

mýšlení o výše zmíněných Zolových dimenzích. Lékař si pomocí něho může ověřit, jak pacient svému stavu rozumí a upřesnit, případně mylné představy a možné obavy (9).

Už v 60. letech 20. století vznikaly studie zaměřené na přípravu pacientů na bolestivé, nepříjemné výkony či operace. Efektivnost byla měřena pomocí délky hospitalizace, množství použitých analgetik a rychlosti rekonvalescence. Jako efektivní se ukázala prezentace videa v kombinaci s poskytováním informací o zákroku a nácvik relaxačních technik. Prezentace videa u pacientů může poprvé vyvolat vyšší míru úzkosti, při opakovaných prezentacích ale pacient získává více informací a jeho tenze se snižuje, má-li se možnost zepat (11, 12). Avšak pokud pacient informace odmítá, není efektivní mu je vnucovat. Cílem by mělo být, společně s podáním informací, navázání bezpečného vztahu lékař-pacient (3). Další strategií při přípravě pacienta na zákrok či vyšetření může být i popis modelu standardního pacienta. Lékař pacientovi popíše, jakým způsobem standardně pacient vyšetřením či operací prochází, co se s ním děje, jak po stránce lékařské, tak i z hlediska prožívání (např. upozornění na nepříjemné pocity, návaly horka/zimy, zvýšení tepu, nevolnost) (9). Ojedinelé studie také zkoumaly vliv aromaterapie na snížení úzkosti před zákrokem, ale bez výrazného efektu (13). Jako dobrá strategie pro kontrolu a ovlivnění úzkosti se podle metaanalýzy ukázalo použití hudby. Pacienti si nasadili sluchátka a pouštěli si oblíbenou hudbu během vyšetření. Ve výsledku byl signifikantní počet z nich ochoten

podstoupit proceduru znovu a reportovali pozitivní efekt hudby jako odpoutání pozornosti od vyšetření (14).

U pacientů podstupujících kolonoskopii lze očekávat zvýšenou zátež stran potenciálních změn fungování v běžném životě s ohledem na diagnózu. Důležitou roli hraje vztah mezi lékařem a pacientem, zájem lékaře o prožívání pacienta. Navázaný bezpečný vztah mezi pacientem a lékařem tvoří prostor pro poskytování detailnějších informací a popisu toho, jak běžně lidé tento zákrok prožívají. Informovanost pacienta má potenciál snížit jeho úzkost a upravit jeho očekávání. V případě těžší úzkostné symptomatiky lze uvažovat o spolupráci s psychologem.

V případě našeho pacienta by bylo možným řešením v průběhu procesu mapovat detailně jeho obavy (s ohledem na výše zmíněný Zolův model a pacientovu osobní zkušenost) a dát pacientovi možnost vyjádřit je. Doplnit tím varování a informace o možném vývoji onemocnění a účelu vyšetření. Vzhledem k bio-psycho-sociálnímu modelu může nastat situace, kdy přestože lékař pacienta vhodně informuje, dá mu prostor pro vyjádření obav, pacient vyšetření odmítne. Stejně jako uvedl náš pacient – dostal informace, které potřeboval, a rozhodl se vyšetření nepodstoupit. Pokud nemáme podezření na narušení kognitivních funkcí ve vztahu k schopnosti pacienta se autonomně a vědomě rozhodnout, je úkolem lékaře poskytnout pacientovi všechny důležité informace, zodpovědět jeho otázky, vyslechnout jeho obavy, ale finální rozhodnutí je stále v kompetenci pacienta.

LITERATURA

- Beran J. Lékařská psychologie v praxi. Grada Publishing: Praha 2010. ISBN 978-80-247-1125-6.
- Condon A, Graff L, Elliot, L., et al. Acceptance of colonoscopy requires more than test tolerance. *Canadian Journal of Gastroenterology*. 2008;22(1):41-47. <https://doi.org/10.1155/2008/107467>
- Morgan J, Roufeil L, Kaushik S, et al. Influence of coping style and precolonoscopy information on pain and anxiety of colonoscopy. *Gastrointestinal Endoscopy*. 1998; 48(2):119-127. [https://doi.org/10.1016/S0016-5107\(98\)70152-X](https://doi.org/10.1016/S0016-5107(98)70152-X)
- Bensusan G I, Herrera Martín P, Aguado Álvarez V. Prospective study of anxiety in patients undergoing an outpatient colonoscopy. *Revista Espanola de Enfermedades Digestivas* 2016;108(12):765-769. <https://doi.org/10.17235/reed.2016.4104/2015>
- Ersöz F, Toros A B, Aydoğan G, et al. Assessment of anxiety levels in patients during elective upper gastrointestinal endoscopy and colonoscopy. *The Turkish Journal of Gastroenterology*. 2010;21(1):29-33. <https://doi.org/10.4318/tjg.2010.0044>.
- Rollbusch N, Mikocka-Walus AA, Andrews JM. The experience of anxiety in colonoscopy outpatients: A mixed-method study. *Gastroenterology Nursing*. 2014;37(2),166-175. <https://doi.org/10.1097/SGA.0000000000000037>
- Yang C, Sriranjani V, Abou-Setta A M, et al. Anxiety Associated with Colonoscopy and Flexible Sigmoidoscopy: A Systematic Review. *American Journal of Gastroenterology*. 2018;113:1810-1818. <https://doi.org/10.1038/s41395-018-0398-8>
- Jones MP, Ebert CC, Sloan T, et al. Patient anxiety and elective gastrointestinal endoscopy. *Journal of Clinical Gastroenterology*. 2004;38(1):35-40. <https://doi.org/10.1097/00004836-200401000-00009>.
- Křivohlavý J. Psychologie nemoci. Grada Publishing: Praha 2002. ISBN: 8024701790.
- Zacharová E. Zdravotnická psychologie. Grada Publishing: Praha 2017. ISBN 978-80-271-0155-9
- Agre P, Kurtz R C, Krauss B J. A randomized trial using videotape to present consent information for colonoscopy. *Gastrointestinal Endoscopy*. 1994;40(3):271-276. [https://doi.org/10.1016/s0016-5107\(94\)70054-0](https://doi.org/10.1016/s0016-5107(94)70054-0).
- Luck A, Pearson G, Maddern G, et al. Effects of video information on precolonoscopy anxiety and knowledge: a randomised trial. *Lancet*. 1999;354(9195):2032-2035. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(98\)10495-6](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(98)10495-6)
- Pei-Hsin H, Yen-Chun P, Yu-Ting L, et al. Aromatherapy for reducing colonoscopy related procedural anxiety and physiological parameters: a randomized controlled study. *Hepatogastroenterology*. 2010;57(102):1082-1086.
- Bechtold M L, Puli SR, Othman, et al. Effect of music on patients undergoing colonoscopy: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Digestive Diseases and Sciences*. 2009;54(1):19-24. <https://doi.org/10.1007/s10620-008-0312-0>