



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Sciences

Jihočeská univerzita  
v Českých Budějovicích  
University of South Bohemia  
in České Budějovice

## Komunikace sestry u pacienta podstupujícího kolonoskopii

# BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program:  
OŠETŘOVATELSTVÍ

**Autor:** Jana Němečková

**Vedoucí práce:** Mgr. Jiří Kaas, Ph.D.

České Budějovice 2018

### **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „*Komunikace sestry u pacienta podstupujícího kolonoskopii*“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby bakalářské práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 2. 5. 2018

.....

Jana Němečková

## **Poděkování**

Ráda bych toto poděkování věnovala svému vedoucímu práce Mgr. Jiřímu Kaasovi, Ph.D., za odborné vedení mé bakalářské práce, připomínky, cenné rady i podporu a čas, který mi věnoval.

Dále mé poděkování patří všem informantům, kteří mi věnovali svůj čas a podělili se otevřeně o své názory a pocity.

# Komunikace sestry u pacienta podstupujícího kolonoskopii

## Abstrakt

Hlavním cílem této práce bylo zmapovat problematiku komunikace sestry z pohledu pacienta podstupujícího kolonoskopii. Na základě tohoto cíle byly stanoveny tři výzkumné otázky, které měly následující znění: Jakou komunikaci očekávají pacienti před kolonoskopií?; Jak pacienti, kteří podstoupili kolonoskopii, hodnotí komunikaci sestry?; Jaké pocity prožívají pacienti v souvislosti s kolonoskopií?

Pro zpracování empirické části této práce byla zvolena metodika kvalitativního výzkumného šetření, které bylo uskutečněno technikou polostrukturovaného rozhovoru s pacienty, kteří podstoupili kolonoskopii. Výzkumný soubor se skládal z devíti pacientů, kteří zmíněné vyšetření podstoupili buď ambulantně, nebo při hospitalizaci na lůžkové části oddělení. Vlastní rozhovor byl veden na základě osmnácti předem připravených otázek, které byly v některých případech obohaceny o doplňující otázky, vhodně rozvíjející zkoumanou problematiku. Všechny rozhovory byly zaznamenány pomocí audio záznamu, očištěny od vycpávkových slov a přepsány. Následně byly zpracovány metodou otevřeného kódování technikou „tužka papír“.

Získané výsledky jsou prezentovány v podobě kategorií a podkategorií. První kategorie je zaměřena na očekávání pacienta a je členěna na tři podkategorie, v nichž jsou zaznamenána očekávání informantů vzhledem k informacím, komunikaci i přístupu zdravotnického personálu. Druhá kategorie se věnuje informacím spojeným s kolonoskopií. Ve třetí kategorii jsou zaznamenány pocity prožívané v souvislosti s kolonoskopií a tato kategorie je dále členěna do čtyř podkategorií. Poslední, tedy čtvrtou kategorií, je komunikace sestry z pohledu pacienta, která obsahuje dvě podkategorie. Výsledky výzkumného šetření odhalily odlišnosti v očekávání pacientů ve vztahu ke komunikaci sestry. Dále byly odhaleny pocity, jež informanti vnímali před, v průběhu a po absolvování tohoto vyšetření. Dle získaných informací pocitovali informanti nejčastěji strach z bolesti a průběhu vyšetření. S komunikací sester byly ve větší míře spokojeni.

Tato bakalářská práce poskytuje náhled na problematiku komunikace sestry u pacienta podstupujícího kolonoskopii, její nedostatky, ale také kladné stránky. Na celou problematiku je zde nahlíženo ze subjektivního pohledu pacientů a jejich potřeb, díky čemuž mohou být výsledky práce užitečné jak zdravotníkům, tak laikům.

### **Klíčová slova**

kolonoskopie; pacient; sestra; komunikace; přístup sestry; očekávání pacienta

# **Communication of nurse with patient in connection with colonoscopy**

## **Abstract**

The main aim of this work was to map the issue of nurse communication with a patient undergoing colonoscopy. Based on this goal, three research questions were set out, which had the following wording: What communication do patients expect before the colonoscopy?; How do patients undergoing colonoscopy evaluate nurse communication?; What feelings do patients experience in colonoscopy?

In order to elaborate the empirical part of this thesis, the qualitative research methodology was chosen, which was realized by the technique of semi-structured interview with the patients who underwent colonoscopy. The research group consisted of nine patients who underwent either an outpatient examination or hospitalization in the wards. The interviews were conducted on the basis of 18 pre-specified questions. Some of them were enhanced with supplementary questions, appropriately developing the considered issue. All interviews were recorded using audio recording, cleaned from padding words and transcribed. Subsequently, they were processed by open coding method using the "pencil and paper" technique.

The results are presented in the form of categories and subcategories. The first category is focused on patient expectations and is divided into three subcategories in which the informants' expectations regarding the information, communication and medical staff attitude are recorded. The second category focuses on information related to colonoscopy. In the third category, feelings experienced in connection with colonoscopy are recorded, and this category is further subdivided into four subcategories. The last, fourth category, is nurse communication from a patient perspective, which includes two subcategories. The results of the research revealed differences between patient expectations and nurse communication. Further, the feelings perceived by the informants before, during and after the examination were revealed. According to the information obtained, the informants were most often afraid of the pain and the course of the examination. They were rather satisfied with the nurses' communication.

This bachelor thesis provides an insight into the issue of nurse communication with a patient undergoing colonoscopy, its shortcomings, but also positive aspects. The whole issue is observed from the patients' subjective point of view and their needs, which makes the results of the work useful to both healthcare professionals and lay people.

**Key words**

colonoscopy; patient; nurse; communication; nurse attitude; patient expectations

## Obsah

Úvod.....	9
1 Současný stav.....	10
1.1 Anatomie tlustého střeva.....	10
1.2 Kolonoskopie .....	11
1.2.1 Vývoj endoskopie trávicího traktu.....	12
1.2.2 Indikace, kontraindikace a komplikace kolonoskopie.....	13
1.2.3 Příprava pacienta na kolonoskopii.....	15
1.2.4 Úloha sestry při kolonoskopii.....	17
1.2.5 Péče o pacienta po kolonoskopii.....	19
1.3 Komunikace sestry v ošetrovatelské praxi.....	20
1.4 Komunikace sestry v souvislosti s kolonoskopií .....	21
1.4.1 Komunikace s cílem snížit strach pacienta .....	21
1.4.2 Edukace pacienta v souvislosti s kolonoskopií.....	23
1.4.3 Intimita v souvislosti s kolonoskopií .....	24
1.4.4 Komunikace s pacientem prožívajícím bolest .....	25
1.4.5 Negativní výsledek kolonoskopie.....	26
2 Cíle a výzkumné otázky.....	28
2.1 Cíl práce .....	28
2.2 Výzkumné otázky.....	28
3 Metodika .....	29
3.1 Použité metody.....	29
3.2 Charakteristika výzkumného souboru.....	30
4 Výsledky výzkumného šetření.....	31
4.1 Struktura výzkumného souboru .....	31
4.2 Kategorizace získaných dat.....	31
5 Diskuze .....	46
6 Závěr .....	53
7 Seznam použitých zdrojů.....	54
8 Seznam příloh .....	61



## Úvod

Kolonoskopie je vyšetření, které je využíváno v diagnostice i léčbě onemocnění tlustého střeva. V současné době je také součástí screeningového programu zaměřeného na prevenci kolorektálního karcinomu. Z pohledu pacienta se však jedná o nepříjemné vyšetření, které je často provázeno strachem a nejistotou. Obavy mají pacienti především z bolesti, průběhu vyšetření a jeho výsledků. Tyto pocity mají různé příčiny, avšak pacientovo chování a komunikace jsou často jejich odrazem. Během přípravy na vyšetření, v jeho průběhu i po něm je sestra s pacientem v častém kontaktu, a proto je to právě ona, kdo může jako první poznat změny v jeho chování. Pokud na tyto změny aktivně zareaguje a nabídne pacientovi prostor pro vyjádření jeho pocitů, může se jednat o první krok ke zmírnění jeho strachu a změně očekávání. Podle pacientů, kteří již toto vyšetření podstoupili, je totiž nejhorší strach, pití pročišťovacího roztoku a čekání. Je pochopitelné, že každý z nás prožívá rozdílné pocity před neznámou událostí. Všichni jsme přece jedineční, ale tak je to správně. Člověk by se neměl stydět za to, že má strach, nebo se bát mluvit o tom, jak se cítí. Pro každého pacienta by tu měla být sestra, která ho pochopí a ví, jak mu pomoci.

Komunikační dovednosti sestry jsou důležitou součástí zdravotnické praxe. Vzhledem k neustále se zvyšujícímu počtu nově diagnostikovaných onkologických pacientů je potřeba dbát na screeningové programy a poskytnout pacientům podporu i dostatečné množství informací o kolonoskopii.

Účelem této práce je poukázat na případné chyby v komunikaci sester. Domnívám se, že z chyb ostatních se můžeme všichni poučit. Téma týkající se komunikace sestry s pacientem jsem si vybrala z několika důvodů. Prvním je, že komunikace je dle mého názoru neodmyslitelnou složkou každodenní sesterské praxe a nabízí možnost realizovat se a být druhému oporou. Dále jsem chtěla poukázat na důležitost pacientových pocitů, které s komunikací i kolonoskopií úzce souvisí. Mysleme prosím na to, že pacienti v nás vidí profesionály se srdcem na dlani a nezklamme je.

# 1 Současný stav

## 1.1 Anatomie tlustého střeva

Anatomie a fyziologie je předpokladem pro porozumění problematice kolonoskopie. Proto v této kapitole budou stručně popsány jednotlivé části tlustého střeva a jeho funkce i stavba.

Jednou z posledních částí gastrointestinálního traktu je tlusté střevo (intestinum crassum, colon). Typický tvar tlustého střeva je tvořen haustry (výdutěmi), které jsou důkazem haustrace, tedy funkčnosti příčné i podélné svaloviny střeva. Je charakteristické větším průsvitem a naředlou barvou. Jeho funkcí je vstřebávání živin, jako jsou elektrolyty a voda (Čihák, 2013). Mourek (2012) uvádí, že dochází až k 90 % vstřebávání a v případě vody a elektrolytů se jedná o aktivní resorpci. Díky tomu dochází při vyprazdňování análním otvorem k odchodu formované stolice (Čihák, 2013). Kittnar (2011) řadí do funkcí také skladování střevního obsahu, produkci vitamínu K a tvorbu i vylučování formované stolice. Posun obsahu střeva směrem k rektu je způsobován pohyby tlustého střeva, které jsou stimulovány několika podněty. Rychlost posunu závisí na kvalitě a složení stravy člověka (Mourek, 2012). Dalším procesem, který se zde odehrává, je rozklad střevního obsahu, na němž se podílí procesy hnilobné a kvasné (Čihák, 2013).

Čihák (2013) popisuje *intestinum crassum* jako úsek dlouhý 1,3- 1,7 m a široký od 4 cm do asi 7,5 cm. Má dva základní úseky, slepé střevo a colon, který se dále dělí na jednotlivé části (Bartůněk et al., 2016). Přechod mezi tenkým a tlustým střevem se nachází v pravé jámě kyčelní a je tvořen ileocekální chlopní, na kterou navazuje *intestinum caecum* (slepé střevo) o délce 10 cm. Z caeca v jeho počátečním úseku vyúsťuje červovitý výběžek (*appendix vermiformis*) a shromažďuje ve svém podslizničním vaku lymfatickou tkáň, která je často postižena zánětem. Plynule na slepé střevo navazuje vzestupný tračník (*colon ascendens*) o délce 16-20 cm. Je fyziologicky uložen po pravé straně dutiny břišní, pod játry. Svým ohbím (*flexura coli dextra*) přechází do příčného tračníku (*colon transversum*). Pro pohyblivost je tlusté střevo zavěšeno na peritoneální duplikatuře (*mesocolon transversum*). Sestupný tračník (*colon descendens*) dosahující až do levé jámy kyčelní přechází v esovitý tračník (*colon sigmoideum*). Esovitá klička prochází fyziologicky přes velký bederní sval, levý močovod a kyčelní cévy uložené vlevo (Naňka a Elišková, 2009). Jedná se o nejužší

úsek tlustého střeva (Bartůněk et al., 2016). Konečník (rectum) je poslední částí tlustého střeva. Tento úsek má svou horní a dolní část. Dolní úsek (canalis analis), který je poslední částí střeva, dále vyústí v zevní řitní otvor (anus) (Naňka a Elišková, 2009).

Stěna tlustého střeva je bez klků. Aby však nebyla poškozena látkami vzniklými při hnilobných procesech a kvašení, je opatřena hlenovými žlázkami, které tvoří hlen bránící narušení celistvosti stěny (Dylevský, 2007). Stěna se skládá ze čtyř vrstev charakteristických pro trávicí trubici. Vnitřní vrstvu tvoří sliznice bez klků, která je pokryta jednovrstevným cylindrickým epitelem (Čihák, 2013). Ve sliznici se nachází drobné mízní uzlíky a místy tvoří pláty mízní tkáně. Hlen je produkován pohárkovými buňkami, které se nachází mezi buňkami epitelu (Dylevský, 2009). Název další vrstvy stěny střeva sám napovídá o jejím uložení, jedná se o podslizniční vazivo obsahující mízní uzlíky (Dylevský, 2009). Také se v něm nachází cévní a nervová pleteň (Čihák, 2013). Na podslizniční vazivo navazuje slabá svalová vrstva. V místech tenké svalové vrstvy vznikají haustra (Dylevský, 2009). Povrchová vrstva se nazývá serosa a tvoří povlak podobný povlaku tenkého střeva (Čihák, 2013).

## **1.2 Kolonoskopie**

Chování pacienta často odráží jeho emoce, které prožívá v souvislosti s výkonem, na který se připravuje. Aby sestra byla kvalifikovanou součástí zdravotnického týmu při péči o pacienta, poskytovala vhodné intervence a pochopila pacientovy reakce, měla by znát podstatu vyšetření a okolnosti s ním spojené. Právě proto bude následující kapitola věnována kolonoskopii, indikacím či kontraindikacím k tomuto vyšetření a roli kolonoskopie ve screeningu karcinomu tlustého střeva. Pro souhrnnost textu bude nastíněn také vývoj endoskopií.

Obecně je kolonoskopie vnímána pacienty jako nepříjemné vyšetření. Tento pocit vnímají během celého procesu kolonoskopie. Strach z diagnózy kolorektálního karcinomu, bolestivost vyšetření nebo například plynatost několik hodin po vyšetření, to jsou hlavní příčiny dyskomfortu pacientů (Falt, 2015b).

Kolonoskopie i koloskopie jsou označením pro jedno a to samé vyšetření, kterému se bude tato kapitola dále věnovat. Beran (2015) uvádí jako správný název koloskopii. Tento termín je upřednostňován, protože pokud spojíme slova „colon“ a „skopein“, vznikne koloskopie. Moderní slovníky však i přes tento fakt uvádí kolonoskopii

a koloskopii jako synonyma (Beran, 2015). Jak sám název této práce napovídá, bude zde využíván termín kolonoskopie. Podle Holubové a Pěchoučkové (2013) je kolonoskopie endoskopické vyšetření konečnicku, tlustého střeva a distální části ilea transanálním přístupem. Dále popisují rozdíl mezi totální a parciální kolonoskopií. Pokud je prozkoumáno caecum, jedná se o totální kolonoskopii. Naopak pokud caecum není vyšetřeno, jde o kolonoskopii parciální (Holubová a Pěchoučková, 2013). Toto vyšetření má význam diagnostický, preventivní i terapeutický (Lipská et al., 2009). Dnes je velmi často prováděna tzv. preventivní kolonoskopie, jež je využívána především pro screening kolorektálního karcinomu u osob starších 55 let, nebo po nálezů krve ve stolici při testu na okultní krvácení (Vojtěchová et al., 2015). Toto vyšetření je prováděno v endoskopických vyšetřovnách, kde se nachází například přístrojové vybavení pro endoskopie (Holubová a Pěchoučková, 2013), zdroj kyslíku, prostor pro zpracování a popis vzorků či odsávací zařízení (Fojtík, 2015). Příjemné prostředí, ve kterém je endoskopie prováděna, zmírňuje negativní pocity vyšetřovaného pacienta. Prostor nevytváří pouze vyšetřovna, ale také vystupování lékaře a sestry (Fojtík, 2015).

### ***1.2.1 Vývoj endoskopie trávicího traktu***

Kolonoskopie patří do skupiny takzvaných endoskopických zobrazovacích vyšetření. Jako autora termínu endoskopie uvádí Lukáš et al. (2005) francouzského urologa Jeana Desmoreauxe. Vývoj této skupiny vyšetření lze rozdělit do tří základních skupin. Období bezendoskopické, rigidní a flexibilní (Špičák et al., 2015).

Rigidní období bylo typické pro neohebné endoskopy, jenž byly zaváděny zprvu do dutých orgánů, které svým anatomickým uzpůsobením byly snadno přístupné. Vhodný proto byl například žaludek a jícen. Klíčovými problémy byl zdroj světla a materiál, ze kterého byly endoskopy vyrobeny. Zdrojem světla u prvních endoskopů byl například plamen svíčky, olejové lampy nebo žhavý drát. Jak již bylo zmíněno, první endoskop byl rigidní, a právě proto bylo vyšetření tímto přístrojem nepříjemné pro pacienta a obtížné pro lékaře (Dítě, 2015).

Semiflexibilní období získalo svůj název pro zlepšení ohebnosti endoskopů. První polohebný ezofagoskop, který se na svém konci dokázal ohnout, byl vytvořen v roce 1897 (Špičák et al., 2015). Plynuje pak navazovalo období flexibilních endoskopů, v nichž se pro zobrazování začala využívat optická vlákna (Špičák et al., 2015).

