

PIOTR JARZYŃKOWSKI<sup>1</sup>, RENATA PIOTRKOWSKA<sup>1</sup>, JANINA KSIĄŻEK<sup>1</sup>, MAREK DOBOSZ<sup>1,2</sup>

## Satysfakcja pacjentów z badań endoskopowych górnego odcinka przewodu pokarmowego

Satisfaction of patients with endoscopy of the upper gastrointestinal tract

<sup>1</sup>Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Gdański Uniwersytet Medyczny

<sup>2</sup>Oddział Chirurgii Ogólnej, Copernicus Podmiot Leczniczy Sp. z o. o.

### KEYWORDS

satisfaction, patient, endoscopy, gastroscopy

### SUMMARY

**Introduction.** The rapid development of gastroenterology and gastrointestinal endoscopy in the past few years has led to a significant increase in the number of endoscopic procedures. Esophagogastroduodenoscopy (EGD), popularly known as gastroscopy is the most commonly performed diagnostic examination and therapeutic upper gastrointestinal (upper GI). Satisfaction of patients with endoscopic procedures performed is a valuable measure of quality. It allows for the creation and implementation of standards for use in endoscopic surgeries.

**Aim.** The aim of the study is to determine the level of satisfaction of patients with endoscopy of the upper gastrointestinal (upper GI).

**Material and methods.** The study included 106 patients (55 women and 51 men) who underwent upper GI endoscopy. The study was conducted in 2015 in the studios of endoscopy in Pomorskie and Kujawsko-Pomorskie. The study employed a survey of diagnostic and research tool was a questionnaire by their own.

**Results.** Patients who underwent upper GI endoscopy under general anesthesia and intravenous local feel less discomfort than patients using only local anesthesia or local anesthesia and premedication. Socio-demographic factors do not affect the tolerance of endoscopy of the upper gastrointestinal tract.

**Conclusions.** Should pay more attention to the proper preparation of the patient for gastroscopy by introducing uniform standards of education. You should also consider the introduction of a standard can choose the type of anesthesia to the patient, which will increase their satisfaction, but also allow for more accurate and efficient study.

### WSTĘP

Możliwość dokładnego zbadania przewodu pokarmowego spowodowała szybki rozwój gastroenterologii. Współczesna endoskopia oparta jest na wykorzystaniu giętkich endoskopów. Zapewniają one praktycznie pełne pole obserwacji, podnoszą komfort badania endoskopowego i zmniejszają ryzyko wystąpienia powikłań (1, 2).

Ezofagogastroduodenoskopia (EGD), powszechnie nazywana gastroskopią, jest jedną z częściej wykonywanych procedur endoskopowych. Dostarcza wartościowych informacji dotyczących górnego odcinka przewodu pokarmowego (GOPP), umożliwia pobranie materiału do badań histopatologicznych oraz przeprowadzenie określonych zabiegów, pozwalających uniknąć pacjentowi zabiegów

chirurgicznych, np. usunięcia polipów, zahamowania krwawienia czy zamknięcia żyłaków przełyku (3, 4). Wskazania i przeciwwskazania do endoskopii GOPP szczegółowo przedstawia tabela 1.

Przygotowanie pacjenta do endoskopii GOPP nie jest szczególnie złożone. Istotnym jest, aby chory na 6 godzin przed badaniem nie spożywał pokarmów stałych, a na 4 godziny przed badaniem – płynów. W przygotowaniu do badania nie ma danych przemawiających za koniecznością wykonania dodatkowych badań, wyjątkiem są osoby z zaburzeniami krzepnięcia oraz osoby, u których planowane jest przeprowadzenie gastroskopii w znieczuleniu ogólnym dożylnym (5, 6). Gastroskopia, jak wszystkie badania endoskopowe, niezależnie od wieku czy płci wywołuje u pacjentów obawy natury

**Tab. 1.** Wskazania diagnostyczne i terapeutyczne oraz przeciwwskazania do endoskopii GOPP (3)

| Wskazania do endoskopii GOPP                              | Przeciwwskazania od endoskopii GOPP                      |
|---|--|
| krwawienie z górnego odcinka przewodu pokarmowego         | brak zgody i współpracy z pacjentem                      |
| wymioty świeżą krwią, wymioty fusowate i smoliste stolce  | podejrzenie perforacji                                   |
| zaburzenia połykania (dysfagia, odynofagia)               | wczesne, chemiczne oparzenia GOPP                        |
| zgaga lub pieczenie, mdłości, bóle za mostkiem            | zaburzenia krzepnięcia                                   |
| niedokrwistość  | zawał mięśnia sercowego lub niestabilna choroba wieńcowa |
| podejrzenie obecności ciała obcego                        | tętniak aorty piersiowej                                 |
| niewyjaśniony spadek masy ciała w krótkim czasie          |  |
| usuwanie polipów z przełyku lub żołądka                   |  |
| badanie kontrolne po leczeniu zachowawczym lub zabiegowym |  |

