

Baczewska Bożena, Kropornicka Beata, Dobrzyńska Katarzyna, Block Bogusław, Krzyżanowska Ewa, Łuczyk Robert, Olszak Cecylia, Nowicka Elżbieta, Lorencowicz Regina, Muraczyńska Bożena. Strategie radzenia sobie z bólem pacjentów z przewlekłą chorobą internistyczną = Strategies of coping with pain in patients with chronic internal disease. *Journal of Education, Health and Sport*. 2016;6(11):281-298. eISSN 2391-8306. DOI <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.167127>
<http://ojs.ukw.edu.pl/index.php/johs/article/view/3994>

The journal has had 7 points in Ministry of Science and Higher Education parametric evaluation. Part B item 755 (23.12.2015).
755 Journal of Education, Health and Sport eISSN 2391-8306 7

© The Author (s) 2016;

This article is published with open access at Licensee Open Journal Systems of Kazimierz Wielki University in Bydgoszcz, Poland

Open Access. This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Noncommercial License which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author(s) and source are credited. This is an open access article licensed under the terms of the Creative Commons Attribution Non Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>) which permits unrestricted, non commercial use, distribution and reproduction in any medium, provided the work is properly cited.

This is an open access article licensed under the terms of the Creative Commons Attribution Non Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>) which permits unrestricted, non commercial use, distribution and reproduction in any medium, provided the work is properly cited.

The authors declare that there is no conflict of interests regarding the publication of this paper.

Received: 01.11.2016. Revised 12.11.2016. Accepted: 16.11.2016.

Strategie radzenia sobie z bólem pacjentów z przewlekłą chorobą internistyczną Strategies of coping with pain in patients with chronic internal disease

Bożena Baczewska¹, Beata Kropornicka¹, Katarzyna Dobrzyńska¹, Bogusław Block²,
Ewa Krzyżanowska¹, Robert Łuczyk¹, Cecylia Olszak¹, Elżbieta Nowicka¹,
Regina Lorencowicz³, Bożena Muraczyńska⁴

¹ Katedra Interny z Zakładem Pielęgniarstwa Internistycznego Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

² Katedra Psychoterapii i Psychologii Zdrowia Katolicki Uniwersytet Lubelski im. Jana Pawła II. OTS Lublin

³ Katedra i Zakład Pielęgniarstwa Neurologicznego Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

⁴ Katedra Chirurgii i Pielęgniarstwa Chirurgicznego Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

Streszczenie

Wstęp. Ból jest cennym objawem diagnostycznym, jednak w chwili kiedy przybiera charakter przewlekły wpływa negatywnie na każdy aspekt życia człowieka, zarówno biologiczny, psychiczny, jak również nie pozwala na pełnienie dotychczasowych ról społecznych. Ból w chorobach internistycznych jest najczęściej wskaźnikiem zaostrzenia choroby i zmusza do podejmowania działań, których celem jest jego łagodzenie. Działania te określa się jako strategie radzenia sobie z bólem. Celem badań było określenie strategii radzenia sobie z bólem pacjentów z przewlekłą chorobą internistyczną.

Material i metoda. Badaniami objęto 200 pacjentów chorujących na przewlekłe choroby internistyczne, leczonych w Klinice Gastroenterologii z Pracownią Endoskopową oraz pacjentów Poradni Gastroenterologicznej oraz Reumatologicznej Przyklinicznej Przychodni Specjalistycznej Samodzielnego Szpitala Klinicznego Nr 4 w Lublinie. W badaniach posłużono się standaryzowanymi narzędziami badawczymi. W celach badawczych wykorzystano Kwestionariusz Strategii Radzenia Sobie z Bólem (CSQ), Skala wizualno – analogowa VAS oraz Kwestionariusz Autorski.

Wyniki badań. W badanej grupie wystąpiły wszystkie strategie radzenia sobie z bólem, do najczęściej stosowanych strategii należały modlenie się, zwiększona aktywność behawioralna jak również deklarowanie radzenia sobie. W wyniku przeprowadzonych badań stwierdzono istotny związek między nasileniem dolegliwości bólowych, wykształceniem, aktywnością zawodową badanych a wyborem prezentowanej strategii.

Wnioski. U osób nieaktywnych zawodowo, jak również z niższym wykształceniem istotnie częściej występowały strategie radzenia sobie z bólem uznawane za przejaw nieefektywnego radzenia sobie z bólem niż u pozostałej grupy badanej.

Słowa kluczowe: strategie radzenia sobie w chorobie, ból, choroby internistyczne

Abstract

Background. Pain is a valuable diagnostic symptom, however long lasting pain has negative impact on an individual's life, affecting biological, psychic and social functioning. In case of internal diseases pain of ten indicates exacerbation of illness, which additionally negatively affects the patient. Moreover, pain makes the patient under take activities to reduce its severity, which is referred to as coping strategies. The purpose of study was to examine strategies of coping with pain in the group of patients with chronic internal diseases.

Material and methods. The study was conducted in the group of 200 patients suffering from chronic internal diseases treated in the Clinic of Gastroenterology with Endoscopy Unit and the patients treated in the Out-patient Clinics of Gastroenterology and Rheumatology, Hospital Out-patient Specialist Clinic, PSK-4, Lublin. The patients were surveyed by standardized questionnaires: Coping Strategies Questionnaire (CSQ), Visual Analog Scale VAS and a questionnaire developed by the author for the purpose of research.

Results. The results revealed all strategies of coping with pain, the most frequent among them were prayers, increased behavioral activity, and self-declaration of coping. In addition, they found significant correlation between increased pains, education, professional activity and choice of coping strategy.

