



Stopień akceptacji choroby, przekonania na temat kontroli bólu oraz strategie radzenia sobie z bólem wśród pacjentów zakwalifikowanych do zabiegu z powodu choroby zwyrodnieniowej kręgosłupa

Acceptance of illness, beliefs about pain control and coping strategies among patients scheduled for surgery for osteoarthritis of the spine

PAWEŁ ZIELAZNY¹, PRZEMYSŁAW BIEDROWSKI², MAŁGORZATA LEZNER²,
BARBARA UZDROWSKA, ANETA BŁASZCZYK, MARZENA ZARZECZNA-BARAN¹

1. Klinika Alergologii, Gdański Uniwersytet Medyczny, Gdańsk
2. Oddział Neurochirurgii, Pomorskie Centrum Traumatologii, Gdańsk

STRESZCZENIE

Cel. Choroby zwyrodnieniowe kręgosłupa (spondyloartroza) są poważnym problemem medycznym, psychologicznym i społecznym. Podstawowym objawem zwyrodnienia kręgosłupa jest ból, który wpływa na poziom akceptacji choroby oraz poziom kontroli bólu i strategie radzenia sobie z bólem. Celem badania było rozpoznanie oceny stopnia akceptacji choroby, oceny przekonań na temat kontroli bólu oraz strategii radzenia sobie z bólem wśród pacjentów zakwalifikowanych do planowego zabiegu z powodu chorób zwyrodnieniowych kręgosłupa.

Metoda. Badaniem objęto 60 pacjentów Oddziału Neurochirurgii Pomorskiego Centrum Traumatologii w Gdańsku. W badaniu wykorzystano następujące skale: „Skala akceptacji choroby” (AIS), „Kwestionariusz przekonań na temat kontroli bólu” (BPCQ), „Kwestionariusz strategii radzenia sobie z bólem” (CSQ).

Wyniki. Najwięcej osób badanych ujawniało przeciętną akceptację choroby. Najliczniejsza grupa badanych pacjentów uważa, że na odczuwany przez nich ból wpływ ma przede wszystkim personel medyczny. Strategiami radzenia sobie z bólem stosowanymi przez badanych najczęściej były modlitwa i pokładanie nadziei, a także deklaracje radzenia sobie. Badanie nie wykazało istotnego związku pomiędzy poziomem akceptacji choroby a umiejscowieniem kontroli bólu i strategiami radzenia sobie z bólem. Badanie ujawniło nieliczne powiązania pomiędzy strategiami radzenia sobie z bólem a cechami demograficznymi.

Wnioski. Sposób reagowania na ból ma subiektywne konsekwencje, np. decyduje o podjęciu lub odwlekanii leczenia, o poddaniu się zabiegom czy rehabilitacji. Dlatego ważne są dalsze badania subiektywnych odczuć pacjentów.

ABSTRACT

Objective. Degenerative diseases of the spine are a serious medical, psychological and social problem. The main symptom of spinal degeneration is pain, which affects the level of acceptance of the disease, the level of pain control and strategies for coping with pain. The aim of this study was to assess the degree of acceptance of the disease, as well as of beliefs about pain control and coping strategies among patients scheduled for elective surgery because of degenerative diseases of the spine.

Method. The study was conducted on 60 patients of the Pomeranian Neurosurgery Trauma Center in Gdansk. The study used the following scales: Acceptance of Illness Scale (AIS), The Beliefs about Pain Control Questionnaire (BPCQ), The Pain Strategies Questionnaire (CSQ).

Results and conclusions. Most of the subjects presented an average acceptance of the disease. The largest group of patients believed that the pain they felt was mainly influenced by medical personnel. Among the respondents, the most common strategy for dealing with their pain was praying and hoping, and a declaration that they were coping. The study showed no significant relationship between the level of acceptance of the disease and the locus of control of pain and strategies for coping with it. It also revealed very few links between strategies of coping with pain and demographic variables.

Słowa kluczowe: ból / akceptacja choroby / kontrola bólu / radzenie sobie z bólem / choroba zwyrodnieniowa kręgosłupa

Key words: pain / acceptance of illness / pain control / coping with pain / spondyloarthritis

Bóle kręgosłupa są jedną z najczęstszych przyczyn zgłoszeń do lekarza pierwszego kontaktu. Ocenia się, że około 70% osób po 30 roku życia przynajmniej raz doświadczyło dolegliwości bólowych kręgosłupa. Spondyloza jest chorobą kompleksową obejmującą całą jednostkę ruchową kręgosłupa (*discovertebral unit, disco-somatic unit*), na którą składają się: krążki międzykręgowy, trzony kręgowy, stawy międzykręgowy, więzadła żółte, więzadła podłużne. Zmiany zwyrodnieniowe rozpoczynają się zwykle od krążka międzykręgowego, następnie zajmują blaszki graniczne i przylegające części trzonów kręgowych, po czym stopniowo obejmują pozostałe struktury segmentu ruchowego. Typowe zmiany zwyrodnieniowe w stawach to: pogrubienie kształtu stawów, tarcie lub trzaski w stawie przy ruchu, ograniczenie zakresu ruchu w stawie, ból przy obciążaniu stawów, brak zeszywnienia stawów, zanik mięśni. Zmiany w odcinku lędźwiowym występują najczęściej na poziomie L4-L5 i L5-S1.

