

PROBLEMY
KLINICZNE

Katarzyna Nowicka-Sauer^{1, 2},
Krzysztof Jarmoszewicz^{2, 3},
Krzysztof Szyndler^{2, 3},
Sebastian Beta²,
Janusz Siebert¹

¹Katedra Medycyny Rodzinnej,
Gdański Uniwersytet Medyczny
²Oddział Kardiologii,
Swissmed Vascular, Gdańsk
³Klinika Kardiologii,
Gdański Uniwersytet Medyczny

Jak wyrazić ból i chorobę? Wykorzystanie rysunku do oceny percepcji bólu i choroby wśród pacjentów oczekujących na zabieg pomostowania aortalno-wieńcowego. Raport wstępny

How to express pain and illness? Using drawing to assess pain and illness perceptions in patients awaiting coronary artery by-pass grafting surgery. Preliminary report

STRESZCZENIE

Wstęp. Percepcja choroby jest ważnym czynnikiem wpływającym na stan emocjonalny pacjentów oraz wyniki terapii.

Cel pracy. Badanie miało na celu ukazanie różnorodności percepcji bólu i choroby oraz ocenę poziomu lęku wśród pacjentów oczekujących na zabieg pomostowania aortalno-wieńcowego (CABG).

Materiał i metody. Badanie przeprowadzono wśród 34 pacjentów oddziału kardiologii (8 kobiet, 26 mężczyzn; średni wiek: 66,5 lat ± 8,8). Podczas konsultacji psychologicznej poproszono pacjentów o graficzne przedstawienie choroby oraz bólu. Poziom lęku w przeddzień zabiegu oraz retrospektywnie — w momencie otrzymania informacji o konieczności przeprowadzenia zabiegu, oceniono za pomocą skali wzrokowo-analogowej (VAS). W niniejszym wstępnym raporcie z badania, zaprezentowano prace sześciu pacjentów.

Wyniki. Zadanie graficznego przedstawienia bólu i choroby stało się okazją do poznania przeżyć pacjentów, które pozostają niedostrzeżone w badaniu konwencjonalnym. Pozwoliło na wyjście poza schemat oceny stanu klinicznego, co wydaje się szczególnie istotne w pracy z chorymi oddziału kardiologii. Średni poziom lęku w przeddzień zabiegu wyniósł 4,5 punktu (± 1,1) i był niższy, niż deklarowany w okresie przekazywania diagnozy — 7,9 (± 1,9).

Wnioski.

1. Zastosowanie metody rysowania bólu i choroby pozwala na bardziej dogłębną ocenę stanu emocjonalnego oraz percepcji choroby.
2. Pacjenci kierowani na zabieg CABG szczególnie nasilony lęk odczuwają w momencie podjęcia decyzji o konieczności poddania się zabiegowi.
3. Umiejętne i pełne empatii przekazanie informacji o zabiegu przez lekarza i/lub psychologa stanowi może istotny czynnik obniżający lęk.

Forum Medycyny Rodzinnej 2015, tom 9, nr 3, 288–290

Słowa kluczowe: percepcja choroby, rysunek choroby, ból, lęk, pomostowanie aortalno-wieńcowe, CABG

ABSTRACT

Introduction. Illness perception constitutes an important factor that influences patients' emotional state and therapy outcomes.

Aim of the study. The study aimed at presenting a variety of pain and illness perceptions and an assessment of anxiety level among patients awaiting coronary artery by-pass grafting surgery (CABG).

Material and methods. Participants were 34 cardiac surgery ward inpatients (8 women, 26 men; mean age: 66.5 ± 8.8 years). During preoperative psychological consultation patients were asked to graphically present their illness and location of pain. The level of anxiety was assessed on the day prior to surgery and retrospectively at the decision making phase using Visual Analogue Scale (VAS). In the present preliminary report 6 works were presented.

Results. Graphical presentation of pain and illness became an occasion to know patients' experiences which remained undetected in conventional examination. It allowed going beyond the scheme of clinical assessment which seems especially important working with cardiac surgery inpatients. The mean level of anxiety on the day prior to surgery was 4.5 (± 1.1) points and it was lower than this at the decision making phase — 7.9 (± 1.9).

Conclusions

1. Using drawings of pain and illness enables emotional state and illness perception to be assessed more deeply.
2. Patients awaiting CABG declare particularly increased anxiety at decision making phase.
3. Skillful and empathic providing of information by physician and/or psychologist may constitute crucial factor decreasing patients' anxiety.

