

Niektóre determinanty przekazywania nieoczekiwanej informacji o chorobie zagrażającej życiu

Teresa Rzepa*

Instytut Psychologii US, Szczecin

Michał Goran Stanišić

Klinika Chirurgii Ogólnej i Naczyń UM, Poznań

SOME DETERMINANTS OF RELAYING AN UNEXPECTED INFORMATION ON A LIFE-THREATENING DISEASE

The diagnosis of asymptomatic life-threatening disease, is a severe experience for the patient, because of the need to make decisions about treatment, which carries the risk of complications and death. Patients' decision making process over surgery is rarely based on the same reasons as the qualification, performed by a doctor. Instant patient's consent for an operation is rather the result of yielding to a very strong emotion than the result of conscious choice. The study involved two groups of patients (total 50), hospitalized for scheduled surgery of: abdominal aortic aneurysm and internal carotid artery stenosis. It was assumed that patients informed suddenly on a life-threatening asymptomatic disease, have an emotional attitude towards disease and make their decision to undergo surgery on the basis of external motives. Patients with carotid artery stenosis are less emotional. In patients with abdominal aortic aneurysm primary source of information about the disease and treatment is the primary physician qualifying for treatment. Patients with internal carotid artery stenosis is looking for alternatives for consultation and verify the information, which leads to differences in the motives behind the decision about surgery. It is more rational then. The obtained results allow us to develop a new scheme of communication of doctor with a patient, taking into consideration the different disease entities.

WPROWADZENIE

Postęp technik zabiegowych i wzrost rzetelności badań klinicznych umożliwiają trafne kwalifikowanie pacjentów z bezobjawowymi chorobami do wczesnej interwencji chirurgicznej. W chirurgii naczyniowej najczęstsza kwalifikacja dotyczy tętniaka aorty brzusznej i zwężenia tętnicy szyjnej wewnętrznej. 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 (Lederle i in., 1997; Noszczyk, 2006; Chaikof i in., 2009; Moll i in., 2011).

Operowanie chorych opiera się na przesłance relatywnego obniżenia ryzyka, związanego z wystąpieniem niepożądanych i groźnych dla życia następstw. Bowiem 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% (Young i in., 1996). Natomiast prawdopodobieństwo pęknięcia tętniaka aorty brzusznej w ciągu roku od jego ujawnienia ocenia się nawet na 20%, jeśli jego średnica ma około 60–70 mm (Young i in., 1996; Chaikof i in., 2009; Moll i in., 2011). 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% (Chaikof i in., 2009). 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 dal-

* Korespondencję dotyczącą artykułu można kierować na adres: Teresa Rzepa, Instytut Psychologii UG, ul. Krakowska 69, 71-04 Szczecin.
e-mail: trz@data.pl

sze skutki naturalnego przebiegu choroby. To przekonanie nakazuje mu zaproponować operację każdemu choremu z tętniakiem aorty brzusznej o średnicy powyżej 55 mm u mężczyzn i 52 mm u kobiet, bądź ze zwężeniem tętnicy szyjnej wewnętrznej powyżej 70% (Young i in., 1996; Brown i in., 2008; Chaikof i in., 2009; Moll i in., 2011). Ponadto lekarz wie, że zignorowanie tych chorób i zaniechanie leczenia chirurgicznego może się wiązać z konsekwencjami karnymi wobec niego. Natomiast z perspektywy pacjenta, wyrażenie zgody na operację nie jest tak proste i jednoznaczne. Przede wszystkim, informacja przekazana przez lekarza wywołuje stan kompletnego zaskoczenia, ponieważ chory nie odczuwa jakichkolwiek dolegliwości. Dlatego 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.