psychicznej i fizycznej. Stres towarzyszący badanym najprawdopodobniej spowodowany jest brakiem wiedzy na temat planowanego badania, obawą przed bólem, nieprzyjemnymi dolegliwościami, takimi jak: wzdęcia brzucha, oddawanie gazów czy odbijanie, oraz lękiem przed niepomyślną diagnozą (7). Dlatego przed badaniem należy przeprowadzić z pacjentem rozmowę, wyjaśnić cele i przebieg gastroskopii, poinformować o mogących wystąpić dolegliwościach i ewentualnych powikłaniach, w zrozumiałym sposobie przekazać informacje o niezuczeniu. Ważną rzeczą jest uświadomienie choremu, że dobra współpraca z pielęgniarką i lekarzem oraz stosowanie się do ich zaleceń w trakcie badania w znaczący sposób przyczyniają się do sprawnego wykonania badania (8). Ze względu na możliwość zastosowania sedacji, znieczulenia ogólnego dożylnego chory powinien zgłosić się na badanie z osobą towarzyszącą (9). Właściwe przygotowanie pacjenta w znaczący sposób zmniejsza ryzyko powikłań. Na obniżenie ryzyka powikłań mają również wpływ: staranna kwalifikacja chorych do badań, określenie korzyści, jakie dana procedura przyniesie pacjentowi, ocena stanu ogólnego chorego oraz przeprowadzenie badania zgodnie z obowiązującymi standardami (10, 11). Po badaniu należy poinformować chorego na piśmie co do sposobów dalszego postępowania (ograniczenia dietetyczne, dalsze stosowanie leków) oraz o możliwości wystąpienia późnych powikłań. Trzeba również zwrócić uwagę na konieczność odbioru wyników badania (histopatologia). Zaleca się również wykonywanie okresowej oceny satysfakcji pacjenta z badania (12).

#### CEL PRACY

Celem pracy jest określenie poziomu satysfakcji pacjentów z badań endoskopowych górnego odcinka przewodu pokarmowego w województwach pomorskim i kujawsko-pomorskim.

#### MATERIAŁ I METODY

Materiał badań stanowiło 106 pacjentów, u których wykonano endoskopię GOPP. Badania przeprowadzono w 2015 roku w pracowniach endoskopowych na terenie województw pomorskiego oraz kujawsko-pomorskiego (Gdańsk, Bydgoszcz). Na przeprowadzenie badań uzyskano pisemną zgodę kierowników poszczególnych pracowni endoskopowych. Badania miały charakter anonimowy. Pacjenci wyrazili świadomą i dobrowolną zgodę na udział w badaniu. W pracy wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego. Narzędzie badawcze stanowił kwestionariusz ankiety własnego autorstwa, który składał się z 3 części. Pierwsza część zawierała 8 pytań, które pozwoliły na zebranie danych społeczno-demograficznych. Druga część dotyczyła przebiegu badania. Trzecia część zawierała 5 pytań pozwalających określić poziom satysfakcji pacjenta z przebiegu badania endoskopowego oraz z uzyskanych informacji przed badaniem i po nim.

Statystyczna analiza danych została przeprowadzona przy użyciu pakietu statystycznego IBM SPSS 20 oraz arkusza kalkulacyjnego Excel 2010. Zmienne ilościowe zostały scharakteryzowane za pomocą średniej arytmetycznej, odchylenia standardowego, wartości minimalnej i maksymalnej. Natomiast zmienne typu jakościowego przedstawiono za pomocą licznosci oraz wartości procentowych.

Istotność różnic pomiędzy więcej niż dwiema grupami sprawdzono testem Kruskala-Wallisa. W przypadku otrzymania istotnych statystycznie różnic pomiędzy grupami zastosowano testy post hoc Bonferroni, a istotność różnic pomiędzy dwoma grupami wyliczono testem U Manna-Whitneya. W celu stwierdzenia powiązania siły oraz kierunku między zmiennymi zastosowano analizę korelacji, obliczając współczynniki korelacji Spearmana. Testy niezależności Chi-kwadrat wykorzystano dla zmiennych jakościowych. We wszystkich obliczeniach za poziom istotności przyjęto  $p < 0,05$ .

