

TERESA RZEPA

Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej

MICHAŁ GORAN STANIŚĆ

Uniwersytet Medyczny w Poznaniu

STOSUNEK DO WŁASNEJ CHOROBY I OPERACJI JAKO ZNACZĄCYCH WYDARZEŃ ŻYCIOWYCH

Jak podają R.M. Lerner i D.F. Hultsch (1983), powołując się na opinię P.B. Baltesa (1979), badania nad biegiem ludzkiego życia – z całościowej perspektywy – nie były prowadzone aż do przełomu lat 20. i 30. XX wieku. Dopiero wtedy pojawiły się trzy prace postulujące konieczność ujmowania rozwoju człowieka w ciągu całego życia. Autorem pierwszej z nich był H.L. Hollingworth (1927); drugą przez kilka lat przygotowywała C. Bühler (1933) wraz z grupą badaczy, a trzecia – to praca napisana przez S.L. Presseya, J.E. Janneya i J.E. Kuhlana (1939). Jedynie książka Charlotty Bühler (1999) jest oparta na oryginalnej bazie empirycznej, zaprojektowanej i zrealizowanej przez zespół złożony z psychologa (C. Bühler), socjologa (G. Wagner), historyka (E. Kollmann), lekarza (F. Sack), historyka sztuki (R. Schramke), muzykologa (B. Sonneck) i statystyka (P. Lazarsfeld). Analizując drogi życiowe (biografie) wielu, zarówno słynnych, jak i zwyczajnych ludzi, ustalono, że do opracowywania wszelkich materiałów biograficznych (autobiografie, dzienniki, pamiętniki, listy, wywiady itp.) oraz do orzekania o prawidłowościach dotyczących biegu ludzkiego życia należy podchodzić jednocześnie z trzech perspektyw: 1) biologicznej (rozwój i destrukcja organizmu oraz jego funkcji); 2) biograficznej lub subiektywnej (zbiór indywidualnych zachowań i przeżyć, rozumianych jako składniki doświadczenia osobiste-

go); 3) obiektywnej (wszelkie wytwory materialne i niematerialne jednostkowego życia, włącznie ze statusem i rolą społeczną lub historyczną). Za przedmiot zainteresowań oraz badań psychologicznych i socjologicznych uznano perspektywę biograficzną, a za ich główny cel – poszukiwanie swoistej logiki zdarzeń biograficznych w trajektorii ludzkiego życia.

Z tej perspektywy zwykło się „przyglądać” drodze życiowej człowieka, z uwzględnieniem klasycznej już wskazówki Kluckhohna i Murraya (Runyan 1992), aby czynić to z uwagi na jej podobieństwa: ze wszystkimi ludźmi (uniwersalne prawdy o człowieku), z niektórymi ludźmi (prawdy na poziomie grupy społecznej), z żadnymi innymi ludźmi (prawdy indywidualne odnoszące się wyłącznie do danej osoby). Mając na uwadze te wskazania, najczęściej starano się wyodrębnić takie sytuacje czy wydarzenia życiowe, które, zgodnie z kryterium powtarzalności i wartości, są typowe i znaczące dla zdecydowanej większości przebiegów ludzkiego życia. Sytuacje wyabstrahowane z kontekstów indywidualnych wartościowań nie decydują o ocenie jakości życia przez badacza, a jedynie to życie porządkują. Są bowiem traktowane jako naturalne elementy dróg życiowych, tradycyjne „normy” obecne w danej epoce, kulturze, społeczeństwie. Jednak, co trzeba podkreślić, przede wszystkim te elementy stanowią o ocenie wartości i jakości własnego życia przez jednostkę (Rzepa 2002, 2004).

Zarówno Charlotta Bühler (1999), jak i inni badacze przebiegu dróg życiowych (np. Havighurst 1951; Erikson 1959; Bronfenbrenner 1979; Baltes, Reese, Lippitt 1980; Baltes, Reese 1984; Frankl 1984; Rubin 1986; Susułowska 1974, 1989; Neisser 1988; Tyszkowa 1988; Pietrański 1990; Włodarek, Ziółkowski 1990; Giza 1991; Runyan 1992; Rzepa, Leoński 1993; Leoński, Rzepa 1995; Rzepa 2004, 2007; Leoński, Kołodziej-Durnaś 2005; Maruszewski 2005; Draaisma 2006; Maslow 2006) ustalili, że do najbardziej typowych i powtarzalnych elementów biegu życia należy zaliczyć: podjęcie i wykonywanie pracy, założenie rodziny, prowadzenie gospodarstwa domowego, wychowywanie dzieci, udział w życiu społecznym, zmiany pracy i zajmowanej pozycji zawodowej, zdarzenia losowe oraz zmiany miejsca zamieszkania. Zwłaszcza szeroko zakrojone badania Bauma i Stewarta (1990) nad wyjątkowo ważnymi elementami ludzkiego życia dowiodły, że nawet czynnik wieku nie wpływa na zmianę ich oceny. Niezależnie zatem od tego, czy o wartości wydarzeń życiowych orzekali młodzi dorośli (17–24 lata), dorośli (25–39 lat), osoby w wieku średnim (40–55 lat), w późnym wieku średnim (56–69 lat) lub ludzie starzy (70–96 lat), to i tak najważniejsze okazały się następujące kategorie: 1) praca (włącznie z nauką i karierą zawodo-