Choroba zwyrodnieniowa kręgosłupa jest poważnym problemem medycznym, psychologicznym i społecznym, dlatego też w polskim Narodowym Programie Zdrowia na lata 2007–2015 jednym ze strategicznych celów (cel nr 5) jest „zmniejszenie przedwczesnej zachorowalności i ograniczanie negatywnych skutków przewlekłych schorzeń układu kostno-stawowego”, w tym również chorób zwyrodnieniowych kręgosłupa.

Chory somatycznie doświadcza wielu negatywnych emocji, trudności i ograniczeń spowodowanych chorobą. Choroba wpływa na dotychczasowy styl życia, zagraża podstawowym wartościom i życiu człowieka, pełnieniu ról społecznych a także posiadanej koncepcji świata i własnej tożsamości. Zakłóca równowagę między zadaniami dotychczas realizowanymi a aktualnymi możliwościami człowieka [1, 2].

Choroba jest przez pacjentów bardzo różnie interpretowana: raz jako bardzo poważna przeszkoda, która utrudnia lub wręcz uniemożliwia realizację zaplanowanych ważnych zadań, a niekiedy tylko jako niedefiniowalna „strata”, niewygodna czy uciążliwość. W zależności od tego, jak dany człowiek traktuje swoją chorobę, taką też przyjmuje postawę wobec jej leczenia. W tym kontekście niezmiernie istotne staje się przystosowanie do nowej sytuacji życiowej, zdrowotnej i społecznej, a kluczowym czynnikiem w tym procesie jest „akceptacja” swego losu. Tak pojęta akceptacja jest niejako wyznacznikiem sposobu funkcjonowania w chorobie. Im wyższy stopień akceptacji, tym lepsze przystosowanie i mniejsze nasilenie negatywnych emocji [3, 4]. Pacjenci, którzy akceptują chorobę, automatycznie wykazują optymistyczne, pełne nadziei

podejście do życia, zaufanie do lekarzy, do metod leczenia a także biorą aktywny udział w terapii [5].

Ból według Międzynarodowej Organizacji Bólu to „nieprzyjemne doświadczenie czuciowe i emocjonalne związane z rzeczywistym lub potencjalnym uszkodzeniem tkanek lub opisywane, jako takie uszkodzenie”. Z kolei, według Wielkiego Słownika Medycyny, ból może oznaczać cierpienie fizyczne będące efektem podrażnienia zakończeń nerwowych lub też negatywny stan emocjonalny o dużej sile. W obu definicjach zwraca się uwagę na wpływ innych, pozafizycznych, czynników będących istotnym elementem postrzegania zjawiska bólu. Do czynników o charakterze psychologicznym należą m.in. przekonania na temat kontroli bólu oraz umiejętności stosowania technik zmniejszających percepcję bólu [6].

Poczucie kontroli wiąże się z poczuciem sprawstwa oraz możliwości wpływu na własne życie i otoczenie. Konstrukty ten może mieć charakter zewnętrzny lub wewnętrzny. Osoby o zewnętrznym poczuciu kontroli wykazują tendencję do ulegania wpływom i naciskom z zewnątrz, są przekonane, że nie mają wpływu na sytuacje i wydarzenia, odczuwają bezradność, obniżony nastrój, pogarsza im się samopoczucie [6]. Chorobę traktują jako nieszczęście. Takie postrzeganie bólu prowadzi do przyjmowania postawy pasywnej. Postawa taka negatywnie wpływa na skuteczną kontrolę bólu i w efekcie zwiększa natężenie odczuwanego dyskomfortu psychicznego. Osoby, które wykazują wewnętrzne poczucie kontroli cechuje przekonanie, że to od nich zależy ich życie, biorą odpowiedzialność za własne działania i decyzje. Takie przekonanie wpływa na zmniejszenie poziomu odczuwanego stresu związanego z bólem oraz na wzrost tolerancji na ból. U tych pacjentów zaznacza się tendencja do lepszego radzenia sobie z bólem, lepszej współpracy z personelem medycznym [6].

Wraz z rozwojem wiedzy medycznej i psychologicznej związanej z bólem wzrasta także ilość technik umożliwiających jego kontrolę. Wyróżnić tu można następujące techniki: farmakologiczne, modulacji sensorycznej oraz oddziaływania psychologiczne. Najczęstszą formą walki z bólem jest farmakoterapia. Zdarzają się jednak przypadki, że leki przeciwbólowe nie przynoszą oczekiwanych efektów lub też znacząco obniżają sprawność funkcjonowania pacjenta [7]. W takim przypadku stosuje się modulację sensoryczną (np. blokowanie dróg, którymi bodźce bólowe docierają do mózgu, terapia fizykalna, stymulacja punktów spustowych, itp.). Wśród skutecznych metod psychologicznych można wymienić: relaksację, biofeedback, terapię poznawczo-behawioralną.

