

Przygotowanie merytoryczne pacjentów kierowanych na zabieg koronarografii

Analysis of patients' general knowledge about risks and benefits of coronary angiography

Dominik Osman, Elżbieta Deptuła, Robert Olszewski,
Maciej Zarębiński i Jerzy Adamus

Klinika Kardiologii Wojskowego Instytutu Medycznego WIM CSK MON

Abstract

Background: *Coronary angiography is a key procedure in the diagnosis of coronary artery disease. Procedural advancements and shorter hospital stay make it more available and less costly. The aim of this study was to evaluate patients' general knowledge about the procedure, its purpose and associated risks.*

Material and methods: *The study involved 114 successive patients (30 women, 84 men aged 30–77), that were referred to the department of cardiology for coronary angiography for the first time. The research was done on the day of the patient's arrival to the clinic. The patients were asked to anonymously answer a questionnaire, which contained questions concerning basic knowledge of the procedure, its purpose and risks.*

Results: *Sixty-seven percent of physicians who explained the role and substance of coronary angiography to the patients were cardiologists, 6% — GPs. Thirteen percent of the patients referred to the department for coronary angiography were not informed about the procedure. Only 49% of patients knew the purpose of the examination. The patients living in town more often evaluated their level of general knowledge as sufficient when compared to the village patients (41% vs. 14%, $p < 0.008$), they also more often knew which anatomical structure is investigated during the procedure (67% vs. 14%, $p < 0.0001$) and what complications might occur (33% vs. 7%, $p < 0.005$). Similar situation was observed in subgroups by educational status: patients with lowest educational status (primary school level) more often claimed that their knowledge was not sufficient when compared to those whose education ended on high school level (78% vs. 33%, $p < 0.0002$) and college/university (78% vs. 40%, $p < 0.001$). Insufficient knowledge about complications in 100% of these patients vs. 64% of the high school group and vs. 53% of the college/university group, $p < 0.0001$, while the lack of knowledge concerning the procedure itself was found in 72% patients of the lowest educational status vs. 37% of the high school group, $p < 0.001$ and vs. 27% of the college/university group, $p < 0.0002$.*

Conclusions: *Subjective and objective knowledge of the coronary angiography is low. It depends on the level of the education and the place of living. Many patients are not being*

Adres do korespondencji: Lek. Dominik Osman
ul. Witołińska 5/25, 04–185 Warszawa
tel. (0 22) 613 74 04, e-mail: drdomel@wp.pl
Nadesłano: 28.07.2004 r. Przyjęto do druku: 12.10.2004 r.

explained the procedure, its purpose and risks and even if they are it is not sufficient. It seems that the level of the patients knowledge is not related to age. (Folia Cardiol. 2004; 11: 921–927)

coronary angiography, patients, knowledge, PCI, questionnaire

Wstęp

Koronarografia jest podstawowym badaniem diagnostycznym w kardiologii inwazyjnej i zwykle pierwszą czynnością rozpoczynającą proces diagnostyczno-terapeutyczny choroby niedokrwiennej serca [1]. Jest to zatem badanie istotne zarówno dla kardiologów, jak i pacjentów, ponieważ wywiera znamieny wpływ na ich dalsze życie. Należy więc chorego wyczerpująco poinformować zarówno po badaniu, jak i przed nim. Niestety często zdarza się, że pacjent zgłaszając się do kliniki kardiologii inwazyjnej w celu wykonania koronarografii, nie wie, czemu takie badanie służy i z jakimi konsekwencjami się wiąże. Ze względu na wzrastającą dostępność i rolę tego zabiegu w diagnostyce choroby niedokrwiennej serca, postanowiono ocenić, zarówno obiektywnie, jak i na podstawie subiektywnej oceny pacjentów, stopień ich przygotowania merytorycznego do badania.

