



Stosunek do własnej choroby a przesłanki decyzji o operacji u pacjentów z bezobjawową chorobą zagrażającą życiu

Patients' attitudes to own illness and reasons behind their decision on surgery for asymptomatic life-threatening disease

TERESA RZEPA, MICHAŁ GORAN STANIŚĆ

1. Wydział Zamiejscowy, Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej, Poznań
2. Klinika Chirurgii Ogólnej i Naczyń, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego, Poznań

STRESZCZENIE

Cel. Rozpoznanie bezobjawowej choroby zagrażającej życiu jest trudnym doświadczeniem dla pacjentów ze względu na konieczność podejmowania decyzji o leczeniu, które niesie ze sobą ryzyko powikłań i śmierci. Decyzja pacjenta rzadko opiera się na tych samych przesłankach, co kwalifikacja wykonywana przez lekarza. Celem badań była ocena, czy silna początkowa reakcja emocjonalna może prowadzić do racjonalnej decyzji o operacji.

Metoda. Badaniem objęto dwie grupy pacjentów (łącznie 50), hospitalizowanych z powodu bezobjawowego tętniaka aorty brzusznej (AAA) i bezobjawowego zwężenia tętnicy szyjnej wewnętrznej (ICA). Zastosowano kwestionariusz dotyczący trzech psychologicznych kategorii i jednej psychospołecznej: (1) własny wizerunek i postawa wobec własnego życia, (2) stosunek do choroby, (3) stosunek do operacji, (4) postawy otoczenia społecznego wobec pacjenta i jego choroby. Analizę statystyczną przeprowadzono za pomocą testu χ^2 .

Wyniki. Chorzy ze zwężeniem ICA są bardziej pozytywnie nastawieni do siebie, w przeciwieństwie do pacjentów z AAA ($p < 0,05$). U chorych z AAA podstawowym źródłem informacji na temat choroby i leczenia był lekarz. Pacjenci ze zwężeniem ICA zasięgali konsultacji i weryfikowali informację o chorobie ($p < 0,05$), co prowadzi do różnic w zakresie motywów decyzji o operacji ($p < 0,001$).

Wnioski. Początkowa silna reakcja emocjonalna prowadzi do racjonalnej decyzji o operacji, choć droga jej podejmowania jest różna i zależy od lokalizacji choroby oraz skutków zaniechania leczenia. Uzyskane wyniki umożliwiają stworzenie strategii prowadzenia rozmowy w celu uzyskania zgody na operację z powodu ciężkich bezobjawowych chorób zagrażających życiu.

SUMMARY

Purposes. The diagnosis of an asymptomatic life-threatening disease is a difficult experience for the patient who is requested to make a decision whether to undergo treatment that carries the risk of complications and death. The patient's decision-making process concerning the surgery is seldom based on the same premises as the doctor's recommendation. The aim of the study was to assess whether the patient's strong initial emotional reaction may lead to his/her rational decision over surgery for the asymptomatic life-threatening disease.

Method. The study involved two groups of inpatients ($N=50$), scheduled surgery of either asymptomatic abdominal aortic aneurysm (AAA) or asymptomatic internal carotid artery stenosis (ICA). A self-report questionnaire used in the study measured one psychosocial and three psychological categories: (1) self-image and attitude towards own life, (2) attitude towards illness, (3) attitude towards surgery, (4) attitudes of the social environment towards the patient and his/her disease. The statistical analysis was performed using the χ^2 test.

Results. Patients with asymptomatic ICA stenosis represented a more positive attitude towards themselves than did AAA patients ($p < 0.05$). In the latter patient group the primary source of information about the disease and its treatment was the primary care physician. The patients with ICA stenosis more often consulted other doctors to get a second opinion and to verify their information about the disease ($p < 0.05$). Consequently, there were differences as regards the motives behind the patients' decision about surgery ($p < 0.001$).

Conclusions. The initial strong emotional reaction leads to a rational decision on surgery, although the decision-making process is completely different in patients with AAA and ICA stenosis, depending not only on the affected site, but also on possible consequences of treatment refusal. The patients' attitudes toward self and the disease are different according to the disease location and type of the possible outcome. The findings allow to develop appropriate strategies aimed at obtaining the patient's informed consent to surgical treatment of severe asymptomatic life-threatening diseases.

Słowa kluczowe: choroba bezobjawowa zagrażająca życiu / nieoczekiwana informacja / emocje / decyzja o operacji

Key words: asymptomatic life-threatening disease / unexpected information / emotions / decision on surgery

Charlotta Bühler [1] i inni badacze dróg życiowych [2–19] ustalili, iż do najbardziej typowych i powtarzalnych elementów biegu życia należy zaliczyć: podjęcie

i wykonywanie pracy, założenie rodziny, wychowywanie dzieci, udział w życiu społecznym, zmiany pozycji zawodowej i miejsca zamieszkania oraz zdarzenia

losowe. Zwłaszcza szeroko zakrojone badania Bauma i Stewarta [20] dowiodły, że niezależnie od wieku oceniamy jako najbardziej znaczące następujące kategorie: (1) praca (włącznie z nauką i karierą zawodową); (2) miłość i małżeństwo; (3) narodziny i wychowanie dzieci; (4) poszukiwanie niezależności (służba wojskowa, podróże, samorealizacja); (5) katastrofy, śmierć, choroby; (6) separacje i rozwody; (7) ważne zakupy (dom, auto).

