

# Determinanty warunkujące satysfakcję z profilaktycznej endoskopii jelita grubego

\*Dariusz Bazaliński<sup>1,2</sup>, Dorota Kaczmarska<sup>2</sup>, Zdzisława Chmiel<sup>1</sup>, Paweł Więch<sup>1</sup>, Małgorzata Dereń<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Pracownia Endoskopii, Podkarpacki Ośrodek Onkologiczny, Szpital Specjalistyczny w Brzozowie  
Kierownik Pracowni: lek. spec. chir. onk. Grzegorz Stolarz

<sup>2</sup>Instytut Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu, Wydział Medyczny, Uniwersytet Rzeszowski  
Dyrektor Instytutu: prof. dr hab. n. med. Paweł Januszewicz

## FACTORS DETERMINING PATIENT'S SATISFACTION WITH PREVENTIVE LARGE BOWEL ENDOSCOPY

### Summary

**Introduction.** In recent years endoscopic procedures of the lower part of the gastrointestinal tract have not only been focusing on the detection of large bowel diseases and determination of their stage but have also been used as preventive screening in colorectal cancer, allowing effective diagnoses of colorectal malignancies in their asymptomatic stage. Many patients believe that colonoscopy is a painful examination, burdened with numerous complications, requiring long preparation and a starvation diet.

**Purpose.** The objective of this work was to recognise factors determining patient's satisfaction with endoscopy of the lower part of the gastrointestinal tract within the frames of colorectal cancer screening.

**Material and methods.** The study was performed using a survey method with a two-part questionnaire form. Additionally, two other measures were applied i.e. the pain intensity numeric rating scale NRS and the State-Trait Anxiety Inventory STAI. Obtained research data were analysed statistically with the chi-square Pearson's test. The total number of 340 patients, who underwent screening colonoscopy, were asked to participate in the study and 283 of them volunteered.

**Results.** More than the half of respondents believed that the screening program and the incidence of functional disorders of the gastrointestinal tract were the major reasons for their participation in screening. Anxiety, fear of the diagnosis, and fear of the examination itself were dominant emotions related with their decision to undergo colonoscopy. When asked about the sense of safety and intimacy during the examination, almost all patients (96%) gave high marks for the colonoscopy team. Mean pain intensity, assessed by respondents on the numeric rating scale, was 4.5 points. Patients living in the rural area manifested significantly higher level of anxiety when compared with respondents living in the urban settings.

**Conclusions.** Minimising fear and anxiety during colonoscopy and meticulous mental and physical preparation of the patient for the examination were the main determinants responsible for the level of patient's satisfaction with large bowel endoscopic procedures. The assumptions and the idea of colorectal cancer screening together with functional disorders of the intestines belonged to the most frequent factors motivating patients to undergo screening colonoscopy. Almost all respondents scored highly when assessing the level of safety and intimacy during the examination.

Colonoscopy correlated with moderate pain (NRS 4.5) as it was indicated by respondents and women reported pain more frequently.

Key words: colonoscopy, prevention of colorectal cancer, pain, satisfaction, preparation for the examination

### WSTĘP

Kolonoskopia jest badaniem endoskopowym wprowadzonym na szeroką skalę do praktyki klinicznej w Stanach Zjednoczonych w latach sześćdziesiątych XX wieku, choć z danych historycznych wynika, że zabiegi związane z wziernikowaniem w obrębie odbytnicy mogły być wykonywane już w starożytnym Rzymie. W Polsce początkowo kolonoskopię uznawano jedynie za eksperymentalną metodę badawczą, dopiero w 1971 roku dzięki pracy naukowej prof. Kornela Gibińskiego udowodniono jej przewagę nad badaniem radiologicznym w diagnostyce chorób jelita grubego (1, 2). Procedura badania polega na wprowadzeniu giętkiego fiberoskopu o długości 130-160 cm do światła jelita grubego, dzięki czemu możliwa jest ocena makroskopowa stanu błony śluzowej dolne-

go odcinka przewodu pokarmowego, pobranie materiału do badania histopatologicznego, wykonanie drobnych zabiegów w obrębie jelita, takich jak usunięcie polipa lub ciała obcego oraz obliteracja krwawiącego naczynia. Do wykonania badania wymagana jest pisemna zgoda pacjenta oraz przygotowanie dolnego odcinka przewodu pokarmowego preparatami przeczyszczającymi, zgodnie z przyjętą procedurą w placówce medycznej.

Badanie kolonoskopowe od 2000 roku jest wykorzystywane również jako badanie przesiewowe w kierunku wczesnego wykrycia raka jelita grubego, w stadium bezobjawowym. Rak jelita grubego (RJG) najczęściej powstaje na podłożu polipów gruczolakowych w procesie karcynogenezy trwającym zwykle 8-10 lat. Istnieją dowody naukowe, że wykonanie profilaktycznej kolonoskopii z

jednoczesną polipektomią zmniejsza zachorowalność na raka jelita grubego. Ze względu na specyficzny charakter badanie stanowi duże obciążenie psychiczne dla chorego. U większości pacjentów występuje lęk przed samym badaniem z powodu uciążliwości w przygotowaniu do badania, potencjalnego bólu, konieczności obnażenia się, utraty kontroli nad zwieraczami podczas endoskopii, długiego czasu wykonania. Ponadto z punktu widzenia finansowego jest badaniem kosztownym, ze względu na drogi sprzęt, zaangażowanie specjalistów w jego wykonanie oraz koszty związane z koniecznością stosowania leków do analgesji (3-7). Powikłania endoskopii dolnego odcinka przewodu pokarmowego w świetle literatury są stosunkowo rzadkie, bowiem perforacja jelita występuje w 0,2%, a ciężkie krwawienie w 0,3% przypadków (8-11). W porównaniu z innymi badaniami prewencyjnymi metoda ta jest bardziej akceptowana, gdyż zalecany odstęp czasu między badaniami wynosi 10 lat, podczas gdy test na krew utajoną w stolcu (FOBT – *fecal occult blood test*) powinien być wykonywany minimum raz w roku, pomimo że jest prostą metodą, nieinwazyjną i łatwo dostępną, obciążony jest wysokim ryzykiem błędów. Przydatność tego typu testu została udowodniona na podstawie kilku badań przesiewowych z randomizacją określanych w literaturze jako „kontrowersyjne” (8, 12-15). Pomimo tego faktu test na krew utajoną w kale jest wykorzystywany jako badanie przesiewowe w kilku krajach Europy, gdyż do tej pory nie wypracowano światowego konsensusu dotyczącego badań przesiewowych w raku jelita grubego (16). Analizując fora dyskusyjne oraz biorąc pod uwagę opinie gastroenterologów, pacjenci wzajemnie zastraszają się, opowiadając swoje nieprzyjemne doznania związane z badaniem, uciążliwym przygotowaniem, głodówką trwającą kilka dni. Te negatywne opinie niejednokrotnie powodują, iż osoby, które powinny poddać się badaniu przesiewowemu w kierunku raka jelita grubego, zwykle rezygnują, obawiając się potencjalnego bólu i powikłań związanych z badaniem (4, 17). W opinii Eckardta grono lekarzy podziela przekonanie pacjentów, że kolonoskopia jest bolesną i męczącą procedurą, wymagającą w wielu przypadkach zastosowania analgesji (18).

