po správně vedeném rozhovoru s lékařem a sestrou snížit. Předpokládám, že informovanost o vyšetření budou pacienti považovat za velmi důležitou.**

Hypotézy č. 5 a 6 se potvrdily, správně vedený rozhovor před vyšetřením sníží obavy pacientů před gastroscopickým vyšetřením a dostatečná informovanost je pacienty hodnocena jako velmi důležitá.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERTURY

1. KEIL, R. a kolektiv, Gastroskopie: technika, vyšetření, terapeutické zákroky. Praha: Maxdorf, 2006, 1. vydání, 173 stran, ISBN 80-7345-106-9
2. MAŘATKA, Z. a kol., Gastroenterologie. Praha: Karolinum, 1999, 1. vydání, 490 stran, ISBN 80-7184-561-2
3. LUKÁŠ, K. a kolektiv, Gastroenterologie a hepatologie pro zdravotní sestry. Praha: Grada, 2005, 1. vydání, 288 stran, ISBN 80-247-1283-0
4. DÍTĚ, P. a kolektiv, Gastroenterologie : učební text pro studující lékařství. Brno: Masarykova univerzita, 2000, 1. vydání, 196 stran, ISBN 80-210-2379-1
5. NAKONEČNÝ, M. Encyklopedie obecné psychologie. Praha: Academia, 1997, 1. vydání, 437 stran, ISBN 80-200-0625-7
6. JOBÁNKOVÁ, M. a kolektiv, Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2003, 3. vydání, 225 stran, ISBN 80-7013-390-2
7. VYBÍRAL, Z. Psychologie komunikace. Praha: Portál, 2005, 1. vydání, 320 stran, ISBN 80-7178-998-4
8. BOUČEK, J. a kol. Lékařská psychologie. Olomouc: Univerzita Palackého, 2006, 1. vydání, 141 stran, ISBN 80-244-1501-1
9. VYMĚTAL, J. Lékařská psychologie. Praha: Portál, 2003, 3. vydání, 396 stran, ISBN 80-7178-740-X
10. PACHL, J. Anesteziologie a resuscitační péče – Farmakologie. Praha: Medinter, 1998, 2. vydání, 326 stran, ISBN nevedeno
11. DÍTĚ, P. Základy digestivní endoskopie. Praha: Grada, 1996, 1. vydání, 240 stran, ISBN 80-7169-237-9
12. Internetové zdroje:  
dostupné na <http://www.farmaceutika.info/buscopan>

## **PŘÍLOHY**

### **Příloha číslo 1.**

#### **Anatomické endoskopické názvosloví a orientace v orální části trávicí trubice**

Patologickou změnu je nutno v žaludku pokud možno co nejpřesněji lokalizovat, aby při dalším sledování bylo jasno, kde byla změna nalezena.

#### **Žaludek členíme na tyto oddíly:**

1. kardie a kardiální oblast
2. fornix (nesprávně fundus )
3. tělo žaludku
  - a) orální část
  - b) střední část ( mediogastrická oblast)
  - c) dolní část (supraangulární oblast)
4. angulus a angulární oblast
5. antrum
6. prepylorická oblast
7. pyloru

**V jícnu** většinou vystačíme s udáním vzdálenosti v cm od řezáků. Tyto distance jsou konstantní. Neplatí to však v žaludku a duodenu, kde velmi záleží, jaký oblouk vytvoří přístroj na velké křivatuře, jak je žaludek přístrojem a insuflací distendován. V jícnu, zhruba ve vzdálenosti 25 cm, je zúžení lumina podmíněné pulzující aortou.

**V žaludku**, přísně vzato, jedinými určitěji definovanými orientačními body je kardie, angulus a pyloru. Ostatní hranice určujeme arbitrárně, odhadem.

**Kardie** je u většiny lidí místo, kde přechází našedlý dlaždicový epitel jícnu v cihlově zbarvený cylindrický epitel žaludku. Tento přechod má klikatou podobu, nazývá se *linea Z*, též *linea serrata*. V kardií přechází tubulární struktura jícnu do vakovitého tvaru žaludku.

**Angulus** (angulární řasa) je většinou zřetelně vytvořena a odděluje tělo žaludku od antra. Přibližně tudy vede hranice, oddělující antrální epitel od epitelu těla žaludku, který obsahuje parietální buňky, secernující HCL.

**Pylorus** je zřetelný kruhový otvor, který odděluje žaludek od bulbu duodena.

V **duodenu** rozlišujeme bulbus duodena, postbulbární část, tvořenou vlastně horním ohbím duodena (D1), sestupné raménko duodena (D2), až po dolní ohbí. V D2 můžeme ještě rozlišovat suprapapilární část, která je orálně od Vaterské papily.

