EDUKAČNÍ REALITA AMBULANTNÍCH PACIENTŮ INDIKOVANÝCH KE KOLONOSKOPII

BARBORA FALTOVÁ
MARKÉTA PAPRŠTEINOVÁ
ANDREA REIMUNDOVÁ
UNIVERZITA PARDUBICE

ABSTRAKT

Příspěvek seznamuje s výsledky výzkumu zaměřeného na zmapování edukační reality ambulantních pacientů před výkonem kolonoskopie na dvou endoskopických pracovištích nemocnic ve Východních Čechách. Pro výzkumné šetření v kvantitativním designu byl použit nestandardizovaný dotazník sestavený dle vnitřních standardů péče o pacienta na sledovaných pracovištích. Výzkumu se zúčastnilo 30 respondentů. Výsledky výzkumu prokázaly nedostatky v edukaci respondentů obou sledovaných pracovišť, a to zejména v oblastech pacientovy přípravy k vyšetření, postupech a znalostech možných komplikací po vyšetření. Nedostatky byly prokázány i přesto, že pacienti podepsali informovaný souhlas k výkonu. Zároveň z výzkumu vyplynulo, že si respondenti uvědomují nejistotu svých znalostí vyjádřenou v potřebě informační příručky k osobnímu užití. Cílem zdravotnické péče by mělo být zajištění spokojenosti pacienta v oblasti poskytování edukace zdravotnickým personálem, která je zároveň nezbytná pro komplexní realizaci kolonoskopie. Dle našeho zjištění lze přispět ke kvalitě edukační reality prohloubením edukační fáze zpětné vazby v důslednější komunikaci s ošetřujícím personálem, i když limitujícím faktorem může být i časová náročnost v rámci provozu ambulantního pracoviště.

KLÍČOVÁ SLOVA:

kolonoskopie, pacient, edukační realita, edukace, informovaný souhlas

ÚVOD

Pojem edukační realita souhrnně označuje veškerou objektivní skutečnost (prostředí, situace, proces aj.), ve které probíhají nějaké edukační procesy nebo jsou vyvíjeny nebo fungují nějaké edukační konstrukty (Průcha, Veteška, 2012). V péči o pacienta, který je v edukační realitě zároveň v roli edukanta, sehrává důležitou úlohu při předávání informací zdravotník - edukátor s volbou vhodné metody edukace pro efektivní přednesení obsahu edukace, co nejsrozumitelněji vzhledem k věku a individuálním schopnostem edukanta. Schopnost učit se ovlivňuje i osobnost samotného edukanta a jeho možnosti fyziologické (výkonnost paměti, zdravotní stav atd.), psychické (postoje, emoce, strach, úzkost, atd.) a sociální. Dalším faktorem ovlivňujícím proces učení je zpětná vazba. Edukanti musí mít zpětnou vazbu o výsledcích svého učení vzhledem k vytyčenému cíli (Juřeníková, 2010).

Pacienti indikovaní ke kolonoskopii jsou edukováni na základě standardu péče o pacienta v jednotlivých zdravotnických zařízeních. Dle Joint Commission International (2008) je proces předání informací úspěšný tehdy, když porozumíme hodnotám pacienta, zvolíme vhodnou edukační metodu, edukačního pracovníka, který stimuluje pacienty i jejich blízké k aktivní účasti, ke kladení otázek s cílem zajistit porozumění všem aspektům. Dle Svěrákové (2012) jsou bariéry úspěchu edukace jak ze strany zdravotnického systému, tak ze strany pacienta a jeho rodiny. Ze strany zdravotnického systému se často jedná o nevhodnou komunikaci s pacientem s ignorací jeho potřeb, roztříštěnost edukace, absence lidského přístupu ošetřujícího personálu, negativní vliv prostředí ve smyslu ztráty soukromí, sociální izolace, ztráty sebekontroly a důstojnosti.