Například v roce 1957 předvedl americký lékař Hirschowitz první gastroskop (Falt et al., 2015), který nejdříve vyzkoušel na sobě a o několik dní později s ním vyšetřil první pacientku, mladou ženu s duodenálním vředem (Špičák et al., 2015). Tento gastroskop nazval Hirschowitz fibroskopem (Lukáš et al., 2005). Od té doby se endoskopy neustále vyvíjí. V posledních letech využití endoskopů s optickými vlákny klesá, naopak se velmi často používají videoendoskopy, které lékaři umožní zobrazení vyšetřovaného orgánu na velké obrazovce (Lukáš a Žák, 2007).

Pokud se zaměříme na kolonoskopii, zjistíme, že pro ni byl důležitý rok 1965, kdy byla provedena první totální kolonoskopie (Dítě, 2015). Od tohoto roku uplynulo již mnoho let a v endoskopickém vyšetřování se udál velký pokrok. Špičák et al. (2015) označují využití kolonoskopie v těchto letech za zlatý standard pro zobrazení tlustého střeva a distální části ilea. Jak již bylo zmíněno, toto vyšetření zaujímá také neopomenutelné místo v oblasti screeningu a diagnostiky kolorektálního karcinomu (Špičák et al., 2015). Flexibilní kolonoskopy, které jsou dnes používány, obsahují světlovodná vlákna i oplachovací a pracovní kanály. Na kolonoskop je napojena endoskopická věž, která obsahuje zdroj světla, jednotku pro zpracování obrazu, monitor a odsávačku či polypektomickou jednotku (Bartůněk et al., 2016). Tyto kanály umožňují lékaři rozšířené možnosti intervencí při vyšetření. Je tak možné odebrat vzorek tkáně na histologické vyšetření, zavádět stenty a provádět incize i sutury (Černoch et al., 2012). Nejnovější metodou pro vyšetření tlustého střeva je kapslová kolonoskopie, při které je využívána speciální endoskopická kapsle. Tuto kapsli pacient spolkne a snímky se vytváří během průchodu vyšetřovaným orgánem (Janíková a Zeleníková, 2013).

### ***1.2.2 Indikace, kontraindikace a komplikace kolonoskopie***

Jak již bylo nastíněno výše, ke kolonoskopii může být přistupováno plánovaně, nebo je vyšetřením první volby při akutních stavech. Nejen v těchto situacích sestra využije své komunikační dovednosti.

Kolorektální karcinom je v současné době čtvrtou nejčastější příčinou úmrtí pacientů s onkologickým onemocněním na světě. Rozdílný výskyt tohoto onemocnění ve světě je dán celou řadou faktorů, mezi které je řazena i dostupnost organizovaných screeningových programů. Tyto programy prošly společně s diagnostikou kolorektálního karcinomu letitým vývojem (Čavlina a Rustemovič, 2017) v České republice, ale také v celé Evropě (Špičák et al., 2017). Celorepublikový

programu screeningu kolorektálního karcinomu u bezpříznakových pacientů funguje v České republice již od roku 2000. Lidé nad 50 let mohou získat guajakový test na skryté krvácení ve stolici a v případě jeho pozitivity následuje kolonoskopie. O 9 let později byla do programu zařazena i screeningová kolonoskopie a imunochemické testy na skryté krvácení ve stolici. Díky tomu mají občané ve věkovém rozmezí 50-54 let možnost získat test na okultní krvácení každý rok. Kolonoskopie je tedy využívána v sekundární prevenci. Zahrnuje jak depistáž, tak dispenzarizaci (Vojtěchová et al., 2015). Dispenzární kolonoskopie je cílená na pacienty s velkým rizikem kolorektálního karcinomu. Mezi ně patří osoby, u nichž se v rodině kolorektální karcinom již vyskytl, osoby po polypektomii adenomů i jedinci s kolorektálním karcinomem v osobní anamnéze (Suchánek et al., 2015).

Pokud je tedy kolonoskopie indikována za účelem prevence, jedná se o kolonoskopii preventivní, kterou Vojtěchová et al. (2015) popisují jako synonymum pro screeningové vyšetření tlustého střeva. Někteří pacienti před kolonoskopií udávají výskyt specifických obav. Mají strach především z průběhu vyšetření, diagnostiky kolorektálního karcinomu, bolesti při kolonoskopii a z přípravy k vyšetření (Miller et al., 2015).

Indikací ke kolonoskopii jsou také dlouhodobé, nejasné a přetrvávající příznaky, jakými jsou například dyspeptické potíže. Často je využívána i pro diagnostiku a sledování nespecifických střevních zánětů a při familiárních onemocněních. Pokud je lékařem indikována kolonoskopie u pacienta v akutním stavu, jako je například masivní krvácení z dolní části zažívacího traktu, jde o urgentní kolonoskopii (Holubová a Pěchoučková, 2013). Její výhodou je lokalizace místa krvácení (Kliment, 2015). V takto akutních případech je možné přizpůsobit přípravu střeva dle aktuálního stavu pacienta a ordinace lékaře. Samozřejmostí pro sestru je u podobných stavů zajistit kvalitní žilní vstup (Holubová a Pěchoučková, 2013). Pokud je během vyšetření proveden terapeutický výkon (polypektomie, hemostáza, biopsie vzorku sliznice), jedná se o terapeutické vyšetření (Kliment, 2015). Mezi další časté indikace kolonoskopie patří také změny rytmu vyprazdňování, úbytek tělesné hmotnosti, anémie a změny charakteru stolice (Novotný, 2016). Jirásek (2007) souhrnně udává za indikace všechna onemocnění tlustého střeva.

I přesto, že je diagnostická kolonoskopie vnímána jako bezpečné vyšetření, existují kontraindikace, relativní či absolutní, jež poukazují na riziko komplikací (Falt, 2015c). Holubová a Pěchoučková (2013) uvádí jako kontraindikaci kardiopulmonální nestabilitu a závažné onemocnění v nedávné anamnéze, septický stav, velký ascites či třetí trimestr těhotenství. Také peritoneální dialýza a náhlá příhoda břišní jsou kontraindikacemi (Lipská, 2009). Za absolutní kontraindikaci je považováno toxické megakolon, pacient, který nespolupracuje i přes podané léky se sedativním účinkem, volná perforace zažívacího traktu a nesouhlas svéprávného pacienta, nebo jeho zákonného zástupce (Falt, 2015a). Na odmítnutí výkonu má pacient právo. Lékař i sestra musí toto rozhodnutí respektovat a poučenému pacientovi, který dospěl k tomuto rozhodnutí, je předložen negativní revers, který pacient podepíše (Vondráček a Wirthová, 2009). Mezi relativní kontraindikace řadí Falt (2015a) extrémní splenomegálii, hemodynamickou nestabilitu pacienta, vyšetření prováděné do 30 dní od akutního infarktu myokardu, akutní divertikulitidu, infekční enterokolitidu a další.

Bohužel i přes vyspělou techniku endoskopických vyšetření se mohou během kolonoskopie vyskytnout komplikace. Mezi nejznámější patří perforace, bakteriemie a komplikace v návaznosti na podání premedikace. Méně často se vyskytuje akutní zánět slinivky břišní a alergické reakce na léky, které jsou podány při výkonu (Holubová a Pěchoučková, 2013). Pro snížení výskytu či předcházení těmto komplikacím musí lékař správně vyhodnotit indikace i kontraindikace kolonoskopie (Falt a Urban, 2015).

### ***1.2.3 Příprava pacienta na kolonoskopii***

Kolonoskopie je prováděna jako ambulantní vyšetření, nebo je indikována v průběhu hospitalizace pacienta na lůžkovém oddělení. Příprava pacienta je rozdílná pro totální a parciální kolonoskopii. Pro parciální kolonoskopii se využívá Yal gel, pro totální očistné roztoky. Před parciální kolonoskopií pacient nedodrží dietní opatření (Holubová a Pěchoučková, 2013).

Příprava má několik složek. Jedná se především o přípravu fyzickou, psychickou a farmakologickou (Slezáková et al., 2010). Edukace pacienta zasahuje do všech složek přípravy, největší mírou však do přípravy psychické. Věnuje se bezesbytkové dietě, vysazení antikoagulačních léků před vyšetřením (zvýšené riziko krvácení při terapeutických výkonech), užívání přípravku pro očištění tlustého střeva, medikaci,

kteřá bude aplikována a dalším aspektům (Novick, 2017). Všechny tyto informace by měl pacient získat v dostatečném časovém předstihu, aby mohl své chování přizpůsobit požadavkům vyšetření. Základním předpokladem úspěšné kolonoskopie je očištěné tlusté střevo. Proto je pacientovi doporučeno dodržovat týden před vyšetřením bezsezbytkovou dietu, při které je nutné vyloučit z jídelníčku potraviny obsahující zrníčka a slupky, které by mohly ulpět na střevní stěně a znemožnit vyšetření. Je tedy potřeba vyvarovat se například rybízu, melounu nebo jahodám. U pacientů trpících zácpou je doporučováno jíst tekutou stravu 3 dny před vyšetřením. Dalším doporučením je vynechání turecké kávy a džusu (Holubová a Pěchoučková, 2013).

Někteří pacienti, bohužel, vnímají vyprazdňování a proces očišťování střeva hůře než samotnou kolonoskopii (Falt a Martínek, 2015). Úlohou sestry je proto seznámit pacienta s očišťujícím přípravkem, který byl lékařem ordinován, a edukovat ho o postupu přípravy na kolonoskopii. Během přípravy sestra hodnotí pacientovu stolicí pomocí fyzikálního vyšetření, díky němuž zjistí účinnost přípravy (Holubová a Pěchoučková, 2013). Dnes jsou k očištění střeva využívány různé roztoky lišící se svým objemem, chutí i délkou střevní přípravy (Falt a Martínek, 2015). Mezi používané patří například Fortrans, Picoprep, fosforečnanový roztok (Holubová a Pěchoučková, 2013), Moviprep, Eziclen, roztok fosfátových solí a další (Falt a Martínek, 2015). Je nutné pacienta upozornit na fakt, že nedostatečná střevní příprava zvyšuje riziko přehlédnutí prekanceróz a představuje nutnost opakování vyšetření, což by pro něj znamenalo větší dyskomfort (Špičák et al., 2015).

Psychická příprava je zahájena již při samotném objednání pacienta k vyšetření. Sestra by měla vystupovat klidně, vlídně a profesionálně (Pěchoučková, 2005). Tato složka přípravy zahrnuje edukaci o účelu vyšetření, postupu přípravy i upozornění na rizika nedostatečné přípravy (Falt a Martínek, 2015). Neopomenutelnou součástí je informovaný souhlas s vyšetřením, díky němuž jsou pacientovi vysvětleny všechny skutečnosti tak, aby jim mohl porozumět, a následně má možnost se zeptat na případné nejasnosti (Pracná a Konečný, 2012). Pokud pacient neporozumí obsahu edukace, zvyšuje se riziko nedodržení doporučených postupů před vyšetřením, což má vliv i na kvalitu přípravy střevní stěny. Je prokázáno, že intervence směřující ke vzdělávání pacientů jsou přínosné pro kvalitu přípravy pacienta ke kolonoskopii (Kurlander et al., 2016). Proto by si sestra měla vyhradit čas na komunikaci s pacientem, věnovat se jeho otázkám a naslouchat aktuálním potřebám. V období přípravy pacienta ke kolonoskopii



by sestra měla projevit svou empatii, čímž vzbudí u pacienta pocit důvěry (Špatenková a Králová, 2009).

Za farmakologickou přípravu je považována premedikace (Pracná a Konečný, 2012), jako je aplikace Torrecanu nebo Deganu intramuskulárně při pití očišťujícího roztoku (Holubová a Pěchoučková, 2013) i antibiotická profylaxe, která je vhodná především u pacientů s rizikem infekční endokarditidy nebo s vrozeným imunodeficitem (Pěňčík, 2015). Toto vyšetření lze provádět také v analgosedaci (lehká, střední a hluboká sedace), která rovněž přináší svá specifika při vyšetření. Na některých pracovištích jsou proto součástí endoskopického týmu také lékař a sestra anesteziologicko-resuscitačního oddělení, jejichž úkolem je kontrola pacientových fyziologických funkcí (Holubová a Pěchoučková, 2013). I přesto, že bylo výše poukázáno na důležitost farmakologické přípravy, Pěchoučková (2005, s. 61) uvádí: „Z naší praxe známe, že vliďné slovo a vysvětlení celého vyšetření je někdy lepší než farmakologická premedikace.“

#### ***1.2.4 Úloha sestry při kolonoskopii***

Pacient přicházející do endoskopické vyšetřovny je sestrou identifikován a vyzván k vyndání zubní protézy, sundání šperků a brýlí (Holubová a Pěchoučková, 2013). Následně mu sestra ukáže prostor, kde si může svléknout oblečení, které má od pasu dolů. Některá pracoviště nabízí svým pacientům pro větší pocit intimity při vyšetření krátké kalhoty („kološortky“) s otvorem pro endoskop v oblasti konečníku. Jejich alternativou je rouška s otvorem umístěným v oblasti konečníku (Holubová a Pěchoučková, 2013). Intimita totiž úzce souvisí s lidskou důstojností a s pocitem pacienta při pobytu ve zdravotnickém zařízení (Petrovicová a Trešlová, 2016). Proto by se sestra měla zaměřit na intervence s cílem zajistit intimitu. Mezi ně patří zajištění vhodného prostředí pro svlékání oblečení, nabídnutí kalhot s otvorem pro zavedení endoskopu či roušky se stejným účelem. Pacient by měl být také informován o počtu a funkci pracovníků podílejících se na vyšetření (Holubová a Pěchoučková, 2013). Po odložení oblečení se pacient uloží na levý bok, pod hlavou má malý polštářek a pokrčí nohy. Tato poloha se může během kolonoskopie měnit v závislosti na požadavcích lékaře. Pokud je pacientova soběstačnost zhoršená, sestra mu dopomůže tuto polohu zaujmout. Sledování pacientových fyziologických funkcí odpovídá jeho zdravotnímu stavu i aktuální situaci, za které je kolonoskopie prováděna. Také premedikace se odvíjí od ordinace lékaře (Holubová a Pěchoučková, 2013). Podání premedikace je dnes

považováno za běžnou součást přípravy (Paul, 2011). Také analgosedace je podávána za účelem zvýšení komfortnosti pacienta při vyšetření. Pokud není naordinováno dostatečné množství příslušných léků, zvyšuje se riziko stresové reakce pacienta (Liberda a Dvořák, 2015).

Endoskopická sestra během vyšetření stojí naproti lékaři, což znamená, že je čelem k pacientovi. Tím získává vhodnou pozici pro průběžné sledování verbálních i neverbálních projevů pacienta. Kolonoskopii lékař začíná vyšetřením per rectum pro kontrolu přípravy a průchodnosti tlustého střeva. Pro snadnější proniknutí do konečníku je na prst v rukavici i na kolonoskop nanesen silikonový sprej či jiný produkt se stejným účinkem (Paul, 2011). Sestra přizvedne pravou polovinu hýždí pacienta a lékař zavede přístroj (Falt a Fojtík, 2015). Pokud je střevo vhodně připravené, lékař přistoupí k zavedení endoskopu a sleduje přenesený obraz ze zavedeného přístroje na obrazovce (Paul, 2011). Endoskopista by měl v průběhu vyšetření pacienta informovat o postupech a sestra pak dotazem zjistit, jak se pacient cítí, a případné problémy neprodleně hlásit lékaři. V průběhu vyšetření může pacient pociťovat bolest, pokud se jeho tlusté střevo stočí do smyčky, při polypektomii (Paul, 2011), při zavádění kolonoskopu nebo při vpravení vzduchu do střeva pro jeho přehlednost. Vzduch vpravený do střeva způsobuje plynatost pacienta (Falt a Fojtík, 2015). Sestra by měla pacienta ujistit, že se za meteorismus nemusí stydět, protože je normální reakcí na množství vpraveného vzduchu do tlustého střeva. Během vyšetření sestra svou vlídnou a profesionální komunikací eliminuje strach pacienta. Po dosažení caeca lékař vytahuje kolonoskop a zároveň znovu kontroluje sliznici tlustého střeva (Holubová a Pěchoučková, 2013). Časový interval, v němž je kolonoskop vytahován, je jedním z ukazatelů kvality vyšetření. Je doporučováno ponechat endoskop po krátký časový úsek v konečníku za účelem snížení pacientova dyskomfortu (Falt a Fojtík, 2015). Častější výskyt rizikových faktorů vedoucích k dyskomfortu byl prokázán u žen, u pacientů ve vyšším věku a s nízkými hodnotami BMI (Falt, 2015c). Lze tedy souhrnně říci, že sestra asistuje lékaři, zároveň kontroluje celkový stav a fyziologické funkce pacienta, sleduje reakce pacienta na vyšetření a je jeho psychickou podporou (udržuje s ním kontakt, čímž snižuje psychický dyskomfort).

### ***1.2.5 Péče o pacienta po kolonoskopii***

Po ukončení vyšetření lékař vyjme kolonoskop z konečníku a sestra zavede pacientovi rektální rourku pro snadnější odchod plynů vpravených do střeva během vyšetření (Holubová a Pěchoučková, 2013). Následně je pacient převezen na pokoj, který je v blízkosti endoskopické vyšetřovny (Liberda a Dvořák, 2015), nebo se vrací na lůžkovou část oddělení, na němž je hospitalizován. „Dospávací“ pokoj slouží pro monitorování pacientových fyziologických funkcí, jeho celkového stavu a příznaků komplikací. Pokud byla podána během vyšetření analgosedace, sleduje se zde pacient do jejího odeznění a plného obnovení vědomí (Holubová a Pěchoučková, 2013). „Dospávací“ pokoj či lůžkový pokoj pacienta slouží v období po vyšetření k odpočinku a získání nových sil pro zbytek dne (Dušek, et al., 2018).

