

Příprava diabetika k endoskopickému výkonu

Nikol Machalová

Bakalářská práce
2019



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav zdravotnických věd
akademický rok: 2018/2019

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Nikol Machalová**
Osobní číslo: **H15044**
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Forma studia: **prezenční**

Téma práce: **Příprava diabetika k endoskopickému výkonu**

Zásady pro vypracování:

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.
Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti endoskopie a diabetu mellitu.
Příprava metodiky kvantitativního výzkumu.
Formulace kritérií pro výběr respondentů.
Realizace kvantitativního výzkumu technikou dotazníku.
Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných dat.
Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a návrh doporučení pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

HOLT, Paula. Diabetes in hospital: a practical approach for all healthcare professionals. Chichester, United Kingdom: Wiley-Blackwell, 2009. ISBN 978-0470723548.

HOLUBOVÁ, Adéla, Helena NOVOTNÁ a Jana MAREČKOVÁ. Ošetrovatelská péče v gastroenterologii a hepatologii. Praha: Mladá fronta, 2013. ISBN 978-80-204-2806-6.

KUDLOVÁ, Pavla. Ošetrovatelská péče v diabetologii. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-5367-6.

LUKÁŠ, Karel. Gastroenterologie a hepatologie pro zdravotní sestry. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1283-0.

PERUŠIČOVÁ, Jindra. Diabetes mellitus: onemocnění celého organismu. Praha: Maxdorf, 2017. ISBN 978-80-7345-512-5.

Vedoucí bakalářské práce:

PhDr. Pavla Kudlová, PhD.

Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce:

5. prosince 2018

Termín odevzdání bakalářské práce:

17. května 2019

Ve Zlíně dne 5. prosince 2018

doc. Ing. Anežka Lengálová, Ph.D.
děkanka



Mgr. Jana Doleželová
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 22. 2. 2019

.....

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) *Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, optisy nebo rozmnoženiny.*

(3) *Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.*

2) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:*

(3) *Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).*

3) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:*

(1) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.*

3). *Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

(2) *Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.*

(3) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlídí k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

ABSTRAKT

Až 60 % diabetiků trpí onemocněním gastrointestinálního traktu. Tito pacienti vyžadují vzhledem ke svému specifickému onemocnění zvláštní přístup v průběhu přípravy na veškerá invazivní vyšetření. Bakalářská práce se zabývá problematikou přípravy diabetického pacienta na vybrané endoskopické výkony. V teoretické části je popsána historie endoskopií a vybraná endoskopická vyšetření (gastroskopie, kolonoskopie a endoskopická retrogradní cholangiopancreatografie – dále ERCP). Další část je věnována přípravě diabetika na jednotlivá vyšetření. Poslední kapitola se zabývá standardy ošetrovatelské péče. Hlavním cílem praktické části práce bylo zjištění znalosti sester podílejících se na přípravě pacienta s DM na endoskopický výkon, související s přípravou diabetika na vybrané endoskopické výkony. Kvantitativní výzkum byl proveden technikou nestandardizovaného dotazníku u 81 respondentů. Jako výstup práce byl zvolen návrh ošetrovatelských standardů pro přípravu diabetika na tři endoskopické výkony (gastroskopie, kolonoskopie, ERCP).

Klíčová slova: sestra, znalost, endoskopické vyšetření, pacient s DM, příprava k vyšetření, ERCP, kolonoskopie, gastroskopie

ABSTRACT

Up to 60 % of diabetics suffer from gastrointestinal disease. These patients need a special approach during preparation for all invasive examinations. This thesis deals with the preparation of a diabetic patient for selected endoscopic procedures. The theoretical part describes history of endoscopy and a selected endoscopic examination (gastroscopy, colonoscopy and endoscopic retrograde cholangiopancreatography - further ERCP). The next part deals with the preparation of a diabetic for individual examinations. The last chapter focuses on standards of nursing care. The main aim of the practical part was to find out knowledge of nurses involved in the preparation of diabetic patients for selected endoscopic procedures. The quantitative research was performed using non-standardized questionnaires of 81 respondents. The output of this thesis is a suggestion of nursing standards for the preparation of diabetic patients for three endoscopic procedures.

Keywords: nurse, knowledge, endoscopic examination, patient with DM, preparation for examination, ERCP, colonoscopy, gastroscopy

Tímto bych ráda poděkovala PhDr. Pavle Kudlové, PhD., vedoucí mé bakalářské práce, za odborné vedení, trpělivost, ochotu a cenné rady, které mi během psaní poskytla.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD	9
I TEORETICKÁ ČÁST	10
1 ENDOSKOPICKÝ VÝKON	11
1.1 CHARAKTERISTIKA A VÝVOJ ENDOSKOPIE.....	11
1.2 OBECNÁ PŘÍPRAVA PŘED ENDOSKOPICKÝM VYŠETŘENÍM ZAŽÍVACÍHO TRAKTU	11
1.3 ENDOSKOPICKÁ RETROGRÁDNÍ CHOLANGIOPANKREATOGRAFIE	12
1.4 KOLONOSKOPIE.....	13
1.5 GASTROSKOPIE.....	14
2 DIABETES MELLITUS	16
2.1 AKUTNÍ KOMPLIKACE DIABETU	17
2.1.1 Hypoglykémie	17
2.1.2 Hyperglykémie	17
2.1.3 Laktátová acidóza.....	18
2.2 TERAPIE DIABETU	18
2.2.1 Inzulínoterapie.....	18
2.2.2 Perorální antidiabetika	19
3 PROBLEMATIKA OSOB S DIABETEM V GASTROENTEROLOGII	20
3.1 PŘÍPRAVA DIABETICKÝCH PACIENTŮ K ENDOSKOPICKÝM VYŠETŘENÍM	20
3.1.1 Vlastní příprava diabetika ke gastrokopii	21
3.1.2 Vlastní příprava ke kolonoskopii	21
3.1.3 Vlastní příprava diabetika k endoskopicky retrográdní cholangiografii	22
4 STANDARDY OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE	23
4.1 CHARAKTERISTIKA A ÚČEL	23
4.2 TYPY STANDARDŮ.....	23
4.3 METODIKA VYTVÁŘENÍ STANDARDŮ.....	24
II PRAKTICKÁ ČÁST	26
5 CÍLE KVANTITATIVNÍHO VÝZKUMU	27
5.1 CHARAKTERISTIKA RESPONDENTŮ	27
5.2 METODIKA VÝZKUMU	27
5.3 ORGANIZACE VÝZKUMU.....	28
5.4 ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT.....	28
6 VÝSLEDKY VÝZKUMU A JEJICH ANALÝZA	29
7 DISKUZE	81
ZÁVĚR	92
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	93
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	96
SEZNAM GRAFŮ	98
SEZNAM TABULEK	100
SEZNAM PŘÍLOH	102

ÚVOD

V současné době má v České republice diabetes (cukrovku) asi 8–9 % osob z celkové populace. Výskyt cukrovky stoupá nejen ve starší populaci, ale i ve střední věkové skupině. Podle posledních údajů se jednalo o necelých 900 000 pacientů. Výskyt diabetu s věkem narůstá, takže v populaci nad 65 let lze očekávat více než dvacetiprocentní prevalenci. Rostoucí prevalence diabetu, zejména DM 2. typu vede celosvětově k označení výskytu diabetu za epidemii. Podle Světové zdravotnické organizace je v současnosti na světě diabetem postiženo asi 340–400 milionů obyvatel. Očekává se, že v roce 2030 to bude více než 550 milionů osob. Pro úplnost uvádíme, že nově zavedené diagnostické označení „prediabetes“ má odhadem 2–5 % populace v ČR a mnohé osoby o něm vůbec nevědí (Karen, Svačina a kol., 2018, s. 233).

Postižení trávicího ústrojí u diabetiků je časté a představuje závažný problém díky četnosti svého výskytu, vlivu na snížení kvality života a kompenzaci diabetu. Po 20 letech trvání diabetu se vyskytuje u 30–60 % všech diabetiků. Dysfunkce může postihnout kteroukoliv část trávicího traktu diabetika od jícnu až po rektum. Diabetici, kteří mají alespoň jednu diabetickou komplikaci, mají vyšší prevalenci trávicích obtíží. Riziko vzniku některého z gastrointestinálních symptomů je až 2,5krát vyšší ve srovnání s diabetiky bez diabetických komplikací. Symptomy provázející gastrointestinální poruchy u diabetiků jsou nespecifické a je nutné vždy vyloučit jinou organickou příčinu obtíží (Pražský, 2014, online).

Pracuji na chirurgickém oddělení. Pro uvedené téma bakalářské práce jsem se rozhodla z toho důvodu, že se setkávám velmi často s pacienty, kteří mají diabetes mellitus a podstupují endoskopické vyšetření. Cílem práce bylo zjistit, jak jsou všeobecné sestry informovány o ošetřovatelských postupech před endoskopickými výkony u diabetického pacienta.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 ENDOSKOPICKÝ VÝKON

1.1 Charakteristika a vývoj endoskopie

Názvem Endoskopické metody jsou označovány vyšetřovací postupy, které umožňují pomocí speciálního přístroje zobrazení a většinou i přímým pohledem vyšetřování vnitřních dutých orgánů a tělesné tekutiny. Mimo to umožňují také odběr vzorků pro další vyšetření. Slovo endoskopie je odvozeno od řeckých slov „endo,“ tzn. uvnitř a „skopein,“ v překladu pohled. Podle užití dělíme endoskopy na endoskopická zrcátka, rigidní a flexibilní endoskopy. Endoskopy jsou optické přístroje, které mají optiku v čele, pouze endoskopy užívané k vyšetření žlučových cest ji mají ze strany (Lukáš, 2005, s. 51).

První pokusy o pohledy do dutých orgánů sahají již na počátku 19. století. Philip Bozzini jako první v roce 1806 provedl endoskopický pokus, když vyšetřil močový trakt a tenkou trubici osvětlil pomocí zrcadla. Za tvůrce termínu endoskopie je považován francouzský urolog Jean Desormeaux, který použil v roce 1950 k osvětlení vlastní konstrukci lampy a nazývá se také „otcem endoskopie“.

„Otcem gastroscopie“ byl Adolf Kussmaul. Spolu s asistentem Adolfem Housellem, jenž byl vyslán na zkušenou k Desormeauxovi, sestrojili v roce 1868 endoskop z dlouhé kovové trubice a k osvětlení použili právě Desormeauxovu lampu. Němečtí lékaři Schindler a Wolf v třicátých letech dvacátého století zkonstruovali první optický gastrokop s ohebným distálním koncem se soustavou mnoha čoček. K dalšímu rozvoji zobrazovacích metod přispěla v roce 1952 miniaturní gastrokamera, kterou v Japonsku sestrojil Tatsuno Uji (Špičák, Urban a kol., 2015, s. 5).

1.2 Obecná příprava před endoskopickým vyšetřením zažívacího traktu

Endoskopická vyšetření jsou základními vyšetřovacími a terapeutickými metodami. Máme možnost zobrazovat a prohlížet si přímým pohledem sliznici trávicí trubice endoskopickým ohebným přístrojem, který se skládá z dlouhého tubusu, ve kterém je optické vlákno, studené světlo a pracovní kanál, jímž se provádí odběr tkáně na histologické vyšetření a také tím provádíme následné léčebné či terapeutické výkony. Endoskopie trávicího traktu se řadí mezi nepříjemná vyšetření, ale velmi přínosná. Díky tomuto vyšetření lze opticky prohlédnout sliznici trávicího traktu. (viz příloha 1)

Pacienti, stejně jako u jiných neznámých invazivních vyšetření, mohou pociťovat strach, jak výkon bude probíhat, jaké můžou být komplikace po výkonu, nebo z toho, že se prokáže závažné onemocnění traktu. Při kolonoskopii může být vyšetření vnímáno velmi nepříjemně až bolestivě z důvodu aplikace vzduchu a odcházení plynů. Důležitou roli hraje příprava před výkonem. Špatná příprava výkon prodlužuje nebo ho úplně znemožňuje a nemůže být proveden. Přípravu můžeme rozdělit na fyzickou, kterou má každé vyšetření specifické a na psychologickou, která je u všech velmi podobná a nezbytná. Je nutné, aby byl pacient dostatečně edukován a podepsal informovaný souhlas s endoskopií (viz příloha 10). Vysvětlíme postup, upřesníme informace, důsledky endoskopického výkonu a upozorníme na možné komplikace (Pracná, Konečný, 2012, online).

1.3 Endoskopická retrográdní cholangiopankreatografie

ERCP patří mezi základní vyšetření žlučových cest a pankreatu. Jedná se o kombinovanou endoskopickou metodu s rentgenologickou diagnostikou, díky níž je dosaženo přímého zobrazení vývodných žlučových a pankreatických cest včetně Vaterské papily. Jde o invazivní metodu, která je v dnešní době nejspolehlivější vyšetřovací metodou v diagnostice nádorových onemocnění pankreatu. Vzhledem k náročnosti vyšetření se provádí pouze u pacientů, kteří jsou hospitalizováni.

Nejčastějšími indikacemi ERCP jsou choledocholithiaza, akutní či chronická pankreatitida, iatrogenní poškození žlučových cest, stenóza žlučových cest. Jako kontraindikaci můžeme označit nespolečnou či nesouhlas pacienta, nemožnost navazující terapie, těžší poruchy hemostázy (Holubová et. al., 2013, s.89-91).

Vlastní příprava pacienta by měla spočívat ve větším důrazu na psychiku, především je třeba zmírnit strach a obavy a pečlivě pacientovi vysvětlit, jak vyšetření bude probíhat. Je třeba popsat, že pacient bude uložen do polohy na levý bok s pokrčenými dolními končetinami. Před provedením vyšetření se musí zajistit informovaný souhlas s podpisem pacienta. Důležité je mít krevní testy, jako jsou krevní obraz, koagulace (INR, APTT), jaterní testy, amyláza, lipáza a C-reaktivní protein. Kromě toho by měla být provedena ultrasonografie břicha. Večer před výkonem podáváme v případě potřeby pacientovi sedativa dle ordinace lékaře. U plánovaného výkonu pacient nesmí od půlnoci jíst ani kouřit. Tekutiny nesmí přijímat 3–4 hodiny před samotným výkonem. Z důvodu podávání premedikace či

jiných farmak u výkonu sestra zavede periferní žilní katétr (Holubová et. al., 2013, s. 82-93).

1.4 Kolonoskopie

Je to endoskopický výkon, při němž můžeme vyšetřit rektum, tlusté střevo a v mnoha případech lze proniknout i do terminálního ilea. Kolonoskopii můžeme označit jako totální v případě dosažení slepého střeva, ale pokud k tomu nedojde, označujeme ji pouze jako parciální. Kolonoskopie je jednou z významných metod pro diagnostiku a terapii nádorového onemocnění tlustého střeva. Indikovaná je vždy při názaku onemocnění tlustého střeva. Za kontraindikaci můžeme označit kardiopulmonální onemocnění, septický stav, náhlou příhodu břišní anebo rozsáhlé aneurysma břišní (Holubová et. al., 2013, s 96).

Před vyšetřením je velmi důležitá farmakologická příprava. Důležitou roli hraje protisrážlivá terapie, kterou můžeme rozdělit na antikoagulační a protidestičkovou léčbu včetně duální agregace. Warfarin vysazujeme 5 dní před výkonem s kontrolou INR nejpozději v den výkonu. U pacientů s vysokým kardiovaskulárním nebo tromboembolickým rizikem jej nahradíme nízkomolekulárním Heparinem, poslední dávku podáváme 12–24 hodin před výkonem. Nová perorální antikoagulancia musejí být vysazena 48 hodin před výkonem. Jejich doba vysazení se liší, například u Xarelta je to 24 hodin nebo Eliquis 24–48 hodin. Dalšími farmaky, která znemožňují provést vyšetření, jsou preparáty železa, které zkreslují výsledek. Před kolonoskopií může být ordinována i antibiotická profylaxe, ale není indikována u nemocných s normální drenáží žilní krve do portálního řečiště ani u pacientů s vysokým kardiologickým rizikem. Antibiotickou profylaxi podáváme u nemocných v peritoneální dialýze, u onemocnění komplikovaných ascitem nebo u pacientů s jaterní cirhózou.

Nezbytnou součástí přípravy je dodržení správného stravování. Týden před vyšetřením je nutné dodržovat bezesbytkovou dietu, vyhnout se potravinám obsahující zrníčka a slupky. Pacientům, kteří trpí zácpou, se doporučuje 3 dny před výkonem tekutá dieta. Jeden den před vyšetřením nesmí pít mléko, džusy a tureckou kávu. V den vyšetření ráno pacient snídá pouze čaj nebo čistý bujón. Aby nebyly zkresleny výsledky při vyšetření, nesmí se aplikovat žádné masti do konečníku (Holubová et. al., 2013, s. 97).

Předpokladem pro úspěšnou diagnostickou i terapeutickou kolonoskopii je co nejlepší vyprázdnění střeva. Při nedostatečném vyčištění lze snadno přehlédnout patologické procesy

ve střevě. O způsobu, kterým bude pacient vyprazdňován, rozhodne lékař. Dnes již existuje několik druhů očistných příprav. U přípravy pomocí fosforečnanového roztoku vypije pacient 5–6 litrů vody. Příprava začíná kolem 14.–15. hodiny odpolední. Před samotným začátkem podá sestra pacientovi dle ordinace lékaře antiemetika, poté zahřeje první polovinu roztoku na 60 °C, k němu přidá stejné množství vody, roztok pacient vypije a poté vypije ještě 4 litry čisté vody. Druhou polovinu roztoku, který je připraven stejným způsobem, pacient vypije kolem čtvrté hodiny ranní. U přípravy pomocí Fortrans pacient začíná popíjet roztok v odpoledních hodinách, den před výkonem. Má za úkol vypít tři sáčky, přičemž každý z nich je rozpuštěný v jednom litru vody. Každý takto připravený roztok musí vypít během jedné hodiny. Poslední, tedy čtvrtý, roztok ze sáčku, vypije v den výkonu v ranních hodinách. Dalším přípravkem je Picoprep. Obsah sáčku se rozmíchá v šálku vody. U parciální kolonoskopie se na doporučení gastroenterologů používá Salinické projímadlo (Holubová et. al., 2013, s. 98-99).

1.5 Gastroskopie

Gastroskopie (ezofago-gastro-duodenoskopie) je vyšetření horní části trávicího traktu, kdy se zobrazuje sliznice jícnu, žaludku a dvanáctníku. Provádí se při ní diagnostické a terapeutické výkony. Indikace k vyšetření jsou biopsie, vyšetření na *Helikobakter pylori*, stavění krvácení, ošetření varixů, odstranění polypů nebo cizího tělesa, dilatace stenóz, screening Barrettova jícnu (Pracná, Konečný, 2012, online). Kontraindikací gastroskopie je nespoupráce nemocného, bránící anatomické překážky GIT, šok či hořčnatý stav (Lukáš, 2005 s. 52).

Příprava před výkonem je velmi podobná jako u ERCP. Před plánovanou gastroskopií pacient od půlnoci nejí, nekouří a před samotným vyšetřením nepije 3–4 hodiny. Pacientovi se poskytne psychologická příprava, lékař či sestra mu vysvětlí, jak bude výkon probíhat. Zajišťuje se informovaný souhlas s jeho podpisem. Těsně před výkonem sestra požádá pacienta o odložení zubní protézy a brýlí. V případě terapeutického zákroku zavede sestra pacientovi před výkonem periferní žilní katétr. O podání premedikace v den výkonu rozhoduje lékař. Většinou se tento výkon provádí pouze v lokální anestezii, ale pokud lékař rozhodne jinak, jako premedikace se podává Diazepam či Dormicum. Pokud byla pacientovi u ambulantního výkonu podána analgosedace, je nutné, aby jej sestra poučila, že nesmí 24 hodin řídit motorová vozidla (Holubová et. al., 2013, s. 87).

2 DIABETES MELLITUS

Diabetes mellitus je metabolická porucha, která má více příčin a je charakterizována zvyšující se přítomností plazmatických hladin glukózy, s nimiž souvisí i porucha metabolismu sacharidů, tuků a bílkovin (Holt, 2009., s. 5).

DM 1. typu je onemocnění vznikající na podkladě chybějící endogenní produkce inzulinu v β -buňkách pankreatických ostrůvků (Škrha, 2009, s. 10). Jako diabetes 1. typu označujeme onemocnění, které typicky začíná hyperglykemií a ketoacidózou a od počátku vyžaduje léčbu inzulinem. U tohoto typu diabetu se typicky setkáváme například s polyurií, nykturií, polydipsií, hubnutím a celkovou slabostí (Karen, Svačina a kol., 2014, s. 22-33).

Diabetes mellitus 2. typu je forma, která postihuje přibližně 90–95 % osob trpících tímto onemocněním. DM 2. typu zahrnuje jedince, kteří mají inzulinovou rezistenci a obvykle mají relativní nedostatek inzulinu. Tito jedinci většinou nepotřebují k přežití inzulinovou léčbu po celý svůj život. Existuje mnoho různých příčin této formy diabetu. Většina pacientů s touto formou onemocnění je obézní, a právě obezita způsobuje určitý stupeň inzulinové rezistence (Diabetes care, 2010, online). U diabetiků tohoto typu se můžeme v průběhu léčby setkat s příznaky vyplývajícími spíše z hypoglykémie. Jako příznaky můžeme uvést například třes, slinění, pocení, tachykardie, slabost a vlčí hlad. Tyto příznaky mohou být vystupňovány až k poruše vědomí, jako je hypoglykemické kóma (Karen, Svačina a kol., 2014, s. 23-34).

Mezi nejčastější specifické typy patří diabetes při chorobách zevní části slinivky břišní a při endokrinopatiích. Samotnou skupinu tvoří MODY (Maturity – onset diabetes of the young), diabetes mellitus charakteru dospělých vzniklý v mládí, který je následkem geneticky podmíněného defektu β -buněk pankreatických ostrůvků (Škrha, 2009, s. 13). Další variantou je LADA (Latent Autoimmune Diabetes of Adults), která manifestuje v kterémkoliv věku a obvykle progreduje pozvolna. Další typ diabetu mellitu se poprvé manifestuje a je diagnostikován během těhotenství, jedná se o Gestační diabetes mellitus. Je definován jako porucha glukózové tolerance různého stupně, která po porodu obvykle odezní (Kudlová, 2015, s. 34-35).

2.1 Akutní komplikace diabetu

2.1.1 Hypoglykémie

Je to patologický stav snížení koncentrace glukózy v krvi. Jako hranice hypoglykémie se udává hodnota 3,3 mmol/l v kapilární plasmě (Bartoš, Pelikánová, 2010, s. 348). Příčina se rozvíjí v důsledku zvýšeného účinku inzulínu, a to buď vlastního (endogenního), nebo při užívání perorálních antidiabetik, či aplikaci inzulínu (exogenního). Mezi příznaky řadíme pocení, slabost, obtížnou řeč, palpitaci, tachykardii až poruchu vědomí (Rybka, 2007, s. 73–74). Terapii hypoglykémie by měl pacient zvládnout bez potíží sám podáním 10–20g jednoduchých sacharidů, sklenky džusu, sušenky či glukoporu. U těžší formy, kdy dochází až k poruše vědomí, podáváme 40 % roztok glukózy nitrožilně (40–50 ml) (Bartoš, Pelikánová, 2010, s. 353).

2.1.2 Hyperglykémie

Je to patologický stav, při kterém dochází ke zvýšení koncentrace glukózy v krvi. U pacienta nalačno můžeme jako hyperglykémii označit hodnotu nad 7,8 mmol/l nebo hodnotu 11,1 mmol/l zjištěnou kdykoliv během dne. Vzniká v důsledku nedostatku inzulínu nebo jeho špatného fungování (inzulinová rezistence). Dále mezi příčiny můžeme zařadit nesprávné užívání perorálních antidiabetik nebo užívání kortikoidů, ale nejčastější příčinou je dietní chyba. Při selhání kompenzačních mechanismů může glykémie vyústit až do kómatu (Lukáš, 2010, s. 147).

➤ **Hyperglykémické hyperosmolární kóma**

Je charakterizováno výraznou hyperglykémií (nad 33,3 mmol/l), výraznou osmolalitou séra, dehydratací, poruchou vnitřního prostředí a nerovnováhou iontů. Příznakem je dehydratace, letargie, zmatenost a obecné příznaky diabetu. Při léčbě je důležitá dostatečná rehydratace, kdy spotřeba tekutin u těchto stavů může dosahovat až 10 litrů za 24 hodin, dále podávání krátkodobého inzulínu dle aktuální glykémie. Při poklesu glykémie na 15 mmol/l je potřeba zaměnit hydratační roztok za 5 % roztok glukózy. Současně je nutná substituce draslíku (Kudlová, 2015, s. 149).

➤ **Diabetická ketoacidóza**

Je to akutní metabolická komplikace diabetu 1. typu, vyvolaná nedostatkem inzulínu a zvýšenou produkcí kontraregulačních hormonů. Za příčinu vzniku můžeme označit nově

vzniklý diabetes 1. typu, či chybnou terapii nemocného, ale také stresogenní podněty. Důsledkem stavu je pocit žízně, polyurie, polydipsie, slabost, zvracení nebo v těžších případech i dušnost. Základní terapií ketoacidózy představuje intravenózní podávání inzulínu, úhrada deficitu tekutin a minerálů (Bartoš, Pelikánová, 2010, s. 362–367).

2.1.3 Laktátová acidóza

Laktátová acidóza neboli metabolická acidóza se vyvíjí při zvýšené tvorbě laktátu. Vzniká při nedostatečném přívodu nebo využití kyslíku ve tkáních. Zvýšená koncentrace laktátu v krvi je nad 5 mmol/l (Škrha, 2009, s. 166). Léčíme je symptomaticky, rehydratací, udržováním vitálních funkcí a úpravou vnitřního prostředí (Kudlová, 2015, s. 150).

2.2 Terapie diabetu

Cílem léčby diabetu je nejen zlepšení kvality života, ale také to, aby se pacient dožil téhož věku jako stejně starý člověk bez diabetu, a přitom měl neustále co nejlepší tělesnou i duševní výkonnost a nebyl zbytečně ohrožován rozvojem komplikací. Proto je taky důležité, aby byl se svým stavem dobře seznámen. Měl by být léčen v zařízení nebo na pracovišti, které mu může podle typu diabetu a jeho závažnosti a náročnosti léčby poskytnout léčbu na patřičné úrovni (Kudlová, 2015, s. 96).

2.2.1 Inzulinoterapie

Inzulinem jsou léčeny osoby s diabetem mellitem, u kterých došlo k výraznému snížení nebo zániku vlastní sekrece inzulínu. Jedná se hlavně o DM 1. typu, ale i u těžce dekompenzovaného nemocného s DM 2. typu zahajujeme léčbu inzulinem. V praxi se používají dva druhy léčby inzulinem a to substituční léčba, která je složena z náhrady bazální a pranadiální sekrece inzulínu a suplementární léčba, která se skládá z doplňkových neboli komplementárních dávek inzulinového analoga a také případně krátkodobého inzulínu. Při terapeutické aplikaci inzulínu se snažíme přiblížit jeho fyziologické funkci, pro kterou je obvykle potřeba 20–40 jednotek inzulínu za den (Kudlová, 2015, s. 122).

V zásadě můžeme inzulinové režimy rozdělit na konvenční (=aplikace 1 nebo 2 injekcí/den depotního či směsi depotního a krátce působícího inzulínu) a intenzifikované (aplikace 3 a více denních injekcí krátce působícího a depotního inzulínu + selfmonitoring a další opatření). Mezi intenzifikované inzulinové režimy patří i léčba kontinuální subkutánní infuzí inzulínu pomocí inzulinové pumpy (Pracná, Konečný, 2012, online).

Inzulinové přípravky

1. **Krátce působící humánní inzuliny:** Jedná se o čiré neutrální roztoky bez přidaných látek zpomalující vstřebávání. Inzulin, vyráběný ve vlastním pankreatu, se dostává do cirkulace a portálního řečiště velmi brzy po sekrečním podnětu, na rozdíl od inzulinu podávaného podkožně.
2. **Středně dlouho působící humánní inzuliny:** Prodloužení účinku je dosaženo změnou fyzikálně chemických vlastností přípravku, snížením jeho rozpustnosti a zpomalením absorpce inzulinu z podkoží.
3. **Dlouho působící inzulinová analoga:** Slouží k substituci bazální hladiny inzulinu. Ideální bazální inzulin by měl mít dlouhý poločas, jen minimální vrchol účinku a dávkování jednou denně (viz příloha 2).

2.2.2 Perorální antidiabetika

Perorální antidiabetika (PAD) jsou látky s hypoglykemizujícím účinkem. Indikujeme je většinou již u každé osoby s DM 2. typu. Předpokladem pro jejich užívání je zachování vlastní sekrece inzulinu. Indikace těchto léků musí vycházet, jak z mechanismu účinku daného léku, tak z poměru dvou základních poruch (porucha inzulinové sekrece a inzulinová rezistence). Při výběru PAD musíme znát glykémii nalačno, ale i postprandiální glykémii. Na léčbu DM 2. typu máme k dispozici 8 skupin antidiabetik (viz příloha 3) (Kudlová, 2015, s. 117).

3 PROBLEMATIKA OSOB S DIABETEM V GASTROENTEROLOGII

Bolest břicha je častým problémem nemocného s diabetem, kterému musíme věnovat vždy pozornost, jelikož klasické projevy onemocnění GIT mohou být diabetem značně změněny a mohou ztěžovat diagnózu. Diabetik musí být při náhle vzniklé bolesti břicha i při nepatrném podezření na náhlou příhodu břišní hospitalizován. Je to nutné proto, že za zdánlivě nevýraznými obtížemi se může skrývat i závažné akutní onemocnění, jehož řešení nesnese odklad. Navíc u diabetika za akutní bolesti může stát i akutní komplikace (např. diabetická ketoacidóza) (Karen a kol., 2014, s. 233).

3.1 Příprava diabetických pacientů k endoskopickým vyšetřením

Správně provedená příprava před plánovaným výkonem snižuje riziko akutních komplikací, které mohou zhoršit průběh vyšetření. Již v období přípravy je nutné, aby nedošlo k nežádoucí hypoglykémii. Glykémie by měla být mezi 6–10 mmol/l. Obecnou snahou je, aby výkon u diabetika byl elektivní, plánovaný a nikoliv urgentní. Vlastní příprava pacienta závisí na tom, zda je léčený pouze dietním opatřením, perorálními antidiabetiky nebo inzulinem (Škrha, 2009, s. 382). Nejvhodnější je provedení výkonu v ranních hodinách, jednak pro lačnění během noci, ale také pro zvládnání metabolických problémů po provedeném vyšetření (Bartoš, Pelikánová, 2010, s. 572).

Diabetik léčený dietou

U dobře kompenzovaného diabetika není nutná změna režimu před vyšetřením. Nezbytné jsou kontroly glykémie. Pokud dojde k prokázané dekompenzaci diabetu, tj. vzestupu glykémie nad 10 mmol/l, je třeba začít s terapií inzulinem (Škrha, 2009, s. 383).

Diabetik léčený perorálními antidiabetiky

Endoskopický výkon u dobře kompenzovaného diabetika, který je léčen perorálními antidiabetiky, zpravidla nevyžaduje speciální přípravu. Postačí vysazení ranní dávky této terapie a kontrola glykémie před výkonem a během jeho průběhu. Výjimku tvoří Metformin, zástupce biguanidů, ten je nutné vysadit 2–3 dny před vyšetřením a převést pacienta na inzulin. PAD je možné navrátit do medikace současně s obnovou perorálního příjmu jídla. Pokud je diabetik léčený PAD dobře kompenzován, není třeba jej převést na inzulinoterapii. Při mírné dekompenzaci stačí aplikace krátce působícího inzulinu, který je v den výkonu podáván v roztoku glukózy dle ordinace lékaře (Škrha, 2009, s. 383).

Diabetik léčený inzulinem

U pacientů, kteří jsou léčeni inzulinem, je nutné mít na paměti, že i ve stavu nalačno (po přerušení perorálního příjmu) vyžadují léčbu inzulinem k udržení bazální hladiny inzulinu. Pokud bude obnoven perorální příjem v den vyšetření, lze bazální potřebu inzulinu udržet ponecháním či úpravou dávky depotního inzulinu. V den výkonu je ráno vynechána ranní dávka inzulinu, změřena glykémie a podána infuze glukózy, do které je přidán inzulin dle aktuální hladiny glykémie. Infuzi podáváme rychlostí 60–100 ml/h (Krejčí, 2005, online). Minimální antikatabolická dávka glukózy za 24 hodin je 200 g. Při úpravách glykémie měníme dávku inzulinu, nikoliv glukózy, jelikož u DM 2 je riziko vzniku hyperosmolárního kómatu. Pokud v den výkonu nebude obnoven perorální příjem (např. u ERCP), je důležité vědět, že nestačí podávat krátce působící inzulin 3 x denně, ale je nutné podat inzulin, který pokryje bazální potřebu i v noci a zamezí tím rozvoji ranní hyperglykémie (Bartoš, Pelikánová, 2010, s. 573-574).

3.1.1 Vlastní příprava diabetika ke gastrokopii

- Pacienta hospitalizujeme den předem.
- Je nutné, aby pacient dodržel lačnění.
- U pacienta léčeného PAD nepodáváme ranní dávku, změříme hladinu glykémie a provedeme výkon. Při dekompenzaci diabetu je podáván nitrožilně roztok glukózy s inzulinem dle ordinace lékaře.
- U DM 1. typu na inzulinoterapii ráno změříme glykémii, dle ordinace lékaře aplikujeme roztok glukózy s inzulinem, která bývá většinou dle režimu pacienta snižená o 2 jednotky inzulinu.
- U DM 2. typu na inzulinoterapii je stejný postup jako u DM 1. typu
- U DM 1. typu na inzulinové pumpě změříme hladinu ranní glykémie, ponecháme bazální režim. V případě, že pacient bude lačnit ráno i v poledne, podáme roztok glukózy s inzulinem, poté provedeme výkon.

3.1.2 Vlastní příprava ke kolonoskopii

- Pacienta hospitalizujeme den předem z důvodu vyprazdňování a sledování glykémie.
- Den před vyšetřením pacient již lační, změříme hladinu glykémie, v poledne podáme roztok glukózy s inzulinem. Podáme vyprazdňující roztok a kontrolujeme hladinu glykémie z důvodu možné hypoglykémie. Večer nepodáváme dlouhodobě působící inzulin, dle potřeby aplikujeme krátce působící.

- V den vyšetření ráno změříme glykémii a aplikujeme roztok glukózy s inzulinem.
- Dle ordinace anesteziologa lze podat premedikaci.
- Pokud není plánovaný terapeutický zákrok, lze pacientovi s diabetem podat ráno lehkou snídani (např. jogurt) a ranní léky, popřípadě aplikovat inzulin dle ordinace lékaře.
- Provedeme výkon.

3.1.3 Vlastní příprava diabetika k endoskopicky retrográdní cholangiografii

- Pacient je opět hospitalizován den před výkonem.
- U DM 1 a 2. typu na inzulinoterapii neaplikujeme den před vyšetřením inzulin subkutánně, ale již intravenózně souběžně s roztokem glukózy. Zároveň je pacientovi odebírána krev na glykemický profil a dle toho pak lékař ordinuje jednotky inzulinu.
- Ráno vyšetříme KO a Quick, jaterní testy (JT), amylázu (AMS), lipázu (LIP), C-reaktivní protein (CRP)
- U diabetika na PAD je postup stejný jako u gastroskopie, ale pokud pacient užívá Metformin je důležité ho vysadit nejméně 48 hodin před výkonem z důvodu podávání kontrastní látky (Vachutková, 2011, online).

