

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2024

Kateřina Truněčková

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Strach jako překážka při endoskopických vyšetřeních

Bakalářská práce

2024

Kateřina Truněčková

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2022/2023

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Kateřina Truněčková**
Osobní číslo: **Z21313**
Studijní program: **B0913P360004 Všeobecné ošetřovatelství**
Téma práce: **Strach jako překážka při endoskopických vyšetřeních**
Téma práce anglicky: **Fear as an obstacle at the endoscopic examinations**
Zadávací katedra: **Katedra ošetřovatelství**

Zásady pro vypracování

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

Rozsah pracovní zprávy: **35 stran**
Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**
Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

- ATKINSON, Rita L. *Psychologie*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-640-3.
DÍTĚ, Petr. *Základy digestivní endoskopie*. Praha: Grada, 1996. ISBN 80-7169-237-9.
DUŠEK, Karel a VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, Nena. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Psyché (Grada). Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-1620-6.
HARTL, Pavel a HARTLOVÁ, Helena. *Psychologický slovník*. Třetí, aktualizované vydání. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0873-0.
HOLUBOVÁ, Adéla; NOVOTNÁ, Helena a MAREČKOVÁ, Jana. *Ošetrovatelská péče v gastroenterologii a hepatologii*. Sestra (Mladá fronta). Praha: Mladá fronta, 2013. ISBN 978-80-204-2806-6.
KELNAROVÁ, Jarmila et al., 2016. *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5330-0.
LUKÁŠ, Karel a ŽÁK, Aleš. *Gastroenterologie a hepatologie: učebnice*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1787-6.
NAKONEČNÝ, Milan. *Emoce*. Praha: Triton, 2012. ISBN 978-80-7387-614-2.
NAKONEČNÝ, Milan. *Lexikon psychologie*. 2., podstatně rozš. vyd. Praha: Vodňák, 2013. ISBN 978-80-7439-056-2.
NAKONEČNÝ, Milan. *Psychologie osobnosti*. Vyd. 2., rozš. a přeprac. Praha: Academia, 2009. ISBN 978-80-200-1680-5.
WOLF, Doris. *Jak překonat strach, úzkost, paniku, fobie*. Přeložil Lucie PELÁKOVÁ. Praha: Grada, 2018. ISBN 978-80-271-0618-9.
ZAVORAL, Miroslav, Petr DÍTĚ, Julius ŠPIČÁK, Jan BUREŠ et al. *Nové trendy v digestivní endoskopické diagnostice a léčbě*. Praha: Grada, 2000. ISBN 80-7169-999-3.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. et Mgr. Ondřej Podeszwa**
Katedra ošetrovatelství

Datum zadání bakalářské práce: **1. prosince 2022**

Termín odevzdání bakalářské práce: **30. dubna 2024**

doc. RNDr. ThLic. Karel Sládek, Ph.D., MBA v.r.
děkan

L.S.

Mgr. et Mgr. Michal Kopecký v.r.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 7. března 2024

PROHLÁŠENÍ AUTORA

Prohlašuji, že jsem práci s názvem: Strach jako překážka při endoskopických vyšetřeních vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury. Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše. Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 7/2019 Pravidla pro odevzdávání, zveřejňování a formální úpravu závěrečných prací, ve znění pozdějších dodatků, bude práce zveřejněna prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 26. 4. 2024

Kateřina Truněčková v. r.

PODĚKOVÁNÍ

Děkuji váženému panu Mgr. et Mgr. Ondřejovi Podeszwovi za odborné vedení, podporu a ochotu poskytovat mi rady a zkušenosti při psaní mé bakalářské práce.

Ráda bych také poděkovala své rodině a blízkým za veškerou podporu během studia.

ANOTACE

Bakalářská práce poukazuje na fakt, že strach je jednou z největších překážek pro pacienty, kteří přicházejí k různým typům vyšetření. Práce je konkrétně zaměřena na endoskopická vyšetření a hledá příčiny strachu u pacientů, kteří přicházejí na tento typ oddělení. Jedná se o práci teoreticko – empirickou.

Teoretická část se věnuje emocím jako takovým. Konkretizuje a specifikuje strach, úzkosti, fobie a jak se projevují, také se zaměřuje na historii a vývoj endoskopie, jaké typy vyšetření lze provádět a související přípravu pacienta a pracovního pole.

V průzkumné části pomocí dotazníků zjišťujeme, jaká je podstata strachu u respondentů, co jejich strach vyvolává a zda po vyšetření hodnotí dotazování emoce ve stejné míře, jako před ním.

KLÍČOVÁ SLOVA

Endoskopická vyšetření, gastrokopie, koloskopie, nástroje, medikace, emoce, strach, psychická podpora

TITLE

Fear as an obstacle at the endoscopic examinations

ANNOTATION

The thesis points out on fact, that fear is one of the biggest obstacles for patients, who come to different types of examinations. Thesis is concretely focused on endoscopic examinations and seeking causes of fear at patients, who come on this type of department. This work is theoretically – empirical.

The theoretical part is devoted to emotions as such. Concretely and specifies fear, anxiety, phobia and how they manifest themselves, also is focused on history and progress of endoscopy, what kind of examinations is possible to practice and related preparation of patient and working place.

In empirical part we found out with help of questionnaires, what is the nature of the respondent's fear, what caused their fear and whether interviewees evaluate emotions after examination in the same extent, as before him.

KEYWORDS

Endoscopic examination, gastroscopy, coloscopy, instruments, remedies, emotions, fear, psychological support

OBSAH

Úvod.....	13
1 Cíle a metody práce	15
1.1 Cíl teoretické části práce.....	15
1.2 Cíl průzkumné části práce.....	15
I Teoretická část.....	16
2 Endoskopie.....	16
2.1 Historie endoskopie	16
2.2 Typy endoskopických přístrojů	17
2.2.1 Rigidní endoskopy	17
2.2.2 Flexibilní endoskopy.....	17
2.2.3 Videoendoskopy	18
2.2.4 Speciální endoskopy	18
2.3 Údržba a dezinfekce endoskopických přístrojů	18
2.4 Péče o pacienta během endoskopického vyšetření	19
2.4.1 Příprava pacienta před vyšetřením.....	19
2.4.2 Čištění pacienta.....	20
2.4.3 Medikace užívaná při endoskopickém vyšetření	21
2.4.4 Péče o pacienta během vyšetření	22
2.4.5 Péče o pacienta po vyšetření	22
2.5 Vybrané úkony na pracovišti endoskopií.....	23
2.5.1 Gastroskopie	23
2.5.2 Koloskopie	23
2.5.3 ERCP	24
3 Emoce a podstata strachu.....	25
3.1 Co jsou to emoce.....	25
3.2 Dělení emocí	26

3.3	Emoce pozitivní a negativní	27
3.3.1	Pozitivní emoce.....	28
3.3.2	Negativní emoce	29
3.4	Strach	30
3.4.1	Chronický a akutní strach	30
3.4.2	Projevy strachu	31
3.4.3	Typy reakcí v zátěžových situacích	31
3.5	Úzkost	32
3.6	Záchvaty paniky.....	33
3.7	Fobie	34
II	Praktická část	35
4	Metodika praktické části.....	35
4.1	Průzkumný záměr	35
4.2	Metodologie průzkumu.....	35
4.3	Charakteristika pracoviště.....	36
4.4	Charakteristika respondentů	36
4.5	Analýza dat dotazníkového šetření	36
4.6	Prezentace výsledků průzkumu	37
5	Diskuse.....	65
5.1	Průzkumný záměr č. 1	65
5.2	Průzkumný záměr č. 2	66
5.3	Průzkumný záměr č. 3	68
5.4	Průzkumný záměr č. 4	69
5.5	Průzkumný záměr č. 5	70
5.6	Komparace výsledků.....	71
6	Závěr	73
6.1	Vyplývající doporučení pro praxi	74

7	Použitá literatura	75
7.1	Knižní zdroje.....	75
7.2	Internetové zdroje	76
7.3	Ostatní.....	78
8	Přílohy.....	79

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 – Počet pacientů, jež přicházejí do fakultní nemocnice poprvé	37
Obrázek 2 – Počet absolvovaných endoskopických vyšetření u respondentů.....	38
Obrázek 3 – Typ absolvovaného vyšetření.....	39
Obrázek 4 – Důvod příchodu na endoskopické pracoviště.....	40
Obrázek 5 – Počet pacientů pociťujících obavy z vyšetření.....	41
Obrázek 6 – Podnět pro obavy u respondentů	42
Obrázek 7 – Důvody, kvůli kterým pacienti pociťují obavy	43
Obrázek 8 – Předchozí zkušenost pacientů, jež absolvovali endoskopické vyšetření.....	44
Obrázek 9 – Odpovědi pacientů na otázku, zdali vyšetření dopadlo dle jejich představ	45
Obrázek 10 – Důvody v případě, že vyšetření u pacientů nedopadlo dle jejich představ	46
Obrázek 11 – Obava respondentů přijít k endoskopickému vyšetření	47
Obrázek 12 – Možný pozdní příchod pacientů k vyšetření	48
Obrázek 13 – Důvody obav dotazovaných, že k vyšetření přichází pozdě	49
Obrázek 14 – Pocit strachu u pacientů před vyšetřením.....	50
Obrázek 15 – Počet pacientů hospitalizovaných ve FNHK.....	51
Obrázek 16 – Intenzita strachu u dotazovaných v průběhu vyšetření	52
Obrázek 17 – Účinnost medikace podaná během vyšetření	53
Obrázek 18 – Psychická úleva respondentů po ukončení vyšetření	54
Obrázek 19 – Další plánované endoskopické vyšetření u pacientů.....	55
Obrázek 20 – Intenzita bolesti u dotazovaných během vyšetření.....	56
Obrázek 21 – Míra strachu pacientů před vyšetřením	57
Obrázek 22 – Intenzita pocitu strachu respondentů během vyšetření	58
Obrázek 23 – Míra pocitu studu u pacientů během vyšetření.....	59
Obrázek 24 – Přívětivost a ochota zdravotnického personálu na pracovišti	60
Obrázek 25 – Dostatečnost medikace podané pacientům během vyšetření	61
Obrázek 26 – Hodnocení pacientů na průběh vyšetření	62
Obrázek 27 – Pohlaví pacientů	63
Obrázek 28 – Věkové rozmezí dotazovaných	64

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

μg	Mikrogram
CCD	Kompaktní disk pro archivaci
CT	Počítačová tomografie
ČR	Česká republika
ERCP	Endoskopická retrogradní cholangiopankreatikografie
FNHK	Fakultní nemocnice Hradec Králové
FZS	Fakulta zdravotnických studií
GIT	Gastrointestinální trakt
HCL	Kyselina chlorovodíková
I.V.	Intravenózní
MR	Magnetická rezonance
PEG	Perkutánní endoskopická gastrostomie
PEJ	Perkutánní endoskopická jejunostomie
PŽK	Periferní žilní katétr
RTG	Rentgen
UPCE	Univerzita Pardubice

ÚVOD

„Můžeš mít strach, ale nesmíš se bát“

Ernest Hemingway

Stejně tak jako jsou endoskopie neodmyslitelnou součástí diagnostiky v moderním zdravotnictví, tak strach je nedílnou součástí života každého z nás. Z dat Národního onkologického registru vyplývá, že více jak polovina nově nalezených případů kolorektálního karcinomu je již v pokročilém stadiu, i přes zavedený populační screening, který se v ČR provádí od roku 2000 (ÚZIS, © 2024). Od roku 2014 zdravotní pojišťovny zvou své klienty ve věku nad 50 let na screeningové vyšetření. Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra ČR v roce 2022 poslala 51 833 pozvánek, nicméně k vyšetření se dostavilo pouze 13 307 klientů (ZP MV ČR, © 2024). Poněvadž strach velmi úzce souvisí s endoskopickým vyšetřením, zvolila jsem téma bakalářské práce s cílem zjistit, jaká je příčina vyvolaného strachu a zdali je překážkou pro pacienty, aby vyšetření absolvovali. Práce je rozdělena na část teoretickou a část průzkumnou.

V první polovině teoretické části je blíže popsán obor endoskopie a její historický vývoj, další kapitola se zabývá popisem endoskopů, jak je lze rozdělit a kapitola následující seznamuje s dezinfekcí těchto složitých přístrojů. Další kapitola blíže specifikuje přípravu pacienta, která jej čeká před samotným vyšetřením, během vyšetření a následná péče po samotném výkonu. Poslední kapitola je věnována vybraným typům vyšetření, která se na endoskopickém pracovišti provádí. Prameny pro sběr informací byla odborná literatura týkající se endoskopií, diagnostických metod a odborné zdravotnické péče v této oblasti. Druhá polovina teoretické části je věnována emocím. V první kapitole je bližší seznámení s emocemi, další kapitola emoce rozděluje na pozitivní a negativní, kde je blíže konkretizuje. Poslední kapitoly jsou věnovány strachu, úzkosti, fobiím a panickým atakám. Jako hlavní prameny pro sběr informací byly knižní a internetové zdroje z oblasti psychologie, které se zabývají myšlením a emocemi člověka.

V průzkumné části proběhl sběr dat za pomoci dotazníků, které měly pomoci najít odpověď na hlavní myšlenku, zdali je strach překážkou, kvůli které se pacienti obávají podstoupit endoskopické vyšetření. Sběr dat probíhal na lůžkovém oddělení gastroenterologické kliniky

a na pracovišti endoskopií, ve výstupu z dotazníkového šetření je uveden počet pacientů pociťujících strach, specifikováno, co jejich strach vyvolává a zdali je strach vnímán stejně intenzivně i u pacientů, kteří tento typ vyšetření již absolvovali.

1 CÍLE A METODY PRÁCE

1.1 Cíl teoretické části práce

Cílem je vytvoření teoretických východisek pro část průzkumnou. Popisuje endoskopii jako takovou, endoskop, přípravu pacienta a pracovního pole a vybrané typy vyšetření. V druhé části popisuje problematiku emocí, což je hlavní východisko pro empirickou část. Vysvětluje pojmy jako strach, úzkost, fobie, panika a další.

1.2 Cíl průzkumné části práce

Cílem je získávání dat od respondentů pomocí dotazníků a získat tak odpověď na nejdůležitější průzkumný záměr: „proč se pacienti bojí absolvovat endoskopické vyšetření“?

Cíle empirické části lze shrnout do těchto bodů:

- zjistit, z jakého důvodu se pacienti obávají k vyšetření přijít,
- zjistit, zdali byl strach zmírněn za pomoci medikace a psychické podpory personálu,
- zjistit, zda byla míra strachu stejně intenzivní po vyšetření, jako před ním.

I TEORETICKÁ ČÁST

2 ENDOSKOPIE

Cílem této části je popsat endoskopie. V následujících kapitolách je podrobně popsána historie endoskopie a její vývoj, dále se zabývá endoskopem, jeho typy a údržbou. V následujících kapitolách se práce věnuje přípravě pacienta, a jaká je úloha sestry při výkonech. V poslední části se zabývá vybranými typy vyšetření a výkonů prováděných v endoskopiích.

Informace pro zpracování teoretické části byly čerpány z pramenů odborné literatury, například z knihy autora Petra Dítěte a kolektivu s názvem Základy digestivní endoskopie, či publikace pana profesora Pavla Klenera s názvem Propedeutika ve vnitřním lékařství.

2.1 Historie endoskopie

Stejně jako ve všech odvětvích medicíny i endoskopie prošla řadou inovací a významným vývojem. Počátky sahají až do r. 1799, kdy dr. Philip Bozzini zkonstruoval osvětlovací aparát s optikou, který umožňoval prohlídku v některých lidských dutinách. Technicky dokonalejší byl poté endoskop Desormeux v roce 1853, kde bylo užito umělého osvětlení za pomoci plynové lampy a zrcadel. První zavedení endoskopu, i když málo úspěšné, uskutečnil dr. Kussmaul v roce 1868. Nechal se přitom inspirovat pouťovými polykači mečů, kteří dokázali, že v určité poloze těla se lze dostat rovným předmětem až na dno žaludku (Dítě, 1996, s. 21).

V roce 1896 Rosenheim v Berlíně zkonstruoval první vícedílný semiflexibilní endoskop. Významným objevem byl přístroj dr. Elsnera v roce 1928, jehož přístroj s retrográdním bleskovým zařízením umožňoval pořizovat první fotografie ze žaludku. Také jeho endoskopy byly vybaveny gumovým nástavcem, čímž eliminoval poranění žaludku (Dítě, 1996, s. 21).

Největší inovaci v oblasti endoskopie provedl Basil I. Hirschowitz, kdy v roce 1957 předvedl endoskopické veřejnosti první fibroskop. Inspiroval se vedením světla vláknitou optikou, a tak v roce 1954 ve spolupráci s fyziky Petersem a Curtissem zahájil vývoj fibroskopu a izolaci světelných vláken. Hirschowitz v roce 1963 představil první ezofagoskop, který obsahoval bioptický kanál a zdroj studeného světla vedený druhým optickým svazkem. Stejným vybavením disponovaly později i gastroskopy, které byly navíc vybaveny ovládním distálního konce hlavy přístroje (Špičák, 2000, s. 12).

Vývoj endoskopie u nás se datuje od 30. let 20. století. S digestivní endoskopií se jako první seznamovali Scheiner a Herfort na I. klinice v Praze. S rigidním a semirigidním endoskopem pracoval také Mařatka a Kuthan, nicméně endoskopie s rigidními endoskopy byla nedokonalá a také nebezpečná. Značná část žaludku nemohla být zkoumána a také hrozilo poškození chrupu a měkkých tkání (Dítě, 1996, s. 17).

V 60. letech se dostaly na vybraná pracoviště první fibroskopy, které vedly optické vlákno. Neměly říditelnou hlavu, ale měly možnost fotografování s filmem umístěným v hlavici přístroje. Od začátku 70. let se užívaly endoskopy, jež mohly hlavou otáčet do stran, dozadu i směrem k sobě. V 80. letech byla endoskopie uznána jako velmi důležitá součást diagnostiky a v dnešní době je neodmyslitelnou součástí vyšetřování GIT (Špičák, 2000, s. 14).

2.2 Typy endoskopických přístrojů

Endoskop je nástroj sloužící k pohledu do tělních dutin. Slovo je odvozeno spojením dvou řeckých pojmů: „endo“, což znamená „uvnitř“, a „skopien“, v překladu „pohled, pohlížení“ (Lukáš, Žák, et al., 2007, s. 73).

2.2.1 Rigidní endoskopy

Rigidní neboli tubusové endoskopy, patří mezi nejjednodušší zařízení. Základem je optika, která se dělí na objektiv, řadu čoček a okulár. To, pod jakým úhlem budeme objekt snímat, zajišťuje objektiv. Čočky dále vedou obraz do ohniska okuláru, ve kterém daný objekt vidíme. Dále skrze endoskop probíhají skleněná vlákna, jež vedou světlo pomocí světlovodného kabelu připojeného k optice. Kromě tubusu s optikou a světla je součástí endoskopu kanálek na odsávání, insuflaci (foukání vzduchu) a prostorem pro instrumentárium (Kelnarová et al., 2016, s. 176).

2.2.2 Flexibilní endoskopy

Flexibilní endoskop, jak už jeho název napovídá, je ohebný a umožňuje vyšetření GIT bez rizika perforace a traumatizace. Kromě částí shodných s rigidním endoskopem obsahuje zaváděcí flexibilní tubus, na jehož distálním konci vyústíuje bioptický kanál, insuflační tryska na vzduch a vodu, dva světlovody a objektiv. Druhá strana je opatřena ovládací částí pro kontrolovaný pohyb distálního konce. Endoskop je mimo okuláru také vybaven kontakty pro přenos el. signálu pro fotodokumentaci (Kelnarová et al., 2016, s. 175).

2.2.3 Videoendoskopy

Videoendoskopy nevyužívají k přenosu obrazu vláknovou optiku, nýbrž tzv. CCD snímací prvek. Na rozdíl od klasických fibroskopů mají na distálním konci kameru a na ovládací části není okulár. CCD je druh mikročipu, jež snímá světelnou obrazovou informaci z distálního konce endoskopu a přeměňuje ji na obraz. Tím, že videoendoskopem neprochází vláknová optika, stávají se tak lépe odolné vůči poškození. Endoskop je propojen s monitorem, tudíž umožňuje sledování obrazu i endoskopickým sestram (Dítě, 1996, s. 27-28).

2.2.4 Speciální endoskopy

Zde řadíme endoskopy pro speciální využití, například angioskopy, které se vyjadřují extrémně tenkým průměrem, nejmenší mohou mít v průměru pouhých 0,8 mm. Dále do této kategorie můžeme zařadit sonoendoskopy. Ty jsou na svém distálním konci vybaveny rotační ultrazvukovou sondou. Výhodou je, že sonda je v přímém kontaktu s daným orgánem a dosahujeme tak pozoruhodných výsledků. Také je na distálním konci opatřen upraveným kanálem pro vyústění instrumentářií, přičemž je možno upravit úhel, pod kterým daný instrument bude vystupovat (Dítě, 1996, s. 28-29).

2.3 Údržba a dezinfekce endoskopických přístrojů

Endoskopické přístroje nelze sterilizovat, a proto je třeba dbát na jejich důkladnou dezinfekci. Pro zdravotnictví je prioritou zachovat přístroj co nejdéle funkční, jelikož endoskopy jsou drahou zdravotnickou pomůckou. Dezinfekce přístroje je nedílnou součástí práce endoskopické sestry, díky níž dochází ke zneškodnění mikroorganismů a zamezení šíření a přenosu nákazy na pacienty i ošetřující personál (Holubová 2016, s. 16-19).

Dezinfekce probíhá za pomoci dezinfekčních roztoků, které se připravují vždy čerstvé pro každou směnu. Přípravek se chystá rozředěním dezinfekčního prostředku ve vodě v poměru předepsaném výrobcem. Připravený roztok se ukládá do označených a dobře krytých nádob, na něž je třeba napsat druh přípravku, datum a hodina naředění roztoku a datum expirace. Zároveň se zde viditelně podepíše sestra, jež přípravek chystala (Kordulová, 2015, s. 176).

Po každém provedeném vyšetření je třeba endoskop rozebrat a oddělit snímatelné části, které se namočí do nádoby s dezinfekčním roztokem. Užívá se 3 % roztok přípravku Sekusept Plus nebo Sekusept Aktiv. Endoskop se následně mechanicky čistí za pomoci kartáčků a provede se proplach kanálků a to tak, že se odsaje cca 200 ml roztoku. To zamezí usazení a zaschnutí biologického materiálu. Následně se endoskop opláchne a za pomoci vzduchu se vyfoukne

voda z kanálků. Zkontrolujeme, zda přístroj není poškozen a následně jej odpojíme od zdroje světla, vody a odsávání (Keil, 2005, s. 78-79).

Dalším krokem je dezinfekce, která probíhá buď ručně, nebo za pomoci speciálních dezinfektorů (EDT neboli Endo Thermo Dezinfektor, viz příloha C). Těchto dezinfektorů existuje celá řada a mají mnoho funkcí, některé pouze dezinfikují, jiné kromě dezinfekce také myjí. Jiné mají také funkci zkoušky těsnosti, kdy se vpouští vzduch do vnitřních prostor endoskopu, kudy probíhají vlákna. Na závěrečný oplach stačí pouze pitná, nebo destilovaná voda. Musí se však dbát na to, aby byl oplach proveden v dostatečné míře, jinak hrozí vznik takzvané chemické kolitis. Ta vzniká v důsledku zavlečení dezinfekčního prostředku do těla pacienta (Falt et al., 2015, s. 67).

Následuje sušení přístroje, díky čemuž se zabrání rozrůstání mikroorganismů žijících ve vodě. Sušení probíhá za pomoci stlačeného vzduchu nebo 90% alkoholem. Takto připravené přístroje se následně uskladní ve speciálních uzavíratelných skříních (viz příloha D). Zde se zavěšují svisle, bez ventilů a je zajištěno neustálé profukování kanálů. Uskladněné mohou být 5-7 dní, záleží však na interních nařízeních a na doporučení výrobce (Falt et al., 2015, s. 67-68).

2.4 Péče o pacienta během endoskopického vyšetření

Pacient musí podstoupit řadu úkonů a příprav před tím, nežli podstoupí endoskopické vyšetření. Od čištění trávicího ústrojí, přes psychickou a medikamentózní podporu, průběžnou monitoraci pacienta až po ukončení výkonu, poučení a řádnou rekonvalescenci.

2.4.1 Příprava pacienta před vyšetřením

Při indikaci k vyšetření je pacientovi vysvětleno, jak vyšetření probíhá a jaká je případná příprava v závislosti na tom, zdali se jedná o gastrokopické, koloskopické či ultrasonografické vyšetření. Na většině pracovišť jsou pacientům rozdávány informační letáky, kde se nachází veškeré informace týkající se daného vyšetření. Dostatečná informovanost pacienta o průběhu vyšetření je naprosto nezbytnou součástí. Jednak je to předpoklad ke zvýšení obeznámenosti s daným typem vyšetření a případné zodpovězení jeho dotazů přispívá k uklidnění pacienta, zmírnění míry stresu a navýšení komfortu před vyšetřením. Při příjezdu na oddělení pacient podepíše informovaný souhlas o výkonu (příloha E) a v případě podání sedace také souhlas pacienta o jeho aplikaci, pokud ho již nepodepsal na oddělení v případě hospitalizace (Klener et al., 2009 s. 132).

Při koloskopii je základní očista střeva, která probíhá za pomoci čistících roztoků. Dále je třeba pacienta upozornit na to, že tři dny před nástupem k vyšetření je důležité dodržovat dietu. Pacienti nesmí konzumovat potraviny s obsahem nestravitelných zbytků a semínek, jako je celozrnné pečivo, ovoce se slupkami či zrnky. Den před vyšetřením lze lehce posnídat a v den vyšetření nejíst vůbec, pouze pít čiré tekutiny či limonády. 2 hodiny před vyšetřením se již nesmí nic pít. Týden před vyšetřením se vysazují léky s obsahem železa, jako je Sorbifer či Aktiferrin. Pokud jde pacient na diagnostické vyšetření, není třeba aby vysazoval léky na ředění krve, pokud by šel na operační zákrok, je třeba týden před plánovanou operací tyto léky vysadit. Ranní dávku léků, například na hypertenzi, si před vyšetřením lze vzít (cgs-cls.cz, © 2024).

Při gastroskopii se výkon provádí též nalačno, kdy je od půlnoci zakázáno cokoli konzumovat, případně alespoň 6 hodin před výkonem. 2 hodiny před výkonem se již nesmí nic pít. Dále se nesmí užívat 6 hodin před vyšetřením antacida a je zakázáno kouřit a od večera před výkonem se nesmí užívat alkoholické nápoje (Kelnarová et al., 2016, s. 181).

Před vyšetřením je třeba pacienta uklidnit a psychicky ho podpořit. Vysvětlit mu, jak probíhá vyšetření, že bolest je eliminována sedací a vyšetření je zcela bezbolestné. Je dobré předat pacientovi informační leták se základními informacemi o vyšetření. Psychická podpora je velmi důležitá, jelikož pacient může být velmi ve stresu a mít z vyšetření strach. Mnohdy pacienti k vyšetření z důvodu strachu nepřijdou a poté je již pozdě na případný včasný záchyt nemoci (Morschitzky, 2018, s. 38).

Při příchodu pacienta na pracoviště endoskopií je pacient odveden do přípravný, kde se převleče do košile a v případě koloskopie do speciálních kalhot. Pokud jde pacient na gastroskopii, smí si ponechat své oblečení. Probíhá anamnéza, kde se pacienta ptáme na alergie, na průběh lačnění a čištění trávicího traktu. Pokud nemá z oddělení zaveden PŽK, je mu zaveden žilní vstup pro aplikaci léčiv. Před výkonem měříme fyziologické funkce (krevní tlak, puls, tělesnou teplotu a případně saturaci) a vše pečlivě zapíšeme do protokolu o průběhu endoskopického vyšetření (Mikšovská, Froňková, Zajíčková, 2005, s. 88).