## WYNIKI

Grupę badawczą stanowiło 106 pacjentów: 55 kobiet (51,9%) i 51 mężczyzn (48,1%). Najmłodszy badany pacjent był w wieku 14 lat, najstarszy – 83 lat. Średni wiek badanych pacjentów wyniósł 48 lat (48,27%). Średnia masa ciała badanych pacjentów wyniosła 73 kg (72,51%), gdzie najniższa waga ciała badanego to 47 kg, a najwyższa – 114 kg. Większą liczbę osób przebadano w województwie kujawsko-pomorskim – 64 osoby (60,4%), w województwie pomorskim – 42 osoby (39,6%). Wykształcenie wyższe deklarowało 29 osób (27,4%), średnie – 43 osoby (40,6%), zawodowe – 24 osoby (22,6%), a 10 osób (9,4%) legitymowało się wykształceniem podstawowym. Wśród respondentów palenie tytoniu deklarowało 30 (28,3%) osób, nigdy nie paliło 13 osób (12,3%), a 63 osoby to byli palacze tytoniu. W badanej grupie najczęściej współistniejące choroby dotyczyły układu krążenia – 20 osób (17,5%), następnie choroby ze strony układu stawowo-ruchowego – 18 osób (15,8%). Cukrzyca współwystępowała u 13 pacjentów (11,4%), a 5 osób (4,4%) wskazało na choroby układu nerwowego. Brak chorób współistniejących zadeklarowało 47 badanych (41,2%). Na pytanie o doświadczenia z gastroscopią, aż 46 (43,4%) osób odpowiedziało, że jest to ich kolejne badanie, dla 60 respondentów (56,6%) było to pierwsze badanie. W celu weryfikacji założonych celów pracy, wykonano szereg szczegółowych analiz za pomocą testów statystycznych. W tabeli 2 przedstawiono wpływ wieku, płci, wykształcenia i miejsca zamieszkania na poziom uzyskanej informacji na temat gastroscopii przed badaniem. Analiza nie wykazała związku pomiędzy zmiennymi w przypadku wieku, płci i wykształcenia. Wiek, płeć i wykształcenie nie wpływają na poziom uzyskanej informacji

na temat gastroscopii przed badaniem. Analiza statystyczna pokazała, że badani na terenie województwa pomorskiego posiadali wyższy poziom informacji na temat gastroscopii przed zabiegiem niż badani na terenie województwa kujawsko-pomorskiego:  $Z = -2,56$ ;  $p < 0,010$ .

Porównywalne wyniki uzyskano, badając poziom uzyskanej informacji na temat zachowania po gastroscopii. Wiek, płeć i poziom wykształcenia nie wpływają na poziom uzyskanej informacji na temat zachowania po badaniu. Przeprowadzona analiza wykazała jednak, że badani na terenie województwa pomorskiego posiadali wyższy poziom informacji na temat zachowania po gastroscopii niż badani na terenie województwa kujawsko-pomorskiego:  $Z = -2,50$ ;  $p < 0,012$  (tab. 3).

Kolejnym badanym elementem był wpływ premedykacji i znieczulenia na poziom odczuwanego dyskomfortu podczas badania. Na potrzeby tej analizy określono kilka zmiennych, m.in. ból, obecność gastrokopu, poszanowanie intymności, trudności w oddychaniu. Badani, którzy nie mieli zastosowanej premedykacji, istotnie statystycznie bardziej odczuwali dyskomfort z powodu obecności gastrokopu. W przypadku pozostałych zmiennych nie uzyskano istotnie statystycznej zależności (tab. 4).

Pacjenci, u których zastosowano znieczulenie miejscowe, bardziej odczuwali dyskomfort z powodu obecności gastrokopu, bólu, bezwiednego oddawania gazów, mieli większe trudności z oddychaniem niż pacjenci, którzy mieli wykonane badanie w znieczuleniu ogólnym dożylnym i miejscowym (tab. 5).

W ostatniej części badań podjęto próbę odpowiedzi na pytanie, czy ogólna tolerancja badania była zależna od

**Tab. 2.** Wiek, płeć, wykształcenie i teren wykonania badania (województwo) a poziom uzyskanej informacji na temat gastroscopii przed badaniem

| Poziom informacji przed zabiegiem vs wiek          | N   | rHO   | p     |       |       |       |
|--|-----|-------|-------|-------|-------|-------|
| Wiek   | 106 | -0,05 | 0,619 |       |       |       |
| Poziom informacji przed zabiegiem vs płeć          | N   | M     | SD    | Z     | p     |       |
| Kobieta  | 55  | 2,09  | 1,19  | -0,20 | 0,840 |       |
| Mężczyzna  | 51  | 2,32  | 1,41  |       |       |       |
| Poziom informacji przed zabiegiem vs wykształcenie | N   | M     | SD    | H     | Df    | p     |
| Podstawowe   | 10  | 3,30  | 0,82  | 3,15  | 3     | 0,369 |
| Zawodowe   | 24  | 3,13  | 0,85  |       |       |       |
| Średnie  | 43  | 3,28  | 0,93  |       |       |       |
| Wyższe   | 29  | 3,52  | 0,69  |       |       |       |
| Poziom informacji przed zabiegiem vs województwo   | N   | M     | SD    | Z     | p     |       |
| Pomorskie  | 42  | 3,57  | 0,67  | -2,56 | 0,010 |       |
| Kujawsko-pomorskie                                 | 64  | 3,14  | 0,91  |       |       |       |

