

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE**  
**LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ**

**ÚSTAV SOCIÁLNÍHO LÉKAŘSTVÍ**  
**ODDĚLENÍ OŠETŘOVATELSTVÍ**

**ZKUŠENOSTI PACIENTŮ**  
**S INVAZIVNÍMI VÝKONY**

**Bakalářská práce**

Autor práce: **Jana Pechová**  
Vedoucí práce: **prof. PhDr. Jiří Mareš, CSc.**

**2015**

**CHARLES UNIVERZITY IN PRAGUE**  
**FAKULTY OF MEDICINE IN HRADEC KRALOVE**  
**INSTITUTE OF SOCIAL MEDICINE**  
**DEPARTMENT OF NURSING**

**EXPERIENCE IN PATIENTS**  
**WITH INVASIVE PROCEDURES**

**Bachelor's thesis**

Author: **Jana Pechová**  
Supervisor: **prof. PhDr. Jiří Mareš, CSc.**

**2015**

### **Čestné prohlášení**

Prohlašuji, že předložená práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

V Třebechovicích pod Orebem

Dne 17. 9. 2015

.....

### **Poděkování**

Děkuji panu prof. PhDr. Jiřímu Marešovi, CSc. za odborné vedení, cenné rady a vstřícnost v čase konzultací, jež mi v průběhu psaní mé bakalářské práce věnoval. Dále děkuji Mgr. Evě Vachkové, PhD. za ochotu, cenné rady a milé jednání. Zvláštní poděkování patří mé mamince, která mi v průběhu celého studia, byla velkou oporou.

# OBSAH

<i>ÚVOD</i> .....	8
<i>TEORETICKÁ ČÁST</i> .....	10
<i>1. Hlavní příznaky onemocnění gastrointestinálního traktu</i> .....	10
1.1 Příznaky dyspepsie horního typu: .....	10
1.2 Příznaky dyspepsie dolního typu: .....	10
1.3 Celkové příznaky .....	10
1.4 Krvácení .....	11
1.4.1 Zjevné krvácení .....	11
1.4.2 Skryté krvácení (okultní) .....	11
<i>2. Invazivní vyšetření</i> .....	12
<i>3. Koloskopie</i> .....	12
3.1 Anatomicko-fyziologický popis tlustého střeva .....	13
3.2 Indikace .....	13
3.3 Kontraindikace .....	14
3.4 Ošetrovatelská péče o pacienta před koloskopickým vyšetřením .....	15
3.4.1 Farmakologická příprava pacienta na koloskopii .....	15
3.4.2 Obecné zásady přípravy pacienta na koloskopii .....	15
3.4.3 Vlastní příprava pacienta na vyšetření .....	16
3.4.4 Poučení pacienta před výkonem, informovaný souhlas .....	16
3.4.5 Druhy příprav na totální koloskopické vyšetření .....	17
3.4.6 Druhy příprav na parciální koloskopické vyšetření .....	18
3.4.7 Technika vyšetření .....	18
3.5 Ošetrovatelská péče .....	19
3.6 Ošetrovatelská péče o pacienta po koloskopickém vyšetření .....	21
3.7 Ošetrovatelské diagnózy u pacientů po koloskopickém vyšetření (Taxonomie II NANDA 2012-2014) .....	22
<i>4. Esofagogastroduodenoskopie</i> .....	23
4.1 Anatomicko-fyziologický popis jícnu, žaludku a tenkého střeva s jeho oddíly .....	23
4.2 Indikace .....	24
4.3 Kontraindikace .....	25
4.4 Ošetrovatelská péče o pacienta před gastrokopickým vyšetřením .....	25
4.4.1 Farmakologická příprava pacienta na gastrokopii .....	25
4.4.2 Obecné zásady přípravy pacienta na gastrokopii .....	26
4.4.3 Vlastní příprava pacienta na vyšetření .....	27
4.4.4 Technika vyšetření .....	27
4.5 Ošetrovatelská péče o pacienta po gastrokopickém vyšetření .....	28

4.6 Ošetrovatelské diagnózy u pacientů po gastroscopickém vyšetření (Taxonomie II NANDA 2012-2014) .....	29
5. <i>Komplikace endoskopických výkonů</i> .....	30
5.1 Možné komplikace po koloskopickém vyšetření .....	30
5.2 Možné komplikace po esofagogastroduodenoskopii.....	30
6. <i>Edukace</i> .....	31
6.1 Role sestry .....	31
6.2 Příklad edukace pacienta před koloskopickým vyšetřením.....	32
 <i>PRAKTICKÁ ČÁST</i> .....	 34
7. <i>Metodika výzkumu</i> .....	34
7.1 Cíle empirického výzkumu.....	34
7.2 Zkoumaný soubor .....	34
7.3 Použitá metoda výzkumu .....	36
7.4 Předvýzkum.....	38
7.5 Výsledky předvýzkumu.....	39
7.5.1 1. rozhovor.....	39
8. <i>Výsledky výzkumu</i> .....	41
8.1 Výsledky rozhovorů a jejich rozbor .....	41
8.1.1 1. rozhovor.....	41
8.1.2 2. rozhovor.....	44
8.1.3 3. rozhovor.....	47
8.1.4 4. rozhovor.....	49
8.1.5 5. rozhovor.....	52
8.1.6 6. rozhovor.....	54
8.1.7 7. rozhovor.....	57
8.1.8 8. rozhovor.....	59
8.1.9 9. rozhovor.....	62
8.1.10 10. rozhovor.....	64
8.2 Analýza výsledků průzkumu .....	67
8.3 Dotazníkové šetření .....	70
8.3.1 Závažnost nemoci – první proměnná.....	70
8.3.2 Možnost ovlivnění nemoci – druhá proměnná .....	71
8.3.3 Porozumění nemoci – třetí proměnná.....	72
8.3.4 Negativní emoce – čtvrtá proměnná .....	73
8.3.5 Sociální dopady nemoci – pátá proměnná .....	74
9. <i>Diskuze</i> .....	76
<i>Anotace</i> .....	83

<i>Annotation</i> .....	85
<i>Seznam použité literatury</i> .....	87
<i>Seznam tabulek</i> .....	89
<i>Seznam grafů</i> .....	90
<i>Seznam příloh</i> .....	91
<i>Přílohy</i> .....	92

# ÚVOD

Pracuji na II. interní klinice ve Fakultní nemocnici Hradec Králové na gastroenterologickém a revmatologickém oddělení. Proto jsem si vybrala pro svoji bakalářskou práci, téma invazivních výkonů, jako je koloskopie a gastroskopie. Tato problematika je mi velice blízká a na svém oddělení se s ní setkávám téměř denně. Sleduji chování pacientů, kteří se na tato vyšetření teprve chystají a následně se z nich vracejí. Tito lidé prožívají různé pocity, jako je bezradnost, pocit bezmoci, strach, vztek, panika, nedůvěra a jistě mnoho dalších. Je třeba tyto pacienty uklidnit, vysvětlit a popsat jim co je čeká. Pomoci vyřešit jejich problémy a starosti, které s sebou přináší příprava na tato vyšetření, snažit se uspokojit jejich potřeby, minimalizovat strach, získat jejich důvěru a zmírnit jejich obavy.

Zkušenosti pacientů s endoskopickým vyšetřením a názory na ně se mohou různit. Například koloskopie je ze všech vyšetření nejdůležitější, a také nejobávanější. „*Brrr, tvrdí ti, co ho zažili, i ti, kteří o něm pouze slyšeli vyprávět.*“ (Červenková, 2009, str. 35). A podobné je to i s gastroskopickým vyšetřením. Pro objasnění problému, je nutné se nejdříve seznámit s problematikou koloskopického a gastroskopického vyšetření. Znat příznaky onemocnění gastrointestinálního traktu, ošetrovatelskou péči před i po vyšetření, možné komplikace a možné ošetrovatelské diagnózy. Pro výzkum jsem se rozhodla využít smíšený přístup, kdy jsem zkombinovala kvalitativní a kvantitativní přístup. Účelem je zmapovat zkušenosti pacientů, jejich informovanost a pocity před endoskopickým vyšetřením. Polostrukturované rozhovory, které jsem vedla s pacienty, mi pomohly přiblížit se této problematice. Pochopit pocity pacientů, podívat se na tento problém také z druhé strany, ze strany pacienta.

Výsledky mého šetření by měly být využitelné v ošetrovatelské praxi. Měly by z nich plynout doporučení pro zdravotnické pracovníky a také zkvalitnění ošetrovatelského procesu.

## **Cíle teoretické části práce jsou:**

1. Popsat hlavní příznaky onemocnění gastrointestinálního (dyspepsie, celkové příznaky, krvácení).
2. Charakterizovat invazivní vyšetření (koloskopie, anatomicko-fyziologický popis tlustého střeva, indikace, kontraindikace, ošetrovatelská péče před vyšetřením i po něm, příprava, poučení pacienta, technika vyšetření, definování ošetrovatelských diagnóz).



3. Charakterizovat ezofagogastroduodenoskopii (anatomicko-fyziologický popis, indikace k tomuto výkonu, kontraindikace, ošetrovatelskou péči před tímto vyšetřením a po něm, stanovit ošetrovatelské diagnózy).
4. Popsat hlavní komplikace těchto invazivních výkonů.
5. Vytvořit edukaci pro pacienta před koloskopickým vyšetřením.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1. Hlavní příznaky onemocnění gastrointestinálního traktu

Mezi hlavní příznaky onemocnění gastrointestinálního traktu patří především dyspeptické obtíže. Dyspepsie, je komplex nepříjemných a/nebo bolestivých subjektivních vjemů, spojovaných s poruchami trávení v nejširším slova smyslu (Seifert, 2012 str. 3).

**Dyspepsii** můžeme členit na dyspepsii **horního typu** (s příčinami onemocnění v horní části gastrointestinálního traktu, včetně pankreato-biliárních) a **dolního typu** (označovanou jako dyspepsii střevní).

### 1.1 Příznaky dyspepsie horního typu:

- Porucha chuti k jídlu, předčasná sytost, plnost, tlak po jídle
- Říhání, škytavka, pálení žáhy, pachuť v ústech
- Regurgitace
- Nauzea, zvracení
- Bolest v epigastriu

### 1.2 Příznaky dyspepsie dolního typu:

- Porucha defekace, ve smyslu změny ve frekvenci a konzistenci stolice (průjem, zácpa)
- Tenesmus, meteorismus

### 1.3 Celkové příznaky

Mezi celkové příznaky lze zařadit bolesti břicha, úbytek hmotnosti, únavu, subfebrilii a nesnášenlivost určitých jídel.

## 1.4 Krvácení

Krvácení do trávicího ústrojí je závažná příhoda s relativně vysokou mortalitou. Krvácení dělíme na **zjevné a skryté** neboli okultní.

### 1.4.1 Zjevné krvácení

**Hematemeza** - zvracení krve – krev je buď tekutá nebo sražená (koagula) či změněná kyselinou chlorovodíkovou v žaludku („kávová sedlina“). Krev může pocházet ze žaludečních vředů nebo jícnových varixů.

**Meléna** – černá mazlavá dehtovitá stolice. Krev je při pasáži trávicí trubici trávena proteolytickými enzymy, degradační produkty, dávají stolici charakteristické zbarvení. Příčinou melény je krvácení z horní části trávicí trubice (od dutiny ústní po orální část tenkého střeva).

**Enteroragie** – krev je čerstvá tekutá či sražená, nebo je krev sražená a smíšená se stolicí. Zdroj krvácení je obvykle v tlustém střevu nebo rektu. Jako enteroragie se může projevit i masivní krvácení do horní části trávicí trubice, pokud je velikost krevní ztráty alespoň 1000 ml. Pasáž střevem je potom urychlena a proteolytické enzymy se nestačí uplatnit (Holubová, 2013, str. 57).

### 1.4.2 Skryté krvácení (okultní)

Klinický obraz je dán velikostí krvácení, délkou krvácení a charakterem základního onemocnění. Při větší a náhlé ztrátě krve se objeví známky anemického syndromu – bledost, slabost, dušnost, závrať, tachykardie, ortostatická hypotenze. Může dojít až ke známkám hemoragického šoku – hypotenzi, tachykardii, centralizaci oběhu a oligurii (Holubová, 2013).

Při pomalé, často skryté ztrátě, mívá pacient příznaky chronické anémie, nemusí mít však obtíže žádné a nález krvácení může být náhodný. Zde hraje velkou roli preventivní vyšetření na skryté krvácení tzv. TOKS – test na okultní krvácení ve stolici, který toto krvácení odhalí.

## 2. Invazivní vyšetření

Invazivní výkon je takový výkon, kdy se pomocí přístroje či nástroje proniká do organismu. Těchto invazivních výkonů je ve zdravotnictví celá řada, od běžných odběrů biologického materiálu, přes aplikování flexil, kanyl, portů až k rozsáhlým operačním zákrokům. Důvody jsou buď vyšetřovací, terapeutické nebo paliativní. Tyto zákroky jsou pro pacienta velmi zatěžující, jak po fyzické, tak i psychické stránce. Velmi často jsou zákroky provázené strachem nemocného. Při realizaci mého výzkumu, mi jeden pacient řekl větu: „*Sestřičko, když jdete do nemocnice tak vás tam všechno bolí.*“ Proto je důležité pacienta na toto vyšetření důkladně připravit a podat mu dostatečné množství informací, nejen aby lépe spolupracoval při zákrocích, které jeho spolupráci vyžadují, ale i proto, aby se minimalizoval jeho strach. V mé bakalářské práci bych se chtěla věnovat především dvěma vyšetřovacím metodám, a to koloskopii a gastrokopii.

## 3. Koloskopie

Koloskopie je zásadní diagnostickou metodou v gastroenterologii, která významným způsobem zpřesnila diagnostiku chorob v oblasti konečnicku a celého tlustého střeva a výrazně ovlivnila i terapii nádorového onemocnění tlustého střeva (Dítě a kol., 1996).

Jedná se o endoskopické vyšetření tlustého střeva od rekta až po slepé střevo. Je zvláště cenné při pátrání po nádorech tlustého střeva (Neuwirth, Fiferová, 1996).

Pokud je dosaženo slepého střeva (cékum – lat. *caecum*), označuje se koloskopie jako totální. V případě, že se nezdaří cékum vyšetřit, je koloskopie označena pouze za parciální (částečnou). Jedná se o vyšetření pomocí flexibilního endoskopu. Vyšetření se provádí na speciálně vybavených endoskopických vyšetřovnách, které musí obsahovat potřebné přístrojové vybavení. Vyšetření se účastní lékař, který ho provádí, a sestra, která asistuje lékaři (Holubová, Novotná, Marečková a kol., 2013 str. 94).

## 3.1 Anatomicko-fyziologický popis tlustého střeva

**Tlusté střevo** (*inestinum crassum, colon*) je konečným, asi 1,5 metru dlouhým oddílem trávicí trubice. Tlusté střevo má tyto oddíly: **vzestupný, příčný, sestupný tračník a esovitý tračník a konečník** (*colon ascendens, colon transversum, colon descendens a colon sigmoideum a rectum*). Vzestupný tračník začíná **slepým střevem**, z něhož vybíhá **červovitý přívěsek** (*appendix vermiformis*).

**Stěna** tlustého střeva je upravena pro vstřebávání vody a zahuštění obsahu a pro dokončení trávení hnitím a kvašením zbytků potravy. Sliznice nemá klky. Hlenové žlázy střevní sliznice produkují množství hlenu, chránícího stěnu střeva před poškozením látkami vznikajícími při hnití bílkovin. Pohyby tlustého střeva jsou podobné peristaltickým pohybům stěny tenkého střeva. Trávenina pobývá v tlustém střevě 8 – 12 hodin.

**Konečník** (*rectum*) je posledním 10 – 12 cm dlouhým, v pánvi probíhajícím úsekem tlustého střeva. Konečník probíhá před křížovou kostí a ústí na povrchu těla **řitním, análním otvorem**. V pánevní dutině se rektum vyklenuje v prostornou ampulu. Sliznice ampulární části je složena do tří příčných řas. Střední řasa je tvořena větší vrstvou hladké svaloviny, která tvoří přídatný svěrač rekta nepodléhající vůli. Další dva svěrače jsou uloženy v zevním ústí análního kanálu, v místě, kde rektum prochází svalovým dnem pánve. Vnitřní z obou svěračů je opět z hladké svaloviny, zevní je ze svalstva příčně pruhovaného, a má proto volní inervaci. Tímto svěračem je ovládáno vyprazdňování střeva (Černík, 2003).

## 3.2 Indikace

1. Koloskopie je indikována u nemocných s nejasnou enteroragií, u nichž předchozí vyšetření rigidními rektoskopy příčinu enteroragie neodhalilo.
2. Koloskopie je následnou metodou u osob, u nichž byla zjištěna při vyšetření Quajakovým testem přítomnost krve ve stolici.
3. Diagnostika Crohnovy choroby a nespecifického střevního zánětu.
4. Podezření na ischemickou kolitidu.

5. Divertikulární choroba.
6. Hledání primárního zdroje při nálezů nádorových metastáz v orgánech dutiny břišní.

### 3.3 Kontraindikace

1. Kontraindikací koloskopie jsou těžké, fulminantní průběhy, a to buď ulcerózní, nebo ischemické kolitidy. U těchto nemocných je významné nebezpečí vzniku střevní perforace.
2. Kontraindikováni jsou pacienti s čerstvým infarktem myokardu nebo v časných stádiích po něm.
3. Koloskopie je kontraindikována u těhotných žen v prvním trimestru.
4. Opatrnosti při provádění koloskopického vyšetření je třeba u osob léčených radiační terapií, u nichž došlo k postradiační kolitidě.
5. Absolutně kontraindikována je koloskopie u akutní divertikulitidy, a to pro nebezpečí perforace a sepse.
6. Kontraindikací jsou známky peritoneálního dráždění nebo peritonitida.
7. Obtížná až neproveditelná může být koloskopie u osob, které byly opakovaně laparotomovány, a u nichž přítomnost abdominálních srůstů dislokuje průběh střeva, takže koloskopie je pro nemocného buď subjektivně neúnosná, anebo je technicky neproveditelná.
8. Obecně neprovádíme koloskopii v případech, kdy je důvodné podezření na infekční původ kolitidy (Dítě a kol., 1996).

## 3.4 Ošetrovatelská péče o pacienta před koloskopickým vyšetřením

### 3.4.1 Farmakologická příprava pacienta na koloskopii

Při plánovaném výkonu (biopsie) je potřeba níže popsané léky před vyšetřením vysadit. Vynechání léků musí pacient konzultovat se svým praktickým lékařem nebo interním specialistou.

- **10 dní před vyšetřením:** Vysadit Ticlopidin (Tagren, Apo-Tic).
- **5-7 dní před vyšetřením s plánovaným výkonem:** Vynechat Warfarin. Pacienty s vysokým rizikem tromboembolických komplikací (např. fibrilace síní spojená s onemocněním srdeční chlopně, mechanická náhrada mitrální chlopně) je nutné převést na nízkomolekulární heparin (LMWH). Převod pacienta na LMWH je možné provést ambulantně. U vysoce rizikových výkonů by měl být LMWH vysazen nejméně 8 hodin před výkonem.
- **V den vyšetření:** Neaplikovat do konečníku žádné masti (mohlo by dojít ke zkreslení výsledků).

### 3.4.2 Obecné zásady přípravy pacienta na koloskopii

- **1 týden před vyšetřením:** Dodržovat bezezbytkovou dietu, vyvarovat se potravin obsahujících zrníčka a slupky (např. pečivo se semínky, rybíz, hroznové víno, rajská jablka, luštěniny, jahody, meloun – zrníčka a slupky přilnou ke stěvné stěně a znemožní dokonalé prohlédnutí střeva).
- **3 dny před vyšetřením:** Pokud pacient trpí zácpou, pak by již tři dny před vyšetřením měl dodržovat tekutou dietu.
- **1 den před vyšetřením:** nepít mléko, džusy a tureckou kávu. Pacient smí snídat, k obědu pouze zcela čistý bujón, nevečeří. Večer začíná očistná příprava na koloskopii.

- **V den vyšetření:** pacient smí pít tekutiny, nesnídá, ranní léky pacient může užít. Pacientům, kteří si aplikují inzulin, určí ranní dávku lékař. Neaplikovat do konečníku žádné masti (jejich aplikace by mohla zkreslit výsledek vyšetření).

### **3.4.3 Vlastní příprava pacienta na vyšetření**

Důkladná příprava pacienta na koloskopické vyšetření je velice důležitá. Cílem je dokonalé vyčištění tlustého střeva. Při nedostatečném vyčištění lze velice snadno přehlédnout patologické procesy ve střevech a ohrozit výsledek vyšetření. Druh očistné přípravy pacienta určuje ošetřující lékař (Holubová, 2013 str. 97).

Dále je důležitá psychická příprava pacienta. Vysvětlení průběhu vyšetření a uklidnění pacienta. Bezprostředně před vyšetřením se podává premedikace (Dormicum apod.).

### **3.4.4 Poučení pacienta před výkonem, informovaný souhlas**

Informovanost pacienta je pro zdárný průběh vyšetření a jeho výsledek rozhodující. Pacient má právo na informace o indikaci, která vede lékaře k vyšetření, očekávaném přínosu k diagnostice a léčbě, o přípravě k vyšetření, jeho průběhu i režimových a dietních opatřeních po něm. V neposlední řadě má nárok znát možná rizika výkonu, jejich frekvenci a možnosti eventuálního řešení. Dobře poučený pacient, jemuž je dána možnost volby (premedikace, alternativní postup), je základem nekomplikovaného průběhu vyšetření, dobře poučený pacient je pacient, který při vyšetření spolupracuje. Informace o výkonu má samozřejmě i rozměr právní, měla by být učiněna písemnou formou, podepsána pacientem i lékařem, samozřejmě ještě před započítím vyšetření a podáním premedikace. Proto je nezbytné, aby veškerý endoskopický personál (lékaři, endoskopické sestry i pomocný personál) byl erudovaný a schopný podat nemocnému co nejkomplexnější informaci. Nesmíme zanedbávat ani řádnou edukaci po provedených invazivních výkonech (dilatace, polypektomie, mukosektomie, argon-plazma koagulace, ligace, sklerotizace), opět nejlépe v písemné podobě s poučením o symptomech možných komplikací a doporučených postupech při jejich výskytu (Keil a kol., 2006).



