

Poczucie koherencji a strategie radzenia sobie z bólem u chorych ze zmianami zwyrodnieniowymi stawu biodrowego

Sense of coherence and pain coping strategies in patients with degenerative changes of the hip

Krystyna Kurowska, Lidia Andrzejewska

Zakład Teorii Pielęgniarstwa przy Katedrze Pielęgniarstwa Zachowawczego – Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika, Toruń

Streszczenie

Wstęp. Chorobie zwyrodnieniowej stawów biodrowych towarzyszy ból, który wpływa zarówno na stan fizyczny, jak i psychiczny osób dotkniętych schorzeniem. Poziom poczucia koherencji określa zdolność przystosowania się do życia z niedogodnościami, nasilającymi się wraz z progresją choroby. Podejmowanie strategii radzenia sobie z bólem pozwala chorym pełnić funkcje rodzinne, społeczne i zawodowe. **Cel.** Określenie globalnego poziomu poczucia koherencji, jego poszczególnych składowych oraz ich wpływu na wybór strategii radzenia sobie z bólem w przebiegu choroby zwyrodnieniowej stawów biodrowych. **Materiał i metody.** Badaniem objęto grupę 100 osób zakwalifikowanych do leczenia operacyjnego wszczęcia endoprotezoplastyki stawu biodrowego w Klinice Chirurgii Urazowej i Narząd Ruchu 10. Wojskowego Szpitala Klinicznego w Bydgoszczy. Poczucie koherencji określono Kwestionariuszem SOC-29 Antonovsky'ego a strategię radzenia sobie z bólem Kwestionariuszem CSQ w adaptacji Juczynskiego. **Wyniki.** Badani różnili się między sobą poziomem poczucia koherencji. W ujęciu globalnym i poszczególnych składowych uzyskali wynik na poziomie przeciętnym. Średnia bólu podczas aktywności wyniosła 6,09, co oznacza przeciętne natężenie bólu. Wysoki poziom poczucia koherencji skłaniał pacjentów do podejmowania strategii *modlenie się/pokładanie nadziei* oraz strategii *deklarowania radzenia sobie*. Duże znaczenie tej strategii deklarowały osoby > 65 r.ż., częściej były to kobiety. Najmniejsze znaczenie przypisano strategii *przewartościowanie doznań*. Niski poziom implikował częstszy wybór strategii *katastrofizowanie*. **Wnioski.** Nie ma jednej skutecznej strategii walki z bólem. Określenie poziomu poczucia koherencji i strategii radzenia sobie z bólem może wpłynąć na postawę zespołu terapeutycznego, który podejmie działania wspierające osoby cierpiące z powodu odczuwanego bólu w przebiegu choroby zwyrodnieniowej stawów. (*Farm Współ* 2016; 9: 117-125)

Słowa kluczowe: choroba zwyrodnieniowa stawów biodrowych, ból, poczucie koherencji (SOC), strategie radzenia sobie z bólem

Summary

Background. Degenerative arthritis of the hip is accompanied by pain which affects both the physical and mental state of people suffering this condition. The level of sense of coherence determines the ability to adapt to life with inconveniences intensifying along with the progress of the disease. Proper strategies of dealing with pain allow patients to perform family, social and professional function. **Aim.** To determine the global level of sense of coherence, its particular components and their effect on the choice of a dealing with pain strategy in the course of the degenerative arthritis of hips. **Material and methods.** The study comprised a group of 100 people qualified to a surgery of the hip replacement implantation in the Trauma and Motor System Surgery Department of 10th Military Hospital in Bydgoszcz. The sense of coherence was determined using the SOC-29 Antonovsky Questionnaire and pain coping strategies with the CSQ Questionnaire in Juczynski's adaptation. **Results.** The patients differed in the level of sense of coherence. From the global perspective and individual components they obtained the result at the

average level. Average of pain during activity amounted to 6.09, which means the average intensity of pain. High level of sense of coherence induced the patients to take up the strategy of *praying/hoping in* and the strategy of *declaring that they manage*. Great importance of this strategy was declared by people aged > 65, more often women. The least importance was attributed to the strategy of *redefining experiences*. Low level implied more frequent choice of the strategy of gloomy attitude. **Conclusion.** There is no single effective strategy to fight pain. Determination of the level of sense of coherence and a strategy of dealing with pain may affect the attitude of the therapeutic team, who will take action supporting people suffering from pain during degenerative arthritis. (*Farm Współ* 2016; 9:117-125)

Keywords: Degenerative arthritis of the hip, pain, sense of coherence (SOC), pain coping strategies

Wstęp

Choroba zwyrodnieniowa stawów (chzs) jest najczęściej występującym schorzeniem narządu ruchu, które przez wiele lat kojarzone było z naturalnym procesem starzenia się organizmu. Staw biodrowy jest drugim co do częstości zajęcia przez proces zwyrodnieniowy [1]. Dominującymi objawami są ból i ograniczenia ruchomości stawów. Postępujący latami proces degeneracyjny w stawie jest przyczyną cierpienia chorych oraz prowadzi do niepełnosprawności i uzależnienia od innych osób.

