

Małgorzata Paplaczek¹, Anna Gawor², Joanna Bonior³, Joanna Chrobak-Bień⁴

¹Oddział Kliniczny Chirurgii Naczyniowej, Szpital Uniwersytecki, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński *Collegium Medicum*, Kraków

²Zakład Pielęgniarstwa Internistycznego i Środowiskowego, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński *Collegium Medicum*, Kraków

³Zakład Fizjologii Medycznej, Instytut Fizjoterapii, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński *Collegium Medicum*, Kraków

⁴Wydział Lekarski, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Czynniki wpływające na strategie radzenia sobie z bólem przewlekłym u chorych z niedokrwieniem kończyn dolnych

Factors influencing the strategies of coping with chronic pain in patients with limb ischemia

STRESZCZENIE

Wstęp. Osoby z chorobą niedokrwinną kończyn dolnych stanowią około 3–10% populacji światowej. Schorzenia przewlekłe, którym towarzyszy występowanie bólu, prowadzą do wyczerpania rezerw mechanizmów obronnych człowieka. Występująca choroba przewlekła wymaga od chorego elastyczności oraz adaptacji.

Cel pracy. Analiza wpływu jakości życia oraz charakteru dolegliwości bólowych na podejmowane strategie radzenia sobie z bólem przewlekłym u chorych z niedokrwieniem kończyn dolnych.

Materiał i metody. Badanie przeprowadzono wśród chorych hospitalizowanych na Oddziale Chirurgii Naczyniowej oraz w Poradni Chirurgii Naczyń Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie w 2015 r. Objęto nim grupę 105 chorych, którzy odczuwali ból przewlekły. W badaniu zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, technikę ankietowania, w której wykorzystano narzędzia: kwestionariusz ankiety własnej konstrukcji, kwestionariusz WHOQOL-BREF, skalę bólu VAS oraz Kwestionariusz Strategii Radzenia Sobie z Bólem (CSQ), skalę Fontaine'a.

Wyniki. Badania wskazały na występowanie zależności pomiędzy natężeniem bólu, czasem trwania dolegliwości, jakością życia i okolicznościami występowania bólu, a obieranymi przez badanych strategiami radzenia sobie z bólem.

Wnioski. Ból przewlekły jest zjawiskiem dynamicznym. Na podejmowane przez chorych strategie w radzeniu sobie z bólem wpływ mają czynniki związane z klinicznym charakterem odczuwanego bólu. Zachodzi konieczność opracowania wytycznych do pracy z chorymi cierpiącymi na ból w przebiegu choroby niedokrwiennej kończyn dolnych.

Problemy Pielęgniarstwa 2017; 25 (1): 35–42

Słowa kluczowe: choroba niedokrwenna kończyn dolnych, ból przewlekły, strategie radzenia sobie z bólem

ABSTRACT

Introduction. People with ischemic disease of lower limbs constitute a 3–10% of the population. Disorders of a chronic nature, which are accompanied by pain, lead to decreasing body's defense mechanisms. Occurring of chronic disease demands from the patient flexibility and adaptability. Literature describes different models of strategies to cope with chronic pain.

Objective. Analysis of the impact of quality of life and the nature of pain taken on strategies for coping with chronic pain in patients with limb ischemia.

Material and methods. The study was conducted among patients hospitalized in the Department of Vascular Surgery and Vascular Surgery Clinic of the University Hospital in Krakow on 2015. This included a group of 105 patients who experienced chronic pain. The study used the method of diagnostic survey, polling technique, questionnaire survey of own design,

Adres do korespondencji: mgr piel. Małgorzata Paplaczek, Oddział Kliniczny Chirurgii Naczyniowej, Szpital Uniwersytecki, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński *Collegium Medicum* w Krakowie, ul. Botaniczna 3, 31–503 Kraków, tel. 530 369 280, e-mail: g.paplaczek@gmail.com

DOI: 10.5603/PP.2017.0006

questionnaire WHOQOL-BREF, VAS pain scale and questionnaire Strategy for Coping with Pain (CSQ) and Fontaine's scale.

Results. The study pointed to presence of the relationship between pain intensity, duration of symptoms, quality of life and the circumstances of pain and strategies chosen by the patients for coping with pain.

Conclusions. Based on the results of the analysis it could be concluded that chronic pain is a dynamic phenomenon. Strategies chosen by the patients to cope with pain are influenced by both socio-demographic factors and factors related to the clinical nature of pain. The results show the need to embrace a holistic and multidisciplinary patient care, outlining the right direction therapy and facilitate patient adaptation and select appropriate strategies to cope with chronic pain.