wą); 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 empirycznych, jednym z bardziej wyrazistych i powszechnych wydarzeń życiowych, znacząco modyfikujących bieg ludzkiego życia, jest doświadczenie choroby somatycznej. Jest to szczególnie dramatyczne, kiedy choroba nie daje wcześniejszych objawów, zostaje wykryta nieoczekiwanie i zdiagnozowana jako zagrażająca życiu człowieka. Do takich schorzeń należy (m.in.) bezobjawowy tętniak aorty brzusznej, w większości przypadków niedający jakichkolwiek objawów aż do momentu pęknięcia, które prowadzi do nieuniknionego zgonu bez natychmiastowej operacji (Chaikof, Brewster i in. 2009). Wykrycie tętniaka aorty brzusznej najczęściej dzieje się przypadkiem podczas badań diagnostycznych w kierunku innych schorzeń lub badań przesiewowych u mężczyzn powyżej 65. roku życia (Lederle, Johnson i in. 1997). Jak dotąd, nie prowadzi się badań przesiewowych w kierunku tętniaka u kobiet. Operacja tętniaka bezobjawowego zagraża śmiercią w około 1,5–5% przypadków, a pękniętego tętniaka – aż w 30–60% przypadków. Wobec braku skutecznej terapii zachowawczej leczenie operacyjne ma na celu maksymalne obniżenie prawdopodobieństwa zgonu u osób, u których średnica tętniaka przekracza 50–55 mm (Lederle, Johnson i in. 1997; Chaikof, Brewster i in. 2009). Nie uzyskuje się korzyści populacyjnej operacji tętniaków o mniejszej średnicy, gdyż wówczas ryzyko śmierci okołoperacyjnej jest porównywalne do ryzyka samoistnego pęknięcia (Brown, Thompson i in. 2008; Ouriel 2009).

Informacja o tętniaku, a szczególnie o śmiertelnych konsekwencjach choroby jest więc zawsze ogromnym zaskoczeniem dla chorego, nagłym wydarzeniem negatywnym, z którym konfrontacja sprawia, że w jednej chwili „wali się na głowę cały dotychczasowy świat”, jak to określił jeden z pacjentów. Informacja na temat choroby, porównywanej do „bomby zegarowej” tykającej wewnątrz organizmu i realnie zagrażającej dalszej egzystencji człowieka, niszczy lub co najmniej nadwyręża poczucie bezpieczeństwa i jakości życia. Głównie z tych powodów jest traktowana jako źródło nader silnego stresu psychologicznego, zwłaszcza że zalecany sposób poradzenia sobie z nim jest kolejnym źródłem stresu i sprawia, że sytuacja życiowa chorego staje się jeszcze trudniejsza (Jarosz 1988; Bishop 2000; Lazarus, Colman 2001; Dyląg 2005; Kubacka-Jasiecka, Ostrowski 2005; Hobfoll 2006). W przypadku tej choroby jedynym możliwym działaniem naprawczym jest bowiem trudna operacja, również obciążona wysokim ryzykiem.

Dodatkowo, chory jest poddawany nieustannej, nie zawsze „miękkiej”, presji ze strony lekarzy i członków własnej rodziny, gdyż każda rozmowa o jego stanie zdrowia koncentruje się na zagrożeniach związanych z chorobą i na korzyściach wynikających z wysoce ryzykownego leczenia chirurgicznego. Sama rozmowa z lekarzem, z powodu ograniczenia czasu przeznaczanego na wizytę, polega na monologu lekarza, który uprzedzając pytania, przedstawia diagnozę i zagrożenia płynące z leczenia lub jego zaniechania, najczęściej nie dopuszczając pacjenta do głosu (Knops, Ubbink i in. 2010). Dodatkowym obciążeniem są doświadczenia związane z występowaniem choroby w rodzinie i przypadkami gwałtownej śmierci z powodu tętniaka, ponieważ jeszcze w latach 80. XX wieku takie operacje były w Polsce obarczone niemal 50% śmiertelnością.

Dlatego decyzja, jaką musi podjąć chory, stawia go przed typowym konfliktem typu „unikanie-unikanie”, powiązany z koniecznością wyboru między dwiema niemal równie negatywnie wartościowanymi możliwościami: 1) żyć dalej w stresującej niepewności, podyktowanej wiedzą o wysokim prawdopodobieństwie nagłej śmierci z powodu pęknięcia tętniaka, choć jednocześnie uniknąć ryzykownej operacji, pobytu w szpitalu i skomplikowanej rekonwalescencji; 2) zgodzić się na wszelkie niedogodności i zmniejszyć stresującą niepewność, poddając się ryzykownej operacji, lecz ze świadomością możliwego zgonu na stole operacyjnym.

Wyniki badań dotyczących relacji między poważną chorobą jako silnym stresorem a sposobami radzenia sobie z nią (Antonowsky 1995; Heszen-Niejodek 1997, 2000; Oniszczenko 1998; Zeidner, Endler 1999; Lazarus, Colman 2001; Terelak 2001) wskazują na to, że powodzenie w przezwyciężaniu tak trudnej sytuacji życiowej pozytywnie wpływa zarówno na stosunek do własnej choroby, jak i do operacji jako sposobu na likwidację stanu stresującej niepewności. Oznacza to, że ludzie uzyskujący nagłą informację o poważnej chorobie znacznie częściej wybierają „mniejsze zło” związane z podjęciem działania naprawczego (możliwość 2) aniżeli z nicnierobieniem (możliwość 1). Podstawowym mechanizmem psychologicznym, odpowiadającym za wybór takiego sposobu radzenia sobie w nader stresującej sytuacji, jest indywidualna ocena poznawcza zagrożenia, stanowiąca podstawę decyzji o tym, jak je przezwyciężyć. Ze względu na życiowo istotną wartość dokonana ocena ma bardzo silną podbudowę emocjonalną, stąd też chorzy zazwyczaj oceniają swą sytuację jako krzywdę lub stratę, zagrożenie bądź wyzwanie (Jarosz 1988; Antonowsky 1995; Terelak 2001). Najbardziej skuteczne jest dokonanie oceny choroby w kategoriach wyzwania, ponieważ urucha-

nia to działania prowadzące do radykalnego (choćby i powiązanego ze znacznym ryzykiem) przezwyciężenia sytuacji stresującej. Preferencję właśnie takich rozwiązań obserwują chirurdzy z Kliniki Chirurgii Ogólnej i Naczyń Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu.