Codziennie życie, obowiązki społeczne i rodzinne zmuszają pacjentów do szukania strategii radzenia sobie z bólem. Poszukują oni najróżniejszych metod radzenia sobie z bólem w momencie jego nasilenia. Specyfika choroby przewlekłej wskazuje na istnienie u chorych stanu nieustannej niepewności co do rozwoju choroby. Zgodnie z koncepcją Antonovsky'ego osoby o silnym poczuciu koherencji łatwiej unikają zagrożeń i niebezpieczeństw, częściej traktują stresory jako wyzwanie, któremu trzeba sprostać, chętniej i łatwiej mobilizują zasoby odpornościowe, dobierają sposoby radzenia sobie ze stresem odpowiednie do sytuacji [2]. Celem pracy było określenie globalnego poziomu poczucia koherencji i jego poszczególnych składowych oraz ich wpływu na wybór strategii radzenia sobie z bólem u osób ze zmianami zwyrodnieniowymi stawu biodrowego.

Materiał i metoda badawcza

Zaprezentowane badania stanowią wycinek realizacji szerszego projektu analizy jakości życia osób ze schorzeniami przewlekłymi. Badania zostały przeprowadzone od lipca 2014 do marca 2015 roku w grupie 100 pacjentów – 59% kobiet i 41% mężczyzn, w wieku od 55 lat do 70 lat – zakwalifikowanych do zabiegu endoprotezoplastyki stawu biodrowego

w wyniku choroby zwyrodnieniowej w Klinice Chirurgii Urazowej i Narządu Ruchu 10. Wojskowego Szpitala Klinicznego w Bydgoszczy, za zgodą Komisji Bioetycznej Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy (KB/397/2014). W przeprowadzonych badaniach w celu zbadania poziomu poczucia koherencji wykorzystano Kwestionariusz Orientacji Życiowej (SOC-29) Antonovsky'ego. Zawiera on 29 pytań, które odnoszą się do poszczególnych komponentów SOC, czyli *rozumiałości, zaradności i sensowności* [3]. Zastosowano także kwestionariusz Strategii Radzenia Sobie z Bólem – CSQ, w adaptacji Juczyńskiego, składający się z 42 stwierdzeń opisujących różnego rodzaju sposoby radzenia sobie z bólem. Sposoby radzenia sobie z bólem odzwierciedlają sześć strategii poznawczych oraz jedną behawioralną strategię, która z kolei wchodzi w skład trzech czynników: *poznawczego radzenia sobie, odwrócenia uwagi i podejmowania czynności zastępczych oraz katastrofizowania i poszukiwania nadziei* [4]. Do oceny natężenia odczuwanego bólu zastosowano skalę analogowo-wizualną VAS (0-10 pkt).

Wyniki badań

Analiza danych pokazuje, że średnia wieku badanych wyniosła niespełna 63 lata. Przeważały kobiety (59%). Większość miała wykształcenie średnie (36%) i zawodowe (30%), pozostawała w związkach małżeńskich (65%), posiadała potomstwo (92%), mieszkała z rodziną (86%) w mieście (89%), utrzymywała się z emerytury (55%) i renty (18%). Była to grupa o przeciętnej sytuacji materialnej (51%). Średni czas trwania choroby wynosił 74,12 miesięcy. Największy problem stanowił ból (79%), w dalszej kolejności ograniczenia aktywności (66%) i ruchomości (44%). Średnie natężenie bólu wynosiło $6,09 \pm 1,83$ (0 do 10).

W celu zbadania poziomu poczucia koherencji osób z rozpoznaniem zmianami zwyrodnieniowymi

stawu biodrowego zastosowano Kwestionariusz Orientacji Życiowej SOC-29 (tabela I). 59% badanych osiągnęło średni poziom w komponencie *rozumiałości*, nieco niższy – 39% i niski – 2%. Wynik *rozumiałości* wyniósł $48,23 \pm 7,9$ pkt, co świadczy o średnim poziomie poczucia *rozumiałości*. Najwięcej osób posiadało średni poziom w *zaradności* (87%), rzadziej wysoki (9%) i niski (4%). Wynik w *zaradności* wyniósł $48,27 \pm 7,66$ pkt (średni poziom). Poziom sensowności wyniósł 84%. Znacznie rzadziej wysoki (9%) i niski (7%). Średni wynik w sensowności wyniósł $38,80 \pm 6,89$ pkt. Świadczy to o średnim poziomie (od 23 do 53 pkt), przy rozpiętości skali od 8 do 56 pkt. Najwięcej badanych posiadało średni poziom globalnego SOC (76,00%), rzadziej wysoki (19%) i niski (5%). Wynik poziomu koherencji wyniósł $135,30 \pm 19,85$ pkt. Świadczy to o średnim poziomie (od 93 do 195 pkt), przy rozpiętości skali od 29 do 203 pkt. Podsumowując, osoby z chorobą zwyrodnieniową stawów biodrowych różnią się między sobą globalnym poziomem poczucia koherencji. Badane osoby osiągnęły wynik przeciętny. Poczucie sensowności oceniono zdecydowanie najniżej, natomiast pozostałe dwa komponenty ukształtowały się na podobnym poziomie.

