

# Jak přesvědčit pacienta odmítajícího kolonoskopické vyšetření – kvalitativní studie

Jan Brož<sup>1</sup>, Timea Debnárová<sup>1</sup>, Svatava Krejčová<sup>2</sup>, Alexandra Romanová<sup>1</sup>, Jana Urbanová<sup>3</sup>,  
Lucie Samková<sup>1</sup>, Barbora Pelechová<sup>1</sup>, Barbora Prýmková<sup>1</sup>, Ondřej Hloch<sup>1</sup>, Pavlína Krollová<sup>1</sup>,  
Ludmila Brunerová<sup>3</sup>, Veronika Vejtasová<sup>4</sup>, Anna Frühaufová<sup>5</sup>, Juraj Michalec<sup>1</sup>, Iva Hoffmanová<sup>1</sup>,  
Dita Pichlerová<sup>1</sup>, Jan Štoviček<sup>1</sup>, Radan Keil<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Interní klinika 2. LF UK a FN v Motole, Praha

<sup>2</sup>Oddělení klinické psychologie FN v Motole, Praha

<sup>3</sup>Interní klinika 3. LF UK a FNKV, Praha

<sup>4</sup>Kardiologická klinika 2. LF UK a FN v Motole, Praha

<sup>5</sup>Odd. primární péče FN v Motole, Praha

Z dostupné literatury vyplývá, že mezi nejvýznamnější bariéry k podstoupení kolonoskopie obecně patří „obava z bolesti a diskomfortu“, „obava z přípravy střeva“, ale i přímo nesouvisející vlivy jako „nedostatek podpory ze strany rodiny a přátel“, „vytížení v rámci rodinných a pracovních záležitostí“, „jiné zdravotní problémy“ a aktuální „obava z toho, že se v nemocnici nakazí onemocněním covid-19“. Pozitivní roli může hrát manželský svazek, naopak negativní předchází nádorové onemocnění. Důležitým faktorem je i to, že pacienti nejsou o svých bariérách zvyklí hovořit spontánně – vhodným nástrojem je řízený rozhovor. Respondenti této kvalitativní studie ve svých odpovědích zmínili jako významné většinu těchto bariér.

**Klíčová slova:** kolonoskopie, kolorektální karcinom, screening, obavy, bolest.

## How to convince a patient refusing colonoscopy – a qualitative study

The available literature suggests that the most significant barriers to undergoing colonoscopy in general include “fear of pain and discomfort”, “fear of bowel preparation”, as well as directly unrelated influences such as “lack of support from family and friends”, “busy family and work schedules”, “other health problems” and the current “fear of getting COVID-19 in hospital”. A marital union may play a positive role, previous cancer a negative one. Another important factor is that patients are not used to talking about their barriers spontaneously; a guided conversation is a useful tool. Respondents in this qualitative study addressed these barriers as significant in their answers.

**Keywords:** colonoscopy, colorectal cancer, screening, fear, pain.

V roce 2018 bylo v České republice diagnostikováno 7273 nových případů zhoubného novotvaru tlustého střeva a konečníku, 3356 pacientů s touto diagnózou v tomto roce zemřelo. Prevalence tohoto onemocnění roste a v rámci onkologických diagnóz je druhou nejčastější příčinou úmrtí. Pětileté přežití léčených (za roky 2014–2018) bylo 66,1%. U pacientů zachycených v I. klinickém stadiu bylo přežití 90% (1).

Screeningový program zaměřený na záchyt kolorektálního karcinomu (CRC) v ČR zahrnuje test okultního krvácení do stolice (TOK)

(indikován od 50. roku věku každoročně, od 55. roku věku je opakován za dva roky) či kolonoskopické vyšetření. V případě pozitivního výsledku TOK je indikováno kolonoskopické vyšetření. Primární screeningová kolonoskopie je vykonávána jednou za deset let u jedinců starších 50 let (2).

Kolonoskopické vyšetření patří k těm méně oblíbeným a řadu pacientů není snadné přesvědčit, aby ho, a to i v případě závažných symptomů či laboratorních nálezů ukazujících na možnost tumoru

kolon, podstoupili. Ve Velké Británii jsou každé dva roky rozeslány TOK všem osobám ve věku 60–74 let, 2 % z navrácených testů jsou pozitivní a 14 % z těchto pozitivně identifikovaných pacientů kolonoskopií nepodstoupí (3).