W celu przekonania się o trafności tych ustaleń w odniesieniu do pacjentów z tętniakiem aorty brzusznej sformułowano hipotezę o różnicach w stosunku do własnej choroby oraz do operacji u pacjentów przed i po leczeniu interwencyjnym. Można bowiem oczekiwać, że stosunek do własnej choroby oraz do operacji u osób będących po zabiegu powinien się zmienić na mniej negatywny (lub nawet bardziej pozytywny), ponieważ pokonały one już tak stresujące przeszkody, jak choroba i operacja. To prawda, że aby zweryfikować tę hipotezę, można było zebrać wypowiedzi od tych samych pacjentów przed i po operacji. Jednak stwierdzono, że bardziej obiektywne – ze względu na dystans czasowy – jest porównanie dwóch grup pacjentów, czyli oczekujących na operację oraz zoperowanych przed 2–4 laty.

Material i metoda

Do badania włączono 23 chorych (2 kobiety i 21 mężczyzn) przyjętych do Kliniki Chirurgii Ogólnej i Naczyń w celu interwencyjnego leczenia bezobjawowego tętniaka aorty brzusznej, w okresie od 1 stycznia do 31 marca 2009 roku. Z badania zostali wyłączeni pacjenci z tętniakiem aorty brzusznej współistniejącym ze zwężeniem tętnic szyjnych oraz chorzy, którzy nie wyrazili zgody na udział w badaniu. Grupę porównawczą tworzyło 19 osób (kobieta i 18 mężczyzn), które przeszły zabieg operacyjny 2–4 lata temu i w tym samym czasie stawily się na wezwanie w celu przeprowadzenia kontroli stanu zdrowia. W badaniach uczestniczyły więc 42 osoby.

Badania zostały przeprowadzone za pomocą specjalnie skonstruowanej ankiety, złożonej z 18 pytań o charakterze półotwartym. Z możliwości wyrażenia własnego zdania skorzystał wyłącznie jeden pacjent pooperacyjny. Pytania ankietowe dotyczyły następujących kategorii: 1) obrazu siebie i oceny jakości własnego życia; 2) stosunku do własnej choroby i operacji; 3) stosunku otoczenia społecznego do pacjenta i jego choroby.

Zgodnie z celem pracy w artykule wykorzystano odpowiedzi pacjentów dotyczące pytań mieszczących się głównie w drugiej kategorii.

Wyniki

Wstępna analiza wyników wewnątrzgrupowych wykazała brak różnic między wypowiedziami kobiet i mężczyzn, dlatego potraktowano je łącznie jako charakterystyczne dla wyróżnionych grup chorych. Podobnie nieróżnicująca w ramach obu grup okazała się zmienna wieku, której wartości średnie wynoszą: 1) dla grupy pacjentów zakwalifikowanych do operacji z powodu tętniaka aorty brzusznej – 73,8 lat; 2) dla grupy pacjentów po operacji tętniaka aorty brzusznej – 74,5 lat. Nieróżnicujące okazało się także pytanie wstępne, dotyczące momentu uzyskania informacji o chorobie – 42,9% pacjentów z obu grup otrzymało taką informację mniej więcej rok przed planowanym lub przeżytym zabiegiem; 35,7% pacjentów – kilka miesięcy przed nim oraz 19,0% – miesiąc. Jeden pacjent z grupy pooperacyjnej przyznał, że nie pamięta tego momentu.

Warto także dodać, że analiza wszystkich wyników wykluczyła z dalszych porównań wypowiedzi na temat stosunku otoczenia społecznego do pacjenta i jego choroby, bowiem w ocenie niemal wszystkich badanych jest on „zdecydowanie” lub „raczej” życzliwy i powiązany prawie wyłącznie z pozytywnymi uczuciami. Aż 33,9% badanych wskazało na dominację współczucia wśród okazywanych im uczuć, 30,3% – na wsparcie, a 26,8% – na zrozumienie. Jedynie pacjenci oczekujący na operację (9,0%) wskazali na ujawnianie wobec nich uczucia litości.

Poniżej przedstawiono wyniki przeprowadzonych badań porównawczych, zweryfikowanych statystycznie za pomocą testu „chi-kwadrat”, a dotyczących stosunku pacjentów do własnej choroby i operacji. Stosunek pacjentów do własnej choroby był oceniany na podstawie odpowiedzi na dwa pytania, odnoszące się do: 1) pierwszej zapamiętanej reakcji na wieść o chorobie; 2) uczuć przeżywanych w związku z myślami na temat choroby. Natomiast wskaźnikami stosunku pacjentów do operacji były odpowiedzi na cztery pytania, odnoszące się odpowiednio do: 1) źródeł informacji na temat zabiegu operacyjnego; 2) motywów decyzji o poddaniu się operacji; 3) aktualnej oceny decyzji o poddaniu się operacji; 4) sposobów radzenia sobie w tak trudnej sytuacji (podjęcie decyzji o operacji). Należy także wyjaśnić, że wszędzie tam, gdzie wyniki nie sumują się do 42, to jest do liczby osób badanych, można było wskazać na dowolną liczbę odpowiedzi.