Jak wynika z tych ustaleń, jednym z wydarzeń życiowych znacząco modyfikujących bieg ludzkiego życia jest doświadczenie choroby. Jawi się ono jako szczególnie dramatyczne wówczas, gdy choroba nie daje wcześniejszych objawów, zostaje wykryta nieoczekiwanie i zdiagnozowana jako zagrażająca życiu człowieka. Do takich schorzeń należy (m.in.) bezobjawowe zwężenie tętnicy szyjnej wewnętrznej (*internal carotid artery*, ICA) i bezobjawowy tętniak aorty brzusznej (*abdominal aortic aneurysms*, AAA). Te jednostki chorobowe zalicza się do bardzo poważnych w skutkach i dość powszechnie występujących. Przykładowo, zapadalność na tętniaka aorty brzusznej wynosi 25–45 chorych na sto tysięcy osób rocznie, zaś w populacji powyżej 65 roku życia chorobę stwierdza się u 5–8% mężczyzn i 1% kobiet [21–24]. Postęp technik zabiegowych i wzrost rzetelności badań klinicznych umożliwiają trafne kwalifikowanie takich pacjentów do wczesnej interwencji chirurgicznej. Operowanie chorych opiera się na przesłance relatywnego obniżenia ryzyka, związanego z wystąpieniem niepożądanych i groźnych dla życia następstw. Bowiemy w przypadku zwężenia tętnicy szyjnej wewnętrznej wystąpienie udaru mózgu szacuje się na 35% w ciągu 5 lat, od momentu zwężenia światła naczynia krwionośnego do 70% [25]. Natomiast prawdopodobieństwo pęknięcia tętniaka aorty brzusznej w ciągu roku od ujawnienia ocenia się nawet na 20%, jeśli jego średnica ma około 60–70 mm [23, 24, 25]. Zarówno udar mózgu, jak i pęknięcie tętniaka stanowią bezpośrednie zagrożenie dla życia chorego. Szacuje się je na znacznie większe od ryzyka interwencji chirurgicznej, gdyż możliwość zgonu okołoperacyjnego w przypadku tętniaka aorty brzusznej wynosi od 1,5 do 7%, a w przypadku zwężenia tętnicy szyjnej – od 2 do 9% [23, 25]. Jednak przy szacowaniu ryzyka lekarz musi także uwzględnić prawdopodobieństwo wystąpienia groźnych dla życia komplikacji pooperacyjnych (m.in.: przecieki krwi do worka tętniaka, przemieszczenie stentgraftu, zakrzepica tętnicza i żylna, jatrogenne rozwarstwienie aorty i tętnic biodrowych, zawał serca), które wymagają kolejnych interwencji chirurgicznych i wpływają negatywnie na jakość życia pacjentów.

Po dokonaniu analizy wyników badań chorego i uwzględnieniu czynników ryzyka oraz danych

statystycznych, lekarz jest zazwyczaj przekonany o mniejszym ryzyku związanym z operacją aniżeli z wyczekiwaniem na skutki naturalnego przebiegu choroby i dlatego proponuje choremu poddanie się operacji [23, 24, 25, 26]. Jednocześnie, zwłaszcza w przypadku zwężenia tętnicy szyjnej wewnętrznej, lekarz wie, iż ważny jest wybór metody leczenia [27, 28], więc w zależności od jego przekonania i specjalności, pacjent może być zniechęcany do metody wewnątrznaczyniowej lub otwartej, ze względu na istotne ryzyko okołoperacyjnego udaru mózgu i śmierci [29]. Oczywiście, idealnie byłoby, gdyby każdy pacjent rozumiał informacje przekazane mu przez lekarza i po krótkim namyśle podjął odpowiednią decyzję. Zazwyczaj tak nie jest. Kryterium różnicującym decyzję lekarza i pacjenta pozostaje ocena wartości jej przesłanek. W przypadku lekarza te przesłanki opierają się na przytoczonych powyżej informacjach, zaś w przypadku chorego mają one wartość jednego z bardziej dramatycznych wydarzeń życiowych. Dlatego wyrażenie zgody na operację nie jest proste.

Przede wszystkim, informacja przekazana przez lekarza wywołuje u chorego stan kompletnego zaskoczenia, ponieważ nie odczuwa on jakichkolwiek dolegliwości. Stąd też trudno mu uwierzyć w prawdziwość zarówno diagnozy, jak i argumentów medycznych, a jeszcze trudniej w to, że musi niemal natychmiast podjąć decyzję o poddaniu się operacji w celu ratowania własnego życia. Te informacje są źródłem bardzo silnych emocji sygnalizujących zmianę sytuacji życiowej i wywołujących stan silnego stresu [29–37]. W nieoczekiwanej i stresującej sytuacji pacjent doświadcza przykrego dysonansu poznawczego, który powoduje „paraliż” logicznego myślenia [38, 39, 40]. Z drugiej strony, silne przeżycia emocjonalne uruchamiają tak ważne procesy, jak radzenie sobie z dysonansem poznawczym i związanym z nim stresem, tym samym umożliwiając pacjentowi uczestnictwo w procesie leczenia.

CEL BADANIA

Na podstawie własnych obserwacji i doświadczenia klinicznego spostrzeżono, że istnieją różnice w zakresie reagowania i podejmowania decyzji o operacji pomiędzy pacjentami z bezobjawowym tętniakiem aorty brzusznej (AAA) i ze zwężeniem tętnicy szyjnej wewnętrznej (ICA), zatem postanowiono dokonać ich porównania. Natomiast w odwołaniu do wyników badań nad związkami między stosunkiem do własnej choroby i wolą podjęcia umotywowanej walki z chorobą [35, 36, 41, 42] sformułowano dwie hipotezy. Po pierwsze założono, że pacjenci bezobjawowi będą przejawiali przeważnie emocjonalny stosunek do własnej (nieoczekiwanej) choroby.

Logiczną konsekwencją tego założenia jest hipoteza druga, dotycząca przewagi emocjonalnych przesłanek decyzji o operacji. Bowiem przy emocjonalnym stosunku do choroby, nie jest ona traktowana jak swoiste zadanie czy problem, który wymaga racjonalnego rozwiązania.

BADANE GRUPY

Do badania włączono wszystkich chorych przyjętych do Kliniki Chirurgii Ogólnej i Naczyń UM w celu interwencyjnego leczenia bezobjawowego tętniaka aorty brzusznej (AAA) i bezobjawowego zwężenia tętnicy szyjnej wewnętrznej (ICA), w okresie od 1 stycznia do 31 marca 2009. Z badania wyłączono chorych ze współistnieniem obu chorób (4 osoby) oraz tych, którzy nie wyrazili zgody na udział w badaniach (19 osób) bądź nieprawidłowo wypełnili ankietę (2 osoby). Ostatecznie zbadano 48 osób, w tym: 25 (9 kobiet i 16 mężczyzn) – ze zwężeniem ICA oraz 23 (2 kobiety i 21 mężczyzn) – z AAA.

