

Péče o pacienta podstupujícího endoskopickou retrográdní cholangiopankreatikografii

Daniela Kročilová

Bakalářská práce
2024



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

Akademický rok: 2023/2024

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: Daniela Kročilová
Osobní číslo: H20162
Studijní program: B0913P360015 Všeobecné ošetřovatelství
Forma studia: Prezenční
Téma práce: Péče o pacienta podstupujícího endoskopickou retrográdní cholangiopankreatikografii

Zásady pro vypracování

Rešerše literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti péče o pacienta podstupujícího endoskopickou retrográdní cholangiopankreatikografii.

Příprava metodiky kvalitativního výzkumu.

Formulace kritérií pro výběr participantů.

Realizace výzkumu technikou rozhovorů.

Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných informací.

Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a návrh doporučení pro praxi.

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

Seznam doporučené literatury:

- BARON, T. H., R. A. KOZAREK & D. L. CARR-LOCKE. *ERCP*. 3rd ed. Amsterdam: Elsevier, 2018. 568 p. ISBN 9780323527859.
COTTON, P. B. & J. W. LEUNG. *ERCP – The Fundamentals*. 3rd ed. USA: Wiley-Blackwell, 2020. 400 p. ISBN 9781119601067.
MARTÍNEK, J., P. TRUNEČKA a kol. *Gastroenterologie a hepatologie v algoritmech*. Praha: Maxdorf, 2021. 744 s. ISBN 978-80-7345-684-9.
ŠPIČÁK, J. a kol. *Novinky v gastroenterologii a hepatologii III*. 3. vyd. Praha: Grada, 2022. 208 s. ISBN 978-80-271-4805-9.
ZAVORAL, M., ed. *Mařátkova gastroenterologie*. Praha: Karolinum, 2021. 1503 s. ISBN 978-80-246-5002-9.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Silvie Svobodová**
Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce: **3. listopadu 2023**
Termín odevzdání bakalářské práce: **17. května 2024**

Mgr. Libor Marek, Ph.D.
děkan



Mgr. Věra Vránová, Ph.D.
ředitelka ústavu

Ve Zlíně dne 9. ledna 2024

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 9.5. 2024

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, opisy 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 přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

ABSTRAKT

Bakalářská práce je věnována vyšetření endoskopická retrográdní cholangiopankreatikografie na konkrétním interním oddělení. Cílem práce bylo zjistit, jak pacienti vnímají proběhlou edukaci k vyšetření a jaké zdroje opory využívali k získání informací před výkonem. Informace byly získány kvalitativním výzkumem, technikou polostrukturovaného nestandardizovaného rozhovoru s pěti vybranými pacienty, kteří podstupovali vyšetření poprvé. Z analytické části práce vyplynulo, že pacientům na konkrétním interním oddělení je poskytnuta ústní edukace o vyšetření od lékaře, všeobecné nebo praktické sestry. Rozhovory poukázaly na oblasti, které je možné při edukaci nemocných zlepšit. Na konkrétním interním oddělení není k dispozici žádná edukační brožura, která by sloužila pacientům k doplnění ústní edukace, a proto jsme se ji rozhodli vytvořit v rámci praktického výstupu bakalářské práce.

Klíčová slova: endoskopická retrográdní cholangiopankreatikografie, endoskopické vyšetření, pacient, edukace, ošetrovatelská péče

ABSTRACT

The bachelor's thesis is devoted to the endoscopic examination of retrograde cholangiopancreatography in a specific internal department. The aim of the work was to find out how patients perceive the examination education and what sources of support they used to obtain information before the procedure. The information was obtained through qualitative research, the technique of semi-structured non-standardized interviews with five selected patients who were undergoing examination for the first time. From the analytical part of the work, it emerged that patients in a specific internal department are provided with oral education about the examination by a doctor, general or practice nurse. Interviews point to areas that can be improved in the education of patients. There is no educational brochure available in a specific internal department that would serve patients to supplement oral education, and therefore we decided to create it as part of the practical output of the bachelor's thesis.

Keywords: endoscopic retrograde cholangiopancreatography, endoscopic examination, patient, education, nursing care

Poděkování

Chtěla bych především poděkovat paní Mgr. Silvii Svobodové za veškerou pomoc, odborné vedení bakalářské práce, trpělivost a ochotu, kterou mi poskytovala během zpracování mé bakalářské práce. Poděkování patří také participantům, kteří mi byli ochotní poskytnout informace do mého výzkumu. A současně bych chtěla poděkovat mé rodině, přítelovi a přátelům, kteří pro mě byli velkou oporou v průběhu studia a psaní bakalářské práce.

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

OBSAH

ÚVOD.....	10
I TEORETICKÁ ČÁST	11
1 ENDOSKOPICKÁ RETROGRÁDNÍ CHOLANGIOPANKREATIKOGRAFIE	12
1.1 HISTORIE ENDOSKOPICKÉ RETROGRÁDNÍ CHOLANGIOPANKREATIKOGRAFIE	13
1.2 ENDOSKOPICKÝ SÁL A ENDOSKOPICKÝ TÝM.....	14
1.3 KOMPLIKACE ENDOSKOPICKÉ RETROGRÁDNÍ CHOLANGIOPANKREATIKOGRAFIE	15
2 ENDOSKOP A ENDOSKOPICKÁ SONOGRAFIE	16
2.1 ENDOSKOP	16
2.1.1 Rigidní či semiflexibilní endoskopy	16
2.1.2 Flexibilní endoskopy	17
2.1.3 Videoendoskopy.....	17
2.1.4 Kapslová endoskopie	17
2.2 ROZLOŽENÍ ENDOSKOPU.....	17
2.3 DEZINFEKCE ENDOSKOPŮ.....	18
2.4 ENDOSKOPICKÁ SONOGRAFIE – EUS.....	18
2.4.1 Endoskopická sonografie horního a dolního gastrointestinálního traktu	19
3 NEJČASTĚJŠÍ INDIKACE K PODSTOUPENÍ ENDOSKOPICKÉ RETROGRÁDNÍ CHOLANGIOPANKREATIKOGRAFII.....	20
3.1 CHOLELITIÁZA	20
3.2 CHOLANGITIDA	21
3.3 AKUTNÍ BILIÁRNÍ PANKREATITIDA	22
3.4 NÁDORY ŽLUČNÍKU, ŽLUČOVÝCH CEST, SLINIVKY BŘIŠNÍ, VATERSKÉ PAPILY	23
4 EDUKACE PACIENTA PODSTUPUJÍCÍHO ENDOSKOPICKOU RETROGRÁDNÍ CHOLANGIOPANKREATIKOGRAFII.....	24
4.1 PŘÍPRAVA A PÉČE O PACIENTA PŘED VYŠETŘENÍM.....	25
4.2 PŘÍPRAVA A PÉČE PO VYŠETŘENÍ	27
II PRAKTICKÁ ČÁST.....	28
5 METODOLOGIE VÝZKUMU.....	29
5.1 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	29
5.2 METODA VÝZKUMU A TECHNIKA SBĚRU INFORMACÍ.....	30
5.3 CHARAKTERISTIKA PARTICIPANTŮ	30
5.4 ORGANIZACE VÝZKUMU A METODY ZPRACOVÁNÍ INFORMACÍ.....	32
6 ANALÝZA A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH INFORMACÍ	33
6.1 INFORMACE ZE ZDRAVOTNICKÉ DOKUMENTACE	33

6.2	INTERPRETACE ZÍSKANÝCH INFORMACÍ Z ROZHOVORŮ	36
6.2.1	Cíl č. 1 Zjistit, z jakých zdrojů opory pacienti čerpali informace o vyšetření endoskopická retrográdní cholangiopankreatikografie.	36
6.2.2	Cíl č. 2 Zjistit, jak pacienti vnímali proběhlou edukaci zdravotnickým personálem k vyšetření endoskopické retrográdní cholangiopankreatikografii.	38
6.2.3	Cíl č. 3 Zjistit, jak ovlivnila proběhlá edukace u pacientů endoskopickou retrográdní cholangiopankreatikografii.	43
7	DISKUZE	47
8	DOPORUČENÍ PRO PRAXI	51
	ZÁVĚR	52
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	53
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	59
	SEZNAM TABULEK	60
	SEZNAM PŘÍLOH	61

ÚVOD

V bakalářské práci se zabýváme péčí o pacienty podstupující endoskopickou retrográdní cholangiopankreatikografii. Téma jsem si zvolila, proto, že ve svém zaměstnání se s těmito pacienty setkávám a pečuji o ně a zajímalo mě, jak vnímají proběhlou edukaci o přípravě před, v průběhu a po vyšetření.

Endoskopická retrográdní cholangiopankreatikografie je to endoskopicko-radiodiagnostické vyšetření, které se využívá k zobrazení žlučových cest a pankreatických vývodů, je diagnostikuje se onemocnění jater, žlučníku, žlučodů a pankreatických vývodů. Podle výsledku vyšetření se indikuje adekvátní léčebná péče.

Před vyšetřením musí zdravotnický personál každého pacienta edukovat o samotném vyšetření. Důležitá je fyzická příprava a informovanost pacienta před výkonem. Důraz se klade na psychologickou přípravu pacienta. Neustálý kontakt a profesionální přístup sester a lékařů přispívá ke zmírnění obavy, nejistoty a strachu pacientů. Lékař sděluje důvod podstoupení a informace o vyšetření, na edukaci o přípravě před a v průběhu výkonu se mohou podílet také všeobecné sestry. Pacient si tak dokáže lépe představit co jej čeká za vyšetření. Po ústní edukaci se pacientovi předloží informovaný souhlas s vyšetřením, který si přečte a následně stvrdí svým podpisem.

Zdravotní personál by měl v průběhu komplexní péče vhodně komunikovat s pacientem. Při edukaci zdravotnický personál naváže kontakt s pacientem, projeví o něho zájem a získá si ho pro lepší spolupráci při vyšetření, poskytnuté informace by měly zmírnit jeho obavy a strach z podstupujícího výkonu.

V teoretické části bakalářské práce jsou shrnuty informace o endoskopické retrográdní cholangiopankreatikografii, v praktické části je zpracován kvalitativní výzkum, technikou sběru informací byly polostrukturované nestandardizované rozhovory. S cílem zjistit z jakých zdrojů opory pacienti před vyšetřením čerpali informace, jak vnímali proběhlou edukaci a jak ovlivnila proběhlá edukace průběh vyšetření.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 ENDOSKOPICKÁ RETROGRÁDNÍ CHOLANGIOPANKREATIKOGRAFIE

Endoskopická retrográdní cholangiopankreatikografie kombinuje v sobě endoskopické a radiologické vyšetření. Jejím cílem je zobrazit žlučové cesty a vyústění pankreatu. V praxi se od roku 1974 využívá název pod zkratkou ERCP. Metoda patří ke složitým a náročným endoskopickým výkonům v oblasti gastrointestinálního traktu (Martínek et al., 2021). Mnoha studiemi byla prokázána vysoká úspěšnost a efektivita časného ERCP, která zlepšila klinický stav pacienta a směřovala také ke zlepšení laboratorních parametrů v léčbě akutní cholangitidy (Scheppers et al., 2020). Původně se využívala jen k diagnostickému objasnění příčiny poruchy odtoku žluči ze žlučovodu, k prohlédnutí žlučových cest a vyústění pankreatu, dnes je tato její diagnostická funkce postupně nahrazována vyšetřovacími metodami, mezi které patří výpočetní tomografie (v textu CT), magnetická rezonance (v textu MRI) a endoskopická sonografie. V současné době se častěji využívá k terapeutickým zákrokům, například při akutní biliární pankreatitidě k obnovení funkce Oddiho svěrače, sfinkterotomie s odstraněním překážky, u akutní cholangitidy, dekomprese žlučového systému k zprůchodnění žlučovodů, jejichž obstrukci mohou způsobit konkrementy, záněty, nádory nebo umístění stentu k rozšíření stenózy vývodů, tak aby žluč mohla spontánně odtékat. Endoskopicky jsou navigované výkony, transmurální drenáže pankreatických tekutinových kolekcí nebo biliární a pankreatické drenáže, řešení stenóz a obstrukcí. (Lee, 2015).

Výkon je nutné provádět na lačno a za hospitalizace pacienta v nemocnici. Výkon se provádí v poloze na levém boku. Po podání lokální premedikace sprejem, který se aplikuje do oblasti kořene jazyka většinou 10 % Xylocain. Poté dostanete do úst ochranný gumový kroužek, který stisknete zuby nebo dásněmi. Endoskop se zavede ústy přes jícn a žaludek až do dvanáctníku k ústí žlučových cest a vývodu pankreatu. Přes tenkou cévku, která je zavedena v endoskopu se vysune tenká sonda a naplní se žlučové cesty a vývody slinivky kontrastní látkou. Po zviditelnění Vaterské papily je zkrácen vyrovnáním ohybu po velkém zakřivení žaludku a výsledek se zobrazí na cholangiogramu nebo pankreatogramu na skiaskopickém monitoru a provede se několik snímků (Zavoral, 2021). Další postup záleží na zjištění změn ve žlučových cestách či vývodu slinivky. Pokud se zavádí stent je ústí naříznuto elektrickým proudem a otvorem se zavádí stent. Popřípadě se po naříznutí stent vytahuje nebo se odstraňují žlučové kameny. Vyšetření se většinou provádí tam, kde jsou vyčerpány všechny jiné vyšetřovací metody a je potřeba zajistit odtok žluči nebo

odběr vzorku tkáně (Informovaný souhlas s ERCP..., 2019). Edukační aktivita má pozitivní výsledky, a to obzvláště pro racionalizaci indikací k vlastnímu výkonu. Výskyt nežádoucích účinků u urgentní endoskopické retrográdní cholangiopankreatografie se sfinkterotomií byly hlášeny u 74 % pacientů. U konzervativní léčby u predikované těžké akutní biliární pankreatitidy bylo oznamováno 80 % nežádoucích účinků. Z výsledků vzniká, že urgentní endoskopickou retrográdní cholangiopankreatikografií (v textu ERCP) s biliární sfinkterotomií ve srovnání s konzervativní léčbou snižuje míru výskytu komplikací či mortalitu. Ačkoli se cholangitida vyskytovala častěji u pacientů léčených konzervativně, nemělo to žádný negativní dopad na celkový terapeutický výsledek. Celkový výskyt komplikací jsou asi 4 % z toho nejzávažnější je akutní pankreatitida. Snažíme se je omezit a snížit jejich procento výskytu pečlivou přípravou před vyšetřením (Scheppers et al., 2020).

1.1 Historie endoskopické retrográdní cholangiopankreatikografie

První zobrazení žlučového stromu pramení z roku 1924, které provedli chirurgové Ewarts Graham a Warren Cole. Podali intravenózně jódovaný fenolftalein, který se selektivně vylučoval do žluči, vyšetření ukázalo, že žlučový strom lze zobrazit. V roce 1966 charakterizoval lékař W. C. Watson z Glasgow endoskopické vyšetření papily, předpokládal, že vznikne nová endoskopická metoda - endoskopická retrográdní cholangiopankreatikografie (Lukáš, 2005). Poprvé kanylaci papily pod endoskopickou kontrolou duodenoskopem provedl lékař William S. McCuna na Lékařské fakultě Univerzity Georga Washingtona ve Washingtonu v roce 1968. Realizoval první úspěšnou kanylaci Vaterské papily a rentgenové zobrazení pankreatického vývodu. Předpokládal u této metody jen diagnostické využití. Při vlastním výkonu použil vláknovou optiku od značky Eder, přední i boční čočky a manžetu endotracheálního typu umístěnou na dalekohledu, která byla umístěna těsně za čočkou. Pro dodržení adekvátní ohniskové vzdálenosti pro vizualizaci sliznice byl balónek nafouknutý a poté vypuštěn (Baron et al., 2018). Lékař Peter Cotton popsal v roce 1972 provedení kanylace Vaterské papily u 60 pacientů, následující rok provedli první endoskopickou sfinkterotomii v Německu lékaři Ludwig Demling a Meinhard Classen a v Japonsku lékař Keiichi Kawai. (Baron, 2017).

Na Světovém gastroenterologickém kongresu v Mexiku v roce 1974 byl schválen název pod zkratkou ERCP. Postupně se tato technika začala prosazovat po celém světě. Výkon byl složitý a obnášel komplikace jako jsou krvácení, akutní pankreatitida, cholecystitida

a perforace duodena. Vývoj pokročil zejména v biliární sfinkterotomie a biliárním stentování. Biliární obstrukce byla diagnostikována a léčena chirurgickou léčbou s příliš velkou operační mortalitou (Cotton, Leung, 2020). První lékaři, kteří provedli vyšetření ERCP v České republice byli lékař Ivo Skála s rentgenologem Františkem Pirkem. Realizovali jej v Institutu klinické a experimentální medicíny v Praze v roce 1973 (Martínek et al., 2021).

1.2 Endoskopický sál a endoskopický tým

Ve větších specializovaných centrech funguje spolupráce mezi endoskopisty a chirurgy, je vytvořen hybridní operační sál, kde se provádí kombinované laparoskopické a endoskopické operace (Cotton, Leung, 2020). Endoskopickou retrográdní cholangiopankreatikografií lze vykonat s optimálním technickým vybavením a vysokou odborností vyšetřovacího zdravotnického týmu, a také přípravou před, v průběhu a po vyšetření. Důraz se klade na asistenci celého týmu a spolupráci pacienta. Výkon probíhá na operačním sále. Kladou se vysoké požadavky na technické a materiální vybavení. Důležitá je týmová organizace při práci a dodržení zásad asepse a antisepte (Ihnát, 2017).