W dalszym kroku analizie poddano kwestionariusz strategii radzenia sobie z bólem (tabela II). Najwięcej badanych uważało, że strategia poznawcza *odwracanie uwagi*, ma średnie znaczenie w radzeniu sobie z bólem (64%). Znacznie mniej uważało, że małe (39%) i duże (10%). Wynik w strategii *odwracanie uwagi* wyniósł $16,65 \pm 6,50$ pkt, świadczy, to o średnim znaczeniu w radzeniu sobie z bólem. Najwięcej badanych uważało, że strategia poznawcza *przewartościowywanie doznań bólu* ma małe znaczenie w radzeniu sobie z bólem (83%), na średnie wskazało (17%). Wynik w strategii *przewartościowywanie doznań bólu* wyniósł $6,79 \pm 5,95$ pkt, świadczy to o małym znaczeniu

w radzeniu sobie z bólem. Najwięcej badanych uważało, że strategia poznawcza *katastrofizowanie* ma małe znaczenie w radzeniu sobie z bólem (95%), mniej, że duże (5%). Wynik w strategii *katastrofizowanie* wyniósł $13,66 \pm 6,36$ pkt, świadczy to o średnim znaczeniu w radzeniu sobie z bólem. Najwięcej badanych uważało, że strategia poznawcza *ignorowanie doznań* ma małe znaczenie w radzeniu sobie z bólem (57%). Znacznie mniej uważało, że ma średnie znaczenie (41%) i duże (2%). Wynik w strategii *ignorowanie doznań* wyniósł $11,60 \pm 6,61$ pkt, świadczy to o małym znaczeniu w radzeniu sobie z bólem. Najwięcej badanych uważało, że strategia poznawcza *modlenie się/pokładanie nadziei* ma duże znaczenie w radzeniu sobie z bólem (49%). Nieco mniej uważało, że średnie (40%) i małe (11%). Wynik w strategii *modlenie się/pokładanie nadziei* wyniósł $23,30 \pm 8,07$ pkt, świadczy to o dużym znaczeniu w radzeniu sobie z bólem. Najwięcej badanych uważało, że strategia poznawcza *deklarowanie radzenia sobie* ma średnie znaczenie w radzeniu sobie z bólem (56%). Znacznie mniej osób uważało, że duże (32%) i małe (12%). Wynik w strategii *deklarowanie radzenia sobie* wyniósł $20,99 \pm 6,18$ pkt, świadczy to o średnim znaczeniu w radzeniu sobie z bólem. Najwięcej badanych uważało, że strategia behawioralna – *zwiększona aktywność behawioralna* ma średnie znaczenie w radzeniu sobie z bólem (69%). Znacznie mniej, że duże (18%) i małe (13%). Wynik w strategii *zwiększona aktywność behawioralna* wyniósł $19,09 \pm 6,32$ pkt, świadczy to o średnim znaczeniu w radzeniu sobie z bólem (od 1 do 35 pkt). Podsumowując, największe znaczenie w radzeniu sobie z bólem miało *modlenie się/pokładanie nadziei*, nieco mniejsze *deklarowanie radzenia sobie* a najmniejsze *przewartościowywanie doznań bólu* oraz *ignorowanie doznań*.

Jak pokazały badania najwięcej badanych uważało, że średnio panuje nad swoim bólem (59%). Znacznie

Tabela I. Kwestionariusz Orientacji Życiowej (SOC-29)
Table I. Life Orientation Questionnaire (SOC-29)

Kwestionariusz Orientacji życiowej SOC 29	statystyka					
	średnia	odchylenie	dominanta	mediana	max	min
Poczucie koherencji globalne	135,30	$\pm 19,85$	121	136	195	93
Zrozumiałość	48,23	$\pm 7,90$	48	49	76	23
Zaradność	48,27	$\pm 7,66$	51	50	70	32
Sensowność	38,80	$\pm 6,89$	31	39	53	23

Tabela II. Kwestionariusz Strategii Radzenia Sobie (CSQ)

Table II. Coping Strategy Questionnaire (CSQ)

Strategia Radzenia Sobie z Bólem – CSQ	statystyka					
	średnia	odchylenie	dominanta	mediana	max	min
Odwracanie uwagi	16,55 (0-36)	± 6,5	18	17	31	0
Przewartościowanie doznań bólu	6,79 (0-36)	± 5,95	0	6	24	0
Katastrofizowanie	13,66 (0-36)	± 6,36	11	13	35	1
Ignorowanie doznań	11,60 (0-36)	± 6,61	6	11	32	0
Modlenie się/pokładanie nadziei	23,30 (0-36)	± 8,07	32	24	36	2
Deklarowanie radzenia sobie	20,99 (0-36)	± 6,18	20	21	36	9
Zwiększona aktywność behawioralna	19,09 (0-36)	± 6,32	21	20	35	1

Im większa średnia, tym częściej wybierana strategia

Tabela III. Zależność między wynikami kwestionariusza (SOC-29) a Kwestionariuszem Radzenia Sobie z Bólem (CSQ)