Badane grupy nie różniły się między sobą ze względu na występowanie takich czynników ryzyka, jak nadciśnienie tętnicze (86 vs 94%), cukrzyca (37 vs 41%), palenie papierosów (51 vs 45%) czy choroba niedokrwienna serca (63 vs 68%). Analiza wyników, dokonana wewnątrz poszczególnych grup pacjentów, wykazała brak różnic między wypowiedziami kobiet i mężczyzn. Nieróżnicująca okazała się także zmienna wieku, której wartości średnie wynoszą: dla pacjentów ze zwężeniem ICA – 66,8 lat, a dla pacjentów z AAA – 73,8 lat. Należy też odnotować, że kwalifikacja do leczenia operacyjnego była prowadzona wyłącznie przez chirurgów naczyniowych.

METODA

Badania wstępne zostały przeprowadzone za pomocą dostępnych narzędzi psychologicznych, które dostarczyły ogólnikowych odpowiedzi. W celu ich uszczegółowienia – na bazie zgromadzonej wiedzy o reakcjach i wypowiedziach pacjentów – skonstruowano ankietę złożoną z 18 pytań o charakterze półotwartym. Pytania ankietowe dotyczyły trzech kategorii psychologicznych i jednej kategorii psychospołecznej, mianowicie: (1) obrazu samego siebie; (2) stosunku do własnej choroby; (3) przesłanek decyzji o operacji; (4) stosunku otoczenia społecznego do pacjenta i jego choroby. Zgodnie z celem pracy, w niniejszym tekście wykorzystano tę część wyników badań, która dotyczy stosunku do własnej choroby oraz przesłanek leżących u podstaw decyzji o operacji. Dla potrzeb badania i w odwołaniu do dotychczasowych doświadczeń klinicznych z góry określono, które odpowiedzi na pytania

ankietowe dotyczące obu badanych kategorii świadczą o podejściu racjonalnym, a które – o emocjonalnym.

WYNIKI

Poniżej przedstawiono wyniki badań porównawczych, zweryfikowanych statystycznie za pomocą testu χ^2 i dotyczących dwóch wskazanych kategorii psychologicznych. Wszędzie tam, gdzie wyniki nie sumują się do 48, tj. do liczby osób badanych, istniała możliwość wyboru dowolnej liczby odpowiedzi.

Stosunek do własnej choroby

Ta kategoria była oceniana na podstawie odpowiedzi na pytania, które dotyczyły: (1) pierwszej zapamiętanej reakcji na wieść o chorobie; (2) uczuć przeżywanych w związku z myślami na temat własnej choroby; (3) zmiany (lub nie) stosunku do siebie pod wpływem choroby. Poniżej przedstawiono wyniki badań w podanej kolejności.

Reakcja typu: „Spokojnie, przecież każdą chorobę można wyleczyć” (37,7%) świadczy – z założenia – o racjonalnym stosunku do choroby, o traktowaniu jej jako pewnej przeszkody życiowej, z którą przy pomocy lekarzy można sobie poradzić (tabl. 1). Pozostałe reakcje (62,3%) mają charakter emocjonalny. Pacjenci albo zaprzeczają diagnozie przedstawionej przez lekarza (26,2%), albo – niedowierzając mu – natychmiast postanawiają ją sprawdzić (16,4%) lub oceniają tę informację jako ewidentną pomyłkę (8,2%), bądź też koncentrują się na własnych emocjach (11,5%). Analiza statystyczna wykazała, że różnice między grupami pacjentów są istotne ($p < 0,05$).

Tabela 1. Porównanie pierwszej reakcji na wieść o własnej chorobie.

Table 1. A comparison of the patients' first response to the diagnosis – information on their disease.

Kategoria odpowiedzi	Pacjenci ze zwężeniem tętnicy szyjnej wewnętrznej (ICA)	Pacjenci z tętniakiem aorty brzusznej (AAA)	Suma	%
Spokojnie, przecież każdą chorobę można wyleczyć	9	14	23	37.7
To niemożliwe, przecież nic mnie nie boli	4	12	16	26.2
Kogo jeszcze warto się poradzić?	8	2	10	16.4
To straszne, co teraz będzie, co zrobić?	1	6	7	11.5
To pomyłka	5	0	5	8.2
Suma	27	34	61	100.0

Źródło: badania własne

Spośród możliwych uczuć związanych z chorobą, pacjenci wskazali głównie na negatywne (tabl. 2). Lęk i obawa zajmują najwyższe miejsce (27,8% ogółu), chociaż u pacjentów z AAA – dokonujących wyraźniej więcej wyborów – te uczucia są wyprzedzone przez (zajmujące pierwszą i drugą lokatę) zakłopotanie i przerażenie. Analiza statystyczna wykazała, że różnice między obu grupami pacjentów są istotne ($p < 0,001$).

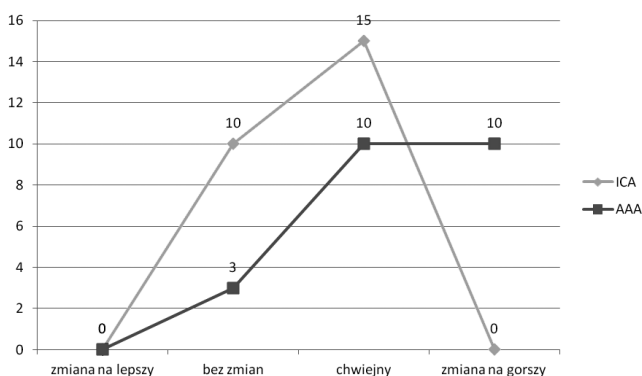
Tabela 2. Porównanie uczuć przeżywanych w związku z myślami na temat własnej choroby.

Table 2. A comparison of experienced emotions associated with thoughts about the disease.

Rodzaj uczucia	Pacjenci ze zwężeniem tętnicy szyjnej wewnętrznej (ICA)	Pacjenci z tętniakiem aorty brzusznej (AAA)	Suma	%
Lęk, obawa	10	12	22	27.8
Przerażenie	7	14	21	26.6
Zakłopotanie	0	15	15	19.0
Smutek	4	8	12	15.2
Nic szczególnego	8	1	9	11.4
Suma	29	50	79	100.0

Źródło: badania własne

Żaden z pacjentów nie uznał, jakoby choroba zmieniła jego stosunek do siebie na lepszy. Najwięcej (52,1%) pacjentów przyznało, iż choroba spowodowała rozchwianie stosunku do siebie, chociaż na tym wyniku zaważyły w większym stopniu oceny pacjentów ze zwężeniem ICA (ryc. 1). Również ich oceny zdominowały wynik z drugą lokatą (27,1%), wskazujący na brak zmian. Taką ocenę ujawniło jedynie 3 pacjentów z AAA, których wybory wypełniły kategorię wskazującą na pogorszenie stosunku do siebie pod wpływem choroby (20,8%). Analiza statystyczna wykazała, że różnice między obu grupami pacjentów są istotne ($p < 0,001$).