Problemy Pielęgniarstwa 2017; 25 (1): 35–42

Key words: ischemic disease of the lower limbs, chronic pain, strategies for coping with pain

Wstęp

Osoby z chorobą niedokrwienną kończyn dolnych (ChNKD) stanowią około 3–10% populacji światowej, natomiast w krajach Europy Zachodniej choruje 6–18% mieszkańców powyżej 55. roku życia [1–3].

Zjawisko bólu obejmuje doznania zmysłowe i emocjonalne. Ból wywołany jest przez rzeczywiste lub potencjalne zagrożenie uszkodzenia tkanek. To doświadczenie wieloobszarowe, indywidualne, a sposób jego przeżywania może być ukształtowany przez doświadczenie bólu w przeszłości [4].

Dolegliwości bólowe w przebiegu choroby niedokrwienną kończyn dolnych wywoływane są nasilającym się zmniejszeniem perfuzji naczyń i niedotlenieniem tkanek. Niedokrwienie powoduje pobudzenie układu nerwowego na poziomie obwodowym. Obserwuje się ogólnoustrojową aktywację układu immunologicznego, który typowy jest dla reakcji zapalnych między innymi dochodzi do uwalniania cytokin prozapalnych interleukiny 1 (IL-1, *interleukin 1*), IL-6, czynnika martwicy nowotworów (TNF- α , *tumor necrosis factor alpha*) oraz wzrostu stężenia białka C-reaktywnego (CRP, *C reactive protein*) i prokalcytoniny. Ból występuje początkowo podczas aktywności fizycznej, następnie w spoczynku, a przy krytycznym niedokrwieniu także w nocy. Chorzy większość czasu spędzają w pozycji siedzącej, także podczas snu. Dolegliwości nieznacznie zmniejszają się, kiedy chory opuszcza kończynę w dół. Wywołuje to jednak obrzęki, które dodatkowo zwięzają światło tętnicy i dolegliwości bólowe nasilają się. Ból występuje niezależnie od zmiany pozycji i często mimo przyjmowania silnych środków przeciwbólowych. Wyniki badań Ponczek i wsp. [5] wskazują, że chorzy najczęściej opisują ból o średnim natężeniu. Jest on tętniący, piekący, przenikający i przeszywający z towarzyszącym drętwieniem kończyny. Określają go jako wstrętny i obrzydliwy, a także trudny w kontroli. W wyniku przewlekłego odczuwania bólu chorzy cierpią na zaburzenia snu, rozdrażnienie i zaburzenia osobowości [3–6].

Lazarus określił strategie radzenia sobie ze stresem jako „[...] wysiłek podejmowany przez człowieka, w celu zmniejszenia napięcia związanego z sytuacją

trudną”. Pacjenci z niedokrwieniem kończyn dolnych najczęściej wybierają dwa typy strategii radzenia sobie z bólem, to jest strategie oparte na zadaniu, które uwarunkowane są wysiłkiem w zwalczaniu dolegliwości, oraz strategie, które skupiają się na emocjach i charakteryzują się biernością, unikaniem zaangażowania i poszukiwaniem wsparcia u osób w otoczeniu [7]. Badania przeprowadzone przez Ramirez-Maestre i wsp. [8] wskazują, iż strategie skoncentrowane na zadaniu wpływają korzystniej na funkcjonowanie w życiu codziennym, a także są związane z odczuwaniem mniejszego natężenia dolegliwości bólowych. Ponadto Keefe i wsp. [9] wykazali zależność pomiędzy natężeniem objawów depresji, a obniżeniem sprawności, u tych chorych, którzy stosowali strategie oparte na bierności.

Odczuwanie bólu wiąże się z reakcjami lękowymi, nerwicami, zaburzeniami stanów afektywnych i reakcjami ucieczkowymi. Te zjawiska dodatkowo powodują trudności w adaptacji do życia w społeczeństwie. Sytuacja osoby chorej uznawana jest za wysoce stresującą. Należy do wyzwań stawianych człowiekowi, a sposób radzenia sobie z chorobą warunkuje jej przebieg i powodzenie leczenia [6, 7, 10, 11].

Cel badań

Analiza wpływu jakości życia oraz charakteru dolegliwości bólowych na podejmowane strategie radzenia sobie z bólem przewlekłym u chorych z niedokrwieniem kończyn dolnych.