### 3.4.5 Druhy příprav na totální koloskopické vyšetření

**Příprava pomocí fosforečnanového roztoku (NaP):** Během celé přípravy na vyšetření pacient vypije celkem 5 - 6 litrů vody. Příprava pacienta začíná kolem 14 - 15 hod dle zvyklostí oddělení. Před samotnou přípravou a na základě ordinace lékaře aplikuje sestra pacientovi Torecan nebo Degan 1 amp. intramuskulárně nebo intravenózně (není vždy nutné). Poté sestra zahřeje nejlépe v horké lázni první lahvičku NaP roztoku cca na 60°C, doplní stejným množstvím vlažné vody a pacient tento roztok vypije. Po této první dávce NaP roztoku, by měl pacient vypít 4 litry vody. Kolem 4 hodiny ranní (nejlépe však 4 hodiny před vyšetřením) vypije pacient druhou lahvičku NaP roztoku opět ohřátého na 60°C, doplněný stejným množstvím vlažné vody, a zapije 1 litrem tekutin. Pokud neurčí lékař jinak – ranní léky pacient smí užít.

**Příprava pacienta pomocí Fortrans:** Vlastní příprava na vyšetření (popíjení roztoku) začíná kolem 16 hodin a končí ve 20 hodin. Dle ordinace lékaře aplikuje sestra pacientovi Torecan nebo Degan 1 amp., intramuskulárně nebo intravenózně (není vždy nutné). Balení *Fortrans* obsahuje 4 sáčky. Každý sáček je třeba rozpustit v 1 litru vlažné vody a vypít v průběhu jedné hodiny (tzn. vypít 4 litry roztoku během 4 hodin). Každý jeden litr tekutiny by měl pacient pít po dávkách 250 ml v časovém rozmezí – 10 min. pít a 5 min. chodit. Celý cyklus opakovat do vypití 4 litrů tekutin, tedy celého balení *Fortrans*. Po vypití 2 litrů odchází z těla řídká stolice, po třech litrech obvykle jen voda. *Fortrans* nezatěžuje organismus (pacient vypije 4 litry tekutiny a 4 litry také vyloučí). Přípravek nezpůsobuje střevní ani plazmatickou nerovnováhu organismu. Po vypití přípravku *Fortrans* může pacient do vyšetření pít čiré tekutiny (ne mléko a džusy).

**Příprava pacienta pomocí přípravku Picoprep:** Picoprep je prášek, který je určen k perorálnímu použití. Obsahuje pikosulfát sodný, což je projímadlo, které působí na zvýšení aktivity střeva. Další složkou přípravku je magnesium citrát, který ve střevech zadržuje vodu, a tím je pomáhá čistit. Picoprep obsahuje dva sáčky. Vlastní očistná příprava začíná kolem 15 hod., kdy pacient vypije první dávku preparátu Picoprep a za 6 - 8 hod. užije druhou, poslední dávku přípravku. Obsah každého sáčku je třeba rozpustit v šálku vody (o obsahu cca 150 ml). Vzniklý roztok se musí míchat po dobu 2 až 3 min. až do vzniku téměř bílé, zakalené tekutiny se slabou pomerančovou vůní (ačkoliv má tento roztok příjemnou vůni, tak dle pacientů chutná stejně odporně jako ty předchozí dva – NaP a Fortrans). V souvislosti

s chemickými reakcemi se nově vzniklý roztok zahřeje, a proto je vhodné před konzumací vyčkat na jeho ochlazení. Tento roztok vyšetřovaný vypije a poté začíná pít první dávku 1,5 - 2 litry průzračných tekutin. Tekutiny popíjí po dobu 4 - 6 hod. Po 6 - 8 hod. od vypití první dávky je třeba zhotovit druhou dávku, a to stejným způsobem, a opět zapít, teď již druhou dávkou 1,5 - 2 litry průzračných tekutin. K zamezení dehydratace by měl pacient vypít každou hodinu přibližně 250 ml vody nebo jiného čirého nápoje, a to až do konce působení laxativního účinku (účinek nastupuje po 1 - 3 hod. po užití prvního sáčku přípravku).

### **3.4.6 Druhy příprav na parciální koloskopické vyšetření**

U parciálních koloskopií (sigmoideoskopie) se na doporučení gastroenterologa používá k přípravě preparát Yal klyzma (hypertonický roztok sorbitolu a docusatu s laxativním účinkem), který se aplikuje per rektum asi 30 - 60 min. před vyšetřením bez jakékoli další dietní přípravy. Pro dokonalou očistu se většinou podávají dvě klyzmata, a to večer před vyšetřením a v ranních hodinách v den vyšetření.

#### **Součástí přípravy pacienta na koloskopické vyšetření je:**

- sledovat a hodnotit množství, barvu a konzistenci stolice (všechny tyto ukazatele napovídají, zda je příprava efektivní),
- zajistit pomoc (případě nutnosti) při hygienické očiště po každém vyprázdnění.

### **3.4.7 Technika vyšetření**

Koloskop je zaváděn pacientovi obvykle v poloze na levém boku. Zaváděný konec přístroje je třeba zvlhčit. Těsně před vyšetřením je třeba vždy vyšetřit nemocného per-rectum, což lékaři umožní přesvědčit se:

1. zda zavedení přístroje nebude pro pacienta bolestivé,
2. zda při zavádění je třeba zvláštní opatření např. pro hmatnou rezistenci, zvětšenou prostatu, nález anální fisury či stenózy. Nezanedbatelná je i skutečnost, že digitální vyšetření do určité míry připravuje nemocného na zvedení vlastního přístroje (Dítě a kol., 1996).

### 3.5 Ošetrovatelská péče

Ošetrovatelská péče vychází z jednotlivých fází ošetrovatelského procesu. Podle Doenges Moorhouse (2001, str. 11): „*Ošetrovatelský proces je účinnou metodou usnadňující klinické rozhodování a řešení problematických činností.*“ Cílem tohoto procesu je kvalitní ošetrovatelská péče, která vede k uspokojení individuálních potřeb pacienta a změně zdravotního stavu pacienta. Má 5 fází:

1. Zhodnocení potřeb pacienta – ošetrovatelská anamnéza
2. Diagnostika
3. Plánování činností
4. Realizace ošetrovatelského plánu
5. Vyhodnocení péče

1. **Zhodnocení potřeb pacienta** – k systematickému zhodnocení zdravotního stavu pacienta nám slouží nejčastěji používaný ošetrovatelský model, tedy: „Model funkčního typu zdraví“, jehož autorkou je profesorka ošetrovatelství Marjory Gordon. Model tvoří 12 oblastí, z nichž každá z nich tvoří funkční nebo dysfunkční součást zdravotního stavu pacienta.

Jsou to tyto oblasti:

- vnímání svého zdraví, aktivity k udržení zdraví
- výživa a metabolismus
- vylučování
- aktivita a cvičení
- spánek a odpočinek
- vnímání, poznávání

- sebepojetí, sebeúcta
- plnění rolí, mezilidské vztahy
- sexualita, reprodukční schopnost
- stres, zátěžové situace, jejich zvládnání
- víra a životní hodnoty
- jiné

2. **Diagnostika** – je myšlenkový proces, jehož úkolem je stanovit ošetrovatelské problémy, určení ošetrovatelských diagnóz, vázaných na změnu zdravotního stavu pacienta a zaznamenání do ošetrovatelského plánu.
  
3. **Plánování činností** – význam ošetrovatelského plánu je v individualizaci potřeb pacienta. Pomáhá vyjasnit priority ošetrovatelské péče a slouží k předání informací všem členům v ošetrovatelském týmu. Je zaměřena tak, aby pacient získal zpět potřebnou soběstačnost a psychosomatickou rovnováhu v co nejkratším čase a podle jeho schopností.
  
4. **Realizace ošetrovatelského plánu** – v této fázi je ošetrující sestrou poskytována cílená individuální péče.
  
5. **Vyhodnocení péče** – v poslední fázi ošetrovatelského procesu sestra zjišťuje a srovnává skutečný stav pacienta s očekávanými výsledky ošetrovatelského plánu péče.

### 3.6 Ošetrovatelská péče o pacienta po koloskopickém vyšetření

- informovat ošetřujícího lékaře o návratu pacienta z vyšetření,
- zajistit pacientovi předepsaný stravovací a pitný režim, nejčastěji je podávána tekutá strava; dietní režim po vyšetření záleží na závažnosti provedeného výkonu; sestra se řídí dle pokynů gastroenterologa, který vyšetření prováděl,
- sledovat celkový stav a subjektivní potíže pacienta (bolest, meléna, příměs krve ve stolici, nevolnost, nauzea, stav vědomí, FF, známky šoku- tachykardie, hypotenze, bledost a cyanóza),
- sledovat možné komplikace, u pacientů hrozí riziko vagové reakce – zvracení, dušení, do 24 hod. (výjimečně i později) se mohou rozvinout příznaky perforace střevní stěny, které se projeví bolestí břicha s možností většího krvácení z konečníku. V tomto případě je nutné ihned informovat lékaře,
- pozorovat dodržování předepsaného režimu po výkonu,
- sledovat a zaznamenávat pacientovu možnou bolest (v případě výskytu bolesti by měla sestra informovat lékaře a na základě jeho ordinace aplikovat analgetika a sledovat jejich účinek),
- sledovat první stolici po vyšetření (vzhled, konzistence, barva, příměsi), zaznamenávat veškeré ošetrovatelské výkony, které byly provedeny u pacienta a změny zdravotního stavu do ošetrovatelské dokumentace (Holubová, 2013, str. 105).

### 3.7 Ošetrovatelské diagnózy u pacientů po koloskopickém vyšetření (Taxonomie II NANDA 2012-2014)

Diagnózy jsou seřazeny podle domén v rámci Taxonomie II NANDA

Tabulka 1 Ošetrovatelské diagnózy stanovené u pacienta po koloskopickém vyšetření

Diagnóza	Doména	Třída
Riziko sníženého objemu tekutin v organismu <b>0028</b>	2. výživa	Hydratace
Riziko oslabení lidské důstojnosti <b>00174</b>	6. Sebepercepce	Sebepojetí
Strach <b>00148</b>	9. Zvládání/tolerance zátěže	Reakce na zvládání zátěže
Riziko krvácení <b>00206</b>	11. Bezpečnost/ochrana	Fyzické poškození
Riziko poškození <b>00035</b>	11. Bezpečnost/ochrana	Fyzické poškození
Riziko narušení integrity kůže <b>00047</b>	11. Bezpečnost/ochrana	Fyzické poškození
Zhoršený komfort <b>00214</b>	12. Komfort	Tělesný komfort
Akutní bolest <b>00132</b>	12. Komfort	Tělesný komfort

Výběr a pořadí ošetrovatelských diagnóz stanoví ošetřující sestra na základě aktuálního stavu a potřeb pacienta, diagnóza musí odpovídat získaným informacím.

## 4. Esofagogastroduodenoskopie

Esofagogastroduodenoskopie je endoskopické vyšetření jícnu, žaludku a dvanáctníku. Synonymem EGDS je gastroskopie avšak tento zkrácený název nepopisuje přesně vyšetření ve smyslu vyšetřovaných anatomických struktur (Holubová, 2013 str. 81).

Důvodem vyšetření je podezření na onemocnění jícnu, žaludku, dvanáctníku a/nebo horní části jejunu. Vyšetření umožňuje přímé vizuální zobrazení sliznice, odběr vzorků k dalším vyšetřením, popřípadě léčebný zákrok (např. ošetření krvácení, odstranění abnormální tkáně, zmenšení nádoru, zprůchodnění nebo rozšíření zúženého úseku trávicího ústrojí, odstranění cizího tělesa, zavedení kovového, plastového či biodegradabilního stentu. Ohebný tenký přístroj (endoskop) je zaveden ústy do jícnu a pod zrakovou kontrolou lékaře do dalších úseků horní části trávicího ústrojí.

### 4.1 Anatomicko-fyziologický popis jícnu, žaludku a tenkého střeva s jeho oddíly

**Jícen** (*oesophagus*) je svalová trubice, která spojuje hltan se žaludkem. Jícen je dlouhý Asi 25-28 cm. Svalovina jícnu vykonává při polykání peristaltické pohyby, takže sousto (i tekuté) prochází jícnem aktivně – je posouváno smršťováním svaloviny. V klidu jsou stěny jícnu přiloženy k sobě.

**Žaludek** (*gaster*) má podobu vaku hruškovitého tvaru. Je uložen v horní části dutiny břišní a z větší části zasahuje pod levý žeberní oblouk. Žaludek se skládá z kardié (*česlo*), těla (*corpus*) a pyloru (*vrátník*). Může pojmout asi 1 - 1,5 litru rozmělněné potravy. Strava je v žaludku mechanicky rozmělněná, promíchána s žaludeční šťávou a v peristaltických vlnách posouvána do další části trávicí trubice, do tenkého střeva. Má dvě funkce: je to zásobník pro právě přijatou potravu, která se zde promíchá a vzniká tzv. **trávenina** a vylučuje **žaludeční šťávu**. Ta obsahuje **kyselinu chlorovodíkovou, pepsin, žaludeční lipázu a mucin**. Nejdůležitějším enzymem je pepsin, který štěpí bílkoviny, žaludeční lipáza štěpí

tuky na glycerol a mastné kyseliny - její účinnost je nepatrná. Mucin je produkt hlenových žlázek, povléká povrch žaludeční sliznice, kterou tak chrání před natrávením kyselinou chlorovodíkovou. Kyselina chlorovodíková okyseluje obsah žaludku, rozvolňuje vlákna masa, sráží mléko a ničí choroboplodné bakterie (Lukáš a kol., 2005).

**Tenké střevo** (*intestinum tenue*) - je trubice navazující na žaludek, zhruba 3 - 5 m dlouhá a 3 - 4 cm široká. Na začátku je nejširší, ke konci se zužuje. V pravé dolní části břicha (v pravé jámě kyčelní) přechází do střeva tlustého. Tenké střevo má tři úseky: **dvanáctník, lačník a kyčelník**.

**Dvanáctník** (*duodenum*) je podkovovitě zahnutá trubice o průměru 2,5 – 3 cm, dlouhá asi 25 cm. Do dvanáctníku ústí vývod trávicích žláz ze slinivky břišní a vývod žlučový ze žlučníku. Obě žlázy ústí na malé vyvýšení – Vaterské papile.

Vnitřní povrch tenkého střeva, na kterém dochází ke štěpení a vstřebávání většiny látek obsažených v potravě, je mnohonásobně zvětšen slizničními řasami a mikroskopickými paličkovitými výběžky – **klky** (plocha klků je obrovská – asi 40 m<sup>2</sup>).

**Lačník a kyčelník** (*jejunum a ileum*) jsou poskládány v kličky. Při narovnání tenkého střeva do přímky by dosahovalo délky 3 -5 metrů (Dylevský, 2000).

## 4.2 Indikace

1. Zjištění rigidity a elasticity stěny.
2. Provádění cílené biopsie.
3. Odstranění polypů.
4. Stavění krvácení.
5. Extrakce cizího tělesa.
6. Stanovení volné HCl chromodiagnostickou technikou.
7. Stanovení přítomnosti *Helicobacter pylori* ureázovou reakcí.
8. Dilatace stenóz.
9. Zavedení endoprotézy při stenozyjících procesech v jícnu, popřípadě v pyloru.
10. Provedení endoskopické gastrostomie.



Nejčastěji je ezofagogastroduodenoskopie prováděna při epigastrických bolestech, při krvácení (hemateméza, meléna, anemizace) a při dyspeptické symptomatologii.

## **4.3 Kontraindikace**

1. Zcela nespolupracující pacient.
2. Perforace trávicí trubice či podezření na ni.
3. Těžká dušnost kardiálního nebo plicního původu.
4. Šok.
5. Flegmonózní ezofagitida.
6. Zenkerův divertikl.
7. Rozsáhlé aneurysma hrudní aorty.
8. Akutní infarkt myokardu.
9. Akutní tonzilitida.

Některé z těchto kontraindikací mohou být za určitých okolností relativní. Vždy záleží na individuálním posouzení konkrétní situace (Dítě a kol., 1996).

## **4.4 Ošetrovatelská péče o pacienta před gastrokopickým vyšetřením**

### **4.4.1 Farmakologická příprava pacienta na gastrokopii**

Pro snížení rizika krvácivé komplikace se některé léky (Warfarin, Lawarin, Pradaxa, Plavix, Iscover, Ticlid, Prasugrel, Heparin, Anopyrin, Aspirin, Godasal a některé další) přechodně před vyšetřením vysazují, nebo se provádí kontrola jejich účinnosti. Je nutné probrat s odesílajícím i vyšetřujícím lékařem všechny léky, které aktuálně pacient užívá. Před vyšetřením je třeba nahlásit, pokud má pacient zaveden kardiostimulátor nebo kardioverter.

#### 4.4.2 Obecné zásady přípravy pacienta na gastrokopii

- zajistit informovaný souhlas s navrhovaným vyšetřením a postupem, který pacient potvrdí svým podpisem (potvrzení podpisem a vyžádání souhlasu zajišťuje lékař),
- v případě potřeby nabídnout pacientovi noc před vyšetřením sedativa dle ordinace lékaře,
- zajistit, aby pacient před vyšetření požadovanou dobu nejedl, nepil, nekouřil,
- zkontrolovat dodržení podmínek přípravy na vyšetření. Např. dotaz: „Kdy jste naposledy jedl/a, pil/a, kouřil/a a užil/a léky?“,
- postup přípravy pacienta k endoskopickému vyšetření zapsat do ošetrovatelské dokumentace (zdravotnický personál na endoskopickém sálku tak bude vědět, jak se pacient na vyšetření připravoval a jak přípravu zvládnul po psychické i fyzické stránce),
- změřit, posoudit a zaznamenat fyziologické funkce (FF) pacienta, dle ordinace lékaře, v případě výskytu patologických hodnot, hlásit lékaři,
- v případě indikace lékaře aplikovat funkční periferní žilní katétr (např. u výkonů ligace či sklerotizace jícnových varixů, endoskopické polypektomie, dilatace jícnu),
- zajistit psychologickou přípravu a zklidnění pacienta,
- zmírnit strach a obavy pacienta – vysvětlit pacientovi, jak bude vyšetření probíhat; kolik zdravotníků bude u výkonu přítomno (gastroenterolog a sestra, která asistuje lékaři), kde se výkon bude provádět (gastroskopická vyšetřovna); sdělit, kdy po výkonu může jíst a pít; vysvětlit, jaké pocity bude pravděpodobně pacient mít (upozornit na možnost pocitu nepříjemného tlaku v žaludku vzhledem k pohybu gastroskopu a při insuflaci vzduchu do žaludku, který vyvolá pocit nafouknutého břicha); odůvodnit vložení ústního kroužku do úst pacienta (prevence poškození endoskopického přístroje, nejčastěji pokousáním); popsat polohu pacienta při vyšetření (pacient leží na levém boku s pokrčenými dolními končetinami); doporučit vyšetřovanému hluboké a pomalé dýchání během výkonu, a to těsně po

zavedení fibroskopu, kterým překoná nepříjemné pocity dávení nebo na zvracení; zodpovědět dotazy pacienta,

- požádat pacienta, aby odložil zubní protézu a brýle,
- zajistit odvoz pacienta na vyšetření (za doprovodu zdravotnického pracovníka, který doručí pacientovi zdravotnickou dokumentaci).

(Holubová, Novotná, Marečková a kol. 2013)

#### **4.4.3 Vlastní příprava pacienta na vyšetření**

- před plánovanou EGDS pacient od půlnoci nesmí jíst
- nesmí kouřit
- večer před výkonem nekonzumuje alkoholické nápoje
- pít lze průhledné tekutiny (voda, minerálka, ovocný čaj) naposledy v objemu 2 dcl 2 hodiny před vyšetřením, kdy je možné i zapít pravidelně užívané léky
- 6 hodin před vyšetřením neužívá antacida (Maalox, Gaviscon)

#### **4.4.4 Technika vyšetření**

Nejdříve je nemocný poučen, jak bude výkon probíhat. Pak sestra uvolní nemocnému oděv a vyjme zubní protézu, pokud ji nemocný má. Sestra také podá odpěňovací prostředek a aplikuje dle ordinace lékaře lokální anestezii hltanu. Pak uloží nemocného na levý bok (přístroj lze zavést i vsedě, je to však méně výhodné).

Do úst mezi zuby se vloží ochranný kroužek, sestra dbá na mírně ventrálně flektovanou hlavu (často je nutné, aby sestra tento ochranný kroužek přidržovala v ústech pacienta a zajišťovala správnou polohu hlavy). Kroužkem se přístroj zavede do hltanu, pokud možno do jeho středu. Nemocný se vyzve k vydatnému polknutí. Pokus o polknutí je někdy

nutno provést několikrát, než se dostaví úspěch. Vyšetřující provádí jen mírný, tlak na přístroj (Dítě a kol., 1996).

## **4.5 Ošetrovatelská péče o pacienta po gastrokopickém vyšetření**

- informovat ošetřujícího lékaře o návratu pacienta z vyšetření
- zajistit předepsaný stravovací režim (pacient může jíst a pít 30 minut po vyšetření), sestra vždy postupuje dle pokynů lékaře, který vyšetření prováděl
- monitorovat fyziologické funkce a vědomí pacienta (dle ordinace lékaře); v případě terapeutických výkonů (např. ligaci jícnových varixů) se nejčastěji sledují první čtyři hodiny po výkonu TK, P každou hodinu; v případě fyziologických hodnot, které nenasvědčují krvácení, se dále již v hodinovém sledování fyziologických hodnot nepokračuje a přechází se na standardně ordinované sledování fyziologických funkcí; jestliže byla provedena pouze EGDS bez terapeutických výkonů, fyziologické funkce se standardně nemonitorují
- sledovat celkový stav pacienta, známky krvácení a subjektivní potíže pacienta (bolest, nadýmání, plynatost, meléna, nauzea, zvracení, příměs krve ve zvracích, stav vědomí, FF, známky šoku – tachykardie, hypotenze, bledost a cyanóza)
- pozorovat dodržování předepsaného režimu po výkonu
- sledovat a zaznamenávat pacientovu možnou bolest (v případě výskytu bolesti by měla sestra informovat lékaře a na základě jeho ordinace aplikovat analgetika a sledovat jejich účinek)
- průběžně zaznamenávat veškeré ošetrovatelské výkony, které byly provedeny u pacienta, a změny zdravotního stavu do ošetrovatelské dokumentace

(Holubová, Novotná, Marečková a kol. 2013, str. 87).