1. Stosunek do własnej choroby

Tabela 1

Porównanie pierwszej reakcji na wiadomość o własnej chorobie

Kategoria odpowiedzi	Przed operacją	Po operacji	Razem	%
To niemożliwe, przecież nic mnie nie boli	12	14	26	40,6
Spokojnie, przecież każdą chorobę można wyleczyć	14	8	22	34,4
To straszne, co teraz będzie, co zrobię?	6	5	11	17,2
Kogo jeszcze warto się poradzić?	2	1	3	4,7
To pomyłka	0	2	2	3,1
Razem	34	30	64	100,0

Źródło: badania własne.

Nie dziwią reakcje (40,6% wypowiedzi) pacjentów zaprzeczające pierwszej diagnozie, gdyż w przypadku tej choroby nie odczuwa się żadnych dolegliwości. Dwie osoby z grupy „pooperacyjnej” pamiętały, że ich reakcja polegała na odrzuceniu diagnozy lekarskiej i potraktowaniu jej jako zwykłej pomyłki. Zupełnie nieoczekiwana informacja o chorobie wywoływała reakcje świadczące o bezradności („To straszne, co teraz będzie” – 17,2% wypowiedzi) lub/i uruchamiała bodaj najbardziej powszechny mechanizm obronny – racjonalizację („Spokojnie, przecież każdą chorobę można wyleczyć” – 34,4% wskazań).

Co ciekawe, mimo wystąpienia dysonansu poznawczego oraz związanego z nim niedowierzania pacjenci raczej nie zamierzali weryfikować prawdziwości diagnozy u innego specjalisty (tylko 3 wypowiedzi). Analiza statystyczna wykazała, że różnice między obiema grupami pacjentów są nieistotne, co świadczy o rzetelnym zapamiętaniu i podobnej retrospekcji tak znaczącego wydarzenia życiowego, że jego oceny nie zmienia nawet upływ czasu. Potwierdzeniem tego spostrzeżenia jest porównanie uczuć przeżywanych przez pacjentów w związku z myślami o własnej chorobie, pojawiającymi się tuż po usłyszeniu diagnozy.

Nic dziwnego, że z całej listy możliwych (także pozytywnych) uczuć związanych z dowolną chorobą pacjenci wskazali niemal wyłącznie na negatywne (tab. 2). Na temat braku specyficznych doznań uczuciowych częściej wypowiadali się pacjenci „pooperacyjni” i wyłącznie oni czterokrotnie wskazali na pozytywne wartościowane uczucie, czyli na zdziwienie, najprawdopodobniej skojarzone z zaskoczeniem z powodu nieoczekiwanej diagnozy. Zrozumiałe, że po uzyskaniu informacji o zagrożeniu życia lęk i obawa zajęły najwyższe miejsce (31,3%

Tabela 2

Porównanie uczuć przeżywanych w związku z myślami na temat własnej choroby

Uczucie	Przed operacją	Po operacji	Razem	%
Lęk, obawa	12	14	26	31,3
Zakłopotanie	15	7	22	26,5
Przerażenie	14	2	16	19,3
Smutek	8	0	8	9,6
Nic szczególnego	1	6	7	8,4
Zdziwienie	0	4	4	4,9
Razem	50	33	83	100,0

Źródło: badania własne.

ogółu wypowiedzi). Drugie miejsce (w obu grupach) zajęło zakłopotanie (26,5% wskazań), doświadczone przypuszczalnie w związku z wyobrażeniem o „nieszlachetnym umiejscowieniu” choroby (brzuch, jelita). Pozostałe wskazania różnicują obie grupy, ponieważ pacjenci „przedoperacyjni” tuż po zakłopotaniu wskazywali na „przerażenie”, które wśród osób po operacji uzyskało dwa wskazania. Jest to najbardziej wyraźna różnica ilościowa między obu grupami pacjentów. Warto zauważyć, że uczucie „smutku” zostało wskazane wyłącznie przez chorych „przedoperacyjnych” (9,6% wypowiedzi) oraz że i w tym przypadku różnice między grupami pacjentów okazały się nieistotne.

2. Stosunek do operacji

Analiza statystyczna danych dotyczących preferowanych źródeł informacji na temat nieoczekiwanej choroby i sposobów radzenia sobie z nią wykazała brak różnic między wypowiedziami pacjentów z obu grup badawczych. Preferowanym przez ogół badanych (i czasami jedynym) źródłem informacji na temat zabiegu operacyjnego okazał się lekarz prowadzący (45,5%), co zaprezentowano w tabeli 3.

Pacjenci „przedoperacyjni” (i to niemal wszyscy, bo 21 na 23 badanych) od razu zaakceptowali sugestię lekarza prowadzącego o koniecznym leczeniu interwencyjnym, niemal bez poszukiwania dodatkowych informacji na ten temat. Jeżeli weryfikowali informacje, to albo przepytывali osoby, które przebyły operację, albo dowiadывali się czegoś w mediach, głównie w Internecie, i rozmawiali

o tym ze współmałżonkiem. Na podobne, dodatkowe źródła informacji wskazali pacjenci „pooperacyjni”. Zastanawiające jest to, że możliwość konsultacji z innym lekarzem była wykorzystywana przez badanych dosłownie śladowo (5,2% wypowiedzi). Takie ustalenie nakłada tym większą odpowiedzialność na lekarza prowadzącego w zakresie dbałości o rzetelny i przekonujący przekaz pierwszej informacji o poważnej chorobie.