Conclusions. Patients who were not active professionally, and the persons with lower level of education used coping strategies considered as ineffective statistically significantly more often compared to other examined groups.

Key words: strategies for coping with illness, pain, disease internist

Wstęp

Ból jest elementem naszego życia, towarzyszy nam od narodzin do śmierci. Jego podstawowym zadaniem jest ostrzeżenie naszego organizmu przed niebezpieczeństwem. Dlatego jest cennym objawem diagnostycznym. Jednak ból nie zawsze jest wynikiem urazu, często jego przyczyna jest nieznana lub jest wynikiem przewlekłej choroby. Wtedy ból przestaje być dla człowieka czymś dobrym, fizjologicznym, a staje się często sam chorobą wymagającą leczenia.

Leczenie bólu jest zagwarantowane przez podstawowe zasady bioetyczne. Zasada nieszkodzenia oraz zasada kierowania się dobrem chorego powinny być podstawowymi zasadami leczenia bólu. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej, jak również Ustawa o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta podkreślają znaczenie praw człowieka, jako pierwotnego zapisu na temat prawnych podstaw leczenia bólu [6]. Godność istoty ludzkiej powinna być zasadą nadrzędną w procesie medycyny bólu. Nieprawidłowa opieka lub brak opieki może być przyczyną pojawienia się bólu przewlekłego, traktowanego, jako odrębna choroba.

Każdy człowiek w czasie odczuwania bólu zachowuje się inaczej, podejmuje czynności, których celem jest zmniejszenie jego natężenia. A.K. Rosenstiel oraz F. J. Keefe opisali siedem takich sposobów i nazwali je strategiami. Strategie te można podzielić na pożądane, obojętne i zachowania uznane za przejaw nieradzenia sobie z bólem. Choroby internistyczne rzadko są kojarzone z przewlekłym bólem, który wymaga leczenia. Ból w chorobach internistycznych jest oznaką zaostrzenia choroby, a zmniejszenie natężenia często jest skutkiem remisji choroby. Powszechnie stosowanym sposobem radzenia sobie z bólem jest farmakoterapia. Stosowanie leków przeciwbólowych ma na celu głównie zmniejszenie natężenia bólu lub wpłynąć na obniżenie progu bólowego [9]. Chorzy, u których pojawia się ból podejmują działania mające na celu łagodzenie bólu, obniżenie napięcia emocjonalnego przez niego wywołanego oraz osłabienie jego wpływu na życie codzienne chorego [8]. Działania te zostały nazwane strategiami radzenia sobie z bólem. Do oceny tych działań zostały stworzone narzędzia badawcze, w tym Kwestionariusz Strategii Radzenia Sobie z Bólem opracowany przez A.K. Rosenstiel oraz F. J. Keefe [8].

Material i metoda badań

Badania zostały przeprowadzone w okresie od 28 marca do 30 maja 2016 na terenie Samodzielnego Szpitala Klinicznego Nr 4 w Lublinie. Badaniami objęto 200 pacjentów Kliniki Gastroenterologii z Pracownią Endoskopową oraz pacjentów Poradni Gastroenterologicznej oraz Reumatologicznej Przyklinicznej Przychodni Specjalistycznej Samodzielnego Szpitala Klinicznego Nr 4 w Lublinie.

Badania uzyskały pozytywną opinię Komisji Bioetycznej nr KE-0254/90/2016 przy Uniwersytecie Medycznym w Lublinie.

W badaniach posłużono się metodą sondażu diagnostycznego. Materiał badawczy zebrano za pomocą techniki wywiadu, przy użyciu Kwestionariusza Strategii Radzenia Sobie z Bólem (CSQ), Skali wizualno – analogowej VAS oraz Autorskiego Kwestionariusza.

Kwestionariusz Strategii Radzenia Sobie z Bólem (CSQ- Pain Coping Strategies Questionnaire) służy do oceny prezentowanych przez badanego strategii radzenia sobie z bólem i ich skuteczności w opanowywaniu oraz obniżaniu bólu. Autorami kwestionariusza są A.C. Rosenstiel i F.J. Keefe. Autorem polskiej adaptacji jest Z. Juczyński. Kwestionariusz składa się z 42 stwierdzeń, które opisują różnego rodzaju sposoby radzenia sobie z bólem oraz dwóch pytań dotyczących oceny własnych umiejętności zastosowania różnych strategii dla poradzenia sobie i obniżenia bólu [3].

Skala wizualno – analogowa (VAS) ma charakter graficzny. Badany może zaznaczyć liczby od 0 do 10. „0” oznacza brak bólu, natomiast „10” oznacza najsilniejszy ból.

W celu zebrania danych socjo-demograficzno-medycznych zastosowano Autorski Kwestionariusz, który zawierał 9 pytań. Były to pytania o wiek, płeć, miejsce zamieszkania, wykształcenie, rodzaj wykonywanej pracy, jak również o aktywność zawodową, stan cywilny, rodzaj zdiagnozowanej choroby oraz czas trwania leczenia.

Charakterystyka badanej grupy

Badaniami objęto 200 pacjentów chorujących na przewlekłe choroby internistyczne. Szczegółowe informacje odnośnie danych socjo – demograficzno – medycznych badanej grupy przedstawia tabela 1.