## 4.6 Ošetrovatelské diagnózy u pacientů po gastrokopickém vyšetření (Taxonomie II NANDA 2012-2014)

Diagnózy jsou seřazeny podle domén v rámci Taxonomie II NANDA

Tabulka 2 Ošetrovatelské diagnózy u pacienta po gastrokopickém vyšetření

Diagnóza	Doména	Třída
Riziko oslabení lidské důstojnosti <b>00174</b>	6. Sebepercepce	Sebepojetí
Strach <b>00148</b>	9. Zvládání/tolerance zátěže	Reakce na zvládání zátěže
Riziko krvácení <b>00206</b>	11. Bezpečnost/ochrana	Fyzické poškození
Riziko poškození <b>00035</b>	11. Bezpečnost/ochrana	Fyzické poškození
Riziko narušení integrity kůže <b>00047</b>	11. Bezpečnost/ochrana	Fyzické poškození
Zhoršený komfort <b>00214</b>	12. Komfort	Tělesný komfort
Akutní bolest <b>00132</b>	12. Komfort	Tělesný komfort

Výběr a pořadí ošetrovatelských diagnóz stanoví ošetřující sestra na základě aktuálního stavu a potřeb pacienta, diagnóza musí odpovídat získaným informacím.

## 5. Komplikace endoskopických výkonů

Komplikace při endoskopickém vyšetření jsou vzácné.

### 5.1 Možné komplikace po koloskopickém vyšetření

Jsou celkové:

- Alergická nebo toxická reakce na podané léky (Mesocain, premedikaci, jodovou látku).
- Komplikace v návaznosti na podání premedikace (útlum dechového centra).
- Kardiorespirační komplikace (aspirace, útlum dechu, arytmie).
- Infekční komplikace (septické komplikace – vyplavení bakterií do oběhu, kontaminované instrumentárium).
- Endoskopické komplikace (perforace střeva, krvácení, syndrom koagulovaného střeva).
- Vzácněji – akutní pankreatitida.

### 5.2 Možné komplikace po esofagogastroduodenoskopii

- Alergická nebo toxická reakce na podané léky (Mesocain, premedikaci, jodovou látku).
- Poranění orofaciální oblasti a jícnu.
- Intubace dýchacích cest.
- Riziko aspirace (především u pacientů ošetřovaných urgentně např. při krvácení).
- Krvácení (např. z jícnových varixů při odběru materiálu na histologické vyšetření).
- Kardiorespirační komplikace.
- Komplikace v návaznosti na podání premedikace (útlum dechového centra).
- Infekční komplikace (kontaminované instrumentárium, rozšíření endogenních patogenů GIT do vnitřního prostředí).
- Perforace vyšetřovaného orgánu.

## 6. Edukace

Pojem edukace pochází z latinského slova *educare*, *educare* to znamená vést vpřed, vychovávat. Edukace je proces, při němž se snaží edukátor navodit pozitivní změny ve vědomostech, návycích, postojích a dovednostech edukovaného jedince tím, že ovlivňuje jeho jednání a chování. Edukace je tedy učení a výchova jedince (Juřeníková, 2010).

V ošetrovatelství je edukace součástí ošetrovatelského procesu a má v něm nezastupitelnou roli. Je zaměřena na různé oblasti (např. provádění sebek péče, obnovení nebo zachování soběstačnosti, na primární nebo sekundární prevenci). Edukovat můžeme pacienta jeho rodinu nebo komunitu.

V ošetrovatelství pomáhá edukace udržet či navrátit zdraví, předcházet nemocem a zlepšit kvalitu života (Juřeníková, 2010).

### 6.1 Role sestry

Sestra diagnostikuje edukační potřeby pacienta, realizuje, koordinuje, hodnotí je a vytváří edukační materiály. Jako edukátor poskytuje pacientovi vědomosti a zkušenosti, radí mu a podporuje ho. Je to uloženo vyhláškou č. 424/2004 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků (§4), (Juřeníková, 2010; Sběrka zákonů).

Edukace v ošetrovatelství je založena na komunikaci a zpětné vazbě mezi sestrou a pacientem, nebo jeho rodinou. Pro komunikaci s pacientem by sestra, měla mít dobré komunikační dovednosti a znalosti. Vzájemná komunikace mezi sestrou (edukátorem) a pacientem (edukantem), by měla být jasná, jednoduchá a srozumitelná, používat co nejméně odborných termínů, popřípadě odbornou terminologii vysvětlit (Juřeníková, 2010).

Každý pacient má na edukaci právo stejně jako na informace. Právo na informace je stanoveno i etickým kodexem práv pacientů takto: „*Každý pacient má právo získat od svého ošetrujícího lékaře údaje potřebné k tomu, aby mohl před zahájením každého dalšího nového diagnostického a terapeutického postupu zasvěceně rozhodnout, zda s ním souhlasí. Vyjma případů akutního ohrožení má být náležitě informován o případných rizicích, která jsou s uvedeným postupem spojena. Pokud existuje více alternativních postupů nebo pokud pacient*

*vyžaduje informace o léčebných alternativách, má na seznámení s nimi právo. Má rovněž právo znát jména osob, která se na nich účastní“ (Haškovcová, 1996, s. 27).*

## **6.2 Příklad edukace pacienta před koloskopickým vyšetřením**

Edukace je přísně individuální proces, každý pacient je jiný a proto je nutné edukaci vést tak, aby byla pro pacienta srozumitelná, přínosná a aby byl schopný si odnést co nejvíce potřebných informací. Edukaci je tedy nutné přizpůsobit daným možnostem pacienta, to znamená zdravotnímu stavu, intelektu, individuálním potřebám, zkušenostem, sociálním a kulturním podmínkám, zjistit jaké informace pacient má, jestli má předchozí zkušenost, a co si myslí o daném vyšetření.

Edukace probíhá na základě vyhodnocení údajů o pacientovi, a pokud má pacient deficit v některé oblasti, stanoví se edukační diagnóza - Deficitní znalost - 00126 (NANDA II. domény) - nedostatečná informovanost o vyšetření a jeho možných komplikacích, nedostatek edukačního materiálu, žádost o informace. Cílem této edukace je, aby pacient získal základní informace o přípravě k vyšetření.

S novými informacemi by měl být pacient seznamován v klidném prostředí, jejich podání by mělo být načasované tak, aby měl pacient čas na jejich vstřebání. Informace podávané pacientovi musí být jednoduché, stručné, zřetelné, přizpůsobené věku, zdravotnímu stavu a jeho schopnosti vnímat. Během edukace sestra zjišťuje úroveň znalostí pacienta, následuje nezbytná diskuse a zodpovězení dotazů, případně zopakování potřebných informací.

Před samotným koloskopickým vyšetřením je nutné, aby pacient podstoupil přípravu k vyprázdnění celého tlustého střeva. Správná příprava je základem úspěšnosti provedení vyšetření, zmenšuje riziko komplikací a usnadňuje průběh výkonu. Pro některé pacienty může být příprava velmi náročná a nepříjemná.

Snad nejdůležitější je upozornit pacienta na dostatečný přísun tekutin. Právě velký objem tekutin dělá pacientům často problém. Dále by měl pacient alespoň 5 dnů před výkonem vynechat z potravy ovoce a zeleninu, která obsahuje slupky nebo zrníčka (např. melouny, hrozny, maliny, jahody, kiwi, rajčata, celozrnné pečivo a pečivo s mákem).



Vynechání některých léků je součástí ordinace lékaře. Lékař pacientovi přesně naordinuje, které léky může užít a které musí vynechat. Den před samotným vyšetřením, pacient lehce posnídá, k obědu dostává bujón, nevečeří.

Příprava pacienta přípravkem Fortrans: Vlastní příprava na vyšetření (popíjení roztoku) začíná kolem 16 hodiny, kdy pacient dostane první dávku přípravku Fortrans, tento přípravek se rozpustí v 1 litru vlažné vody a je třeba, aby jej pacient vypil v průběhu jedné hodiny. Takto musí pacient vypít celkem 4 litry tohoto přípravku během 4 hodin. Příprava tedy obvykle končí ve 20 hodin. Je dobré, když si pacient rozloží pití přípravku do 250 mililitrových dávek v časovém rozmezí 10 minut, takto lépe zvládne upít velké množství přípravku. Pokud má pacient nauzeu – tedy pocit na zvracení nebo dokonce zvrací, je důležité, aby tuto skutečnost oznámil sestře nebo lékaři. Na základě ordinace lékaře, sestra zajistí u pacienta žilní vstup a pacient dostane antiemetika – tedy léky, které tlumí pocit na zvracení. Po vypití 2 litrů, by měla z těla odcházet řídká stolice, po třech litrech obvykle jen voda. Po vypití přípravku Fortrans, může pacient do vyšetření pít čiré tekutiny (ne mléko a džusy). Pokud je vyšetření plánováno na pozdní odpoledne, lze 1 - 2 litry přípravku vypít později, ale nejdéle 4 hodiny před vyšetřením. Tekutiny může pít bez omezení i v den vyšetření. Ráno před vyšetřením může zapít ranní léky, nekouřit. V průběhu vyprazdňování je důležité sledovat množství, barvu a konzistenci stolice.

# PRAKTICKÁ ČÁST

## 7. Metodika výzkumu

### 7.1 Cíle empirického výzkumu

U vybraného souboru pacientů:

1. Zjistit všeobecnou informovanost pacientů týkající se invazivních vyšetření - koloskopie a gastrokopie a zjistit, z jakých zdrojů tyto informace pocházejí, a co si pacienti z těchto informací pamatují.
2. Zjistit, zda jsou pacienti poučeni lékařem těsně před vyšetřením. Zjistit, jestli skutečnost, kterou pacient prožil, odpovídala podaným informacím, případně v čem byly rozdíly. Zjistit, jestli dostali k podpisu informovaný souhlas, a jaké údaje si z něho zapamatovali.
3. Zjistit, jestli se nemocní v souvislosti s vyšetřením něčeho obávají, konkretizovat čeho se nemocní obávají.
4. Zjistit, co by poradil pacient, který vyšetření absolvoval, pacientům, kteří se na toto vyšetření teprve chystají.

### 7.2 Zkoumaný soubor

Výzkum se uskutečnil u pacientů hospitalizovaných ve Fakultní nemocnici v Hradci Králové na revmatologickém a gastroenterologickém oddělení II. Interní kliniky v období květen a červen 2015. Jednalo se o pacienty s onemocněním gastrointestinálního traktu. Vzorek tvoří muži i ženy, kteří absolvovali koloskopické nebo gastrokopické vyšetření, a dále pacienti s onemocněním gastrointestinálního traktu. Pro výzkum jsem použila smíšený přístup, který je kombinován kvalitativním a kvantitativním přístupem.

S deseti pacienty jsem uskutečnila polostrukturovaný rozhovor. Vzorek tvoří muži a ženy, kteří absolvovali buď koloskopické, nebo gastrokopické vyšetření. U koloskopického

vyšetření jsem oslovila 3 muže a 2 ženy, stejně tak u gastrokopického vyšetření 3 muže a 2 ženy, tedy dohromady 10 osob jak ukazuje tabulka 3. Výběr záležel na momentální skladbě pacientů a nebylo mým cílem je takto rozdělit. Věk nemocných se pohyboval mezi 41 a 78 lety, věkový průměr činil 62 let, u mužů 62,3 let a u žen 61,5 let viz tabulka 4.

**Tabulka 3 Zkoumaný soubor nemocných – polostrukturované rozhovory**

pohlaví	Počet	Procent
Muži	6	60%
Ženy	4	40%
Celkem	10	100%

**Tabulka 4 Věk nemocných – polostrukturované rozhovory**

Věk	Počet	Procent
41-55 let	4	40%
55-70 let	2	20%
nad 70 let	4	40%

věkový průměr celkem	62 let
Muži	62,3 let
Ženy	61,5 let

Dále jsem použila kvantitativní dotazníkový přístup, kterým jsem chtěla doplnit a potvrdit fakta, která vyplynula z uskutečněných rozhovorů. Dotazník byl rozdán celkem 58 respondentům. Administrace probíhala průběžně, dle příjmové diagnózy respondentů (pacienti s onemocněním gastrointestinálního traktu). S polovinou respondentů, tj. cca 25, jsem dotazník vyplňovala osobně nebo jsem alespoň asistovala při jeho vyplňování. Zbytek dotazníků tedy 33, rozdaly sestry (kolegyně) na oddělení revmatologie a gastroenterologie ve Fakultní nemocnici Hradec Králové. Z tohoto počtu 58, 2 respondenti odmítli dotazník vyplnit z důvodu závažnosti diagnózy (karcinom), 4 dotazníky se nevrátily, 4 se vrátily špatně vyplněné. Dotazníkového šetření se tedy zúčastnilo celkem 50 respondentů, 28 mužů a 22 žen viz tabulka 5. Věk respondentů, kteří vyplnili dotazník, se pohyboval mezi 34 a 85 lety. Výzkum probíhal s laskavým svolením, vedení II. interní kliniky (příloha č. 1)

**Tabulka 5 Zkoumaný soubor nemocných - dotazníkové šetření**

Pohlaví	Počet	Procent
Muži	28	56%
Ženy	22	44%
Celkem	50	100%

**Tabulka 6 Věk nemocných - dotazníkové šetření**

Věk	Počet	Procent
34-49 let	9	18%
49-65 let	24	48%
65-85 let	17	34%

**Tabulka 7 Zhodnocení návratnosti - dotazníkové šetření**

Celkem	Počet	Procent
Rozdáno	58	100%
Vráceno	54	93%
správně vyplněné	50	86%
špatně vyplněné	4	7%
Nevráceno	4	7%

## 7.3 Použitá metoda výzkumu

Pro získání relevantního empirického materiálu, jsem využila kvalitativní a kvantitativní přístup, tedy smíšené šetření, pro které jsem zvolila metodu polostandardizovaného rozhovoru s otevřenými otázkami a doplnila jej dotazníkovým šetřením. Rozhovor se skládal z deseti skupin otázek, na které nemocní odpovídali. Do záznamu odpovědí, jsem dále použila informace z dokumentace nemocných, konkrétně položky věk, diagnóza, a také jsem pro vyhodnocení zaznamenávala pohlaví nemocných. Tento rozhovor probíhal za hospitalizace nemocných.

Na začátku osobního setkání jsem respondenty ubezpečila o anonymitě rozhovoru. Celý rozhovor byl se souhlasem respondenta zaznamenán na diktafon a následně přepsán do protokolu. Pacienti byli informováni o tom, že mohou rozhovor kdykoliv ukončit, nebo na kteroukoliv otázku odmítnout odpovědět. Tuto možnost, žádný respondent nevyužil. U dotazníkového šetření jsem se svolením autora české verze J. Mareše, použila dotazník IPQ-R-CZ (B) – Pacientovo pojetí nemoci.

Dotazník tvořilo 20 otázek, které zjišťují současné názory pacientů na jejich onemocnění. Pomocí klíče jsem se pokusila interpretovat respondenty označené odpovědi, seřazené do pěti proměnných (závažnost nemoci, možnost ovlivnění, porozumění nemoci, negativní emoce, sociální dopady) a potvrdit teorii získanou při polostrukturovaných

rozhovorech. Dosažené výsledky zkoumaného souboru jsou zaznamenány a interpretovány v tabulkách nebo v grafech. U některých položek jsou údaje v tabulkách i v grafech. Údaje, které jsou v tabulkách, mají uvedenou absolutní četnost. Relativní četnost je uvedena v procentech, zaokrouhlena pro přehlednost vždy na celá čísla. Výsledky jsou uvedeny jak v procentech, tak celých číslech. Informace od respondentů jsem zpracovala a vyhodnotila pomocí programu Microsoft Office Excel a Microsoft Office Word.

### **Rozhovor se skládal z následujících otázek:**

1. Měl/a jste nějaké **předběžné** informace o daném vyšetření (koloskopie, gastrokopie) dříve, než jste šla do nemocnice a vyšetření absolvoval/a?
2. Uveďte, z kterých **zdrojů** tyto Vaše předběžné informace byly (internet, rodina, přátelé, informační leták, časopis, praktický lékař, apod.)?
3. Co hlavního jste si z těchto předběžných informací **odnesl/a**? Řekněte nám to svými slovy.
4. **V nemocnici**, před samotným vyšetřením, Vám o tomto vyšetření něco říkali lékař i sestra. Co hlavního jste si z tohoto odborného poučení zapamatoval/a?
5. Jít na nějaký výkon v nemocnici je pro pacienta obvykle náročné. Jaké **pocity** jste zažíval/a před tímto výkonem Vy osobně?
6. Pokud jste pociťoval/a určité obavy nebo strach, čeho jste se vlastně bál/a?
7. Teď, s odstupem času, už můžete **porovnat** to, co Vám řekli před vyšetřením zdravotníci a to, co jste na vlastní kůži zažil. V čem odborné poučení odpovídalo skutečnému průběhu vyšetření a naopak: v čem se skutečný průběh lišil od toho, co Vám řekli?
8. Co by (podle Vás) měli zdravotníci do poučování pacientů před výkonem určitě **zdůraznit** a co by měli ještě do standardního poučení **doplnit**?
9. Po výkonu si lidé, kteří nepříjemný výkon podstoupili, o něm povídají se spolupacienty a známými. Myslíte si, že se Váš zážitek lišil od toho, co jste od lidí slyšel/a, že byl v něčem výjimečný? Pokud ano, tak v čem konkrétně?
10. Co byste poradil/a dalším pacientům, kteří na tento výkon teprve čekají?

## 7.4 Předvýzkum

Pilotní studie byla provedena také na Oddělení revmatologie a gastroenterologie ve Fakultní nemocnici Hradec Králové s 5 respondenty. Na základě výsledků této studie byly upraveny otázky pro hlavní rozhovor. Zde je ukázka jednoho z rozhovorů, zbytek rozhovorů z předvýzkumu se nachází v příloze č. 3.

### **Rozhovor se skládal z následujících otázek:**

1. Měl jste informace týkající se vyšetření (koloskopie, gastroskopie) dříve než jste vyšetření absolvoval?
2. Kde jste tyto informace získal? (internet, rodina, přátele, informační leták, časopis, praktický lékař, jiné....)
3. Byl jste těsně před vyšetřením informován od Vašeho ošetřujícího lékaře, sestry o průběhu vyšetření?
4. Informacím, které jste získal, jste rozuměl?
5. Jaký jste měl pocit před vyšetřením? (strach, obavy, jiné....)
6. Jestli jste měl strach, obavy, čeho se tyto obavy týkaly, nebo o co jste se obával? (bolest, diagnóza, stud)
7. Jak jste ve skutečnosti prožíval vyšetření?
8. Naplnily se Vaše obavy?
9. Chcete mi sdělit ještě něco dalšího?

## 7.5 Výsledky předvýzkumu

(přepis autentických rozhovorů a jejich analýza)

### 7.5.1 1. rozhovor

žena B. A., 73 let, diagnóza: funkční dyspepsie, vyšetření: gastroskopie

**1) Měl (měla) jste informace týkající se vyšetření (koloskopie, gastroskopie) ještě dříve, než jste toto vyšetření absolvoval (absolvovala)?**

*„Ano, měla jsem nějaké informace, ale moc toho nebylo.“*

**2) Kde jste tyto informace získal (získala)? (internet, rodina, přátelé, praktický lékař, jiné...)**

*„Pan doktor, od lékaře to vím.“*

**3) Byl (byla) jste před vyšetřením informován (informována) od Vašeho ošetřujícího lékaře, sestry?**

*„Ano, to jsem podepisovala informovaný souhlas, a při tom mi lékař sdělil, co se se mnou bude dít.“*

**4) Informacím, které jste získal (získala) jste rozuměl (rozuměla)?**

*„Ano rozuměla. Věděla jsem, že musím otevřít ústa, potom mi do pusy zavedou hadici, a že musím spolupracovat, polykat a polykat.“*

**5) Jaký jste měl (měla) pocit těsně před vyšetřením? (strach, obavy, jiný...)**

*„To jsem měla strach. To má asi každý. To víte, co bude.“*

**6) Jestli jste měl (měla) strach, obavy, čeho se tyto obavy týkaly, nebo o co jste se obával (obávala)? (bolest, diagnóza, stud)**

*„Obávala jsem se bolesti, a také jsem se bála, aby tam něco nebylo, proto jsem to vyšetření podstoupila, protože jsem měla problémy. Také jsem měla obavy co bude dál. Nevěděla jsem, co se bude dít.“*

**7) Jak jste ve skutečnosti prožíval (prožívala) vyšetření?**

*„Vyšetření probíhalo dobře. Představovala jsem si, že to bude strašné, ale ve skutečnosti ten strach nestál za to. Důležitá byla spolupráce s lékařem.“*

**8) Naplnily se Vaše obavy?**

*„Ne, nenaplnily.“*

**9) Chcete mi sdělit ještě něco dalšího?**

*„Vyšetření probíhalo v klidu a v pohodě. Všichni byli hodní. A důležité bylo, že mi řekli, že je všechno v pořádku. To si člověk oddychne.“*

**7.5.1.1 Komentář k předvýzkumu – k rozhovoru 1**

Pacientka měla předběžné informace týkající se gastrokopického vyšetření. Tyto informace, jí sdělil ošetřující lékař. Těsně před vyšetřením bylo pacientce podáno podrobné vysvětlení o průběhu vyšetření, věděla, že je důležitá spolupráce. Pacientka, měla před vyšetření strach. Obavy měla konkrétně z bolesti, z možné diagnózy a sociálních dopadů. Tyto obavy se nenaplnily. Průběh vyšetření odpovídal podaným informacím, pacientka byla překvapena z hladkého průběhu. Ulevilo se jí, když jí lékař sdělil, že je vše v pořádku.