Brzkou komplikací, jež se může po kolonoskopii vyskytnout, je bolest břicha (příznak perforované střevní stěny) (Holubová a Pěchoučková, 2013) nebo vagová reakce (bradykardie, hypotenze) (Špínar et al., 2013). Proto je monitorace pacienta velmi důležitá. Sestra na oddělení je zodpovědná za zajištění dietního režimu pacienta (dle pokynů endoskopického lékaře), sleduje pacientův stav, zaznamenává bolest a hlásí případné komplikace lékaři. Pacient je také poučen o hlášení své první stolice po vyšetření (Holubová a Pěchoučková, 2013)

Při kolonoskopii na ambulantní části je rozhodující, zda bylo vyšetření provedeno s analgosedací, či nikoli. Pokud bylo využito analgosedace, pacient je z „dospávacího“ pokoje odvezen na oddělení (gastroenterologické) a zde je sledován jeho stav po dobu určenou lékařem. Když je pacient při plném vědomí, lékař mu sdělí výsledky vyšetření a režimová opatření a sestra ho edukuje o dietním režimu po celý zbytek dne. Poté pacient může v doprovodu odejít domů (pacient nesmí řídit motorová vozidla). Pokud pacient podstoupil kolonoskopii bez analgosedace, odchází po vyšetření domů sám a může řídit motorová vozidla (Holubová a Pěchoučková, 2013). Vzhledem k tomu, že sestra tráví s pacientem nejvíce času, lze se domnívat, že je to právě ona, kdo může včas zaznamenat změny v jeho chování, komunikaci i celkovém stavu. Tyto změny mohou být projevem neporozumění.

Období po kolonoskopii je pro pacienta významné získáním výsledků vyšetření od lékaře. Může tedy dojít k okamžiku, kdy zjistí, že během vyšetření nebyly nalezeny žádné patologické změny na sliznici střeva, nebo byl odebrán vzorek pro histologické

vyšetření a musí vyčkat na jeho výsledky (Holubová a Pěchoučková, 2013). V této situaci je vhodné, aby sestra využila prvky terapeutické komunikace, která nabízí podporu a pomoc v nelehkých chvílích, kdy je pacient v nejistotě a má strach (Zacharová, 2016). Sestra by měla ovládat terapeutickou komunikaci, aby dokázala komplexně uspokojit potřeby pacienta (Siti et al., 2016).

### **1.3 Komunikace sestry v ošetrovatelské praxi**

Schopnost komunikace je jednou ze základních dovedností, které by nejen sestra, ale i každý zdravotnický pracovník účastníci se na ošetrovatelské péči o pacienta měl ovládat. Pro nastínění celkové problematiky tedy bude nejdříve definován pojem komunikace a dále se bude kapitola věnovat jednotlivým tématům.

Komunikace je v literatuře definovaná různě. Někteří autoři ji popisují podobně jako chování, což znamená, že ji nevnímají pouze jako sdělování informací, ale zahrnují do ní i všechny komunikační aspekty a veškeré chování jedince. Jiní autoři nahlíží na pojem z užšího hlediska a popisují tedy komunikaci jako způsob předávání informací mezi sdělujícím a příjemcem (Zacharová, 2016). O zdravotnické komunikaci lze však obecně tvrdit, že je jedinečná. A to především v tom slova smyslu, že je součástí ošetrovatelské péče o pacienta a každý pacient je jedinečný. Jedinečnost situací, které nastávají, nabízí různé možnosti jejich řešení. Pokud tedy zdravotnický personál chce poskytovat kvalifikovanou ošetrovatelskou péči, měl by rozvíjet své komunikační schopnosti a dovednosti. Ačkoliv si to totiž lidé občas neuvědomují, nelze nekomunikovat (Špatenková a Králová, 2009). To souvisí s verbální i neverbální komunikací. Je proto vhodné sledovat během rozhovoru nejen slovní odpověď pacienta, ale i gesta, oční kontakt, postoj či výraz tváře. Řeč těla může o druhé osobě mnohé prozradit (Linhartová 2007).

Nevhodná komunikace může zapříčinit nedorozumění nebo narušení vztahu mezi pacientem a sestrou (Špatenková a Králová, 2009). Zacharová (2016) se k profesionální komunikaci sestry vyjadřuje takto: „*Termínem profesionální komunikace sestry je vyjádřena komplexní a náročná zručnost, která vede k osvojení takových způsobilostí a dovedností, jež umožní sestře sociální interakci a komunikaci nejen začít, ale i rozvíjet a ukončit*“ (Zacharová, 2016, s. 101). Vévoda et al. (2013) vnímají komunikaci jako jednu z nejslabších složek zdravotnictví. Poukazují také na fakt, že vhodná komunikace uspokojí všechny zúčastněné (Vévoda et al., 2013). Aby tomu tak bylo, měla by sestra

mít na paměti několik pravidel, kterými se má řídit. Mezi ně patří: přistupovat ke každému dle jeho osobních zvláštností, vážit si toho, s kým mluví, projevit pozitivní vztah k druhému, mít schopnost empatie, mluvit srozumitelně a být důvěryhodná (Zacharová, 2016). Oblast pravidel se rozšiřuje dle specifických potřeb pacientů. Právě proto je vhodné, aby měla sestra přehled o zásadách komunikace s agresivním, úzkostným, depresivním či trvale znevýhodněným pacientem (Linhartová, 2007). Je důležité si uvědomit, že i sestra je osobností. Proto je pro každou sestru velmi individuální nutnost učit se správné komunikaci (Lukáš et al., 2005).

Kvalitu komunikace mezi sestrou a pacientem mohou negativně ovlivnit komunikační bariéry. Jejich příčina může být v sestře i pacientovi. Mezi nejčastější překážky patří jazyková nesrozumitelnost, emoce, bolest, strach, nedostatek spánku, nejasné informace nebo také fakt, že pacient komunikovat neumí, nebo nechce (Zacharová, 2016). Může se stát, že pacient odmítá odpovídat na otázky kladené sestrou, ale ona neví proč. Pokud bude na danou situaci nahlíženo z pohledu pacienta, lze snáze pochopit jeho chování. Nepříjemná místnost, citlivé otázky, nesympatie s tazatelem, to vše může pacient vnímat jako rozhodující faktor ke své nemluvnosti (Ptáček et al., 2011). Úkolem sestry je tyto bariéry eliminovat nebo odstranit. Během své praxe však sestra nekomunikuje pouze se svým pacientem, nýbrž i se svými spolupracovníky a příbuznými pacientů. Také to jí dává příležitost k neustálému zlepšování doposud získaných zkušeností (Špatenková a Králová, 2009).

#### ***1.4 Komunikace sestry v souvislosti s kolonoskopií***

##### ***1.4.1 Komunikace s cílem snížit strach pacienta***

I přes to, že je kolonoskopie považována v oblasti screeningu kolorektálního karcinomu za efektivní, její využívání pacienty je ovlivněno strachem, jenž pramení z rizika diagnostiky kolorektálního karcinomu i postupu samotného vyšetření (Leung, 2017). Sestra by měla pomoci pacientovi tyto bariéry překonat (Miller et al., 2015). Jak již bylo výše uvedeno, vlídné slovo a naslouchání má pro pacienta nemalý význam. Je pochopitelné, že příčina strachu i jeho intenzita se průběžně mění s ohledem na aktuální situaci. Před vyšetřením se pacienti nejčastěji obávají pročišťování střeva, během vyšetření pak převládá strach z bolesti (Falt, 2015c).

Strach je vnímán jako negativní pocit z něčeho nebo někoho konkrétního. Z toho vyplývají také intervence, kterými lze jeho míru omezit (Zacharová et al., 2007). V souvislosti s kolonoskopií se intenzita strachu liší nejen podle zkušeností pacienta s tímto druhem vyšetření (Miller et al., 2015) nebo podle věku a povahy, ale i na základě kultury, která je v tomto případě neopomenutelná (Kelnarová a Matějková, 2014). Častěji se strach vyskytuje u jedinců, jejichž zdravotní problém doposud nebyl popsán, jsou proto v nejistotě a očekávání, protože neznají příčinu svých potíží (Mandincová, 2011). Z výše popsaného charakteru kolonoskopického vyšetření lze také odvodit další příčiny strachu. Možný je pravděpodobně strach z neporozumění pokynům lékaře, analgosedace, komplikací při vyšetření, narušení intimity, respektování důstojnosti pacienta a mnohé další.

Aby byla verbální komunikace mezi sestrou a pacientem co nejefektivnější, měla by sestra mít na paměti několik pravidel. Prvním z nich je naslouchat pacientovi a projevit zájem o téma rozhovoru. Je vhodné ponechat prostor pro vyjádření pocitů pacienta, z čehož vyplývá, že by sestra měla myslet na to, aby čas, který si pro komunikaci vyčlení, byl dostačující (Špatenková a Králová, 2009). Neopomenutelné je pátrání po příčině strachu, zda strach pramení z negativních zkušeností, pozitivní rodinné anamnézy či obav z narušení intimity. Při rozhovoru by sestra měla na pacienta působit mile, klidně a její odpovědi by měly prokázat odbornou úroveň, čímž si získá pacientovu důvěru. Prokázání odbornosti by však nemělo znamenat používání latinských slov a odborných názvů, kterým by pacient nerozuměl. Informace by měly být stručné, přesné a srozumitelné. Vyslovení podpory a přímý oční kontakt je také přínosný (Linhartová, 2007). Aby se pacient neostýchal sdělit sestře své pocity, musí jí důvěřovat. To znamená, že sestra svou osobností, profesionálním přístupem i samotnou přítomností buduje pacientovu důvěru a profesionální vztah. Právě proto je správně vedený rozhovor tak přínosný. Sestra při něm má možnost projevit pochopení pocitů pacienta a empatii.

Během své praxe zažívá sestra s pacienty mnoho pozitivních i negativních chvílí. Podílí se na přímém poskytování ošetrovatelské péče, a proto by měla včas zaznamenat jejich individuální projevy bolesti, strachu a úzkosti (Zacharová et al., 2007). Například pro monitoraci strachu může využít škály, které strach hodnotí (Vörösová et al., 2015). Díky tomu má možnost zvolit vhodné intervence, které zmírní tyto negativní prožitky, jež brání v saturaci potřeb pacienta (Zacharová et al., 2007). Projevem strachu, kterého

si může sestra všimnout, je zrychlené dýchání, zvýšené pocení, třes rukou, nechut k jídlu, a jak již bylo zmíněno, i nekomunikativnost (Vörösová et al., 2015).

#### **1.4.2 Edukace pacienta v souvislosti s kolonoskopií**

Výchova a vzdělávání pacientů mají v ošetrovatelském procesu svou roli. Právě proto si sestra během své praxe osvojuje roli edukátorky, která v rámci edukačního procesu pozitivně působí na jedince či skupiny (Svěráková, 2012). Obecně lze tvrdit, že jejím posláním je utvářet změny v oblasti návyků, dovedností a znalostí edukanta (Juřeníková, 2010). Podle informovanosti pacienta lze edukaci rozlišit na základní, komplexní a reedukaci (Svěráková, 2012). Dle oblasti edukace se jedná o edukaci primární, sekundární i terciární (Šulistová a Trešlová, 2012). Všechny druhy edukace vycházejí z pacientova práva být edukován a získat informace o svém zdraví a navrhovaném postupu léčby (Svěráková, 2012). Aby však byla edukace pro pacienta co nejvíce přínosná, musí nejdříve sestra svého edukanta poznat a na základě jeho individuálních potřeb přizpůsobit cíle a způsob sdělování informací (Juřeníková, 2010). Vzhledem k tomu, že sestra může během své praxe ošetřovat pacienty odlišných kultur a etnik, je vhodné připomenout specifičnost edukace rozdílných kultur. Za přínosnou je v tomto případě považována edukace osoby blízké, kterou pacient určí. Předcházíme tím nedorozumění, které může zapříčinit zdravotní komplikace (Kudlová, 2006).

Edukaci v době přípravy k vyšetření lze vnímat jako psychickou podporu a způsob zmírnění strachu, protože edukovaný pacient je aktivně zapojen do ošetrovatelského procesu (Juřeníková, 2010). Díky tomu je u něj podpořen pocit svobodného rozhodování o jeho osobě a zlepšena schopnost řídit se léčebným režimem (Škrlová, 2008). Zapojením pacienta do ošetrovatelského procesu projeví sestra respekt k jeho názorům a postojům. Také důvěra ve zdravotnický personál přispívá k naplnění potřeby jistoty a bezpečí, která je pro pacienta velmi důležitá (Plevová et al., 2011). Poučení před kolonoskopií vede lékaře, který je způsobilý k poskytování dané péče. V souvislosti s tím je zapotřebí zmínit také informovaný souhlas s vyšetřením, jímž pacient potvrzuje, že mu byly srozumitelně sděleny informace týkající se kolonoskopie. Podpisem pak stvrzuje, že informacím rozumí a svobodně souhlasí s provedením vyšetření (Kopáčová, 2015). Sestra dále edukuje pacienta dle svých kompetencí, popřípadě upozorní lékaře na pacientovy doplňující otázky (Vondráček a Vondráček, 2008).

Důležitým prvkem pro edukaci je vhodné načasování a množství informací, které jsou pacientovi předány. Vnímáním neverbální komunikace pacienta může sestra zhodnotit jeho zájem a postoj k obsahu edukace. Pro snadnější pochopení postupu vyšetření lze využít například obrázky a videa. Sestra může upozornit také na internetové stránky, které poskytují pravdivé informace a obsahují videa znázorňující postup celého vyšetření (Juřeníková, 2010). Komunikační dovednosti sestry mají v tomto případě pozitivní vliv na průběh celé edukace (Šulistová a Trešlová, 2012). Vhodnou pomůckou, kterou může sestra dále využít v období přípravy pacienta ke kolonoskopii, jsou propagační materiály zodpovídající nejčastější otázky vyšetřovaných. Jejich poselstvím je také zdůraznění významu prevence kolorektálního karcinomu a přípravy střeva k vyšetření (Leung et al., 2017). O provedené edukaci je v dokumentaci uveden záznam (Vondráček a Wirthová, 2009).

### ***1.4.3 Intimita v souvislosti s kolonoskopií***

Do intimní zóny jedince vstupuje v běžném životě nejčastěji osoba blízká, rodina, přátelé nebo partner. Avšak nejen tito vyvolení jedinci překračují hranice tohoto prostoru. Například hromadné čekárny, samotné vyšetření, ale také poskytování ošetrovatelské péče, to vše je spojeno s velmi blízkým kontaktem zdravotnických pracovníků s pacientem (Linhartová, 2007). Právě proto je respektování intimity pacienta během vyšetření transanální cestou neopomenutelné pro zachování lidské důstojnosti. Sestra by měla mít na paměti, že každý pacient může na blízkou přítomnost sestry či lékaře reagovat zcela individuálně. Během kolonoskopie může narušení intimní zóny způsobit například bariéru v komunikaci, kterou je potřeba vyřešit (Venglářová a Mahrová, 2006). Tato situace může u pacienta vyvolat také pocit ohrožení (Linhartová, 2007). Aby tento pocit nenastal, pacient by měl být před vyšetřením edukován a měl by sám vyhodnotit rizika a benefity, dle kterých k vyšetření udělí, či neudělí souhlas. Z časového hlediska je také vhodné odhadovanou dobu vyšetření pacientovi předem sdělit, aby se na ni mohl připravit (Venglářová a Mahrová, 2006). Jak již bylo výše zmíněno, v praxi jsou využívány „kološortky“ nebo rouška s otvorem pro zavedení kolonoskopu, jejichž odůvodněním je eliminace dyskomfortu spojeného s kolonoskopií.

Aby se sestra vyvarovala devalvací osobnosti pacienta, měla by ho vnímat jako člověka, který má své potřeby a individuální způsob prožívání všech situací, ve kterých se



nachází (Čeledová a Čevela, 2010). Svým jednáním mu může vyjádřit respekt i podporu, která mezi ním a sestrou utvrzuje profesionální vztah (Petrovicová a Trešlová, 2016). Za projev respektu lze považovat zdvořilé představení se či dotázání se na přání pacienta ohledně způsobu jeho oslovení (Špatentková a Králová, 2009). Dále pak respektování studu i aktivní naslouchání pacientovým momentálním přáním (Plevová et al., 2011). Během každodenní ošetrovatelské praxe sestra vstupuje do intimní zóny pacienta, dotýká se ho a komunikuje s ním v bezprostřední vzdálenosti. Proto by neměla opomíjet fakt, že každý pacient na tyto situace může reagovat jinak. K porozumění aktuálním potřebám pacienta sestře pomůže empatie (Venglářová a Mahrová, 2006). Za naprosto nevhodné je považováno zesměšňování studu pacienta v souvislosti s kolonoskopií (Šamánková et al., 2011).