#### CEL PRACY

Celem pracy jest ocena satysfakcji chorych z profilaktycznej endoskopii jelita grubego.

#### MATERIAŁ I METODY

Badania przeprowadzono w Szpitalu Specjalistycznym Podkarpackiego Ośrodka Onkologicznego w Brzozowie w okresie od kwietnia do grudnia 2008 roku. Grupę badaną stanowiły osoby kwalifikujące się do kolonoskopii w ramach programu profilaktyki raka jelita grubego, finansowanego ze środków Ministerstwa Zdrowia (w ramach Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych). Zgodnie z założeniami programu osoby te spełniały następujące kryteria:

- wiek 50-65 lat, bez objawów raka jelita grubego (RJG), bez wykonywanej kolonoskopii w ciągu ostatnich 10 lat;
- wiek 45-65 lat, bez objawów RJG, w rodzinie przynajmniej jeden krewny pierwszego stopnia (rodzice, rodzeństwo, dzieci) ze zdiagnozowanym RJG;

- wiek 25-65 lat, z rodzinnym obciążeniem HNPPC (*Hereditary Non Polyposis Colorectal Cancer*) lub FAP (*Familial Adenomatous Polyposis*), ze skierowaniem z poradni genetycznej.

Badania endoskopowe były wykonywane przez doświadczonych specjalistów w dziedzinie chirurgii. W psychicznym i fizycznym przygotowaniu pacjenta do kolonoskopii uczestniczył personel pielęgniarski, udzielając informacji i praktycznych wskazówek na temat zasad przygotowania jelita grubego do badania oraz jego przebiegu. Pielęgniarki asystowały w trakcie badania, zapewniając pacjentom poczucie bezpieczeństwa i wsparcie emocjonalne.

Spośród 340 osób, u których została wykonana ambulatoryjna profilaktyczna kolonoskopia, 283 osoby (stanowiące 83% całej grupy) wyraziły zgodę na przeprowadzenie dodatkowego badania metodą sondażu diagnostycznego bezpośrednio po wykonaniu endoskopii. Badania przeprowadzono w oparciu o autorski kwestionariusz ankiety składający się z dwóch części. Część pierwsza zawierała pytania na temat sytuacji socjalno-bytowej ankietowanych, część druga – pytania związane z motywami, problemami, emocjami dotyczącymi przygotowania i przebiegu badania endoskopowego oraz odczuwanych dolegliwości bólowych. W konstruowaniu pytań posłużono się również czterostopniową skalą porządkową Likerta, często wykorzystywaną w metodologii badań społecznych, na podstawie której można uzyskać odpowiedź dotyczącą stopnia akceptacji danego zjawiska, poglądu czy też opinii na określony temat. Drugim narzędziem zastosowanym w badaniu był Polski Inwentarz Stanu i Cechy Lęku będący adaptacją amerykańskiego kwestionariusza State Trait Anxiety Inventory (STAI) opracowanego przez Spielberga, Gorsucha i Lushene'a. Autorami polskiej adaptacji testu są Strelau, Tysarczyk i Wrześniewski. Kwestionariusz STAI składa się z dwóch niezależnych części, z których każda zawiera po 20 pytań. Za pomocą pierwszej części STAI (X-1) można badać poziom lęku traktowanego jako aktualny stan emocjonalny, przejściowy uwarunkowany sytuacyjnie (lęk jako stan). Część druga STAI (X-2) dotyczy lęku rozumianego jako względnie stała cecha osobowości (lęk jako cecha). Według Spielberga lęk – stan jest związany z subiektywnymi, świadomie postrzeganymi uczuciami, obawami, napięciem, którym towarzyszy związana z nimi aktywacja układu nerwowego. Poziom lęku wyrażony jest liczbą punktów, które w trakcie analizy statystycznej zostają zamienione na wartości stenowe. Wysokie wartości (sten 7-10) oznaczają wysoki poziom lęku (19, 20). Analizując dolegliwości bólowe występujące u osób poddanych profilaktycznej kolonoskopii, posłużono się również prostą skalą NRS (numeryczna skala nasilenia bólu) służącą w praktyce klinicznej do oceny subiektywnego odczuwania dolegliwości bólowych. Badanych proszono, aby określili, jak silny był ból, wskazując na odpowiednią liczbę, przy czym 0 oznaczało „brak bólu”, a 10 – „najgorszy ból, jaki mogę sobie wyobrazić” (21, 22). Zgromadzony materiał badawczy poddano analizie statystycznej, w której wykorzystano test  $\chi^2$  Pearsona.

#### CHARAKTERYSTYKA GRUPY BADAWCZEJ

W badaniach uczestniczyły 283 osoby, w tym 164 kobiety (58%) i 119 mężczyzn (42%). Średnia wie-