Tabela 1. Charakterystyka socjo – demograficzno – medyczna badanej grupy

Zmienne	Kryteria	n	%
Płeć	Kobiety	125	62,50
	Mężczyźni	75	37,50
Wiek	18-40 lat	60	30,00
	41-60 lat	89	44,50
	61 i więcej lat	51	25,50
Miejsce zamieszkania	Wieś, osada	53	26,50
	Małe miasto (do 20 tys. mieszkańców)	38	19,00
	Średnie miasto (od 20 tys. do 100 tys. mieszkańców)	40	20,00
	Duże miasto (powyżej 100 tys. mieszkańców)	69	34,50
Wykształcenie	Podstawowe	19	9,50
	Gimnazjalne	1	0,50
	Zasadnicze	48	24,00
	Średnie	75	37,50
	Wyższe	57	28,50
Rodzaj wykonywanej pracy	Fizyczna	49	24,50
	Umysłowa	64	32,00
	Nie pracuję	87	43,50
Aktywności zawodowa	Zatrudniony lub uczeń (student)	113	56,50
	Bezrobotny	26	13,00
	Renta lub emerytura	61	30,50
Stan cywilny	Kawaler/Panna	45	22,50
	Żonaty/Mężatka	103	51,50
	Rozwiedziony (a)/Wdowiec (a)	46	23,00
	Separacja	6	3,00
Choroby	Reumatoidalne zapalenie stawów	49	24,50
	Choroba wrzodowa żołądka i/lub dwunastnicy	42	21,00
	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego	32	16,00
	Choroba Leśniowskiego i Crohna	28	14,00
	Przewlekłe zapalenie trzustki	20	10,00
	Osteoporoza	19	9,50
	Toczeń rumieniowaty układowy	19	9,50
Czas leczenia choroby	< 1 roku	46	23,00
	Od 1 do 5 lat	73	36,50
	Powyżej 5 lat	81	40,50

Wyniki badań własnych i ich omówienie

Subiektywna ocena natężenia bólu w badanej grupie na podstawie skali VAS

Do oceny natężenia bólu wykorzystano skalę od 0 do 10, gdzie 0 oznacza brak bólu, 1-3 ból łagodny, 4-6 ból o umiarkowanym nasileniu, 7-10 ból o dużym nasileniu. Szczegółowy procentowy rozkład przedstawia tabela 2.

Tabela 1. Subiektywna ocena natężenia bólu u pacjentów z przewlekłą chorobą internistyczną według skali VAS (n=200)

Subiektywna ocena natężenia bólu według skali VAS																					
Brak bólu		Ból łagodny						Ból o umiarkowanym nasileniu						Ból o dużym nasileniu							
0		1		2		3		4		5		6		7		8		9		10	
n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
2	16,00	9	4,50	13	6,50	23	11,50	24	12,00	43	21,50	23	11,50	21	10,50	8	4,00	4	2,00	0	0,00
16%		22,50%						45%						16,50%							

Średnia ocena nasilenia bólu w badanej grupie pacjentów wynosiła $4,00 \pm 2,47$ (Me=4,00). Chorzy z przewlekłym zapaleniem trzustki, chorobą układową (RZS, SLE) oraz osteoporozą odczuwali istotnie bardziej nasilony ból w porównaniu z badanymi z chorobą wrzodową żołądka lub dwunastniczy lub z nieswoistym zapaleniem jelit. Stwierdzone różnice były istotne statystycznie na poziomie $p < 0,0001$. W dalszej analizie wielokrotnych porównań istotne różnice w nasileniu bólu stwierdzono pomiędzy chorymi z chorobą układową a chorymi z nieswoistym zapaleniem jelit ($p=0,001$), a także pomiędzy chorymi z chorobą układową a chorymi z chorobą wrzodową ($p=0,0002$) oraz pomiędzy chorymi z chorobą wrzodową a badanymi z przewlekłym zapaleniem trzustki, ($p=0,01$).

Strategie radzenia sobie z bólem badanych na podstawie Kwestionariusza CSQ

Strategia odwracania uwagi

Odwracanie uwagi, koncentrowanie się na zadaniach i podejmowanie czynności zastępczych to jedna z najbardziej korzystnych strategii w radzeniu sobie z bólem.

Zachowania jakie podejmowały badane osoby próbując radzić sobie z bólem prezentuje tabela 3.

Tabela 3. Procentowy rozkład zachowań badanych w strategii odwracania uwagi (n=200)

Nr twierdzenia	Treść twierdzenia	Nigdy tego nie robię (0 pkt.)		Czasami robię (1-5 pkt.)		Zawsze to robię (6 pkt.)	
		n	%	n	%	n	%
3	Staram się myśleć o czymś przyjemnym	12	6,00	117	58,50	71	35,50
9	W myślach zaczynam liczyć lub nucić jakąś piosenkę	59	29,50	115	57,50	26	13,00
12	Rozwiązuję łamigłówki, aby nie myśleć o bólu	51	25,50	119	59,50	30	15,00
26	Odtwarzam w myślach przyjemne chwile z przeszłości	47	23,50	109	54,50	44	22,00
27	Myślę o ludziach, z którymi przyjemnie mi się współpracuje	47	23,50	109	54,50	44	22,00
38	Myślę o rzeczach, które sprawiają mi przyjemność	13	6,50	125	62,50	62	31,00

Średnio 23% badanych (13-35,5%) zawsze podejmowała czynności zastępcze, odwracające uwagę od bólu starając się przywoływać myśli i chwile, które były przyjemne, a ponad połowa badanych czynności te praktykowała czasami (54,5-62,5%). Co piąty badany w ogóle nie podejmował czynności zastępczych w walce z bólem.

Strategia przewartościowania doznań bólowych

Strategia ta uznawana jest za neutralną ponieważ nie ma ani negatywnego ani pozytywnego wpływu na pacjenta, polega na unikaniu i tworzy styl poznawczego radzenia sobie z bólem. Jednak w chwili kiedy stosowanie strategii skoncentrowanej na zadaniach z jakiegoś powodu jest niemożliwe może być uznana za pozytywną [3]. Zachowania jakie stosowali badani szczegółowo przedstawia tabela 4.

