

Metody jakościowe w badaniu bólu – doniesienie z badań

W marcu 2010 roku w Instytucie Psychologii Uniwersytetu Jagiellońskiego został utworzony pięcioosobowy zespół zajmujący się metodami jakościowymi w badaniu bólu. Dotychczas zrealizowano dwa projekty, z których pierwszy zatytułowany jest „Metody jakościowe w badaniu bólu – analiza narracji pacjentów z bólem przewlekłym” („Qualitative methods in pain research – discourse analysis of patients with chronic pain”), jego wyniki zaś zostały zaprezentowane podczas międzynarodowej konferencji na temat psychologii zdrowia 24th European Health Psychology Conference: Health in Context, organizowanej przez European Health Psychology Society w mieście Kluż-Napoka w Rumunii w dniach 1–4 września 2010. Drugi etap badań, zatytułowany „Metody jakościowe w badaniu bólu – adekwatność kwestionariusza MPQ w kontekście zagadnienia qualiów” („Qualitative methods in pain research – adequacy of McGill Pain Questionnaire in the context of qualia problem”), realizowany był po powrocie z Rumunii, a jego wyniki zaprezentowaliśmy wiosną 2011 roku podczas dwóch konferencji: Conference of the International Society of Critical Health Psychology w Adelajdzie w Australii oraz The Making Sense of Pain organizowanej przez oksfordzką grupę Inter-disciplinary.net w Warszawie. Celem mojego wystąpienia podczas Krakowskiej Konferencji Kognitywistycznej było przedstawienie najbliższemu środowisku naukowemu efektów naszej pracy i skłonienie do dyskusji oraz wyrażenia krytycznych uwag na temat metod badawczych i wniosków wyciągniętych przez nas z wyników badań.

Od czasu mojego udziału w Krakowskiej Konferencji Kognitywistycznej zespół rozrósł się i częściowo zmienił swój skład, a także stał się częścią sformalizowanego Zespołu Badania Bólu przy Instytucie Psychologii UJ. Od października 2011 roku realizujemy trzeci etap opisanego tu projektu – prowadzimy replikację poniższych badań z nieco zmienionym (poprawionym) planem badawczym i przygotowujemy się do ich części międzynarodowej. Poniższy tekst, ze względu na charakter procedury wydawniczej, nie jest już w pełni aktualny. Jest on jednak odwzorowaniem stanu naszych badań, a także poglądów naukowych i naukowej dojrzałości autorki w tamtej chwili, dlatego takim go pozostawiam dla spójności w historii idei. Serdecznie zapraszam do zapoznania się z innymi naszymi publikacjami, które najłatwiej dostępne są poprzez e-mailowy kontakt ze mną.

Wprowadzenie

W założeniu są to badania interdyscyplinarne – przedmiot naszego zainteresowania znajduje się na pograniczu psychologii (psychologii zdrowia przede wszystkim), medycyny, filozofii, kognitywistyki, a nawet literatury (w tym sensie, w jakim interesują nas środki stylistyczne i możliwość wyrażenia ludzkiego doświadczenia, często doświadczenia granicznego, za pomocą języka). Jednak miejscem, w którym zaczynamy naszą podróż, jest psychologia i jako psychologowie szukamy przydatnych kierunków rozwoju. Rozumieniu przez nas pojęcia „przydatności” poświęciliśmy wiele godzin rozmyślań i dyskusji, a efektem umiarkowanego konsensusu w tej kwestii są kierunki badań, które wyznaczaliśmy sobie na najbliższy czas. To, co nas interesuje w psychologii, to ludzkie doświadczenie, ponieważ wychodzimy z założenia, że nic poza ludzkim doświadczeniem nie jest dla nas dostępne. Ludzkie doświadczenie rozumiemy jako doświadczenie człowieka, przyjmując w tym podejście tak indywidualistyczne, jak to tylko rozsądne. Zdajemy sobie przy tym sprawę, że badanie doświadczenia człowieka wymaga od nas rozpoznawania i unikania, o ile to możliwe, wszelkich redukcji, jakich dokonuje psychologia naukowa i potoczna. Jesteśmy świadomi utopijności tego założenia, więc staramy się jeśli nie unikać, to przynajmniej uświadamiać sobie redukcje czynione przez psychologię. To wyznacza drugi obok badania ludzkiego doświadczenia kierunek naszych badań – badanie metody naukowej wykorzystywanej w psychologii. Nasze dotychczasowe doświadczenia badawcze i praktyczne oraz studia teoretyczne pokazują, że z dostępnych nam metod naukowych najbardziej przydatne w badaniu ludzkiego doświadczenia są metody jakościowe.