Mimo to, schemat rozmowy lekarza z pacjentem z bezobjawowym tętniakiem aorty brzusznej lub z bezobjawowym zwężeniem tętnicy szyjnej wewnętrznej, obowiązujący w większości oddziałów naczyniowych w Polsce, jest oparty na jednostronnych przesłankach. Polega na krótkim omówieniu przez lekarza wyników badań i na przedstawieniu względnych korzyści płynących z leczenia zabiegowego, uzależnionych od niepowikłanego przebiegu operacji. Przy czym występuje tu skłonność do szczególnego ekspozowania powikłań ewentualnego leczenia, przesłaniająca wizję życia bez choroby, w przypadku poddania się operacji. W warunkach poradni (działającej w ramach kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia) przewiduje się na tę rozmowę 15 minut. Narzucony przez płatnika system kolejkowy, wynikający z ograniczonych możliwości finansowania przez państwo, powoduje, że decyzja o leczeniu operacyjnym powinna zapaść właściwie w momencie postawienia diagnozy. Tak więc po kilkuminutowym monologu, nieuwzględniającym psychologicznych aspektów sytuacji komunikacyjnej krańcowo trudnej dla pacjenta, a zwłaszcza pomijającym jego przeżycia jako odbiorcy absolutnie nieoczekiwanego, negatywnego komunikatu (Jarosz, 1988; Heszen-Niejodek, 1997; Heszen-Niejodek, 2000; Kubacka-Jasiecka, Ostrowski, 2005; Hobfoll, 2006; Knops i in., 2010), lekarz oczekuje od niego wyrażenia świadomej zgody na operację. Przy tym milcząco zakłada, że przekazany i fachowy z medycznego punktu widzenia komunikat, oparty na schemacie: „rozpoznanie groźnej choroby – śmiertelne ryzyko zaniechania leczenia – mniejsze ryzyko operacji pomimo świadomości groźnych powikłań – perspektywa życia wolnego od choroby”, został identycznie odebrany i zinterpretowany przez pacjenta. Tym samym lekarz uznaje, że wyłącznie dzięki przekazanej informacji (z pominięciem oceny stanu psychicznego jej odbiorcy), pacjent stał się równoprawnym uczestnikiem procesu terapeutycznego, z odpowiednim poziomem wiedzy na temat własnej choroby i z pełną gotowością do podjęcia natychmiastowej, racjonalnej decyzji o operacji. Chociaż przekonany do swoich racji lekarz przekazuje je fachowo, to nie zastanawia się nad tym,

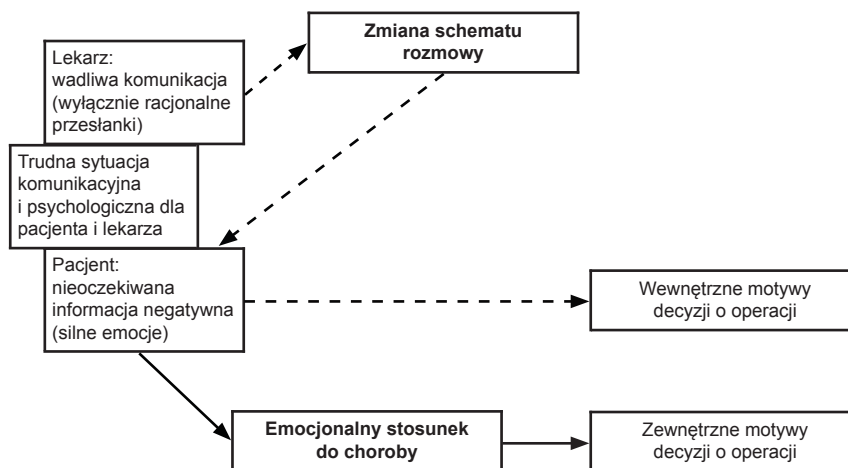
czy jest odpowiednio przygotowany do przeprowadzania tego typu rozmów. Z reguły poziom jego kompetencji komunikacyjnych i psychologicznych pozostawia wiele do życzenia chociażby dlatego, iż podczas studiów nie zostały one odpowiednio ukształtowane, nie mówiąc o ich treningu i ugruntowaniu. Poza tym działa on pod presją czasu, więc przekazuje informacje za szybko i wybiórczo oraz nie pozwala odbiorcy na zadawanie pytań i raczej je ucina, aniżeli udziela oczekiwanych wyjaśnień. Zatem przeważnie monologując, posługuje się specjalistycznym żargonem i z góry zakłada, że nasycony medycznymi terminami komunikat znaczy dla pacjenta dokładnie to samo co dla niego. Ponadto, wykazuje tendencję do wyciągania pochopnych wniosków na podstawie bieżących obserwacji „języka ciała” pacjenta (Hamilton, 2008). Przykładowo, odczytuje kiwanie głową jako sygnał pełnego zrozumienia przekazywanych informacji, gdy tymczasem może to być przejaw kompletnego zaskoczenia i bezradności chorego.