Tabela 4. Procentowy rozkład zachowań badanych w strategii przewartościowania doznań bólowych (n=200)

Nr twierdzenia	Treść twierdzenia	Nigdy tego nie robię (0 pkt.)		Czasami robię (1-5 pkt.)		Zawsze to robię (6 pkt.)	
		n	%	n	%	n	%
1	Próbuję zdystansować się od bólu tak, jakby ból był w innym ciele	115	57,50	82	41,00	3	1,50
4	Nie myślę o nim jako o bólu, lecz raczej jako o monotonnym lub ciepłym doznaniu	138	69,00	52	26,00	10	5,00
10	Po prostu myślę o nim jako o innym odczuciu, takim jak np. zdętwienie	128	64,00	63	31,50	9	4,50
16	Staram się nie myśleć o nim, jako o moim ciele, a raczej jak o czymś poza mną	133	66,50	57	28,50	10	5,00
29	Wyobrażam sobie, że ból jest poza moim ciałem	140	70,00	50	25,00	10	5,00
41	Udaję, że ból nie jest częścią mnie	123	61,50	64	32,00	13	6,50

Większość badanych (57,5 – 70%) nigdy nie stosuje zachowań typowych dla tej strategii radzenia sobie z bólem. Oznacza to, iż nie są w stanie oddzielić bólu od własnego ciała czy też o nim nie myśleć. Zaś 25 – 41% badanych potrafi czasami oddzielić ból od własnego ciała i o nim nie myśleć. Tylko dla kilku procent badanych zachowania typowe dla tego stylu są zawsze stosowane.

Strategia katastrofizowania

Skupianie się na emocjach, szczegółowe analizowanie, wyolbrzymianie bólu czego skutkiem jest/staje się poczucie bezsilności, to zachowania typowe dla strategii katastrofizowania jako sposobie radzenia sobie z bólem. Takie zachowania zwiększają ryzyko

wystąpienia depresji. Strategia ta uważana jest jako skutek nieefektywnego radzenia sobie z bólem. Na ile badani stosowali tego typu zachowania prezentuje szczegółowo tabela 5.

Tabela 5. Procentowy rozkład zachowań badanych w strategii katastrofizowania (n=200)

Nr twierdzenia	Treść twierdzenia	Nigdy tego nie robię (0 pkt.)		Czasami robię (1-5 pkt.)		Zawsze to robię (6 pkt.)	
		n	%	n	%	n	%
5	To jest okropne i czuję, że nigdy nie będzie lepiej	28	14,00	118	59,00	54	27,00
11	To jest straszne i czuję, że mnie przygniata	25	12,50	112	56,00	63	31,50
13	Czuję, że moje życie jest nic nie warte	69	34,50	87	43,50	44	22,00
25	Cały czas się martwię, czy to się skończy	24	12,00	118	59,00	58	29,00
33	Czuję, że już dłużej go nie wytrzymam	26	13,00	128	64,00	46	23,00
37	Czuję, że dłużej już nie mogę	24	12,00	132	66,00	44	22,00

Od 22 – 31,5% badanych przejawia zachowania typowe dla strategii katastrofizowania nie radząc sobie z bólem. Średnio dla 16,3% (12 – 34,5%) badanych nigdy nie stosuje zachowań typowych dla tej strategii. Czasami ból uruchamia zachowania, które są najmniej pożądane dla organizmu u średnio 57,9% badanych.

Strategia ignorowania doznań bólowych

Jest ona jedną ze strategii neutralnych radzenia sobie z bólem obok strategii przewartościowywania doznań bólu czy deklarowania radzenia sobie. Zachowania te szczegółowo prezentuje tabela 6.

Tabela 6. Procentowy rozkład zachowań badanych w strategii ignorowania doznań bólowych (n=200)

Nr twierdzenia	Treść twierdzenia	Nigdy tego nie robię (0 pkt.)		Czasami robię (1-5 pkt.)		Zawsze to robię (6 pkt.)	
		n	%	n	%	n	%
17	Nie myślę o bólu	74	37,00	109	54,50	17	8,50
19	Wmawiam sobie, że to nie ból	48	24,00	117	58,50	35	17,50
21	W ogóle nie zwracam na niego uwagi	81	40,50	109	54,50	10	5,00
24	Udaję, że mnie nie boli	77	38,50	113	56,50	10	5,00
30	Po prostu postępuję tak, jakby się nic nie stało	44	22,00	123	61,50	33	16,50
35	Lekceważę go	92	46,00	102	51,00	6	3,00

Średnio 34,6% (22 – 46%) badanych nie jest w stanie zlekceważyć bólu, udaje się to czasami od 51 – 58,5% badanych. Tylko od 3 -17,5% zawsze się to udaje. Warto zauważyć, że bólu silnego nie da się zlekceważyć, a takiego doświadczało 16,5% badanych, bólu łagodnego doświadczało 22,5% badanych, taki ból można zlekceważyć.

Strategia modlenia się/pokładania nadziei

Ta strategia obok katastrofizowania należy do najmniej pożądaných strategii, która głównie skupia się na emocjach i zwiększa ryzyko wystąpienia depresji. Szczegółowy procentowy rozkład zachowań typowych dla tej strategii przedstawia tabela 7.