Badanie ludzkiego doświadczenia jest pojęciem tak pojemnym, że aż pustym. Wymaga przeto uściślenia. Zainteresowanie psychologią oznacza dla nas zainteresowanie przede wszystkim tym, co psychiczne. Zdajemy sobie sprawę z powiązań między ludzkim ciałem i psychiką, musimy jednak nadmienić, że nie fascynuje nas, a wręcz nudzi, perspektywa redukcji ludzkiej psychiki do aktywności mózgowej lub funkcjonowania innych części ludzkiego ciała. Dlatego nie będziemy badać psychiki poprzez badanie ciała. Oznacza to, że przedmiotem naszego zainteresowania jest doświadczenie wewnętrzne, niedostępne z perspektywy trzecioosobowej. Każdy z nas ma możliwość „obserwowania” swojego własnego doświadczenia i pod warunkiem, że nie zatopi się zbyt głęboko w psychoanalizie, może być pewien nieomyślności na temat własnego doświadczenia. Ale najtrudniej być prorokiem we własnym kraju. Próbuje się badać doświadczenie wewnętrzne innych ludzi. Fascynuje nas w tym niezwykła trudność tkwiąca w zadaniu, które sobie postawiliśmy – niewyraźność, niekomunikowalność, prywatność ludzkiego doświadczenia i brak dostępu do niego dla kogokolwiek z zewnątrz. Dlatego właśnie (a także z wielu innych powodów) zdecydowaliśmy się na badanie doświadczenia bólu, które uważamy za jedno z najbardziej prywatnych i niedostępnych, a jednocześnie najbardziej egzystencjalnie znaczących doświadczeń człowieka. Chcąc się skupić na aspekcie braku dostępu i niemożności poznania z perspektywy trzecioosobowej, wybraliśmy ból przewlekły.

Ból jest niezwykle trudnym tematem badań, a szczególnie trudne do zgłębienia i zrozumienia jest zagadnienie bólu przewlekłego. O ile próby pomiaru bólu ostrego bądź niechronicznego przy użyciu metod obiektywnych, na przykład pomiaru pobu-

dzenia układu nerwowego, wydają się rozsądne, o tyle zawodzą w przypadku bólu przewlekłego, który zwykle nie jest związany z żadnym pobudzeniem nerwowym lub zewnętrzną manifestacją. Z tego powodu jest trudny do pomiaru, badania i leczenia.

Doświadczenie bólu wydaje się dostępne tylko osobie, która go przeżywa. Nie mamy gwarancji, że ten sam poziom pobudzenia układu sympatycznego powoduje u wszystkich ten sam subiektywny poziom odczuwania bólu i te same cechy jakościowe doświadczenia bólowego. Stąd najlepszą drogą do zrozumienia bólu, a w szczególności bólu chronicznego, jest zapytać o niego cierpiącego. Jak pisze Jackson [1994, s. 220, za: Kugelmann 1999], „ból, w pewnym sensie, jest językiem, ponieważ ból innych ludzi poznajemy tylko poprzez ekspresję”.