Kolonoskopie je často pacienty považována za bolestivou zkušenost zmírněnou anestetiky. Jedná se o endoskopické vyšetření tlustého střeva prováděné pomocí flexibilního endoskopu na specializovaném gastroenterologickém pracovišti (Jelínková, 2014). Samotné vyšetření spočívá v prohlédnutí celého tlustého střeva od konečníku až po Bauhynskou chlopeň kolonoskopem (Špinar, et al. 2013). Provádí se pomocí zcela ohebné sondy (endoskopu) o průměru cca 11-13 mm. Obraz je přenášen elektronicky, vyšetření trvá v průměru 30 minut v závislosti na délce a tvaru střeva, přičemž je nezbytné znát výčet všech indikací k tomuto vyšetření (Lipská et al., 2009). Doporučeno je brát v potaz celkovou kondici pacienta k podstoupení vyšetření včetně analgosedace (Messmann, Barnert, 2006) a také délku jeho přežití (Špičák et al., 2015). Analgosedace zahrnuje analgezii a sedaci zároveň, tedy potlačuje bolest a zklidňuje pacienta. (Rozsypal et al., 2008). Oproti tomu samotná sedace v různých stupních ovlivňuje vnímání pacienta, ale neovlivňuje jeho bolest (Málek et al., 2011). Pacient by měl být motivován, kvalitně a správně edukován jak ústně, tak písemně, protože nedodržení instrukcí pacientem před kolonoskopií může být příčinou nedostatečného přehledu sliznice střeva, vyšetření je následně nutné opakovat (Waye et al., 2009).

Dietní omezení před kolonoskopií spočívá ve stravě s nízkým obsahem vlákniny tzv. bezezbytková dieta den před vyšetřením spolu s indikovaným přípravkem k očistě střeva. Tento speciální roztok klient obdrží spolu s návodem. Dle doporučení Evropské společnosti pro gastrointestinální endoskopii (ESGE) se klient vyvaruje stravy s drobnými semeny a slupkami (melouny, celozrnný chléb, kiwi, hroznové víno, pomeranče, sezam, jablka apod.), která ucpávají pracovní kanál endoskopu i u jinak dobře připraveného klienta. V České republice je zároveň den před vyšetřením doporučována pouze kašovitá strava, k obědu bujon bez pevných částic, čirá tekutina a 2-4 hodiny před vyšetřením zcela lačnit. Doporučení však nejsou jednotná a v každém zařízení se mohou lišit. Před kolonoskopii je nezbytný informovaný souhlas pacienta s výkonem a analgosedací, který obsahuje informace o účelu, povaze výkonu, možných důsledcích výkonu a analgosedace, rizicích, komplikacích, alternativách výkonu, odpovědi na doplňující otázky a telefonický kontakt pro možné pozdější dotazy. Bez souhlasu pacienta s výkonem nesmí být vyšetření provedeno (Falt et al., 2015). Pacient smí výkon odmítnout, poté nesmí být proveden, ale za souhlasu musí nést následky svého rozhodnutí tedy i následky komplikací (Vondráček et al., 2008).

Po kolonoskopii lze pacienta propustit jen za předpokladu, že má stabilní vitální funkce minimálně jednu hodinu po výkonu a je orientován místem, časem a osobou, bez přítomnosti nevolnosti, signifikantní bolesti a krvácení. Pacient se propouští vždy jen s doprovodem, který zůstane s pacientem přes noc a je edukován jak slovně, tak písemně o následující dietě, medikaci, klidovém režimu, následné kontrole a o okolnostech, které by mohly nastat a při nichž pacient musí vyhledat odbornou pomoc. Samozřejmostí je zákaz řízení motorových vozidel po vyšetření Falt et al. (2015).

Preventivní funkci kolonoskopie zdůrazňuje Bustamante (2013) zejména v souvislosti se vznikem karcinomu tlustého střeva, kdy jsou u obyvatel zemí „západního“ životního stylu sledovány charakteristické specifické stravovací návyky v konzumaci potravin s vysokým obsahem tuků a proteinů a menším množstvím vlákniny. Morales et al. (2015) ve studii k výskytu karcinomu tlustého střeva u americké populace předpokládá navýšení incidence tohoto onemocnění, které je zhruba ve třetině případů příčinou úmrtí pacienta.