Tabela 7. Procentowy rozkład zachowań badanych w strategii modlenia się/pokładania nadziei (n=200)

Nr twierdzenia	Treść twierdzenia	Nigdy tego nie robię (0 pkt.)		Czasami robię (1-5 pkt.)		Zawsze to robię (6 pkt.)	
		n	%	n	%	n	%
14	Wiem, że pewnego dnia ktoś przyjdzie mi z pomocą i ból chociaż na chwilę minie	26	13,00	85	42,50	89	44,50
15	Modłę się, aby to nie trwało długo	15	7,50	113	56,50	72	36,00
18	Próbuję wybiegać myślami w przyszłość i myśleć o tym jak to będzie, gdy pozbędę się bólu	27	13,50	122	61,00	51	25,50
22	Wierzę w lekarzy, że pewnego dnia będzie lekarstwo na mój ból	17	8,50	88	44,00	94	47,00
28	Modłę się, żeby przestało boleć	14	7,00	118	59,00	68	34,00
36	Polegam na swojej wierze w Boga	23	11,50	122	61,00	55	27,50

Analiza badań ukazała, iż 25,5 -47% badanych zawsze przejawia zachowania, które mogą być lub są poczuciem bezsilności. Czasami takie zachowania stosuje średnio 54% badanych. Co piąty badany nigdy nie stosuje zachowań typowych dla tej strategii.

Strategia deklarowania radzenia sobie

Strategia ta należąca do strategii neutralnych obok strategii przewartościowywania doznań bólu i ignorowania doznań tworzy styl poznawczego radzenia sobie z bólem. Zachowania jakie przejawiały badane osoby przedstawia tabela 8.

Tabela 8. Procentowy rozkład zachowań badanych w strategii deklarowania radzenia sobie (n=200)

Nr twierdzenia	Treść twierdzenia	Nigdy tego nie robię (0 pkt.)		Czasami robię (1-5 pkt.)		Zawsze to robię (6 pkt.)	
		n	%	n	%	n	%
6	Wmawiam sobie, że jestem dzielny i nie przerywam swoich czynności pomimo bólu	11	5,50	123	61,50	66	33,00
8	Wmawiam sobie, że potrafię pokonać ten ból	22	11,00	117	58,50	61	30,50
20	Mówię sobie, że nie pozwolę, aby ból uniemożliwił mi robienie tego, co muszę	7	3,50	115	57,50	78	39,00
23	Bez względu na to, jak jest źle, wiem, że sobie z nim poradzę	11	5,50	120	60,00	69	34,50
31	Traktuję go jako wyzwanie i nie pozwalam, by mnie dręczył	22	11,00	134	67,00	44	22,00
32	Chociaż mnie boli, ja po prostu robię to, co robiłem	15	7,50	114	57,00	71	35,50

Strategia zwiększonej aktywności behawioralnej

Strategia ta związana jest ze zwiększoną aktywnością behawioralną. Procentowy rozkład takiej aktywności przedstawia tabela 9.

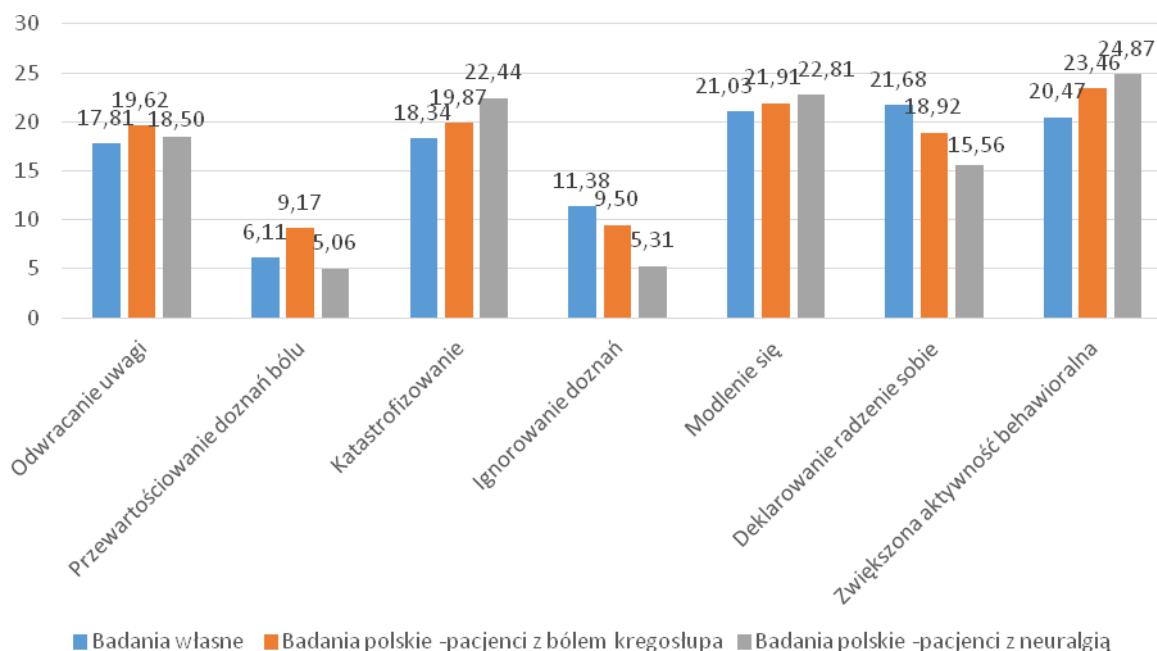
Tabela 9. Procentowy rozkład zachowań badanych w strategii zwiększonej aktywności behawioralnej (n=200)