Důvodů tohoto nedokončení screeningu po pozitivním TOK je celá řada a nejvýznamnější jsou přehledně sestaveny v tabulce 1. Jde o výsledky studie ze dvou skrínovacích center z britského programu (English Bowel Cancer Screening Programme) s 66 účastníky dostupnými ze 170 z těch, kteří po pozitivním TOK nepodstoupili kolonoskopií. Celkem bylo ke screeningu pozváno 177 863 osob, 87 664 dokončilo test (49,3 %) a 2404 mělo pozitivní výsledek (2,7 % z těch, co doručili testovací sadu) (4).

Kazuistika, se kterou jsme se setkali na Interní klinice FN Motol, nás vedla k provedení jednoduché kvalitativní studie zaměřené na to, zjistit, jakými způsoby by lékaři přesvědčovali pacienta, který po pozitivním TOK kolonoskopií odmítá.

## Metody

Do studie bylo pozváno 12 zástupců různých lékařských oborů (interní medicína, praktické lékařství, gastroenterologie, diabetologie, akutní medicína) a dva studenti medicíny. Byla jim zaslána kazuistika (viz dále) a byli vyzváni, aby se zamysleli nad tím, jak by na místě praktického lékaře postupovali, aby pacienta ke kolonoskopií přesvědčili. Zasláný soupis byl dále s každým účastníkem probrán v telefonickém rozhovoru v průběhu 20–30 minut. Finální záznam navržených možností byl podroben tematické analýze.

## Kazuistika

### Pacient a jeho historie související s kolonoskopií

76letý pacient byl přijat k vyšetření pro změny defekačního stereotypu, úbytek na váze a progredující slabost s opakovanými pády.

**Tab. 1.** Důvody nepodstoupení kolonoskopie po pozitivním TOK (4)

Příčina	Podíl (%)
<b>Nepřeje si podstoupit kolonoskopií</b>	30,1
Strach z bolesti či rizik výkonu	
Nechce podstoupit přípravu	
<b>Myslí si, že TOK byl falešně pozitivní</b>	17,2
Hemoroidy	
Kontaminace	
Nemá symptom	
Před 2 lety měl negativní test	
Normální nálezy při nedávné kolonoskopií	
<b>Musí řešit jiné zdravotní problémy</b>	15,1
<b>Chyba pacienta</b>	2,2
Nedodržel dietní omezení	
Nezvládl přípravu	
<b>Praktické bariéry</b>	5,4
Zdravotní středisko je příliš daleko, nedokáže si vyšetření objednat	
Nemá, kdo by ho odvezl	
Nedokáže lačnit	
<b>Chce si to zařídit jinde</b>	7,5
<b>Má aktuálně jiné povinnosti</b> (práce, rodina, zahraniční cesta,...)	22,6

V krevním obraze výrazná anémie, provedená kolonoskopie prokázala stenózující tumor kolon.

### Anamnéza související s nálezem

Před cca 4–5 lety mu byl u praktického lékaře proveden TOK, který byl pozitivní stejně tak jako při jeho opakování o měsíc později.

Pacientovi byla doporučena kolonoskopie, kterou pacient odmítl. Před asi třemi lety byl test opakován praktickou lékařkou (původní lékař odešel do důchodu) opět s pozitivním výsledkem. Znovu nabídnutou kolonoskopií pacient opět odmítá.

Pacient od svých 60 let trpí na hemoroidy, od svých 70 let navštěvuje pravidelně urologa, který mu nikdy po vyšetření neřekl, že by bylo něco v nepořádku, nebo že by měl na rukavici krev. Pacient proto doufal, že žádný „problém“ nemá, krev prokázanou testem si „vnitřně“ vysvětloval hemoroidy. U urologa byl ovšem naposled dva roky před přijetím na kliniku, pak se kvůli pandemii covidu-19 bál.

### Postoj pacienta k informacím, které dostal od praktických lékařů

Pacient cítí, že mu důležitost kolonoskopického vyšetření byla dostatečně vysvětlena od obou lékařů. Nemyslí si, že by mohli říct ještě něco jiného, co by ho toho času přimělo na kolonoskopií jít. Jeho šest kamarádů umělo na CRC a pacient popisuje, že se v této souvislosti „bál“ (všichni měli kolonoskopií a stejně uměli) a chtěl tomu nechat přirozený průběh. Teď svého rozhodnutí lituje a už ví, že má lékařům důvěřovat a dělat co mu říkají. O pozitivních testech řekl i doma, jeho děti i manželka mu několikrát „vynadali“ a naléhali, aby na kolonoskopií šel.