2.4.2 Čištění pacienta

V rámci přípravy na koloskopii probíhá tzv. koloskopická příprava, jež spočívá v očištění tračníku. Této očisty lze dosáhnout dodržováním diety, vypitím speciálních projímavých očištných roztoků a dostatečným příjmem tekutin. Existuje mnoho přípravků, které k tomu lze využít a standartně se dělí na vysoko-objemové a nízko-objemové. Přípravky způsobují

průjem a dráždí konečník, proto je vhodné šetrně čistit konečník za pomoci vlhčených ubrousků či oplachem studenou vodou (Holubová, Novotná, Marečková et al., 2013, s. 98-100).

Vysoko-objemové roztoky neboli makrogol, jsou například přípravky jako Fortrans nebo Visaprep. Jejich výhodou je větší šetrnost ke střevní mikroflóře a jejich nevýhodou oproti tomu je vysoký objem a slanější chuť roztoku. Uvedené přípravky se užívají v objemu 4 litry a k tomu se ještě musí doplnit čiré tekutiny (cgs-cls.cz, © 2024).

Nízko-objemové roztoky mají většinou příjemnější chuť a stačí jich vypít menší množství, většinou mezi 400 – 600 ml. U nás se používají přípravky jako CitraFleet, Clensia, Eziclen, Moviprep, Picoprep či Plenvu. Po vypití roztoku je třeba vypít další 4 litry tekutiny, která nesmí obsahovat dužninu či semínka. Lze pít čaje, minerální vody, džusy bez dužniny aj. Tyto přípravky však mají již svá omezení, nesmí je užívat pacienti s poruchou střevní hybnosti, u nemocných se selháváním jater a ledvin nebo u těhotných žen (cgs-cls.cz, © 2024).

2.4.3 Medikace užívaná při endoskopickém vyšetření

Součástí endoskopického vyšetření je premedikace pacienta, která má za cíl uklidnit pacienta, uvolnit svalstvo a ulevit od bolesti. Před použitím analgosedace a užívaných myorelaxantů je třeba od pacienta podepsat souhlas s aplikací i.v. sedativ. Nejčastěji se jako analgetika užívá kombinace Midazolamu (2 g) a Fentanylu (50 µg). Dále se při výkonech užívá myorelaxantů, aby se snížila peristaltika a svalová činnost v GIT a mohla lépe probíhat diagnostika či provedení operačního výkonu. Jako myorelaxant se aplikuje Glukagon či Buscopan, u Buscopanu je třeba se pacienta optat, zdali neprodělavá glaukom (zelený zákal), jelikož tato látka zvyšuje nitrooční tlak a mohlo by dojít k poškození očí. Při gastrokopiích se užívá lokálního anestetika do horní části trávicí trubice, nejčastěji je používán Lidocain ve spreji. Při výkonech jako je PEG či PEJ, nebo při biopsiích se nejčastěji jako lokální anestetikum pro místo vpichu používá Mesocain (Holubová, Novotná, Marečková et al., 2013, s. 174–175).

V případě složitějšího lékařského zákroku, u kterého hrozí pozdější rozvinutí případné infekce, se podávají preventivně pacientovi antibiotika. Profylaktické podání antibiotik se doporučuje také u pacientů s vážnými srdečními vadami, s umělou chlopní či stenózou biliárních cest. Podání antibiotik je však na doporučení lékaře, který pacienta k vyšetření posílá (Dítě, 1996, s. 51).

2.4.4 Péče o pacienta během vyšetření

Pacient je po přívozu na výkonový sálek poučen o průběhu následujícího vyšetření a očekávaném nálezu, nicméně tyto informace pacient obdržel již při indikaci daného typu vyšetření. Následně je připojen na monitor, kde lze sledovat jeho fyziologické funkce. Ty se standartně v průběhu vyšetření neměří, pouze jeli to vyžadováno lékařem. Pacient je požádán, aby zaujmul polohu specifickou pro daný typ vyšetření a je mu aplikováno sedativum a případně myorelaxant. Sestra má připravený endoskop, instrumentaria pro připravovaný typ zákroku a případně nádoby na uchování vzorků odebraných během vyšetření (Kelnarová et al., 2016, s.190).

V případě koloskopického vyšetření je pacient uložen na levý bok s pokrčenými dolními končetinami. Lékař provede manuální kontrolu konečníku, lubrikuje ho a zavede distální konec endoskopu do konečníku. Sestra asistuje lékaři a manipuluje s instrumentárii dle pokynů lékaře (Holubová, Novotná, Marečková et al., 2013, s. 74).

Při gastrokopii sestra kontroluje, zdali si pacient odložil umělý chrup a případně brýle. Sestra aplikuje do oblasti úst a hltanu lokální anestetikum, kterým znecitliví krk pacienta. Pacienta uloží na levý bok a do úst vloží ochranný kroužek, který pacient stiskne dásní či zuby. Lékař přes kroužek zavede distální konec endoskopu za kořenem jazyka do jícnu či dále do zkoumané oblasti a instruuje pacienta, aby zhluboka dýchal nosem a nesnažil se během vyšetření mluvit (Holubová, Novotná, Marečková et al., 2013, s. 76).

2.4.5 Péče o pacienta po vyšetření

Po ukončení vyšetření jsou pacientovi ještě na sálku přeměřeny fyziologické funkce a zapsány do protokolu o provedeném vyšetření. Pacienta očistíme v oblasti konečníku, nebo v případě gastrokopie kolem úst, za pomoci buničiny či vlhčených ubrousků a převezeme ho na přípravný sálek, kde pacient ještě odpočívá. Pokud pacient absolvoval gastrokopii a s tím spojenou lokální anestezii krku, je třeba ho poučit, že po dobu 30 minut nesmí nic jíst a pít, aby nedošlo k aspiraci (Mikšovská, Froňková, Zajíčková, 2005, s.72-73).

V případě že jsme pacientovi aplikovali analgosedaci, je třeba jej řádně poučit, že nesmí opustit oddělení bez doprovodu, kterému je pacient vydán proti podpisu. Pacient s sebou dostane zprávu o provedeném výkonu a po dobu 24 hodin od podání sedativ nesmí pacient řídit motorové i nemotorové vozidlo včetně kola, odjíždět na delší cesty, jít do zaměstnání nebo užívat alkoholické nápoje. Pacient by též neměl zůstat přes noc sám doma, či pečovat o děti nebo jiné osoby vyžadující pomoc druhých (cgs-cls.cz, © 2024).

2.5 Vybrané úkony na pracovišti endoskopii

Endoskopie jsou neodmyslitelnou a oblíbenou vyšetřovací metodou v současné diagnostice. Mezi nejčastější úkony prováděné na endoskopickém pracovišti patří gastroskopie, koloskopie a ERCP (Falt, Urban, Vítek et al., 2015, s.29).

2.5.1 Gastroskopie

Gastroskopie se provádí v případě podezření na onemocnění jícnu, žaludku či dvanáctníku, nebo na posouzení aktivity a rozsahu onemocnění. Za pomoci gastroskopie lze také provádět léčebné zákroky, jako je polypektomie, stavění krvácení z žaludečních vředů, zmenšení nádoru aj. Endoskop se zavádí ústy do jícnu a dalších úseků horní části trávicí trubice, to vše pod zrakovou kontrolou lékaře. Vyšetření umožňuje přímou vizuální kontrolu sliznice, odběr materiálu za pomoci instrumentářií k tomu určených nebo provedení lékařského zákroku, jako je například rozšíření a zprůchodnění zúženého úseku GIT za pomoci kovových či plastových stentů (Kelnarová et al., 2016, s. 180).

Indikace gastroskopie jsou polypy, meléna neznámého původu, cílená biopsie kleštěmi či polypektomickou kličkou, lze též udělat stěrovou cytologii speciálními kartáčky. Dále lze extrahovat cizí tělesa, stanovit přítomnost HCl či *Helicobacter pylori*. Kontraindikací pro provedení gastroskopie je zcela nespolupracující pacient, šok, těžká dušnost, flegmonózní ezofagitida, akutní tonsilitida či perforace trávicí trubice (Klener et al., 2009, s. 132).

Výhodou gastroskopie je neinvazivní zavedení endoskopu přirozeným otvorem, tedy ústy, a přímé zobrazení horní části trávicího ústrojí. V případě potřeby lze odebrat vzorky sliznice k dalšímu vyšetření, či provést lékařský zákrok. Zároveň však existují jistá rizika spojená s gastroskopií, jako je časně či pozdější krvácení z důvodu porušení stěny GIT. Z toho důvodu je pacient požádán o vysazení léků na ředění krve, pokud nějaké užívá, z důvodu rizika vyššího krvácení (cgs-cls.cz, © 2024).

2.5.2 Koloskopie

Koloskopie je vyšetření tlustého střeva, až do oblasti, kdy přechází ve střevo tenké. Rektoskopie je endoskopické vyšetření v oblasti konečníku a anu, též existuje sigmoideoskopie, což je vyšetření esovité kličky tlustého střeva. Vše zmíněné jsou diagnostické metody, kdy je možnost přímo pozorovat sliznici tlustého střeva, jeho průchodnost a řasy. Za pomoci koloskopie lze provádět četné operační zákroky, polypektomii, stavění krvácení či odstranění cizího tělesa (Dítě, 1996, s. 68).

Indikací pro koloskopii je nejasná enteroragie, bolesti břicha, chronické průjmy, pozitivní test na okultní krvácení nebo změny ve vyprazdňování. Koloskopii lze provádět při diagnostice Crohnovy choroby, při podezření na ischemickou kolitidu, divertikulitidu či při hledání primárního zdroje nádorových metastáz. Kontraindikace koloskopie jsou těžké kolitidy, u kterých je riziko perforace střevní stěny, pacienti, jež prodělali nedávno infarkt myokardu a těhotné ženy. Koloskopie je především kontraindikována u pacientů, které postihla akutní divertikulitida, jelikož hrozí nebezpečí perforace a sepse (Klener et al., 2009, s. 132).

Výhody i nevýhody jsou stejné jako u gastrokopie, kdy největším rizikem je poškození střevní stěny a s tím spojené časné či pozdější krvácení (cgs-cls.cz, © 2024).

2.5.3 ERCP

ERCP neboli endoskopická retrográdní cholangiopankreatikografie, je typ endoskopického vyšetření, jež se indikuje u pacientů s podezřením na onemocnění žlučových cest a slinivky břišní. Jde o kombinované vyšetření, při němž jde o spojení endoskopického a rentgenového vyšetření. Endoskop se zavádí orální cestou, tedy přes ústa, a skrze jícn a žaludek až k vývodu pankreatických a biliárních cest, k tzv. Vaterské papile (Jelínková, 2014, s. 69).

Lékař poté zavede tenkou kanylu do biliárních cest, či do vývodu pankreatických cest a vstříkne do nich rentgen-contrastní látku, jež umožní vidět průběh těchto cest. Zde jsou vidět stenózy či žlučové kameny a v případě nálezu je možnost odběru biologického materiálu pro další vyšetření. Následuje léčebný zákrok, kdy je možnost rozříznout svěrač Vaterovy papily, čímž se uvolní vývod biliárních či pankreatických cest. Dále se může provádět drcení či odstranění kamenů, drenáž cysty nebo abscesu, dilatace zúžených prostor nebo zavedení kovového, plastového či biodegradabilního stentu (cgs-cls.cz, © 2024).

3 EMOCE A PODSTATA STRACHU

Následující kapitoly teoretické části se zabývají emocemi, jak vznikají, jak se projevují u člověka a jaký mají vliv na organismus. Blíže se zabývá strachem, jeho podstatou, projevy a proč právě strach je jednou z nejtěžších a nejčastějších překážek u různých typů vyšetření, především pak těch endoskopických.

Informace byly čerpány z odborné literatury, především z knih uznávaného psychologa prof. PhDr. Milana Nakonečného, jehož publikace jako jsou *Emoce* nebo *Lexikon psychologie*, jsou primárním zdrojem.

3.1 Co jsou to emoce

Pojem emoce je odvozen z latinského slova „motio“, což lze přeložit jako „pohnutí“. Označuje citovou složku osobnosti, prožívání, reakci na nějakou situaci a celkové citové ladění. Každá z emocí se projevuje jinak, má své charakteristické tělesné a mimické projevy a v jedinci vyvolává specifické pocity a nálady. Díky emocím prožíváme určité chvíle a situace a reagujeme na ně pozitivně či negativně. Obecně je ale velmi těžké popsat emoce a popsat to, jak se člověk zrovna cítí. Z hlediska fyziologie lze určit změny tělesných funkcí a projevů, nicméně z psychologického hlediska je popis lidské mysli a emocí složitější a neúplný (Nakonečný, 2013, s. 56).

Emoce se velmi často zaměňuje se slovem pocit, nicméně je mezi těmito slovy jistý rozdíl. Dá se říci, že emoce je více nežli pocit. Pocity jsou prvotní vjemy, to co nás jako první napadne v nějaké situaci, která nečekaně přijde. Když jdeme například po přechodu, řidič vozidla nám nedá přednost a téměř nás srazí, tak prvotní pocity jsou úlek a vztek, že nás dotyčný téměř přejel. Následují emoce, které hlouběji hodnotí situaci a nutí nás přemýšlet. Emoce v této situaci může být například úleva. Uvědomíme si, jaké máme štěstí, že nás řidič nesrazil a místo vzteku spíše cítíme štěstí (Masters, 2018, s. 16–18).

Každá emoce má své kořeny. Od útlého věku nám rodiče vštěpují, co je dobré a co je naopak špatné. Vytváří se tak základní pozitivní a negativní emoce. Postupem času, kdy objevujeme svět a získáváme zkušenosti, prohlubují se také naše emoce a pocity a v mozku se nám ukládají reakce na dané situace (Ošó, 2011, s. 33).

Naše chování ve všech situacích se řídí principem tzv. ABC, přičemž se nejedná o reflex nebo vrozenou reakci. Písmeno A zastupuje situaci, která právě nastala a kterou prožíváme. Písmeno B označuje nějaké hodnocení dané situace, které může být negativní, pozitivní nebo

negativní. Hodnocení situace provádíme na základě v mozku uložených reakcí a zkušeností. Písmenem C lze označit danou emoci, pocit a reakci. Také se dané emoce nějak projeví tělesně i psychicky (Wolf, 2018, s. 32–33).

Náš mozek lze přirovnat k počítači a dané emoce a reakce na situace, které nastanou, jsou jako programy. Na určitou situaci máme určitou reakci, která se nám vštíplí do paměti. Pokud ovšem do mozku vložíme špatný program, vyhodnotí jako nebezpečné něco, co nebezpečné vůbec není. Člověk a tělo reaguje strachem, i když je strach neopodstatněný. Strach poté může velmi rychle přejít v panické ataky či záchvaty úzkosti a z této situace se dostává již velmi těžko (Wolf, 2018, s. 32–33).

Pojem emocionální negramotnost, též emoční analfabetismus, označuje lidi, kteří trpí nedostatkem emocionální citivosti. Chybí jim důvtip, empatie, pochopení pro druhé či pochopení některých situací. Dotyční vypadají jako chladní a necitliví, nicméně není to tak, že by nedokázali cítit žádné emoce. Jen je nedokáží dát najevo ať už po stránce psychické, tak ani po stránce fyzické. Jejich myšlení poté vypadá jako nezaujaté a že dotyční nemají o řešení problému zájem (Masters, 2018, s. 20).

Oproti emoční negramotnosti existuje druhý typ emočního citění a tím je empatie. Empatie je schopnost člověka vnímat svět očima jiné osoby a prožívat s ním jeho emoce. Je třeba vymezit rozdíl mezi empatií a soucitem. Empatie se vyznačuje spoluprožíváním emocí jiné osoby. Empatičtí lidé prožívají smutek či radost s jinými stejně intenzivně, jako by šlo o jejich vlastní pocit. Oproti tomu soucit zahrnuje jistý vnitřní nadhled. Pokud jedna osoba cítí zármutek, vyjádříme soucit, že nás situace mrzí a doufáme, že se dotyčnému brzy uleví. Nicméně neprožíváme zármutek s ním, smutek nepocitujeme. Přílišná míra empatie může u lidí vést k vyhoření, zklamání, smutku a velké únavě (Sobek, 2017).

3.2 Dělení emocí

Základní rozdělení emocí může být podle délky a intenzity trvání prožitku. Toto rozdělení se odvíjí od toho, jak dlouho danou emoci držíme a jak silný je její projev (Nakonečný, 2012, s.115).

Afekt je velmi intenzivní, prudká a krátkodobá emoce, která se vyznačuje rychlým vznikem a velmi bouřlivým průběhem. Jedná se o emoce jako je hněv, zděšení, nadšení aj. Afekt je provázen specifickými projevy a dle těchto projevů můžeme afekt rozdělit na stenický a astenický. Stenický afekt je provázen tachykardií, tachypnoí a zarudnutím v obličeji (povzbuzení organismu, například při vzteku). Astenický afekt se vyznačuje bradykardií,

bradypnoí a bledostí v obličeji (utlumení činnosti, například při strachu či úzkosti) (Dušek, 2010, s. 66).

Nálada se vyznačuje dlouhodobým trváním, slabou intenzitou a mnohdy nejasným podnětem, který danou náladu vyvolá. U pozitivních nálad je většinou příčina jasná, lze určit z čeho máme radost a co nás činí šťastnými. Oproti tomu nálady negativní vznikají bez jasné příčiny, nebo je to kombinace vícero negativních podnětů. Nálady mají také velký vliv na vnímání člověka, je známo že lidé s negativní náladou jsou zaměřeni pouze na jeden cíl, vidí černobíle a nevidí jiné možnosti. Oproti tomu lidé s pozitivní náladou vidí možností více, lépe se jim řeší problémy a jsou spíše přesvědčeni o úspěchu a správnosti svého jednání (Atkinson, 2003, s. 41-42).

Vášeň, nebo také citový vztah či posedlost, je dlouhodobě trvajícím a velmi intenzivní emoce, která ovlivňuje celého člověka, jeho jednání a emoční i fyzické projevy. Většinou je určena konkrétní osobě či objektu, nejčastěji je to láska k určitému člověku, k domácímu mazlíčkovi, k oblíbené hračce, k místu, kde dotyčný vyrůstal atd. Vášeň výrazně ovlivňuje jednání jedince, jeho myšlení, je často považován za silný zdroj energie a silné vůle (Hartl, 2015, s. 89).

Další dělení emocí lze provést na základě charakteru či kvality (Nakonečný, 2009, s. 59).

Vyšší emoce, nebo také *city*, jsou emoce související s morálkou, intelektem a etikou. Nejsou vrozené, jsou získávány během života a jsou ovlivňovány společností a vnějšími vlivy. Odráží se v osobnosti každého člověka, jde například o cit pro spravedlnost, pravdu a čest, cit pro krásu, empatie aj (Nakonečný, 2009, s. 59).

Nižší emoce neboli základní emoce jsou vyvolávány danou situací, prožitkem, či reakcí na vnější podněty a jsou mimo jiné spojovány s pudry a s instinkty. Lze je rozdělit na 8 základních, od kterých se odvozují další emoce. Patří sem strach, hněv, radost, nechuť, důvěra, anticipace (očekávání), překvapení a smutek (Nakonečný, 2012, s. 98).

3.3 Emoce pozitivní a negativní

Emoce vyplývají z každého z nás a reagují na situace a dění v našem životě. Reagovat můžeme na dané situace pozitivně, negativně či neutrálně. Mnohdy vnímáme několik emocí naráz a kombinují se jak pozitivní, tak negativní pocity (Wolf, 2018, s. 32.).

3.3.1 Pozitivní emoce

Radost, štěstí, naděje, spokojenost. To jsou pozitivní emoce, kterými reagujeme na dobré zprávy, nějakou vydařenou situaci či radostnou zprávu v našem životě. Pozitivní emoce a negativní emoce spolu musí být v rovnováze. Pokud budeme negativní emoce přetlačovat těmi pozitivními, bude docházet k tomu že řešení problémů se u dotyčného bude jevit jako lhostejné. Že daná osoba nebere problém vážně. Oproti tomu, pokud budeme spíše negativní, můžeme si tak vytvořit bariéru, kdy si nikoho nepustíme k tělu a kvůli našemu negativnímu a vyhybavému postoji o sobě vytvoříme třeba i mylné negativní posudky (Čechráková, 2019).

Mezi pozitivní emoce řadíme například lásku. Ať už se jedná o lásku k milovanému člověku, nebo o lásku ke knize, filmu, pokrmu či zvířeti. Láska vyvolává v člověku hřejivý pocit, pocit blaha a štěstí. Další pozitivní emoci je právě pocit štěstí. Štěstí pocítujeme, pokud se radujeme a těšíme z všedních radostí v životě. Pokud se nám v životě něco podaří, nebo je-li nám na blízku někdo komu na nás záleží, pocítujeme štěstí. Radost a veselost nás provází při úspěchu a při všem, co se nám momentálně daří. Vykouzlí úsměv na tváři a přenáší pozitivní energii na ostatní osoby v okolí. Dalším příkladem pozitivní emoce je například spokojenost, či pocit naplnění. Obojí pocity v nás vyvolávají uspokojení, dobrý pocit z něčeho, co jsme dokázali. Člověk cítí sám k sobě jistou pýchu (Čechráková, 2019).

Pozitivní emoce přináší našemu životu úplně jiný pohled na svět. Díky pocitům radosti a štěstí se v těle uvolňuje velké množství hormonů štěstí. Do této skupiny patří serotonin, dopamin, oxytocin a endorfiny. Tyto neurotransmitery vyvolávají v člověku pocit blaha, štěstí, radosti a lásky (gsklub.cz, 2022).

Serotonin je neurotransmitter, který se podílí na přenosu impulzů mezi nervovými buňkami. Mimo to, že zlepšuje náladu, tak se podílí i na procesech srážení krve. Je obsažen v trombocytech a při poškození tkáně se uvolní a urychlí proces hojení. Serotonin je také vylučován ve střevech, přičemž serotonin podporuje peristaltiku a v případě požití škodlivých látek vyvolá ve střevech průjem. Léky ze skupiny antidepresiv zvyšují přenos serotoninu a noradrenalinu mezi neurony a podporují tak lepší náladu u pacientů trpících depresemi (Konieczny, 2022).

Dopamin je jedním z nejdůležitějších neurotransmiterů v lidském těle a tvoří až 80 % všech katecholaminů v mozku. Jeho tvorba v lidském těle je velmi důležitá, protože podporuje motivaci k výkonům. Bez dopaminu by byla lidská vůle a úsilí k určité činnosti značně ztížena. Přirozeně lze dopamin získávat pravidelným pohybem, pobyty na slunci či

relaxačními technikami. Vlastní tvorba dopaminu je podmíněna příjmem fenylalaninu a tyrosinu, což jsou dvě aminokyseliny vyskytující se v bílkovinách (Novotný, 2023).

Oxytocin byl vždy považován především jako hormon žen, kdy podporoval laktaci, děložní činnost a porod. V posledních letech se ale zjišťuje, že oxytocin je jeden z hlavních neurotransmiterů v mozku. Oxytocin je považován za hormon lásky a důvěry. Uvolňuje se při pohlavním styku, při objetí s partnerem či v blízkosti milované osoby. Zvyšuje empatii, podporuje budování důvěry, a především redukuje strach, obavy a stres. Novější studie poukazují na to, že oxytocin má ale i jisté negativní účinky a že ve spojitosti s partnerským životem podporuje závist a žárlivost u partnerů (Hess, 2014).

Endorfin je další z hormonů štěstí, který po vyplavení navozuje v člověku pocit štěstí a radosti, uklidňuje a celkově zlepšuje náladu. Endorfiny se vyplavují z hypofýzy. Také mají mírné sedativní účinky, podporují spánek a ulevují od bolesti. Podle studií slouží endorfin jako prevence migrény a bolestí hlavy, eliminují riziko vzniku závislostí a také podporuje sexuální výkonnost a libido. Nedostatek endorfinu se naopak projevuje depresi, úzkostnými stavy, emocionálními výkyvy a zvýšenou únavou. Zvýšení hladiny tvorby endorfinu podpoříme především smíchem, kvalitním spánkem a pravidelným pohybem. Konzumace kvalitních potravin jako jsou ryby a mořské plody, kvalitní bílkoviny nebo tmavá čokoláda, též podporují uvolňování endorfinu (Halusková, 2023).

3.3.2 Negativní emoce

Pozitivní emoce nám pomáhají prožívat radostné chvíle, cítit pýchu, štěstí či lásku. I když negativní emoce mohou být brány jako špatné, není tomu tak. Bez negativních emocí bychom nemohli určit, jaké jsou ty pozitivní a oba typy emocí musí být v rovnováze (Ošó, 2018, s. 55).

Negativní emoce mají v našem životě nezastupitelné místo. Nesmíme se jim vyhýbat, snažit se je potlačovat ani proti nim nijak bojovat. Negativní emoce nás učí již od narození, ukazují nám realitu a že procházet životem nejde bez překážek a nic není růžové. Díky negativním emocím můžeme rozeznávat, že je něco v nepořádku. Projevujeme nesouhlas s něčím, co se nám například nelíbí, projevujeme smutek, pokud nás potká tragická událost. Díky negativním emocím se posouváme vpřed, učíme se, jak nakládat s pocity, které nám ani nemusí být příjemné, nicméně bez nich, bychom nebyli lidmi (Čechráková, 2019).

Mezi negativní emoce patří například žárlivost, vztek, hněv nebo závist. Pro nás jsou ale důležité především emoce jako je strach, úzkost, panika a fobie (Masters, 2018, s. 49).

3.4 Strach

Strach je jednou z negativních emocí, která je součástí každého z nás. Je to nepříjemný pocit, který doprovází konkrétní a již známé nebezpečí. Ukazuje, že jedinec si je vědom aktuálního ohrožení a že je připraven na něj nějakým způsobem reagovat. Strach v našem těle funguje jako poplašný systém, který nás připravuje na možnost boje, či úniku před hrozícím nebezpečím. Strach podporuje naši výkonnost, zbystří naše smysly a udržuje nás v ostražitosti. Stoupne hladina adrenalinu, zrychlí se tep a dech a osoba je ve zvýšeném napětí. Co v nás vyvolává strach je pouze na základě našeho myšlení. Strachy si vyvoláváme totiž sami, pokud něco zhodnotíme jako nebezpečné, ať už tomu tak je či nikoliv, tak naše mysl i tělo reaguje na pocity strachu (Wolf, 2018, s. 21–31).

Strach je reakcí na stávající či blížící se nebezpečí a jedná se o reakci na hrozbu bolesti, ublížení či ztráty života. Strach je natolik silná a toxická emoce, že pokud člověk prožívá opravdu intenzivní strach, může ho také zabít. Při prožívání opravdu nebezpečné situace dojde ke strnutí a k útlumu základních životních funkcí. Strach je také velmi nakažlivý, nutí osoby ve strachu jednat stejně, pokud začnou jedni utíkat, ostatní se ve strachu přidávají. Strach nás však nabudí k hledání nových východisek. Lidé prožívající strach mají větší tendenci vyřešit nebezpečnou situaci, protože hledají nové způsoby záchrany. Při více lidech také podporuje týmovou práci a lidé se spíše semknou a sjednotí se ve chvíli, kdy jim hrozí nebezpečí (Nakonečný, 2012, s. 334).