Celem niniejszej pracy było określenie subiektywnego i obiektywnego stopnia poinformowania pacjenta przez lekarzy na temat zabiegu koronarografii u pacjentów kierowanych na to badanie po raz pierwszy. Weryfikowano wiedzę chorego na temat celu, przebiegu i powikłań tej procedury diagnostycznej.

Materiał i metody

W badaniu wzięło udział 114 kolejnych pacjentów (30 kobiet, 84 mężczyzn, w wieku 30–77 lat) kierowanych po raz pierwszy na badanie koronarograficzne do Kliniki Kardiologii WIM CSK MON. W dniu zgłoszenia choroby wypełniali anonimową ankietę, w której pytano o wiek, płeć, miejsce zamieszkania (miasto, wieś) i wykształcenie. Zadano im także niżej wymienione pytania:

1. Z jakiego źródła Pan/Pani dowiedział(a) się o koronarografii?
 - od lekarza rodzinnego
 - od kardiologa
 - od lekarza innej specjalności
 - od kogoś z rodziny
 - od znajomej osoby, która ten zabieg przeszła
 - od

2. Lekarz, jakiej specjalności tłumaczył Pani/Panu, na czym polega koronarografia?
 - lekarz rodzinny
 - kardiolog
 - internista
 - lekarz innej specjalności
 - nikt mi nie tłumaczył
 - powiedziano, że przy zabiegu wszystkiego się dowiem
 -
3. Jak Pani/Pan ocenia swój stan wiedzy na temat tego zabiegu?
 - nic nie wiem o koronarografii
 - wiem niewiele
 - uważam, że wiem wystarczająco dużo
 - wiem bardzo dużo
 -
 - a. Koronarografia to zabieg:
 - diagnostyczny, tzn. służący wykryciu choroby wieńcowej
 - wyłącznie leczniczy
 - głównie profilaktyczny
 - nie wiem
 - b. Bezpośrednio dotyczy:
 - żył serca
 - tętnic serca
 - zastawek serca
 - mięśniówki serca
 - nie wiem
 - c. Czy koronarografia wiąże się z jakimiś powikłaniami?
 - nie, jest w 100% bezpieczna
 - tak, zawsze
 - tak, rzadko w zależności od doświadczenia osoby przeprowadzającej zabieg i ośrodka, w którym się go przeprowadza
 - tak, ale są to tylko powikłania w miejscu wkłucia (tzw. powikłanie miejscowe)
 - nie wiem
4. Czy podpisując zgodę na wykonanie koronarografii, czuje Pan/Pani, że jest w pełni poinformowany(a) o zabiegu?
 - tak, całkowicie
 - nie, czuję się w ogóle niepoinformowany(a)
 - nie wiem
 - tak, ale nie w pełni

5. Jeżeli nie, jakich informacji o zabiegu Panu/Pani brakuje? (Proszę wpisać pytania, jakie Pan/Pani zadałby/zadałaby lekarzowi)

.....

Część pytań dotyczyła źródła wiedzy, lekarza wyjaśniającego na czym zabieg polega, subiektywnego poczucia pacjenta dotyczącego poinformowania. Celem pozostałych pytań była weryfikacja wiedzy dotyczącej badania. Ankieta była anonimowa. W klinice nie udzielano informacji na temat koronarografii przed rozdaniem ankiety, proszono pacjentów o rzetelne odpowiedzi i niekonsultowanie ich z innymi pacjentami. Czas na wypełnienie ankiety był nieograniczony. Badanie podzielono na dwie części: w pierwszej analizowano całą badaną populację, w drugiej porównano wyniki w podgrupach utworzonych ze względu na wiek, miejsce zamieszkania i wykształcenie pacjentów. Do analizy statystycznej badanych podgrup użyto analizy regresji. Za poziom istotności przyjęto $p < 0,05$.

