

Lokalizacja kontroli bólu a strategie radzenia sobie z bólem przewlekłym u pacjentów leczonych z powodu raka płuc i raka jelita grubego

Location of pain control and coping strategies with chronic pain by patients treated for lung cancer and colorectal cancer

Małgorzata Anna Basińska¹, Anna Andruszkiewicz²

¹Zakład Psychopatologii i Diagnostyki Klinicznej, Uniwersytet Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy

²Katedra i Zakład Promocji Zdrowia, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Psychoonkologia 2014, 2: 43–50

Adres do korespondencji:

Anna Andruszkiewicz
Katedra i Zakład Promocji Zdrowia
Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu
ul. Techników 3, 85-801 Bydgoszcz
tel. +48 52 585 21 94
e-mail: anna.andruszkiewicz@cm.umk.pl

Streszczenie

Ból przewlekły jest jednym z najczęściej występujących objawów w różnych schorzeniach, także w chorobie onkologicznej. Celem przeprowadzonych badań była ocena stosowanych strategii radzenia sobie z bólem w zależności od umiejscowienia kontroli bólu, przy uwzględnieniu subiektywnej oceny bólu. W badaniu wykorzystano: Kwestionariusz Przekonań na Temat Kontroli Bólu – BPCQ, Kwestionariusz Strategii Radzenia Sobie z Bólem – CSQ, oraz Skalę VAS – *Visual Analogue Scale*. Przebadano 109 dorosłych osób leczonych z powodu choroby nowotworowej. W badaniu wyodrębniono 4 typy przekonań na temat lokalizacji kontroli bólu z zastosowaniem analizy skupień. Badani chorzy różnili się między sobą w zakresie wykorzystywania dwóch strategii radzenia sobie z bólem: ignorowanie doznań i deklarowanie radzenia sobie.

Abstract

Chronic pain is one of most frequently occurring symptoms in various diseases, also the oncological disease. The aim of the study was to evaluate the strategies used to cope with pain, depending on the location of pain control, taking into account the subjective assessment of pain. The study used: BPCQ – The Beliefs about Pain Control Questionnaire, CSQ – The Pain Coping Strategies Questionnaire and VAS – Visual Analog Scale. Examined 109 adults treated for cancer. The study show that four types of beliefs about the location of pain control using cluster analysis. Respondents patients differed from each other in the application of two strategies to cope with pain: ignoring sensations and declare cope.

Słowa kluczowe: lokalizacja kontroli bólu, strategie radzenia sobie z bólem, chorzy onkologicznie.

Key words: location of pain control, coping strategies with pain, oncological patients.

Wstęp

Niniejsza praca jest poświęcona zagadnieniu bólu, który stanowi jeden z istotniejszych problemów zdrowotnych. Ból doskwiera nam przez całe życie, jest doświadczeniem subiektywnym i indywidualnym, najlepiej wyjaśnianym przez model biopsychospołeczny. Ból przewlekły, czyli

ból trwający pomimo utraty swojej ostrzegawczej funkcji, obecnie jest uznawany za odrębną jednostkę chorobową, a jego leczenie stanowi prawdziwe wyzwanie dla personelu medycznego. Ból jest nieodłącznym elementem prawie każdego schorzenia, w sposób szczególny towarzyszy chorobie nowotworowej, dlatego warto dokładniej przyjrzeć się jego uwarunkowaniom.

Od połowy XX w. na gruncie medycyny nowotwór definiuje się za Willisem [1] jako nieprawidłową tkankę, rozrastającą się w sposób nieskoordynowany z tkankami prawidłowymi. Obecnie nazwą rak określa się nowotwory złośliwe pochodzenia nabłonkowego.

Choroba nowotworowa przejawia się w różnych postaciach. Tradycyjnie nowotwory dzielą się na łagodne i złośliwe. Nowotwory łagodne charakteryzują się powolnym wzrostem, nie naciekają na okoliczne tkanki oraz nie wnikają w naczynia. Ich przebieg często jest bezobjawowy. Rzadko też stanowią one zagrożenie dla życia, dobrze rokują, jeśli chodzi o leczenie i życie osoby chorej. Inaczej jest w przypadku nowotworów złośliwych. Złośliwość nowotworów warunkują m.in. szybki wzrost, wnikanie do naczyń, naciekanie na tkanki, jak również możliwość dawania przerzutów i wznowy. Nowotwory złośliwe charakteryzuje ponadto zdolność do unikania wykrycia przez układ immunologiczny [2].