U ERCP je nutný lékař a asistenti, anesteziologický lékař, instrumentářka a radiologický lékař ke kontrole radiologických snímků. Místnost musí být dostatečně prostorná, aby bylo možné v průběhu výkonu umístit všechna potřebná zařízení (Baron et al., 2018). Zdroj světla, video procesor a záznamové zařízení je zavěšeno na závěsné technologii a umožňuje tak snadný přístup k videozáznamu. Potřebné jsou dva monitory, pro endoskopické a pro ultrasonografické snímky, které jsou výškově nastavitelné. Na instrumentálním stolku jsou uloženy sterilní rukavice, lokální anestezie, lubrikant, bioptické fixační nádoby a bioptické kleště, stříkačka s vodou a vzduchem, různé velikosti jehel aspiračních a jádrových, nádobky, alkohol. Na pomocném instrumentačním stolku jsou připraveny duodenoskopy, kanylační katétry, vodící dráty a stenty. Většina zařízení je nainstalována na vozících, které se dají snadno přemísťovat po místnosti. (Fabbri et al., 2020).

Epicentrem ERCP místnosti je skiaskopický stůl, na kterém je umístěn v průběhu výkonu pacient. Endoskopista stojí vedle jeho hlavy a má přístup ke všem ovládacím endoskopickým a radiologickým prvkům, proto aby mohl získat optimální zobrazení pankreatobiliárního stromu. Vedle něho má místo asistent, který se zabývá manipulací s endoskopickým přístrojem. Přítomen je anesteziologický tým, který má přístup k anesteziologickým lékům, monitorovacímu zařízení fyzikálních funkcí a resuscitační techniky. Endoskopická sestra,

poskytuje specializovanou ošetrovatelskou péči, asistuje u vyšetření a zajišťuje zápis do dokumentace nemocného (Cotton, Leung, 2020).

1.3 Komplikace endoskopické retrográdní cholangiopankreatikografie

Po ERCP mohou nastat komplikace, které dělíme na akutní a pozdní. Akutními jsou krvácení, alergická reakce, krvácení do gastrointestinálního traktu po papilosfinkterotomii, perforace duodena, infekce, akutní pankreatitida, traumatizace biliárních či pankreatických cest, akutní cholangitida a akutní cholecystitida či sepse. Pozdními mohou být retrostenóza papily, recidiva choledocholitíazy, recidivující cholangitida. Poranění žlučových cest a tepenného systému je vážné poranění a může vést k smrti pacienta. Jednou z nejčastějších komplikací je sepse při uzavěru či dislokace stentu. Biliární stenty se používají k usnadnění drenáže žluči a mají různý tvar. Některé napodobují tvar společného žlučovodu a brání tak v migraci ve žlučových cestách. Komplikace je vzácná představuje asi 4 %, může být asymptomatická nebo symptomatická a může způsobit ileózní stavy, perforaci střeva, peritonitidu či zánět. Distální migraci biliárního stentu a následnou perforaci střevní stěny, která je spojená s post-ERCP je provázána vysokým rizikem morbidit a letality (Politová, 2022). Jsou ale velmi efektivní v paliativní léčbě tumorů žlučových cest a pankreatu. Prognóza zaleží na brzké diagnostice, komorbiditách a klinickém stavu a rozsahu a lokalizaci proděravění (Lochmannová et al., 2014). Další častou a nejzávažnější komplikací je akutní pankreatitida ve 2,6 %. Jde o akutní zánětlivý proces, který postihuje morfolonii i funkci slinivky břišní. Pacienti pociťují bolesti břicha a mají zvýšené krevní odběry amylázy a lipázy. Perforace patří mezi vzácné komplikace uvádí se asi od 0,1 % do 0,6 %, ale patří mezi závažné stavy s mortalitou 20 %. Uváděna je klasifikace dle Stapfera, která rozlišuje místa úniku vzduchu a jejich závažnost. Jsou uváděny čtyři typy perforací, volné stěny duodena, peripapilární, v oblasti žlučových cest a do retroperitonea. Tato komplikace vyžaduje operační řešení. Perforaci mohou ovlivnit i rizikové faktory jako jsou věk, dlouhý výkon, sfinkterotomie, provádění dilatace žlučových cest, dysfunkce Vaterské papily a další (Valkovský et al., 2014).

2 ENDOSKOP A ENDOSKOPICKÁ SONOGRAFIE

2.1 Endoskop

Literatura uvádí, že první pokusy o prohlížení tělních dutin jsou popsány již ve 8. století n. l., byly k tomu využívány duté stvoły rostlin a bambusů. Cizí tělesa, která uvízla v horní části trávicí trubice byly odstraňovány vyvoláváním zvracení. První prohlížení žaludku se připisuje prorokovi Jonášovi, který se dostal do žaludku velryby. K dalšímu pokroku v oblasti endoskopií došlo v 19. století, kdy byly objeveny nové slitiny kovů a tvrzené gumy, které se využily k výrobě jednoduchých přístrojů. K osvětlení se používaly svíčky, olejové či plynové lampy a později žhavý platinový drát. Lékař Georg Kelling spolu s techniky továrny Eugena Albrechta z Drážďan vytvořili první ohebný ezofagoskop v roce 1897. Uvedený lékař s ním extrahoval přístrojem cizí tělesa, dilatoval striktury a ošetřoval krvácející žaludeční léze. Tímto přístrojem provedl také první laparoskopii. Videokameru pro endoskopy sestavili v roce 1969 vědci Williard S. Boyle a George E. Smith z Bellových laboratoří (Špičák, Urban, 2015).

Endoskopy umožňují lékařům nahlédnout do běžně nepřístupných nebo špatně dostupných míst v těle člověka. Zavádějí se do přirozených dutin nebo uměle vytvořených dutin (stomie). Endoskopy s větším rozlišením mají pohyblivou čočku ve špičce endoskopu, která zachovává kvalitu obrazu. Jsou založeny na odrazu a lomu světelných paprsků (Holubová et al., 2015). Liší se délkou, velikostí, tuhostí, počtem kanálků a jejich velikostí, propracovaností a orientací čočky (Walsh et al., 2023).

Přístroje, které mají optiku v čele nazýváme endoskopy s prográdní optikou. K vyšetřování žlučových cest duodenoskopickou cestou se využívají endoskopy s boční optikou (laterární). Nazýváme je lateroskopy. Existují tři základní typy; rigidní či semiflexibilní, flexibilní a kombinované endoskopy. Dalšími jsou videoendoskopy a kapslová endoskopie (Holubová et al., 2015). Endoskopy obsahují tubus, jedná se o část, která se zavádí do vyšetřované části těla. Dále rukojeť, hlavu, která má v sobě zabudovanou úchopovou část, optiku a osvětlovací zařízení, které obsahuje kameru s videoprocesorem (Krátká, Gatěk, 2021)

2.1.1 Rigidní či semiflexibilní endoskopy

Je to tuhý endoskop s pevným tubusem, který obsahuje ohebný přístroj. Základem je kovový tubus, který má různé délky a průměr. Má vlastní osvětlení, které zajišťuje žárovka na konci

přístroje. Světlo se zajišťuje studeným světlem vedeným skleněnými vlákny. Diskomfortem pro pacienta u vyšetření je tuhost endoskopu (Holubová et al., 2015).

2.1.2 Flexibilní endoskopy

Endoskopy jsou různě dlouhé, ohebné a jsou vybavené soustavou čoček a vláknovou optikou. Základem je optické vlákno. Distální část obsahuje osvětlovací prvky a rozhoduje o flexibilitě přístroje. Dále se skládá z ohebné spojovací části a rukojeti s joystikem, kde je umístěn ovladač sání a vodní ventil. Pozorovací objektiv je usazen na konci endoskopu, kde jsou otvory z osvětlovacích svazků a otvory, kterými je přiváděn vzduch a voda (Krátká, Gatěk, 2021).

2.1.3 Videoendoskopy

Jsou nejnovější verzí fibroskopů. Videoendoskopy pracují na mikroelektronickém principu. Neobsahují žádná skleněná vlákna. Miniaturní televizní kamerou je nahrazen pozorovací objekt. Záznamy vyšetřovaného orgánu lze přenést do počítače, záznam je možné sledovat opakovaně (Holubová et al., 2015).

2.1.4 Kapslová endoskopie

Kapslová endoskopie je minimálně invazivní diagnostická metoda. Z polknuté kapsle snímá a bezdrátově přenáší endoskopický obraz gastrointestinálního traktu. V roce 2004 byla uvedena do prodeje první kapsle na vyšetření jícnu. V současnosti existuje několik kapslí, které se skládají z objektivu, LED osvětlení, snímacího čipu, řízení obrazu, zapínacího kontaktu, baterie, zpracování obrazu, vysokofrekvenčního dílu a vysílací antény (Zavoral, 2021).

2.2 Rozložení endoskopu

Endoskop obsahuje šroubovací distální krytku, filmovou kazetu, film, vyšetřovací žárovku, bleskovou žárovku, krycí sklo světla, optický hranol, fotoobjektiv, fotografickou komoru, objektiv optiky, vláknovou optiku, zaváděcí tubus, bioptické vlákno, ocelovou síťku, vodní kanálek, vzduchový kanálek, světlovod a lanko–Albaranova můstku (Zavoral, 2021). Hřídél zahrnuje sací část, která sahá ke špičce nástroje, aby umožnil průchod endoskopického příslušenství čímž jsou kleště, sondy a smyčky. Bioptické kleště se skládají z páru naostřených misek, spirálového kovového kabelu, tažného drátu a ovládací rukojeti. Cytologické kartáčky zahrnují krycí plastové pouzdro pro ochranu vzorků při odběru.

Ohebné jehly se používají pro injekce nebo odběr vzorků tekutin či buněk. Na špičku endoskopů jdou nasadit různé krytky. Videoskopy zachycují snímky, které jde přenést do počítače (Walsh et al., 2023).

2.3 Dezinfekce endoskopů

V současnosti se začaly vyskytovat endoskopické systémy, které jsou jednorázové, ale většina gastrointestinálních endoskopů se musí dezinfikovat. Účelem dezinfekce je eliminovat riziko přenosu infekce na jiné pacienty nebo zdravotnický personál. Všichni pacienti jsou považováni za potencionálně infekční. U pacientů, kteří mají závažné epidemiologické infekce Meticilin – rezistentního zlatého stafylokoka (MRSA), *Clostridium difficile*, *Klebsilla* je nutné doplnit i další opatření, které obsahují dezinfekci celé místnosti. Endoskopy se v České republice dezinfikují dvojstupňovou dezinfekcí. Flexibilní a rigidní nelze sterilizovat, proto se ošetřují dezinfekcí vyššího stupně. Proces čištění endoskopů zahrnuje nejprve takzvané předčištění bezprostředně po extrakci z pacienta. Proplach pracovního, oplachového a vzduchového kanálku a otření tubusu endoskopu. Následuje ponoření do dezinfekčního roztoku s detergentním účinkem. Po uplynutí dostatečné doby expozice pak následuje mechanická očista pomocí kartáčku. Poté se provádí oplach endoskopu, který slouží k opláchnutí detergentu. Dezinfekce probíhá v ručním nebo automatickém dezinfektoru. Nakonec se endoskop celý vysuší a uskladní se do speciální skříně. Uskladněný endoskop lze použít obvykle po dobu 3 až 7 dní (Zavoral, 2021).

2.4 Endoskopická sonografie – EUS

Je to metoda diagnostiko–terapeutická, která používá endoskop s ultrasonografickým měničem zobrazujícím lumen, stěnu a bezprostřední okolí trávicí trubice. Vyšetření rozlišuje pět vrstev stěny gastrointestinálního traktu, okolí uzlin, cévy, tkáně a orgány. Používá se pod zkratkou endosono a je srovnatelné s magnetickou rezonancí. Výhodou je snadná dostupnost vyšetření (Špičák et al., 2015).

Endoskopická sonografie byla vyvinuta počátkem 80. let 20. století pro vizualizaci slinivky břišní, která je lokalizována v retroperitoneálním prostoru a je překryta vzduchem. Endoskopická sonografie (v textu EUS) kombinuje endoskopii a intraluminární ultrasonografii. Skládá se ze dvou částí. Část první je přizpůsobena pro endoskopický

pohled, druhá pro ultrazvukový. Zařízení umožňuje snímat, manipulovat a ukládat ultrazvukové obrazy (Fabbri et al., 2020).

Frekvence slyšitelného vzduchu se pohybuje od 20 do 20 000 Hz za sekundu. Ultrazvuk zahrnuje frekvenční spektrum, které je větší jak 20 000 Hz za sekundu (Hawes, et al., 2018). Používá frekvenci 7,5- 12 MHz a zobrazuje stěnu trávící trubice jako pětivrstevnou strukturu. Jestliže má ultrazvuk takové frekvence, jsou dostatečné k zobrazení lymfatických uzlin (Špičák et al., 2015).

V časném stadiu chronické pankreatitidy endoskopický ultrazvuk rozezná časnou diagnostiku. Tato metoda je nejspolehlivější, ale vyžaduje zkušeného lékaře ke zhodnocení výsledků (Martínek et al., 2021).

EUS dokáže zobrazit nepřímou známku stenózy (prestenotická dilatace žlučových cest). Dovede zachytit vztah nádoru k cévám v hepatoduodenálním vazú, lymfadenopatii, malé množství ascitu a metastázy v levém jaterním laloku (Špičák et al., 2022).

V současné době je endoskopická ultrazvukem naváděná biliární drenáž – EUS - BD možnost po nezdaření endoskopické retrográdní cholangiopankreatikografie, která ji ale nenahradí. EUS naváděná biliární drenáž trvá kratší dobu, ale nežádoucí účinky jsou stejné jako u ERCP (Fabbri et al., 2020).

2.4.1 Endoskopická sonografie horního a dolního gastrointestinálního traktu

Využívá se při podezření na patologii ve stěně a okolí horní části gastrointestinálního traktu a distální části žlučového stromu a pankreatu. Metoda je nezbytná v diagnostice nádorů a polypů, které vycházejí ze stěny gastrointestinálního traktu. U vyšetření lze provést cytologickou nebo bioptickou diagnostiku, nekrektomii při akutní pankreatidě, drenáž žlučového nebo pankreatického systému. U dolního gastrointestinálního traktu se používá při nejasné patologii kolorekta. Součástí vyšetření je staging a restaging karcinomu rekta před plánovanou léčbou po retrográdní přípravě. Staging určuje rozsah nádoru. Nejpoužívanějším systémem je TNM systém, T (tumor), označuje velikost nádoru, N (nodus), označuje postižení regionálních lymfatických uzlin a zkratka M označuje metastázy (Holubová et al., 2015).

3 NEJČASTĚJŠÍ INDIKACE K PODSTOUPENÍ ENDOSKOPICKÉ RETROGRÁDNÍ CHOLANGIOPANKREATIKOGRAFII

Kapitola bude soustředěna na nejčastější důvody k podstoupení vyšetření ERCP. Mezi nejčastější patří stenóza, konkrementy, záněty, nádory, cysty a různé anomálie. Budou objasněna jednotlivá onemocnění, jejich příčiny, symptomatologie, diagnostika a léčba.

3.1 Cholelitiáza

Charakterizuje tvorbu a přítomnost žlučových konkrémentů ve žlučových cestách a žlučníku. Cholecystolitiáza popisuje konkrementy ve žlučníku. Choledocholitiáza znamená přítomnost v extrahepatických žlučovodech a hepatikolitiáza v intrahepatických cestách. Existují tři druhy konkrémentů cholesterolové, pigmentové a smíšené. Nejčastější jsou cholesterolové, které způsobuje nadměrné množství cholesterolu ve žluči a mají žlutohnědou barvu. Pigmentové jsou černé, vytváří je bilirubinový pigment, fosfát a uhličitán vápenatý. Často se vyskytují u pacientů s jaterní cirhózou. Hnědé obsahují bilirubinát, stearát, palmitát vápníku a cholesterol. Posledním druhem jsou smíšené, jejich množství cholesterolu se pohybuje v rozmezí od 25 % do 75 %. Sludge je tzv. žlučové bláto, skládá se z krystalů cholesterolu, kalciových solí, mucinu a kalcium bilirubinátu (Lukáš et al., 2022).

Symptomy žlučových konkrémentů závisí na jejich lokalizaci a velikosti. Typickým klinickým obrazem je biliární dyspepsie a kolika. Biliární dyspepsie vzniká při požití smaženého, pečeného, grilovaného tučného jídla, po vajíčkách, česneku, máku a kávy. Mezi příznaky řadíme nadýmání, říhání, regurgitaci, flatulenci, pocit plnosti, nechutenství, zácpu nebo průjem. Dalším příznakem je biliární kolika, která se objeví za několik hodin po požití potravy, často v noci nebo jindy také v nezávislosti na jídle. Je to bolest, lokalizována do pravého podžebří s propagací pod pravou lopatku. Způsobují ji stahy hladkého svalstva žlučníku, které uvolní konkrément. Pokud vycestuje do společného žlučovodu, bolest se projeví ve středním epigastriu s propagací do zad a páteře (Ehrmann, 2008).