Strach je takový střední stupeň této emoce. Mírnější forma strachu je obava, kdy je daná osoba nesoustředěná a přemýšlí nad něčím, co se stalo nebo by se stát mohlo. Obavy máme téměř pořád, ať už se jedná o naše blízké, či věci v domácnosti. Strach může vyvolávat jednak známá a očekávaná hrozba, nebo také nepřítomnost jistoty, což v nás vyvolává nepříjemné pocity. Horší, nežli strach je hrůza či zděšení, které vyvolávají pocity bezradnosti a bezmocnosti a mohou způsobit ochromující reakci, přičemž může dojít až ke smrti (Masters, 2018, s. 103–106).

3.4.1 Chronický a akutní strach

Akutní strach se objevuje náhle, během několika minut, hodin či v řádu dnů. Jeho intenzita má tendenci kolísat, chvílemi je strach silnější, jindy je mírnější, nicméně úplně nikdy nevymizí. Strach dotyčného přepadne náhle a nečekaně a může ho i zcela ochromit. Záchvaty většinou trvají v řádu minut, někdy však může pocit intenzivního strachu přetrvávat několik hodin (Wolf, 2018, s. 23).

Chronický strach je velmi nevyzpytatelný především z toho důvodu, že se rozvíjí velmi pomalu a plíživě. Dotyčný ani nemusí vnímat nějaké fyzické či psychické projevy a jedná se především o strach z kritiky, odmítnutí či selhání. Lidé s chronickým strachem bývají roztěkaní, nesoustředění a plní obav (Nakonečný, 2012, s. 336).

3.4.2 Projevy strachu

Fyzické projevy strachu jsou velmi individuální, avšak většina symptomů je u všech stejná. Nejčastější příznak je zrychlený tep a dech. Tepová a dechová frekvence může být v zátěžových situacích až dvojnásobná. Mezi další příznaky patří nadměrné pocení po celém těle a studený pot v obličeji. Studené a vlhké ruce jsou dalším projevem strachu. Někteří uvádějí střevní obtíže, ať už se jedná o zácpu či průjem, nebo bolesti až křeče v břiše. Mezi další projevy lze zařadit svalový třes a napětí, kdy je člověk připraven na útěk či boj. Stoupne hladina adrenalinu, někteří spíše popisují útlum, pocit slabosti či mdloby. U strachu může být také přítomno drkotání zubů či zježení chlupů po těle. Každý jedinec však na zátěžové situace reaguje jinak a projevy strachu jsou tak specifické pro každého z nás (Nakonečný 2012, s. 338).

Pocitové a myšlenkové změny v přítomnosti strachu jsou též individuální. Většina lidí však popisuje jako hlavní a základní psychický projev nepříjemné pocity, jako jsou nevědomí, co bude dál, neustálé obavy, snadná vznětlivost a podrážděnost. Dotyční, kteří pociťují strach jsou většinou nesoustředění, roztěkaní, chvílemi až paranoidní. Pocit strachu nás nenechá v klidu, máme problémy s usínáním, nebo se častěji a brzy budíme. Myšlenky máme upjaté pouze na negativní věci, které by se mohly stát nebo staly, v závislosti na tom, čeho se náš strach konkrétně týká. Na těch, jež strach pociťují, si lze všimnout zastřeného, narušeného či rozechvěného hlasu. Jedinci uvádí pocit staženého hrdla, bezmocnosti, že nemohou v případě potřeby křičet či volat o pomoc. Se strachem úzce souvisí nejistota, kterou jedinci též pociťují, například před zkouškou, či veřejným vystupováním (Wolf, 2018, s. 38).

3.4.3 Typy reakcí v zátěžových situacích

V případě, že v nás nějaký předmět, osoba či situace vyvolá pocit strachu, musí se jedinec rozhodnout, jak na strach bude reagovat. V podstatě existují pouze tři možnosti, jak lze na strach odpovědět. Můžeme buď utéct, bojovat či zůstat na místě a nedělat nic (Masters, 2018, s. 64).

Útěk neboli *úniková reakce* je pro lidskou rasu asi nejpřirozenější typ reakce na strach. Blíží-li se nebezpečí, přirozeně nás naše pudy nutí před ním utéct a ukrýt se. Tento typ reakce se

projevuje rychlým nárustem hladiny adrenalinu, dotyční mají tunelové vidění a míří pouze za svým cílem, v našem případě k úkrytu. Při střetu se zátěžovou situací dojde ke stažení, ke zrychlení tepu a dechu, k pocitu dechové tísně. Úniková reakce pramení většinou z náhlých, silných a neočekávaných podnětů, jako jsou silné nepříjemné zvuky, intenzivní záblesky světla či neznámé objekty a zvířata, která v nás vyvolají děs a instinktivně před nimi prcháme (Nakonečný 2013, s. 513–514).

Bojová reakce nastává ve chvíli, kdy jsme pevně rozhodnutí se strachu postavit a zaútočit na objekt, který v nás vyvolal pocit strachu. Při bojové reakci dojde ke zvýšení adrenalinu stejně jako u únikové reakce, dotyční působí více napjatě, agresivně, vznětlivě a jsou ve střehu. Při nadcházejícím nebezpečí však může hrozit, že se dotyčnému doslova zatemní před očima, v tomto případě mluvíme již o afektu. Afekt je velmi intenzivní a krátkodobá emoce, která člověka žene k vykonání činu, který ho nějakým způsobem ochrání. Osoba si málokdy pamatuje průběh svého jednání. Strach nás v bojové situaci žene kupředu, posouvá práh bolesti, napne a posílí svaly a pomáhá soustředit se na konkrétní cíl a nenechat se rozptylovat okolními vlivy (Dušek, 2010, s. 66).

Úleková reakce je neutrální reakcí na strach, kdy je osoba pod vlivem strachu paralyzovaná. Dojde k šoku, strnutí a zamrznutí a tento typ reakce nás doprovází od pradávna. Podstatou úlekové reakce je se ukrýt a tiše vyčkávat, dokud nebezpečí nepomine. Jedinec v této fázi pociťuje bezmoc a bezvýchodnost v situaci, ve které se nachází. Projevuje se bradypnoí, pocitem, že se udusí, bradykardií, klesne krevní tlak, pomalu selhává krevní oběh. Dotyční mohou pociťovat pocity na omdlení, slabost a vyčerpání organismu. Při velmi intenzivním strachu a silné paralýze může dojít k úmrtí jedince. Při delším prožitku těchto silných emocí dochází k chronické úlekové reakci, což se projevuje psychickými problémy, zejména pocity beznaděje a bezmoci, astmatem či zažívacími obtížemi (Wolf, 2018, s. 23–24).

3.5 Úzkost

Úzkost je velmi podobná strachu, co se symptomů týče, avšak zásadní rozdíl mezi těmito dvěma emocemi je ten, že úzkost je vyvolána neznámou příčinou. Při strachu víme, z čeho naše pocity pramení a co náš strach vyvolává. Také víme, jak strachu čelit a jak na něj reagovat. Úzkost je nepříjemný emoční vnitřní pocit, který nás schvacuje a vyvolává pocit nejistoty, strachu a obav, které se rozvíjejí na základě nejisté příčiny (Masters, 2018, s. 106).

Úzkost je považována za vágní, bezpředmětnou či nespecifickou, jelikož vychází z našeho nitra a není známo z čeho pramení. Úzkost je něco jako předzvěst něčeho špatného, nějaké

budoucí hrozby, která může přijít a kterou nemůže jedinec přesně určit či ji popsat. Úzkost pociťují lidé, kteří očekávají nějaký bolestivý podnět, například když lékař řekne, že bude nějaký úkon trochu bolet, pacient v očekávání bolesti pociťuje úzkost a větší nervozitu. Jedinci prožívající úzkostný stav mohou pociťovat jak útlum, tak nabuzení či vzrušení. Některé osoby mají lepší schopnost se učit, pokud jsou ve stavu úzkosti a stresu, jiní jsou naopak ochromeni a neschopni se na cokoliv soustředit (Nakonečný, 2012, s. 312–318).

Osoby prožívající úzkost se vyznačují výrazem obav, strachu, nejistoty a nepřítomnosti v okamžiku. Ustaranost jedincům zastře jasné myšlení, jsou netrpěliví, neklidní, nervózní, nesví a obávají se nadcházejícího nebezpečí, které nemohou specifikovat. Úzkost lze také nazvat jako psychickou tenzi, kdy je osoba velmi podrážděná, až neurotická. Někteří uvádějí, že prožívají pocit bezmocnosti, bezvýchodnosti a neschopnosti se soustředit na řešení problému, který nastal či nastat může. Jako fyzické projevy úzkosti lze považovat třes rukou, pocení, polyurii, pocit sevřeného hrdla a hypertenzi. Jedinci též vnímají vyšší svalové napětí, zažívací obtíže, ať už průjem či zácpu, nebo pocit dechové tísně. Fyzické projevy jsou velmi podobné těm, které osoba vykazuje při pocitu strachu, nicméně psychické vjemy jsou u úzkosti zcela odlišné (Nakonečný, 2013, s. 566–569).

3.6 Záchvaty paniky

Panické ataky jsou spojovány s návaly strachu a úzkosti a přicházejí bez zjevné příčiny. U záchvatů paniky lze jen těžko vysledovat konkrétní spouštěč, jelikož záchvaty přichází ve vlnách a člověka přepadnou nenadále. Přicházejí většinou při emočním napětí jedince, když je toho na něj příliš. Pokud se nám kupí problémy v práci, poté v domácnosti, nestíháme naše běžné činnosti a vše se v nás pouze kumuluje, má to za následek psychické zhroucení organismu (Wolf, 2018, s. 21).

Projevy panické ataky jsou většinou u lidí podobné. Z fyzického hlediska jde o nadměrné pocení, pocit sevřeného hrdla, bolest na hrudi, zvýšený tep a prohloubený dech. Může se objevovat mdloba a mžítka před očima. Někteří uvádějí brnění prstů, pálení očí a sucho v ústech. Z psychologického hlediska jde o útlum vnímání okolí. V hlavě se nám mísí všemožné myšlenky, nelze se soustředit na nic konkrétního, marně hledáme východisko z nadcházející situace. Dotyční nevnímají okolí, pokud na ně někdo hovoří, neposlouchají je. Následkem panické ataky je velká únava, jak psychická, tak fyzická. Většinou jedinci, kteří prodělali ataku, jsou více emocionálně rozladěni, plačtiví a rozrušení (Hrabovská, 2024).

Osoby trpící panickými záchvaty již umí rozeznat, že se další záchvat blíží. Prvními takovými příznaky jsou podrážděnost, úpadek nálady a energie a menší soustředěnost na práci. Fyzicky se nadcházející záchvat může projevit zatuhlou šíjí, svalovým napětím, vnitřním stresem a změnou v dýchání. Pro prevenci záchvatů se doporučuje omezit kávu a vynechat alkohol, jelikož obojí prohlubuje emoce a reakci na určité situace. Také je dobré absolvovat různá dechová cvičení, jógu, procházky v přírodě a meditaci (Morschitzky, 2020, s. 34).

3.7 Fobie

Fobie se řadí mezi úzkostné poruchy a pochází z řeckého slova „phobos“, což v překladu znamená „děs, hrůza“. Vyznačuje se náhlým, nepřiměřeným, extrémním strachem z určitých objektů, myšlenek či situací. Osoba trpící nějakým typem fobie ví, že jeho strach je neopodstatněný či směšný, nicméně s ním však nemůže bojovat ani ho nijak ovládnout. Dotyční se vyhýbají určitým místům, osobám či věcem, aby nemuseli tomuto strachu čelit. Čím blíže jsou ke zdroji, tím silnější je jejich strach a úzkost. Díky tomu, že osoby s fobiemi většinou vědí, z čeho strach mají, mohou se mu vyhýbat a žít tak beze strachu (Wolf, 2018, s. 21).

Nejčastější projevy fobie jsou velmi podobné projevům strachu či úzkosti a nastávají ve chvíli, kdy se dotyčný dostane do kontaktu se spouštěčem jeho panického strachu. Při setkání se stresorem se vyplaví hormony do krve, především adrenalin, který tělo nabudí k útěku či boji. Jako první se dostaví hypertenze, tachykardie, bolesti na hrudi a svíravý pocit žaludku, obtížné hluboké dýchání. Následuje tunelové vidění, pocit na omdlení a celková slabost. Osoby prožívající fobický strach vykazují silnou nervozitu, nesoustředěnost, roztěkanost a mnohdy i zvýšenou agresivitu a podrážděnost (Večeřová, 2023).

Existuje celá řada specifických fobií, strach z výšek se nazývá akrofobie, kdy jen pomyslení, že se dotyčný nachází výše, než je pevná zem, uvede jedince do stresu a fobického strachu. Strach z uzavřených prostor je klaustrofobie, chorobný strach z pavouků se nazývá arachnofobie. Existuje však chorobný strach z lékařů, jež se nazývá iatrofobie. Oproti syndromu bílého pláště, kdy pacient k lékaři jde, avšak jeho fyziologické funkce jsou podstatně vyšší z důvodu stresu, tak iatrofobie pacienta nutí zůstat doma, i když je nemocen. Strach mu nedovolí k lékaři zajít, nebo podstoupit důležité vyšetření. Dalším příkladem je nosocomefobie, což je chorobný strach z nemocnic. U pacienta se projeví panická hrůza v případě, že je v blízkosti nemocnice, či se o ní jen hovoří. Iatrofobie a nosocomefobie většinou vznikají na základě vlastní zkušenosti, není to však podmínkou (Hájková, 2022).

II PRAKTICKÁ ČÁST

4 METODIKA PRAKTICKÉ ČÁSTI

4.1 Průzkumný záměr

Praktická část bakalářské práce je kvantitativního typu, proto jsem stanovila průzkumné záměry, které slouží jako předběžné domněnky. Z výsledků dotazníkového šetření lze odpovědět na všechna tvrzení a potvrdit či vyvrátit předpokládanou hypotézu. Stanovila jsem si následující výzkumné záměry.

- 1. Předpokládám, že strach může být pacienty vnímán v takové míře, že se pro ně stává překážkou pro absolvování vyšetření.**
- 2. Předpokládám, že strach pocít'ují ve větší míře pacienti přicházející k vyšetření poprvé nežli pacienti, kteří vyšetření již absolvovali a znají jeho průběh.**
- 3. Předpokládám, že nejvíce obávanou složkou vyšetření je strach z bolesti.**
- 4. Předpokládám, že strach a úzkost pacientů může mít vliv na výsledek vyšetření.**
- 5. Předpokládám, že pacienti budou pocít'ovat psychickou úlevu po absolvování vyšetření.**

4.2 Metodologie průzkumu

Zvolila jsem si práci teoreticky výzkumného charakteru, jejímž cílem bylo získat fakta o pocitech a emocích, které pacienti prožívají před, během a po vyšetření. K dosažení zvolených cílů v empirické části byl zvolen kvantitativní výzkum, přičemž sběr dat byl realizován za pomoci dotazníkového šetření (Příloha A). Dotazník obsahoval celkem 22 otázek. V dotazníku byly použity otázky dichotomické, kdy mohl respondent vybírat ze dvou možných odpovědí. Dále obsahoval otázky trichotomické s třemi variantami odpovědí a polytomické, kde bylo možné vybírat z více možných odpovědí. Dále bylo v dotazníku užito škály, kde mohli respondenti hodnotit míru pocitů, emocí a kvality péče při vyšetření.

O souhlas s průzkumem byla požádána staniční sestra endoskopického pracoviště paní Hana Klusáková, dále vrchní sestra II. gastroenterologické kliniky paní Bc. Hana Štilcová, MBA a v neposlední řadě náměstkyně pro ošetrovatelskou péči paní Mgr. Dana Vaňková.

4.3 Charakteristika pracoviště

Jako oblast pro sběr dat jsem zvolila oddělení endoskopií, které spadají pod II. interní gastroenterologickou kliniku Fakultní nemocnice Hradec Králové. Zde jsem umístila většinu dotazníků a sesbírala nejvíce dat. Několik dotazníků jsem také umístila na lůžkové oddělení gastroenterologické kliniky, kde byly dotazníky předkládány pacientům, jež absolvovali endoskopické vyšetření.

Lůžkové oddělení II. interní gastroenterologické kliniky je rozděleno na 2 části, přičemž dohromady mají 58 lůžek. Na endoskopickém pracovišti se nachází přípravná, dále 3 sálky určené ke koloskopiím, jeden sálek na gastrokopie, další na ERCP, poté specializovaný sálek na RTG a ultrasonografické endoskopické vyšetření a sálek určený na endoskopie probíhající vyšetřením double – ballon. Na všech sálech lze provádět i jiné typy vyšetření jako je ERCP, operační zákroky, zavádění stentů, zavádění a odstraňování PEG, PEJ, polypektomie aj. Dále se zde nachází sterilizační místnost, kde probíhá očista, dezinfekce a sterilizace endoskopů a instrumentárií. (FNHK, © 2024)

4.4 Charakteristika respondentů

Respondenti byli pacienti, kteří navštívili endoskopické pracoviště v období od 1. 9. – 30. 11. 2023. Dotazník byl anonymní a jeho vyplnění bylo pouze na dobrovolnosti dotazovaných. Byl určen pro všechny věkové kategorie, pro pacienty hospitalizované i nehospitalizované.

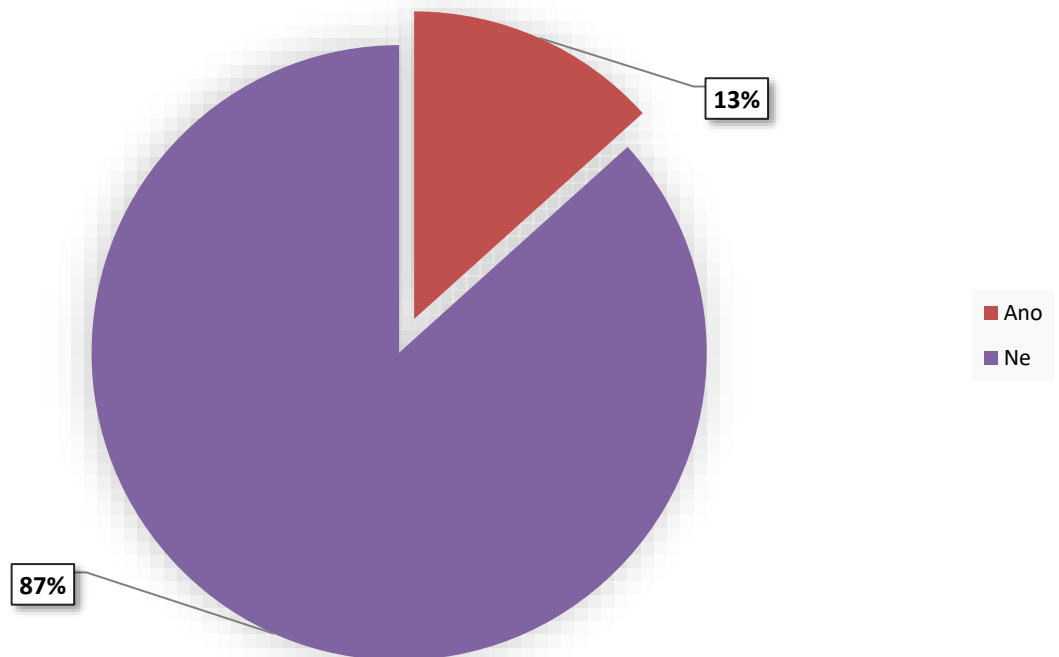
4.5 Analýza dat dotazníkového šetření

Následující část prezentuje výsledky a data získaná z dotazníkového šetření. Získaná data jsou zpracována v programu MS Excel a jsou prezentována za pomoci grafů vytvořených ve zmíněném programu. Jednotlivé grafy vyobrazují možné odpovědi na danou otázku a procentuální zastoupení každé z odpovědí. K otázkám typu dichotomického, trichotomického a polytomického je užito klasického koláčového grafu. U škálových otázek je užito grafu pruhového, jež znázorňuje četnost odpovědí na danou otázku.

4.6 Prezentace výsledků průzkumu

Otázka č. 1

Jste ve fakultní nemocnici poprvé?

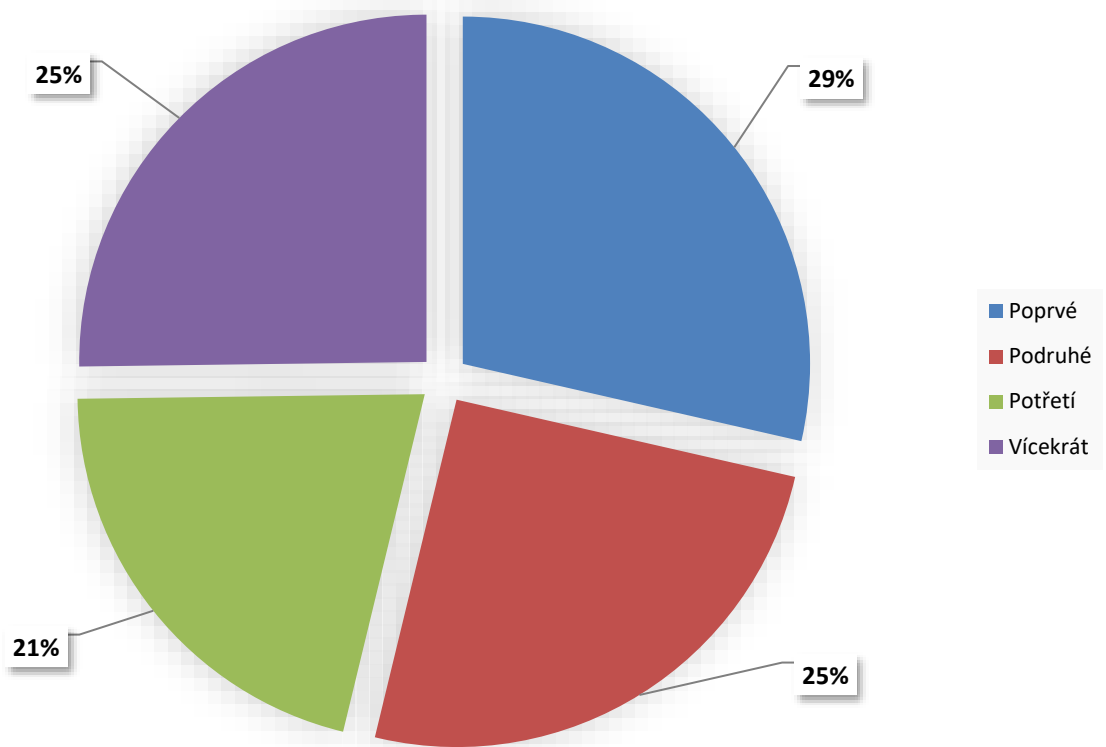


Obrázek 1 – Počet pacientů, jež přicházejí do fakultní nemocnice poprvé

První otázka je dichotomického charakteru, přičemž je možnost výběru ze dvou možných odpovědí a měla zjistit, jaké procento dotazovaných již navštívilo Fakultní nemocnici Hradec Králové a kolik pacientů je zde poprvé. Dotazníkového šetření se účastnilo celkem 120 respondentů, z nichž 104 již FNHK navštívilo, což odpovídá 87 % a zbylých 16 dotazovaných je zde poprvé, tedy 13 % pacientů.

Otázka č. 2

Po kolikáté přicházíte k endoskopickému vyšetření?

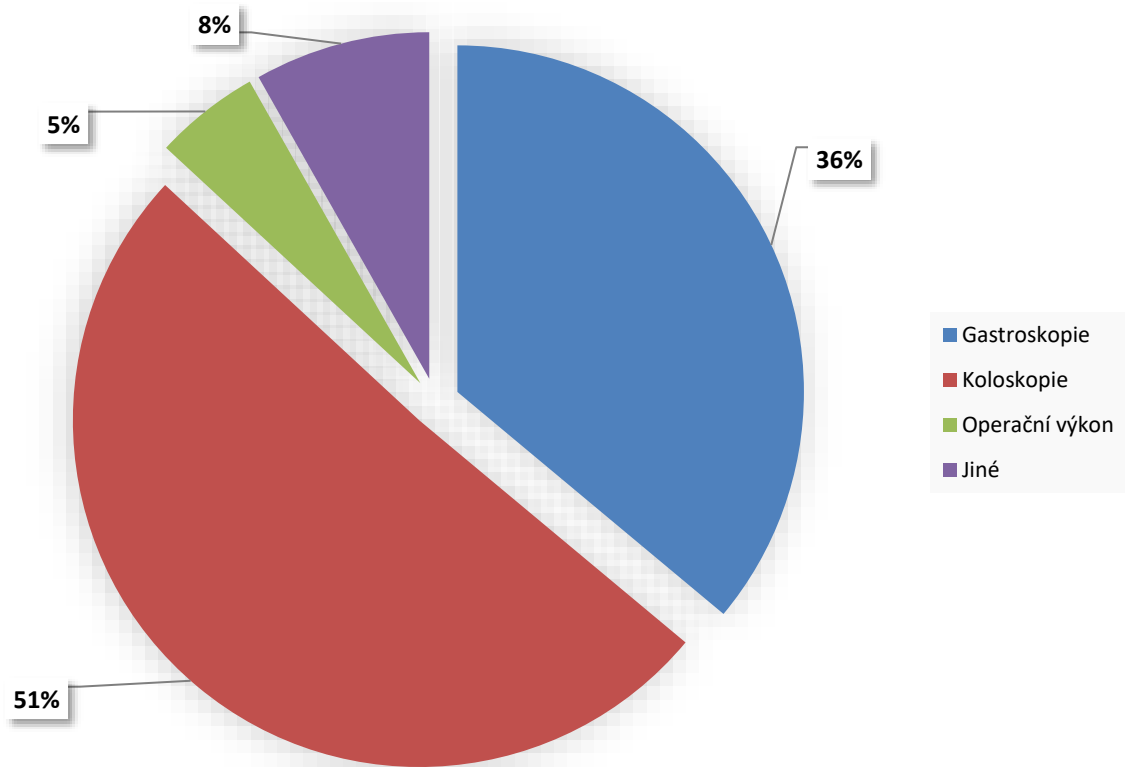


Obrázek 2 – Počet absolvovaných endoskopických vyšetření u respondentů

Druhá otázka zkoumala, po kolikáté pacient přichází k endoskopickému vyšetření. Data jsou důležitá v tom smyslu, že pacient přicházející poprvé bude mít pravděpodobně větší strach než pacient, jenž takové vyšetření již absolvoval. Dle dotazníkového šetření poprvé k vyšetření přichází 34 respondentů, což odpovídá 29 % dotazovaných. Podruhé přišlo 30 pacientů, tedy 25 %, potřetí absolvovalo endoskopické vyšetření 25 respondentů, kteří zastupují 21 % dotázaných a poslední skupinu tvoří 30 pacientů, kteří jsou na vyšetření již po několikáté a ti tvoří zastoupení 25 %.

Otázka č. 3

K jakému vyšetření přicházíte?