Rzeczywistość kliniczna i obserwacje psychologiczne (Heszen-Niejodek, 1993, 1995; Bensin, Verhaak, 2004; Heszen i Sęk, 2007) dobitnie przekonują, iż założenia przyjmowane przez lekarza są błędne, bowiem racjonalny charakter mają tylko przesłanki uznawane przez niego. Natomiast pacjent, który odnosi diagnozę bezpośrednio do siebie, doznaje bardzo silnych emocji sygnalizujących, iż informacja uzyskana od lekarza oznacza zmianę jego sytuacji życiowej, tworzy nowe i istotne wydarzenie, z którym trzeba sobie poradzić. Dlatego proces podejmowania przez pacjenta tak ważnej decyzji jak poddanie się operacji, rzadko opiera się na takich samych przesłankach jak fachowa kwalifikacja do zabiegu operacyjnego, dokonana przez lekarza. Natychmiastowa zgoda pacjenta na operację jest raczej efektem ulegania bardzo silnym emocjom niż wynika ze świadomego wyboru, opartego na własnych przemyśleniach i odwołującego się do argumentów medycznych, dotyczących korzyści z zaproponowanego sposobu leczenia. Bowiem w tak stresującej sytuacji pacjent gwałtownie doświadcza dysonansu poznawczego, wiążącego się z napięciem i silnymi emocjami negatywnymi, które powodują „paraliż” logicznego myślenia i blokują odbiór informacji, zaburzając proces komunikowania się z lekarzem (Festinger, 2007; Hamilton, 2008; Zimbardo, Johnson i McCann, 2010). Najprawdopodobniej chory przestaje rozumieć lub z trudnością rozumie sens skierowanej do niego wypowiedzi, gdyż skupia się na własnym problemie, tj. na poradzeniu sobie z dysonansem poznawczym i emocjami. Nic więc dziwnego, że może utracić kontrolę nad swymi zachowaniami i nad „językiem ciała”, a pytania z jego strony – jeśli w ogóle zdoła je sformułować – mogą dalece odbiegać od oczekiwanych przez lekarza. Brak pytań lub ich nietrafność oraz brak oznak zrozumienia istoty choroby i przebiegu leczenia mogą być mylnie interpretowane jako przejawy wyraźnej niechęci do pozyskania informacji o własnym stanie zdrowia lub całkowitego braku zainteresowania chorobą i jej leczeniem (Pawlun i in., 2006).

Mamy tu zatem do czynienia z bardzo trudną sytuacją komunikacyjną i psychologiczną, chociaż komunikacyjnie trudniejszą dla lekarza, a psychologicznie – dla chorego. Stąd też za nadrzędny cel uznano wypracowanie nowego schematu komunikacji lekarza z pacjentem. To głównie lekarz decyduje o przebiegu rozmowy, ponieważ dysponuje istotnymi informacjami oraz może kontrolować zarówno treść, jak i formę komunikatów skierowanych do pacjenta. Ponadto lekarz (przez wzgląd na własną wiedzę i doświadczenie zawodowe) powinien zdawać sobie sprawę z tego, że przekazywane przez niego komunikaty są dla chorego zupełnie nieoczekiwane oraz że stawiają go w obliczu wyjątkowo trudnego konfliktu wewnętrznego („unikanie-unikanie”). Na domiar wymienionych trudności, lekarz oczekuje od pacjenta jak najszybszego rozstrzygnięcia owego konfliktu i dokonania wyboru jednego z dwóch porównywalnie negatywnych rozwiązań, bowiem system opieki zdrowotnej często uniemożliwia inny schemat postępowania.

ZAŁOŻENIA BADAWCZE I METODA

Na podstawie przytoczonych danych, sformułowano dwie hipotezy. Po pierwsze założono, że bezobjawowi pacjenci będą przejawiali przeważnie emocjonalny stosunek do własnej choroby. Po drugie, u podstawy ich decyzji o poddaniu się operacji będą leżały głównie motywy zewnętrzne, dominujące nad wewnętrznymi. Weryfikacja tych założeń powinna umożliwić realizację nadrzędnego celu, tj. sformułowanie praktycznych wskazówek dla lekarzy prowadzących rozmowy z bezobjawowymi chorymi, w celu zwiększenia skuteczności tych rozmów. Założenia badawcze przedstawiono na **Schemacie 1**.



Schemat 1. Założenia badawcze

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 bezobjawowe-

go 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 umotywwania 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.

