

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 adherenci 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 adherenci 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