Źródło: opracowanie własne

N – liczba badanych; M – wartość średnia; SD – odchylenie standardowe – miara, która określa, jak bardzo wartości danych są rozproszone wokół średniej; Z – symbol testu U Manna-Whitneya; H – symbol testu Kruskala-Wallis; Df – stopnie swobody; p – poziom istotności; rHO – symbol testu korelacji Spearmana

**Tab. 3.** Wiek, płeć, wykształcenie i teren wykonania badania (województwo) a poziom uzyskanej informacji na temat zachowania po gastroskopii

| Poziom informacji po zabiegu vs wiek          |  |  | N   | rHO  | p     |       |       |       |
|---|--|--|-----|------|-------|-------|-------|-------|
| Wiek  |  |  | 106 | 0,05 | 0,589 |       |       |       |
| Poziom informacji po zabiegu vs płeć          |  |  | N   | M    | SD    | Z     | p     |       |
| Kobieta                                       |  |  | 55  | 3,49 | 0,69  | -0,91 | 0,362 |       |
| Mężczyzna                                     |  |  | 51  | 3,62 | 0,56  |       |       |       |
| Poziom informacji po zabiegu vs wykształcenie |  |  | N   | M    | SD    | H     | Df    | p     |
| Podstawowe                                    |  |  | 10  | 3,50 | 0,53  | 1,39  | 3     | 0,707 |
| Zawodowe                                      |  |  | 24  | 3,42 | 0,83  |       |       |       |
| Średnie                                       |  |  | 43  | 3,63 | 0,62  |       |       |       |
| Wyższe  |  |  | 29  | 3,59 | 0,50  |       |       |       |
| Poziom informacji po zabiegu vs województwo   |  |  | N   | M    | SD    | Z     | p     |       |
| Pomorskie                                     |  |  | 42  | 3,76 | 0,43  | -2,50 | 0,012 |       |
| Kujawsko-pomorskie                            |  |  | 64  | 3,42 | 0,71  |       |       |       |

Źródło: opracowanie własne

N – liczba badanych; M – wartość średnia; SD – odchylenie standardowe – miara, która określa, jak bardzo wartości danych są rozproszone wokół średniej; Z – symbol testu U Manna-Whitneya; H – symbol testu Kruskala-Wallisa; Df – stopnie swobody; p – poziom istotności; rHO – symbol testu korelacji Spearmana

**Tab. 4.** Premedykacja a dyskomfort związany z obecnością gastrokopu, poszanowaniem godności, bólem, trudnościami w oddychaniu, oddawaniem gazów

| Premedykacja vs obecność gastrokopu     | N  | M    | SD   | Z    | p     |
|---|----|------|------|------|-------|
| Tak                                     | 34 | 2,41 | 1,13 | 3,07 | 0,003 |
| Nie                                     | 72 | 3,07 | 0,94 |      |       |
| Premedykacja vs poszanowanie intymności | N  | M    | SD   | Z    | p     |
| Tak                                     | 34 | 2,91 | 1,76 | 0,81 | 0,419 |
| Nie                                     | 72 | 3,22 | 1,68 |      |       |
| Premedykacja vs trudności w oddychaniu  | N  | M    | SD   | Z    | p     |
| Tak                                     | 34 | 1,85 | 1,02 | 1,49 | 0,137 |
| Nie                                     | 72 | 2,17 | 1,09 |      |       |
| Premedykacja vs ból                     | N  | M    | SD   | Z    | p     |
| Tak                                     | 34 | 1,88 | 0,91 | 1,66 | 0,097 |
| Nie                                     | 72 | 2,24 | 1,00 |      |       |
| Premedykacja vs oddawanie gazów         | N  | M    | SD   | Z    | p     |
| Tak                                     | 34 | 1,82 | 0,90 | 1,55 | 0,121 |
| Nie                                     | 72 | 1,58 | 0,90 |      |       |

Źródło: opracowanie własne

N – liczba badanych; M – wartość średnia; SD – odchylenie standardowe – miara, która określa, jak bardzo wartości danych są rozproszone wokół średniej; Z – symbol testu U Manna-Whitneya; p – poziom istotności

czynników społeczno-demograficznych, palenia tytoniu i chorób współistniejących. Szczegółowe wyniki prezentują tabele 6-10. W przypadku dwóch zmiennych – wiek i masa ciała – na potrzeby niniejszej pracy pogrupowano je w przedziały.

