

# KOLONOSKOPIA W PROFILKATYCE RAKA JELITA GRUBEGO – DZIAŁANIA PIELĘGNIARSKIE W PRZYGOTOWANIU DO BADANIA

## COLONOSCOPY IN COLORECTAL CANCER PROPHYLAXIS – NURSING ACTIVITIES IN PREPARATION TO THE EXAMINATION

Katarzyna Dołoto, Elżbieta Antos, Małgorzata Wojciechowska

Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego, Wydział Rehabilitacji, Akademia Wychowania Fizycznego Józefa Piłsudskiego w Warszawie

DOI: <https://doi.org/10.20883/ppnoz.2017.13>

### STRESZCZENIE

Kolonoskopia jest badaniem profilaktycznym w kierunku wykrywania raka jelita grubego. Do powyższej procedury pacjent powinien zostać przygotowany fizycznie i psychicznie. Ponieważ jakość oczyszczenia jelita grubego odzwierciedla się bezpośrednio w możliwości rozpoznania patologii, większość pielęgniarek skupia się na fizycznym przygotowaniu pacjenta, zapominając o jego psychicznej sferze, a to właśnie od niej, w głównej mierze, zależy przystąpienie potencjalnego pacjenta do profilaktycznej kolonoskopii. Wiedza pacjentów na temat raka jelita grubego, możliwości samego badania, a przede wszystkim przebieg pierwszej profilaktycznej kolonoskopii decydują o kształtowaniu powszechnej opinii na temat badania oraz kontynuowaniu dalszej profilaktyki. Niniejsze opracowanie ma na celu zwrócenie uwagi na negatywne nastawienie pacjentów do klasycznego badania kolonoskopowego, które to nastawienie przeważnie jest spowodowane niewystarczającymi działaniami pielęgniarstka w zakresie przygotowania pacjentów pod kątem psychicznym. Przekłada się ono na ograniczenie możliwości realizowania programu profilaktycznego raka jelita grubego oraz uniemożliwienie skutecznego zmniejszenia umieralności z powodu wzrastającej liczby zachorowań na nowotwór jelita grubego, który przesuwa się na pierwsze miejsce na liście występujących nowotworów.

**Słowa kluczowe:** kolonoskopia, profilaktyka, przygotowanie do badania.

### ABSTRACT

Colonoscopy is a prophylactic examination allowing for detection of colorectal cancer. Patient's preparation to the abovementioned procedure should include both physical and mental preparation. Because the quality of colon cleanliness directly affects the ability to diagnose a pathology, the majority of nurses concentrate on physical preparation of the patient and neglect mental aspects, on which the participation of a patient in the prophylactic colonoscopy depend greatly. Patients' knowledge about colorectal cancer, the opportunities that the examination presents and, most of all, the first prophylactic colonoscopy are pioneers in shaping public opinion on the examination and continuation of further prophylaxis. The thesis objective is to draw attention to patients' negative approach to the classical colonoscopy examination which is usually caused by insufficient nurses' activity in the scope of patients' preparation with respect to the mental aspects. It results in limitation of the possibility to implement the program of colorectal cancer prophylaxis, thus preventing effective decrease of mortality rate in face of an increased number of colorectal cancer cases that moves it to the first place on the list of cancer occurrence.

**Keywords:** colonoscopy, prophylaxis, preparation to the examination.

### Wstęp

Kolonoskopia jest inwazyjną, diagnostyczną procedurą endoskopową pozwalającą obecnie precyzyjnie ocenić makroskopowo błonę śluzową całego jelita grubego [1, 2].

W Polsce od 2000 roku badanie to wykonuje się jako procedurę profilaktyczną, skriningową w kierunku wykrywania raka jelita grubego [2]. Celem jest zminimalizowanie zachorowalności na nowotwory jelita grubego, jak i spowodowanej nimi umieralności oraz zwiększenie ilości wyleczeń. Osiąga się to za pomocą wykrywania zmian we wczesnym stadium zaawansowania oraz dzięki resekcji patologicznych zmian predysponujących do rozwoju no-

wotworów (polipy). Ich usuwanie pozwala również dokonać oceny histopatologicznej przez biopsję. Zaletę stanowi rekomendowany, 10-letni odstęp pomiędzy kolejnymi badaniami w przypadku uzyskania pomyślnego wyniku podczas pierwszej kolonoskopii [3].