Wyniki

Populacja ogólna

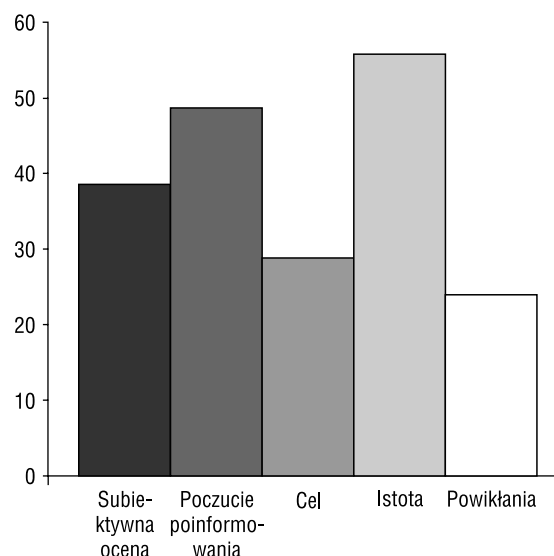
Dla 65% ankietowanych źródłem wiedzy na temat koronarografii byli lekarze kardiolodzy, dla 13% — lekarze innych specjalności, dla 2% — lekarze rodzinni, dla 8% — znajomi i rodzina, dla 11% — znajomi i kardiolodzy, dla 3% — telewizja, natomiast 2% chorych nie miało wcześniej styczności z tematem. Wśród lekarzy tłumaczących na czym polega zabieg koronarografii 67% stanowili kardiolodzy, 6% lekarze rodzinni, 5% interniści, 10% lekarze innej specjalności. Spośród badanych 13% pacjentów w ogóle nie tłumaczono istoty zabiegu! W subiektywnej ocenie 56% osób przyznało, że ich wiedza na temat zabiegu jest niewielka, 37% ankietowanych określiło swój stan wiedzy jako wystarczający, 2% uznało, że wie bardzo dużo, 5% badanych stwierdziło, że nie wie nic o zabiegu. Weryfikując wiedzę ankietowanych, uzyskano następujące wyniki: 52% badanych stwierdziło, że jest to zabieg głównie profilaktyczny, 29% — diagnostyczny, 13% — wyłącznie leczniczy, a 16% ankietowanych nie potrafiło udzielić odpowiedzi.

Dla 56% osób uczestniczących w badaniu zabieg dotyczył bezpośrednio tętnic wieńcowych, 33% uznało, że dotyczył on żył, 5% osób badanych wskazało na zastawki lub wszystkie struktury serca, natomiast 13% nie potrafiło udzielić odpowiedzi. W analizie odpowiedzi dotyczących powikłań i zagrożeń związanych z zabiegiem 22% ankietowanych uznało zabieg za bezpieczny w 100%, 43% spodzie-

wało się powikłań wyłącznie w miejscu wkłucia, 24% — wskazywało na różne powikłania w zależności od doświadczenia osoby przeprowadzającej zabieg i ośrodka, w którym jest on wykonywany, 5% uważało, że powikłania występują zawsze, a 6% badanych nie potrafiło odpowiedzieć na to pytanie. Na pytanie dotyczące poinformowania o zabiegu 49% pacjentów uważało się za w pełni poinformowanych przez lekarza, 33% oceniło uzyskaną informację jako niepełną, 2% uznało że w ogóle nie uzyskało takich informacji, 16% nie potrafiło odpowiedzieć na pytanie. Stwierdzono, że 75% badanych nie otrzymało rzetelnej informacji na temat powikłań i bezpieczeństwa zabiegu. Ponadto 2% pacjentów pytało o znieczulenie (ryc. 1).