Kolonoskopii lze považovat za záchranu života, ale je důležité také sledovat a evaluovat pacientovu spokojenost, v případě nespokojenosti hledat příčiny a v oprávněných případech revidovat možnosti zlepšení péče (Waye et al., 2009).

MATERIÁL A METODY

Kvantitativní výzkum byl aplikován prostřednictvím nestandardizovaného dotazníku. Dotazníkové položky (v počtu 22) byly vytvořeny na základě informovaného souhlasu ke kolonoskopii, informovaného souhlasu k analgosedaci a z informací podávaných pacientům při objednání na vyšetření na endoskopických pracovištích. Informace byly

použity za účelem vytvoření dotazníku a byly získané na obou endoskopických pracovištích, které mezi sebou spolupracují a shodují se v informovaných souhlasech i podávaných pokynech pacientům. Dotazník byl před jeho administrací konzultován s odborníky z endoskopických pracovišť, přičemž bylo provedeno pilotní šetření u 15 respondentů pro potvrzení srozumitelnosti jednotlivých otázek. Dotazník byl rozdělen na dvě části. První před kolonoskopií po podepsání informovaného souhlasu a souhlasu s analgosedací a druhá po kolonoskopii po prokázání plného návratu vědomí a psychomotorických funkcí, které bylo hodnoceno dle MAS (modifikovaný skórovací systém dle Aldreteho) a RSS (Ramsayova sedační škála). Administrace dotazníků byla realizována na dvou endoskopických pracovištích během února a března 2018 s návratností 100 %. Respondenti vyplnili dotazník v přítomnosti výzkumníka, který zároveň sledoval edukaci každého respondenta odborným personálem před výkonem a po výkonu. Edukace pacienta před výkonem spočívala v ověření znalostí a zjišťování, jak pacient dodržel doporučené postupy týkající se vlastní kolonoskopie, kterými byl každý pacient edukován při objednávání na endoskopické pracoviště všeobecnou sestrou. Z pozorování edukace vyplynulo, že všem pacientům byly předány detailní informace ohledně vlastního vyšetření a režimu po vyšetření. Srozumitelnost přijatých informací pacienti podepsali v informovaném souhlasu pro kolonoskopii a analgosedaci. Výsledná data byla analyzována popisnou statistikou.

Průzkumný soubor tvořilo 31 (100 %) respondentů, z toho 17 (55 %) mužů a 14 (45 %) žen podstupujících kolonoskopii na dvou endoskopických pracovištích. Respondenti byli zastoupeni ve dvou věkových kategoriích, a to dospělí (31–59 let) a senioři (60–89 let). Hlavní zařazující kritérium bylo: indikace ke kolonoskopii pouze u ambulantního pacienta. Hospitalizovaní pacienti nebyli do průzkumu zařazení z důvodu edukační přípravy před vyšetřením, které zajišťoval personál konkrétního oddělení a stejně tak z důvodu odlišného režimu po vyšetření, které bylo taktéž zajištěno personálem nemocnice.

VÝSLEDKY A DISKUZE

Při porovnání znalostí získaných edukací u pacientů indikovaných ke kolonoskopii bylo zjištěno, že respondenti ve věkové kategorii dospělí (31–59 let) měli více znalostí o kolonoskopii, než respondenti v kategorii senioři (60 a více let). Většině respondentů v obou věkových kategoriích chyběly informace o významu analgosedace a informace o tom, kam se obrátit při vzniku komplikací v domácím prostředí. U respondentů obou věkových kategorií byl prokázán nedostatek informací o správných doporučeních před a po vyšetření. V celkovém součtu odpovědí pouze 9 (29 %) respondentů uvedlo správná doporučení před vyšetřením, (tab. 1.), kdy všichni respondenti správně zvolili odpověď k vyprázdnění střeva pomocí vypití projímavého roztoku dle pokynu lékaře či příbalového letáku, 94 % respondentů označilo správný pokyn: zajistit si doprovod k vyšetření a stejný počet respondentů zvolilo správnou odpověď týkající se dietního opatření před výkonem.