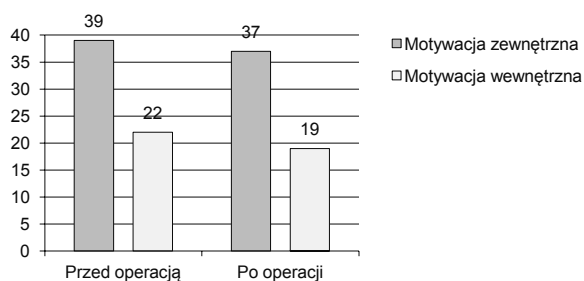
Tabela 3

Porównanie źródeł informacji na temat zabiegu operacyjnego

Kategoria odpowiedzi	Przed operacją	Po operacji	Razem	%
Lekarz prowadzący	21	14	35	45,5
Samodzielne poszukiwanie w mediach	8	6	14	18,1
Pacjenci po operacji	9	4	13	16,9
Współmałżonek	5	6	11	14,3
Inny lekarz	2	2	4	5,2
Razem	45	32	77	100,0

Źródło: badania własne.

Skoro tak wielu pacjentów uznało lekarza prowadzącego za wyjątkowo przekonujące i wiarygodne źródło informacji, nic więc dziwnego, że w obu porównywanych grupach nad motywami wewnętrznymi leżącymi u podstaw decyzji o poddaniu się operacji dominują motywy zewnętrzne (65%).



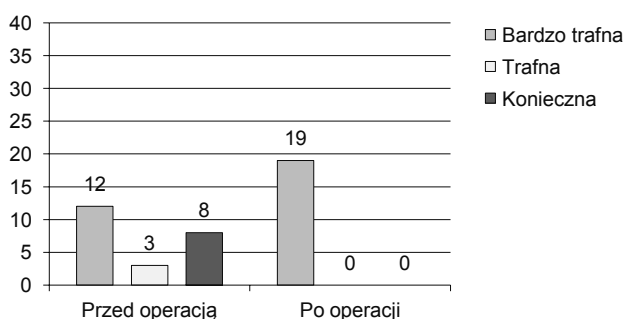
Wykres 1. Porównanie dominującej kategorii motywacji

Źródło: badanie własne.

Warto wyjaśnić, że do motywów wewnętrznych zaliczono następujące wypowiedzi: lęk przed śmiercią, obawę przed pogorszeniem stanu zdrowia, prze-

nanie, że operacja daje szansę na przedłużenie życia oraz przekonanie, że operacja jest związana z mniejszym ryzykiem, aniżeli nie poddanie się jej. Natomiast do motywów zewnętrznych zaliczono wypowiedzi, które przypisywały zdolność przekonywania do podjęcia decyzji o operacji: diagnozie lekarza prowadzącego, diagnozie kilku lekarzy, opinii innych pacjentów oraz naciskom ze strony najbliższej rodziny. Do motywów zewnętrznych zaliczono także (dopisane przez 4 pacjentów po operacji) wskazania na świadomość dziedziczności tej choroby, ponieważ z powodu pęknięcia tętniaka aorty brzusznej zmarł ktoś z najbliższej rodziny. Przeprowadzona analiza statystyczna wykazała, że między obu grupami pacjentów nie występują różnice.

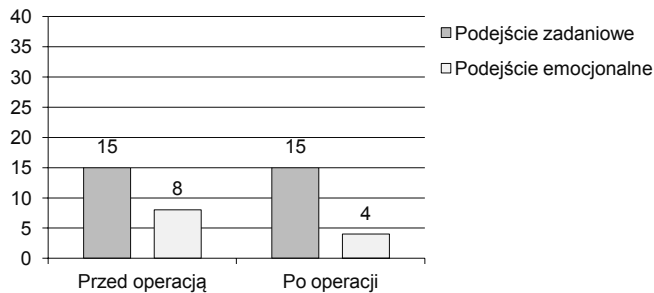
Natomiast porównanie oceny już podjętej decyzji o poddaniu się operacji (wykres 3) wskazało na statystycznie istotne różnice między grupami pacjentów ($p < 0,025$).



Wykres 2. Porównanie ocen dotyczących decyzji o operacji

Źródło: badanie własne.

Stwierdzone różnice dotyczą głównie oceny własnej decyzji jako „bardzo trafnej”, ponieważ tak uznali wszyscy pacjenci „pooperacyjni”. Na taką ocenę wskazało 73,8% ogółu badanych. Jedenastu pacjentów oczekujących na operację oceniło swą decyzję jako „trafną” (7,2%) bądź jako „konieczną” (19,0%). Warto podkreślić, że żaden z pacjentów nie wskazał na to, że decyzja o operacji była „raczej nietrafna” lub „zdecydowanie nietrafna”, co dowodzi konsekwentnego trwania przy dokonanej wyborze jednego z dwóch możliwych sposobów postępowania w trudnej sytuacji życiowej. Ten wynik został potwierdzony przez odpowiedzi na pytanie dotyczące sposobu poradzenia sobie z tak trudną sytuacją, jak podjęcie decyzji o poddaniu się ryzykownej operacji.



Wykres 3. Sposoby radzenia sobie w sytuacji trudnej (podjęcie decyzji o operacji)

Źródło: badanie własne.