Miasto vs. wieś

Ankietowani pochodzący z miasta istotnie częściej oceniali swój stan wiedzy jako co najmniej wystarczający („wiem wystarczająco dużo/wiem bardzo dużo”) w porównaniu z mieszkańcami wsi (odpowiednio 41% vs. 14%, $p < 0,008$). Wśród badanych 59% mieszkańców miasta i 86% mieszkańców wsi przyznało, że wie niewiele lub nic na temat koronarografii ($p < 0,008$). Grupy nie różniły się pod względem zasobu wiedzy na temat celu badania (odpowiednio miasto vs. wieś: prawidłowa odpowiedź: 56% vs. 43%; nieprawidłowa odpowiedź 44% vs. 57%, $p = 0,2$). Mieszkańcy miasta istotnie czę-



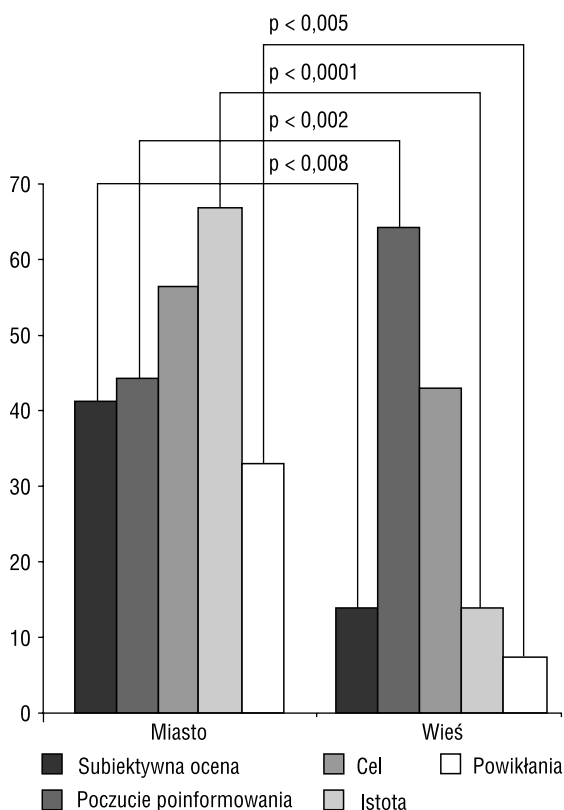
Rycina 1. Subiektywna ocena wiedzy, poczucie poinformowania oraz odsetek prawidłowych odpowiedzi (weryfikacja wiedzy) w populacji ogólnej

Figure 1. Subjective evaluation of knowledge, information consideration and percentage of good answers (knowledge check) in general population

ściej wiedzieli, której struktury serca dotyczy koronarografia (odpowiednio 67% vs. 14%, $p < 0,0001$) oraz z jakimi powikłaniami się wiąże (odpowiednio 33% vs. 7%, $p < 0,005$). W momencie wyrażania zgody na badanie całkowicie poinformowani istotnie częściej czuli się mieszkańcy wsi (64% vs. 44%, $p < 0,002$), nie w pełni poinformowani lub w ogóle nie poinformowani mieszkańcy miasta (42% vs. 7%, $p < 0,002$). Odpowiedzi nie potrafiło udzielić 14% mieszkańców miasta vs. 29% mieszkańców wsi (ryc. 2).

Wiek: do 60 rż. vs. powyżej 60 rż.

Nie wykazano istotnej różnicy między ankietowanymi w wieku do 60 rż. oraz powyżej 60 rż. w zakresie subiektywnej oceny stanu wiedzy („wiem wystarczająco/wiem bardzo dużo” 32% vs. 22%, $p = 0,09$; „wiem niewiele/nie wiem nic” 62% vs. 59%, $p = 0,09$). Nie potrafiło udzielić odpowiedzi 6% badanych w grupie do 60 rż. oraz 19% osób w grupie powyżej 60 rż. Grupy nie różniły się pod względem wiedzy na temat celu badania (odpowied-