Materiał i metody

Badanie przeprowadzono na Oddziale Chirurgii Naczyniowej i w Poradni Chirurgii Naczyń Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie w 2015 roku. Badaniem objęto grupę 105 chorych (42 kobiety i 63 mężczyzn) w wieku 47–93 lata (tab. 1). Wszyscy badani odczuwali ból przewlekły w przebiegu choroby niedokrwienną kończyn dolnych. Do wykonania badania zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, technikę ankiety, w której wykorzystano narzędzia badawcze: kwestionariusz ankiety własnej konstrukcji, skróconą wersję an-

Tabela 1. Charakterystyka badanej grupy

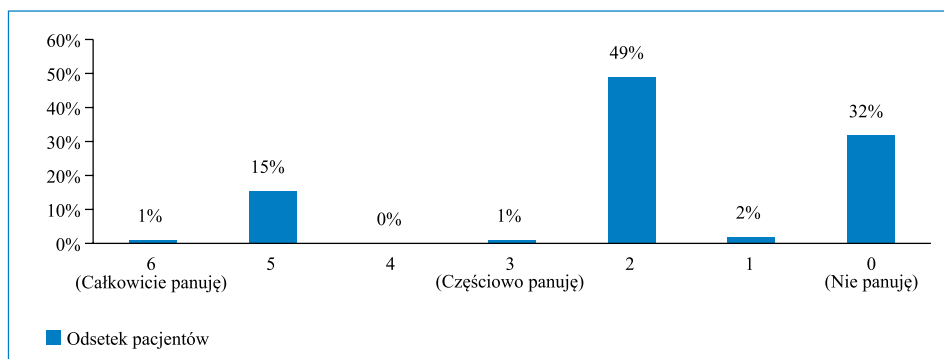
Table 1. Characteristics of the examined population

| Lp. | Cecha badanej grupy | | Liczba badanych (n = 105) | % |
|-----|----------------------|------------------------------------|------------------------------|-------|
| 1. | Płeć | Kobiety | 42 | 40% |
| | | Mężczyźni | 63 | 60% |
| 2. | Wiek | 45–50 lat | 8 | 7,6% |
| | | 51–60 lat | 15 | 14,4% |
| | | 61–70 lat | 25 | 23,8% |
| | | 71–80 lat | 37 | 35,2% |
| | | 81–90 lat | 14 | 13,3% |
| | | > 91 lat | 6 | 5,7% |
| 3. | Miejsce zamieszkania | Wieś | 26 | 24,7% |
| | | Miasto do 25 000 mieszkańców | 24 | 22,8% |
| | | Miasto poniżej 100 000 mieszkańców | 26 | 24,8% |
| | | Miasto powyżej 100 000 mieszkańców | 29 | 27,7% |
| 4. | Wykształcenie | Podstawowe | 22 | 21% |
| | | Zawodowe | 34 | 32,4% |
| | | Średnie | 27 | 25,7% |
| | | Wyższe | 22 | 20,9% |
| 5. | Źródło utrzymania | Emerytura | 54 | 51,3% |
| | | Renta | 23 | 21,9% |
| | | Bezrobocie | 11 | 10,6% |
| | | Praca zawodowa | 17 | 16,2% |
| 6. | Stan cywilny | Zamężna/zonaty | 42 | 40% |
| | | Panna/kawaler | 17 | 16,1% |
| | | Rozwiedziona/rozwiedziony | 9 | 8,6% |
| | | Wdowa/wdowiec | 36 | 34,3% |
| | | Związek nieformalny | 1 | 1% |

kiety oceniającej jakość życia (WHOQOL-BREF, *The World Health Organization Quality of Life*), Kwestionariusz Strategii Radzenia Sobie z Bólem (CSQ₂ *Coping Strategies Questionnaire*), skalę wzrokowo-analogową (VAS, *Visual Analogue Scale*), do oceny stopnia niedokrwienia wykorzystano skalę Fontaine'a. Do opracowania statystycznego zebranych danych użyto pakietu statystycznego R 3.1.2. Zastosowano test *t*-Studenta, analizę wariancji ANOVA oraz analizę *post hoc* testem Rozsądnej Istotnej Różnicy (HSD, *Honest Significant Difference*) Tukeya. Jako poziom istotności statystycznej przyjęto wartość $p < 0,05$. Na przeprowadzenie badania uzyskano świadomą zgodę ustną osób badanych, a także zgodę kierownika placówki. Przeprowadzone badania były całkowicie zgodne z zasadami Deklaracji Helsińskiej.

Kwestionariusz ankiety własnej konstrukcji składał się z 23 pytań. Pytania dotyczyły danych socjodemograficznych, takich jak płeć, wiek, miejsce zamieszkania, poziom wykształcenia, posiadane źródło dochodu. Pytania dostarczyły także informacji na temat odczuwania dolegliwości bólowych: czasu trwania, okoliczności i częstości występowania, stosowanych środków przeciwbólowych, dodatkowych dolegliwości towarzyszących odczuwaniu bólu.