REZULTATY

Wstępna analiza wykazała brak różnic między wynikami uzyskanymi przez kobiety i mężczyzn, dlatego potraktowano

wano je łącznie jako charakterystyczne dla wyróżnionych kategorii chorych. Poniżej przedstawiono wyniki badań dotyczące wskazanych kategorii psychologicznych (stosunek do własnej choroby oraz operacji), zweryfikowane statystycznie za pomocą testu χ^2 . Jednocześnie należy wyjaśnić, iż tam, gdzie wyniki nie sumują się do 48, tj. do liczby osób badanych, istniała możliwość wskazania na dowolną liczbę odpowiedzi.

Stosunek do własnej choroby. Ta kategoria psychologiczna była oceniana na podstawie odpowiedzi na pytania, odnoszące się do: 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 przedstawiamy wyniki badań w podanej kolejności, oznaczając pacjentów ze zwężeniem tętnicy szyjnej wewnętrznej jako „szyje”, a pacjentów z tętniakiem aorty brzusznej jako „brzuchy”. (Tabela 1)

W zestawieniu ogólnym przeważają reakcje typu: „Spokojnie, przecież każdą chorobę można wyleczyć” (37.7%), świadczące o racjonalnym stosunku do choroby, o traktowaniu jej jako pewnej przeszkody życiowej, z którą – przy pomocy lekarzy – można sobie poradzić. Natomiast wskazań silnie emocjonalnych, zaprzeczających diagnozie

przedstawionej przez lekarza lub świadczących o totalnej bezradności odnotowano łącznie 62.3%, gdyż pacjenci istotnie nie odczuwają dolegliwości bólowych (26.2%) i mogą traktować informację otrzymaną od lekarza jako pomyłkę (8.2%) oraz jako straszną i uruchamiającą poczucie bezradności wiadomość (11.5%), której prawdziwość trzeba jak najszybciej zweryfikować (16.4%). Analiza statystyczna wykazała, że różnice między obu grupami pacjentów w zakresie pierwszych reakcji na wiadomość o chorobie są istotne ($p < .05$). (Tabela 2)

Tabela 2
Emocje i uczucia przeżywane w związku z chorobą

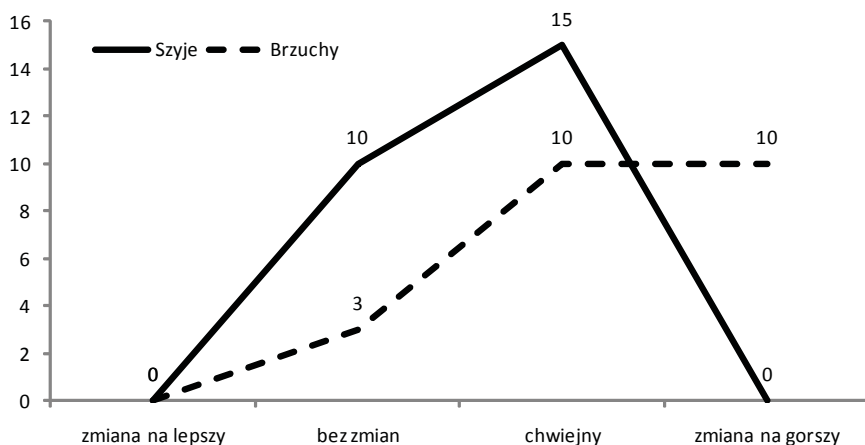
Kategoria odpowiedzi	Szyje	Brzuchy	Suma	%
Lęk, niepokój	9	14	23	37.7
Przerażenie	4	12	16	26.2
Zakłopotanie	8	2	10	16.4
Smutek	1	6	7	11.5
Nic szczególnego	5	0	5	8.2
Suma	27	34	61	100.0

Źródło: badania własne

Tabela 1
Porównanie pierwszej reakcji na wieść o własnej chorobie

Kategoria odpowiedzi	Szyje	Brzuchy	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 zrobię?	1	6	7	11.5
To pomyłka	5	0	5	8.2
Suma	27	34	61	100.0

Źródło: badania własne



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

To oczywiście, że z listy możliwych emocji i uczuć związanych z chorobą, pacjenci wskazali przede wszystkim na negatywne (88.6%). Najwyższe miejsce w kontekście ogółu wskazań zajmują lęk i niepokój (27.8%). Jednakże u pacjentów z tętniakiem aorty brzusznej – wskazujących ogółem na znacznie więcej (63.3%) uczuć i emocji niż pacjenci ze zwężeniem tętnicy szyjnej wewnętrznej (36.7%) – lęk i niepokój są wyprzedzone przez zajmujące najwyższą lokatę zakłopotanie oraz występujące na drugim miejscu – przerażenie. Warto podkreślić, iż zakłopotanie dotyczy wyłącznie tej grupy pacjentów oraz że na opcję „nie odczuwam nic szcze-

gólnego w związku z moją chorobą” wskazywali głównie chorzy ze zwężeniem tętnicy szyjnej wewnętrznej. Analiza statystyczna wykazała, że różnice między obu grupami pacjentów w zakresie emocji i uczuć doznawanych z powodu choroby są istotne ($p < .001$). (Wykres 1)