CEL

Celem badania było rozpoznanie oceny stopnia akceptacji choroby, oceny przekonań na temat kontroli bólu oraz strategii radzenia sobie z bólem wśród pacjentów zakwalifikowanych do planowego zabiegu z powodu choroby zwyrodnieniowej kręgosłupa i oczekujących na zabieg na oddziale neurochirurgii. Postawiono następujące pytania badawcze: (1) Jaki jest subiektywny poziom akceptacji stanu chorobowego pacjentów? (2) Jakie są indywidualne przekonania pacjentów na temat kontroli bólu? (3) Jakie są najczęściej stosowane przez pacjentów strategie radzenia sobie z bólem? (4) W jakim stopniu akceptacja własnej choroby wpływa na kontrolę bólu oraz strategię radzenia sobie z bólem? (5) Czy na poziom akceptacji choroby i bólu mają wpływa czynniki demograficzne (płeć, wiek, wykształcenie)?

OSOBY BADANE

Badanie zostało przeprowadzone w roku 2012 na Oddziale Neurochirurgii Pomorskiego Centrum Traumatologii w Gdańsku. Objęto nim 60 pacjentów ze zdiagnozowaną chorobą zwyrodnieniową kręgosłupa, oczekujących na zabieg chirurgiczny. Ankietowane osoby zostały poinformowane o celu badań, o anonimowości kwestionariuszy oraz sposobie ich wypełniania.

METODA

Pacjenci wypełniali ankiety samodzielnie, jeden dzień przed zabiegiem. Wykorzystano następujące narzędzia.

„Skala akceptacji choroby” (AIS, *Acceptance of Illness Scale*) została przygotowana przez Felton i wsp. (1984) z Center for Community Research and Action, Department of Psychology, New York University, a zaadaptowana w Polsce przez Juczyńskiego. Zawiera osiem stwierdzeń opisujących negatywne konsekwencje złego stanu zdrowia. Konsekwencje te sprowadzają się do uznania ograniczeń narzuconych przez chorobę, braku samowystarczalności, poczucia zależności od innych osób i obniżonego poczucia własnej wartości. Akceptacja choroby przejawia się w mniejszym nasileniu negatywnych reakcji i emocji związanych z aktualną chorobą. Badany określa swój aktualny stan w 5-stopniowej skali od zdecydowanie zga-

dzam się (1), do zdecydowanie nie zgadzam się (5). Suma punktów jest miarą stopnia akceptacji choroby (zakres: 8–40 punktów). Niski wynik oznacza brak akceptacji i niższe poczucie własnej wartości. Wysoki wynik świadczy o akceptacji własnego stanu chorobowego i braku negatywnych emocji związanych z chorobą. Rzetelność polskiej skali określona współczynnikiem Cronbacha wynosi $\alpha=0,82$, a trafność teoretyczna wyjaśnia 49% wariancji całkowitej [3].

„Kwestionariusz przekonań o kontroli bólu” (BPCQ, *The Beliefs about Pain Control Questionnaire*) jest skalą opracowaną przez Skevington (1990), w polskiej adaptacji Juczyńskiego. BPCQ jest przeznaczony do grupowego i indywidualnego badania osób dorosłych, chorych, uskarżających się na ból. Składa się z 13 stwierdzeń wchodzących w skład trzech czynników, które oceniają siłę indywidualnych przekonań dotyczących kontrolowania bólu: osobiście (czynniki wewnętrzne), poprzez wpływ lekarzy (siły innych), czy też poprzez zdarzenia przypadkowe. Rzetelność dla całej skali oceniana współczynnikiem α Cronbacha=0,75. Trafność wersji polskiej nie odbiega od oryginalnej [3].

„Kwestionariusz strategii radzenia sobie z bólem” (CSQ, *The Pain Strategies Questionnaire*) skonstruowany przez Rosenstiel i Keefe, w polskiej adaptacji Juczyńskiego. Służy do oceny strategii radzenia sobie z bólem i ich skuteczności opanowywania i obniżania bólu. Sposoby radzenia sobie z bólem odzwierciedlają sześć strategii poznawczych oraz jedną behawioralną, które z kolei wchodzi w skład 3 czynników, czyli: aktywnego radzenia sobie (przewartościowanie doznań bólu, ignorowanie doznań, deklarowanie radzenia sobie); odwracania uwagi i podejmowania czynności zastępczych (odwracanie uwagi i zwiększona aktywność behawioralna), katastrofizowanie i poszukiwania nadziei. Rzetelność oceniana współczynnikiem α Cronbacha=0,80. Porównanie wyników CSQ z BPCQ potwierdza trafność teoretyczną [3].