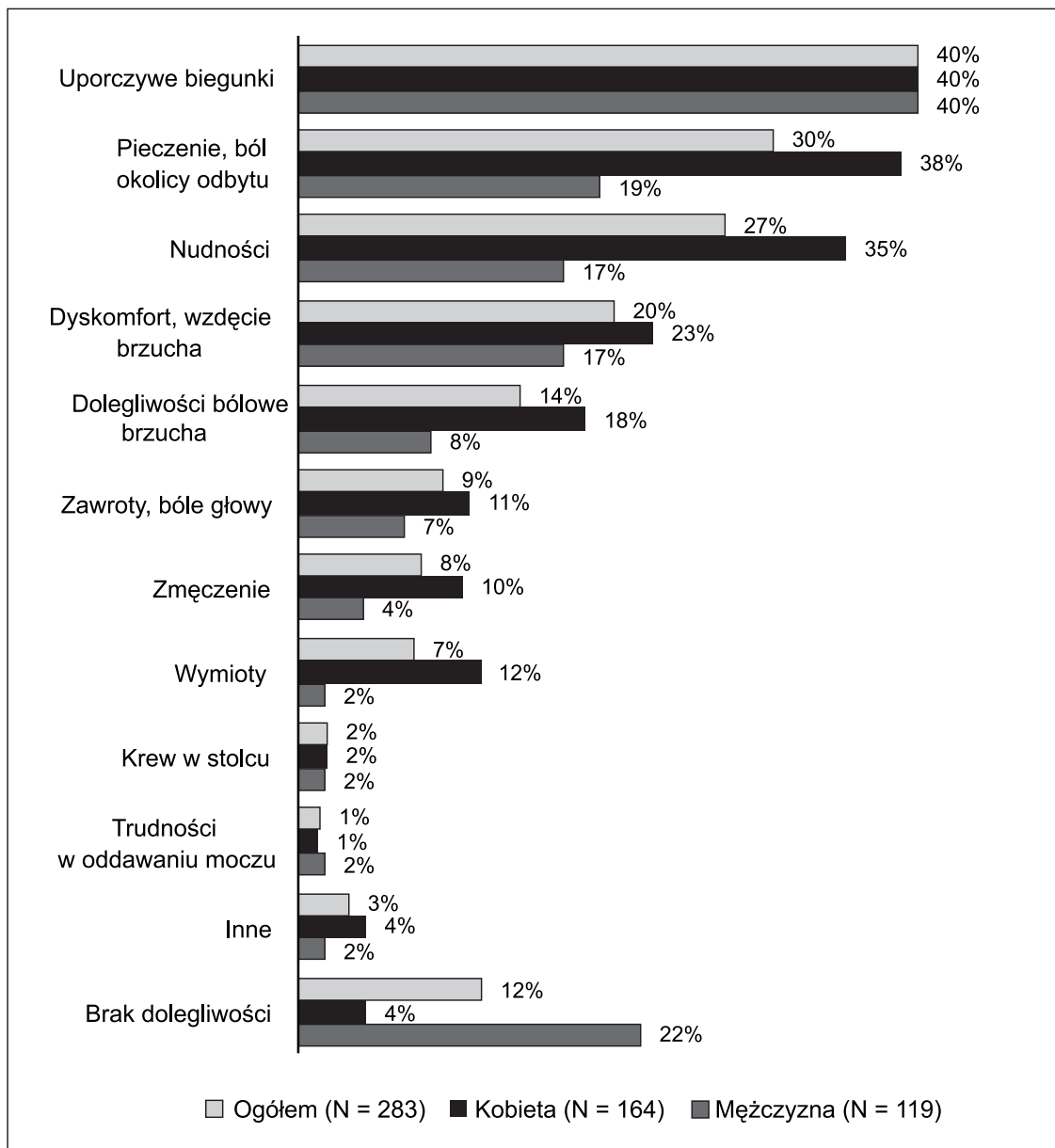
ku badanych wynosiła 55,4 lat (średnie odchylenie SD = 5,27), najmłodszy respondent miał 41 lat, a najstarszy 65 lat. Ponad połowa (60,4%) ankietowanych mieszkała w mieście do 100 tysięcy mieszkańców, zdecydowana większość (86,6%) deklarowała życie w stałych związkach małżeńskich. Wykształcenie respondentów było zróżnicowane, najliczniejszą grupę stanowiły osoby z wykształceniem średnim – 50,5% oraz zawodowym – 23%. Osoby aktywne zawodowo stanowiły 45,9%, z czego 53% wykonywało pracę umysłową. Tylko 13 osób spośród ankietowanych miało wcześniej wykonywaną kolonoskopię, stanowiąc 4,6% ogółu badanych.

**WYNIKI**

Analiza badań wykazała zróżnicowanie i wieloczynnikowość w zakresie motywów, jakimi kierowali się badani, podejmując decyzję o wykonaniu profilaktycznego wziernikowania jelita grubego. Prawie połowa respondentów

(47%) zgłosiła się na badanie endoskopowe dopiero, kiedy wystąpiły u nich objawy świadczące o czynnościowych zaburzeniach dolnego odcinka przewodu pokarmowego. Rozpropagowany w mediach program profilaktyki RJG skłonił do wykonania kolonoskopii 56,9% ankietowanych, natomiast 18% badanych zmotywowały sugestie lekarza domowego oraz członków rodziny. Wpływ rodziny był wyraźnie zauważalny głównie w grupie mężczyzn w wieku 40-49 lat. W zakresie wykształcenia ankietowanych a czynników skłaniających do wykonania profilaktycznego badania nie stwierdzono istotnych zależności. Zaobserwowano jednak pewną tendencję, mianowicie osoby z wykształceniem wyższym nieznacznie w większym stopniu wskazywały, jako czynnik motywujący, ideę programu profilaktyki RJG.

Wszyscy ankietowani zostali zapoznani przez personel z procedurą badania oraz z zasadami przygotowania dolnego odcinka przewodu pokarmowego w warunkach



Ryc. 1. Zaburzenia podczas przygotowania w domu.

domowych. Dla 1,7% badanych informacje te były niewystarczające, a otrzymane instrukcje mało precyzyjne i niejasne. W opinii większości respondentów informacje oraz instrukcje (pisemne i ustne) dotyczące procesu przygotowania do endoskopii były przekazywane głównie przez pielęgniarki (84,0%), tylko 8,5% badanych wskazało w tym zakresie na lekarza.

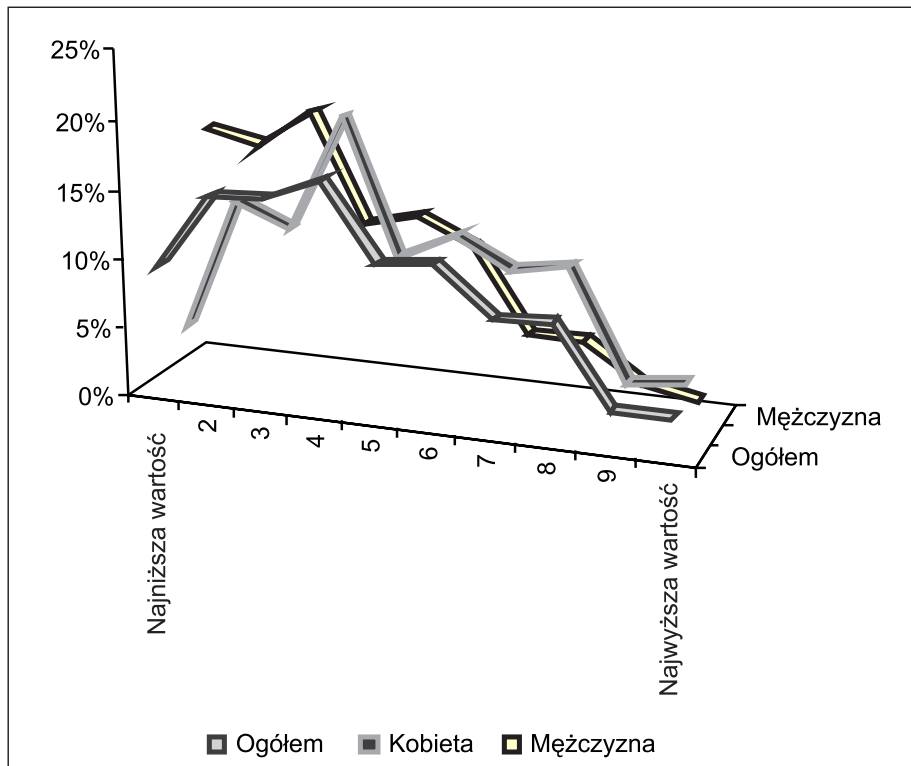
Skuteczność i bezpieczeństwo ambulatoryjnego przygotowywania jelita grubego do badania preparatem Fortrans potwierdziło 98,5% badanych, natomiast brak efektu oczyszczenia jelita deklarowało 1,5% ankieterowanych pacjentów. Każda osoba zakwalifikowana do kolonoskopii miała wyznaczoną datę i godzinę badania, w 56% przypadków czas oczekiwania na badanie wynosił kilka dni, a w 37,8% – kilka tygodni. Najczęściej zgłaszaną, zarówno przez kobiety, jak i mężczyzn, dolegliwością podczas przygotowania do endoskopii były uporczywe biegunki (40%) oraz pieczenie i ból okolicy odbytu (30%) (ryc. 1).