Żaden z pacjentów nie uznał, jakoby choroba zmieniła jego stosunek do samego siebie na lepszy. Przeciwnie, 72.9% oceniło tę zmianę jako niekorzystną. Najwięcej (52.1%) pacjentów przyznało, iż choroba spowodowała rozchwianie stosunku do siebie, chociaż na tym wyniku zaważyły w większym stopniu oceny pacjentów ze zwężeniem tętnicy szyjnej wewnętrznej (Wykres 1). Również oceny tych pacjentów zdominowały wynik z drugą lokatą (27.1%), wskazujący na brak zmian. Taką ocenę ujawniło 3 pacjentów z tętniakiem aorty brzusznej. Wyборы pacjentów z tym schorzeniem dokładnie wypełniły kategorię jednoznacznie wskazującą na pogorszenie stosunku do siebie pod wpływem choroby (20.8%). Analiza statystyczna wykazała, że różnice między obu grupami pacjentów są istotne ($p < .001$).

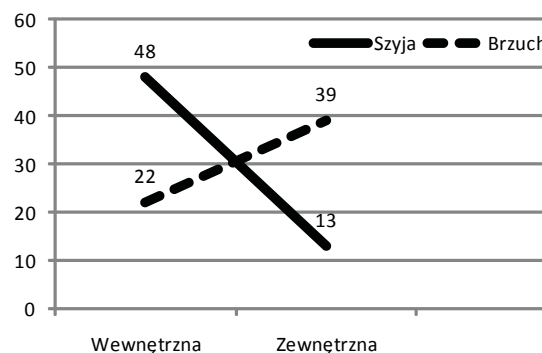
Motywy decyzji o poddaniu się operacji. Tę kategorię psychologiczną oceniano na podstawie odpowiedzi na pytania dotyczące: 1) źródeł wiedzy o operacji; 2) dominującego motywu poddania się operacji; 3) oceny własnej decyzji o operacji. Podobnie jak poprzednio, poniżej przedstawiono kolejno wyniki badań. (Tabela 3)

Tabela 3
Źródła wiedzy na temat operacji

Kategoria odpowiedzi	Szyje	Brzuchy	Suma	%
Lekarz diagnozujący chorobę	9	14	23	37.7
Inny lekarz	4	12	16	26.2
Współmałżonek	8	2	10	16.4
Inni Pacjenci (po operacji)	1	6	7	11.5
Nikt; samodzielnie, poszukiwanie informacji w mediach	5	0	5	8.2
Suma	27	34	61	100.0

Źródło: badania własne

Preferowanym przez ogół pacjentów (i często jedynym) źródłem informacji na temat zabiegu operacyjnego okazał się lekarz diagnozujący chorobę (41.7% ogółu wskazań), chociaż większość (20) pacjentów ze zwężeniem tętnicy szyjnej wewnętrznej zasięgała opinii również u innego specjalisty. Takie poszukiwania i konfrontacje informacji medycznych raczej nie dotyczyły pacjentów z tętniakiem aorty brzusznej (2 chorych). Ci ostatni (i to niemal wszyscy – 21 pacjentów) przyjęli wiadomość o konieczności operacji z pierwszego źródła. Niektórzy z nich poszukiwali dodatkowych informacji na ten temat w Internecie oraz rozmawiali z osobami, które przeżyły taką operację. Natomiast rzadziej niż pacjenci ze zwężeniem tętnicy szyjnej wewnętrznej radzili się współmałżonka. Analiza statystyczna wykazała, że różnice między obu grupami pacjentów są istotne ($p < .01$). (Wykres 2)