Table III. The relationship between the results of the questionnaire SOC-29 and Questionnaire Coping with Pain (CSQ)

	zrozumiałość	zaradność	sensowność	poziom poczucia koherencji
domena poznawcza odwracanie uwagi	0,227966	0,342709	0,368256	0,339967
domena poznawcza przewartościowywanie doznań bólu	0,049600	0,128332	0,112235	0,114867
domena poznawcza katastrofizowanie	-0,264500	-0,350820	-0,428900	-0,383210
domena poznawcza ignorowanie doznań	0,247424	0,364591	0,319149	0,340875
domena poznawcza modlenie się / pokładanie nadziei	0,069079	0,128889	0,083513	0,109512
domena poznawcza deklarowanie radzenia sobie	0,253044	0,479862	0,488398	0,467430
domena behawioralna zwiększona aktywność behawioralna	0,183024	0,325066	0,389737	0,320023
stopień panowania nad bólem	0,358541	0,409560	0,412576	0,443851
stopień możliwości zmniejszenia bólu	0,308245	0,374645	0,368607	0,395107

P < 0,05

mniej uważało, że stopień panowania nad bólem jest niski (21%) i wysoki (20%). Wynik stopnia panowania nad bólem wynosił $3,36 \pm 1,22$ pkt, świadczy to o średnim stopniu panowania (od 0 do 6 pkt). Najwięcej osób uważało, że jest w stanie zmniejszyć ból w stopniu średnim (69%). Znacznie mniej w stopniu niskim (20%) i wysokim (11%). Wynik możliwości zmniejszenia bólu wynosił $3,20 \pm 1,10$ pkt (od 0 do 6 pkt).

Na podstawie badań stwierdzono istnienie słabej korelacji pomiędzy wynikami Kwestionariusza Radzenia Sobie z Bólem CSQ a wynikami Kwestionariusza Orientacji Życiowej SOC-29. W większości przypadków była to korelacja o znaku dodatnim (tabela III). Wykazano, że kobiety częściej prezentowały poczucie koherencji na poziomie przeciętnym

(83,05%), natomiast mężczyźni na wysokim (24,39%) lub niskim (9,76%). 29,73% badanych między 56 a 65 rokiem życia osiągnęło wysoki poziom poczucia koherencji. Najczęściej odczuwali średnie natężenie dolegliwości bólowych. Badane osoby podejmowały różne strategie radzenia sobie z bólem. Największe znaczenie w radzeniu sobie z bólem miało *modlenie się/pokładanie nadziei*, najmniejsze *przewartościowanie* oraz *ignorowanie doznań bólu*. Osoby w wieku od 56 do 65 roku życia najczęściej prezentowały wysoki stopień możliwości zmniejszenia dolegliwości bólowych. Osoby z wysokim natężeniem dolegliwości bólowych uważały, że strategia *odwracanie uwagi* ma małe znaczenie w radzeniu sobie z bólem, natomiast osoby z niskim jego natężeniem, że duże.

Dyskusja

Poszukując odpowiedzi na odwieczne pytanie, co wpływa na fakt, że jedne osoby żyją długo i w zdrowiu, a inne stosunkowo łatwiej i częściej zapadają na choroby i żyją krócej, Antonovsky sformułował swoją koncepcję salutogenezy, w której głównym filarem jest pojęcie poczucia koherencji. Głównym założeniem tej koncepcji jest zależność pomiędzy zdrowiem a chorobą, wytłumaczona istnieniem kontinuum stanów, które należy rozumieć globalnie, jako dynamiczny proces równoważenia wymagań i zasobów w toku konfrontacji ze stresem. Zasadą pomocną w tłumaczeniu tych powiązań jest **poczucie koherencji (SOC)**. Autor sugeruje i wykazuje istnienie zasobów odpornościowych, które posiada każdy człowiek. Zasoby te są mobilizowane do walki w razie pojawienia się przeciwności losu. W zależności od poziomu tych zasobów, człowiek posiada odpowiadające im poczucie [3].

Badanie własne wykazało, że ból najczęściej pojawiał się w czasie aktywności fizycznej, a co czwarty badany cierpiał po aktywności fizycznej. Natężenie bólu w czasie wykonywania codziennych czynności zostało określone na poziomie 6,09 punktów. Odczuwany ból był największą dolegliwością, problem sprawiał również ograniczenie aktywności oraz ograniczenia ruchomości w stawach biodrowych. Podobnie jak w badaniu własnym również badani ze zmianami zwyrodnieniowymi kręgosłupa uskarżali się na dolegliwości bólowe. Średnia bólu w badanej grupie wyniosła 5,9 punktu. Najczęstszym problemem utrudniającym ich codzienne funkcjonowanie było wykonywanie prac domowych, w dalszej kolejności pozostawanie w pozycji stojącej i schyłanie się oraz wstawanie z pozycji siedzącej. Badani pacjenci, podobnie jak w badaniu własnym, obawiali się bycia zależnym od innych oraz inwalidztwa [5]. Chorzy z reumatoidalnym zapaleniem stawów badani przez Kadłubowską oceniali poziom swoich dolegliwości bólowych na poziomie średnim (5,6 pkt). Mężczyźni wskazywali nieznacznie wyższy poziom bólu. W większości odczuwali dolegliwości bólowe niezależnie od pory dnia, natomiast 15% badanych zauważyło nasilenie bólu wieczorem [6].