## 8. Výsledky výzkumu

### 8.1 Výsledky rozhovorů a jejich rozbor

(přepis autentických rozhovorů)

#### 8.1.1 1. rozhovor

muž, 55 let, dg. polyp tlustého střeva, vyšetření – koloskopie

**1. Měl/a jste nějaké předběžné informace o daném vyšetření (koloskopie, gastrokopie) dříve, než jste šel/a do nemocnice a vyšetření absolvoval/a?**

*„Ano jistě, jednak jsem věděl, že je to docela dobré a důležité vyšetření. Je to preventivní vyšetření pro případ zjištění negativních procesů v tlustém střevě, také jsem slyšel, že je to pěkně hnusné.“*

**2. Uveďte, z kterých zdrojů tyto Vaše předběžné informace byly (internet, rodina, přátelé, informační leták, časopis, praktický lékař, apod.)?**

*„Jednak od rodiny a jednak od jednoho kamaráda. Ten toto vyšetření absolvoval a měl vlastní zkušenost.“*

**3. Co hlavního jste si z těchto předběžných informací odnesl/a? Řekněte nám to svými slovy:**

*„Hlavně to, že je to z preventivního hlediska velice dobré a že to na relativně dlouhou dobu, vylučuje negativní procesy ve střevě. A také je to o tom, že tam nebudu muset jít hned za čtrnáct dní znova.“*

**4. V nemocnici, před samotným vyšetřením, Vám o tomto vyšetření něco říkali lékař i sestra. Co hlavního jste si z tohoto odborného poučení zapamatoval/a?**

*„Víceméně jsem byl již dost slušně informovaný od rodiny a kamaráda. Zdravotníkům jsem to sdělil a tak to i brali a nezatěžovali mě nějakýma blbinama. Zeptali se mě, jestli jsem se dobře vyprázdnil a jestli jsem lačnil, já jsem odpověděl, že ano, a potom mě oblékli a šli jsme na to. Víte sestřičko, četl jsem informovaný souhlas, ale ty informované souhlasy, podepisujete, když jste v nemocnici stále, a kdybyste je měla opravdu dočíst pořádně do konce a domyslet všechny ty informace v nich, tak na to vyšetření nikdy nejdete. Je tam strašně moc informací a pro lidi méně vzdělané, nebo lidi s menším IQ je to dosti nesrozumitelné.“*

**5. Jít na nějaký výkon v nemocnici je pro pacienta obvykle náročné. Jaké pocity jste zažíval/a před tímto výkonem Vy osobně?**

*„Neměl jsem problém. Neměl jsem strach, já nemám strach z bolesti.“*

**6. Pokud jste pociťoval/a určité obavy nebo strach, čeho jste se vlastně bál/a?**

*„Je to povinnost.“*

**7. Teď, s odstupem času, už můžete porovnat to, co Vám řekli před vyšetřením zdravotníci a to, co jste na vlastní kůži zažil. V čem odborné poučení odpovídalo skutečnému průběhu vyšetření a naopak, v čem se skutečný průběh lišil od toho, co Vám řekli?**

*„Tak samozřejmě člověka přesvědčují, že to není tak strašné a mimochodem je to hrozné. Když se Vám št'ourají málem až v mandlích. Je to odporné, ale je to o tom to přečkat. Skutečný průběh vyšetření odpovídal tomu, co mi zdravotníci řekli. Nijak se to nelišilo. Nic navíc tam nedělali.“*

**8. Co by (podle Vás) měli zdravotníci do poučování pacientů před výkonem určitě zdůraznit a co by měli ještě do standardního poučení doplnit?**

*„Zdravotníci, by měli v poučování více zdůraznit, že je to v zájmu pacienta. Že to není vyšetření, které by si lékaři dělali jen tak z plezíru, ale že je to vyšetření, které je jedno*

*z nejpodrobnějších vyšetření střev. A že výhody toho vyšetření, převáží jeho nepříjemnou stránku. Tak hold si člověk bude chvíli okusovat jazyk. “*

**9. Po výkonu si lidé, kteří nepříjemný výkon podstoupili, o něm povídají se spolupacienty a známými. Myslíte si, že se Váš zážitek lišil od toho, co jste od lidí slyšel/a, že byl v něčem výjimečný? Pokud ano, tak v čem konkrétně?**

*„Ne, já jsem o tom s nikým nemluvil. Vůbec.“*

**10. Co byste poradil/a dalším pacientům, kteří na tento výkon teprve čekají?**

*„Ať toto vyšetření absolvují s úsměvem, ať se nebojí. Aby to tu chvilku vydrželi, a že to za jejich zdraví opravdu stojí.“*

#### **8.1.1.1 Komentář k rozhovoru 1**

Pacient byl velmi dobře informovaný, informace pocházely od rodiny a přátel. Z daných všeobecných informací si odnesl fakt, že je toto vyšetření důležité z preventivního hlediska a že je velmi nepříjemné. Pacient tvrdil, že se vyšetření neobával, že nemá strach z bolesti. Konkretizoval, že vyšetření je opravdu strašné a že je důležité ho nějakým způsobem přečkat. Informace, které měl od lékaře, a sester o průběhu vyšetření se nijak nelišily se skutečným průběhem. Z informovaného souhlasu, který četl těsně před vyšetřením, si nepamatuje vůbec nic a informace, které v něm jsou, jsou obsáhlé a spíše ho zastrášovaly. Ostatním pacientům doporučuje, aby se tohoto vyšetření tolik neobávali a že je v zájmu jejich zdraví.

## 8.1.2 2. rozhovor

muž, 76 let, dg. polyp tlustého střeva, vyšetření - koloskopie

### 1. Měl/a jste nějaké předběžné informace o daném vyšetření (koloskopie, gastrokopie) dříve, než jste šla do nemocnice a vyšetření absolvoval/a?

*„Ano, měl jsem informace, jelikož jsem již jednu koloskopii prodělal v nemocnici ve Dvoře Králové. Tam mi paní doktorka odstranila nějaké polypy a říkala, že je tam jeden větší a ten musí odstranit na specializovanějším oddělení, a proto jsem tady.“*

### 2. Uved'te, z kterých zdrojů tyto Vaše předběžné informace byly (internet, rodina, přátelé, informační leták, časopis, praktický lékař, apod.)?

*„Konkrétní informace jsem neměl, ale manželka mi říkala, že bych měl jít na nějaké preventivní vyšetření, abych se dozvěděl něco o svém zdravotním stavu. Takhle před Vánoce jsem ženě říkal, budou vánoce, dáme si vepřové koleno, a ona mi odpověděla, že nic takového, ty o sobě nevíš, jaký máš cholesterol, ty nevíš, prostě jak jsi na tom. Říkala mi, abych se nechal vyšetřit, a potom uvidíme. Tak jsem šel ke své obvodní doktorce. Testy dopadly vcelku dobře, ale paní doktorka mě ještě nechala vyšetřit stolicí, a tam se mi objevila krev, a proto jsem šel na kolonoskopii. Takže informace jsem měl od obvodní lékařky, a také od paní doktorky, co mi dělala tu první koloskopii.“*

### 3. Co hlavního jste si z těchto předběžných informací odnesl/a? Řekněte nám to svými slovy:

*„Ano, pan doktor se se mnou o tom bavil a říkal, že všechno to musí jít ještě na nějaký ten rozbor, aby se zjistilo, jestli tam není nějaký následek rakoviny. A i když se tam nic nepotvrdí, tak bych se měl asi za půl roku dostavit znova na prohlídku, aby se překontroloval stav těch střev, a v případě, že tam budou ještě polypy, tak by je znova odstranili.“*

**4. V nemocnici, před samotným vyšetřením, Vám o tomto vyšetření něco říkali lékař i sestra. Co hlavního jste si z tohoto odborného poučení zapamatoval/a?**

*„Ano, to mě upozorňovali, jaký postup bude, a jak to bude probíhat. Řekl mi, že je tam nějaký větší polyp a my se na to teda teď podíváme a uvidíme, co se s tím dá dělat. Z informovaného souhlasu si nepamatuji přesně, jaký tam byly ty body, a vlastně ani nevím, co tam konkrétně bylo.“*

**5. Jít na nějaký výkon v nemocnici je pro pacienta obvykle náročné. Jaké pocity jste zažíval/a před tímto výkonem Vy osobně?**

*„Měl jsem smíšené pocity, protože člověk neví, co ho čeká, jaký bude výsledek, jak to bude probíhat. A prostě ta obava tam určitá je. A ta noc před výkonem, tak tu jsem probděl. Přemýšlel jsem o sobě. Ale tu noc po výkonu jsem už spal dobře.“*

**6. Pokud jste pociťoval/a určité obavy nebo strach, čeho jste se vlastně bál/a?**

*„Hlavně jsem měl obavy z výsledku a taky jestli se to povede.“*

**7. Teď, s odstupem času, už můžete porovnat to, co Vám řekli před vyšetřením zdravotníci a to, co jste na vlastní kůži zažil. V čem odborné poučení odpovídalo skutečnému průběhu vyšetření a naopak: v čem se skutečný průběh lišil od toho, co Vám řekli?**

*„Já si myslím, že se to nějak moc nelišilo, to co jsem slyšel od něj, co mě čeká a co jsem ve skutečnosti zažil.“*

**8. Co by (podle Vás) měli zdravotníci do poučování pacientů před výkonem určitě zdůraznit a co by měli ještě do standardního poučení doplnit?**

*„Ne, neřekl bych, že tam bylo něco, s čím bych tak nějak nepočítal. Řekli mi všechno, nic bych nedoplňoval.“*

**9. Po výkonu si lidé, kteří nepříjemný výkon podstoupili, o něm povídají se spolupacienty a známými. Myslíte si, že se Váš zážitek lišil od toho, co jste od lidí slyšel/a, že byl v něčem výjimečný? Pokud ano, tak v čem konkrétně?**

*„No, já abych Vám řekl pravdu, tak jsem to samozřejmě probíral se svými spolupracovníky, kteří měli podobné problémy a nemyslím si, že by se to nějak zásadně lišilo. Nedokážu se tak moc vyjádřit, je pravda, že jsme se o tom moc nebavili. Já jsem zase tak velkou obavu neměl, a po té předchozí zkušenosti jsem se bál ještě méně.“*

**10. Co byste poradil/a dalším pacientům, kteří na tento výkon teprve čekají?**

*„Ať se toho nebojí. Víte, já když jsem si šel ve Dvoře pro výsledek, tak tam seděla paní, kterou znám od vidění takhle z města a ta byla právě na tu koloskopii objednaná, tak jí říkám, aby se ničeho nebála, protože je to úplně bez problémů, já jsem to tady absolvoval a opravdu nebudete nijak trpět. Hlavě si nemyslete, že je to nějak bolestivé. Tak asi takhle.“*

#### **8.1.2.1 Komentář k rozhovoru 2**

Tento pacient již jedno koloskopické vyšetření absolvoval. Obecné informace, když šel na první koloskopii neměl, jen poslechl svoji manželku a nechal si udělat preventivní vyšetření u obvodního lékaře, ten mu také podal konkrétní informace o koloskopickém vyšetření. Z těchto informací si zapamatoval, že materiál, který se při koloskopickém vyšetření odebere, se odesílá na histologické vyšetření a také, že by se po nějaké době mělo toto vyšetření opakovat. Z konkrétních informací podaných před vyšetřením si pamatuje, že mu lékař vysvětloval postup vyšetření, a také, že bude odstraňovat polyp. Z informovaného souhlasu si nepamatuje nic. Průběh vyšetření se nelišil od podaných informací od lékaře. Z vyšetření měl smíšené pocity, obával se výsledku a průběhu vyšetření. Noc před vyšetřením nespál. Ostatním pacientům by vzkázal, aby se nebáli, vyšetření je bez problémů a není moc bolestivé.

### 8.1.3 3. rozhovor

muž, 65 let, dg. polyp tlustého střeva, vyšetření – koloskopie

**1. Měl/a jste nějaké předběžné informace o daném vyšetření (koloskopie, gastrokopie) dříve, než jste šla do nemocnice a vyšetření absolvoval/a?**

*„Ano, věděl jsem, že to bude vyšetření, kdy mi budou něco zavádět do konečníku. Trubice, hadice, dráty, ale neuměl jsem si to představit.“*

**2. Uved'te, z kterých zdrojů tyto Vaše předběžné informace byly (internet, rodina, přátelé, informační leták, časopis, praktický lékař, apod.)?**

*„Pan doktor mi to řekl. Obvodní lékař, když mi řekl, že na to vyšetření musím jít. Měl jsem totiž krev ve stolici, víte.“*

**3. Co hlavního jste si z těchto předběžných informací odnesl/a? Řekněte nám to svými slovy:**

*„Hlavně, že musím být dobře vyprázdněný, aby tam pan doktor do těch střev dobře viděl. Taky mi řekli, že to není tak hrozný, abych se nebál. Vyprazdňoval jsem se tady v nemocnici, doma bych to nezvládl.“*

**4. V nemocnici, před samotným vyšetřením, Vám o tomto vyšetření něco říkali lékař i sestra. Co hlavního jste si z tohoto odborného poučení zapamatoval/a?**

*„Ne, nebyl jsem informován. Informovaný souhlas jsem podepisoval, ale nikdo mi nic nevysvětlil, protože já bych tomu stejně nerozuměl. Ani lékař, ani sestry. Mě, to bylo jedno.“*

**5. Jít na nějaký výkon v nemocnici je pro pacienta obvykle náročné. Jaké pocity jste zažíval/a před tímto výkonem Vy osobně?**

*„Hrozně jsem se bál.“*

**6. Pokud jste pocítoval/a určité obavy nebo strach, čeho jste se vlastně bál/a?**

*„Věděl jsem, že to bude bolet. Protože, když jdete do nemocnice, tak Vás vždycky všechno bolí. To už mám zkušený, mám už něco za sebou.“*

**7. Teď, s odstupem času, už můžete porovnat to, co Vám řekli před vyšetřením zdravotníci a to, co jste na vlastní kůži zažil. V čem odborné poučení odpovídalo skutečnému průběhu vyšetření a naopak: v čem se skutečný průběh lišil od toho, co Vám řekli?**

*„Už se mě ptáte asi desátá. Mě to vyšetření opravdu bolelo. Všichni se dívali tak vyděšeně a divili se, ale bolí to strašně moc. To víte, když někomu budu zavádět do konečníku takovou tlustou hadicí, tak to bude bolet vždycky. Ať mi neříkají, že to nebolí. Takže se to lišilo, od toho, co mi řekli, protože mi řekli, že to nebude bolet, že to bude nepříjemný. Ale, bolelo to.“*

**8. Co by (podle Vás) měli zdravotníci do poučování pacientů před výkonem určité zdůraznit a co by měli ještě do standardního poučení doplnit?**

*„Určitě by měli říct, že to bude bolet, to by měli zdůraznit.“*

**9. Po výkonu si lidé, kteří nepříjemný výkon podstoupili, o něm povídají se spolupacienty a známými. Myslíte si, že se Váš zážitek lišil od toho, co jste od lidí slyšel/a, že byl v něčem výjimečný? Pokud ano, tak v čem konkrétně?**

*„Pro mě, to vyšetření bylo strašný. Mluvil jsem o tom s manželkou, ale ta na tom vyšetření ještě nebyla, tak mi nemohla nic říct.“*

**10. Co byste poradil/a dalším pacientům, kteří na tento výkon teprve čekají?**

*„Podívejte, já jsem šel, protože jsem věděl, že se to musí udělat. To není nějaká dobrovolnost, to je povinnost, jinak to nejde, když chcete být zdravěj. Víím, že můžu říct ne, ale tím bych si rozhodně nepomohl. Tak bych těm pacientům vzkáزال, že mě to hrozně bolelo a bylo to pro mě hrozný, ale že je to vyšetření potřeba udělat. Člověk to dělá kvůli sobě a svému zdraví, že jo.“*



### 8.1.3.1 Komentář k rozhovoru 3

Pacient měl hrubé informace o koloskopickém vyšetření. Bližší informace získal od svého obvodního lékaře, který mu toto vyšetření doporučil. Pacient si zapamatoval, že musí být dobře vyprázdněný. Také tvrdil, že těsně před vyšetřením nebyl od lékaře ani sestry informovaný o průběhu vyšetření, prý by tomu stejně nerozuměl a bylo mu to jedno. Informovaný souhlas podepisoval, ale jaké informace v něm byly, si nepamatuje. Obával se, že vyšetření bude bolet a také prý hrozně bolelo. Vzpomněl si, že před vyšetřením ho uklidňovali a říkali, že vyšetření není bolestivé, jen je nepříjemné, ale pro pacienta bylo toto vyšetření velmi bolestivé, v tom se lišili informace od lékaře s tím, jak tuto situaci vnímal pacient. Ostatním pacientům by vzkázal, že pro něj bylo vyšetření bolestivé, ale pro své zdraví je důležité toto vyšetření podstoupit.

### 8.1.4 4. rozhovor

žena, 72 let, dg. polyp tlustého střeva, vyšetření - koloskopie

**1. Měl/a jste nějaké předběžné informace o daném vyšetření (koloskopie, gastrokopie) dříve, než jste šla do nemocnice a vyšetření absolvoval/a?**

*„Ano, to jsem měla, protože na něm byla sestra tady v Hradci. Jediný co jsem nevěděla, bylo to, že se musí vypít tolik vody, a já jsem musela vypít tři litry, a to mě úplně rozladilo.“*

**2. Uved'te, z kterých zdrojů tyto Vaše předběžné informace byly (internet, rodina, přátelé, informační leták, časopis, praktický lékař, apod.)?**

*„Takže informace jsem měla od sestry, také jsem o tom četla v novinách a v časopisech, také herci o tom dost mluví, aby na to každý šel.“*

**3. Co hlavního jste si z těchto předběžných informací odnesl/a? Řekněte nám to svými slovy:**

*„Že je to velmi nepříjemný, že ta příprava je hrozná. Ale když jsem na to vyšetření musela jít, tak se nedalo nic dělat. Musela jsem to podstoupit.“*

**4. V nemocnici, před samotným vyšetřením, Vám o tomto vyšetření něco říkali lékař i sestra. Co hlavního jste si z tohoto odborného poučení zapamatoval/a?**

*„Řekli mi, že se nemám bát, že se můžu dívat na obrazovku. Tak to bylo samozřejmý. Informovaný souhlas jsem četla, ale nepamatuji si, co tam bylo, já jsem byla strašně ve stresu a četla jsem to jen zběžně.“*

**5. Jít na nějaký výkon v nemocnici je pro pacienta obvykle náročné. Jaké pocity jste zažíval/a před tímto výkonem Vy osobně?**

*„Měla jsem smíšený pocity, prostě jsem si řekla, že to musím podstoupit, protože je to nutný. Že mám nějaké problémy, tak jsem prostě do toho šla. Měla jsem obavy.“*

**6. Pokud jste pociťoval/a určité obavy nebo strach, čeho jste se vlastně bál/a?**

*„Ano, bála jsem se, že to bude bolet a také, jestli tam něco nenajdou.“*

**7. Teď, s odstupem času, už můžete porovnat to, co Vám řekli před vyšetřením zdravotníci a to, co jste na vlastní kůži zažil. V čem odborné poučení odpovídalo skutečnému průběhu vyšetření a naopak: v čem se skutečný průběh lišil od toho, co Vám řekli?**

*„Víte, pokud ta kamera šla tak nějak normálně, tak to bylo dobrý, ale pokud doktor přitlačil, tak to byl takový divný pocit. Já jsem nejdřív neměla žádnou injekci, ale potom říkala sestřička, že jsem statečná, že mi dají půlku a potom to bylo lepší.“*

**8. Co by (podle Vás) měli zdravotníci do poučování pacientů před výkonem určité zdůraznit a co by měli ještě do standardního poučení doplnit?**

*„Ne. Všechno co mi řekli, tak to tak bylo. Byli příjemní.“*

**9. Po výkonu si lidé, kteří nepříjemný výkon podstoupili, o něm povídají se spolupacienty a známými. Myslíte si, že se Váš zážitek lišil od toho, co jste od lidí slyšel/a, že byl v něčem výjimečný? Pokud ano, tak v čem konkrétně?**

*„Ne, nelišil, je to podobný. Akorát mi vadila ta voda. Tři litry vody. Ta příprava byla pro mne horší. Také to běhání na ten záchod. Mně to dali večer, a to už pak člověk nespí a běhá na záchod.“*

**10. Co byste poradil/a dalším pacientům, kteří na tento výkon teprve čekají?**

*„ V rámci toho, co se může vyskytnout, bych jim doporučila, aby na to vyšetření určitě šli, protože jak jinak se to může odhalit.“*

#### **8.1.4.1 Komentář k rozhovoru 4**

Pacientka byla velmi dobře informovaná o koloskopickém vyšetření, informace získala od své sestry, která již na tomto vyšetření byla a také z novin, časopisů a od herců, kteří na důležitost koloskopického vyšetření poukazují. Z těchto informací jí utkvělo v paměti, že je to nepříjemné vyšetření a příprava je také velmi obtížná, pacientku dost rozladilo, že musí upít velké množství tekutin. Z informací které ji podal lékař a sestra těsně před vyšetřením si zapamatovala, že se nemusí obávat a že může vše sledovat na obrazovce. Informovaný souhlas četla jen zběžně, nepamatuje si vůbec nic, byla ve velkém stresu. Pacientka se před vyšetřením velmi bála, obávala se, že to bude bolestivé a také se obávala možného nálezu. Průběh se nelišil od lékařem podaných informací. Pro pacientku toto vyšetření opravdu bylo bolestivé, v průběhu vyšetření si nechala aplikovat analgosedaci. Ostatním pacientům by doporučila, toto vyšetření podstoupit hlavně z preventivního hlediska.