Pacjenci z grupy „przedoperacyjnej” chcieli mieć jak najszybciej operację za sobą i o niej zapomnieć (65,2%), co świadczy o przewadze typowo zadaniowego (prawidłowego) podejścia do stresującego wydarzenia. Oczywiście, że ta wypowiedź (odniesiona do terażniejszości) nie była typowa dla pacjentów „pooperacyjnych”, którzy w większości wybierali opinię adekwatną do obecnej sytuacji i wyrażającą zadowolenie, że są już po zabiegu (52,6%). Na drugim i trzecim miejscu *ex aequo* uplasowały się wypowiedzi świadczące o zadaniowym podejściu do stresującego wydarzenia, czyli „Staram się radzić sobie ze świadomością, że czeka mnie operacja” (14,3% ogółu, proporcjonalnie w obu grupach); ale i o podejściu emocjonalnym, występującym zwłaszcza u pacjentów „przedoperacyjnych” – „Stale zastanawiam się co ze mną będzie i czy wyzdrowieję” (14,3%). Przeprowadzona analiza statystyczna wykazała, że różnice między obiema grupami pacjentów są nieistotne.

Wnioski

1. Przeprowadzona analiza statystyczna wyników uzyskanych przez porównywane grupy pacjentów upoważnia do odrzucenia hipotezy o różnicach dotyczących stosunku do własnej choroby u osób przed i po operacji jako znaczącego i stresującego wydarzenia życiowego. Świadczy to o randze wydarzenia, którego negatywne zabarwienie uczuciowe jest tak silne i trwałe, że nie zmienia go ani upływ czasu, ani też pomyślne rozwiązanie, czyli powrót do zdrowia po udanej operacji.

2. O trwałości i sile poważnej choroby jako jednego z najbardziej znaczących wydarzeń życiowych świadczy również to, że – niezależnie od czasu, jaki

upłynął od uzyskania informacji o chorobie – pacjenci dokładnie pamiętają swoją pierwszą reakcję na nieoczekiwaną wiadomość. Najczęściej ją odrzucali jako niewiarygodną, gdyż nie doświadczali objawów choroby. Jednak niemal równocześnie uruchamiali mechanizm obronny polegający na racjonalizowaniu informacji („Spokojnie, przecież każdą chorobę można wyleczyć”). Mimo tej reakcji niemal wszyscy chorzy nie wykorzystali możliwości zweryfikowania szokującej diagnozy dzięki dodatkowym konsultacjom. Tak jakby „z góry” założyli, że informację przekazaną przez lekarza prowadzącego należy automatycznie zaakceptować pomimo doświadczonego dysonansu poznawczego. Prawdopodobnie doznane mu szokowi towarzyszyły bardzo silne uczucia, typowe dla stanu stresu, głównie o charakterze lęku i obawy (w przypadku obu grup), zakłopotania (również w przypadku obu grup) i przerażenia (dotyczącego przede wszystkim pacjentów „przedoperacyjnych”). Jak można sądzić, uczucie zakłopotania wskazane przez osoby chore wiąże się ze szczególnie kontrowersyjnie spostrzeganym umiejscowieniem choroby i pola operacji – brzuch, stereotypowo i powszechnie spostrzegany jako część ciała „brudna”, „nieczysta”, „kłopotliwa”. Pierwsze reakcje na wiadomość o chorobie i związane z tym nieoczekiwanym stresorem uczucia nie różnicują więc porównywanych grup pacjentów. Powtórzmy, że to upoważnia do traktowania choroby jako znaczącego wydarzenia, modyfikującego bieg ludzkiego życia.

3. Oczekiwanie lub przejście zabiegu operacyjnego zasadniczo nie determinuje ani poznawczych, ani motywacyjnych podstaw decyzji o wyrażeniu zgody na leczenie interwencyjne. Zarówno pacjenci oczekujący na operację, jak i ci, którzy mają ją za sobą, zgodnie wskazują na zewnętrzne motywy decyzji o operacji, czyli na przekonującą rolę lekarza prowadzącego. Jest on traktowany jako podstawowe i wiarygodne źródło informacji o chorobie i metodzie jej leczenia. Nakłada to ogromną odpowiedzialność na lekarza, gdyż wywiera on przemożny wpływ na ostateczne decyzje pacjentów. Tym samym odpowiada za ich stan psychiczny, zwłaszcza przez wskazanie drogi umożliwiającej przezwycięzenie stanu stresu, powstałego po szokującej wiadomości o poważnej chorobie. Ponadto warto ponownie podkreślić, że wszystkie czynniki związane z tym wydarzeniem wywierają modyfikujący wpływ na bieg życia chorych osób.

4. Nad wyraz budujące i częściowo potwierdzające ustalenia na temat tego, że powodzenie w zakresie przezwycięzenia silnego stresu związanego z chorobą powoduje zmianę stosunku do choroby i operacji jest to, że pacjenci „pooperacyjni” wyłącznie „bardzo trafnie” oceniają swą decyzję o poddaniu się operacji.

Skoro tak wysoko ją oceniają, to można przypuszczać, że uznają ją za w pełni uzasadnioną, trafną i skuteczną. Jest to najlepsza rekomendacja dla tej metody leczenia. Jest to także przekonujący argument, który można wykorzystywać podczas rozmów z chorymi na tętniaka aorty brzusznej, ponieważ – mimo podjęcia decyzji o operacji – pacjenci „przedoperacyjni” oceniają tę decyzję przeważnie jako „bardzo trafną” i niemal na równi jako „konieczną” lub „trafną”.