Rycina 1. Porównanie zmiany (lub nie) stosunku do siebie pod wpływem choroby.

Figure 1. A comparison of changes (or invariability) of patients' attitudes towards self due to their disease

Przesłanki decyzji o operacji

O tej kategorii wnioskowano na podstawie odpowiedzi na pytania dotyczące: (1) źródeł wiedzy o operacji, (2) dominującego motywu poddania się operacji, (3) uczuć związanych z pooperacyjnym stanem zdrowia; (4) oceny trafności własnej decyzji. Preferowanym przez ogół pacjentów (i często jedynym) źródłem informacji okazał się lekarz diagnozujący chorobę (41,7%) (tabl. 3). Jednakże, większość pacjentów ze zwężeniem ICA zasięgała opinii u innego specjalisty, czego nie można stwierdzić w przypadku pacjentów z AAA, ponieważ tylko dwóch zweryfikowało uzyskane informacje. Ci ostatni ufnie przyjmują wiadomość o chorobie i procesie jej leczenia, po czym (tylko oni) wolą poszukiwać informacji w mediach oraz rozmawiać na temat operacji z osobami, które mają ją za sobą. Natomiast rzadziej niż pacjenci ze zwężeniem ICA zasięgają opinii współmałżonka. Analiza statystyczna wykazała, że opisane różnice między obu grupami pacjentów są istotne ($p < 0,01$).

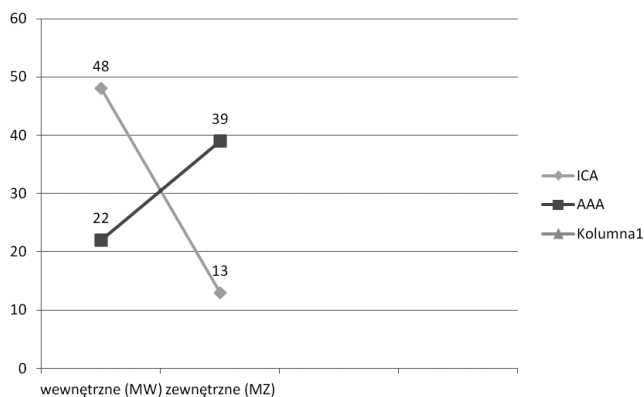
Tabela 3. Porównanie źródeł wiedzy na temat operacji.

Table 3. A comparison of sources of information about the surgery.

Kategoria odpowiedzi	Pacjenci ze zwężeniem tętnicy szyjnej wewnętrznej (ICA)	Pacjenci z tętniakiem aorty brzusznej (AAA)	Suma	%
Lekarz diagnozujący chorobę	19	21	40	41.7
Inny lekarz	20	2	22	22.9
Współmałżonek	9	5	14	14.6
Pacjenci po operacji	3	9	12	12.5
Nikt, samodzielne poszukiwanie informacji w mediach	0	8	8	8.3
Suma	51	45	96	100.0

Źródło: badania własne

Motywy dotyczące decyzji o operacji różnicują obie grupy pacjentów (ryc. 2), gdyż chorzy ze zwężeniem ICA są motywowani przeważnie wewnętrznie (78,7%), natomiast z AAA – zewnętrznie (63,9%). O umotywowaniu wewnętrznym świadczyły takie wypowiedzi, jak: obawy odnośnie pogorszenia stanu zdrowia; przekonanie, iż operacja daje szansę na przedłużenie życia; przekonanie, iż operacja jest związana z mniejszym ryzykiem, aniżeli nie poddanie się jej. Natomiast o motywacji zewnętrznej przekonywały wypowiedzi przypisujące skuteczną argumentację: lekarzowi lub kilku lekarzom, wyleczonym pacjentom, naciskom ze strony najbliższej rodziny. Analiza statystyczna wykazała, że różnice między obu grupami pacjentów są istotne ($p < 0,001$).



Rycina 2. Porównanie motywów wewnętrznych (MW) i zewnętrznych (MZ).
Figure 2. A comparison of internal (MW) and external (MZ) motives.

Różnice dotyczące uczuć i obaw związanych z pooperacyjnym stanem zdrowia są istotne statystycznie ($p < 0,001$). Pacjenci najbardziej obawiają się tego, iż będą ciężarem dla rodziny (21,9%) oraz możliwych komplikacji pooperacyjnych (17,1%). Jednak pierwszy rodzaj obaw dotyczy przede wszystkim pacjentów ze zwężeniem ICA, zaś drugi – niemal wyłącznie pacjentów z AAA (tabl. 4). Pacjenci ze zwężeniem ICA obawiają się ponadto bólu i cierpienia oraz zaburzeń psychicznych, które niemal nie dotyczą chorych z AAA. Ci z kolei bardziej obawiają się nawrotu choroby i śmierci.

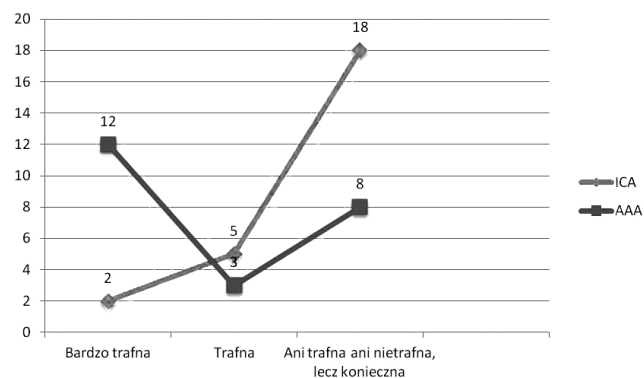
Tabela 4. Porównanie uczuć związanych z pooperacyjnym stanem zdrowia.
Table 4. A comparison of emotions associated with the patient's post-surgery health status.