### **8.1.5 5. rozhovor**

žena, 41 let, dg. preventivní vyšetření, vyšetření – koloskopie

**1. Měl/a jste nějaké předběžné informace o daném vyšetření (koloskopie, gastroscopie) dříve, než jste šla do nemocnice a vyšetření absolvoval/a?**

*„Ano, měla jsem informace ohledně tohoto vyšetření.“*

**2. Uved'te, z kterých zdrojů tyto Vaše předběžné informace byly (internet, rodina, přátelé, informační leták, časopis, praktický lékař, apod.)?**

*„Internet, na kterém jsem si přečetla diskuze o tomto vyšetření, dále potom rodina, protože na koloskopii byl můj otec a sestra a také od přátel, kteří měli také osobní zkušenost.“*

**3. Co hlavního jste si z těchto předběžných informací odnesl/a? Řekněte nám to svými slovy:**

*„Myslím si, že pro toto vyšetření je důležitá příprava, tedy úprava stravy, vynechání některých potravin, léků, dodržení určitého dietního opatření, a potom ta samotná příprava koloskopickými solemi. Musím říct, že strach jsem měla po přečtení několika diskuzí opravdu velký.“*

**4. V nemocnici, před samotným vyšetřením, Vám o tomto vyšetření něco říkali lékař i sestra. Co hlavního jste si z tohoto odborného poučení zapamatoval/a?**

*„Abych se nebála, uvolnila se a zaujala vhodnou polohu, že nemůžu po výkonu sama domů, ale s doprovodem.“*

**5. Jít na nějaký výkon v nemocnici je pro pacienta obvykle náročné. Jaké pocity jste zažíval/a před tímto výkonem Vy osobně?**

*„Strach, stud i radost, že jsem se odhodlala.“*

**6. Pokud jste pocí'oval/a určité obavy nebo strach, čeho jste se vlastně bál/a?**

*„Měla jsem strach, zda jsem dodržela přípravu, aby se výkon nemusel opakovat. A aby byl nález negativní.“*

**7. Teď, s odstupem času, už můžete porovnat to, co Vám řekli před vyšetřením zdravotníci a to, co jste na vlastní kůži zažil. V čem odborné poučení odpovídalo skutečnému průběhu vyšetření a naopak: v čem se skutečný průběh lišil od toho, co Vám řekli?**

*„Odpovídal průběh vyšetření i následná péče – dospání. Nelišilo se nic. Vše co mi zdravotníci před vyšetřením řekli a popsali, odpovídalo skutečnému průběhu.“*

**8. Co by (podle Vás) měli zdravotníci do poučování pacientů před výkonem určité zdůraznit a co by měli ještě do standardního poučení doplnit?**

*„Zdůraznit přípravu a její možnosti, a že je fakt hnusná – ta chuť..., dále to množství tekutin co musíte vypít, to je také důležité. Informovaný souhlas, no tak tam je mnoho informací, které ve vás vyvolají poměrně dost velký strach. Rychle si ho přečíst a raději zapomenout, co jste četli.“*

**9. Po výkonu si lidé, kteří nepříjemný výkon podstoupili, o něm povídají se spolupacienty a známými. Myslíte si, že se Váš zážitek lišil od toho, co jste od lidí slyšel/a, že byl v něčem výjimečný? Pokud ano, tak v čem konkrétně?**

*„Lišil – nebyl bolestivý a přístup profesionální ale milý.“*

**10. Co byste poradil/a dalším pacientům, kteří na tento výkon teprve čekají?**

*„Nepodcenit přípravu a myslet na důležitost tohoto vyšetření.“*

### 8.1.5.1 Komentář k rozhovoru 5

Tato pacientka byla velmi dobře informovaná. Informace měla od rodinných příslušníků, kteří toto vyšetření podstoupili, a také si četla diskuze o tomto vyšetření na internetu. Z těchto zdrojů si zapamatovala, že na toto vyšetření je velmi důležitá příprava, dietní opatření a potom samotná příprava. Pacientka se tohoto vyšetření velmi obávala. Měla pocit studu, strach jestli je dostatečně vyprázdněná a z nálezu, ale měla také radost, že se k tomuto kroku odhodlala. Lékař ji před vyšetřením poučil a uklidnil, řekl, že se nemá bát, uvolnit se a zaujmout vhodnou polohu. Vše co pacientce lékař popsal, odpovídalo skutečnému průběhu, jen nebyl bolestivý, jak se pacientka domnívala. Lékaři by měli zdůraznit důležitost a hlavně náročnost přípravy, upozornit na velké množství tekutin. Pacientka si z informovaného souhlasu neodnesla žádné informace, zdůraznila, že je v něm mnoho informací, které vyvolávají strach. Dalším pacientům, kteří na toto vyšetření teprve čekají, by vzkázala, aby nepodcenili přípravu a mysleli na důležitost tohoto vyšetření.

### 8.1.6 6. rozhovor

muž, 46 let, dg. Dysfagie, vyšetření – gastrokopie

**1. Měl/a jste nějaké předběžné informace o daném vyšetření (koloskopie, gastrokopie) dříve, než jste šel/a do nemocnice a vyšetření absolvoval/a?**

*„Ano, měl jsem a věděl jsem, co je to za vyšetření.“*

**2. Uved'te, z kterých zdrojů tyto Vaše předběžné informace byly (internet, rodina, přátelé, informační leták, časopis, praktický lékař, apod.)?**

*„Před 25lety, mně dělali něco podobného. Takže jsem si uměl představit, jak to vyšetření bude probíhat. Také jsem měl delší dobu zaživací problémy, které jsem řešil se svým lékařem, a on mi řekl, že bude nutné toto vyšetření provést. Také mi to vyšetření popsal.“*

**3. Co hlavního jste si z těchto předběžných informací odnesl/a? Řekněte nám to svými slovy:**

*„Zapamatoval jsem si hlavně to, že je to nepříjemné vyšetření.“*

**4. V nemocnici, před samotným vyšetřením, Vám o tomto vyšetření něco říkali lékař i sestra. Co hlavního jste si z tohoto odborného poučení zapamatoval/a?**

*„Tak oni se mě snažili především uklidnit, protože když jsem viděl tu hadici, jak je široká začal jsem panikařit. Ne, že bych tam nějak vyváděl, to ne, ale bál jsem se, že mi ta hadice nepůjde spolknout. A z odborného poučení tedy informovaného souhlasu, jsem si nezapamatoval vůbec nic, a abych se přiznal, už ani nevím, co tam bylo.“*

**5. Jít na nějaký výkon v nemocnici je pro pacienta obvykle náročné. Jaké pocity jste zažíval/a před tímto výkonem Vy osobně?**

*„Víte sestřičko, byl jsem měsíc doma v pracovní neschopnosti a měl jsem dost velké zdravotní problémy a já jsem byl svým způsobem rád, že se už konečně na něco přišlo a začalo se to řešit. Měl jsem pocit úlevy. Samozřejmě jsem věděl, že to bude velmi nepříjemné vyšetření. A když to mohu srovnat s vyšetřením před 25 lety a teď, tak teď to byl luxus. Bál jsem se.“*

**6. Pokud jste pociťoval/a určité obavy nebo strach, čeho jste se vlastně bál/a?**

*„Bál jsem se, že to bude nepříjemné, že budu mít pocit na zvracení, že se budu dávit. Což se vlastně vůbec nedostavilo.“*

**7. Teď, s odstupem času, už můžete porovnat to, co Vám řekli před vyšetřením zdravotníci a to, co jste na vlastní kůži zažil. V čem odborné poučení odpovídalo skutečnému průběhu vyšetření a naopak: v čem se skutečný průběh lišil od toho, co Vám řekli?**

*„Průběh se nelišil od poučení zdravotníky. Tak jak řekli, tak to skutečně bylo. Překvapilo mě, že to skutečně proběhlo tak hladce, protože jsem jim vůbec nevěřil. Řekli mi, že musím polykat hadici a při tom zhluboka dýchat.“*

**8. Co by (podle Vás) měli zdravotníci do poučování pacientů před výkonem určité zdůraznit a co by měli ještě do standardního poučení doplnit?**

*„Nemám pocit, že by měli něco zdůrazňovat a doplňovat. Opravdu si to nemyslím.“*

**9. Po výkonu si lidé, kteří nepříjemný výkon podstoupili, o něm povídají se spolupacienty a známými. Myslíte si, že se Váš zážitek lišil od toho, co jste od lidí slyšel/a, že byl v něčem výjimečný? Pokud ano, tak v čem konkrétně?**

*„Nevím, co bych k tomu řekl. Na toto téma, jsem se bavil pouze s lidma, kteří to nezažili.“*

**10. Co byste poradil/a dalším pacientům, kteří na tento výkon teprve čekají?**

*„Řekl bych, že jsem se nejdříve bál, ale že gastrokopie není tak hrozná a je to o něčem jiném než dříve. Vím to z vlastní zkušenosti.“*

#### **8.1.6.1 Komentář k rozhovoru 6**

Pacient byl o gastrokopickém vyšetření dobře informovaný, měl již vlastní zkušenost a také obvodní lékař mu toto vyšetření popsal. Z těchto informací si zapamatoval, že je to nepříjemné vyšetření. Z informací podaných těsně před vyšetřením si pamatuje jen, že se ho lékař se sestrou snažili uklidnit. Z informovaného souhlasu si nepamatuje nic. Před vyšetřením měl pacient pocit úlevy, ale také obavy že to bude nepříjemné vyšetření a že bude mít pocit na zvracení. Což se prý nenaplnilo. Skutečný průběh se nelišil od informací podaných lékařem. Pacient byl velmi překvapen hladkým průběhem vyšetření. Pacientům čekajícím na toto vyšetření by vzkázal, že gastrokopie není tak hrozná, že je toto vyšetření již jiné než dříve.



### **8.1.7 7. rozhovor**

muž, 56 let, dg. Jaterní cirhóza, vyšetření – gastroskopie

**1. Měl/a jste nějaké předběžné informace o daném vyšetření (koloskopie, gastroskopie) dříve, než jste šel/a do nemocnice a vyšetření absolvoval/a?**

*„Já jsem měl povědomí o všem. Protože jsem již před lety, na tomto vyšetření byl v Trutnově. Věděl jsem, co mě čeká. Ale je to už strašně let.“*

**2. Uveďte, z kterých zdrojů tyto Vaše předběžné informace byly (internet, rodina, přátelé, informační leták, časopis, praktický lékař, apod.)?**

*„Od nikoho jsem informace neměl, jen jsem měl vlastní zkušenost. Proto jsem věděl, co je gastroskopie.“*

**3. Co hlavního jste si z těchto předběžných informací odnesl/a? Řekněte nám to svými slovy:**

*„Hlavně jsem si zapamatoval, že musím polykat hadici a že si to musím propolknout a dýchat.“*

**4. V nemocnici, před samotným vyšetřením, Vám o tomto vyšetření něco říkali lékař i sestra. Co hlavního jste si z tohoto odborného poučení zapamatoval/a?**

*„Nejdříve se mě zeptali, jestli vím, co mě čeká. Potom mě vysvětlili, co mě čeká. Položili mě na bok. Potom mi znova zopakovali, že musím polykat hadici a prodýchávat se. Být klidný a spolupracovat. Nic víc mi neřekli. Bylo to krátké. Také jsem vše sledoval na obrazovce.“*

**5. Jít na nějaký výkon v nemocnici je pro pacienta obvykle náročné. Jaké pocity jste zažíval/a před tímto výkonem Vy osobně?**

*„Před výkonem jsem se trochu bál.“*

**6. Pokud jste pocíťoval/a určité obavy nebo strach, čeho jste se vlastně bál/a?**

*„Bál jsem se. Bál jsem se gastrokopu, když jsem viděl ty hadice. Bolesti jsem se nebál, žaludek mě začal bolet až po tom vyšetření, bylo to tam takové rozdrážděné.“*

**7. Teď, s odstupem času, už můžete porovnat to, co Vám řekli před vyšetřením zdravotníci a to, co jste na vlastní kůži zažil. V čem odborné poučení odpovídalo skutečnému průběhu vyšetření a naopak: v čem se skutečný průběh lišil od toho, co Vám řekli?**

*„Když to porovnávám, zdá se mi, že se to nelišilo. Prostě mi řekli, že musím polykat hadici, být klidný a dýchat, a tak to bylo.“*

**8. Co by (podle Vás) měli zdravotníci do poučování pacientů před výkonem určité zdůraznit a co by měli ještě do standardního poučení doplnit?**

*„Já bych řekl, že mě řekli dobře, co mě čeká, i když už jsem věděl, jak to bude probíhat. Zdůrazňovat nebo doplňovat asi není co. Informovaný souhlas mě spíš odradil.“*

**9. Po výkonu si lidé, kteří nepříjemný výkon podstoupili, o něm povídají se spolupacienty a známými. Myslíte si, že se Váš zážitek lišil od toho, co jste od lidí slyšel/a, že byl v něčem výjimečný? Pokud ano, tak v čem konkrétně?**

*„Víte, já jsem o tom s nikým nemluvil. Nic výjimečného se mi nedělo, zas tak veliké vyšetření to není. Dá se to snést.“*

**10. Co byste poradil/a dalším pacientům, kteří na tento výkon teprve čekají?**

*„Poradil bych jim, aby se ničeho nebáli, je to sice nepříjemné, hlavně na začátku, když musíte tu hadici spolknout, a pak už stačí jen dýchat.“*

### **8.1.7.1 Komentář k rozhovoru 7**

Pacient již gastrokopické vyšetření absolvoval, měl tedy osobní zkušenost. Z této zkušenosti si zapamatoval, že je důležité spolupracovat, zhluboka dýchat a polykat. Před samotným vyšetřením pacienta lékař dostatečně informoval, popsal mu průběh, uklidnil ho a také mu sdělil, že může vše sledovat na obrazovce. Informovaný souhlas pacienta spíše odradil. Pacient měl před vyšetřením strach z gastrokopu. Průběh vyšetření se nelišil od lékařem podaných informací. A ostatním pacientům by vyzval, aby se ničeho nebáli, že je to sice nepříjemné, hlavně na začátku, ale pak stačí zhluboka dýchat.

### **8.1.8 8. rozhovor**

muž, 76 let, dg. Chronická pankreatitida, vyšetření – gastrokopie

**1. Měl/a jste nějaké předběžné informace o daném vyšetření (koloskopie, gastrokopie) dříve, než jste šel/a do nemocnice a vyšetření absolvoval/a?**

*„Ano, předběžné informace jsem měl z televize. A také chodím na preventivní prohlídky.“*

**2. Uveďte, z kterých zdrojů tyto Vaše předběžné informace byly (internet, rodina, přátelé, informační leták, časopis, praktický lékař, apod.)?**

*„Hlavně z televize, od praktického lékaře, a také jsem o gastrokopii četl v novinách.“*

**3. Co hlavního jste si z těchto předběžných informací odnesl/a? Řekněte nám to svými slovy**

*„Z části jsem si z předběžných informací, uměl představit, co je to za vyšetření a proč se toto vyšetření provádí. Víte, oni v novinách spíš píšou, proč by se mělo na toto vyšetření jít, hlavně z preventivních důvodů, kvůli rakovině a vředům, a že bude dobrý, když tam pan doktor nic nenajde.“*

**4. V nemocnici, před samotným vyšetřením, Vám o tomto vyšetření něco říkali lékař i sestra. Co hlavního jste si z tohoto odborného poučení zapamatoval/a?**

*„Zapamatoval jsem si, že nesmím jíst, že musím ležet a být v klidu a spolupracovat.“*

**5. Jít na nějaký výkon v nemocnici je pro pacienta obvykle náročné. Jaké pocity jste zažíval/a před tímto výkonem Vy osobně?**

*„Čekal jsem hlavně na odpověď, bál jsem se, co tam najdou. Hlavně jsem chtěl slyšet, že je to dobré. Výkonu jsem se nebál, už jsem to měl zkušené. Také jsem byl rád, že mi pomůžou, měl jsem zažívací potíže už dlouhý čas a věděl jsem, že mi toto vyšetření od nich pomůže.“*

**6. Pokud jste pocíťoval/a určité obavy nebo strach, čeho jste se vlastně bál/a?**

*„Neměl jsem žádný strach, jen jsem se obával toho, co by mi v žaludku mohli najít. Měl jsem obavy, abych neměl rakovinu.“*

**7. Teď, s odstupem času, už můžete porovnat to, co Vám řekli před vyšetřením zdravotníci a to, co jste na vlastní kůži zažil. V čem odborné poučení odpovídalo skutečnému průběhu vyšetření a naopak: v čem se skutečný průběh lišil od toho, co Vám řekli?**

*„Průběh se nelišil od toho, co mi pan doktor řekl. Řekl, že musím spolupracovat a být klidný, že to nebude bolestivé jen trochu nepříjemné. Skutečně mě to nebolelo, ale nepříjemné to je hodně.“*

**8. Co by (podle Vás) měli zdravotníci do poučování pacientů před výkonem určitě zdůraznit a co by měli ještě do standardního poučení doplnit?**

*„Myslím, že by pacientům měli zdůraznit, proč je důležité, aby poslouchali, co jim lékař říká. Potom to vyšetření lépe zvládnou. Doplnit asi nic. Moc si nepamatuji, co jsem četl“*

*v informovaném souhlase. Je tam strašně moc informací. Raději jsem to podepsal, hlavně abych to vyšetření měl už za sebou.“*

**9. Po výkonu si lidé, kteří nepříjemný výkon podstoupili, o něm povídají se spolupacienty a známými. Myslíte si, že se Váš zážitek lišil od toho, co jste od lidí slyšel/a, že byl v něčem výjimečný? Pokud ano, tak v čem konkrétně?**

*„Pro mne, toto vyšetření nebylo tak strašné, jak někteří říkají. Já jsem neměl s tímto vyšetření velký problém, neměl jsem ani strach a ani mě to nebolelo. Dokonce ani s polykáním té hadice. Lékař mi řekl, že bych mohl polykat šavle, meče.“*

**10. Co byste poradil/a dalším pacientům, kteří na tento výkon teprve čekají?**

*„Já jsem se nebál, tak jsem poslouchal, někdo se toho vyšetření bojí tak strašně, že vůbec ani nevnímá. Takže bych jim doporučil, aby hlavně poslouchali, co lékař a sestra říká. To jim rozhodně pomůže toto vyšetření zvládnout.“*

#### **8.1.8.1 Komentář k rozhovoru 8**

Pacient byl velmi dobře informovaný, tyto obecné informace získal z televize, novin a také od obvodního lékaře. Konkrétně si zapamatoval, že se toto vyšetření provádí z důvodu prevence rakoviny a žaludečních vředů, také si uměl představit, jak se toto vyšetření provádí. Těsně před vyšetřením byl informován lékařem a zapamatoval si, že musí být lačný a že musí spolupracovat. Pacient se neobával vlastního vyšetření, ale možné diagnózy. Průběh vyšetření se nelišil od informací, které pacientovi podal lékař před gastrokopií. Výkon byl pro pacienta nebolestivý, ale nepříjemný. Pacient si myslí, že by lékaři měli zdůraznit důležitost vyšetření, aby pacienti lépe spolupracovali, protože potom vyšetření lépe zvládnou. Z informovaného souhlasu, si moc nepamatuje, je tam moc informací, raději ho podepsal a hlavně chtěl mít vyšetření za sebou. Ostatním pacientům by vzkázal, aby poslouchali lékaře a sestru, co jim říká, protože to jim rozhodně pomůže vyšetření lépe zvládnout.

### 8.1.9 9. rozhovor

žena, 78 let, dg. Dvanáctníkový vřed, vyšetření – gastroskopie

**1. Měl/a jste nějaké předběžné informace o daném vyšetření (koloskopie, gastroskopie) dříve, než jste šel/a do nemocnice a vyšetření absolvoval/a?**

*„Jistě, protože můj muž už na tom byl už čtyřikrát. Také sousedka na tom byla.“*

**2. Uved'te, z kterých zdrojů tyto Vaše předběžné informace byly (internet, rodina, přátelé, informační leták, časopis, praktický lékař, apod.)?**

*„No, od manžela a od sousedky. Z novin né, já takové věci raději nečtu. Já jsem se tohodle bála.“*

**3. Co hlavního jste si z těchto předběžných informací odnesl/a? Řekněte nám to svými slovy.**

*„Nezapamatovala jsem si nic. Víte, já jsem se to toho vždycky bála, jak čert kříže. A manžel mi říkal, to nic není. Přijdeš, něco ti stříknou do pusy, a hned ti to tam daj. A posledně, když na tom byl, tak mi říkal, že mu nějak odřeli krk, jak mu to tahali. A já mu říkala, to víš hochu to je hned. Jinak nevím. A sousedka mi říkala, abych se nebála, že to nic není.“*

**4. V nemocnici, před samotným vyšetřením, Vám o tomto vyšetření něco říkali lékař i sestra. Co hlavního jste si z tohoto odborného poučení zapamatoval/a?**

*„Ano, pan doktor mi podal informace. To je výbornej člověk. Já jsem seděla a strašně jsem se klepala, vůbec mě nemohli udržet. Tak mi říkal, co se bude dít, a jak to bude. Řekl mi, že mi nejdříve malinko stříknou do pusy a taky, že mě píchnou do ruky. Potom, mi dají náhubek do pusy a potom už musím polykat, a že to potom jde lehčeji. Přežila jsem to jakš, takš. Informovaný souhlas jsem četla, ale opravdu si nevzpomenu, co v něm bylo. Víím, že jsem z těch informací měla strach.“*

**5. Jít na nějaký výkon v nemocnici je pro pacienta obvykle náročné. Jaké pocity jste zažíval/a před tímto výkonem Vy osobně?**

*„Já jsem měla opravdu strašný pocit. Ted' když jsem šla podruhý, tak už to nebylo tak strašný. Ale poprvé, jsem měla obrovský strach a všecko. Klepala jsem se a pořád jsem na to myslela, je to blbý a takhle.“*

**6. Pokud jste pociťoval/a určité obavy nebo strach, čeho jste se vlastně bál/a?**

*„Měla jsem strach z těch hadic, co mi strčí do pusy. Asi dvakrát jsem se dávila. Je to jako hadice na zalejvání kyttek. Strach jsem měla strašnej.“*

**7. Ted', s odstupem času, už můžete porovnat to, co Vám řekli před vyšetřením zdravotníci a to, co jste na vlastní kůži zažil. V čem odborné poučení odpovídalo skutečnému průběhu vyšetření a naopak: v čem se skutečný průběh lišil od toho, co Vám řekli?**

*„Ano, nelišilo se to. Pan doktor mě uklidnil. A co mi řekl, tak to tak bylo.“*

**8. Co by (podle Vás) měli zdravotníci do poučování pacientů před výkonem určitě zdůraznit a co by měli ještě do standardního poučení doplnit?**

*„Asi nic. Nad takovýma věcmi, já vůbec nepřemýšlím. Asi jsem nějaká divná. To už bude tím, že jsem tak stará a je mi to srdečně jedno.“*

**9. Po výkonu si lidé, kteří nepříjemný výkon podstoupili, o něm povídají se spolupacienty a známými. Myslíte si, že se Váš zážitek lišil od toho, co jste od lidí slyšel/a, že byl v něčem výjimečný? Pokud ano, tak v čem konkrétně?**

*„Ano lišil, u manžela to vyšetření neprobíhá strašně. U mě to bylo strašný na poprvé, ale ted' už taky ne. Ted' mě to prostě povolilo. Nevím. Bylo to určitě hlavně tím strachem a stresem.“*

## **10. Co byste poradil/a dalším pacientům, kteří na tento výkon teprve čekají?**

*„Aby se tolika nebáli, že je to opravu zbytečný.“*

### **8.1.9.1 Komentář k rozhovoru 9**

Pacientka byla informovaná o gastrokopickém vyšetření. Informace měla od manžela a od sousedky. V novinách tyto články nevyhledává, raději tyto věci nečte. Konkrétně si pacientka nezapamatovala žádné informace, protože se tohoto vyšetření velmi obávala i přes to, že ji manžel a sousedka uklidňovali. Těsně před vyšetřením dostala od lékaře dostatečné množství informací, lékař a sestra ji také uklidňovali, ale neúspěšně. Obávala se hlavně gastrokopu, připadal jí obrovský. Průběh vyšetření se podle pacientky nelišil od popsaného postupu lékařem. Pacientka chválila přístup lékaře a sestry. Informovaný souhlas četla, ale nevzpomíná si, co v něm konkrétně bylo za informace, ví, že jí naháněly strach. Pacientky prožívání vyšetření se lišilo od prožívání vyšetření manželem. Pro pacientku to bylo strašné, měla veliký strach, ale při absolvování druhého gastrokopického vyšetření, ji už tak hrozné nepřipadalo. Pacientům, kteří na toto vyšetření čekají, by vzkázala, že bát se, je opravdu zbytečné.