W Polsce rak jelita grubego wśród chorób nowotworowych stanowi drugą co do częstości występowania przyczynę zgonów u obydwu płci – u mężczyzn nowotwory jelita grubego dotyczą 12%, natomiast u kobiet – 10% [2]. Około 90% przypadków raka ewoluuje z gruczolaków, które coraz częściej są spotykane w prawej części okrężnicy. Istnieją dowody świadczące o tym, że polipektomia

minimalizuje rozwój zmian nowotworowych od 76% do 90% [3]. Zatem kolonoskopia, jako badanie przesiewowe, odgrywa główną rolę w profilaktyce chorób nowotworowych jelita grubego.

Pomimo tak ogromnych zalet podejście pacjentów do tego badania nadal jest pejoratywne. Charakter badania, wiążący się z naruszeniem intymności, specyficzny sposób przygotowania oraz brak wiedzy zniechęcają wielu pacjentów do poddania się tej procedurze. Koniecznym jest zwrócenie uwagi na jakość przygotowania psychicznego do kolonoskopii, za które odpowiada personel pielęgniarski.

### Cele pracy

1. Zwrócenie uwagi na konieczność kompleksowego przygotowania pacjentów w zakresie psychicznym i fizycznym do profilaktycznego badania kolonoskopowego przez pielęgniarki.
2. Podkreślenie wagi konsekwencji wynikających z niewłaściwego przygotowania psychicznego pacjentów do badania kolonoskopowego.

### Przegląd piśmiennictwa

Według *Krajowego Rejestru Nowotworów* w 2000 roku liczba zachorowań u obu płci wyniosła 15 800 przypadków. W porównaniu do 1980 roku nastąpił niemal trzykrotny wzrost zachorowań u kobiet oraz czterokrotny u mężczyzn. Ryzyko zachorowalności jest wprost proporcjonalne do wieku. Biorąc pod uwagę płeć, u mężczyzn jest ono do dwóch razy większe. Złośliwe nowotwory jelita grubego w 94% dotyczą populacji po 50. roku życia, natomiast 75% przypadków dotyczy osób po 60. roku życia [2].

Z uwagi na tak niepokojące dane rozpoczęto w Polsce w październiku 2000 roku realizację *Programu Badań Przesiewowych dla Wczesnego Wykrywania Raka Jelita Grubego*. Badaniom poddawano osoby w wieku 50–65 oraz 40–49 lat z dodatnimi wywiadami rodzinnymi w kierunku chorób nowotworowych. Kryterium przyjęcia do badania był brak objawów świadczących o możliwości wystąpienia raka jelita grubego, a także dobra ogólna kondycja zdrowia [3].

U osób, u których zdiagnozowano w latach 2000–2002 nowotwór jelita grubego, jednoroczne wskaźniki przeżyć wyniosły 68,6% u płci żeńskiej i 70,1% u płci męskiej. Natomiast w latach 2003–2005 nastąpiła poprawa tych wskaźników – u mężczyzn o 2,3%, a u kobiet o 2,2% [2].

Kolejnym krokiem w profilaktyce było przystąpienie w 2005 roku do realizowania *Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych* na podstawie *Ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. (...)* [4].

Od 2012 roku program badań przesiewowych składa się z dwóch części. Pierwszą jest przesiew oportunistyczny. W tym wypadku osoby są kierowane przez lekarza rodzinnego na badanie bądź też same zgłaszają się do wybranego przez siebie ośrodka. Badaniu są poddawane osoby: między 25. a 65. rokiem życia z rodzin z zespołem Lyncha, między 40. a 65. rokiem życia, jeśli w rodzinie wystąpił nowotwór jelita grubego, oraz między 50. a 65. rokiem życia bez niepokojących objawów [5, 6].