Znaczna większość ankieterowanych (95,6%) wskazywała na personel pielęgniarski jako osoby zapewniające wysoki poziom poczucia bezpieczeństwa oraz dbające o zachowanie intymności w trakcie wykonywanego badania.

U 311 pacjentów (91,5%) została wykonana kolonoskopia totalna z uwidocznieniem kątnicy i zastawki Bauchina. Pacjenci przed badaniem otrzymywali Buscolisynę, a badanie w większości przypadków było wykonywane bez znieczulenia, jedynie u 95 osób (28%) zastosowano sedację Midazolanem w dawce 5 mg (dane wynikające z analizy dokumentacji medycznej). Analiza danych dotyczących dolegliwości bólowych występujących u osób poddanych profilaktycznej kolonoskopii wykazała, że 71,7% ankieterowanych w trakcie badania odczuwało dolegliwości bólowe, z czego

23,6% – zdecydowanie, a 48,1% – raczej tak. Tylko 3,2% ankieterowanych jednoznacznie wskazywało na brak tego typu dolegliwości w trakcie badania, a pozostałe 25,1% pacjentów podawało, że ból raczej nie występował. Sumując kategorie odpowiedzi „zdecydowanie nie” i „raczej nie” w aspekcie płci, odnotowano, że tylko 18,7% kobiet nie odczuwało bólu w trakcie kolonoskopii, wśród mężczyzn grupa ta stanowiła 41,2%. Większe nasilenie dolegliwości bólowych w grupie kobiet odnotowano na podstawie średniej oceny intensywności bólu, która wynosiła 4,5 pkt, natomiast w grupie mężczyzn była równa 3,7 pkt (ryc. 2). Różnica średnich w zakresie płci była istotna statystycznie na poziomie  $p < 0,001$ . Wśród innych dolegliwości w trakcie kolonoskopii pacjenci najczęściej wymieniali uczucie dyskomfortu i wzdęcie brzucha (nie do zniesienia – 5,3%, umiarkowane – 30,7%, możliwe do zniesienia – 30,7%, brak dolegliwości – 33,9%) oraz miejscowy ból brzucha (nie do zniesienia – 8,1%, umiarkowany – 21,2%, możliwy do zniesienia – 27,2%, brak dolegliwości – 43,5%). Pozostałe objawy niepożądane, takie jak nudności czy bolesne parcie na stolec były zgłaszane zdecydowanie rzadziej. Ogółem nasilenie dolegliwości występowało jedynie u niewielkiego odsetka badanych i nie miało znaczącego wpływu na przebieg badania.

Wśród odczuć pacjentów w trakcie kolonoskopii dominowały negatywne emocje związane ze strachem przed niekorzystnym rozpoznanem (52,0%) oraz ogólnym niepokojem (34,0%). Strach przed samym badaniem częściej dotyczył kobiet niż mężczyzn, a jego występowanie malało wraz z wiekiem badanych osób (tab. 1). W zakresie oceny stanu emocjonalnego pacjentów poddanych kolonoskopii analiza zebranego materiału wykazała korelacje wysokiego stopnia



Ryc. 2. Ocena nasilenia bólu wśród kobiet i mężczyzn.

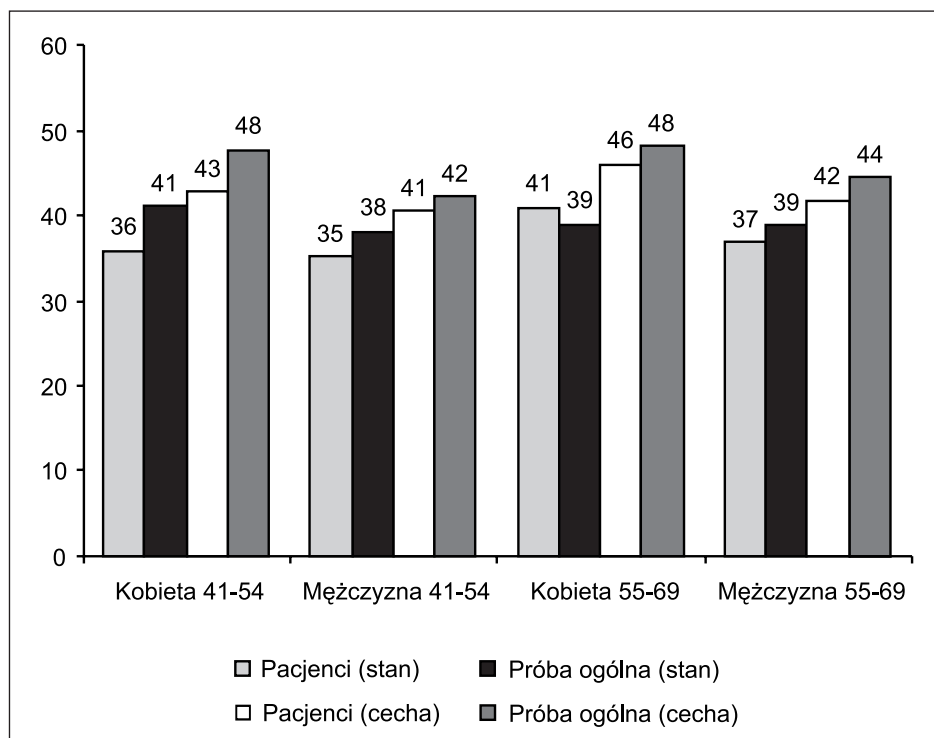
Tabela 1. Emocje towarzyszące w momencie podjęcia decyzji o wykonaniu endoskopii.