4 STANDARDY OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

4.1 Charakteristika a účel

Ošetřovatelské standardy mají klíčový význam pro zvyšování kvality poskytované péče, protože jednoznačně vymezují minimální úroveň péče, která má být poskytnuta. Jestliže není standard dodržen, stává se ošetřovatelská péče rizikovou pro zdravotní stav pacienta. Používáním standardů dostává každý pacient stejnou kvalitní ošetřovatelskou péči. Standard představuje dohodnutou, profesionální a závaznou normu kvality. Tyto normy dávají sestřám jistotu, že svou práci vždy vykonají *lege artis* a pacient nebude poškozený nesprávně provedeným výkonem (Hulková, 2016, s. 15).

Každá země a každé zdravotnické zařízení vychází při vytváření standardů z vlastních podmínek. Kvalitní ošetřovatelská péče není podmíněna vysokými finančními náklady. Americký univerzitní profesor veřejného zdravotnictví Avedis Donabedián stanovil model pro měření kvality a zlepšení zdravotní péče na celém světě. Jeho schéma se skládá ze 3 částí: struktury, procesu a výsledku. Donabedián definuje kvalitu zdravotní péče jako „*takový druh péče, při které lze očekávat maximální užitek pro pacientovo zdraví a kdy očekávaný užitek je ve srovnání s náklady vyšší ve všech fázích léčebného procesu*“ (Hradecká, 2009, online).

4.2 Typy standardů

Při sestavování standardů se mohou používat různé teoretické modely. Již výše zmíněný Donabedian definoval zajišťování kvality z hlediska struktury, procesu a výsledků péče.

➤ **Standardy lze rozdělit do tří oblastí:**

1. Strukturální standardy

Jedná se zejména o manažerské standardy, které stanoví metody a nástroje k vedení lidí, poskytování zdrojů, prostředí, nástrojů na integraci či komunikaci a vybavení přístroji. Vyznačují se tím, že určují požadavky pro zajištění zdravotní péče. Dále jsou obvykle nazvány směrnicemi a na národní úrovni jsou definovány platnou legislativou.

2. Procesuální standardy

Jedná se o „řídící standardy,“ které závazně stanovují postupy pro řízení lidí, pro výkony a záznamy v praxi. Postup definujeme zejména z důvodu zajištění jednotné péče a bezpečného postupu pro pacienta nebo zdravotnického pracovníka.

Procesuální standard můžeme rozdělit do 2 kategorií:

- a) Standardy ošetrovatelských postupů, které určují postup u ošetrovatelského výkonu.
- b) Standardy ošetrovatelských činností jsou zaměřeny na jednotlivé ošetrovatelské problémy.

3. *Standardy výsledků*

Jedná se o monitorovací standardy, jež stanovují nástroje a metody pro monitoraci, měření, analýzy a hodnocení výsledků. Jako příklad lze uvést spokojenost personálu nebo pacientů (Válková, 2015, s. 19-22).

- **Dále je můžeme rozdělit na 2 hlavní typy:**

1. *Centrální standardy*

Centrální standardy jsou rámcové, určují základní cíle oboru, strukturální a procesuální kritéria pro jeho realizaci. Často nejsou označovány termínem standard, i když určují směrnice pro výkon ošetrovatelského povolání. Centrální standardy určuje Ministerstvo zdravotnictví a mohou se vydávat jako doporučené podklady pro tvorbu lokálních standardů (Staňková, 2006, s. 12).

4. *Lokální standardy*

Jsou zpravidla zpracované a přijaté v konkrétním zdravotnickém zařízení, případně na konkrétním pracovišti. Lokální standardy nesmějí být v rozporu s centrálními standardy (Staňková, 2006, s. 13).

4.3 Metodika vytváření standardů

Tvorba standardů je časově velmi náročná a předpokladem vytvoření je pochopení jejich účelu. Metodika tvorby standardů představuje systematický proces, jehož cílem je zabezpečení kvality poskytované služby nebo výkonu (Hulková, 2016, s. 17).

Standardy by měly obsahovat všechny aspekty ošetrovatelství, včetně interpersonálních a komunikačních dovedností. Pokud bychom chtěli vytvořit standardy ošetrovatelské péče na vědecké bázi, měli bychom využít veškerých informací, které nám poskytuje ošetrovatelský výzkum v praxi. Tento přístup umožní zdravotním sestřám i manažerům ošetrovatelství pochopit následnou problematiku a porozumět technickým východiskům, zdůvodňujícím požadovanou kvalitu ošetrovatelské péče.

- **Standard by měl mít následující části:**

1. **Zaměření** – určuje, na kterou oblast ošetrovatelství nebo ošetrovatelské péče se konkrétně zaměřuje. Většinou je tato informace uvedena už v názvu standardů.
2. **Míra závaznosti** – v této části se uvádí, pro koho je standard určen a kdo je povinný ho dodržovat.
3. **Cíl** – tedy požadovaná kvalita. Cíl musí být splnitelný, reálný a měřitelný.
4. **Určení kritérií pro zajištění cílů standardů. Jsou rozdělena na 3 kritéria:**
 - a) Kritéria strukturální – zde se uvádí, co bude osoba, která bude provádět dle standardů odbornou činnost, potřebovat (přístroje, pomůcky,...).
 - b) Kritéria procesuální – zde se popisují odborné postupy při jednotlivých výkonech.
 - c) Kritéria výsledků – tento oddíl se zabývá hodnocením výsledné kvality péče.
5. **Hodnocení** – zde se hodnotí a měří dosažení kvality (efektu standardů).
6. **Metodika kontroly** – zde se uvádí, kdo je oprávněn k provádění kontrol, jak často a jaké postihy hrozí danému pracovníkovi při nedodržení daných standardů (Staňková, 2006, s. 14).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

5 CÍLE KVANTITATIVNÍHO VÝZKUMU

Hlavním cílem práce je zjistit, jaké znalosti mají všeobecné sestry, podílející se na přípravě pacienta s DM k endoskopickému výkonu, tj. znalosti související s přípravou pacienta s DM k vybraným endoskopickým výkonům.

K tomu byly stanoveny dva dílčí cíle:

Cíl 1

Zjistit znalosti respondentů týkající se přípravy diabetika ke třem endoskopickým výkonům/vyšetřením (gastroskopie, kolonoskopie a ERCP).

Cíl 2

Zjistit názory respondentů související s endoskopickým vyšetřením diabetika.

Jako výstup práce jsme zvolili návrh standardů ošetrovatelské činnosti.

5.1 Charakteristika respondentů

Zkoumanou skupinu respondentů tvoří sestry:

- Všeobecné sestry dle legislativy 201/2017 Sb. a zákona, kterým se mění zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání.
- Všeobecné sestry pracující na chirurgickém nebo interním oddělení.
- Všeobecné sestry ze zkoumaných 2 zdravotnických zařízení (Krajská nemocnice Tomáše Bati ve Zlíně a Nemocnice Vsetín).
- Všeobecné sestry, které se podílí na přípravě pacienta s DM na endoskopický výkon.

5.2 Metodika výzkumu

Pro získání dat jsme zvolili kvantitativní metodu výzkumu pomocí techniky nestandardizovaného dotazníku. Dotazník byl vytvořen ve spolupráci s vedoucí práce PhDr. Pavlou Kudlovou, PhD., v předvýzkumu byl vyzkoušen u čtyř osob a následně došlo k úpravě tří položek. Dotazník obsahuje 33 položek. Skládá se ze tří částí. První část obsahuje položky 1–4, ve kterých se zaměřujeme na délku praxe ve zdravotnictví a vzdělání. Druhá část obsahuje položky č. 5–19, které se vztahují k 1. dílčímu cíli a zjišťují znalosti respondentů, týkající se přípravy diabetika k endoskopiím. Třetí část zjišťuje, jaké mají respondenti názory, související s endoskopickým vyšetřením. K zjištění těchto názorů jsme vytvořili položky č. 20–33, které směřují také k zodpovězení 2. dílčího cíle. U položek č. 15 a 17 měli respondenti

možnost zvolit více správných odpovědí. Díky tomu se absolutní četnost u položky č. 15 celkově zvýšila na 158 odpovědí od 81 respondentů a u položky č. 17 na 175 odpovědí od 81 respondentů. U položky č. 1 respondenti odpovídali formou otevřené odpovědi. U položek č. 2,3,4, a 14 měli respondenti možnost odpovídat pomocí polouzavřené nebo uzavřené odpovědi.

5.3 Organizace výzkumu

Dotazníky byly distribuovány v jednotlivých zdravotnických zařízeních v období od 1. dubna až 14. dubna 2019 v tištěné formě. Tomu předcházelo schválení náměstký ošetrovatelské péče a vrchními sestrami vybraných oddělení. Celkem jsme rozdali 150 dotazníků, z toho 75 formulářů do Vsetínské nemocnice a 75 do Krajské nemocnice Tomáše Bati ve Zlíně. Následně bylo 48 dotazníků vyřazeno přes nezáměr a neúplnost jejich vyplnění. Další 21 formulářů nemohlo být relevantně vyhodnoceno z důvodu vyplnění praktickými sestrami, které následně do výzkumu nemohly být zařazeny. Pro analýzu a interpretaci jsme použili 81 dotazníků.

5.4 Zpracování získaných dat

Všechna data byla zpracována v programu Microsoft Excel. Pro vyhodnocení položek byla použita metoda popisné statistiky s výpočtem relativní (f_i) a absolutní četnosti (n_i).

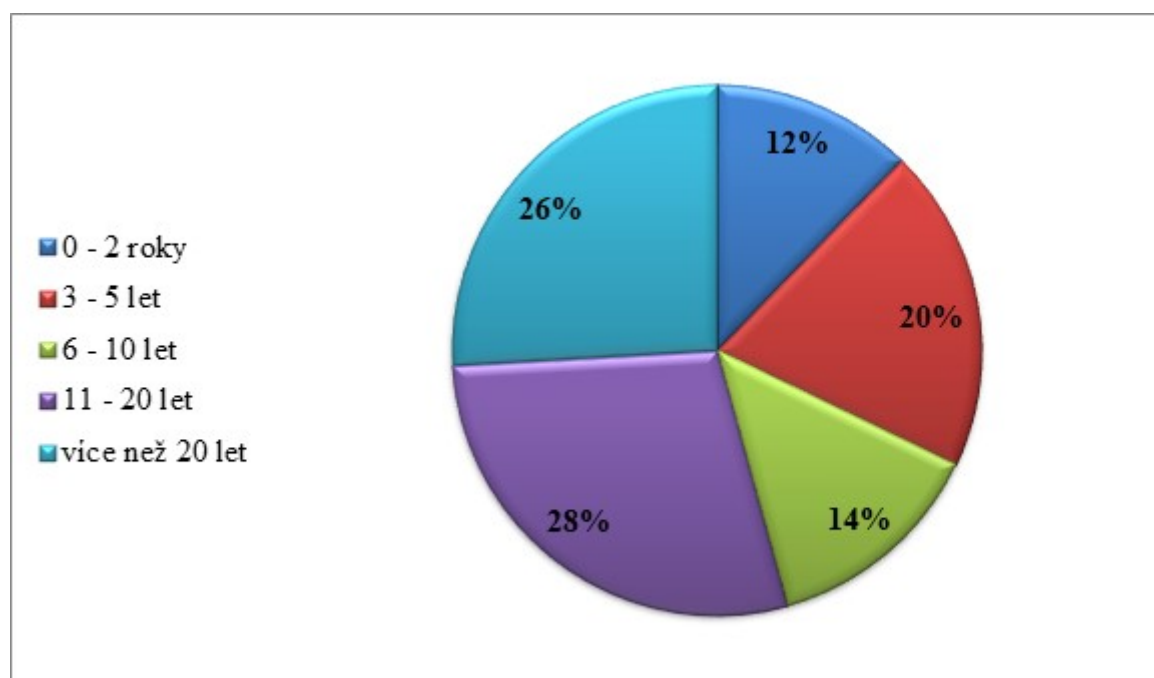
6 VÝSLEDKY VÝZKUMU A JEJICH ANALÝZA

Položka č. 1: Jaká je délka vaší praxe?

Tabulka 1 Délka praxe respondentů ve zdravotnictví

Odpověď	n _i	f _i
0–2roky	10	12 %
3–5 let	16	20 %
6–10 let	11	14 %
11–20 let	23	28 %
Více než 20 let	21	26 %
Celkem	81	100 %

Graf 1 Délka praxe respondentů ve zdravotnictví

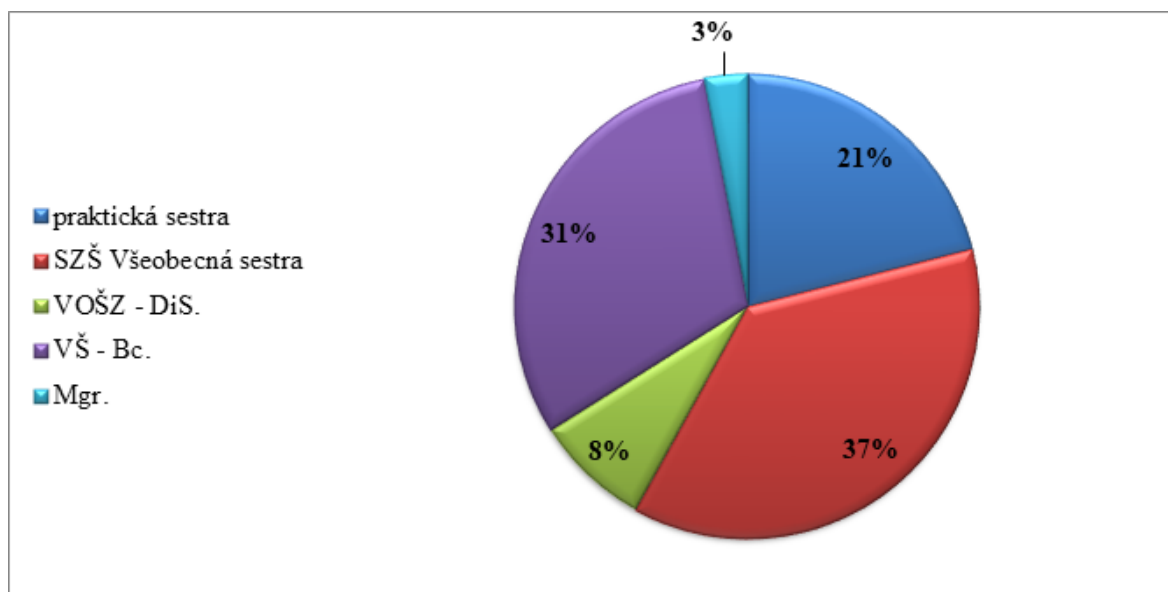


Komentář:

Položka č. 1 zjišťuje délku praxe respondentů z daných zdravotnických zařízení. Z celkového počtu 81 respondentů je nejvíce zastoupena skupina s délkou praxe 11–20 let a to v počtu 23 respondentů (tj. 28 %). Druhá nejpočetnější skupina, která volila délku praxe více než 20 let, je zastoupena v počtu 21 respondentů (tj. 26 %). Třetí skupinu tvoří respondenti, kteří udali délku praxe 3–5 let, v počtu 16 (tj. 20 %). Další je skupina respondentů s délkou praxe 6–10 let v počtu 11 (tj. 14 %). Nejméně početnou skupinou jsou respondenti, kteří uvedli délku své praxe 0–2 roky v počtu 10 (tj. 12 %).

Položka č. 2: Jaké je vaše nejvyšší dosažené kvalifikační vzdělání ve zdravotnictví?*Tabulka 2 Nejvyšší dosažené kvalifikační vzdělání ve zdravotnictví*

Odpověď	n_i	f_i
Praktická sestra	21	21 %
SZŠ – všeobecná sestra (ukončení studia do 2004)	38	37 %
VOŠZ – Dis. (Diplomovaný záchranář, Diplomovaná všeobecná sestra, Diplomovaná sestra pro intenzivní péči)	8	8 %
VŠ – Bc. obor Všeobecná sestra/Ošetřovatelství	32	31 %
Mgr.	3	3 %
Celkem	102	100 %

Graf 2 Nejvyšší dosažené kvalifikační vzdělání ve zdravotnictví

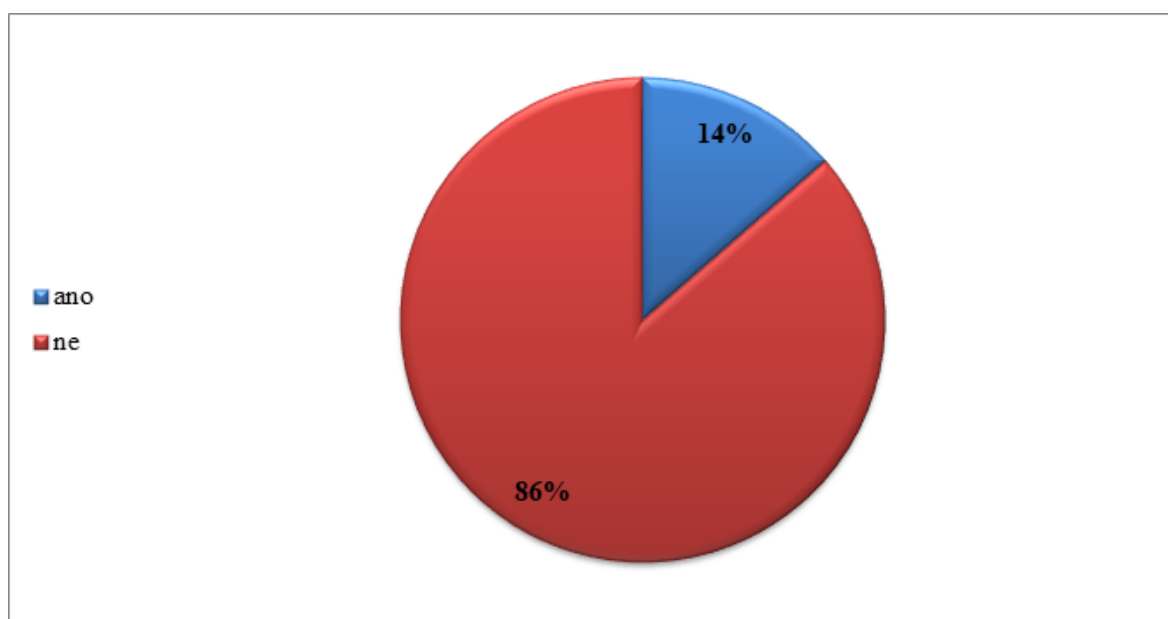
Komentář:

Položka č. 2 popisuje nejvyšší dosažené vzdělání respondentů ve zdravotnictví. Vzhledem k tomu, že cílovou skupinou respondentů pro tento výzkum byly pouze všeobecné sestry, museli jsme vytvořit tuto položku, která nám umožnila rozlišit všeobecné sestry od praktických sester. Následně jsme vyplněné dotazníky od praktických sester z výzkumu vyřadili, z toho důvodu, že nemají potřebné kompetence k vykonávání některých úkonů v rámci přípravy pacienta s DM na endoskopická vyšetření. Z tohoto důvodu nebyly odpovědi praktických sester pro náš výzkum přínosné, proto jsme dále pracovali pouze s odpověďmi všeobecných sester. U této položky jsme vycházeli z celkového počtu respondentů 102 (tj. 100 %).

Nejvíce zastoupenou skupinu tvoří respondenti s dosaženým vzděláním Střední zdravotnické školy – Všeobecná sestra ukončená do roku 2004, a to v počtu 38 (tj. 37 %). Další nejpočetnější skupinu tvoří respondenti s ukončenou Vysokou školou – Bc. obor Všeobecná sestra/Ošetřovatelství v počtu 32 (tj. 31 %). Třetí skupinu tvoří dotazovaní s dosaženým vzděláním praktické sestry v počtu 21 (tj. 21%). Méně početnou skupinu tvoří respondenti, kteří ukončili vzdělání na Vyšší odborné zdravotnické škole, zakončené titulem Dis. v počtu osm (tj. 8 %). Poslední nejméně zastoupenou skupinu tvoří respondenti s magisterským titulem v počtu tři (tj. 3 %), přičemž měli tito dotazovaní možnost zmínit vlastními slovy svůj vystudovaný obor v polouzavřené otázce. Z analýzy výsledků dotazníkového výzkumu jsme získali tři rozlišné obory, a to Učitelství odborných předmětů pro zdravotnické školy, Ošetřovatelská péče v gerontologii a Ošetřovatelství.

Položka č. 3: Máte nějaké postgraduální vzdělání/specializaci ve zdravotnictví?*Tabulka 3 Postgraduální/specializační vzdělání ve zdravotnictví*

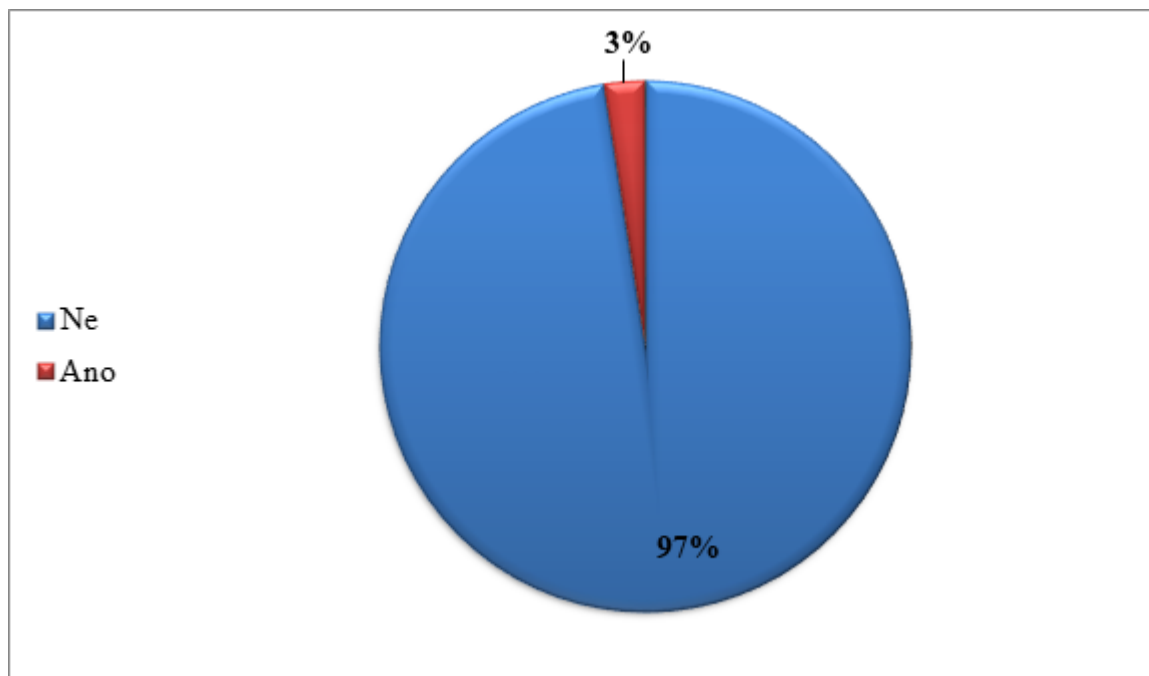
Odpověď	n_i	f_i
Ano, jaké...	11	14 %
Ne	70	86 %
Celkem	81	100 %

Graf 3 Postgraduální/specializační vzdělání ve zdravotnictví**Komentář:**

U položky č. 3 jsme se ptali, zda mají respondenti nějaké postgraduální či specializační vzdělání ve zdravotnictví. Z výsledků našeho dotazníkového výzkumu vyplynulo, že 70 respondentů (tj. 86 %) žádné takové vzdělání nemá. Pouze 11 respondentů (tj. 14 %) uvedlo, že takové vzdělání má a mezi nejčastějšími odpověďmi, které jsme získali díky polouzavřené otázce, se objevovala například specializace Perioperační péče (7x), Ošetrovatelská péče v interních oborech (3x) a Ošetrovatelská péče v chirurgických oborech (1x).

Položka č. 4: Absolvovala jste vzdělání v endoskopiích?*Tabulka 4 Vzdělání v endoskopiích*

Odpověď	n _i	f _i
Ne	79	97 %
Ano, uveďte obor/akci/kurz	2	3 %
Celkem	81	100 %

Graf 4 Vzdělání v endoskopiích**Komentář:**

Položka č. 4 se týkala absolvování vzdělání v endoskopiích. 79 respondentů (tj. 97 %) odpovědělo, že vzdělání v oblasti endoskopií nemá. Pouze dva respondenti (tj. 3 %) zaznamenali, že vzdělání absolvovali (uvedli, že absolvovali certifikovaný kurz „Ošetrovatelské péče při endoskopických vyšetřovacích a léčebných metodách“).

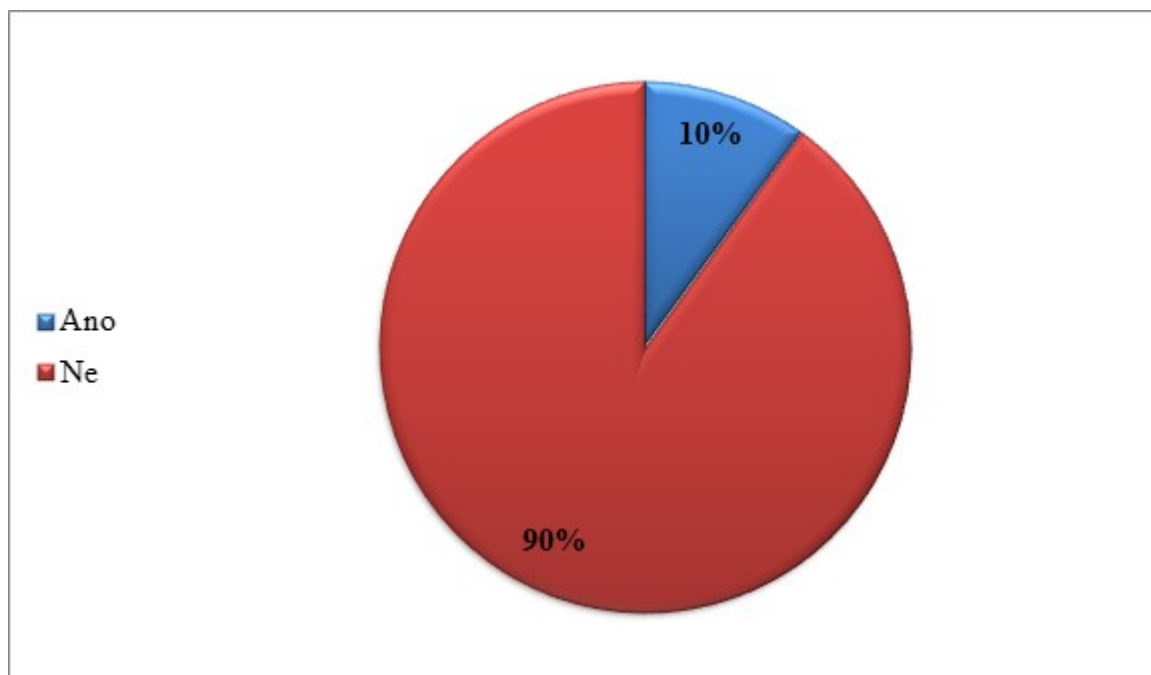
Položky týkající se gastroscopie

Položka č. 5: Diabetik léčený perorálními antidiabetiky si ráno vezme dávku PAD, tak jak je zvyklý.

Tabulka 5 Znalosti respondentů o podání PAD ráno před gastroscopií

Odpověď	n_i	f_i
Ano	8	10 %
Ne	73	90 %
Celkem	81	100 %

Graf 5 Znalosti respondentů o podání PAD ráno před gastroscopií

**Komentář:**

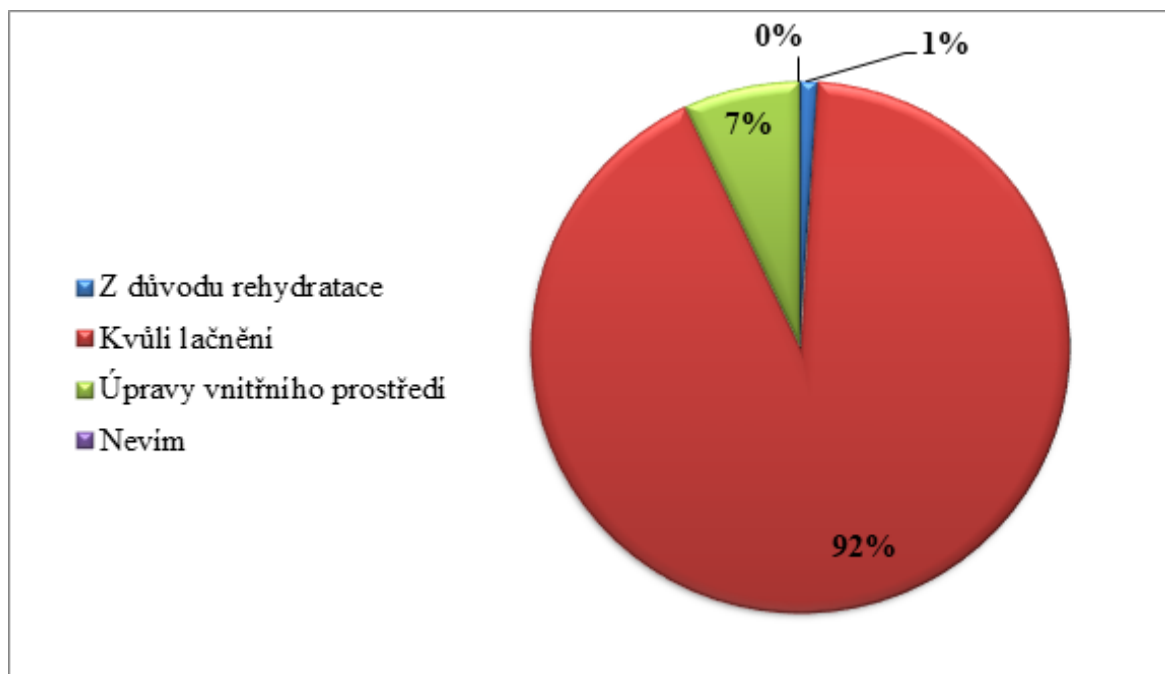
Položka č. 5 zjišťovala znalosti respondentů o podání ranní dávky perorálních antidiabetik před gastroscopickým vyšetřením. Z výsledků dotazníkového výzkumu plyne, že 73 respondentů (tj. 90 %) uvedlo správnou odpověď, že *ranní PAD si pacient s DM nevezme* a pouhých osm respondentů (tj. 10 %) odpovědělo, že ranní dávku PAD si pacient s DM může vzít, tak jak je zvyklý.

Položka č. 6: U diabetika na inzulinoterapii podáme 500ml 10 % glukózy s inzulinem.

Tabulka 6 Důvod podání roztoku glukózy s inzulinem u pacienta s DM

Odpověď	n_i	f_i
Z důvodu rehydratace	1	1 %
Kvůli lačnění	74	92 %
Úpravy vnitřního prostředí	6	7 %
Nevím	0	0 %
Celkem	81	100 %

Graf 6 Důvod podání roztoku glukózy s inzulinem u pacienta s DM

**Komentář:**

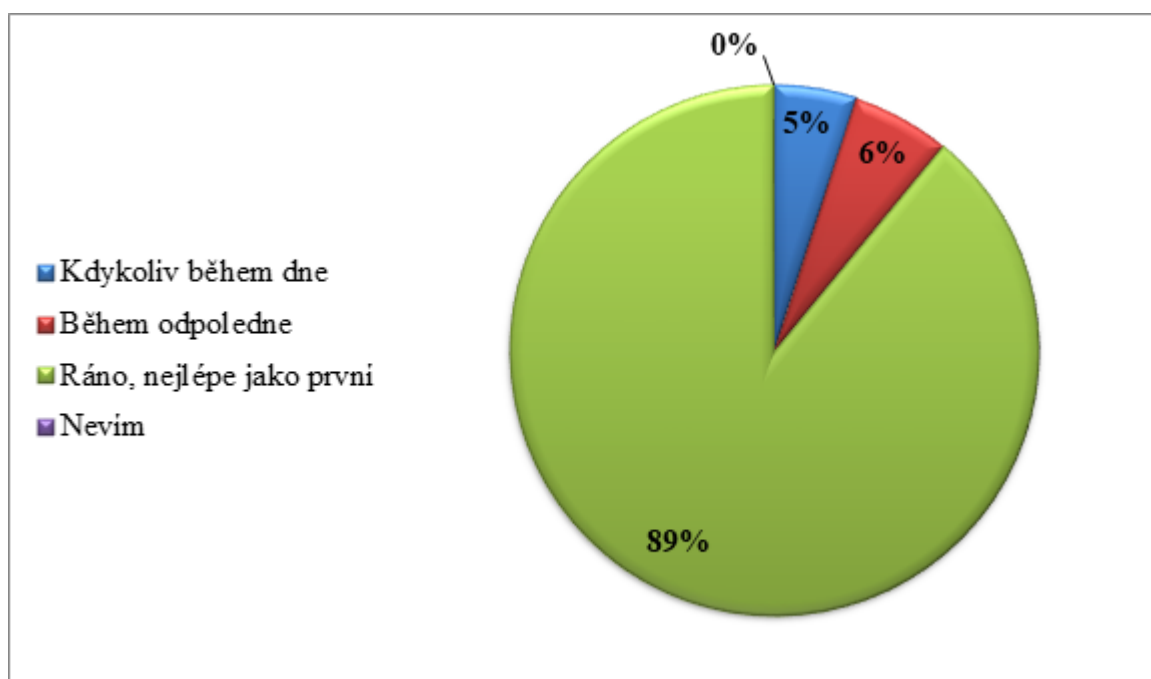
Položka č. 6 zjišťovala znalosti respondentů, týkající se důvodu podání roztoku glukózy s inzulinem u pacienta s DM před gastrokopickým vyšetřením. Celkem 74 respondentů (tj. 92 %) zvolilo jako důvod pro podání glukózy s inzulinem správnou odpověď, a to *lačnění*. Dále šest respondentů (tj. 7 %) se přiklonilo k důvodu úpravy vnitřního prostředí a pouze jeden respondent (tj. 1%) udal jako důvod rehydrataci.