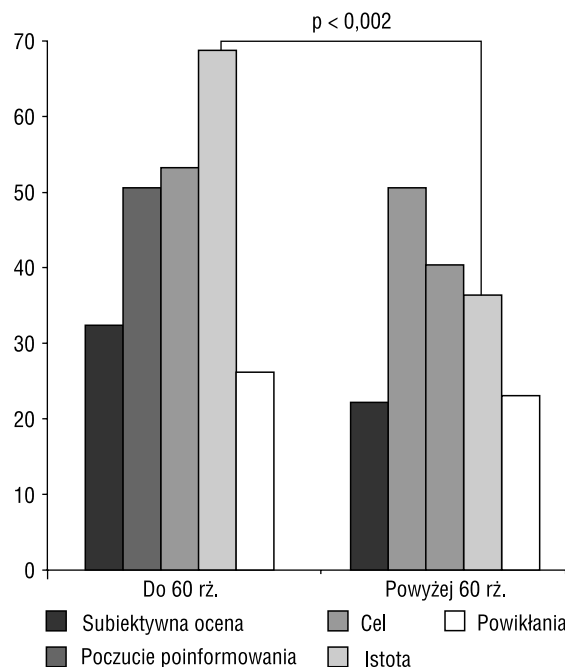
Rycina 2. Odpowiedzi w podgrupach miasto vs. wieś (subiektywna ocena, poczucie poinformowania, weryfikacja wiedzy — prawidłowe odpowiedzi)

Figure 2. Answers in place of living subgroups town vs. village (subjective evaluation, inform consideration, knowledge check — good answers)

nio ankietowani do 60 rż. vs. badani w wieku powyżej 60 lat: prawidłowej odpowiedzi udzieliło 53% vs. 40%, $p = 0,2$). Ankietowani do 60 rż. istotnie częściej wiedzieli, której struktury serca dotyczy koronarografia (odpowiednio 68% vs. 36%, $p < 0,002$). Grupy nie różniły się również pod względem wiedzy na temat powikłań (odpowiednio wie 26% vs. 23%, $p = 0,68$) oraz poczucia uzyskania odpowiednich informacji na temat badania (całkowicie 50% vs. ponad 50%, $p = 0,38$) (ryc. 3).

Wykształcenie podstawowe vs. średnie vs. wyższe

Ankietowani z wykształceniem podstawowym istotnie częściej twierdzili, że nie wiedzą nic lub wiedzą niewiele na temat badania w porównaniu z badanymi z wykształceniem wyższym (odpowiednio 83% vs. 47%, $p < 0,0001$). Ankietowani z wyższym wykształceniem istotnie częściej nie potrafili określić swojego stanu wiedzy niż pozostałe grupy (40% vs. 4% vs. 0%, $p < 0,0001$). Wiedzy na temat celu badania nie mieli istotnie częściej ankietowani z wykształceniem podstawowym w stosunku do grupy badanych z wykształceniem średnim (odpowiednio 78% vs. 33%, $p < 0,0002$) i wyższym (odpowiednio 78% vs. 40%, $p < 0,001$). Podobnie



Rycina 3. Odpowiedzi w podgrupach wieku (subiektywna ocena, poczucie poinformowania, weryfikacja wiedzy — prawidłowe odpowiedzi)

Figure 3. Answers in age subgroups (subjective evaluation, inform consideration, knowledge check — good answers)