	Ogółem	Płeć		Wiek			
		Kobieta	Mężczyzna	40-49	50-54	55-59	60-69
Strach przed niekorzystnym rozpoznaniem	51,9%	55,5%	47,1%	71,4%	57,1%	48,1%	41,0%
Lęk przed obnażeniem	3,9%	6,1%	0,8%	5,7%	2,2%	5,1%	3,8%
Wstyd	4,9%	6,7%	2,5%	11,4%	3,3%	1,3%	7,7%
Strach przed samym badaniem	27,2%	35,4%	16,0%	31,4%	23,1%	26,6%	30,8%
Niepokój	34,6%	31,7%	38,7%	28,6%	30,8%	38,0%	38,5%
Inne - uciążliwe przygotowanie	4,2%	1,8%	7,6%	0,0%	2,2%	5,1%	7,7%
Bez zmian	1,4%	0,6%	2,5%	0,0%	2,2%	2,5%	0,0%
Ogółem	283	164	119	35	91	79	78

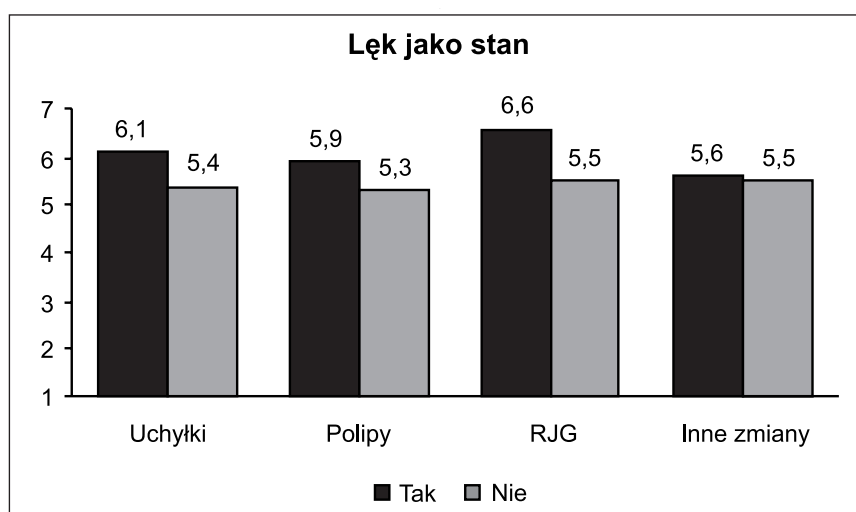
( $r = 0,516$ ,  $p < 0,001$ ) pomiędzy poziomem lęku jako cechy i lęku jako stanu. Statystycznie istotne ( $\chi^2 = 8,05$ ,  $df = 2$ ,  $p = 0,018$ ), wyższe wartości lęku jako stanu odnotowano wśród kobiet niż wśród mężczyzn. Dodatnią korelację ( $r = 0,254$ ,  $p < 0,001$ ) zaobserwowano również pomiędzy wartością lęku jako stanu a oceną nasilenia bólu, mierzoną w 11-stopniowej skali. Osoby reprezentujące wysoki poziom lęku jako stanu zdecydowanie częściej, deklarowały odczuwanie bólu ( $\chi^2 = 25,21$ ,  $df = 6$ ,  $p < 0,001$ ) oraz zgłaszały występowanie różnych dolegliwości podczas badania ( $\chi^2 = 8,49$ ,  $df = 2$ ,  $p = 0,014$ ). Uczucie dyskomfortu oraz wzdęcie brzucha, jako najbardziej uciążliwe skutki uboczne kolonoskopii, również były istotne ( $\chi^2 = 13,48$ ,

$df = 2$ ,  $p = 0,001$ ) związane z reprezentowanym przez pacjentów poziomem lęku jako stanu. Stwierdzono związek między poziomem lęku jako stanu a wykształceniem – osoby z wykształceniem wyższym rzadziej wykazują wysoki poziom lęku niż osoby bez wyższego wykształcenia ( $\chi^2 = 17,79$ ,  $df = 4$ ,  $p = 0,001$ ). Istnieje również niezbyt silny, ale istotny statystycznie, związek lęku jako stanu z wiekiem: dodatnia korelacja ( $r = 0,196$ ,  $p = 0,001$ ) poziomu lęku jako stanu rośnie wraz z wiekiem ankietowanych.

Wyraźnie wyższy poziom lęku jako stanu odnotowano u osób (40%), u których stwierdzono patologiczne zmiany makroskopowe w obrębie jelita, respondenci reprezentowali wysoki poziom lęku, w przypadku uchył-



Ryc. 3. Średnie arytmetyczne skali lęku jako stanu i lęku jako cechy w badanej próbie pacjentów i próbie z badań normalizacyjnych. Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badań pacjentów i K. Wrześniewski, T. Sosnowski, A. Jaworowska, D. Fece-nec, Inwentarz Stanu i Cechy Lęku STAI. Polska adaptacja STAI. Podręcznik. Wydanie trzecie, rozszerzone, Pracownia Testów Psychologicznych, Warszawa 2006, s. 49.



Ryc. 4. Lęk jako stan u pacjentów z różnym rozpoznaniem (średnia wartość skali stenowej).

ków różnica średnich jest istotna statystycznie (test  $t$ ,  $p = 0,028$ ). Podobnie w przypadku polipów (test  $t$ ,  $p = 0,035$ ), podczas gdy w grupie respondentów, u których nie stwierdzono zmian w obrębie jelita, udział ankietowanych z wysokim poziomem lęku stanowi tylko 17%. Zależność jest istotna statystycznie ( $\chi^2 = 26,33$ ,  $df = 2$ ,  $p < 0,001$ ) (ryc. 3). W przypadku raka jelita grubego obserwowana różnica średnich jest najwyższa spośród tu analizowanych, ale test nie pozwala na odrzucenie hipotezy o braku różnic średnich. Może to wynikać z mało licznej grupy osób z diagnozą raka jelita grubego (8 osób).

#### DYSKUSJA

Na łamach światowej literatury medycznej profilaktyczną kolonoskopię wykonywaną w sekwencji raz na dziesięć lat wymienia się jako jedną z metod profilaktycznego badania w kierunku raka jelita grubego (RJG). Aktualnie jest ona jedną z czterech możliwych opcji, ponieważ do tej pory nie udało się wypracować światowego konsensusu dotyczącego „idealnego” badania przesiewowego w kierunku RJG, bowiem każdy z nich posiada zarówno wady, jak i zalety, z których trudno zrezygnować. Wiele znaczących towarzystw naukowych najczęściej jednak akcentuje skuteczność kolonoskopii, zalecając i preferując tym samym tę metodę badania przesiewowego w kierunku RJG. W Europie akceptowalność tej metody badania jeszcze kilka lat temu wynosiła poniżej 10% (25). Obecnie, choć nie doszukano się wiarygodnych danych, akceptowalność tej metody jest zapewne wyższa.