Forum Medycyny Rodzinnej 2015, vol 9, no 3, 288–290

Key words: illness perception, illness drawing, pain, anxiety, coronary artery by-pass grafting, CABG

Adres do korespondencji:

dr n. med. Katarzyna Nowicka-Sauer
Katedra Medycyny Rodzinnej,
Gdański Uniwersytet Medyczny
ul. Dębinki 2, 80–211 Gdańsk
tel.: (058) 349 15 79
e-mail: kpsauer@gumed.edu.pl

Copyright © 2015 Via Medica
ISSN 1897–3590

WSTĘP

Percepcja choroby stanowi ważny element decydujący o podejmowaniu decyzji dotyczących zdrowia, ma także związek ze stanem emocjonalnym chorych i procesem akceptacji choro-

by [1, 2]. Podkreśla się, że opinie pacjentów są kluczowe dla ich zaangażowania w proces leczenia [3–5]. Jedną z metod służących ocenie percepcji choroby jest rysunek [6]. Tę niekonwencjonalną metodę stosuje się w badaniach

pacjentów z chorobami przewlekłymi [1, 2, 7] oraz dla oceny bólu [8].

CEL PRACY

Celem pracy jest prezentacja różnorodności percepcji bólu i choroby oraz ocena poziomu lęku towarzyszącego pacjentom oczekującym na zabieg pomostowania aortalno-wieńcowego (CABG, *coronary artery by-pass grafting*).

MATERIAŁ I METODY

Badanie przeprowadzono wśród 34 pacjentów oddziału kardiologii (8 kobiet, 26 mężczyzn; średni wiek: 66,5 lat \pm 8,8). Podczas konsultacji psychologicznej w przeddzień zabiegu, poproszono pacjentów o graficzne przedstawienie umiejscowienia bólu na schematycznym rysunku sylwetki ludzkiej. Poproszono także o wyobrażenie sobie i narysowanie choroby serca w całkowicie dowolny sposób. W niniejszym wstępnym raporcie z badań, zaprezentowano prace sześciu pacjentów.

Skala wzrokowo-analogowa (VAS, *visual analogue scale*) posłużyła ocenie poziomu lęku w przeddzień zabiegu (VAS I) oraz w momencie otrzymania informacji o konieczności przeprowadzenia operacji (VAS II) — retrospektywnie. Skala VAS jest metodą graficzną. Pacjent określa nasilenie lęku na osi długości 10 cm, z punktem początkowym 0, oznaczającym *brak lęku*, oraz końcowym z cyfrą 10, która oznacza *najgorszy wyobrażalny lęk*.

WYNIKI

Wybrane prace wraz z komentarzem pacjentów zaprezentowano na rycinach.

Zadanie graficznego przedstawienia bólu i choroby zostało zaakceptowane przez większość pacjentów, choć oceniane było jako „nieotypowe”. Stało się okazją do ekspresji przeżyć i emocji, które pozostają często nieodkryte w badaniu metodami konwencjonalnymi. Średni poziom lęku w całej grupie pacjentów w przeddzień zabiegu wyniósł 4,5 punktu (\pm 1,1) i był niższy, niż poziom lęku deklarowany w okresie przekazywania diagnozy — 7,9 (\pm 1,9).

DYSKUSJA

Rysunek choroby, jak i inne metody graficzne, wykorzystywane są zarówno jako metody diagnostyczne służące między innymi ocenie



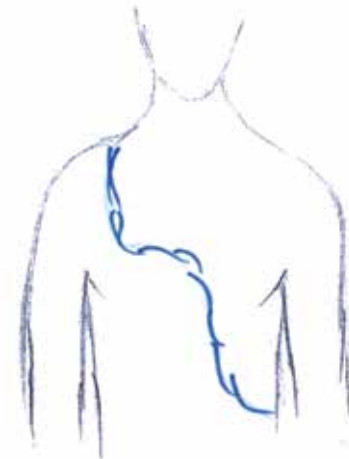
Rycina 1. R.J., 69 lat: „Wiem, że konieczne są by-passy. Na pewno jest zapchana jedna tętnica, ale myślę, że więcej niż jedna”. VAS I — 9; VAS II — 5



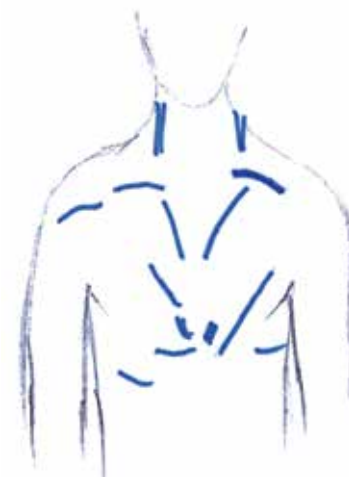
Rycina 2. H.P., 65 lat: „Nie sądziłem, że jest aż tak źle... Nie wiem dokładnie, co tam widzieli [w badaniu echokardiograficznym], ale moje serce jest bardzo chore”. VAS I — 10; VAS II — 4,5