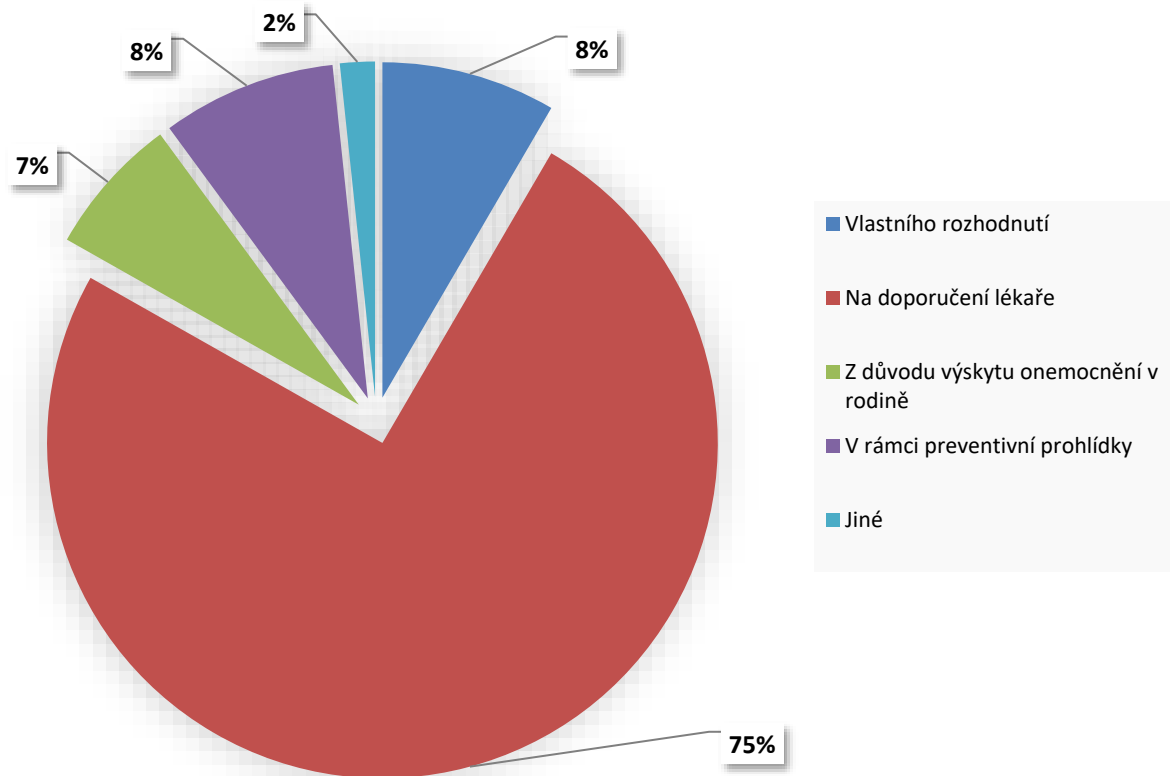


Obrázek 3 – Typ absolvovaného vyšetření

Otázka číslo 3 byla zaměřena na typ vyšetření, které bylo dotazovaným indikováno. Největší zastoupení mají koloskopie, ke kterým přichází 62 dotazovaných, tedy 51 %. Druhou velkou skupinu tvoří 44 pacientů, tedy představují 36 %, kteří přicházejí na gastroscopické vyšetření. Dále 6 respondentů, což odpovídá 5 %, přichází k operačnímu výkonu, kam spadá například polypektomie, resekce žaludečních vředů a jiné. Poslední zastoupení mají dotazovaní přicházející k jinému než nabízenému typu vyšetření. Skupinu tvoří 10 pacientů, tedy osm procent všech dotazovaných. Pacienti uvádějící jiné vyšetření přicházejí například k zavedení kapsle pro kapslovou endoskopii, ERCP, či vynětí PEG.

Otázka č. 4

K vyšetření přicházíte na základě:

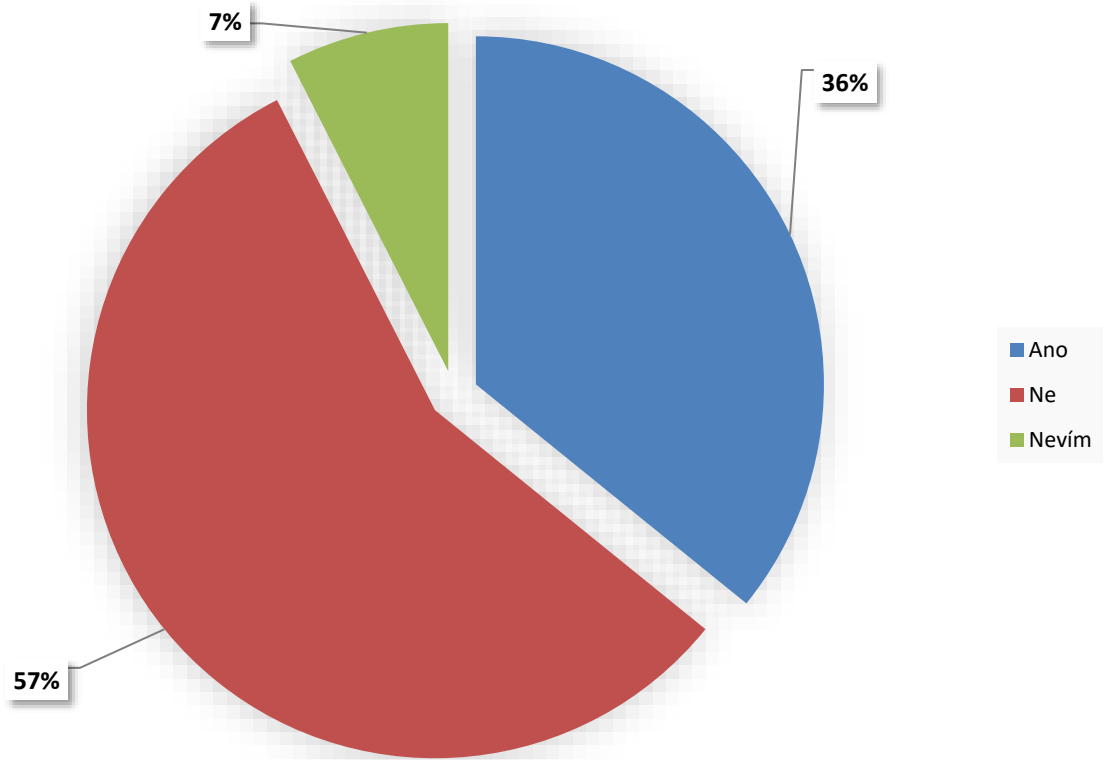


Obrázek 4 – Důvod příchodu na endoskopické pracoviště

Čtvrtá otázka zkoumala, jaký byl popud pro pacienta, aby se k vyšetření dostavil. Někteří lidé se o své zdraví bojí a objednají se dobrovolně na vyšetření, aby měli jistotu, že je vše v pořádku. V 75 % případů, jde o doporučení lékaře, tuto odpověď zvolilo 89 dotazovaných. Na základě vlastního rozhodnutí přichází k vyšetření 10 pacientů, kteří tvoří 8 % všech respondentů. Další skupina sestává též z osmi procent, což odpovídá 10 dotázaným, kteří k vyšetření přichází v rámci preventivní prohlídky. Někteří dotazovaní, konkrétně 7 %, je na vyšetření z důvodu výskytu nemoci v rodině. Toto procento odpovídá osmi pacientům. Zbylá 2 % představují 2 pacienty, kteří odpověděli na otázku možností jiné.

Otázka č. 5

Obáváte se vyšetření?

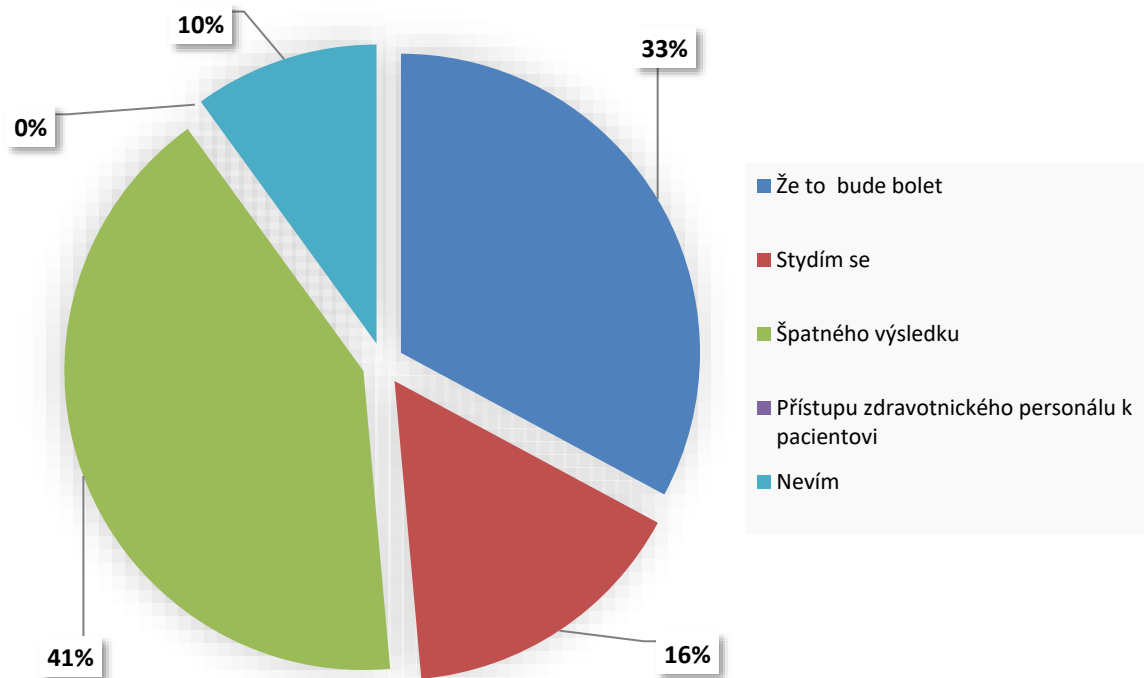


Obrázek 5 – Počet pacientů pociťujících obavy z vyšetření

Otázka číslo pět je trichotomická, tedy je možný výběr ze třech odpovědí. V tomto případě zjišťujeme, jaké procento dotazovaných se vyšetření obává. 57 % odpovídá, že se vyšetření neobává, což odpovídá číslu 68 respondentů. 43 pacientů má obavy z vyšetření, procentuálně 36 % všech dotázaných. A 9 respondentů uvedlo, že nevědí, zdali mají z vyšetření obavy. Poslední skupinu tvoří 7 % pacientů.

Otázka č. 6

Pokud jste odpověděl/a ANO, čeho se obáváte, (lze zvolit více odpovědí)?

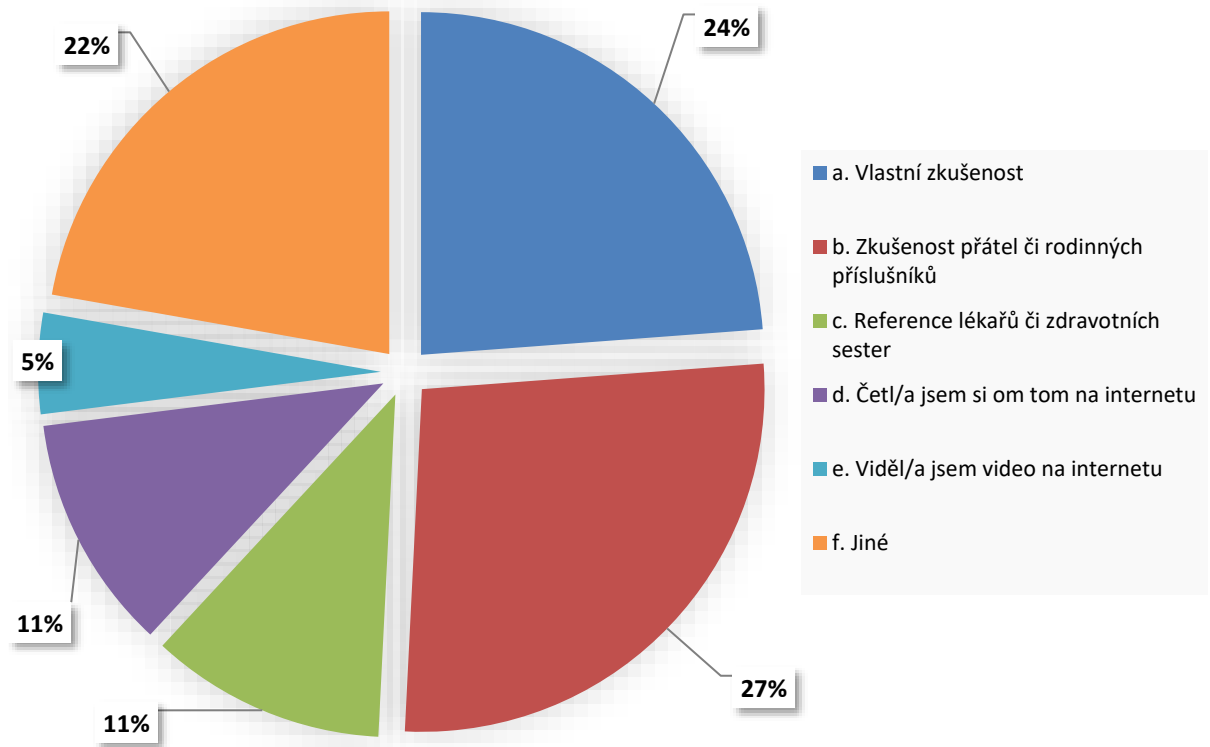


Obrázek 6 – Podnět pro obavy u respondentů

Šestá otázka navazuje na otázku předchozí. Zjišťuje od respondentů, kteří odpověděli, že mají z vyšetření obavy, jaký je důvodu jejich strachu. Největší zastoupení mají odpovědi, že se pacienti obávají špatného výsledku. Tuto skupinu tvoří 29 dotázaných, tedy 41 %. Dalším faktorem pro strach pacientů je obava z bolesti. Toho, že vyšetření bude bolestivé se obává 33 % z celkového počtu dotázaných, což odpovídá počtu pacientů 23. 11 respondentů trápí stud, což odpovídá 16 % z celkového počtu dotazovaných. Odpověď „nevím“ zvolilo 7 pacientů, tedy 10 %. Obavy ze špatného přístupu zdravotnického personálu neměl nikdo z dotazovaných.

Otázka č. 7

Z jakého důvodu máte obavy?

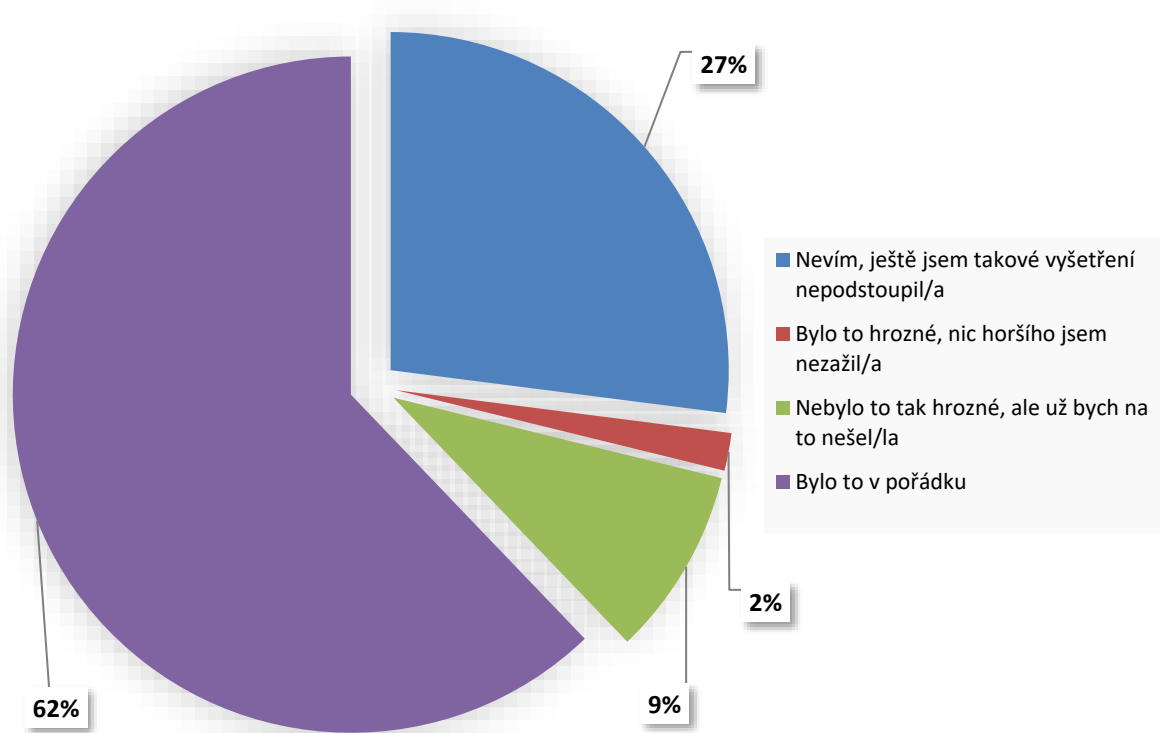


Obrázek 7 – Důvody, kvůli kterým pacienti pociťují obavy

Tato otázka byla zaměřena na konkrétní obavu a odkud případný strach pramení. Pokud někdo hovoří o zážitku a podá to jako nejhorší věc jakou zažil, tak je jasné, že se bude dotyčný vyšetření obávat. Vlastní předchozí zkušenost může strach do jisté míry omezit, nebo naopak posílit. 17 respondentů tvořících 27 % odpovědělo, že obavy mají z důvodu špatné zkušenosti přátel či rodiny. Strach na základě vlastní zkušenosti má 15 pacientů, což činí 24 % dotázaných. Reference lékařského personálu, jakožto odpověď, zaujímá 11 % z celkového počtu dotázaných, což odpovídá počtu 7 odpovědí. Další skupinu tvoří 11 % respondentů, kteří mají obavy po přečtení informací na internetu. 3 pacienti mají strach z vyšetření po shlédnutí videa na internetu, což činí 5 % z celkového počtu respondentů. Zbytek tvoří 14 dotázaných, tedy 22 %, kteří zvolili odpověď „jiné“.

Otázka č. 8

Pokud jste vyšetření již absolvoval/a v dřívější době, jaká pro vás byla předchozí zkušenost?

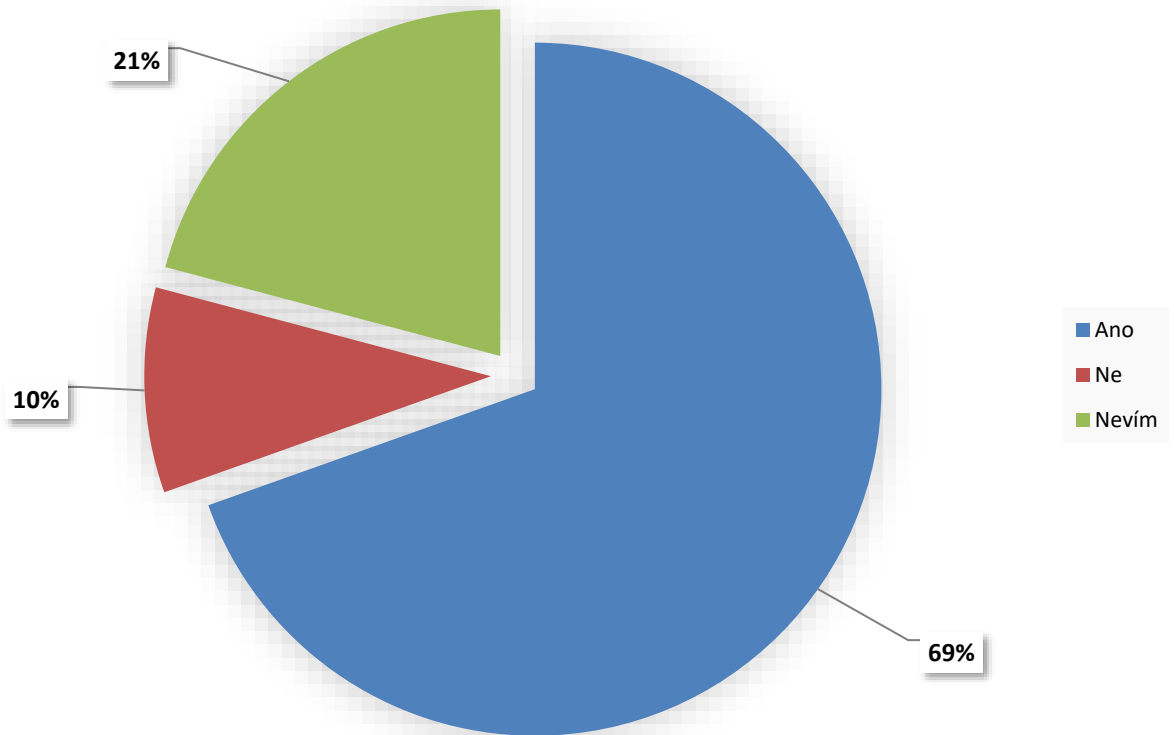


Obrázek 8 – Předchozí zkušenost pacientů, jež absolvovali endoskopické vyšetření

Osmá otázka zjišťovala od respondentů, kteří již absolvovali tento typ vyšetření, jaká byla jejich předchozí zkušenost. Největší zastoupení má skupina čítající 69 dotázaných, tedy 62 %, podle kterých proběhlo předchozí vyšetření v pořádku. 30 pacientů ještě takové vyšetření neabsolvovalo a tvoří celkem 27 % z celkového počtu dotázaných. 9 % odpovídá, že vyšetření nebylo tak hrozné, nicméně by ho znovu podstoupit nechtěli. Tato skupina sestává z deseti respondentů. Poslední a nejmenší skupinu tvoří 2 dotázaní, což činí 2 %, kteří mají velmi špatnou zkušenost a nic horšího nezažili.

Otázka č. 9

Dopadlo vyšetření dle Vašich představ?

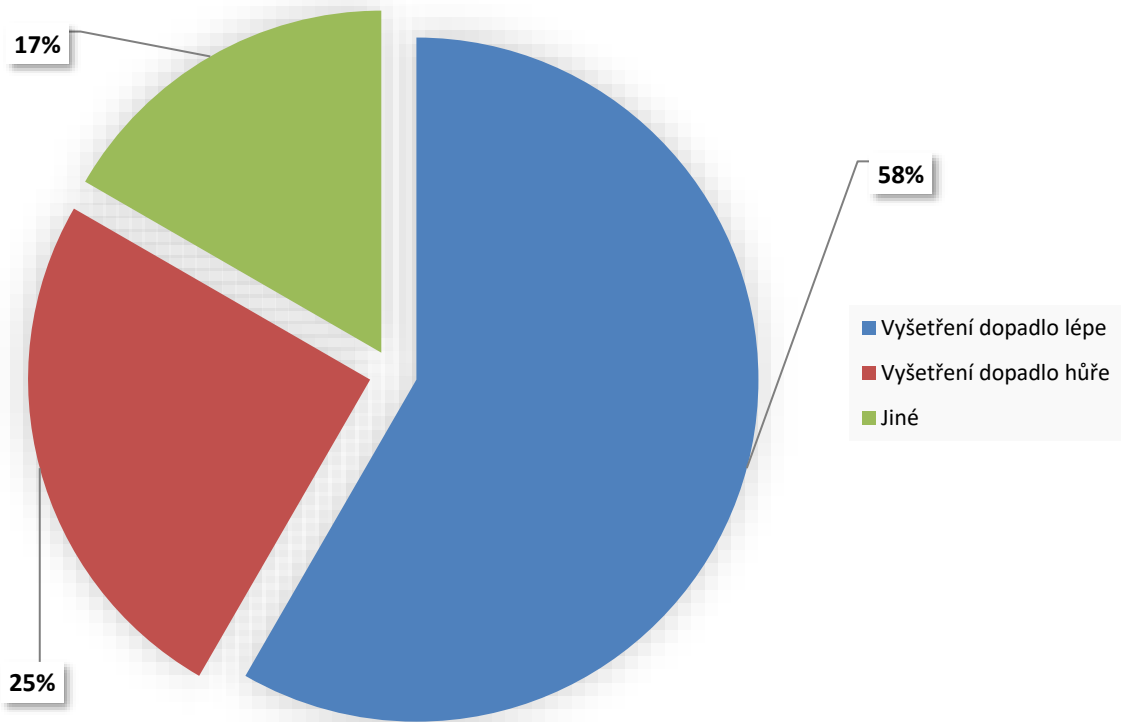


Obrázek 9 – Odpovědi pacientů na otázku, zdali vyšetření dopadlo dle jejich představ

Otázka číslo devět se tázala pacientů, zdali vykonané vyšetření proběhlo dle jejich představ. Dle 80 respondentů vyšetření proběhlo v pořádku a dle jejich představ. Toto číslo odpovídá 69 % dotázaných. 10 % pacientů zvolilo odpověď „Ne“, tedy 11 odpovědí. Zbýlých 24 dotazovaných, odpovídající 21 % z celkového počtu, si není jisto, zdali vyšetření dopadlo dobře, či nikoliv.

Otázka č. 10

Pokud jste odpověděl/a NE, z jakého důvodu?

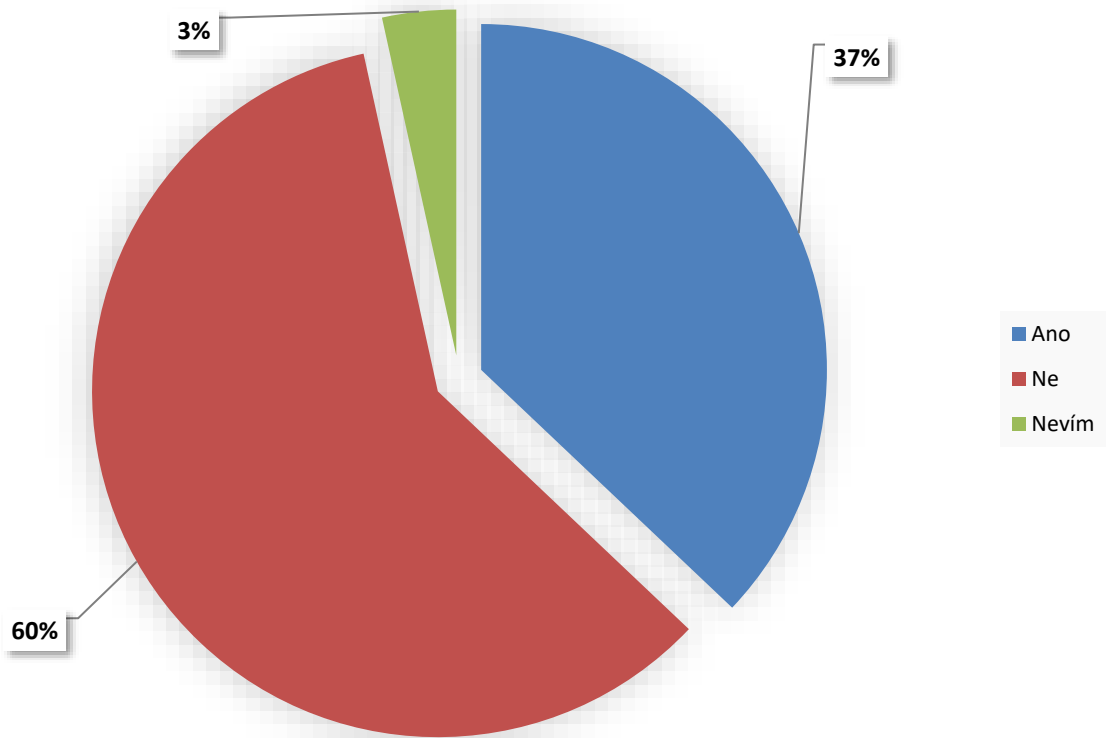


Obrázek 10 – Důvody v případě, že vyšetření u pacientů nedopadlo dle jejich představ

Tato otázka je navazující na otázku číslo devět. Měla zjistit, z jakého důvodu vyšetření u dotazovaných nedopadlo dobře, pokud u předchozí otázky odpověděli „Ne“. Největší četnost měla odpověď, že vyšetření dopadlo lépe, než dotazovaní čekali. Tuto možnost odpovědi zvolilo 14 dotazovaných, tedy 58 %. Pro 25 % všech dotazovaných dopadlo vyšetření hůře, což odpovídá šesti respondentům. Zbýlých 17 % patří sedmi pacientům, kteří zvolili možnost „Jiné“.

Otázka č. 11

Měl/a jste obavy k vyšetření vůbec přijít?