Drugą częścią jest przesiew aktywny. Kwalifikacji podlegają osoby w wieku od 55 do 65 lat. Otrzymują one imienne zaproszenie do konkretnej instytucji medycznej na badanie. Rocznie zaprasza się około 10% populacji. Potencjalni pacjenci wybierani są za pomocą rejestrów populacyjnych według numerów PESEL [2, 7].

Procedurze w celach profilaktycznych są poddawani również pacjenci przed leczeniem raka, a także po leczeniu raka, po transplantacji narządów, z dziedzicznym niepolipowatym rakiem jelita grubego, po usunięciu polipów o charakterze nowotworowym [8].

### Działania pielęgniarskie w psychicznym przygotowaniu pacjenta

Niemal u wszystkich pacjentów propozycja poddania się profilaktycznemu badaniu kolonoskopowemu, nie wspominając o zgłoszeniu się na to badanie z własnej inicjatywy, od razu wzbudza niechęć. Wiąże się to z lękiem przed bólem, specyficznym przygotowaniem do badania, ale przede wszystkim z naruszeniem intymności badanego [9].

Badania przeprowadzone przez Grochans i wsp., którzy ankietowali 140 pacjentów zgłaszających się na zabiegi operacyjne w trybie planowym, potwierdziły wzrastające zapotrzebowanie na wsparcie emocjonalne z uwagi na rosnącą świadomość pacjentów. Wynika z tego, że zakres wsparcia oraz jego rodzaj powinny być uzależnione od aktualnych potrzeb chorego [10]. Badania Bazylińskiego i wsp. dotyczące zadowolenia chorych z profilaktycznej kolonoskopii wskazują na konieczność poświęcenia większej uwagi instruktażowi odnoszącemu się do przygotowania jelita grubego przez pacjentów do procedury [11].

Pielęgniarka jest uważana za osobę, której jakości pracy odzwierciedla się, w głównej mierze, w poczuciu zadowolenia pacjentów. Zatem wszystkie świadczenia pielęgniarskie powinny być realizowane za udzieleniem świadomej zgody przez pacjenta [12]. Jednakże nie można mówić o świadomym podejmowaniu decyzji przez pacjenta w momencie, w którym nie ma on odpowiedniego zasobu wiedzy na temat badania.

Edukacja, która jest jedną z funkcji zawodowych pielęgniarki, stanowi podstawę do uświadomienia pacjentom rzeczywistego zagrożenia, jakie niesie ze sobą rak jelita grubego. Uwagę pacjenta należy zwrócić na możliwości terapeutyczno-lecznicze badania (polipektomia, chromoendoskopia, mukozektomia) w przypadku wystąpienia niepokojących zmian. Dlatego istotne jest poinformowanie pacjenta o tym, że kolonoskopia jest najdokładniejszym badaniem obrazowym, którego technika i możliwości cały czas się rozwijają. Jak podają badacze, kolonoskopia obecnie zmierza w kierunku wirtualnym, co wiąże się z uproszczeniem procedury samego badania i minimalizuje jego nieprzyjemny przebieg [13].

Autonomia jest jednym z fundamentalnych praw człowieka, które należy bezwzględnie szanować, nawet jeśli jej konsekwencją będą decyzje niewpływające w pozytywny sposób na zdrowie pacjenta. Pielęgniarka poprzez edukację w dużej mierze oddziałuje na autonomię pacjenta, a dalej na podejmowane przez niego decyzje. Z uwagi na to pielęgniarka powinna mieć wiedzę kliniczną, a przede wszystkim zdolności komunikacji interpersonalnej [12]. Edukacja nie jest tylko wiedzą, lecz sztuką przekazywania informacji poprzez prowadzenie rozmowy z drugim człowiekiem, wzbudzenie zaufania i pozwolenie mu na swobodę w zadawaniu pytań. Niewymierną rolę w tej sztuce odgrywa postawa pielęgniarki – jej ton głosu, mimika, gestykulacja oraz baczna obserwacja rozmówcy. Odrębnym, nie mniej istotnym zagadnieniem jest poszanowanie intymności podczas przygotowania pacjenta do badania oraz w trakcie jego przeprowadzania. Jest to aspekt, który wzbudza największą obawę wśród badanych, co potwierdzają badania Moczydłowskiej i wsp. [14]. Dodatkowym aspektem, który powinien przyczynić się do ograniczenia poziomu skrupowania badanych, jest możliwość skorzystania z jednorazowej bielizny, osłaniającej krocze pacjenta.