Kategoria wypowiedzi	Pacjenci ze zwężeniem tętnicy szyjnej wewnętrznej (ICA)	Pacjenci z tętniakiem aorty brzusznej (AAA)	Suma	%
Bycie ciężarem dla innych	21	11	32	21.9
Komplikacje pooperacyjne	3	22	25	17.1
Cierpienie, ból	15	7	22	15.1
Nawrót choroby	5	12	17	11.6
Niedoleżność związana z chorobą	12	3	15	10.3
Zaburzenia zdrowia psychicznego	14	1	15	10.3
Śmierć	3	10	13	8.9
Nie obawiam się niczego szczególnego	7	0	7	4.8
Suma	80	66	146	100.0

Źródło: badania własne

Większość pacjentów z AAA (65,2%) ocenia własną decyzję o poddaniu się operacji jako bardzo trafną lub trafną (ryc. 3). Natomiast ocena tej decyzji jako „ani trafnej ani nietrafnej, lecz koniecznej” dotyczy

większości pacjentów ze zwężeniem ICA (72,0%). Żaden pacjent nie ocenił swej decyzji jako nietrafnej lub zdecydowanie nietrafnej. Analiza statystyczna wykazała, że różnice między obu grupami pacjentów są istotne ($p < 0,05$).



Rycina 3. Porównanie ocen dotyczących decyzji o operacji.
Figure 3. A comparison of ratings concerning the decision on surgery.

OMÓWIENIE

Zgodnie z obserwacjami klinicznymi stwierdzono, że badane grupy bezobjawowych pacjentów różnią się ze względu na sposób reagowania na informację o chorobie i stosunek do niej oraz ze względu na kilka aspektów dotyczących decyzji o operacji. U ogółu badanych – co potwierdza hipotezę pierwszą – przeważa emocjonalny, negatywny stosunek do choroby, lecz jest on bardziej wyraźny w przypadku chorych z AAA. Z kolei przesłanki leżące u podstaw decyzji o poddaniu się operacji, w odniesieniu do ogółu bezobjawowych pacjentów oraz na podstawie przyjętego sposobu kwalifikowania ich odpowiedzi, mają przeważnie charakter racjonalny, choć na takim wyniku zaważyły głównie wypowiedzi chorych ze zwężeniem ICA. Zatem należy odrzucić drugą hipotezę, zakładającą dominację przesłanek emocjonalnych nad racjonalnymi w odniesieniu do decyzji o operacji ze strony ogółu badanych.

Wśród wypowiedzi określających stosunek do własnej choroby zwraca uwagę reakcja: „Spokojnie, przecież każdą chorobę można wyleczyć” (37,7%), którą – na podstawie doświadczeń klinicznych – oceniano jako świadczącą o racjonalnym podejściu do choroby oraz o zaufaniu do lekarzy. Jednakże, taka reakcja może również świadczyć o uruchomieniu mechanizmu racjonalizacji, działającego samouspokajająco i minimalizującego wpływ emocji doświadczanych w efekcie nieoczekiwanej wiadomości o poważnej chorobie. Ponadto, może ona świadczyć o uruchomieniu mechanizmu projekcji, przenoszącego odpowiedzialność za własny stan zdrowia na lekarzy [37, 43], co prawdopodobnie zostanie mylnie zinterpretowane jako przejaw niechęci do pozyskania informacji o swym stanie

zdrowia lub jako brak zainteresowania chorobą i jej leczeniem [44]. Takie reakcje pacjentów mają przede wszystkim charakter adaptacyjny do choroby jako stresującego wydarzenia życiowego i są uzależnione od indywidualnych ocen. Jeśli chory uzna, że zmiana jest możliwa, wówczas podejdzie do sytuacji stresującej racjonalnie i zadaniowo. W przeciwnym razie – radzenie sobie z tą sytuacją będzie miało charakter emocjonalny [34, 35, 36, 45]. Tymczasem lekarz ma inne wyobrażenie o omawianych jednostkach chorobowych. Według aktualnego poziomu wiedzy medycznej, nie leczy się ani tych chorób ani ich przyczyn, lecz krańcową postać owych schorzeń. Operacja redukuje niepotrzebne zgony i poprawia jakość życia [21–26].

Wobec dostrzeżonych problemów z niejednoznacznością i skomplikowaniem wyróżnionych wskaźników można np. przyjąć, iż kryterium rozstrzygającym o racjonalnym bądź emocjonalnym podejściu do nieoczekiwanej informacji o poważnej chorobie jest tendencja do jej zweryfikowania. Jak się okazało, pacjenci z AAA rzeczywiście reagowali bardziej emocjonalnie, bowiem są skłonni uwierzyć lekarzowi właściwie już w czasie pierwszej wizyty i raczej nie mają zamiaru weryfikować otrzymanej informacji. Natomiast pacjenci ze zwężeniem ICA reagowali bardziej racjonalnie, gdyż często zadawali pytanie: „Kogo by tu jeszcze się poradzić”, świadczące o skłonności do sprawdzenia komunikatu. Dodatkową trudnością, która się pojawia w przypadku interpretacji zachowań pacjentów ze zwężeniem ICA, jest mnogość specjalności zajmujących się zabiegowym leczeniem tego schorzenia. Zwężenie ICA może być zoferowane w sposób otwarty wyłącznie przez chirurga naczyniowego. Leczenie wewnątrznacyniowe (stentowanie), pozornie mniej inwazyjne, lecz dające większy odsetek udarów mózgu, jest oferowane przez chirurgów naczyniowych, kardiologów, radio- i neurologów, neurochirurgów, angiologów. Jak z tego wynika, jedynie chirurg naczyniowy oferuje obie metody i ma możliwość wyboru lepszej dla konkretnego pacjenta [45]. Ważnym czynnikiem jest również koszt zabiegu, który w wycenie NFZ jest ponad dwukrotnie wyższy w przypadku stentowania.