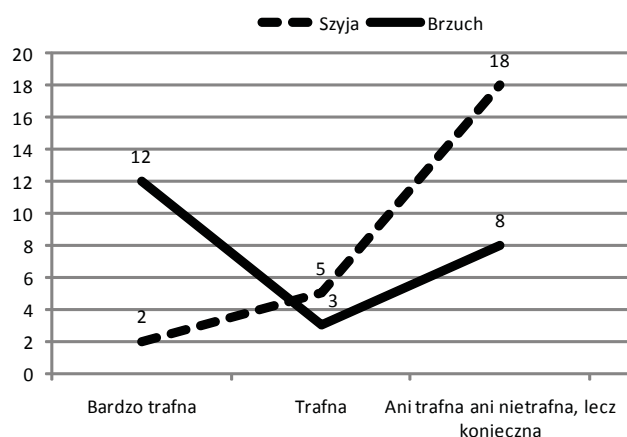
Wykres 2. Dominujący rodzaj motywacji

Motywy decyzji o poddaniu się operacji są różne w obu grupach pacjentów, choć generalnie przeważa motywacja wewnętrzna (57.4%). Pacjenci ze zwężeniem tętnicy szyjnej wewnętrznej są motywowani wybitnie wewnętrznymi (78.7%), prawdopodobnie z racji na wiedzę nabytą dzięki konsultacjom z różnymi lekarzami; natomiast pacjenci z tętniakiem aorty brzusznej – przeważnie zewnętrznymi (63.9%).

Warto wyjaśnić, że do motywów wewnętrznych zaliczono: lęk przed śmiercią z powodu „nicnierobienia”,

obawę przed pogorszeniem stanu zdrowia z tego samego powodu; przekonanie, iż operacja daje szansę na przedłużenie życia oraz przekonanie, iż operacja jest związana z mniejszym ryzykiem, aniżeli nie poddanie się jej (dwie ostatnie kategorie były najczęściej wskazywane przez pacjentów ze zwężeniem tętnicy szyjnej wewnętrznej). Natomiast do motywów zewnętrznych zaliczono wypowiedzi przypisujące przekonującą moc: diagnozie lekarza prowadzącego (kategoria najczęściej wskazywana przez pacjentów z tętniakiem aorty brzusznej), wskazaniom innych lekarzy, naciskom ze strony najbliższej rodziny. Analiza statystyczna wykazała, że różnice między obu grupami pacjentów są istotne ($p < .001$). (Wykres 3)

Wyrażona przez większość pacjentów z tętniakiem aorty brzusznej ocena swej decyzji o poddaniu się operacji jako bardzo trafnej lub trafnej, pozwala przypuszczać,



Wykres 2. Dominujący rodzaj motywacji

że ich decyzja o poddaniu się operacji była emocjonalna i jakby niewymagająca specjalnych przemyśleń. To dowodzi zarówno sporego zaufania do lekarza-diagnisty jako pierwszego źródła informacji, jak i tendencji do kierowania się motywami zewnętrznymi. Natomiast ocenę swej decyzji jako racjonalnej („ani trafnej ani nietrafnej, lecz koniecznej”), wyrażoną przez większość pacjentów ze zwężeniem tętnicy szyjnej wewnętrznej, można potraktować jako efekt skonsultowanych refleksji na temat własnej choroby i ryzyka poddania się operacji w porównaniu do ryzyka „nicnierobienia”. Analiza statystyczna wykazała, że różnice między obu grupami pacjentów są istotne ($p < .05$).

OMÓWIENIE WYNIKÓW

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 (Festinger, 2007), gdyż informacja o poważnej chorobie jest nagła i nieoczekiwana; 2) uruchomieniu mechanizmów obronnych, głównie racjonalizacji i projekcji (Freud, 2004), samouspokajających i przenoszących odpowiedzialność za własny stan zdrowia na lekarza oraz pozwalających na regulację doświadczeń dysonansowych związanych z przykrym napięciem emocjonalnym; 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 słusność pierwszego założenia o dominacji emocjonalnego stosunku do własnej choroby u pacjentów z bezobjawowymi chorobami tętnic, ponieważ:

1. Pierwsza reakcja pacjentów na wiadomość o chorobie miała przeważnie emocjonalny (62.3%) charakter, odrzucający i negujący przesłanie zawarte w otrzymanym komunikacie lub wzbudzający poczucie strachu i bezradności (Seligman, 1993). 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 (Goffman, 2005; Hebl i Kleck, 2008). 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 (Moll i in., 2011).
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 badany obca jest postawa roszczeniowa, stereotypowo związana z rolą i przywilejami chorego człowieka (Goffman, 2005; Heszen i Sęk, 2007; Taylor i Sherman, 2007).