Nr twierdzenia	Treść twierdzenia	Nigdy tego nie robię (0 pkt.)		Czasami robię (1-5 pkt.)		Zawsze to robię (6 pkt.)	
		n	%	n	%	n	%
2	Wychodzę z domu i zajmuję się czymś, np. idę do kina lub na zakupy	41	20,50	110	55,00	49	24,50
7	Zajmuję się czytaniem	46	23,00	118	59,00	36	18,00
34	Staram się przebywać wśród innych ludzi	37	18,50	126	63,00	37	18,50
39	Robię cokolwiek, aby nie myśleć o bólu	2	1,00	122	61,00	76	38,00
40	Robię to, co lubię, np. oglądam telewizję lub słucham muzyki	11	5,50	107	53,50	82	41,00
42	Robię coś, co wymaga aktywności, na przykład wykonuję różne prace domowe	14	7,00	102	51,00	84	42,00

Ponad połowa badanych (51 – 63%) badanych czasami przejawia zwiększoną aktywność behawioralną, nigdy tego nie robi co czwarty badany. Zawsze zwiększoną aktywność behawioralną przejawia co trzeci badany.

W wyniku przeprowadzonych badań stwierdzono, że badani najczęściej w walce z bólem stosowali strategię: deklarowanie radzenia sobie, zwiększoną aktywność behawioralną oraz modlenie się, natomiast w mniejszym stopniu stosowani odwracanie uwagi, katastrofizowanie, ignorowanie doznań i przewartościowanie doznań bólu.

Uzyskane wyniki z badań własnych były zbliżone do wyników uzyskanych w badaniach normalizacyjnych opartych na grupie pacjentów z bólami kręgosłupa oraz neuralgią. W badaniach własnych pacjenci z przewlekłymi chorobami internistycznymi w większym stopniu w walce z bólem stosowali strategię: deklarowania radzenia sobie oraz ignorowania doznań w porównaniu z pacjentami z bólami kręgosłupa lub neuralgią. (ryc. 1).



Ryc. 1. Rozkład ankietowanych z uwzględnieniem porównania wyników własnych z wynikami normalizacyjnymi

W wyniku przeprowadzonej analizy korelacji stwierdzono istotny związek nasilenia bólu z takimi strategiami walki z bólem jak: ignorowanie doznań ($R=-0,18$), modlenie się ($R=-0,15$), deklarowanie radzenie sobie ($R=-0,40$) oraz zwiększona aktywność behawioralna ($R=-0,19$). Większe nasilenie bólu wpływało na mniejsze pokładanie nadziei w zwalczeniu bólu przez stosowanie tych strategii.

Do dalszej analizy statystycznej strategię radzenia sobie z bólem zgrupowano zgodnie z badaniami normalizacyjnymi w trzy style 1. poznawcze radzenie sobie (przewartościowanie doznań bólu, ignorowanie doznań, deklarowanie radzenia sobie), 2. odwracanie uwagi i podejmowanie czynności zastępczych (odwracanie uwagi, zwiększenie aktywności behawioralnej), 3. katastrofizowanie i poszukiwanie nadziei (katastrofizowanie, modlenie się). Wyodrębnione czynniki są w związku z trzema podstawowymi stylami radzenia sobie ze stresem: skoncentrowanym na zadaniu, na unikaniu oraz na emocjach.

Z przeprowadzanych badań wynika, że badani radzili sobie z bólem w największym stopniu stosując styl: odwracanie uwagi i podejmowanie czynności zastępczych oraz katastrofizowanie i poszukiwanie nadziei, zaś w mniejszym stopniu stosowali poznawcze radzenie sobie.

Chorzy z nieswoistym zapaleniem jelit oraz chorobą wrzodową w nieznacznie większym stopniu stosowali poznawcze radzenie sobie oraz odwracanie uwagi i

podejmowanie czynności zastępczych jako sposób walki z bólem niż badani z innymi schorzeniami. Styl katastrofizowania i pokładania nadziei był w większym stopniu stosowany przez badanych z przewlekłym zapaleniem trzustki i chorobą układową.

Badani, którzy chorowali poniżej 1 roku w istotnie większym stopniu w walce z bólem stosowali styl poznawczego radzenia sobie z bólem w porównaniu z chorymi leczonymi od 1 do 5 lat lub ponad 5 lat. Stwierdzone różnice były istotne statystycznie, ($p=0,04$).

Analiza statystyczna nie wykazała istotnych różnic istotnych w stylach radzenia sobie z bólem pomiędzy kobietami i mężczyznami, ($p>0,05$), oraz stanem cywilnym ($p>0,05$).

Styl katastrofizowania i poszukiwania nadziei istotnie częściej był stosowany przez ankietowanych z wykształceniem podstawowym i zawodowym niż ze średnim lub wyższym, ($p=0,0002$) oraz przez bezrobotnych oraz będących na rencie lub emeryturze niż przez osoby pracujące lub uczące się, ($p=0,0001$).

Ocena kontroli i zdolności zmniejszania bólu w badanej grupie pacjentów

Kwestionariusz CSQ pozwala także ocenić stopień opanowania bólu, jak również umiejętność zmniejszania natężenia bólu w subiektywnej ocenie badanych. Ta część kwestionariusza podlega oddzielnej interpretacji. Badani dokonywali oceny na podstawie skali od 0 do 6 punktów.

Zgodnie z instrukcją zamieszczoną w kwestionariuszu w ocenie umiejętności panowania nad bólem ocena 0 oznaczała, że osoba badana nie panuje nad swoim bólem, 3 oznaczała, że częściowo panuje, natomiast ocena 6, że osoba w subiektywnej ocenie całkowicie panowała nad bólem. Analiza wyników oceny kontroli bólu wykazała, że znacznie większa część ankietowanych częściowo panowała nad bólem (90,50%), zaś tylko 6,50% badanych panowało całkowicie nad bólem i 3,00% nie panowało nad nim w ogóle.