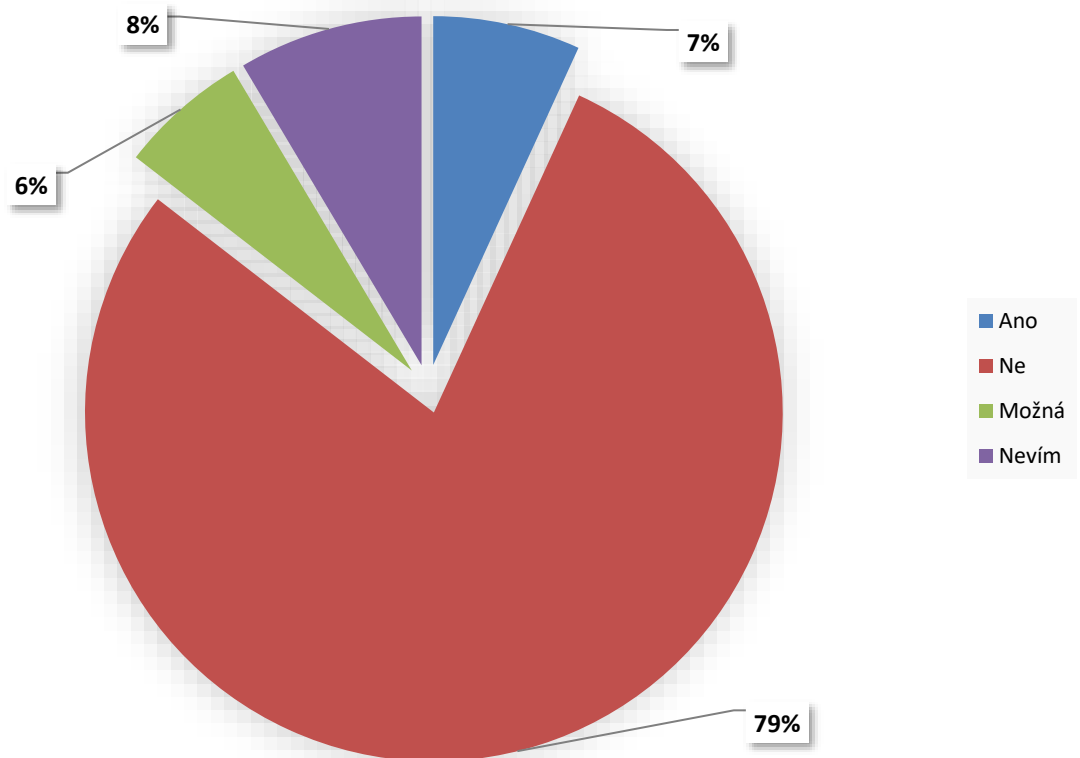


Obrázek 11 – Obava respondentů přijít k endoskopickému vyšetření

Jedenáctá otázka je trichotomického typu, je tedy možný výběr ze tří odpovědí. Dotazovala se respondentů, zdali se obávali k danému vyšetření přijít. Tato otázka nám měla upřesnit, odkud strach z vyšetření pramení, zdali je to již před nástupem do nemocnice, nebo jestli nějaký pocit strachu a úzkosti přichází ve chvíli, kdy je pacient již na lůžku na oddělení endoskopií. 69 pacientů žádné obavy nepocíťovalo, tvoří 60 % všech dotazovaných. K vyšetření se bálo přijít 37 % respondentů, což odpovídá počtu 43. Zbývá 3 % tvoří čtyři pacienti, kteří zvolili odpověď „Nevím“.

Otázka č. 12

Máte pocit, že k vyšetření přicházíte pozdě a může to mít vliv na výsledek vyšetření?

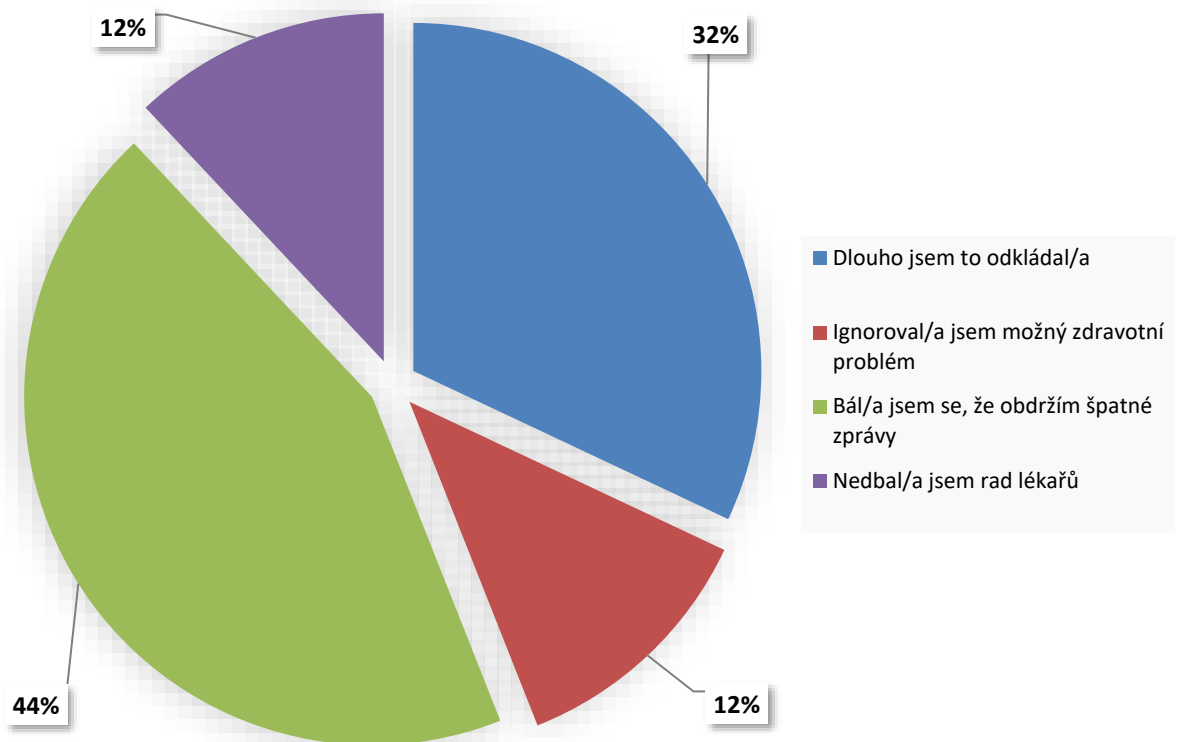


Obrázek 12 – Možný pozdní příchod pacientů k vyšetření

Otázka číslo dvanáct se zaměřuje na to, zdali se pacienti domnívají, že k vyšetření přichází pozdě. Pokud někdo vyšetření oddaluje kvůli strachu a obavám, je velmi pravděpodobné, že je již pozdě a výsledky mohou dopadnout hůře, než kdyby daná osoba přišla dříve. 79 % respondentů se domnívá, že k vyšetření pozdě nepřichází. Tato odpověď má nejvyšší počet odpovědí 92. Osm pacientů, tedy 7 %, uvedlo, že k vyšetření pozdě přichází. Dalších 6 % pacientů, kteří odpovídají počtu sedmi, má pocit, že k vyšetření možná pozdě přichází. Poslední skupina sestává z deseti dotazovaných, což odpovídá 8 %, jejichž odpověď byla „Nevím“.

Otázka č. 13

Pokud ANO, proč je tomu tak?

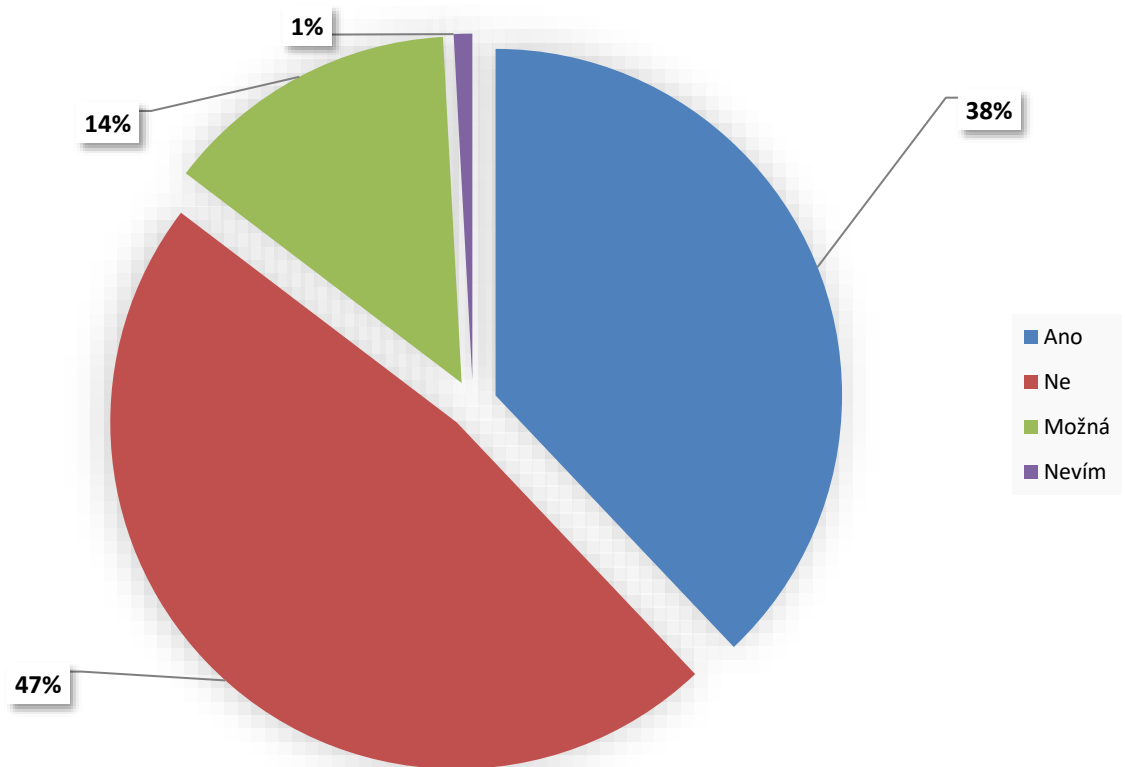


Obrázek 13 – Důvody obav dotazovaných, že k vyšetření přichází pozdě

Tato otázka navazuje na otázku číslo dvanáct a upřesňuje odpověď pacientů, kteří zvolili možnost „Ano“. Zjišťuje totiž, z jakého důvodu se pacienti domnívají, že k vyšetření přichází pozdě. Tato otázka je důležitá, abychom zjistili odkud případný strach pramení a co je jeho podmětem, že se pacienti bojí vyšetření podstoupit. Největší zastoupení má odpověď, že se dotazovaní obávají špatných zpráv. Tuto odpověď zvolilo 11 pacientů, tedy 44 %. Druhá velká skupina sestává z osmi respondentů, tedy 32 % všech dotazovaných, kteří se domnívají, že vyšetření dlouho odkládali. Tři respondenti, odpovídající 12 % z celkového počtu dotazovaných, uvedli, že ignorovali možný zdravotní problém a stejný počet pacientů má pocit, že nedbali na rady a doporučení lékařů.

Otázka č. 14

Pocítujete strach a úzkost před vyšetřením?



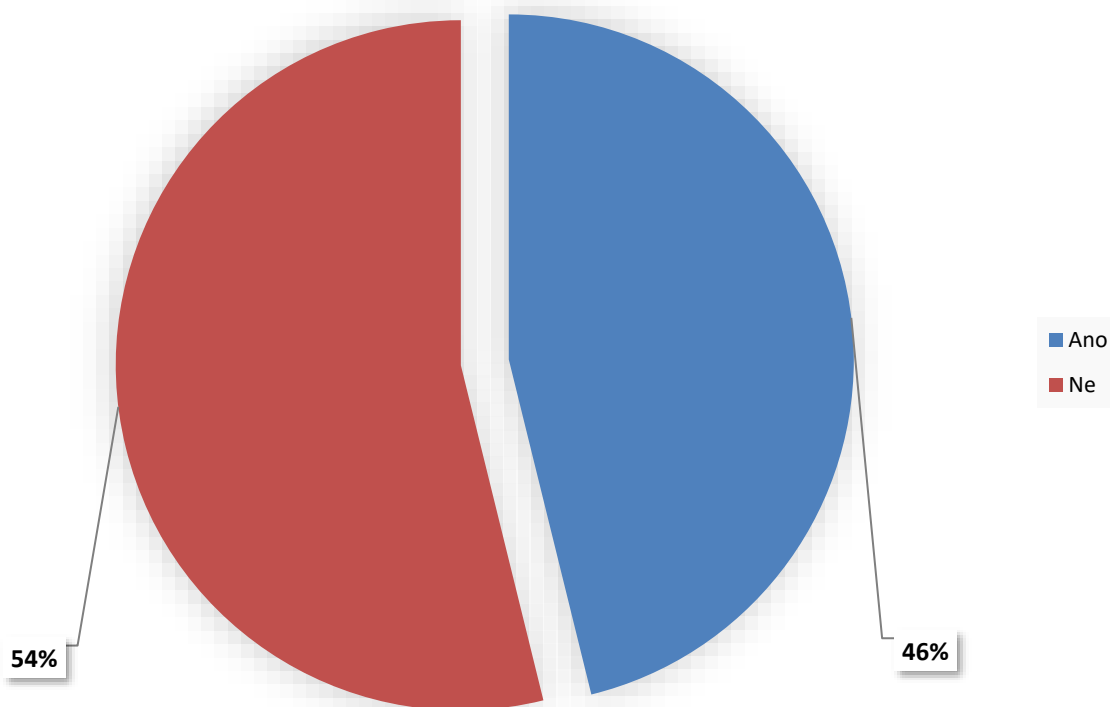
Obrázek 14 – Pocit strachu u pacientů před vyšetřením

Tato otázka se zaměřovala na to, zdali respondenti pocítují strach či úzkost před vyšetřením. 47 % odpovědělo, že strach nepocítuje. Toto procento odpovídá počtu 55 odpovědí. Čtyřicet čtyři dotazovaných, tj. 38 % z celkového počtu, strach a úzkost před vyšetřením pocítuje. Dalších 14 % má pocit, že možná pocítuje strach, což odpovídá počtu respondentů 16. Jeden pacient, tvořící 1 % uvedl, že neví, jaké má pocity před vyšetřením.

Otázka č. 15

Jste pacient hospitalizovaný zde ve Fakultní nemocnici Hradec Králové?

(Pokud odpovíte NE, na otázky 17 - 20, prosím, neodpovídejte)?

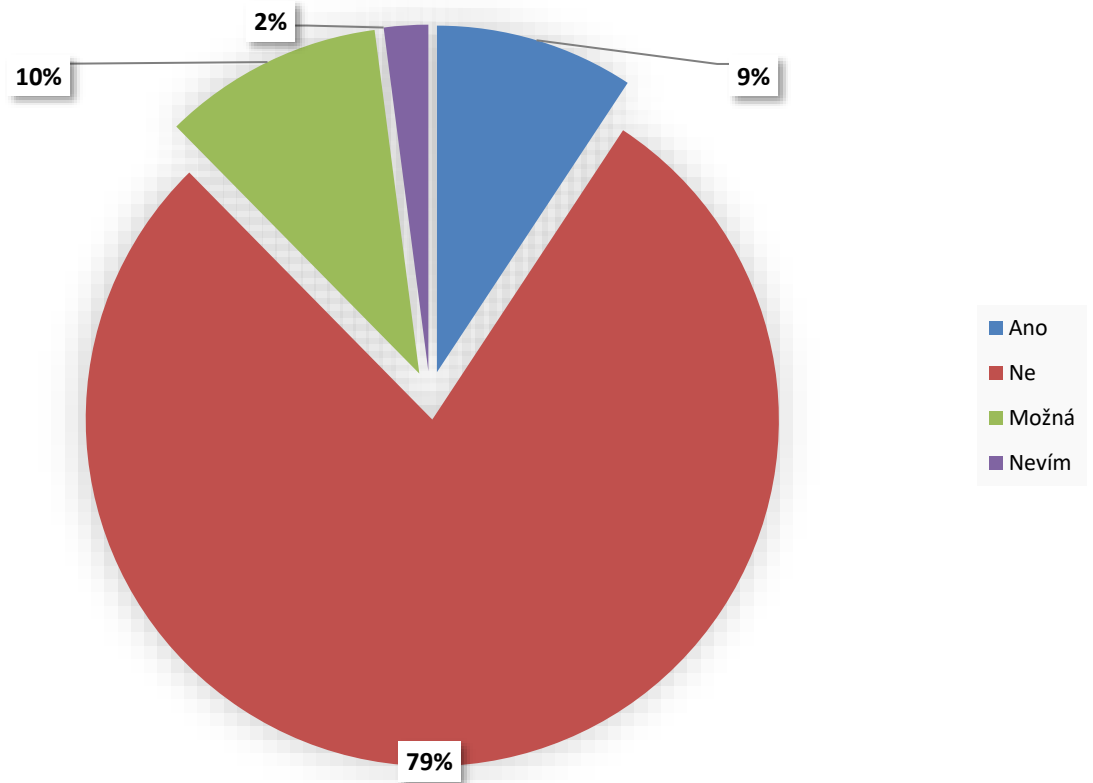


Obrázek 15 – Počet pacientů hospitalizovaných ve FNHK

Patnáctá otázka je dichotomického typu, kdy byla možnost výběru ze dvou odpovědí. Zjišťovala, jaké procento všech dotazovaných je hospitalizováno ve FNHK a kolik respondentů přišlo ambulantně. Z odpovědí zjišťujeme, že 54 % pacientů přichází ambulantně, což odpovídá počtu 63 dotazovaných. 46 respondentů je hospitalizováno ve fakultní nemocnici, což odpovídá 46 % z celkového počtu dotazovaných. Otázky, které následují po této patnácté otázce jsou určeny pouze pacientům hospitalizovaným, kteří hodnotí průběh vyšetření a jejich pocity během výkonu. Bohužel někteří pacienti odpovídali, i když neměli, nicméně pro sběr dat je to také přínos a zvýší se tak okruh dotazovaných pro přesnější určení výsledků.

Otázka č. 16

Pociťoval/a jste stejně intenzivně strach během vyšetření?

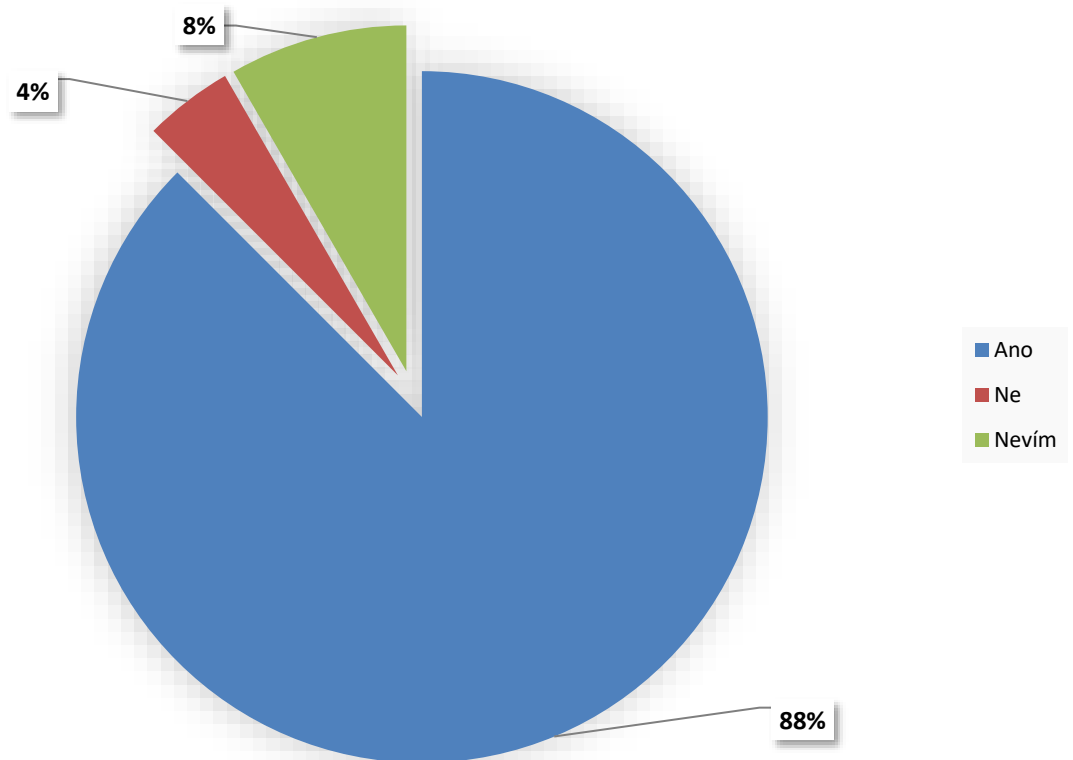


Obrázek 16 – Intenzita strachu u dotazovaných v průběhu vyšetření

Šestnáctá otázka zjišťuje, zdali pacienti vnímali strach stejně intenzivně během vyšetření, jako před ním. Díky odpovědím lze zjistit, zdali u pacientů strach opadne poté, co vyšetření započne. 79 % dotázaných uvedlo, že strach již během vyšetření nepociťovali. Toto procento odpovídá celkovému počtu 76 pacientů. Devět pacientů, tedy 9 %, vnímalo strach a úzkost během vyšetření stejně intenzivně, jako před ním. 10 % respondentů, což odpovídá počtu deseti dotazovaných, zvolilo odpověď „Možná“. Zbývá 2 % připadají dvěma pacientům, kteří nevědí, zdali byl jejich strach stejně intenzivní, jako před vyšetřením.

Otázka č. 17

Pomohla Vám podaná medikace během vyšetření k uvolnění a uklidnění?

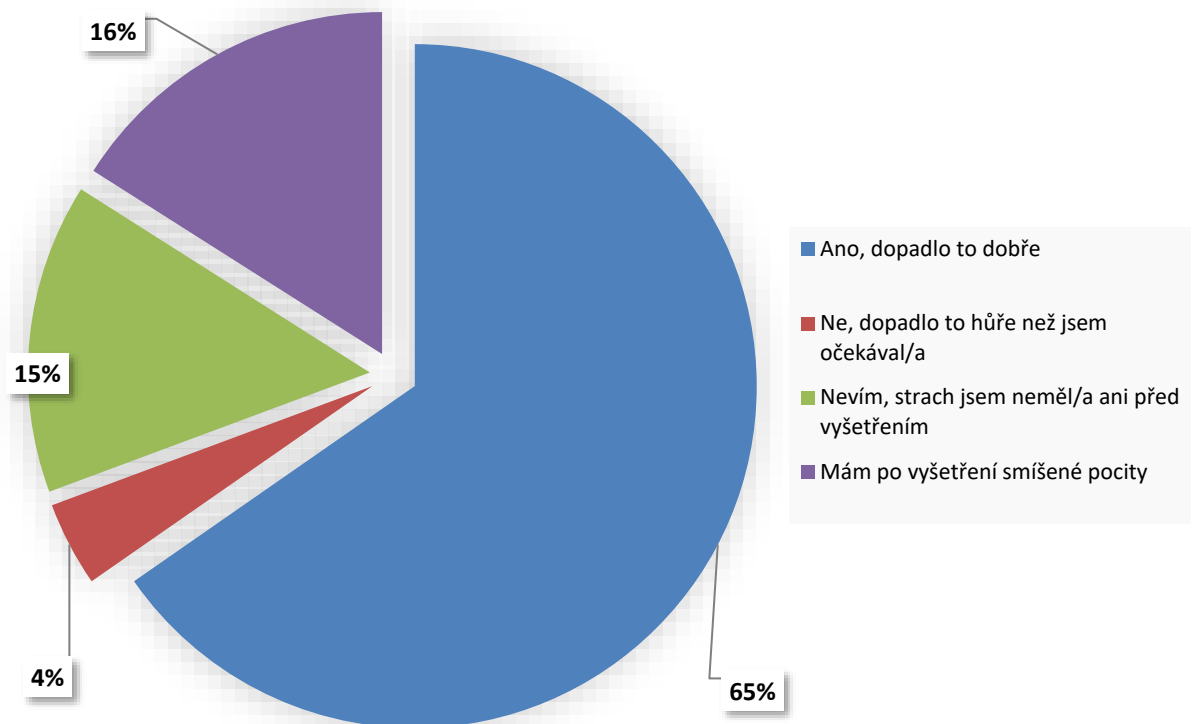


Obrázek 17 – Účinnost medikace podaná během vyšetření

Otázka číslo sedmnáct mapuje účinnost podávané medikace během vyšetření. Protože někteří respondenti v dřívější otázce uvedli, že se bojí bolesti v průběhu vyšetření, je třeba zjistit, zdali byla medikace účinná, či nikoliv. Dle 88 % dotazovaných byla medikace dostačující. Toto procento odpovídá počtu 63 z celkového počtu dotazovaných. Tři pacienti, což odpovídá 4 %, uvedli, že pro ně medikace dostačující nebyla. Poslední skupinu tvoří 8 % pacientů, kteří zvolili odpověď „Nevím“, což odpovídá počtu šesti respondentů.

Otázka č. 18

Cítil/a jste psychickou úlevu po vyšetření?

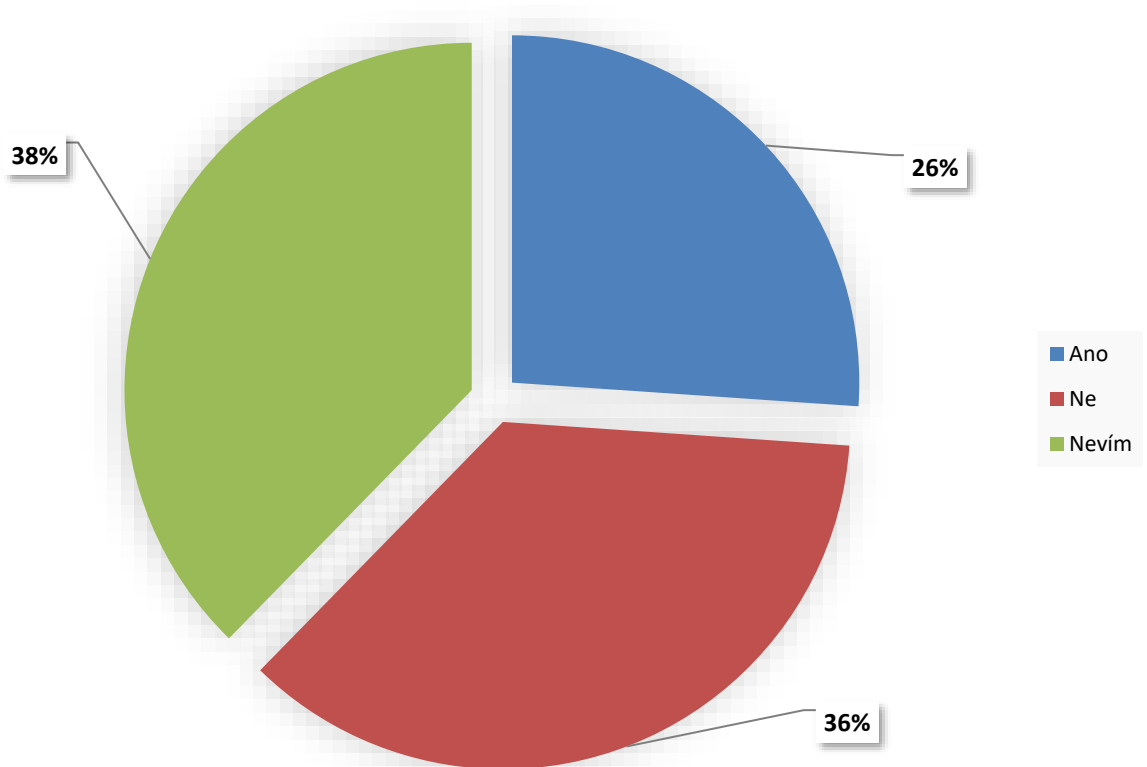


Obrázek 18 – Psychická úleva respondentů po ukončení vyšetření

Otázka číslo osmnáct zkoumala, zdali pacienti cítili psychickou úlevu po ukončení vyšetření, či nikoliv. 49 pacientů představujících 65 % z celkového počtu dotazovaných pocíťovalo psychickou úlevu. 16 % respondentů uvádí, že mají po vyšetření smíšené pocity. Toto procento odpovídá počtu dvanácti dotazovaných. Strach nepocíťovalo před vyšetřením 15 % dotazovaných, tedy jedenáct pacientů. Poslední skupinu tvoří pacienti, pro něž vyšetření dopadlo hůře, než očekávali. Tvoří je 4 % z celkového počtu všech dotazovaných, což odpovídá třem respondentům.

