

Doświadczenie cierpienia i bólu u pacjentów z zespołem kanału nadgarstka.

Interpretacyjna analiza fenomenologiczna.

Opracowała: Anna Cierpka

Streszczenie

Celem badania jest poszukiwanie odpowiedzi na pytanie, jak osoby z rozpoznaniem zespołu kanału nadgarstka (CTS) doświadczają bólu i cierpienia. W ICD-11, w postkoordynacji CTS, sugeruje się stosowanie różnych skal opisywania ciężkości choroby, w tym skalę cierpienia związanego z bólem (*numeric rating scale*). Należy zbadać, co właściwie pacjenci doświadczający chronicznego bólu rozumieją przez to pojęcie - czy są np. w stanie zróżnicować je z kategorią „natężenie bólu” bądź określić, czy i jaka jest różnica między cierpieniem związanym z bólem a cierpieniem psychicznym.

Wnioski z badań mogą posłużyć dla opracowania wzorów informacji dla pacjentów, które wykluczą niewiarygodność gromadzonych wyników oraz sformułowania wskazówek do pracy klinicznej, terapeutycznej i społecznej z chorymi.

Opis merytoryczny projektu

W 2019 roku Światowe Zgromadzenie Zdrowia przyjęło 11 wersję Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób (ICD-11). Klasyfikacja obowiązuje już od stycznia 2022, ale wiele krajów, w tym Polska, ma 5 letni okres przejściowy na jej wprowadzenie w życie - system niesie ze sobą duże zmiany.

Po raz pierwszy klasyfikacja chorób nie będzie miała wersji drukowanej, jest bowiem od początku projektowana do używania w sieciach i systemach informatycznych. Obejmuje nowe choroby, nieuwjęte w poprzedniej wersji klasyfikacji i pozostawia miejsce na wprowadzanie kolejnych, nowych kodów dla nieuwjętych obecnie rozpoznań. Bardzo ważną i nieobecną w ICD-10 cechą nowej klasyfikacji jest możliwość łączenia kodów różnych rozpoznań w klastry. Dodatkowo, w procesie tzw. postkoordynacji, zgrupowane kody macierzyste mogą mieć dodawane kody rozszerzeń. Umożliwia to przypisywanie głównym rozpoznaniom różnych rodzajów szczegółowych informacji (1, 2).

W chirurgii wiele chorób i objawów ma również inne, dedykowane systemy opisu etapów rozwoju lub skale ciężkości i zaawansowania. Pozwalają one porównywać pacjentów między sobą lub szczegółowo oceniać skuteczność leczenia. Popularne w ostatnich latach, często dostosowywane kulturowo i walidowane językowo są np. narzędzia pomiaru

satysfakcji i doświadczenia pacjentów (PROM's). Charakteryzują je niekiedy sprawdzone już, minimalne wartości istotnych klinicznie zmian, odpowiadających zauważalnym różnicom w jakości życia badanych osób (3). W badaniach w chirurgii ręki wykorzystuje się aż 8 narzędzi PROM's reprezentatywnych anatomicznie, 9 swoistych dla różnych chorób i 4 badające jakość życia (4). W badaniu zespołu kanału nadgarstka (CTS) najlepszą responsywność ma prawdopodobnie kwestionariusz bostoński (BCTQ) (5). Ostatnio donoszono jednak, że jego wynik słabo koreluje z bólem i ciężkością choroby (6). Na kompleksowość CTS znaczny wpływ wywiera bowiem nastawienie psychiczne i mentalność pacjentek (7).

W ICD-11, w postkoordynacji zespołu kanału nadgarstka sugeruje się stosowanie trzech skal opisywania ciężkości choroby. Będą to: skala nasilenia bólu, cierpienie związane z bólem oraz wpływ bólu na inne aspekty funkcjonowania. Dokładnie zdefiniowano przy tym każde z tych pojęć. Powstaje tu jednak pytanie, czy wyniki stosowania sugerowanych narzędzi postkoordynacji będą korelować z dotychczasową wiedzą pochodzącą z innych narzędzi PROM? Celem niniejszego projektu będzie eksploracja doświadczenia przez pacjentki z zespołem kanału nadgarstka cierpienia związanego z bólem, rozumienia wymienionych pojęć oraz – w oparciu o uzyskane wyniki - poszukiwanie z pacjentami przejrzystych sposobów komunikacji w stosowaniu skal zalecanych przez ICD-11.