## Výsledky

Na základě provedené analýzy bylo ve výpovědích identifikováno několik tematických oblastí týkajících se kazuistiky a současně reflektujících zkušenosti lékařů s obdobnými situacemi. Tyto oblasti jsou případně podrobněji strukturovány podle příslušných obsahů výpovědí. Vybrané výpovědi respondentů, s těmito obsahy korespondující, jsou označeny uvozovkami.

### Nebezpečí potenciálního onemocnění

Význam vysvětlení závažnosti potenciálního onemocnění CRC a pozitivní efekt jeho co nejčasnějšího odhalení byl zmíněn všemi respondenty. Uvedeno nebylo jen zkrácení života, ale i komplikace spojené s případnými operacemi či umělým vývodem.

Zároveň byl zmíněn i význam vysvětlení toho, že pozitivní TOK nemusí hned znamenat závažné nádorové onemocnění, ale může být způsoben například benigním polypem, který je třeba v rámci prevence odstranit, a že to lze snadno udělat při provádění kolonoskopie.

„Dobrý den, mám pro vás výsledky vyšetření TOK. Vyšetření vyšlo pozitivní, což znamená, že ve stolici byla přítomna krev. Není však důvod k panice, pozitivní test TOK neznamená automaticky rakovinu, byť ani to nelze s jistotou vyloučit. Ve střevě to funguje tak, že se tam udělá první výrůstek ze stěny střeva (polyp), který může být zdrojem té krve. Z něho, pokud se tam nechá, pak vznikne rakovina (CRC). Proto vyšetření TOK děláme, abychom mohli ten výrůstek při kolonoskopií odstranit dřív, než

z něj ta rakovina vznikne. Když to vyšetření uděláme hned, dává vám to jedinečnou možnost zasáhnout včas.“

„Každým dnem, kdy ten výrůstek ve střevě je, se zvyšuje riziko, že z něj vznikne zhoubný nádor.“

„Důvodem pozitivního TOK může být pouze nějaký polyp, který se dá během vyšetření rovnou i odstranit – tím pádem se problém vyřeší. Nemusí to hned znamenat, že již máte vážný nález.“

„Pokud to „necháte být“, je možné, že to opravdu bude nádor a později se to bude muset řešit velkou operací a může to klidně skončit i umělým vývodem střeva. A to není nic příjemného.“

Zmíněna byla i možnost jiných typů vyšetření (CT kolonografie, irrigografie) s tím, že příprava na vyšetření je obdobná jako při kolonoskopii, a nedá se při nich provést léčebný výkon (odběr tkáně).

## Význam vyšetření

Udávané důvody pro kolonoskopii a její význam se kryly s předchozím odstavcem.

## Nedůvěra ve výsledek TOK

Přestože TOK může být i falešně pozitivní, ani další negativní TOK by nebezpeční CRC nevyhloučil a kolonoskopii by bylo třeba provést tak jako tak.

„Výsledek TOK je velmi pravděpodobně správný.“

„Opakované vyšetření může být falešně negativní, protože to zrovna chvíli nekrvácelo.“

## Obava z přípravy na vyšetření

Obavu z přípravy na vyšetření, tedy očištění kůry, by respondenti zmínili poukazem na moderní vyprazdňovací prostředky, které jsou šetrnější, i na možnost prodělat přípravu v nemocnici za odborné asistence.

## Vlastní vyšetření

### Nespecifické obavy

Stran rozptýlení strachu z vlastního vyšetření respondenti zmínili většinou nekomplikovanost průběhu, možnost sedace či analgie či anestezie. Významným faktorem by mohla být i videoedukace, zobrazující proceduru.

„Není to zdaleka tak nepříjemné, jak to vypadá. Pacienti po vyšetření zmiňují, že se obávali zbytečně.“

### Strach z bolesti

Opět lze zmínit preventivní tlumení bolesti pomocí analgesedace.

„Píchnou vám něco a nebudete nic bolestivého cítit.“

## Obavy z narušení intimity

Na narušení intimity je pamatováno úpravou prostředí, kde vyšetření probíhá, a specifickým oděvem, který má pacient při vyšetření na sobě.

„Člověk se trochu stydí, ale nemusíte se bát vyšetření, je diskrétní, sestřičky i lékaři jsou na něj „zvyklí“. Je tam šero a na sobě máte jedno-

rázové kalhoty jen s malým otvorem pro přístroj. Nikde tam neležíte nahý před cizími lidmi. Po vyšetření jdete za chvíli domů.“

## Obavy z komplikací výkonu

Respondenti uvedli, že komplikace je nutné zmínit, ale zdůraznit jejich nízkou frekvenci a možnost nápravy.