Analizy statystyczne zostały wykonane przy użyciu programu SPSS.

WYNIKI

W badaniu wzięło udział 60 osób (w tym 40 kobiet i 20 mężczyzn), w wieku od 22 do 77 lat ($M=47,26$; $SD=12,48$). Prawie połowa osób miała wykształcenie średnie (44,1% – 26 badanych), 17 osób posiadało wykształceniem wyższym, 14 zawodowe, 1 osoba podstawowe oraz 1 osoba niepełne wyższe.

Subiektywny poziom akceptacji choroby

Kwestionariusz AIS wypełniło 60 osób badanych, jednakże 2 testy wypełnione zostały niekompletnie. W analizie uwzględniono więc 58 osób.

Tabela 1. Ogólna ocena akceptacji choroby

Table 1. Overall evaluation of the acceptance of illness

Poziom akceptacji choroby	Liczba N = 58	%
Brak	5	8,6
Srednia	31	55,2
Dobra	22	36,2

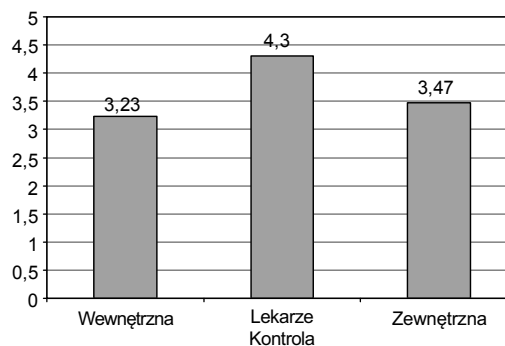
Wykazano istotne różnice liczebności grup o różnym poziomie akceptacji choroby ($\chi^2(2)=19,07$; $p<0,001$). Najwięcej osób badanych ujawniało przeciętną akceptację choroby, ponad 1/3 dobrą akceptację. Jeden na 12 badanych wykazywał brak akceptacji (mniej niż 19 punktów).

Wielowymiarowa analiza wariancji (MANOVA) wykazała występowanie istotnych różnic między odpowiedziami na poszczególne pytania – $F(7;51)=4,62$; $p<0,001$; $\eta^2=0,39$. Najwyższy poziom akceptacji choroby pacjenci wykazywali w pytaniu dotyczącym stanu zdrowia i samowystarczalności oraz zakłopotaniu innych i poczuciu bycia niepotrzebnym. Najniższą akceptację zaś w aspekcie dotyczącym zależności od innych oraz niemożności wykonywania czynności, które się lubi.

Przekonania pacjentów na temat kontroli bólu

Aby uzyskać odpowiedź na pytanie, czy osoby badane uważają ból za zjawisko, które jest zależne

od ich kontroli wewnętrznej, od wpływu lekarzy czy też od losu, przeprowadzono analizę ANOVA z powtarzanym pomiarem (ryc. 1).



Rycina 1. Przekonania dotyczące kontroli bólu

Fig. 1. Beliefs about pain control

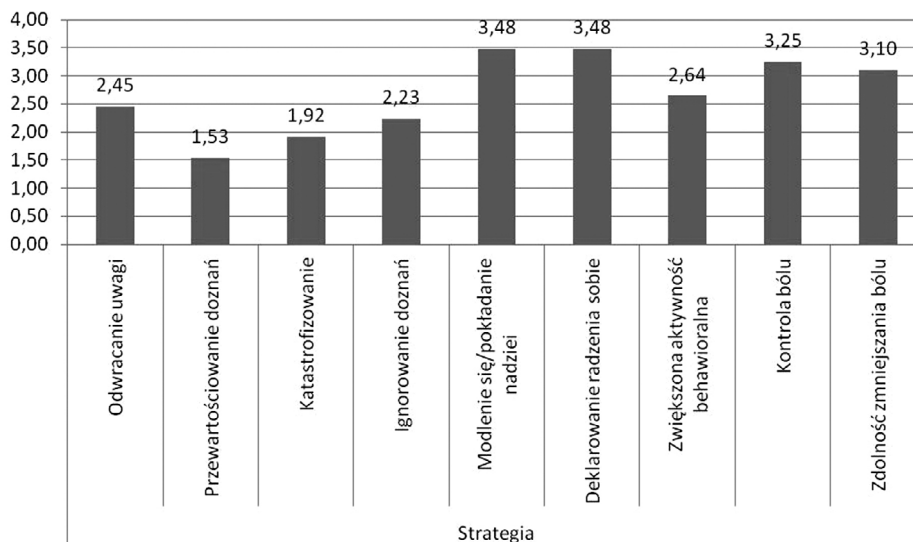
Testowany model okazał się istotny statystycznie: $F(2;58)=27,77$; $p<0,001$; $\eta^2=0,489$. Oznacza to, że osoby badane przykładają różną wagę do przekonań dotyczących możliwości wpływu na doświadczenia bólowe. Porównania parami wskazały, iż najwyższą wagę osoby badane przypisywały wpływowi lekarzyna doświadczany przez nie ból ($M=4,30$; $SD=1,02$) – istotna różnica z kontrola zewnętrzną ($p<0,001$) oraz wewnętrzną ($p<0,001$). Potwierdza to hipotezę, że pacjenci przed zabiegiem chirurgicznym ujawniają silniej przekonanie o wpływie lekarzy/personelu na doświadczenia bólowe. Różnicy nie odnotowano natomiast między siłą przekonań dotyczących kontroli wewnętrznej oraz zewnętrznej ($p>0,05$).