Jednak powszechnie używane skale samoopisowe dostarczają gotowych odpowiedzi i pacjenci często zgłaszają, że terminy w nich zawarte nie odnoszą się do ich sposobu odczuwania, a nawet mogą prowadzić do poważnych nieporozumień. Być może sposób odczuwania bólu jest zapośredniczony w języku. „Co więcej, wyrażenia użyte w narracjach dotyczących bólu kształtują w pewnej mierze to, czym jest ból: cierpienie jako osadzone w życiu może być reprezentowane wyłącznie poprzez kreatywną, konceptualną odpowiedź” [Brodwin, Good, Kleinman 1994, s. 163, za: Kugelmann 1999]. Zgoda na jego wyrażenie za pomocą własnych słów może się okazać najlepszą drogą do zrozumienia i zbadania bólu przewlekłego. Nie ma dowodów na to, że różne opisy bólu są powiązane z różnymi sposobami jego odczuwania, jednak analiza tych opisów wydaje się jedyną drogą uzyskania dostępu do tego zjawiska.

Metody jakościowe w badaniu bólu – analiza narracji pacjentów z bólem przewlekłym

W naszych eksploracyjnych badaniach próbowaliśmy odnaleźć intrasubiektywne cechy oraz intersubiektywne podobieństwa i różnice w narracjach osób cierpiących na temat ich bólu, skupiając się na analizie formalnych cech wypowiedzi (ze szczególnym uwzględnieniem kategorii gramatycznych), z pominięciem aspektu semantycznego i pragmatycznego wypowiedzi osób badanych.

Metoda. Do rekrutacji 15 osób badanych deklarujących cierpienie z powodu przewlekłego bólu zastosowano celowy dobór próby oraz metodę kuli śnieżnej. Wiek badanych wynosił od 22 do 56 lat, w grupie znacząco przeważały kobiety (n = 15, mężczyźni n = 3). Wszyscy badani posiadali przynajmniej średnie wykształcenie, natomiast 11 uczestników miało wykształcenie wyższe lub było w trakcie studiów uniwersyteckich. Jedynym kryterium, jakie przyjęto podczas rekrutacji do grupy badawczej, była deklaracja doświadczenia bólu przewlekłego. Nie poszukiwano żadnej konkretnej diagnozy, przebiegu choroby lub leczenia. Mimo to najczęściej zgłaszanym przez uczestników problemem był ból pleców i kręgosłupa.

Ze wszystkimi uczestnikami przeprowadzono częściowo ustrukturyzowany wywiad dotyczący doświadczenia bólu przewlekłego i radzenia sobie z nim. Uczestnicy wyrazili zgodę na badanie i nagrywanie wywiadów przed rozpoczęciem zbierania

danych. Wywiady zostały zebrane, nagrane, a następnie przepisane przez wszystkich pięciu członków zespołu.

Teksty wywiadów zostały poddane analizie językowej i stylistycznej. Opierając się na opinii dwóch kompetentnych sędziów, oznaczono fragmenty ściśle odnoszące się do zjawiska doświadczania bólu. Te fragmenty poddano następnie drobiazgowej analizie, pominięto natomiast te, które dotyczyły etiologii, leczenia, społecznych skutków doświadczania bólu przewlekłego etc.

Wyróżniono czasowniki, rzeczowniki i przymiotniki opisujące ból. W ramach każdego wywiadu policzono osobno słowa należące do każdej z tych kategorii gramatycznych, nie zważając na ich znaczenie. Poza tym, niezależnie od kategorii gramatycznych, teksty zostały przebadane w poszukiwaniu bardziej złożonych środków ekspresji językowej, figur retorycznych i środków stylistycznych.

Wyniki. Wywiady trwały od 5 do 45 minut, jednak średni czas trwania wywiadu wynosił około 20 minut. W większości przypadków (9 z 15) dominującą kategorią gramatyczną były czasowniki, natomiast w pozostałych 6 przypadkach przeważały rzeczowniki (Tab. 1). Przymiotniki były najrzadziej używaną kategorią i tylko w dwóch przypadkach znajdowały się na drugim miejscu po czasownikach (Wykres 1).