„Ke komplikacím může dojít, ale jsou velmi řídké a lze je účinně řešit.“

## Význam dalšího života pro sebe i ostatní

Respondenti zmínili význam života pro pacienta samotného i jeho rodinu.

„Určitě jste rád na světě, nemá cenu riskovat, že skončí nebo bude spojen s nepříjemnostmi, jako je umělý vývod.“ „Myslete také na svá vnoučata, aby si vás užili co nejdéle.“ „Určitě vás rodina potřebuje.“

## Použitý slovník při rozhovoru s pacientem

Respondenti uvedli, že by se spíše vyhýbali expresivním negativním výrazům typu „rakovina“, ale tento postoj by modifikovali podle typu pacienta.

„Většinou se lidé uzavrou, pokud řeknete, že mají rakovinu, u někoho to ale naopak může zafungovat pozitivně.“

## Technické okolnosti

Lze i vyšetření objednat s tím, že při dalším setkání pacient vysloví souhlas.

„Já vás tam teď objedná, abychom neztráceli čas, a ještě si o tom promluvíme.“

## Rámcová strategie postupu u nesouhlasícího pacienta

Pokud pacient při prvním rozhovoru s provedením kolonoskopie nesouhlasí, dáme mu čas na promyšlení 1–2 týdny a navrhneme mu, aby se po tomto časovém intervalu opět dostavil do naší ambulance na druhý rozhovor. Doporučíme mu také probrat situaci s někým jemu blízkým, členy rodiny, přáteli, či nějakým jemu známým lékařem. Je také vhodné dát pacientovi možnost přijít na druhou konzultaci s někým blízkým, komu důvěřuje. Na rozhovor si vyhradíme dostatek času (minimálně 30 min).

Pokud ani při druhém rozhovoru pacient nesouhlasí, pak je na místě nabídnout konzultaci s jiným lékařem-specialistou, optimálně gastroenterologem, v našem případě lze doporučit i návštěvu v kazuistice zmiňovaného urologa s diskuzí o nedostatečnosti samotného vyšetření per rectum.

Není-li ani poté pacient přesvědčen, lze domluvit konzultaci s někým, u koho byl proces (vyšetření-nález CRC-operace) úspěšný, a tak mu ukázat, že ani diagnóza CRC nemusí znamenat smrtelné onemocnění. Pokusíme se tak modifikovat jeho postoj, který je pravděpodobně hluboce ovlivněný úmrtím vícerych kamarádů na CRC.

V závěrečných fázích neúspěšného přesvědčování lze zvážit i konzultaci s psychologem.

Neúspěšnou sekvenci setkání je vhodné zakončit diskuzí a podpisem informovaného nesouhlasu, to dále zdůrazní vážnost situace a může teoreticky ještě ovlivnit postoj pacienta.

## Řízený rozhovor

Při konzultacích s pacientem je vhodné použít strategii řízeného rozhovoru. Řízený rozhovor je vedený podle připraveného schématu a jeho cílem je změna postoje pacienta, např. jako v našem případě. Pacienta nepřesvědčujeme vnějšími argumenty, ale diskutujeme s ním situaci s cílem, aby ji pochopil a změnu postoje učinil sám, na základě vlastního zhodnocení. Optimální je si vyhradit na rozhovor přesně vymezený čas a seznámit s tím i pacienta.

„V této kazuistice jde o rozhodnutí mezi dvěma možnostmi: podstoupit či nepodstoupit kolonoskopii. Cílem je zjistit, jaké jsou přínosy a rizika pro pacienta pro obě rozhodnutí, a pokusit se, aby je pacient sám porovnal. V této fázi se také zaměříme na okolnosti nálezu CRC u jeho přátel a na průběh jejich onemocnění – to je pravděpodobně hlavní důvod pacientova strachu z testu.“

## Diskuze

Respondenti v kontextu uvedené kazuistiky představili vlastní přístupy k přesvědčování pacientů ke kolonoskopickému vyšetření. Smyslem studie nebylo analyzovat rozdíly mezi jednotlivými respondenty, ale sumarizovat v bodech všechny uvedené možnosti.

V odpovědích dominovala snaha vysvětlit pacientovi význam vyšetření pro případnou včasnou diagnostiku CRC a vyhnout se s ním spojených potíží včetně zkrácení života. Respondenti též zmínili nutnost rozptýlení obvyklých obav pacientů z vyšetření (bolesti, nepříjemné pocity) či přípravy (vyprazdňování) na něj i z narušení intimity. Zmíněno bylo i adekvátní nastavení slovníku rozhovoru.