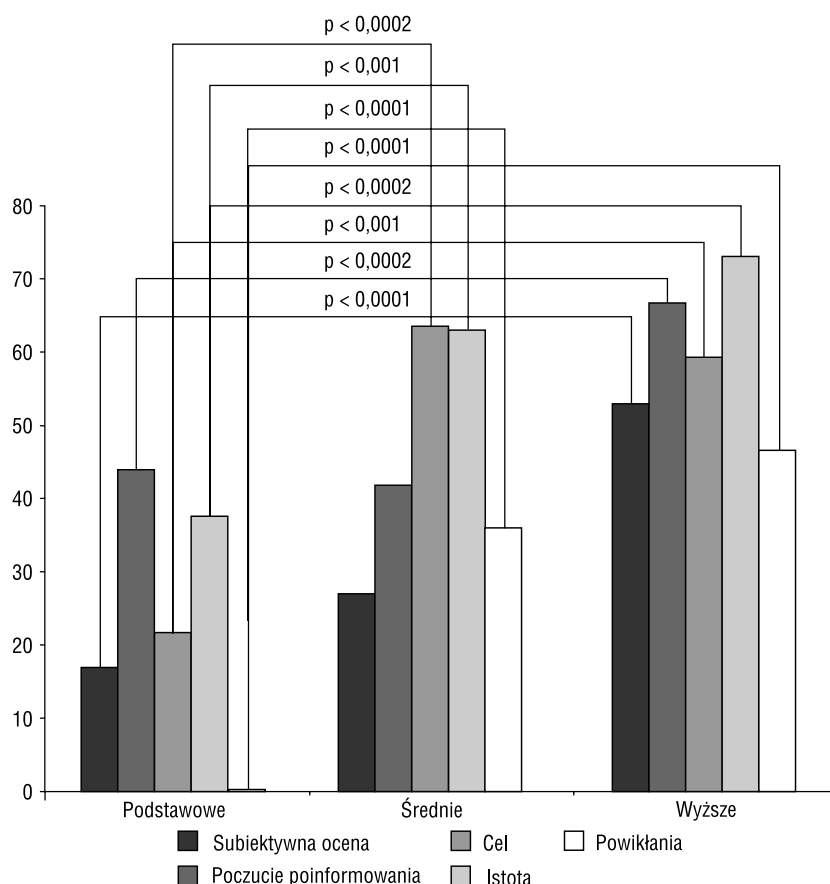
sytuacja przedstawiała się w przypadku powikłań (brak wiedzy 100% osób z wykształceniem podstawowym *vs.* 64% badanych z wykształceniem średnim *vs.* 53% z wykształceniem wyższym, $p < 0,0001$) oraz wiedzy na temat struktur serca, których dotyczy zabieg (brak wiedzy odpowiednio 72% *vs.* 37%, $p < 0,001$ *vs.* 27% $p < 0,0002$). Pacjenci z wyższym wykształceniem istotnie częściej zapytaliby lekarza o powikłania i bezpieczeństwo zabiegu niż ankietowani z wykształceniem średnim (53% *vs.* 6%, $p < 0,0006$) czy podstawowym (53% *vs.* 17%, $p < 0,001$). Wyrażając zgodę na badanie, całkowicie poinformowani czuli się istotnie częściej ankietowani z wykształceniem wyższym niż badani z wykształceniem średnim (67% *vs.* 42%, $p < 0,0002$) oraz podstawowym (67% *vs.* 44%, $p < 0,0001$) (ryc. 4).

Dyskusja

Koronarografia jest badaniem o coraz większym znaczeniu w diagnostyce choroby niedokrwiennej

serca, więc staje się coraz bardziej dostępna i coraz powszechniej wykorzystuje się ją w praktyce klinicznej [1]. Warunkuje to konieczność szeroko pojętego informowania pacjentów o jej istocie. Podstawowa rola w tej kwestii spoczywa na lekarzach. W niniejszym badaniu wykazano poważne braki dotyczące wiedzy chorych, które prawdopodobnie wynikają z niskiej efektywności kontaktu lekarz–pacjent. Większości pacjentów kierowanych na zabieg koronarografii lekarze tłumaczyli, na czym polega zabieg, jednak nadal niemal połowa z nich nie czuła się dobrze poinformowana. Chorzy szczególnie podkreślali brak rzetelnych informacji dotyczących bezpieczeństwa, powikłań procedury oraz znieczulenia.