O vysazení určitých potravin bylo správně informováno 77 % respondentů a poslední správnou zvolenou odpovědí byl pokyn týkající se vysazení určitých léčiv, na který správně odpovědělo 74 % respondentů. Ostatní mylně zvolené odpovědi se týkaly těchto pokynů: tři dny před vyšetřením pít pouze čaj (19 %), před vyšetřením povolen alkohol a kouření (13 %) a poslední chybně zvolená odpověď byla nepodstupovat RTG vyšetření, jež zvolilo 6 % respondentů.

Tabulka 1: Informovanost pacientů k doporučením před kolonoskopií

Informovanost pacientů po kolonoskopii	n_i	f_i (%)
Sledování pacienta do výkonu do prokázání plného návratu vědomí a psychomotorických funkcí*	31	100
24 hodin bez tekutin	0	100
Po výkonu dodržovat klidový režim, jíst a pít střídmě s postupným zatěžováním trávicího traktu*	18	56
Místa s velkým počtem osob jsou pro pacienta zábranou	0	100
Do 24 hodin po výkonu zákaz řízení motorových vozidel, obsluha strojů, požití alkoholu, výškové práce a činění závažných rozhodnutí*	17	53
Pít nadměrné množství tekutin	6	19
Zajištění doprovodu po výkonu s dohledem po dobu 24 hodin po výkonu, v dosahu telefonu*	16	49

Legenda: * – správná odpověď, n_i – relativní četnost počtu odpovědí respondentů, f_i – absolutní četnost počtu odpovědí respondentů v %

V celkovém součtu jen 10 (31 %) respondentů uvedlo správná doporučení po výkonu (tab. 2), kdy si všichni respondenti byli vědomi, že po vyšetření budou sledováni, mírně nadpoloviční počet respondentů znal informaci k dodržení klidového režimu po výkonu, omezení týkající se prvních 24 hodin a propuštění do domácího prostředí jen s doprovodem. Necelá čtvrtina respondentů se mylně domnívala, že po výkonu musí pít nadměrné množství tekutin, žádný z respondentů neodpověděl, že 24 hodin nesmí pít, místa s velkým počtem lidí jsou pro něj zábranou.

Tabulka 2: Informovanost pacientů k doporučením před kolonoskopií

Informovanost pacientů před kolonoskopií	n_i	f_i (%)
Vyprázdnění střeva pomocí vypití projímavého roztoku dle pokynů lékaře či příbalového letáku*	31	100
3 dny před vyšetřením pít pouze čaj	6	19
Nepodstupovat RTG vyšetření	2	6
Den před vyšetřením lehce stravitelná snídaně, bez mléčných výrobků, čiré tekutiny, oběd-čistý vývar, 3 hodiny před vyšetřením bez tekutin*	29	94
Alkohol, cigarety v den vyšetření bez omezení	4	13
Týden před vyšetřením vyřadit potraviny s nestravitelnými zbytky (celozrnné a makové pečivo, ovoce a zelenina se semínky a slupkami)*	24	77
Zajištění doprovodu*	29	94
Týden před vyšetřením bez léků s obsahem železa, na ředění krve, proti průjmu a léků zpomalující vyprazdňování, pokud není lékařem rozhodnuto jinak*	23	74

Legenda: * – správná odpověď, n_i – relativní četnost počtu odpovědí respondentů, f_i – absolutní četnost počtu odpovědí respondentů v %

Dále respondenti hodnotili metodu předání informací při edukaci před kolonoskopií. Respondenti mají zájem o edukaci především v podobě tištěného letáku, či informační příručky. Přičemž 23 (74 %) respondentů je nejčastěji informováno o kolonoskopii rozhovorem s lékařem a všeobecnou sestrou. Při zjišťování spokojenosti pacientů s množstvím a způsobem podávaných informací o vyšetření 27 (87 %) respondentů uvedlo, že jim všechny informace byly srozumitelné a většina respondentů 22 (71 %) uvedla, že jim nechyběly údaje při sdělování informací o výkonu, což je v rozporu s vyhodnocením dotazníkového šetření, kdy odpovědi respondentů nebyly správné.