W badaniu wykorzystana zostanie Interpretacyjna Analiza Fenomenologiczna IPA (*Interpretative Phenomenological Analysis*) (10). Zakłada się przeprowadzenie dwudziestu pogłębionych wywiadów z kobietami z rozpoznaniem zespołu kanału nadgarstka, które oczekują w szpitalu na planowany zabieg operacyjny. Wywiady będą nagrywane, a następnie poddane transkrypcji i szczegółowej analizie.

W poszukiwaniu adekwatnych metod postkoordynacji zespołu kanału nadgarstka stawiane pytania dotyczyć będą subiektywnego doświadczenia choroby, bólu i cierpienia oraz jego znaczenia dla dobrostanu psychicznego. Pytania nawiązywać będą także do rozumienia pojęć: nasilenie bólu, cierpienie związane z bólem oraz wpływ bólu na inne aspekty funkcjonowania (skale ICD-11). Odpowiednio definicje te brzmią:

1. Nasilenie bólu (*pain intensity*) jest to siła subiektywnego odczuwania bólu („jak bardzo nasilone są Twoje dolegliwości bólowe?”)

2. Cierpienie związane z bólem (*pain-related distress*) jest to wieloczynnikowe, nieprzyjemne doświadczenie emocjonalne o charakterze poznawczym, behawioralnym, emocjonalnym, społecznym lub duchowym spowodowane bólem przewlekłym („jak bardzo cierpisz z powodu bólu?”).

3. Wpływ bólu na inne aspekty funkcjonowania (*pain-related interference*) jest to miara wpływu bólu na codzienne aktywności i udział w życiu społecznym („jak bardzo ból wpływa na twoje życie?”).

Przedewszystkim definicja cierpienia związanego z bólem wydaje się w klasyfikacji ICD-11 niejednoznaczna. Nasilenie bólu może być także mylone z pojęciem cierpienia związanego z bólem. Problem potęguje fakt, iż w literaturze naukowej pojęcie cierpienia związanego z bólem zmieniało się na przestrzeni lat i bywa obecnie różnie interpretowane. Oryginalnie, w sposób jednoznaczny rozróżniano cierpienie związane z bólem (*pain related distress*) i cierpienie psychiczne (*psychological distress*) (8). W ostatnich latach oba pojęcia nie wydają się już jednak rozróżniane (9). Ma to prawdopodobnie związek z uproszczonym rozumieniem roli nastawienia pacjenta (*patient mindset*) i opisywanymi w badaniach jego skłonnościami do myślenia katastroficznego (7). W konsekwencji, definicja podana powyżej w punkcie 2, w publikowanych badaniach zagadnienia, nie jest zazwyczaj brana pod uwagę. Możliwe zatem, że opisy zjawisk raportowane w postkoordynacji ICD-11 odnosić się będą do innych przeżyć niż współcześnie badane cierpienie psychiczne (*psychological distress*).

Nowatorstwo badań polega na wykorzystaniu metodologii jakościowej – zastosowana będzie metodyka Interpretacyjnej Analizy Fenomenologicznej (IPA) (10). Podejście to proponowane jest do „zrozumienia znaczenia, jakie uczestnicy przypisują doświadczanym zjawiskom, poprzez badanie tego znaczenia z ich perspektywy” (11). W dotychczasowych badaniach opisywany problem nie był w ten sposób eksplorowany. W opisywaniu przeprowadzonych analiz zostaną użyte listy kontrolne (*check-lists*) z wytycznych do raportowania COREQ (12) oraz SRQR (13). Badania zostaną zatem przeprowadzone według najwyższych standardów metod jakościowych.