Postępowanie zgodnie z procedurą ułatwia zarówno lekarzowi, jak i asystującej mu pielęgniarce wykonanie badania w prawidłowy sposób, a samemu pacjentowi daje poczucie bezpieczeństwa i świadomość, że jest profesjonalnie obsługiwany, co wpływa na jego pożądany stan emocjonalny. By zapewnić dobrą współpracę między pacjentem a zespołem medycznym, należy krok po kroku realizować kolejne elementy procedury medycznej [15]. Właściwe przygotowanie badanych do procedury, zwłaszcza psychiczne, gwarantuje pozytywne nastawienie do kolonoskopii. Rozładowanie niepewności, strachu i lęku wpływa na akceptację minimalnego znieczulenia proponowanego przez lekarza oraz zachowanie spokoju podczas badania, co ułatwia personelowi medycznemu jego przeprowadzenie.

To, czy pacjent zgodzi się na przyjęcie roli chorego i podejmie leczenie, zależy m.in. od jego doświadczeń dotyczących kontaktów z medykami oraz skuteczności diagnozy i ewentualnej terapii. Tylko dzięki właściwej komunikacji płynącej z obu stron możliwy jest do osiągnięcia wspólny cel, jakim jest zdrowie pacjenta. Aspekt edukacyjny w przygotowaniu pacjenta do badania kolonoskopowego ma istotne znaczenie. Zalecany model kontaktu opartego na współpracy i zaufaniu pomiędzy pacjentem a profesjonalistą medycznym to uznanie chorego za najważniejszy punkt w relacji oraz obustronne rozwiązywanie problemów [16].

Obecnie nauka skupia się na pogłębianiu wiedzy i rozwoju możliwości oprzyrządowania medycznego. Większość badaczy, którzy podejmują się tematyki przygotowania do badania kolonoskopowego, koncentruje się na możliwości samego badania oraz fizycznym przygotowaniu pacjenta. Sfera współpracy z pacjentem jest zaniedbana. W literaturze pielęgniarskiej brakuje szczegółowych informacji dotyczących metod wspomagania psychicznego chorych oraz przykładów argumentacji zachęcającej pacjenta do wyrażenia zgody na przeprowadzenie badania, a także sposobów zwrócenia uwagi rozmówcy na zachowanie ważnych dla niego aspektów życia wynikających z wyeliminowania potencjalnej choroby. Pojęcie przygotowania w zakresie psychicznym wydaje się być oczywistym i prostym z teoretycznego punktu widzenia. Jednakże z uwagi na realia ten temat powinien być częściej poruszany. Prowadzenie konwersacji jest umiejętnością, którą pielęgniarki muszą w dużej mierze samodzielnie wypracować.

Niestety, przygotowanie psychiczne, za które odpowiadają głównie pielęgniarki, jest elementem coraz trudniejszym do zrealizowania [17]. Pielęgniarki większość czasu w pracy muszą poświęcać aktywności niezwiązanej z opieką nad chorym. Proces kształcenia nowej kadry pielęgniarskiej kładzie nacisk na umiejętności manualne, obsługę urządzeń medycznych, dużą wiedzę merytoryczną, zostawiając czasami na poboczu potrzeby psychospołeczne i duchowe pacjenta. Stanowi to ryzyko zaniechania innych niż fizyczne potrzeb pacjenta [18]. Należy zatem mocno podkreślić istotną rolę pielęgniarki w przygotowaniu psychicznym, zwłaszcza do procedur inwazyjnych. Psychiczne przygotowanie pacjenta rozumie się jako wsparcie emocjonalne, informacyjne oraz chronienie przed negatywnymi skutkami wydarzeń życiowych, co skutkuje obniżeniem stresu i lęku u chorego, czyli jego uspokojeniem, a także w konsekwencji zadowoleniem z opieki [10].