Należy zaznaczyć, że istotne różnice statystyczne występujące między obu grupami pacjentów wskazują na ogólnie wyższy poziom emocji u chorych z tętniakiem aorty brzusznej. Intuicyjne i wymagające dodatkowego sprawdzenia wyjaśnienie tych różnic podano powyżej, w punkcie 2.

Omówione czynniki emocjonalne, typowe dla przeważającej liczby pacjentów, niewątpliwie wpływają na motywację leżącą 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 „ani trafną ani nietrafną, lecz 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.

Uwzględniając oddziaływanie omówionych czynników, można potwierdzić słuszność drugiego założenia badawczego (o przeważnie zewnętrznych motywach decyzji o operacji) w odniesieniu do pacjentów z bezobjawowym tętniakiem aorty brzusznej. Warto podkreślić, iż jedynie przez 2 osoby z tej grupy lekarz przekazujący wiadomość o śmiertelnej chorobie nie został uznany za podstawowe źródło informacji, że większość z nich wskazała na przekonującą moc jego argumentacji oraz oceniła swą decyzję o operacji jako bardzo trafną lub trafną jeszcze przed poddaniem się jej. Można zatem przypuszczać, że ujawnione różnice wynikają z odmiennych strategii radzenia sobie z emocjami i stresem uruchomionymi w wyniku odebranego komunikatu nt. choroby stanowiącej zagrożenie dla życia (Jarosz, 1988; Heszen-Niejodek, 1997; Heszen-Niejodek, 2000; Bennett i Elliot, 2002; Kubacka-Jasiecka i Ostrowski, 2005; Hobfoll, 2006; Heszen i Sęk, 2007; Zimbardo, Johnson i McCann, 2010).

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 zapro-

jektowanie 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 działania mające na celu poszerzenie wiedzy o chorobie i jej leczeniu, a tym samym dać mu czas na uporanie się z emocjami wynikającymi z doznanego dysonansu poznawczego. Wskazane jest zaproponowanie przystępnych źródeł informacji w celu zrozumienia istoty choroby. Przyswojeniu takiej sugestii sprzyja, bez wątplenia, stan emocjonalny pacjenta. 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 zwięźeniem tętnicy szyjnej wewnętrznej, zainteresowanych i obeznanych z problemem, tym samym wzmacniając w nich racjonalne przesłanki decyzji o operacji; warto dostarczyć im zdecydowanie więcej danych nt. konsekwencji operacyjnego leczenia choroby głównie po to, aby obniżyć poziom lęku przed prawdopodobną niedołącznością i powikłaniami natury psychicznej;
- stosować łagodną perswazję i dostarczać argumentów uzasadniających zmianę (na wewnętrzne) mo-

tywów 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, możliwości jej gwałtownego zakończenia wskutek pęknięcia „tykającej w brzuchu bomby zegarowej” 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.