Badani różnili się nie tylko pod względem liczby używanych części mowy, ale także pod względem proporcji między nimi (Wykres 2). Zaobserwowano różne bardziej złożone językowe środki wyrazu. Badani najczęściej używali porównań odnoszących się do innych niż ból fizyczny i нефизyczny odczuć oraz do specyficznych sytuacji wywołujących ból i dyskomfort. Poszczególne osoby różniły się pod względem najczęściej wybieranych środków stylistycznych oraz pod względem innych specyficznych cech (Tab. 1).

Dyskusja wyników. Nasze badania pokazują, że ból jest doświadczeniem indywidualnym. Jest komunikowany w zindywidualizowany sposób – ludzie używają różnych kategorii gramatycznych i środków stylistycznych, gdy opowiadają o doświadczanym przez siebie bólu. To pozwala nam dojść do wniosku, że doświadczanie bólu przewlekłego jest jakościowo różne.

Być może wiek, płeć, przyczyna dolegliwości, zdolność radzenia sobie z przewlekłym bólem lub inne czynniki mają wpływ na sposób werbalnego wyrażania doświadczenia bólowego. Niezbędne są dalsze studia, które pokażą, czy czynniki te układają się w jakieś trwałe zależności lub stałe mechanizmy i czy występują powiązania z kategoriami gramatycznymi lub środkami stylistycznymi wykorzystywanymi przez cierpiących do wyrażania bólu. Być może znajomość tych zależności mogłaby pomóc w szacowaniu intensywności i rodzaju bólu. Jeśli tak, to analizy narracji cierpiących na temat ich bólu mogłyby pomóc nam stworzyć „profile bólu”, które z kolei być może wsparłyby nas w udzielaniu bardziej dostosowanej do pacjenta pomocy i leczeniu.

Możliwe, że specyficzne środki językowe są związane ze specyficznymi sposobami doświadczania bólu. Możliwe także, że terapia skoncentrowana na zmianie sposobu mówienia o bólu przewlekłym mogłaby wpłynąć na mentalny lub poznawczy do niego stosunek (a być może nawet sposób doświadczania). Jeśli zostałyby odkryte w przyszłości takie zależności pomiędzy specyficznymi cechami narracji i lepszym radze-

niem sobie z bólem, stworzenie takiej terapii mogłoby być wartościowe. Bez względu na to możliwość swobodnego mówienia o bólu i wyrażania go własnymi słowami może mieć sama w sobie wartość terapeutyczną i prowadzić do lepszego zrozumienia cierpiących oraz skuteczniejszej komunikacji z pracownikami służby zdrowia. Dalsze badania są konieczne, by ustalić, czy może to być tak pomocne, jak wydaje nam się na wczesnym etapie badań.

Metody jakościowe w badaniu bólu – adekwatność kwestionariusza MPQ w kontekście zagadnienia qualiów

Jednym z powszechnie używanych narzędzi do mierzenia i opisu dolegliwości bólowych jest kwestionariusz MPQ (*McGill Pain Questionnaire*), który został skonstruowany w 1971 roku przez Ronalda Melzacka i Warrena Torgersona na Uniwersytecie McGill w Montrealu, a następnie był kilkakrotnie zmieniany i dopracowywany. Jest to narzędzie umożliwiające pomiar ilościowy i jakościowy doznań bólowych pacjenta poprzez wybranie odpowiednich słów z podanej listy przymiotników. Przymiotniki podzielone są na trzy kategorie odwzorowujące aspekt sensoryczny, emocjonalny i poznawczy doświadczenia bólowego. Kwestionariusz używany jest na całym świecie przez lekarzy i innych pracowników służby zdrowia oraz przez osoby podejmujące decyzje na temat ubezpieczeń i przyznawania rent oraz innych świadczeń dostępnych dla osób niezdolnych do pracy ze względu na chroniczny ból. Uważany jest za trafne, rzetelne, spójne i uniwersalne, a przez to przydatne narzędzie.