#### ***1.4.4 Komunikace s pacientem prožívajícím bolest***

Bolest a strach z bolesti spolu úzce souvisí. Pokud sestra zjistí, že má pacient obavy z bolestivosti vyšetření, může mu nabídnout rozhovor, při kterém bude aktivně naslouchat jeho aktuálním problémům. Protože každý vnímá bolest velmi individuálně, je důležité, aby pacient svou bolest správně popsal a určil její intenzitu. Právě v tom je mu nápomocná sestra, která mu pomáhá najít společná slova pro vyjádření bolesti (Špatentková a Králová, 2009). Neopomenutelnou úlohou sestry je, ve spolupráci s lékařem, snížit intenzitu bolesti, protože pokud pacient vnímá bolest, může dojít k narušení saturace lidských potřeb (Zacharová et al., 2007). Intenzitu bolesti negativně ovlivňuje například zdravotní stav pacienta, těžké životní období či jeho negativní psychické ladění (Špatentková a Králová, 2009). Je potřeba mít také na paměti, že pacient má právo netrpět bolestí. Zdravotnický personál by proto měl volit intervence, které toto právo pacienta naplní (Andršová, 2012). Nejčastěji se v praxi můžeme setkat s tlumením bolesti pomocí medikamentů (Zacharová et al., 2007).

Ne každý dává svou bolest najevo, někteří jedinci vnímají přiznání bolesti jako svou slabost. Příčinu odlišností můžeme najít také ve spojitosti s kulturou a způsobem výchovy jedince. Na sestře je tedy odhalit příznaky bolesti, jakými může být nadměrné pocení, grimasy, zrychlené dýchání, pláč i slovní vyjádření (Zacharová et al., 2007). Jak již bylo zmíněno v předchozí části této práce, sestra během vyšetření udržuje s pacientem kontakt, po vyšetření sleduje jeho celkový stav a případné komplikace hlásí lékaři. Sestra by měla mít na paměti, že projevům bolesti pacienta by měla vždy věřit

a podle intenzity těchto projevů zvolit řešení (Špatenková a Králová, 2009). Nejen léky mohou pacientovi přinést úlevu od bolesti, Zacharová et al. (2007) uvádějí i psychologické prostředky pro zmírnění bolesti. Jedná se o racionální psychoterapii, sugestivní působení, autogenní trénink, odreagování, vhodné zaměstnání nemocného a jiné.

#### ***1.4.5 Negativní výsledek kolonoskopie***

Čekání na výsledek vyšetření je doprovázeno nejistotou a obavami. Proto by toto období nemělo trvat déle, než je nutné. Výsledky vyšetření sděluje výhradně lékař, přičemž zdravotnický tým, který se podílí na péči o pacienta, by měl být informován o rozsahu informací, které pacient od lékaře získal. Je tak možné zajistit návaznou péči a lépe předvídat pacientovy reakce (Zacharová, 2017). Sestra může být pacientovi oporou při samotném sdělení informací a nabídnout mu podporu a prostor pro vyjádření jeho pocitů ihned po skončení rozhovoru s lékařem (Venglářová a Mahrová, 2006). Poslání sestry v případě, že byla pacientovi sdělena nepříznivá diagnóza, tkví v respektování reakcí vzniklých v souvislosti s touto situací. Podle E. K. Rossové pacient prochází pěti fázemi smutku. Jedná se o šok, vzpouru, smlouvání, depresi a smíření. Tyto fáze může pacient prožívat v individuálním časovém období a navzájem se prolínají. Nelze však tvrdit, že každý jedinec prožije všechny zmíněné fáze. Proto by sestra měla vnímat projevy pacientovy reakce na negativní diagnózu profesionálně, ne jako útok na svou osobu (Zacharová et al., 2007).

Důležité je také respektovat pacientovo rozhodnutí o podávání informací o jeho zdravotním stavu jeho blízkým. Pacientovi je díky tomu prokázán respekt k jeho rozhodnutí a osobnosti (Venglářová a Mahrová, 2006). Pokud pacient projeví zájem mluvit se sestrou o svých pocitech, měla by sestra zájem sdílet a nepoužívat fráze, které by mohl pacient vnímat jako projev neochoty či nezájmu (Zacharová, 2017). Při odůvodněném podezření na zhoršení stavu pacienta po sdělení negativních informací může lékař na nezbytně dlouhou dobu tuto informaci zadržet. V takovém případě musí být ošetřovatelský tým informován o dané situaci a spolupracovat (Kopáčová, 2015). Jak již bylo řečeno, reakce pacienta na sdělení negativního výsledku vyšetření je zcela individuální. Díky pozorování osobnosti pacienta před vyšetřením i během kolonoskopie lze však předpokládat jeho reakci. Onkologická diagnóza je obecně vnímána jako velký zásah do života, který s sebou nese mnohé změny a omezení. Právě

proto by sdělení onkologické diagnózy mělo být prováděno šetrně a s ohledem na osobnost pacienta (Linhartová, 2007).

## **2 Cíle a výzkumné otázky**

### **2.1 Cíl práce**

Zmapovat problematiku komunikace sestry z pohledu pacienta podstupujícího kolonoskopii.

### **2.2 Výzkumné otázky**

Jakou komunikaci očekávají pacienti před kolonoskopií?

Jak pacienti, kteří podstoupili kolonoskopii, hodnotí komunikaci sestry?

Jaké pocity prožívají pacienti v souvislosti s kolonoskopií?

## 3 Metodika

### 3.1 Použité metody

Empirická část této bakalářské práce byla zpracována na základě kvalitativního výzkumu. Pro sběr dat byla využita technika polostrukturovaného rozhovoru (viz Příloha 1), který byl uskutečněn s 9 informanty, kteří podstoupili kolonoskopii. Jednalo se o informanty, kteří toto vyšetření podstoupili ambulantně i pacienty z lůžkové části oddělení. Část rozhovorů byla uskutečněna na lůžkovém oddělení nemocnice, zbytek mimo ni. Výzkumné šetření v nemocnici bylo uskutečněno na základě povolení od hlavní sestry nemocnice (viz Příloha 2)

Před začátkem jednotlivých rozhovorů bylo každému informantovi sděleno téma bakalářské práce a účel rozhovoru. Součástí sdělených informací bylo také nastínění okruhů otázek, kterým se tato práce věnuje a ujištění o anonymitě šetření. Rozhovor byl koncipován do dvou hlavních částí. První část obsahovala otázky zaměřené na zjištění základních identifikačních údajů. Zde byli informanti dotazováni na věk, počet podstoupených kolonoskopií, podstoupení vyšetření na ambulantní či lůžkové části, zaznamenáno bylo také pohlaví. Druhá část rozhovoru obsahovala již samotné otázky věnující se komunikaci sestry u pacienta podstupujícího kolonoskopii. Tato část rozhovoru byla rozložena do 3 menších okruhů, jejichž cílem bylo zodpovězení výzkumných otázek. Jeden okruh byl věnován očekávání pacientů ve vztahu ke komunikaci před kolonoskopií. V této části byli informanti dotazováni na své představy o vhodné komunikaci i naplnění těchto představ. Následující část se věnovala celkovému zhodnocení komunikace sestry s pacientem v souvislosti s kolonoskopií. Poslední, tedy třetí část otázek byla věnována především pocitům, které pacient prožíval v souvislosti s kolonoskopií. Zde byly otázky nejčastěji zaměřeny na pocity před, během a po vyšetření, jejich vývoj a reakci ze strany sestry. Délka rozhovoru a počet otázek se odvíjel od aktuálních odpovědí informantů. Na některé otázky navazovaly další, doplňující otázky, které rozvíjely doposud získané informace.

Čtyři rozhovory byly uskutečněny v nemocnici na lůžkovém oddělení v zasedací místnosti. Tato místnost byla zvolena především pro zvýšení pocitu soukromí a eliminaci dalších rušivých faktorů, které by mohly být překážkou v realizaci rozhovoru. Rozhovor proběhl po výslovném souhlasu informanta, vždy za přítomnosti jednoho informanta a tazatele. Celý rozhovor byl zaznamenán pomocí audio záznamu,

kteřý byl následně přepsán do písemné formy a očištěn od některých vycpávkových slov. K vytvoření audio záznamu vyslovily všichni informanti svolení. Zbylé rozhovory byly uskutečněny pomocí video rozhovorů. Z těchto rozhovorů vznikl také audio záznam, který byl dále přepsán do písemné formy, stejně jako rozhovory z oddělení. Doslovné přepisy jednotlivých rozhovorů jsou přiloženy k práci v podobě volné přílohy na CD.

Příprava výzkumu probíhala v únoru roku 2018, vlastní realizace proběhla v měsíci březnu. Získané informace byly zpracovány prostřednictvím otevřeného kódování, technikou „tužka papír“.

### **3.2 Charakteristika výzkumného souboru**

Výzkumný soubor pro účely této práce byl složen z pacientů, kteří podstoupili kolonoskopii. Jediným kritériem pro jejich zařazení bylo podstoupení kolonoskopie, ambulantně, nebo v rámci hospitalizace na lůžkové části oddělení. Další kritéria, jako jsou věk, pohlaví, či počet podstoupených kolonoskopií nebyly pro zařazení do výzkumného souboru rozhodující. Čtyři z informantů podstoupili kolonoskopii za hospitalizace na lůžkové části gastroenterologického oddělení, kde s nimi taktéž byly uskutečněny rozhovory. Zbývajících pět informantů podstoupilo kolonoskopii ambulantně. S nimi probíhaly rozhovory po individuální dohodě mimo zdravotnické zařízení. Zařazení informantů do výzkumného souboru předcházelo oslovení ze strany tazatele a vyslovení jejich ústního souhlasu. Bližší specifikaci zdravotnického zařízení neuvádíme v souvislosti s dodržením anonymity výzkumného šetření. Jednotliví informanti jsou dále ve výzkumné části práce označeni jako I1– I9.

## 4 Výsledky výzkumného šetření

### 4.1 Struktura výzkumného souboru

**Tabulka 1- identifikační údaje informantů**

	<b>I1</b>	<b>I2</b>	<b>I3</b>	<b>I4</b>	<b>I5</b>	<b>I6</b>	<b>I7</b>	<b>I8</b>	<b>I9</b>
<b>Věk (roky)</b>	24	25	54	30	35	81	61	54	87
<b>Pohlaví</b>	Žena	Žena	Žena	Žena	Žena	Žena	Žena	Žena	Muž
<b>Počet podstoupených kolonoskopií</b>	1	1	2	Více než 20	1	2	1	1	1
<b>Místo podstoupení kolonoskopie (ambulantně-A; lůžková část oddělení-L)</b>	A	A	A	L i A	A	L	L	A	L

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka 1 shrnuje základní informace o jednotlivých informantech zahrnutých do výzkumného souboru. Rozhovor byl uskutečněn celkem s 9 informanty (8 ženami a 1 mužem). Věk informantů byl v rozmezí od 24 do 87 let. Šest informantů podstoupilo kolonoskopii poprvé, dva informanti podstoupili dvě kolonoskopie a jedna z informantek uvedla, že jich podstoupila přibližně dvacet či více, přičemž přibližně 5 z těchto vyšetření proběhlo při hospitalizaci. Pět informantů podstoupilo kolonoskopii ambulantně, ostatní na lůžkové části oddělení.

### 4.2 Kategorizace získaných dat

#### *Stručný přehled jednotlivých kategorií*

Kategorie 1 - Očekávání pacienta

Kategorie 2 – Informace spojené s kolonoskopií

Kategorie 3 - Pocity prožívané v souvislosti s kolonoskopií

Kategorie 4 – Komunikace sestry z pohledu pacienta

## **Kategorie 1 - Očekávání pacienta**

Tato kategorie mapuje očekávání pacientů ve dvou oblastech. V první řadě se jedná o očekávání ve vztahu ke komunikaci se sestrou před kolonoskopií. Dále pak o shrnutí představ pacientů o informacích, které jim budou před tímto vyšetřením sděleny. Na konci této kategorie je zhodnocení přístupu zdravotnického personálu v návaznosti na očekávání jednotlivých dotazovaných.

### Podkategorie 1.1- Očekávání pacienta ve vztahu ke komunikaci

Na základě očekávání pacientů se utváří hodnocení a pocity, díky kterým si pacient pamatuje právě podstoupené vyšetření. Svě představy týkající se komunikace sestry shrnula **I1** následovně: „*Nic moc jsem neočekávala. Spíš jsem doufala, že budu mít štěstí na sestřičku, protože znám takové, které bych rozhodně na vyšetření potkat nechtěla. Na druhou stranu je pravda, že jsem očekávala vlídná slova uklidnění.*“ Většina informantů se shodla, že si představovali především individuální, empatický přístup a milé sestry, které se o ně budou starat. Individuální přístup by měl být podle **I3** zvolen především kvůli rozdílné míře strachu před kolonoskopií. Svě představy o komunikaci sestry **I8** popisovala následovně: „*Doufala jsem, že bude sestra ochotná mi vysvětlit mé dotazy, aby zklidnila mé obavy a strach.*“ O psychické podpoře před vyšetřením ze strany sestry se zmínila také **I5**, kterou sestra povzbuzovala slovy „*to zvládneme, jsme přeci velké holky*“. V odpovědi **I1** se promítlo očekávání, které souviselo s jejím nižším věkem. Uvedla: „*Já si trochu myslím, že pokud tam přijde mladý člověk, tak mám takový pocit, že se ten personál chová vlídněji než k tomu dospělému člověku. Člověk ve středním věku si už zažil své, už byl několikrát v nemocnici na různých výkonech, kdežto ten mladý člověk je možná v nemocnici poprvé, je poprvé na té endoskopii. Možná jsem se tím i trochu uklidňovala, že na mě budou snad milí, protože jsem mladá.*“ Pro **I2** znamenala splnění očekávání komunikace na úrovni, které se jí od sestry dostalo.

Zmírnění strachu před kolonoskopií zmínilo ve své odpovědi 5 informantů z 9. **I1** dokonce uvedla, že ani tolik netoužila po informacích, jako spíš po milém slově. To podle ní udělá hodně. O vlídném přístupu mluvila také **I6**, která tvrdila: „*Dobré slovo stačí,*“ a od sester čekala „*pouze nemocniční standard*“, nic víc. **I1** v souvislosti s intimní zónou a jejím narušením během vyšetření zmínila, že podle ní jsou ženy na narušování intimní zóny zvyklé z gynekologických prohlídek. Pouze **I6** na otázku,



jakou komunikaci očekávala, odpověděla: „*Co můžete očekávat? Tady máte vodu, tu vypijte a čekáte, až vás odvezou na to vyšetření.*“

### Podkategorie 1.2- Očekávání týkající se informací získaných před kolonoskopií

Množství informací i jednotlivé složky sdělení, které pacienti před vyšetřením očekávali, byly rozdílné. Například **I6** očekávala, že se dozví, jak se vyšetření provádí a co se díky němu zjistí. Naopak **I3** chtěla vědět dle jejích slov: „*Takové základní informace, kam si mám lehnout, jestli na bok nebo na záda. Taky jsem doufala, že se dozvím, co bude, až vyšetření skončí a pak mi poví, co tam našli.*“

Dvě informantky (**I2**, **I4**) se ve svých odpovědích shodují. Obě věřily, že jim bude sděleno, jak budou pít pročišťovací roztok a zda je vyšetření bolestivé. Bolestivost vyšetření a informace o možnosti zmírnění bolesti chtěla znát také **I5**, proto ve své odpovědi zmínila: „*Pro mě bylo vlastně hlavní vědět, že když budu potřebovat, tak mi píchnou něco proti bolesti, abych to vydržela.*“ Někteří (**I8**, **I3**) předpokládali, že jim bude sdělena také délka celého vyšetření a čas, kdy jim budou oznámeny výsledky kolonoskopie. Strachu z vyšetření i bolesti se hlouběji věnuje kategorie popisující pocity pacientů v souvislosti s kolonoskopií. Pouze **I9** předpokládal, že mu kromě informací týkajících se důvodu, proč musí vyšetření podstoupit, bude také sděleno, „*že to dobře dopadne*“. Jediný, kdo podle svých slov neměl žádná očekávání, byla **I7**.

### Podkategorie 1.3- Zhodnocení přístupu zdravotnického personálu vzhledem k očekávání

Na otázku, zda přístup zdravotnického personálu splnil očekávání informantů, odpovědělo 7 z 9 pacientů kladně. Očekávání bylo dle některých splněno až abnormálně. Například **I5** uvádí: „*Pan doktor mi dokonce dovolil, aby tam se mnou byl můj manžel, během vyšetření, protože jsem se opravdu strašně bála.*“ Poté co jsme se v odpovědi **I6** dozvěděli o kladném splnění jejího očekávání, dodala, že očekávala „*to, co se očekává v nemocnici*“. Očekávání **I2** bylo dle jejích slov splněno proto, že zdravotnický personál respektoval její pocity i bolest, a zároveň svědomitě odpovídal na její otázky. Svou odpovědí se od ostatních lišila **I1**, která udává, že očekávala víc. Pouze **I7** očekávání neměla, protože vše se seběhlo rychle a ona byla ráda, že vše stihla „*vstřebat*“.

## Kategorie 2 – Informace spojené s kolonoskopií

Jak již bylo uvedeno výše, pacienti měli před kolonoskopií rozdílná očekávání, která byla odrazem mnoha skutečností. Díky své zkušenosti s vyšetřením mohli pak zpětně porovnat svá očekávání s realitou. Na otázku, jaké informace jim před kolonoskopií byly sděleny, odpovědělo 7 z 9 dotazovaných (**I1**, **I2**, **I4**, **I5**, **I6**, **I7**, **I8**), že jim bylo vysvětleno, jak pít pročišťovací roztok, popřípadě jak probíhá příprava střeva před vyšetřením. **I7** byla před kolonoskopií také dotazována, zda již toto vyšetření někdy podstoupila, a zároveň jí bylo vysvětleno, že až bude střevo pročištěné, bude čekat, až ji na vyšetření zavolají.