Diagnostickými metodami jsou biochemické odběry krve především jaterní testy (v textu JAS), zánětlivé markery a bilirubin, dále ultrasonografie (v textu USG) břicha. Důležité je polohování pacienta, aby byly zobrazeny všechny konkrementy. Nezbytně důležité je pečlivě sonograficky vyšetřit žlučový strom v celém jeho průběhu až do distální intrapancreatické části hepatocholedochu (Hoffmanová, 2024). Jestliže je nález nepřehledný

pacient podstoupí rentgenologické vyšetření (v textu RTG), výpočetní tomografií nebo magnetickou rezonancí. U symptomatické cholecystolitiázy a akutní cholecystitidy se provádí cholecystektomie. Pokud se potvrdí choledocholitiáza, kde je přítomnost cholestázy, provádí se extrakce konkrémentu při ERCP (Lukáš et al., 2022).

3.2 Cholangitida

Podle klinického průběhu rozlišujeme dvě formy akutní a chronickou. Akutní cholangitida je definována jako akutní bakteriální infekce intrahepatálních žlučových cest, která vzniká při jejich obstrukci. Příčinou jsou choledocholitiáza, biliární striktury, sklerotizující cholangitida, tumorózní obstrukce, stagnace žluči a následná infekce střevními bakteriemi, nejčastěji gramnegativními kmeny *Escherichia coli*, *Klebsiella*, *Pseudomonas*, *Proteus* a enterokoky (Martínek et al., 2021). Neléčená cholangitida měla v minulosti mortalitu 100 %, při současné endoskopické léčbě klesla na 5 % až 10 %. U starších, polymorbidních pacientů nebo u odložené drenáže je mortalita až 40 % (Lukáš et al., 2022).

Klinický obraz závisí na rychlosti vzniku, rozsahu obstrukce a míře bakteriální infekce. Zánět může postupovat intraparenchymatózně a mohou vzniknout mnohočetné mikroabscesy v játrech. Charakterizuje se Charcotovou triádou horečkou, ikterem, bolestí v pravém podžebří a Reynoldsovou pentádou, zahrnuje známky šoku a zhoršení stavu vědomí. Zánět může přejít do chronické podoby s mírnými příznaky subfebrilie, subikterus, pruritus, kachektizace a dyspepsie. Závažnou komplikací chronické formy je sekundární biliární cirhóza. (Lukáš et al., 2005).

Onemocnění se diagnostikuje fyzikálním vyšetřením, kombinací laboratorních a zobrazovacích metod. Provedou se biochemické odběry krve JAS a C-reaktivní protein (v textu CRP) při známce infekce. Ultrasonografie stanovuje konkrémenty ve žlučových cestách a jejich dilataci. Následnou volbou je MRI nebo USG. Léčba cholangitidy probíhá v podání širokospektrých antibiotik gentamicin, ampicilin, ciprofloxacin nebo imipenem a provede se dekomprese žlučových cest nejméně na 24 hodin od počátku příznaků. Zobrazovací technikou je ERCP. Léčebným procesem je podstoupení papilotomie nebo extrakce konkrémentu. Pokud je výkon neúspěšný, zavádí se duodenobiliární anebo nazobiliární drenáž. Jestliže jsou konkrémenty moc velké, lze provést balonkovou dilataci papily nebo sfinkteroplastiku, která kombinuje papilotomií s hydraulickou dilatací. Jestliže není možné provést ERCP nebo selže endoskopická léčba, provádí se perkutánní

transhepatální drenáž, která se využívá se v paliativní péči nebo endosonograficky navigovanou drenáž (Martínek et al., 2021).

3.3 Akutní biliární pankreatitida

Akutní pankreatitida je závažné neinfekční zánětlivé onemocnění slinivky břišní. Má poměrně vysokou morbiditu. Jako preventivní opatření recidivujících akutních biliárních pankreatid (v textu BAP) je cholecystektomie s endoskopickou papilosfinkterotomií, kterou způsobuje cholelitiáza. Žlučové konkrementy po pasáži žlučových cest způsobí obstrukci Vaterské papily, pankreatického vývodu nebo obojí (Stibůrek et al., 2013). Biliárně indukovaná pankreatitida tvoří asi 30 % až 60 % všech případů. Existují tři teorie vzniku. Nejvíce preferovaná v současné době je teorie společného kanálu, jejíž autorem je lékař Eugene Lindsay Opie a publikoval ji v roce 1901. Dojde k zaklínění konkrémentu v oblasti Vaterské papily a vznikne společný kanál, který umožní průnik žluči do pankreatu a tím se začne rozvíjet akutní pankreatitida (Keil, 2016).

Patofyziologie není úplně objasněna. Existují biliární etiologie, které se odhalí časnou elevací jaterních enzymů a bilirubinu nebo etiologie způsobené abúzem alkoholu. Klinický průběh může být bezpříznakový, ale typicky se vyznačuje prudkou stálou bolestí lokalizovanou nad pupkem, která může propagovat do zad a břicha. Pacienti často vyhledávají úlevovou polohu. Přítomné je zvracení, nauzea, dochází k poruše pasáže a paralytickému ileu. Určujícími znaky biliární pankreatitidy jsou třesavka, horečka, bolest v epigastriu vyzařující do zad a páteře a vzniká ikterus. Diagnostika spočívá ve fyzikálním vyšetření, laboratorních biochemických odběrech krve, kde je přítomna leukocytóza, elevace sérových amyláz, zvýšené jaterní enzymy, především gamaglutamyltransferáza (v textu GMT) a alkalická fosfatáza (v textu ALP). Používají se zobrazovací metody RTG, CT, MRI a USG (Zazula, Wohl, 2005).

Léčba je komplexní, její intenzita a rozsah se odvíjí od klinického stavu pacienta. Nutná je nutriční podpora. Podávají se antibiotika. Provede se ERCP, aby se mohli uvolnit zaplněné žlučové cesty a implantuje se stent nebo se provádí papilosfinkterotomie. Ke komplikacím řadíme abscesy, pseudocysty, nekrózy, trombózu, ischemii, ascites a krvácení. Doporučuje se s odstupem tří měsíců podstoupit cholecystektomii. U těžké formy je značně vysoká mortalita (Česák, 2013).

3.4 Nádory žlučníku, žlučových cest, slinivky břišní, Vaterské papily

Novotvary žlučníku vznikají současně při cholecystolitiáze a nejvýznamnější se nazývá adenokarcinom. Patří do skupiny zhoubných novotvarů hepatobiliární oblasti. Vychází z hlavy slinivky břišní, vývodných žlučových cest a Vaterské papily. Příčinou vzniku je cholelitiáza, složení žluče, kalcifikace stěny, kongenitální biliární cysty, polypy, infekce, karcinogenní látky a léky. Symptomy jsou nespecifické a často se překrývají s cholecystolitiázou a cholecystitidou, a proto se onemocnění diagnostikuje v pozdním stadiu. Odebírají se laboratorní biochemické odběry krve, kde je zvýšená hladina nádorových markerů; karcioembryonální antigen, carbohydrátový antigen, zvýšený bilirubin a JAS. Provádí se vyšetření USG, MRI, RTG a ERCP. Léčba je chirurgická, ale většina nádorů nelze resekovat. Pacienti umírají do jednoho roku po operaci (Češka, 2010).

Žlučové cesty mají nádory intrahepatické a extrahepatické. Příznakem je ikterus, který může být intermitentní. Je způsoben opakovanými nekrózami cest, které se dočasně zprůchodňují. Objevuje se lokálně až při pokročilém karcinomu. Objevují se horečky, bolesti v oblasti žlučníku a stolice je stříbrnošedá (acholická) v kombinaci s melénou. Důležitý údaj je o úbytku hmotnosti, který směřuje k malnutrici a musí se kontaktovat nutriční terapeut. Používají se zobrazovací metody USG a ERCP. Pokud jsou tyto techniky neúspěšné, doplní se MRI nebo CT vyšetření. Cílem léčby je odstranit biliární obstrukci. Kurativní resekční výkon se u nádoru žlučových cest neprovádí, proto je prognóza nepříznivá (Zdeněk et al., 2010).

Nádory slinivky břišní rozdělujeme na benigní, které se vyskytují zřídka a maligní, kde odlišujeme karcinom pankreatu a ampulární nádory. Většina je lokalizovaná v hlavě pankreatu. Objevují se příznaky jako je ikterus, postkranální zvracení (zvracení z útlaku duodena), únava, anorexie, hubnutí a bolesti břicha. Zobrazovací metodou je CT, která lze doplnit o EUS a ERCP, popřípadě MRI. Jedinou kurativní léčbou je tzv. R0 resekce; odstranění celé části postižené nádorem s následnou chemoterapií (Hlavsa et al., 2008).

Adenokarcinom Vaterské papily má nejlepší prognózu ze všech nádorů podjaterní krajiny. Důvodem je časně odhalení symptomů ikterus, recidivující pankreatitidy, krvácení. Onemocnění se diagnostikuje zobrazovací metodou CT a MRI a endoskopickou metodou ERCP. Odebírají se krevní odběry na biochemické vyšetření. Léčbou adenokarcinomu je chirurgické odstranění s vytvořením bilioenterální anastomózy (Češka, 2010).

4 EDUKACE PACIENTA PODSTUPUJÍCÍHO ENDOSKOPICKOU RETROGRÁDNÍ CHOLANGIOPANKREATIKOGRAFIÍ

Slovo edukace lze definovat jako proces, který ovlivňuje chování jedince a jeho cílem je navodit pozitivní změny v jeho vědomostech, postojích, návycích a dovednostech. Pochází z latinského slova *educio*, které znamená vést vpřed nebo vychovávat. V edukačním procesu dochází k učení lidí, buď intencionálně (záměrně) nebo incidentálně (nezáměrně). Edukant je jednotlivec učení bez rozdílu na věk a prostředí, ve kterém poskytnutí informací probíhá. Každý má rozdílnou charakteristiku, která ovlivňuje edukační proces (pohlaví, věk, postoje, morální vyzrálost, motivace k uzdravení, schopnost učit se). Ve zdravotnictví bývá edukantem nejčastěji zdravý, nemocný člověk nebo zdravotní personál (Juřeníková, 2010).

Edukátor je každý, který učí a řídí edukační proces. Významnou roli hraje osobnost edukátora (temperament, komunikační dovednosti, profesionální zkušenosti, zodpovědnost apod.). Edukačními konstrukty rozumíme procesy, které ovlivňují či určují reálné edukační procesy. Zahrnujeme do nich teorie, plány, standardy ošetrovatelské péče, legislativu, edukační materiály, pomůcky a učebnice. Edukační místo je prostředí, kde probíhá sdělování informací pacientovi. Člověk, který provádí edukaci by měl věnovat dostatek času svému edukantovi (Krátká, 2016).

Komunikace dle Pokorné (2008, s. 9) je definována jako *„komunikace se vytváří jako vztah mezi minimálně dvěma subjekty, kteří o sobě vědí a společně subjektivně sdílejí, prožívají a zaujmají stanovisko k určité objektivní situaci. Objektem komunikace je potom to, jak na tuto situaci reflektují, jak ji řeší a jak na ni společně reagují“*. Je charakterizována jako dorozumívání a dělíme ji na verbální (komunikace slovem, písmem a symboly) a nonverbální (komunikace bez slov). V edukačním procesu zprostředkovává výměnu informací, zkušeností, motivů, postojů a emocí. Umožňuje vzájemný kontakt, působení a usměrňuje vztah mezi účastníky. Rozsah, způsob, struktura, metoda a forma komunikace jsou ovlivněny počtem účastníků edukace (Juřeníková, 2010).

V každém edukačním procesu by měli být stanoveny cíle (kognitivní, afektivní, psychomotorické). Cílem edukace je osvojit si nové poznatky, získat nové vědomosti a zručnost, vytvářet hodnotový a postojový systém jedince a dosáhnout změny chování (pozitivního). Formulovány musí být konkrétně, jasně, stručně, přesně, jednoznačně a s možností kontroly. Kognitivní se soustřeďují na poskytnutí specifických informací, vědomostí, kterým edukant rozumí a může se podle nich rozhodovat a jednat. Afektivní,

jsou citové, specializované na postoje, přesvědčení, názory a hodnocení. Psychomotorické se zaměřují na získání způsobilosti a schopnosti naučit se dovednost a realizovat jej v životě (Krátká, 2016).

Existuje několik faktorů ovlivňující edukaci. Při provádění edukaci je nezbytnost si vytvořit vztah důvěry, jistoty, porozumění a empatie mezi edukátorem a edukantem. Kvalitu a efektivnost ovládají faktory pacienta (věk, aktuální zdravotní stav, styl učení, osobní vlastnosti apod.). Mohou ho ovlivňovat rodinní příslušníci a činitele zdravotnického personálu. Kvalita a konečný výsledek edukačního procesu je závislý na vzájemné komunikaci a porozumění. Edukace se realizuje za přítomnosti celého multidisciplinárního zdravotnického týmu jako je lékař, všeobecná sestra, nutriční terapeut a další. V rámci edukace je vhodné se specializovat na vlastní přípravu. Seznámit se s informacemi o pacientovi, vhodně rozhovor s pacientem načasovat, vytvořit dobré podmínky, přizpůsobit verbální a nonverbální rozhovor. Projevit zájem o pacienta a mluvit srozumitelně. Poprosit o zpětnou vazbu, jestli edukaci rozuměl nebo nerozuměl a zda potřebuje více času (Bradávková, 2018).

4.1 Příprava a péče o pacienta před vyšetřením

Před každým vyšetřením je důležitá informovanost pacienta, která zahrnuje fyzickou přípravu, psychologickou přípravu a edukaci. Endoskopické výkony jsou invazivní, proto může dojít ke komplikacím, tudíž musíme pacienta předem dostatečně informovat, aby porozuměl celé edukaci o vyšetření (Pracná, Konečný, 2012).

Příprava pacienta se skládá z několika fází. Pacient je odeslán převážně plánovaně od praktického lékaře, kde je mu sdělen a vysvětlen důvod k podstoupení ERCP. Vyšetřuje se příčina ikteru, zánět, konkrement, překážka ve žlučových cestách a jejich vývodů. Nemocný dochází k hospitalizaci den předem nebo v den vyšetření. U akutního nebo urgentního stavu, zjištěného za hospitalizace, se vyšetření ERCP provádí, co v nejkratší možné době. Pacient je hospitalizován na konkrétním oddělení a následně vyšetřen lékařem, kde sdělí svou anamnézu, alergie a informace o zavedeném kardiostimulátoru (Zeman et al., 2011). Následně je pacient ústně edukován o samotném výkonu a případných komplikacích. Špatná edukace může vést k prodloužení či znemožnění samotného vyšetření nebo dokonce k opakování zákroku (Bradávková, 2018). Po ústní edukaci od ošetřujícího lékaře nemocný podepíše informované souhlasy, jak s hospitalizací, analgosedací, transfuzí tak samotným výkonem. Informovaný souhlas je činnost, kdy pacient potvrzuje,

zda byl řádně informován o vyšetření a porozuměl všem důležitým informacím, které souvisí s příslušným výkonem, který bude podstupovat. Pokud výkon odmítá, musí podepsat informované odmítnutí (nesouhlas s péčí), který je známý pod pojmem negativní reverz (Doležal, Doležal, 2023).

Před ERCP se zavede periferní žilní kanyla pro podání léků, která rovněž slouží na infuzní terapii, protože pacient musí být od půlnoci lačný a nesmí nic pít, jíst ani kouřit, protože tabákové výrobky dráždí žaludeční sliznici nikotinem a dochází ke zvýšenému vylučování žaludečních šťáv (Charvát et al., 2016). Žilní vstupy jsou nezbytné pro většinu pacientů a jsou nejčastěji používanými vstupy při hospitalizaci v každé nemocnici. K hodnocení periferní žilní kanyly se na konkrétním interním oddělení používá skóre dle Madonny (Vašáková, 2022).

Psychologická příprava je nezbytná, pacient musí být dostatečně edukován, aby neměl strach či obavy z vyšetření. Musíme respektovat práva pacientů; soukromí, víru, rodinné poměry, souhlas studentů u výkonu (Pracná, Konečný, 2012).

U gravidních žen je ERCP naprostou kontraindikací a provádí se pouze z vitální indikace anebo pokud není možnost jiné endoskopické metody či jiného vyšetření. A proto se před výkonem odebírají krevní odběry hladinu hormonu hCG (Choriový gonadotropin) a jsou odeslány ošetřujícím lékařem na gynekologické vyšetření k vyloučení gravidity (Urbancová, 2017).

Vysazuje se antiagregační a antikoagulační léčba nejméně 5 dní před výkonem. Pacientům se aplikuje nízkomolekulární heparin jako prevence tromboembolické nemoci (Zeman et al., 2011). Odebírají se krevní odběry biochemické amylázy, lipázy, CRP a hematologické koagulace a krevní obraz dle ordinace lékaře. Příprava pacientů s diabetem mellitem je složitější než u ostatních, proto se pacienti připravují za hospitalizace. Až 60 % trpí onemocněním gastrointestinálního traktu. Pravidelně kontrolujeme hladinu glykémie a podáváme naordinované glukózové 10 % infuze s krátkodobým inzulinem, jak večer, tak ráno před vyšetřením (Vachutková, Loyková, 2011). Ráno před vyšetřením si pacienti sundají šperky a pokud mají zubní protézu, vyjmou si ji. Aplikuje se Hartmannův roztok k infuzní terapii, která je 3-4 litry v den výkonu poté dle ordinace lékaře. Před odjezdem na sál se podává premedikace (Indometacinový čípek per rectum či benzodiazepiny Neurol, Lexaurin nebo Diazepam perorálně) dle ordinace lékaře, které navozují sedativní účinek. Ošetřující sestra zkontroluje dodržování lačnosti a profylakticky aplikuje antibiotika. Pokud pacient nemá zavedený permanentní močový katetr, je doporučeno se vymočit,

protože výkon bude trvat půl hodiny až hodinu a odváží se na endoskopický sál (Informovaný souhlas s ERCP..., 2019).