Otázka č. 19

Čeká Vás v nejbližší době další endoskopické vyšetření?



Obrázek 19 – Další plánované endoskopické vyšetření u pacientů

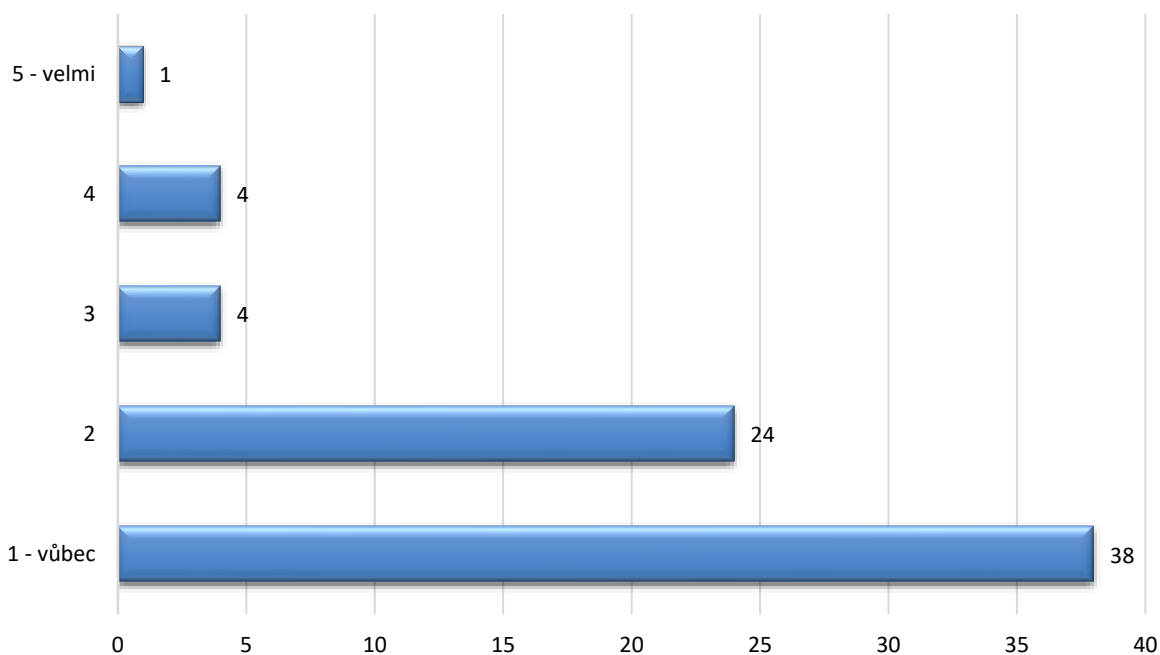
Devatenáctá otázka zjišťuje od pacientů, zdali je čeká v nejbližší době další endoskopické vyšetření. Někteří pacienti čekají na výsledky, kdy se dozvědí, zdali budou muset další vyšetření podstoupit nebo ne. Tuto skupinu tvoří dvacet šest pacientů, tedy 38 %. K dalšímu endoskopickému vyšetření je pozváno 18 respondentů, tedy 26 % z celkového počtu všech dotazovaných. Poslední skupinu, čítající 25 respondentů, tvoří pacienti, kteří k dalšímu vyšetření jít nemusí. Ti tvoří celkem 36 % dotázaných.

Otázka č. 20

Na škále od 1 do 5 budete hodnotit intenzitu pocitů při vyšetření v daných situacích. Hodnotit budete následovně: 1 - vůbec, 5 - velmi.

Otázka číslo dvacet je rozdělena na sedm podotázek, kde měli dotazovaní na škále od jedné do pěti hodnotit své pocity a emoce před vyšetřením, během něj a po něm. Dále zde hodnotili přístup personálu a kvalitu poskytované péče. Na této škále má jednička nejnížší váhu, tedy „vůbec“ a číslo pět má hodnotu nejvyšší, tedy „velmi“.

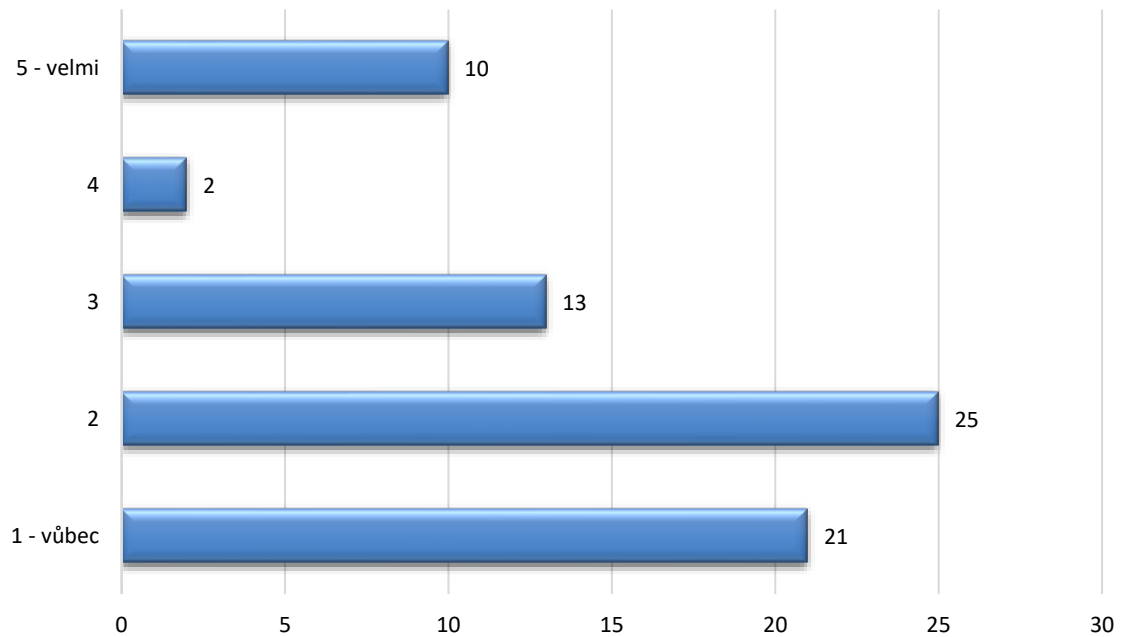
a. Měl/a jste při vyšetření bolesti?



Obrázek 20 – Intenzita bolesti u dotazovaných během vyšetření

První podotázka zjišťuje, zdali pacienti měli při vyšetření bolesti. Zjišťujeme, že 38 respondentů uvedlo, že žádné bolesti neměli. Hodnotu 2 zvolilo dvacet čtyři dotazovaných, hodnoty 3 a 4 zvolili v obou případech čtyři pacienti a jeden respondent uvedl, že měl velké bolesti v průběhu vyšetření.

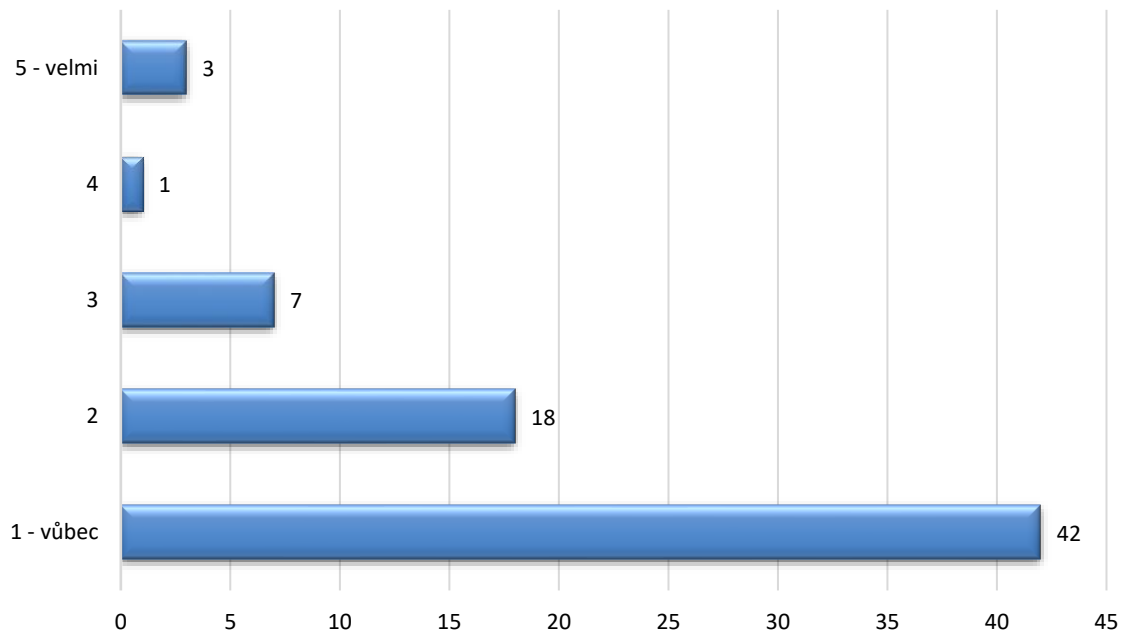
b. Pociťoval/a jste strach před vyšetřením?



Obrázek 21 – Míra strachu pacientů před vyšetřením

Druhá otázka se zaměřovala na pocit strachu a úzkosti před vyšetřením a v jaké intenzitě ho dotazovaní pociťovali. Z grafu lze vidět, že 21 pacientů strach nepociťovalo vůbec. Největší zastoupení odpovědí má hodnota 2, kterou zvolilo dvacet pět dotazovaných. Třináct pacientů strach pociťovalo neutrálně, dva pacienti zvolili hodnotu 4 a poslední skupinu tvoří deset pacientů, kteří strach pociťovali velmi intenzivně.

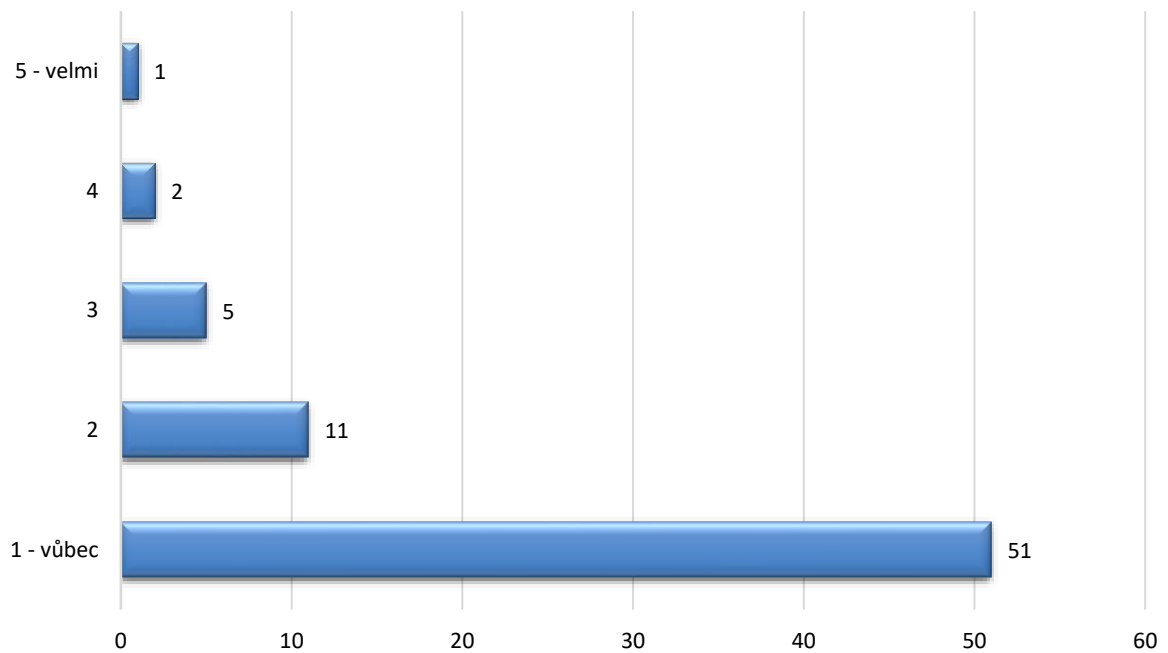
c. Měl/a jste strach během vyšetření?



Obrázek 22 – Intenzita pocitu strachu respondentů během vyšetření

Tato otázka je zaměřená na pocit strachu během vyšetření, zdali je strach stejně vnímán i po začátku výkonu, či z pacientů pocit úzkosti opadne. Počet respondentů, kteří strach nevnímají vůbec, se navýšil na 42. Hodnotu 2 zvolilo osmnáct dotazovaných, sedm pacientů hodnotilo strach na škále číslem 3 a jeden respondent zvolil hodnotu číslo 4. Snížil se naopak počet pacientů, kteří strach vnímají velmi intenzivně, konkrétně se jedná o tři pacienty.

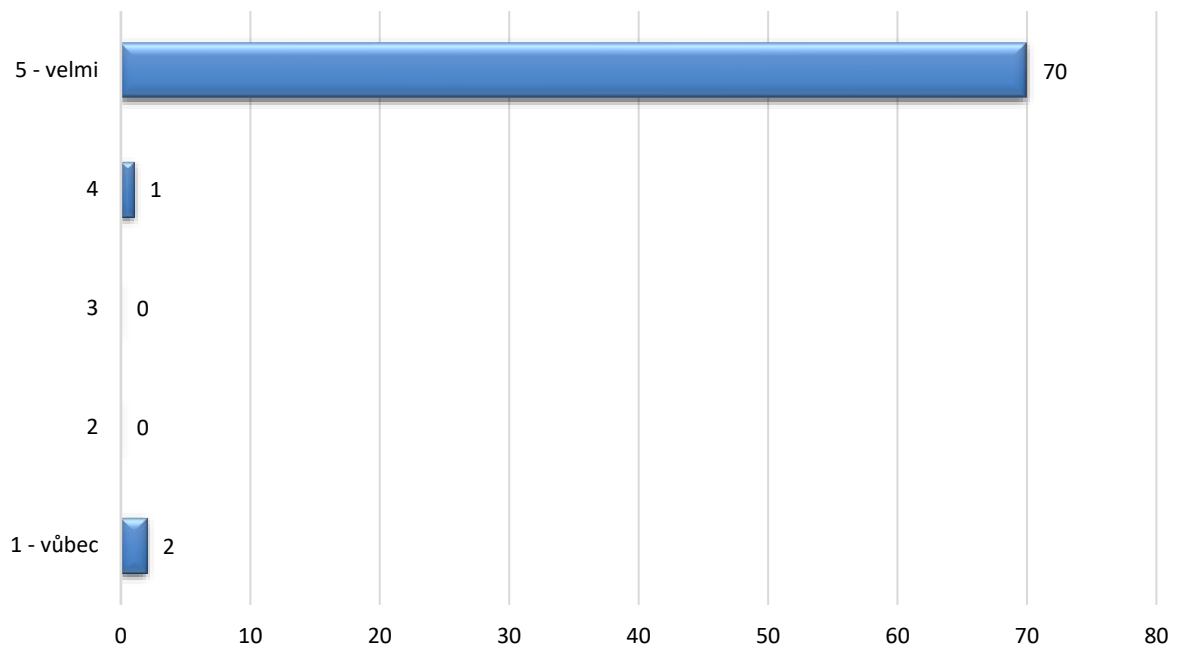
d. Pocit'oval/a jste stud během vyšetření?



Obrázek 23 – Míra pocitu studu u pacientů během vyšetření

Čtvrtá podotázka se táže pacientů, zdali pocit'ovali stud v průběhu vyšetření. Otázka číslo šest v dotazníku se tážala pacientů, z jakého důvodu mají strach z vyšetření a mnoho odpovědí bylo, že se stydí. Z této škály lze vyvodit, že ve finále během vyšetření pocit'oval stud pouze jeden respondent. Na druhou stranu 51 pacientů stud nepocit'ovalo vůbec. 11 dotazovaných zvolilo hodnotu 2, pět pacientů hodnotilo pocit studu číslem tři a hodnotu 4 vybrali dva respondenti.

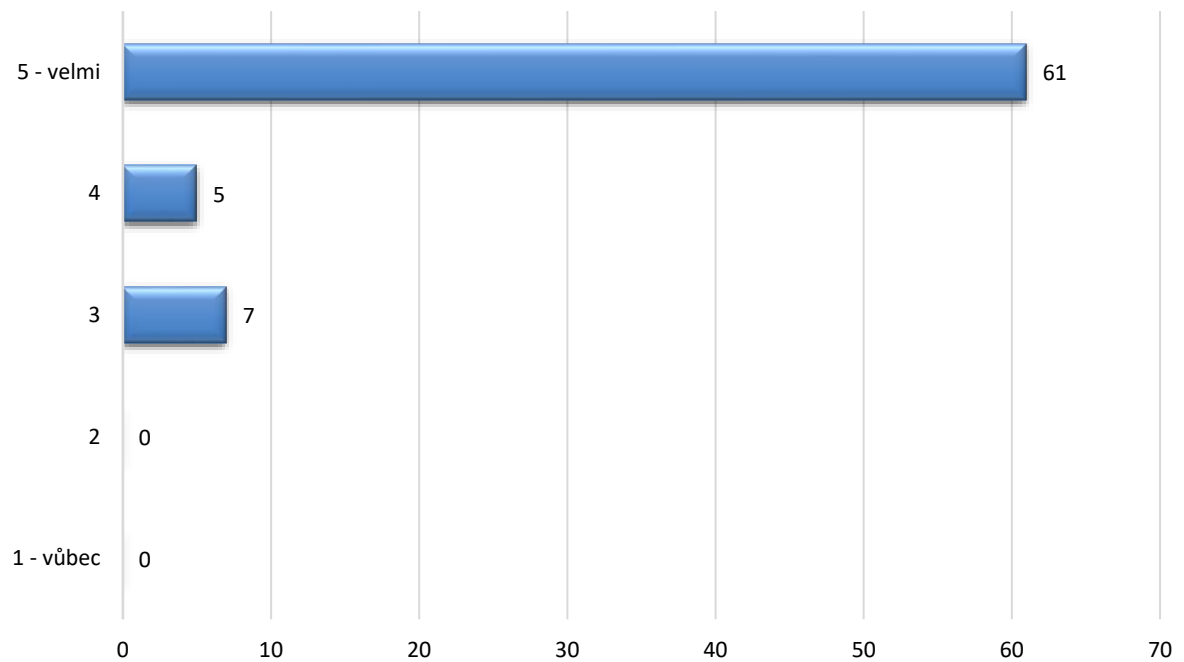
e. Byl k Vám personál milý a přívětivý?



Obrázek 24 – Přívětivost a ochota zdravotnického personálu na pracovišti

Otázka je zaměřena na chování lékařů a sester k pacientovi, zda byl zdravotnický personál k pacientovi milý, či nikoliv. 70 pacientů bylo s chováním velmi spokojeno a hodnotilo jej jako velmi milé a přívětivé. Jeden respondent zvolil hodnotu 4 a dva pacienti nebyli s chováním personálu vůbec spokojeni.

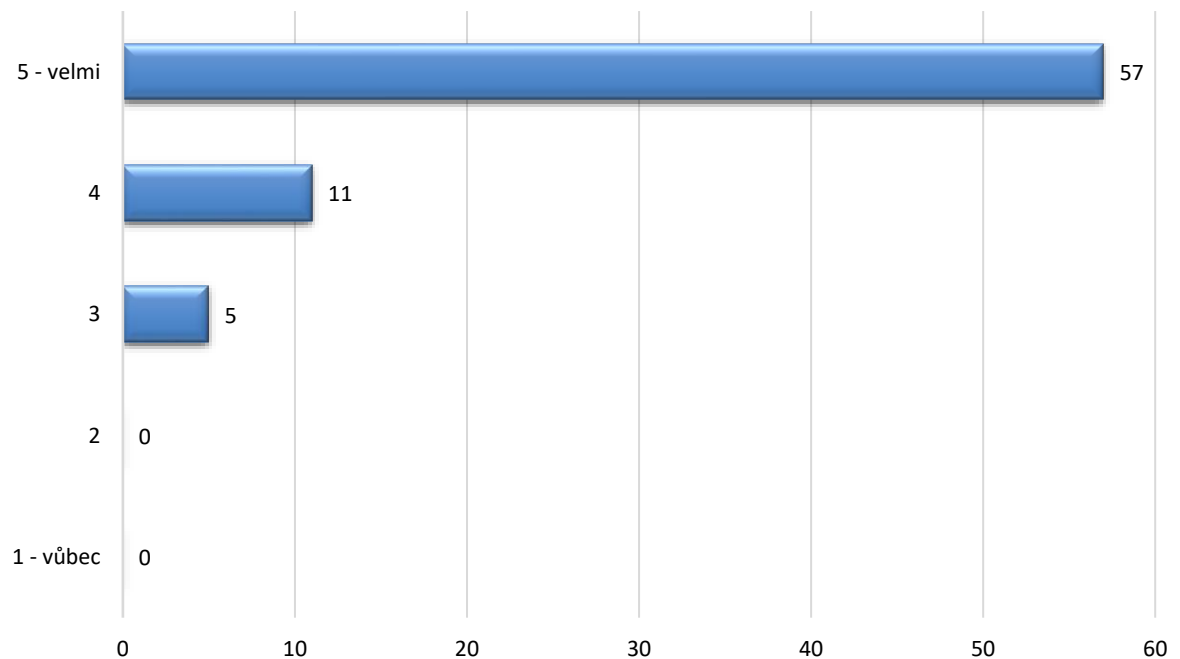
f. Byla medikace podaná během vyšetření dostačující?



Obrázek 25 – Dostatečnost medikace podané pacientům během vyšetření

Tato otázka zjišťuje, zdali je medikace podávaná pacientům během vyšetření dostačující a pomáhá mírnit bolesti a psychické napětí. 61 respondentů uvedlo, že pro ně byla podaná medikace velmi dostačující. Pět pacientů zvolilo hodnotu na škále 4 a sedm dotazovaných uvedlo hodnotu 3. Žádný z respondentů neuvedl, že by medikace dostačující nebyla.

g. Proběhlo vyšetření dle Vašich představ?

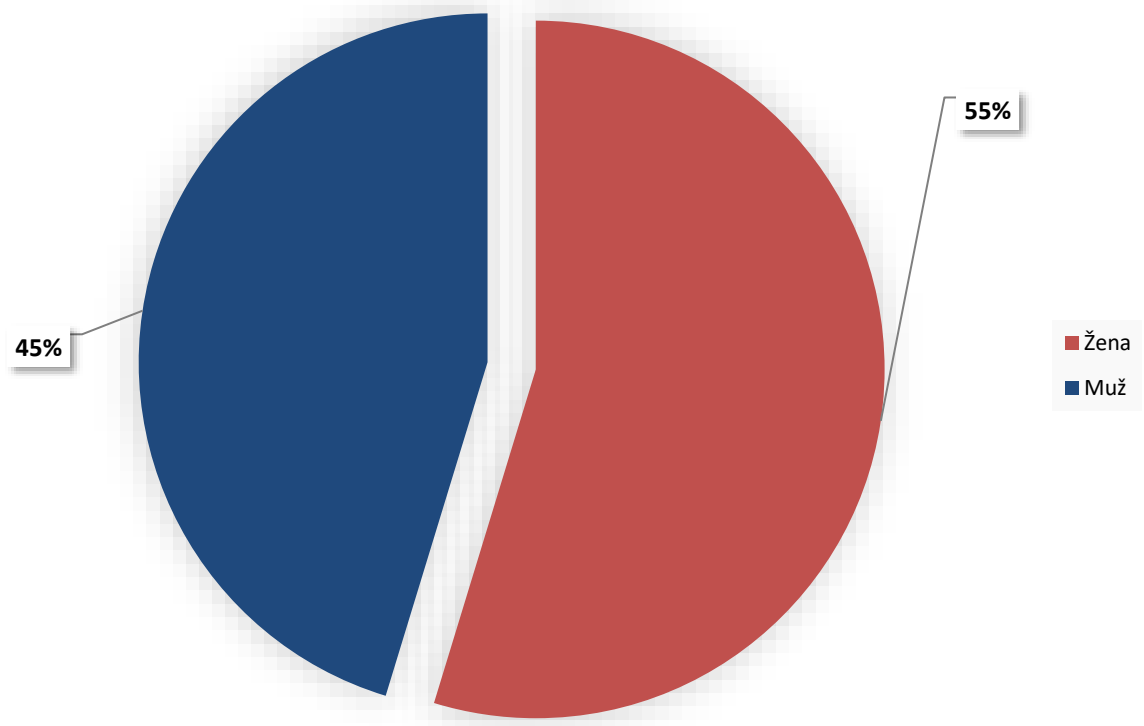


Obrázek 26 – Hodnocení pacientů na průběh vyšetření

Poslední z podotázek je podobná otázce číslo devět v dotazníku, kdy se od pacientů zjišťovalo, zdali jsou spokojeni s výsledkem vyšetření. Zde 57 pacientů hodnotilo na škále že byli velmi spokojeni s výsledkem a průběhem vyšetření. Jedenáct dotazovaných uvedlo hodnotu 4 a dalších pět pacientů zvolilo hodnotu na škále 3. Žádný z dotazovaných nebyl nespokojen s průběhem a výsledkem vyšetření.

Otázka č. 21

Jaké je Vaše pohlaví?

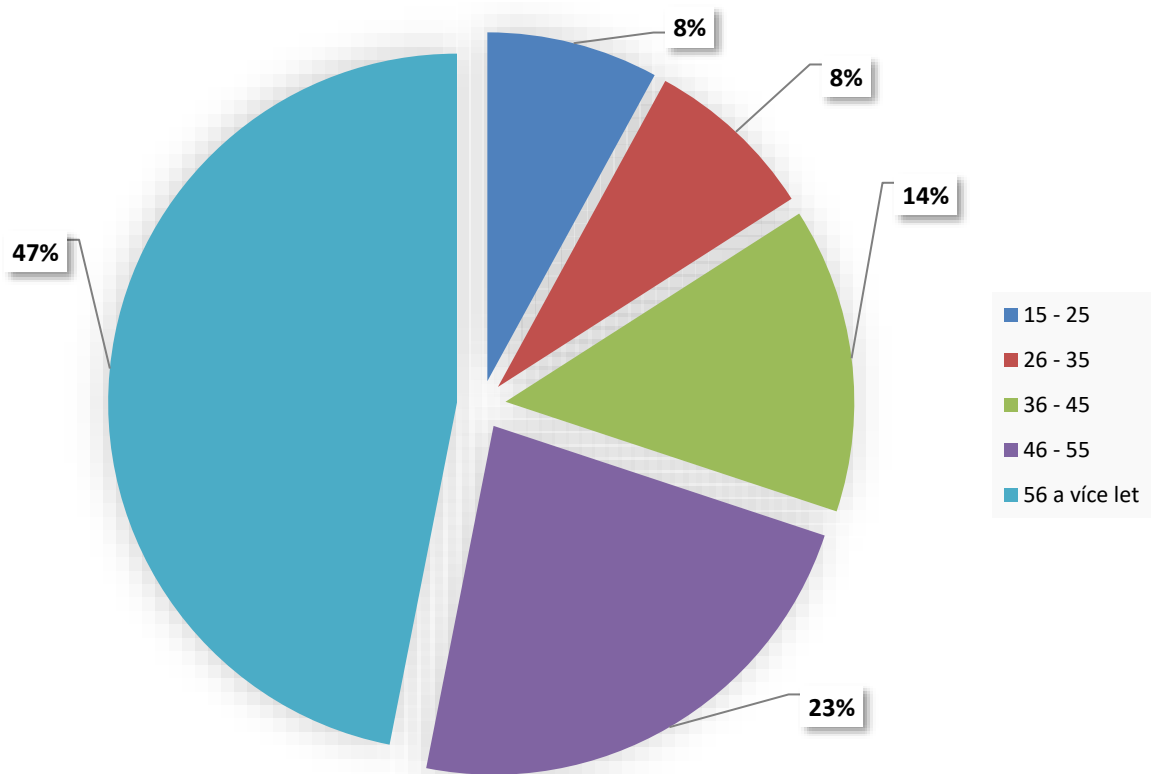


Obrázek 27 – Pohlaví pacientů

Tato otázka je identifikačního charakteru a mapuje, jaké procento z celkového počtu dotazovaných zastupují ženy a kolik se dotazníkového šetření účastnilo mužů. Z grafu je patrné, že 55 % z celkového počtu zaujímají ženy, což odpovídá celkovému počtu 58. Mužů je o něco méně, procentuálně 45 %, tedy 48 zástupců mužského pohlaví.