Položka č. 7: U plánované gastroscopie diabetik půjde na řadu:

Tabulka 7 Denní doba provedení gastroscopie u pacienta s DM

Odpověď	n _i	f _i
Kdykoliv během dne	4	5 %
Během odpoledne	5	6 %
Ráno, nejlépe jako první	72	89 %
Nevím	0	0 %
Celkem	81	100 %

Graf 7 Denní doba provedení gastroscopie u pacienta s DM

**Komentář:**

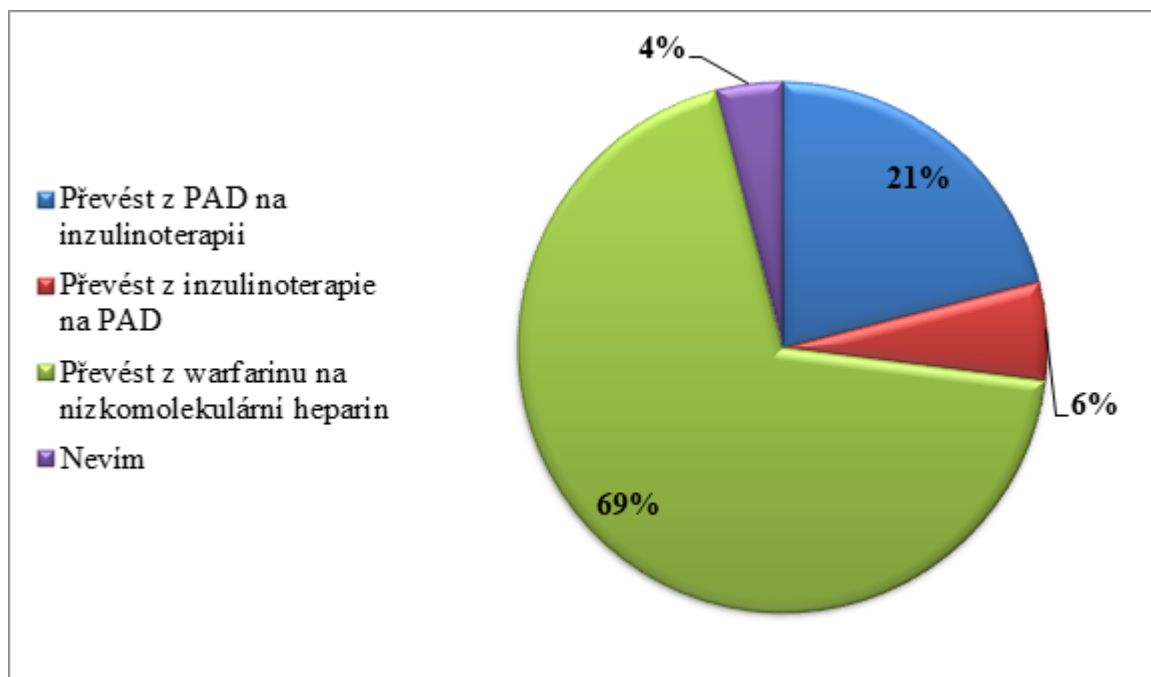
V rámci položky č. 7 jsme se ptali, v kterou denní dobu půjde pacient s DM na gastroscopii. Celkem 72 respondentů (tj. 89 %) odpovědělo správně, že *půjde ráno a nejlépe jako první*. Dále pět respondentů (tj. 6 %) odpovědělo, že pacient s DM podstoupí toto vyšetření během odpoledne. Další čtyři respondenti (tj. 5 %) se přiklonili k tomu, že pacient s DM půjde na takové vyšetření kdykoliv během dne.

Položka č. 8 Při gastrokopickém terapeutickém zákroku (např. polypektomie) je nutné diabetika:

Tabulka 8 Změna farmakoterapie při gastrokopickém terapeutickém zákroku u pacienta s DM

Odpověď	ni	fi
Převést z perorálních antidiabetik na inzulinoterapii	17	21 %
Převést z inzulinoterapie na perorální antidiabetika	5	6 %
Převést z warfarinu na nízkomolekulární heparin	56	69 %
Nevím	3	4 %
Celkem	81	100 %

Graf 8 Změna farmakoterapie při gastrokopickém terapeutickém zákroku u pacienta s DM



Komentář:

Položka č. 8 zjišťovala znalosti dotazovaných respondentů, které souvisely se změnou farmakoterapie u pacienta s DM před gastrokopickým terapeutickým zákrokem. Správnou odpověď, že by se měl takový pacient *převést z Warfarinu na nízkomolekulární Heparin*, uvedlo 56 respondentů (tj. 69 %). Druhá nejvíce volená odpověď, kterou respondenti označili v počtu 17 (tj. 21 %) pojednávala o tom, že by se pacient měl převést z PAD na inzulinoterapii. Dále pět respondentů (tj. 6 %) uvedlo, že se má pacient převést z inzulinoterapie na PAD. A zjistili jsme, že pouze tři respondenti (tj. 4 %) neznají odpověď na tuto otázku.

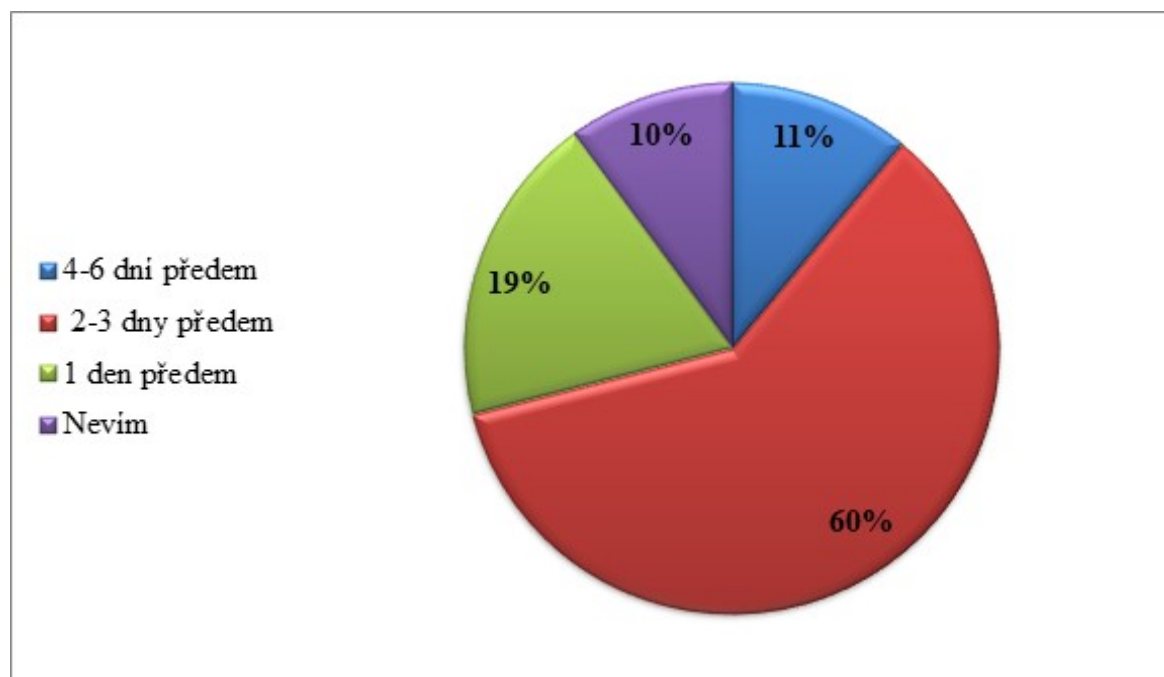
Položky týkající se endoskopické retrográdní cholangiopankreatografie

Položka č. 9: U plánovaného ERCP vyšetření Metformin u dobře kompenzovaného diabetika vysazujeme:

Tabulka 9 Vysazení Metforminu před planovaným ERCP u kompenzovaného pacienta s DM

Odpověď	n_i	f_i
4–6 dní předem	9	11 %
2–3 dní předem	49	60 %
1 den předem	15	19 %
Nevím	8	10 %
Celkem	81	100 %

Graf 9 Vysazení Metforminu před planovaným ERCP u kompenzovaného pacienta s DM



Komentář:

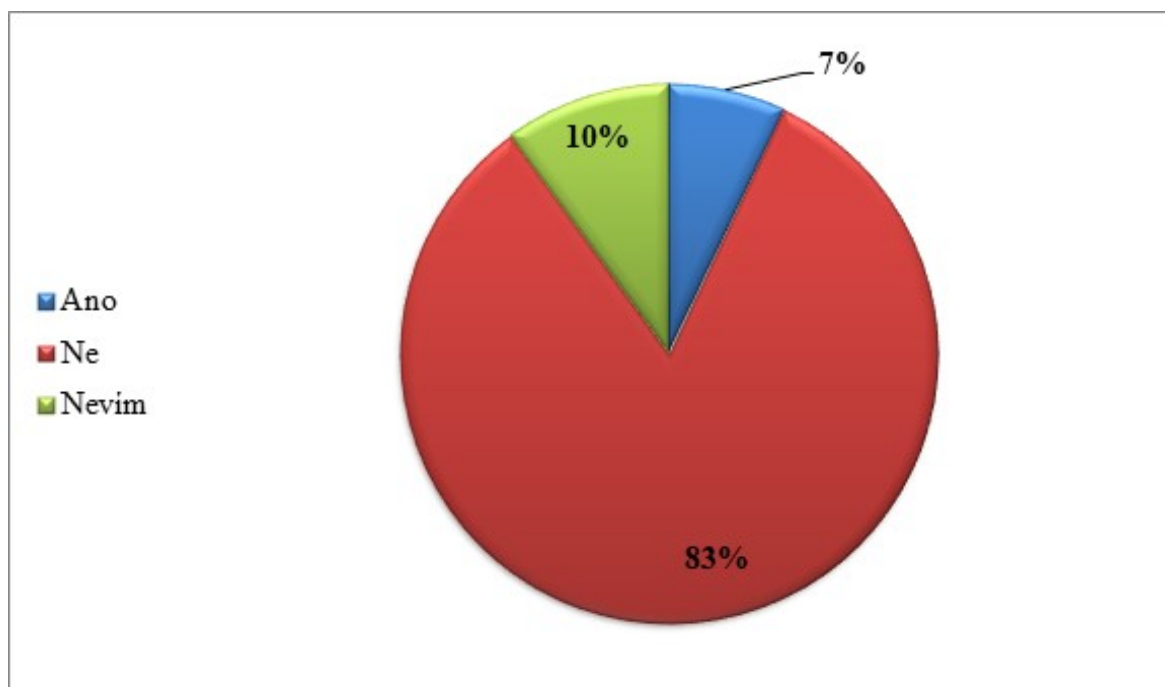
Položka č. 9 zjišťuje znalosti všeobecných sester o vysazení Metforminu před ERCP u kompenzovaného pacienta s DM. Celkem 49 respondentů (tj. 60 %) uvedlo správně, že je potřeba vysadit Metformin *2–3 dny před vyšetřením*. Odpověď, že se má tento lék vysadit jeden den předem, uvedlo 15 respondentů (tj. 19 %). Dále devět respondentů (tj. 11 %) odpovědělo, že Metformin se vysazuje 4–6 dní předem a nakonec osm respondentů (tj. 10 %) uvedlo, že odpověď nezná.

Položka č. 10: Aplikujeme u diabetika 1. a 2. typu na inzulinoterapii před ERCP dlouhodobý inzulin?

Tabulka 10 Aplikace dlouhodobého inzulinu před ERCP

Odpověď	n _i	f _i
Ano	6	7 %
Ne	67	83 %
Nevím	8	10 %
Celkem	81	100 %

Graf 10 Aplikace dlouhodobého inzulinu před ERCP

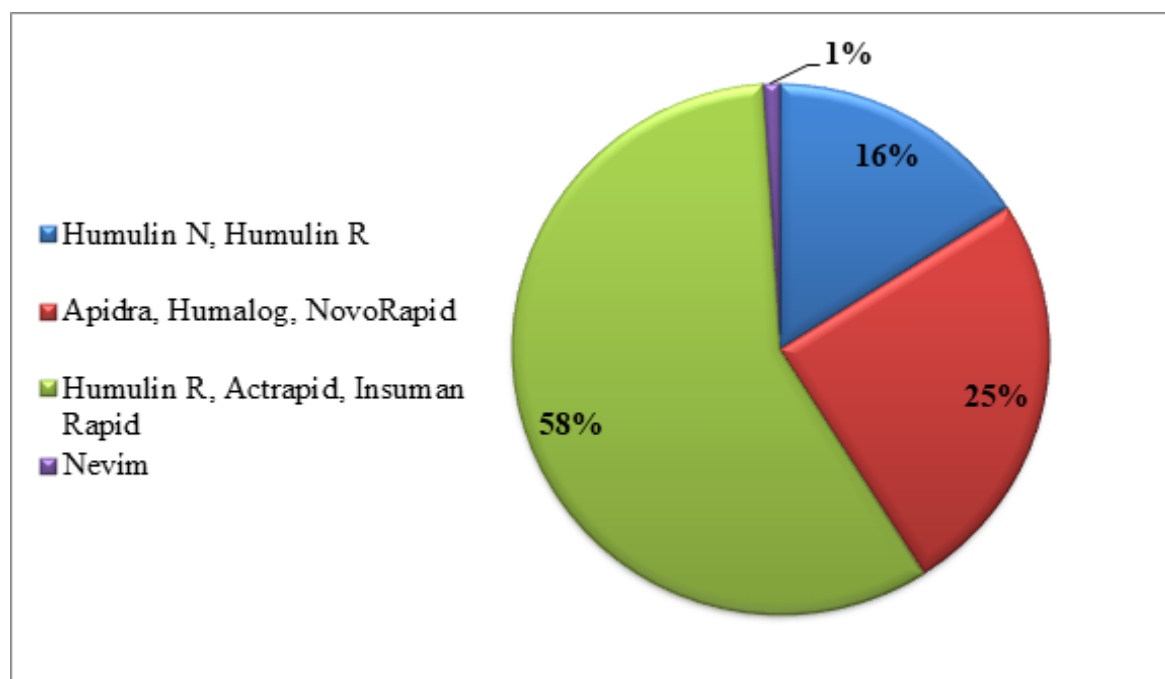


Komentář:

Pomocí položky č. 10 jsme od respondentů zjišťovali, jestli sestry ví, zda můžeme aplikovat pacientovi s DM 1. či 2. typu na inzulinoterapii před ERCP vyšetřením dlouhodobý inzulin. Na tuto položku reagovalo správně 67 respondentů (tj. 83 %). Tito respondenti odpověděli, že *nesmíme aplikovat dlouhodobý inzulin*. Celkem osm respondentů (tj. 8 %) odpověď na tuto otázku nezná a pouze šest respondentů (tj. 7 %) uvedlo, že se diabetikovi můžeme před vyšetřením aplikovat dlouhodobý inzulin.

Položka č. 11: Mezi krátkce působící inzuliny řadíme?*Tabulka 11 Krátkce působící inzuliny*

Odpověď	n_i	f_i
Humulin N, Humulin R	13	16 %
Apidra, Humalog, NovoRapid	20	25 %
Humulin R, Actrapid, Insuman Rapid	47	58 %
Nevím	1	1 %
Celkem	81	100 %

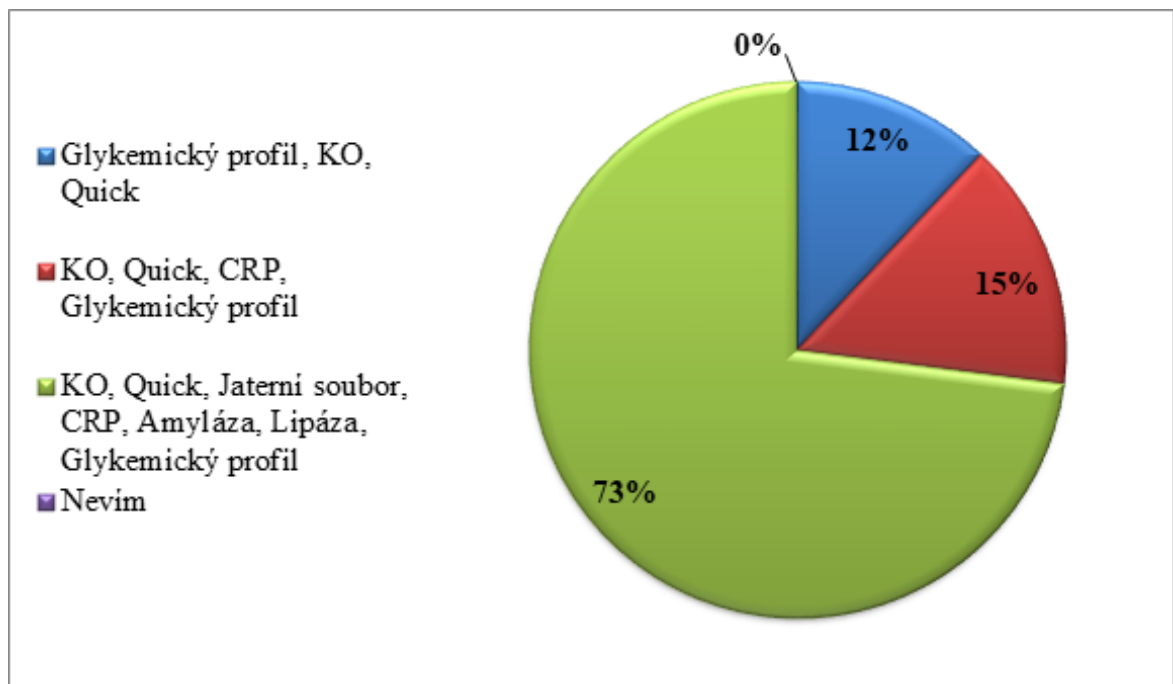
Graf 11 Krátkce působící inzuliny

Komentář:

Položka č. 11 znázorňuje znalosti všeobecných sester v oblasti inzulínových přípravků. Dotazovali jsme se, jaké inzuliny řadíme mezi krátce působící. Z výsledků dotazníkového výzkumu vyplynulo, že 47 respondentů (tj. 58 %) uvedlo správně, že mezi krátce působící inzuliny řadíme *Humulin R*, *Actrapid* a *Insuman Rapid*. Dále jsme zjistili, že mezi krátce působící inzuliny zařadilo 20 respondentů (tj. 25 %) Apidru, Humalog a Novorapid. Další skupina v počtu 13 všeobecných sester (tj. 16 %) uvedla, že mezi tyto inzuliny řadíme Humulin N a Humulin R. Pouze jeden respondent (tj. 1 %) uvedl, jako odpověď možnost „nevím“.

Položka č. 12: V den výkonu sledujeme hodnoty:*Tabulka 12 Sledování laboratorní hodnoty v den výkonu ERCP*

Odpověď	n_i	f_i
Glykemický profil, KO, Quick	10	12 %
KO, Quick, CRP, Glykemický profil	12	15 %
KO, Quick, Jaterní soubor, CRP, Amylaza, Lipáza, Glykemický profil	59	73 %
Nevím	0	0 %
Celkem	81	100 %

Graf 12 Sledování laboratorní hodnoty v den výkonu ERCP

Komentář:

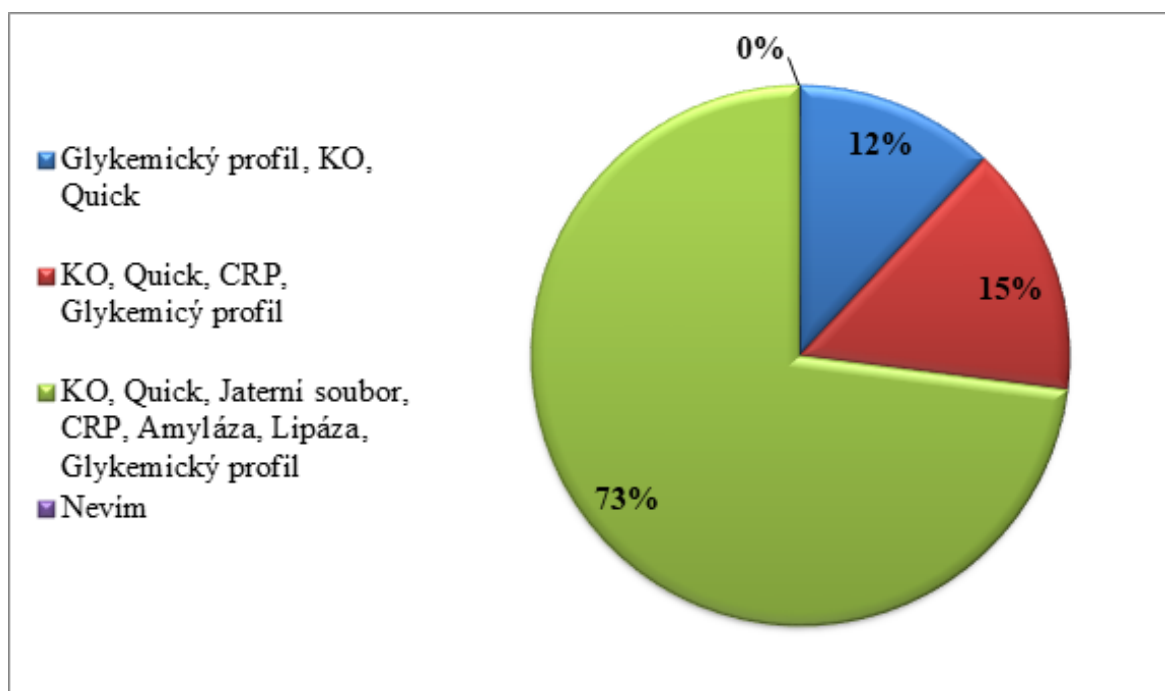
V položce č. 12 jsme zjišťovali, zda mají respondenti znalosti o laboratorních vyšetřeních, která se provádějí v den výkonu ERCP. Celkem 59 respondentů (tj. 73 %) uvedlo správně, že je třeba sledovat hodnoty *KO*, *Quick*, *Jaterní soubor*, *CRP*, *Amyláza*, *Lipáza*, *Glykemický profil*. Další skupina v počtu 12 všeobecných sester (tj. 15 %) odpověděla na tuto položku, že v den výkonu se sleduje *KO*, *Quick*, *CRP* a *Glykemický profil*. Odpověď, že je třeba v den tohoto vyšetření zajistit *Glykemický profil*, *KO* a *Quick* označilo 10 respondentů (tj. 12 %).

Položka č. 13: V jakém rozmezí se pohybuje normální hodnota glykémie u zdravého člověka?

Tabulka 13 Fyziologická hodnota glykémie u zdravého člověka

Odpověď	n _i	f _i
3,8–5,5 mmol/l	48	59 %
5–8 mmol/l	0	0 %
3,3–5,6 mmol/l	33	41 %
Nevím	0	0 %
Celkem	81	100 %

Graf 13 Fyziologická hodnota glykémie u zdravého člověka

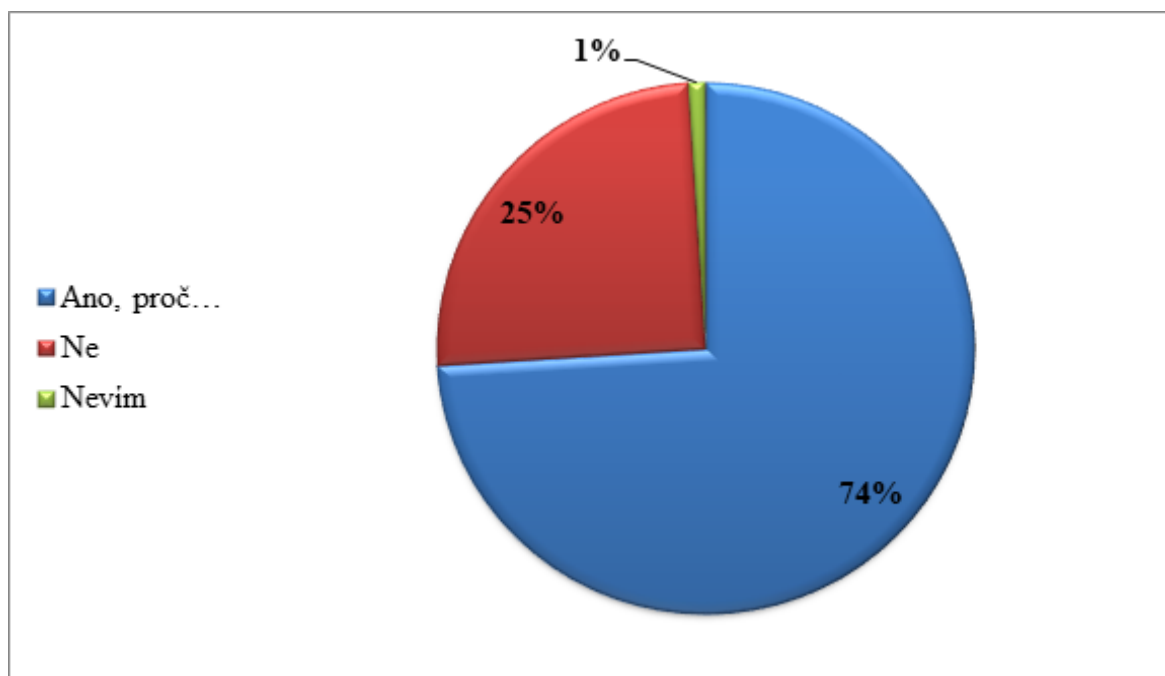


Komentář:

Položka č. 13 zjišťuje, zda všeobecné sestry znají fyziologickou hodnotu glykémie zdravého člověka. Celkem 48 respondentů (tj. 59 %) odpovědělo správně, že fyziologická hodnota glykémie se pohybuje v rozmezí 3,8–5,5 mmol/l. Dalších 33 respondentů (tj. 41 %) odpovědělo, že hodnota glykémie se pohybuje v rozmezí 3,3–5,6 mmol/l.

Položka č. 14: Je nutná hospitalizace u diabetického pacienta před výkonem?*Tabulka 14 Hospitalizace u pacienta s DM před ERCP*

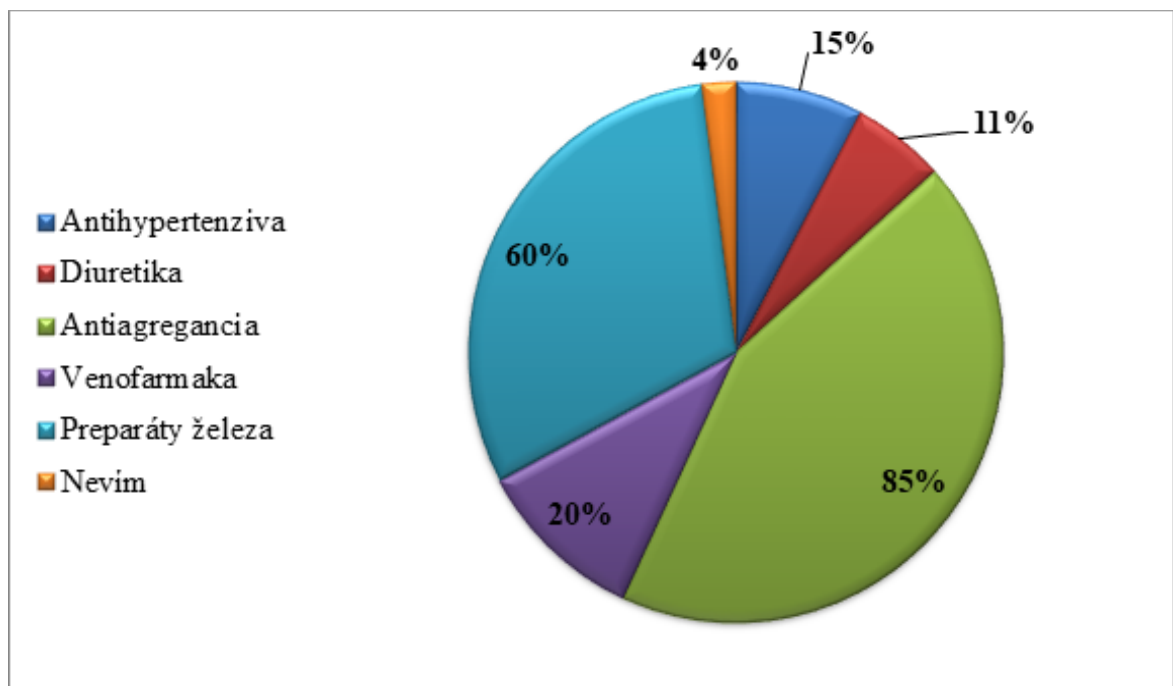
Odpověď	n _i	f _i
Ano, proč...	60	74 %
Ne	20	25 %
Nevím	1	1 %
Celkem	81	100 %

Graf 14 Hospitalizace u pacienta s DM před ERCP**Komentář:**

V položce č. 14 jsme se ptali respondentů, zda je nutná hospitalizace diabetického pacienta před ERCP a jaké jsou její důvody. Celkem 60 respondentů (tj. 74 %) označilo správnou možnost, že *hospitalizace je nutná*. Vzhledem k tomu, že tato možnost byla řešena formou polouzavřené odpovědi, získali jsme od respondentů tyto konkrétní důvody hospitalizace: „z důvodu lačnění, převodu na inzulin a podání infúze“ (25x), „nastavení hladiny cukru“ (16x), „kompenzace diabetu“ (10x), „z důvodu vyprázdnění“ (5x), „z důvodu hypoglykémie či hyperglykémie při přípravě“ (4x). Počet respondentů, kteří uvedli, že hospitalizace není nutná, byl 20 (tj. 25 %). A nakonec z výsledků dotazníkového výzkumu vyplývá, že jeden respondent (tj. 1 %) nezná odpověď na tuto položku.

Položky týkající se kolonoskopie**Položka č. 15: Jaké medikamenty je nutné před kolonoskopií vysadit? (více správných odpovědí)***Tabulka 15 Vysazení medikamentů před kolonoskopií*

Odpověď	n_i	f_i
Antihypertenziva	12	15 %
Diuretika	9	11 %
Antiagregancia	69	85 %
Venofarmaka	16	20 %
Preparáty železa	49	60 %
Nevím	3	4 %

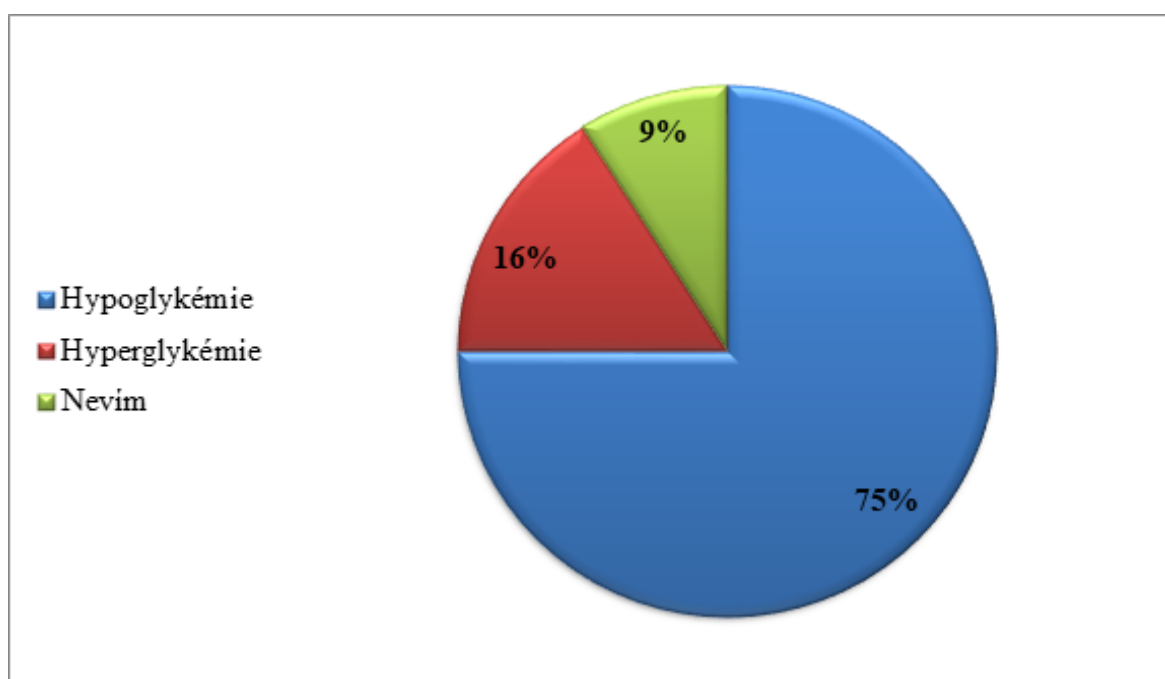
Graf 15 Vysazení medikamentů před kolonoskopií

Komentář:

V této položce měli respondenti možnost uvést více správných odpovědí, z toho důvodu se absolutní četnost celkově navýšila na 158 odpovědí od 81 respondentů. U cílové skupiny dotazovaných jsme zjišťovali, jaká farmaka je nutné vysadit, před tím, než je provedena kolonoskopie. Respondenti měli na výběr celkem šest možných odpovědí, správná byla pouze třetí a pátá možnost. Respondenti uvedli 69x (tj. 85 %), že je nutné vysadit *antia-gregancia*, což byla správná odpověď. Dále respondenti uvedli 49x (tj. 60 %) odpověď, ve které bylo nutné vysadit *preparáty železa*, což byla také správná odpověď. Následující možnost, která souvisela s vysazením venofarmak, označili respondenti 16x (tj. 20 %). Dále 12x (tj. 15 %) respondenti odpověděli, že je nutné vysadit antihypertenziva a 9x (tj. 11 %) uvedli diuretika. Pouze 3x (tj. 4 %) zvolili možnost nevím.

Položka č. 16: Jaký vliv má požití očištného roztoku na hladinu glykémie?*Tabulka 16 Vliv očištného roztoku na hladinu glykémie*

Odpověď	n_i	f_i
Hypoglykémie	61	75 %
Hyperglykémie	13	16 %
Nevím	7	9 %
Celkem	81	100 %

Graf 16 Vliv očištného roztoku na hladinu glykémie**Komentář:**

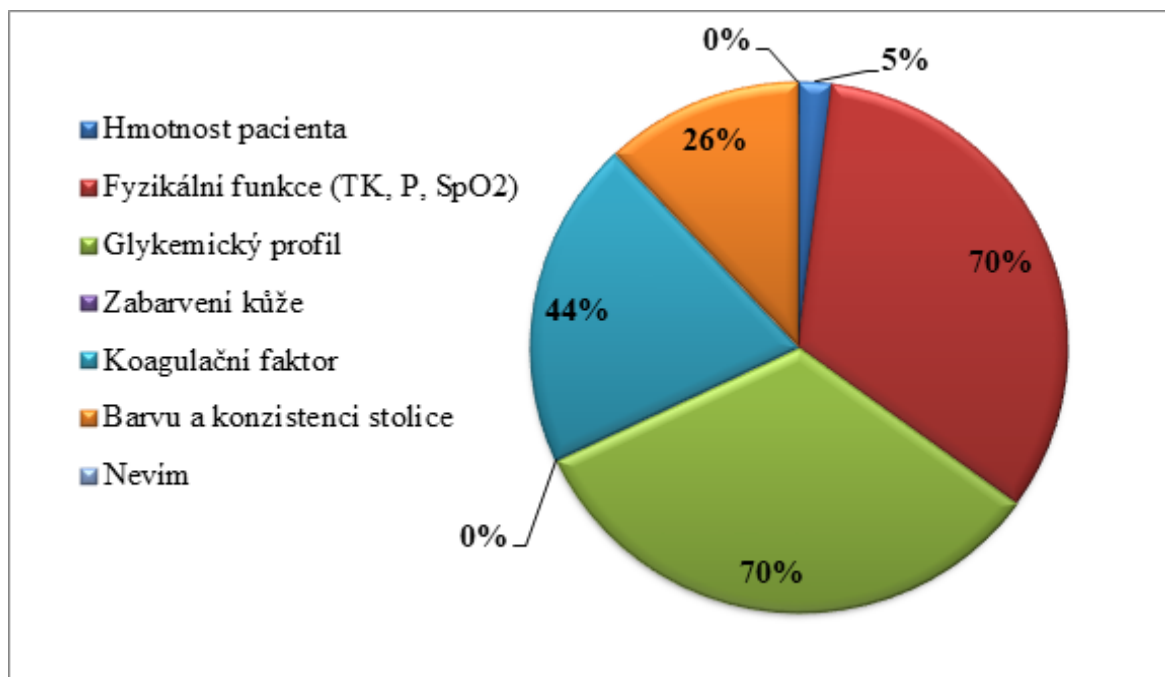
V položce č. 16 jsme chtěli zjistit, zda mají respondenti v rámci přípravy na vyšetření znalosti o tom, jaký má vliv na hladinu glykémie očištný roztok. Možný vznik *hypoglykémie* označilo správně 61 respondentů (tj. 75 %) a možný rozvoj *hyperglykémie* označilo celkem 13 respondentů (tj. 16 %). Ovšem z výsledků dotazníkového výzkumu plyne, že sedm respondentů (tj. 9 %) odpověď na tuto otázku nezná.