4.2 Příprava a péče po vyšetření

Po skončení výkonu endoskopická sestra odstraní pacientovi z úst ochranný náustek. Pomůže mu vstát nebo se přesunout na své lůžko ze skiaskopického stolu. Provede edukaci a seznámí pacienta s režimovými opatřeními po ERCP (Bradávková, 2018). Ošetřující sestra si pacienta převezme a odveze zpět na standartní oddělení, pokud vyšetření proběhlo bez komplikací. Při převozu musí ležet na boku, aby neaspiroval sliny, protože může doznívat lokální nebo celková anestezie. V případě komplikovaného výkonu se pacient převáží na jednotku intenzivní péče. Ošetřující sestra na konkrétním oddělení opětovně poučí pacienta o režimových opatřeních a klidovém režimu po vyšetření. Kontroluje celkový stav pacienta. V případě známek šoku, kterými jsou zrychlený srdeční tep, nízký krevní tlak, bledost až cyanóza se musí ihned informovat ošetřující lékař. Nemocní mohou cítit nadýmání ze vzduchu, který do nich byl vpraven po dobu výkonu. Pokud pacient pociťuje nevolnost nebo pocit na zvracení podává se intravenózně antiemetikum (Degan, Ondasetron). Zakládá se záznam o sledování fyziologických funkcí, které jsou mu monitorovány, co hodinu po dobu 4 až 6 hodin. Sledujeme krevní tlak, tělesná teplota, puls a saturaci kyslíkem, pokud jsou tyto hodnoty v normě, lékař záznam zruší (Informovaný souhlas s ERCP..., 2019).

Do dekurzu pacienta ošetřující sestra zaznamenává bolesti, podává analgetika dle ordinace lékaře a sleduje jejich účinek, který hodnotí. Aplikují se infuzní roztoky, protože je pacient lačný (prevence podráždění slinivky břišní) až do biochemických krevních odběrů, kterými jsou amylázy a lipázy, popřípadě CRP nebo krevní obraz v případě krvácení. Odebírají se 6 hodin po vyšetření. Jestliže jsou hodnoty v referenčních mezích, může nemocný pít tekutiny, pokud jsou krevní hodnoty zvýšené, dále se pokračuje v infuzní terapii a pacient dodržuje lačnění, což znamená nic per os. Druhý den v ranních hodinách se odběry opakují a pokud jsou ve referenčních mezích, pacientovi je naordinována dieta č. 4; s omezením tuků nebo č. 4S; s přísným omezením tuků. Pacientům s diabetem mellitem je naordinovaná dieta č. 4S/9; diabetická s přísným omezením tuků. Pokud ji nemocný toleruje, propouští se do domácí péče a je edukován o režimových opatřeních po vyšetření, které musí dodržovat. Výsledek z histologického vyšetření je zaslán obvodnímu lékaři, který ji sdělí pacientovi (Drábková, 2019).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

5 METODOLOGIE VÝZKUMU

5.1 Cíle práce a výzkumné otázky

Cíle:

Cíl č. 1: Zjistit, z jakých zdrojů opory pacienti čerpali informace o vyšetření endoskopická retrográdní cholangiopankreatikografie.

Cíl č. 2: Zjistit, jak pacienti vnímali proběhlou edukaci zdravotnickým personálem k vyšetření endoskopické retrográdní cholangiopankreatikografii.

Cíl č. 3: Zjistit, jak ovlivnila proběhlá edukace u pacientů endoskopickou retrográdní cholangiopankreatikografii.

Cíl č. 4: Vytvoření edukační brožury v tištěné podobě pro pacienty, kteří budou podstupovat endoskopickou retrográdní cholangiopankreatikografii

Výzkumné otázky:

Č. 1 Které zdroje opory pacienti využívali k získání informací o vyšetření endoskopická retrográdní cholangiopankreatikografie?

Zaměřili jsme se na informace o vyšetření endoskopická retrográdní cholangiopankreatikografie, které jim zdravotnický personál sdělil edukací, jejich porozumění, srozumitelnost a vyhledávání zdrojů opory.

Č. 2 Jak probíhala edukace u vybraných pacientů k endoskopické retrográdní cholangiopankreatikografii na konkrétním interním oddělení?

Soustředili jsme se na formu sdělení informací, místo, kde probíhala edukace v rámci oddělení, kolik zdravotnický personál poskytl pacientům času u edukace a důvod k podstoupení vyšetření.

Č. 3 Jaký měla vliv u vybraných pacientů na konkrétním interním oddělení proběhlá edukace na průběh prožívání endoskopické retrográdní cholangiopankreatikografie?

Zaměřili jsme se na sdělené informace, které pomohly pacientům vyšetření podstoupit, zdali vnímali edukaci jako podporu a jaká pro ně byla nejdůležitější informace k podstoupení endoskopické retrográdní cholangiopankreatikografie.

5.2 Metoda výzkumu a technika sběru informací

Kvalitativní výzkum umožňuje poznání širšího kontextu jevů, které výzkumníka zajímají, a jejich poznání v přirozených podmínkách. Participanti jsou vybíráni na základě určitého konceptu a odpovídají na otázky kladené při rozhovoru, který probíhá v běžných podmínkách. Otázky se mohou modifikovat nebo doplňovat v průběhu rozhovoru, během sběru a analýzy informací (Hendl, 2016). Technikou výzkumu byl zvolen polostrukturovaný nestandardizovaný rozhovor (interview), který je prostředkem lidské komunikace pro získávání informací. Otázky jsou formulovány srozumitelně tak, aby tazatel dostal svou odpověď. Důraz se klade na přirozenost konverzace. Držíme se především témata, které nás zajímá a sledujeme jeho rozvíjení v kontextu definovaných výzkumných otázek a cílů (Kutnohorská, 2009).

Rozhovor se odehrával za fyzické účasti autorky práce a konkrétního vybraného participanta. Na začátku každého interview proběhla neformální konverzace, při kterém proběhlo seznámení s výzkumníci a cílem výzkumu. Všichni participanti souhlasili s rozhovorem, s pořízením jeho audiozáznamu a s účastí na výzkumu pro praktickou část bakalářské práce; podepsané formuláře se souhlasem jsou k dispozici u autorky práce.

Ke splnění cílů a výzkumných otázek bakalářské práce, byla vytvořena sada otázek pro rozhovor za spolupráce vedoucího práce. Jejich schéma je uvedeno v PŘÍLOZE P I. Pro identifikaci participantů byly použity zkratky PA 1 až PA 5. Otázky, které byly pokládány pacientům nebyly v průběhu upravovány a modifikovány. Jejich pořadí nebylo závazné, v průběhu rozhovoru se měnilo. Některé z informací, osobní údaje a průběh vyšetření, byly zjišťovány ze zdravotnické dokumentace. Přepis jednotlivých rozhovorů s participanty je uveden PŘÍLOZE P II.

5.3 Charakteristika participantů

Realizováno bylo 5 rozhovorů. Participantkami byly dospělé ženy ve věku od 32 let do 77 let. Jejich výběr byl cílený, vyšetření ERCP podstupovaly poprvé, souhlasily s rozhovorem k tématu výzkumu včetně pořízení jeho audiozáznamu. Rozhovorů se zúčastnily pouze ženy,

protože muži nesplňovali kritéria, vyšetření ERCP podstupovali opakovaně a interview nesouhlasili. V Tabulce 1 je uvedena základní charakteristika jednotlivých participantek.

Tabulka 1 Charakteristika participantek

Participantka	Označení	Pohlaví	Věk	Lékařská diagnóza při přijetí	Lékařská diagnóza po ERCP
Participantka 1	PA1	Žena	77 let	Nemoci jater	Stenóza žlučového
Participantka 2	PA2	Žena	66 let	Kámen žlučových cest	Přítomnost konkrémentů ve žlučových cestách
Participantka 3	PA3	Žena	32 let	Zvýšená hladina bilirubinu v krvi	Obstrukční ikterus, Přítomnost konkrémentů ve žlučových cestách
Participantka 4	PA4	Žena	37 let	Kámen žlučníku	Přítomnost konkrémentů ve žlučových cestách

Participantka 5	PA5	Žena	68 let	Jiná a neurčená břišní bolest	Přítomnost konkrementů ve žlučových cestách
----------------------------	-----	------	-----------	----------------------------------	------------------------------------------------------

(Zdroj: Autorka práce, 2024)

5.4 Organizace výzkumu a metody zpracování informací

Souhlasné stanovisko k realizaci výzkumu na konkrétním interním standardním oddělení nemocnice krajského typu bylo získáno od náměstkyně ošetrovatelské péče a vrchní sestry interního oddělení v lednu 2024 a je k dispozici u autorky práce. Rozhovory probíhali anonymně, jednotlivé participantky jsou uváděny v bakalářské práci pod zkratkou PA 1-5 a nejsou uváděna citlivá data. Audiozáznamy z rozhovorů s participantkami jsou k dispozici u autorky práce.

Výzkum byl realizován od března do dubna 2024. V dubnu byly rozhovory analyzovány. Současně byla vytvořena edukační brožura pro nemocné pacienty, kteří podstupují vyšetření ERCP na konkrétním interním oddělení.

Průměrná doba rozhovorů byla 8 minut. Interview se odehrávaly na pokoji pacientů nebo na vyšetřovně oddělení tak, aby bylo zajištěno soukromí a navázána důvěra mezi tazatelem a participantem. Po pořízení audiozáznamu byl každý rozhovor přesně přepsán se zachyceným nářečím a nespisovnými projevy. Následně probíhalo označení získaných informací k jednotlivým otázkám. Přistoupili jsme ke kódování. Zkoumané oblasti se vyznačily barevně a shromažďovaly se do stejných kategorií, hledala se vzájemnost. „Kódování je část analýzy, která se zabývá označováním a kategorizací pojmů pomocí pečlivého studia údajů“ (Kutnohorská, 2009, s. 68).

Pro vytvoření tabulek byl využit Microsoft Word Office 2021.

6 ANALÝZA A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH INFORMACÍ

6.1 Informace ze zdravotnické dokumentace

Od každé participantky byly získány informace o jejich věku a diagnóze ze zdravotnické dokumentace. Současně jsme se zaměřili na podávání infuzní terapie, protože pacientky před výkonem musí být lačné, aplikaci premedikaci, zjištění a zhodnocení fyziologických funkcí, dietu po vyšetření a hodnoty biochemického vyšetření před a po výkonu (amylázy a lipázy), z důvodu předložení těchto hodnot ošetřujícímu lékaři. Referenční meze u biochemických krevních odběrů jsou lipázy 0,12 – 1,00 $\mu\text{kat/l}$ a amylázy 0, 5- 1,7 $\mu\text{kat/l}$. Uvedené informace jsou v Tabulce 2.

Tabulka 2 Tabulka 2 Informace ze zdravotnické dokumentace

Označení	Informace ze zdravotnické dokumentace
PA 1	<p>Věk: 77 let</p> <p>Pohlaví: žena</p> <p>Základní diagnóza: Nemoci jater</p> <p>Infuzní terapie: 4000 ml Hartmann i. v.</p> <p>Premedikace: Indometacinový čípek, Midazolam 2 mg i. v., Buscolysin 40 mg i. v.</p> <p>Amylázy před ERCP: 0, 59 $\mu\text{kat/l}$ Amylázy po ERCP: 0, 75 $\mu\text{kat/l}$</p> <p>Lipázy před ERCP: 0, 43 $\mu\text{kat/l}$ Lipázy po ERCP: 0, 15 $\mu\text{kat/l}$</p> <p>TK po ERCP: 110/ 70 mmHg</p> <p>Dieta před ERCP: NPO Dieta po ERCP: 4S/9</p>
PA 2	<p>Věk: 66 let</p> <p>Pohlaví: žena</p> <p>Základní diagnóza: Kámen žlučových cest</p> <p>Infuzní terapie: 3000 ml Hartmann i. v.</p> <p>Premedikace: Indometacinový čípek, Midazolam 3 mg i. v., Buscolysin 40 mg i. v.</p>

	<p>Amylázy před ERCP: 0, 80 μkat/l</p> <p>Lipázy před ERCP: 0, 60 μkat/l</p> <p>TK po ERCP: 130/ 90 mmHg</p> <p>Dieta před ERCP: NPO</p>	<p>Amylázy po ERCP: 2, 16 μkat/l</p> <p>Lipázy po ERCP: 1, 74 μkat/l</p> <p>Dieta po ERCP: 4S/9</p>
PA 3	<p>Věk: 32 let</p> <p>Pohlaví: žena</p> <p>Základní diagnóza: Zvýšená hladina bilirubinu v krvi</p> <p>Infuzní terapie: 3000 ml Hartmann i. v.</p> <p>Premedikace: Indometacinový čípek, Midazolam 7,5 mg i. v., Buscolysin 40 mg i. v.</p> <p>Amylázy před ERCP: 0, 56 μkat/l</p> <p>Lipázy před ERCP: 0,10 μkat/l</p> <p>TK po ERCP: 135/ 80 mmHg</p> <p>Dieta před ERCP: NPO</p>	<p>Amylázy po ERCP: 7, 19 μkat/l</p> <p>Lipázy po ERCP: 8,30 μkat/l</p> <p>Dieta po ERCP: 4S</p>
PA 4	<p>Věk: 37 let</p> <p>Pohlaví: žena</p> <p>Základní diagnóza: Kámen žlučníku</p> <p>Infuzní terapie: 3000 ml Hartmann i. v.</p> <p>Premedikace: Indometacinový čípek, Midazolam 5 mg i. v., Buscolysin 40 mg i. v., Apaurin 5 mg i. v.</p> <p>Amylázy před ERCP: 0, 62 μkat/l</p> <p>Lipázy před ERCP: 0, 40 μkat/l</p> <p>TK po ERCP: 160/ 85 mmHg</p> <p>Dieta před ERCP: NPO</p>	<p>Amylázy po ERCP: 0, 89 μkat/l</p> <p>Lipázy po ERCP: 0, 38 μkat/l</p> <p>Dieta po ERCP: 4S</p>

PA 5	Věk: 68 let	
	Pohlaví: žena	
	Základní diagnóza: Jiná a neurčitá břišní bolest	
	Infuzní terapie: 4000 ml Hartmann i. v.	
	Premedikace: Indometacinový čípek, Buscolysin 60 mg i. v.	
	Amylázy před ERCP: 0, 53 μ kat/l	Amylázy po ERCP: 2, 41 μ kat/l
	Lipázy před ERCP: 0, 33 μ kat/l	Lipázy po ERCP: 0, 18 μ kat/l
	TK po ERCP: 118/ 98 mmHg	
Dieta před ERCP: NPO	Dieta po ERCP: 4S/9	

(Zdroj: Autorka práce, 2024)

6.2 Interpretace získaných informací z rozhovorů

6.2.1 Cíl č. 1 Zjistit, z jakých zdrojů opory pacienti čerpali informace o vyšetření endoskopická retrográdní cholangiopankreatikografie.

Výzkumná otázka č. 1: Které zdroje opory pacienti využívali k získání informací o vyšetření endoskopická retrográdní cholangiopankreatikografie?

Všechny participantky, které podstupovaly vyšetření ERCP byly hospitalizovány na konkrétním standardním interním oddělení. Ošetřující lékaři vždy edukují všechny pacienty o vyšetření. Je podepsán informovaný souhlas s výkonem. Informace se týkali důvodů podstoupení, místa výkonu, možných komplikací a režimových opatření před a po vyšetření. Pokud se výsledky biochemických vyšetření pohybovaly v rámci referenčních mezí, participantky tolerovaly stravu podle ordinace lékaře, byly propouštěny po 24 hodinách po výkonu do domácí ošetřování.

Z jakých zdrojů jste získali informace o vyšetření ERCP (endoskopická retrográdní cholangiopankreatikografie)?

PA 1: „... *tady v nemocnici, sestřička mi řekla, že půjdu na ERCP...*“

PA 2: „... *já jsem tam dřív pracovala na těch sálech ERCP, takže jsem měla znalosti ze sálu, věděla jsem o co jde...*“

PA 3: „... *internet, samozřejmě...*“

PA 4: „... *říkali doktoři, ale i na internetu...*“

PA 5: „... *zadám si to do Googlu a tam si to všechno přečtu a paní doktorka mi říkala také informace...*“

Komentář:

Informace o vyšetření ERCP si dohledávalo 50 % participantek na internetu, 30 % uvedlo, že informace získali od lékaře a 20 % od sestry a jedna participantka uvedla, že věděla, co je to za výkon, protože pracovala jako všeobecná sestra na endoskopických sálech.

Který ze zdrojů pro Vás byl nejsrozumitelnější?

PA 1: „... *lékařka...*“

PA 2: „... *zkušenosti...*“

PA 3: „... *informace od paní doktorky...*“

PA 4: „... asi od lékaře, to bylo takové lidské...“

PA 5: „... informace od paní doktorky...“

Komentář:

Participantky vnímaly jako nejsrozumitelnější zdroj ošetřujícího lékaře/lékařku, uvedlo to 80 %. Jedna participantka uvedla, že zná vyšetření ze svých zkušeností.

Hledala jste informace k vyšetření ERCP na stránkách naší nemocnice?