Pomimo systematycznego wzrostu liczby badań od 2002 roku, sięgającego 50%, nadal około 42 mln ludzi na świecie nie zostało objętych programem badań przesiewowych zgodnie z wymaganiami National Health Interview Surgery (8, 11, 23). W odniesieniu do badań przesiewowych, a szczególnie do kolonoskopii, mamy do czynienia z problemem wieloczynnikowym, uwarunkowanym m.in. świadomością pacjentów, dostępnością tej metody badania oraz odpowiednią ilością specjalistów z zakresu endoskopii. Według Vijana zapewnienie ciągłości i systematyczności przesiewowej kolonoskopii co 10 lat

u osób po 50. r.ż. wymagałoby zatrudnienia 32,7 tys. gastroenterologów (24). Ważniejszym czynnikiem zapewniającym płynność badań przesiewowych jest jednak zgłaszalność pacjentów, wyrażających chęć jego wykonania. Społeczeństwo w ramach edukacji zdrowotnej powinno być systematycznie informowane o zaletach i możliwościach przeprowadzenia badań w ramach programów przesiewowych. Większość ośrodków w Anglii i Walii, gdzie wykonuje się kolonoskopię w ramach Programu Przesiewowego Wykrywania Raka Jelita Grubego, kieruje się polityką komunikowania z pacjentem na kilku etapach. W zależności od wyniku testu na krew utajoną w kale następuje kontakt pisemny lub telefoniczny, w ramach którego wyspecjalizowany personel omawia różne aspekty przeprowadzenia kolonoskopii, w tym potencjalne korzyści, ryzyko oraz powikłania, procedurę oczyszczania jelita oraz plan postępowania po badaniu (26). W badaniach własnych informacje na temat wskazań i możliwości wykonania profilaktycznej kolonoskopii, były zamieszczone w prasie lokalnej oraz na stronie internetowej ośrodka. Dodatkowo wyselekcjonowane osoby, spełniające kryteria doboru do programu profilaktyki RJG finansowanego ze środków NFZ, były listownie, indywidualnie zapraszane na badanie. Pacjenci, którzy zdecydowali się na wykonanie kolonoskopii, otrzymali w sposób werbalny, jak i pisemny – w postaci ulotki – informacje związane z aspektami przebiegu badania i przygotowania przewodu pokarmowego. Każdy z uczestników badania otrzymał także numer telefonu, pod którym mógł zasięgnąć dodatkowych informacji i porad, udzielanych przez pielęgniarkę koordynującą badanie. Z przeprowadzonych badań wynika, że większość ankietowanych (56%) zdecydowała się na wykonanie profilaktycznej kolonoskopii po otrzymaniu indywidualnej informacji o założeniach i idei programu profilaktyki RJG. Niepokojący okazał się fakt, że tylko 18% badanych informację o możliwości skorzystania ze wspomnianego programu uzyskało od lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. Ze względu na brak konstruktywnych i weryfikujących danych, niestety nie można tego zagadnienia głębiej analizować. Należy jednak zaznaczyć, że w aspekcie

pełnionych funkcji przez lekarza i pielęgniarkę rodzinną, funkcja edukacyjna i profilaktyczna jest bardzo ważna, o ile nie najważniejsza. Są to bowiem osoby, które w bezpośrednim kontakcie powinny pełnić pieczę nad szeroko rozumianym zdrowiem podstawowej jednostki społecznej, jaką jest rodzina. Warto również zaznaczyć, że osoby pielęgniarki rodzinnej żaden z ankietowanych nie wymienił jako źródła informacji z zakresu badań profilaktycznych w kierunku RJG.

Kolejnym czynnikiem, wpływającym na częstość wykonywania kolonoskopii, są pewne doświadczenia oraz odczucia i nastawienie pacjentów. Do determinantów warunkujących satysfakcję, jak i akceptację endoskopii, zalicza się: czas oczekiwania na badanie i czas jego trwania, rodzaj przygotowania, poziom lęku i bólu w trakcie badania oraz doświadczenie endoskopisty (4, 5, 17, 23, 26). Wyniki badań Homy w ramach programu przesiewowych badań kolonoskopowych wykazały, że głównymi powodami, dla których pacjenci odmawiali udziału w badaniu, były strach przed bólem w trakcie badania oraz brak pewności co do zasadności wykonania badania (4, 5). W analizie własnej dolegliwości bólowe, o różnym nasileniu, odnotowano u 71,7% ankietowanych, przy czym zdecydowanie częściej ich występowanie deklarowały kobiety. Dla pełności obrazu sytuacji należy wspomnieć, że u większości badanych kolonoskopia była wykonywana bez znieczulenia, tylko 28% pacjentów miało zastosowaną sedację Midazolaniem w dawce 5 mg, który obok Propofolu należy do najchętniej stosowanych leków sedatywnych w badaniach endoskopowych. W metaanalizie badań z randomizacją płytkiej sedacji, w rutynowych zabiegach endoskopowych, przeprowadzonej przez McQuaid i wsp. uwzględniono 36 badań (3918 chorych), w których zastosowana sedacja wpłynęła na poprawę zadowolenia pacjenta oraz chęć do powtórzenia endoskopii w porównaniu z grupą pacjentów niepoddanych sedacji (27). W badaniu przeprowadzonym przez Zubarika i wsp. na grupie 466 osób poddanych endoskopii dolnego odcinka przewodu pokarmowego wykazano, że pacjenci decydują się częściej na kontrolne badanie endoskopowe w przypadku stosowania sedacji do badania (28). Należy mieć na uwadze, że badanie samo w sobie, niezależnie od faktycznie odczuwanych dolegliwości bólowych, może generować objawy lękowe i potęgować ból u pacjenta, przez co część osób ostatecznie i tak nie zdecyduje się na wykonanie kolonoskopii (29-31). Zgodnie z doniesieniami badań, dotyczących różnych grup społecznych respondenci obawiają się nie tylko samego bólu, ale także przygotowania do badania, poczucia wstydu oraz potencjalnych komplikacji (32-34). W badaniach własnych, wśród innych, nieprzyjemnych dolegliwości ankietowani najczęściej wymieniali dyskomfort i wzdęcie brzucha.

Niezwykle ważnym zagadnieniem związanym z kolonoskopią jest subiektywny stan emocjonalny osób poddawanych badaniu, manifestujący się w postaci strachu i lęku. W badaniach prowadzonych przez autorów anglojęzycznych często akcentowane jest pojęcie strachu i lęku połączonego z „odradzaniem” badania przez osoby trzecie (32-34). W piśmiennictwie trudno doszukać się