Kwestionariusz WHOQOL-BREF wykorzystywany jest do oceny jakości życia badanych na całym świecie. Ocenia jakość życia w sześciu wymiarach: percepcji jakości życia, własnego zdrowia, dziedziny socjalnej, fizycznej, środowiskowej i psychologicznej. W trakcie badania pacjent odpowiada na 26 pytań, w których określa w skali od 1 do 5 poziom subiektywnie ocenianej przez siebie jakości życia [12].



Rycina 1. Ogólny poziom radzenia sobie z dolegliwościami bólowymi

Figure 1. The overall level of dealing with pains

Aby zbadać natężenie bólu badanych wykorzystano skalę wizualno-analogową (VAS). Skala ma postać linii o długości 10 cm. Badana osoba wskazuje wskaźnikiem poziom odczuwanego bólu w wartościach od 1 do 10, gdzie wartość 0 określa brak odczuwanego bólu, natomiast liczba 10 jest najgorszym możliwym, odczuwanym przez chorego bólem [13].

Kwestionariusz strategii radzenia sobie z bólem (CSQ) został opracowany przez Rosenstiel i Keefe, a w wersji polskiej dostępny jest w adaptacji Juczynskiego. Narzędzie służy do oceny podejmowanych przez badanych strategii radzenia sobie z bólem. Strategie radzenia sobie pogrupowano w sześć poznawczych oraz jedną behawioralną strategię. Do aktywnych sposobów radzenia sobie zalicza się: przewartościowanie doznań bólu, ignorowanie doznań, deklarowanie radzenia sobie. Do sposobów odwracania uwagi i podejmowania czynności zastępczych zaliczono odwracanie uwagi i zwiększoną aktywność behawioralną. Dodatkowo wyróżniono katastrofizowanie i modlenie się/pokładanie nadziei [14].

Oceniając okoliczności występowania dolegliwości bólowych zastosowano skalę Fontaine'a. Jest to skala, którą stosuje się w ocenie stopnia niedokrwienia kończyny. Wyróżnia się cztery stopnie niedokrwienia: I — bezobjawowe niedokrwienie, II — chromanie przestankowe (IIa — odczuwanie bólu po przejściu powyżej 200 m, IIb — odczuwanie bólu po przejściu poniżej 200 m), III — ból spoczynkowy, IV — ból w porze nocnej, martwica i owrzodzenie niedokrwienne [15].

Wyniki badań

Charakterystyka grupy badanej

Dane socjodemograficzne i charakterystyka dolegliwości bólowych

Średni czas odczuwania dolegliwości bólowych w grupie badanej wynosił 1,67 roku i wahał się od trzech miesięcy do siedmiu lat. Natomiast natężenie bólu zmierzone za pomocą skali VAS wynosiło odpowied-

nie 6,81 dla kobiet i 6,11 dla mężczyzn, co dało średni wynik 6,39. Większość badanych (73,33%) odczuwała dolegliwości codziennie, w porze nocnej (38,1%) i po przejściu odległości 200 m (38,1%). Odczuwanie bólu w porze nocnej przełożyło się na niski wynik ilości snu, który wynosił średnio 3,79 godziny w ciągu dnia.

Ogólny poziom panowania nad bólem przewlekłym

Ogólny poziom panowania nad dolegliwościami bólowymi oceniono za pomocą Kwestionariusza Strategii Radzenia Sobie z Bólem (CSQ). Spośród 105 badanych, 33 ankietowanych (32%) całkowicie nie panowało nad bólem, natomiast 53 osoby (49%) oceniły swoją zdolność panowania nad bólem na 2 w skali od 0–6. Tylko dwóch pacjentów (1%) wskazało, iż całkowicie panuje nad dolegliwościami bólowymi (ryc. 1).

Wpływ wybranych czynników związanych z dolegliwościami bólowymi na wybierane strategie radzenia sobie z bólem

Natężenie bólu

Natężenie bólu u chorych zmierzone w skali VAS wpływało istotnie na dwie spośród dziewięciu analizowanych strategii i umiejętności radzenia sobie z bólem ($p < 0,05$). Im większy był odczuwany ból tym rzadziej badani obierali strategię oparte na zadaniu, takie jak: odwracanie uwagi i panowanie nad bólem (tab. 2).