Z „technického hlediska“ by navržen rámcový postup opakovaných setkání/rozhovorů s možným (postupným) zapojením specialisty, rodinných příslušníků či přátel, úspěšně léčených pacientů i pomoc psychologa. Významným bodem byla zmínka o řízeném rozhovoru.

## Řízený rozhovor

Řízený rozhovor má důležité místo v řadě oblastí, klinickou medicínu nevyjímaje, byť se s ním v pre- ani postgraduální výchově lékařů příliš nepracuje.

Většinou se skládá ze 3 základních fází:

### 1. fáze: Počáteční postoj pacienta

Pacient je na počátku ve stadiu ambivalence – mezi aktuálním postojem (nepodstoupit kolonoskopii) a případnou změnou tohoto postoje, která je mu nabízena (podstoupit kolonoskopii). Případně mu aktuální postoj v jeho očích přináší více benefitů (lze říci, že vytváří pocit tzv. komfortní zóny), naopak změna postoje mu přináší pocit ohrožení, nejistoty, ztráty autonomie.

### 2. fáze: Empatická explorace

Její obsahem je společné hledání důvodů pacientova postoje a srovnávání výhod a nevýhod obou postupů (podstoupit či nepodstoupit kolonoskopii). Rozhovor vedeme cílenými otázkami. Je důležité, aby pacient vyjádřil tyto výhody a nevýhody sám s ohledem na svoji konkrétní situaci. Cílem je v něm vzbudit vnitřní motivaci ke změně postoje.

### 3. fáze: Změna postoje

Rozhovor je třeba vést tak, aby z něj vyplynulo, že původní postoj má více nevýhod než výhod. Finální rozhodnutí by ovšem mělo přijít od pacienta, kterého nepřesvědčujeme a neposuzujeme, ale snažíme se ho empaticky přivést k tomu, že změna postoje je pro něj výhodnější. Naším cílem je, aby pacient získal vnitřní motivaci pro změnu postoje, která je trvalejší než motivace „zevní“.

Je však možné, že pacient i po řízeném rozhovoru usoudí, že změna postoje (jít na kolonoskopii) pro něj představuje víc nevýhod než výhod – i v tomto případě je nutné zachovat empatický a profesionální přístup (5).

## Rámcový pohled na aktuální znalosti o důvodech pro odmítnutí kolonoskopie

Studii, které se zabývají důvody pacienta k odmítnutí kolonoskopie obecně (bez vztahu k screeningu CRC), je relativně dost. Autoři nedávného review jich našli 57, nicméně většina (93 %) z nich byla provedena v USA. Klíčové důvody pro odmítnutí byly „obava z bolesti a diskomfortu“, „obava z přípravy střeva“. Významným pozitivním faktorem bylo doporučení od pacientova lékaře, negativně se projevovala cena výkonu či to, nebyl-li hrazen zdravotním pojištěním, tedy faktory, které v České republice hrají zanedbatelnou roli (6).

Studii, které se zabývají důvody pacienta k odmítnutí kolonoskopie po pozitivním screeningu, již mnoho provedeno nebylo.

Z té citované v úvodu článku vyplývá, že důvody, které k odmítnutí pacienta vedou, mohou být přímé, tedy spojené s vyšetřením a přípravou na něj, či nepřímé, které s vyšetřením bezprostředně nesouvisí či s ním nesouvisí vůbec. Přímé důvody jsou zahrnuty v odpovědích našich respondentů, ti oproti článku navíc uvedli strach z narušení intimity (4).

Mezi nepřímé důvody patří technické potíže s dostavením se na vyšetření (velká vzdálenost, omezená mobilita pacienta z různých důvodů), řešení jiných zdravotních i nezdravotních problémů (stěhování, pracovní, rodinné či finanční potíže) (4).

Další informace přidala nedávno publikovaná studie z Číny zkoumající důvody pro podstoupení či nepodstoupení kolonoskopie po pozitivním screeningovém testu (TOK či dotazník HRFQ) u 1219 osob. Multivariační regresní analýza ukázala, že vyšší adhezenci k podstoupení kolonoskopie měli osoby žijící v manželském svazku (OR = 1,58, 95% CI: 1,12, 2,25,  $p = 0,01$ ), ti, trpící chronickým průjmem (OR = 1,34, 95% CI: 1,00, 1,78,  $p = 0,047$ ), a ti, kteří měli pozitivní TOK (ve srovnání s pozitivním výsledkem v dotazníku) (OR = 1,60, 95% CI: 1,21, 2,10,  $p < 0,00$ ), a ti, kteří měli pozitivní TOK i dotazník oproti pouze pozitivnímu TOK (OR = 2,12, 95% CI: 1,33, 2,78,  $p = 0,002$ ). Nižší adhezenci měli překvapivě pacienti s anamnézou jakéhokoliv nádorového onemocnění (OR: 0,50, 95% CI: 0,31, 0,79,  $p = 0,003$ ) (7).