Otázka č. 22

Kolik je Vám let?



Obrázek 28 – Věkové rozmezí dotazovaných

Poslední otázka v dotazníkovém šetření zjišťuje, v jakém věkovém rozmezí se respondent nachází. Největší zastoupení mají pacienti, jejichž věk je 56 a více let. Tuto skupinu tvoří celkem 47 % z celkového počtu všech dotazovaných, tedy 53 pacientů. Další velkou skupinou jsou dotazovaní ve věku 46-55 let, tuto odpověď volilo 26 pacientů, což odpovídá 23 %. Ve věku 36-45 let přišlo k endoskopickému vyšetření celkem šestnáct dotazovaných, kteří zaujímají 14 % z celkového počtu. Po osmi procentech mají věkové skupiny 26-35 let a 15-25 let, v obou skupinách jsou pacienti v počtu 9.

5 DISKUSE

Průzkumné záměry

1. **Předpokládám, že strach může být pacienty vnímán v takové míře, že se pro ně stává překážkou pro absolvování vyšetření.**
2. **Předpokládám, že strach pocít'ují ve větší míře pacienti přicházející k vyšetření poprvé nežli pacienti, kteří vyšetření již absolvovali a znají jeho průběh.**
3. **Předpokládám, že nejvíce obávanou složkou vyšetření je strach z bolesti.**
4. **Předpokládám, že strach a úzkost pacientů může mít vliv na výsledek vyšetření.**
5. **Předpokládám, že pacienti budou pocít'ovat psychickou úlevu po absolvování vyšetření.**

V kapitole diskuse bych se ráda věnovala jednotlivým průzkumným záměrům a za pomoci výsledků z dotazníkového šetření potvrdit či vyvrátit mnou stanovené hypotézy. Všechny uvedené domněnky jsem si pokládala během mé praxe na oddělení endoskopií, kde mi lékaři sdělovali, že se pacienti bojí chodit na tento typ vyšetření a z toho důvodu většinou dopadnou výsledky vyšetření hůře, než si pacienti myslí.

5.1 Průzkumný záměr č. 1

Jak bylo již probráno v druhé polovině teoretické části, strach je součástí všedního života každého člověka. Díky strachu se můžeme připravit na očekávanou hrozbu či hrozící nebezpečí. Je přirozené, že člověk má strach z vyšetření či z lékařů. Do nemocnice většinou přicházíme kvůli nějakému problému, který nás trápí a určité obavy jsou přirozeně na místě. Proto lze očekávat, že určitý strach budeme pocít'ovat také před takovým vyšetřením, jako je právě endoskopie (Morschitzky, 2020, s. 41).

První a nejdůležitější hypotéza se týká strachu pacientů a zdali je tento strach vnímán v takové míře, že činí pro pacienty překážku. Má domněnka se potvrdila. Otázka číslo pět v dotazníkovém šetření zjišťovala, zdali se pacienti obávají k vyšetření přijít. 57 % pacientů obavy nemá a strach nepocít'uje. 36 % respondentů strach pocít'uje a 7 % uvedlo jako odpověď, že nevědí. Důležitých je pro nás oněch 36 %, která představují pacienty pocít'ující strach. V tomto případě je nutné podotknout, že většina respondentů, kteří strach mají, jdou k vyšetření poprvé. Je logické, že když člověk ví, co ho čeká, nevnímá strach tak intenzivně, ne-li vůbec, jako osoba, která tento typ vyšetření nikdy nezažila.

Důležité je se zaměřit na to, jaká byla předchozí zkušenost pro pacienty, kteří již toto vyšetření absolvovali. Odpověď na to nám zajistila otázka číslo osm v dotazníku. 62 % dotazovaných uvedlo, že vyšetření proběhlo v pořádku. 27 % respondentů nemůže hodnotit, jelikož vyšetření ještě neabsolvovalo. Pouze 2 % pacientů mají špatnou zkušenost s vyšetřením a už by ho podstoupit nechtělo. Díky této otázce zjišťujeme, že i když pacienti vnímali strach velmi intenzivně před vyšetřením, po jeho skončení zjistili, že k tak intenzivnímu strachu nebyl důvod, jelikož vyšetření proběhlo ve výsledku bez obtíží. Pacienti, kteří vyšetření již absolvovali, mohou k dalšímu přijít pouze s mírnou nervozitou či obavami, nikoliv však se strachem.

Otázka číslo jedenáct se také zaměřovala na strach z vyšetření a zdali byl pacientům právě strach překážkou pro to, aby k vyšetření přišli. 60 % respondentů strach nepocítuje, oproti tomu 37 % pacientů obavy má. Stejně jako u otázky číslo pět, strach pocítují dotazovaní, kteří přichází k vyšetření prvně.

Otázka číslo 14 se tázala pacientů, zdali pocítují strach a úzkost před vyšetřením. Z odpovědí lze vyčíst, že 47 % pacientů strach nepocítuje a 52 % respondentů uvedlo, že strach a úzkost vnímá před vyšetřením.

Na první průzkumný záměr můžeme tedy odpovědět, že pacienti strach pocítují, ale zdali je opravdu překážkou a z jakého důvodu, to zjistíme v dalších hypotézách a odpovědích na další průzkumné záměry. Díky odpovědím vybraných otázek z dotazníkového šetření jsme mohli zjistit, že strach pocítují v drtivé většině pacienti, kteří přichází k vyšetření poprvé, což je logické. Z teoretické části víme, že lidé mají obavy z nových věcí, se kterými nemají zkušenost. Proto je pochopitelné, že právě endoskopie jim činí takový problém.

5.2 Průzkumný záměr č. 2

Lze předpokládat, že pacient, který endoskopické vyšetření již jednou zažil, bude v mnohem menším stresu oproti člověku, který neví, co takový typ výkonu obnáší. Strach z neznámých věcí je zcela pochopitelný, každý z nás zažil strach a úzkost související s nějakou novou situací, která nás čeká. Je však rozdíl mezi zdravým strachem a panickým strachem. Panický strach nás donutí se schovat a utéct před problémem, oproti tomu zdravá forma strachu nás pouze udržuje ve střehu a připravuje na očekávanou situaci. A právě panický strach je většinou důvodem pozdního příchodu k endoskopickému vyšetření a jeho absolvování. Druhá výzkumná otázka je zaměřena na to, zdali strach pocítují pouze pacienti přicházející

k vyšetření poprvé, nebo jestli strach doprovází pravidelné návštěvníky oddělení endoskopií, kteří jdou k výkonu po několikáté (Wolf, 2018, s. 27).

Druhá hypotéza předpokládala, že strach budou vnímat pacienti přicházející k vyšetření poprvé v mnohem větší míře nežli pacienti, kteří toto vyšetření již absolvovali a vědí, jak vyšetření probíhá. Má hypotéza se potvrdila. Z odpovědí vybraných otázek dotazníkového šetření zjišťujeme, jaké procento pacientů přichází k vyšetření poprvé a zdali právě tito pacienti pociťují intenzivnější strach. Otázka číslo 2 v dotazníkovém šetření zjišťovala od respondentů, po kolikáté přichází k endoskopickému vyšetření. Pro nás je nejdůležitější skupina pacientů, kteří přicházejí k vyšetření poprvé. Tuto skupinu tvoří 29 % z celkového počtu dotazovaných. Zbýlých 71 % jsou pacienti, kteří přichází k vyšetření podruhé, potřetí či po několikáté. Z předchozí průzkumné otázky víme, že 36 % z celkového počtu pociťuje strach před vyšetřením, což odpovídá počtu 43 pacientů. A 34 respondentů, tedy oněch 29 % uvedlo, že k vyšetření přichází poprvé. Všichni pacienti, kteří toto vyšetření ještě neabsolvovali, pociťují strach a úzkost před vyšetřením. Několik pacientů, v našem případě 9, má obavy i když přichází k vyšetření po několikáté.

Osmá otázka se tázala respondentů, jaká byla předchozí zkušenost pro ty, kteří již vyšetření alespoň jednou absolvovali. Tato otázka je důležitá z toho důvodu, jestli jsou obavy opodstatněné, či nikoliv. 62 % dotazovaných uvedlo, že vyšetření proběhlo v pořádku. Dalších 9 % odpovědělo, že to nebylo tak hrozné a 2 % pacientů mají pocit, že nic horšího nezažili. Z osmé otázky tedy vyplývá, že i když pacienti vnímají na počátku vyšetření strach, po ukončení vyšetření zjišťují, že vyšetření není tak hrozné, jak se zdá. Pro vytvoření výstupu z dotazníkového šetření je to cenná a důležitá informace.

Shrneme-li výsledky otázek z dotazníku, které potvrzují tuto hypotézu, dostaneme se k závěru, že opravdu největší strach pociťují pacienti přicházející k vyšetření prvně. Jak jsem již uvedla o několik odstavců výše, je tento strach naprosto pochopitelný, jelikož se pro tyto pacienty jedná o nový druh vyšetření, který není nikomu příjemný. Když se řekne endoskopie, nikdo se nesměje, spíše vidíme ve výrazu obličeje znechucení, odtažitost, a právě strach či úzkost. Většina lidí, kterých jsem se zeptala mimo nemocnici na endoskopie, a ještě na takovém vyšetření nebyli, tak všichni odpovídali stejně: „Nikdy. Doufám, že na to nikdy nepůjdu“.

5.3 Průzkumný záměr č. 3

Příčiny strachu u lidí mohou být různé. Strach v nás vyvolává nějaká špatná zkušenost či zážitek, která nás při dalším setkání s ní uvede do nepohody, a právě prohloubí pocit nelibosti a strachu. Strach též vyvolávají neznámé věci, o kterých buď sami nic nevíme, nebo jsme o nich slyšeli negativní ohlasy (Nakonečný, 2013, s. 336).

Hlavním cílem empirické části bakalářské práce je zjistit, zdali strach vyvolaný v lidech znemožňuje podstoupit endoskopické vyšetření a co může tento strach u pacientů vyvolávat. Co je jeho příčinou a zdali lze tuto příčinu ze strany zdravotnického personálu odstranit. Má hypotéza byla taková, že největší obavy pacienti vnímají kvůli strachu z bolesti při vyšetření. Má domněnka se nepotvrdila. Za pomoci odpovědí na otázky z dotazníkového šetření zjišťujeme, že největší strach nemají pacienti z důvodu obav z bolesti, nýbrž ze strachu, že obdrží špatné výsledky.

Pátá otázka se tázala pacientů, zdali mají z vyšetření obavy. Na to navazující šestá otázka zjišťovala od respondentů, kteří odpověděli že ano, jaké jsou důvody jejich obav. Dle výsledků a shrnutí odpovědí zjišťujeme, že největší strach mají pacienti ze špatného výsledku. Tuto skupinu tvořilo 41 % dotazovaných. Další velkou skupinu tvořili pacienti, kteří se obávali bolesti během vyšetření, menší skupina představovala respondenty, které trápí pocit studu během vyšetření.

Sedmá otázka měla zjistit, jaký je vyvolávací podnět a impulz pro to, že pacienti se strachem přicházejí k vyšetření. Strach vždy z něčeho pramení, ať už je to vlastní zkušenost, reference přátel, rodinných příslušníků či zdravotnického personálu. Díky této dotazníkové otázce víme, že tu nervozitu a strach před vyšetřením navozuje především vlastní zkušenost a také reference přátel či rodiny. Pokud nám někdo nasadí do hlavy, že vyšetření je strašné, nikdy nic horšího dotyčný nezažil, tak lze předpokládat, že se strachem půjde i pacient k vyšetření. U některých pacientů dokonce strach vyvolá blok, který jim zamezí ono endoskopické vyšetření vůbec absolvovat (Morschitzky, 2020, s. 56). V dnešní době je plný internet videí, článků a dokumentů, které má pacient možnost shlédnout, a to v něm také může vyvolat určitý strach a nervozitu. Přesně takový případ tvoří 16 % pacientů, zhlédli video nebo četli článek na internetu o průběhu vyšetření, a to v nich vyvolalo určité obavy a strach.

Díky odpovědím z otázek dotazníku lze vyvodit startéry pro pocit strachu či úzkosti. Část respondentů uvedla jako důvod jejich strachu obavu z bolesti. Při vyšetření se podávají analgetika, která bolest a psychický neklid mírní. Bylo by dobré, na to pacienty upozornit již

při indikaci endoskopického vyšetření, čímž by se eliminoval strach a obavy z bolesti. V otázce číslo dvacet mohli pacienti na škále od jedné do pěti hodnotit, zdali jim podaná medikace pomohla a eliminovala bolesti. Silné bolesti vnímalo pouze 5 pacientů, zbylých 66 bolest při vyšetření nepocívalo vůbec nebo jen mírně. Dalším důvodem obav byl stud. U většiny lidí je představa toho, že odhalí část svého těla nepříjemná a vyvolává pocit ostýchavosti a studu. Konkrétně tento typ vyšetření nutí pacienty odhalit část těla, která je velmi intimní, tudíž lze chápat, že strach kvůli studu je na místě. Nicméně v místnosti je pouze lékař a sestra a pokud si pacient nepřeje, aby u vyšetření byli například studenti, určitě je přání pacienta vyhověno. V otázce číslo dvacet byla též škála, kde pacienti mohli hodnotit, zdali pocívali stud během vyšetření. Stud ve výsledku vnímali pouze tři pacienti, zbylých 67 stud nepocívalo vůbec, nebo pouze mírně. Někteří pacienti uváděli strach ze špatného výsledku. Je pochopitelné, že když člověka trápí nějaký zdravotní problém, má přirozeně strach z neznámého a obává se výsledku a zjištění, o jaký problém se jedná. Bohužel jsou případy, že strach přiměl pacienty neučinit důležité kroky k řešení jejich zdravotního problému, stáhnout se a vyšetření nepodstoupit. Pacienti následně čekají, odhodlávají se k vyšetření přijít a když už tak učiní, může to být již pozdě. Tato myšlenka je podrobněji rozebrána v následujícím průzkumném záměru.

5.4 Průzkumný záměr č. 4

Má hypotéza je myšlena tak, že pokud je strach skutečně překážkou v takovém rozsahu, že pacienta donutí k vyšetření nepřijít, nebo svůj zdravotní problém vůbec neřešit, může to mít fatální následky. Když už se daný pacient, který se rozhodl pozdě řešit zdravotní komplikace, odhodlá podstoupit endoskopické vyšetření, může to být již pozdě. Má domněnka se potvrdila pouze částečně. Jen určité procento pacientů vnímá svůj příchod k vyšetření jako pozdní, nicméně 80 % pacientů se domnívá, že k vyšetření pozdě nepřichází. Pokud se však zaměříme na okruh pacientů uvádějících pozdní příchod k vyšetření, můžeme zjistit, jaké jsou důvody jejich pozdního příchodu.

Otázka číslo dvanáct v dotazníkovém šetření se táže respondentů právě na to, zdali si myslí, že k vyšetření přichází pozdě. Většina respondentů, konkrétně 79 %, uvedlo, že k vyšetření dle jejich názoru pozdě nepřichází. Dalších 7 % pozdě přichází a 6 % odpovědělo, že možná ano. Zbylé odpovědi byly typu „Nevím“. Pro nás je důležitý okruh pacientů, kteří se domnívají nebo vědí, že k vyšetření pozdě přichází. Důvodů může být mnoho.

Co je důvodem myšlenky, že k vyšetření pacient přichází pozdě, na to nám poskytla odpověď otázka číslo 13. Mezi nejčastější důvod patří opět obava, že pacient obdrží špatné výsledky. Strach ze špatného výsledku je určitě opodstatněný, nicméně není důvodem pro to, aby se člověk zalekl a k vyšetření vůbec nepřišel, nebo jej dlouho odkládal. V tomto případě je třeba pacienta poučit a seznámit s fakty, jak může být dlouhá prodleva fatální. Jako druhý nejčastější důvod respondenti uváděli, že vyšetření dlouho odkládali. Právě ta prodleva mezi doporučením lékaře k vyšetření a nástupem na výkon je rozhodující. V tomto případě lze předpokládat, že pacienti vyšetření odkládají právě z důvodu obav ze špatného výsledku, či strachu z bolesti nebo studu. Mezi dalšími odpověďmi také byla, ignorace možného zdravotního problému. Situace nastane ve chvíli, kdy je pacient poučen lékařem a je mu doporučeno podstoupit endoskopické vyšetření. Pokud se dotyčný rozhodne problém neřešit, na vyšetření nepřijít a na endoskopické vyšetření se dostaví až ve fázi, kdy má vážné zdravotní obtíže, pak je na místě otázka, proč možný zdravotní problém ignoruje. Zdali je to z důvodu strachu, nebo z přesvědčení, že nejde o nic vážného a endoskopické vyšetření není třeba podstoupit. Posledním důvodem, který pacienti volili bylo, že nedbali rad lékařů. Lze říci, že to souvisí s ignorací zdravotního problému. Pacientovi lékař doporučí provedení endoskopického vyšetření na základě symptomů, které pacient popsal a které ho trápí. Pokud se však rozhodne, že na takové vyšetření nepůjde, jelikož se domnívá, že zas tak vážné to není, pak je to bohužel chyba pacienta. Ne nadarmo se říká: „Každý svého štěstí strůjcem“.

5.5 Průzkumný záměr č. 5

Poslední hypotéza byla taková, že pacienti vnímají psychickou úlevu po absolvování vyšetření. Má domněnka se potvrdila. Na základě výsledků vybraných otázek dotazníkového šetření zjišťujeme od pacientů, kteří vyšetření již prodělali, že strach pociťují ve značně nižší intenzitě nežli před vyšetřením. Následující rozbor odpovědí prezentuje potvrzenou hypotézu.

Důležité pro průzkum v praktické části bylo zjištění, že pacienti pociťují psychickou úlevu po ukončení vyšetření. Bylo třeba porovnat, jaká byla míra stresu před vyšetřením a po vyšetření, a zdali pacient vnímá svůj strach stejně intenzivně, či nikoliv. Pokud by došlo ke zlepšení psychické pohody a k úlevě, dalo by se hodnotit, že strach vyvolávající blok k podstoupení vyšetření není opodstatněný a lze ho eliminovat.

Otázka číslo 18 se tázala pacientů, zdali pociťovali po vyšetření psychickou úlevu. 65 % dotazovaných uvedlo že ano. Další skupinu tvoří pacienti, kteří mají smíšené pocity po vyšetření, nebo kteří strach neměli ani před vyšetřením. 4 % pacientů čítají skupinu, pro něž

psychická úleva nenastala a vyšetření pro ně dopadlo hůře, než čekali. Nicméně lze říci, že téměř dvě třetiny pacientů vnímají psychickou úlevu.

Otázka číslo dvacet je rozdělena na sedm podotázek škálového charakteru, kde měli pacienti od jedné do pěti určovat míru prožívání emocí, či hodnotit kvalitu poskytované péče. Třetí podotázka se tázala pacientů, zdali pocítují strach i během vyšetření a z odpovědí můžeme vyčíst, že pouze čtyři pacienti vnímají strach během vyšetření. Dalších 50 pacientů uvedlo, že strach nepocítují vůbec, či pouze v malé míře. Při porovnání škálového hodnocení míry intenzity strachu lze pozorovat zlepšení, a že se pacienti cítí v průběhu vyšetření uvolněnější a klidnější. Počet pacientů, kteří pocítují strach intenzivně, se snížil a přibylo odpovědí, že strach dotazovaní nepocítují vůbec, či jen v malé míře.

Z odpovědí v dotazníku lze vyčíst, že respondenti strach pocítují intenzivně především před vyšetřením a po něm již pocítují psychickou úlevu. Pokud se pacienti obávají k vyšetření přijít, je třeba je upozornit že není třeba se ničeho bát a není důvod pro to, aby jim strach dovolil vyšetření neabsolvovat. Pacienti, kteří jdou k vyšetření poprvé, by měli vidět pokles intenzity strachu, který nastává v průběhu vyšetření. Pokud by lékaři, kteří indikují endoskopické vyšetření pacientům, tyto informace předávali, mohlo by to pacienty pocítující strach přimět k tomu, aby se vyšetření nezalekli a absolvovali ho.

5.6 Komparace výsledků

Výsledky výzkumu jsou porovnávány s bakalářskou prací autorky Kláry Sadovské (2010) *Strach a úzkost versus poučený souhlas k vyšetření*. Průzkum autorka prováděla za pomoci anonymních dotazníků, kdy k vyplnění podala 100 dotazníků a použitelných bylo 90. Autorka oslovuje pacienty na Kardiologickém oddělení, kteří jsou indikováni ke koronarografickému vyšetření. V dotaznících se autorka zaměřovala na pocit strachu a úzkosti pacientů, jaká je jeho intenzita a co jejich strach vyvolává.

Při porovnání výsledků mé práce s autorčinou jsem shledala výsledky dotazníkového šetření obdobné v obou pracích. První průzkumná otázka v mé práci se zabývala pocitem strachu pacientů před vyšetřením. Dle výsledků z dotazníku jsem zjistila, že strach pocítuje 36 % dotazovaných, oproti tomu v autorčině dotazníkovém šetření strach pocítuje 90 % pacientů.

Druhá průzkumná otázka se tázala, zdali strach pocítují pouze pacienti přicházející k vyšetření prvně. 29 % respondentů uvedlo, že přichází k vyšetření poprvé a všichni tito pacienti pocítují před vyšetřením strach a úzkost. Autorka uvádí ve své práci že 33 %

pacientů vyšetření již absolvovalo a pociťují strach méně intenzivně nežli pacienti, kteří přichází k vyšetření prvně.

Další průzkumná otázka v mé práci se zabývala důvodem obav pacientů, kteří k vyšetření přicházejí. Pacienti mohli vybírat z 5 možných odpovědí a největší zastoupení měla odpověď, že se dotazovaní bojí špatného výsledku. Tuto možnost zvolilo 41 % respondentů. Autorka práce se též tázala respondentů, jaký je důvod jejich strachu, též měla možnost výběru z 5 odpovědí a Nejvíce jich zaznamenala u odpovědi, že se pacienti obávají špatného výsledku. Tuto možnost zvolilo 37 % respondentů.

Porovnáme – li výsledky mé bakalářské práce a výsledky dotazníkového šetření práce autorky, můžeme si všimnout podobností. Obě práce poukazují na fakt, že pacienti přicházející k vyšetření poprvé pociťují strach a úzkost ve vyšší intenzitě nežli respondenti, kteří vyšetření již absolvovali. Nejčastějším důvodem strachu u pacientů je v obou průzkumech strach ze špatného výsledku.

Pokud vyhodnotíme komparaci obou prací, dojdeme k závěru, že dostatečná informovanost, psychická podpora pacientů a případné předložení statistik pacientům by mohlo přispět k eliminaci či snížení pocitu strachu u všech, jež vyšetření ještě nepodstoupili.

6 ZÁVĚR

Bakalářská práce na téma, jež jsem si vybrala, je dle mého názoru zajímavá. Jelikož mne endoskopie velmi zaujaly, práce endoskopických sester velmi uznávám a objevování všemožných metod diagnostiky a léčby v této oblasti mi přišlo velmi vzrušující, neměla jsem s výběrem tématu problémy. Endoskopie má před sebou ještě dalekou cestu, nicméně už v dnešní době je naprosto neodmyslitelnou součástí diagnostiky a provádění výkonů v rozsahu, o kterém jsem neměla ani trochu povědomí. Po konverzaci s lékaři na oddělení endoskopií jsem také zvolila náplň empirické části práce a sice proč se pacienti tolik obávají vyšetření podstoupit a zdali mají pocit, že k vyšetření přichází pozdě. To je totiž, dle slov lékařů, hlavní problém, proč postupně stoupá nárůst objevu nových případů kolorektálního karcinomu v pozdním stádiu.

Díky dotazníkovému šetření jsem se dověděla informace o tom, jak se pacienti cítí před vyšetřením, během něj a po něm. Jaké je doprovází pocity a kolik z příchozích vnímá zvýšenou míru stresu, nervozity, úzkosti a strachu. Dověděla jsem se, co je příčinou strachu u pacientů a čím je jejich obava vyvolána. Pokud shrneme veškeré informace, které jsem během šetření zjistila a posbírala, dojdeme k závěru, že největší strach pociťují pacienti, kteří k vyšetření přichází prvně. A to je právě naše cílová skupina, na kterou by se měl zdravotnický personál zaměřit. Pokud bych mohla navrhnout nějaký výstup z mého průzkumu, tak by to byla lepší informovanost ze strany lékařů, kteří indikují endoskopické vyšetření pacientům. Zjistit od nich, zdali již endoskopické vyšetření absolvovali a pokud ne, věnovat jim více informací a uklidnit je ať už formou informačního letáku, či odkazem na internetovou stránku určenou pro nově příchozí na tento typ vyšetření. Leták nebo internetová stránka by obsahovala základní informace o průběhu vyšetření, jak medikace podávaná pacientům pomáhá od bolesti a uklidňuje psychiku a vložit zde příklady odpovědi pacientů, kteří si endoskopickým vyšetřením již prošli. Cílem předání těchto informací by bylo uklidnit pacienty a přesvědčit je, že se nejedná o vyšetření, které by nezvládli a že strach jim nesmí dovolit vyšetření nepodstoupit.

V dnešní době je kolorektální karcinom jedním z nejčastěji diagnostikovaných typů rakoviny u nás a postihuje čím dál mladší ročníky. Proto je třeba dbát na prevenci a podstoupit v 50 letech vyšetření na rakovinu tlustého střeva. Bohužel až dvě třetiny pacientů, kterým je vyšetření doporučeno, se ho nezúčastní. Důvodem je právě strach, ať už z bolesti, zotuzení, či z toho, že obdrží špatné výsledky. V rámci preventivní prohlídky u praktického lékaře je třeba, aby byla zdůrazněna nutnost podstoupení vyšetření v rámci screeningového vyšetření

na kolorektální karcinom, jelikož se jedná o velmi závažné onemocnění. Doporučovala bych tedy lékařům, aby apelovali na pacienty, že podceňovat endoskopické vyšetření může mít fatální následky v pozdějších letech a pokud se případné onemocnění nezachytí včas, léčba nemusí být již účinná.