### **8.1.10 10. rozhovor**

žena, 55let, dg. toxická nemoc jater, vyšetření – gastrokopie

**1. Měl/a jste nějaké předběžné informace o daném vyšetření (koloskopie, gastrokopie) dříve, než jste šel/a do nemocnice a vyšetření absolvoval/a?**

*„Ano, já jsem na tom byla před dvouma rokama. A předběžný informace jsem měla.“*

**2. Uved'te, z kterých zdrojů tyto Vaše předběžné informace byly (internet, rodina, přátelé, informační leták, časopis, praktický lékař, apod.)?**



*„Všechno mi řekla paní doktorka. Také na internetu jsem se dívala.“*

**3. Co hlavního jste si z těchto předběžných informací odnesl/a? Řekněte nám to svými slovy.**

*„Řekla mi, kdy se co smí a od kdy nemůžu jíst, že musím být úplně nalačno. Taky se podepisuje, jestli s tím souhlasím. Proč se to vyšetření dělá. Co jsem nevěděla, to jsem se doptala. Co v tom souhlasu bylo konkrétně nevím, víte, těch papírů je tolik, kdo si to má všechno pamatovat.“*

**4. V nemocnici, před samotným vyšetřením, Vám o tomto vyšetření něco říkali lékař i sestra. Co hlavního jste si z tohoto odborného poučení zapamatoval/a?**

*„Řekli mi, že tam mám nějaký ty polypy, teda varixy, že se jedná o vypalování, aby to neprasklo, abych nevykrvácela dovnitř, ale měla jsem to před těma dvouma rokama, takže jsem to všechno věděla.“*

**5. Jít na nějaký výkon v nemocnici je pro pacienta obvykle náročné. Jaké pocity jste zažíval/a před tímto výkonem Vy osobně?**

*„Cítila jsem se blbě, protože mi zjistili ještě nějakou arytmií srdeční, před zákrokem jsem dostala plazmu, to nevím, k čemu to bylo dobrý, toho jsem se nedopídila. A pěkně jsem se po ní osypala. No a paní doktorka říkala, že to vidí poprvé. Asi nejsem normální. No, ale dali mi nějakou dvojku, průhledný to bylo, a než jsem šla na to vyšetření tak to úplně zmizelo. Ale před tím to strašně svědilo, strašně jsem se drbala.“*

**6. Pokud jste pociťoval/a určité obavy nebo strach, čeho jste se vlastně bál/a?**

*„Je to nepříjemný, ale dá se to vydržet.“*

**7. Ted', s odstupem času, už můžete porovnat to, co Vám řekli před vyšetřením zdravotníci a to, co jste na vlastní kůži zažil. V čem odborné poučení odpovídalo skutečnému průběhu vyšetření a naopak: v čem se skutečný průběh lišil od toho, co Vám řekli?**

*„Ne. Všechno bylo tak, jak mi to vysvětlili.“*

**8. Co by (podle Vás) měli zdravotníci do poučování pacientů před výkonem určitě zdůraznit a co by měli ještě do standardního poučení doplnit.**

*„Ne, já jsem to pochopila dobře. Já bych k tomu už nic nepotřebovala. Když je potřeba ten zákrok udělat, tak se udělal.“*

**9. Po výkonu si lidé, kteří nepříjemný výkon podstoupili, o něm povídají se spolupacienty a známými. Myslíte si, že se Váš zážitek lišil od toho, co jste od lidí slyšel/a, že byl v něčem výjimečný? Pokud ano, tak v čem konkrétně?**

*„Ano, zrovna jsme se o tom bavily. Kamarádka, spolužačka to měla několik let zpátky a říkala, že se to nedá vůbec srovnat. Dřív do Vás cpali takovou vohromnou hadici, doktor měl na to takový brejle a dneska to máte vobrazovku, že se na to můžete dívat. To se nedá srovnat, je to nebe a dudy.“*

**10. Co byste poradil/a dalším pacientům, kteří na tento výkon teprve čekají?**

*„Ať nejsou podělaný a jdou na toto vyšetření, vždyť to dělají pro sebe. Ježíšmarja, to vydrží, vždyť dělají kvůli tomu ty prohlídky před tím, že jo. EKG, vezmou krev, moč, všechno. Tak snad musí vědět, jestli je schopnej ten člověk to vydržet nebo není.“*

#### **8.1.10.1 Komentář k rozhovoru 10**

Pacientka již gastrokopické vyšetření absolvovala, měla tedy předchozí zkušenost s tímto vyšetřením. Také četla nějaké články na internetu a byla informovaná od obvodní

lékařky. Z těchto informací si zapamatovala, že musí být lačná. V nemocnici těsně před vyšetřením lékař pacientce popsal celé vyšetření. Informovaný souhlas četla, ale stěžovala si, že dokumentů k podpisu je mnoho a že si z nich nic nepamatuje. Pacientka se před vyšetřením necítila dobře, obávala se. Pacientka své obavy nekonkretizovala. Průběh vyšetření se nelišil od informací podaných lékařem před vyšetřením, ale lišil se od pacientčiny dávné zkušenosti. Dnešní gastrokopické vyšetření je nesrovnatelně méně zatěžující než dřívější zastaralejší metody. Ostatním pacientům by vzkázala, že by vyšetření měli rozhodně absolvovat, dělají to pro sebe.

## 8.2 Analýza výsledků průzkumu

Odpovědi pacientů na jednotlivé otázky byli individuální, většina z nich se podobala, některé byly odlišné. Rozhovoru se zúčastnilo celkem 10 respondentů, 5 pacientů jsem se dotazovala na koloskopické vyšetření a 5 na gastrokopické vyšetření. V obou zkoumaných vzorcích byli 3 muži a 2 ženy. Název bakalářské práce napovídá, že jsem se zabývala zkušenostmi pacientů s těmito vyšetřeními, a proto jsem analýzu průzkumu rozdělila do několika okruhů, které by mohli vypovídat o zkušenostech pacientů s těmito výkony: všeobecná informovanost pacientů, informovanost těsně před vyšetřením a informovaný souhlas, čeho se pacienti konkrétně obávají před těmito vyšetřeními, a co by vzkázali ostatním pacientům, kteří na tato vyšetření teprve čekají. Pro potvrzení teorií jsem výzkum doplnila dotazníkovým šetřením.

Z výzkumu vyplývá, že **všeobecná informovanost** pacientů o koloskopickém a gastrokopickém vyšetření je velmi dobrá. 9 respondentů odpovědělo, že mělo informace o těchto vyšetřeních dříve, než vyšetření absolvovali. Pouze 1 respondent odpověděl, že neměl žádné informace. 4 pacienti měli předchozí zkušenost s těmito vyšetřeními. Nejčastěji pacienti uváděli, že informace jim poskytli rodinní příslušníci, kteří tato vyšetření podstoupili. Druhý nejčastější zdroj informací byl praktický lékař, dále se pacienti dozvídají údaje z novin, časopisů, televize a internetu. Pacienti zdůrazňují důležitost těchto vyšetření, převážně preventivní hledisko, a že jsou tato vyšetření velmi nepřijemná.

Bernatová (2009) ve své práci uvádí, že nejčastější formou informovanosti pacientů před endoskopickými vyšetřeními je ústní forma což se v mém výzkumu potvrdilo.

**Informovanost pacientů těsně před vyšetřením** a zapamatované informace z informovaného souhlasu. Opět 9 pacientů uvedlo, že byli těsně před vyšetřením dostatečně informováni lékařem a sestrou o průběhu vyšetření. 1 pacient uvedl, že informovaný nebyl. Průběh vyšetření se u těchto 9 pacientů nelišil od informací, které jim podal lékař a sestra. 1 pacient uvedl, že se průběh lišil, protože vyšetření bylo velmi bolestivé, na což ho lékař neupozornil.

Bernatová (2009) uvedla, že 76 % pacientů obdrželo informovaný souhlas, 7 % pacientů neobdrželo informovaný souhlas a 17 % buď nevědělo, nebo si nepamatovalo, jestli informovaný souhlas obdrželi.

Všichni respondenti uvádějí, že od lékaře dostali k podpisu **informovaný souhlas**. Všichni shodně uvedli, že si z informací, které jsou v tomto souhlasu uvedené, nic nepamatují. Uváděli, že souhlas je obsáhlý a nahání spíš strach. Lépe rychle přečíst a zapomenout. Ve výzkumu tedy 100 % zúčastněných shodně uvedlo, že informovaný souhlas podepisovalo a že si ze souhlasu vůbec nic nepamatují.

**Čeho se pacienti nejvíce obávají před koloskopickým vyšetřením.** Před tímto vyšetřením mají pacienti nejčastěji strach z bolesti. Což přiznali 3 pacienti z pěti dotazovaných. Z tohoto vzorku byly 2 ženy a jeden muž. Také mají pacienti strach z možného nálezu a pocit studu. Koloskopické vyšetření bylo ve skutečnosti bolestivé pro 3 pacienty, byli to 2 muži a jedna žena.

To znamená, že i z malého vzorku respondentů lze usuzovat, že ženy jsou spíše schopné si svůj strach přiznat a ve skutečnosti, bolest lépe snášejí. Muži neradi přiznávají strach z bolesti, ale po vyšetření si stěžovali, že bylo bolestivé.

Strachem z bolesti se zabýval Mareš (2002) ve své studii a uvádí, že strach z bolesti je mimo jiné determinován zvláštnostmi osobnosti pacienta, jeho věkem i pohlavím.

Také Petřů (2006) se ve své bakalářské práci zabývala strachem z invazivních zákroků u pacientů nad 50 let a zaznamenala, že z celkového vzorku 22 nemocných pocíťovalo strach 17 osob, naopak strach nepocíťovalo 5 osob. Všech pět dotázaných byli muži. To znamená, že teorie je potvrzena.

**Čeho se pacienti nejvíce obávají před gastrokopickým vyšetřením.** Před tímto vyšetřením pacienti uvádějí strach z gastrokopu, dále z diagnózy, a že to bude nepříjemné vyšetření. 4 dotázaní přiznali svůj strach před gastrokopií, byli to 2 muži a 2 ženy, 1 pacient, muž, strach neměl. 3 pacienti přiznali, že je to velmi nepříjemné vyšetření nikoli bolestivé. 2 pacientům nepřípadalo toto vyšetření hrozné.

Když tedy porovnáme koloskopii s gastrokopií zjišťujeme, že v tomto ohledu mezi nimi není rozdíl.

**Na otázku co by respondenti vzkázali ostatním pacientům,** kteří na tato vyšetření čekají, odpovídají všichni dotázaní shodně. Doporučují jim tato vyšetření, jsou důležitá z preventivního hlediska, jsou nepříjemná ale ne bolestivá. Pacienti, kteří udávali při vyšetření bolest, také tato vyšetření doporučili a plně si uvědomovali jejich důležitost.

## 8.3 Dotazníkové šetření

### Dotazník IPQ-R-CZ (B) – Pacientovo pojetí nemoci.

O vyplnění dotazníku jsem požádala 58 pacientek. Z tohoto počtu, 2 respondenti odmítli vyplnění dotazníku z důvodu závažnosti diagnózy (karcinom), 4 dotazníky se nevrátily, 4 se vrátily špatně vyplněné. Pracovala jsem tedy s celkovým počtem 50 správně vyplněných dotazníků. Dotazník tvořilo 20 otázek. Pomocí klíče jsem se pokusila interpretovat respondenty označené odpovědi seřazené do pěti proměnných.

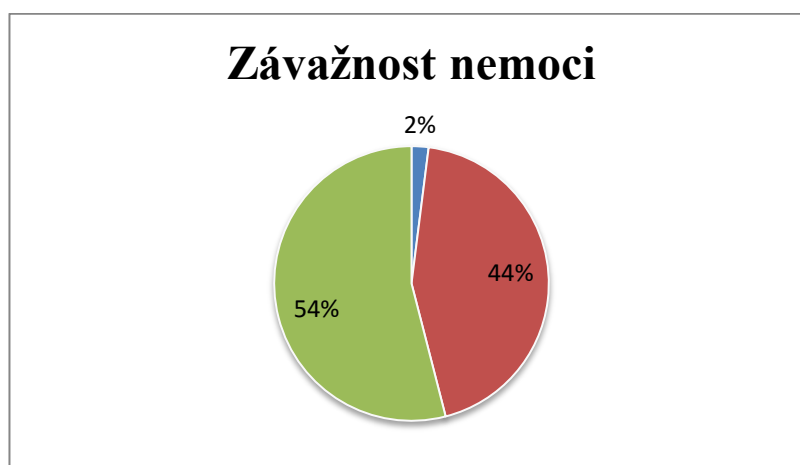
#### 8.3.1 Závažnost nemoci – první proměnná

Tuto proměnnou tvoří otázky 1., 2., 3., 11., skóre těchto otázek se pohybovalo mezi 4 - 20 body. Čím je skóre vyšší, tím má onemocnění pro pacienta závažnější charakter. Respondenti v této proměnné odpovídali na tyto otázky: potrvá moje nemoc dlouho, je má nemoc závažná, přináší vážné důsledky pro můj život, zlepší se můj zdravotní stav? Pro přehlednost jsem výsledné skóre rozdělila do tří bodových skupin. A vyjádřila je v grafu č. 1

Tabulka 8 Závažnost nemoci – první proměnná

Skóre	Počet	Procent
4-8	1	2%
9 – 13	22	44%
14 - 20	27	54%

Graf 1 Závažnost nemoci



Pro 1 respondenta (2 %) nemá onemocnění závažnější charakter. Souhlasí s tvrzením, že nemoc nepotrvá dlouho, spíše není závažná a nepřináší vážné důsledky pro jejich život. Věří, že se jeho zdravotní stav se časem zlepší. Pro 22 dotázaných (44 %) má onemocnění středně závažný vliv na jejich život. 27 pacientů (54 %) tedy většina, vnímá své onemocnění jako vážný problém, jež potrvá dlouho a přináší vážné důsledky pro jejich život. Z toho vyplývá, že pacienti, kteří vnímají své onemocnění jako vážné, mají větší obavy z případných vyšetření, jelikož se obávají možného nežádoucího nálezu a tím závažné diagnózy.

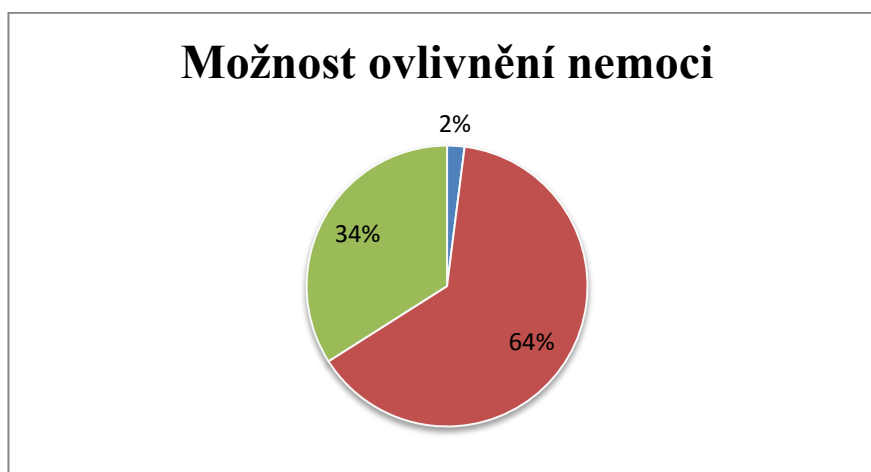
### 8.3.2 Možnost ovlivnění nemoci – druhá proměnná

Proměnnou tvoří pět položek. Jsou to otázky 5, 8, 9, 10 a 19. Nejnižší možné získané skóre je tedy 5 a nejvyšší 25 bodů. Čím vyšší skóre, tím je onemocnění pro pacienty lépe ovlivnitelné. Dotázaní odpovídali na tyto otázky: lze s touto nemocí plánovat do budoucna, mohu ovlivnit průběh své nemoci, záleží především na mně, jak bude nemoc probíhat, ovlivním to svým jednáním a budou se mé obtíže znovu opakovat? Výsledky odpovědí jsem zobrazila v grafu č. 2.

Tabulka 9 Možnost ovlivnění nemoci – druhá proměnná

skóre	počet	Procent
5 - 10	1	2%
11 - 18	32	64%
19 - 25	17	34%

Graf 2 Možnost ovlivnění nemoci



Pouze 1 pacient (2 %), se spíše domnívá, že své onemocnění nemůže vůbec ovlivnit. 32 respondentů (64 %), což je naprostá většina všech dotázaných, není rozhodnuta o míře vlivu svého chování na průběh nemoci, nejsou si jisti, zda má jakákoliv činnost vliv na průběh nemoci. A 17 pacientů (34 %), si myslí, že svým chováním mohou ovlivnit zlepšování nebo zhoršování své nemoci a že záleží především na nich, jak bude jejich nemoc probíhat. Lze tedy předpokládat, že pacient, který si myslí, že svou nemoc může ovlivnit je dobře informovaný o svém onemocnění, a tedy i o léčebných a vyšetřovacích možnostech.

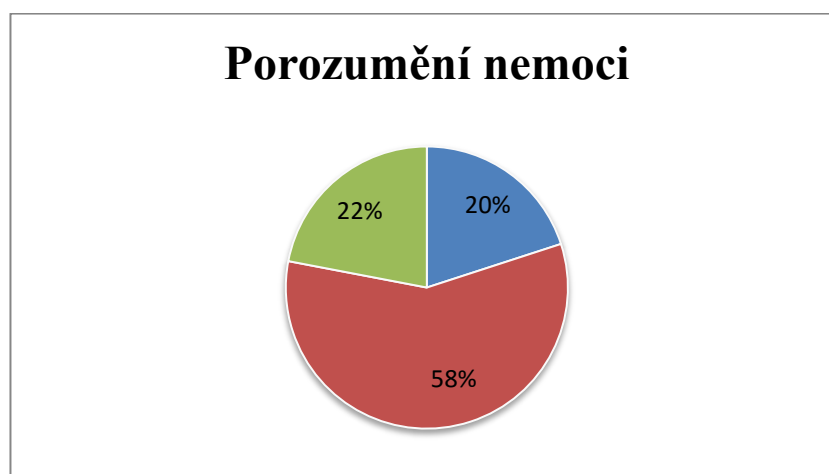
### 8.3.3 Porozumění nemoci – třetí proměnná

Proměnná je představována třemi otázkami číslo 12, 13 a 14. Odpovědi jsou skórovány v rozmezí 3 až 15 bodů. Čím vyšší skóre, tím více pacient své nemoci rozumí. Otázky se týkají porozumění příznakům nemoci, pochopení nemoci a důvodům proč vznikla. Výsledky jsou zobrazeny v grafu č. 3.

Tabulka 10 Porozumění nemoci – třetí proměnná

Skóre	počet	procent
3 – 5	10	20%
6 – 10	29	58%
11 - 15	11	22%

Graf 3 Porozumění nemoci





Pro 10 pacientů (20 %) z celkového počtu dotázaných své nemoci vůbec nerozumí, 29 pacientů (58 %) své nemoci rozumí částečně a celkem 11 respondentů (22 %) své nemoci spíše rozumí, příznaky nemoci, jež prožívají, pro ně nejsou záhadné a o své nemoci mají jasno. Většina dotázaných své nemoci rozumí, částečně to znamená, že mají dostatek informací od svého lékaře, ale příliš těmito informacím nerozumí.

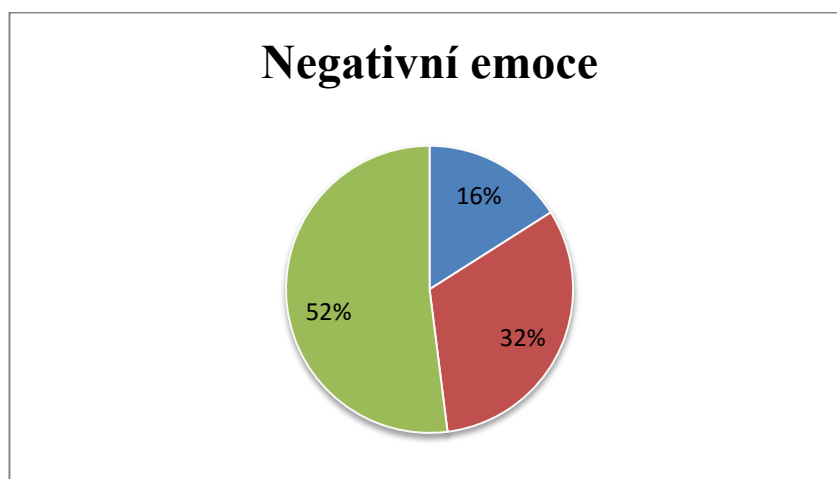
### 8.3.4 Negativní emoce – čtvrtá proměnná

Tuto proměnnou charakterizují 4 položky. Konkrétně otázky 15, 16, 17 a 18. Jedná se o otázky, jež zjišťují přítomnost depresivních nálad, vzteku a obav ze své nemoci. Skóre se pohybuje mezi 4 až 20 body. Čím je vyšší, tím hůře pacient onemocnění prožívá, tuto proměnnou znázorňuje graf č. 4.