Również w ocenie zdolności zmniejszania bólu wykorzystano skalę od 0 do 6, gdzie ocena 0 oznaczała, że badany w ogóle nie potrafi zmniejszyć bólu, 3 częściowo potrafi, natomiast 6 oznaczała, że całkowicie potrafi go zmniejszyć. Ankietowani najczęściej tylko częściowo potrafili zmniejszyć ból (89,50%), natomiast 7,50% całkowicie potrafiła go zmniejszyć i 3,00% nie potrafiła w ogóle zmniejszyć bólu.

Analiza statystyczna wykazała istotny związek pomiędzy kontrolą bólu a strategiami radzenia sobie z bólem z wyjątkiem strategii modlenie się. Korelacje przyjmowały wartości od $R=0,18$ do $R=0,37$. Większa kontrola bólu wpływa na radzenie sobie z bólem w większym stopniu poprzez: odwracanie uwagi, przewartościowanie doznań

bólu, ignorowanie doznań, deklarowanie radzenie sobie i zwiększoną aktywność behawioralna, natomiast w mniejszym stopniu jest stosowane katastrofizowanie.

Analiza statystyczna wykazała także istotny związek pomiędzy zdolnością zmniejszania bólu a strategiami radzenia sobie z bólem z wyjątkiem strategii modlenie się. Korelacje przyjmowały wartości od $R=0,15$ do $R=0,45$. Większa zdolność zwalczania bólu wpływa na radzenie sobie z bólem w większym stopniu poprzez: odwracanie uwagi, przewartościowanie doznań bólu, ignorowanie doznań, deklarowanie radzenie sobie i zwiększoną aktywność behawioralna, natomiast w mniejszym stopniu jest stosowane katastrofizowanie.

Dyskusja

Średnie natężenie bólu w badanej grupie wynosiło 4 pkt. w skali VAS. Zgodnie z zasadami interpretacji skali VAS ból o umiarkowanym nasileniu występuje od 4 do 6pkt. w tej skali. Bardzo zbliżone wyniki uzyskano w europejskich badaniach epidemiologicznych z 2002 roku, średnie natężenie bólu w tej grupie wynosiło 4,3 punkty w skali VAS [5]. W niniejszych badaniach można zauważyć również, że u pacjentów ze zdiagnozowanym przewlekłym zapaleniem trzustki, chorobą układową (RZS, SLE) oraz osteoporozą częściej występował ból o większym natężeniu, niż w pozostałych chorobach. Wyniki te można uznać za potwierdzenie opisu natężenia bólu w literaturze przedmiotu. Wzrost natężenia bólu w tych chorobach jest wynikiem postępu choroby, prowadzących do nieodwracalnych i postępujących zmian chorobowych. U pacjentów z chorobą układową stwierdzono średnie natężenie bólu wynoszące 5,06 pkt. w skali VAS. W badaniach Olewicz-Gawlik i Hrycaj [7]. dokonano również analizy średniego natężenia bólu. Z badań tych wynika, że u pacjentów z RZS wynosi ona 4,8 pkt. Potwierdza to, że w chorobach reumatologicznych występuje najczęściej ból o umiarkowanym natężeniu, który wpływa negatywnie na jakość życia badanych. U pacjentów, że zdiagnozowanymi nieswoistymi chorobami zapalnymi jelit można zauważyć, że w wyniku analizy statystycznej w dolnym kwadrancie jako jedynym pojawia się wartość 0, przypuszczalnie jest to związane z tym, że ból nie jest charakterystycznym objawem tych chorób. U chorych najczęściej występują uporczywe biegunki, gorączka czy utrata masy ciała [10]. Jednak średnie natężenie bólu w tej grupie było większe (3,25) niż u chorych z chorobą wrzodową (2,79).

Analiza statystyczna wykazała również, że to kobiety częściej podawały większe natężenie bólu z badanej grupie w chwili badania w porównaniu z mężczyznami. Różnice te było bliskie istotności statystycznej. W badaniach epidemiologicznych polskich z 2014 roku

nie stwierdzono istotności statystycznej między natężenie bólu a płcią [4]. Jednak w literaturze opisującej problematykę bólu można spotkać się z stwierdzeniem, że normą kulturową w niektórych kulturach jest to, że mężczyzna nie powinien okazywać cierpienie spowodowanego przez ból [2]. Co może wskazywać dlaczego uzyskane wartości są jedynie zbliżone istotności statystycznej.

Większość badanych oceniała, że częściowo panuje nad bólem, oraz częściowo potrafi go zmniejszyć. W badaniach na grupie pacjentów z chorobami zwyrodnieniowymi kręgosłupa, którzy zostali zakwalifikowani do zabiegu uzyskano bardzo zbliżone wyniki [11]. Mianowicie w badaniach własnych średnia wartość kontroli bólu wynosiła 2,96, w badaniach porównawczych wartość ta osiągnęła 3,25. Również wartość średniej oceny zdolność zmniejszania bólu były zbliżone. W badaniach własnych wartości te wynosiły 2,96, natomiast u pacjentów z chorobami kręgosłupa 3,10 [11].

Potwierdzono istotny związek między wykształceniem, aktywnością zawodową oraz między nasileniem dolegliwości bólowych, jak również między umiejscowieniem kontroli bólu a wyborem prezentowanej strategii.

Wyniki badań własnych dokonanych za pomocą Kwestionariusza CSQ, uzyskały podobne wartości w stosunku do badań normalizacyjnych. Wartościami odbiegającymi były strategie deklarowania radzenia sobie oraz Ignorowanie doznań, które w badaniach własnych były stosowane w większym stopniu [3].