Lęk i obawa zajmują najwyższe miejsce wśród uczuć doznawanych w związku z chorobą (27,8% ogółu), chociaż u pacjentów z AAA wyprzedzają je: zakłopotanie i przerażenie. Jak można przypuszczać, w przypadku tych pacjentów wskazane uczucia wiążą się ze szczególnie kontrowersyjnie spostrzeganym miejscem rozwoju choroby i pola mającej nastąpić operacji. Przecież chodzi o brzuch, stereotypowo spostrzegany jako część ciała „brudna”, „nieczysta”, „wstydliva” [46, 47, 48]. To przypuszczenie potwierdzają wypowiedzi pacjentów ze zwężeniem ICA, spośród których nikt nie doświadczył uczucia zakłopotania z powodu swej choroby. Oprócz stereotypowego myślenia, uczucia wobec własnej choroby

mogą być różnicowane przez czynnik epidemiologiczny. Ponieważ rodzinne występowanie omawianych chorób jest dość dobrze udokumentowane, więc każdy epizod gwałtownej śmierci może u chorych z AAA budzić skojarzenia z nagłym pęknięciem tętniaka. Zaś skojarzenie z nieuchronną śmiercią powoduje eskalację emocji negatywnych. Ponadto, te skojarzenia i obawy wynikają prawdopodobnie ze specyficznego sposobu informowania o istocie choroby i możliwych powikłaniach. Bowiem w przypadku chorych z AAA dużo uwagi poświęca się powikłaniom związanym z ryzykiem śmierci okołoperacyjnej bądź z ciężkim kalectwem (np. amputacja, utrata jelita) [37]. Natomiast rozmowa z chorymi na zwężenie ICA koncentruje się głównie wokół udaru mózgu i niedowładów, a możliwość śmiertelnych powikłań jest omawiana „mimoходом” [37]. Nic więc dziwnego, że u tych pacjentów na pierwszy plan wysuwają się skojarzenia z niedołącznością po udarze mózgu, wymagającą długotrwałej opieki. Dlatego ich obawy koncentrują się wokół bycia ciężarem dla rodziny (26,3%) i zaburzeń psychicznych (17,5%). Mimo takich niepokojów, łatwiej im przychodzi ukształtowanie mniej emocjonalnego stosunku do własnej choroby, ponieważ na pierwszy plan nie wysuwa się – jak w przypadku pacjentów z AAA – wizja gwałtownej śmierci.

Żaden z pacjentów nie uznał, jakoby choroba zmieniła jego stosunek do samego siebie na lepszy, co może świadczyć o tym, iż badanym obca jest postawa roszczeniowa, powiązana stereotypowo z rolą chorego i jej przywilejami [49]. Najwięcej pacjentów (52,1%) przyznało, iż choroba spowodowała rozchwianie stosunku do samego siebie. Natomiast wyraźna różnica wystąpiła między obu grupami pacjentów w zakresie pogorszenia stosunku do siebie pod wpływem choroby, gdyż taką ocenę wystawiło sobie 43,5% chorych z AAA i ani jeden chory ze zwężeniem ICA. Generalnie zatem choroba wpłynęła na zmianę stosunku do siebie na negatywny lub chwiejny w przypadku 72,9% badanych, natomiast nie oddziaływała na 27,1% – i to wyłącznie na pacjentów ze zwężeniem ICA, którzy na tle ogółu jawią się jako mniej emocjonalni.

Omówione czynniki niewątpliwie wpływają na przesłanki leżące u podstaw decyzji o operacji. Preferowanym przez ogół pacjentów źródłem informacji okazał się lekarz diagnozujący chorobę (41,7%) i przekazujący stresujący komunikat. Jednak zwraca uwagę to, że niemal wyłącznie pacjenci ze zwężeniem ICA zarówno wykazują tendencję do weryfikacji rozpoznania i zaproponowanego leczenia u innego specjalisty, jak i oczekują większego wsparcia ze strony rodziny ze względu na przewidywany okołoperacyjny udar mózgu.

Z ustaleń dotyczących stosunku do własnej choroby wynikają także różnice w zakresie dominujących

motywów, leżących u podstaw decyzji o poddaniu się operacji. Pacjenci ze zwężeniem ICA są motywowani przeważnie wewnątrznie (78,7%), choćby z racji na wiedzę zdobytą dzięki dodatkowym konsultacjom. Natomiast pacjenci z AAA są przeważnie motywowani zewnątrznie (63,9%) i podsycani emocjonalnie poprzez stereotypowe skojarzenia z lokalizacją choroby oraz przez wyjątkowo silnie działające na wyobraźnię opowieści o pękającym tętniaku i nieuchronnej śmierci. Stąd też wynika wyrażona przez większość pacjentów z AAA (65,2%) emocjonalna ocena własnej decyzji o poddaniu się operacji. Rzecz można, iż jest to efekt asymilacji wiadomości o chorobie oraz wyraz zaufania do lekarza prowadzącego jako zewnętrznego motywatora. Natomiast racjonalną ocenę swej decyzji jako koniecznej, wyrażoną przez większość (72%) pacjentów ze zwężeniem ICA, można potraktować jako efekt rozważań na temat własnej choroby i jej operacyjnego leczenia. Warto podkreślić, iż żaden pacjent nie ocenił swej decyzji jako błędnej, co zresztą jest mało możliwe już po jej podjęciu, gdyż sam ten akt znacząco redukuje przykre napięcie emocjonalne powstałe w sytuacji stresującej. Ponadto jest oczywiste, że pacjenci nie zrezygnują z operacji, gdy są w szpitalu, ponieważ taka decyzja mogłaby negatywnie wpłynąć na relacje między nimi a personelem medycznym oraz została by odnotowana na karcie informacyjnej leczenia szpitalnego. Ważną rolę odgrywa tu również około sześciomiesięczne oczekiwanie na planową operację z powodu bezobjawowego schorzenia, co w przypadku rezygnacji stwarzałoby wrażenie zmarnowania tego czasu.

WNIOSKI

Wyniki przeprowadzonych badań upoważniają do sformułowania następujących wniosków:

1. w procesie podejmowania decyzji o poddaniu się zabiegowi operacyjnemu przez bezobjawowych pacjentów następuje w bliżej nieokreślonym momencie pewna przemiana. Bowiem na ogół emocjonalny stosunek do własnej choroby jako stresującego wydarzenia życiowego prowadzi do podjęcia racjonalnej decyzji. Prawdopodobny przebieg tego procesu polega na: (1) doznaniu silnego dysonansu poznawczego i stanu stresu związanych z wystąpieniem emocji negatywnych, gdyż informacja o poważnej chorobie jest nieoczekiwana i przykra; (2) uruchomieniu mechanizmów obronnych; (3) zmianie stosunku do siebie ze względu na konieczność adaptacji do negatywnego wydarzenia życiowego; (4) poszukiwaniu dodatkowych danych na temat choroby, możliwości i skutków jej leczenia oraz konsekwencji niepoddania się operacji; (5) uformowaniu przeważnie wewnętrznych motywów skłaniających do podjęcia decyzji o operacji; (6) wyrażeniu zgody

na operację; (7) zniesieniu lub zminimalizowaniu dotkliwego stanu stresu.