**I3** získala informace o pití roztoku především v lékárně, kde jí bylo sděleno, jak ona sama uvedla, „*jak přežít*“. Dále dodala: „*To, co mi paní magistra v lékárně pro zvládnutí této pitné kúry poradila, byla vlastně obyčejná rada, abych k tomu moc nečuchala a snažila se to vypít co nejrychleji. Věřte nebo ne, pomohlo to.*“ Naopak **I1** získala informace před vyšetřením především od praktického lékaře. Uvedla: „*On mi hodně řekl, co se bude dít, když budu pít ten dryák, že je to nepříjemné, že bych měla zůstat v blízkosti toalety, a pak mi popsal trochu ten výkon, ale zas tolik ne. Řekl, že to bude nepříjemné, bolestivé ani ne, a že mám zůstat klidná. Pak mi dal takový letáček, kde se psalo právě o té dietě.*“ Podrobněji se tedy o dietě před vyšetřením dočetla **I1** z letáčku, nicméně jí tyto informace chyběly ze strany lékaře, proto například nevěděla, co znamená bezezbytková dieta.

Nejpodrobněji popsala získané informace **I4**, která byla již na více než 20 kolonoskopiích. Informace, které jí před kolonoskopií byly sděleny, shrnula takto: „*Vysvětlili mi, jak si připravit to projímadlo, kolik a jaké vody k tomu vypít. Taky jakou dietu držet týden před a dva týdny před. Dozvěděla jsem se, že se mě budou před každým vyšetřením ptát na alergie, váhu a jestli neberu něco na ředění krve. Řekli mi, jak bude vyšetření probíhat, že budu ležet na levém boku, pak mi ukázali obrázek rektoskopu, že se můžu dívat na obrazovku před sebou, jak to tam vypadá, a kdyby bylo potřeba píchnout mi něco na bolest, že zavedou kanylu. Potom po vyšetření, že budu ležet cca hodinu na stacionáři, a pak si mě může někdo odvést domu.*“ Tyto informace hodnotí jako dostačující.

V období, kdy byla **I1** přijata na kliniku k vyšetření, jí chybělo ze strany sester či lékařů shrnutí informací a také otázka, zda je jí vše jasné a nepotřebuje se na něco zeptat.

Naopak **I2** na otázku, zda pro ni byly informace dostačující, odpověděla: „*Víte, co víc bych chtěla vědět. Když je to potřeba, podstoupit takové vyšetření, tak se nedá nic dělat, rakovina je v dnešní době všude.*“ Pro získání doplňujících informací se **I4** ptala, jak dlouho bude vyšetření trvat, kdy bude moci jít domů a jaký lékař kolonoskopii bude provádět. Doplňující otázky kladla také **I5**, kterou zajímalo, zda jí budou při bolesti aplikovány léky, které bolest utlumí, a čím je v průběhu vyšetření střevo plněno. Podle **I2** by množství sdělených informací „*laikovi nestačilo*“, avšak díky tomu, že ona je zdravotní sestra, byly pro ni informace dostačující.

Pro shrnutí informací, se kterými by měli být pacienti před vyšetřením seznámeni, byli informanti vyzváni k odpovědi na otázku, co je podle nich důležité, aby každý pacient před kolonoskopií věděl. Podle **I1**, **I5**, **I7** a **I9** by měl každý pacient vědět, zda se jedná o bolestivé vyšetření a jak bude případná bolest řešena. Dále **I3**, **I4**, **I5**, **I8** a **I9** považují za důležité znát důvod, který vedl lékaře k indikaci kolonoskopie, v čem je vyšetření pro pacienta potřebné a co díky němu může lékař zjistit. Na význam kolonoskopie by měl být podle **I5** upozorněn každý pacient. Zmíněná informantka doslovně řekla: „*Měli by jasně říci, že to nějaký rentgen nebo ultrazvuk nenahradí, protože spoustu lidí si myslí, že pod rentgenem nebo ultrazvukem je vidět všechno.*“ Také **I6** ve své odpovědi zdůraznila význam kolonoskopie, a to následujícími slovy: „*Každý by ale měl vědět, že se díky tomu vyšetření dá hodně zjistit. Vždyť dneska jsou nemocný i mladí lidé, tak aby i oni věděli, že přeci jen se dá něco zachránit. Člověk by měl vědět, co to je a co to obnáší, že to střevo opravdu prohlídnou a můžou přitom vzít i nějaký vzorek, který pošlou na rozbor, a celkově vám k tomu, co se s vámi děje, pak řeknou víc. Je to nutné a jiné takové neexistuje.*“

Dále informanti uvedli, že by měl každý pacient vědět, jak dlouho vyšetření trvá (**I1** a **I8**), jak se na něj připravit, tedy dietní režim a pití roztoku (**I1**, **I2**, **I4** a **I8**), samotný průběh vyšetření (**I3**), polohu, kterou pacient pro vyšetření zaujme (**I5**), ale také co se bude dít v období po vyšetření (**I2**, **I7**). **I5** jako jediná ve své odpovědi zdůraznila: „*Třeba staří lidé, pro které je horší přípravu pochopit, by měli mít nějaký papír, kde to budou mít shrnuté. Jaké léky můžou brát, co můžou jíst, to by mělo být na informačním letáku, který si ten lékař vyrobí jakoby na míru potřebám své ordinace.*“ V tomto názoru se **I5** neshoduje s **I1**, pro kterou byl letáček, který dostala od svého praktického lékaře, nedostačující a upřednostnila by ústní předání informací, během něhož by se mohla rovnou zeptat na případné nejasnosti. **I5** také v neposlední řadě uvádí, že by každý

pacient měl být seznámen s možnými situacemi po vyšetření. Například jak řešit situaci, pokud začne krvácet doma po vyšetření, zda jet ihned k lékaři apod. Pacienti by také měli vědět o zákazu řízení motorových vozidel po vyšetření, pokud budou v průběhu vyšetření podány léky (**I2**), což může znamenat nutnost zajištění doprovodu po propuštění.

### **Kategorie 3 - Pocity prožívané v souvislosti s kolonoskopií**

Popsání pocitů pacientů před kolonoskopií, během samotného vyšetření i v období po kolonoskopii je obsahem této kategorie, v níž se pokusíme nastínit změny pocitů v časovém horizontu. V poslední části této kategorie je uveden zpětný pohled na zkušenost pacientů s kolonoskopií. Protože někteří pacienti prožívali v souvislosti s vyšetřením negativní pocity, zajímalo nás, zda tyto pocity sdíleli se sestrou a jak případně reagovala.

#### Podkategorie 3.1- Pocity před kolonoskopií

Ve své odpovědi na otázku, jaké pocity informanti prožívali před kolonoskopií či při sdělení, že toto vyšetření podstoupí, 8 z nich (**I1, I2, I3, I4, I5, I6, I7, I8**) uvedlo, že pociťovali strach a obavy. Například **I4** odpověděla: „*Bylo mi hrozně,*“ a dále uvedla, že o svých pocitech v tu chvíli s nikým mluvit nechtěla. Podobné pocity prožívala také **I5**, která si řekla: „*A už je to tu!*“ Věděla totiž, že kvůli jejím zdravotním potížím k tomuto vyšetření jednoho dne dojde. Nicméně její strach vycházel spíše z obavy z výsledků vyšetření než ze samotného průběhu kolonoskopie. Obavy prožívala také **I6**, která se o nutnosti podstoupení kolonoskopie dozvěděla od své praktické lékařky. Svou první reakci popsala takto: „*Cítila jsem se špatně, ale když jsem zjistila, že musím, tak jsem prostě musela.*“ Obavy prožívala (**I6**) především proto, že jí přišlo divné, že jí má „*někdo něco strkat do konečníku*“. Kvůli strachu z bolesti a nepříjemnosti celého vyšetření **I7** dokonce skoro nespala. Své negativní pocity před kolonoskopií popsala také **I8**, která doslova řekla: „*Měla jsem velké obavy, to je snad jasné. Bála jsem se, abych to všechno zvládla, protože při velké bolesti omdlévám.*“

Pouze **I9** před kolonoskopií nevnímal negativní emoce, cítil se „*v pohodě*“. Jako odůvodnění uvedl svou povahu, je prý „*tvrd'ák*“. Se vším, co se týká kolonoskopie byla dle svých slov „*sama v sobě smířená*“ **I2**, která o vyšetření požádala z vlastní iniciativy. Pocitu „*smíření*“ však předcházela strach z výsledků vyšetření. Informantce se honily

hlavou nejhorší myšlenky, a to také proto, že je zdravotník a ví, ke kterému onemocnění mohly příznaky směřovat. Naopak **I1** se k vyšetření snažila přistupovat racionálně a jako příklad své racionalizace uvedla: „*Stejně vypadáme všichni stejně.*“ Z jejích slov dále vyplynulo, že ženy vnímají toto vyšetření lépe, protože jsou zvyklé na pravidelné gynekologické prohlídky, tudíž na časté vstupování do intimní zóny. Ve vnímání celého vyšetření jí pomohla také její povaha, kterou popisuje následovně: „*Já jsem typ člověka, který když ví, že je něco nutné, tak to přijme a nevadí mu to.*“

Přestože 8 z 9 dotazovaných pociťovalo před vyšetřením strach, se svými pocity se sestře svěřili jen 4 z 8 těchto informantů. **I4** se sestře nesevěřila proto, že o svých pocitech nechtěla mluvit. Důvodem, kvůli kterému se sestře se svými pocity nesevěřila **I1** a **I6**, byla v první řadě jejich povaha, protože své pocity a emoce prý drží spíše uvnitř své osobnosti a neprojevují je navenek, pokud se nejedná o něco vážného. Jako další důvod, na kterém se tyto dvě informantky shodují, uvedly, že se jich nikdo na jejich pocity neptal a ony se proto domnívaly, že nikoho nezajímají.

Naopak zbylí informanti své pocity se sestrou sdíleli. Díky tomu, že se **I2** svěřila, ji sestra držela při vyšetření za ruku. Když se sestře se svým strachem svěřila **I7**, bylo jí odpovězeno, ať se nebojí. Tato odpověď pro ni nebyla zcela dostačující, protože strach vnímala stále. Souhrnně lze říci, že pokud se pacienti sestře svěřili, snažily se sestry jejich pocity zmírnit.

Pokud informanti ve své odpovědi uvedli, že před kolonoskopií pociťovali strach či jiné negativní pocity, byla jim položena doplňující otázka, zda podle nich lze tyto negativní pocity zmírnit či úplně eliminovat, popřípadě jak. Například **I2** k pocitu „*smíření*“ pomohl fakt, že pak bude vědět, „*na čem je*“. Podle **I6** negativní pocity před kolonoskopií zmírnit nelze a je důležité si toto vyšetření prožít a díky tomu zjistit, jak se liší skutečnost od očekávání. Jak sama tato pacientka uvádí: „*Předtím jsem se bála, že to nevydržím. Teď už vím, že se to dá vydržet.*“ Jak již bylo uvedeno výše, **I3** před kolonoskopií strach pociťovala, avšak profesionální a pozitivní přístup zdravotnického personálu způsobil, že spolupracovala. K období před kolonoskopií **I1** podotkla: „*Já jsem se bála vyloženě toho neznáma. Což si myslím, že tohohle strachu by mě asi nikdo už nezabavil. Tento strach provází asi každého, kdo jde na nějaký výkon poprvé. Je možné, že kdyby se mnou někdo komunikoval, cítila bych se příjemněji. Zkrátka si myslím, že by mě toho strachu už nikdo nezabavil, maximálně by mi to čekání na výkon*

zpříjemnili. *Ale to je otázka spíš dyskomfortu a nejistoty, ne strachu. Sestry by mohly spíš zmírnit mou nejistotu komunikací se mnou na lůžku.*“ **I7** se před kolonoskopií uklidňovala tím, že se snažila věřit lékařům a také doufala, že *„jak to má být, tak to bude“*. Podle ní je u každého strach jinak silný, pokud si však někdo vyšetření zažije na vlastní kůži, podruhé už se tolik nebojí.

### Podkategorie 3.2- Pocity během kolonoskopie

V návaznosti na pocity před kolonoskopií byli informanti vyzváni k odpovědi na otázku, jaké měli pocity při vyšetření. **I1**, **I4**, **I5** a **I8** pociťovali při kolonoskopii bolest, nicméně **I5** léky pro zmírnění bolesti nechtěla, neboť jak sama popisuje: *„Říkala jsem si, že jsem velká holka, když jsem vydržela trhání osmiček a porod. Myslím si, že to nebylo tak hrozné, když jsem to vydržela.* Nepříjemné pro **I4** bylo při vyšetření být *„vysvlečená a ukázat na někoho zadek.“* **I1** byla dle svých slov v rozpacích z výsledku vyšetření, protože na endoskopickém sálku reagovala lékařka na její problémy slovy: *„A jéje, a jéje.“* Eliminovat nepříjemné pocity jí během vyšetření pomohla sestra, která asistovala lékařce. Jak sama řekla: *„Ale ta sestřička, ta byla super, po celou dobu vyšetření se mě dotýkala, díky tomu jsem neměla pocit, že jsem tam sama s doktorkou, která mi moc příjemná nebyla.“*

Pozitivní či neutrální pocity vnímalo 5 informantů. Například **I3** se považovala za statečnou vzhledem k obavám, které vnímala před vyšetřením. Příjemně překvapená byla také **I2**, která od známých slyšela o bolestivosti a nepříjemném pocitu nafouknutí během kolonoskopie, ale dle svých slov nic takového nevnímala. Bolest pociťovala při plnění střeva vzduchem na krátký okamžik **I8**, avšak i přesto měla pocit, že se celé vyšetření uskutečnilo v příjemné atmosféře. Během vyšetření se cítil dobře také **I9**, který byl spokojen se způsobem, jakým s ním bylo na endoskopickém sálku zacházeno, tedy podle jeho slov *„šetrně a klidně“*. Pocity při první a poslední kolonoskopii byly dle **I6** rozdílné, doslova uvedla: *„Ted, při poslední kolonoskopii, jsem se cítila dobře, uklidněně a věřila jsem, že to dobře dopadne. Při první kolonoskopii jsem byla mladší a přistupovala jsem k tomu riskantněji.“* Pouze **I7** si kvůli podané injekci na průběh vyšetření moc nepamatovala. Jediné, na co si vzpomněla, bylo, že neměla bolesti, a proto to bylo *„fajn“*.

### Podkategorie 3.3- Pocity po kolonoskopii

Na předchozí otázky logicky navazovalo dotazování informantů na pocity, které prožívali po kolonoskopii. Čtyři z devíti informantů (**I2**, **I3**, **I4**, **I9**) ve své odpovědi uvedli, že se cítili unaveně. Kromě únavy cítila **I4** také radost, protože měla vyšetření za sebou a lékaři prohlédli střevo tak, jak bylo potřeba. Strach z výsledků vnímala především po první kolonoskopii, při dalších již ne. Smutná byla během celého rozhovoru **I7**, protože jí na základě výsledků kolonoskopie čekala druhý den operace. Předoperační příprava zahrnovala také pití pročišťovacího roztoku, přičemž právě přípravu střeva považovala dotazovaná za nejhorší období související s kolonoskopií.

Dále pak byly pocity pacientů po kolonoskopii rozdílné. Například **I1** toto období popsala takto: „*Před propuštěním za mnou přišla lékařka, která prováděla kolonoskopii, a dala mi zprávu. Řekla, že se mám objednat ke svému praktikovi a odešla. Myslím si, že se mohla pozastavit a zeptat se, zda je všechno v pořádku. Ale to ne, lékaři to nechávají na sestřích, takže až když přišla sestra, tak se zeptala, jak se cítím, zda se mi nemotá hlava a tak. Po tom zákroku jsem vlastně cítila docela úlevu, že to nebylo tak hrozné, jak jsem si představovala, a že už to mám za sebou. Ohledně těch problémů, které jsem předtím měla, tak jsem se potom samozřejmě bála, co to může být.*“ **I3** odpočívala po vyšetření přibližně hodinu na „dospávacím“ lůžku, kde čekala do odeznění léků, aby se „vrátila do reality“. Právě kvůli lékům aplikovaný při vyšetření si období po něm moc nepamatuje, ale necítila bolest ani jiné problémy, proto měla radost, že vyšetření zvládla. Stejně pocity prožívaly po kolonoskopii také **I5** a **I8**, které se cítily dobře proto, že je nic nebolelo a těšily se z dobrého výsledku vyšetření.

### Podkategorie 3.4- Vnímání kolonoskopie zpětně po jejím podstoupení

Osobní zkušenost s kolonoskopií dává pacientům možnost utvořit si vlastní názor na toto vyšetření a porovnat informace, které získali od svých blízkých nebo lékařů, s realitou, kterou zažili. Pět informantů (**I1**, **I3**, **I4**, **I5**, **I7**) se shoduje v tom, že by se další kolonoskopie tolik nebáli. Eliminaci strachu díky zkušenosti s kolonoskopií uvedla **I7**, která by při další kolonoskopii měla obavy spíše z pití roztoku než z vyšetření samotného. Nejhorší pro ni totiž bylo časté vypouštění stomického pytlíku a podrážděná kůže v okolí stomie. Pocity z první a druhé kolonoskopie popsala **I3** následovně: „*Před prvním vyšetřením jsem se bála strašně moc, teď jsem tam šla jako na návštěvu k dobrým přátelům, kteří mi jako bonus udělají vyšetření a zjistí, že mi nic není. Něco*

*jako když jdete na prevenci k zubaři a víte, že když si pořádně a pravidelně čistíte zuby, tak by tam neměl být žádný kaz.“*

**I6** je zpětně ráda, že toto vyšetření podstoupila, protože se díky tomu dozvěděla více informací o kolorektálním karcinomu, a také si uvědomuje, že pokud by toto vyšetření nepodstoupila včas, mohla by vykrváct. S úsměvem na rtech na kolonoskopii vzpomínala také **I5**. Na otázku, jak zpětně hodnotí kolonoskopii, odpověděla: *„Každému, kdo se mě na to zeptá, tak říkám, že to není nic hrozného, že se to dá, že když to přežiju já, tak to přežije kdokoliv jiný. Vždycky je tam možnost nechat si něco píchnout. Pokud se mě tedy někdo zeptá na můj názor, tak jim to doporučím a popravdě řeknu, že na to nemám škaredé vzpomínky, že bych to nechtěla už nikdy v životě zažít. Podle mě je to jedno z nejdůležitějších vyšetření tlustého střeva.“* Pokud by měla **I1** znovu podstoupit kolonoskopii, potřebovala by více času mezi poslední dávkou roztoku a vyšetřením. Nedostatek času v tomto období totiž vnímala při první kolonoskopii jako negativní. Příště by tato pacientka nejspíše nepotřebovala sestru, která by se ptala na její pocity, protože by se tolik nebála a věděla by, co jí čeká. Stejný postoj, jako nyní, by k tomuto vyšetření zaujal **I9**, který by si *„vsugeroval, že vše dobře dopadne“*.