Czas trwania dolegliwości bólowych

Analiza wykazała, że im dłuższy czas trwania dolegliwości tym rzadziej pacjenci stosowali takie strategię, jak odwracanie uwagi, przewartościowanie doznań bólu, ignorowanie doznań, deklarowanie radzenia sobie, zwiększona aktywność behawioralna. Mieli też mniejsze poczucie panowania nad bólem i umiejętności radzenia sobie z nim. Natomiast im dłuższy czas trwania dolegliwości, tym częściej pacjenci stosowali strategię katastrofizowania (tab. 3).

Tabela 2. Wpływ natężenia bólu na strategie radzenia sobie z bólem**Table 2.** Influence of pain intensity on strategies for coping with pain

| Strategie i umiejętności radzenia sobie z bólem | Korelacja z VAS | | | |
|---|---------------------------------|---------|---------------------|-----------------|
| | Współczynnik korelacji Pearsona | P | Kierunek zależności | Siła zależności |
| Odwracanie uwagi | -0,786 | < 0,001 | Ujemna | Silna |
| Przewartościowanie doznań bólu | 0,127 | 0,197 | - | - |
| Katastrofizowanie | -0,115 | 0,243 | - | - |
| Ignorowanie doznań | 0,069 | 0,489 | - | - |
| Modlitwa/pokładanie nadziei | -0,073 | 0,459 | - | - |
| Deklarowanie radzenia sobie | 0,129 | 0,192 | - | - |
| Zwiększona aktywność behawioralna | 0,079 | 0,428 | - | - |
| Panowanie nad bólem | -0,786 | < 0,001 | Ujemna | Silna |
| Umiejętność zmniejszenia bólu | 0,105 | 0,288 | - | - |

Tabela 3. Wpływ czasu trwania dolegliwości bólowych na strategie radzenia sobie z bólem**Table 3.** Influence of the duration of pain on strategies for coping with pain

| Strategie i umiejętności radzenia sobie z bólem | Korelacja z czasem trwania bólu | | | |
|---|---------------------------------|-------|---------------------|-----------------|
| | Współczynnik korelacji Pearsona | p | Kierunek zależności | Siła zależności |
| Odwracanie uwagi | -0,264 | 0,007 | Ujemny | Słaba |
| Przewartościowanie doznań bólu | -0,258 | 0,008 | Ujemny | Słaba |
| Katastrofizowanie | 0,269 | 0,006 | Dodatni | Słaba |
| Ignorowanie doznań | -0,235 | 0,016 | Ujemny | Słaba |
| Modlitwa/pokładanie nadziei | 0,186 | 0,058 | - | - |
| Deklarowanie radzenia sobie | -0,26 | 0,008 | Ujemny | Słaba |
| Zwiększona aktywność behawioralna | -0,236 | 0,016 | Ujemny | Słaba |
| Panowanie nad bólem | -0,238 | 0,015 | Ujemny | Słaba |
| Umiejętność zmniejszenia bólu | -0,238 | 0,015 | Ujemny | Słaba |

Okoliczności występowania bólu u chorych określone na podstawie klasyfikacji chromania przestankowego według Fontaine'a

W badaniu także dokonano analizy zależności pomiędzy okolicznościami występowania bólu (zgodnie z podziałem według skali Fontaine'a), a strategiami radzenia sobie z bólem wybieranymi przez badanych. Analiza wariancji (ANOVA) wskazała istotność statystyczną dla dwóch z dziewięciu strategii umiejętności radzenia sobie z bólem. Analiza *post hoc* testem HSD Tukeya pokazała, że pacjenci odczuwający ból po przejściu ponad 200 m istotnie częściej wybierali odwracanie uwagi i panowanie nad bólem, niż pacjenci odczuwający ból w spoczynku lub po przejściu poniżej 200 m, a ci zaś istotnie częściej, niż pacjenci odczuwający ból w nocy (tab. 4).

Jakość życia

Większość badanych postrzegala swoją jakość życia jako „ani dobrą, ani złą” (36,10%) lub „złą” (33,33%). Ani jeden ankietowany nie odpowiedział, że posiada bardzo dobrą jakość życia (ryc. 2).

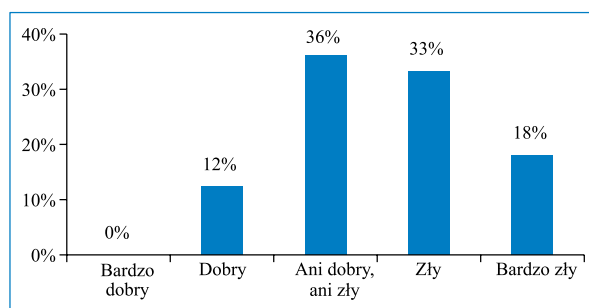
Wpływ jakości życia badanych na wybierane strategie radzenia sobie z bólem