Tabulka 11 Negativní emoce – čtvrtá proměnná

skóre	počet	Procent
4-8	8	16%
9 - 13	16	32%
14 - 20	26	52%

Graf 4 Negativní emoce



Pro 8 respondentů (16 %) nemá vážnější obavy ze svého onemocnění a nemá sklon k depresivním náladám. 16 pacientů (32 %), prožívá negativní emoce, přemýšlí o své nemoci, ale tyto emoce nepřevažují nad emocemi negativními. 26 dotázaných (52 %), má onemocnění spojeno s negativními emocemi, přepadá je depresivní nálada nebo vztek, nemoc jim dělá starosti a vzbuzuje v nich obavy. Tato proměnná doplňuje moji interpretaci pocitů pacientů, kteří podstoupili koloskopické nebo gastrokopické vyšetření. Onemocnění, nemocnice a vyšetřovací program v pacientech vzbuzuje strach, starosti a obavy. Tato proměnná potvrzuje mou teorii, že většina pacientů pociťuje strach z nemocničního prostředí, a s ním spojeného vyšetřovacího programu.

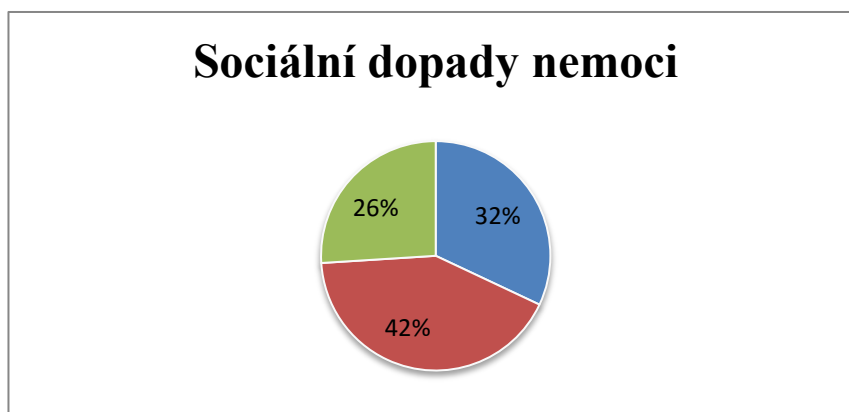
### 8.3.5 Sociální dopady nemoci – pátá proměnná

Proměnná je tvořena čtyřmi položkami, otázkami 4, 6, 7 a 20. Skóre se pohybuje v rozmezí 4 až 20 body. Čím je skóre vyšší, tím má onemocnění pro pacienty větší sociální dopady. Respondenti odpovídali na tyto otázky: ovlivňuje má nemoc, jak se na mě dívají ostatní lidé, má moje nemoc velké finanční dopady, působí nemoc problémy mým blízkým, komplikuje mi nemoc osobní život? Výsledky jsou zobrazeny v grafu č. 5.

Tabulka 12 Sociální dopady nemoci – pátá proměnná

skóre	počet	procent
4 - 8	16	32%
9 – 13	21	42%
14 – 20	13	26%

Graf 5 Sociální dopady



Pro 16 pacientů (32 %) nemá onemocnění vážnější sociální dopady. Pro 21 dotázaných (42 %) má onemocnění středně závažné sociální dopady a pro 13 respondentů (26 %) jsou sociální dopady výrazné. V páté proměnné je v každé bodové kategorii podobný počet odpovědí, ale dá se říci, že většina dotázaných pacientů s gastrointestinálním onemocněním, nepocítuje vážnější sociální dopady nebo je vnímá jako středně závažné. Pro 13 respondentů, jsou sociální dopady výrazné a mají tedy pocit, že nemoc ovlivňuje to, jak se na ně dívají ostatní lidé a působí problémy jejich blízkým a komplikuje jim partnerský či rodinný život. To také znamená, že si uvědomují, svůj strach z případného možného nežádoucího nálezu při vyšetřeních.

## 9. Diskuze

Ve své bakalářské práci jsem se snažila zmapovat a popsat zkušenosti pacientů s invazivními zákroky, konkrétně s koloskopickým a gastrokopickým vyšetřením. Ke zpracování této práce, jsem použila smíšený přístup, kdy jsem zkombinovala kvalitativní a kvantitativní přístup. Kvalitativní přístup se skládal z polostrukturovaného rozhovoru, který byl veden s pacienty, kteří tato vyšetření absolvovali a měli s nimi vlastní zkušenost. K doplnění mého výzkumu, jsem použila kvantitativní přístup, 50 vyplněných dotazníků od pacientů hospitalizovaných na revmatologicko-gastroenterologickém oddělení Fakultní nemocnice Hradec Králové a s gastroenterologickou diagnózou.

Každý člověk, který onemocní, může mít změněné vnímání okolí, je rozrušený, unavený, citlivější a zranitelnější. U chronicky nemocného člověka, toto prožívání nemoci může být vystupňované. Pacienti jsou nuceni podstupovat bohatý vyšetřovací program, který není vždy příjemný. Během mého výzkumu, mi jeden pacient řekl „*to víte, sestřičko, když jdete do nemocnice, tak Vás tam vždycky všechno bolí*“. A je na nás zdravotnicích, těmto pacientům naslouchat a pomoci jim, v pro ně, často nelehkých chvílích. To znamená, že musíme nejdříve vědět jaké zkušenosti a pocity mají konkrétní pacienti, co je trápí a co se jim nelíbí, nebo naopak s čím jsou spokojeni. A na základě těchto informací, můžeme přizpůsobit svůj postoj, své chování k nim a být více empatičtí.

Podkladem pro kvalitativní výzkumnou část, byl polostrukturovaný rozhovor, jehož součástí bylo zjištění identifikačních údajů respondentů. Dle věkového rozdělení, měla největší zastoupení kategorie 41 - 55 let a nad 70 let. V kategorii 55 - 70 bylo zastoupení poměrně malé. Což vypovídá o velkém věkovém rozpětí. Nejvíce zastoupenou věkovou skupinu, tvoří pacienti, kteří spíše podstupují preventivní vyšetření, ale věk pacientů není pro můj výzkum důležitou položkou.

**1. Prvním z cílů mé práce, bylo zjistit všeobecnou informovanost pacientů o koloskopickém a gastrokopickém vyšetření.** Bernátová (2009), která se ve své práci zabývala informovaností pacientů před endoskopickým vyšetřením, uvádí, že nejčastější formou informovanosti pacientů před endoskopickým vyšetřením, je ústní forma. Popsala, že 68 pacientů z celkového počtu 76 dotázaných, uvedlo právě tuto formu informovanosti a většina, měla velký zájem o informace ještě před absolvováním vyšetření. To se shoduje se závěry mého zkoumání, všeobecná informovanost pacientů před koloskopickým

a gastrokopickým vyšetřením je velmi dobrá, informace, pacient nejčastěji získává od rodinných příslušníků, kteří tato vyšetření podstoupili, dále od praktického lékaře a teprve potom, čerpají informace z novin, časopisů, televize a internetu. Jedna pacientka uvedla, že diskuze, které četla na internetu, ji poměrně dost vyděsily. Zde jsou dvě krátké ukázky: 1. *“Já jsem toto vyšetření také podstoupila, ale lékař po zavedení kamery, musel skončit, takovou bolest jsem ještě nezažila. Střevo se musí nafouknout, aby kamera prošla hlouběji. Hrůza, děs.”* 2. *“Vyšetření, které má trvat 10 - 30min., jak mi tvrdila paní doktorka, se protáhlo na 1 a půl hodiny velkých bolestí. Následně krvácení z konečníku a obrovské křečovitě bolesti do břicha a horečky. Následně jsem byla hospitalizována pro poranění střev.”* Uznejte tedy, kdo by se po přečtení těchto řádků nebál. Na internetu najdete i pozitivní zkušenosti, ale bohužel, my lidé, máme tendenci věřit spíše těm horším zkušenostem.

Z informací, které si pacienti zapamatovali, zdůrazňují důležitost těchto vyšetření, převážně preventivní hledisko, důkladnost přípravy, a že jsou tato vyšetření velmi nepříjemná. V mém dotazníkovém šetření, které doplňuje výzkum, se u druhé proměnné - **Možnost ovlivnění nemoci**, potvrzuje, že část pacientů si myslí, že svým chováním mohou ovlivnit zlepšování nebo zhoršování nemoci a záleží na nich, jak bude jejich nemoc probíhat. Většina respondentů nebyla rozhodnuta o míře vlivu svého chování na průběh nemoci. Jen malá skupina dotázaných si myslí, že své onemocnění nemůže vůbec ovlivnit. Lze tedy předpokládat, že pacient, který si myslí, že svou nemoc může ovlivnit, je dobře informovaný o svém onemocnění, a tedy i o léčebných a vyšetřovacích možnostech.

**2. Dalším z cílů, bylo zjistit informovanost pacientů těsně před vyšetřením** a zapamatované informace z informovaného souhlasu. Naprostá většina pacientů uvedla, že byli těsně před vyšetřením informováni lékařem a sestrou o průběhu vyšetření. Lékař jim popsal, co se s nimi bude během vyšetření dít, pacienti uvítali možnost sledování vyšetření na obrazovce. Z jejich nadšení usuzuji, že tato možnost, zmírnila jejich strach a obavy z těchto vyšetření a možná i zvýšila důvěru vůči lékaři, který vyšetření prováděl. Jen 1 pacient uvedl, že informovaný nebyl, ale na otázku, zda se průběh vyšetření lišil od informací podaných lékařem, uvedl, že se lišil, protože vyšetření bylo velmi bolestivé, ale lékař mu řekl, že bude jen nepříjemné. Je tedy otázkou, jestli pacient nebyl před vyšetřením natolik rozrušený, že si možná ani neuvědomil, že mu lékař popisuje průběh vyšetření. Průběh vyšetření se u ostatních pacientů nelišil od informací, které jim podal lékař a sestra. To znamená, že naprostá většina respondentů uvedla, že se jim lékař a sestra před vyšetřením věnovali a podali jim dostatek informací. V dotazníkovém šetření ve třetí proměnné – **Porozumění**

**nemoci**, která se vztahuje k tomuto cíli, naprostá většina uvedla, že své nemoci rozumí částečně a příznaky nemoci pro ně nejsou záhadné. To vede k závěru, že pacienti mají dostatek informací od svého lékaře, zajímají se o svojí nemoc, ale někdy, těmto informacím ne zcela rozumí. Zde stojí za zamyšlení, proč se pacienti nezeptají znova svého lékaře na informace, kterým nerozumí? Je to nedostatkem času? Pocitem méněcennosti? Strachem?

Všichni respondenti uvádějí, že od lékaře dostali k podpisu **informovaný souhlas**. To se částečně shoduje s výsledky Bernátové (2009) která uvedla, že většina pacientů obdržela informovaný souhlas, jen velmi malá skupina pacientů neobdržela informovaný souhlas a část pacientů, buď nevěděla, nebo si nepamatovala, jestli informovaný souhlas obdrželi. Ovšem, co je alarmující, že z informací, které jsou v tomto souhlasu uvedené, si respondenti nepamatují žádné údaje. Uvedli, že souhlas je obsáhlý a nahání spíše strach. Lépe rychle přečíst, podepsat a zapomenout. V našem výzkumu tedy všichni zúčastnění, shodně uvedli, že informovaný souhlas podepisovali, ale ze souhlasu si vůbec nic nepamatují.

V podstatě z informací uvedených výše vyplývá, že informovaný souhlas, jehož účelem je poučit pacienta tak, aby skutečně porozuměl, v čem spočívá jeho zdravotní problém, co mu plánovaný výkon přinese, jaká jsou rizika a alternativní možnosti, tak ve skutečnosti slouží spíše jako právní doklad.

**3. Třetím cílem mé práce bylo zjistit, čeho se pacienti nejvíce před endoskopickým vyšetřením obávají.** Analýzu těchto dat jsem rozdělila na koloskopické a gastrokopické vyšetření. Před **koloskopickým** vyšetřením, pacienti nejčastěji uváděli strach z bolesti, také z možného nálezu a pocit studu. Většina dotazovaných přiznala, že pociťovali velký strach. Zajímavé bylo, že svůj strach před vyšetřením přiznaly spíše ženy, ale skutečnost, že vyšetření bylo bolestivé, avizovali hlavně muži. To znamená, že i z malého vzorku respondentů lze usuzovat, že ženy jsou spíše schopné si svůj strach přiznat a ve skutečnosti bolest lépe snášejí a muži neradi přiznávají strach z bolesti, ale po vyšetření si stěžovali, že bylo bolestivé.

Strachem z bolesti se zabýval Mareš (2002) ve své studii a uvádí, že strach z bolesti je mimo jiné determinován zvláštnostmi osobnosti pacienta, jeho věkem i pohlavím. Také Petřů (2006) se ve své bakalářské práci zabývala strachem z invazivních zákroků u pacientů nad 50 let a zaznamenala, že z celkového vzorku 22 nemocných pociťovalo strach 17 osob, naopak strach nepociťovalo 5 osob. Všech pět dotázaných byli muži. To znamená, že závěry se shodují.

Čeho se pacienti nejvíce obávají před **gastroskopickým** vyšetřením? Zajímavé je, že před tímto vyšetřením pacienti uvádějí strach z gastrokopu, dále z diagnózy a že to bude nepříjemné vyšetření, žádný pacient v rozhovoru neuvedl, že by se obával bolesti. Většina dotázaných přiznala svůj strach, jeden pacient měl obavy z možné diagnózy. Tento pacient řekl, že neměl žádný strach, jen se obával toho, co by mu v žaludku mohli najít. Měl obavy, aby neměl rakovinu. S těmito obavami souvisí závažnost nemoci a sociální dopady. Pacienta nutí přemýšlet, co bude dál, co bude s jeho rodinou, jestli nepřijde o zaměstnání, jestli ještě vůbec, toto zaměstnání bude moci vykonávat.

Když tedy porovnáme koloskopii s gastrokopií zjišťujeme, co se týče strachu, je prožívání rozdílné, před koloskopií se pacienti spíše obávají bolesti a před gastrokopií, gastrokopu a pocitu na zvracení. Shodně také uvádějí obavy z možného nálezu.

Pro tento cíl jsem z dotazníkového šetření zvolila k porovnání, čtvrtou proměnnou – **Negativní emoce**, protože tato proměnná celkem dobře doplňuje moji interpretaci pocitů pacientů, kteří endoskopická vyšetření podstoupili. Samozřejmě většina respondentů má onemocnění spojeno s negativními emocemi, přepadá je depresivní nálada, nemoc jim dělá starosti a vzbuzuje v nich obavy. Jen malá skupina respondentů nemá ze svého onemocnění vážnější obavy. Jelikož negativní emoce jsou širokým pojmem, ale ve spojení s nemocí mohou znamenat strach a obavy z nemocničního prostředí, hospitalizace, prognózy onemocnění, ale také z vyšetřovacího programu. Lze napsat, že tato proměnná se ve výsledcích shoduje s výsledky mnou vedených rozhovorů, a to znamená, že většina pacientů pociťuje před invazivním vyšetřením strach a zamýšlejí se nad tím, co bude dál.

Další proměnná, která s tímto cílem souvisí, je první proměnná - **Závažnost nemoci**, ta tedy souvisí s otázkou – „co kdyby mi tam něco našli“. Pouze jeden pacient uvedl, že jeho onemocnění nemá závažnější charakter, byl to pacient, který neměl žádné obtíže a vyšetření absolvoval pouze z preventivních důvodů, ale přes to, si tento pacient, před vyšetřením, kladl právě tuto otázku. Toto tvrzení se shoduje s výsledky šetření Neumannové (2011), která uvedla, že většina pacientů se obává výsledků vyšetření. To znamená, že většina respondentů, vnímá své onemocnění jako problém, který přináší vážné důsledky pro jejich život a nutí je, zamyslet se nad sociálními dopady nemoci.

**Sociální dopady nemoci** – jsou pátou proměnnou, která souvisí se strachem z invazivních vyšetření. Nutí pacienty zamýšlet se, jak se na ně dívají ostatní lidé, také jestli nepůsobil jejich nemoc problémy jejich blízkým, co by bylo s jeho rodinou, kdyby měl špatný

nález, jestli nepřijde o zaměstnání a jestli vůbec své zaměstnání bude moci vykonávat. Dá se říci, že z mého výzkumu vyplývá, že pro většinu pacientů má nemoc středně závažné až závažné dopady. To také znamená, že si uvědomují svůj strach z možného negativního nálezu při vyšetřeních a možných sociálních dopadů a tato proměnná potvrzuje moji teorii vyplývající z rozhovorů.

**4. Poslední z cílů, bylo zjistit, co by respondenti vzkázali ostatním pacientům, kteří na tato vyšetření čekají.** Odpověď dotázaných zněla jednoznačně. Všichni pacienti doporučují tato vyšetření, uvědomují si jejich důležitost, především z preventivního hlediska, většina pacientů uvedla, že jsou nepříjemná, ale ne bolestivá. I pacienti, kteří udávali bolest při vyšetření, doporučili ostatním pacientům, je absolvovat a plně si uvědomovali jejich nenahraditelnost.



## Závěr

Cílem mé bakalářské práce, bylo seznámení s problematikou invazivních vyšetření. Ze široké škály invazivních zákroků, je tato práce, věnována endoskopickým vyšetřením, konkrétně koloskopickému a gastrokopickému.

V teoretické části, jsem na základě poznatků celé řady autorů, zabývala výkladem odborných pojmů. Popsala jsem příznaky onemocnění gastrointestinálního traktu, v další kapitole jsem se věnovala definici invazivních zákroků obecně a dále jsem popsala kolposkopické vyšetření, anatomii - fyziologii tlustého střeva, indikace a kontraindikace k výkonu, ošetrovatelskou péči před výkonem i po něm. Také jsem se věnovala přípravě pacienta na koloskopické vyšetření a stanovila ošetrovatelské diagnózy u pacienta po tomto vyšetření.

Ve další kapitole jsem definovala pojem esofagogastroduodenoskopie a dále jsem se zabývala touto problematikou. Opět, anatomicko-fyziologický popis, indikace, kontraindikace, technika vyšetření a ošetrovatelská péče před gastrokopií a po ní. Dále jsem čtenáře seznámila s možnými komplikacemi obou výkonů. V závěru teoretické části jsem se věnovala edukaci pacienta, který se připravuje na koloskopické vyšetření.

Empirickou část, soustřeďuji na poznatky z výzkumu, který byl veden se záměrem, zjistit zkušenosti pacientů s koloskopickým a gastrokopickým vyšetřením. Konkrétně mě zajímala informovanost pacientů, čeho se obávají, a co by vzkázali ostatním pacientům, kteří na toto vyšetření teprve čekají. Oslovila jsem deset pacientů, se kterými jsem vedla polostrukturovaný rozhovor a zadala padesát dotazníků.

Z výše uvedených výsledků výzkumu vyplývá, že všeobecná informovanost pacientů, je velmi dobrá, pacienti mají zájem o informace. Mluví o těchto vyšetřeních s rodinou, čtou diskuze na internetu, časopisy a noviny. Jen informace na internetu jsou občas zavádějící, jelikož neuvádí objektivní skutečnost, ale subjektivně popisují vzniklou situaci a zbytečně nahání ostatním pacientům strach. U informací o přípravě na koloskopické vyšetření by bylo třeba zdůraznit, nepříjemnost přípravy a nutnost vypít větší množství tekutin.

U informací podaných těsně před vyšetřením, pacienti zdůraznili, že se jim lékař a sestra plně věnují, informace o průběhu vyšetření podávají srozumitelně a upozorňují na důležitost spolupráce. Skutečný průběh se většinou neliší od těchto informací.

Alarmující je však skutečnost, která se týká informovaného souhlasu. Všichni pacienti sice dostanou k podpisu informovaný souhlas, ale z údajů v něm obsažených si nic nepamatují. Uvádají, že je obsáhlý, informace jsou zastrašující a že tento souhlas rychle přečetli a zapomněli, co četli. To znamená, že tento informovaný souhlas svoji funkci, informovat vlastně neplní a bylo by dobré se touto problematikou dále zabývat.

Co se týče pocitů, které pacienti mají před koloskopií nebo gastroskopií tak zjišťujeme, že před koloskopií se pacienti spíše obávají bolesti a před gastroskopií, gastrooskopu a pocitu na zvracení. Dále mají strach z možného nálezu a sociálních dopadů. Po koloskopickém vyšetření, většina pacientů potvrdila, větší či menší bolestivost, gastroskopii vnímají spíše jako hodně nepříjemné, nikoliv bolestivé vyšetření. Tyto negativní emoce lze zmírnit empatickým přístupem zdravotníků.

Ze vzkazů ostatním pacientům vyplývá, že všeobecně, mají pacienti dobré zkušenosti s těmito vyšetřeními. Před vyšetřením sice prožívají obavy, pocity strachu a studu, ale uvědomují si, důležitost a přínos těchto vyšetření pro jejich zdraví a doporučují je ostatním pacientům. To znamená, že i když pacienti mají určité obavy a nemocnici spojují s místem, kde jim sice pomůžou, ale někdy je to za cenu bolesti, vědí, že pro své zdraví musí něco obětovat. Vždyť diagnostické přístroje jsou rok od roku dokonalejší a výkony jsou díky nim méně nepříjemné. Možná, někdy v daleké budoucnosti budou výkony zcela bezbolestné.

# Anotace

<b>Autor:</b>	Jana Pechová
<b>Instituce:</b>	Ústav sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové Oddělení ošetrovatelství
<b>Název práce:</b>	Zkušenosti pacientů s invazivními výkony
<b>Vedoucí práce:</b>	prof. PhDr. Jiří Mareš, PhD.
<b>Počet stran:</b>	96
<b>Počet příloh:</b>	2
<b>Rok obhajoby:</b>	2015
<b>Klíčová slova:</b>	invazivní vyšetření, koloskopie, gastroscopie, zkušenosti pacientů

Bakalářská práce pojednává o zkušenostech pacientů s invazivním vyšetřením (koloskopie, gastroscopie). V teoretické části objasňuje hlavní příznaky onemocnění gastrointestinálního traktu, popisuje problematiku koloskopického a gastroscopického vyšetření. Věnuje se ošetrovatelské péči před vyšetřením a po něm a charakterizuje ošetrovatelské diagnózy. Věnuje se edukaci pacienta před koloskopickým vyšetřením, konkrétně v oblasti přípravy na toto vyšetření.

V empirické části, pomocí smíšeného přístupu, zkoumá blíže zkušenosti pacientů s těmito vyšetřeními. V polostrukturovaném rozhovoru u deseti vybraných respondentů a v dotazníkovém šetření u padesáti pacientů (se souhlasem české verze J. Marešem, byl použit dotazník IPQ-R-CZ (B) – Pacientovo pojetí nemoci).