Niestety, co 10. pacjentowi skierowanemu na zabieg koronarografii w ogóle nie tłumaczono, na czym on polega. A przecież udowodniono, że odpowiednie poinformowanie chorego bezpośrednio przekłada się na efektywność leczenia [2]. Tym bardziej warto poznać czynniki wpływające na przyswajalność podanej wiedzy. W badaniu wykazano,



Rycina 4. Odpowiedzi w podgrupach wykształcenia (subiektywna ocena, poczucie poinformowania, weryfikacja wiedzy — prawidłowe odpowiedzi)

Figure 4. Answers in subgroups by educational status (subjective evaluation, inform consideration, knowledge check — good answers)

że czynnikami tymi są przede wszystkim poziom wykształcenia pacjenta i jego miejsce zamieszkania (miasto/wieś), w mniejszym stopniu wiek. Pacjenci z wyższym wykształceniem uznawali swój poziom poinformowania za wyraźnie wyższy niż pozostali ankietowani w tej podgrupie i co ważniejsze — nie odbiegał on od rzeczywistej ich wiedzy. Warto zaznaczyć, że badani mieli wyraźne trudności z subiektywnym określeniem poziomu swojej wiedzy, mimo to nie odbiegała ona od poczucia poinformowania. Oznacza to, że zrozumieli większość informacji przekazanych im przez lekarza. Natomiast w grupie pacjentów z wykształceniem podstawowym, w której subiektywna ocena wiedzy była mała (potwierdziła to weryfikacja), poczucie poinformowania przez lekarza znacznie ją przewyższało. Wynika z tego, że chorzy ci uznawali, że uzyskali dostateczne informacje o zabiegu, jednak wiedzy tej w pełni nie przyswajali. Porównując ten wynik z rezultatem uzyskanym w podgrupie pacjentów z wyższym wykształceniem, można stwierdzić, że to właśnie wykształcenie ma decydujący wpływ. Wśród mieszkańców wsi wykazano również niższy poziom wiedzy. Rozkład odpowiedzi był podobny jak w podgrupie pacjentów z wykształceniem podstawowym. Mieszkańcy wsi oceniali swój poziom wiedzy o wiele niżej niż poczucie poinformowania. Przyswajalność informacji podobnie jak wcześniej była niska, co najprawdopodobniej wynika z niższego poziomu wykształcenia [3–5].

W nowoczesnej medycynie pacjenta nie traktuje się przedmiotowo. Jest on partnerem w działaniu służącym osiągnięciu optymalnego celu terapeutycznego.

Streszczenie

Wstęp: *Koronarografia jest kluczowym badaniem w diagnostyce choroby niedokrwiennej serca. Poprawa komfortu badania i skrócenie czasu hospitalizacji sprzyja jej większej dostępności oraz obniża koszty. Celem pracy było zbadanie przygotowania merytorycznego pacjentów do zabiegu koronarografii.*

Materiał i metody: *Badaniem objęto 114 kolejnych pacjentów (30 kobiet i 84 mężczyzn w wieku 30–77 lat) skierowanych po raz pierwszy na badanie koronarograficzne. Ankietę przeprowadzono anonimowo, przed zabiegiem — w dniu przyjęcia do szpitala (ośrodek o referencyjności IIIB). Ankieta zawierała pytania dotyczące: celu, istoty, powikłań zabiegu oraz informacji uzyskanych od lekarza kierującego.*

Wyniki: *67% pacjentów istotę koronarografii tłumaczyli kardiologowie, 6% — lekarze rodzinni, a 13% pacjentów w ogóle nie uzyskało odpowiednich informacji. Tylko 49% ankietowanych znało cel badania. Ankietowani pochodzący z miasta częściej oceniali swój stan wiedzy jako co najmniej wystarczający niż mieszkańcy wsi (odpowiednio 41% vs. 14%, $p < 0,008$) i częściej wiedzieli, której struktury serca dotyczy koronarografia (67% vs. 14%, $p < 0,0001$) i jakie*