Položka č. 17: U diabetika před výkonem je nutné kontrolovat? (více správných odpovědí)

Tabulka 17 Monitoring pacienta s DM před kolonoskopií

Odpověď	n _i	f _i
Hmotnost pacienta	4	5 %
Fyzikální funkce (TK, P, SpO ₂)	57	70 %
Glykemický profil	57	70 %
Zabarvení kůže	0	0 %
Koagulační faktor	36	44 %
Barvu a konzistenci stolice	21	26 %
Nevím	0	0 %

Graf 17 Monitoring pacient s DM před kolonoskopií

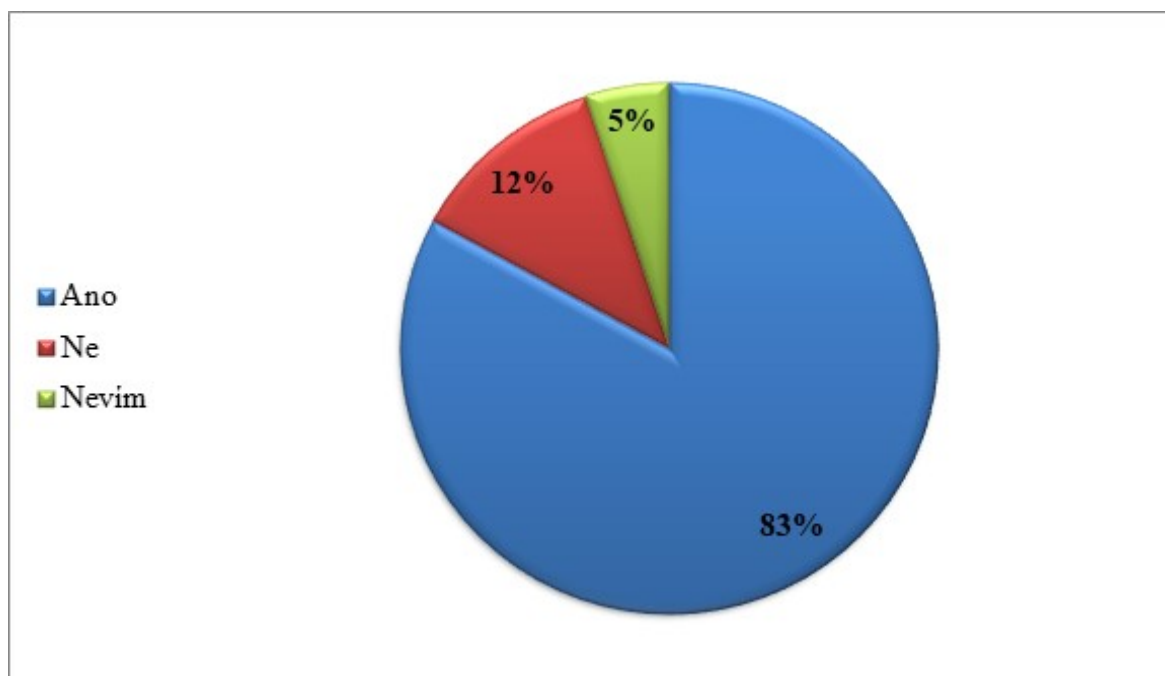


Komentář:

Stejně jako u položky č. 15 měli respondenti možnost uvést více správných odpovědí, z toho důvodu se absolutní četnost celkově navýšila na 175 odpovědí od 81 respondentů. Ptali jsme se, co sledujeme u pacienta s DM před kolonoskopií. Respondenti měli na výběr celkem sedm možných odpovědí, kdy správná byla pouze druhá, třetí a čtvrtá možnost. *Fyzikální funkce* správně označili respondenti 57x (tj. 70 %). Následně, tentýž počet, a to 57x (tj. 70 %) uvedli respondenti správnou odpověď *glykemický profil*. *Koagulační faktor* byl správně označen 36x (tj. 44 %). Dále 21x (tj. 26 %) si vybrali respondenti možnost barvy a konzistence stolice a nakonec 4x (tj. 5 %) byla označena odpověď týkající se hmotnosti pacienta.

Položka č. 18: Je možné diabetikovi před výkonem podat analgosedaci?*Tabulka 18 Podání analgosedace pacientovi s DM před kolonoskopií*

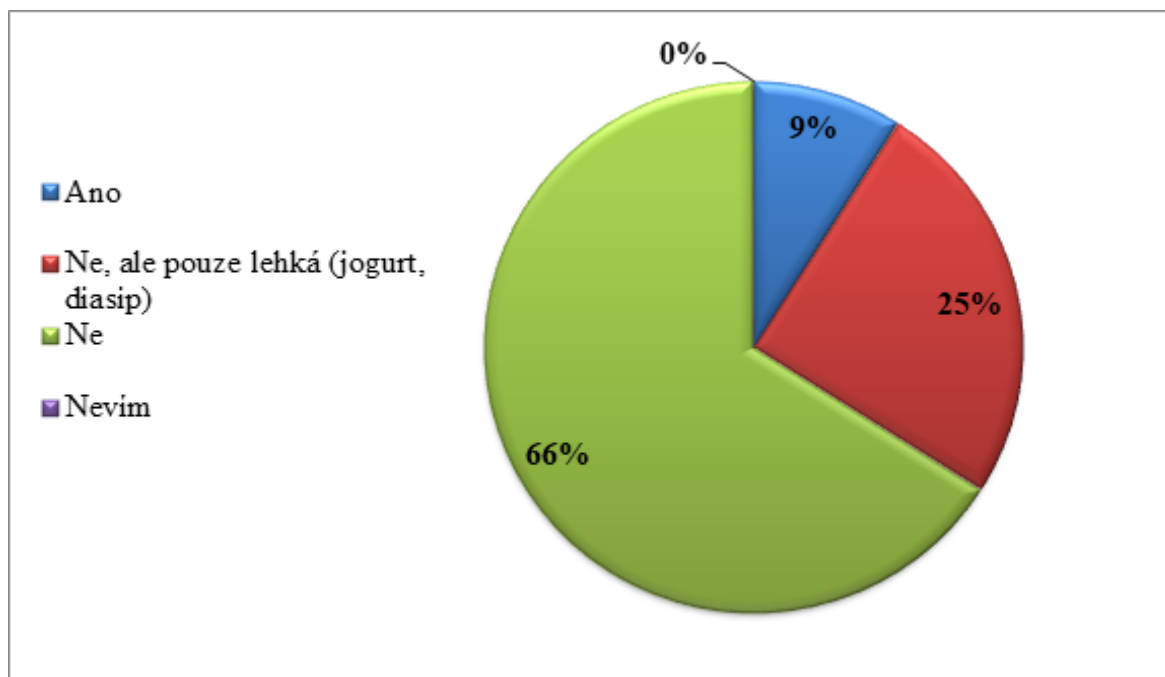
Odpověď	n _i	f _i
Ano	67	83 %
Ne	10	12 %
Nevím	4	5 %
Celkem	81	100 %

Graf 18 Podání analgosedace u pacienta s DM před kolonoskopií**Komentář:**

Položka č. 18 znázorňuje znalosti respondentů o možnosti podání analgosedace pacientovi s DM před kolonoskopií. Celkem 67 dotazovaných (tj. 83 %) správně uvedlo, že *pacientovi s DM je před kolonoskopií možné podat analgosedaci*. Dále 10 respondentů (tj. 12 %) odpovědělo, že *se před výkonem analgosedace diabetikovi podat nesmí*. A nakonec čtyři respondenti (tj. 5 %) označili možnost, ze které vyplynulo, že odpověď neznají.

Položka č. 19: Je povolena diabetikovi před kolonoskopií běžná snídaně?*Tabulka 19 Podání běžné snídaně pacientovi s DM před kolonoskopií*

Odpověď	n _i	f _i
Ano	7	9 %
Ne, pouze lehká (jogurt, diasip)	20	25 %
Ne	54	66 %
Nevím	0	0 %
Celkem	81	100 %

Graf 19 Podání běžné snídaně pacientovi s DM před kolonoskopií**Komentář:**

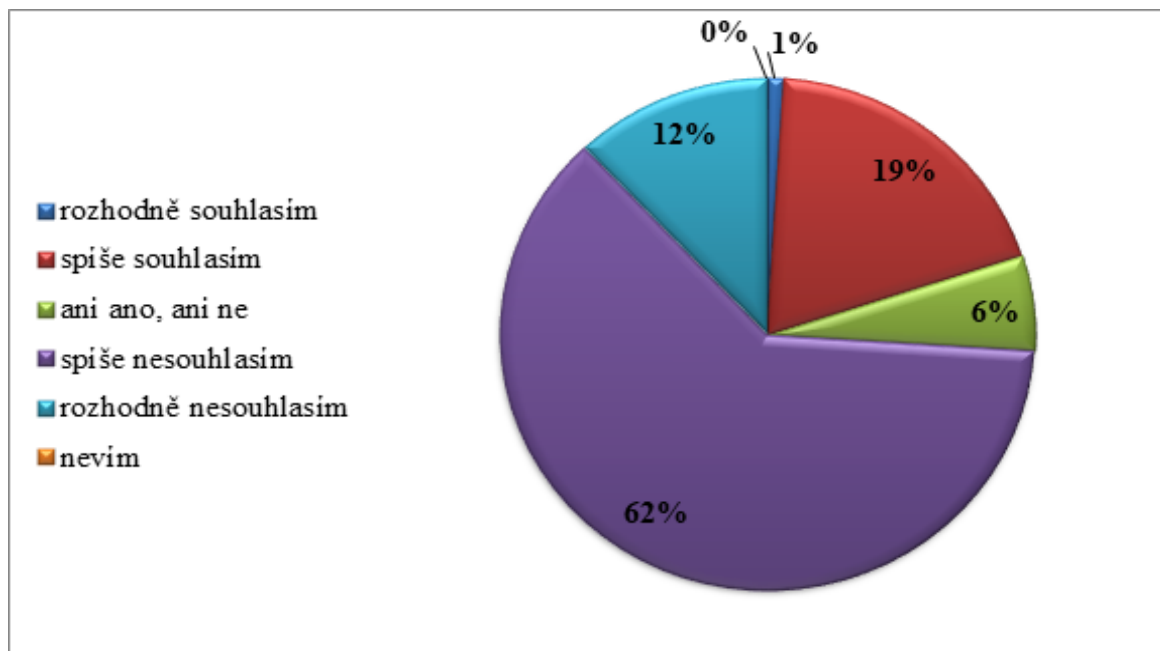
Z položky č. 19 jsme chtěli od dotazovaných respondentů zjistit, zda diabetik může dostat běžnou snídani před kolonoskopií. Celkem 20 respondentů (tj. 25 %) odpovědělo správně, že může dostat lehkou snídani. Možnost, že snídaně nemůže být podána, vybralo 54 dotazovaných (tj. 66 %). Sedm respondentů (tj. 9 %) odpovědělo, že může dostat běžnou snídani.

Položka č. 20: Pacienti před endoskopickým výkonem by měli být uloženi na standardním chirurgickém oddělení

Tabulka 20 Vyjádření se respondentů k hospitalizaci na standardním chirurgickém oddělení před endoskopií

Odpověď	ni	fi
Rozhodně souhlasím	1	1 %
Spíše souhlasím	15	19 %
Ani ano, ani ne	5	6 %
Spíše nesouhlasím	50	62 %
Rozhodně nesouhlasím	10	12 %
Nevím	0	0 %
Celkem	81	100 %

Graf 20 Vyjádření respondentů k hospitalizaci na standardním chirurgickém oddělení před endoskopií



Komentář:

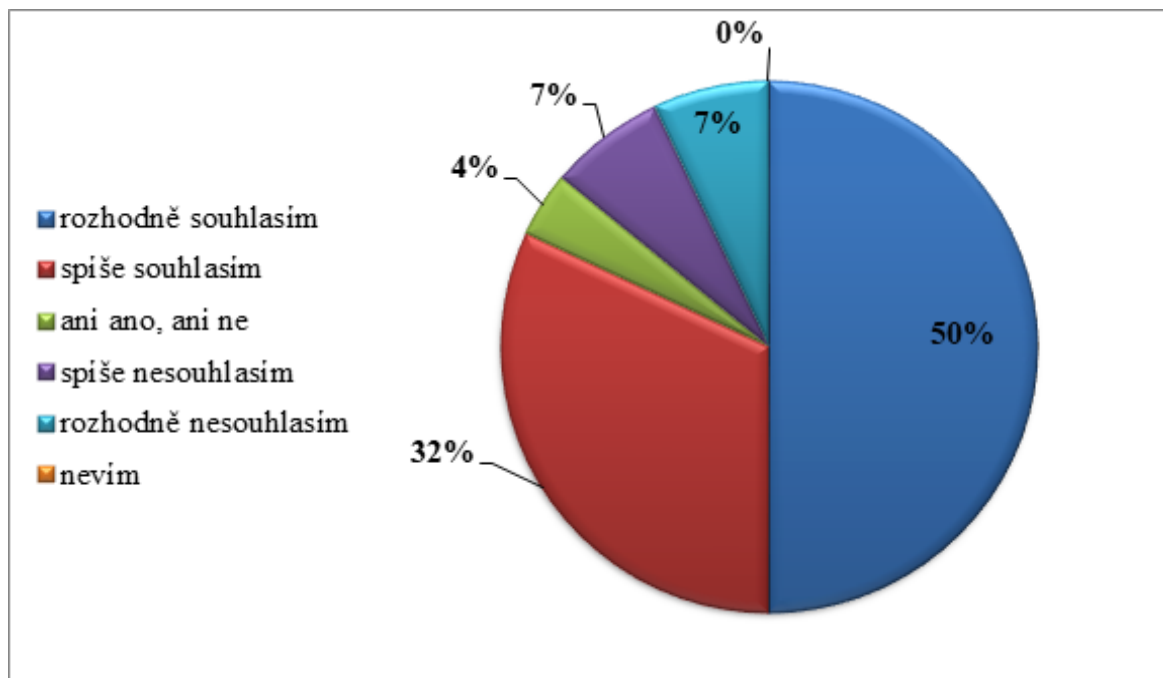
Položkou č. 20 jsme chtěli zjistit názory respondentů na to, zda by měl být pacient s DM před endoskopickým výkonem uložen na standardním chirurgickém oddělení. Celkem 50 respondentů (tj. 62 %) zvolilo odpověď „spíše nesouhlasím“. Dále 15 respondentů (tj. 19 %) zvolilo, že „spíše souhlasí.“ Dalších 10 respondentů (tj. 12 %) zvolilo odpověď, že „rozhodně nesouhlasím“ a pět respondentů (tj. 6 %) odpovědělo možností „ani ano, ani ne.“ Pouze jeden (tj. 1 %) uvedl, že „rozhodně souhlasí“.

Položka č. 21: Pacienti před endoskopickým výkonem by měli být uloženi na standardním interním oddělení

Tabulka 21 Vyjádření se respondentů k hospitalizaci na standardním interním oddělení před endoskopií

Odpověď	n _i	f _i
Rozhodně souhlasím	40	50 %
Spíše souhlasím	26	32 %
Ani ano, ani ne	3	4 %
Spíše nesouhlasím	6	7 %
Rozhodně nesouhlasím	6	7 %
Nevím	0	0 %
Celkem	81	100 %

Graf 21 Vyjádření se respondentů k hospitalizaci na standardním interním oddělení před endoskopií



Komentář:

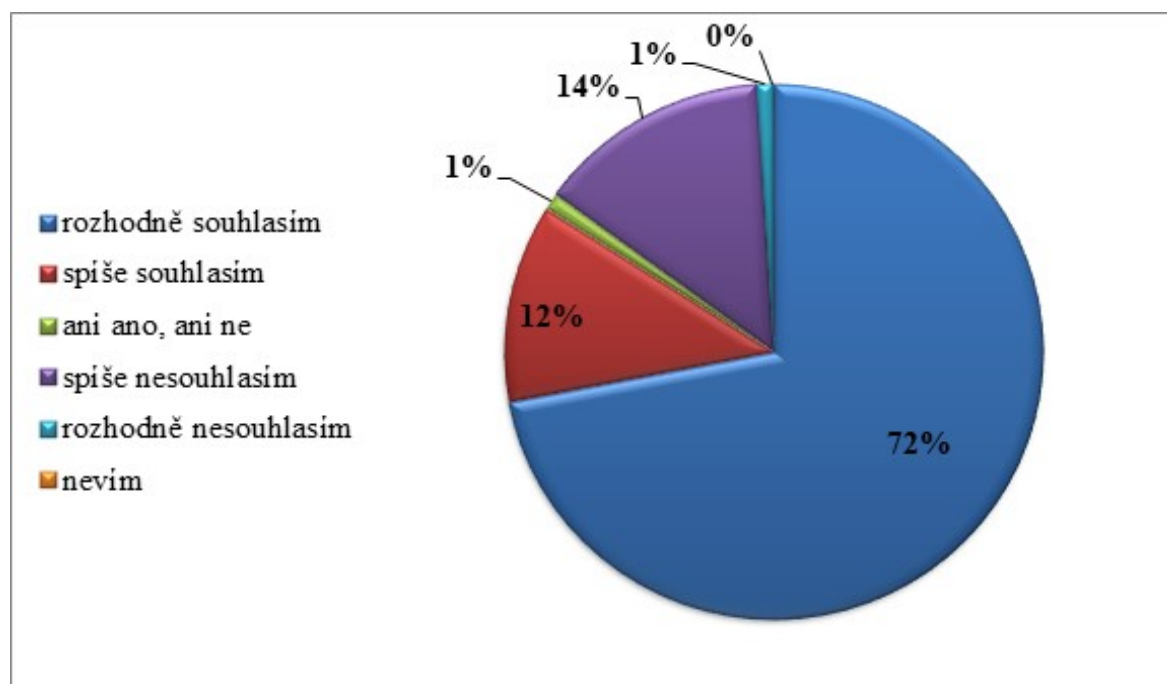
V položce č. 21 jsme chtěli zjistit názor dotazovaných respondentů na to, zda by pacienta před endoskopickým výkonem uložili na interní oddělení. Celkem 40 respondentů (tj. 50 %) odpovědělo, že „rozhodně souhlasí.“ Dále 26 respondentů (tj. 32 %) zvolilo možnost, že „spíše souhlasí.“ Odpověď „spíše nesouhlasím“ a „rozhodně nesouhlasím“ zvolil stejný počet respondentů, a to šest (tj. 7 %). Další tři respondenti (tj. 4 %) odpověděli možností „ani ano, ani ne“.

Položka č. 22: O endoskopickém výkonu pacienta edukuje lékař (indikace, možná rizika a komplikace)

Tabulka 22 Názor na edukaci pacienta lékařem o endoskopickém výkonu

Odpověď	ni	fi
Rozhodně souhlasím	58	72 %
Spíše souhlasím	10	12 %
Ani ano, ani ne	1	1 %
Spíše nesouhlasím	11	14 %
Rozhodně nesouhlasím	1	1 %
Nevím	0	0 %
Celkem	81	100 %

Graf 22 Názor na edukaci pacienta lékařem o endoskopickém výkonu

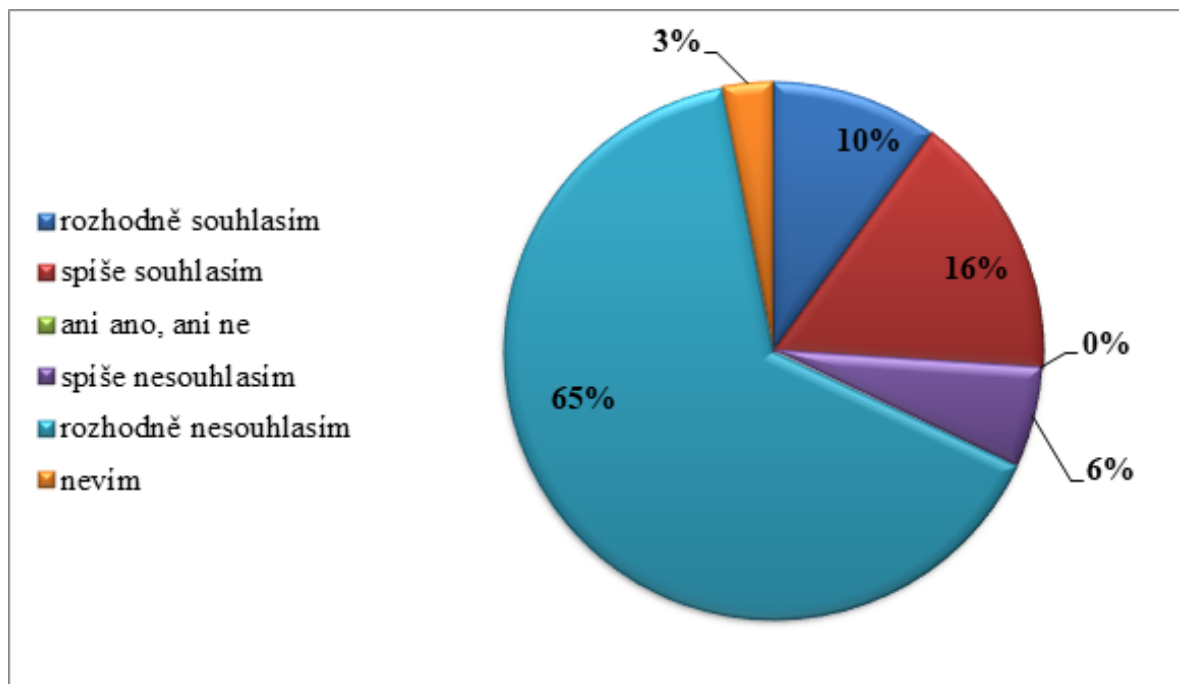


Komentář:

Položkou č. 22 jsme chtěli zjistit názor na to, jestli na oddělení, kde jednotliví respondenti pracují, edukuje pacienta o tomto výkonu lékař. Většina respondentů, tedy v počtu 58 (tj. 72 %) zvolila, že „rozhodně souhlasí.“ Dalších 10 respondentů (tj. 10 %) zvolilo, že „spíše souhlasí.“ „Spíše nesouhlasím“ odpovědělo 11 dotazovaných (tj. 14 %) a pouze 1 odpověděl (tj. 1 %) „rozhodně nesouhlasím“, tedy nesouhlasili s tím, že lékař poskytuje pacientovi edukaci o endoskopickém výkonu.

Položka č. 23: O endoskopickém výkonu pacienta edukuje endoskopická sestra*Tabulka 23 Vyjádření se respondentů k edukaci endoskopickou sestrou*

Odpověď	n_i	f_i
Rozhodně souhlasím	8	10 %
Spíše souhlasím	16	16 %
Ani ano, ani ne	0	0 %
Spíše nesouhlasím	5	6 %
Rozhodně nesouhlasím	53	65 %
Nevím	2	3 %
Celkem	81	100 %

Graf 23 Vyjádření se respondentů k edukaci endoskopickou sestrou

Komentář:

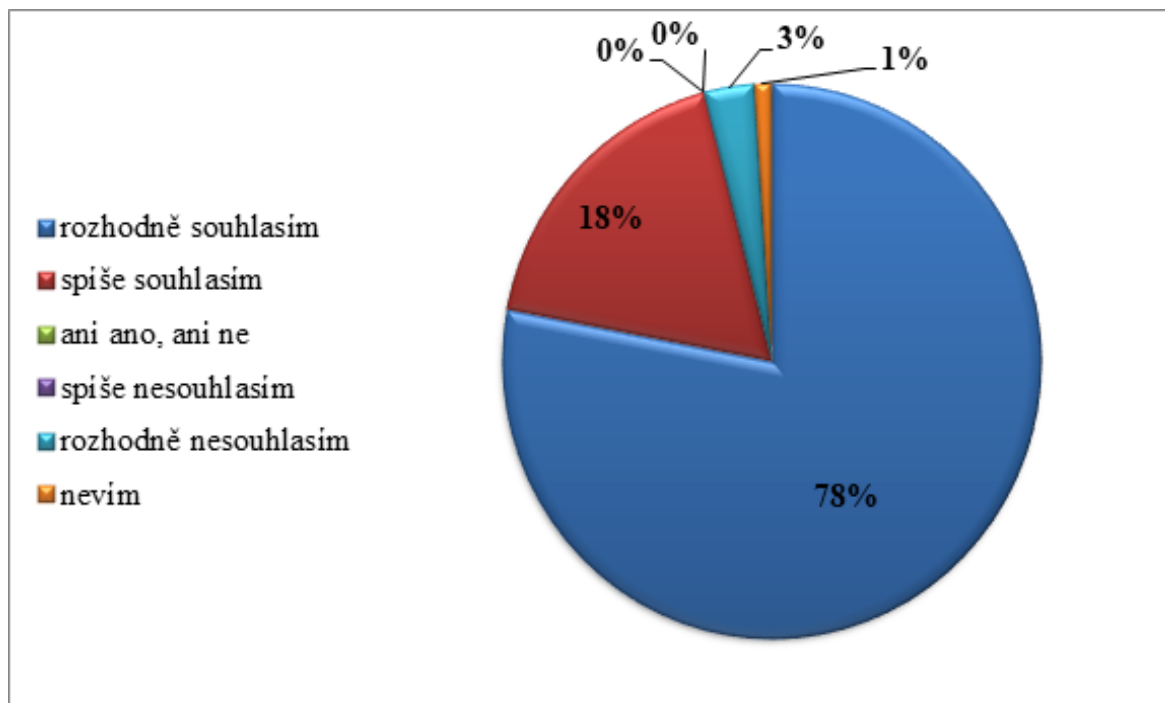
Položkou č. 23 jsme chtěli zjistit názory na to, zda na jednotlivých odděleních před endoskopickými výkony poučuje pacienta endoskopická sestra. Více než polovina respondentů, tedy 53 (tj. 65 %) uvedla, že „rozhodně nesouhlasí.“ Dalších 16 respondentů (tj. 16 %) uvedlo, že „spíše souhlasí“ a osm respondentů (tj. 10 %) s tímto výrokem „rozhodně souhlasí.“ Dalších pět respondentů (tj. 6 %) zvolilo možnost „spíše nesouhlasím“ a dva respondenti (tj. 2 %) označili odpověď „nevím“.

Položka č. 24: Na oddělení by měl být dostupný standard k přípravě diabetika k endoskopiím

Tabulka 24 Názor na nutnost dostupnosti standardů, k přípravě pacienta s DM k endoskopiím, na oddělení

Odpověď	n _i	f _i
Rozhodně souhlasím	63	78 %
Spíše souhlasím	15	18 %
Ani ano, ani ne	0	0 %
Spíše nesouhlasím	0	0 %
Rozhodně nesouhlasím	2	3 %
Nevím	1	1 %
Celkem	81	100 %

Graf 24 Názor na nutnost dostupnosti standardů, k přípravě pacienta s DM k endoskopiím, na oddělení



Komentář:

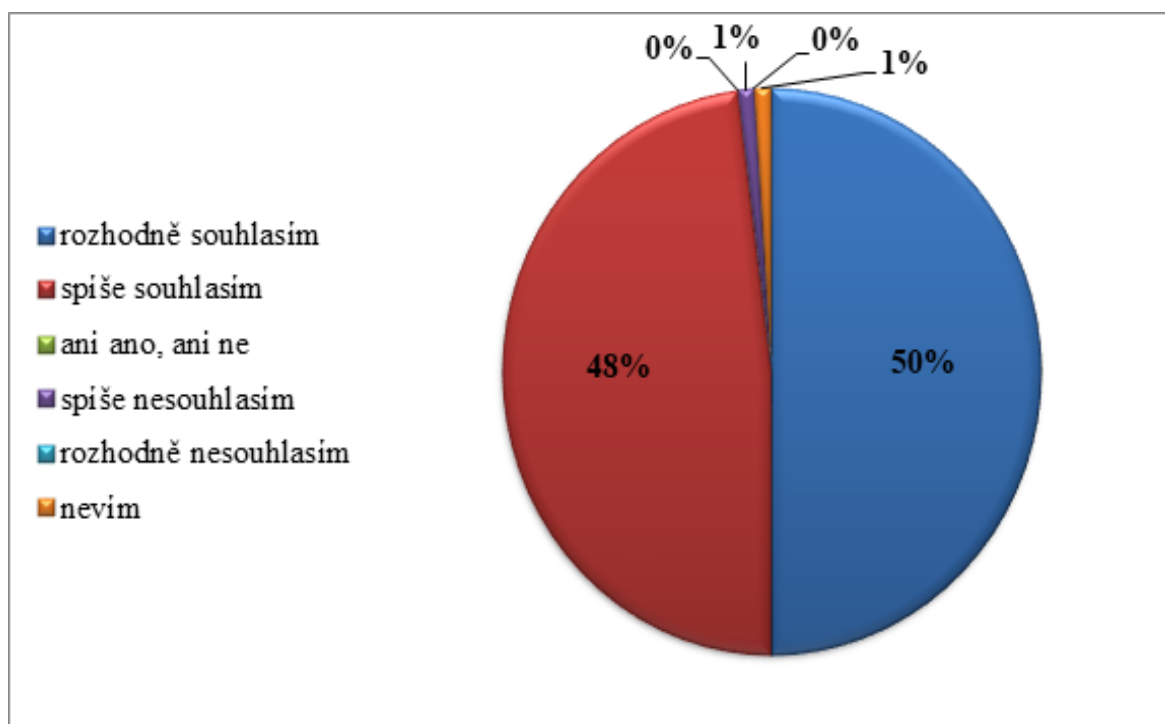
V položce č. 24 jsme se ptali na názor, jestli by měl být na oddělení dostupný standard k přípravě pacienta s DM na endoskopické vyšetření. Celkem 63 respondentů (tj. 78 %) uvedlo, že „rozhodně souhlasí“, dále 15 respondentů (tj. 18 %) odpovědělo, že „spíše souhlasí“. Ovšem i odpověď „rozhodně nesouhlasím“ zvolili dva respondenti (tj. 3 %). Možnost „nevím“ označil jeden respondent (tj. 1 %).

Položka č. 25: V adaptačním procesu na interně/chirurgii by měla být nastupující sestra zaškolená v oblasti přípravy diabetika k endoskopiím

Tabulka 25 Názor na zaškolení nastupující sestry v oblasti přípravy diabetika k endoskopiím

Odpověď	n _i	f _i
Rozhodně souhlasím	40	50 %
Spíše souhlasím	39	48 %
Ani ano, ani ne	0	0 %
Spíše nesouhlasím	1	1 %
Rozhodně nesouhlasím	0	0 %
Nevím	1	1 %
Celkem	81	100 %

Graf 25 Názor na zaškolení nastupující sestry v oblasti přípravy diabetika k endoskopiím



Komentář:

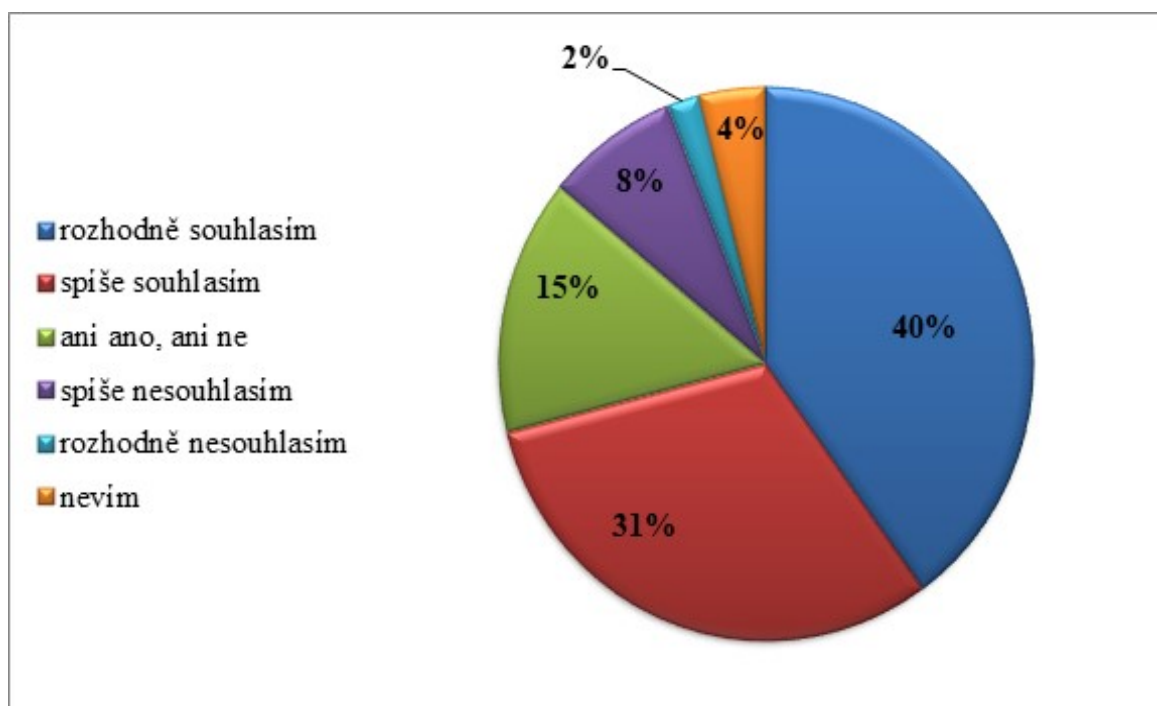
V položce č. 25 jsme zjišťovali, jaký mají respondenti názor na zaškolení nově přicházejících sester v oblasti přípravy diabetika k endoskopickým výkonům. S tímto názorem 40 respondentů (tj. 50 %) „rozhodně souhlasí“ a 39 dotazovaných (tj. 48 %) „spíše souhlasí“. Možnosti „spíše nesouhlasím“ a „nevím“ uvedl pouze jeden respondent (tj. 1 %) a to ve stejném počtu u obou odpovědí.