Nie uzyskano istotnie statystycznej zależności pomiędzy tolerancją badania a płcią badanych:  $\chi^2(1, N = 106) = 0,33$ ;  $p = 0,563$ . Nie uzyskano również istotnie statystycznej zależności pomiędzy tolerancją badania a wykształceniem badanych:  $\chi^2(3, N = 106) = 0,52$ ;  $p = 0,915$ .

**Tab. 5.** Rodzaj znieczulenia a dyskomfort związany z obecnością gastrokopu, bólem, trudnościami w oddychaniu i bezwiednym oddawaniem gazów

| Znieczulenie vs obecność gastrokopu    | N  | M    | SD   | Z    | p     |
|--|----|------|------|------|-------|
| Gardło Lignokaina 10%                  | 96 | 2,94 | 1,03 | 2,29 | 0,022 |
| Ogólne dożylnie                        | 10 | 2,10 | 0,88 |      |       |
| Znieczulenie vs trudności w oddychaniu | N  | M    | SD   | Z    | p     |
| Gardło Lignokaina 10%                  | 96 | 2,14 | 1,09 | 2,08 | 0,038 |
| Ogólne dożylnie                        | 10 | 1,40 | 0,52 |      |       |
| Znieczulenie vs ból                    | N  | M    | SD   | Z    | p     |
| Gardło Lignokaina 10%                  | 96 | 2,19 | 0,97 | 2,39 | 0,017 |
| Ogólne dożylnie                        | 10 | 1,50 | 0,97 |      |       |
| Znieczulenie vs oddawanie gazów        | N  | M    | SD   | Z    | p     |
| Gardło Lignokaina 10%                  | 96 | 1,73 | 0,92 | 2,68 | 0,007 |
| Ogólne dożylnie                        | 10 | 1,00 | 0,00 |      |       |

Źródło: opracowanie własne

N – liczba badanych; M – wartość średnia; SD – odchylenie standardowe – miara, która określa, jak bardzo wartości danych są rozproszone wokół średniej; Z – symbol testu U Manna-Whitneya; p – poziom istotności

**Tab. 6.** Tolerancja badania a płeć i wykształcenie badanych

| Płeć          | Tolerowałam/em | Nie tolerowałam/em | Ogółem |
|---------------|----------------|--------------------|--------|
| Kobieta       | 41,5%          | 10,4%              | 51,9%  |
| Mężczyzna     | 40,6%          | 7,5%               | 48,1%  |
| Ogółem        | 82,1%          | 17,9%              | 100,0% |
| Wykształcenie | Tolerowałam/em | Nie tolerowałam/em | Ogółem |
| Podstawowe    | 7,5%           | 1,9%               | 9,4%   |
| Zawodowe      | 17,9%          | 4,7%               | 22,6%  |
| Średnie       | 33,0%          | 7,5%               | 40,6%  |
| Wyższe        | 23,6%          | 3,8%               | 27,4%  |
| Ogółem        | 82,1%          | 17,9%              | 100,0% |

Źródło: opracowanie własne

**Tab. 7.** Tolerancja badania a wiek badanych

| Tolerancja badania | Wiek badanych |       |       |       |        |       |       | Ogółem |
|--------------------|---------------|-------|-------|-------|--------|-------|-------|--------|
|                    | 14-20         | 21-30 | 31-40 | 41-50 | 51-60  | 61-70 | 71-83 |        |
| Tak                | 5,7%          | 8,5%  | 12,3% | 14,2% | 19,80% | 13,2% | 8,5%  | 82,1%  |
| Nie                | 1,9%          | 1,9%  | 2,8%  | 4,7%  | 1,9%   | 3,8%  | 0,9%  | 17,9%  |
| Ogółem             | 7,5%          | 10,4% | 15,1% | 18,9% | 21,7%  | 17,0% | 9,4%  | 100,0% |

Źródło: opracowanie własne

**Tab. 8.** Tolerancja badania a masa ciała badanych

| Tolerancja badania | Masa ciała badanych |       |       |       |        | Ogółem |
|--------------------|---------------------|-------|-------|-------|--------|--------|
|                    | 47-60               | 61-70 | 71-80 | 81-90 | 92-114 |        |
| Tak                | 15,1%               | 27,4% | 19,8% | 11,3% | 8,5%   | 82,1%  |
| Nie                | 4,7%                | 4,7%  | 1,9%  | 4,7%  | 1,9%   | 17,9%  |
| Ogółem             | 19,8%               | 32,1% | 21,7% | 16,0% | 10,4%  | 100,0% |