Pielęgniarstwo jest zawodem zaufania społecznego. Pacjenci oczekują od pielęgniarki pełnego profesjonalizmu

i całkowitej gotowości do pełnienia funkcji wychowawczej, a zwłaszcza opiekuńczej. Niezbędnym do tego jest poczucie odpowiedzialności wypływające ze wsłuchania się w głos sumienia. Empatia powinna być dominującą cechą osoby decydującej się na pracę w tym zawodzie. *Empathes* w języku greckim znaczy „cierpienie”. Według Golemana „empatia wyrasta ze świadomości, a im bardziej jesteśmy otwarci na własne emocje, tym sprawniej odczytujemy uczucia innych” [11]. Jest to cecha, bez której niemożliwe jest w pełni sparowanie profesjonalnej opieki, gdyż niejednokrotnie pielęgniarka musi sama zauważyć niepokój pacjenta i z własnej inicjatywy podjąć próbę rozwiązania wszelkich wątpliwości, a także rozwiązania wynikających z tego problemów. Martha Rogers prezentująca model pól energetycznych idealnie przedstawia empatię jako pole energetyczne, za pomocą którego pielęgniarka może wpływać na poprawę stanu emocjonalnego pacjentów. Jest to wzór oddziaływania pielęgniarki.

Ksiądz prof. Tischner jest autorem twierdzenia, że: „To, co wychodzi z naszych ust, jest pewnego rodzaju magią słowa” [19]. Pielęgniarka może zyskać zaufanie pacjenta, a to stanowi klucz do nawiązania nieraz niełatwej relacji. Jednak to właśnie w niej zawiera się największy sens pielęgniarstwa, wywodzącego się z posługi zakonnej. Sekret prawidłowego przygotowania psychicznego pacjentów do badania kolonoskopowego leży w pierwowzorze hierarchii wartości moralnych. Są to wartości uniwersalne, których nie trzeba niczym ulepszać. Wystarczy wrócić do podstaw jako do sedna działań pielęgniarstkich.

### **Działania pielęgniarstkie w fizycznym przygotowaniu pacjenta**

Fizyczne przygotowanie pacjenta składa się z wielu zależnych od siebie elementów stanowiących ciągłość. Końcowy efekt badania wynika bezpośrednio z jakości przygotowania przewodu pokarmowego pacjenta, dlatego rzetelne podejście do oczyszczenia jelita grubego jest niezbędne w przeprowadzeniu kolonoskopii.

Zalecenia rekomendowane przez poszczególne placówki, w których jest wykonywane badanie, różnią się nieznacznie od siebie. Z reguły przygotowanie fizyczne zaczyna się na 7 dni przed planowanym terminem badania i składa się z kilku etapów.

Podstawę stanowi przejście na tydzień przed procedurą na dietę ubogoresztkową. Dalej, 3–2 dni przed badaniem, wymagane jest wdrożenie diety płynnej. Jednakże już dzień przed kolonoskopią dozwolone jest jedynie spożycie lekkiego śniadania, zaś płyny można przyjmować w nieograniczonych ilościach. Ważne jest, by ciecze były klarowne i niegazowane. W dniu kolonoskopii obowiązują

całkowity zakaz przyjmowania posiłków. Dopiero po takim przygotowaniu przewodu pokarmowego można przejść do właściwego oczyszczania jelita grubego poprzez rozpoczęcie picia środka przeczyszczającego, po uprzednim jego rozpuszczeniu. Aby poprawić smak roztworu, dozwolone jest dodanie soku z cytryny. Sporządzony płyn należy rozpocząć przyjmować w godzinach popołudniowych.