Tabela 2. Odpowiedzi na pytania o akceptację choroby – kwestionariusz AIS

Table 2. Responses to the questions regarding the acceptance of illness – the AIS Questionnaire

Ocena	Twierdzenia kwestionariusza AIS															
	1		2		3		4		5		6		7		8	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Zdecydowanie zgadzam się	8	13,79	12	20,69	7	11,86	10	16,95	2	3,39	9	15,25	5	8,47	6	10,17
Zgadzam się	11	18,97	15	25,86	7	11,86	17	28,81	6	10,17	4	6,78	7	11,86	7	11,86
Trudno powiedzieć	24	41,38	8	13,79	9	15,25	12	20,34	12	20,34	11	18,64	9	15,25	6	10,17
Nie zgadzam się	11	18,97	15	25,86	16	27,12	10	16,95	14	23,73	12	20,34	11	18,64	14	23,73
Zdecydowanie nie zgadzam się	4	6,9	8	13,79	20	33,9	10	16,95	25	42,37	23	38,98	27	45,76	26	44,07

1 – Mam kłopoty z przystosowaniem się do ograniczeń narzuconych przez chorobę, 2 – Z powodu swojego stanu zdrowia nie jestem w stanie robić tego, co najbardziej lubię, 3 – Choroba sprawia, że czasem czuję się niepotrzebny, 4 – Problemy ze zdrowiem sprawiają, że jestem bardziej zależny od innych niż tego chce, 5 – Choroba sprawia, że jestem ciężarem dla swojej rodziny i przyjaciół, 6 – Mój stan zdrowia sprawia, że nie czuję się pełnowartościowym człowiekiem, 7 – Nigdy nie będę samowystarczalnym w takim stopniu, w jakim chciałbym być, 8 – Myślę, że ludzie przebywający ze mną są często zakłopotani z powodu mojej choroby.



Rycina 2. Sposoby radzenia sobie z bólem – CSQ (wartości usrednione dla kazdej strategii)
Fig. 2. Strategies of coping with pain – CSQ (mean values for each strategies)

Strategie radzenia sobie z bólem

Aby wskazać najczęściej stosowane przez osoby badane strategie radzenia sobie z bólem wykonano analizę MANOVA (ryc. 2), która wykazała występowanie różnic częstości stosowania poszczególnych strategii $F(8;52)=29,13; p<0,001$.

W dalszej części analizy wykonano porównania parami z poprawką Sidaka. Najczęściej osoby badane wykorzystywały modlenie się/pokładanie nadziei oraz deklarowały radzenie sobie z bólem, wskazywały na możliwość kontroli bólu oraz zdolność zmniejszania bólu. Najrzadziej wskazywały na przewartościowywanie doznań oraz katastrofizowanie. Pozostałe strategie wykorzystywano z podobnym natężeniem.

Zakładano, że większa akceptacja choroby przez pacjenta koreluje pozytywnie z wyższym poziomem postrzeganej kontroli wewnętrznej. Analiza nie wykazała jednak występowania istotnego związku między tymi zmiennymi.

Analiza korelacji (r Pearsona) nie wykazała związku akceptacji choroby z takimi zmiennymi socjodemograficznymi, jak wiek, płeć, wykształcenie ($p>0,05$).

Tabl. 3 ukazuje zestawienie wyników analogicznej analizy dla umiejscowienia kontroli bólu ($N=58$). Osoby z wyższym wykształceniem rzadziej wskazywały na znaczący wpływ lekarzy na odczuwanie bólu. Podobną tendencję (poziom trendu) zaobserwowano również u mężczyzn.

Analiza związku między strategiami radzenia sobie z bólem a zmiennymi socjodemograficznymi (tabl. 4) sugeruje, że im starszy wiek, tym częściej radząc sobie z bólem, pacjenci stosują strategie aktywności behawioralnej, natomiast im wyższe wykształcenie, tym rzadziej wykazują skłonność do katastrofizowania.