tycznego. Światowi eksperci do najważniejszych oczekiwań pacjenta zaliczają m.in. dobrą komunikację i informację przekazywaną w zrozumiałym sposób [6]. W badaniach ogólnopolskich pacjenci wskazują na utrudnienia w uzyskaniu wiadomości, ponadto brak pełnej i podanej w sposób zrozumiały informacji o ich stanie zdrowia i przebiegu leczenia [7, 8]. Powyższe badanie potwierdziło te braki. Ponadto uzyskane wyniki wskazują, że to lekarz — jako osoba kierująca procesem terapeutycznym — może istotnie wpływać na poprawę tej sytuacji. Pierwszym krokiem w osiągnięciu powyższego celu może być zwrócenie większej uwagi na poziom wykształcenia pacjenta podczas rozmowy z nim i dostosowanie języka do możliwości poznawczych chorego. Obiektywny poziom wiedzy pacjentów na temat koronarografii jest wprost proporcjonalny do poziomu wykształcenia, dlatego chorzy mieszkający na wsi, z wykształceniem podstawowym są grupą wymagającą szczególnie skrupulatnej i przyswajalnej informacji ze strony lekarza.

Wnioski

1. Subiektywnie i obiektywnie poziom wiedzy merytorycznej pacjentów na temat koronarografii jest niski i zależy od poziomu wykształcenia i miejsca zamieszkania.
2. Dużemu odsetkowi pacjentów kierowanych na koronarografię lekarze nie tłumaczą istoty zabiegu, a jeżeli już wyjaśniają, robią to nieefektywnie.
3. Wydaje się, że wiek ankietowanych nie wpływa istotnie na poziom wiedzy pacjentów.

powikłania powoduje zabieg (33% vs. 7%, $p < 0,005$). Ankietowani z wykształceniem podstawowym częściej twierdzili, że ich wiedza jest niewielka w porównaniu z badanymi z wykształceniem wyższym (83% vs. 47%, $p < 0,0001$), natomiast częściej nie znali celu badania w porównaniu z osobami z wykształceniem średnim (78% vs. 33%, $p < 0,0002$) i badanymi z wykształceniem wyższym (78% vs. 40%, $p < 0,001$). O powikłaniach nie wiedzieli 100% z nich, 64% badanych z wykształceniem średnim i 53% osób z wykształceniem wyższym ($p < 0,0001$), a o strukturach serca, których dotyczy zabieg (istota zabiegu) nie wiedzieli odpowiednio: 72% vs. 37% ($p < 0,001$) vs. 27% ($p < 0,0002$).

Wnioski: Subiektywnie i obiektywnie poziom wiedzy merytorycznej pacjentów na temat koronarografii jest niski. Zależy on od poziomu wykształcenia i miejsca zamieszkania chorego. Dużemu odsetkowi pacjentów kierowanych na koronarografię lekarze nie tłumaczą istoty zabiegu, a jeżeli już wyjaśniają, robią to nieefektywnie. Wydaje się, że wiek ankietowanych nie wpływa istotnie na poziom wiedzy pacjentów. (Folia Cardiol. 2004; 11: 921–927)

koronarografia, pacjenci, przygotowanie, wiedza, ankieta

Piśmiennictwo

1. Scanlon, Faxon ACC/AHA Coronary Angiography Guidelines J. Am. Coll. Cardiol. 1999; 33: 1756–1824.
2. Zimbardo P.G., Ruch F.L. Psychologia i życie. PWN, Warszawa 1996.
3. Mały Rocznik Statystyczny. Wyd. GUS, Warszawa 2003.
4. Rajkiewicz A. (red.). Społeczeństwo polskie w latach 1989–1995/96, zagadnienia polityki społecznej. Warszawa 1997.
5. Założenia do prognozy ludności Polski do 2020 roku — materiał GUS.
6. Lawthers A.G. Pomiar jakości a manager ochrony zdrowia. Zdrowie i Zarządzanie 1999; 1: 17–23.
7. Derczyński W. Informowanie pacjentów o stanie zdrowia i przebiegu leczenia. CBOS, 2001.
8. Derczyński W. Opinie o opiece zdrowotnej pod koniec drugiego roku reformy. CBOS, 2000.