2. Jednakże nakreślony model dochodzenia do decyzji o poddaniu się operacji nie jest jednolity w przypadku badanych grup pacjentów, mimo łączącej je bezobjawowości. Prawdopodobnie, różnice zasadają się na odmiennym przebiegu rozmowy lekarza z chorym, na uruchamianiu innych stereotypów, na sięganiu do różnych informacji epidemiologicznych, opowieści o zgonach i komplikacjach pooperacyjnych. Niezależnie od tych powodów stwierdzono, że proces podejmowania decyzji o operacji przebiega bardziej płynnie i mniej emocjonalnie angażuje pacjentów ze zwężeniem tętnicy szyjnej wewnętrznej, aniżeli pacjentów z tętniakiem aorty brzusznej,
3. Wobec przedstawionego modelu oraz wobec różnic stwierdzonych w odniesieniu do obu grup bezobjawowych pacjentów, można sformułować następujące zalecenia dla lekarzy prowadzących rozmowy z chorymi.
- Po postawieniu diagnozy warto zaplanować przynajmniej dwie rozmowy z chorym. Po przekazaniu pierwszych informacji o chorobie należy dać mu czas na uporanie się z emocjami wynikającymi z doznanego dysonansu poznawczego i stresu oraz wyznaczyć kolejny, możliwie niezbyt odległy, termin wizyty.
 - Zasadniczym celem powtórnej rozmowy byłoby rozwianie ewentualnych wątpliwości i powtórzenie argumentów przemawiających na rzecz operacji. Wskazane, aby druga rozmowa odbywała się w obecności osoby bliskiej pacjentowi, otwartej na racjonalne argumenty lekarza. Pacjent powinien być poinformowany zarówno o tym, że leczenie operacyjne jest jego najlepszym (lecz nie jedynym) wyborem, jak i o ryzyku związanym z zaniechaniem leczenia. Dotyczy to zwłaszcza osób starszych, z licznymi obciążeniami chorobowymi.
 - Chorym ze zwężeniem tętnicy szyjnej wewnętrznej należy dostarczyć zdecydowanie więcej informacji na temat choroby i konsekwencji jej operacyjnego leczenia – po to, aby obniżyć poziom lęku przed niedołącznością i zaburzeniami psychicznymi.
 - Chorych z tętniakiem aorty brzusznej należy tak informować o schorzeniu, aby zminimalizować zakłopotanie, przerażenie i wstyd, hamujące przejście na tory racjonalnego myślenia o chorobie jak o przeszkodzie do pokonania. Ponadto należy ograniczyć epatowanie śmiercią w następstwie nieleczonej choroby oraz nie eksponować powikłań związanych z leczeniem operacyjnym.
 - Generalnie, rozmowa powinna być skoncentrowana na efekcie końcowym, tj. na poprawie jakości życia wskutek uwolnienia się od choroby i związanego z nią ryzyka.