V **bulbu**, který je nejčastějším sídlem peptických vředů, rozlišujeme bázi bulbu, centrální část a apex. Kromě toho popisujeme přední, zadní, horní a dolní stěnu.

## **Příloha číslo 2.**

### **Dotazník**

Vážení pacienti,

Jmenuji se Petra Absolonová, jsem studentka 4. ročníku lékařské fakulty Karlovy univerzity, oboru ošetrovatelství. Předem Vám děkuji, že věnujete svůj volný čas vyplnění anonymního dotazníku, jehož výsledky budou sloužit pro zpracování bakalářské práce na téma „Příprava před gastroskopií“. Cílem této práce je zjistit, zda přístup zdravotnického personálu a daná medikace může kladně přispět k průběhu gastrokopického vyšetření.

1) Pohlaví:            muž            žena

2) Věk: ..... let

3) Vaše nejvyšší dosažené vzdělání:

základní            vyučen/a            maturita            vysokoškolské

Obor zaměstnání:    administrativa            technické obory            zdravotnictví            dělnické

v důchodu            jiné: .....

4) Po kolikáté jste dnes absolvoval(a) gastrokopické vyšetření?

poprvé            podruhé            potřetí a více

5) Měl(a) jste před vyšetřením dostatek informací o tom, co Vás čeká?

vůbec nic jsem nevěděl(a)    1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10

měl(a) jsem k dispozici veškeré informace

6) Jak se shodovalo Vaše očekávání průběhu vyšetření s následnou realitou?

neshodovalo se vůbec    1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10

absolutně se shodovalo

7) Kým jste byl(a) o výkonu poučen(a)? (lze zaškrtnout více možností)

zdravotní sestrou

lékařem

rodinou, známými

jinak (uved'te jak) .....

8) Chtěl(a) byste být před výkonem více informován(a) o tom, co Vás čeká?

ano, chtěl(a) bych více informací            ne, další informace považuji za zbytečné

9) Šel (šla) jste na vyšetření se strachem?

ano, vyšetření jsem se velmi obával(a) 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10

ne, neobával(a) jsem se vůbec

10) Zmenšily se Vaše obavy po rozhovoru s naším lékařem, či sestrou?

ne, vůbec se nezmenšily 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10

mé obavy zcela zmizely

11) Využil(a) jste před vyšetřením možnosti znecitlivění (sprejem) v krku?

využil(a)            nevyužil(a)            nepamatuji si to

12) Využil(a) jste možnosti podání injekce pro lepší snášení výkonu?

využil(a)            nevyužil(a)            nepamatuji si to

13) Vnímál(a) jste při vyšetření bolest?

ano, nesnesitelnou 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10

ne, žádnou bolest jsem nevnímál(a)

14) Měl(a) jste jiné nepříjemné pocity? (napište, prosím, jaké)

.....

15) Vnímál(a) jste při vyšetření pokyny sestry?

ne, pokyny sestry jsem nevnímál 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10

ano, pokyny sestry jsem vnímál silně

16) Vnímál jste pokyny sestry jako uklidňující?

ne, pokyny sestry mi byly nepříjemné 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10

ano, byly velmi uklidňující

17) Co pro Vás bylo z celého vyšetření nejobtížnější a nejtěžší (včetně doby před vyšetřením a po něm)?

.....

.....

18) Podstoupil byste gastrokopické vyšetření znovu?

ne, za žádných okolností 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10

ano, kdykoli bez problémů

19) Co si myslíte, že je, na základě dnešních zkušeností, pro Vás při vyšetření nejdůležitější?

Ohodnoťte čísla, od jedné do deseti: 1 = nejméně důležité, 10 = nejdůležitější

(více položek můžete hodnotit stejným číslem)

Informovanost před vyšetřením: .....

Pokyny zdravotnického personálu (včetně lékaře): .....

Lidský přístup zdravotnického personálu (včetně lékaře): .....

Šikovnost a schopnosti vyšetřujícího lékaře: .....

Podání léčiv před vyšetřením (sprej, injekce): .....

Jiné (dopíše včetně číselného hodnocení):

.....

**Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta  
Kateřinská 32, Praha 2**

**Prohlášení zájemce o nahlédnutí  
do závěrečné práce absolventa studijního programu,  
uskutečňovaného na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze**

Jsem si vědom/a, že závěrečná práce je autorským dílem a že informace získané nahlédnutím do zveřejněné závěrečné práce nemohou být použity k výdělečným účelům, ani nemohou být vydávány za studijní, vědeckou nebo jinou tvůrčí činnost jiné osoby než autora.

Byl/a jsem seznámen/a se skutečností, že si mohu pořizovat výpisy, opisy nebo kopie závěrečné práce, jsem však povinen/a s nimi nakládat jako s autorským dílem a zachovávat pravidla uvedená v předchozím odstavci.

V            dne

---

jméno a příjmení zájemce