Z jiného úhlu pohledu se na oblast dívá kvalitativní studie Kerrisona et al. Autoři vedli rozhovory s 21 specializovanými sestrami (95,2 % žen) pracujícím v celostátním britském projektu English Bowel Cancer Screening Program s cílem identifikovat nejčastější bariéry pacientů k podstoupení kolonoskopie po pozitivním TOK. Za nejčastější byly podle nich považovány „obava z bolesti a nepříjemnostmi spojenými s vyšetřením“, „nedostatek podpory ze strany rodiny a přátel“, „vytížení

v rámci rodinných a pracovních záležitostí“, „jiné zdravotní problémy“ a „obava z toho, že se v nemocnici nakazí onemocněním covid-19“ (8).

## Přesvědčovací techniky

Oblast přesvědčování je podrobně zkoumána a nahlížena z různých úhlů posledu, zejména v komerčních oblastech. Jeden z pohledů na základní přesvědčovací techniky, které lze využít ve zdravotnické praxi, je shrnut v tabulce 2.

Studie zaměřená na tyto přesvědčovací techniky (9) využívané praktickými lékaři ke zvýšení adherence ke screeningu CRC (nejenom ke kolonoskopii) ovšem ukázala, že výsledky přesvědčování neměly žádnou korelaci k typům a počtu v rozhovoru užitých přesvědčovacích metod. Do analýzy bylo zahrnuto 64 lékařů, kteří vedli rozhovor s 414 pacienty (cca 7/1 lékaře). Rozhovory byly nahrávány a analyzovány s ohledem na počty a druh použitých přesvědčovacích technik, pacienti po skončení rozhovoru vyplnili dotazník s otázkou na subjektivní pocit, zda je lékař přesvědčoval či nikoliv. Odpověď 1–3 na sedmibodové Likertově škále byla hodnocena jako přesvědčování.

Analýza záznamu rozhovoru ukázala, že ve 36 % případů nebyla použita žádná přesvědčovací technika, ve 39 % jedna, v 18 % dvě, v 6 % tři, a v méně než 1 % čtyři. Zajímavé bylo i vnímání přesvědčování pacienty. Ti například vnímali přesvědčování v 19 % hovorů, ve kterých ovšem analýzou identifikováno nebylo. V ostatních výše uvedených případech vnímali přesvědčování v maximálně 50 % hovorů. Výjimkou byly hovory, ve kterých byly identifikovány 4 typy přesvědčování (pouze 3 hovory), zde bylo přesvědčování vnímáno v 67 % hovorů.

Výsledky též ukázaly, že 63 % rozhovorů obsahovalo alespoň jednu přesvědčovací techniku, z nich ovšem pouze jednu třetinu takto vnímali i pacienti. Nejčastěji užívanými technikami byly „argumentace“ a „vyvracení“. Screening v následujícím roce podstoupilo 56 % pacientů ze studie s tím, že nebyl prokázán rozdíl v tom, zda byli či nebyli v průběhu rozhovoru přesvědčování a jakých technik bylo využito (9).

Výsledky této studie nabídl poněkud fatalistický pohled na přesvědčování, ovšem je třeba připomenout, že se jednalo o přesvědčování ke screeningu obecně a naším tématem je přesvědčování ke kolonoskopii u již pozitivně screenovaných, tedy skupině, která již ke screeningu v určité formě přistoupila.

Jiná studie zaměřená na rozhovor pacienta s lékařem zaměřený na screening CRC (51 lékařů a 151 pacientů) našla obdobné bariéry ke screeningu jako v úvodu zmiňovaném článku, ale přinesla i důležité zjištění, že tyto bariéry byly předloženy aktivně pacientem pouze v 5,8 %

**Tab. 2.** Základní přesvědčovací techniky (9)

Argumentace	Předkládání důkazů
Vyvracení	Vyvracení chybných tvrzení
Hrozba	Hrozba negativními důsledky špatného rozhodnutí
„Noha ve dveřích“	Postupné získávání „území“
Vina	Poukazování na předchozí chyby
Altruismus	Argumentace nesobečtím vůči ostatním
Úcta	Poukazování na získání úcty ostatních, pokud dojde k přijetí správného rozhodnutí

případů, v 94,3 % byly vyřčeny, až pokud na ně byla cíleně zavedena řeč. Z toho vyplývá, že i samotná diskuze o této oblasti je zatížená bariérou na straně pacienta (10).