PA 1: „... nehledala jsem, nemám přístup k internetu...“

PA 2: „... nehledala jsem to, protože to znám...“

PA 3: „... ne nehledala, ani nevím, že tam něco takového je...“

PA 4: „... hledala jsem a informace jsem dohledala...“

PA 5: „... nehledala jsem, protože jsem myslela, že mám dost informací z toho Googlu...“

Komentář:

Na webových stránkách konkrétní nemocnice krajského typu nehledalo informace 80 % participantek. Jedna participantka neměla přístup k internetu.

Kódování:

zdroje informací, vyhledávání informací, nejsrozumitelnější zdroj, hledání zdroje na stránkách konkrétní nemocnice

Kategorie:

informační zdroje o vyšetření ERCP

Shrnutí:

V rozhovorech participantky PA 3, PA 4, PA 5 uvedly, že nejčastěji využívaly k získání informací o vyšetření internet. Edukaci poskytnutou ošetřujícím lékařem na konkrétním interním oddělení využily participantky PA 4, PA 5. Participantka PA 2 uvedla, že dříve pracovala na endoskopickém sále, proto věděla, jak vyšetření probíhá a neuvedla žádný zdroj opory. Za nejsrozumitelnější zdroj informací o vyšetření ERCP byl participantkami uveden ošetřující lékař/lékařka.

Závěr k cíli č. 1:

Které zdroje opory pacienti využívali k získání informací o vyšetření endoskopická retrográdní cholangiopankreatikografie?

Pacientky získaly informace o vyšetření ERCP od ošetřujícího lékaře a sestry a nejvíce z internetových zdrojů. Polovina participantek čerpala informace z internetu, 30 % od ošetřujícího lékaře a 20 % od ošetřující sestry. Autor Vondráček (2003) uvádí, že endoskopická je oprávněna poučit pacienta o průběhu samotného výkonu a péči před a po výkonu. Informace na webových stránkách konkrétní nemocnice krajského typu nevyhledávalo 80 % participantek, 20 % nevyužívalo internetových zdrojů vůbec, protože neměli přístup k internetu. Z rozhovorů s participantkami vyplynulo, že by uvítaly od ošetřujícího lékaře nebo sestry sdělení možnosti získat více podrobnějších informací o vyšetření ERCP z webových stránek konkrétní nemocnice krajského typu. Na webových stránkách konkrétní nemocnice krajského typu v době, kdy probíhaly rozhovory s participantkami výzkumu nebyly uvedeny informace o vyšetření ERCP, protože část webových stránek byla v úpravě. Informace o ERCP po úpravách budou na stránky zavěšeny a pacienti je budou moci využívat a zdravotnický personál bude moci využít tyto informace k edukaci pacientů. Myslíme si, že je vhodné, aby na stránkách konkrétního zdravotnického zařízení, které vyšetření provádí byly informace pro pacienty poskytnuty. Je to běžná praxe poměrně velké skupiny zdravotnických zařízení a pacienti vnímají tyto informace spolehlivé a dobře přístupné. Stejně informace získala v rámci své výzkumné části bakalářské práce také autorka Remešová (2023) i když u jiného endoskopického vyšetření. Udává, že by bylo vhodné a přínosné edukační materiál vyvěsit na webových stránkách konkrétní nemocnice krajského typu, aby pacienti získali ucelené informace o vyšetření.

6.2.2 Cíl č. 2 Zjistit, jak pacienti vnímali proběhlou edukaci zdravotnickým personálem k vyšetření endoskopické retrográdní cholangiopankreatikografii.

Výzkumná otázka č. 2: Jak probíhala edukace u vybraných pacientů k endoskopické retrográdní cholangiopankreatikografii na konkrétním interním oddělení?

Jakou formou Vám zdravotnický personál sdělil informace o vyšetření ERCP?

PA 1: „...měla jsem to na papíře, takovou ceduličku, co je to za vyšetření a přišla ráno sestřička, že je to na půl 8, měla jsem předtím kapačky a byla jsem hladová, nesměla jsem jíst...“

PA 2: „...ústně...“

PA 3: „...ústně...“

PA 4: „...ústně...“

PA 5: „... ústně...“

Komentář:

Všechny participantky uvedly, že jim zdravotnický personál sdělil informace ústně.

Kde probíhalo sdělení informací k vyšetření v rámci oddělení?

PA 1: „...jenom na pokoji to sdělila...“

PA 2: „... nebylo místo, takže na chodbě...“

PA 3: „...pokoj...“

PA 4: „...na pokoji...“

PA 5: „...pokoj...“

Komentář:

Sdělení informací probíhalo u 80 % participantek na pokoji, 20 % uvedlo, že na chodbě. Domníváme se, že chodba není vhodným místem k edukaci o jakémkoliv vyšetření ani ke sdělení jiných informací sdělení pacienti.

Vyhovovalo Vám místo edukace před vyšetřením ERCP?

PA 1: „...stačilo mi to na pokoji...“

PA 2: „...vyhovovalo mi...“

PA 3: „...vyhovovalo, byla jsem tam sama...“

PA 4: „...ano, vyhovovalo mi to místo...“

PA 5: „...ano, vyhovovalo mi...“

Komentář:

Všechny participantky v rozhovoru uvedly, že jim místo edukace vyhovovalo. Přestože u participantky PA 2 proběhla edukace na chodbě konkrétního interního oddělení nevnímala tuto skutečnost negativně, protože se na chodbě nenacházeli pacienti a ani žádný zdravotnický ani ošetřující personál.

Kolik času Vám zdravotnický personál poskytl při sdělování informací před vyšetřením ERCP?

PA 1: „...do 5 minut...“

PA 2: „...do 5 – 10 minut...“

PA 3: „...do 5 minut maximálně...“

PA 4: „...do 5 minut...“

PA 5: „...do 10 minut...“

Komentář:

Zdravotnický personál se věnoval edukaci k vyšetření ERCP u participantek PA 1, PA 3, PA 4 do 5 minut u participantek PA 2 a PA 5 do 10 minut.

Byl Vám sdělen důvod k podstoupení vyšetření ERCP?

PA 1: „... bylo to další šetření, aby věděli, co se vlastně děje, řekla mi důvod...“

PA 2: „...ano, byl...“

PA 3: „...ano...“

PA 4: „...ano...“

PA 5: „...neříkali mi důvod, protože jsem to věděla sama...“

Komentář:

Důvod k podstoupení ERCP sdělil lékař 80 % participantek, jedna participantka odpověděla, že důvod vyšetření znala sama.

Byly pro Vás informace o ERCP poskytnuté zdravotnickým personálem srozumitelné?

PA 1: „...bylo to srozumitelné, to jsem pochopila...“

PA 2: „...ano, rozuměla jsem...“

PA 3: „...asi jo, moc jsem se nedoptávala, nepitvala jsem se v tom, bylo to srozumitelné, cizí slova nepoužívala...“

PA 4: „...byly srozumitelné...“

PA 5: „...rozuměla jsem všemu...“

Komentář:

Informace poskytnuté zdravotnickým personálem k vyšetření ERCP byly pro všechny participantky srozumitelné.

Měla jste možnost se zeptat na informace k ERCP zdravotnického personálu?

PA 1: „...mně paní doktorka, ještě den předtím jsem s ní mluvila, že cokoliv nebudu vědět, mám se zeptat, že mi klidně zodpoví, ale já za ní nešla, chápala jsem informace...“

PA 2: „...ano...“

PA 3: „...ano...“

PA 4: „...měla jsem možnost...“

PA 5: „...ano, měla jsem možnost...“

Komentář:

Všechny participantky v rozhovoru uvedly, že měly možnost doptávat se na informace k ERCP zdravotnického personálu, že byl ochotný odpovědět na každou otázku.

Uvítala byste více informací o ERCP, než Vám byly sděleny v rámci edukace?

PA 1: „...stačilo mi to tak, jak to bylo, věřím paní doktorce a všem, co se na tom podílí...“

PA 2: „...bylo to dostačující...“

PA 3: „...nevím, jsem ten člověk, který moc nechce vědět do čeho jdu, radši míň a pak jsem překvapená, než se bát...“

PA 4: „...akorát stačilo...“

PA 5: „...stačilo mi, co už bylo sděleno...“

Komentář:

Všechny participantky uvedly, že pro ně byla dostačující proběhlá edukace dostačující. Od zdravotnického personálu nepožadovaly více informací. Jedna participantka uvedla, že více informací k vyšetření si nepřála znát, protože v ní velké množství informací vyvolávají obavy a strach.

Kdo Vám dal podepsat informovaný souhlas s vyšetřením ERCP?

PA 1: „...sestřička...“

PA 2: „...paní doktorka...“

PA 3: „...moc si nepamatuji, spíše sestřička...“

PA 4: „...staniční sestra...“

PA 5: „...lékař...“

Komentář:

Informovaný souhlas podepsaly všechny participantky, které podstupovaly vyšetření ERCP. K podpisu ho dávaly v 60 % všeobecné nebo praktické sestry, ve 40 % ho dával lékař.

Měla jste možnost si přečíst informovaný souhlas s vyšetřením ERCP?

PA 1: „... *ne, jen jsem ho podepsala...*“

PA 2: „...*možnost jsem měla, ale věděla jsem, takže jsem ho nečetla...*“

PA 3: „...*dali jen podepsat...*“

PA 4: „...*jen podepsala...*“

PA 5: „...*jen jsem podepisovala, protože na nic není čas...*“

Komentář:

Participantky v 80 % uvedly, že informovaný souhlas jim zdravotnický personál dal jen podepsat, jedna participantka uvedla, že měla možnost informace k vyšetření ERCP z informovaného souhlasu pročit.

Kódování:

forma sdělení informací, věnovaný čas v rámci edukace, možnost kladení dalších otázek k vyšetření, podpis informovaného souhlasu, srozumitelnost edukace, možnost přečtení informovaného souhlasu

Kategorie:

proběhlá edukace na konkrétní interním oddělení zdravotnickým personálem

Shrnutí:

Lékaři participantky edukovali ústně na pokoji. Místo edukace všem participantkám vyhovovalo, i přestože participantka PA 2 byla edukována na chodbě. Pacientka uvedla, že musela čekat na chodbě až se uvolní místo na pokoji, a proto jí ošetřující lékař edukoval o vyšetření ERCP na chodbě konkrétního interního oddělení. Nevnímala skutečnost negativně, protože se na chodbě v době edukace nenacházel žádný pacient ani zdravotnický a ošetřující personál. Domníváme se, že chodba není vhodné místo k edukaci o jakémkoliv vyšetření a sdělení informací pacientovi. Edukace k vyšetření ERCP u tří participantek trvala do 5 nebo u dvou do 10 minut. Každá participantka měla možnost se lékaře doptávat na informace týkající se vyšetření ERCP. Sdělené informace při edukaci všem participantkám byly srozumitelné, zdravotnický personál, ošetřující lékař a sestry, nepoužíval při edukaci cizí slova ani odbornou terminologii. Poskytnuté informace v rámci edukace byly dostačující pro všechny participantky. Důvod k podstoupení ERCP byl sdělen 80 % participantek. Jedna uvedla, že důvod věděla sama, protože dříve pracovala na endoskopickém sále. Všechny participantky sdělily, že podepisovaly před ERCP informovaný souhlas s vyšetřením. Čtyři participantky uvedly, že neměly možnost

si informace v informované souhlasu přečíst, jedna participantka měla možnost si informace k vyšetření ERCP uvedené v informovaném souhlasu pročíst.

Závěr k cíli č. 2:

Edukace k vyšetření ERCP na konkrétní interním oddělení u vybraných pacientek proběhla ústní formou. Edukaci u všech participantek provedl ošetřující lékař. Autorka Haškovcová (2012) uvádí, že o lékařských výkonech a o povaze onemocnění podává informace pouze lékař. Ošetřující lékař čtyřem participantkám sdělil důvod vyšetření ERCP, pouze jedna participantka uvedla, že důvod znala a věděla, jak samotné vyšetření probíhá, protože pracovala jako zdravotní sestra na endoskopickém sále. Pro participantky byla edukace srozumitelná a mohly se doptávat na informace k vyšetření. V 80 % proběhla na nemocničním pokoji, kde bylo zajištěno soukromí. Před výkonem ERCP všechny participantky podepsaly informovaný souhlas. K podpisu ho dávaly v 60 % všeobecné nebo praktické sestry, ve 40 % ho dával lékař. Pouze jedna z participantek měla možnost si informovaný souhlas přečíst. Autorka Haškovcová (2012) uvádí, že před každým endoskopickým vyšetřením je nezbytně nutné předložit pacientovi informovaný souhlas s vyšetřením. Souhlas může být poskytnut ústní nebo písemnou formou. Pacient musí být předem poučen o účelu a povaze zákroku, jeho důsledcích a rizicích (Pafko, Mach, 2013).

6.2.3 Cíl č. 3 Zjistit, jak ovlivnila proběhlá edukace u pacientů endoskopickou retrográdní cholangiopankreatikografií.

Výzkumná otázka č. 3: Jaký měla vliv u vybraných pacientů na konkrétním interním oddělení proběhlá edukace na průběh prožívání endoskopické retrográdní cholangiopankreatikografie?

Které z poskytnutých informací v rámci edukace Vám pomohly zvládnout ERCP?

PA 1: „...žádná, já jsem se nebála, protože jsem nevěděla, jak to dopadne...“

PA 2: „...žádná, věděla jsem do čeho jdu...“

PA 3: „...asi žádná, ale dneska mě uklidnili, že když to zítra nevytáhnout, tak to kdyžtak udělají v Brně. V Brně už to dají...“

PA 4: „...nebyla žádná...“

PA 5: „...to, že mě uspí, to jsem se hodně zklidnila...“

Komentář:

Čtyři participantky uvedly, že jim žádná z poskytnutých informací nepomohla zvládnout vyšetření ERCP. Jedna participantka uvedla, že ji poskytnuté informace v rámci edukace o premedikaci a anestezii pomohly snížit obavy a úzkost z vyšetření.

Vnímala jste proběhlou edukaci k vyšetření jako podporu?

PA 1: „...ne, nevnímala...“

PA 2: „...řekněme, že ano...“

PA 3: „...nebrala bych to jako podporu, spíš jen aby lékaři věděli, do čeho člověk jde...“

PA 4: „...ale jo, byla to podpora, když jsem se ptala, tak mi říkali, že to není nic hrozného na zvládnutí...“

PA 5: „...ale jo byla to podpora, člověk se obává toho vyšetření...“

Komentář:

U 60 % participantek byla edukace vnímána jako podpora před výkonem, 40 % nevnímalo edukaci jako podporu.

Ovlivnilo množství poskytnutých informací při edukaci průběh ERCP?

PA 1: „...nebála jsem se...“

PA 2: „...ne...“

PA 3: „...myslím si, že ne...“

PA 4: „...asi ne, i když byla možnost, tak jsem se stejně neptala...“

PA 5: „...neovlivnilo...“

Komentář:

Jedna participantka uvedla, že sdělené informace při edukaci přispěly ke snížení obav a strachu ze samotného výkonu. Ostatní participantky uvedly, že množství poskytnutých informací samotný průběh neovlivnilo.

Uvítala byste nějaké další informace týkající se ERCP při proběhlé edukaci od zdravotnického personálu?

PA 1: „...co mi řekla paní doktorka, to mi stačilo...“

PA 2: „...žádné, vše bylo srozumitelné...“

PA 3: „...no tak možná jako to, že se to nemusí podařit, že je to úplně normální. Byla jsem z toho zbořená...“

PA 4: „...žádné...“

PA 5: „...nepotřebovala jsem další...“

Komentář:

Pouze jedna participantka uvedla, že by uvítala více informací z oblasti komplikací. Ostatní participantky vnímaly poskytnuté informace za dostačující a více informací k vyšetření by neuvítaly.

Která poskytnutá informace v rámci edukace byla pro Vás nejdůležitější pro zvládnutí ERCP?

PA 1: „...sestřičky byly hodné a vstřícné, nebyla pro mě žádná nejdůležitější informace...“

PA 2: „...nejdůležitější bylo to, že budu při vědomí, protože já jsem si pamatovala, že ti pacienti, tam různě měli problémy při tom ERCP, že jsme je museli držet, když sebou hýbali a na druhý den si nic nepamatovali. Takže já jsem naprosto spokojená. Pamatuji si vše...“

PA 3: „... žádná, asi jen nutnost, že na to člověk musí jít, aby to šlo ven...“

PA 4: „...nejdůležitější informace byla, že dostanu něco na spaní...“

PA 5: „...nejdůležitější informace byla, že mě uspí...“

Komentář:

Pro dvě participantky byly nejdůležitější informace o anestezii v průběhu vyšetření. Pro jednu participantku byla nejdůležitější informace o možnosti odstranění konkrementu ze žlučových cest. Pro pacientku PA 2 byly nejdůležitější informace o tom že výkon proběhne v analgosedaci, byla dříve zdravotní sestra a bylo pro ni důležité, aby mohla při výkonu s personálem komunikovat a vše si při výkonu pamatovat. Jedna participantka nevnímala žádnou informaci za nejdůležitější.

Kódování:

zvládnutí vyšetření, podpora, nejdůležitější informace k podstoupení vyšetření, informovanost, vliv informací na vyšetření

Kategorie:

vývoj prožívání vyšetření ERCP

Shrnutí:

Jedna participantka uvedla, že ji poskytnuté informace v rámci edukace o premedikaci a anestezii pomohly snížit obavy a úzkost z vyšetření. Další čtyři uvedly, že nebyla žádná informace, která by jim pomohla zvládnout vyšetření ERCP. U tří participantek byla edukace vnímána jako podpora před výkonem. Ostatní nevnímaly edukaci jako podporu před vyšetřením ERCP. Jedna participantka uvedla, že sdělené informace při edukaci přispěly ke snížení obav a strachu ze samotného výkonu. Participantky vnímaly poskytnuté informace za dostačující a více informací k vyšetření by neuvítaly. Jedna participantka by uvítala více informací o komplikacích, které mohou vzniknout při vyšetření ERCP. Jedna participantka uvedla, že nejdůležitější informace pro ni byla, že ji odstraní konkrement ze žlučových cest. Další participantky uvedly jako nejdůležitější informaci anestezii v průběhu vyšetření. Participantka PA 2 uvedla, že pro ni byla nejdůležitější informace, že bude vyšetření provedeno v analgosedaci, aby mohla při vyšetření komunikovat s ošetřujícím personálem.