Źródło: opracowanie własne

**Tab. 9.** Tolerancja badania a palenie tytoniu wśród badanych

| Palenie tytoniu | Tolerowałam/em | Nie tolerowałam/em | Ogółem |
|-----------------|----------------|--------------------|--------|
| Pałę            | 20,8%          | 7,5%               | 28,3%  |
| Nie pałę        | 50,0%          | 9,4%               | 59,4%  |
| Palikiem/am     | 11,3%          | 0,9%               | 12,3%  |
| Ogółem          | 82,1%          | 17,9%              | 100,0% |

Źródło: opracowanie własne

Wiek ankietowanych nie wpływa na tolerancję badania:  $\chi^2(6, N = 106) = 2,94; p = 0,816$ .

Masa ciała ankietowanych nie wpływa na tolerancję badania:  $\chi^2(4, N = 106) = 3,59; p = 0,464$ . Również palenie tytoniu nie wpływa istotnie statystycznie na tolerancję badania:  $\chi^2(2, N = 106) = 2,67; p = 0,264$ .

Analiza statystyczna wykazała, że choroby współistniejące nie wpływają na tolerancję badania gastroscopowego (choroby układu krążenia – nie uzyskano statystycznie istotnej zależności pomiędzy zmiennymi:  $\chi^2(1, N = 106) = 1,05; p = 0,305$ ; choroby układu oddechowego:  $\chi^2(1, N = 106) = 0,01; p = 0,901$ ; cukrzyca:  $\chi^2(1, N = 106) = 1,66; p = 0,197$ ; choroby układu nerwowego:  $\chi^2(1, N = 106) = 1,15; p = 0,284$ ; choroby układu stawowo-ruchowego:  $\chi^2(1, N = 106) = 0,68; p = 0,408$ ; osteoporoza:  $\chi^2(1, N = 106) = 0,01; p = 0,934$ ).

## DYSKUSJA

Ocena poziomu satysfakcji pacjenta z badań endoskopowych przewodu pokarmowego jest ważnym aspektem w opiece zdrowotnej. W piśmiennictwie polskim jest dość dużo doniesień na temat badań satysfakcji pacjentów z badań kolonoskopowych, jednak prawie w ogóle na temat badań satysfakcji z gastroscopii. Nie ma również wystandaryzowanych kwestionariuszy dotyczących satysfakcji pacjentów w endoskopii przewodu pokarmowego. Zagraniczne badania na ten temat pokazują, że stosowane są wystandaryzowane kwestionariusze ogólnego poziomu satysfakcji pacjentów, które można zastosować w wielu specjalizacjach. Wiele światowych badań wskazuje na to, że rozmowa, właściwie dobrane i przekazane informacje oraz staranne przygotowanie do badania pomagają

w zmniejszeniu lęku i poprawiają poziom tolerancji u pacjentów poddanych gastroscopii (13). W niektórych krajach duży nacisk kładzie się na edukację pacjentów, którą zajmują się pielęgniarki endoskopowe. Jak wskazują badania, ma ona istotny wpływ na tolerancję i zmniejszenie niepokoju (14). Rasool i wsp. przebadali 251 pacjentów, z których prawie 91,3% oceniło informacje i przygotowanie do gastroscopii jako bardzo dobre, 3,6% pacjentów było nieusatisfakcjonowanych zbyt długim oczekiwaniem od pierwszej wizyty u gastrologa do samej gastroscopii (15). Badania dotyczące dyskomfortu w czasie endoskopii GOPP opublikowane w „Skandynawskim Przeglądzie Gastroenterologicznym” pokazały, że 68% badanych w niewielkim stopniu lub w ogóle nie odczuwało dyskomfortu, natomiast 32% badanych odczuwało dyskomfort głównie z powodu bólu (16). W 2009 roku w Korei Południowej podczas badań przesiewowych w kierunku raka żołądka u ponad 4000 pacjentów poddanych gastroscopii zbadano poziom satysfakcji z informacji przekazanych o badaniu. Ponad 12,3% pacjentów negatywnie oceniło informacje o przygotowaniu do badania. Wyjaśnienia o całej procedurze gastroscopii źle oceniło 13,8% respondentów, o możliwości wystąpienia bólu w trakcie przygotowania i w czasie badania – odpowiednio 27,5 i 30,3%. Badani ocenili również atmosferę i zachowanie personelu pracowni endoskopowych oraz poszanowanie godności osobistej. Negatywnie o atmosferze wypowiedziało się 16,2%, o personelu – 11,2% badanych. Natomiast 8,8% odczuwało dyskomfort z powodu braku poszanowania godności osobistej. Badania te oprócz poprawy satysfakcji z procedur związanych z endoskopią GOPP miały również na celu ustalenie programu