W przypadku badania odbywającego się następnego dnia po południu część roztworu przeczyszczającego można wypić następnego dnia w godzinach porannych. Należy pamiętać, by pacjent miał zapewniony stały dostęp do toalety. Zalecane jest również przyjęcie leków, które zapobiegają wzdęciom. W przeddzień badania może zostać wykonana w godzinach wieczornych pierwsza oczyszczająca wlewka doodbytnicza, a dodatkowa w dniu badania.

Bardzo ważnym elementem jest konsultacja z lekarzem na temat przyjmowanych leków. Samowolne przyjmowanie niektórych preparatów wiąże się ze wzrostem ryzyka powikłań lub brakiem efektywności kolonoskopii. Przykład stanowią preparaty żelaza, które podczas doustnej suplementacji barwią stolec na ciemny kolor, co wiąże się ze złą jakością obrazu podczas badania. Natomiast leki przeciwkrzepliwe zwiększają ryzyko krwawienia. Pacjenci stale przyjmujący leki nasercowe, astmatyczne lub na nadciśnienie powinni przyjmować wszystkie zalecane dawki leków.

Szczegółnej uwagi wymagają pacjenci z cukrzycą, od których oczekiwany jest wyrównany poziom cukru. Podczas przygotowywania się do kolonoskopii pacjenci ci powinni w szczególności kontrolować poziom glikemii oraz monitorować swoje samopoczucie, by nie narazić się na gwałtowne spadki poziomu glukozy we krwi. W tym wypadku niezbędna jest edukacja w zakresie niepożądanych objawów, jakie mogą pojawić się przy hiperglikemii i hipoglikemii.

Wartości glukozy w granicach od 100 mg% do 200 mg% są najbardziej pożądane z uwagi na to, że w takim przedziale można odstawić leki przeciwcukrzycowe. Jeśli poziom glukozy we krwi spadnie poniżej 100 mg%, pacjenci powinni napić się klarownego słodkiego płynu, natomiast gdy poziom glukozy przekroczy 200 mg%, zalecane jest przyjęcie zwyczajnej dawki leku doustnego lub połowy dawki insuliny. W przypadku pogorszenia się samopoczucia po przyjęciu leku trzeba niezwłocznie skontrolować poziom glukozy we krwi, a w momencie jego spadku poniżej 100 mg% warto wypić szklankę słodkiego płynu w celu poprawy samopoczucia i dalej prowadzić obserwację stanu zdrowia [1, 8, 20].

W każdym z powyższych etapów edukacja oraz sposób przekazywania informacji (ustny czy pisemny) ze

strony pielęgniarki odgrywa najważniejszą rolę. Bez szczególnie podanych informacji próba podejścia do badania kolonoskopowego może okazać się bezsensowna z uwagi na brak możliwości jego przeprowadzenia z powodu złego przygotowania jelita grubego lub niebezpieczna w konsekwencji przyjmowania bądź nieprzyjmowania leków.

## Podsumowanie

Personel pielęgniarski w głównej mierze odpowiada za przygotowanie psychiczne pacjenta do badania kolonoskopowego. Jest to podstawowy krok wpływający na zmianę nastawienia potencjalnych badanych do procedury. Nie można mówić dalej o przygotowaniu fizycznym, jeśli w konsekwencji braku przygotowania psychicznego pacjent nie godzi się na wykonanie badania lub z niego rezygnuje.

Rzetelne przygotowywanie pacjentów do kolonoskopii kształtuje pozytywne nastawienie do badania, skutkując kontynuowaniem profilaktyki. Działania pielęgniarskie odgrywają ważną rolę w przygotowaniu pacjenta do badania kolonoskopowego.

## Oświadczenia

### Oświadczenie dotyczące konfliktu interesów

Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

### Źródła finansowania

Autorzy deklarują brak źródeł finansowania.