jednoznacznej definicji lęku. Wielu autorów określa lęk jako antycypację zagrożenia. Natomiast współczesna holistyczna definicja zwraca uwagę nie tylko na uwarunkowania emocjonalne, ale również na całościową reakcję organizmu. Według Sieka „lęk” jest rezultatem niecelowej reakcji mobilizacyjnej organizmu, pojawiającej się nie na widok zagrożenia, lecz spowodowanej myślami, wyobrażeniami i wypowiedziami innych ludzi (35, 37). W materiale własnym poziom lęku jako cechy (lęk rozumiany jako stała dyspozycja wewnętrzna) i lęku jako stanu (lęk subiektywny, świadomie postrzegany) były silnie skorelowane, można zatem wnioskować, że poziom lęku jako stanu zależy od poziomu lęku jako cechy. Wyniki testu dotyczącego odczuwania lęku uzyskane w badanej grupie pacjentów są podobne do wyników uzyskanych w populacji dorosłych w badaniu normalizacyjnym wśród mężczyzn oraz kobiet w starszej grupie wiekowej (38). Wyższe wartości lęku jako stanu odnotowano w grupie kobiet, podobnie jak większą niż u mężczyzn częstotliwość odczuwania zarówno bólu, jak i lęku, determinowanych i generowanych poprzez okazywanie negatywnych emocji związanych z przeprowadzoną diagnostyką. Podobne wyniki uzyskali Gryz i Izdebski w ocenie lęku przed badaniami inwazyjnymi: kolonoskopią, arteriografią i koronarografią (35). Według teorii Postmana, kobiety i mężczyźni podobnie odczuwają emocje, z tym że kobiety są bardziej skłonne do eksponowania smutku, niepokoju i lęku, które mogą nasilać subiektywne odczucie bólu, mężczyźni natomiast częściej wyrażają złość. W związku z tym, mimo że uczucia doświadczane przez przedstawicieli obu płci są podobne, to ich wyrażenie z reguły jest odmienne (36). W materiale włoskich autorów w grupie 101 pacjentów poddanych endoskopii górnego i dolnego odcinka przewodu pokarmowego wyższy poziom lęku jako cechy i stanu zaobserwowano również wśród kobiet aniżeli mężczyzn oraz u osób poddanych endoskopii po raz pierwszy. Dodatkowo stwierdzono, że na intensywność odczuwanego lęku, w zakresie obu płci, nie miały istotnego wpływu zmienne, takie jak: miejsce zamieszkania, wiek czy wykształcenie (39). Natomiast w materiale własnym wyraźnie wyższy poziom lęku reprezentowali mieszkańcy wsi niż miast, co może być determinowane takimi czynnikami, jak: trudna dostępność do ośrodka wykonującego badanie, niedoinformowanie i obawa przed samym badaniem. Podobne różnice odnotowano także w zakresie wykształcenia, osoby z wykształceniem wyższym reprezentowały niższy poziom lęku niż pozostali badani. Luck i wsp. wykorzystując filmy informacyjne przed badaniem endoskopowym, stwierdzili, że wiedza, która została przekazana w sposób prosty, bez używania naukowego języka, niezależnie od wykształcenia badanych, może pozytywnie wpływać na zwiększenie progu odczuwanego lęku i bólu (40, 41). Zupełnie inne wyniki badań prezentują Bytzer i wsp., według których zastosowanie informacyjnego przekazu wideo wśród pacjentów przygotowujących się do kolonoskopii nie miało wpływu na obniżenie natężenia bólu ani poziomu lęku. Zdaniem autorów badanie samo w sobie jest bardziej traumatyczne dla kobiet, co prawdopodobnie wpływa u nich na generowanie wyższego poziomem

łęk (42). Analiza własna wykazała, że badani, u których stwierdzono patologiczne zmiany makroskopowe w obrębie jelita grubego, częściej odczuwali wysoki poziom lęku jako stanu. Wygenerowanie dużego lęku było następstwem przekazania informacji po wykonanej procedurze, dotyczącej wykrycia patologii i pobrania materiału tkankowego do badania histopatologicznego, w celu potwierdzenia diagnozy. Lęk był manifestacją poczucia zagrożenia i obawy niekorzystnego rozpoznania.

Wykonanie profilaktycznej kolonoskopii pozwala na identyfikację patologicznych zmian w obrębie jelita grubego, w tym także zmian nowotworowych (43). Wczesne rozpoznanie choroby nowotworowej u osoby „potencjalnie zdrowej”, czy też innych zmian makroskopowych pozwala na wdrożenie konstruktywnego postępowania, czy też radykalnego leczenia. Jednakże informacja o zagrożeniu, czy też rozpoznaniu choroby nowotworowej oraz związanym z tym przyszłym leczeniu onkologicznym, nierzadko kilkuetapowym, może wpływać negatywnie na stan psychiczny pacjenta. Może wywołać psychologiczne reakcje obronne, które będą wynikać z osobowości pacjenta, jego predyspozycji do choroby oraz zasobów, jakie uruchomi w celu zmagania się z chorobą lub potencjalnym nią zagrożeniem. Stan emocjonalny, w tym poziom lęku, istotnie będzie wpływał na decyzję pacjenta w zakresie dalszego postępowania i podjęcia lub zaniechania leczenia, czy też dalszej profilaktyki i kontroli, do której należy zaliczyć ponowne wykonanie kolonoskopii. Wpłyne także na ostateczną opinię pacjenta, często przekazywaną innym zainteresowanym, dotyczącą satysfakcji z wykonanego badania endoskopowego.

#### WNIOSKI

1. Minimalizacja lęku i bólu w trakcie badania oraz skrupulatne przygotowanie psychiczne i fizyczne pacjenta do kolonoskopii to główne determinanty warunkujące poziom satysfakcji pacjentów z profilaktycznego badania endoskopowego jelita grubego.
2. Założenia i idea programu profilaktyki RJG oraz zaburzenia czynnościowe ze strony jelit należały do najczęstszych czynników motywujących pacjentów do wykonania kontrolnego badania endoskopowego jelita grubego.
3. Prawie wszyscy badani wysoko ocenili poziom bezpieczeństwa i stopień zapewnienia intymności podczas badania.
4. Wykonanie kolonoskopii wiązało się ze średnim nasileniem bólu (NRS 4,5) wśród pacjentów, częściej odczuwanego przez kobiety.
5. Kobiety częściej niż mężczyźni generowały lęk, który był bardziej charakterystyczny dla osób mieszkających na wsi oraz niemających wyższego wykształcenia.
6. Osoby reprezentujące wysoki poziom lęku częściej zgłaszały odczuwanie bólu oraz innych dolegliwości podczas badania. □

#### Piśmiennictwo

1. Lewandowska A, Poniewierka E: Kolonoskopia – czy istnieje optymalny sposób przygotowania do badania? *Gastroenterologia Polska*