76% badanych osiągnęło średni poziom poczucia koherencji (135,30). Zaledwie co piąty pacjent uzyskał wyniki na poziomie wysokim. Poczucie koherencji jest ważnym zasobem każdego człowieka, które chroni go przed destrukcyjnym

wpływem sytuacji trudnych. Badana grupa miała dość zróżnicowane poczucie koherencji (93–195). Być może związane było to z tym, że badani stanowili niejednorodną grupę, nie tylko pod względem czasu trwania choroby, ale przede wszystkim pod względem jej zaawansowania. Przy określaniu średnich składowych globalnego poczucia koherencji uzyskano wynik dla *rozumiałości* w wysokości 48,23 pkt, przy współczynniku zmienności 16,38%, co stanowiło umiarkowane zróżnicowanie wśród badanych. Wynik ten mieści się w środkowej strefie wyników przeciętnych. W podskali tej najwięcej osób uzyskało wynik przeciętny. Badani to osoby o umiarkowanym poczuciu *rozumiałości*, co świadczy o tym, że spostrzegają napływające informacje ze świata jako umiarkowane, uporządkowane, spójne, dające się zrozumieć i w związku z tym rodzi się w nich poczucie, że zaistniałe wydarzenia nie jest łatwo pojąć, a co dopiero przewidzieć. Badani mają umiarkowane poczucie wiary w to, że to, co nastąpi da się łatwo uporządkować. Kolejna zmienna to *zaradność* (48,27 pkt), współczynnik zmienności 15,87%, co świadczy o tym, że również w tej podskali nie wykazano dużego zróżnicowania. Uzyskana na podstawie badań własnych średnia *zaradności* mieści się również w środkowej strefie wyników przeciętnych. Najwięcej osób uzyskało wynik przeciętny. Poczucie *zaradności* – sterowności świadczy o tym, że badana grupa spostrzega dostępne zasoby jako wystarczające dla sprostania wciąż rosnącym wymogom. Mając stosunkowo wysokie poczucie *zaradności*, badani nie czują się bezsilni, mają również poczucie, iż są w stanie zaradzić pojawiającym się trudnościom i niemiłym niespodziankom, jakie niesie ze sobą życie. Dostrzegają w sobie i w otoczeniu obecność ważnych instrumentów (własnych cech psychicznych, przychylności innych ludzi a także instytucji), które pozwalają, czy też raczej pomagają, w osiągnięciu zamierzonych celów. Trzeci element poczucia koherencji to *sensowność* (38,80 pkt), współczynnik zmienności 17,76%. Podobnie jak dla poprzednich zmiennych, wynik ten nie okazał się różnicujący dla badanej grupy. Najwięcej badanych uzyskało wynik przeciętny. Badana grupa w stopniu przeciętnym czuje, że życie ma sens, że wymagania, jakie stawia przed nimi życie warte są zaangażowania, energii i włożenia wysiłku. Ten składnik poczucia koherencji określany jest jako motywacyjno-emocjonalny. Pacjenci raczej niechętnie

nie podejmują wyzwania, jakie stawia im życia, nie są specjalnie zaangażowani w poszukiwanie jego sensu, a także podejmują umiarkowany wysiłek w celu rozwiązywania problemów i radzenia sobie z nimi. Uzyskanym wynikiem można przypisać układ ze zmienną tendencją. Różnice w analizowanych skalach, chociaż niewielkie, były widoczne, poczucie sensowności zdecydowanie oceniono najniżej, pozostałe dwie domeny na podobnym poziomie. Bardzo podobne wyniki do tych uzyskanych w badaniu własnym (poza poczuciem sensowności) uzyskała Bień, w populacji polskiej – gdzie wynik globalnego SOC klasyfikował się na poziomie 136,86, przy poziomie *rozumiałości* 44,40, *zaradności* 48,64 i *sensowności* 43,82 [7]. Odmiennie wartości niż w badaniu własnym uzyskała Kossakowska w grupie chorych na stwardnienie rozsiane. Wykazała, że nie obserwuje się różnic w ogólnym poczuciu koherencji pomiędzy pacjentami, obserwuje się je natomiast pomiędzy *zaradnością* a *rozumiałością* (w badaniu własnym największe różnice dotyczyły *zaradności* i *sensowności*) [8]. Nieco inny rozkład wyników w zakresie globalnego SOC uzyskała Urbańska w grupie chorych z przewlekłą niewydolnością tętniczą. Analiza tych badań pokazuje, że średni poziom SOC był zdecydowanie niższy niż ten uzyskany w badaniu własnym (129,35), przy odchyleniu standardowym 11 oraz współczynniku zmienności 8,75%. Autorka uzyskała wyniki na stosunkowo mało zróżnicowanym poziomie. Większe zróżnicowanie wyników w badaniu własnym zostało potwierdzone wyższym współczynnikiem zmienności (14,67%). Poziom *rozumiałości* był zdecydowanie wyższy niż ten uzyskany w materiale własnym i wynosił 51,24 pkt, przy również niewielkim współczynniku zmienności (11,25%). *Zaradność* była zdecydowanie niższa niż w badaniach własnych i wynosiła zaledwie 42,54 pkt, przy współczynniku zmienności 14,31%. Również w tej podskali nie uzyskała dużego zróżnicowania. Najniższe wyniki, podobnie jak w badaniu własnym, osiągnęła *sensowność*, co autorka tłumaczy najmniejszą liczbą pytań w zakresie tej skali. Współczynnik zmienności 13,31% nie był czynnikiem różnicującym badanych w sposób zasadniczy w tej podskali. Porównując wyniki badania własnego z wynikami podobnych badań opublikowanymi w piśmiennictwie można zauważyć, że w zakresie globalnego SOC oraz jego składowych badana grupa różniła się w sposób umiarkowany, osiągając w ogól-