Položka č. 26: Kvalifikační studium stačí k tomu, abych zvládl/a kvalitně provést přípravu diabetika na endoskopické vyšetření

Tabulka 26 Názor sester na kvalifikační studium

Odpověď	ni	fi
Rozhodně souhlasím	32	40 %
Spíše souhlasím	25	31 %
Ani ano, ani ne	12	15 %
Spíše nesouhlasím	7	8 %
Rozhodně nesouhlasím	2	2 %
Nevím	3	4 %
Celkem	81	100 %

Graf 26 Názor sester na kvalifikační studium

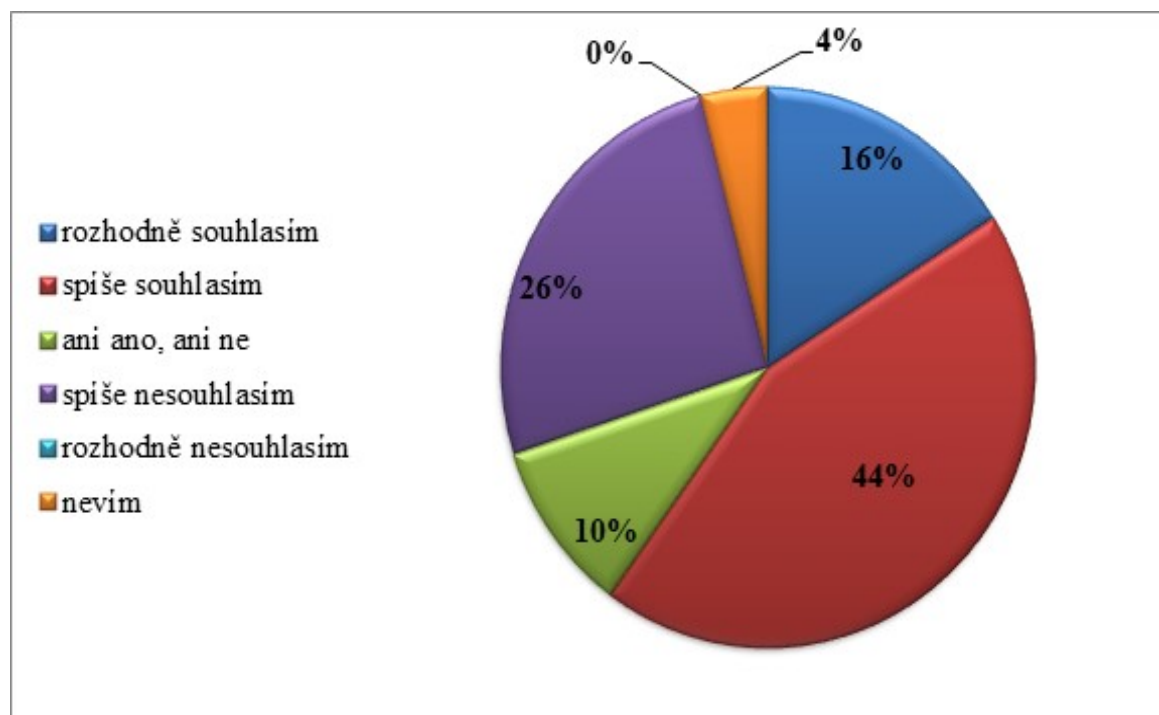


Komentář:

V položce č. 26 jsme zjišťovali názory sester na to, zda si myslí, že jejich dosavadní kvalifikační vzdělání stačí k tomu, aby kvalitně zvládly provést přípravu diabetika na endoskopie. Celkem 32 respondentů (tj. 40 %) uvedlo jako svůj názor, že „rozhodně souhlasí“ a dalších 25 dotazovaných (tj. 31 %) „spíše souhlasí“. Třetí odpověď „ani ano, ani ne“ uvedlo 12 respondentů (tj. 15 %). Dále jsme z výsledků výzkumu zjistili, že sedm respondentů (tj. 8 %) s tímto „spíše nesouhlasí“ a tři z dotazovaných (tj. 4 %) uvedli odpověď „nevím“. S tímto výrokem nesouhlasí dva respondenti (tj. 2 %), protože uvedli odpověď „rozhodně nesouhlasím“.

Položka č. 27: Domnívám se, že je potřebné další vzdělávání v endoskopích*Tabulka 27 Názor respondentů na potřebu dalšího vzdělávání*

Odpověď	n _i	f _i
Rozhodně souhlasím	13	16 %
Spíše souhlasím	36	44 %
Ani ano, ani ne	8	10 %
Spíše nesouhlasím	21	26 %
Rozhodně nesouhlasím	0	0 %
Nevím	3	4 %
Celkem	81	100 %

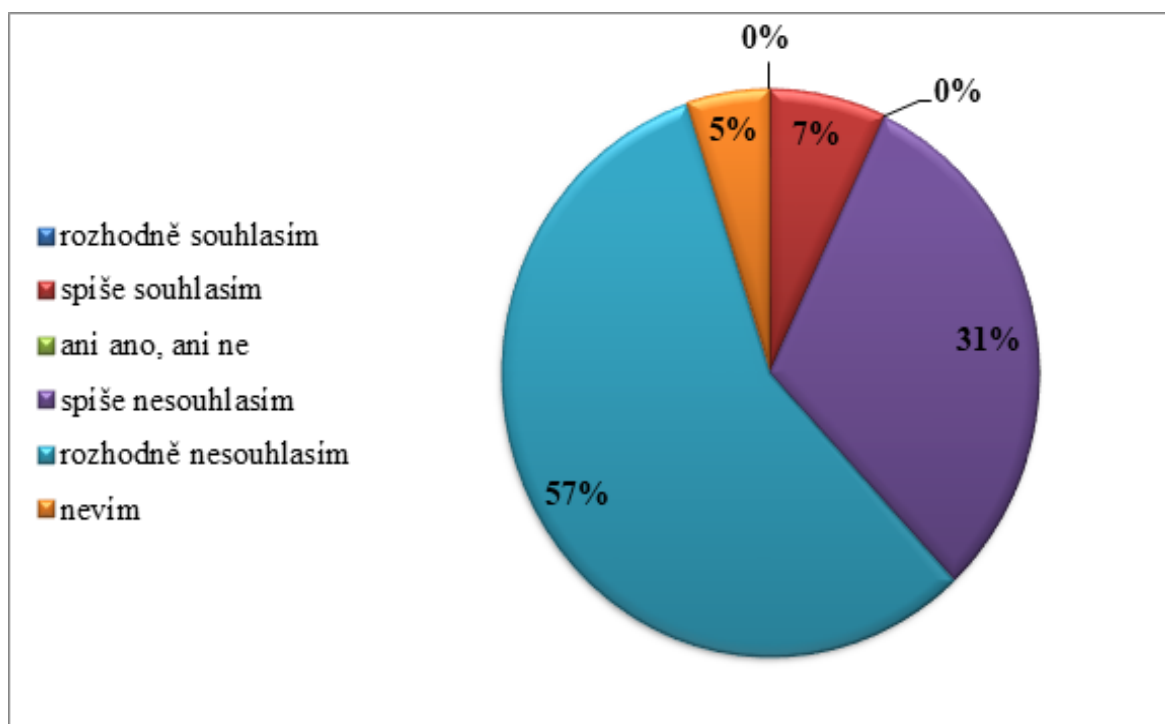
Graf 27 Názor respondentů na potřebu dalšího vzdělávání

Komentář:

V položce č. 27 vyjadřovali respondenti svůj názor na to, zdali je potřebné se dále vzdělávat v endoskopiích. Celkem 36 respondentů (tj. 44 %) uvedlo, že s tímto výrokem „spíše souhlasí“. Odpověď „spíše nesouhlasím“ zvolilo 21 respondentů (tj. 26 %). Dále 13 respondentů (tj. 16 %) „rozhodně souhlasí“ a osm dotazovaných (tj. 10 %) vyjádřilo svůj názor pomocí možnosti „ani ano, ani ne“. Odpověď „nevím“ zvolili tři respondenti (tj. 4 %).

Položka č. 28: Edukační sestra u nás edukuje pacienta o přípravě a průběhu vyšetření*Tabulka 28 Vyjádření se respondentů k edukaci sestrou o přípravě a průběhu vyšetření v praxi*

Odpověď	n _i	f _i
Rozhodně souhlasím	0	0 %
Spíše souhlasím	6	7 %
Ani ano, ani ne	0	0 %
Spíše nesouhlasím	25	31 %
Rozhodně nesouhlasím	46	57 %
Nevím	4	5 %
Celkem	81	100 %

Graf 28 Vyjádření se respondentů k edukaci sestrou o přípravě a průběhu vyšetření v praxi**Komentář:**

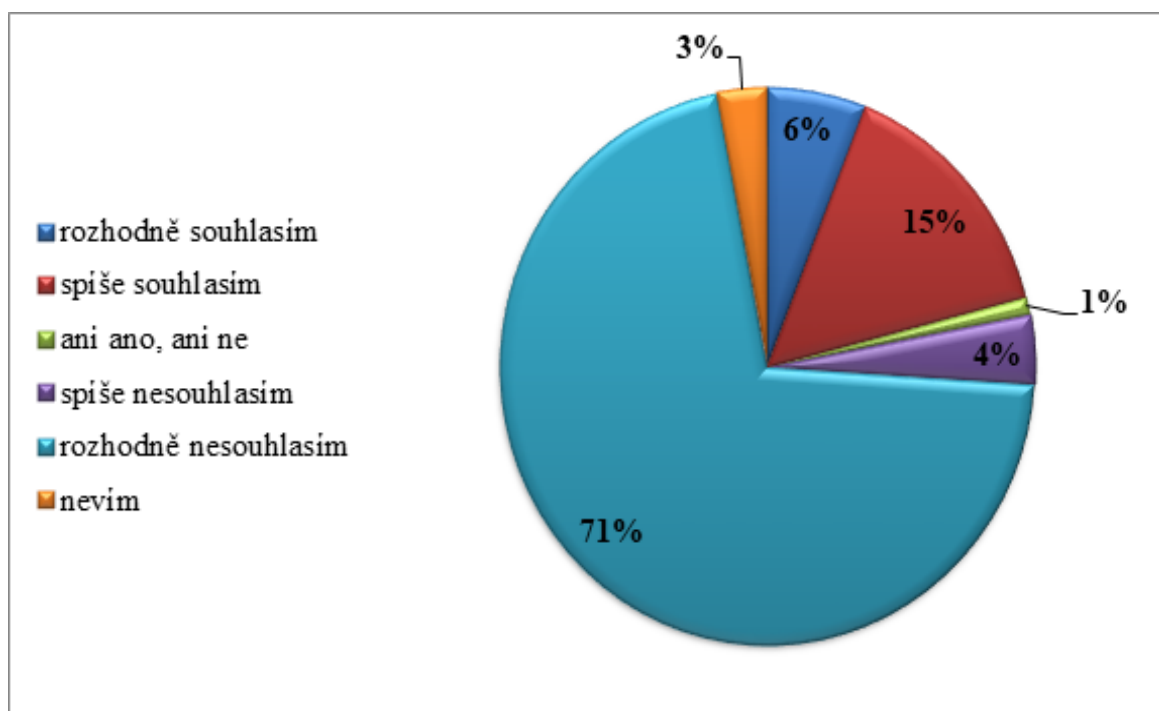
V položce č. 28 jsme se snažili zjistit názory sester na to, zda edukační sestra provádí poučení pacientů o přípravě a průběhu vyšetření. Celkem 46 respondentů (tj. 57 %) uvedlo, že s tímto názorem „rozhodně nesouhlasí“ a 25 dotazovaných (tj. 31 %) s tímto „spíše nesouhlasí“. Dalších šest respondentů (tj. 7 %) uvedlo odpověď „spíše souhlasím“. Čtyři respondenti (tj. 5 %) zvolili možnost „nevím“.

Položka č. 29: V rámci své pracovní doby mám dostatečný časový prostor k ošetrovatelské edukaci pacienta (lačnění, vyprázdnění,...)

Tabulka 29 Názor na časový prostor k ošetrovatelské edukaci v pracovní době

Odpověď	n _i	f _i
Rozhodně souhlasím	5	6 %
Spíše souhlasím	12	15 %
Ani ano, ani ne	1	1 %
Spíše nesouhlasím	3	4 %
Rozhodně nesouhlasím	58	71 %
Nevím	2	3 %
Celkem	81	100 %

Graf 29 Názor na časový prostor k ošetrovatelské edukaci v pracovní době



Komentář:

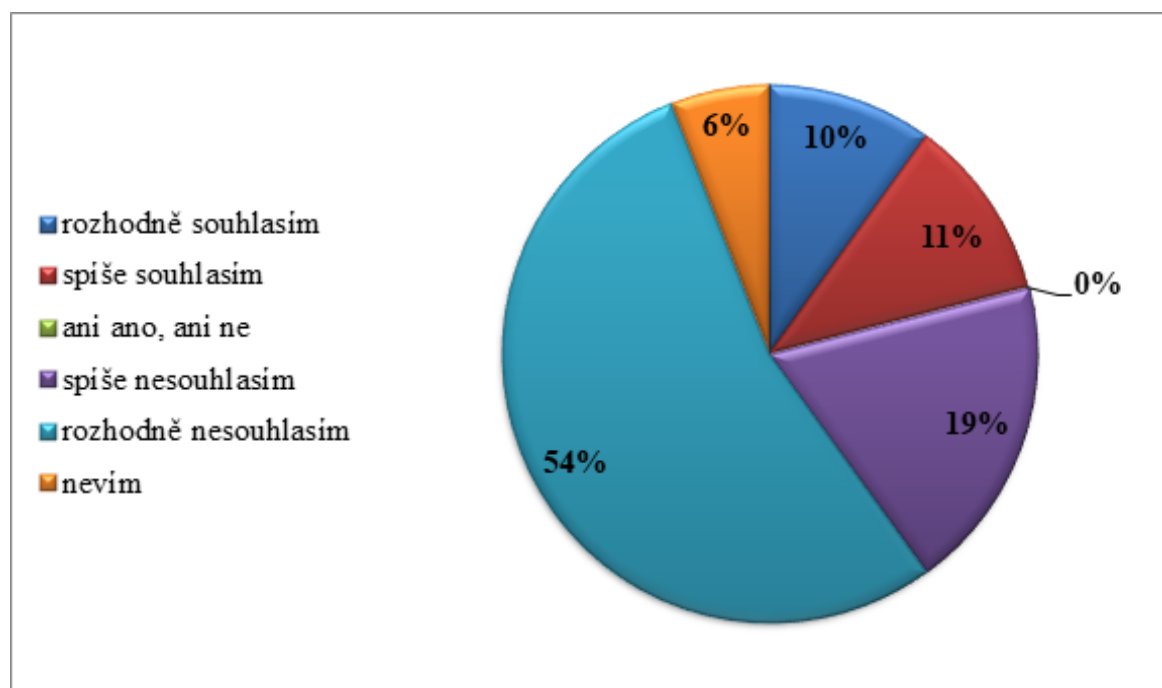
Názory na to, zda sestry ve své pracovní době, mají dostatek času k důkladné edukaci pacienta, jsme zjišťovali v položce č. 29. Celkem 58 respondentů (tj. 71 %) uvedlo, že s tímto „rozhodně nesouhlasí“. Dále 12 dotazovaných (tj. 15 %) uvedlo odpověď „spíše souhlasím“ a pět respondentů (tj. 6 %) odpovědělo, že „rozhodně souhlasí“. Další čtyři dotazovaní (tj. 4 %) zaznamenali, že s tímto „spíše nesouhlasí“ a dva respondenti (tj. 3 %) využili možnosti „nevím“. Pouze jeden dotazovaný (tj. 1 %) vyjádřil svůj názor pomocí odpovědi „ani ano, ani ne“.

Položka č. 30: Mám možnost při individuální edukaci předat pacientovi edukační materiál (brožuru/leták)

Tabulka 30 Názor na možnost předání edukačního materiálu

Odpověď	n_i	f_i
Rozhodně souhlasím	8	10 %
Spíše souhlasím	9	11 %
Ani ano, ani ne	0	0 %
Spíše nesouhlasím	15	19 %
Rozhodně nesouhlasím	44	54 %
Nevím	5	6 %
Celkem	81	100 %

Graf 30 Názor na možnost předání edukačního materiálu

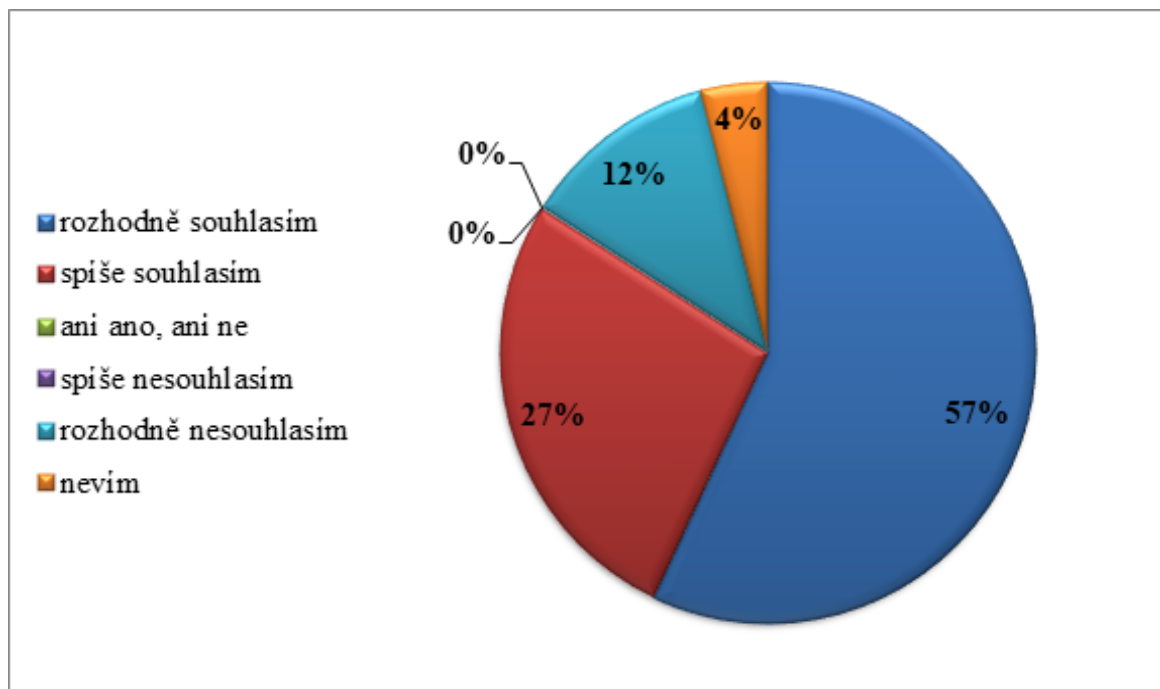


Komentář:

Na to, zda mají sestry možnost předat pacientovi informační materiály, jako je například brožura nebo leták, v rámci edukace, jsme se ptali v položce č. 30. Celkem 44 respondentů (tj. 54 %) uvedlo odpověď „rozhodně nesouhlasím“. Možnost „spíše nesouhlasím“ označilo 15 dotazovaných (tj. 19 %). Naopak devět sester (tj. 12 %) odpovědělo, že „spíše souhlasí“. Dalších osm respondentů (tj. 10 %) uvedlo odpověď „rozhodně souhlasím“ a pět dotazovaných (tj. 6 %) zvolilo možnost „nevím“.

Položka č. 31: Stres před vyšetřením ovlivňuje hodnoty glykémie u diabetika*Tabulka 31 Názor na vliv stresu na hodnotu glykémie*

Odpověď	n_i	f_i
Rozhodně souhlasím	46	57 %
Spíše souhlasím	22	27 %
Ani ano, ani ne	0	0 %
Spíše nesouhlasím	0	0 %
Rozhodně nesouhlasím	10	12 %
Nevím	3	4 %
Celkem	81	100 %

Graf 31 Názor na vliv stresu na hodnotu glykémie**Komentář:**

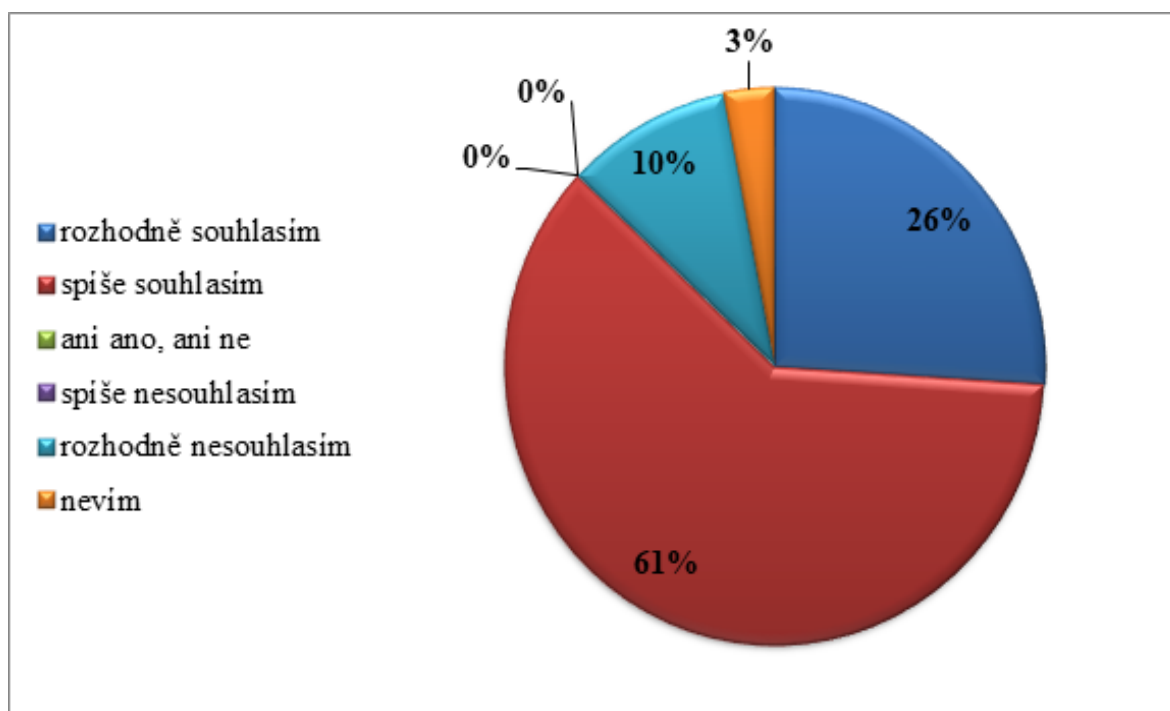
V položce č. 31 jsme se ptali na názor, zda může diabetikovi ovlivnit stres hladinu glykémie. Celkem 46 respondentů (tj. 57 %) uvedlo názor, že „rozhodně souhlasím“ a 22 dotazovaných (tj. 27 %) zvolilo možnost „spíše souhlasím“. Naopak 10 respondentů (tj. 12 %) s tímto výrokem „rozhodně nesouhlasím“ a tři dotazovaní (tj. 4 %) zvolili možnost „nevím“.

Položka č. 32: Diabetik snáší hůře podání očištných roztoků než pacient bez poruchy metabolismu sacharidů

Tabulka 32 Názor na rozdílnou toleranci očištných roztoků

Odpověď	n _i	f _i
Rozhodně souhlasím	21	26 %
Spíše souhlasím	50	61 %
Ani ano, ani ne	0	0 %
Spíše nesouhlasím	0	0 %
Rozhodně nesouhlasím	8	10 %
Nevím	2	3 %
Celkem	81	100 %

Graf 32 Názor na rozdílnou toleranci očištných roztoků



Komentář:

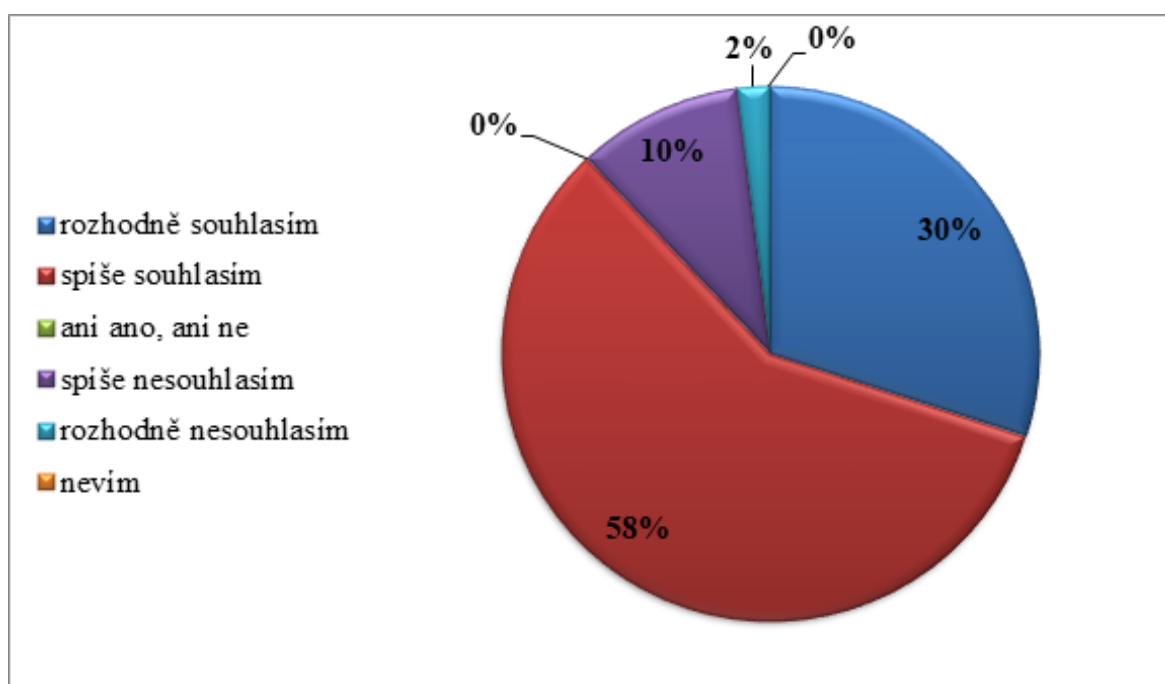
Na názor, zda diabetik snáší hůře podání očištného roztoku, jsme se ptali v položce č. 32. Celkem 50 respondentů (tj. 61 %) uvedlo, že s tímto „spíše souhlasí“ a 21 (tj. 26 %) zvolilo odpověď „rozhodně souhlasím“. Naopak osm respondentů (tj. 10 %) uvedlo, že „rozhodně nesouhlasí“ a odpověď „nevím“ zvolili dva respondenti (tj. 3 %).

Položka č. 33: Příprava diabetika před endoskopickým výkonem je mnohem náročnější než u běžného pacienta

Tabulka 33 Vyjádření se respondentů k vyšší náročnosti přípravy pacienta s DM k endoskopiím

Odpověď	n _i	f _i
Rozhodně souhlasím	24	30 %
Spíše souhlasím	47	58 %
Ani ano, ani ne	0	0 %
Spíše nesouhlasím	8	10 %
Rozhodně nesouhlasím	2	2 %
Nevím	0	0 %
Celkem	81	100 %

Graf 33 Vyjádření se respondentů k vyšší náročnosti přípravy pacienta s DM k endoskopiím



Komentář:

V položce č. 33 jsme se ptali na názor, jestli je příprava na endoskopické vyšetření náročnější u diabetického pacienta, než u pacienta bez poruchy metabolismu sacharidů. Celkem 47 respondentů (tj. 58 %) uvedlo jako svůj názor, že „spíše souhlasí“ a 24 (tj. 30 %) zvolilo možnost „rozhodně souhlasím“. Naopak osm respondentů (tj. 10 %) „spíše nesouhlasí“ a dva respondenti (tj. 2 %) odpověděli, že „rozhodně nesouhlasí“.

7 DISKUZE

Technikou tohoto výzkumu byl nestandardizovaný dotazník. Dotazníků bylo rozdáno celkem 150, ale pro nezáměr a neúplnost jejich vyplnění jsme byli nuceni vyřadit celkem 48 formulářů. Dalších 21 dotazníků bylo vyřazeno z důvodu záchytu nevhodného vzorku respondentů, tedy praktických sester, neboť ty nemají potřebné kompetence k vykonávání některých úkonů v rámci přípravy pacienta s DM na endoskopická vyšetření, viz níže. Z toho důvodu nebyly odpovědi praktických sester pro náš výzkum přínosné, proto jsme dále pracovali pouze s odpověďmi všeobecných sester. Pro výzkum bylo tedy použito 81 dotazníků. Naším hlavním cílem bylo zjistit znalosti všeobecných sester, týkající se přípravy pacienta s DM ke třem endoskopickým výkonům (gastroskopie, kolonoskopie, ERCP)

První otázka se týkala délky praxe respondentů ve zdravotnictví. Díky výzkumu pomocí dotazníku jsme zjistili, že nejvíce respondentů uvádělo svou délku praxe v rozmezí 11–20 let (28 %).

Druhá otázka se týkala nejvyššího dosaženého vzdělání respondentů. Vzhledem k tomu, že cílovou skupinou respondentů pro tento výzkum byly pouze všeobecné sestry, museli jsme vytvořit tuto položku, která nám umožnila rozlišit všeobecné sestry od praktických sester. Díky tomu jsme zjistili, že se našeho dotazníkového výzkumu zúčastnily i praktické sestry (21 %). Ovšem jejich kompetence, dle zákona č. 201/2017 Sb., § 3 odst. 1, jim neumožňují vykonávat některé úkony, v rámci celkové přípravy diabetika k endoskopickým výkonům (viz příloha 11), tudíž jejich odpovědi nebyly pro náš výzkum přínosem. Byli jsme nuceni tento nevhodný vzorek respondentů z výzkumu vyřadit, aby výsledky nebyly zkresleny (Zákon č. 201/2017 Sb.).

Z výsledků jsme zjistili, že nejpočetnější skupinu tvořily všeobecné sestry s ukončeným studiem na SZŠ do roku 2004 (37 %). Nejméně zastoupenou skupinu tvořili respondenti s magisterským titulem, ti měli možnost uvést svůj obor v polouzavřené otázce. Prvním oborem z uvedených bylo Učitelství odborných předmětů pro zdravotnické školy, které lze získat na Univerzitě Palackého v Olomouci. Dalším oborem, který respondent uvedl, byla Ošetrovatelská péče v gerontologii, jejíž studium nabízí Ostravská univerzita. Posledním uvedeným magisterským studiem bylo Ošetrovatelství, jež nabízí například Trenčianská univerzita Alexandra Dubčeka v Trenčíně (UPOL, OSU, TnUAD, 2019).

Třetí otázka v dotazníku zjišťovala, zda respondenti mají specializační vzdělání, kdy ve většině případů byla označena odpověď „ne“ (86 %). Dosažené postgraduální vzdělání uvedlo

14 % respondentů. Nejčastěji uváděli specializaci Perioperační péče, druhou zastoupenou skupinou byla Ošetrovatelská péče v interních oborech a 1 respondent uvedl Ošetrovatelskou péči v chirurgických oborech. Specializační vzdělávání je jednou z možných forem celoživotního vzdělávání, vedoucího k prohloubení kvalifikace zdravotnického pracovníka. Specializační vzdělávání v České republice lze získat v národním centru ošetrovatelských a nelékařských zdravotnických oborů v Brně („NCO NZO“) a v Institutu postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví v Praze („IPVZ“) (NCO NZO, 2019a, IPVZ, 2019).

Cílem čtvrté doplňující otázky bylo zjistit, zda sestry pracující na interním či chirurgickém oddělení mají kurz nebo vzdělání přímo v endoskopiích. Z výsledků vyplývá, že téměř většina (97 %) žádné vzdělání nemá. Dva respondenti (3 %) uvedli vzdělání v endoskopiích. Jedná se o kurz Specifické ošetrovatelské péče při endoskopických vyšetřovacích a léčebných metodách zažívacího traktu, který je součástí vzdělávacího programu NCO NZO Brno. Kurz je určen pro NLZP dle zákona 96/2004 Sb., §5 s výkonem práce bez odborného dohledu. Absolvent CK získá zvláštní odbornou způsobilost v edukaci, přípravě a asistenci při prováděních invazivních endoskopických výkonů a péči po výkonu. Dále provádění specializovaných sterilizačních a dezinfekčních postupů při přípravě endoskopické techniky (NCO NZO, 2019b).

Cíl 1 Zjistit znalosti respondentů týkající se přípravy diabetika ke třem endoskopickým výkonům/vyšetřením (gastroskopie, kolonoskopie a ERCP).

K tomuto cíli byly vytvořeny položky č. 5–19, ve kterých byla jedna nebo více správných odpovědí a tyto položky měly polouzavřenou nebo uzavřenou formu výpovědi.

V položce č. 5 jsme se dotazovali, zda si diabetik, léčený perorálními antidiabetiky, může v den provedení gastroskopie vzít PAD tak, jak je zvyklý. Zjistili jsme, že všeobecné sestry mají v této oblasti dostatečné znalosti, neboť z celkového počtu respondentů 90 % uvedlo odpověď správnou, a to že pacient si běžnou ranní dávku PAD nevezme. Pouhých 10 % respondentů odpovědělo, že pacient si ranní dávku PAD vezme, což byla špatná odpověď. Z toho vyplývá, že znalost těchto 9 % respondentů v této oblasti není dostatečná (viz tab. a graf 5).

V položce č. 6 jsme se dotazovali, z jakého důvodu pacientovi s DM na inzulinoterapii podáváme roztok glukózy s inzulinem. U této otázky jsme zjistili, že znalost všeobecných sester je v této oblasti velmi dobrá, neboť 92 % vědělo, že se tento roztok podává pacientovi

z důvodu lačnění, což byla správná odpověď. Vzhledem k tomu, že 6 % respondentů uvedlo, že pacientovi s DM na inzulinoterapii podáváme tento roztok z důvodu úpravy vnitřního prostředí a 1 % respondentů zmínilo, jako důvod rehydrataci, lze považovat tyto respondenty za nedostatečně znalé, neboť obě tyto odpovědi jsou nesprávné (viz tab. a graf 6). „*U pacientů léčených inzulinem je nutné mít na paměti, že i ve stavu nalačno (po přerušení perorálního příjmu) vyžadují léčbu inzulinem k udržení bazální hladiny inzulinu. V den výkonu je ráno vynechána ranní dávka inzulinu, změřena glykémie a podána infuze 500 ml 10% glukózy, do které je přidán krátce působící inzulin a draslík dle ordinace lékaře*“ (Krejčí, 2005, online).

V položce č. 7 jsme se dotazovali, kdy u plánované gastroscopie půjde pacient s DM na vyšetření. Zjistili jsme, že správnou odpověď znalo 89 % respondentů, neboť tito dotazovaní uvedli, že diabetik půjde na toto vyšetření ráno a nejlépe jako první. Toto můžeme považovat za velmi dobrý výsledek. Podle odpovědí 5 % respondentů může jít diabetik na toto vyšetření kdykoliv během dne a další počet respondentů, tedy 6 %, se domnívá, že pacient s DM půjde na toto vyšetření během odpoledne. Vzhledem k tomu, že obě tyto odpovědi jsou nesprávné, není znalost respondentů, kteří je označili, dostatečná (viz tab. a graf 7).