## Negativní reverz (Informovaný nesouhlas)

Negativní reverz je na místě vždy, když rozhodnutí pacienta vede k postupu „non lege artis“. Jeho smyslem je vytvořit o události záznam pro případné budoucí diskuze či spory. Nabídka negativního reverzu by mohla být teoreticky v kontextu výše uvedeného vnímána i jako přesvědčovací prostředek typu „hrozba“ s tím, že „pečeti“ reálné nebezpečí vyplývající z odmítnutí kolonoskopie. Na druhou stranu, podepsaný negativní reverz již pro pacienta může znamenat ukončení dalšího uvažování o změně postoje. Nicméně žádnou studii, která by se tématem, a to ani v obecné podobě, zabývala, jsme nenalezli.

## Další možnosti zvýšení zájmu o podstoupení či efektivního provedení kolonoskopie

Význam vlivu celebrit na vnímání rizika CRC ukázal projekt americké žurnalistky Katie Couric. Po její mediální kampani v březnu 2000 signifikantně stoupl počet provedených kolonoskopií, toto zvýšení přetrvávalo po devět následujících měsíců (11).

Krátké textové zprávy (SMS) využití jako upozornění na zahájení přípravy na plánovanou kolonoskopii se ukázaly efektivní pro kvalitní přípravu střeva pro výkon (12).

## Rámcový pohled na výsledky screeningu s pomocí TOK a kolonoskopie

K argumentaci o významu a bezpečnosti kolonoskopie směrem k pacientovi lze využít i data ze studií zabývajících se tímto tématem.

**Tab. 3.** Prvky hrající významnou roli při přesvědčování pacienta

Použití techniky řízení rozhovoru, ve kterém se vymezí téma a zjistí postoj pacienta. Je-li postoj negativní, zjišťují se důvody a následuje argumentační snaha o změnu postoje založená na vysvětlení toho, že tato změna je pro pacienta výhodná.
Dostatek času na rozhovor
Vysvětlení významu vyšetření pro pozitivní i negativní diagnostiku a případnou následnou léčbu
Rozptýlení obav z přípravy a vlastní techniky vyšetření
Rozptýlení obav z narušení intimity při vyšetření
<b>V případě rezistence pacienta</b>
Domluvit další setkání s větší časovou dotací
Zvážit přítomnost člena rodiny, někoho z přátel či úspěšně léčeného pacienta
Zvážit transfer pacienta k rozhovoru s jiným lékařem, např. specialistou gastroenterologem
Zvážit zapojení psychologa
<b>Mezi významné bariéry k podstoupení kolonoskopie patří například</b>
Obava z přípravy střeva
Obava z bolesti a diskomfortu při vlastním vyšetření
Obavy z diagnostikování karcinomu
Obavy z komplikací vyšetření
Negativní zkušenosti s vyšetřením či nádorovým onemocněním v okolí
Nedostatek podpory ze strany rodiny a přátel
Vytížení v rámci rodinných a pracovních záležitostí
Řešení jiných zdravotních problémů



Systematické review z roku 2016 zaměřené na screening CRC shrnuje následující výstupy jednotlivých vyšetření (13):

Sedm studií prokázalo, že CT kolonografie s předchozí přípravou střeva má obdobnou výtěžnost při zachytu adenomů o velikosti 6 mm nebo větších jako kolonoskopie (senzitivita od 73 % (95% CI, 58–84 %) do 98 % (95 % CI, 91–100 %); specifita od 89 % (95% CI, 84–93 %) do 91 % (95% CI, 88–93 %)).

Senzitivita kolonoskopie odhalit adenomy 6 mm nebo větší se pohybovala od 75% (95 CI, 63–84%) do 93% (95% CI, 88–96%). Jednorázové TOK s pomocí imunochemických testů běžného typu dosahují senzitivity 73–88% a specifity 90–96%. Jedna studie prokázala, že TOK s pomocí imunochemických testů v kombinaci s testem na DNA ve stolici má vyšší senzitivitu (92 %), ale nižší specifitu (84 %) oproti samotnému TOK.

Těžké komplikace kolonoskopie včetně perforace u asymptomatických pacientů se objevují ve frekvenci 4/10 000 výkonů (95% CI, 2–5 in 10 000) a těžká krvácení ve frekvenci 8/10 000 výkonů (95% CI, 5–14 in 10 000) (11).