Celem naszych badań była ocena, czy słowa użyte w kwestionariuszu są adekwatne do opisu bólu. Aby dokonać tej oceny, porównaliśmy itemy z kwestionariusza Melzacka z opisami bólu, które uzyskaliśmy w wywiadach z osobami cierpiącymi z powodu przewlekłego bólu. Niektóre słowa użyte w kwestionariuszu nie pojawiły się w żadnym z wywiadów, inne z różną, lecz zawsze niską frekwencją. Zamiast tego zaobserwowaliśmy, że badani używają zwykle porównań i metafor oraz wyrażań odnoszących się do zaburzeń funkcjonowania spowodowanych bólem.

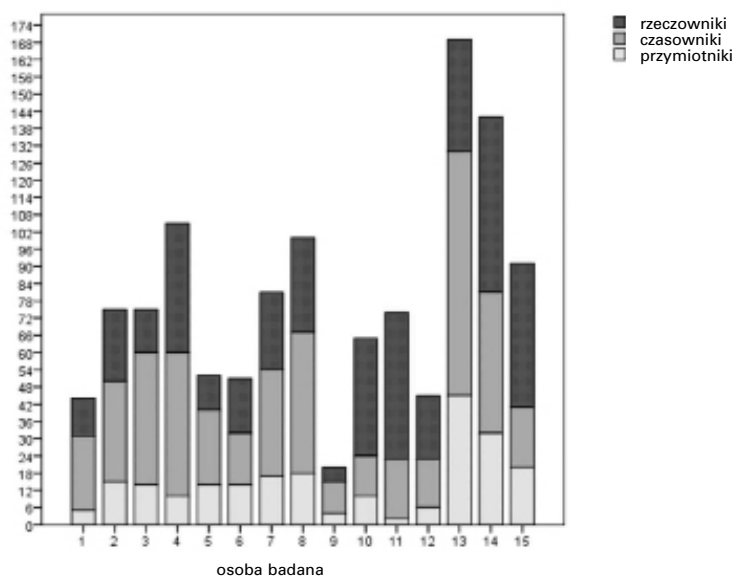
W części teoretycznej badań chcemy się skupić na problemach filozoficznych, które pojawiają się w kontekście badań nad bólem, i usprawiedliwić nasze wybory metodologiczne, a także zastanowić się, co wyniki naszych badań wnoszą do dyskusji na temat qualiów.

Tabela 1. Dane na temat osób badanych i wyniki analizy wywiadów

Numer	Wiek	Płeć	Wykształcenie	Diagnoza	Część mowy	Cechy charakterystyczne
1	22	k	student	migrena	czas.	opisy sytuacyjne
2	24	k	student	migrena	czas.	opisy bólu za pomocą szczegółowych porównań (procesów fizjologicznych zachodzących w głowie)
3	23	k	student	przewlekłe zapalenie zatok z bólem głowy	czas.	opisy sytuacyjne
4	25	k	student	alergia z atopowym zapaleniem skóry	czas.	personifikacje (ból jako przeciwnik, wróg), porównania (do konkretnych sytuacji powodujących ból i dyskomfort)
5	27	k	student	bóle brzucha z mdłościami i wymiotami	czas.	bezosobowe wyrażenia, liczne personifikacje
6	42	k	wykształcenie średnie zawodowe	stwardnienie rozsiane z bólem kończyn	rzecz.	porównania i metafory (odnoszące się do innych niż ból doznań fizycznych)
7	35	k	wykształcenie wyższe	reumatyzm	czas.	porównania (do konkretnych sytuacji powodujących ból i dyskomfort)
8	56	k	wykształcenie średnie	reumatyzm	czas.	liczne personifikacje
9	23	k	wykształcenie średnie zawodowe	ból pleców o nieznannej etiologii	czas.	bardzo krótki wywiad (brak różnorodności w mowie)
10	48	k	wykształcenie średnie	zastój limfy w nodze, ból w nodze po złamanej kiedyś kości	rzecz.	opisy sytuacyjne