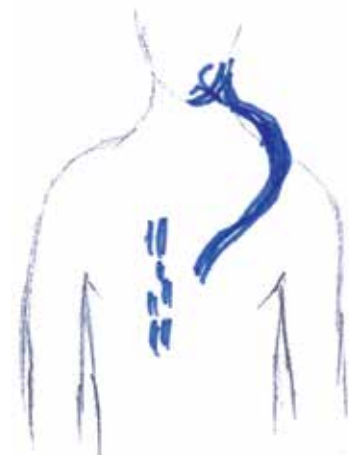
Rycina 3. G.J., 70 lat: „Miałem zawał i powiedziano mi przy koronarografii, że coś z pniem jest bardzo źle”. VAS I — 6,5; VAS II — 3



Rycina 4. N.S., 51 lat: „Bolała okropnie w zasadzie cała lewa strona”. VAS I — 4,5; VAS II — 6



Rycina 5. H.N., 53 lata: „To był taki ból, jakby przypalali ogniem. Kark i barki, lewa strona klatki piersiowej i jama brzuszna też. I tometało jakoś tak”. VAS I — 8; VAS II — 4,5



Rycina 6. K.E., 75 lat: „Ból szedł od tyłu, straszny, od łopatk, potem do okolic mostka, promieniował do szczęki i długo trzymał, strasznie mnie martwił...”. VAS I — 6; VAS II — 2,5

stanu emocjonalnego i percepcji choroby, jak i metody terapeutyczne [1, 6, 7]. Pozwalają one poznać subiektywne odczucia pacjenta, ale także — jak wynika z badań i doświadczeń własnych — stanowią trafne odzwierciedlenie obiektywnego stanu klinicznego [1, 2, 9]. Badanie z zastosowaniem rysunku pozwoliło na poznanie przeżyć pacjentów, odkrycie ich obaw, wiedzy o chorobie i czekającym ich zabiegu. Wyjście poza schemat oceny klinicznej, przyczyniło się nie tylko do pełniejszego poznania doświadczeń pacjenta, ale niekiedy stanowiło kanwę dla indywidualnej interwencji terapeutycznej i/lub edukacyjnej psychologa i/lub kardiochirurga/kardiologa. Takie spersonalizowane podejście zostało także docenione przez pacjentów i wydaje się niezwykle cenne w przypadku chorych oczekujących na zabieg kardiochirurgiczny. Szczególnie nasilone odczuwanie lęku deklarowali pacjenci na etapie podejmowania decyzji o konieczności poddania się zabiegowi CABG. Dwóch spośród badanych pacjentów z powodu nasilonego lęku związanego z niewiedzą, zrezygnowało z zabiegu CABG w przeszłości. Umiejętne i pełne empatii przekazanie informacji o zabiegu CABG może nie tylko obniżyć niepokój [10], ale także wpływa na decyzje dotyczące leczenia oraz akceptację choroby i metod terapii.

PIŚMIENNICTWO

1. Broadbent E., Petrie K.J., Ellis C.J. i wsp. A picture of health — myocardial infarction patients' drawings of their hearts and subsequent disability. A longitudinal study. *J. Psychosom. Res.* 2004; 57: 583–587.
2. Hoogerwerf M.A., Ninaber M.K., Willems L.N.A., Kaptein A.A. „Feeling are facts”: Illness perceptions in patients with lung cancer. *Respiratory Med.* 2012; 106: 1170–76.
3. Wiginton K.L. Illness representations: mapping the experiences of lupus. *Health Educ. Behav.* 1999; 26: 443–453.
4. Büchi S., Sensky T., Sharpe L. i wsp. Graphic representation of illness: a novel method of measuring patients' perception of the impact of illness. *Psychother. Psychosom.* 1998; 67: 222–225.
5. Goodman D., Morrisey S., Graham D. i wsp. Illness representations of systemic lupus erythematosus. *Qual. Health Res.* 2005; 15: 606–619.
6. Guillemin M. Understanding illness: using drawings as a research method. *Qual. Health Res.* 2004; 14: 272–289.
7. Nowicka-Sauer K. Patients' perspective: lupus in patients' drawings. Assessing drawing as a diagnostic and therapeutic method. *Clin. Rheumatol* 2007; 26: 1523–1525.
8. Egloff N., Camara R.J.A., von Kanel R. i wsp. Pain drawing in somatoform-functional pain. *BMC Musculoscel. Dis.* 2012; 13: 257.
9. Daleboudt G.M.N., Broadbent E., Berger S.P., Kaptein A.A. Illness perception in patients with systemic lupus erythematosus and proliferative lupus nephritis. *Lupus* 2011; 20: 290–298.
10. Sobczak K. Przekazywanie informacji o niekorzystnej diagnozie i rokowaniu. *Forum Med. Rodz.* 2014; 6: 320–328.