Dle výsledků průzkumu bylo prokázáno více znalostí o kolonoskopii u věkové kategorie dospělí oproti věkové kategorii senioři. Dle Moser-Will a Grube (2010) platí, čím více smyslových orgánů se účastní na přijímání informací, tím lepší je zpracování a uložení do dlouhodobé paměti. Všichni respondenti byli telefonicky nebo osobně informováni při objednání na výkon a podepsali informovaný souhlas, který je podmínkou k vyšetření. I přesto, že respondentům byly informace podávány se zapojením smyslů zraku, sluchu i řeči, nemají plnou míru informovanosti o kolonoskopii. Výsledky naší studie při edukaci pacienta korespondují i s tvrzeními Burdy a Šolcové (2016) kteří uvádí, že u starších pacientů (60 a více let) můžeme očekávat zhoršení smyslů, paměti, pozornosti, či zhoršenou schopnost koncentrace. Dle Horáka a kol. (2013) je výsledek kolonoskopie závislý na kvalitě přípravy k vyšetření. Až 25 % pacientů přichází neadekvátně připraveno k vyšetření a tím se zvyšuje riziko nutnosti opakování vyšetření, přehlednutí patologií nebo i častější kolonoskopické kontroly. V naší studii žádný z respondentů nepřicházel na vyšetření opakovaně. Všichni respondenti byli edukováni stejným obsahem informací o přípravě k výkonu a měli prostor na dotazy v souladu s doporučením Joint Commision Internalional (2008) k edukaci, přičemž pouze necelá polovina respondentů prokázala plnou míru informovanosti o přípravě na kolonoskopii. I přes realizovanou edukaci respondentů o režimu po výkonu pouze třetina prokázala plnou míru informovanosti. Bartůněk a kol. (2016) uvádí pouze dvě informace o době po výkonové týkající se doprovodu pacienta po výkonu domů a po výkonové sledování do prokázání plného návratu vědomí, kterých si také všichni respondenti nebyli v plné míře vědomi. Respondenti by ke zvýšení své celkové spokojenosti související s vyšetřením uvítali obdržení informační příručky, důslednější komunikaci s ošetřujícím personálem a kvalitní internetové stránky o kolonoskopii. Ve studii ke spokojenosti pacienta American Society for Gastrointestinal Endocsopy Patient Satisfactory (Waye et al., 2009) je zdůrazněno nastavení efektivních mechanismů komunikace mezi ošetřujícím personálem a pacientem definujících zodpovědnost při předávání informací pacientovi i z důvodu eliminace potenciálních právních důsledků péče o pacienta.

ZÁVĚR

Na endoskopických pracovištích pacienti podepisují informovaný souhlas k výkonu, obsahující všechny relevantní informace k provedení kolonoskopie. Současně s edukací pacienta při podávání informovaného souhlasu pověřený personál upozornil pacienta na důležité části v informovaném souhlasu a poskytl prostor pro dotazy. Přesto mnozí respondenti měli nedostatečnou míru informovanosti. Neporozuměli významu analgosedace, neznali doporučení před výkonem, možné komplikace po výkonu a postrádali kontakty na odbornou pomoc při vzniku komplikací v domácím prostředí. Tímto sledujeme nedostatečný efekt edukace u ambulantních pacientů zejména v její zpětné vazbě k pacientovi. Při dotazníkovém šetření pacienti projevili zájem o informační příručku, která by jim byla poskytnuta při jejich objednání k výkonu osobně nebo elektronicky, aby měli možnost si nastudovat potřebné informace v klidu a pohodlí domova.

ETICKÉ ASPEKTY A KONFLIKT ZÁJMU

Všichni respondenti byli informováni o účelu výzkumného šetření. Výzkum byl realizován v souladu s etickými normami. Autorky deklarují, že nemají konflikt zájmu.