LITERATURA

- Bennett, K.K., Elliot, M. (2002). Explanatory style and health: Mechanisms linking pessimism to illness. *Journal of Applied Social Psychology*, 32, 1508–1526.
- Bensing, J.M., Verhaak, P.F.M. (2004). Communication in medical encounters. W: A. Kaptein, J. Weinman (red.), *Health psychology* (s.). Oxford: BBS Blackwell.
- Brown, L.C., Thompson, S.G., Greenhalgh, R.M., Powell, J.T. (2008). UK Small Aneurysm Trial Participants Fit patients with small abdominal aortic aneurysms (AAAs) do not benefit from early intervention. *Journal Vascular Surgery*, 48, 6, 1375–1381.
- Chaikof, E.L., Brewster, D.C., Dalman, R.L., Makaroun, M.S., Illig, K.A., Sicard, G.A., Timaran, C.H., Upchurch, G.R. Jr, Veith, F.J. (2009). The care of patients with an abdominal aortic aneurysm: the Society for Vascular Surgery practice guidelines. *Journal Vascular Surgery*, 50 (4 Supplement), 2–49.
- Festinger, L. (2007). *Teoria dysonansu poznawczego*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Freud, A. (2004). *Ego i mechanizmy obronne*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Goffman, E. (2005). *Piętno*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Hamilton, Ch. (2008). *Communicating for results*. Belmont: Thomson Wadsworth.
- Hebl, M.R., Kleck, R.E. (2008). Społeczne konsekwencje niepełnosprawności fizycznej. W: T.F. Heatherton, R.E. Kleck, M.R. Hebl, J.G. Hull (red.), *Społeczna psychologia piętna* (s.). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Heszen-Niejodek, I. (1993). Polish research of doctor-patient communication. W: S.S.L. Mol, J.M. Bensing (red.), *Doctor-patient communication and the quality of care* (s.). Utrecht: Nivel.
- Heszen-Niejodek, I. (1995). The level of patients' anxiety and their illness behavior. W: J. Rodrigues-Marin (red.), *Health psychology and quality of life research* (t. 1, s.). Alicante: The University of Alicante.
- Heszen-Niejodek, I. (1997). Skuteczność radzenia sobie z chorobą somatyczną. W: L. Szewczyk (red.), *Radzenie sobie i pomoc innym w zdrowiu i chorobie* (s.). Lublin: Akademia Medyczna.
- Heszen-Niejodek, H. (2000). Psychologiczne problemy chorujących somatycznie. W: J. Strelau (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki* (t. ..., s. ...). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Heszen, I., Sęk, H. (2007). *Psychologia zdrowia*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Hobfoll, S.E. (2006). *Stres, kultura i społeczność. Psychologia i filozofia stresu*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Jarosz, M. (1988). *Psychologia lekarska*. Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich.
- Knops, A.M., Ubbink, D.T., Legemate, D.A., de Haes, J.C., Goossens, A. (2010). Information communicated with patients in decision making about their abdominal aortic aneurysm. *European Journal Vascular Endovascular Surgery*, 39, 6, 708–713.
- Kubacka-Jasiecka, D., Ostrowski, T.M. (2005). *Psychologiczny wymiar zdrowia, kryzysu i choroby*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Lederle, F.A., Johnson, G.R., Wilson, S.E., Chute, E.P., Littooy, F.N., Bandyk, D., Krupski, W.C., Barone, G.W., Acher, C.W., Ballard, D.J. (1997). Prevalence and associations of abdominal aortic aneurysm detected through screening. Aneurysm Detection and management (ADAM). Veterans Affairs Cooperative Study Group. *Annals of Internal Medicine*, Mar 15; 126, 6, 441–449.
- Moll, F.L., Powell, J.T., Fraedrich, G., Verzini, F., Haulon, S., Waltham, M., van Herwaarden, J.A., i in. (2011). Management of abdominal aortic aneurysms clinical practice guidelines of the European Society for Vascular Surgery. *European Journal Vascular Endovascular Surgery*, 41, Supp. 1, 1–58.
- Noszczyk, W. (Red.). (2006). *Chirurgia tętnic i żył obwodowych*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Pawlun, M., Dzieciuchowicz, Ł., Brzuzgo, K., Brzeziński, J.J., Wysocki, J. (2006). Wiedza chorych o planowanym leczeniu operacyjnym. *Polski Przegląd Chirurgiczny*, 78, 9, 1000–1012.
- Seligman, M.E.P. (1993). *Optymizmu można się nauczyć. Jak zmienić swoje myślenie i swoje życie*. Poznań: Media Rodzina.
- Taylor, S.E., Sherman, D.K. (2007). Psychologia pozytywna i psychologia zdrowia: owocny związek. W: P.A. Linley, S. Joseph (red.), *Psychologia pozytywna w praktyce* (s.). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Young, B., Moore, W.S., Robertson, J.T., Toole, J.F., Ernst, C.B., Cohen, S.N., Broderick, J.P., Dempsey, R.J., Hosking, J.D. (1996). An analysis of perioperative surgical mortality and morbidity in the asymptomatic carotid atherosclerosis study. ACAS Investigators. *Asymptomatic Carotid Arteriosclerosis Study. Stroke. Dec.*, 27, 12, 2216–2224.
- Zimbardo, P.G., Johnson, R.L., McCann, V. (2010). *Psychologia. Kluczowe koncepcje* (t. 5). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

UWAGI DO LITERATURY:

Brak powołania w tekście (proszę sprawdzić):

Bishop, G.D. (2000). *Psychologia zdrowia*. Wrocław: Astrum. Brak powołania

Lazarus, R.S. (1991). *Emotion and adaptation*. New York: Oxford University Press. Brak powołania

Leary, M. (2000). *Wywieranie wrażenia na innych. O sztuce autoprezentacji*. Gdańsk: GWP. Brak powołania

Zebrowitz, L.A., Montepare, J.M. (2008). „Za młody, za stary” piętnowanie osób dorastających i ludzi starszych. W: T.F. Heatherton, R.E. Kleck, M.R. Hebl, J.G. Hull (red.), *Spółeczna psychologia piętna* (s.). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN. Brak powołania