Uzyskany wynik badania jakości życia (ryc. 2) skorelowano ze strategiami radzenia sobie z bólem wybranymi przez chorych. Analiza statystyczna wykazała zależność: im wyższa była jakość życia, tym częściej pacjenci stosowali takie strategie, jak odwracanie uwagi, przewartościowanie doznań bólu, ignorowanie doznań, deklarowanie radzenia sobie, zwiększona aktywność behawioralna. Mieli również większe po-

Tabela 4. Wpływ okoliczności występowania bólu na strategię radzenia sobie z bólem

Table 4. Influence of the circumstances of pain on strategies for coping with pain

| Strategie i umiejętności radzenia sobie z bólem | Po przejściu > 200 m | | W nocy | | W spoczynku/po przejściu < 200 m | | P |
|---|----------------------|------|---------|------|----------------------------------|------|------------------|
| | Średnia | SD | Średnia | SD | Średnia | SD | |
| Odwracanie uwagi | 18,59 | 4,88 | 12,1 | 3,20 | 16,32 | 4,82 | p = 0,020 |
| Przewartościowanie doznań bólu | 14,72 | 5,14 | 15,43 | 4,86 | 15,36 | 5,22 | p = 0,800 |
| Katastrofizowanie | 27,74 | 4,99 | 27,07 | 4,92 | 26,72 | 5,29 | p = 0,706 |
| Ignorowanie doznań | 13,54 | 3,66 | 13,8 | 3,65 | 14,24 | 3,76 | p = 0,758 |
| Modlitwa/pokładanie nadziei | 21,33 | 0,74 | 21,2 | 0,97 | 20,88 | 1,09 | p = 0,159 |
| Deklarowanie radzenia sobie | 14,92 | 4,45 | 15,55 | 4,22 | 15,52 | 4,54 | p = 0,787 |
| Zwiększona aktywność behawioralna | 16,56 | 5,68 | 16,93 | 5,45 | 16,96 | 5,72 | p = 0,947 |
| Panowanie nad bólem | 3,69 | 3,69 | 1,4 | 1,38 | 1,84 | 1,68 | p = 0,030 |
| Umiejętność zmniejszenia bólu | 1,69 | 1,69 | 1,9 | 1,58 | 1,84 | 1,68 | p = 0,849 |



Rycina 2. Ogólny poziom jakości życia badanych

Figure 2. The overall quality of life of patients

czucie panowania nad bólem i umiejętności radzenia sobie z nim. Natomiast im niższa była jakość życia, tym częściej pacjenci wybierali katastrofizowanie (tab. 5).

Dyskusja

Analiza wyników badań własnych wykazała, iż zdecydowana większość chorych nie radziła sobie z odczuwanymi dolegliwościami bólowymi, podejmowane strategie radzenia sobie z bólem zależały od wielu czynników. Na niedostateczny poziom radzenia sobie z bólem w chorobie niedokrwiennej kończyn dolnych zwróciły uwagę również Kadłubowska i Kóźka [16].

Jak istotne w powodzeniu leczenia są sposoby walki z bólem przewlekłym wskazuje literatura. Ramirez-Maestre i wsp. [8] mówią o pozytywnym wpływie strategii opartych na zadaniu zarówno na funkcjonowanie chorych w życiu codziennym, jak również na zmniejszenie odczuwanych dolegliwości bólowych. Inni autorzy, między innymi Keefe i wsp. [9], zwracają z kolei uwagę na negatywny wpływ strategii skon-

trujących się na emocjach, w tym katastrofizowania. Strategie te nie tylko pogłębiają dolegliwości bólowe, ale sprzyjają występowaniu depresji.

Obieranie strategii opartych na emocjach przez chorych z niedokrwieniem kończyn dolnych może być związane z teorią Walden-Gałuszko i Strelau [17], którzy zwracają uwagę na występowanie lęku u pacjentów z bólem przewlekłym. Jest on reakcją na ból i stres, a jednocześnie obawą przed nadchodzącą przyszłością. Chorzy bardzo często obawiają się amputacji kończyny, która może wpłynąć na obniżenie już i tak niskiej jakości ich życia. Wiśniewska i wsp. [18] wskazują, że chorzy także z nadzieją oczekują na przeprowadzenie leczenia operacyjnego, które poprawia ukrwienie kończyny, w wyniku czego dolegliwości bólowe znacznie zmniejszają się. Wyniki uzyskane w badaniach własnych także wskazują, iż prawie połowa pacjentów jako sposób radzenia sobie z bólem wybierała modlitwę i pokładanie nadziei. Ta strategia często także była wskazywana przez pacjentów z chorobą niedokrwinną kończyn dolnych w badaniach prowadzonych przez Kadłubowską i Kóźkę [16].