5. Wysoką (bardzo trafną) ocenę własnej decyzji potwierdzają wypowiedzi większości pacjentów z obu grup o zadaniowym podejściu do trudnej sytuacji życiowej (decyzja o operacji) i potraktowania jej jako wyzwania. Większość z nich wyraziła swoje zadowolenie z powodu podjęcia decyzji o poddaniu się zabiegowi, a osoby po operacji myślą o niej nawet obojętnie. Niektórzy pacjenci „przedoperacyjni” pragnęli jak najszybszego przebycia operacji i zapomnienia o niej, co również jest wyrazem potraktowania jej jak zadania, które umożliwi powrót do zdrowia. To ustalenie potwierdza wyniki badań mówiących o skuteczności zadaniowego podejścia do kryzysowych wydarzeń, gdyż stwarza szansę na przywrócenie harmonii w ramach dotychczasowej drogi życiowej.

6. Ostatecznie można stwierdzić, że największy wpływ na stosunek do choroby i operacji u pacjentów z bezobjawowym tętniakiem aorty brzusznej wywiera decyzja o poddaniu się ryzykownemu zabiegowi. Jeżeli zatem choroba – jedno z kryzysowych wydarzeń życiowych, zostanie potraktowana jako wyzwanie i pomyślnie przezwyciężona, to: 1) i tak zostanie utrwalona w pamięci jako wydarzenie wyjątkowo negatywnie naznaczające bieg własnego życia; 2) sposób jej przezwyciężenia, czyli decyzja o podaniu się operacji – niezależnie od rodzaju motywów jej podjęcia – zostanie oceniona pozytywnie, co wskazuje na preferowanie (nawet ryzykownego) działania i odrzucanie strategii „nicnierobienia” w trudnych sytuacjach życiowych.

Literatura

- Antonovsky A. 1995, *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zwariować*, Fundacja Instytutu Psychiatrii i Neurologii, Warszawa.
- Baltes P. B. 1979, *Life-span Development al Psychology: Some Converging Observations on History and Theory*, w: *Life-span Development and Behavior*, t. 2, red. P.B. Baltes, O.G. Brim, Academic Press, New York–San Francisco–London.
- Baltes P.B., Reese H.W. 1984, *The Life-span Perspective in Developmental Psychology*, w: *Developmental psychology. An advanced textbook*, red. M.H. Bornstein, M.E. Lamb, Erlbaum, Hillsdale–New York.

- Baltes P.B., Reese H.W., Lippitt L.P. 1980, *Life-span Developmental Psychology*, „Annual Review of Psychology”, No. 31.
- Baum S.K., Stewart R.B. Jr. 1990, *Sources of Meaning Through the Life-span*, „Psychological Reports”, No. 67.
- Bishop G.D. 2000, *Psychologia zdrowia. Zintegrowany umysł i ciało*, Wydawnictwo Astrum, Wrocław.
- Bronfenbrenner U. 1979, *The Ecology of Human Development*, MA: Harvard University Press, Cambridge.
- 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”, No. 48(6).
- Bühler Ch. 1999, *Bieg życia ludzkiego*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- 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”, No. 50 (4 Supplement).
- Draaisma D. 2006, *Dlaczego życie biegnie szybciej, gdy się starzejemy*, Państwowy Instytut Wydawniczy, Warszawa.
- Dyląg A. 2005, *Stres – towarzysz życia*, w: *Człowiek i psychologia*, red. J. Rybakiewicz, Wydawnictwo „PARK”, Bielsko-Biała.
- Erikson E.H. 1959, *Identity and the Life Cycle*, „Psychological Issues”, No. 1.
- Frankl V.E. 1984, *Homo patiens*, Instytut Wydawniczy Pax, Warszawa.
- Giza A. 1991, *Życie jako opowieść. Analiza materiałów autobiograficznych w perspektywie socjologii wiedzy*, Ossolineum, Wrocław.
- Havighurst R.J. 1951, *Developmental tasks and education*, Longmans, New York.
- Heszen-Niejodek I. 1997, *Skuteczność radzenia sobie z chorobą somatyczną*, w: *Radzenie sobie i pomoc innym w zdrowiu i chorobie*, red. L. Szewczyk, Akademia Medyczna, Lublin.
- Heszen-Niejodek H. 2000, *Psychologiczne problemy chorych somatycznie*, w: *Psychologia. Podręcznik akademicki*, red. J. Strelau, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk.
- Hobfoll S.E. 2006, *Stres, kultura i społeczność*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk.
- Hollingworth H.L. 1927, *Mental Growth and Decline: A Survey of Development Psychology*, Appleton, New York.
- Jarosz M. 1988, *Psychologia lekarska*, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa.

- 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”, No. 39 (6).
- Kubacka-Jasiecka D., Ostrowski T.M. 2005, *Psychologiczny wymiar zdrowia, kryzysu i choroby*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.
- Lazarus A.A., Colman A.M. 2001, *Psychopatologia*, Wydawnictwo Zysk i S-ka, Poznań.
- 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”, No. 15; 126 (6).
- Leoński J., Rzepa T. (red.) 1995, *Zastosowania metody biograficznej w socjologii i psychologii*, Dictum Sapienti Sat, Szczecin.
- Leoński J., Kołodziej-Durnaś A. (red.) 2005, *W kręgu socjologii interpretatywnej – zastosowanie metod jakościowych*, Economicus, Szczecin.
- Lerner R.M., Hultsch D. F. 1983, *Human development a Life-span Perspective*, McGraw-Hill, New York–San Francisco–London.
- Maruszewski T. 2005, *Pamięć autobiograficzna*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk.
- Maslow A. 2006, *Motywacja i osobowość*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Neisser U. (red.) 1998, *Real Events Remembered*, Cambridge University Press, New York.
- Oniszczenko W. 1998, *Stres to brzmi groźnie*, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa.
- Ouriel K. 2009, *Randomized Clinical Trials of Endovascular Repair Versus Surveillance for Treatment of Small Abdominal Aortic Aneurysms*, „Journal of Endovascular Therapy”, No. 16 (Supplement) 1.
- Pietrasiański Z. 1990, *Rozwój człowieka dorosłego*, Wiedza Powszechna, Warszawa.
- Pressey S.L., Janney J.E., Kuhlen R.G. 1939, *Life: A Psychological Survey*, Harper, New York.
- Rubin D.C. (red.) 1986, *Autobiographical Memory*, Cambridge University Press, Cambridge.
- Runyan W. 1992, *Historie życia a psychobiografia*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Rzepa T. 2002, *Czy warto badać czyjeś drogi życiowe i jak je badać, nie dobiegając kresu własnej?* „Przegląd Psychologiczny” t. 45, nr 1.
- Rzepa T. 2004, *„Mój dzień za dziesięć lat”. Uznawane wartości jako wskaźnik ukierunkowania biegu życia. Psyche, Zeszyty Naukowe US*, nr 366, t. 7.

