

Badani i metoda badawcza

Do badania włączono wszystkich chorych przyjętych do Kliniki Chirurgii Ogólnej i Naczyń Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, w celu interwencyjnego leczenia bezobjawowego tętniaka aorty brzusznej i bezobjawowego zwężenia tętnicy szyjnej wewnętrznej, w okresie od stycznia do marca 2009. Z badania wyłączono pacjentów ze współistnieniem obu chorób oraz tych, którzy nie wyrazili zgody na badania. W rezultacie badaniom poddano 50 chorych, nie różniących się między sobą pod względem takich czynników ryzyka pogorszenia stanu zdrowia, jak nadciśnienie tętnicze (86 vs 94%), cukrzyca (37 vs 41%), palenie papierosów (51 vs 45%) czy choroba niedokrwienna serca (63 vs 68%).

Badania zostały przeprowadzone za pomocą specjalnie skonstruowanej ankiety, złożonej z 18 pytań o charakterze półotwartym, z możliwością wyrażenia własnego zdania. Z tej możliwości skorzystał jeden badany, lecz wypełniona przez niego ankieta została odrzucona z uwagi na liczne braki. Z tej przyczyny do dalszych analiz nie zakwalifikowała się jeszcze jedna ankieta. Pytania ankietowe dotyczyły trzech kategorii psychologicznych i jednej kategorii psychospołecznej, mianowicie: (1) obrazu samego siebie i oceny swego życia; (2) stosunku do własnej choroby; (3) rodzaju motywacji leżącej u podstaw decyzji o poddaniu się zabiegowi operacyjnemu; (4) postaw zajmowanych przez otoczenie społeczne wobec pacjenta i jego choroby. Zgodnie z celem pracy, w niniejszym tekście wykorzystano tę część wyników badań, która dotyczy stosunku do własnej choroby oraz rodzaju umotywowania decyzji o operacji.

Analizie zostały poddane wyniki 48 pacjentów, w wieku powyżej 66 lat, w tym 25 chorych (9 kobiet i 16 mężczyzn) zakwalifikowanych do operacji z powodu bezobjawowego zwężenia tętnicy szyjnej wewnętrznej oraz 23 chorych (2 kobiety i 21 mężczyzn) zakwalifikowanych do operacji z powodu bezobjawowego tętniaka aorty brzusznej.

Wyniki

Choć przeprowadzone badania objęły niezbyt dużą grupę chorych, to można dokonać wstępnej rekonstrukcji sytuacji psychologicznej osoby, nieoczekiwanie dowiadującej się o zagrożeniu swego życia śmiertelną chorobą. Przebieg uruchamianego wówczas procesu polega na: (1) doznaniu dysonansu poznawczego powiązanego z wystąpieniem silnych emocji negatywnych, gdyż informacja o poważnej chorobie jest nagła i nieoczekiwana; (2) uruchomieniu mechanizmów obronnych, głównie racjonalizacji i projekcji; (3) zmianie

stosunku do siebie ze względu na konieczność adaptowania się do nowej sytuacji życiowej. Jeżeli w tym momencie lekarz „wymusi” na bezobjawowym chorym podjęcie decyzji o operacji, to oczywiste, że jej przesłanki będą niemal wyłącznie emocjonalne. W świetle uzyskanych wyników należy uznać dominację emocjonalnego stosunku do własnej choroby u pacjentów z bezobjawowymi chorobami tętnic, ponieważ:

1. Pierwsza reakcja na wiadomość o chorobie miała przeważnie emocjonalny (62.3%) charakter, odrzucający i negujący przesłanie zawarte w otrzymanym komunikacie lub wzbudzający poczucie strachu i bezradności. Takie reakcje nie mogą zaskakiwać, gdyż pacjenci istotnie nie odczuwają jakichkolwiek dolegliwości, więc informacja o chorobie jest dla nich prawdziwym szokiem. W tej trudnej sytuacji nawet wypowiedzi świadczące o racjonalnym podejściu do choroby (37.7%) mogą być przejawem uruchomienia wspomnianych mechanizmów obronnych, które działają samouspokajająco i minimalizują emocje powstałe na nieoczekiwaną wiadomość o chorobie oraz przenoszą odpowiedzialność za własny stan zdrowia na lekarzy.