nej skali wyniki nieznacznie wyższe. Przykładem tego może być badanie wykonane u pacjentów ze zmianami zwyrodnieniowymi kręgosłupa, gdzie wykazano, że badani to osoby o przeciętnym poziomie poczucia koherencji. Poczucie *rozumiałości* (47,8 pkt) było na niższym poziomie niż w badaniu własnym. Odchylenie standardowe stanowiło ponad 18% wartości średniej, świadcząc również o znacznym zróżnicowaniu badanej grupy. Badani to również osoby o przeciętnym poziomie *zaradności* (45,2 pkt), ponownie wynik był niższy niż ten uzyskany w badaniu własnym. Odchylenie standardowe stanowiło ponad 15% wartości średniej, co świadczyło o znacznym zróżnicowaniu. Wynik *sensowności* (37,7 pkt) był nieco wyższy od uzyskanego w badaniu własnym. Odchylenie standardowe stanowiło ponad 14% wartości średniej, co świadczyło o znacznym zróżnicowaniu. Biorąc pod uwagę wszystkie składowe poczucia koherencji, najwyższe wyniki uzyskali badani w poczuciu *rozumiałości* i *zaradności*, a najniższe w *sensowności*.

W drugiej części badania dokonano analizy radzenia sobie z bólem za pomocą Kwestionariusza Strategii Radzenia Sobie z Bólem (CSQ) [4]. Sposoby radzenia sobie z bólem odzwierciedlają sześć poznawczych oraz jedną behawioralną strategię, które z kolei wchodzi w skład trzech czynników: *poznawczego radzenia sobie, odwracania uwagi i podejmowania czynności zastępczych oraz katastrofizowania i poszukiwania nadziei*. Kontrola poznawcza to świadomość dysponowania strategiami poznawczymi zdolnymi ograniczyć efekty sytuacji stresowej, w tym przypadku wywołanej doświadczanym bólem. Koncentrowanie się na pozytywnych skutkach zdarzenia, na przykład na dobrych rokowaniach, zdobywanie nowych, dobrych informacji o sytuacji czy odwracanie uwagi od doświadczanego bólu to tylko niektóre przykłady sposobów kontroli poznawczej w odniesieniu do sytuacji związanej z bólem. Wykorzystanie technik kontroli poznawczej może prowadzić do ograniczenia negatywnych emocji zarówno przed, w trakcie, jak i po sytuacji doświadczania bólu. Analiza strategii poznawczej, a dokładnie jej czynnika *odwracania uwagi* wykazała, iż największe znaczenie w radzeniu sobie z bólem miało myślenie o rzeczach sprawiających przyjemność oraz odtwarzanie w myślach przyjemnych chwil z przeszłości. Wykazano również, iż strategia *odwracania uwagi* ma średnie (64%) lub

małe (26%) znaczenie w radzeniu sobie z bólem, zaledwie co dziesiąty badany pacjent docenił tę strategię. Świadczy o tym również średni wynik uzyskany na poziomie 16,65 punktów. W przypadku czynnika *przewartościowania doznań bólu* największe znaczenie miało myślenie o bólu jako czymś innym - czyli zdrętwieniu oraz udawanie, że ból nie jest częścią chorego człowieka. W przypadku trzeciego czynnika budującego strategię, czyli *katastrofizmu*, największe znaczenie w radzeniu sobie z bólem miało myślenie o tym, czy ból się skończy oraz że jest straszny i przygniatający. Zdecydowanie najwięcej badanych pacjentów (95%) przyznało, że *katastrofizm* ma małe znaczenie w radzeniu sobie z bólem, zaledwie co dwudziesty badany uznał go za ważny. Średni wynik wyniósł zaledwie 13,66 punktów. W przypadku *ignorowania doznań* duże znaczenie w radzeniu sobie z bólem miało postępowanie jakby się nic nie stało, a także niemyślenie o bólu. 98% badanych pacjentów przyznaje małą lub średnią rolę temu czynnikowi *radzenia sobie z bólem*, co zostało potwierdzone najniższą średnią (11,60). Zupełnie odmiennie podszli pacjenci do czynnika *modlenie się i pokładanie nadziei* – w tym wypadku duże znaczenie w radzeniu sobie z bólem miała wiara w lekarzy, że pewnego dnia będzie lekarstwo na ból, jak również myślenie o przyszłości bez bólu. O dużym znaczeniu tego czynnika świadczy najwyższa średnia (23,30) oraz to, iż prawie połowa badanych uznała ten czynnik za mający duże znaczenie. O przewadze tej strategii może decydować struktura wybranej grupy, gdzie ponad połowę stanowiły kobiety, a zwracanie się do Boga i szukanie pomocy w modlitwie zdecydowanie jest domeną kobiet, mężczyźni częściej wybierają w trudnych momentach swojego życia strategię aktywne, pozwalające na wykazanie się. W *deklarowaniu radzenia sobie* uznano, iż ważna jest wiara w poradzenie sobie z bólem, robienie tego, co się robiło mimo bólu. Średni wynik na poziomie 20,99 punktów sugeruje, iż badani uznali ten czynnik jako ważny. Oznacza to, że wśród badanej grupy jest duża liczba pacjentów stosująca strategię konstruktywne, wymagające pewnego rodzaju aktywności. Analiza strategii behawioralnej wykazała, że największe znaczenie w radzeniu sobie z bólem miało robienie tego, co się lubi. Średni wynik oszacowano na poziomie 19,09 punktów. Otrzymane wyniki sugerują, iż badani pacjenci poszukują strategii do walki z bólem oraz że nie ma jednej strategii, która