Závěr k cíli č 3:

Všechny participantky měly možnost doptávat se ošetřujícího lékaře a ošetřovatelského personálu na další informace k vyšetření ERCP. Souhlasíme s autorkou Bernátovou (2009), která ve své bakalářské práci uvádí, že pacienti před endoskopickým vyšetřením jsou dostatečně informováni. Autor Růžička (2013) uvádí, že lékaři jsou často příliš zaměstnání agendou a nezbyvá jim dostatek času na rozhory s pacienty a jejich edukaci a ošetřovatelský personál nemá dostatečné informace o průběhu vyšetření, které by mohl pacientům poskytnout.

Jedna participantka uvítala poskytnuté informace v rámci edukace o premedikaci a anestezii, protože ji pomohly snížit obavy a úzkost z vyšetření a dvě participantky uvedly, že informace o anestezii při samotném vyšetření byly pro ně nejdůležitější informace z edukace. Další participantka uvedla, že by uvítala více informací z oblasti komplikací. Pro participantku, které v minulosti pracovala jako zdravotní sestra byla nejdůležitější informace získaná v rámci edukace o možnosti výkonu v analgosedaci. Obávala se anestezie a toho, že si nebude pamatovat průběh výkonu. Ostatní participantky vnímaly poskytnuté informace za dostačující a o více informací k vyšetření neměly zájem. Tři participantky vnímaly edukaci jako podporu před samotným výkonem. Edukace je definována autorkou Juřeníkovou (2011, s. 9) „*jako proces soustavného ovlivňování chování a jednání jedince s cílem navodit pozitivní změny v jeho vědomostech, postojích, návycích a dovednostech*“.

7 DISKUZE

Cíl č. 1 Zjistit, z jakých zdrojů opory pacienti čerpali informace o vyšetření endoskopická retrográdní cholangiopankreatikografie.

Výzkumná otázka č 1: Které zdroje opory pacienti využívali k získání informací o vyšetření endoskopická retrográdní cholangiopankreatikografie?

Participantky využívaly k získání informací o vyšetření ERCP nejčastěji internet, dalším zdrojem byl ošetřujícím lékařem a všeobecná nebo praktická sestra na konkrétním interním oddělení. Autor Vondráček (2003) uvádí, že endoskopická sestra je oprávněna poučit pacienta o průběhu samotného výkonu a péči před a po výkonu. Participantky uvedly jako nejsrozumitelnější zdroj opory ošetřujícího lékaře a lékařku. Žádná z participantek se nezmínila o edukaci o vyšetření před hospitalizací v nemocnici krajského typu. Autorka (Urbanová, 2017) uvádí, že pacienti se většinou dostaví na pracoviště a dozvědí se až tam, jaké vyšetření je vlastně čeká a jsou vystrašení a mají obavy.

Na webových stránkách konkrétní nemocnice krajského typu v době, kdy probíhaly rozhovory s participantkami výzkumu nebyly uvedeny informace o vyšetření ERCP, protože část webových stránek byla v úpravě. Proto po dohodě s vrchní sestrou a primářem konkrétního interního oddělení byl na webových stránkách zveřejněn informovaný souhlas s ERCP, aby si ho pacienti mohli kdykoliv přečíst a využívat ho. Myslíme si, že je vhodné, aby na stránkách konkrétního zdravotnického zařízení, které vyšetření provádí byly informace pro pacienty poskytnuty. Je to běžná praxe poměrně velké skupiny zdravotnických zařízení a pacienti vnímají tyto informace spolehlivé a dobře přístupné. Stejně informace získala v rámci své výzkumné části bakalářské práce také autorka Janečková (2023). Udává, že pacienti před vyšetřením nemají dostatek ověřených informací a zdravotnický personál by měl mít přehled o ověřených zdrojích a následně o tom informovat své pacienty. Většina nemocnic má na webových stránkách dohledatelné a dostupné informace o vyšetření, které pacienti v konkrétní nemocnici mohou podstoupit. Myslíme si, že vyvěšené informace na webových stránkách konkrétní nemocnice mohou sloužit jako další edukační materiál pro pacienty podstupující ERCP. Tento ověřený zdroj by měl být nabízen pacientům ošetřujícím lékařem, aby získali více informací o výkonu. Autorka Procházková (2012) ve své práci uvedla, že nejčastěji jsou informace podávány ošetřujícím lékařem a všeobecnou sestrou ve zdravotnickém zařízení. Autorka Urbanová (2017) zas uvádí ve své práci, že edukace sestrou před endoskopickým vyšetřením

je z velkého počtu pacientů časově omezená, ale téměř vždy je pečlivá a s ohledem na věk a stav pacienta. Ve většině zařízeních mají pro pacienti k dispozici edukační brožury či letáky o vyšetření, aby si mohli doplnit informace, které jim sdělil ošetřující lékař. Na konkrétním interním oddělení, není k dispozici žádný edukační materiál o vyšetření ERCP, kdy by si ho pacienti mohli vzít a studovat ho v soukromí na pokoji, aby si mohli doplnit ústní edukaci, kterou jim poskytl ošetřující lékař. Proto si myslíme, že by pacienti určitě ocenili k doplnění informací tištěnou brožuru k další edukaci.

Cíl č. 2 Zjistit, jak pacienti vnímali proběhlou edukaci zdravotnickým personálem k vyšetření endoskopické retrográdní cholangiopankreatikografii.

Výzkumná otázka č. 2: Jak probíhala edukace u vybraných pacientů k endoskopické retrográdní cholangiopankreatikografii na konkrétním interním oddělení?

Zaměřili jsme se na proběhlou edukaci participantek, které podstupovaly vyšetření ERCP. Zjišťovali jsme, jakou formou byly informace participantkám sděleny, kde edukace probíhala v rámci oddělení, kolik času jim zdravotnický personál věnoval, na srozumitelnost poskytnutých informací a na podpis informovaného souhlasu. Autorka Krátká (2016) uvádí, že je edukace důležitý aspekt ošetrovatelské praxe a je běžnou činností všech zdravotnických pracovníků. Edukace ve zdravotnictví má přispět k předcházení nemoci, udržení nebo navrácení zdraví či přispět ke zlepšení života jedince (Juřeníková, 2010). Pacientovi by měli být poskytnuté před ERCP informace o postupu při vyšetření, režimových opatřeních, rizikových faktorech a komplikacích. Jedné participantce byly poskytnuty informace i písemnou formou, přečetla si informace k vyšetření ERCP uvedené v informovaném souhlasu. Participantky uvedly, že edukace k vyšetření ERCP probíhala ústní formou v podobě rozhovoru s lékařem, všeobecnou nebo praktickou sestrou na pokoji a chodbě oddělení. K podobným závěrům týkající se formy poskytnutí informací dospěla i autorka Šertlerová (2018), která ve své bakalářské práci uvádí, že na standartním oddělení probíhá edukace pacientů převážně ústní formou. Autorka Haškovcová (2012) uvádí, že o lékařských výkonech a o povaze onemocnění podává informace pouze lékař.

Pouze jedna participantka uvedla, že ji ošetřující lékař edukoval na chodbě konkrétního interního oddělení, protože čekala na příjem k hospitalizaci a nebylo k dispozici volné lůžko na pokoji. Participantka nevnímala tuto skutečnost negativně, protože se na chodbě v době edukace se nenacházel žádný pacient ani zdravotnický a ošetřující personál. Domníváme se, že chodba není vhodné místo k edukaci o jakémkoliv vyšetření a sdělení informací

pacientovi. Pacient má právo na důstojné zacházení, respektování soukromí a úctu při poskytování zdravotních služeb (Česko, 2011).

Ošetřující lékař čtyřem participantkám sdělil důvod vyšetření ERCP. Jedna participantka dříve pracovala na endoskopickém sále jako zdravotní sestra, a proto uvedla, že důvod vyšetření znala a věděla, jak samotné vyšetření probíhá.

Edukace poskytnutá zdravotnickým personálem byla pro všechny participantky srozumitelná, nebyly nepoužívané žádné cizí slova nebo odborná terminologii.

Edukace k vyšetření ERCP u tří participantek trvala do 5 minut a u dvou do 10 minut, všem participantkám byl předložen k podpisu informovaný souhlas s výkonem. Autorka Haškovcová (2012) uvádí, že před každým endoskopickým vyšetřením je nezbytně nutné předložit pacientovi informovaný souhlas s vyšetřením. U tří participantek ho k podpisu dávaly všeobecné nebo praktické sestry. Autorka Janečková (2023) uvádí, že by měl informovaný souhlas s výkonem dávat k podpisu lékař, který je oprávněný k provedení výkonu. Ostatním participantkám ho dal k podpisu ošetřující lékař. Autoři Ptáček, Bartůněk et al. (2011) uvádí, že informovaný souhlas je chápán především jako právní ochrana zdravotníků před případnými stížnostmi. Každý pacient by měl mít možnost si přečíst informace uvedené v informovaném souhlasu s výkonem a následně ho podepsat. Tomuto problému by mohla pomoci i edukační brožura, která by doplnila ústní informace poskytnuté zdravotnickým personálem a pacienti by si ji mohli ponechat pro své účely a v případě potřeby se k informacím vrátit. Myslíme si, že by to mohlo přispět k informovanosti o výkonu.

Cíl č. 3 Zjistit, jak ovlivnila proběhlá edukace u pacientů endoskopickou retrográdní cholangiopankreatikografií.

Výzkumná otázka č. 3: Jaký měla vliv u vybraných pacientů na konkrétním interním oddělení proběhlá edukace na průběh prožívání endoskopické retrográdní cholangiopankreatikografie?

Zaměřili jsme se na průběh prožívání vyšetření ERCP u vybraných participantek na konkrétním interním oddělení. Edukace probíhala mezi participantkami a ošetřujícím lékařem nebo zdravotnickým personálem; všeobecnou nebo praktickou sestrou. Důležité je si vytvořit vzájemně důvěryhodný vztah mezi zdravotnickým personálem a pacientem na základě poskytnutých informací. Autorka Pracná (2012) uvádí, že pokud pacienti zdravotnickému personálu důvěřují, dochází ke snížení strachu a obav z vyšetření.

Všechny participantky měly možnost doptávat se ošetřujícího lékaře a ošetrovatelského personálu na další informace k vyšetření ERCP. Autorka Janečková (2023) uvedla ve své bakalářské práci obdobné výsledky o kladení dotazů k vyšetření ošetřujícímu lékaři a zdravotnickému personálu. Autor Růžička (2013) uvádí, že jsou lékaři často příliš zaměstnání agendou a nezbývá jim dostatek času na samotné rozhory s pacienty a jejich edukaci a ošetrovatelský personál nedisponuje dostatečnými informacemi o průběhu výkonu, které by mohl pacientům poskytnout. Jedna participantka uvedla, že jí poskytnuté informace v rámci edukace o premedikaci a anestezii pomohly snížit obavy a úzkost z vyšetření. Další dvě participantky uvedly, že informace o anestezii při samotném vyšetření byly pro ně nejdůležitější informace z edukace. Pouze jedna participantka uvedla, že by uvítala více informací z oblasti komplikací, protože pro ni dosavadní poskytnuté informace o komplikacích nebyly dostačující. Participantka, která v minulosti pracovala jako zdravotní sestra na endoskopických sálech uvedla jako nejdůležitější informaci, že vyšetření bylo provedeno v analgosedaci. Chtěla celý výkon vnímat a komunikovat s ošetřujícím personálem. Ostatní participantky vnímaly poskytnuté informace za dostačující, o více informacích k vyšetření neměly zájem. Autorka Gulášová (2009) uvádí, že nedostatek informací vede k nevhodné ošetrovatelské péči. Myslíme si, že je to důležitá informace v rámci edukace každého vyšetření, kterou by měl každý pacient vědět, aby neztratil důvěru ke zdravotnickému personálu.

Tři participantky vnímaly edukaci jako podporu před samotným výkonem. Ve své bakalářské práci autorka Gašperíková (2014) uvádí, že efektivní komunikace s pacientem může mnohým potenciaálním problémům předcházet s čímž souhlasíme. Jedna participantka uvedla, že nejdůležitější informace pro ni byla, že jí odstraní konkrement ze žlučových cest. Autorka Zacharová (2016) zmiňuje ve své publikaci, že efektivní uplatňování komunikace a empatický přístup ve vztahu k pacientům je klíčovým směrováním při dalším zefektivňování ošetrovatelské péče. Každé ERCP v konkrétní nemocnici krajského typu se provádí za hospitalizace, protože se musí kontrolovat stav pacienta a biochemické a hematologické výsledky krve po vyšetření. Někteří pacienti podstupují vyšetření ERCP v celkové anestezii, proto se musí po vyšetření zůstat na monitorování.

8 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Praktickým výstupem bakalářské práce bylo vytvoření stručného infomačního materiálu (edukační brožury) pro pacienty podstupující endoskopickou retrográdní cholangiopankreatikografii (PŘÍLOHA P III). Zdravotnický personál k edukaci často využívá tištěný materiál, na konkrétním interním oddělení k dispozici o vyšetření ERCP žádný není. Tištěné materiály jsou velmi užitečné a pacienti se díky nim edukují o svém aktuálním zdravotním stavu, nemoci či plánovaném vyšetření (Leštinská, 2020). Infomační brožura musí být stručná, přehledná a srozumitelná. Nesmí se v ní používat odborná terminologie ani cizí slova.

Cílem bylo pacientům poskytnout základní infomace o vyšetření, které budou podstupovat. Pacienti se podrobují ERCP při podezření na onemocnění žlučníku, žlučových cest, slinivky břišní a jejich vývodů při zánětu, konkrementu, nádoru, překážkách odtoku žluči s ikterem.

V informačním materiálu jsou uvedeny infomace o vyšetření ERCP, indikacích, přípravě a průběhu vyšetření a jeho komplikacích.

Edukace patří mezi jeden z nejdůležitějších procesů v ošetrovatelství. Je to záměrný, cílevědomý, řízený a plánovaný proces (Kuberová, 2010).

Edukační brožura bude sloužit k doplnění informací sdělených ústně. Jsou zde uvedeny internetové infomační zdroje.

Edukační materiál bude nabídnut na konkrétní interní oddělení v nemocnici krajského typu.

ZÁVĚR

V bakalářské práci jsme se zabývali péčí o pacienty podstupující endoskopickou retrográdní cholangiopankreatikografii na konkrétním interním oddělení. V teoretické části práce jsme charakterizovali endoskopickou retrográdní cholangiopankreatikografii, přípravu před a průběh vyšetření, režimová opatření a edukaci pacientů. V praktické části byl využit kvalitativní výzkum, technikou sběru informací byly polostrukturované nestandardizované rozhovory, kterých se zúčastnilo pět pacientek podstupujících ERCP poprvé. Cíle bakalářské práce byly naplněny. Byly zaměřeny na proběhlou edukaci k vyšetření ERCP a na zdroje opory od kterých pacientky získaly informace před výkonem.

Na nemocničním pokoji bylo edukováno ústní formou 80 % participantek, místo poskytnutí informací považovaly za vyhovující. Délka edukace byla mezi 5 až 10 minutami a prováděl jí ošetřující lékař nebo praktická či všeobecná sestra, poskytnuté informace byly srozumitelné, nebyly využívány při edukaci cizí slova ani odborná terminologie. Dalším zdrojem opory byl pro pacientky internet. Na různých webových stránkách mohou být uveřejněny informace nepravdivé a neúplné a nemocní po jejich přečtení se vyšetření zbytečně obávají a nechtějí ho podstoupit.

Důvod k podstoupení vyšetření byl participantkám sdělen ošetřujícím lékařem, jedna z participantek byla o vyšetření obeznámena, protože pracovala dříve jako sestra na endoskopickém sálu. Provedení vyšetření v celkové anestezii byla nejdůležitější informace pro 40 % participantek. Všechny pacientky měly možnost se doptávat zdravotnického personálu na další informace týkající se ERCP. Jedna z nich uvedla, že by uvítala více informací o komplikacích vyšetření.

Před výkonem ERCP všechny participantky podepsaly informovaný souhlas. K podpisu ho dávaly v 60 % všeobecné nebo praktické sestry, ve 40 % ho dával lékař. Pouze jedna měla možnost si informovaný souhlas přečíst.

Praktickým výstupem bakalářské práce bylo vypracování edukační brožury, která bude poskytovat pacientům podstupující ERCP základní informace. Pomůže doplnit nebo ucelit informace poskytnuté ústní formou od ošetřujícího lékaře nebo sestry.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BARON, H. Todd, ed., 2017. The Past, Present, and Future of Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography. *Gastroenterology & Hepatology Volume 13* [online]. s. 620–622 [cit. 2023-08-31]. Dostupné z: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5718180/pdf/GH_13_620.pdf. [cit. 2023-08-31].

BARON, Todd H.; KOZAREK Richard A. a CARR – LOCKE David L., 2018. *ERCP*. Third edition. United Kingdom: Elsevier. ISBN 9780323481090.