2. Uczucia i emocje doznawane przez pacjentów w związku z chorobą mają wyraźnie negatywny (88.6%) wydźwięk (lęk, niepokój, przerażenie, smutek) lub wskazują na zakłopotanie. Dotyczy ono wyłącznie pacjentów z tętniakiem aorty brzusznej i - jak można sądzić - wiąże się ze szczególnie kontrowersyjnie spostrzeganym miejscem rozwoju choroby i pola mającej nastąpić operacji. Przecież chodzi o brzuch, stereotypowo spostrzegany jako „brudna”, „nieczysta” część ciała. Ta myśl może wywoływać silne skojarzenia z prawdziwie dramatycznie działającym na wyobraźnię obrazem pękającego tętniaka, ostatecznie „decydującego” o końcu życia. Oprócz stereotypowego myślenia, stosunek do własnej choroby może być także różnicowany przez czynnik epidemiologiczny, tak jak występowanie tętniaka w najbliższej rodzinie i śmierć członka rodziny z powodu jego pęknięcia.

3. Pacjenci określili stosunek do samych siebie głównie jako rozchwiany lub zmieniony na gorszy (72.9%) pod wpływem choroby. Żaden z pacjentów nie uznał, jakoby choroba zmieniła jego stosunek do siebie na lepszy, co może świadczyć o tym, iż badanym obca jest postawa roszczeniowa, stereotypowo związana z rolą i przywilejami chorego człowieka.

Należy zaznaczyć, że istotne różnice statystyczne występujące między obu grupami pacjentów wskazują na ogólnie wyższy poziom emocji u chorych z tętniakiem aorty

brzuszej. Intuicyjne i wymagające dodatkowego sprawdzenia wyjaśnienie tych różnic podano w punkcie 2.

Omówione czynniki emocjonalne, typowe dla przeważającej liczby pacjentów, niewątpliwie wpływają na motywy leżące u podstaw decyzji o operacji, chociaż zwracają tu uwagę wyraźniejsze (niż w przypadku stosunku do choroby) różnice między badanymi grupami chorych. Bowiem osoby ze zwężeniem tętnicy szyjnej wewnętrznej nie traktują pierwszej informacji o poważnej chorobie i konieczności poddania się operacji jako rozstrzygającej, lecz starają się o samodzielne wypracowanie racjonalnej decyzji. Świadczą o tym następujące wskaźniki:

- po pierwszej rozmowie z lekarzem poszukują specjalistycznych informacji i w tym celu najczęściej odbywają konsultacje z innymi lekarzami;

- podejmują decyzję o poddaniu się operacji z pobudek wewnętrznych (78.7%), opartych na zdobytej wiedzy oraz na sprawdzonych przesłankach medycznych, tj.: „operacja daje szansę na przedłużenie życia” oraz „operacja jest związana z mniejszym ryzykiem niż nie poddanie się jej”;

- swą zgodę na zabieg operacyjny oceniają racjonalnie, przeważnie jako „konieczną”.

Natomiast pacjenci z tętniakiem aorty brzusznej są skłonni podjąć decyzję o operacji niemal natychmiast po usłyszeniu negatywnego komunikatu o chorobie. Jak można przypuszczać, ich stan emocjonalny jest podsycany przez stereotypowe skojarzenia z lokalizacją choroby w „brudnym” miejscu swego ciała, przez wyjątkowo silne wyobrażenie pękającego w „tym” miejscu tętniaka i nieuchronnej śmierci w razie pęknięcia, a także – historie o gwałtownych zgonach w rodzinie. Dlatego:

- podejmują decyzję o poddaniu się operacji z pobudek zewnętrznych (63.9%), właściwie już w trakcie pierwszej rozmowy z lekarzem, który dla zdecydowanej większości z nich jest zasadniczym motywatorem zewnętrznym;

- nic więc dziwnego, że swą zgodę na zabieg operacyjny oceniają emocjonalnie, przeważnie jako bardzo trafną lub trafną.