- Rzepa T. 2007, *Jakie wspomnienia i w jaki sposób przywołuje najczęściej nasza pamięć autobiograficzna?*, „Przegląd Psychologiczny”, nr 4, t. 50.
- Rzepa T., Leoński J. (red.) 1993, *O biografii i metodzie biograficznej*, Wydawnictwo Naukom, Poznań.
- Susułowska M. 1974, *Bilans życiowy ludzi starych*, „Psychiatria Polska”, nr 5, t. 8.
- Susułowska M. 1989, *Psychologia starzenia się i starości*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa.
- Terelak J.F. (red.) 2001, *Psychologia stresu*, Oficyna Wydawnicza „Branta”, Bydgoszcz.
- Tyszkowa M. (red.) 1988, *Rozwój psychiczny człowieka w ciągu życia*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa.
- Włodarek J., Ziółkowski M. (red.) 1990, *Metoda biograficzna w socjologii*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa–Poznań.
- Zeidner M., Endler N.S. (red.) 1999, *Handbook of Coping. Theory, Research, Applications*, Wiley, New York.

STOSUNEK DO WŁASNEJ CHOROBY I OPERACJI JAKO ZNACZĄCYCH WYDARZEŃ ŻYCIOWYCH

Streszczenie

W przypadku chorób bezobjawowych i stanowiących zagrożenie życia, jaką jest między innymi tętniak aorty brzusznej, nieoczekiwana diagnoza wywołuje silny dysonans poznawczy. Tak negatywna informacja zapoczątkowuje stresujące wydarzenie życiowe, powszechnie oceniane jako bardzo ważne w biografii każdego człowieka. Założono, że stosunek do własnej choroby i operacji różni się zależnie od tego, czy pacjent oczekuje na zabieg, czy też jest po interwencji chirurgicznej.

Badania ankietowe przeprowadzono na dwóch grupach chorych z tętniakiem aorty brzusznej, to jest: 23 pacjentów przed operacją oraz 19 pacjentów, których zoperowano 2–4 lata przed badaniem. Wyniki zanalizowano statystycznie za pomocą testu „chi-kwadrat”.

Analiza statystyczna pozwoliła na odrzucenie hipotezy badawczej, co świadczy o randze stresującego wydarzenia życiowego, jakim jest własna, śmiertelna choroba. Jego negatywne zabarwienie uczuciowe jest tak silne i trwałe, że nie zmienia go nawet upływ czasu. Okazało się, że wszyscy pacjenci dokładnie pamiętają swoją pierwszą reakcję na wiadomość o chorobie, przeważnie wskazują na zewnętrzne motywy decyzji o operacji, podkreślając rolę lekarza prowadzącego oraz oceniają tę decyzję jako trafną i uzasadnioną.

Taka ocena dowodzi skuteczności zadaniowego podejścia do radzenia sobie z krytycznymi wydarzeniami życiowymi.

Słowa kluczowe: tętniak aorty brzusznej, stresujące wydarzenie życiowe, dysonans poznawczy, stosunek wobec choroby

ATTITUDE TO ONE'S OWN DISEASES AND SURGICAL INTERVENTION AS A SIGNIFICANT INCIDENT IN LIFE

Summary

In an asymptomatic disease, which may be life-threatening, a sudden diagnosis produces a cognitive dissonance between the actual physical status and the potential lethal risk of the disease. In the treatment of an abdominal aortic aneurysm, even elective surgical treatment is associated with the risk of death. It was assumed that the attitude to one's own illness and surgical intervention may change in the course of treatment, before and especially after surgery.

Two groups of patients were examined with the use of a specific questionnaire to establish these changes: group 1 – 23 patients scheduled for elective abdominal aortic aneurysm repair; group 2 – 19 patients presented for the follow-up 2–4 years after surgery. Answers obtained from the questionnaire were statistically analyzed and compared between the groups with the use of a chi-square test.

The statistical analysis of the results obtained by comparing groups of patients made it possible to reject the hypothesis about the differences in attitudes to the illness in patients before and after surgery. Regardless of the time which elapsed after receiving the information about the disease – the patients accurately recall their first reaction to an unexpected message. Both groups of patients: waiting for the surgery, and those who have already had it, focused on the external reasons for the decision about the surgery, i.e., the convincing role of a doctor. Positive or very positive assessment of their own decisions, in both groups, indicates the performance-oriented approach to a difficult situation (the decision about surgery).

Keywords: abdominal aortic aneurysm, stressful life events, cognitive dissonance, surgery, attitude towards disease