Tab. 10. Tolerancja badania a choroby współistniejące w grupie badanych

| Choroby układu krążenia          | Tolerowałam/em | Nie tolerowałam/em | Ogółem |
|----------------------------------|----------------|--------------------|--------|
| Nie                              | 65,1%          | 16,0%              | 81,1%  |
| Tak                              | 17,0%          | 1,9%               | 18,9%  |
| Ogółem                           | 82,1%          | 17,9%              | 100,0% |
| Choroby układu oddechowego       | Tolerowałam/em | Nie tolerowałam/em | Ogółem |
| Nie                              | 78,3%          | 17,0%              | 95,3%  |
| Tak                              | 3,8%           | 0,9%               | 4,7%   |
| Ogółem                           | 82,1%          | 17,9%              | 100,0% |
| Choroby układu nerwowego         | Tolerowałam/em | Nie tolerowałam/em | Ogółem |
| Nie                              | 77,4%          | 17,9%              | 95,3%  |
| Tak                              | 4,7%           | 0,0%               | 4,7%   |
| Ogółem                           | 82,1%          | 17,9%              | 100,0% |
| Cukrzyca                         | Tolerowałam/em | Nie tolerowałam/em | Ogółem |
| Nie                              | 73,6%          | 14,2%              | 87,7%  |
| Tak                              | 8,5%           | 3,8%               | 12,3%  |
| Ogółem                           | 82,1%          | 17,9%              | 100,0% |
| Choroby układu stawowo-ruchowego | Tolerowałam/em | Nie tolerowałam/em | Ogółem |
| Nie                              | 67,0%          | 16,0%              | 83,0%  |
| Tak                              | 15,1%          | 1,9%               | 17,0%  |
| Ogółem                           | 82,1%          | 17,9%              | 100,0% |
| Osteoporoza                      | Tolerowałam/em | Nie tolerowałam/em | Ogółem |
| Nie                              | 77,4%          | 17,0%              | 94,3%  |
| Tak                              | 4,7%           | 0,9%               | 5,7%   |
| Ogółem                           | 82,1%          | 17,9%              | 100,0% |

Źródło: opracowanie własne

szkoleń dla personelu pracowni endoskopowych w zakresie umiejętności komunikacji i interakcji międzyludzkich (17). W niemal wszystkich publikacjach zagranicznych podaje się, że po endoskopii GOPP pacjenci powinni być poinformowani o konieczności kontaktu z lekarzem, jeśli wystąpią niepokojące objawy, jak: ból brzucha, ból w klatce piersiowej, gorączka, dreszcze, wzdęcia lub objawy krwawienia z przewodu pokarmowego (krwiste wymioty, smoliste stolce). Pacjenci powinni być również poinformowani o wynikach badania (18).

Endoskopia GOPP jest bezpieczną i szybką procedurą, powinna być wykonywana bez sedacji. Jednakże może

wywoływać lęk, niepokój, poczucie bezbronności i dyskomfortu. Dlatego w niektórych krajach mimo większych kosztów pozwala się pacjentowi na dokonanie wyboru, czy chce mieć wykonane badanie w sedacji, czy bez (19, 20).

Satysfakcja pacjenta jest ważnym wskaźnikiem jakości badań endoskopowych. Stan emocjonalny, zadowolenie będą istotnie wpływać na decyzje pacjenta w zakresie dalszego postępowania i podjęcia lub zaniechania dalszego leczenia czy dalszej profilaktyki i kontroli, do której należy zaliczyć ponowne wykonanie gastrokopii. Satysfakcja niewątpliwie wpłynie na ostateczną opinię pacjenta z wykonanego badania i należy pamiętać, że najprawdopodobniej

zostanie przekazana innym zainteresowanym. Dlatego autorzy badań dowodzą, że istnieje potrzeba ujednoczenia standardów edukacji i przygotowania pacjentów do badań endoskopowych GOPP.

### WNIOSKI

1. Wiek, płeć i wykształcenie w badanej grupie nie mają wpływu na poziom uzyskanej informacji na temat gastrokopii przed badaniem i zachowania po badaniu. Czynniki społeczno-demograficzne, palenie tytoniu oraz choroby

współistniejące nie wpływają na ogólną tolerancję badania gastrokopowego.

2. Pacjenci badani na terenie województwa pomorskiego posiadali wyższy poziom informacji na temat gastrokopii przed badaniem i zachowania po badaniu niż pacjenci przebadani w województwie kujawsko-pomorskim.

3. Premedykacja przed badaniem oraz zastosowanie znieczulenia ogólnego dożylnego i znieczulenia miejscowego poprawiają tolerancję badania endoskopowego GOPP.