Wnioski praktyczne

Ustalenie zależności między rodzajem choroby a motywami decyzji o dalszym postępowaniu wobec niej oraz generalnie emocjonalnego stosunku do choroby, jak również preferowanego przez ogół pacjentów źródła informacji na temat zabiegu operacyjnego, którym okazał się

lekarz diagnozujący chorobę (41.7%), pozwoliło na zaprojektowanie schematu rozmowy z chorym człowiekiem. Jej główne cele określono następująco: (1) umożliwienie zdobycia dodatkowych informacji zarówno na temat choroby i możliwości oraz skutków jej leczenia, jak i konsekwencji niepoddania się operacji; (2) uformowanie przeważnie wewnętrznych, przemyślanych motywów skłaniających do podjęcia decyzji o operacji; (3) zniesienie lub zminimalizowanie dysonansu poznawczego i powiązanych z nim negatywnych emocji.

Natomiast zalecenia szczegółowe określono następująco:

-Po analizie wyników badań medycznych i postawieniu diagnozy, należy zaplanować przynajmniej dwie rozmowy z chorym przed podjęciem decyzji o skierowaniu na leczenie operacyjne.

-Przekaz pierwszych informacji o chorobie i sposobie jej leczenia powinien być rzeczowy i dostarczać wyłącznie niezbędnych, konkretnych danych. Po czym należy ukierunkować pacjenta na poszerzenie wiedzy o chorobie i jej leczeniu oraz dać mu czas na uporanie się z emocjami wynikającymi z doznanego dysonansu poznawczego. Wskazane jest zaproponowanie przystępnych źródeł informacji o chorobie. Na zakończenie rozmowy informacyjnej należy podać termin kolejnej wizyty i zachęcić chorego do przemyślenia medycznych przesłanek decyzji o operacji oraz do przygotowania pytań pod adresem lekarza.

-Zasadniczym celem drugiej rozmowy jest rozwianie ewentualnych wątpliwości zgłoszonych przez pacjenta i przytoczenie oraz zaakcentowanie argumentów przemawiających na rzecz operacji jako zabiegu zapewniającego poprawę jakości życia i zmniejszającego jego zagrożenie.

-Ponieważ pacjent powinien być ukierunkowywany na podjęcie decyzji o operacji, a przebieg rozmowy skoncentrowany na poprawie jakości życia wskutek uwolnienia się od choroby i związanego z nią ryzyka śmierci, dlatego należy go otwarcie poinformować zarówno o tym, że leczenie operacyjne jest najlepszym (lecz nie jedynym) wyborem, jak i o ryzyku związanym z podjęciem oraz z zaniechaniem leczenia. Przy tym warto zróżnicować sposób prowadzenia rozmowy, tj.:

--dostarczać racjonalnych argumentów i dyskutować z chorymi ze zwężeniem tętnicy szyjnej wewnętrznej, wzmacniając racjonalne przesłanki decyzji o operacji; warto dostarczyć im zdecydowanie więcej danych nt. konsekwencji operacyjnego leczenia choroby głównie po to, aby obniżyć poziom lęku przed niedołążnością i powikłaniami natury psychicznej;

--stosować łagodną perswazję i dostarczać argumentów uzasadniających zmianę (na wewnętrzne) motywów leżących u podstaw decyzji o operacji u pacjentów z tętniakiem aorty brzusznej; jednocześnie osłabiać doświadczane przez nich specyficzne emocje i uczucia (zakłopotanie, przerażenie, wstyd); warto mówić wprost o stereotypowym charakterze skojarzeń dotyczących lokalizacji choroby oraz powikłań związanych z leczeniem operacyjnym; te wskazania odnoszą się zwłaszcza do pacjentów z dodatkowymi schorzeniami i z obciążonym wywiadem rodzinnym.

-Druga rozmowa, raczej w formie dyskusji niż monologu, powinna trwać co najmniej 20 minut i odbywać się w osobnym pomieszczeniu, gwarantującym spokój i odpowiednią atmosferę. Wskazane, aby tak prowadzona rozmowa odbywała się w obecności osoby bliskiej pacjentowi, która potrafiłaby wesprzeć (choćby niewerbalnie) argumenty przedstawiane przez lekarza.