Tabela 3. Związki pomiędzy zmiennymi demograficznymi a umiejscowieniem kontroli bólu ($N=58$)

Table 3. Relations between the demographic variables and pain locus of control ($N=58$)

Umiejscowienie kontroli bólu	Wiek (r Pearsona)	Płeć (r Pearsona)	Wykształcenie (ρ Spearmana)
Wewnętrzne	0,116	-0,112	0,183
Wpływ lekarzy	0,142	0,243 ^T	-0,386 ^{**}
Przypadkowe zdarzenia	0,061	0,100	-0,210

korelacja istotna na poziomie: ^{**} $p<0,01$; ^T – trend statystyczny

Tabela 4. Strategie radzenia sobie z bólem w zależności od czynników demograficznych ($N=56$)

Table 4. Correlation between pain coping strategies and demographic variables ($N=56$)

Strategia	Wiek (r Pearsona)	Płeć (r Pearsona)	Wykształcenie (ρ Spearmana)
Odwracanie uwagi	0,256 ^T	0,026	-0,109
Przewartościowanie doznań	0,12	-0,039	0,098
Katastrofizowanie	0,021	-0,011	-0,533 ^{***}
Ignorowanie doznań	0,095	-0,053	0,003
Modlenie się/pokładanie nadziei	0,223	0,016	-0,268 [*]
Deklarowanie radzenia sobie	0,152	0,007	-0,104
Zwiększona aktywność behawioralna	0,280 [*]	-0,195	-0,092
Kontrola bólu	-0,157	0,059	0,153
Zdolność zmniejszania bólu	-0,185	-0,059	0,123

korelacja istotna na poziomie: ^{*} $p<0,05$; ^{**} $p<0,01$; ^{***} $p<0,001$; ^T – trend statystyczny

DYSKUSJA

Przedstawione badanie wykazało, że zdecydowana większość pacjentów z chorobą zwyrodnieniową kręgosłupa tuż przed zabiegiem neurochirurgicznym w mniejszym bądź większym stopniu akceptuje swoją chorobę. Tylko 8,6% badanych nie akceptuje swojego schorzenia, natomiast ponad połowa (55%) akceptuje chorobę na poziomie przeciętnym. Tak wysoka przeciętna akceptacja może być spowodowany faktem oczekiwania na zabieg medyczny mający poprawić jakość życia pacjenta. Osoby były badane dzień przed zabiegiem i prawdopodobnie miały duże oczekiwania co do jego skuteczności. Pozytywne myślenie na temat przyszłości mniej obciążonej bólem fizycznym mogło wpłynąć na postrzeganie choroby. Uzyskane wyniki są zgodne z badaniami innych autorów przeprowadzonych wśród pacjentów z chorobami kręgosłupa (m.in. Juczyński, 2001). Wyniki różnią się natomiast od badań przeprowadzonych tą samą skalą wśród pacjentów z innymi chorobami. Badania zespołu Karnamatyjaszek wśród pacjentów z jaskrą wskazały, że poszczególne stopnie akceptacji choroby (słaba, średnia, dobra) dotyczą pacjentów jaskrowych w takim samym zakresie, tzn. obejmują po około 30% chorych. Oznacza to, że około 1/3 osób obarczonych jaskrą źle toleruje swoją chorobę [5]. W badaniach Kułak i Kondzior (2010) wśród pacjentów z dyskopatią kręgosłupa odcinka lędźwiowo-krzyżowego stwierdzono wysoką akceptację schorzenia (48% badanych) [12]. Natomiast zbliżone wyniki do naszego badania uzyskano wśród pacjentów chorych na cukrzycę typu II (Kurowska, Lach 2011), w którym stwierdzono przeciętną akceptację choroby [11].

Poczucie kontroli oznacza wewnętrzne przekonanie jednostki na temat własnego wpływu na wydarzenia występujące w jej życiu, w tym również na doświadczenie bólu. Wykazano, że osoby o wysokim poziomie wewnętrznego poczucia kontroli mają silnie rozwinięte przekonanie o własnych możliwościach panowania nad bólem [8]. Uważa się, że takie podejście ma wpływ na zmniejszenie poczucia beznadziejności i objawów depresyjnych, oraz sprzyja większej aktywności jednostki i pomaga jej lepiej radzić sobie w sytuacjach bólowych [8]. Najliczniejsza grupa badanych pacjentów uważa, że na odczuwany przez nich ból ma wpływ przede wszystkim personel medyczny. Istotnym powodem takiej sytuacji może być poziom organizacji polskiej ochrony zdrowia (np. rodzaj relacji personel – pacjent). Ochrona zdrowia w Polsce wciąż jest hierarchiczna – lekarz cieszy się niepodważalnym autorytetem, a pacjent jest w pewnym sensie

„wytrenowany” w uległości. Zatem zmiana przekonania, że ból może zmniejszyć się także w wyniku własnej interwencji bądź innych, niemedyceńskich czynników, wymaga szczególnych ćwiczeń z jednej strony, ale i zmiany podejścia z drugiej. Lekarze na przykład, mogliby częściej tłumaczyć pacjentowi jak wiele od nich zależy, co być może wpłynęłoby na odwrócenie uzyskanych wyników. Znacznie lepszym rozwiązaniem wydaje się jednak, włączenie w proces terapeutyczny specjalistów z psychologii klinicznej, którzy mają kompetencje, aby pacjentom o różnych cechach temperamentalnych czy osobowościowych ułatwić konstruktywne radzenie sobie z bólem, zmieniać ich nastawienie do choroby i do siebie w chorobie.