## Piśmiennictwo

1. Cisoń-Apanasewicz U. Zadania i kompetencje pielęgniarki w opiece nad pacjentem w wybranych stanach internistycznych. Wyd. II. Nowy Sącz: Wyd. Nauk. Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Nowym Sączu; 2012. 64–65.
2. [Dostępne w Internecie:] <http://onkologia.org.pl/nowo-twory-zlosliwe-jelita-grubego-c18-21/#r> [data dostępu: 3.09.2015].
3. Kotowski B, Kamiński MF, Rupiński M et al. Analiza jakości kolonoskopii w Ogólnopolskim Programie Badań Przesiewowych dla Wczesnego Wykrywania Raka Jelita Grubego. *Gastroenterol Klin.* 2009;1,1:45–53.
4. Ustawa z dnia 1 lipca 2005 r. o ustanowieniu programu wieloletniego „Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych”. Dz.U. 2005 Nr 143, poz. 1200.
5. Michałowski J, Kempniński R, Wieczorek S et al. Endoskopia przewodu pokarmowego. Od historii po teraźniejszość i przyszłość. *Now Lek.* 2011;80,2:153–156.
6. Wretowska D, Pracki M, Kamiński MF. Przygotowanie jelita grubego do kolonoskopii. *Gastroenterol Klin.* 2010;2,1:30–36.
7. Kubiak A, Kycler W, Trojanowski M. Epidemiologia i profilaktyka raka jelita grubego w Polsce. *Probl Hig Epidemiol.* 2014;95,3:636–642.
8. Messmann H. Atlas kolonoskopii. Technika. Diagnostyka. Zabiegi. Warszawa: MediPage; 2007.
9. Antos E. Kolonoskopia – przygotowanie do badania. *Mag Piel Poł.* 2012;1–2:14–15.
10. Grochanas E, Wieder-Huszla S, Jurczak A et al. Wsparcie emocjonalne jako wyznacznik jakości opieki pielęgniarskiej. *Probl Hig Epidemiol.* 2009;90,2:236–239.
11. Bazaliński D, Kaczmarska D, Chmiel Z et al. Determinanty warunkujące satysfakcję z profilaktycznej endoskopii jelita grubego. *Nowa Med.* 2011;3:42–50.
12. Zurzycka P. Informowanie pacjenta o podejmowanych działaniach elementem świadomej zgody. *Probl Piel.* 2014;22,1:113–118.
13. Lebda-Wyborny T, Barczyk A, Pilch-Kowalczyk J. Wirtualna kolonoskopia CT – nowa metoda oceny patologii jelita grubego. *Chirurgia Pol.* 2008;10,2:88–100.
14. Moczyłowska A, Krajewska-Kułak E, Kózka M et al. Oczekiwania chorych wobec personelu medycznego. *Procedury Piel.* 2014;22,4:466–470.
15. Ścisło L. Kolonoskopia. W: Kózka M, Płaszewska-Żywko L (red.). *Procedury pielęgniarskie.* Warszawa: PZWL; 2011. 391–396.
16. Włoszczak-Szubda A, Jarosz MJ. Pacjent – choroba – medyk. Znaczenie i role w komunikacji. *Med Ogólna Nauk Zdr.* 2011;17,2:105–110.
17. Tałaj A, Suchorzewska J. Postawy pielęgniarek i położnych wobec osób chorych i cierpiących w aspekcie obowiązujących norm prawnych i moralnych. *Probl Piel.* 2007;15,1:32–38.
18. Florek K. W trosce – by nie zaniedbać człowieka jako osobę. W: Krajewska-Kułak E, Sierakowska M, Lewko J, Łukaszuk C (red.). *Pacjent podmiotem troski zespołu terapeutycznego.* Tom I. Białystok: Wydawnictwo AM; 2005. 42–43.
19. Korczak M. Refleksja na temat Kodeksu Etyki Zawodowej polskiej pielęgniarki. *Studia Med.* 2008;9:93–95.
20. [Dostępne w Internecie:] <http://www.bielanski.med.pl/index.php/poradnie/198-kolonoskopia> [data dostępu: 5.09.2014].

Zaakceptowano do edycji: 2017–01–16  
Zaakceptowano do publikacji: 2017–02–01

### Adres do korespondencji:

Elżbieta Antos  
ul. Stanisława Wyspiańskiego 1/49  
05-120 Legionowo  
tel. kom.: 608 376 007  
e-mail: ela.antos@op.pl