Badania wykazały, że osoby z wykształceniem podstawowym i zawodowym częściej stosowali styl katastrofizowania i poszukiwania nadziei, w którego skład wchodzi strategie katastrofizowania oraz modlenie się, niż osoby z wykształceniem średnim i wyższym. W innych badaniach z wykorzystaniem Kwestionariusza CSQ również analiza wykazała, że osoby z wykształceniem wyższym rzadziej stosowały strategie katastrofizowania [1]. Strategie te wchodzi w styl katastrofizowania i poszukiwania nadziei, uznawany za przejaw nieradzenia sobie z bólem [8].

Badania wykazały również, że osoby bezrobotne oraz renciści i emeryci w wyższym stopniu stosowali Styl Katastrofizowania i poszukiwania nadziei od pozostałych badanych. Analiza innych badań z wykorzystaniem Kwestionariusza CSQ nie wykazała wpływu aktywności zawodowej na wybór prezentowanej strategii.

Analiza statystyczna wykazała istotny związek między nasileniem dolegliwości bólowych a strategiami walki z bólem jak: ignorowanie doznań, modlenie się jak również deklarowaniem radzenia sobie oraz zwiększoną aktywnością behawioralną. W literaturze nie znaleziono również analogicznych badań, do badań własnych.

Analiza wykazała, że im większa była nadzieja na zmniejszenie bólu przez lekarza tym w większym stopniu chorzy stosowali styl katastrofizowania i poszukiwania nadziei, u pacjentów, którzy uznali, że na kontrole bólu największy wpływ mają przypadkowe zdarzenia rzadziej występował styl poznawczego radzenia sobie. W literaturze również nie znaleziono badań analizujących wpływu natężenia bólu na wybór strategii radzenia sobie z bólem.

Wnioski

1. U pacjentów z przewlekłą chorobą internistyczną występował ból o umiarkowanym nasileniu.
2. Badania wykazały, że pacjenci oceniający własne umiejętności radzenia sobie z bólem twierdzili, że częściowo panują nad bólem oraz częściowo potrafią go zmniejszyć.
3. Najczęściej stosowanymi strategiami radzenia sobie z bólem w grupie pacjentów z przewlekłą chorobą internistyczną były strategie deklarowania radzenia sobie oraz modlenia się.
4. W wyniku przeprowadzonych badań stwierdzono istotny związek między nasileniem dolegliwości bólowych, wykształceniem, aktywnością zawodową badanych a wyborem prezentowanej strategii. Badania wykazały również związek istotny statystycznie między umiejscowieniem kontroli bólu a wyborem strategii radzenia sobie z bólem.

Bibliografia

1. Andruszkiewicz A., Wróbel B., Marzec A., Kocięcka A.: *Strategie radzenia sobie z bólem u pacjentów ze zmianami zwyrodnieniowymi stawu biodrowego* [W:] „Problemy Pielęgniarstwa” 2008, Tom 16, Nr 3, 237-240.
2. Jakubowska-Winecka A., Włodarczyk D.: *Psychologiczne aspekty choroby i chorowania* [W:] Jakubowska-Winecka A., Włodarczyk (red. nauk.). *Psychologia w praktyce medycznej*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL. Warszawa 2007; str. 108-125.
3. Juczyński Z.: *Narzędzia promocji i psychologii zdrowia*. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego. Warszawa 2012. (Wyd. 2). str.156 -161.

4. Kocot-Kępska M., Dobrogowski J., Zdziechowska K., Czyżak I.: *Ocena wyników badania ankietowego przeprowadzonego wśród osób cierpiących z powodu bólu przewlekłego*. [W:] „Ból” 2015, Tom 16, Nr.1, 9-19.
5. Kocot-Kępska M., Dobrogowski J.: *Ocena badań epidemiologicznych dotyczących bólu przewlekłego nienowotworowego prowadzonych w Europie w 2002 roku przez Mundipharma* [W:] „Ból” 2004, Tom 5, Nr 3, 18-24.
6. Krzyżak-Jankowicz M.: *Prawne i etyczne podstawy medycyny bólu*. [W:] „Ból” 2011, Tom 12, Nr 2, 34-40.
7. Olewicz-Gawlik A., Hrycaj P.: *Jakość życia chorych na reumatoidalne zapalenie stawów – badania własne i przegląd literatury* [W:] „Reumatologia” 2007, Tom 45, Nr 6, 346–349.
8. Unruh A.M., Henriksson C.: *Psychologiczne, środowiskowe i behawioralne aspekty odczuwania bólu*. [W:] Strong J (pod red.) Ból. Podręcznik dla terapeutów. Wydawnictwo DB PUBLISHING. Warszawa 2008. str. 67-81.
9. Walden-Gałuszko K.: *Psychoonkologia w praktyce klinicznej*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL. Warszawa 2011, str. 29-33.
10. Wojtuń S., Gil J., Szwed Ł., Dyrła P.: *Podstawowe objawy i różnicowanie nieswoistych chorób zapalnych jelit* [W:] „Pediatria i Medycyna Rodzinna” 2014, Tom 10, Nr 1, 61–66.
11. Zielazny P., Biedrowski P., Lezner M., Uzdrowska B., Błaszczak A., Zarzeczna-Baran M.: *Stopień akceptacji choroby, przekonania na temat kontroli bólu oraz strategie radzenia sobie z bólem wśród pacjentów zakwalifikowanych do zabiegu z powodu choroby zwyrodnieniowej kręgosłupa* [W:] „Postępy Psychiatrii i Neurologii” 2013, Tom 22, Nr 4, 251–258.