Strategie radzenia sobie z bólem to aktywne formy podejmowane przez pacjenta w sytuacji, kiedy występuje ból. Skuteczność stosowanych strategii zależy od sytuacji stresowej i związanych z nią wymagań, zwłaszcza zaś od tego, w jakim stopniu podlega ona kontroli jednostki [9, 10]. Także kontrola własnego bólu i strategii radzenia sobie z nim zależą od określonych indywidualnych warunków wzmacniających doznania bólowe lub osłabiających je [8]. Dzięki tym badaniom można ocenić, jakie strategie obiera sobie pacjent, czy jest w stanie ból opanować oraz w jakim stopniu. Od tego uzależnione jest jego dalsze leczenie i powrót do zdrowia [10]. Wśród badanych pacjentów najczęściej stosowaną strategią radzenia sobie z bólem było modlenie się i pokładanie nadziei a także deklarowane radzenie sobie. Są to nieco inne wyniki, niż w badaniach prowadzonych przez Juczyńskiego [3], gdzie osoby cierpiące na zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa częściej wybierały radzenie sobie i ignorowanie doznań bólowych. Uzyskane wyniki różnią się także nieznacznie od badań prowadzonych przez Andruszkiewicz [10] wśród pacjentów ze zmianami zwyrodnieniowymi stawu biodrowego. Wśród tych pacjentów najczęściej wybieraną strategią radzenia sobie ze stresem było modlenie się i pokładanie nadziei. Być może różnice pomiędzy tymi badaniami wynikają ze struktury płci badanych grup. W naszym badaniu zdecydowaną przewagę stanowiły kobiety, natomiast w badaniach Andruszkiewicza liczba kobiet i mężczyzn była taka sama. W przypadku kobiet charakterystyczne jest zwracanie się o pomoc do Boga i szukanie pomocy w modlitwie, stąd może tak wysoka wartość tej strategii. Zwracanie się ku religii wydaje się być także charakterystyczną strategią w przypadku innych schorzeń, w których ból jest jednym z głównych elementów. Potwierdzają to m.in. badania przeprowadzone przez Hayati [14] czy Najres [15] wśród

kobiet z rakiem piersi w Iranie, w których wykazano, że najczęstszymi strategiami były: zwrot ku religii, akceptacja choroby oraz planowanie. Są to ciekawe porównawcze badania kulturowe. Niektóre badania wskazują, [16] że w wyniku wzrostu religijnego spada poziom depresji i lęku, a wzrasta adaptacja do procesu chorobowego, zadowolenie z życia i jakość życia.

Interesujące są wyniki dotyczące wysokiego udziału strategii „deklarowanie radzenia sobie”. Oznacza to, że wśród badanych pacjentów jest duża grupa osób stosująca strategie bardziej konstruktywne, aktywne. Ciekawe mogą być dalsze badania w tym zakresie, wyjaśniające czy aktywne strategie radzenia sobie odgrywają większą rolę w początkowym okresie odczuwania dolegliwości bólowych czy są niezmiennie w ciągu całego trwania procesu chorobowego.

Interesujący jest także niski wynik strategii „katastrofizowanie”. W wielu badaniach zwraca się uwagę na korelacje pomiędzy bólem, niepełnosprawnością a strachem i strategią katastrofizowania. Przykładowo, model regresji przedstawiony w badaniach Domenech [13] wśród pacjentów z przewlekłym bólem kolana wyjaśnił, że strategia „katastrofizowanie” i depresja wyjaśniają 56% wariacji niepełnosprawności, a „katastrofizowanie” wyjaśnia 37% bólu wśród tych pacjentów. Ustalenia te potwierdzają znaczenie perspektywy biopsychospołecznej w leczeniu tego typu pacjentów.

Badanie nie potwierdziło hipotezy o występowaniu istotnego związku między akceptacją choroby a umiejscowieniem kontroli bólu i strategiami radzenia sobie z bólem.

Badanie ujawniło nieliczne powiązania między strategiami radzenia sobie z bólem a wybranymi czynnikami demograficznymi. Osoby starsze częściej stosowały strategię zwiększonej aktywności behawioralnej oraz odwracania uwagi (korelacja słaba, na poziomie trendu). Nie odnotowano powiązań z płcią. Ciekawy wynik ukazało skorelowanie wykształcenia ze strategiami radzenia sobie z bólem. Okazuje się, że osoby o wyższym wykształceniu rzadziej reagowały katastrofizowaniem (korelacja umiarkowana) oraz rzadziej modliły się i pokładały nadzieję w sile wyższej/losie (korelacja słaba).