PIŚMIENNICTWO

1. Bühler Ch. Bieg życia ludzkiego. Warszawa: WN PWN; 1999.
2. Havighurst RJ. Developmental tasks and education. New York: Longmans; 1951.
3. Bronfenbrenner U. The ecology of human development. Cambridge, MA: Harvard University Press; 1979.
4. Baltes PB, Reese HW, Lippitt LP. Life-span developmental psychology. *Ann Rev of Psych.* 1980; 31: 65–110.
5. Rubin DC, Schulkind MD. The distribution of autobiographical memories across the lifespan. *Mem a Cogn.* 1997; 25: 859–866.
6. Rubin DC. *Autobiographical memory.* Cambridge: Cambridge University Press; 1986.
7. Neisser U. *Real events remembered.* New York: Cambridge University Press; 1988.
8. Tyszkowa M. *Rozwój psychiczny człowieka w ciągu życia.* Warszawa: PWN; 1988.
9. Susułowska M. *Psychologia starzenia się i starości.* Warszawa: PWN; 1989.
10. Pietrasiniński Z. *Rozwój człowieka dorosłego.* Warszawa: WP; 1990.
11. Włodarek J, Ziółkowski M. *Metoda biograficzna w socjologii.* Warszawa-Poznań: PWN; 1990.
12. Runyan W. *Historie życia a psychobiografia.* Warszawa: WN PWN; 1992.
13. Rzepa T, Leoński J. *O biografii i metodzie biograficznej.* Poznań: Nakom; 1993.
14. Leoński J, Rzepa T. *Zastosowania metody biograficznej w socjologii i psychologii.* Szczecin: Dict Sap Sat; 1995.
15. Rzepa T. „Mój dzień za dziesięć lat”. Uznawane wartości jako wskaźnik ukierunkowania biegu życia. *Psyche. ZN US.* 2004; 7 (366): 5–24.
16. Maruszewski T. *Pamięć autobiograficzna.* Gdańsk: GWP; 2005.
17. Draaisma D. *Dlaczego życie biegnie szybciej, gdy się starzejemy.* Warszawa: PIW; 2006.
18. Rzepa T. Jakie wspomnienia i w jaki sposób przywołuje najczęściej nasza pamięć autobiograficzna? *Prz Psych.* 2007; 50 (4): 385–400.
19. Rzepa T, Stanišić MG. Stosunek do własnej choroby i operacji jako znaczących wydarzeń życiowych. *St Sociol.* w druku.
20. Baum SK, Stewart RB Jr. Sources of meaning through the life-span. *Psych Rep.* 1990; 67: 3–14.
21. Lederle FA, Johnson GR, Wilson SE, Chute EP, Littooy FN, Bandyk D, Krupski WC, Barone GW, Acher CW, Ballard DJ. Prevalence and associations of abdominal aortic aneurysm detected through screening. *Aneurysm Detection and Management (ADAM) Veterans Affairs Cooperative Study Group. Ann of Intern Med.* 1997; 126 (6): 441–449.
22. Noszczyk W. *Chirurgia tętnic i żył obwodowych.* Warszawa: WL PZWL; 2006.
23. Chaikof EL, Brewster DC, Dalman RL, Makaroun MS, Illig KA, Sicard GA, Timaran CH, Upchurch GR Jr, Veith FJ. The care of patients with an abdominal aortic aneurysm: the Society for Vascular Surgery practice guidelines. *J Vasc Surg.* 2009; 50 (suplement 4): 2–49.
24. Moll FL, Powell JT, Fraedrich G, Verzini F, Haulon S, Waltham M, van Herwaarden JA. *Management of Abdominal Aortic Aneurysms Clinical Practice Guidelines of the European Society for Vascular Surgery.* *Eur J Vasc Endovasc Surg.* 2011; 41 (suplement 1): 1–58.
25. Young B, Moore WS, Robertson JT, Toole JF, Ernst CB, Cohen SN, Broderick JP, Dempsey RJ, Hosking JD. An analysis of perioperative surgical mortality and morbidity in the asymptomatic carotid atherosclerosis study. *ACAS Investigators. Asymptomatic Carotid Arteriosclerosis Study. Stroke.* 1996; 27 (12): 2216–2224.
26. Brown LC, Thompson SG, Greenhalgh RM, Powell JT. UK Small Aneurysm Trial Participants. Fit patients with small abdominal aortic aneurysms (AAAs) do not benefit from early intervention. *J Vasc Surg.* 2008; 48 (6): 1375–1381.
27. Silver FL, Mackey A, Clark WM, Brooks W, Timaran CH, Chiu D, Goldstein LB, Meschia JF, Ferguson RD, Moore WS, Howard G, Brott TG. Safety of stenting and endarterectomy by symptomatic status in the Carotid Revascularization Endarterectomy Versus Stenting Trial (CREST). *Stroke.* 2011; 42 (3): 675–80.
28. International Carotid Stenting Study Investigators. Carotid artery stenting compared with endarterectomy in patients with symptomatic carotid stenosis (International Carotid Stenting Study): an interim analysis of a randomised controlled trial. *Lancet.* 2010; 375 (9719): 985–997.
29. Lazarus RS. *Emotion and adaptation.* New York: Oxford U Press; 1991.
30. Heszen-Niejodek I. Polish research on doctor-patient communication. W: Mol SSL, Bensing JM. red. *Doctor-patient communication and the quality of care.* Utrecht: Nivel; 1993. s. 95–109.
31. Heszen-Niejodek I, Sęk H. *Psychologia zdrowia.* Warszawa: WN PWN; 2007.
32. Gollwitzer PM, Oettingen G. The emergence and implementation of health goals. *Psych a Heal.* 1998; 13: 687–715.
33. Bensing JM, Verhaak PFM. *Communication in medical encounters.* W: Kaptein A, Weinman J. red. *Health psychology.* Oxford: BBS Blackwell; 2004. s. 267–287.
34. Kubacka-Jasiecka D, Ostrowski TM. *Psychologiczny wymiar zdrowia, kryzysu i choroby.* Kraków: Wyd UJ; 2005.
35. Hobfoll SE. *Stres, kultura i społeczność.* Psychologia i filozofia stresu. Gdańsk: GWP; 2006.
36. Heszen-Niejodek I. Teoria stresu psychologicznego i radzenia sobie. W: Strelau J. red. *Psychologia. Podręcznik akademicki.* Gdańsk: GWP; 2000. s. 465–492.
37. Knops AM, Ubbink DT, Legemate DA, de Haes JC, Goossens A. Information communicated with patients in decision making about their abdominal aortic aneurysm. *Eur J Vasc Endovasc Surg.* 2010; 39 (6): 708–713.
38. Festinger L. *Teoria dysonansu poznawczego.* Warszawa: WN PWN; 2007.
39. Hamilton Ch. *Communicating for results.* Belmont: Th Wadsworth; 2008.
40. Zimbardo PG, Johnson RL, McCann V. *Psychologia. Kluczowe koncepcje.* T.5. Warszawa: WN PWN; 2010.
41. Antonovsky A. *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zwariować.* Warszawa: Fund Inst Psych i Neur; 1995.
42. Heszen-Niejodek I. The level of patients' anxiety and their illness behavior. W: Rodrigues-Marin J. red. *Health psychology and quality of life research (Vol. 1).* Alicante: The U of Alicante; 1995. s. 396–404.
43. Freud A. *Ego i mechanizmy obronne.* Warszawa: WN PWN; 2004.
44. Pawlun M, Dzieciuchowicz Ł, Brzuzgo K, Brzeziński JJ, Wysocki J. *Wiedza chorych o planowanym leczeniu operacyjnym.* *Pol Prz Chir.* 2006; 78 (9): 1000–1012.
45. Naylor AR, Gaines PA, Rothwell PM. Who benefits most from intervention for Asymptomatic Carotid Stenosis: patients or professionals? *Eur J Vasc Endovasc Surg.* 2009; 37: 625–632.
46. Leary M. *Wywieranie wrażenia na innych. O sztuce autoprezentacji.* Gdańsk: GWP; 2000.
47. Crandall CS, Moriarty D. Physical illness stigma and social rejection. *Br J Soc Psych.* 1995; 34: 67–83.
48. Cunningham SD, Tschann J, Gurvey JE, Fortenberry JD, Ellen JM. Attitudes about sexual disclosure and perceptions of stigma and shame. *Sex Trans Infect.* 2002; 78: 334–338.
49. Hebl MR, Tickle J, Heartherton TF. Kłopotliwe momenty w interakcjach między jednostkami niestygmatyzowanymi i stygmatyzowanymi. W: Heartherton TF, Kleck RE, Hebl MR, Hull JG. red. *Spółeczna psychologia piętna.* Warszawa: Coll Civ, WN PWN; 2008. s. 253–280.

Wpłynęło: 09.06.2011. Zrecenzowano: 16.08.2011. Przyjęto: 13.10.2011.

Adres: Prof. Teresa Rzepa, Wydział Zamiejscowy Szkoły Wyższej Psychologii Społecznej, ul. Gen. Tadeusza Kutrzeby 10, 61–719 Poznań.