Všichni mají gastrointestinální onemocnění a pacienti, se kterými jsem vedla rozhovor, mají také zkušenost s endoskopickým vyšetřením. Mapuje informovanost všeobecnou, cílenou podanou těsně před vyšetřením, pocity před vyšetřením a předává vzkaz dalším pacientům. Výsledky porovnává s domácími výzkumy na stejné téma.

Z výsledků práce vyplývá, že zkušenosti pacientů jsou pozitivní, i když prožívají určité obavy, uvědomují si přínos těchto vyšetření, který převažuje nad negativy. Práce poukazuje na rezervy v oblasti informovaného souhlasu. Zatím (v řadě případů) jde spíše o právní dokument, který má chránit zdravotnické zařízení. Mnozí pacienti však nerozumí jeho obsahu, je pro ně příliš odborný.

# Annotation

<b>Author:</b>	Jana Pechová
<b>Institution:</b>	Department of Social Medicine LF UK in Hradec Kralove Department of Nursing
<b>Title of the work:</b>	Experience in Patients with Invasive Procedures
<b>Academic advisor:</b>	prof. PhDr. Jiří Mareš, PhD.
<b>Number of pages:</b>	96
<b>Number of attachments:</b>	2
<b>Defended in:</b>	2015
<b>Key words:</b>	invasive examination, colonoscopy, gastroscopy, patient's experience

Bachelor's thesis discusses patient's experience with invasive examination (colonoscopy, gastroscopy). The theoretical part explains the main symptoms of gastrointestinal disease, describes problems of colonoscopy and gastroscopy. It deals with nursing care before and after the examination and characterizes nursing diagnosis. It includes patient's education before colonoscopy, particularly in preparation for this examination.

In the empirical part, using a mixed approach, the author examines patient's experiences with examination closer. Semi - structured interview were used for ten selected respondents and other fifty patients filled in questionnaire IPQ-R-CZ (B) (with the agreement of J. Mares, the author of the Czech version).

All patients suffer from gastrointestinal disease and patients who I interviewed also have experience with endoscopic examination. It maps the general awareness, information given immediately before the examination, feelings before examination and gives a message to other patients. It compares the results with other local surveys on this topic.

The results of this work show that patient's experiences are positive, although experiencing some concerns; they realize the benefits of these tests, which outweighs the negatives. The work highlights the imperfections of informed consent. Meanwhile (in many cases), it is a legal document to protect the health facility. However, many patients do not understand it's content and it is too scientific for them.

## Seznam použité literatury

1. **ARCHALOUSOVÁ, A. a kol.** *Ošetrovatelská péče*, Karolinum, Praha, 2006, 295 s., ISBN 80-246-1113-9
2. **ČERVENKOVÁ, R.** *Crohnova nemoc a ulcerózní kolitida*, Galén, Praha, 2009, 111 s., ISBN 978-80-7262-600-7
3. **ČIHÁK, R.** *Anatomie 2*, Grada Publishing, a.s., Praha, 2013, 512 s., ISBN 978-80-247-4788-0
4. **DÍTĚ, P. a kol.** *Základy digestivní endoskopie*, Grada Publishing, a.s., Praha, 1996, 240 s., ISBN 80-7169-237-9
5. **DYLEVSKÝ, I.** *Somatologie*, Epava, Olomouc, 2000, 480 s., ISBN 80-86297-05-5
6. **HAŠKOVCOVÁ, H.** *Informovaný souhlas: proč a jak?*, Galén, Praha, 2007, 104 s. ISBN 978-80-7262-497-3
7. **HAŠKOVCOVÁ, H.** *Práva pacientů, komentované vydání*, Havířov: Nakladatelství Aleny Krtilové, 1996. ISBN 80-902163-0-7
8. **HENDL, J.** *Kvalitativní výzkum*, Portál s.r.o., Praha, 2005, 407 s., ISBN 80-7367-040-2
9. **HOLUBOVÁ, A., NOVOTNÁ, H., MAREČKOVÁ, J. a kol.** *Ošetrovatelská péče v gastroenterologii a hepatologii*, Mladá fronta a.s., 2013, 267 s., ISBN 978-80-204-2806-6
10. **JIRÁSEK, V., BRODANOVÁ, M., MAREČEK, Z.** *Gastroenterologie, hepatologie*, Galén, Praha, 2002, 263 s., ISBN 80-7262-139-4
11. **JUŘENÍKOVÁ, P.** *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*, Grada Publishing a.s., Praha, 2010, 80 s., ISBN 978-80-247-2171-2
12. **KEIL, R., a kol.** *Gastroskopie*, Maxdorf s.r.o., Praha, 2006, 173 s., ISBN 80-7345-106-9
13. **KUBEROVÁ, H.** *Didaktika ošetrovatelství*, Portál s.r.o., Praha, 2010, 248 s., ISBN 978-80-7367-648-1
14. **KUTNOHORSKÁ, J.** *Výzkum v ošetrovatelství*, Grada Publishing a.s., Praha, 2009, 176 s., ISBN 978-80-247-2713-4
15. **LATA, J., BUREŠ, J., VAŇÁSEK, T.** *Gastroenterologie*, Galén, Praha, 2010, 256 s., ISBN 978-80-7262-692-2
16. **LUKÁŠ, K.** *Gastroenterologie a hepatologie pro zdravotní sestry*, Grada Publishing, a.s., Praha, 2005, 288 s., ISBN 80-247-1283-0
17. **LUKÁŠ, K., ŽÁK, A.** *Gastroenterologie a hepatologie*, Grada Publishing, a.s., Praha, 2007, 380 s., ISBN 978-80-247-1787-6

- 18. MAŘATKA Z.**, *Trávicí obtíže v lékařské praxi*, Galén, Praha, 2007, 163 s., ISBN 978-80-7262-472-0
- 19. NEUWIRTH, J., FIFERNOVÁ, G.** *Ošetřovatelství II.*, Informatorium, spol. s.r.o., Praha, 1996, 205 s., ISBN 80-85427-88-5
- 20. SEIFERT, B., DÍTĚ, P., BUREŠ, J.** *Gastroenterologie*, Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, Praha, 2012, 24 s., ISBN 978-80-86998-55-8
- 21. Bolest**, roč. 5, č. 1 (2002), s 17-27, ISSN 1212-0634. Lit:39, Souhrn: eng
- 22. Bolest**, roč. 5, č. 4 (2002), s 235-242, ISSN 1212-064. Lit:41, Souhrn: eng
- 23. HAZULÍKOVÁ, J.** *Edukace - nástroj léčby*, Sestra, Mladá fronta, Praha, 2003, ISSN 1210-0404. Roč. 13, č. 4, s. 14.
- 24. MAREŠ, J., JEŽEK, S.** *Dotazník zjišťující pacientovo pojetí nemoci: IPQ-R-CZ.* Československá Psychologie/Czechoslovak Psychology, 2012, roč. 56, č. 6, s. 558-573. ISSN 0009-062X.
- 25. PETRŮ, Z.** *Strach při invazivních zákrocích u nemocných nad 50 let.* Bakalářská práce obhájená na Lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Hradci Králové v r. 2006. 54 s. Depon in: Archiv Ústavu sociálního lékařství Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Hradci Králové
- 26. BERNÁTOVÁ, I.** *Informovanost pacientů před endoskopickým vyšetřením.* Bakalářská práce obhájená na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské Univerzity v Českých Budějovicích v r. 2009. 55 s. Depon in: Archiv Ústavu zdravotně sociální práce Jihočeské Univerzity v Českých Budějovicích
- 27. NEUMANNOVÁ, E.** *Příprava pacienta ke kolonoskopii.* Bakalářská práce obhájená na Lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Hradci Králové v r. 2011. 77 s. Depon in: Archiv Ústavu sociálního lékařství Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Hradci Králové



## Seznam tabulek

Tabulka 1 Ošetrovatelské diagnózy stanovené u pacienta po koloskopickém vyšetření .....	22
Tabulka 2 Ošetrovatelské diagnózy u pacienta po gastrokopickém vyšetření.....	29
Tabulka 3 Zkoumaný soubor nemocných – polostrukturované rozhovory .....	35
Tabulka 4 Věk nemocných – polostrukturované rozhovory.....	35
Tabulka 5 Zkoumaný soubor nemocných - dotazníkové šetření .....	35
Tabulka 6 Věk nemocných - dotazníkové šetření.....	36
Tabulka 7 Zhodnocení návratnosti - dotazníkové šetření .....	36
Tabulka 8 Závažnost nemoci – první proměnná.....	70
Tabulka 9 Možnost ovlivnění nemoci – druhá proměnná .....	71
Tabulka 10 Porozumění nemoci – třetí proměnná.....	72
Tabulka 11 Negativní emoce – čtvrtá proměnná .....	73
Tabulka 12 Sociální dopady nemoci – pátá proměnná .....	74

## Seznam grafů

Graf 1 Závažnost nemoci .....	70
Graf 2 Možnost ovlivnění nemoci .....	71
Graf 3 Porozumění nemoci .....	72
Graf 4 Negativní emoce .....	73
Graf 5 Sociální dopady .....	74

## Seznam příloh

Příloha 1 Žádost o povolení výzkumného šetření.....	92
Příloha 2 Předvýzkum, přepis autentických rozhovorů .....	93

# Přílohy

## Příloha 1 Žádost o povolení výzkumného šetření

Vážený pan/paní

**Prof. MUDr. Kopáčová Marcela, Ph.D.**  
Přednostka II. interní gastroenterologické kliniky  
Sokolská 581, 500 05 Hradec Králové - Nový Hradec Králové

v Třebechovicích pod Orebem

### Věc: Žádost o povolení výzkumného šetření na II. interní gastroenterologické klinice

Vážená paní přednostko,

Dovolujeme si Vás požádat o povolení výzkumného šetření na Vaší gastroenterologické klinice, jež by mělo být součástí závěrečné bakalářské práce studentky Jany Pechové, narozené 17.3.1977, posluchačky 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetřovatelství, kombinované formy, LF UK v Hradci Králové.

Cílem této práce je zjistit informovanost pacientů, kteří podstupují koloskopii a gastrokopii. Zjistit, zda podaným informacím rozumí. Dále zjistit čeho se nemocní konkrétně před vyšetřením obávají a zda se jejich obavy naplnily. Jedním z přínosů této práce by mohlo být odstranění některých zažitých mýtů o těchto vyšetřeních.

Výzkumné šetření bude provedeno formou dobrovolného anonymního rozhovoru (dotazníku), které jsou přiloženy k žádosti.

Závěrečná práce je zpracována pod odborným vedením prof. PhDr. Jiřího Mareše CSc., vedoucího oddělení společenských věd Lékařské fakulty v Hradci Králové.

Výsledky šetření Vám rádi poskytneme.

Prosíme o sdělení Vašeho rozhodnutí

S pozdravem

Jana Pechová  
Proboštova 1275  
Třebechovice pod Orebem  
503 46

prof. PhDr. Jiří Mareš, CSc.  
Ústav sociálního lékařství  
tel. 495816426  
mareš@lfhk.cuni.cz

Vyjádření vedení instituce:  
 Souhlasím  
 Nesouhlasím

Datum: 10.9.2015

Podpis a razítko

MUDr. Tomáš Douda, Ph.D.  
zástupce přednostky pro LPP  
II. interní gastroenterologické kliniky

Fakultní nemocnice Hradec Králové  
II. interní gastroenterologická klinika  
Sokolská 581  
500 05 Hradec Králové  
tel.: 495 034 240

## Příloha 2 Předvýzkum, přepis autentických rozhovorů

**2. rozhovor: muž L. M. 58 let, diagnóza: portální hypertenze, vyšetření: gastroskopie**

**1) Měl (měla) jste informace týkající se vyšetření (koloskopie, gastroskopie) ještě dříve než jste toto vyšetření absolvoval (absolvovala)?**

*„Ne, neměl jsem žádné informace, já jsem nevěděl, že to vůbec existuje.“*

**2) Kde jste tyto informace získal (získala)? (internet, rodina, přátelé, praktický lékař, jiné...)**

*„Já jsem spíš znal plzeňský.“*

**3) Byl (byla) jste před vyšetřením informován (informována) od Vašeho ošetřujícího lékaře, sestry?**

*„Ano, byl jsem informovanej, sestry a doktor mě informovali, že mě napojí, potom mě uspí. Víte, já musím bejt uspanej, já se doktorů strašně bojím. Já se bojím i odběrů.“*

**4) Informacím, které jste získal (získala) jste rozuměl (rozuměla)?**

*„Ano, rozuměl jsem těm informacím. Jednou mě zkusili neuspat a já se dávím a zvracím a bráním se.“*

**5) Jaký jste měl (měla) pocit těsně před vyšetřením? (strach, obavy, jiný...)**

*„To jsem měl strach, strašnej strach.“*

**6) Jestli jste měl (měla) strach, obavy, čeho se tyto obavy týkaly, nebo o co jste se obával (obávala)? (bolest, diagnóza, stud)**

*„Já se bojím doktorů. Měl jsem strach, že to bude bolet.“*

**7) Jak jste ve skutečnosti prožíval (prožívala) vyšetření?**

*„Vyšetření jsem nevnímал, protože jsem spal, pak mi daly holky přes pusku a daly mě ještě vedle proležet. Taky mi musel doktor napsat sanitu a odvést mě do špitálu a do druhýho dne jsem tam musel ležet.“*

**8) Naplnily se Vaše obavy?**

*„Ano, moje obavy se naplnily, já ten den nemůžu ani jíst, já to hodně těžko snáším, já pak zvracím.“*

**9) Chcete mi sdělit ještě něco dalšího?**

*„Ne nechci. Jen, když mě uspí, tak na to půjdu klidně znova.“*

**Komentář:** *Pacient neměl tušení, že gastroscopické vyšetření existuje. Těsně před vyšetřením, mu lékař a sestra podrobně popsali celý průběh vyšetření, nemocný rozuměl těmito informacím. Pacient je citlivý, bojí se lékařů a lékařského prostředí. Měl velký strach z bolesti. Během vyšetření musel být uspaný. Jeho obavy se naplnily, po vyšetření se necítil celý den dobře, ale vyšetření by klidně absolvoval znova.*

**3. rozhovor: muž J. J. 58 let, diagnóza: pankreatitida, vyšetření: gastrokopie**

**1) Měl (měla) jste informace týkající se vyšetření (koloskopie, gastrokopie) ještě dříve než jste toto vyšetření absolvoval (absolvovala)?**

*„Ano, měl jsem informace, já jsem na té gastrokopii byl už několikrát.“*

**2) Kde jste tyto informace získal (získala)? (internet, rodina, přátelé, praktický lékař, jiné...)**

*„Informace jsem měl od lékaře a z předchozí zkušenosti.“*

**3) Byl (byla) jste před vyšetřením informován (informována) od Vašeho ošetřujícího lékaře, sestry?**

*„Ano, těsně před vyšetřením jsem byl informovanej. Doktor mi popsal, co se mnou bude dělat a dal mi podepsat informovaný souhlas.“*

**4) Informacím, které jste získal (získala) jste rozuměl (rozuměla)?**

*„Ano, rozuměl jsem těm informacím.“*

**5) Jaký jste měl (měla) pocit těsně před vyšetřením? (strach, obavy, jiný...)**

*„Já jsem z toho vyšetření snad ani strach neměl, spíš, já mám dost silnej, ten dávicí reflex, takže jsem měl obavy z toho, že se budu dávit a zvracet.“*

**6) Jestli jste měl (měla) strach, obavy, čeho se tyto obavy týkaly, nebo o co jste se obával (obávala)? (bolest, diagnóza, stud)**

*„No, hlavně z toho, že se budu dávit, nepolknu tu hadici a že se pozvracím.“*

**7) Jak jste ve skutečnosti prožíval (prožívala) vyšetření?**

*„Já jsem dostal nějakou injekci a celé vyšetření jsem prožil v polospánku, takže jsem v podstatě ani neregistroval, co se mnou dělají. Více méně, pocity z toho nemám žádný, protože jsem nic necítil a bylo mi všechno jedno.“*

**8) Naplnily se Vaše obavy?**

*„Ne, ty obavy, co jsem měl před vyšetřením se ukázaly jako zbytečný.“*

**9) Chcete mi sdělit ještě něco dalšího?**

*„Já jsem měl po tom vyšetření strach, protože tam našli nějaké polypy a čekal jsem na ty výsledky. A hlavně jsem měl obavy, co to je, než přišly výsledky.“*

**Komentář:** *Pacient měl všeobecné informace týkající se gastrokopického vyšetření. Měl předchozí zkušenost a také byl informován obvodním lékařem. Těsně před vyšetřením, byl informován, také podepsal souhlas s vyšetřením, informacím dostatečně rozuměl. Před vyšetřením necítil strach, ale obavy, že nepolkne gastrokop a také že by se mohl pozvracet, protože má silný dávicí reflex. Během vyšetření byl v polospánku, prožil ho v klidu a bez bolesti. Jeho obavy, které měl před vyšetřením, se ukázaly zbytečné. Pacient prožíval strach ještě po vyšetření, jelikož se objevil nejasný nález, který lékař odeslal na histologický rozbor.*

**4. rozhovor: žena I. H., 48 let, diagnóza: prevence, vyšetření: koloskopie**

**1) Měl (měla) jste informace týkající se vyšetření (koloskopie, gastroscopie) ještě dříve než jste toto vyšetření absolvoval (absolvovala)?**

*„Ano, měla jsem informace.“*

**2) Kde jste tyto informace získal (získala)? (internet, rodina, přátele, praktický lékař, jiné...)**

*„Informace jsem získala z literatury, internetu a od lékaře.“*

**3) Byl (byla) jste před vyšetřením informován (informována) od Vašeho ošetřujícího lékaře, sestry?**

*„Ano, byla jsem dostatečně informovaná od svého lékaře o průběhu vyšetření.“*

**4) Informacím, které jste získal (získala) jste rozuměl (rozuměla)?**

*„Ano, rozuměla jsem.“*

**5) Jaký jste měl (měla) pocit těsně před vyšetřením? (strach, obavy, jiný...)**

*„Neměla jsem strach, spíš jsem měla obavy.“*

**6) Jestli jste měl (měla) strach, obavy, čeho se tyto obavy týkaly, nebo o co jste se obával (obávala)? (bolest, diagnóza, stud)**

*„Z toho, aby mi tam něco nenašli. Z vyšetření samotného ne.“*

**7) Jak jste ve skutečnosti prožíval (prožívala) vyšetření?**

*„Byla jsem naprosto v klidu, ale bolesti jsem měla. Dostala jsem premedikaci, analgosedaci, samozřejmě to vyšetření je takový nepříjemný, takový trochu porodní bolesti, hlavně, když Vás nafukují tím vzduchem, ale většinou je to chvilka a rychle to přejde, když to nemůžete vydržet, tak Vám sestřička připíchne něco na bolest a je to dobré. Nejhorší je, než se dostanou nahoru a potom si to střevo už jen prohlíží. Trvá to asi půl hodiny“*

**8) Naplnily se Vaše obavy?**

*„Obavy se nenaplnily, protože jsem měla všechno v pořádku a samotného vyšetření jsem se nebála, ale myslela jsem si, že to bolí míň.“*

**9) Chcete mi sdělit ještě něco dalšího?**

*„Tak po tom vyšetření se Vám chce trochu spát, takže doprovod je určitě na místě. V žádném případě, člověk nezvládne sednout do auta a odřít to. A taky, že se není čeho bát.“*

**Komentář:** *Pacientka měla kvalitní informace o vyšetření, pracuje ve zdravotnictví, své znalosti si doplnila četbou literatury a také vše diskutovala s lékařem. Před vyšetřením ji lékař seznámil s průběhem vyšetření. Veškerým informacím pacientka rozuměla. Před vyšetřením necítila strach, měla velké obavy z možného nálezu. Pacientka byla překvapená, z bolesti, kterou cítila během vyšetření. Příkladně ji k porodním bolestem. Tato bolest se dala zvládnout analgosedací,*

*kterou během vyšetření dostala. Vyšetření pacientka prožila v klidu. Její obavy se nenaplnily, vyšetření dopadlo dobře. Zdůraznila nutnost doprovodu.*

**5. rozhovor: muž Š. P. 62 let, diagnóza: jaterní cirhóza, vyšetření: koloskopie**

**1) Měl (měla) jste informace týkající se vyšetření (koloskopie, gastroscopie) ještě dříve než jste toto vyšetření absolvoval (absolvovala)?**

*„Ne, neměl jsem informace, moc toho nebylo, takže spíš ne.“*

**2) Kde jste tyto informace získal (získala)? (internet, rodina, přátele, praktický lékař, jiné...)**

*Pacient neměl žádné informace.*

**3) Byl (byla) jste před vyšetřením informován (informována) od Vašeho ošetřujícího lékaře, sestry?**

*„Ale jo, řekli mi, že budu muset vypít nějakou vodu a že po ní budu chodit na záchod, jinak mi nic neřekli ani sestry.“*

**4) Informacím, které jste získal (získala) jste rozuměl (rozuměla)?**

*„Ano, rozuměl jsem trošku, ale neřekl jsem to.“*

**5) Jaký jste měl (měla) pocit těsně před vyšetřením? (strach, obavy, jiný...)**

*„Měl jsem blbej pocit, protože jsem nevěděl, do čeho jdu.“*

**6) Jestli jste měl (měla) strach, obavy, čeho se tyto obavy týkaly, nebo o co jste se obával (obávala)? (bolest, diagnóza, stud)**

*„Ne, neměl jsem obavy, když to vydržej, ty dědkové, tak to taky vydržím.“*

**7) Jak jste ve skutečnosti prožíval (prožívala) vyšetření?**

*„Ale jo, dá se to vydržet, je to jako gastroscopie.“*

**8) Naplnily se Vaše obavy?**

*„Ne nenaplnily, ale hodně záleží na tom, jakej doktor Vás dostane do ruky. Někteří lidi řvali bolestí.“*

**9) Chcete mi sdělit ještě něco dalšího?**

*„ Ne, pryč od toho, už nechci nic řešit.“*

**Komentář:** *Pacient neměl všeobecné informace o vyšetření. Z informací podaných lékařem, si zapamatoval pouze nutnost vypít vyprazdňovacího roztoku. Těmto informacím pacient příliš nerozuměl, ale lékaři to neoznámil. Před vyšetřením měl zvláštní pocit, protože nevěděl, co ho čeká, ale obavy neměl. Vyšetření zvládl, přirovnal koloskopii ke gastroscopii. Pacient sdělil, že je důležité, který lékař vyšetření provádí.*