byłaby na tyle skuteczna, aby stosując ją można było uwolnić się od bólu. Potwierdzić to mogą doniesienia innych autorów, którzy sugerują, iż osoby z RZS częściej niż osoby zdrowe stosują unikowe strategie radzenia sobie [9]. Według Kadłubowskiej doświadczenie bólu, jaki towarzyszy RZS znalazło odzwierciedlenie w uruchamianych strategiach. W badanej grupie (podobnie jak w badaniu własnym) chorzy stosowali różne strategie radzenia sobie z bólem przewlekłym. Najczęściej korzystali ze strategii *modlenie się/pokładanie nadziei* oraz *deklarowanie radzenia sobie*. Nieco rzadziej (podobnie jak w badaniu własnym) korzystali ze strategii *zwiększona aktywność behawioralna*, *odwracanie uwagi*, *ignorowanie doznań*, *katastrofizowanie* oraz *przewartościowanie doznań bólowych* [6]. Do badań własnych nawiązują również badania Kwiss-Gajewskiej, gdzie najczęściej stosowaną strategią radzenia sobie z bólem było *modlenie się* lub *pokładanie nadziei* [10], jak i badania Zielaznego, który dodatkowo jeszcze wskazał na deklarowane *radzenie sobie* [11]. Podobne strategie uzyskał Rosenstiel w grupie osób bólem przewlekłym [12], jak i Andruszkiewicz wśród pacjentów z chorobą zwyrodnieniową [13]. Szukanie pomocy w modlitwie i kierowanie swoich próśb do Boga jest również charakterystyczne w innych chorobach, którym towarzyszy ból i cierpienie. Potwierdzeniem tej tezy mogą być badania prowadzone poza granicami naszego kraju. Hayati prowadząc badania w Iraku również doszedł do takich samych wniosków [14]. W badaniach prowadzonych przez Juczyńskiego pacjenci ze zmianami zwyrodnieniowymi częściej deklarowali *radzenie sobie* (podobnie jak w badaniu własnym) i *ignorowanie doznań bólowych* (odmiennie niż w badaniu własnym), natomiast pacjenci z bólem krzyża i nerwobólem preferowali strategię *odwracanie uwagi*, do której w badaniu własnym pacjenci wykazywali raczej umiarkowane przekonanie [15].

Stopień panowania nad bólem co piąty pacjent w badaniu własnym uznał za wysoki, 21% przyznało, że kontroluje go w stopniu niskim. Średnia wyniosła 3,36 punktu. Zaledwie co dziesiąty badany pacjent przyznał, że jest w stanie zmniejszyć ból w stopniu wysokim, pozostali uznali, że zaledwie w stopniu niskim lub średnim, o czym świadczy również średni wynik na poziomie 3,20 punktów. Doskonale z badaniami własnymi korespondują badania Kadłubowskiej. Najrzadziej do walki

z bólem wykorzystywali strategię *kontrola bólu* (średnia 3,4 vs. badanie własne 3,36) oraz *zdolność zmniejszania bólu* (średnia 3 vs. badanie własne 3,20), co wskazuje na pewnego rodzaju trudność w walce z bólem reumatoidalnym [6].

Podsumowując, strategię radzenia sobie z bólem zaliczamy do aktywnych form podejmowanych przez pacjenta w sytuacji, kiedy pojawia się ból. Skuteczność stosowanych strategii zależy od wielu czynników, na które nie zawsze ma wpływ cierpiąca osoba. Należą do nich sytuacje stresowe związane z chorobą. Nie bez znaczenia jest także kontrola własna bólu i strategię radzenia sobie z nim zależą od określonych osobniczych, indywidualnych warunków wzmocniających doznania bólowe lub osłabiających je. Zostało stwierdzone, że występują relacje między cechami osobowości a percepcją i wybieranymi sposobami radzenia sobie z doświadczanym bólem. Dzięki takim badaniom można ocenić, jakie strategię wybiera dla siebie pacjent, czy jest w stanie ból opanować oraz w jakim zakresie, co ma wpływ na jego dalsze leczenie i powrót do zdrowia. Celowe wobec tego wydaje się nie tylko kształtowanie, ale i rozwijanie wewnętrznego umiejscowienia kontroli u osób cierpiących z powodu bólu. Do tego celu można wykorzystać znane obecnie techniki poznawczo-behawioralne, które koncentrują się na wspomaganie konstruktywnych metod radzenia sobie ze stresem, w tym także z bólem.