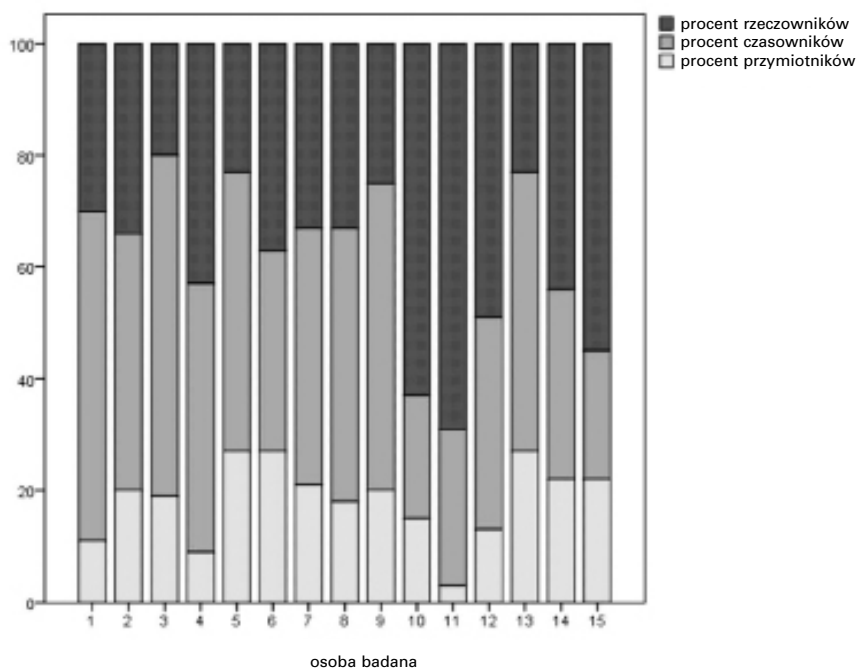
11	46	k	wykształcenie średnie zawodowe	ból pleców z dykopatią i degeneracją kręgow	rzecz.	liczne porównania i metafory (odnoszące się do innych niż ból doznań fizycznych, do konkretnych sytuacji powodujących ból i dyskomfort)
12	52	k	wykształcenie wyższe	ból pleców po wypadku samochodowym	rzecz.	bardzo krótki wywiad, metafora (odnosząca się do innego niż ból doznania fizycznego)
13	27	m	student	ból pleców po wypadku	czas.	synestetyczne metafory, liczne porównania, personifikacje
14	26	m	student	ból pleców spowodowany wrodzoną chorobą kręgosłupa	rzecz.	liczne porównania, metafory i opisy sytuacyjne
15	53	m	wykształcenie wyższe	ból pleców o nieznannej etiologii	rzecz.	porównania i metafory

Źródło: opracowanie własne.



Wykres 1. Liczba słów należących do poszczególnych kategorii gramatycznych w wypowiedzi każdej osoby

Źródło: opracowanie własne.



Wykres 2. Udział procentowy wyrazów należących do poszczególnych kategorii gramatycznych w wypowiedzi każdej osoby

Źródło: opracowanie własne.

Tekst przygotowany dzięki pomocy Radosława Stupaka, Anety Guzik, Anny Żymelki i Michała Webera

BIBLIOGRAFIA

- Baszanger I. (1992). *Deciphering chronic pain*. „Sociology of Health & Illness” 14(2), s. 181–215.
- Brown C. (2009). *Mazes, Conflict, and Paradox: Tools for Understanding Chronic Pain*. „Pain Practice” 9(3), s. 235–243
- Good M., Brodwin P., Good B., Kleinman A. (1994). *Pain as Human Experience: An Anthropological Perspective*. London: University of California Press.
- Hawker G.A. (2009). *Experiencing Painful Osteoarthritis: What Have We Learned from Listening?* „Current Opinion in Rheumatology” 21(5), s. 507–512.
- Jackson J. (1994). *Chronic Pain and the Tension the Body as Subject and Object*, [w:] T.J. Csordas (red.), *Embodiment and Experience: The Existential Ground of Culture and Self* (s. 201–228). Cambridge: Cambridge University Press.
- Jensen M.P. (2010). *A Neuropsychological Model of Pain: Research and Clinical Implications*. *The Journal of Pain: Official Journal of the American Pain Society* 11(1), s. 2–12.