2009; 1: 63-67. 2. Ginsberg GG, Kochman ML, Notron I, Gostout ChJ: Kliniczna endoskopia przewodu pokarmowego. *Medipage*, Warszawa 2009; s. 9-10. 3. Lisowska B: Sedacja i znieczulenie do badań diagnostycznych. *Geriatría* 2007; 1: 55-59. 4. Homa K: Akceptowalność przesiewowych badań kolonoskopowych we wczesnym wykrywaniu raka jelita grubego. *Gastroenterologia Polska* 2004; 2: 181-185. 5. Homa K, Safranow K, Brzosko M, Marlicz K: Ocena przydatności i tolerancji programu przesiewowych badań kolonoskopowych w zależności od niektórych czynników demograficznych. *Gastroenterologia Polska* 2005; 6: 499-503. 6. Reguła J, Nowacki M: Butruk E: Badania przesiewowe w kierunku raka jelita grubego. *Zwalczanie Nowotworów* 2002; 1: 52-56. 7. Taylor JC, Kendall CA, Cook JA: Optical adjuncts for enhanced colonoscopic diagnosis. *British Journal of Surgery* 2007; 94: 6-16. 8. Stec R: Badania przesiewowe w raku jelita grubego. *Współczesna Onkologia* 2006; 3: 96-102. 9. Lieberman DA, Weiss DG, Bond JH et al.: Use of colonoscopy to screen asymptomatic adults for colorectal cancer. *N Engl J Med* 2000; 343: 162-168. 10. Imperiale TF, Wagner DR, Lin CY et al.: Risk of advanced proximal neoplasms in asymptomatic adults according to the distal colorectal findings. *New England Journal of Medicine* 2000; 343: 169-74. 11. Kohut M, Nowak A: Czy można poprawić wyniki leczenia raka jelita grubego? *Przewodnik Lekarza* 2002; 3: 58-63. 12. Banaszkiwicz Z, Tojek K, Jarmocik P et al.: Ocena przydatności testu na krew utajoną w kale w opiece profilaktyczno-diagnostycznej członków rodzin z dziedzicznym niepolipowatym rakiem jelita grubego (HNPCC). *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne* 2008; 1: 1-11. 13. Mandel JS, Church TR, Bond JH et al.: The effect of fecal occult-blood screening on the incidence of colorectal cancer. *N Engl J Med* 2000; 343: 1603-1607. 14. Robinson MH, Thomas WM, Pye G et al.: Is dietary restriction always necessary in Haemoccult screening for colorectal neoplasia? *Eur J Surg Oncol* 1993; 19: 539-542. 15. Jorgensen OD, Kronborg O, Fenger C: A randomised study of screening for colorectal cancer using faecal occult blood testing: results after 13 years and seven biennial screening rounds. *Gut* 2002; 50: 29-34. 16. Pawlicki M (red.): Rak okrężnicy – diagnostyka, leczenie, kontrowersje. *Alfa Medica Pres*, Bielsko-Biała 2006; 45-50. 17. Bazaliński D, Kaczmarska D, Bujalski D: Lęk i ból u osób poddanych profilaktycznej endoskopii jelita grubego. *Współczesna Onkologia* 2010; 5: 326-332. 18. Eckardt VF, Kanzler G, Willems D et al.: Colonoscopy without premedication versus barium enema: a comparison of patient discomfort. *Gastrointestinal Endoscopy* 1996; 44: 177-180. 19. Sosnowski T, Wrześniewski K: Polska akceptacja inwentarza STAI do badania stanu i cechy lęku. *Pol-ski przegląd Psychologiczny* 1983; 26: 393-412. 20. Wrześniewski K, Sosnowski T, Jaworowska A, Fecenek D: Inwentarz Stanu i Cechy Lęku STAI. *Polska adaptacja STAI. Pracownia Testów Psychologicznych*, Warszawa 2006. 21. Wordliczek J, Dobrogowski J: Leczenie bólu. *PZWL*, Warszawa 2007. 22. Dobrogowski J, Krajnik M, Jassem J, Wordliczek J: Stanowisko dotyczące postępowania przeciwbólowego u chorych na nowotwory. *Onkologia w praktyce klinicznej* 2009; 2: 55-58. 23. Levin TR: Colonoscopy capacity; can we build it? Will they come? *Gastroenterology* 2004; 127: 47: 807-817. 24. Vijan S, Inadomi J, Hayward RA et al.: Projections of demand and capacity for colonoscopy related to increasing rates of colorectal cancer screening in the United States. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics* 2004; 20: 507-515. 25. Hardt PD, Edwald N: Tumor M2 pyruwate kinase: a tumor marker and its clinical application gastrointestinal malignancy. *Expert Review. Molecular Diagnosis* 2008; 5: 579-585. 26. Dolwani S, Ragnath K: Quality criteria for a good screening colonoscopy. *Current Colorectal Cancer Reports* 2010; 6:38-43. 27. McQuaid KR, Loren L: A systematic review and meta-analysis of randomized, controlled trials of moderate sedation for routine endoscopic proce-



- dures. *Gastrointestinal Endoscopy* 2008; 67: 910-23. **28.** Zubarik R, Ganguly E, Benway D et al.: Procedure-related abdominal discomfort in patients undergoing colorectal cancer screening; a comparison of colonoscopy and flexible sigmoidoscopy. *American Journal of Gastroenterology* 2002; 97: 3056-3061. **29.** Condon A, Graff L, Elliot L, Ilnyckyj A: Acceptance of colonoscopy requires more than test tolerance *Canadian Journal of Gastroenterology* 2008; 1: 41-47. **30.** Harewood GC, Wiersema MJ, Melton LJ: A prospective, controlled assessment of factors influencing acceptance of screening colonoscopy. *American Journal of Gastroenterology* 2002; 97: 3186-3194. **31.** Weinberg DS, Turner BJ, Wang H et al.: A survey of women regarding factors affecting colorectal cancer screening compliance. *Preventive Medicine* 2004; 38: 669-675. **32.** Green AR, Peters-Lewis A, Percac-Lima S et al.: Barriers to Screening Colonoscopy for Low-income Latino and White Patients in an Urban Community Health Center. *Journal of General Internal Medicine* 2008; 6: 834-840. **33.** Denberg T, Melhado T, Coombes J: Predictors of nonadherence to screening colonoscopy. *Journal of General Internal Medicine* 2005; 11: 989-995. **34.** Klabunde C, Vernon S, Nadel M et al.: Barriers to colorectal cancer screening: a comparison of reports from primary care physicians and average-risk adults. *Medical Care* 2005; 9: 939-944. **35.** Gryz J, Izdebski P: Lęk u pacjentów przed inwazyjnymi badaniami diagnostycznymi: koronografią, arteriografią, kolonoskopią. *Polish Journal of Radiology* 2005; 2: 31-6. **36.** Brannon L: *Psychologia rodzaju*. GWP, Gdańsk 2002. **37.** Siek S: *Walka ze stresem*. ATK, Warszawa 1989. **38.** Wrześniewski K, Sosnowski T, Jaworowska A, Fecenec D: *Inwentarz Stanu i Cechy Lęku STAI*. Polska adaptacja STAI. Pracownia Testów Psychologicznych, Warszawa 2006; s. 49. **39.** Filat C, Milas D, Dragomi I, Dumit DL: *Endoscopia digestivă – cauza de anxietate*. Clujul Medical 2010; 1: 127-132. **40.** Luck A, Pearson S, Madden G, Hewitt P: Effects of video information on precolonoscopy anxiety and knowledge: a randomized trial. *Lancet* 1999; 354: 2032-2035. **41.** Kim LS, Koch J, Mee J et al.: Comparison of patients experiences during imaging test of the colon. *Gastroenterology* 2001; 54: 67-74. **42.** Bytzer P, Lindeberg B: Impact of an information video before colonoscopy on patient satisfaction and anxiety – a randomized trial. *Endoscopy* 2007; 39: 710-714. **43.** Rameau R, Kinas-Budzisz J: Obecność zachowań asertywnych w życiu człowieka a ryzyko zachorowania na chorobę nowotworową. *Współczesna Onkologia* 2002; 3: 187-91.

otrzymano/received: 09.05.2011  
zaakceptowano/accepted: 28.06.2011

Adres do korespondencji:

\*Dariusz Bazaliński  
Szpital Specjalistyczny, Podkarpacki Ośrodek Onkologiczny  
ul. Ks. J. Bielawskiego 16, 36-200 Brzozów  
tel.: +48 (13) 430-96-63  
e-mail: darek.bazalinski@wp.pl