BERNÁTOVÁ, Ivana, 2009. *Informovanost pacientů před endoskopickým vyšetřením*. Online, Bakalářská práce, vedoucí Renata Kvapilová, Bc. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Dostupné z: https://theses.cz/id/7vubqr/downloadPraceContent_adipIdno_13260. [cit. 2024-04-27].

BRADÁVKOVÁ, Alena, 2018. *Edukační proces u pacientů v rámci vyšetření endoskopické retrográdní cholangiopancreatografie*. Online, Bakalářská práce, vedoucí PhDr. Jana Hlinovská, Ph.D., R.S. Praha: Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. se sídlem v Praze 5. Dostupné z: https://is.vszzdrav.cz/do/vsz/bakalarske_prace/Bakalarske_prace_v_akademickem_roce_2017-2018/Vseobecna_sestra_2018/Bradavkova_Alena/BRADAVKOVA_ALENA_3CVS.pdf. [cit. 2024-04-27].

COTTON, Peter B. a LEUNG, Joseph W., 2020. *Ercp: The Fundamentals*. 3 rd. United States of America: Wiley-Blackwell. ISBN 9781119601098.

ČESÁK, Vojtěch, 2013. *Akutní pankreatitida – etiologie, diagnostika a léčba*. Online. Plzeňský lékařský sborník. Roč. 2013, č. 79, s. 97 - 113. ISSN 0551-1038. Dostupné z: https://karolinum.cz/data/clanek/1272/PLS_79_final.97-113.pdf. [cit. 2024-05-05].

ČESKO, 2011. Zákon č. 372/2011 Sb. Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>. [cit. 2024-05-05].

ČEŠKA, Richard et al., 2010. *Interna*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-423-0.

DOLEŽAL, Tomáš a DOLEŽAL, Adam, 2023. *Informovaný souhlas ve zdravotnictví - Právní a etické aspekty*. Praha: Ústav státu a práva AV ČR. ISBN 978-80-87439-59-3.

DRÁBKOVÁ, Ing. Marcela, 2019. *Péče o pacienta při ERCP: Specifický standard ošetrovatelské péče*. 1. Krajská nemocnice Tomáše Bati Zlín.

EHRMANN, Jiří, 2008. Cholelitiáza. Online. *Interní medicína pro praxi*. Roč. 2008, č. 10, s. 19 - 24. ISSN 1803-5256. Dostupné z: <https://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2008/01/05.pdf>. [cit. 2024-05-05].

FABBRI, Dr. Carlo; ALBERT, Jörg G. a MUTIGNANI, Massimiliano Mutignani, 2020. *Endotherapy in Biliopancreatic Diseases: ERCP Meets EUS Two Techniques for One Vision*. Switzerland: Springer. ISBN 9783030425692.

GAŠPERÍKOVÁ, Nikola, 2014. *Komunikační dovednosti v ošetrovatelské péči*. Online, Bakalářská práce, vedoucí Mgr. Lenka Kroupová. Plzeň: ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ. Dostupné z: <https://dspace5.zcu.cz/bitstream/11025/14747/1/Komunikacni%20dovednosti%20v%20ošetřovatelske%20peci.pdf>. [cit. 2024-05-05].

GULÁŠOVÁ, Ivica, 2009. *Telesné, psychické, sociálne a duchovné aspekty onkologických ochorení*. Martin: Osveta. ISBN 978-80-8063-305-9.

HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2012. *Informovaný souhlas Proč a jak?* Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-497-3.

HAWES, Robert H.; FOCKENS, Paul a VARADARAJULU, Shyam, 2018. *Endosonography*. Philadelphia: Elsevier. ISBN 9780323550949.

HENDL, Jan, 2016. *Kvalitativní výzkum*. 4. přep. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0982-9.

HLAVSA, Jan et al., 2008. Nádory pankreatu. Online. *Medicína pro praxi*. Roč. 2008, č. 5, s. 388 - 392. ISSN 1803-5310. Dostupné z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2008/10/11.pdf>. [cit. 2024-05-05].

HOFFMANOVÁ, Iva, 2024. *Abdominální sonografie žlučníku a žlučových cest*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-3022-1.

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

CHARVÁT, Jiří et al., 2016. *Žilní vstupy*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5621-9.

IHNÁT, Peter, 2017. *Základní chirurgické techniky a dovednosti*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0334-8.

JANEČKOVÁ, Simona, 2014. *Péče o nemocného s ascitem na interním oddělení*. Online, Bakalářská práce, vedoucí Mgr. Silvie Svobodová. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Dostupné z: <https://theses.cz/id/hwfbj5/>. [cit. 2024-05-05].

JUŘENÍKOVÁ, Petra, 2010. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2171-2.

KEIL, Radan, 2016. Přínos urgentně provedené endoskopické retrográdní cholangiopankreatografie pro terapii akutní pankreatitidy. Online. *Vnitřní lékařství*. Roč.

2016, č. 62, s. 588 - 591. ISSN 1801-7592. Dostupné z: <http://www.casopisvnitrnilekarstvi.cz/pdfs/vnl/2016/07/13.pdf>. [cit. 2024-05-05].

Krajská nemocnice Tomáše Bati ve Zlíně, 2019. *Informovaný souhlas s poskytnutím zdravotní péče - ERCP: Endoskopická retrográdní cholangiopankreatografie*. Zlín.

KRÁTKÁ, Anna a GATĚK, 2021. Jiří. *Základy ošetrovatelské péče v endoskopii a endoskopické operační přístupy*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. ISBN 978-80-7678-040-8.

KRÁTKÁ, Anna, 2016. *Základy pedagogiky a edukace v ošetrovatelství*. Zlín: UTB. ISBN 978-80-7454-635-8.

KUBEROVÁ, Helena, 2010. *Didaktika v ošetrovatelství*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-684-1.

KUTNOHORSKÁ, Jana, 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN 9788024727134.

LEE S., Linda (ed.), 2015. *ERCP and EUS A Case-Based Approach*. New York: Springer New York. ISBN 9781493923205.

LEŠTINSKÁ, Jana, 2020. *Příprava dítěte v mladším školním věku na RTG vyšetření – tvorba edukačního materiálu*. Online, Bakalářská práce, vedoucí Mgr. Eva Hlaváčková, Ph.D. Pardubice: Univerzita Pardubice. Dostupné z: https://dk.upce.cz/bitstreamupce/handle/10195/76051/LestinskaJ_PripravaDitete_EH_2020.pdf?sequence=4. [cit. 2024-04-19].

LOCHMANNOVÁ, Jindra; KEIL, Radan a WASSERBAUER, Martin, 2014. OVESCO klip jako řešení komplikace ERCP. Online. *Gastroenterologie a hepatologie*. Roč. 2014, č. 68, s. 485 – 487. ISSN 1804-803X. Dostupné z: <https://doi.org/10.14735/amgh2014485>. [cit. 2024-04-13].

LUKÁŠ, Karel, 2005. Historie endoskopie - 200 let dokumentované endoskopie (1806-2006). Online. *Gastroenterologie a hepatologie*. Roč. 2005, č. 59, s. 299 - 308. ISSN 1804-803X. Dostupné z: <https://www.csgh.cz/en/article/historie-endoskopie-200-let-dokumentovane-endoskopie-1806-2006-144>. [cit. 2024-04-13].

LUKÁŠ, Karel; HOCH, Jiří; URBÁNEK, Petr; NEVORAL, Jiří a kolektiv, 2022. *Obyčejné nemoci trávicího traktu*. Praha: Grada, 2022. ISBN 978-80-271-3405-2.

LUKÁŠ, Karel; POKORNÝ, Jaroslav; MAREČEK, Zdeněk; ŽÁK, Aleš a kol. et al., 2005. *Gastroenterologie a hepatologie pro zdravotní sestry*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1283-0.

MARTÍNEK, Jan; TRUNEČKA Pavel et al., 2021. *Gastroenterologie a hepatologie v algoritmech*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-684-9.

PAFKO, Pavel a MACH, Jan, 2013. Informovaný souhlas. Online. *Rozhledy v chirurgii*. Roč. 92, č. 8, s. 459 - 463. ISSN 1803-6597. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/rozhledy-v-chirurgii/2013-8/informovany-souhlas-41978>. [cit. 2024-04-13].

POKORNÁ, Andrea, 2008. *Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství*. 2. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně. ISBN 978-80-7013-466-5.

POLITOVÁ, Polina, 2022. Perforace sigmatu jako pozdní komplikace ERCP. Online. *Gastroenterologie a hepatologie*. Roč. 2022, č. 76, s. 504 - 507. ISSN 1804-803X. Dostupné z: <https://doi.org/10.48095/ccgh2022504>. [cit. 2024-04-13].

PRACNÁ, Lenka a KONEČNÝ, Michal, 2012. Příprava pacienta před endoskopickým vyšetřením zažívacího traktu. Online. *Medicína pro praxi*. Roč. 2012, č. 9, s. 8 - 9. ISSN 1803-5310. Dostupné z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2012/09/11.pdf>. [cit. 2024-04-13].

PROCHÁZKOVÁ, Pavlína, 2012. *Příprava pacienta před plánovaným operačním výkonem*. Online, Bakalářská práce, vedoucí Mgr. Jana Straková. Brno: Masarykova univerzita. Dostupné z: <https://is.muni.cz/th/fjidm/Bakalarka.pdf>. [cit. 2024-04-13].

PROCHÁZKOVÁ, Veronika, 2013. *Informovanost pacientů před endoskopickým vyšetřením*. Online, Bakalářská práce, vedoucí PhDr. Mária Janáková, PhD. Praha: VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s., PRAHA 5. Dostupné z: https://is.vszdrav.cz/do/vsz/bakalarske_prace/Bakalarske_prace_v_akademickem_roce_2012-2013/Vseobecna_sestra_2013/PROCHAZKOVA_EVA/PROCHAZKOVA_VERONIKA.pdf. [cit. 2024-04-13].

PTÁČEK, Radek a BARTŮNĚK, Petr, 2011. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3976-2.

REMEŠOVÁ, Kateřina, 2023. *Péče o pacienta podstupujícího kolonoskopické vyšetření na interním oddělení*. Online, Bakalářská práce, vedoucí Mgr. Silvie Svobodová. Zlín: Univerzita Tomáše Bati vše Zlíně. Dostupné z: <https://digilib.k.utb.cz/handle/10563/53793>. [cit. 2024-05-05].

RŮŽIČKA, Pavel, 2013. *Informovanost pacientů o svých právech ve zdravotnických zařízeních v české republice a ve francii*. Online, bakalářská práce, vedoucí MUDr. Květuše Zikmundová, CSc. Plzeň: Fakulta filozofická Západočeské univerzity. Dostupné z: <https://dspace5.zcu.cz/bitstream/11025/9112/1/bakalarska%20prace.pdf>. [cit. 2024-04-13].

SCHEPERS, Nicolien et. al, 2020. Urgentní endoskopická retrográdní cholangiopankreatografie se sfinkterotomií vs. konzervativní léčba u predikované těžké akutní biliární pankreatitidy (APEC): multicentrická randomizovaná studie. Online. *Gastroenterologie a hepatologie*. Roč. 2020, č. 396, s. 173 - 176. ISSN 1804-803X. Dostupné z: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30539-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30539-0). [cit. 2024-04-15].

STIBŮREK, Oldřich; TRNA, Jan a ŠENKYŘÍK, Michal, 2013. Časování chirurgické a endoskopické terapie akutní biliární pankreatitidy v podmínkách terciární nemocnice v České republice. Online. *Vnitřní lékařství*. Roč. 2013, č. 60, s. 5 - 6. ISSN 1801-7592. Dostupné z: <https://casopisvnitrnilekarstvi.cz/pdfs/vnl/2014/05/05.pdf>. [cit. 2024-04-15].

ŠERTLEROVÁ, Nikola, 2018. *Edukační dovednosti a jejich uplatňování v praxi*. Online, Bakalářská práce, vedoucí PhDr. ŠárkaTomová, Ph.D., PhD. Praha: UNIVERZITA KARLOVA 2. LÉKAŘSKÁ FAKULTA. Dostupné z: <https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/98398/130226333.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. [cit. 2024-04-15].

ŠPIČÁK, Julius et al., 2022. *Novinky v gastroenterologii a hepatologii III*. 3. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-4805-9.

ŠPIČÁK, Julius; URBAN, Ondřej a kol., 2015. *Novinky v digestivní endoskopii*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5283-9.

URBANOVÁ, Radka, 2017. *Úloha sestry při endoskopických vyšetřeních*. Online, Bakalářská práce, vedoucí Mgr. Ivana Chloubová. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Dostupné z: https://theses.cz/id/6odlbc/BP_1.5.17.pdf. [cit. 2024-04-13].

VACHUTKOVÁ, Zdeňka a LOYKOVÁ, Věra, 2011. Příprava diabetických pacientů k endoskopickým výkonům. Online. *Medicina pro praxi*. Roč. 2011, č. 8, s. 34 - 35. ISSN 1803-5310. Dostupné z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2011/01/10.pdf>. [cit. 2024-04-15].

VALKOVSKÝ, Jan, 2014. Neobvyklá komplikace ERCP. Online. *Gastroenterologie a hepatologie*. Roč. 2014, č. 68, s. 209 - 211. ISSN 1804-803X. Dostupné z: https://www.csgh.info/uploads/pdf/gh_2014_3_209_211.pdf. [cit. 2024-04-13].

VAŠÁKOVÁ, L., 2022. *Standardní ošetrovatelský postup: Zavedení a péče o periferní žilní katétr*. Zlín: Krajská nemocnice Tomáše Bati ve Zlíně.

WALSH, Catharine M.; AHMAD, Ahmir; SAUNDERS, Brian P.; COHEN, Jonathan et al., 2023. *Cotton and Williams' Practical Gastrointestinal Endoscopy The Fundamentals*. Eighth ed. United States: Wiley. ISBN 9781119525158.

VONDRÁČEK, Lubomír, 2003. *Zdravotnické právo v ošetrovatelské praxi I*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. ISBN 80-7013-376-7

ZACHAROVÁ, Eva, 2016. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0156-6.

ZAVORAL, Miroslav, ed., 2021. *Mařatkova GASTROENTEROLOGIE 1: Patofyziologie/Diagnostika/Léčba*. V Praze: Karolium. ISBN 978-80-246-5002-9.

ZAVORAL, Miroslav, ed., 2021. *Mařatkova GASTROENTEROLOGIE 2: Patofyziologie /Diagnostika /Léčba*. 2. vydání. V Praze: Karolinum. ISBN 978-80-246-5002-9.

ZAZULA, Roman a WOHL, Pavel, 2005. Akutní pankreatitida. Online. *Medicína pro praxi*. Roč. 2005, č. 4, s. 147-151. ISSN 1803-5310. Dostupné z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2005/04/03.pdf>. [cit. 2024-04-13].

ZDENĚK, Adam; KREJČÍ, Marta; VORLÍČEK, Jiří et al., 2010. *Speciální onkologie*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-648-9.

ZEMAN, Miroslav; KRŠKA, Zdeněk et al., 2011. *Chirurgická propedeutika*. 3. dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-7442-8.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

ALP	alkalická fosfatáza
BAP	akutní biliární pankreatitida
CRP	c-reaktivní protein
CT	výpočetní tomografie
č.	číslo
et. al.	a další
ERCP	endoskopická retrográdní cholangiopankreatikografie
EUS	endosonografie
GMT	gamaglutamyltransferáza
i.v.	intravenózně
JAS	jaterní tests
mmHg	milimetr rtuťového sloupce
MRI	magnetická rezonance
NPO	nic per os
PA	participant
RTG	rentgenové vyšetření
roč.	ročník
s.	strana
TK	krevní tlak
tzv.	takzvaný
USG	sonografické vyšetření

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Charakteristika participantek	31
Tabulka 2 Tabulka 2 Informace ze zdravotnické dokumentace	33

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Otázky k rozhovoru

Příloha P II: Transkripce rozhovorů s participantky

Příloha P III: Edukační brožura

PŘÍLOHA P I: OTÁZKY K ROZHOVORU

1. Z jakých zdrojů jste získali informace o vyšetření ERCP (endoskopická retrogradní cholangiopankreatikografie)?
2. Který ze zdrojů pro Vás byl nejsrozumitelnější?
3. Hledala jste informace k vyšetření ERCP na stránkách naší nemocnice?
4. Jakou formou Vám zdravotnický personál sdělil informace o vyšetření ERCP?
5. Kde probíhalo sdělení informací k vyšetření v rámci oddělení?
6. Vyhovovalo Vám místo edukace před vyšetřením ERCP?
7. Kolik času Vám zdravotnický personál poskytl při sdělování informací před vyšetřením ERCP?
8. Byl Vám sdělen důvod k podstoupení vyšetření ERCP?
9. Byly pro Vás informace o ERCP poskytnuté zdravotnickým personálem srozumitelné?
10. Měla jste možnost se zeptat na informace k ERCP zdravotnického personálu?
11. Uvítala byste více informací o ERCP, než Vám byly sděleny v rámci edukace?
12. Kdo Vám dal podepsat informovaný souhlas?
13. Měla jste možnost si přečíst informovaný souhlas s vyšetřením ERCP?
14. Které z poskytnutých informací v rámci edukace Vám pomohly zvládnout ERCP?
15. Vnímala jste proběhlou edukaci k vyšetření jako podporu?
16. Ovlivnilo množství poskytnutých informací při edukaci průběh ERCP?
17. Uvítala byste nějaké další informace týkající se ERCP při proběhlé edukaci od zdravotnického personálu?
18. Která poskytnutá informace v rámci edukace byla pro Vás nejdůležitější pro zvládnutí ERCP?