- Kong J., Loggia M., Zyloney C., Tu P., LaViolette P., Gollub R. (2010). *Exploring the Brain in Pain: Activations, Deactivations and their Relation*. „Pain” 148(2), s. 257–267.
- Kugelmann R. (1999). *Complaining about Chronic Pain*. „Social Science & Medicine” 49, s. 1663–1676.
- Kusumi T., Nakamoto K., Koyasu M. (2010). *Perceptual and Cognitive Characteristics of Metaphorical Pain Language*. „Shinrigaku Kenkyu: The Japanese Journal of Psychology” 80(6), s. 467–475.
- László J. (2008). *The Science of Stories. An Introduction to Narrative Psychology*. London–New York: Routledge, Taylor & Francis Group.
- Meldrum M., Tsao J., Zeltzer L. (2009). “*I Can’t Be What I Want To Be*”: *Children’s Narratives of Chronic Pain Experiences and Treatment Outcomes*. „Pain Medicine” 10(6), s. 1018–1034.
- Mitchell L.A., MacDonald R.A. (2009). *Qualitative Research on Pain*. „Current Opinion in Supportive and Palliative Care” 3(2), s. 131–135.
- Nilsen G., Elstad I. (2009). *Temporal Experiences of Persistent Pain. Patients’ Narratives from Meetings with Health Care Providers*. „International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being” 4, s. 51–61.
- Ong K., Seymour R. (2004). *Pain Measurement in Humans*. „Surgeon” 2(1), s. 15–27.
- Padfield D., Janmohamed F., Zakrzewska J., Pither C., Hurwitz B. (2010). *A Slippery Surface... Can Photographic Images of Pain Improve Communication in Pain Consultations?* „International Journal of Surgery” 8(2), s. 144–150.
- Parkins J., Gfroerer S. (2009). *Chronic Pain: The Impact on Academic, Social, and Emotional Functioning*. „Communique” 38(1), s. 24–25.
- Reis S., Hermoni D., Van-Raalte R., Dahan R., Borkan J.M. (2007). *Aggregation of Qualitative Studies – From Theory to Practice: Patient Priorities and Family Medicine/General Practice Evaluations*. „Patient Education & Counseling” 65(2), s. 214–222..
- Scheibman J. (2002). *Point of View and Grammar Structural Patterns of Subjectivity in American English Conversation*. Philadelphia: John Benjamins Publishing Company.
- Stomski N., Mackintosh S., Stanley M. (2010). *Patient Self-report Measures of Chronic Pain Consultation Measures: A Systematic Review*. „The Clinical Journal of Pain” 26(3), s. 235–243.
- Thomas S.P., Pollio H.R. (2002). *Listening to Patients: A Phenomenological Approach to Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Thorne F., Morley S. (2009). *Prospective Judgments of Acceptable Outcomes for Pain, Interference and Activity: Patient-determined Outcome Criteria*. „Pain” 144(3), s. 262–269.
- Yorkston K., Johnson K., Boesflug E., Skala J., Amtmann D. (2010). *Communicating about the Experience of Pain and Fatigue in Disability*. „Quality of Life Research” 19(2), s. 243–251.
- Wilson D., Williams M., Butler D. (2009). *Language and the Pain Experience*. „Physiotherapy Research International: The Journal for Researchers and Clinicians in Physical Therapy” 14(1), s. 56–65.

Qualitative Methods in Pain Assessment – Report of Research Project

The paper is a report of research project concerning qualitative methods in pain assessment. The linguistic analysis of patients with chronic pain narratives was done on the first stage. It was showed that pain is communicated in an individualized way – people use different grammatical categories and stylistic means talking about their pain experience. On the second stage of the project the adequacy of McGill Pain Questionnaire in pain assessment and diagnosis was investigated. Conclusions are connected with human experience, broadly speaking, and scientific method used in psychology.