### KONFLIKT INTERESÓW CONFLICT OF INTEREST

Brak konfliktu interesów  
None

### ADRES DO KORESPONDENCJI

Piotr Jarzynkowski  
Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego  
Gdański Uniwersytet Medyczny  
ul. Dębinki 7, bud. 15, 80-952 Gdańsk  
tel. +48 (58) 349-12-47  
p.jarzynkowski@gumed.edu.pl

### PIŚMIENNICTWO

1. Krzesiek E, Iwańczak B: Wskazania do diagnostycznej i terapeutycznej endoskopii przewodu pokarmowego u dzieci. *Prz Gastroenterol* 2010; 5(4): 183-188.
2. Gilger MA: Gastroenterologic endoscopy in children: past, present, and future. *Curr Opin Pediatr* 2001; 13: 429-434.
3. Yamada T: *Podręcznik gastroenterologii* (tłum. E Małecka-Panas). Czelej, Lublin 2006.
4. Celińska-Cedro D: Powikłania endoskopii przewodu pokarmowego. *Pediatr Współcz Gastroenterol Hepatol Żywnie Dziecka* 2008; 10(4): 169-172.
5. McQuaid KR, Laine L: A systematic review and meta-analysis of randomized, controlled trials of moderate sedation for routine endoscopic procedures. *Gastrointest Endosc* 2008; 67: 910-923.
6. Zeroske J, Sivak MV Jr: The gastrointestinal assistant. [In:] Sivk MV Jr (ed.): *Gastroenterologic endoscopy*. WB Saunders, Philadelphia 2000: 79-94.
7. Standards of Practice Committee, Zuckerman MJ, Shen B et al.: Informed consent for GI endoscopy. *Gastrointest Endosc* 2007; 66: 213-218.
8. Enestvedt BK, Eisen GM, Holub J, Lieberman DA: Is the American Society of Anesthesiologists classification useful in risk stratification for endoscopic procedures? *Gastrointest Endosc* 2013; 77: 464-471.
9. Bambrowicz J, Cierznikowska K, Szewczyk MT et al.: Badania endoskopowe i opieka pielęgniarska nad chorym w pracowni endoskopii. *Piel Chir Angiolog* 2011; 1: 1-6.
10. Kutlutürkan S, Görgülü Ü, Fesci H, Karavelioglu A: The effects of providing pre-gastrointestinal endoscopy written educational material on patients anxiety: A randomised controlled trial. *Int J Nurs Stud* 2010; 47(9): 1066-1073.
11. Aabakken L, Barkun AN, Cotton PB et al.: Standardized endoscopic reporting. *J Gastroenterol Hepatol* 2014; 29(2): 234-240.
12. Kurek K, Baniukiewicz A, Białek A et al.: Wskaźniki jakości w endoskopii górnego odcinka przewodu pokarmowego – wytyczne roboczej Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii. *Gastroenterol Prakt* 2014; 3: 30-48.
13. Huppertz-Hauss G, Chengarov L, Dahler S et al.: "Drop in" gastroscopy outpatient clinic-experience after 9 months. *BMC Gastroenterology* 2012; 12: 12.
14. Kowsalya R, Akila P, Malarvizhi M: Effectiveness of Behavioural Intervention on Anxiety and Tolerance among Gastroscopy Patients. *IJPSR* 2015; 4(9): 827-830.
15. Rasool S, Ahmed S, Siddiqui S et al.: Evaluation of quality and patient satisfaction during endoscopic procedure: a cross sectional study from south Asian country. *J Pak Med Assoc* 2010; 60(12): 990-995.
16. Seip B, Huppertz-Hauss G, Saunar J et al.: Patients' satisfaction: an important factor in quality control of gastroscopies. *Scand J Gastroenterol* 2008; 43: 1004-1011.
17. Lee HY, Lim SM, Han MA et al.: Assessment of participant satisfaction with upper gastrointestinal endoscopy in South Korea. *World J Gastroenterol* 2011; 17(36): 4124-4129.
18. Cohen J, Safdi MA, Deal SE et al.: Quality indicators for esophagogastroduodenoscopy. *Am J Gastroenterol* 2006; 101: 886-891.
19. Trevisani L, Sartori S, Gaudenzi P et al.: Upper gastrointestinal endoscopy: are preparatory interventions or conscious sedation effective? A randomized trial. *World J Gastroenterol* 2004; 10: 3313-3317.
20. Ladas SD, Aabakken L, Rey JF et al.: Use of sedation for routine diagnostic upper gastrointestinal endoscopy: a European Society of Gastrointestinal Endoscopy Survey of National Endoscopy Society Members. *Digestion* 2006; 74: 69-77.

nadesłano: 13.04.2017  
zaakceptowano do druku: 04.05.2017