6.1 Vyplyvající doporučení pro praxi

Pokud bych měla vyvodit praktický závěr z výsledků dotazníkového šetření mé bakalářské práce, a z potvrzených či vyvrácených hypotéz, navrhla bych následující řešení:

1. *Vytvoření informačního letáku pro pacienty, kteří přichází k vyšetření poprvé.* Tito pacienti jsou naše cílová skupina, protože právě oni vnímají strach v největší míře a tyto extrémní obavy mohou vést k tomu, že pacienti k vyšetření ani nepřijdou.
2. *Zdůraznění důležitosti vyšetření ze strany zdravotnického personálu.* Pojišťovny obesílají své klienty a zvou je na screeningové vyšetření kolorektálního karcinomu. Bohužel až dvě třetiny klientů vyšetření nepodstoupí. Bylo by vhodné vytvořit tabulky se statistikami, kolika pacientům přicházejícím k vyšetření byl diagnostikován kolorektální karcinom v pokročilém stádiu. Zdůraznit důležitost podstoupení vyšetření a zachycení případné nemoci v raném stádiu. Všechny tyto informace by bylo záhodno zpřístupnit a zviditelnit, aby si pacienti uvědomili, jak je toto vyšetření důležité pro jejich budoucí zdraví.
3. *Vyvrátit mylné domněnky lidí o endoskopickém vyšetření.* Je třeba pacientům zdůraznit, že se nejedná o bolestivé vyšetření, jak se většina pacientů domnívá. Bylo by dobré zveřejnit recenze pacientů, kteří vyšetření již postoupili a jaká byla jejich zkušenost. Zdali cítili bolesti během vyšetření, zdali jim pomohla podaná medikace, zda vnímali stud. Pokud by si pacient přečetl recenze jiných pacientů, mohlo by to výrazně přispět k psychické úlevě a podpořit odvalu dotyčného, aby vyšetření postoupil.

Stejně tak jako endoskopie jsou neodmyslitelnou součástí diagnostiky ve zdravotnictví, tak strach je nedílnou součástí života každého z nás. Strach pocítujeme všichni, ať už je to strach z předmětů či zvířat, nebo ze zdravotnických zařízení, lékařů či vyšetření. Nicméně svému strachu se můžeme postavit a musíme se mu postavit ve chvíli, kdy jde o naše zdraví. Nesmíme nechat strach, aby nás ovládl a vytvořil nám překážku pro absolvování vyšetření a úkonů, které jsou pro nás a naše zdraví klíčové.

7 POUŽITÁ LITERATURA

7.1 Knižní zdroje

ATKINSON, Rita L. *Psychologie*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-640-3.

DÍTĚ, Petr. *Základy digestivní endoskopie*. Praha: Grada, 1996. ISBN 80-7169-237-9.

DUŠEK, Karel a VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, Alena. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Psyché (Grada). Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-1620-6.

GARDNER, D. (2008). *The science of fear: why we fear the things we shouldn't-- and put ourselves in greater danger*. New York: Dutton. ISBN 0452295467.

HARTL, Pavel a HARTLOVÁ, Helena. *Psychologický slovník*. Třetí, aktualizované vydání. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0873-0.

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

JELÍNKOVÁ, Ilona. *Klinická propedeutika pro střední zdravotnické školy*. Sestra (Grada). Praha: Grada, 2014. ISBN isbn978-80-247-5093-4.

KELNAROVÁ, Jarmila et.al. *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-247-5330-0.

KLENER, Pavel. *Propedeutika ve vnitřním lékařství*. 3., přeprac. vyd. Praha: Galén, 2009. ISBN 978-80-7262-643-4.

LUKÁŠ, Karel a ŽÁK, Aleš. *Gastroenterologie a hepatologie: učebnice*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1787-6.

MASTERS, Robert Augustus. *Emocionální intimita: jak se spojit s mocí vašich emocí*. Přeložila Dina PODZIMKOVÁ. Praha: Maitrea, 2018. ISBN 978-80-7500-352-2.

MIKŠOVÁ, Zdeňka; FROŇKOVÁ, Marie; HERNOVÁ, Renáta a ZAJÍČKOVÁ, Marie. *Kapitoly z ošetrovatelské péče*. Aktualizované a doplněné vydání. Sestra (Grada). Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1443-4.

MORSCHITZKY, Hans a HARTL, Thomas. *Strach z nemocí: jak mu rozumět a jak ho překonat*. Přeložil Kateřina PREŠLOVÁ. Spektrum (Portál). Praha: Portál, 2020. ISBN 978-80-262-1649-0.

NAKONEČNÝ, Milan. *Emoce*. Praha: Triton, 2012. ISBN 978-80-7387-614-2.

NAKONEČNÝ, Milan. *Lexikon psychologie*. 2., podstatně rozš. vyd. Praha: Vodnář, 2013. ISBN 978-80-7439-056-2.

NAKONEČNÝ, Milan. *Psychologie osobnosti*. Vyd. 2., rozš. a přeprac. Praha: Academia, 2009. ISBN 978-80-200-1680-5.

OŠÓ. *Emoce: zbavte se zlosti, žárlivosti a strachu*. Praha: Beta, 2015. ISBN 978-80-7306-695-6.

OŠÓ. *O emocích*. Vydání druhé. Přeložil Petr NĚMČANSKÝ. Praha: Eugenika, 2011. ISBN 978-80-8100-225-0

OŠÓ. *O strachu: pochopení a přijetí životních nejistot*. Vydání druhé. Přeložila Jana ŽLÁBKOVÁ. Praha: Beta, 2018. ISBN 978-80-7593-014-9.

PRAŠKO, Ján. *Trpíte záchvaty panické úzkosti?: příručka pro osoby trpící panickou poruchou*. Praha: Lubomír Houdek, 2001. ISBN 80-86257-24-x.

WOLF, Doris. *Jak překonat strach, úzkost, paniku, fobie*. Přeložil Lucie PELÁKOVÁ. Praha: Grada, 2018. ISBN 978-80-271-0618-9.

ZAVORAL, Miroslav, Petr DÍTĚ, Julius ŠPIČÁK, Jan BUREŠ et al. *Nové trendy v digestivní endoskopické diagnostice a léčbě*. Praha: Grada, 2000. ISBN 80-7169-999-3.

7.2 Internetové zdroje

Cgs-cls.cz, © Copyright 2024. Česká gastroenterologická společnost – Česká lékařská společnost. Online. Dostupné z: <https://www.cgs-cls.cz/>. [cit. 2024-02-18].

ČECHRÁNKOVÁ, Jana, 2019. *Pozitivní emoce*. Online, In: terapeuteft.cz. 12. 3. 2019. Dostupné z: <https://www.terapeuteft.cz/blog/pozitivni-emoce/>. [cit. 2024-02-01].

FNHK, © Copyright 2024. Fakultní nemocnice Hradec Králové. Online. Dostupné z: <https://www.fnhk.cz/>. [cit. 2024-02-02].

GSKLUB, 2022. *Hormony štěstí aneb návod na šťastnější život*. Online, In: gsklub.cz. 15. 7. 2022. Dostupné z: <https://www.gsklub.cz/gs-magazin/hormony-stesti-aneb-navod-na-stastnejsi-zivot/>. [cit. 2024-02-13].

HÁJKOVÁ, Kateřina, 2022. Máte strach z doktorů? Je to iatrofobie. Ale můžete se jí zbavit. Online, In: flowee.cz. 16. 4. 2022. Dostupné z: <https://www.flowee.cz/clovek/9836-mate-strach-z-doktoru-je-to-iatrofobie-ale-muzete-se-ji-zbavit>. [cit. 2024-03-16]

HALUSKOVÁ, Veronika, 2023. *Co jsou to endorfiny. Hormon štěstí a jeho funkce v mozku*. Online, In: brainmarket.cz. Dostupné z: <https://www.brainmarket.cz/nase-novinky/co-jsou-to-endorfiny--hormon-stesti-a-jeho-funkce-v-mozku/>. [cit. 2024-02-14].

HESS, Ladislav, 2014. *Oxytocin – jak ho neznáme*. Online, In: remedia.cz. 15. 3. 2014. Dostupné z: <https://www.remedia.cz/rubriky/prehledy-nazory-diskuse/oxytocin-jak-ho-nezname-6213/>. [cit. 2024-02-14].

HRABOVSKÁ, Šárka, 2024. *Jak poznat panickou ataku, jak probíhá a jak ji ovládnout?* Online, In: terapie.cz. 7. 3. 2024 Dostupné z: https://www.terapie.cz/blog/jak-poznat-panickou-ataku-jak-probiha-a-jak-ji-ovladnout?gad_source=1&gclid=Cj0KCQjw2a6wBhCVARIsABPeH1urZt1RkQ33be-GuCKS13b8dDspqm1Ngbdreg6hlQYWy3OopjxNEXEaAurEEALw_wcB. [cit. 2024-02-14].

KONIECZNY, Tomáš, 2022. *Serotonin – co to je a proč je důležitý?* Online, In: herbalus.cz. 29. 9. 2022. Dostupné z: <https://www.herbalus.cz/blog/8489620-serotonin-co-to-je-a-proc-je-dulezity>. [cit. 2024-02-14].

NOVOTNÝ, Tomáš, 2023. *Dopamin: jakou funkci má v těle a proč je tak důležitý?* Online, In: aktin.cz. 3. 7. 2023. Dostupné z: <https://aktin.cz/dopamin-jakou-funkci-ma-v-tele-a-proc-je-tak-dulezity>. [cit. 2024-02-14].

SOBEK, Jiří, 2017. *Může být empatie nebezpečná?* Online. In: adpontes.cz. 12. 8. 2017. Dostupné z: <https://adpontes.cz/muze-byt-empatie-nebezpecna/>. [cit. 2024-02-01].

ÚZIS, © Copyright 2024. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Online. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/index.php>. [cit. 2024-02-20].

VEČEŘOVÁ, Petra, 2023. *Fobie není obyčejný strach – lze se jí zbavit?* Online, In: benu.cz. 1. 11. 2023. Dostupné z: <https://www.benu.cz/fobie-neni-obycejny-strach-lze-se-ji-zbavit>. [cit. 2024-03-16]

ZP MV ČR, © 2024. Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra České republiky. Online. Dostupné z: <https://www.zpmvcr.cz/>. [cit. 2024-02-20].

7.3 Ostatní

MELVALDOVÁ, Renata. *Význam endoskopických vyšetření GIT ve vybrané oblasti*. Pardubice, 2020. 84 s. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce PhDr. Kateřina Horáčková, DiS.

SADOVSKÁ, Klára. *Strach a úzkost versus poučený souhlas k vyšetření*. Pardubice, 2010. 83 s. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Martina Jedlinská.

8 PŘÍLOHY

Příloha A – Dotazník pro pacienty přicházejícím k endoskopickému vyšetření	80
Příloha B – Gastroskop	84
Příloha C – Dezinfektor na endoskopy	85
Příloha D – Skladovací skříň na endoskopy	86
Příloha E – Souhlas pacienta/pacientky se sonografickým vyšetřením.....	87

DOTAZNÍK

Dobrý den,

Jmenuji se Kateřina Truněčková a jsem studentkou bakalářského oboru Všeobecné ošetřovatelství Fakulty zdravotnických studií Univerzity Pardubice.

Dovoluji si Vás požádat o vyplnění tohoto dotazníku, jehož cílem je zjistit, proč se respondenti obávají endoskopických vyšetření a jak jim strach brání k podstoupení výkonu.

Dotazník je zcela anonymní a jeho výsledky poslouží ke zpracování bakalářské práce na téma Strach jako překážka při endoskopických vyšetřeních. Veškeré výsledky průzkumu budou k dispozici pouze mé osobě a nebudou poskytovány nikomu jinému.

Děkuji za Vaši ochotu.

Kateřina Truněčková

1. Jste ve Fakultní nemocnici Hradec Králové poprvé?
 - a. Ano
 - b. Ne

2. Po kolikáté přicházíte k endoskopickému vyšetření?
 - a. Poprvé
 - b. Podruhé
 - c. Potřetí
 - d. Vícekrát

3. K jakému vyšetření přicházíte?
 - a. Gastroskopie - vyšetření žaludku
 - b. Koloskopie - vyšetření tlustého střeva
 - c. Operační výkon (odstranění polypů, léčba krvácení, zavedení stentů)
 - d. Jiné:

4. K vyšetření přicházíte na základě:
 - a. Vlastního rozhodnutí
 - b. Na doporučení lékaře
 - c. Z důvodu výskytu onemocnění v rodině
 - d. V rámci preventivní prohlídky
 - e. Jiné:

5. Obáváte se vyšetření?
 - a. Ano
 - b. Ne
 - c. Nevím

6. Pokud jste odpověděl/a ANO, čeho se obáváte, (lze zvolit více odpovědí)?
 - a. Že to bude bolet
 - b. Stydím se
 - c. Špatného výsledku
 - d. Přístupu zdravotnického personálu k pacientovi
 - e. Nevím

7. Z jakého důvodu máte obavy?
 - a. Vlastní zkušenost
 - b. Zkušenost přátel či rodinných příslušníků
 - c. Reference lékařů či zdravotních sester
 - d. Četla jsem si o tom na internetu
 - e. Viděla jsem video na internetu
 - f. Jiné

8. Pokud jste vyšetření již absolvoval/a v dřívější době, jaká pro vás byla předchozí zkušenost?
 - a. Nevím, ještě jsem takové vyšetření nepodstoupil/a
 - b. Bylo to hrozné, nic horšího jsem nezažil/a
 - c. Nebylo to tak hrozné, ale už bych na to nešel/la
 - d. Bylo to v pořádku

9. Dopadlo vyšetření dle vašich představ?
 - a. Ano
 - b. Ne
 - c. Nevím

10. Pokud jste odpověděl/a NE, z jakého důvodu?
 - a. Vyšetření dopadlo lépe
 - b. Vyšetření dopadlo hůře
 - c. Jiné

11. Měl/a jste obavy k vyšetření vůbec přijít?
 - a. Ano
 - b. Ne
 - c. Nevím

12. Máte pocit, že k vyšetření přicházíte pozdě a může to mít vliv na výsledek vyšetření?
- Ano
 - Ne
 - Možná
 - Nevím
13. Pokud ANO, proč je tomu tak?
- Dlouho jsem to odkládal/a
 - Ignoroval/a jsem možný zdravotní problém
 - Bál/a jsem se, že obdržím špatné zprávy
 - Nedbal/a jsem rad lékařů
14. Pociťujete strach a úzkost před vyšetřením?
- Ano
 - Ne
 - Možná
 - Nevím
15. Jste pacient hospitalizovaný zde ve Fakultní nemocnici Hradec Králové?
(Pokud odpovíte NE, na otázky 17 - 20, prosím, neodpovídejte)
- Ano
 - Ne
16. Pociťoval/a jste stejně intenzivně strach během vyšetření?
- Ano
 - Ne
 - Možná
 - Nevím
17. Pomohla Vám podaná medikace během vyšetření k uvolnění a uklidnění?
- Ano
 - Ne
 - Nevím
18. Cítil/a jste psychickou úlevu po vyšetření?
- Ano, dopadlo to dobře
 - Ne, dopadlo to hůře než jsem očekával/a
 - Nevím, strach jsem neměl/a ani před vyšetřením
 - Mám po vyšetření smíšené pocity
19. Čeká Vás v nejbližší době další endoskopické vyšetření?
- Ano
 - Ne
 - Nevím

20. Na škále od 1 do 5 budete hodnotit intenzitu pocitů při vyšetření v daných situacích. Hodnotit budete následovně: 1 - vůbec, 5 - velmi.

a. Měl/a jste při vyšetření bolesti?

1 - vůbec	2	3	4	5 - velmi
-----------	---	---	---	-----------

b. Pociťoval/a jste strach před vyšetřením?

1 - vůbec	2	3	4	5 - velmi
-----------	---	---	---	-----------

c. Měl/a jste strach během vyšetření?

1 - vůbec	2	3	4	5 - velmi
-----------	---	---	---	-----------

d. Pociťoval/a jste stud během vyšetření?

1 - vůbec	2	3	4	5 - velmi
-----------	---	---	---	-----------

e. Byl k Vám personál milý a přívětivý?

1 - vůbec	2	3	4	5 - velmi
-----------	---	---	---	-----------

f. Byla medikace podaná během vyšetření dostačující?

1 - vůbec	2	3	4	5 - velmi
-----------	---	---	---	-----------

g. Proběhlo vyšetření dle Vašich představ?

1 - vůbec	2	3	4	5 - velmi
-----------	---	---	---	-----------

21. Jaké je Vaše pohlaví?

- a. Žena
- b. Muž

22. Kolik je Vám let?

- a. 15 - 25
- b. 26 - 35
- c. 36 - 45
- d. 46 - 55
- e. 56 a více let

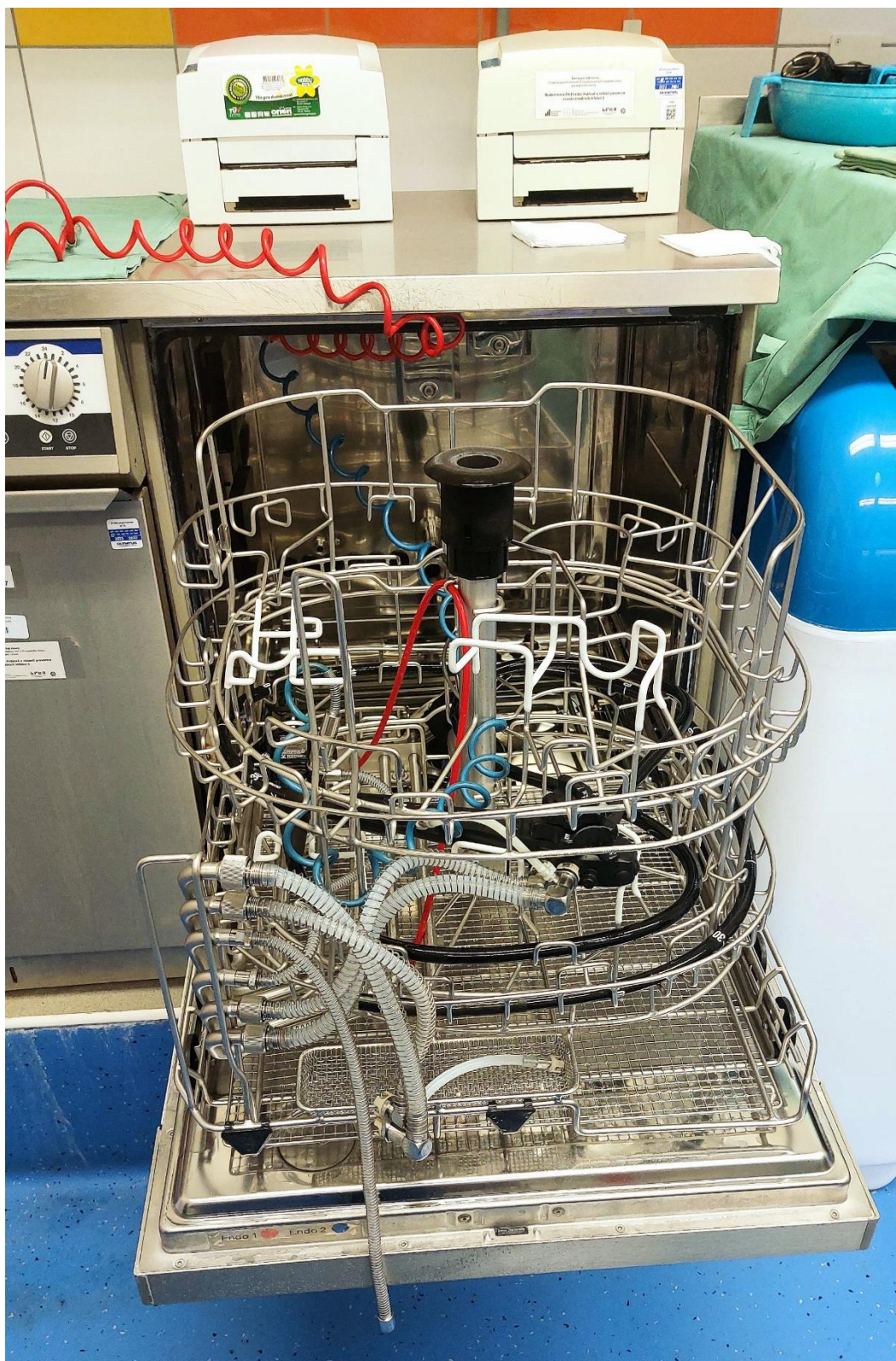
Zdroj: Vlastní

Příloha B – Gastroskop



Zdroj: Vlastní

Příloha C – Dezinfektor na endoskopy



Zdroj: Vlastní

Příloha D – Skladovací skříň na endoskopy



Zdroj: Vlastní



Fakultní nemocnice Hradec Králové
Sokolská 581, 500 05 Hradec Králové, www.fnhk.cz, 495 831 111



II. interní gastroenterologická klinika
pracoviště digestivní endoskopie (1. patro, budova č.10, www.kevl.cz)
telefon: 49583 2708 (recepce, objednávání) 49583 3437 (zotavovací místnost) v pracovní dny
od 7:00 do 15:30 hodin nebo 722 665 353 (lékař, nepřetržitě)

Souhlas pacienta/pacientky – zákonného zástupce s výkonem Endoskopická ultrasonografie

Pacient/pacientka Rodné číslo:
jméno příjmení titul

Důvod výkonu

Důvodem k endoskopické ultrasonografii je potřeba detailního ultrazvukového zobrazení chorobně postiženého orgánu nebo jeho části (jícnu, žaludku, dvanáctníku, žlučových cest, slinivky břišní, konečnicku, uzlin v dutině břišní či v mezihrudí apod.). V některých případech je možno pod ultrazvukovou kontrolou provést cílený odběr tkáně k dalším vyšetřením (biopsie) nebo léčebný zákrok (zprůchodnění nebo drenáž zavedením plastového, kovového či biodegradabilního stentu, místní aplikace léku).

Podstata, účel a povaha zdravotního výkonu

Na konci ohebného endoskopu je ultrazvuková sonda. Ultrazvukové vlnění o vysoké frekvenci zajišťuje vysoké rozlišení (tj. detailní zobrazení), avšak pouze na krátkou vzdálenost. Proto je třeba konec endoskopu s ultrazvukovou sondou zavést do bezprostřední blízkosti vyšetřovaného orgánu. V některých případech je třeba ultrasonografickou endoskopii kombinovat s rentgenovým vyšetřením (skiaskopická kontrola polohy endoskopu).

Typ navrhovaného vyšetření / léčby

Endoskopická ultrasonografie je především metoda vyšetřovací (diagnostická). Podle povahy onemocnění může navazovat bezprostřední nebo odložený plánovaný zákrok léčebný.

Výhody a rizika pro pacienta

Výhodou endoskopické ultrasonografie je možnost detailního ultrazvukového zobrazení chorobně postiženého orgánu nebo jeho části, v případě potřeby možnost odebrání vzorků tkáně k dalším vyšetřením (biopsie) a event. léčebného zákroku. Diagnostická endoskopická ultrasonografie je vzácně spojena s rizikem komplikací (porušení stěny trávicího ústrojí). Invazivní zákrok může být vzácně komplikován časným nebo pozdním krvácením a infekcí. Biopsie (odběr vzorku) z břišní slinivky může být vzácně komplikován akutním zánětem slinivky (akutní pankreatitida).

Riziko krvácivé komplikace zvyšují některé léky (Warfarin, Lawarin, Pradaxa, Plavix, Iscover, Ticlid, Prasugrel, Heparin, Anopyrin, Aspirin, Godasal a některé další). Proto prosím proberte s odesílajícím i vyšetřujícím lékařem všechny léky, které aktuálně užíváte. Některé léky zvyšující riziko krvácení je třeba před vyšetřením přechodně vysadit, nebo provést kontrolu jejich účinnosti. Před vyšetřením je třeba nahlásit, pokud má pacient zaveden kardiostimulátor nebo kardioverter.

Pravděpodobnost úspěchu navrhovaného postupu (prognóza)

Pravděpodobnost úspěchu endoskopické ultrasonografie (tj. diagnostický přínos a/nebo léčebný zákrok) je vysoká (více než 90 %), prognóza je velmi dobrá (výskyt závažných komplikací je vzácný). Ve zvláštních případech (např. u pacientů s umělou srdeční chlopní nebo před invazivním zákrokem) je třeba z bezpečnostních důvodů podat preventivně antibiotika.

verze říjen 2014

Alternativy zdravotního výkonu

Alternativními vyšetřeními jsou ve většině případů CT (výpočetní tomografie) a/nebo MRI (magnetická rezonance).

Možná omezení v obvyklém způsobu života, v pracovní schopnosti nebo zdravotní způsobilosti

Pokud jsou nitrožilně podány před nebo v průběhu vyšetření uklidňující léky (sedace, analgosedace), musíte dodržovat omezení zmíněná v souhlasu s podáním sedace: do rána následujícího dne (nejlépe na dobu 24 hodin) nesmíte pečovat o děti nebo jiné osoby vyžadující pomoc, chodit do zaměstnání, konzumovat alkoholické nápoje, jezdit sám hromadnou dopravou, řídit dopravní prostředek včetně kola, ovládat stroje nebo provádět jakékoli činnosti, u kterých je vyžadována zvýšená pozornost, používat ostré předměty, odjíždět na delší cesty, zůstat přes noc sám bez dohledu dospělého doprovodu, činit významná, zejména právně závazná rozhodnutí a podepisovat právní dokumenty. Po podání sedace byste měl/a nejméně do rána následujícího dne zůstat doma, odpočívat, jíst pouze malé porce lehkých jídel.

Údaje o léčebném režimu a preventivních opatřeních

Ve vybraných případech si může endoskopická ultrasonografie vyžádat změny léčebného režimu a preventivních opatření (několikadenní hospitalizace a další). Případné komplikace endoskopické ultrasonografie jsou zpravidla řešeny nechirurgicky (léky, infúze), ale mohou si vyžádat i chirurgickou (operační) léčbu.

V případě podezření na komplikaci provedené endoskopické ultrasonografie kontaktujte lékaře II. interní gastroenterologické kliniky Fakultní nemocnice (mobilní telefon 722 665 353 nepřetržitě) nebo Oddělení urgentní medicíny Fakultní nemocnice (telefon 495 834 120 nebo 495 834 107 nepřetržitě).

Jsem si vědom/a, že Fakultní nemocnice Hradec Králové je výukovým pracovištěm lékařské fakulty, farmaceutické fakulty a zdravotnických škol. Z tohoto důvodu **DÁVÁM / NEDÁVÁM /x/ souhlas s tím, aby tyto osoby, které získávají způsobilost k výkonu zdravotnického povolání, nahlížely do mé zdravotnické dokumentace či se účastnily vyšetření, a to pouze v nezbytném rozsahu a na základě pověření stanoveným zdravotnickým pracovníkem.**

Byl/a jsem srozumitelně seznámen/a s mým zdravotním stavem a s jeho možným vývojem. Byl/a jsem poučen/a o možnostech vyšetření a léčby. Byly mi zodpovězeny všechny mé otázky, a to srozumitelně, včetně všech rizik či komplikací. Prohlašuji, že jsem shora uvedenému poučení a informacím plně porozuměl a výslovně souhlasím s navrhovanou zdravotní péčí a s provedením konkrétně uvedených zdravotních výkonů.

Prohlašuji, že v případě výskytu neočekávaných komplikací vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně života nebo zdraví souhlasím, aby byly provedeny veškeré další potřebné a neodkladné výkony nutné k záchraně života nebo zdraví.

Prohlašuji, že jsem lékařům nezamlčel/a žádné údaje o svém zdravotním stavu, mně známé, které by mohly nepříznivě ovlivnit moji léčbu nebo ohrozit mé okolí, zejména rozšířením přenosné choroby.

Dne v hod.

.....
podpis pacienta / pacientky

Hradec Králové, dne v hod.

.....
jmenovka a podpis lékaře / lékařky

/x/ vyplní zdravotnický zaměstnanec, nehodící se škrtně

verze říjen 2014