POUŽITÉ ZDROJE

[1] BUSTAMANTE, M. et al. 2013. *Colonoscopy and Colorectal Cancer Screening: Future Directions*. IntechOpen, [online]. 2013. [cit. 2019-10-10]. Dostupné na internetu: https://www.intechopen.com/books/colonoscopy-and-colorectal-cancer-screening-future-directions

[2] BARTŮNĚK, P., HECZKOVÁ, J., JURÁSKOVÁ, D. et al. 2016. *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. Praha: Grada. 752 s. ISBN 978-80-247-4343-1

[3] BURDA, P., ŠOLCOVÁ, L. 2016. *Ošetřovatelská péče*. Praha: Grada. 234 s. ISBN 978-80-247-5334-8

[4] FALT, P., URBAN, O., VÍTEK, P. et al. 2015. *Koloskopie*. Praha: Grada. 320 s. ISBN 978-80-247-5284-6

[5] HORÁK, L., SKŘIČKA, T., ŠLAUF, P. et al. 2013. *Praktická proktologie*. Praha: Grada. 226 s. ISBN978-80-247-3595-5

[6] JELÍNKOVÁ, I. 2014. *Klinická propedeutika pro střední zdravotnické školy*. Praha: Grada. 160 s. ISBN 978-80-247-5093-4

[7] JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. 2008. *Mezinárodní akreditační standardy pro nemocnice*. Praha: Grada. 309 s. ISBN 9788024724362

[8] JUŘENÍKOVÁ, P. 2010. *Zásady edukace v ošetřovatelské praxi*. Praha: Grada. 77 s. ISBN 8024721716, 9788024721712

[9] LIBSKÁ, L., VISOKAI, V. et al. 2009. *Recidiva kolorektálního karcinomu*. Praha: Grada. 456 s. ISBN 978-80-247-3026-4

[10] MÁLEK, J., HESS, L., HORÁČEK, M. et al. 2011. *Praktická anesteziologie*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-3642-6

[11] MESSMANN, H., BARNERT, J. 2006. *Atlas of colonoscopy: examination techniques and diagnosis*. New York: Thieme. 248 p. ISBN: 9781588904317

[12] MORALES, A.L., MAQULICK, J.P., WOMELDORPH, C., YOUNG, P.E. 2015. *Colonoscopy for Colorectal Cancer Screening: Challenges and Future Directions*. Springer, [online]. 2015. vol. 11, no. 1. [cit. 2019-10-10]. Dostupné na internetu: https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11888-014-0257-y

[13] MOSER-WILL, I., GRUBE, I. 2010. *110 her pro rozvoj myšlení, lepší paměť a koncentraci*. Praha: Grada. 272 s. ISBN 978-80-247-3560-3

[14] PRŮCHA, J., VETEŠKA, J. 2012. *Andragogický slovník*. Praha: Grada. 296 s. ISBN 978-80-247-3960-1

[15] ROZSYPAL, H., KOSÁKOVÁ, M., HOLUB, M. 2013. *Infekční nemoci ve standardní a intenzivní péči*. Karolinum. 396 s. ISBN 978-80-246-2197-5

[16] ŠPIČÁK, J., URBAN, O., DOUDA, L. et al. 2015. *Novinky v digestivní endoskopii*. Praha: Grada. 256 s. ISBN 978-80-247-5283-9

[17] ŠPINAR, J., LUDKA, O. et al. 2013. *Propedeutika a vyšetřovací metody vnitřních nemocí*. Praha: Grada. 336 s. ISBN 978-80-247-1749-4

[18] SVĚRÁKOVÁ, M. 2012. *Edukační činnosti sestry*. Praha: Galén. 63 s. ISBN 978-80-7262-845-2

[19] VONDRÁČEK, J., VONDRÁČEK, L. 2008. *Pochybení a sankce při poskytování chirurgické péče*. Praha: Grada. 96 s. ISBN 978-80-247-2629-8
[20] WAYE, J. D., DOUGLAS, K. R., WILLIAMS, CH. B. 2009. *Colonoscopy: Principles and Practice*. Chichester: Wiley-Blackwell. 839 p. ISBN 978-0-470-98693-6