Analizując zależności w badanej grupie stwierdzono, że chorzy z wyższym natężeniem bólu, odczuwający ból przez dłuższy czas oraz nocą najczęściej obierali strategię skoncentrowania na emocjach, w szczególności katastrofizowanie. Podobną zależność akcentowali także w swojej pracy Wiśniewska i wsp. [18]. Wyniki te jednoznacznie wskazują, że przedłużanie się odczuwania dolegliwości oraz brak snu znacznie wpływają na koncentrowanie się na emocjach i gorsze radzenie sobie z bólem.

Na strategię i umiejętności radzenia sobie z bólem przez chorych wpływa również posiadana jakość życia badanych, a także natężenie odczuwanego przez nich

Tabela 5. Wpływ jakości życia na strategie radzenia sobie z bólem**Table 5.** Influence of quality of life and strategies for coping with pain

| Strategie i umiejętności radzenia sobie z bólem | Korelacja z jakością życia | | | |
|---|---------------------------------|-------|---------------------|-----------------|
| | Współczynnik korelacji Pearsona | p | Kierunek zależności | Siła zależności |
| Odwracanie uwagi | -0,262 | 0,008 | Ujemny | Słaba |
| Przewartościowanie doznań bólu | -0,253 | 0,007 | Ujemny | Słaba |
| Katastrofizowanie | 0,274 | 0,005 | Dodatni | Słaba |
| Ignorowanie doznań | -0,244 | 0,013 | Ujemny | Słaba |
| Modlitwa/pokładanie nadziei | 0,187 | 0,058 | - | - |
| Deklarowanie radzenia sobie | -0,262 | 0,007 | Ujemny | Słaba |
| Zwiększona aktywność behawioralna | -0,236 | 0,015 | Ujemny | Słaba |
| Panowanie nad bólem | -0,248 | 0,016 | Ujemny | słaba |
| Umiejętność zmniejszenia bólu | -0,248 | 0,016 | Ujemny | słaba |

bólu. Wasilewski i wsp. [19] w swoich badaniach wskazują na częste występowanie depresji u chorych w związku z obecnością bólu przewlekłego. Jak wykazała analiza wyników badań własnych, jakość życia chorych miała znaczący wpływ na wybierane strategie radzenia sobie z bólem. Badani deklarujący wyższą jakość życia, częściej stosowali konstruktywne strategie, między innymi odwracanie uwagi, przewartościowywanie doznań bólu i ignorowanie doznań. Natomiast chorzy z niższą jakością życia częściej wybierali strategie katastrofizowania.

Chorzy w przebiegu choroby niedokrwiennej kończyn dolnych często obierają strategie skoncentrowane na sobie. Mają tendencję do obarczania winą osób ich otaczających, rodziny, przyjaciół, a nawet zespołu terapeutycznego, niejednokrotnie nie podejmując nawet walki z samą chorobą. Przewlekły stres doprowadza do całkowitego wyczerpania jednostki, któremu towarzyszy poczucie bezsilności [20–23].

Wnioski

1. Istnieje konieczność opracowania wytycznych w zakresie postępowania z bólem przewlekłym u chorych z niedokrwieniem kończyn dolnych.
2. Na podejmowane strategie radzenia sobie z bólem wpływ mają takie czynniki, jak jakość życia, natężenie oraz okoliczności i czas występowania bólu przewlekłego.
3. Szczególną uwagę należy zwrócić na edukację chorych w zakresie umiejętności radzenia sobie z bólem.

Piśmiennictwo

1. Bennett PC, Silverman S, Gill PS, et al. Ethnicity and peripheral artery disease. *QJM*. 2009; 102(1): 3–16, doi: [10.1093/qjmed/hcn140](https://doi.org/10.1093/qjmed/hcn140), indexed in Pubmed: [18948371](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18948371/).