Wnioski

1. Poczucia koherencji w ujęciu globalnym i poszczególnych składowych kształtowało się na poziomie przeciętnym. Badani najniżej ocenili poczucie sensowności (38,80 pkt), co może wpływać na umiarkowane zaangażowanie w podejmowaniu wyzwań życiowych i w walce z dolegliwościami związanymi z chorobą zwyrodnieniową stawów.

2. Wśród badanych nie ma skutecznej strategii w radzeniu sobie z bólem. Respondenci poszukują sposobów, które pomogą im w walce z bólem. Najczęściej podejmowaną strategią było *modlenie się/pokładanie nadziei*. Najmniejsze znaczenie przypisano strategii *przewartościowanie doznań i ignorowanie doznań*.
3. Wśród osób między 56 a 65 rokiem życia występuje częściej wysoki poziom poczucia koherencji w ujęciu globalnym. Osoby te prezentowały wysoki poziom możliwości zmniejszenia dolegliwości bólowych.
4. Osoby z wysokim natężeniem dolegliwości bólowych prezentowały wysoki poziom poczucia koherencji i podejmowały *strategię modlenie się/pokładanie nadziei*. Wierzyli głównie w rozwój medycyny, dzięki któremu zmniejszą się ich dolegliwości bólowe. Niskie natężenie dolegliwości bólowych powodowało, że z łatwością odwracali uwagę od bólu i przypisywali tej strategii duże znaczenie. Prezentowali oni poziom poczucia koherencji na średnim poziomie.
5. Określenie poziomu poczucia koherencji i strategii radzenia sobie z bólem może wpłynąć na postawę zespołu terapeutycznego, który podejmie działania wspierające osoby cierpiące z powodu odczuwanego bólu w przebiegu choroby zwyrodnieniowej stawów.

Konflikt interesów / Conflict of interest

Brak/None

Adres do korespondencji:

✉ Krystyna Kurowska

Katedra Pielęgniarstwa i Położnictwa

Zakład Teorii Pielęgniarstwa CM w Bydgoszczy,

UMK Toruń

ul Łukasiewicza 1; 85-801 Bydgoszcz

☎ (+48 52) 585 21 94

✉ krystyna_kurowska@op.pl

Piśmiennictwo.

1. Iwaniszczuk A, Majchrowska-Kaliś A, Kuliński W. Analiza postępowania fizykalnego w chorobie zwyrodnieniowej stawów biodrowych. *Kwart Ortop.* 2011;(2):108-21.
2. Kurowska K, Żegarska K, Głowacka M i wsp. Poczucie koherencji u pacjentów ze schorzeniami reumatycznymi. *Psychogeriatr Pol.* 2009;6(1):9-14.
3. Antonovsky A. Rozwikłanie tajemnicy zdrowia - jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować. Warszawa: IPIŃ; 2005.
4. Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Wyd. 2. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP; 2009.
5. Kurowska K, Żbikowska A. Depresyjność a poczucie koherencji u pacjentów ze zmianami zwyrodnieniowymi kręgosłupa. *Nowiny Lek.* 2011;80(6):441-6.
6. Kadłubowska M, Kózka M, Bąk E i wsp. Zachowania zdrowotne jako determinanta strategii radzenia sobie z bólem chorych z reumatoidalnym zapaleniem stawów. *Probl Hig Epidemiol.* 2015;96(1):175-80.
7. Bień A, Wrońska I. Poczucie koherencji kobiet a czynniki społeczno-demograficzne. *Pielęg XXI w.* 2005;(3):55-61.
8. Kossakowska M, Basińska M. Poczucie koherencji u chorych na stwardnienie rozsiane. *Post Psychiatr Neurol.* 2000;9(1):55-61.
9. Basińska MA. Radzenie sobie ze stresem w grupie chorych na reumatoidalne zapalenie stawów. *Reumatologia.* 2003;41(3):235-44.
10. Kwissa-Gajewska Z, Olesińska M, Tomkiewicz A. Optymizm, strategie radzenia sobie z bólem i jego nasilenie u pacjentek z reumatoidalnym zapaleniem stawów. *Reumatologia.* 2014;52(3):166-71.
11. Zielazny P, Biedrowski P, Lezner M i wsp. 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. *Post Psychiatr Neurol.* 2013;22(4):251-8.
12. Rosenstiel A, Keefe F. The use of coping strategies in chronic low back pain patients: relationship to patient characteristics and current adjustment. *Pain.* 1983;17(1):33-44.
13. Andruszkiewicz A, Wróbel B, Marzec A i wsp. Strategie radzenia sobie z bólem u pacjentów ze zmianami zwyrodnieniowymi stawu biodrowego. *Probl Pielęg.* 2008;16(3):237-40.
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. Juczyński Z. Sposrządzana kontrola a strategie radzenia sobie z przewlekłym bólem. *Szt Leczenia.* 2001;7(2):9-16.