Osoby badane: kobiety, pacjentki z diagnozą zespołu kanału nadgarstka, wiek: 50-65 lat, zdolność do wyrażenia świadomej zgody na udział w badaniu, brak zaburzeń psychicznych
Rekrutacja uczestniczek: Klinika Chirurgii Plastycznej CMKP, Szpitala im. prof. W. Orłowskiego w Warszawie.

Literatura:

1. Harrison JE, Weber S, Jakob R, Chute CG. ICD-11: an international classification of diseases for the twenty-first century. *BMC Med Inform Decis Mak*. 2021 Nov 9;21(Suppl 6):206. doi: 10.1186/s12911-021-01534-6.

2. Drösler SE, Weber S, Chute CG. ICD-11 extension codes support detailed clinical abstraction and comprehensive classification. *BMC Med Inform Decis Mak*. 2021 Nov 9;21(Suppl 6):278. doi:10.1186/s12911-021-01635-2.
3. Crittenden TA, Watson DI, Ratcliffe J, Dean NR. Interpreting Differences in BREAST-Q Scores following Reduction Mamma plasty: Minimal Important Difference. *Plast Reconstr Surg*. 2021 Aug 1;148(2):331e-332e. doi: 10.1097/PRS.00000000000008147.
4. Lloyd-Hughes H, Geoghegan L, Rodrigues J, Peters M, Beard D, Price A, Jain A. Systematic Review of the Use of Patient Reported Outcome Measures in Studies of Electively-Managed Hand Conditions. *J Hand Surg Asian Pac Vol*. 2019 Sep;24(3):329-341. doi: 10.1142/S2424835519500425.
5. Mahmood B, Chongshu C, Qiu X, Messing S, Hammert WC. Comparison of the Michigan Hand Outcomes Questionnaire, Boston Carpal Tunnel Questionnaire, and PROMIS Instruments in Carpal Tunnel Syndrome. *J Hand Surg Am*. 2019 May;44(5):366-373. doi: 10.1016/j.jhsa.2018.10.031.
6. Teunis T, Domico A, Ring D, Fowler J. Correspondence of the Boston Carpal Tunnel Questionnaire with severity of median neuropathy. *J Hand Surg Eur Vol*. 2023 Nov;48(10):1006-1013. doi:10.1177/17531934231181077.
7. Sun PO, Walbeehm ET, Selles RW, Slijper HP, Ulrich DJO, Porsius JT; Hand Wrist Study Group. Patient Mindset and the Success of Carpal Tunnel Release. *Plast Reconstr Surg*. 2021 Jan 1;147(1):66e-75e. doi:10.1097/PRS.00000000000007441.
8. Wells N, Ridner SH. Examining pain-related distress in relation to pain intensity and psychological distress. *Res Nurs Health*. 2008 Feb;31(1):52-62. doi: 10.1002/nur.20262.
9. Sun PO, Walbeehm ET, Selles RW, Jansen MC, Slijper HP, Ulrich DJO, Porsius JT; Hand-Wrist StudyGroup. Influence of illness perceptions, psychological distress and pain catastrophizing on self-reported symptom severity and functional status in patients with carpal tunnel syndrome. *J Psychosom Res*. 2019 Nov; 126:109820. doi: 10.1016/j.jpsychores.2019.109820.
10. Pietkiewicz I, Smith JA: Praktyczny przewodnik interpretacyjnej analizy fenomenologicznej w badaniach jakościowych w psychologii. *Czasopismo Psychologiczne*, 2012;18(2), 361-369.

11. Teherani A, Martimianakis T, Stenfors-Hayes T, Wadhwa A, Varpio L. Choosing a Qualitative Research Approach. *J Grad Med Educ*. 2015 Dec;7(4):669-70. doi: 10.4300/JGME-D-15-00414.1.
12. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*. 2007 Dec;19(6):349-57. doi:10.1093/intqhc/mzm042.
13. O'Brien BC, Harris IB, Beckman TJ, Reed DA, Cook DA. Standards for reporting qualitative research: a synthesis of recommendations. *Acad Med*. 2014 Sep;89(9):1245-51. doi:10.1097/ACM.0000000000000388.