Pouze **I8** by se i při další kolonoskopii bála, protože se podle ní jedná o nepříjemné vyšetření. Na druhou stranu by již o tomto vyšetření věděla vše, což by mohlo znamenat méně doplňujících otázek než poprvé. Ke své odpovědi také doplnila: *„I jako laik si uvědomuji, že je (kolonoskopie) zřejmě důležitým diagnostickým postupem u mnoha onemocnění.“*

#### **Kategorie 4 – Komunikace sestry z pohledu pacienta**

Následující kategorie pojednává o názorech informantů týkajících se komunikace sestry s pacientem v souvislosti s kolonoskopií. V první podkategorii měli pacienti možnost využít svých zkušeností a popsat ideální komunikaci sester. Druhá podkategorie prezentuje odpovědi informantů týkající se celkového zhodnocení komunikace sestry.

##### Podkategorie 4.1- Ideální komunikace sestry

Jak si pacienti představují ideální komunikaci sester s nimi před kolonoskopií? Pět informantů (**I1, I2, I3, I5, I8**) z devíti ve své odpovědi zmínilo, že by pacientovi mělo být vysvětleno, jak vyšetření probíhá a co se bude dít. Dále by sestry měly být empatické a milé, na čemž se shodli informanti **I3, I5, I8**. Podle názoru **I4** by si sestra



měla také na rozhovor s pacientem udělat čas. **I1** získala základní informace od svého praktického lékaře, který byl dle jejích slov klidný a mluvil s ní „*jak k sobě rovnému*“, což v ní vyvolalo zmírnění strachu. Díky tomu by si tento přístup představovala i při ideální komunikaci s pacientem ze strany sestry. Rozhovor s pacientem před kolonoskopií by měl probíhat podle **I4** následovně: „*Hezky v klidu, vsedě a jen sestra s pacientem. Žádné pobíhající osoby kolem. Měl by na to být určitý časový rozestup mezi první zmínkou o tom, že pacient toto vyšetření podstoupí, a samotným vyšetřením. I personál na sálkách by se měl chovat k pacientovi ohleduplně a vysvětlovat vše, jako by tam byl pokaždé poprvé.*“ Informace před kolonoskopií by se měly podle **I8** týkat stravovacího režimu. Dvě informantky (**I2**, **I4**) ve svých odpovědích uvedly, že po sdělení informací týkajících se kolonoskopie by pacient měl mít prostor pro doplňující otázky a dostat možnost zeptat se na případné nejasnosti. Dle slov **I2** se pacienti často nemají možnost zeptat na doplňující otázky, kvůli čemuž jsou pak více nervózní. Tvrdí tak na základě své zkušenosti: „*Bylo mi řečeno, že vše je napsáno na papíru a dotazy jako takové mi zodpověděli až těsně před vyšetřením*“. Množství informací před kolonoskopií by mělo být dle slov **I9** úměrné strachu pacienta z vyšetření.

Další úlohou sestry by mělo být „*chlácholení*“ pacienta. Pod tímto pojmem si **I3** představuje, že sestra chápe obavy pacienta, znovu mu vysvětluje, jak bude vyšetření probíhat, a vede ho ke spolupráci. Podle **I1** je na místě říct, jak to opravdu bude a „*nemazat pacientovi med kolem pusy, prostě mluvit na férovku*“. Také by se před samotným vyšetřením měly pacientovi představit osoby, které budou při vyšetření přítomny.

Dle názoru **I2** by se sestry měly na endoskopickém sálku v ideální situaci chovat následovně: „*Sestra by se měla podle mě představit, zjistit proč přišel pacient na kolonoskopii, jestli už na ní někdy byl, popřípadě jaké měl pocity.*“ **I5** upozornila, že by se nemělo zapomínat také na respektování intimity pacienta, přeci jen se pacient musí před vyšetřením svléknout. Respektování intimity lze docílit vyhraněním místa, kde se bude pacient převlékat (například roh se závěsem) a kde budou připraveny „*kološortky*“ či župánek. Podle jejích slov (**I5**) by měl být pacient na sálku seznámen s endoskopem a jeho přibližnou hloubkou zavedení. Podle **I6** však sestry nemají čas s pacientem mluvit, což odůvodnila: „*Kdyby jich bylo víc, tak by si třeba mohla sednout a říct, jak se cítíte, jak to snášíte a tak, ale v tomhle množství pacientů, to se nedá nic dělat.*“

#### Podkategorie 4.2- Zhodnocení komunikace sestry pacientem

Na otázku, jak pacienti vnímali během přípravy ke kolonoskopii sestru, 3 z 8 dotazovaných (**I2**, **I3**, **I8**) uvedli, že sestra byla milá, hodná a vše hezky a srozumitelně vysvětlila. **I3** kladně hodnotí také to, že jí sestra nabídla jednorázové kalhotky. Podle **I2** byla sestra během přípravy k vyšetření milá a hodná, čímž bylo splněno očekávání této informantky vzhledem ke komunikaci sestry. Také **I8** měla pozitivní pocit z přístupu sestry před vyšetřením a uvedla rovněž, že měla pocit, že sestře může věřit.

Naopak **I1** od sester před kolonoskopií „čekala víc“, a to především osobnější přístup. Místo toho měla pocit, že je „jedna z mnoha, jak další na řadě“. Dle jejího názoru byly tyto pocity způsobeny také z části komunikací sester. Před vyšetřením jí totiž „jen zavedly kanylu a daly šortky, to bylo celé“. Ke své odpovědi také dodala: „Vím, že sestry nestíhají, ale nějaká povzbudivá věta to hodně pacientovi ulehčí.“ Pro 2 z 8 informantů (**I4**, **I9**) byla sestra před kolonoskopií především osoba, která přinesla prášek na ředění roztoku a řekla časový interval, ve kterém pacient má roztok vypít. Informantky **I4** se sestry dále ptaly, jak pití roztoku zvládala a v jaké fázi je pročišťování střev.

Další otázka, která byla během rozhovoru položena, se týkala toho, zda sestra s pacientem během vyšetření komunikovala. Se šesti informanty (**I1**, **I2**, **I4**, **I6**, **I7**, **I8**) sestra v průběhu kolonoskopie mluvila. Podle **I1** se setra snažila pacientku před vyšetřením přivést na jiné myšlenky a během samotné kolonoskopie pak utěšit. Používala slova jako: „Pššt, dobrý, dobrý.“ Díky těmto slovům bylo prolomeno ticho, které pacientce nebylo příjemné. Odvést pozornost pacientky od vyšetření se snažila také sestra, která byla přítomna při vyšetření **I2**. Tuto komunikaci hodnotí **I2** jako příjemnou. S **I4** mluvila sestra při kolonoskopii následovně: „Ptala se, jak to zvládám. Říkala mi, jak zhruba dlouho to ještě bude trvat a jak správně dýchat, aby byly bolesti mírnější.“ Díky těmto větám se pacientka nesoústředila tolik na bolest a nepříjemnost celého vyšetření. Sestra se při kolonoskopii v případě **I8** zajímala především o to, zda informantka cítí bolest a zároveň ji upozornila na nepříjemné pocity při plnění střeva. Podle **I7** bylo lepší, že s ní sestra mluvila, než aby na sálku bylo „trapné ticho“. Dále doplnila: „Bylo to příjemné, a nakonec to nebylo ani tak zlé, jak jsem si představovala.“

Pouze tři informanti (**I3**, **I5**, **I9**) uvedli, že s nimi sestra při vyšetření nemluvila. S **I5** mluvil především lékař, sestra při vyšetření přítomna nebyla. Podle informantky to však nevadilo, protože měla psychickou podporu v manželovi, který s ní mohl být během celého vyšetření, držet ji za ruku a podporovat ji. Možnost mít při tomto vyšetření po boku manžela hodnotila velmi kladně. Doslova **I5** uvedla: *„Byla to vlastně taková psychoterapie, když vás někdo drží za ruku a říká vám: ‚Ještě chvíli, vydrž,‘ to je strašná podpora. Hlavně u takového nepříjemného vyšetření, mít tam blízkého člověka a ne jen cizí lidi okolo.“* Doplnila také, že pokud by pacient při kolonoskopii neměl možnost mít vedle sebe blízkého a byl by na endoskopickém sálku sám s lékařem a sestrou, měla by sestra zastat roli psychické podpory a vhodnými otázkami zjistit, zda má pacient bolesti, a zajistit mu pohodlí, aby vyšetření zvládl až do konce. Stejně jako s předešlou informantkou, ani s **I3** a **I9** sestra během nekomunikovala. V případě **I9** sestra pacientovi pomohla zaujmout vhodnou polohu, avšak mluvil s ním spíše lékař. Na otázku, zda chtěl během kolonoskopie se sestrou mluvit, odpověděl: *„Ani ne, ona když na mě uvidí, že mi není dobře, tak něco udělá, ale jinak je nebudu rušit přece v práci.“*

Z odpovědí informantů logicky vyplynulo, že informace před vyšetřením nebyly pro všechny dostačující. Proto jedna z otázek odhalovala, zda měli pacienti možnost se sestry zeptat na doplňující otázky týkající se kolonoskopie. Sedm informantů (**I2**, **I3**, **I4**, **I5**, **I7**, **I8**, **I9**) odpovědělo ano, nebo asi ano. Například **I9** neměl žádné doplňující otázky, protože mu nepřišlo důležité se doptávat. Proto si není úplně jist, zda tuto možnost měl, nicméně z chování sester na oddělení usoudil, že pokud by se sester zeptal, bylo by mu odpovězeno. Stejně tak se před vyšetřením sester neptaly ani **I3** a **I4**. Důvodem pro **I4** byl dostatek informací, vše věděla. **I3** tuto situaci vysvětlila tím, že jí žádné otázky v tu chvíli nenapadly.

Možnosti zeptat se sestry využila před vyšetřením **I2**, která se zajímala především o délku výkonu, jeho průběh a farmaka, která jí budou podána. Sestra na tyto otázky odpovídala *„adekvátně, bylo vidět, že ví, o čem mluví“*. Své otázky sestře pokládala také **I5**, kterou na rozdíl od **I2** zajímalo, jaké je nejmenší nutné množství tekutiny pro pročištění střeva a čím roztok naředit, aby se dal snáze vypít. Sestra dala této informantce dostatek prostoru pro otázky, na základě čehož měla **I5** pocit, že ji společná konverzace neobtěžuje. Dalšími, kteří se sestry ptali v období před kolonoskopií, byli **I7** a **I8**. **I7** se doptávala na *„uspání a bolestivost vyšetření“*, přičemž jí sestra na vyslovené

otázky odpověděla. Naopak **I8** otázky nekladla, ale protože měla velký strach z vyšetření a bolesti při něm, sestra jí vše znovu a v klidu vysvětlila a ona se tak zklidnila.

V druhé polovině rozhovoru měli informanti ve své odpovědi zhodnotit komunikaci i přístup sester k nim během vyšetření. 8 (**I1, I2, I3, I4, I6, I7, I8, I9**) z 9 informantů, kteří na tuto otázku odpověděli, hodnotili přístup i komunikaci kladně. **I2** byla spokojená, protože sestra byla příjemná a „dobře se s ní komunikovalo“. Také podle **I3, I4, I6 a I8** byly sestry milé a vstřícné. Do svého hodnocení zahrnuje **I3** také následující: „Vysvětlila mi, co bylo potřeba, uklidnila mě a řekla, že se těší, až přijdu. Ale nebylo to škodolibé, ale opravdu upřímné.“ Tímto sestra splnila potřeby pacientky „na 100 %“. Podle **I6 a I7** by si sestra zasloužila „jedničku“. Svě kladné hodnocení doplnila také **I4**, která jej odůvodnila slovy: „Když sestra viděla, že mě to bolí, začala mi sama pomáhat dýchat, držela mi nohy víc pokrčené a snažila se ptát na jiné věci, aby odlehčila situaci. Takže naprostá spokojenost.“ Svou odpověď doplnila také **I8**, která řekla: „Sestra na mě působila velmi vstřícně. Když na mě viděla, že mám strach, nebo mi to je nějak nepříjemné, tak se snažila odvést mou pozornost jiným směrem a díky tomu jsem se trochu uklidnila.“

Další částí rozhovoru, ve které mohli pacienti vyjádřit své představy a zakomponovat do ní také získané kladné či negativní zkušenosti, byla otázka, zda je něco, co by pacienti na přístupu sestry nebo na její komunikaci s nimi chtěli změnit. Šest informantů (**I3, I4, I6, I7, I8, I9**) z devíti oslovených by dle svého názoru nic neměnilo. **I7 a I9** shodně dodali, že „vše bylo tak, jak to mělo být“ a **I8** dokonce uvedla, že „lepší to být nemohlo“. **I6** svůj názor zhodnotila také na základě množství práce, kterou sestry při směně musí obstarat, a řekla: „Na to, jaký je tu provoz, si myslím, že to byl standard oddělení.“ Dvě informantky (**I1, I2**) nabídly možnosti, jak zlepšit komunikaci sestry a pacienta v souvislosti s kolonoskopií. **I2** se k tomuto vyjádřila: „Podle mě by bylo určitě dobré, kdyby sestry před vyšetřením věnovaly pacientům víc času. Především proto, aby měli pacienti čas na své dotazy.“ Nedostatek času je dle **I2** zapříčiněn tím, že se jedná o „byznys“, což znamená „moc pacientů v malém časovém úseku“. **I1** vnímala jako slabou stránku přístup sester na lůžkové části kliniky. Jak ona sama řekla: „I přesto, že sestřičky nebyly zlé, chyběl mi lidský přístup.“ Vhodné by také dle jejího názoru bylo, aby ji někdo upozornil na to, že si má zařídit doprovod. Svou odpověď zakončila následovně: „Ono se to nezdá, ale třeba i úsměv a slovíčka jako: „Nebojte se, to bude

*dobré.' Jsou to slova, která se podle mě zbytečně znehodnocují. A tomu pacientovi to pomůže a sestře to nezabere čas, vždyť stejně projde kolem pacientovy postele tolikrát.'*

## 5 Diskuze

Kolonoskopie je endoskopickým vyšetřením, které je využíváno v diagnostice onemocnění tlustého střeva. Neopomenutelné postavení má také v oblasti screeningových vyšetření, kde se podílí na sekundární prevenci kolorektálního karcinomu, který je v současné době čtvrtou nejčastější příčinou úmrtí onkologicky nemocných pacientů na světě (Čavlina a Rustemovič, 2017). Vzhledem k tomu, že je při vyšetření kolonoskop zaváděn do tlustého střeva transanální cestou, je pochopitelné, že se jedná z pohledu pacienta o intimní vyšetření. Také proto vyžaduje důraz na vhodně zvolené komunikační intervence sestry před, při i po vyšetření.

Cílem této bakalářské práce bylo zmapovat problematiku komunikace sestry z pohledu pacienta podstupujícího kolonoskopii. Pro empirickou část byly stanoveny tři výzkumné otázky. První výzkumná otázka zněla následovně: ***Jakou komunikaci očekávají pacienti před kolonoskopií?*** Z rozhovorů s informanty vyplynulo, že pacienti před kolonoskopií očekávají především vlídný a empatický přístup sestry, díky kterému bude eliminován jejich strach. Dále očekávali individuální přístup a ochotu sestry vysvětlit jim jejich případné dotazy. Jedna z dotazovaných (**I1**) dle své odpovědi před vyšetřením netoužila ani tolik po informacích, ale spíše po milém slově od sestry, protože jí vyšetření čekalo poprvé. Ve svých názorech se informanti shodli se Slezákovou et al. (2010), kteří se zmiňují o psychické přípravě pacienta před vyšetřením zahrnující informace o tom, jak bude kolonoskopie probíhat. Pokud tedy sestra zjistí pacientova očekávání, může zvolit vhodné intervence pro jejich splnění a saturovat tak jeho komunikační potřeby. Může díky tomu být pro pacienta psychickou podporou i erudovaným odborníkem.

Na základě výsledků výzkumného šetření můžeme říci, že očekávání pacientů vzhledem ke komunikaci bylo rozdílné. Pro některé znamenal splnění očekávání individuální přístup a zodpovězení doplňujících otázek, naopak pro jiné to byla klidná komunikace „na úrovni“, jak uvedla **I2**. Takto rozdílná očekávání mohou být pro sestru impulsem k zamýšlení nad hodnotami pacienta, které jí dále mohou pomoci při jejich vzájemné komunikaci. Vzhledem k tomu, že většina informantů pocítovala obavy z bolestivosti výkonu, je logické, že jejich častou otázkou v období přípravy k vyšetření bylo, zda je vyšetření bolestivé a jaké je případné řešení ze strany zdravotnického personálu. V tomto případě může sestra svým přístupem a klidnou, profesionální komunikací

pacientovi zopakovat potřebné informace a případně vyhradit prostor pro jeho doplňující otázky.