2. Davies MG. Critical limb ischemia: epidemiology. *Methodist DeBakey Cardiovasc J*. 2012; 8(4): 10–14, indexed in Pubmed: [23342182](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23342182/).
3. De Backer G, Ambrosioni E, Borch-Johnsen K, et al. European Society of Cardiology Committee for Practice Guidelines. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: third joint task force of European and other societies on cardiovascular disease prevention in clinical practice (constituted by representatives of eight societies and by invited experts). *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil*. 2003; 10(4): S1–S10, doi: [10.1097/01.hjr.0000087913.96265.e2](https://doi.org/10.1097/01.hjr.0000087913.96265.e2), indexed in Pubmed: [14555889](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14555889/).
4. Larner D. Chronic pain transition: a concept analysis. *Pain Manag Nurs*. 2014; 15(3): 707–717, doi: [10.1016/j.pmn.2013.04.003](https://doi.org/10.1016/j.pmn.2013.04.003), indexed in Pubmed: [23769800](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23769800/).
5. Ponczek D, Piotrowska K, Felsmann M, et al. Percepcja bólu u chorych z przewlekłym niedokrwieniem kończyn dolnych. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne*. 2012; 1: 13–19.
6. Niedźwiedzka-Rystwej P, Mękal A, Deptuła W. Komórki układu odpornościowego w miażdżycy — wybrane dane. *Postępy Higieny Medycyny Doświadczalnej*. 2010; 64: 417–422.
7. Walden-Gałaszko K, Majkowicz M. Psychologiczno-kliniczna ocena bólu przewlekłego. Wskazania dla lekarzy pierwszego kontaktu oraz poradni przeciwbólowych i paliatywnych. AMG, Gdańsk 2003.
8. Ramírez-Maestre C, Esteve R, López AE. Cognitive appraisal and coping in chronic pain patients. *Eur J Pain*. 2008; 12(6): 749–756, doi: [10.1016/j.ejpain.2007.11.004](https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2007.11.004), indexed in Pubmed: [18096418](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18096418/).
9. Keefe F, Somers T, Kothadia S. Coping with Pain. *Pain*. 2009; 17(5): 1–5.
10. Wordliczek J, Dobrogowski J. Leczenie bólu. PZWL, Warszawa 2007.
11. Green L, McGhie J. Assessment of acute and chronic pain. *Anaesthesia & Intensive Care Medicine*. 2011; 12(1): 9–11, doi: [10.1016/j.mpaic.2010.10.010](https://doi.org/10.1016/j.mpaic.2010.10.010).
12. Kowalska M, Skrzypek M, Danso F, et al. Ocena wiarygodności kwestionariusza WHOQOL-BREF w badaniu jakości życia dorosłych, aktywnych zawodowo mieszkańców Aglomeracji Górnośląskiej. *Przegląd Epidemiologiczny*. 2012; 66: 531–53.

13. Kocot-Kępska M., Szułdrzyński K. Skale oceny bólu. <http://www.mp.pl/bol/wytyczne/show.html?id=91404> (11.01.2014).
14. Juczyński Z. Zmaganie się z chorobą. In: Narzędzia pomiaru w Promocji i Psychologii Zdrowia. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa 2009: 144–148.
15. Spannbaauer A, Jaworek J, Chwała M, et al. Na ile maksymalny dystans chromania oceniany przez chorego odpowiada rzeczywistości? *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne*. 2009; 4: 139–144.
16. Kadłubowska M, Kózka M. Rola wsparcia społecznego w radzeniu sobie z bólem niedokrwinnym. *Problemy Pielęgniarstwa*. 2014; 22(3): 293–299.
17. Huber L. Style adaptacyjne do sytuacji stresowych w różnych grupach wiekowych, a choroby cywilizacyjne XXI wieku. *Problemy Higieny Epidemiologicznej*. 2010; 91(2): 268–275.
18. Wiśniewska A, Szewczyk MT, Cwajda-Białasik J, et al. Przekonania na temat kontroli bólu u chorych z przewlekłym niedokrwieniem kończyn dolnych. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne*. 2009; 3: 113–121.
19. Wasilewski D, Wojnar M, Chatizow J. Depresja a ból: ogólnopolskie badania epidemiologiczne. *Psychiatria Polska*. 2010; 3: 435–445.
20. Mäntyselkä P. Aspects of life and pain. *Scandinavian Journal of Pain*. 2014; 5(2): 129–130, doi: [10.1016/j.sjpain.2014.02.002](https://doi.org/10.1016/j.sjpain.2014.02.002).
21. Ziarko M. Choroba przewlekła jako źródło stresu. In: Radzenie sobie z chorobą przewlekłą — psychologiczne uwarunkowania i konsekwencje. Wydawnictwo Naukowe Wydziału Nauk Społecznych Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu, Poznań 2014: 31–47.
22. Woda A, Picard P, Duthel F. Dysfunctional stress responses in chronic pain. *Psychoneuroendocrinology*. 2016; 71: 127–135, doi: [10.1016/j.psyneuen.2016.05.017](https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2016.05.017), indexed in Pubmed: [27262345](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27262345/).
23. Mikosiński J, Lesiak T, Brocki M, et al. Multidirectional assessment of medical treatment influence on lower limb perfusion in patients suffering from obliterative atherosclerosis. *Acta Angiologica*. 2007; 13(4): 144–155.