Položka č. 8 se týká gastroscopického terapeutického zákroku, kdy jsme se dotazovali, který medikament je nutné převést na jiný, než je výkon proveden. Opět jsme dosáhli poměrně pozitivního výsledku, neboť 69 % respondentů uvedlo, že je nutné pacienta převést z Warfarinu na nízkomolekulární Heparin, což byla správná odpověď. Dalších 21 % respondentů se rozhodlo, že je nutné převést pacienta z perorálních antidiabetik na inzulinoterapii. Tato odpověď je nesprávná, protože tato změna medikace není u tohoto zákroku nezbytně nutná. Možnost převodu pacienta z inzulinoterapie na perorální antidiabetika uvedlo 6 %, ovšem tato změna medikace se v praxi nevyužívá. A nakonec 4 % dotazovaných uvedla, že neznají odpověď na tuto otázku. Vzhledem k těmto výsledkům dotazníkového výzkumu, považujeme znalosti těchto respondentů za nedostatečné (viz tab. a graf 8). „*Cílem úpravy antikoagulační terapie v období endoskopického výkonu je minimalizace rizika případných krvácivých komplikací u nemocného a současná minimalizace trombotických komplikací, vyplývajících z vysazení antikoagulační léčby*“ (Vítek, 2013, online).

Položka č. 9 měla za úkol od respondentů zjistit, kdy je nutné u dobře kompenzovaného diabetika vysadit Metformin před plánovanou ERCP. Zjistili jsme, že dostatečné znalosti má v této oblasti 60 % respondentů, neboť správně uvedli, že je toto nutné učinit 2–3 dny před vyšetřením. Možnost, že je Metformin nutné vysadit 1 den před vyšetřením označilo 19 %

respondentů a dalších 11 % vybralo možnost, že je tento medikament nutné vysadit 4–6 dnů předem. Díky této položce jsme dospěli také k tomu, že 10 % respondentů odpověď na tuto otázku nezná. Vzhledem k tomu, že odborná literatura uvádí dobu nutnosti vysazení Metforminu 2–3 dny před tímto plánovaným vyšetřením, považujeme ostatní odpovědi za nesprávné a respondenti, kteří tyto odpovědi označili, mají v této oblasti neuspokojivé znalosti (viz. tab. a graf 9). „*Před plánováním podání kontrastní látky by měl být Metformin vysazen nejméně 48. hodin před výkonem. Zpět by měl být nasazen nejdříve 48 hodin po podání kontrastní látky, respektive po výkonu až po laboratorní kontrole renálních funkcí*“ (Haluzík, 2014, online).

V položce č. 10 jsme zjišťovali, zda by respondenti aplikovali dlouhodobý inzulin před ERCP u diabetika 1. a 2. typu na inzulinoterapii. Vyhodnocením dotazníkového výzkumu jsme zjistili pozitivní výsledek v oblasti znalosti všeobecných sester, protože 83 % respondentů by dlouhodobý inzulin neaplikovalo a tím odpovědělo správně na tuto otázku. Respondenti, kteří mají v této oblasti nedostačující znalosti, by dlouhodobý inzulin před vyšetřením aplikovali a jsou zastoupeni v počtu 7 %. Toto ovšem není správný postup, proto je tato odpověď nesprávná. Nakonec jsme položením této otázky také zjistili, že 10 % respondentů odpověď nezná, takže jejich znalosti v této oblasti jsou taktéž neuspokojivé (viz tab. a graf 10). Při aplikaci dlouhodobého inzulinu by mohlo dojít k hypoglykémii, proto inzulin neaplikujeme a dle ordinace lékaře podáváme inzulin v roztoku glukózy.

Položkou č. 11 jsme chtěli zjistit, zda všeobecné sestry dokáží rozpoznat, které inzuliny řadíme mezi krátce působící. Odborná literatura uvádí, že krátce působící inzuliny jsou Humulin R, Actrapid a Insuman Rapid. Vzhledem k tomu, že tyto inzuliny označilo správně 58 % respondentů, považujeme jejich znalost za uspokojivou. Dalších 42 % uvedlo odpovědi jiné, tudíž nesprávné. I přesto, že většina všeobecných sester s inzuliny pracuje denně, jejich znalosti tomu neodpovídají (viz tab. a graf 11).

Položením otázky č. 12 jsme chtěli odhalit, zda mají všeobecné sestry znalosti o laboratorních hodnotách, které sledujeme v den výkonu ERCP. U 73 % respondentů plyne jejich dostatečná znalost, že by v den výkonu ERCP sledovali laboratorní hodnoty KO, Quick, Jaterního souboru, CRP, Amylázy, Lipázy a Glykemického profilu. Toto jsou dle odborné literatury laboratorní vyšetření, u kterých by se měly v den výkonu sledovat hodnoty. Dalších 27 % dotazovaných zvolilo možnosti s jinými laboratorními vyšetřeními, na základě čehož můžeme považovat tyto respondenty za nedostatečně znalé (viz tab. a graf 12).

Položka č. 13 nás informuje o tom, zda mají všeobecné sestry znalosti o fyziologické hodnotě glykémie zdravého člověka. Celkem 59 % respondentů odpovědělo, že fyziologická hodnota glykémie se pohybuje v rozmezí 3,8–5,5 mmol/l. Tato odpověď byla správná, vzhledem k odborné literatuře, ze které jsme vycházeli, takže znalost respondentů, kteří uvedli tuto hodnotu, je dobrá. Dalších 41 % dotazovaných odpovědělo, že hodnota glykémie se pohybuje v rozmezí 3,3–5,6 mmol/l. Vzhledem k tomu, že tito respondenti označili nesprávnou odpověď, můžeme jejich znalosti v této základní oblasti, ve které se denně pohybují, považovat za nedostatečné (viz tab. a graf 13). V odborné literatuře jsou odlišné názory na fyziologickou hodnotu glykémie, ale nejčastěji je však uváděna v rozmezí 3,8–5,5 mmol/l.

V položce č. 14 jsme se ptali, jestli je nutná hospitalizace pacienta s DM před kolonoskopií a jaké jsou její důvody. Celkem 74 % respondentů uvedlo správnou odpověď, že hospitalizace je nutná, což pokládáme za pozitivní výsledek výzkumu. Vzhledem k tomu, že správná možnost byla řešena formou polouzavřené odpovědi, měli respondenti uvést také důvod hospitalizace. Díky tomu, jsme získali další odpovědi: „z důvodu lačnění, převodu na inzulin a podání infúze“ (25x), „nastavení hladiny cukru“ (16x), „kompenzace diabetu“ (10x), „z důvodu vyprázdnění“ (5x), „z důvodu hypoglykémie či hyperglykémie při přípravě“ (4x). Tyto odpovědi a jejich výsledky, byly pro náš výzkum přínosem, protože jsme zjistili, že všichni respondenti, kteří uvedli, že hospitalizace je nutná, zároveň také znají její správný důvod. Pouze 25 % dotazovaných uvedlo, že hospitalizace nutná není a z výsledků dotazníkového výzkumu jsme ještě zjistili, že 1 % respondentů nezná odpověď na tuto otázku. Z toho vyplývá, že znalost těchto respondentů v oblasti nutnosti hospitalizace pacienta s DM před kolonoskopií je neuspokojivá (viz tab a graf č. 14). „Obecně platí, že příprava diabetika k invazivnímu výkonu je složitější než u ostatních pacientů. Z tohoto důvodu tyto pacienty připravujeme za hospitalizace i na endoskopická vyšetření“ (Vachůtková, 2011, online).

V položce č. 15 měli respondenti možnost uvést více správných odpovědí, z toho důvodu se absolutní četnost celkově navýšila na 158 odpovědí od 81 respondentů. Ptali jsme se, jaké medikamenty je nutné vysadit před provedením kolonoskopie. Nejvíce respondentů odpovědělo, že je nutné vysadit Antiagregancia. Tato správná odpověď byla uvedena 69x (tj. 85 %). Druhá správná odpověď, ve které bylo nutné vysadit preparáty železa, byla označena 49x (tj. 60 %). Zjištěná míra znalosti není špatná, ale náš předpoklad souvisel s tím, že tuto znalost by měly sestry mít, tudíž jsme očekávali větší procentuální zastoupení správných odpovědí. Z výsledku výzkumu jsme zjistili, že 46 % respondentů uvedlo 37 odpovědí, pod

kterými se ukrývaly medikamenty (Antihypertenziva, Diuretika a Venofarmaka), které nemají na kolonoskopii vliv, tudíž tito respondenti mají nedostatečnou znalost v této oblasti. Zbývající 4 % respondentů neznají odpověď na tuto otázku (viz tab. a graf 15). „*Při farmakologické přípravě ke kolonoskopii je důležité vysadit 5–7 dní před vyšetření Warfarin z důvodu vysokého rizika tromboembolických komplikací, je nutné pacienta převést na nízkomolekulární Heparin*“ (Holubová a kol., 2013, s. 96). „*A taktéž je třeba 7 dnů před vyšetřením vysadit preparáty železa (např. Sorbifer) z důvodu zabarvení střevního obsahu, znemožňují provést vyšetření*“ (Kudlová, 2015, s. 83).

V položce č. 16 jsme se ptali, jaký vliv má požití očištného roztoku na hladinu glykémie. Celkem 75 % respondentů uvedlo správnou odpověď, a to hypoglykémii, tudíž můžeme znalosti těchto respondentů považovat za dobré. Možnost, že se může rozvinout hyperglykémie, zvolilo 16 % respondentů. Znalost těchto dotazovaných není dostatečná, protože očištný roztok nemá takový vliv na hladinu glykémie. Z výsledků dotazníkového výzkumu jsme dále zjistili, že 9 % respondentů nezná odpověď na tuto položku., takže je jejich znalost v této oblasti také neuspokojivá (viz tab. a graf 16).

Stejně jako u předchozí položky č. 15 měli respondenti možnost i v otázce č. 17 uvést více správných odpovědí, z toho důvodu se absolutní četnost celkově navýšila na 175 odpovědí od 81 respondentů. Ptali jsme se, co před kolonoskopií kontrolujeme u pacienta s DM. Odpověď, že monitorujeme fyzikální funkce, označili respondenti správně 57x (tj. 70 %). Druhou správnou odpověď uvedli respondenti také 57x (tj. 70 %) a to, že je nutné kontrolovat hodnotu glykemického profilu. Správnou odpovědí také je, že kontrolujeme hodnoty koagulačního faktoru, respondenti ji správně označili 36x (tj. 44 %). Z toho vyplývá, že znalosti všeobecných sester, které označily tyto správné možnosti, jsou přijatelné. 21x (tj. 26 %) respondenti vybrali možnost sledování barvy a konzistence stolice a 4x (tj. 5 %) byla označena odpověď týkající se hmotnosti pacienta. Vzhledem k tomu, že u pacienta s DM není nutné před kolonoskopií kontrolovat ani jednu z těchto zvolených možností, považujeme znalosti těchto respondentů za nedostatečné (viz tab. a graf 17). „*Příprava osoby s diabetem před kolonoskopií zahrnuje anamnézu (nádory v rodině, krvácivé projevy, alergické reakce...), fyzikální vyšetření, laboratorní vyšetření (Krevní obraz, Koagulační vyšetření a moč + sediment), glykemický profil a samozřejmě psychologickou přípravu před výkonem*“ (Kudlová, 2015, s. 83).

Položka č. 18 znázorňuje znalosti respondentů o podání analgosedace pacientovi s DM před kolonoskopií. Celkem 83 % respondentů souhlasilo s podáním analgosedace, což je odpověď správná. A v tomto případě můžeme považovat znalosti těchto respondentů za velmi dobré. Dále 12 % respondentů odpovědělo, že se před kolonoskopií analgosedace diabetikovi podat nemůže, což není pravda, protože podání analgosedace diabetikovi není kontraindikováno. Odpověď nevím označilo 5 % všeobecných sester, z toho důvodu považujeme znalosti těchto dotazovaných za nedostatečné (viz tab. a graf 18).

U položky č. 19 jsme chtěli zjistit od všeobecných sester, zdali je možné pacientovi s DM podat běžnou snídani před kolonoskopií. Celkem 25 % respondentů odpovědělo, že diabetik může dostat pouze lehkou snídani. Tato odpověď je správná. Možnost, že nemůže dostat snídani, označilo 66 % respondentů. Vzhledem k tomu, že nejvyšší procento respondentů zvolilo špatnou odpověď, považujeme znalosti respondentů v této oblasti za velmi špatné. 9 % respondentů zvolilo, že diabetikovi podáme běžnou snídani, což je také špatná odpověď. Předpokládali jsme, že znalosti všeobecných sester v této oblasti budou mnohem kvalitnější (viz tab. a graf 19). *Pacient ráno v den výkonu může přijímat čiré tekutiny a diabetikům je povolena lehká snídaně (jogurt), taktéž si může pacient užít ranní léky a aplikovat inzulin dle ordinace lékaře* (Kudlová, 2015, s. 83).

Cíl 2 Názory respondentů související s endoskopickým vyšetřením diabetika

Položkou č. 20 a 21 jsme chtěli zjistit názory respondentů na to, kde by měl být uložen pacient před endoskopickým výkonem. V položce č. 20 jsme se konkrétně všeobecných sester ptali na názor, jestli by pacienta uložily na standardní chirurgické oddělení. Celkem 62 % respondentů zvolilo odpověď „Spíše nesouhlasím“. 19 % respondentů zvolilo, že „spíše souhlasím“. Dále 12 % zvolilo možnost „rozhodně nesouhlasím.“ Celkem 6 % respondentů odpovědělo „ani ano, ani ne“ a pouze 1 % odpovědělo, že „rozhodně souhlasím.“ Z vyhodnocení těchto názorů vyplývá, že většina respondentů má na uložení pacienta s DM před endoskopickým výkonem na chirurgickém oddělení negativní názor (viz tab. a graf 20). V položce č. 21 jsme chtěli zjistit názor všeobecných sester na to, zdali by pacienta před endoskopickým výkonem uložily naopak na interní oddělení. Celkem 50 % respondentů odpovědělo, že „rozhodně souhlasím“, následně 32 % respondentů zvolilo odpověď, že „spíše souhlasím“. Odpověď „spíše nesouhlasím“ a „rozhodně nesouhlasím“ zvolil stejný počet respondentů, a to 7 %. Z vyhodnocení těchto názorů vyplývá, že většina všeobecných sester má na

uložení pacient s DM před endoskopií na interním oddělení pozitivní názor. Díky těmto dvěma položkám jsme zjistili, že převážná část všeobecných sester by uložila diabetika před endoskopickým vyšetřením na standardním interním oddělení.

U položky č. 22 jsme chtěli zjistit názory na to, zda na odděleních, na kterých respondenti pracují, edukuje pacienta o výkonu lékaře. Většina respondentů v počtu 72 % uvedla jako svůj názor, že „rozhodně souhlasí“. Následně 12 % respondentů zvolilo, že „spíše souhlasí“. Možnost „spíše nesouhlasím“ vybralo 14 % a pouze 1 % všeobecných sester odpovědělo, že „rozhodně nesouhlasí“ s tím, že pacienta edukuje o endoskopickém výkonu lékaře. Tímto jsme dosáhli velmi pozitivního výsledku, neboť edukace pacienta lékařem o endoskopickém výkonu (indikace, možná rizika a komplikace) je nutná a z vyhodnocení názorů všeobecných sester vyplývá, že ve většině případů pacienta lékař skutečně edukuje (viz tab. a graf 22).

Položkou č. 23 jsme chtěli zjistit názory na to, zdali na odděleních, kde respondenti pracují, poučuje pacienta před endoskopickými výkony endoskopická sestra. Více než polovina respondentů (65 %) uvedla, že „rozhodně nesouhlasí“. Celkem 16 % respondentů uvedlo, že „spíše souhlasí“ a 10 % respondentů „rozhodně souhlasí“. Možnost „spíše nesouhlasím“ zvolilo 6 % všeobecných sester a nakonec 2 % respondentů označilo odpověď „nevím“. Tímto jsme dosáhli negativního výsledku, neboť edukace pacienta endoskopickou sestrou o endoskopickém výkonu je nezbytná a z vyhodnocení názorů respondentů jsme tedy zjistili, že většinou pacienta endoskopická sestra needukuje (viz tab. a graf 23).

V položce č. 24 jsme zjišťovali názory na to, jestli by měl být na oddělení dostupný standard k přípravě pacienta s DM na endoskopické vyšetření. Celkem 78 % respondentů uvedlo, že s tímto „rozhodně souhlasí“ a 18 % respondentů odpovědělo, že „spíše souhlasí“. Ale i odpověď „rozhodně nesouhlasím“ označila 3 % respondentů. Nakonec 1 % respondentů zvolilo možnost „nevím“. Z vyhodnocení těchto názorů jsme dospěli k velmi pozitivnímu výsledku, neboť ošetrovatelský standard by měl být na oddělení vždy dostupný, aby se prováděná péče nestávala rizikovou pro zdravotní stav pacienta. S tím také souhlasila většina respondentů (viz tab. a graf 24).

V položce č. 25 nás zajímaly názory respondentů na to, zda by měla být nově přicházející všeobecná sestra zaškolená v oblasti přípravy diabetika na endoskopie. S tímto názorem 50 % respondentů „rozhodně souhlasí“ a 48 % „spíše souhlasí“. 1 % respondentů uvedlo, že „spíše nesouhlasí“ nebo „neví“. Vzhledem k tomu, že všeobecná sestra se setkává s přípravou pacienta s DM na endoskopické vyšetření téměř denně, je nezbytné, aby byla

v této oblasti řádně zaškolená, s čímž také souhlasí převážná část respondentů (viz tab. a graf 25).

V položce č. 26 jsme zjišťovali názory všeobecných sester na to, zda jejich dosavadní vzdělání stačí k tomu, aby kvalitně zvládly provést přípravu diabetika na endoskopie. Celkem 40 % respondentů uvedlo názor, že „rozhodně souhlasí“ a 31 % s tímto „spíše souhlasí“. Třetí neutrální názor „ani ano, ani ne“ zvolilo 15 % respondentů. „Spíše nesouhlasím“ odpovědělo 8 % všeobecných sester a 4 % uvádí odpověď „nevím“. A nakonec s tímto názorem „rozhodně nesouhlasí“ 2 % respondentů. Zjistili jsme, že převaha všeobecných sester se domnívá, že se svým kvalifikačním vzděláním je schopna kvalitně provést přípravu pacienta s DM na endoskopické vyšetření. Ovšem podle našeho názoru lze provést kvalitnější přípravu s dalším postgraduálním vzděláním či absolvováním certifikovaného kurzu v endoskopiích (viz tab. a graf 26).

V položce č. 27 uváděli respondenti své názory na to, jestli je potřebné se dále vzdělávat v endoskopiích. Celkem 44 % respondentů uvedlo názor, že s tímto „spíše souhlasí“. Odpověď „spíše nesouhlasím“ zvolilo 26 % respondentů a dalších 16 % „rozhodně souhlasí“ a poslední odpověď „nevím“ zvolila 4 % respondentů. Dospěli jsme k pozitivnímu výsledku, protože další vzdělávání v endoskopiích vede ke kvalitnější přípravě, s čímž také souhlasila většina všeobecných sester. Ovšem ve spojitosti s předchozí položkou jejich uvedené názory nedávají smysl, protože převaha všeobecných sester se zároveň domnívá, že jejich kvalifikační vzdělání stačí, aby kvalitně připravily diabetika na endoskopie a zároveň považují za důležité se dále vzdělávat v tomto oboru (viz tab. a graf 27).

U položky č. 28 nás zajímaly názory všeobecných sester na to, zda na jejich oddělení edukační sestra provádí poučení pacientů o přípravě a průběhu endoskopického vyšetření. Celkem 57 % respondentů uvedlo, že s tímto výrokem „rozhodně nesouhlasí“ a 31 % s tímto „spíše nesouhlasí“. Dalších 7 % respondentů odpovědělo, že „spíše souhlasí“ a nakonec 5 % respondentů uvedlo odpověď „nevím“. Vzhledem k tomu, že pro kvalitní přípravu je velmi důležité, aby edukační sestra pacienta edukovala, jsme předpokládali, že se to na jednotlivých odděleních v praxi tak děje (viz tab. a graf 28).

Zda mají všeobecné sestry ve své pracovní době dostatek času na důkladnou ošetrovatelskou edukaci pacienta, jsme zjišťovali v položce č. 29. Celkem 71 % respondentů uvedlo, že s tímto „rozhodně nesouhlasí“. Poté 15 % respondentů uvedlo odpověď „spíše souhlasím“ a pouze 6 % respondentů odpovědělo „rozhodně souhlasím“. Dále 4 % využila možnosti

„spíše nesouhlasím“, ale také odpověď „nevím“ označila 3 % všeobecných sester. Z výsledků výzkumu plyne, že převážná část dotazovaných má na tento výrok negativní názor. Můžeme tedy usoudit, že ošetrovatelská edukace klesá na kvalitě z důvodu nedostatečného časového prostoru (viz tab. a graf 29).

Mám možnost předat při individuální edukaci pacientovi edukační materiál, jako je brožura nebo leták? Na tento názor jsme se ptali v otázce č. 30. Celkem 54 % respondentů uvedlo odpověď „rozhodně nesouhlasím“. „Spíše nesouhlasím“ odpovědělo 19 % respondentů. Naopak 11 % respondentů odpovědělo, že „spíše souhlasí“ a 10 % respondentů uvedlo odpověď „rozhodně souhlasím“. Možnost „nevím“ zvolilo 6 % respondentů. Tito respondenti se opět shodli na negativním názoru, tedy že nemají možnost předat pacientovi edukační materiál při individuální edukaci (viz tab. a graf 30).

V položce č. 31 jsme zjišťovali názor na to, zda může diabetikovi stres před vyšetřením ovlivnit hladinu glykémie. Celkem 57 % respondentů uvedlo názor „rozhodně souhlasím“ a 27 % zvolilo možnost „spíše souhlasím“. Naopak 12 % respondentů „rozhodně nesouhlasí“ a 4 % zvolila možnost „nevím“ (viz tab. a graf 31). U této položky se většina respondentů shodla na pozitivním názoru, jejich názor je správný, neboť stres může skutečně ovlivnit hodnotu glykémie pacienta s DM před vyšetřením. *Jakákoliv intervence představuje stresovou zátěž pro organismus, při které dochází k aktivaci sympatického nervového systému a k vyplavení „stresových hormonů“ (katecholaminů, kortizolu...) a protizánětlivých cytokinů do krevního oběhu. Jejich působením dochází ke snížení sekrece inzulínu a současně ke snížení citlivosti tkání na inzulín. Stresová reakce je důsledkem zvýšení energetické spotřeby organismu a rozvoj katabolického stavu* (Krejčí, 2005, online).

Na názor, zda diabetik snáší hůře podání očistných roztoků, jsme se ptali v položce č. 32. Celkem 61 % respondentů uvedlo, že „spíše souhlasí“ a 26 % zvolilo odpověď „rozhodně souhlasím“. Dalších 10 % respondentů uvedlo, že „rozhodně nesouhlasí“ a odpověď „nevím“ zvolila 3 % respondentů. Zjistili jsme, že se většina respondentů shodla s tímto pravdivým výrokem, protože u této položky uvedla pozitivní názory (viz tab. a graf 32).

V položce č. 33 jsme se ptali na názory, jestli je příprava před endoskopickým vyšetřením náročnější u pacienta s DM než u běžného bez poruchy metabolismu sacharidů. Celkem 58 % respondentů uvedlo názor „spíše souhlasím“ a 30 % zvolilo možnost „rozhodně souhla-

sím“. Naopak 10 % respondentů „spíše nesouhlasí“ a 2 % respondentů odpověděla, že „rozhodně nesouhlasí“. Zjistili jsme, že převážná část respondentů se shodla s tímto pravdivým výrokem (viz tab. a graf 33).

Cíl 3 Navrhnout ošetrovatelský standard s postupy pro praxi (viz příloha 4)

ZÁVĚR

Bakalářskou práci jsme zaměřili na specifika přípravy pacientů s DM před vybranými endoskopickými vyšetřeními (gastroskopie, kolonoskopie a ERCP). Hlavním cílem našeho dotazníkového výzkumu bylo zjistit, jaké mají všeobecné sestry, které se podílejí na přípravě pacienta s DM na endoskopický výkon, znalosti související s přípravou pacienta s DM na vybrané endoskopické výkony. K hlavnímu cíli byly určeny dva dílčí cíle.

Zkoumanou skupinu tvořily všeobecné sestry z interních a chirurgických oddělení. Pro výzkum byla vybrána dvě zdravotnická zařízení ve Zlínském kraji (Krajská nemocnice Tomáše Bati ve Zlíně a Vsetínská nemocnice). Dotazník byl distribuován v tištěné formě na dvou výše uvedených odděleních.

První dílčí cíl zjišťoval znalosti všeobecných sester, týkající se přípravy diabetika na endoskopické výkony. Z výsledků výzkumu jsme zjistili, že ohledně přípravy diabetika na endoskopická vyšetření odpovídali dotazovaní respondenti převážně správně. S těmito pacienty se všeobecné sestry v praxi setkávají často, a přesto téměř polovina dotazovaných neznala druhy krátce působících inzulinů. Druhým dílčím cílem bylo zjistit názory respondentů související s endoskopickým vyšetřením diabetika. Z výsledků výzkumu jsme zjistili, že se respondenti převážně shodli na uložení pacienta s DM před endoskopickým vyšetřením na interním oddělení. Náзор, na kterém se všeobecné sestry z velké části shodly, souvisel s tím, že příprava diabetického pacienta je rozhodně náročnější, než příprava běžného pacienta bez poruchy metabolismu sacharidů. Dále jsme zjistili, že všeobecné sestry mají nedostatek času na edukaci v rámci své pracovní doby, proto by uvítaly na svých pracovištích edukační sestru. Respondenti se převážně shodují také na tom, že nově nastupující všeobecné sestry by měly být zaškoleny v oblasti přípravy diabetika k endoskopiím. Respondenti by uvítali edukační materiály či brožury. A co v daných nemocnicích chybí, je právě ošetrovatelský standard k danému tématu.

Doporučení pro praxi

Na základě analýzy a výsledků dotazníkového výzkumu byl vytvořen procesuální ošetrovatelský standard, který by měl pomoci ke kvalitnější přípravě diabetiků na endoskopická vyšetření. Mimo jiné nás právě o tento návrh standardů ošetrovatelské činnosti požádal náměstek ošetrovatelské péče jedné z dotazovaných nemocnic.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. *Diabetes Care* [online], 2010, Jan. (Supplement_1) S62-S69 [cit. 2019-04-30]. ISSN 0149-5992. Dostupné z: <http://care.diabetesjournals.org/cgi/doi/10.2337/dc10-S062>
- HALUZÍK, Martin, 2014. Metformin a jeho postavení v léčbě diabetes mellitus 2. typu. *Medicína pro praxi* [online]. (16). [cit. 2019-04-30]. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/int/2014/02/05.pdf>
- HEMZA, Jan a Jitka HANZLOVÁ, 2013. Základy anatomie soustavy trávicí, žláz s vnitřní sekrecí a soustavy močopohlavní [online]. Masarykova univerzita. [cit. 2019-04-30]. Dostupné z: https://is.muni.cz/do/fsps/e-learning/zaklady_anatomie/zakl_anatomie_II/tisk/zaklady_anatomie_II_tisk.pdf
- HOLUBOVÁ, Adéla, Helena NOVOTNÁ a Jana MAREČKOVÁ, 2013. *Ošetrovatelská péče v gastroenterologii a hepatologii*. Praha: Mladá fronta, Sestra (Mladá fronta). ISBN 978-80-204-2806-6.
- HOLT, Paula, 2009. *Diabetes in hospital: a practical approach for all healthcare professionals*. Chichester, U. K.: Wiley-Blackwell. ISBN 978-0470723548.
- HULKOVÁ, Viera, 2016. *Štandardizácia v ošetrovatel'stve*. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0063-7.
- HRADECKÁ, Lenka, 2009. Standardy ošetrovatelské péče podle Donabedna. *Zdravotnictví a medicína* [online]. [cit. 2019-04-30]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/standardy-osetrovatelske-pecce-podle-donabediana-444784>
- IPVZ [online]. Praha [cit. 2019-05-13]. Dostupné z: <https://www.ipvz.cz/nelekarsti-zdravotnictvi-pracovnici/vzdelavaci-programy/specializace-pro-nelekare-31-2010>
- KAREN, Igor, Štěpán SVAČINA a Jan ŠKRHA, c2013. *Diabetes mellitus: doporučený postup péče o pacienty s diabetes mellitus: [novelizace 2013]*. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP. Doporučené postupy pro všeobecné praktické lékaře. ISBN 978-80-86998-61-9.
- KUDLOVÁ, Pavla, 2015. *Ošetrovatelská péče v diabetologii*. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5367-6.

- KREJČÍ, Hana, 2005. Předoperační vyšetření a perioperační péče o diabetické pacienty. *Interní medicína* [online]. (12), 4. [cit. 2019-04-30]. Dostupné z: <https://www.inter-nimedicina.cz/pdfs/int/2005/12/05.pdf>
- LUKÁŠ, Karel, 2005. *Gastroenterologie a hepatologie pro zdravotní sestry*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1283-0.
- NAŇKA, Ondřej a Miloslava ELIŠKOVÁ, 2015. *Přehled anatomie*. Třetí, doplněné a přepracované vydání. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-206-0.
- NCO NZO. *Specializační vzdělávání* [online]. 2019a. Brno [cit. 2019-05-13]. Dostupné z: <https://www.nconzo.cz/cs/specializacni-vzdelavani>
- NCO NZO. *Akreditované vzdělávací programy* [online]. 2019b. Brno [cit. 2019-05-13]. Dostupné z: <https://www.nconzo.cz/en/faq/akreditovane-vzdelavaci-programy-mz-cr-certifikovane-kurzy-centra>
- OSU. *Nabízené studijní programy* [online]. Ostrava [cit. 2019-05-13]. Dostupné z: <https://www.osu.cz/studijniobory/?obor=2162>
- PELIKÁNOVÁ, Terezie a Vladimír BARTOŠ, c2011. *Praktická diabetologie*. 5., aktualiz. vyd. Praha: Maxdorf, Jessenius. ISBN 9788073452445.
- PÍTHOVÁ, Pavlína. Inzulinové režimy z klinického pohledu. *Interní medicína* [online]. 2010 (12), 4 [cit. 2019-05-13]. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/int/2010/11/02.pdf>
- PRACNÁ, Lenka a Michal KONEČNÝ, 2012. Příprava pacienta před endoskopickým vyšetřením zažívacího traktu. *Medicína pro praxi*. 2012(9), 3.
- RYBKA, Jaroslav, 2007. *Diabetes mellitus – komplikace a přidružená onemocnění: diagnostické a léčebné postupy*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1671-8.
- ŠKRHA, Jan, c2009. *Diabetologie*. Praha: Galén. ISBN 9788072626076.
- ŠPIČÁK, Julius a Ondřej URBAN, 2015. *Novinky v digestivní endoskopii*. Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 9788024752839.
- TnUAD [online]. Trenčín [cit. 2019-05-13]. Dostupné z: <https://fz.tnuni.sk/index.php?id=2294>
- UPOL [online]. ©2019 Olomouc [cit. 2019-05-13]. Dostupné z: <https://www.pdf.upol.cz/>

- VACHUTKOVÁ, Zdeňka a Věra LOYKOVÁ, 2011. Příprava diabetických pacientů k endoskopickým výkonům. *Medicina pro praxi* [online]. 2011(8), [cit. 2019-04-30]. Dostupné z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2011/01/10.pdf>
- VÁLKOVÁ, Monika, 2015. *Hodnocení kvality poskytovaných zdravotních služeb* [online]. Praha. [cit. 2019-04-30]. Dostupné také z: <https://www.ipvz.cz/seznam-souboru/2364-hodnoceni-kvality-poskytovanych-zdravotnich-sluzeb.pdf>
- VÍTEK, Petr a Ivana MIKOVINY KAJZRLÍKOVÁ, 2013. Antikoagulační a protidestičková léčba u endoskopických výkonů. *Medicina pro praxi* [online]. (15), 4. [cit. 2019-04-30]. Dostupné z: <https://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2013/11/07.pdf>
- Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění pozdějších předpisů. *Zákony pro lidi* [online]. [cit. 2019-04-30]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-96>
- Zákon č. 201/2017 Sb., kterým se mění zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění pozdějších předpisů, 2017. *Zákony pro lidi* [online]. [cit. 2019-04-21]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2017-201>

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

APTT	Aktivovaný parciální tromboplastinový test
Bc.	Bakalář
CK	Certifikovaný kurz
CRP	C-reaktivní protein
č.	Číslo
DiS.	Diplomovaný specialista
DM	Diabetes mellitus
DM 1.typu	Diabetes mellitus 1.typu
DM 2.typu	Diabetes mellitus 2.typu
ERCP	Endoskopická retrográdní cholangiopankreatografie
f_i	Relativní četnost
INR	Protrombinový čas
IPVZ	Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví
KO	Krevní obraz
mmol/l	Milimol na litr
Např.	Například
NCO NZO	Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů
n_i	Absolutní četnost
NLZP	Nelékařský zdravotnický pracovník
PAD	Perorální antidiabetika
P	Puls
SpO ₂	Saturace krve kyslíkem
SZŠ	Střední zdravotnická škola
Tab.	Tabulka
Tj.	To je

TK Krevní tlak

§ Paragraf

% Procento

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 Délka praxe respondentů ve zdravotnictví	29
Graf 2 Nejvyšší dosažené kvalifikační vzdělání ve zdravotnictví	31
Graf 3 Postgraduální/specializační vzdělání ve zdravotnictví	33
Graf 4 Vzdělání v endoskopiích	34
Graf 5 Znalosti respondentů o podání PAD ráno před gastrokopií	35
Graf 6 Důvod podání roztoku glukózy s inzulinem u pacienta s DM	36
Graf 7 Denní doba provedení gastroscopie u pacienta s DM	37
Graf 8 Změna farmakoterapie při gastrokopickém terapeutickém zákroku u pacienta s DM	38
Graf 9 Vysazení Metforminu před planovaným ERCP u kompenzovaného pacienta s DM	40
Graf 10 Aplikace dlouhodobého inzulinu před ERCP	42
Graf 11 Krátce působící inzuliny	43
Graf 12 Sledování laboratorní hodnoty v den výkonu ERCP	45
Graf 13 Fyziologická hodnota glykémie u zdravého člověka	47
Graf 14 Hospitalizace u pacienta s DM před ERCP	48
Graf 15 Vysazení medikamentů před kolonoskopií	49
Graf 16 Vliv očištného roztoku na hladinu glykémie	51
Graf 17 Monitoring pacient s DM před kolonoskopií	52
Graf 18 Podání analgosedace u pacienta s DM před kolonoskopií	54
Graf 19 Podání běžné snídaně pacientovi s DM před kolonoskopií	55
Graf 20 Vyjádření respondentů k hospitalizaci na standardním chirurgickém oddělení před endoskopií	56
Graf 21 Vyjádření se respondentů k hospitalizaci na standardním interním oddělení před endoskopií	58
Graf 22 Názor na edukaci pacienta lékařem o endoskopickém výkonu	60
Graf 23 Vyjádření se respondentů k edukaci endoskopickou sestrou	62
Graf 24 Názor na nutnost dostupnosti standardů, k přípravě pacienta s DM k endoskopiím, na oddělení	64
Graf 25 Názor na zaškolení nastupující sestry v oblasti přípravy diabetika k endoskopiím	66
Graf 26 Názor sester na kvalifikační studium	68