Pokud se zaměříme pouze na očekávání související se získáním informací před vyšetřením, zjistíme, že se velmi liší. Nejčastěji však byly očekávány informace o přípravě k vyšetření, bolestivosti vyšetření a délce kolonoskopie. Právě v období přípravy může dojít ze strany pacienta k neporozumění. Tento fakt může dále zapříčinit nedostatečnou přípravu pacienta, nebo jinou nežádoucí situaci. Prevencí ze strany sestry může být opakovaný a pomalý výklad základních informací bez používání odborných termínů, využití edukačních materiálů, adekvátní množství informací a průběžná reakce na neverbální komunikaci pacienta. V tomto názoru se shodujeme se Zacharovou a Šimíčkovou-Čížkovou (2011), podle kterých by měl dostatek informací způsobit nižší výskyt pochybení ze strany pacienta v souvislosti s vyšetřením. Někteří informanti očekávali mimo jiné informace o období po vyšetření, o poloze či důvodu provádění kolonoskopie. Například pro **I5** bylo hlavní vědět, že pokud bude cítit bolest, budou jí aplikovány léky pro zmírnění tohoto nepříjemného pocitu. Psychická podpora ze strany sestry může v tomto případě znamenat také ujištění, že pacient nebude při vyšetření trpět bolestí. K edukaci mohou být sestře nápomocny například internetové stránky, videa, fotky apod. Podle většiny informantů byla jejich očekávání splněna, z čehož vyplývá, že sdělené informace byly buď dostačující, nebo získali informace o vyšetření jinou cestou. V současné době je mnoho internetových stránek, které nabízí svým čtenářům informace o prevenci kolorektálního karcinomu, a tedy i o kolonoskopii. Důležitým atributem je však výběr validních informací, v čemž může být pacientovi nápomocný lékař nebo sestra.

Aby došlo k propojení očekávání s realitou a případnému odhalení nedostatků, které pacienti v komunikaci objevili, byla jim položena následující otázka. Jak by podle Vás měla vypadat ideální komunikace sester s pacientem před kolonoskopií? Ačkoliv byly odpovědi velmi rozmanité, shodli se informanti především v následujícím. Pacient by měl být informován o průběhu a účelu vyšetření, o pití pročišťovacího roztoku a o dietě spojené s obdobím před vyšetřením. Dále by podle nich měly být sestry milé, empatické a ochotné zodpovědět pacientovy otázky. Podle **I4** je také důležité, aby rozhovor probíhal pouze mezi pacientem a sestrou v klidném prostředí. Na základě získaných informací můžeme říci, že informanti ve svých odpovědích nastínili některá ze základních pravidel pro efektivní komunikaci mezi nimi a sestrou. Podle Šrámkové

(2007) by měla být efektivní komunikace zřetelná, stručná, jednoduchá a přizpůsobená reakcím pacienta. Je tedy zřejmé, že individuální přístup je jedním ze základních pravidel úspěšné komunikace.

Druhá výzkumná otázka se zaměřovala na hodnocení komunikace sestry ze strany pacienta a zněla následovně: ***Jak pacienti, kteří podstoupili kolonoskopii, hodnotí komunikaci sestry?*** Z rozhovorů vyplynulo, že s komunikací byli informanti většinou spokojeni. Pouze **II** chyběl u sester na lůžkové části oddělení „*lidský přístup*“. Dále také uvedla: „*Vím, že sestry nestíhají, ale nějaká povzbudivá věta to hodně pacientovi ulehčí.*“ Naopak komunikaci se sestrou, která byla přítomna na endoskopickém sálku, hodnotí velmi kladně. Informantka se proto sama zamyslela nad možnou příčinou rozdílných přístupů k ní. Po krátkém zamyšlení řekla: „*Sestra, která má víc času, má možná více času na to, aby si uvědomila, že by mohla pacienta uklidnit,*“ z čehož vyplývá, že by si sestra měla na komunikaci s pacientem vyhradit dostatek času a aktivně mu naslouchat. Naslouchání však neznamená pouhé vyslechnutí vyřčeného, ale také vnímání kontextu, osobnosti pacienta i pocitu sdílení. Jednou větou jej vystihuje Kutnohorská (2007, s. 47): „*Naslouchat znamená podstatně více nežli jen slyšet, co nám kdo říká.*“ Také jiní autoři poukazují na tuto komunikační dovednost, například Venglářová a Mahrová (2006) považují naslouchání za nejdůležitější součást rozhovoru. Zamysleme se tedy nad tím, zda umíme pacientům naslouchat.

Pokud se zaměříme na vedení komunikace mezi sestrou a pacientem před vyšetřením, dojdeme k závěru, že někteří pacienti vnímali sestru pouze jako osobu, která je seznámila s postupem přípravy a určila časové rozmezí, kdy by měli vypít roztok. Dle ostatních byla sestra milá, hodná a srozumitelně vysvětlila postup i přípravu k vyšetření. V **I8** vzbuzovala sestra důvěru. Pokud má pacient k sestře důvěru a je mu projevován zájem o jeho situaci, lze předpokládat, že pro něj bude snazší mluvit o svých pocitech. Podle Ptáčka (2011) je projevem důvěryhodnosti sestry kultivované vyjadřování a vystupování a dostatečné odborné znalosti i vzhled. Záleží tedy na mnoha faktorech, které utváří úroveň komunikace mezi sestrou a pacientem. V tomto případě si dovolíme připomenout, že: „*Vztah mezi sestrou a pacientem patří ve zdravotnické praxi ke vztahům základním*“ (Zacharová a Šimíčková-Čížková, 2011, s. 260). Sestra i pacient mají své role, avšak je pouze na nich, jak je budou rozvíjet. Několik zásad vedení komunikace uvádí Juřeníková (2010), podle které by sestra měla komunikaci přizpůsobit znalostem člověka. Komunikace by měla být výstižná, jednoduchá a dobře



načasovaná. S tím souvisí také schopnost sestry odhadnout osobnost pacienta a zvolit vhodný individuální přístup. Vzhledem k pocitům, které pacienti před vyšetřením prožívají, může sestra k jejich překonání využít prvky terapeutické komunikace. Protože se v názoru na přínos komunikace před vyšetřením ztotožňujeme s Pěchoučkovou (2005, s. 61), dovolíme si připomenout její tvrzení: „*Z naší praxe známe, že vlivné slovo a vysvětlení celého vyšetření je někdy lepší než farmakologická premedikace.*“

Subjektivní názor pacientů by měl být pro sestru velmi důležitý, protože může odhalit chyby, kterých si ona nemusí být vědoma. Velmi kladně byla pacienty hodnocena komunikace sester při vyšetření. Sestry byly klidné, reagovaly na projevy jejich bolestí a byly jim podporou. Pozitivně hodnotí svou zkušenost s přístupem sester **I5**, se kterou mohl být během vyšetření manžel. Vzhledem ke svému velkému strachu z vyšetření vnímala manžela jako velkou psychickou podporu. Přítomnost sestry proto nepovažovala za důležitou. Možnost mít vedle sebe blízkého člověka může mít zajisté na pacienta zklidňující účinek a může být také cestou k lepší spolupráci. Zamysleme se tedy nad tím, proč pacienti nemohou mít u sebe při tomto vyšetření vždy osobu blízkou. Její přítomnost může u některých pacientů navodit pocit bezpečí a zlepšit tak spolupráci mezi nimi a zdravotnickým personálem. Avšak i přítomnost této osoby s sebou nese svá pravidla. Potřebu bezpečí lze vnímat jako potřebu mít situaci pod svou kontrolou a mít o aktuálním dění přehled (Plevová et al., 2011b), čehož může trpělivým vysvětlováním a empatickým přístupem dosáhnout také sestra.

Některé sestry se snažily pacienty těsně před vyšetřením rozptýlit, což bylo pro všechny informanty velmi příjemné. Jedna ze sester pak pacientku (**I8**) upozorňovala na okamžiky, kdy může pociťovat nepříjemné pocity. Tento přístup hodnotíme kladně, protože se domníváme, že očekávaná bolest je pacienty lépe snášena. Tento názor potvrzují také Bartůněk et al. (2016, s. 210), kteří se vyjadřují takto: „*Očekávaná bolest, jejíž výsledek je smysluplný, je zpravidla lépe snášena než bolest neznámé etiologie a nejisté prognózy.*“ Vysvětlení příčiny bolesti, upozornění na dobu jejího trvání či možnost aplikace léků na její tlumení tak může být pro pacienta cestou k méně zatěžující situaci. Celkově pacienti hodnotili komunikaci sester velmi kladně. Někteří sice objevili jisté nedostatky, avšak většina z nich by na komunikaci, kterou zažili, nic neměnila. Ba naopak, sestry splnily jejich očekávání až nad míru. Část z informantů využila možnost zeptat se sestry na doplňující otázky. Zajímalo je například minimální

množství roztoku pro pročištění střeva či podávaná farmaka pro tlumení bolesti. Na tyto otázky sestry reagovaly klidně, profesionálně a neprojevovaly nezájem nebo nechut' odpovídat.

Poslední výzkumná otázka, která byla stanovena na základě cíle této bakalářské práce, zněla: *Jaké pocity prožívají pacienti v souvislosti s kolonoskopií?* Důvody, kvůli kterým je kolonoskopie prováděna, jsou rozdílné stejně jako pocity, které pacienti v souvislosti s ní prožívají. Velmi často se pocity pacientů promítly do velké části rozhovoru. První sdělení o podstoupení kolonoskopie vnímali skoro všichni informanti negativně. Jejich reakce byly například: „Bylo mi hrozně“ (I4); „A už je to tu!“ (I5); „Měla jsem velké obavy, to je snad jasné“ (I8) apod. Tato slova přesně vystihovala pocity, o které se s námi informanti následně podělili. Pociťovali především strach z výsledků, průběhu a bolestivosti vyšetření. O nepříjemných pocitech pacientů před kolonoskopií se zmiňují v odborné literatuře také Miller et al. (2015). Negativně pacienti vnímali také pomyšlení, že při kolonoskopii je endoskop zaváděn transanální cestou, což znamená vkročení do jejich intimní zóny. Někteří informanti o těchto pocitech nechtěli mluvit, avšak jiní ocenili možnost svěřit se sestře. Důvodem, proč se nesvěřili, byla především jejich povaha nebo se dle jejich slov na jejich pocity nikdo neptal, a proto usoudili, že nikoho nezajímají. Pokud se pacient sestře svěří, jedná se o projev důvěry a vytvoření vztahu. Proto by ho sestra neměla odbýt frázemi, které by ho mohly odradit v další komunikaci. Naopak je vhodné vyjádřit zájem o aktuální situaci, reagovat klidně, empaticky a společně s pacientem se snažit najít východisko. Reakce sester na pocity pacientů byly rozdílné. Některé ze sester informanty chytily za ruku, řekly ať se nebojí, vše jim znovu vysvětlily anebo se je snažily uklidnit jiným způsobem. Podle Zacharové (2016) může strach představovat v komunikaci výraznou bariéru, a proto je potřeba ho co nejdříve eliminovat.

Díky tomu, že mezi informanty byli také zdravotníci, lze tvrdit, že i přesto, že o vyšetření věděli více, strach z něj měli stejný jako laici. Na základě této informace je vhodné připomenout, že by měla sestra při komunikaci se zdravotníky v roli pacientů komunikovat bez předsudků. Zjištění pacientových pocitů by mělo být prvním krokem k hledání vhodného východiska. Avšak podle některých informantů nelze strach zcela odstranit, protože je normální bát se neznámého. Lze však eliminovat dyskomfort, který je s ním spojený. Za velmi nepříjemnou část přípravy považují informanti pití pročišťovacího roztoku. Jeho množství i chuť přispěli k tomuto tvrzení. Pro některé to

bylo horší než samotné vyšetření. S tím se ztotožňují také Falt a Martínek (2015), podle kterých vnímají někteří pacienti proces přípravy střeva hůře než samotnou kolonoskopii.

A jak se cítili pacienti při vyšetření? Opět jsme získali velmi rozmanité odpovědi. Někteří prožívali nepříjemné a bolestivé vyšetření, jiní vzpomínali na příjemnou atmosféru na endoskopickém sálku. **I5** doufala, že se při vyšetření ve střevě nenajde patologický nález, a **I3** se považovala za „statečnou“, protože spolupracovala bez problémů s lékařem. Z těchto odpovědí tedy vyplývá, že v pocitech pacientů se odrazily všechny předešlé skutečnosti i jejich osobnost. Během vyšetření sestra zmírňovala nepříjemné pocity **I1** doteky a utěšujícími slovy. Tato informantka hodnotila přístup sestry velmi kladně, protože díky němu bylo prolomeno ticho na sálku. Na druhou stranu by však tento přístup nemusel být příjemný jinému pacientovi. Právě proto by měla sestra vnímat řeč těla pacienta (Venglářová a Mahrová, 2005).

Po kolonoskopii byli pacienti velmi často unavení a zbytek dne nabírali síly. Podle výsledků vyšetření se dále dělily pocity pacientů na dvě skupiny. Díky tomu, že u tří informantů nebyla při vyšetření nalezena žádná patologie, mohli po krátké době odejít domů a věnovat se odpočinku. Podstoupení kolonoskopie pro ně také znamenalo informace o možné příčině jejich problémů a následujícím postupu. Jedna z informantek (**I7**) své pocity po vyšetření nevyjádřila slovně, avšak podle neverbální komunikace a tónu hlasu soudíme, že byla smutná. Ke konci rozhovoru se svěřila s příčinou svých pocitů. Druhý den měla podstoupit operaci, a proto znovu pila pročišťovací roztok pro přípravu střeva. Také v tomto případě by sestra mohla uplatnit prvky terapeutické komunikace, díky které by měla pacientka možnost sdílet své pocity a najít v sestře psychickou podporu (Zacharová et al., 2011).

Na závěr rozhovoru byli pacienti dotazováni, jak by ke kolonoskopii přistupovali nyní po své zkušenosti. Čtyři informanti by nyní z kolonoskopie neměli obavy v takové míře jako poprvé. **I5** by ostatním toto vyšetření doporučila, protože se dá zvládnout. Doslova uvedla: „Podle mě je to jedno z nejdůležitějších vyšetření tlustého střeva. Ti lidé to přežijí, dá se to.“ Na samotný závěr diskuze bychom rádi doplnili vysvětlení, proč jsme se tak podrobně zabývali subjektivními pocity pacientů, kteří podstoupili kolonoskopii. Na pocity pacientů související s danou problematikou jsme se zaměřili především proto, že pokud sestra o pocitech pacienta ví, může s nimi dále pracovat. S největší pravděpodobností budou pacienti, kteří podstoupili kolonoskopii, své subjektivní pocity

šířit do svého okolí a díky tomu může vzniknout pozitivní či negativní pohled na toto vyšetření. Pokud budou lidé slyšet kladné ohlasy, může být do jisté míry snížena intenzita strachu spojeného s kolonoskopií. Může to být právě sestra, kdo změní pacientův názor na kolonoskopii a zlepší jeho celkové prožívání vyšetření a pocity s ním související.

## 6 Závěr

Tato bakalářská práce s názvem „*Komunikace sestry u pacienta podstupujícího kolonoskopii*“ se zabývá problematikou komunikace sestry z pohledu pacientů, kteří již toto vyšetření podstoupili. Kvalitativní výzkum empirické části zmapoval potřeby pacientů vzhledem ke komunikaci, které se jim dostalo od sester. Součástí rozhovoru byly také otázky související s očekáváním pacientů. Z výsledků výzkumného šetření vyplynulo, že pacienti od sestry očekávají především empatický, klidný přístup a ochotu zodpovědět jejich otázky. Představy o množství informací před vyšetřením byly odlišné. Tento fakt byl nejspíše zapříčiněn nejen osobností informantů, ale také přístupem sester. Díky komunikačním dovednostem sestry očekávání pacienta zjistí a následně je propojí s vyšetřením, na které se pacient připravuje.

Díky otevřeným zpovědím některých z informantů nabídly jejich odpovědi možná řešení nedostatků v oblasti komunikace. Podle informantů by se zjištěné nedostatky mohly odstranit díky dostatečnému času na rozhovor mezi sestrou a pacientem. Pacienti vnímají množství práce, kterou musí sestra zastat, avšak podle nich „*pár milých slov nezabere tolik času*“. S ohledem na minimalizaci komunikačního šumu by měl rozhovor probíhat na klidném místě, pouze mezi sestrou a pacientem. V neposlední řadě by sestry měly být milé, empatické a ochotné vysvětlit pacientovi případné nejasnosti.

Část rozhovoru byla věnována také pocitům pacientů. Díky nim jsme mohli nahlédnout na kolonoskopii z jiného než medicínského pohledu. Bylo zjištěno, že nejčastěji pacienti pociťují strach z neznámého, bolesti a výsledků vyšetření. O těchto pocitech by sestra měla s pacientem mluvit a uplatnit v tomto případě terapeutickou komunikaci, jež nabídne pacientovi pochopení. Pozitivním zjištěním je, že komunikace sestry byla informanty z velké části hodnocena kladně, protože velmi často splnila jejich očekávání.

Výsledky této práce mohou sloužit jako studijní materiál pro sestry či studenty oboru ošetrovatelství. Práce může také sloužit jako informační materiál pro každého, kdo se chce o kolonoskopii dozvědět více, zejména pak o subjektivním pohledu samotných pacientů.