WNIOSKI

Sposób reagowania na ból ma swoje konsekwencje np. decyduje o podjęciu lub odwlekaniu leczenia, o poddaniu się zabiegom medycznym czy rehabilitacji. Ból jest doznaniem wielowymiarowym i subiektywnym, stąd też trudno o jego bezpośrednią i obiektywną

ocenę. Zmiany zachodzące w świadomości społecznej rodzą nowe interakcje pomiędzy lekarzem/psychologiem a pacjentem. Dlatego też ważne są dalsze badania dotyczące nie tylko inwazyjnych metod leczenia, ale także subiektywnych odczuć pacjentów.

1. Najwięcej osób badanych prezentowało średnią akceptację choroby.
2. Najlicniejsza grupa badanych pacjentów uważa, że na odczuwany przez nich ból ma wpływ przede wszystkim personel medyczny.
3. Wśród badanych najczęściej stosowaną strategią radzenia sobie z bólem było modlenie się i pokładanie nadziei a także deklarowanie radzenia sobie.
4. Brak istotnego związku pomiędzy poziomem akceptacji choroby a umiejscowieniem kontroli bólu i strategiami radzenia sobie z bólem.
5. Badanie ujawniło nieliczne powiązania między strategiami radzenia sobie z bólem a cechami demograficznymi.
6. W proces terapeutyczny pacjentów z chorobami zwyrodnieniowymi kręgosłupa należy włączyć specjalistów psychologii klinicznej.

PIŚMIENNICTWO

1. Niedzielski A, Humeniuk E, Błaziak P, Fedoruk D. Stopień akceptacji choroby w wybranych chorobach przewlekłych. *Wiadomości lekarskie*. 2007; L-X: 5–6.
2. Niewiadomska J. Psychologiczne problemy pacjentów przewlekle chorych leczonych hemodializami a poprawa jakości życia z uwzględnieniem podawania erytropoetyny. *Nefrol Dializoter Pol*. 2003; 7: 25–27.
3. Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego; 2001. s. 168–172.
4. Oleś P, Steuden S, Toczolowski J. Jak świata mniej widzę: zaburzenia widzenia a jakość życia. Lublin: Tow. Nauk. Katol. Uniw. Lubels.; 2002.
5. Karna-Matyjaszek U, Sierżantowicz R, Mariak Z. Akceptacja własnej choroby przez pacjentów z rozpoznaną jaskrą. *PolskiMerkuriusz Lekarski*. 2010; XXVIII (163): 37.
6. Suchocka L. *Psychologia bólu*. Warszawa: Wydawnictwo Difin; 2008.
7. Melzack R, Wall DP. *Tajemnica bólu*. Kraków: Wydawnictwo Apostolstwa Modlitwy; 2005.
8. de Walden-Galuszko K, Majkovic M. Psychologiczno-kliniczna ocena bólu przewlekłego. Wskazania dla lekarzy pierwszego kontaktu oraz poradni przeciwbólowych i paliatywnych. Gdańsk: Akademia Medyczna; 2003.
9. Juczyński Z. Spostrzegana kontrola a strategie radzenia sobie z przewlekłym bólem. *Sztuka leczenia*. 2001; VII (2): 9–16.
10. Andruszkiewicz A, Wróbel B, Marzec A, Kocięcka A. Strategie radzenia sobie z bólem u pacjentów ze zmianami zwyrodnieniowymi stawu biodrowego. *Problemy pielęgniarstwa*. 2008; 16 (3): 237–240.
11. Kurowska K, Lach B. Akceptacja choroby i sposoby radzenia sobie ze stresem u chorych na cukrzycę typu II. *Diabetologia Praktyczna*. 2011; 12 (3): 113–119.

12. Kułak W, Kondzior D. Dyskopatia kręgosłupa odcinka lędźwiowo-krzyżowego w korelacji z natężeniem bólu, depresją i akceptacją choroby. *Problemy Higieny i Epidemiologii*. 2010; 91 (1): 153–157.
13. Domenech J, Sanchis-Alfonso V, López L, Espejo B. Influence of kinesiophobia and catastrophizing on pain and disability in anterior knee pain patients. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc*. 2013; 21 (7):1562–8.
14. Hayati F, Mahmoodi M. Coping strategies in women with breast cancer. *Iran Breast Cancer Dis*. 2008; 2: 38–43.
15. Khalili N, Farajzadegan Z, Mokarian F, Bahrami F. Coping strategies, quality of life and pain in women with breast cancer. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2013; 18(2): 105–111.
16. Rowe MM, Allen RG. Spirituality as a means of coping with chronic illness. *Am J Health Stud*. 2003; 19: 62–6.

Nadeslano/Submitted: 29.09.2013. Zrecenzowano/Reviewed: 21.10.2013. Przyjęto/Accepted: 26.11.2013.

*Adres/Address: mgr Paweł Zielazny, Klinika Alergologii, Gdański Uniwersytet Medyczny,
ul. Dębinki 7, 80-211 Gdańsk, e-mail: pawelz@gumed.edu.pl*