## Shrnutí

Nejdůležitější body týkající se přesvědčování pacienta ke kolonoskopickému vyšetření, které vzešly z naší studie i analyzované literatury, jsou shrnuty v tabulce 3.

## LITERATURA

1. UZIS. Available from: ><https://www.uzis.cz/index.php?pg=record&id=8352>
2. Screening kolorektálního karcinomu. Available from: <https://www.kolorektum.cz/index.php?pg=pro-verejnost-kolorektalni-screening--co-me-ceka>
3. Hirst Y, Stoffel S, Baio G, McGregor L, von Wagner C. Uptake of the English Bowel (Colorectal) Cancer Screening Programme: an update 5 years after the full roll-out. *Eur J Cancer*. 2018;103:267-273.
4. Plumb AA, Ghanouni A, Rainbow S et al. Patient factors associated with non-attendance at colonoscopy after a positive screening faecal occult blood test. *J Med Screen*. 2017; 24(1):12-19.
5. Référentiel de Psychiatrie et Addictologie: Psychiatrie de l'adulte. Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Addictologie. 3. Tours: Presses universitaires François Rabelais, 2021. ISBN 2428-7946.
6. Kerrison RS, Sheik-Mohamud D, McBride E, Whitaker KL, Rees C, Duffy S, von Wagner C. Patient barriers and facilitators of colonoscopy use: A rapid systematic review and thematic synthesis of the qualitative literature. *Prev Med*. 2021;145:106413.
7. Li JB, Ke KJ, Zhang WL et al. Factors associated with adherence to colonoscopy among individuals who were positive in the preliminary screening for colorectal neoplasms. *Cancer Med* 2022; doi: 10.1002/cam4.4730.
8. Kerrison RS, Travis E, Dobson C et al. Barriers and facilitators to colonoscopy following fecal immunochemical test screening for colorectal cancer: A key informant interview study. *Patient Educ Couns*. 2021; S0738-3991.
9. Lafata JE, Wunderlich T, Flocke SA et al. Physician use of persuasion and colorectal cancer screening. *Transl Behav Med*. 2015;5:87-93.
10. Johnson Shen M, Elston Lafata J, D'Agostino TA, Bylund CL. Lower Adherence: A Description of Colorectal Cancer Screening Barrier Talk. *J Health Commun*. 2020;25:43-53.
11. Cram P, Fendrick AM, Inadomi J et al. The impact of a celebrity promotional campaign on the use of colon cancer screening: the Katie Couric effect. *Arch Intern Med*. 2003 Jul 14;163(13):1601-5.
12. Park J, Kim TO, Lee NY et al. The Effectiveness of Short Message Service to Assure the Preparation-to-Colonoscopy Interval before Bowel Preparation for Colonoscopy. *Gastroenterol Res Pract*. 2015;2015:628049.
13. Lin JS, Piper MA, Perdue LA et al. Screening for Colorectal Cancer: Updated Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA*. 2016;315:2576-2594.

## Závěr

Článek si neklade za cíl detailně popsat oblast bariér k podstoupení kolonoskopie, ale na základě kvalitativní sondy do zkušeností skupiny lékařů představuje některé její aspekty.

V odpovědích respondentů dominovala snaha vysvětlit pacientovi význam vyšetření pro případnou včasnou diagnostiku CRC a vyhnouti se s ním spojených potíží včetně zkrácení života. Respondenti též zmínili nutnost rozptýlení obvyklých obav pacientů z vyšetření (bolesti, nepříjemné pocity) či přípravy (vyprazdňování) na něj i z narušení intimity. Zmíněno bylo i adekvátní nastavení slovníku rozhovoru.

Z „technického hlediska“ byl navržen rámcový postup opakovaných setkání/rozhovorů s možným (postupným) zapojením jiného specialisty, rodinných příslušníků či přátel, úspěšně léčených pacientů i pomoc psychologa.

Z dostupné literatury vyplývá, že mezi nejvýznamnější bariéry k podstoupení kolonoskopie obecně patří „obava z bolesti a diskomfortu“, „obava z přípravy střeva“, ale i přímo nesouvisející vlivy jako „nedostatek podpory ze strany rodiny a přátel“, „vytížení v rámci rodinných a pracovních záležitostí“, „jiné zdravotní problémy“ a aktuální „obava z toho, že v nemocnici onemocní covidem-19“. Pozitivní roli může hrát manželský svazek i negativní anamnéza předchozího nádorového onemocnění. Důležitým faktorem je i to, že pacienti nejsou o svých bariérách zvyklí hovořit spontánně, vhodným nástrojem je řízený rozhovor.