Graf 27	Názor respondentů na potřebu dalšího vzdělávání	70
Graf 28	Vyjádření se respondentů k edukaci sestrou o přípravě a průběhu vyšetření v praxi.....	72
Graf 29	Názor na časový prostor k ošetrovatelské edukaci v pracovní době	73
Graf 30	Názor na možnost předání edukačního materiálu	75
Graf 31	Názor na vliv stresu na hodnotu glykémie	77
Graf 32	Názor na rozdílnou toleranci očistných roztoků.....	78
Graf 33	Vyjádření se respondentů k vyšší náročnosti přípravy pacienta s DM k endoskopiím	79

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Délka praxe respondentů ve zdravotnictví	29
Tabulka 2 Nejvyšší dosažené kvalifikační vzdělání ve zdravotnictví	31
Tabulka 3 Postgraduální/specializační vzdělání ve zdravotnictví	33
Tabulka 4 Vzdělání v endoskopiích.....	34
Tabulka 5 Znalosti respondentů o podání PAD ráno před gastrokopií.....	35
Tabulka 6 Důvod podání roztoku glukózy s inzulinem u pacienta s DM.....	36
Tabulka 7 Denní doba provedení gastroscopie u pacienta s DM	37
Tabulka 8 Změna farmakoterapie při gastroscopickém terapeutickém zákroku u pacienta s DM.....	38
Tabulka 9 Vysazení Metforminu před planovaným ERCP u kompenzovaného pacienta s DM.....	40
Tabulka 10 Aplikace dlouhodobého inzulinu před ERCP	42
Tabulka 11 Krátce působící inzuliny	43
Tabulka 12 Sledování laboratorní hodnoty v den výkonu ERCP	45
Tabulka 13 Fyziologická hodnota glykémie u zdravého člověka.....	47
Tabulka 14 Hospitalizace u pacienta s DM před ERCP	48
Tabulka 15 Vysazení medikamentů před kolonoskopií.....	49
Tabulka 16 Vliv očištění roztoku na hladinu glykémie	51
Tabulka 17 Monitoring pacienta s DM před kolonoskopií.....	52
Tabulka 18 Podání analgosedace pacienta s DM před kolonoskopií	54
Tabulka 19 Podání běžné snídaně pacientovi s DM před kolonoskopií.....	55
Tabulka 20 Vyjádření se respondentů k hospitalizaci na standardním chirurgickém oddělení před endoskopií.....	56
Tabulka 21 Vyjádření se respondentů k hospitalizaci na standardním interním oddělení před endoskopií	58
Tabulka 22 Názor na edukaci pacienta lékařem o endoskopickém výkonu	60
Tabulka 23 Vyjádření se respondentů k edukaci endoskopickou sestrou	62
Tabulka 24 Názor na nutnost dostupnosti standardů, k přípravě pacienta s DM k endoskopiím, na oddělení.....	64
Tabulka 25 Názor na zaškolení nastupující sestry v oblasti přípravy diabetika k endoskopiím	66
Tabulka 26 Názor sester na kvalifikační studium.....	68

Tabulka 27	Názor respondentů na potřebu dalšího vzdělávání	70
Tabulka 28	Vyjádření se respondentů k edukaci sestrou o přípravě a průběhu vyšetření v praxi.....	72
Tabulka 29	Názor na časový prostor k ošetrovatelské edukaci v pracovní době	73
Tabulka 30	Názor na možnost předání edukačního materiálu.....	75
Tabulka 31	Názor na vliv stresu na hodnotu glykémie	77
Tabulka 32	Názor na rozdílnou toleranci očistných roztoků.....	78
Tabulka 33	Vyjádření se respondentů k vyšší náročnosti přípravy pacienta s DM k endoskopiím	79

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 Anatomie	103
Příloha 2 Inzulinové přípravky	104
Příloha 3 Perorální antidiabetika	105
Příloha 4 Návrh ošetrovatelských standardů	106
Příloha 5 Dotazník	109
Příloha 6 Žádost o umožnění dotazníkového šetření I	114
Příloha 7 Žádost o umožnění dotazníkového šetření II	115
Příloha 8 Žádost o umožnění dotazníkového šetření III	116
Příloha 9 Žádost o umožnění dotazníkového šetření IV	117
Příloha 10 Informované souhlasy	118
Příloha 11 Kompetence praktické sestry	128

Příloha 1 Anatomie

I ANATOMIE A FYZIOLOGIE GASTROINTESTINÁLNÍHO TRAKTU

Žaludek je vakovitě rozšířený úsek trávicí trubice ve tvaru písmene J. Funguje jako dočasný rezervoár přijaté potravy. Má obsah 1,5 - 2,0 litry. Svoji větší částí leží v levé brániční klenbě. Žaludeční žlázy jsou tvořeny čtyřmi druhy buněk. Produkují kyselinu chlorovodíkovou (HCl) neaktivní pepsinogen - enzym, který se pomocí kyseliny chlorovodíkové aktivuje na pepsin, který štěpí ve vodě nerozpustné bílkoviny na rozpustné polypeptidy. Vedle kyseliny chlorovodíkové a pepsinu obsahuje žaludeční šťáva žaludeční lipázu, dále gastrin a histamin. Mechanické zpracování potravy zajišťuje hladká svalovina ve třech fázích a pomocí pohybu střev posouvá tráveninu (chymus) do tenkého střeva. (Hanzlová, Hemza, 2013)

Tlusté střevo je uloženo v dutině břišní. Navazuje na tenké střevo a jde tedy o poslední část trávicí trubice. Délka tlustého střeva je 1,3 – 1,5 m, s průměrem 5-7 cm. Anatomicky se tlusté střevo (lat. *intestinum crassum*) skládá z těchto částí: terminální úsek kyčelníku (*ostium ileocaecale*), červovitý výběžek (*appendix vermiformis*), slepé střevo (*caecum*), vzestupný tračník (*colon ascendens*), příčný tračník (*colon transversum*), sestupný tračník (*colon descendens*), esovitá klička (*colon sigmoideum*), konečník (*rectum*), řiť (*anus*). (Hanzlová, Hemza, 2013). Tlusté střevo je vyživované mesenterickými tepnami a to po levé ohbí je zajištěno horní okružní tepnou (a. *mesenterica superior*) a za levým ohbím je zásobeno dolní okružní tepnou (a. *mesenterica inferior*). Hlavní funkcí tlustého střeva je vstřebávat vodu a ionty, skladovat zbytky potravy- tráveninu, a tu dále formovat a defekovat z organismu ve formě stolice. (Hanzlová, Hemza, 2013)

Žlučník je vak válcovitého až hruškovitého tvaru o délce 8 -12cm, šířce 3 - 4cm a obsahu 50 - 80ml. Leží na dolní (viscerální) ploše jater, v pravé sagitální rýze. (Hanzlová, Hemza, 2013) Funkcí žlučníku je zásobník žluči. Ve chvíli, kdy přichází potrava do žaludku a dvanáctníku, je žlučník reflektoricky vyprazdňován. V případě, že je stále zapotřebí, odtéká do duodena po vyprázdnění žlučníku jen řidší jaterní žluč (Lukáš, 2005, s 43)

Žlučové cesty tvoří soustava mezibuněčných štěrbin a trubic, kterými je od jaterních buněk do dvanáctníku odváděna žluč. Žlučové cesty dělíme podle jejich lokalizace na Intrahepatální, které jsou uloženy v játrech a extrahepatální žlučové cesty tedy mimojaterní cesty. (Hanzlová, Hemza, 2013)

Příloha 2 Inzulinové přípravky

Nástup a délka účinku inzulinových přípravků

Typ	Prodejní název přípravku (firma)	vzhled roztoku	nástup účinku	maximální účinek	Trvání účinku	Typ dávkovače
Ultra-krátce působící inzulínová analoga	Apidra, Apidra SoloStar (Sanofi-Aventis)	čirý	10-20 min.	30-45 min.	2-5 hod.	Clikstar, Junior-star, SoloStar
	Humalog, Humalog KwikPen (Eli Lilly)	čirý	10-15 min.	30-45 min.	2-5 hod.	Humapen Luxura, HumaPen Memoir, KwikPen
	NovoRapid, NovoRapidnFlexPen (Novo Nordisk)	čirý	10-20 min.	1-3 hod.	3-5 hod.	NovoPen4, NovoPen Echo, FlexPen
krátce působící HM inzuliny	Actrapid Pefil (Novo Nordisk)	čirý	30 min.	1-3 hod.	7-8 hod.	NovoPen4, FlexPen Echo
	Humulin R, Humulin R Cartridge, Humulin KwikPen (Eli Lilly)	čirý	30 min.	1-3 hod.	5-7 hod.	Humapen Luxura, HumaPen Memoir, KwikPen
krátce působící HM inzuliny	Insuman Rapid, Insuman Rapid SoloStar (sanofi-Aventis)	čirý	30 min.	1-2 hod.	5-8 hod.	Clikstar, Junior-star, SoloStar
střednědobě působící HM inzuliny (NPH)	Humulin N (NPH) Cartridge KwikPen, Humulin N (NPH) Cartridge (Eli Lilly)	mléčně zakalený	1 hod.	2-8 hod.	18-20 hod.	Humapen Luxura, HumaPen Memoir, KwikPen
	Insulatard Penfil (Novo Nordisk)	mléčně zakalený	1,5 hod.	4-12 hod.	24 hod.	NovoPen 4, NovoPen Echo
	Insuman Basal SoloStar a Insuman Basal (Sanofi-Aventis)	mléčně zakalený	do 1 hod.	4-6 hod.	11-20 hod.	Clikstar, Juniorstar, SoloStar
dlouhodobě působící analoga inzulínu	Lantus (Sanofi-Aventis)	čirý	3-4 hod.	není	24-26 hod.	Clikstar, Juniorstar
	Levemir (Novo Nordisk)	čirý	2-3 hod.	6-18 hod.	16-20 hod. (podle dávky)	NovoPen 4, NovoPen Echo
	Tresiba (Novo Nordisk)	čirý	2-3 hod.	není	48 hod.	NovoPen 4, NovoPen Echo
premixované směsi HM (patrony)	Humulin M3 (30/70) (Eli Lilly)	mléčně zakalený	1,5 hod.	1-8,5 hod.	15-15 hod.	Humapen Luxura, HumaPen Memoir
	Insuman comp 25 (Sanofi-Aventis)	mléčně zakalený	30-45 min.	1,5-3 hod.	12-18 hod.	Clikstar, Juniorstar
	Mixtard 30 (Nordisk)	mléčně zakalený	1,5 hod.	4-12 hod.	24 hod.	NovoPen 4, NovoPen Echo
premixovaná analoga (patrony)	Humalog mix 25, KwikPen a Humalog Mix 25 (Eli Lilly)	mléčně zakalený	15 min.	1-4 hod.	15 hod.	HumaPen Luxura, HumaPen Memoir
	Humalog Mix 50, Kwikpen a Humalog Mix 50 (Eli Lilly)	mléčně zakalený	15 min.	1-4 hod.	15 hod.	HumaPen Luxura, HumaPen Memoir
premixovaná analoga (patrony)	NovoMix 30 FlexPen a NovoMix 30 Penfil (Novo Nordisk)	mléčně zakalený	10-20 min.	1-4 hod.	24 hod.	NovoPen 4, NovoPen Echo

Příloha 3 Perorální antidiabetika

Injekční a perorální antidiabetika

Lékové skupiny	Účinná látka	Název	Vliv na složky metabolického syndromu	Balení
biguanidy	metformin	Glucophage, Siofor, Metfogamma, Metformin, Stadamet aj.	nezvyšuje hmotost, TK mírně snižuje, snižuje KV komplikace, úprava dyslipidemie	500, 800, 1500 mg tbl
deriváty sulfonylurey	gliklazid	Diaprel MR, Glyclada	snižuje KV komplikace	30 mg tbl
	glimepirid	Amaryl, Oltar, Eglymad, Glymexan	nezvyšuje hmotnost	1, 2, 3, 4 mg tbl
	gliquidon	Glurenorm		30 mg tbl
	glipizid	Minidiab		5 mg tbl
glimidy	repaglinid	NovoNorm, Dibetix		0,5, 1, 2 mg tbl
inhibitory střevních α -glukosidáz	akarboza	Glucobay	nezvyšuje hmotnost	50, 100 mg tbl
SGLT2 inhibitory (glifloziny)	dapagliflozin	Forxiga	nezvyšuje hmotnost	5, 10 mg tbl
glitazony (thiazolidindiony)	pioglitazon	Actos, Competact	TK mírně snižuje, snižuje KV komplikace, úprava dyslipidemie	15, 30 mg tbl
agonisté GLP-1 (inkretinová mimetika)	exenatid	Byetta, Bydureon	nezvyšuje, spíše snižuje hmotnost	5 μ g, 10 μ g inj sol s.c. 2 mg inj susp s.c.
	liraglutid	Victoza	nezvyšuje hmotnost	0,6-1,8 mg inj sol s.c.
	lixisenatid	Lyxumia	nezvyšuje hmotnost	10, 20 μ g inj sol s.c.
DPP4 inhibitory (gliptiny)	sitagliptin	Januvia, Janumet	nezvyšuje hmotnost	100 mg tbl
	vildagliptin	Galvus, Eucreas	nezvyšuje hmotnost, úprava dyslipidémie	50 mg tbl
	saxagliptin	Onglyza, Komboglyze	nezvyšuje hmotnost	5 mg tbl 2,5 mg tbl
	linagliptin	Trajenta, Jentadueto	nezvyšuje hmotnost	5 mg tbl 2,5 mg tbl
Inzulin	inzulin humánní			
	inzulinová analoga			

Příloha 4 Návrh ošetřovatelských standardů

OŠETŘOVATELSKÝ STANDARD PŘÍPRAVY DIABETIKA K ERCP

Charakteristika standardu: ERCP je kombinované endoskopické a rentgenové zobrazení žlučových cest a pankreatu. Duodenoskopem s boční optikou se kanylou podává kontrastní látka do žlučových cest nebo pankreatu. Jejich náplň se pak hodnotí pod rentgenovou kontrolou. Následně se provádí léčebné a terapeutické zákroky.
Cíl Správná a důsledná příprava diabetika k ERCP
Skupina ošetřovaných: pacienti na standardním interním nebo chirurgickém oddělení
Datum použití:
Datum kontroly:
Kontrolu vykonal: náměstek ošetřovatelské péče

Kritérium struktury

S1 Pracovníci

Všeobecná sestra, všeobecná diplomovaná sestra, sestra bakalářka, magistra ošetřovatelství a další kompetentní nelékařský pracovník

S2 Prostředí

Dle umístění pacienta – standardní interní nebo chirurgická ošetřovatelská jednotka

S3 Pomůcky

Pomůcky jsou vybrány dle jednotlivých ošetřovatelských výkonů a zvyklostí oddělení

S4 Dokumentace

Ošetřovatelská dokumentace, lékařská dokumentace, edukační listy

Kritérium procesu

P1 Sestra si u pacienta ověří vysazení perorálních antidiabetik, pokud diabetolog neurčil jinak

P2 Den před vyšetřením sestra neaplikuje inzulin subkutánně, ale intravenózně v roztoku glukózy o koncentraci určené lékařem

P3 Sestra provede den před výkonem odběr na laboratorní vyšetření: KO, Quick, JAS, amylázu, lipázu, CRP, glykemický profil

P4 Sestra informuje pacienta, že výkon provádí lékař s asistencí NLZP na endoskopickém sále, v poloze na levém boku

P5 Sestra si ověří alergologickou anamnézu pacienta v souvislosti s podáním kontrastní látky, pro možnost nástupu alergické reakce

P6 Sestra si v den výkonu ve zdravotnické dokumentaci pacienta ověří laboratorní výsledky (KO, Quick, JAS, amylázu, lipázu, CRP, glykemický profil), v případě potřeby informuje o odchylkách od normy lékaře

P7 Sestra se ujistí, zda pacient podepsal informovaný souhlas s vyšetřením

P8 Sestra si ověří u pacienta v den výkonu, že od půlnoci lační

P9 Sestra pacientovi aplikuje inzulin v roztoku glukózy dle ordinace lékaře

P10 Sestra nepodává ranní léky, včetně perorálních antidiabetik, až do obnovení perorálního příjmu nebo pokud lékař neurčí jinak

P11 Sestra provádí průběžně kontrolu glykémie z kapilární krve a informuje lékaře o hodnotách

P12 Sestra vyzve před výkonem pacienta, aby si odložil zubní náhradu a šperky

P13 Sestra těsně před výkonem aplikuje pacientovi Indometacin suppositoria dle ordinace lékaře

P14 Z důvodu podání analgosedace (Dormicum), event. možných komplikací, zavede sestra periferní žilní katétr před transportem na sál

Kritérium výsledku

V1 Pacient spolupracuje a je edukován

V2 Pacientovi je zajištěna parenterální výživa po celou dobu lačnění

V3 Místo vpichu periferního žilního katétru nejeví známky infekce a PŽK je funkční

V4 Minimalizace kolísání glykémie a vnitřního prostředí pacienta s DM

Zkratky

CRP C-reaktivní protein

JAS Jaterní soubor

KO Krevní obraz

NLZP Nelékařský zdravotnický pracovník

PŽK Periferní žilní katétr

OŠETŘOVATELSKÝ STANDARD PŘÍPRAVY DIABETIKA KE KOLONOSKOPII

Charakteristika standardu: Kolonoskopie je endoskopická metoda vyšetření tlustého střeva a konečníku, případně i části terminálního ilea flexibilním endoskopem. Touto endoskopickou metodou lze diagnostikovat zánětlivé nebo nádorové onemocnění tlustého střeva, ale i odebírat vzorky na histologické vyšetření.

Cíl: správná a důsledná příprava diabetika ke kolonoskopii

Skupina ošetřovaných: pacienti na standardním interním nebo chirurgickém oddělení

Datum použití:

Datum kontroly:

Kontrolu vykonal: náměstek ošetřovatelské péče

Kritérium struktury**S1 Pracovníci**

Všeobecná sestra, všeobecná diplomovaná sestra, sestra bakalářka, magistra ošetřovatelství a další kompetentní nelékařský pracovník

S2 Prostředí

Dle umístění pacienta – standardní interní nebo chirurgická ošetřovatelská jednotka

S3 Pomůcky

Pomůcky jsou vybrány dle jednotlivých ošetřovatelských výkonů a zvyklostí oddělení

S4 Dokumentace

Ošetřovatelská dokumentace, lékařská dokumentace, edukační listy

Kritérium procesu

P1 Sestra si ověří od pacienta, že 5-10 dní před vyšetřením vysadil preparáty železa

P2 Sestra se ujistí, že byl pacient 2-3 dny před vyšetřením převeden z antiagregační léčby (warfarin) na nízkomolekulární heparin

P3 Sestra se ujistí, že pacient 3-4 dny před vyšetřením nejedl ovoce a pečivo obsahující semínka a konzumoval bezsezbytkovou stravu

P4 Sestra informuje pacienta, že výkon provádí lékař s asistencí NLZP na endoskopickém sále, v poloze na levém boku

P5 Sestra se ujistí, zda pacient podepsal informovaný souhlas s vyšetřením

P6 Sestra provede den před výkonem odběr krve na hemokoagulační vyšetření a kontroluje hodnotu glykémie dle ordinace lékaře

P7 Sestra zdůrazní pacientovi nutnost lačnění

P8 Sestra podá pacientovi odpoledne, v rámci přípravy, den před vyšetřením 3 litry očištěného roztoku (Fortrans), který vypije během 3 hodin za současné kontroly hladiny glykémie

P9 Z důvodu podání dávky inzulínu, v roztoku glukózy, zavede sestra pacientovi PŽK

P10 Z důvodu prevence vzniku ranní hypoglykémie, sestra večer neaplikuje dlouhodobý inzulín, dle ordinace lékaře

P11 Ráno v den vyšetření podá sestra 1 litr očištěného roztoku

P12 Sestra změní ranní glykémii a dle ordinace lékaře aplikuje inzulín v roztoku glukózy

P13 Sestra edukuje pacienta o tom, že v den vyšetření si nesmí aplikovat žádné masti do konečníku

P14 Sestra podá premedikaci dle ordinace lékaře

P15 Sestra před výkonem ověří, zda je pacient lačný

P16 Sestra podá diabetikovi lehkou snídani, pokud lékař neurčí jinak

P17 Sestra transportuje pacienta na vyšetření vleže na lůžku

Kritérium výsledku

V1 Pacient má řádně vyprázdněné tlusté střevo

V2 Místo vpichu periferního žilního katétru nejeví známky infekce a PŽK je funkční

V3 Pacientovi je zajištěna parenterální výživa po celou dobu

V4 Pacient má podepsaný informovaný souhlas s výkonem a je plně edukován o jeho průběhu

V5 Minimalizace kolísání glykémie a vnitřního prostředí pacienta s DM

V6 Pacient s diabetem byl na vyšetření odvezen jako první

Zkratky

DM Diabetes mellitus

NLZP Nelékařský zdravotnický pracovník

PŽK Periferní žilní katétr

Příloha 5 Dotazník

Milé kolegyně a kolegové,

studuji 3. ročník bakalářského oboru Všeobecná sestra, studijní program Ošetrovatelství na fakultě humanitních studií Univerzity T. Bati ve Zlíně. Dotazník je součástí mé bakalářské práce na téma Příprava diabetika k endoskopickým výkonům. Cílem dotazníku je zjistit, zda máte znalosti související s přípravou diabetika k endoskopickým výkonům. Ujistíme vás, že dotazník je anonymní a zcela dobrovolný. Protože nemáme možnost s vámi osobně hovořit, děkujeme vám již nyní za vaši ochotu a čas. Moc si toho opravdu ceníme.

Děkuji za vaši spolupráci i ochotu a čas strávený při vyplnění tohoto dotazníku.

Pokyny pro vyplnění: V otázkách je možno zakroužkovat většinou jednu odpověď, pokud není u otázky uvedeno jinak. Na vytečkovaná místa, prosím, dopište odpověď, pokud se vás tato část týká.

Nikol Machalová, studentka ve spolupráci s vedoucím práce PhDr. Pavla Kudlová, PhD.,
Kontakt: Nikol.Machalova@seznam.cz

1. Jaká je délka Vaší praxe ve zdravotnictví?
.....let
2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené kvalifikační vzdělání ve zdravotnictví?
 - a. Praktická sestra
 - b. SZŠ – Všeobecná sestra (ukončení studia do roku 2004)
 - c. VOŠZ – DiS (Diplomovaný záchranář, Diplomovaná všeobecná sestra, Diplomovaná sestra pro intenzivní péči)
 - d. VŠ – Bc. – obor Všeobecná sestra/Ošetrovatelství
 - e. Mgr. – obor:.....
3. Máte nějaké postgraduální vzdělání/specializaci ve zdravotnictví?
 - a. ano, jaké.....
 - b. ne
4. Absolvovala jste vzdělání v endoskopiích?
 - a. ne
 - b. ano, uveďte obor/akci/kurz.....

Otázky týkající přípravy diabetika ke gastrokopii

5. Diabetik léčený perorálními antidiabetiky si ráno vezme dávku PAD, tak jak je zvyklý
 - a. ano
 - b. ne
6. U diabetika na inzulinoterapii podáme 500 ml 10% glukózy +inzulin
 - a. z důvodu rehydratace
 - b. kvůli lačnění
 - c. úpravy vnitřního prostředí
 - d. nevím

7. U plánované gastroskopie diabetik půjde na řadu:
 - a. kdykoliv během dne
 - b. během odpoledne
 - c. ráno, nejlépe jako první
 - d. nevím

8. Při gastroskopickém terapeutickém zákroku (např. polypektomie) je nutné diabetika
 - a. převést z perorálních antidiabetik na inzulinoterapii
 - b. převést z inzulinoterapie na perorální antidiabetika
 - c. převést z warfarinu na nízkomolekulární heparin
 - d. nevím

Otázky tykající se přípravy endoskopické retrogradní cholangiopankreatografie

9. U plánovaného ERCP vyšetření Metformin u dobře kompenzovaného diabetika vysazujeme?
 - a. 4-6 dní předem
 - b. 2-3 dní předem
 - c. 1 den předem
 - d. nevím

10. Aplikujeme u diabetika I. a II. typu na inzulinoterapii před ERCP dlouhodobý inzulin?
 - a. ano
 - b. ne
 - c. nevím

11. Mezi krátce působící inzuliny řadíme?
 - a. Humulin N, Humulin R,
 - b. Apidra, Humalog, NovoRapid
 - c. Humulin R, Actrapid, Insuman Rapid
 - d. nevím

12. V den výkonu sledujeme hodnoty
 - a. Glykemický profil, KO, Quick
 - b. KO, Quick, CRP, Glykemický profil
 - c. KO, Quick, Jaterní soubor, CRP, Amyláza, Lipáza, Glykemický profil
 - d. Nevím

13. V jakém rozmezí se pohybuje normální hodnota glykémie u zdravého člověka?
 - a. 3,8-5,5 mmol/l
 - b. 5-8 mmol/l
 - c. 3,3-5,6 mmol/l
 - d. Nevím

Otázky tykající se přípravy na kolonoskopii

14. Je nutná hospitalizace u diabetického pacienta před výkonem?
 - a. ano, proč.....
 - b. ne
 - c. nevím

15. Jaké medikamenty je nutné před kolonoskopií vysadit? (více správných odpovědí)
 - a. Antihypertenziva
 - b. Diuretika
 - c. Antiagregancia
 - d. Venofarmaka
 - e. Preparáty železa
 - f. nevím

16. Jaký vliv má požití očištěného roztoku na hladinu glykémie?
 - a. Hypoglykémie
 - b. Hyperglykémie
 - c. nevím

17. U diabetika před výkonem je nutné kontrolovat? (více správných odpovědí)
 - a. Hmotnost pacienta
 - b. Fyzikální funkce (TK,P, SpO2)
 - c. Glykemický profil
 - d. Zabarvení kůže
 - e. Koagulační faktor
 - f. Barvu a konzistenci stolice
 - g. nevím

18. Je možné diabetikovi před výkonem podat analgosedaci ?
 - a. ano
 - b. ne
 - c. nevím

19. Je povolena diabetikovi před kolonoskopií běžná snídaně?
 - a. ano
 - b. ne, ale pouze lehká (jogurt, diasip)
 - c. ne
 - d. nevím

Uved'te, prosím, Váš názor

	rozhodně souhlasím	spíše souhlasím	ani ano ani ne	spíše nesouhlasím	rozhodně nesouhlasím	nevím
Pacienti před endoskopickým výkonem by měli být uloženi na chirurgickém standartním oddělení						
Pacienti před endoskopickým výkonem by měli být uloženi na interním standartním oddělení						
O endoskopickém výkonu pacienta u nás edukuje pacienta lékař (indikace, možná rizika a komplikace)						
O endoskopickém výkonu pacienta u nás edukuje endoskopická sestra						
Na oddělení by měl být dostupný standard k přípravě diabetika k endoskopiím						
V adaptačním procesu na interně/chirurgii by měla být nastupující sestra zaškolená v oblasti přípravy diabetika k endoskopiím						
Kvalifikační studium stačí k tomu, abych zvládl/a kvalitně provést přípravu diabetika k endoskopickému vyšetření						
Domnívám se, že je potřebné další vzdělávání v endoskopiích						
Edukační sestra u nás edukuje pacienta o přípravě a průběhu vyšetření						
V rámci své pracovní doby mám dostatečný časový prostor k ošetřovatelské edukaci pacienta (lačnění, vyprázdnění,...)						
Mám možnost při individuální edukaci předat pacientovi edukační materiál (brožuru/leták)						
Stres před vyšetřením ovlivňuje hodnoty glykémie u diabetika						
Diabetik snáší hůře podání očistných roztoků než pacient bez poruchy metabolismu sacharidů						
Příprava diabetika před endoskopickým výkonem je mnohem náročnější než u běžného pacienta						

Příloha 6 Žádost o umožnění dotazníkového šetření I

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění dotazníkového šetření na Vašem pracovišti, které bude níže uvedený student realizovat v rámci zpracování bakalářské práce, jejíž součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra (prezenční – kombinovaná forma studia).

Jméno a příjmení studenta	Nikol Machalová	
Téma bakalářské práce	Příprava diabetika k endoskopickým výkonům	
Vedoucí bakalářské práce	PhDr. Mgr. Pavla Kudlová, PhD.	
 podpis	
Skupina respondentů	Všeobecné a praktické sestry	
Pracoviště	Vyjádření vrchní sestry / vedoucího pracoviště (nehodící se škrtněte)	Podpis
KNTB, a.s., Zlín	<input checked="" type="checkbox"/> Souhlasím <input type="checkbox"/> Nesouhlasím	
Interní oddělení	<input type="checkbox"/> Souhlasím <input type="checkbox"/> Nesouhlasím	
	<input type="checkbox"/> Souhlasím <input type="checkbox"/> Nesouhlasím	

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav zdravotnických věd -1-

Ve Zlíně dne 27.02.2019.

.....
Ředitel(ka) Ústavu zdravotnických věd

.....
razítko a podpis zástupce zařízení

Příloha 7 Žádost o umožnění dotazníkového šetření II



ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění dotazníkového šetření na Vašem pracovišti, které bude níže uvedený student realizovat v rámci zpracování bakalářské práce, jejíž součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetřovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra (prezenční – kombinovaná forma studia).

Jméno a příjmení studenta	Nikol Machalová		
Téma bakalářské práce	Příprava diabetika k endoskopickým výkonům		
Vedoucí bakalářské práce	PhDr. Mgr. Pavla Kudlová, PhD.		
 podpis		
Skupina respondentů	Všeobecné a praktické sestry		
Pracoviště	Vyjádření vrchní sestry / vedoucího pracoviště (nehodící se škrtněte)		Podpis
Vsetínská nemocnice, a.s. Chirurgické oddělení	Souhlasím	Nesouhlasím	
	Souhlasím	Nesouhlasím	
	Souhlasím	Nesouhlasím	

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav zdravotnických věd -1-

Ve Zlíně dne 27-02-2019

.....
Ředitel(ka) Ústavu zdravotnických věd

.....
razítko a podpis zástupce zařízení

Příloha 8 Žádost o umožnění dotazníkového šetření III



ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění dotazníkového šetření na Vašem pracovišti, které bude níže uvedený student realizovat v rámci zpracování bakalářské práce, jejíž součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetřovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra (prezenční – kombinovaná forma studia).

Jméno a příjmení studenta	Nikol Machalová	
Téma bakalářské práce	Příprava diabetika k endoskopickým výkonům	
Vedoucí bakalářské práce	PhDr. Mgr. Pavla Kudlová, PhD.	
 podpis	
Skupina respondentů	Všeobecné a praktické sestry	
Pracoviště	Vyjádření vrchní sestry / vedoucího pracoviště (nehodící se škrtněte)	Podpis
Vsetínská nemocnice, a.s. Interní oddělení	Souhlasím Nesouhlasím	
	Souhlasím Nesouhlasím	
	Souhlasím Nesouhlasím	

Děkujeme za pochopení a spolupráci.


Ve Zlíně dne 27-02-2019

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav zdravotnických věd -1-

.....
Ředitel(ka) Ústavu zdravotnických věd

.....
razítka a podpis zástupce zařízení

Příloha 9 Žádost o umožnění dotazníkového šetření IV

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění dotazníkového šetření na Vašem pracovišti, které bude níže uvedený student realizovat v rámci zpracování bakalářské práce, jejíž součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetřovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra (prezenční – kombinovaná forma studia).

Jméno a příjmení studenta	Nikol Machalová		
Téma bakalářské práce	Příprava diabetika k endoskopickým výkonům		
Vedoucí bakalářské práce	PhDr. Mgr. Pavla Kudlová, PhD.		
 podpis		
Skupina respondentů	Všeobecné a praktické sestry		
Pracoviště	Vyjádření vrchní sestry / vedoucího pracoviště (nehodící se škrtněte)	Podpis	
KNTB, a.s., Zlín Chirurgické oddělení	<input checked="" type="checkbox"/> Souhlasím	<input type="checkbox"/> Nesouhlasím	
	<input type="checkbox"/> Souhlasím	<input type="checkbox"/> Nesouhlasím	
	<input type="checkbox"/> Souhlasím	<input type="checkbox"/> Nesouhlasím	

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne 27.02.2019...

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav zdravotnických věd -1-

.....
Ředitel(ka) Ústavu zdravotnických věd

.....
razítko a podpis zástupce zařízení

Příloha 10 Informované souhlasy

01-IS-10-2019-001
Verze č. 01

Havlíčkovo nábřeží 600, 762 75 Zlín, IČO: 27661989

Interní klinika, Centrum digestivní endoskopie, tel.: 577 552 512

INFORMOVANÝ SOUHLAS S POSKYTNUTÍM ZDRAVOTNÍ PÉČE

Vážená paní, vážený pane,

na základě zhodnocení Vašeho zdravotního stavu je Vám doporučen níže uvedený léčebný postup.

Účelem tohoto záznamu je informovat Vás o Vašem zdravotním stavu, povaze Vašeho onemocnění či zranění, o jeho předpokládaném vývoji (prognóze), o povaze, účelu a průběhu provádění doporučeného léčebného postupu a poskytnout Vám další informace nutné k Vašemu svobodnému a informovanému rozhodnutí, zda k provedení navrženého léčebného postupu udělíte souhlas.

Informace o pacientovi:

Pacient: _____

Jméno, příjmení, datum narození

Zákonný zástupce (zákonní zástupci): _____

Jméno, příjmení, datum narození, bydliště, vztah k pacientovi, způsob prokázání zákonného zastoupení

Před podáním informací byl pacient (jeho zákonný zástupce) poučen o možnosti vzdát se podání informace o zdravotním stavu s tím, že (vyplní pacient)

Pacient byl ošetřujícím lékařem seznámen s údaji o:

- svém zdravotním stavu, navrženém individuálním léčebném postupu a všech jeho změnách,
- příčině a původu nemoci, jsou-li známy, jejím stadiu a předpokládaném vývoji,
- jiných možnostech poskytnutí zdravotních služeb, jejich vhodnosti, přínosech a rizicích pro pacienta,
- další potřebné léčbě,
- omezeních a doporučeních ve způsobu života a v pracovní schopnosti, popř. zdravotní způsobilosti,
- léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná a o poskytování dalších zdravotních služeb,
- ekonomicky náročnější variantě poskytnutí zdravotních služeb.

Účel, povaha, předpokládaný přínos, možné důsledky a rizika navrhovaných zdravotních služeb včetně jednotlivých zdravotních výkonů:

KOLONOSKOPIE, SIGMOIDEOSKOPIE, POLYPECTOMIE

Kolonoskopie:

Je vyšetření tlustého střeva ohebným přístrojem, endoskopem. Při sigmoideoskopii prohlížíme jen část střeva nad konečníkem. Vyšetření slouží k posouzení změn na sliznici střeva – např. zánět, nádor, polyp, vředy, výchlípký, zúžení. Kolonoskopie není schopna informovat o procesech v okolí tlustého střeva.

Alternativou:

Je rentgenové vyšetření. Je však méně přesné a nelze jím provádět léčebné zákroky (odstranění polypů, zástava krvácení) nebo odebírat vzorky ze sliznice.

Vyšetřovací postup:

Podmínkou pro vyšetření je dostatečné vyčištění střeva. Před sigmoideoskopií jsou nemocní vyprazdňováni pomocí speciálního klysmatu podaného před vyšetřením. Ke koloskopii je třeba vypít zvláštní roztok, který střevo vyčistí. Při nedostatečném očištění střeva je riziko nechtěného přehlédnutí chorobných nálezů na střevě.

