

Komentář k článku „Jak přesvědčit pacienta odmítajícího kolonoskopické vyšetření – kvalitativní studie“ z psychologického hlediska

Komentář k článku Vnitr Lek 2022, 68(8):E12-E17 | DOI: 10.36290/vnl.2022.116

Svatava Krejčová

Oddělení Klinické psychologie, FN Motol, Praha

Člověk přicházející k lékaři pro zdravotní obtíže s sebou nese nejen pouze informaci o prožívaném diskomfortu a symptomech, ale ovlivňuje ho několik, leckdy protichůdných motivů. Už jen samotný přechod ze subjektivně prožívaného stavu zdravého člověka do role pacienta může být pro některé jedince velmi náročný. Současně i pouhé očekávání této změny působí při rozhodování o tom, zda jít, či nejít k lékaři.

Pro systematizaci těchto motivů lze využít např. biologicko-psycho-sociální model (1). Tento model je ve stručnosti založen na hypotéze, že tělo a duše/mysl/psyché jsou od sebe neoddělitelné, a proto v daný moment na jedince působí nároky a informace ze všech těchto tří dimenzí, a zároveň jedinec všechny tyto dimenze zpětně ovlivňuje svými rozhodnutími. Ovlivňuje ho tak nejen ne/přítomnost nemoci v těle, i jeho psychické nastavení (temperament, charakter, zkušenosti, copingové mechanismy), ale i jeho sociální prostředí (vztahy s partnerem, rodinou, v zaměstnání). Podíl těchto složek se liší nejen interindividuálně, ale i intraindividuálně v závislosti na konkrétním stavu/diagnóze. Medicínská diagnóza, cesta k ní i návrh léčebného plánu má dopad na všechny 3 oblasti, a naopak, všechny tyto oblasti ovlivňují to, jak pacient zprávu přijme, jak bude adherentní k léčebnému procesu a jak se celá léčba bude vyvíjet.

Obecně se u pacientů před či po kolonoskopii objevuje vyšší míra úzkostných symptomů, které prožívají jak ženy, tak i muži, a které mohou nabývat úrovně od mírné po těžkou úzkostnou symptomatiku (2, 3). Ženské pohlaví, vyšší úroveň prožívané úzkosti v běžném životě, abdominální bolest, nižší vzdělání a nižší finanční příjem jsou faktory zvyšující závažnost úzkostných symptomů (4, 5, 6, 7). Zároveň se vyšší úzkost ze situace, tedy z kolonoskopie, objevuje i u pacientů, jejichž prožívání v běžném životě nevybočuje z normy, a to bez ohledu na věk, pohlaví nebo informovanost o zákroku (8).

I u našeho kazuistického pacienta lze předpokládat výskyt těchto symptomů (v průběhu času v různé intenzitě).

Při narušeném zdraví se přirozeně mění i chování daného jedince. Důležité momenty, které hrály roli i v případě našeho pacienta, shrnuje do několika bodů Zolův model (9):

Chování člověka při narušení zdraví ovlivňuje:

- míra subjektivního znepokojení ze symptomů, které se objevily,
- povaha a kvalita těchto symptomů,
- do jaké míry tyto příznaky ohrožují vztahy pacienta s druhými lidmi, zvláště s těmi nejbližšími,
- do jaké míry zdravotní problém ovlivňuje uskutečnění plánovaných činností do budoucna (pracovní cíle, dovolená, rodičovství),
- jaké případné sociální sankce stojí v pozadí situace (zda rodina souhlasí/nesouhlasí/nutí/nenutí pacienta k léčbě, zda zaměstnavatel negativně reaguje na dlouhodobou absenci v rámci léčby).

U našeho pacienta je patrná vysoká míra znepokojení ze symptomů, které se objevily, obzvláště zesílená osobní zkušenost s nemocí v blízkém okolí (úmrtí několika přátel na diagnózu s podobnými symptomy). Současně s tlakem rodiny, která ho opakovaně vyzývala k tomu, aby vyšetření podstoupil, a s bezprostřední negativní zkušeností s dopadem nemoci na ostatní zmíněné oblasti.

Příchod nemoci do života také ve většině případů vede ke změnám v každodenních zvyklostech a stereotypech. Člověka zbavuje povinností, které měl, což může být pro část pacientů úlevou, ačkoliv pro pacienty, kteří jsou zvyklí vést aktivní život, může toto narušení plánů přinášet pocity méněcennosti a depresivní náladu (10).

V těchto situacích je velmi důležitá role lékaře a jeho komunikace s pacientem. Ve výzkumech se často objevují výsledky podporující hypotézu o tom, že by lékař měl kromě zjišťování anamnézy a údajů o symptomech naslouchat i tomu, jak pacient dané symptomy prožívá, a dát mu prostor vyjádřit i jeho obavy. Jednou z pomůcek může být např. Dotazník na představy pacientů o jejich zdravotním stavu – nemoci (Illness Perception Questionnaire, IPQ), který vede pacienta k pře-

mýšlení o výše zmíněných Zolových dimenzích. Lékař si pomocí něho může ověřit, jak pacient svému stavu rozumí a upřesnit, případné 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 zeptat (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 znova a reportovali pozitivní efekt hudby jako odpoutání pozornosti od vyšetření (14).

U pacientů podstupujících kolonoskopii lze očekávat zvýšenou záležitost 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, Madder 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>