## 7 Seznam použitých zdrojů

ANDRŠOVÁ, A., 2012. *Psychologie a komunikace pro záchranáře v praxi*. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-247-4119-2.

BARTŮNĚK, P. et al. 2016. *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. Praha: Grada. 752 s. ISBN 978-80-247-4343-1.

BERAN, A., 2015. Koloskopie nebo kolonoskopie. In: FALT, P. et al., *Koloskopie*. Praha: Grada. s. 27-28. ISBN 978-80-247-5284-6.

ČAVLINA, M., RUSTEMOVIČ, N., 2017. Advances in endoscopic diagnosis of colorectal cancer [online]. *Medical Sciences*. 530(44), 55-65, [cit. 2017-11-20]. doi: <http://doi.org/10.21857/y26kecvz19>. Dostupné z: [http://hrcak.srce.hr/index.php?show=clanak&id\\_clanak\\_jezik=268941](http://hrcak.srce.hr/index.php?show=clanak&id_clanak_jezik=268941)

ČELEDOVÁ, L., ČEVELA, R., 2010. *Výchova ke zdraví-vybrané kapitoly*. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-247-3213-8.

ČERNOCH, J. et al., 2012. *Prekancerózy v trávicím traktu*. Praha: Grada. 200 s. ISBN 978-80-247-3500-9.

ČIHÁK, R., 2013. *Anatomie*. 3. upravené a doplněné vydání. Praha: Grada. 512 s. ISBN 978-80-247-4788-0.

DÍTĚ, P., 2015. Historie koloskopie. In: FALT, P. et al., *Koloskopie*. Praha: Grada. s. 25-26. ISBN 978-80-247-5284-6.

DYLEVSKÝ, I., 2007. *Základy funkční anatomie člověka*. Praha: MANUS. 194 s. ISBN 978-80-86571-00-3.

DYLEVSKÝ I., 2009. *Funkční anatomie*. Praha: Grada. 544 s. ISBN 978-80-247-3240-4.

DUŠEK, L. et al., 2018. Kolorektum.cz-Program kolorektálního screeningu v České republice [online]. Brno: Masarykova univerzita [cit. 2018-02-05]. Dostupné z: <http://www.kolorektum.cz>. ISSN 1804-088.

MANDINCOVÁ, P., 2011. *Psychosociální aspekty péče o nemocného Onemocnění štítné žlázy*. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-247-3811-6.

- FALT, P., 2015a. Kontraindikace koloskopie. In: FALT, P. et al., *Koloskopie*. Praha: Grada. s. 47-49. ISBN 978-80-247-5284-6.
- FALT, P., 2015b. Limitace současné koloskopie. In: FALT, P. et al., *Koloskopie*. Praha: Grada. s. 215-220. ISBN 978-80-247-5284-6.
- FALT, P., 2015c. Alternativní techniky v koloskopii. In: ŠPIČÁK, J. et al., *Novinky v digestivní endoskopii*. Praha: Grada. s. 97-118. ISBN 978-80-247-5283-09.
- FALT, P., FOJTÍK, P., 2015. Zavedení koloskopu. In: FALT, P. et al., *Koloskopie*. Praha: Grada. s. 96-106. ISBN 978-80-247-5284-6.
- FALT, P., URBAN, O., 2015. Komplikace koloskopie. In: FALT, P. et al., *Koloskopie*. Praha: Grada. s.119-125. ISBN 978-80-247-5284-6.
- FOJTÍK, P., 2015. Koloskopické pracoviště. In: FALT, P. et al., *Koloskopie*. Praha: Grada. s. 83-84. ISBN 978-80-247-5284-6.
- HOLUBOVÁ, A., PĚCHOUČKOVÁ, I., 2013. Endoskopické vyšetření-péče o pacienta. In: HOLUBOVÁ, A. et al., *Ošetrovatelská péče v gastroenterologii a hepatologii*. Mladá fronta: Edice sestra, s. 77-134. ISBN 978-80-204-2806-6.
- JANÍKOVÁ, E., ZELENÍKOVÁ, R., 2013. *Ošetrovatelská péče v chirurgii II pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Grada. 256 s. ISBN 978-80-247-4412-4.
- JIRÁSEK, V., 2007. Vyšetřování v gastroenterologii. In: LUKÁŠ, K. et al., *Gastroenterologie a hepatologie: učebnice*. Praha: Grada. s. 69-80. ISBN 978-80-247-1787-6.
- JUŘENÍKOVÁ, P., 2010. *Základy edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. 80 s. ISBN 978-80-247-2171-2.
- KELNAROVÁ, J., MATĚJKOVÁ, E., 2014. *Psychologie 2. díl Pro studenty zdravotnických oborů*. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-247-3600-6.
- KLIMENT, M., 2015. Kolonoskopie u symptomatických pacientů. In: FALT, P. et al., *Koloskopie*. Praha: Grada. s. 42-47. ISBN 978-80-247-5284-6.
- KITTNAR, O., et al. 2011. *Lékařská fyziologie*. Praha: Grada. 800 s. ISBN 978-80-247-3068-4.

- KOPÁČOVÁ, M., 2015. Informovaný souhlas. In: FALT, P. et al., *Koloskopie*. Praha: Grada. s. 63-67. ISBN 978-80-247-5284-6.
- KRŠKA, Z. et al., 2011. *Techniky a technologie v chirurgických oborech*. Praha: Grada. 264 s. ISBN 978-80-247-3815-4.
- KUDLOVÁ, P., 2006. Specifika edukační činnosti sestry u pacientů odlišné kultury či etnika. In: ŠPIRUDOVÁ, L. et al., *Multikulturní ošetrovatelství II*. Praha: Grada. s. 117-133 ISBN 80-247-1213-X.
- KURLANDER, J. E. et al., 2016. How Efficacious Are Patient Education Interventions to Improve Bowel Preparation for Colonoscopy? [online]. *PLoS ONE*. 11(10), 1-14 [cit. 2017-11-21]. doi: 10.1371/journal.pone.0164442. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5065159/>.
- KUTNOHORSKÁ, J., 2007. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada. 164 s. ISBN978-80-247-2069-2.
- LEUNG, D., Y., P., 2017. Effects of Promotional Materials on Attitudes and Fear towards Colorectal Cancer Screening among Chinese Older Adults: An Experimental Study [online]. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 14(14), 1-11 [cit. 2017-11-28]. doi:10.3390/ijerph14070769. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5551207/>
- LIBERDA, M., DVOŘÁK, P., 2015. Analgosedace a sledování pacienta. In: FALT, P. et al., *Koloskopie*. Praha: Grada. s. 85-92. ISBN 978-80-247-5284-6.
- LINHARTOVÁ, V., 2007. *Praktická komunikace v medicíně: pro mediky, lékaře a ošetrující personál*. Praha: Grada. 152 s. ISBN 978-80-247-1784-5.
- LIPSKÁ, L. et al., 2009. *Recidiva kolorektálního karcinomu-Komplexní přístup z pohledu chirurga*. Praha: Grada. 456 s. ISBN 978-80-247-3026-4.
- LUKÁŠ, K. et al., 2005. Historie endoskopie. In: LUKÁŠ, K., et al. *Gastroenterologie a hepatologie pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, s. 269-275. ISBN 80-247-1283-0.
- MARTÍNEK, J., FALT, P., 2015. Očista střeva před koloskopií. In: FALT, P. et al., *Koloskopie*. Praha: Grada. s. 51-63. ISBN 978-80-247-5284-6.



MILLER, S. J. et al., 2015. Colonoscopy-specific fears in African Americans and Hispanics [online]. *Behavioral Medicine*. 41(2), 41-48 [cit. 2017-11-20]. doi: 10.1080/08964289.2014.897930. ISSN 08964289. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4162868/>

MOUREK, J., 2012. *Fyziologie: Učebnice pro studenty zdravotnických oborů*. 2. doplněné vydání. Praha: Grada. 224 s. ISBN 978-80-247-3918-2.

NAŇKA, O., ELIŠKOVÁ, M., 2009. *Přehled anatomie*. 2. doplněné a přepracované vydání. Galén. 416 s. ISBN 978-80-7262-612-0.

NOVOTNÝ, A., 2016, Diagnostické metody v intenzivní péči. In: BARTŮNĚK, P. et al., *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. Praha: Grada. s. 79-160. ISBN 978-80-247-4343-1.

NOVICK, D., M., 2017. *A gastroenterologist's guide to gut health: everything you need to know about colonoscopy, digestive diseases, and healthy eating* [online]. Lanham: Rowman & Littlefield, [cit. 2017-11-17]. 236 s. ISBN 9781442271999. Dostupné z: <https://books.google.cz/books?id=N-EIDgAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=A+Gastroenterologist's+Guide+to+Gut+Health:+Everything+You+Need+to+Know+..&hl=cs&sa=X&ved=0ahUKEwjuzfm968XXAhWBJVAKHcJDBMcQ6AEIJjAA#v=onepage&q&f=false>.

PAUL O., 2011. Endoskopie dolní části gastrointestinálního traktu. In: KRŠKA, Z. et al., *Techniky a technologie v chirurgických oborech*. Praha: Grada. s. 51-58. ISBN 978-80-247-3815-4.

PĚCHOUČKOVÁ, I., 2005. Příprava na endoskopická vyšetření. In: LUKÁŠ, K. et al. *Gastroenterologie a hepatologie pro zdravotní sestry*. Praha: Grada. s. 269-275. ISBN 80-247-1283-0.

PĚNČÍK, P., 2015. Antibiotická profylaxe před koloskopií. In: FALT, P. et al., *Koloskopie*. Praha: Grada. s. 68-71. ISBN 978-80-247-5284-6.

- PETROVICOVÁ, E., TREŠLOVÁ, M., 2016. Respekt autonomie a intimita pacienta jako základní komponenty lidské důstojnosti [online]. *Ošetrovatelstvo: teória, výskum, vzdelávanie*. 6(1), 19-25, [cit. 2017-12-18]. ISSN 1338-6263. Dostupné z: <http://www.osetrovatelstvo.eu/archiv/2016-rocnik-6/cislo-1/respekt-autonomie-a-intimita-pacienta-jako-zakladni-komponenty-uchovani-lidske-dustojnosti>
- PLEVOVÁ, I., et al., 2011a. *Ošetrovatelství I*. Praha: Grada. 288 s. ISBN 978-80-247-3557-3.
- PLEVOVÁ, I. et al., 2011b. *Ošetrovatelství II*. Praha: Grada. 224 s. ISBN 978-80-247-3558-0.
- PRACNÁ, L., KONEČNÝ, M., 2012. Příprava pacienta před endoskopickým vyšetřením zažívacího traktu [online]. *Medicína pro praxi*. 9(8), 362-364 [cit. 2017-12-02]. ISSN neuvedeno. Dostupné z: [https://www.medicinapropraxi.cz/artkey/med-201209-0011\\_Priprava\\_pacienta\\_pred\\_endoskopickym\\_vysetrenim\\_zazivaciho\\_traktu.php](https://www.medicinapropraxi.cz/artkey/med-201209-0011_Priprava_pacienta_pred_endoskopickym_vysetrenim_zazivaciho_traktu.php)
- PTÁČEK, R. et al., 2011. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada. 528 s. ISBN 978-80-247-3976-2.
- SITI, M. et al., 2016. Komunikasi Terapeutik Perawat Berhubungan dengan Kepuasan Pasien. *Jurnal Ners dan Kebidanan Indonesia*. 4(1),30-34. ISSN 2354-7642.
- SLEZÁKOVÁ, L. et al., 2010. *Ošetrovatelství v chirurgii I*. Praha: Grada. 268 s. ISBN 978-80-247-3129-2.
- SUCHÁNEK, Š., VOJTĚCHOVÁ, G., ZAVORAL, M., 2015. Dispenzární koloskopie. In: FALT, P. et al., *Koloskopie*. Praha: Grada. s. 36-42. ISBN 978-80-247-5284-6.
- SVĚRÁKOVÁ, M., 2012. *Edukační činnost sestry, Úvod do problematiky*. Galén. 63 s. ISBN 978-80-7262-845-2.
- ŠAMÁNKOVÁ, M. et al., 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci-aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada. 136 s. ISBN 978-80-247-3223-7.
- ŠKRLA, P., ŠKRLOVÁ, M., 2008. *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních*. 200 s. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2616-8.

- ŠPATENKOVÁ, N., KRÁLOVÁ J., 2009. *Základní otázky komunikace-Komunikace (ne)jen pro sestry*. Galén, 135 s. ISBN 978-80-7262-599-4.
- ŠPIČÁK, J. et al., 2015. *Novinky v digestivní endoskopii*. Praha: Grada. 256 s. ISBN 978-80-247-5283-9.
- ŠPINAR, J. et al., 2008. *Propedeutika a vyšetřovací metody vnitřních nemocí*. Praha: Grada. 256 s. ISBN 978-80-247-1749-4.
- ŠPINAR, J. et al., 2013. *Propedeutika a vyšetřovací metody vnitřních nemocí*. 2. přepracované vydání. Praha: Grada. 336 s. ISBN 978-80-247-4356-1.
- ŠRÁMKOVÁ, J., 2007. *Zdravotnická psychologie-Teorie a praktická cvičení*. Praha: Grada. 229 s. ISBN 978-80-247-2068-5.
- ŠULISTOVÁ, R., TREŠLOVÁ, M., 2012. *Pedagogika a edukační činnost v ošetrovatelské péči*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. 192 s. ISBN 978-80-7394-246-5.
- VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G. 2006. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada. 144 s. ISBN 80-247-1262-8.
- VÉVODA, J. et al., 2013. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Praha: Grada, 160 s. ISBN 978-80-247-4732-3.
- VOJTĚCHOVÁ, G., SUCHÁNĚK, Š., ZAVORAL, M., 2015. Preventivní koloskopie. In: FALT, P. et al., *Koloskopie*. Praha: Grada. s. 29-35. ISBN 978-80-247-5284-6.
- VONDRÁČEK. L., VONDRÁČEK J., 2008. *Pochybení a sankce při poskytování chirurgické péče*. Praha: Grada. 96 s. ISBN 978-80-247-2629-8.
- VONDRÁČEK, L., WIRTHOVÁ, V., 2009. *Právní minimum pro sestry-příručka pro praxi*. Praha: Grada, 95 s. ISBN 978-80-247-3132-2.
- VÖRÖSOVÁ, G. et al., 2015. *Ošetrovatelská diagnostika v práci sestry*. Praha: Grada. 208 s. ISBN 978-80-247-5538-0.
- ZACHAROVÁ, E. et al., 2007. *Zdravotnická psychologie-Teorie a praktická cvičení*. Praha: Grada. 232 s. ISBN 978-80-247-2068-5.

ZACHAROVÁ, E., ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, J., 2011. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. Praha: Grada. 288 s. ISBN 978-80-247-4062-1.

ZACHAROVÁ, E., 2016. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-271-0156-6.

ZACHAROVÁ, E., 2017. *Zdravotnická psychologie-Teorie a praktická cvičení*. Praha: Grada. 264 s. ISBN 978-80-271-0155-9.

## **8 Seznam příloh**

Příloha 1 - Podklad pro polostrukturovaný rozhovor

Příloha 2 – Povolení k realizaci rozhovorů

## **Příloha 1**

Podklad pro polostrukturovaný rozhovor

### **Podklad pro polostrukturovaný rozhovor**

#### **A) Základní informace o informantovi/informantce**

Pohlaví:

Věk:

Počet podstoupených kolonoskopií:

Kolonoskopie na ambulantní X lůžkové části odd.:

#### **B) Rozhovor s pacienty, kteří podstoupili kolonoskopii**

- 1) Jaké informace jste očekával/a, že se před kolonoskopií dozvíte?
- 2) Jaké informace Vám před vyšetřením byly sděleny?
- 3) Co je podle Vás důležité, aby každý pacient před kolonoskopií věděl?
- 4) Splnil přístup zdravotnického personálu Vaše očekávání?
- 5) Jak by podle Vás měla vypadat ideální komunikace zdravotníků s pacientem před tímto vyšetřením?
- 6) Jakou komunikaci jste očekával/a před kolonoskopií od sestry?
- 7) Jak jste vnímal/a během přípravy ke kolonoskopii sestru?
- 8) Mluvila s Vámi sestra v průběhu kolonoskopie?
- 9) Měl/a jste možnost zeptat se sestry na doplňující otázky týkající se kolonoskopie?
- 10) Jak sestra reagovala na Vaše otázky?
- 11) Jak byste zhodnotil/a komunikaci sestry s Vámi během vyšetření?
- 12) Je něco, co byste na přístupu sestry, nebo její komunikaci s Vámi chtěl/a změnit?
- 13) Jaké pocity jste prožíval/a, když Vám bylo sděleno, že podstoupíte kolonoskopii?
- 14) Jaké pocity jste prožíval/a během vyšetření?
- 15) Jak jste se cítil/a po vyšetření?
- 16) Svěřil/a jste se sestře se svými pocity?
- 17) Brala sestra ohled na Vaše pocity?
- 18) Jak byste porovnal/a své pocity před první a poslední kolonoskopií?

## **Příloha 2**

Povolení k realizaci rozhovorů

---




### **POVOLENÍ**

**Pro :** Studentku Janu Němečkovou – ZSF - Jihočeská Univerzita Č.B. – 3. ročník Bc. studia v oboru ošetřovatelství - všeobecná sestra

**Předmět povolení :** studijní práce –rozhovory s pacienty

**Oddělení :** interní

**Doba povolení :** 28.2.2018 do 31.3.2018

V  dne 28.2.2018



hlavní sestra