PŘÍLOHA P II: TRANSKRIPCE ROZHOVORŮ S PARTICIPANTKY

TRANSKRIPCE PARTICIPANTKY PA 1

Z jakých zdrojů jste získali informace o vyšetření ERCP (endoskopická retrográdní cholangiopankreatikografie)?

„Tady v nemocnici, sestřička mě řekla, že půjdu na ERCP“.

Který ze zdrojů pro Vás byl nejsrozumitelnější?

„Lékařka“.

Hledala jste informace k vyšetření ERCP na stránkách naší nemocnice?

„Nehledala jsem, nemám přístup k internetu“.

Jakou formou Vám zdravotnický personál sdělil informace o vyšetření ERCP?

„Měla jsem to na papíře, takovou ceduličku, co je to za vyšetření a přišla ráno sestřička, že je to na půl 8, měla jsem předtím kapačky a byla jsem hladová, nesměla jsem jíst“.

Kde probíhalo sdělení informací k vyšetření v rámci oddělení?

„Jenom na tom pokoji to sdělila“.

Vyhovovalo Vám místo edukace před vyšetřením ERCP?

„Stačilo mi to na pokoji“

Kolik času Vám zdravotnický personál poskytl při sdělování informací před vyšetřením ERCP?

„Do 5 minut“.

Byl Vám sdělen důvod k podstoupení vyšetření ERCP?

„Bylo to ještě další šetření, aby věděli, co se vlastně děje. Řekla mi důvod.“

Byly pro Vás informace o ERCP poskytnuté zdravotnickým personálem srozumitelné?

„Bylo to srozumitelné, to jsem pochopila“.

Měla jste možnost se zeptat na informace k ERCP zdravotnického personálu?

„No ono mě paní doktorka říkala, ještě den předtím, jsem s ní mluvila, že cokoliv nebudu vědět, mám se zeptat, že mi klidně zodpoví, ale já jsem za ní nešla, chápala jsem informace.“

Uvítal byste více informací o ERCP, než Vám byly sděleny v rámci edukace? *„Stačilo mi to tak, jak to bylo, věřím paní doktorce a všem co se na tom podílí.“*

Kdo Vám dal podepsat informovaný souhlas?

„Sestřička.“

Měla jste možnost si přečíst informovaný souhlas s vyšetřením ERCP?

„Ne, jen jsem to podepsala“.

Které z poskytnutých informací v rámci edukace Vám pomohly zvládnout ERCP?

„Žádná, Já jsem se nebála, protože jsem nevěděla, jak to dopadne.“

Vnímal jste proběhlou edukaci k vyšetření jako podporu?

„Ne, nevnímala“.

Ovlivnilo množství poskytnutých informací při edukaci průběh ERCP?

„Neovlivnily, nebála jsem se“.

Uvítala byste nějaké další informace týkající se ERCP při proběhlé edukaci od zdravotnického personálu?

„Co mi řekla paní doktorka, to mi stačilo“.

Která poskytnutá informace v rámci edukace byla pro Vás nejdůležitější pro zvládnutí ERCP?

„Sestřičky byly hodné a vstřícné, nebyla pro mě žádná nejdůležitější informace“.

TRANSKRIPCE PARTICIPANTKY PA 2

Z jakých zdrojů jste získali informace o vyšetření ERCP (endoskopická retrográdní cholangiopankreatikografie)?

„Já jsem tam dřív pracovala na těch sálech ERCP, takže jsem měla znalosti ze sálu. Věděla jsem o co jde“.

Který ze zdrojů pro Vás byl nejsrozumitelnější?

„Zkušenosti“.

Hledala jste informace k vyšetření ERCP na stránkách naší nemocnice?

„Nehledala jsem, protože to znám“.

Jakou formou Vám zdravotnický personál sdělil informace o vyšetření ERCP?

„Ústně“.

Kde probíhalo sdělení informací k vyšetření v rámci oddělení?

„Nebylo místo, takže na chodbě“.

Vyhovovalo Vám místo edukace před vyšetřením ERCP?

„Vyhovovalo mi“.

Kolik času Vám zdravotnický personál poskytl při sdělování informací před vyšetřením ERCP?

„Do 5-10 minut“.

Byl Vám sdělen důvod k podstoupení vyšetření ERCP?

„Ano, byl“.

Byly pro Vás informace o ERCP poskytnuté zdravotnickým personálem srozumitelné?

„Ano, rozuměla jsem“.

Měla jste možnost se zeptat na informace k ERCP zdravotnického personálu?

„Ano“.

Uvítala byste více informací o ERCP, než Vám byly sděleny v rámci edukace?

„Bylo to dostačující“.

Kdo Vám dal podepsat informovaný souhlas?

„Paní doktorka“.

Měla jste možnost si přečíst informovaný souhlas s vyšetřením ERCP?

„Možnost jsem měla, ale věděla jsem, takže jsem ho nečetla“.

Které z poskytnutých informací v rámci edukace Vám pomohly zvládnout ERCP?

„Žádná. Věděla jsem do čeho jdu“.

Vnímala jste proběhlou edukaci k vyšetření jako podporu?

„Řekněme že ano“.

Ovlivnilo množství poskytnutých informací při edukaci průběh ERCP?

„Ne“.

Uvítala byste nějaké další informace týkající se ERCP při proběhlé edukaci od zdravotnického personálu?

„Žádné“.

Která poskytnutá informace v rámci edukace byla pro Vás nejdůležitější pro zvládnutí ERCP?

„Nejdůležitější bylo to, že budu při vědomí, protože, já jsem si pamatovala, že ti pacienti, tam různě, měli problémy, při tom ERCP, že jsme je museli držet, když sebou hýbali a na druhý den si nic nepamatovali. Takže já jsem naprosto spokojená. Pamatuji si vše“.

TRANSKRIPCE PARTICIPANTKY PA 3

Z jakých zdrojů jste získali informace o vyšetření ERCP (endoskopická retrogradní cholangiopankreatikografie)?

„Internet samozřejmě“.

Který ze zdrojů pro Vás byl nejsrozumitelnější?

„Informace od paní doktorky“.

Hledala jste informace k vyšetření ERCP na stránkách naší nemocnice?

„Ne nehledala, ani nevím, že tam něco takového je“.

Jakou formou Vám zdravotnický personál sdělil informace o vyšetření ERCP?

„Ústně“.

Kde probíhalo sdělení informací k vyšetření v rámci oddělení?

„Pokoj“.

Vyhovovalo Vám místo edukace před vyšetřením ERCP?

„Vyhovovalo, byla jsem tam sama“.

Kolik času Vám zdravotnický personál poskytl při sdělování informací před vyšetřením ERCP?

„Do 5 minut maximálně“.

Byl Vám sdělen důvod k podstoupení vyšetření ERCP?

„Ano“.

Byly pro Vás informace o ERCP poskytnuté zdravotnickým personálem srozumitelné?

„Asi jo, moc jsem se nedoptávala, nepítvala jsem se v tom, bylo to srozumitelné. Cizí slova nepoužívala“.

Měla jste možnost se zeptat na informace k ERCP zdravotnického personálu?

„Ano“.

Uvítal byste více informací o ERCP, než Vám byly sděleny v rámci edukace?

„Nevím, jsem ten člověk, který moc nechce vědět do čeho jdu. Radši miň a pak jsem překvapená, než se bát“.

Kdo Vám dal podepsat informovaný souhlas?

„Moc si nepamatuji, asi spíše sestřička“.

Měla jste možnost si přečíst informovaný souhlas s vyšetřením ERCP?

„Dali jen podepsat“.

Které z poskytnutých informací v rámci edukace Vám pomohla zvládnout ERCP?

„Asi žádná, dneska mě uklidnili, že když to zítra nevytáhnou, tak to kdyžtak udělají v Brně. V Brně už to dají“.

Vnímal jste proběhlou edukaci k vyšetření jako podporu?

„Nebrala bych to jako podporu, spíš jen aby lékaři věděli, do čeho člověk jde“.

Ovlivnilo množství poskytnutých informací při edukaci průběh ERCP?

„Myslím si, že ne“.

Uvítala byste nějaké další informace týkající se ERCP při proběhlé edukaci od zdravotnického personálu?

„No tak možná jako to, že se to nemusí podařit, že je to normální. Byla jsem z toho zbořená.“

Která poskytnutá informace v rámci edukace byla pro Vás nejdůležitější pro zvládnutí ERCP?

„Žádná, asi jen nutnost, že na to člověk musí jít, aby to šlo ven“.

TRANSKRIPCE PARTICIPANTKY PA 4

Z jakých zdrojů jste získali informace o vyšetření ERCP (endoskopická retrográdní cholangiopankreatikografie)?

„Říkali doktoři, ale i na internetu“.

Který ze zdrojů pro Vás byl nejsrozumitelnější?

„Asi od toho lékaře, tam to bylo takové lidské.“

Hledala jste informace k vyšetření ERCP na stránkách naší nemocnice?

„Hledala jsem a informace jsem dohledala“.

Jakou formou Vám zdravotnický personál sdělil informace o vyšetření ERCP?

„Ústně“.

Kde probíhalo sdělení informací k vyšetření v rámci oddělení?

„Na pokoji“.

Vyhovovalo Vám místo edukace před vyšetřením ERCP?

„Ano, vyhovovalo mi to místo“.

Kolik času Vám zdravotnický personál poskytl při sdělování informací před vyšetřením ERCP?

„Do 5 minut“.

Byl Vám sdělen důvod k podstoupení vyšetření ERCP?

„Ano“.

Byly pro Vás informace o ERCP poskytnuté zdravotnickým personálem srozumitelné?

„Byly srozumitelné“.

Měla jste možnost se zeptat na informace k ERCP zdravotnického personálu?

„Měla jsem možnost“.

Uvítala byste více informací o ERCP, než Vám byly sděleny v rámci edukace?

„Akorát stačilo“.

Kdo Vám dal podepsat informovaný souhlas?

„Staniční sestra“.

Měla jste možnost si přečíst informovaný souhlas s vyšetřením ERCP?

„Jen podepsala“.

Které z poskytnutých informací v rámci edukace Vám pomohla zvládnout ERCP?

„Nebyla žádná“.

Vnímala jste proběhlou edukaci k vyšetření jako podporu?

„Ale jo byla to podpora, když jsem se ptala, tak mi říkali, že to není nic hrozného na zvládnutí“.

Ovlivnilo množství poskytnutých informací při edukaci průběh ERCP?

„Asi ne, když byla možnost, tak jsem se stejně neptala“.

Uvítala byste nějaké další informace týkající se ERCP při proběhlé edukaci od zdravotnického personálu?

„Žádné“.

Která poskytnutá informace v rámci edukace byla pro Vás nejdůležitější pro zvládnutí ERCP?

„Nejdůležitější informace byla, že dostanu ten oblbovák“.

TRANSKRIPCE PARTICIPANTKY PA 5

Z jakých zdrojů jste získali informace o vyšetření ERCP (endoskopická retrogradní cholangiopankreatikografie)?

„Zadám si to do Googlu a tam si to všechno přečtu a paní doktorka mi také říkala informace“.

Který ze zdrojů pro Vás byl nejsrozumitelnější?

„Informace od paní doktorky“.

Hledala jste informace k vyšetření ERCP na stránkách naší nemocnice?

„Nehledala, protože jsem si myslela, že mám dost informací z toho Googlu“.

Jakou formou Vám zdravotnický personál sdělil informace o vyšetření ERCP?

„Ústně“.

Kde probíhalo sdělení informací k vyšetření v rámci oddělení?

„Pokoj“.

Vyhovovalo Vám místo edukace před vyšetřením ERCP?

„Ano, vyhovovalo“.

Kolik času Vám zdravotnický personál poskytl při sdělování informací před vyšetřením ERCP?

„Do 10 minut“.

Byl Vám sdělen důvod k podstoupení vyšetření ERCP?

„Neříkali mi důvod, protože jsem to sama věděla“.

Byly pro Vás informace o ERCP poskytnuté zdravotnickým personálem srozumitelné?

„Rozuměla jsem všemu“.

Měla jste možnost se zeptat na informace k ERCP zdravotnického personálu?

„Ano, měla jsem možnost“.

Uvítala byste více informací o ERCP, než Vám byly sděleny v rámci edukace?

„Stačilo mi, co už bylo sděleno“.

Kdo Vám dal podepsat informovaný souhlas?

„Lékař“.

Měla jste možnost si přečíst informovaný souhlas s vyšetřením ERCP?

„Jen jsem podepisovala, protože na nic není čas“.

Které z poskytnutých informací v rámci edukace Vám pomohla zvládnout ERCP?

„To, že mě uspí, to jsem se hodně zklidnila“.

Vnímal jste proběhlou edukaci k vyšetření jako podporu?

„Ale jo byla to podpora, člověk se obává toho vyšetření“.

Ovlivnilo množství poskytnutých informací při edukaci průběh ERCP?

„Neovlivnilo“.

Uvítala byste nějaké další informace týkající se ERCP při proběhlé edukaci od zdravotnického personálu?

„Nepotřebovala jsem další“.

Která poskytnutá informace v rámci edukace byla pro Vás nejdůležitější pro zvládnutí ERCP?

„Nejdůležitější byla informace, že mě uspí“.

ENDOSKOPICKÁ RETROGRÁDNÍ CHOLANGIOPANKREATIKOGRAFIE

UŽITEČNÉ INTERNETOVÉ

ZDROJE:

- https://is.muni.cz/el/portal/estud/fj/is08/atlas/pages/v_erep.html
- <https://www.mou.cz/vysetreni-zlucovychn-cest-ercp/t1429>

Tento edukační materiál je vytvořen jako součást bakalářské práce Péče o pacienta postupujícího endoskopickou retrográdní cholangiopankreatikografií.

Vedoucí práce: Mgr. Silvie Svobodová

Autor: Daniela Kročilová, Fakulta humanitních studií, Ústav zdravotnických věd, Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2024.

POUŽITÉ ZDROJE:

- MARTÍNEK, Jan; TRUNEČKA, Pavel a kol., 2021. *Gastroenterologie a hepatologie v algoritmech*. Praha: ~~Maxdorf~~. ISBN 978-80-7345-684-9.
- Krajská nemocnice Tomáše Bati ve Zlíně, 2019. *Informační souhlas s poskytnutím zdravotní péče – ERCP: Endoskopická retrográdní cholangiopankreatikografie*. Zlín.
- LOIACONO, Emilio Alessio, 2017. *Colangiopancreatografia retrograda (ERCP): cos'è, preparazione, è dolorosa o pericolosa?* Online. In: *Medicina online*. Dostupné z: https://medicinaonline.co/2017/03/24/colangiopancreatografia-retrograda-ercp-cos-e-preparazione-e-dolorosa-o-pericolosa/#google_vignette.

PÉČE PO VYŠETŘENÍ:

Jste převezeni zpět na oddělení.

Budou Vám monitorovány fyziologické funkce – krevní tlak, tělesná teplota, puls, saturace kyslíkem.

Nesmíte nic jíst ani pít. Budete mít infuzní terapii.

V případě potíží ihned informovat ošetřující personál.

Po 6 hodinách od výkonu Vám bude odebrána krev a pokud budou hodnoty v normě, můžete pít tekutiny, pokud nebudou, budete lační do rána, kdy budou opět provedeny krevní odběry.

Následující den Vám bude naordinována dieta č. 4S – s přísným omezením tuků nebo dieta č. 4S/9 – diabetická dieta s přísným omezením tuků.

Pokud budete dietu tolerovat, ošetřující lékař Vás propustí domů do domácí péče.

- Je to endoskopicko-radiologické vyšetření.
- Používá se zkratka ERCP.
- Vyšetření se provádí na endoskopickém sále.
- Využívá se k diagnostice onemocnění jater, žlučníku, žlučovodů a slinivky břišní a současně je možné, aby lékař provedl také léčebný výkon.
- Po vyšetření je obvyklé říhání nebo pocit na zvracení z důvodu aplikace vzduchu do žaludku a střeva při vyšetření.
- K možným komplikacím patří zánět slinivky břišní, krvácení, alergická reakce nebo infekce.
- Vyšetření lze provést v celkové anestezii.

PŘÍPRAVA PACIENTA PŘED VYŠETŘENÍM:

Neužívat alespoň 5 dní před vyšetřením léky na ředění krve (Anopyrin, Pradaxa, Godasal, Aspirin, Acylpyrin, Warfarin, Stacyl, Xarelto, Eliquis...)

Vyšetření bude provedeno za krátkodobé hospitalizace.

Proběhne sdělení informací o výkonu a podpis informovaného souhlasu.

Ženy v reprodukčním věku musí mít provedené gynekologické vyšetření.

Budou provedena vyšetření moči a krve.

Před vyšetřením Vám bude zavede periferní žilní kanyla.

Nejméně 12 hodin před vyšetřením nejíst, nepít a nekouřit.

Pacienti, kteří mají zubní protézu ji před vyšetřením vyjmou.

PRŮBĚH VYŠETŘENÍ:

Poloha na levém boku.

Podávají se léky na uklidnění.

Ústy se zavede endoskop přes jícen, žaludek a dvanáctník, kde nalezneme ústí žlučových cest a vývod slinivky břišní (Vaterskou papilu).

Z endoskopu se vysune tenká sonda, vstříkne se kontrastní látka a zobrazí se žlučové cesty a vývod slinivky břišní.

Lékař provede rentgenové snímky a vyšetření se ukončí.