Vyšetření se provádí vleže na levém boku. Přístroj se do střeva zavádí konečníkem. Pro snazší vyšetření se může poloha během vyšetření měnit. Vyšetření může být nepříjemné (tlak v břiše, nucení na stolici). Pokud je střevo vinuté, jsou přítomny srůsty, může být i bolestivé.

Ve vybraných případech lze podat do žíly látku, která pacienta mírně utlumí nebo sníží bolestivost pro lepší snášení vyšetření. Podání injekce však může být komplikováno nežádoucími účinky (např. zástava dechu, vdechnutí žaludečního obsahu, alergické reakce), které mohou mít být závažné a ohrozit i život (např. těžká alergická reakce). Podání této injekce vyžaduje zavedení kanyly do žíly na dobu vyšetření a sledování. Během vyšetření a asi 1-2 hodiny po injekci musíte být proto sledováni na naší vyšetřovně nebo oddělení, kde jste hospitalizováni. Po dobu 24 hod. po aplikaci injekce nesmíte řídit žádná motorová vozidla či stroje nebo vykonávat činnost vyžadující zvýšenou pozornost. Odchod po vyšetření je možný jen v doprovodu jiné osoby.

01-IS-10-2019-001
Verze č. 01

Pokud ve střevě nalezneme tzv. polypy (výrůstky), lze je při normální srážlivosti ihned odstranit. Odstranění je nebolestivé, provádí se působením elektrického proudu v místě polypu. Odstranění polypů je možné jen s výsledkem vyšetření počtu krevních destiček a srážlivosti

Možné komplikace:

Komplikace při vyšetření jsou vzácné. Může dojít k proděravění střeva (do 0,1% vyšetření) s nutností následného operačního sešití. Po odběru vzorku či jiném výkonu na střevě (např. odstranění polypu) se může objevit různé silné krvácení (do 3%) nebo dojít k proděravění, propálení, střeva (do 1%). Ke krvácivým komplikacím dochází především v případech, kdy užíváte léky proti srážení krve nebo trpíte zvýšenou krvácivostí. Nahlaste tyto skutečnosti vyšetřujícímu lékaři. Vyšetření lze provádět v těhotenství jen při závažném důvodu a se souhlasem Vašeho gynekologa. Eventuální těhotenství proto, prosím, oznamte vyšetřujícímu lékaři.

Podání injekce (premedikace) může mít za následek zástavu dechu, vdechnutí žaludečního obsahu a přidušení, alergické reakce. Tyto komplikace mohou být závažné, život ohrožující a mohou vést i ke smrti.

Možná omezení v obvyklém způsobu života:

Výkon se provádí nalačno, v případě aplikace injekce nesmíte 24 hodin řídit motorová vozidla a vykonávat činnosti vyžadující zvýšenou pozornost. Při podání injekce musíte po 1-2 hodiny zůstat sledováni na vyšetřovně a odchod je možný v doprovodu jiné osoby. V případě odstranění většího polypu je nutná krátkodobá hospitalizace, v dalších dnech pak budete držet šetrnou dietu a musíte se vyhnout větší zátěži. Při bolestech břicha, krvácení do stolice ihned kontaktujte lékaře. O dalším režimu po polypektomii budete informováni ve výsledku vyšetření.

Alergie (uveďte prosím, na co jste alergický/á):.....

Záznam o poučení pacienta, jemuž byl implantován zdravotnický prostředek, o poskytnutí podrobné informace o implantovaném zdravotnickém prostředku podle zvláštního právního předpisu (vyplní lékař):

PROHLÁŠENÍ:

Prohlašuji, že jsem byl poučen svobodně se rozhodnout o postupu při poskytování zdravotních služeb, pokud právní předpisy toto právo nevylučují.

Prohlašuji, že jsem pravdivě informoval ošetřujícího lékaře o dosavadním vývoji svého zdravotního stavu, včetně informací o jiných nemocech, včetně infekčních, alergiích, o zdravotních službách poskytovaných jinými poskytovateli, o užívání léčivých přípravků, především těch ovlivňujících krevní srážlivost a dalších skutečnostech podstatných pro poskytování zdravotních služeb.

Dále prohlašuji, že jsem byl příslušným zdravotnickým pracovníkem poučen o možnosti vzdát se podání informace o mém zdravotním stavu a o možnosti určit osoby s právem na informace o mém zdravotním stavu nebo vyslovit zákaz podávání informací o mém zdravotním stavu. Za osoby s právem na informace o mém zdravotním stavu určuji (vyplní pacient v případě, že nevyplňuje souhlas s hospitalizací)

Vyslovuji zákaz podávání informací o mém zdravotním stavu

Zároveň prohlašuji a svým dále uvedeným vlastnoručním podpisem potvrzuji, že lékař, který mi poskytl poučení o mém zdravotním stavu, navrženém léčebném postupu a potřebných jednotlivých zdravotních výkonech, alternativách, rizicích i případných omezeních, mi osobně vysvětlil vše, co je obsahem tohoto záznamu o informovaném souhlasu a jeho příloh a měl/a jsem možnost klást lékaři otázky, na které úplně, řádně a srozumitelně odpověděl.

Dále prohlašuji, že jsem shora uvedenému poučení plně porozuměl/a a

SOUHLASÍM – NESOUHLASÍM

s provedením navrženého a popsaného léčebného postupu a jednotlivými zdravotními výkony. Zároveň jsem poučen/a o tom, že mohu udělený souhlas odvolat.

SOUHLASÍM - NESOUHLASÍM,

aby údaje o mé osobě, zjištěné či pořízené při poskytování zdravotní péče, byly použity v anonymizované podobě k účelům vědeckým a publikačním.

01-IS-10-2019-001
Verze č. 01

Současně prohlašuji, že v případě výskytu neočekávaných komplikací, vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně mého života nebo zdraví souhlasím s tím, aby byly provedeny veškeré další potřebné a neodkladné zdravotní výkony nutné k záchraně mého života nebo zdraví, nepůjde-li o výkony, s nimiž výslovně nebudu souhlasit a o nichž sepiší negativní reverz.

Nezletilý pacient (pacient zbavený způsobilosti k právním úkonům) k poskytnutí zdravotní služby vyslovil svůj názor (vyplní lékař).
Názor nezletilého pacienta (pacienta zbaveného způsobilosti k právním úkonům) k poskytnutí zdravotní služby nemohl být zjištěn z důvodu (vyplní lékař).

Ve Zlíně dne..... hodina.....

Vlastnoruční podpis pacienta (případně zákonného zástupce /zákonných zástupců/)

Titul, jméno, příjmení a podpis lékaře, který poučení provedl

Titul, jméno, příjmení a podpis dalšího zdravotnického pracovníka v případě, že pacient nemůže s ohledem na svůj zdravotní stav záznam o informovaném souhlasu podepsat, včetně důvodů a způsobu, jakým pacient projevil svou vůli a důvodů bránících pacientovi ve vyjádření své vůle požadovaným způsobem.

Vezměte, prosím, tento tiskopis s sebou ke zdravotnímu výkonu spolu s dokumentací.



Havlíčkovo nábřeží 600, 762 75 Zlín, IČO: 27661989

Interní klinika, Centrum digestivní endoskopie, tel.: 577 552 512

01-IS-10-2019-024

Verze č. 01

INFORMOVANÝ SOUHLAS S POSKYTNUTÍM ZDRAVOTNÍ PÉČE

Vážená paní, vážený pane,

na základě zhodnocení Vašeho zdravotního stavu je Vám doporučen níže uvedený léčebný postup.

Účelem tohoto záznamu je informovat Vás o Vašem zdravotním stavu, povaze Vašeho onemocnění či zranění o jeho předpokládaném vývoji (prognóze), o povaze, účelu a průběhu provádění doporučeného léčebného postupu a poskytnout Vám další informace nutné k Vašemu svobodnému a informovanému rozhodnutí, zda k provedení navrženého léčebného postupu udělíte souhlas.

Informace o pacientovi:

Pacient: _____

Jméno, příjmení, datum narození

Zákonný zástupce (zákonní zástupci): _____

Jméno, příjmení, datum narození, bydliště, vztah k pacientovi, způsob prokázání zákonného zastoupení

Před podáním informací byl pacient (jeho zákonný zástupce) poučen o možnosti vzdát se podání informace o zdravotním stavu s tím, že (vyplní pacient)

Pacient byl ošetřujícím lékařem seznámen s údaji o:

- svém zdravotním stavu, navrženém individuálním léčebném postupu a všech jeho změnách,
- příčině a původu nemoci, jsou-li známy, jejím stadiu a předpokládaném vývoji,
- jiných možnostech poskytnutí zdravotních služeb, jejich vhodnosti, přínosech a rizicích pro pacienta,
- další potřebné léčbě,
- omezeních a doporučeních ve způsobu života a v pracovní schopnosti, popř. zdravotní způsobilosti,
- léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná a o poskytování dalších zdravotních služeb,
- ekonomicky náročnější variantě poskytnutí zdravotních služeb.

Účel, povaha, předpokládaný přínos, možné důsledky a rizika navrhovaných zdravotních služeb včetně jednotlivých zdravotních výkonů:

GASTROSKOPIE

Na základě potíží a nálezů pokládáme u Vás za potřebné provést vyšetření jícnu, žaludku a dvanáctemíku ohebným přístrojem /endoskopem/.

Vyšetření může odhalit vředy, nádory, zdroj krvácení, zánětlivé změny a další choroby. Ve srovnání s rentgenologickým vyšetřením je mnohem přesnější, odpadá zátěž zářením a umožňuje v případě potřeby odebrat drobné vzorky tkáně na mikroskopické a bakteriologické vyšetření. V některých případech /např. krvácení, cizí tělesa, nezhoubné nádory/ je možná současná léčba.

Vyšetřovací postup:

Běžné diagnostické vyšetření nevyžaduje zvláštní přípravu, je jen nezbytné alespoň 6 hodin před výkonem nejíst a nepít. *Vyšetření nebolí, je jen nepříjemné*, vyžaduje však Vaši spolupráci. Přístroj se zavádí vleže na levém boku. V průběhu vyšetření držíte zuby nebo dásněmi stiskem ochranný kroužek, pocit dávení překonáváte hlubokým a pomalým dýcháním. Další konkrétní postup závisí od zjištěných chorobných změn.

Dle Vašeho přání je možné místní znecitlivění sliznice v dutině ústní. Informujte o tom, prosím, vyšetřujícího lékaře.

Alternativou:

Je méně přesné rentgenové vyšetření, při kterém však nelze provádět léčebné zákroky.

Možné komplikace:

Gastroskopie je metodou bezpečnou (komplikace do 0.1%). Možnost vzniku komplikací je dána povahou metody, nelze se jim s jistotou vyhnout a neznamenají pochybení lékaře. Absolutní bezrizikovitost vyšetření nemůže žádný lékař zaručit. Komplikace zahrnují možnost vdechnutí žaludečního obsahu (především u osob s poruchou vědomí nebo po podání tlumivé injekce nebo u těch, kteří před vyšetřením jedli či pili tekutiny), proděravění zažívacího traktu a krvácení (zvl. při odstraňování polypů a některých dalších léčených výkonech), poruchy srdečního rytmu, zhoršení prokrvení srdce,

01-IS-10-2019-024
Verze č. 01

dechové potíže. V případě krvácení či proděravění orgánu může být nutná chirurgická léčba. Pokud trpíte zvýšeným sklonem ke krvácení, užíváte léky proti srážení krve či trpíte alergií, hlase tuto skutečnost před vyšetřením lékaři. Platí to taktéž o možném těhotenství. Odstranění polypů je možné jen s výsledkem vyšetření počtu krevních destiček a srážlivosti

Chování po vyšetření:

Podání uklidňující injekce však může být komplikováno nežádoucími účinky (např. zástava dechu). Během vyšetření a zhruba 1 -2 hodiny po injekci musíte být proto sledováni v naší vyšetřovně nebo na oddělení, kde jste hospitalizováni. Po dobu 24 hod. po aplikaci injekce nesmíte řídit žádná motorová vozidla či stroje a vykonávat činnost vyžadující zvýšenou pozornost. Odchod po vyšetření je možný jen v doprovodu jiné osoby. Budeme Vás v tomto případě konkrétně informovat. Pokud by se vyskytly jakékoliv komplikace, kontaktujte ihned naše pracoviště, v mimopracovní době urgentní příjmovou ambulanci kliniky. Po podání místního znecitlivění nemůžete do jeho odeznění jíst a pít (přibližně 20-30 minut). Zeptejte se nás, pokud něčemu nerozumíte nebo pokud chcete o vyšetření vědět víc, popřípadě o jiných vyšetřovacích metodách. Rádi Vám poskytneme v pohovoru další informace.

Možná omezení v obvyklém způsobu života:

Výkon se provádí na lačno, v případě závažnějšího výkonu (odstranění velkého polypu) je nutná krátkodobá hospitalizace.

Záznam o poučení pacienta, jemuž byl implantován zdravotnický prostředek, o poskytnutí podrobné informace o implantovaném zdravotnickém prostředku podle zvláštního právního předpisu (vyplní lékař):

PROHLÁŠENÍ:

Prohlašuji, že jsem byl poučen svobodně se rozhodnout o postupu při poskytování zdravotních služeb, pokud právní předpisy toto právo nevytučují.

Prohlašuji, že jsem pravdivě informoval ošetřujícího lékaře o dosavadním vývoji svého zdravotního stavu, včetně informací o infekčních nemocech, o zdravotních službách poskytovaných jinými poskytovateli, o užívání léčivých přípravků, především těch ovlivňujících krevní srážlivost, a dalších skutečnostech podstatných pro poskytování zdravotních služeb.

Dále prohlašuji, že jsem byl příslušným zdravotnickým pracovníkem poučen o možnosti vzdát se podání informace o mém zdravotním stavu a o možnosti určit osoby s právem na informace o mém zdravotním stavu nebo vyslovit zákaz podávání informací o mém zdravotním stavu. Za osoby s právem na informace o mém zdravotním stavu určuji (vyplní pacient v případě, že nevyplňuje souhlas s hospitalizací)

Vyslovuji zákaz podávání informací o mém zdravotním stavu

Zároveň prohlašuji a svým dále uvedeným vlastnoručním podpisem potvrzuji, že lékař, který mi poskytl poučení o mém zdravotním stavu, navrženém léčebném postupu a potřebných jednotlivých zdravotních výkonech, alternativách, rizicích i případných omezeních, mi osobně vysvětlil vše, co je obsahem tohoto záznamu o informovaném souhlasu a jeho příloh a měl/a jsem možnost klást lékařovi otázky, na které úplně, řádně a srozumitelně odpověděl. Dále prohlašuji, že jsem shora uvedenému poučení plně porozuměl/a a

SOUHLASÍM - NESOUHLASÍM

s provedením navrženého a popsaného léčebného postupu a jednotlivými zdravotními výkony. Zároveň jsem poučen/a o tom, že mohu udělený souhlas odvolat.

SOUHLASÍM - NESOUHLASÍM

aby údaje o mé osobě, zjištěné či pořízené při poskytování zdravotní péče, byly použity v anonymizované podobě k účelům vědeckým a publikačním.

Prohlašuji, že jsem vyšetřujícími lékaři sdělil

Současně prohlašuji, že v případě výskytu neočekávaných komplikací, vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně mého života nebo zdraví souhlasím s tím, aby byly provedeny veškeré další potřebné a neodkladné zdravotní výkony nutné k záchraně mého života nebo zdraví, nepůjde-li o výkony, s nimiž výslovně nebudu souhlasit a o nichž sepíší negativní revers.

01-IS-10-2019-024
Verze č. 01

dechové potíže. V případě krvácení či proděravění orgánu může být nutná chirurgická léčba. Pokud trpíte zvýšeným sklonem ke krvácení, užíváte léky proti srážení krve či trpíte alergií, hlase tuto skutečnost před vyšetřením lékaři. Platí to taktéž o možném těhotenství. Odstranění polypů je možné jen s výsledkem vyšetření počtu krevních destiček a srážlivosti

Chování po vyšetření:

Podání uklidňující injekce však může být komplikováno nežádoucími účinky (např. zástava dechu). Během vyšetření a zhruba 1 -2 hodiny po injekci musíte být proto sledováni v naší vyšetřovně nebo na oddělení, kde jste hospitalizováni. Po dobu 24 hod. po aplikaci injekce nesmíte řídit žádná motorová vozidla či stroje a vykonávat činnost vyžadující zvýšenou pozornost. Odchod po vyšetření je možný jen v doprovodu jiné osoby. Budeme Vás v tomto případě konkrétně informovat. Pokud by se vyskytly jakékoliv komplikace, kontaktujte ihned naše pracoviště, v mimopracovní době urgentní příjmovou ambulanci kliniky. Po podání místního znecitlivění nemůžete do jeho odeznění jíst a pít (přibližně 20-30 minut). Zeptejte se nás, pokud něčemu nerozumíte nebo pokud chcete o vyšetření vědět víc, popřípadě o jiných vyšetřovacích metodách. Rádi Vám poskytneme v pohovoru další informace.

Možná omezení v obvyklém způsobu života:

Výkon se provádí na lačno, v případě závažnějšího výkonu (odstranění velkého polypu) je nutná krátkodobá hospitalizace.

Záznam o poučení pacienta, jemuž byl implantován zdravotnický prostředek, o poskytnutí podrobné informace o implantovaném zdravotnickém prostředku podle zvláštního právního předpisu (vyplní lékař):

PROHLÁŠENÍ:

Prohlašuji, že jsem byl poučen svobodně se rozhodnout o postupu při poskytování zdravotních služeb, pokud právní předpisy toto právo nevytlačují.

Prohlašuji, že jsem pravdivě informoval ošetřujícího lékaře o dosavadním vývoji svého zdravotního stavu, včetně informací o infekčních nemocech, o zdravotních službách poskytovaných jinými poskytovateli, o užívání léčivých přípravků, především těch ovlivňujících krevní srážlivost, a dalších skutečnostech podstatných pro poskytování zdravotních služeb.

Dále prohlašuji, že jsem byl příslušným zdravotnickým pracovníkem poučen o možnosti vzdát se podání informace o mém zdravotním stavu a o možnosti určit osoby s právem na informace o mém zdravotním stavu nebo vyslovit zákaz podávání informací o mém zdravotním stavu. Za osoby s právem na informace o mém zdravotním stavu určuji (vyplní pacient v případě, že nevyplňuje souhlas s hospitalizací)

Vyslovuji zákaz podávání informací o mém zdravotním stavu

Zároveň prohlašuji a svým dále uvedeným vlastnoručním podpisem potvrzuji, že lékař, který mi poskytl poučení o mém zdravotním stavu, navrženém léčebném postupu a potřebných jednotlivých zdravotních výkonech, alternativách, rizicích i případných omezeních, mi osobně vysvětlil vše, co je obsahem tohoto záznamu o informovaném souhlasu a jeho příloh a měl/a jsem možnost klást lékařovi otázky, na které úplně, řádně a srozumitelně odpověděl. Dále prohlašuji, že jsem shora uvedenému poučení plně porozuměl/a a

SOUHLASÍM - NESOUHLASÍM

s provedením navrženého a popsaného léčebného postupu a jednotlivými zdravotními výkony. Zároveň jsem poučen/a o tom, že mohu udělený souhlas odvolat.

SOUHLASÍM - NESOUHLASÍM

aby údaje o mé osobě, zjištěné či pořízené při poskytování zdravotní péče, byly použity v anonymizované podobě k účelům vědeckým a publikačním.

Prohlašuji, že jsem vyšetřujícími lékaři sdělil

Současně prohlašuji, že v případě výskytu neočekávaných komplikací, vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně mého života nebo zdraví souhlasím s tím, aby byly provedeny veškeré další potřebné a neodkladné zdravotní výkony nutné k záchraně mého života nebo zdraví, nepůjde-li o výkony, s nimiž výslovně nebudu souhlasit a o nichž sepíší negativní revers.

01-IS-10-2019-024
Verze č. 01

Nezletilý pacient (pacient zbavený způsobilosti k právním úkonům) k poskytnutí zdravotní služby vyslovil svůj názor (vyplní lékař).

Názor nezletilého pacienta (pacienta zbaveného způsobilosti k právním úkonům) k poskytnutí zdravotní služby nemohl být zjištěn z důvodu(vyplní lékař).

Ve Zlíně dne..... hodina.....

Vlastnoruční podpis pacienta (případně zákonného zástupce /zákonných zástupců/)

Titul, jméno, příjmení a podpis lékaře, který poučení provedl

Titul, jméno, příjmení a podpis dalšího zdravotnického pracovníka v případě, že pacient nemůže s ohledem na svůj zdravotní stav záznam o informovaném souhlasu podepsat, včetně důvodů a způsobu, jakým pacient projevil svou vůli a důvodů bránících pacientovi ve vyjádření své vůle požadovaným způsobem.

Vezměte, prosím, tento tiskopis s sebou ke zdravotnímu výkonu spolu s dokumentací.



Havlíčkovo nábřeží 600, 762 75 Zlín, IČO: 27661989
Interní klinika, Centrum digestivní endoskopie, tel.: 577 552 515

01-IS-10-2019-005
Verze č. 01

INFORMOVANÝ SOUHLAS S POSKYTNUTÍM ZDRAVOTNÍ PÉČE

Vážená paní, vážený pane,
na základě zhodnocení Vašeho zdravotního stavu je Vám doporučen níže uvedený léčebný postup. Účelem tohoto záznamu je informovat Vás o Vašem zdravotním stavu, povaze Vašeho onemocnění či zranění, o jeho předpokládaném vývoji (prognóze), o povaze, účelu a průběhu provádění doporučeného léčebného postupu a poskytnout Vám další informace nutné k Vašemu svobodnému a informovanému rozhodnutí, zda k provedení navrženého léčebného postupu udělíte souhlas.

Informace o pacientovi:

Pacient: _____

Jméno, příjmení, datum narození

Zákonný zástupce (zákonní zástupci): _____

Jméno, příjmení, datum narození, bydliště, vztah k pacientovi, způsob prokázání zákonného zastoupení

Před podáním informací byl pacient (jeho zákonný zástupce) poučen o možnosti vzdát se podání informace o zdravotním stavu s tím, že (vyplní pacient)

Pacient byl ošetřujícím lékařem seznámen s údaji o:

- svém zdravotním stavu, navrženém individuálním léčebném postupu a všech jeho změnách,
- příčině a původu nemoci, jsou-li známy, jejím stadiu a předpokládaném vývoji,
- jiných možnostech poskytnutí zdravotních služeb, jejich vhodnosti, přínosech a rizicích pro pacienta,
- další potřebné léčbě,
- omezeních a doporučeních ve způsobu života a v pracovní schopnosti, popř. zdravotní způsobilosti,
- léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná a o poskytování dalších zdravotních služeb,
- ekonomicky náročnější variantě poskytnutí zdravotních služeb.

Účel, povaha, předpokládaný přínos, možné důsledky a rizika navrhovaných zdravotních služeb včetně jednotlivých zdravotních výkonů:

ENDOSKOPICKÁ RETROGRÁDNÍ CHOLANGIOPANKREATOGRAFIE /ERCP/

ERCP je metoda, při které pomocí ohebného přístroje (endoskopu) zavedeného přes ústa do dvanáctníku znázorňujeme kontrastní látkou žlučové cesty a případně vývod slinivky břišní. Vyšetření se používá k ozřejmění příčiny poruchy odtoku žluči ze žlučového (kámen, zánět, nádor, zúžení) nebo po operaci, při úniku žluči do dutiny břišní a lze při ní odebrat vzorky tkáně při podezření na nádor. Metoda umožňuje část příčin i řešit – vytáhnout kámen, do zúženého místa zavést trubičku (stent), aby mohla žluč odtékat. Vyšetření se provádí na lačno a pouze za hospitalizace.

Vyšetřovací postup:

Před výkonem Vám bude zavedena žilní kanylka pro podání léků (tzv. premedikace) – k částečnému utlumení pro lepší snášení nepříjemného výkonu. Po podání premedikace zavedeme ústy do dvanáctníku k ústí žlučových cest endoskop. Přes něj jsou pak tenkou cévkou naplněny žlučové cesty nebo vývody slinivky. Další konkrétní postup závisí od zjištěných změn. Při zavádění stentu je ústí cest naříznuto elektrickým proudem a otvorem je zaveden stent, případně po naříznutí otvorem vytahujeme žlučové kameny. K vyšetření je nutná Vaše spolupráce. Vyšetření provádíme tam, kde jiné vyšetřovací metody nejsou schopny podezření na onemocnění žlučových cest blíže objasnit, případně tam, kde onemocnění vyžaduje zajištění odtoku žluči nebo odběr vzorku tkáně.

V případě léčebného zákroku je alternativou pouze operační výkon, který je spojen s vyšším rizikem komplikací a nutností celkové anesthésie.

Komplikace:

ERCP není metodou nebezpečnou. Možnost vzniku komplikací při ERCP je dána povahou metody, nelze se jim s jistotou vyhnout a neznamenají pochybení lékaře. Absolutní bezrizikovitost ERCP nemůže žádný lékař zaručit.

Zánět slinivky břišní může vzniknout u 1 až 10% vyšetřovaných. Ve většině případů jde o lehkou formu s přechodnými bolestmi břicha, možný je však i těžký průběh se selháním orgánů i smrtí (0,1–1%). Krvácení – drobné nevýznamné krvácení není mimořádné. K velkému krvácení vyžadujícímu krevní převody dochází od 0,5 do 12%. Velmi vzácně (kolem 0,3%) může skončit i smrtelně. Může vyžadovat operační řešení. Ke krvácivým komplikacím dochází především v případech, kdy užíváte léky proti srážení krve nebo trpíte zvýšenou krvácivostí. Proděravění střeva je komplikací velmi

zřídka (kolem 0,1%) a též si může vyžádat operaci. Infekce – při infekci žluči je zvýšené riziko hnisavého zánětu a „otravy krve“, v organismu. Ve vybraných případech proto budete dostávat preventivně antibiotika. Velmi vzácná je možnost poškození přístrojem, použitým příslušenstvím, alergie na kontrastní látku. Pro odchylné místní poměry se vyšetření nemusí podařit. Pokud je Vám známo, že trpíte nějakou alergií, zeleným zákalem, zvýšeným sklonem ke krvácení nebo užíváte léky ovlivňující srážení krve, nahlaste tuto skutečnost před vyšetřením vyšetřujícímu lékaři. Vyšetření lze provádět v těhotenství jen při velmi závažném důvodu a se souhlasem Vašeho gynekologa. Eventuální těhotenství proto, prosím, oznamte vyšetřujícímu lékaři.

Chování po vyšetření:

Po vyšetření strávíte zbytek dne v klidu na lůžku, nebudete jíst, pokud Vám to zdravotnický personál nepovolí. Bude Vám sledována teplota, krevní tlak a puls, biochemické hodnoty v krvi. Případné potíže, bolesti břicha, ihned hlase. Domů můžete jít nejdříve druhý den.

Možná omezení v obvyklém způsobu života:

Výkon se provádí na lačno, po výkonu minimálně do druhého dne se nejí. Výkon je spojen s krátkodobou hospitalizací.

Záznam o poučení pacienta, jemuž byl implantován zdravotnický prostředek, o poskytnutí podrobné informace o implantovaném zdravotnickém prostředku podle zvláštního právního předpisu (vyplní lékař):

PROHLÁŠENÍ:

Prohlašuji, že jsem byl poučen svobodně se rozhodnout o postupu při poskytování zdravotních služeb, pokud právní předpisy toto právo nevyklučují. Dále prohlašuji, že jsem byl příslušným zdravotnickým pracovníkem poučen o možnosti vzdát se podání informace o mém zdravotním stavu a o možnosti určit osoby s právem na informace o mém zdravotním stavu nebo vyslovit zákaz podávání informací o mém zdravotním stavu. Za osoby s právem na informace o mém zdravotním stavu určuji (vyplní pacient v případě, že nevyplňuje souhlas s hospitalizací)

Prohlašuji, že jsem pravdivě informoval ošetřujícího lékaře o dosavadním vývoji svého zdravotního stavu, včetně informací o infekčních nemocech, o zdravotních službách poskytovaných jinými poskytovateli, o užívání léčivých přípravků, především těch ovlivňujících krevní srážlivost, a dalších skutečnostech podstatných pro poskytování zdravotních služeb.

Vyslovuji zákaz podávání informací o mém zdravotním stavu

Zároveň prohlašuji a svým dále uvedeným vlastnoručním podpisem potvrzuji, že lékař, který mi poskytl poučení o mém zdravotním stavu, navrženém léčebném postupu a potřebných jednotlivých zdravotních výkonech, alternativách, rizicích i případných omezeních, mi osobně vysvětlil vše, co je obsahem tohoto záznamu o informovaném souhlasu a jeho příloh a měl/a jsem možnost klást lékaři otázky, na které úplně, řádně a srozumitelně odpověděl.

Dále prohlašuji, že jsem shora uvedenému poučení plně porozuměl/a a

SOUHLASÍM – NESOUHLASÍM

s provedením navrženého a popsaného léčebného postupu a jednotlivými zdravotními výkony. Zároveň jsem poučen/a o tom, že mohu udělený souhlas odvolat.

SOUHLASÍM - NESOUHLASÍM

aby údaje o mé osobě, zjištěné či pořízené při poskytování zdravotní péče, byly použity v anonymizované podobě k účelům vědeckým a publikačním.

Současně prohlašuji, že v případě výskytu neočekávaných komplikací, vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně mého života nebo zdraví souhlasím s tím, aby byly provedeny veškeré další potřebné a neodkladné zdravotní výkony nutné k záchraně mého života nebo zdraví, nepůjde-li o výkony, s nimiž výslovně nebudu souhlasit a o nichž sepiší negativní reverz.

Nezletilý pacient (pacient zbavený způsobilosti k právním úkonům) k poskytnutí zdravotní služby vyslovil svůj názor (vyplní lékař).

Názor nezletilého pacienta (pacienta zbaveného způsobilosti k právním úkonům) k poskytnutí zdravotní služby nemohl být zjištěn z důvodu (vyplní lékař).



01-IS-10-2019-005
Verze č. 01

Ve Zlíně dne..... Hodina

Vlastnoruční podpis pacienta (případně zákonného zástupce /zákonných zástupců/)

Titul, jméno, příjmení a podpis lékaře, který poučení provedl

Titul, jméno, příjmení a podpis dalšího zdravotnického pracovníka v případě, že pacient nemůže s ohledem na svůj zdravotní stav záznam o informovaném souhlasu podepsat, včetně důvodů a způsobu, jakým pacient projevil svou vůli a důvodů bránících pacientovi ve vyjádření své vůle požadovaným způsobem.

Vezměte, prosím, tento tiskopis s sebou ke zdravotnímu výkonu spolu s dokumentací.

Příloha 11 Kompetence praktické sestry

Kompetence praktické sestry

(1) Praktická sestra vykonává činnosti

podle § 3 odst. 1 a dále bez odborného dohledu a bez indikace a v souladu s diagnózou stanovenou lékařem nebo zubním lékařem poskytuje nebo zajišťuje základní ošetrovatelskou péči. Přitom zejména může

- a) sledovat fyziologické funkce za použití zdravotnických prostředků a získané informace zaznamenávat do dokumentace,
- b) pozorovat a zaznamenávat fyzický a psychický stav pacienta a schopnost příjmu potravy,
- c) provádět komplexní hygienickou péči, včetně prevence proleženin,
- d) rozdělovat stravu pacientům podle diet a dbát na jejich dodržování, dohlížet na dodržování pitného režimu, sledovat bilanci tekutin, pečovat o vyprazdňování,
- e) aplikovat zábaly, obklady, léčivé koupele, teplé a studené procedury,
- f) provádět sociální aktivizaci zejména v rámci péče o seniory,
- g) pečovat o zajištění psychické pohody, pocitu jistoty, bezpečí a sociálního kontaktu,
- h) vykonávat činnosti při zajištění herních aktivit dětí,
- i) provádět ve spolupráci s fyzioterapeutem, ergoterapeutem, všeobecnou sestrou, dětskou sestrou a porodní asistentkou rehabilitační ošetrovatelství, zejména polohování, posazování, základní pasivní, dechová a kondiční cvičení, nácvik sebeobsluhy s cílem zvyšování soběstačnosti pacienta a metody bazální stimulace s ohledem na prevenci a nápravu poruch funkce, včetně prevence dalších poruch vyplývajících ze snížené mobility nebo imobility,
- j) sledovat poruchy celistvosti kůže,
- k) pečovat o močové katetry pacientů starších 3 let; péči o močové katetry pacientů se rozumí zejména hygiena genitálu, dezinfekce katetru, výměna močového sáčku,
- l) ošetřovat periferní žilní vstupy,
- m) zajišťovat činnosti spojené s přijetím, přemísťováním a propuštěním pacientů,
- n) poskytovat a zajišťovat psychickou podporu umírajícím a jejich blízkým a po stanovení smrti lékařem zajišťovat péči o tělo zemřelého a činnosti spojené s úmrtím pacienta,
- o) vykonávat činnosti při přejímání, kontrole, manipulaci a uložení léčivých přípravků¹⁰⁾,
- p) vykonávat v rozsahu své odborné způsobilosti činnosti při přejímání, kontrole, manipulaci a uložení zdravotnických prostředků¹¹⁾ a prádla, jejich dezinfekci a sterilizaci a zajištění jejich dostatečné zásoby,
- q) vykonávat činnosti při zajišťování stálé připravenosti pracoviště včetně věcného a technického vybavení a funkčnosti zdravotnických prostředků.

(2) Praktická sestra může vykonávat bez odborného dohledu na základě indikace lékaře nebo zubního lékaře jednoduché výkony při poskytování zdravotní péče; zejména může

- a) podávat léčivé přípravky¹⁰⁾ s výjimkou radiofarmak; léčivé přípravky nemůže podávat formou nitrožilní injekce, infuzí nebo aplikací do epidurálních katetrů a dále u dětí do 3 let věku formou intramuskulární injekce,
- b) provádět odsávání sekretů z horních cest dýchacích u pacientů při vědomí starších 10 let a zajišťovat jejich průchodnost,
- c) zavádět a udržovat inhalační a kyslíkovou terapii,
- d) odebírat kapilární a žilní krev a jiný biologický materiál,
- e) provádět vyšetření biologického materiálu získaného neinvazivní cestou a kapilární krve,
- f) provádět ošetření nekomplikovaných chronických ran, ošetřovat stomie,
- g) podávat potraviny pro zvláštní lékařské účely⁴⁴⁾.

(3) Praktická sestra pod odborným dohledem zubního lékaře může

- a) zpracovávat dentální materiály v ordinaci,
- b) vykonávat činnost zubní instrumentárky podle § 40 odst. 1 písm. c).

(4) Při poskytování specializované ošetrovatelské péče může praktická sestra pod odborným dohledem všeobecné sestry, dětské sestry nebo porodní asistentky vykonávat činnosti podle odstavce 1 písm. a) až l), p) a q).

(5) Při poskytování vysoce specializované ošetrovatelské péče může praktická sestra pod přímým vedením všeobecné sestry se specializovanou způsobilostí, dětské sestry se specializovanou způsobilostí nebo porodní asistentky se specializovanou způsobilostí v oboru vykonávat činnosti podle odstavce 1 písm. a) až l), p) a q).