Choroba nowotworowa w literaturze przedmiotu opisywana jest jako sytuacja przełomowa i zaburzająca dotychczasowe życie. Każdemu z jej etapów (podejrzanie, badania diagnostyczne, potwierdzenie, leczenie, pobyt w szpitalu, okres po leczeniu) towarzyszy duży poziom stresu psychicznego [3–5]. Pacjenci różnie radzą sobie z sytuacją choroby. U większości występują objawy stresu emocjonalnego w postaci lęku, depresji i gniewu. U wielu osób pojawiają się również objawy somatyczne będące skutkiem choroby oraz jej leczenia, wielu chorych zmagają się z lękiem i obawami wynikającymi z postępu procesu nowotworowego czy też groźby śmierci. Sposoby, jakie obierają chorzy, mają istotne znaczenie i wpływają m.in. na jakość ich życia. Rozpoczęcie leczenia onkologicznego, pobyt w szpitalu, różnego rodzaju metody leczenia nowotworów, często inwazyjne, a także ich działania niepożądane stanowią dla pacjentów nowe, specyficzne źródła stresu psychicznego i fizycznego [4].

Zmaganie się z bólem

Mimo że ból od niepamiętnych czasów stanowi przedmiot zainteresowania badaczy, trudno jest go jednoznacznie zdefiniować. Według Towarzystwa Badania Bólu (*International Association for the Study of Pain* – IASP) ból jest „nieprzyjemnym doznaniem zmysłowym i emocjonalnym, związanym z aktualnie występującym lub potencjalnym uszkodzeniem tkanek lub opisywanym w kategoriach takiego uszkodzenia” [6, s. 17–39]. W definicji tej zawarte są trzy aspekty bólu: psychologiczny, społeczny oraz biologiczny. Według specjalistów

ból może być fizjologiczny lub patologiczny. Fizjologiczny ostrzega nas przed niebezpieczeństwem i wywołuje reakcje obronne. Patologiczny jest dolegliwością towarzyszącą lub wywołaną przez chorobę czy też uszkodzone struktury tkanki.

W fizjologii ból stanowi jeden z rodzajów czucia zwanego czuciem nocycyptywnym, za którego pośrednictwem organizm uzyskuje informacje o działaniu czynników szkodliwych, zagrażających jego równowadze biofizycznej. Powstaje on w układzie zakończeń nerwowych dróg prowadzących do ośrodków percepcji w mózgu [7] pod wpływem bodźców uszkodzających tkankę.

W ujęciu psychoanalitycznym nie poświęca się zagadnieniu bólu wiele uwagi. Zgodnie z myślą psychoanalityczną ból w świadomości ludzi łączy się z karą. Z kolei twórcy koncepcji behawioralnej koncentrują się na zachowaniu bólowym, czyli sposobach, w jaki ludzie wyrażają doświadczany ból [8].

Mianem bólu nowotworowego określa się każdy ból związany bezpośrednio lub pośrednio z chorobą nowotworową i procesem jej leczenia. Przyczyny jego powstawania są różne. Może być on spowodowany przez sam proces choroby, np. przerzuty do kości, być konsekwencją leczenia, np. polineuropatie po chemioterapii, być spowodowany powikłaniami choroby nowotworowej, np. obrzęk limfatyczny [9].

Psychologiczne aspekty bólu

Psychologowie z nurtu biopsychospołecznego dowodzą, że w doświadczaniu bólu znaczącą rolę odgrywają struktury afektywno-poznawcze, przekonania zdrowotne, postawy i zachowania ważne dla zdrowia oraz czynniki środowiskowe, które wpływają na te zachowania i profilaktykę [10].

Ból jako zjawisko zarówno fizyczne, jak i psychiczne nie występuje bez udziału świadomości. Stan psychiki i czynniki psychologiczne odgrywają zasadniczą rolę w doświadczaniu bólu, zwłaszcza przewlekłego. Ta relacja ma charakter dwustronny – psychika wpływa na przeżywanie bólu, a ból oddziałuje na psychikę [8].

Model społecznego uczenia się, stworzony przez Alberta Bandurę, zakłada, że zachowanie człowieka jest zależne od wydarzeń społecznych, od jego schematów myślowych i przekonań. Procesy poznawcze są jednym z istotnych czynników wywierających modyfikujący wpływ na aktualnie trwające doznania bólowe, a w dalszej perspektywie na dynamikę rozwoju zespołów bólowych. Wśród nich szczególną funkcję pełnią przekonania dotyczące nas samych, naszych relacji z innymi ludźmi, światem oraz reguł w nim panujących. Jeśli więc chory uważa, że ból jest sygnałem po-

ważnego uszkodzenia organizmu, najprawdopodobniej zgodnie z tym przekonaniem będzie funkcjonował. Wyniki badań potwierdzają hipotezę, że niektóre przekonania pacjentów pozwalają przewidzieć ich fizyczne i psychospołeczne funkcjonowanie oraz zachowania bólowe [6].

Szczególnie ważnym elementem zaliczanym do czynników poznawczych mających wpływ na ból jest umiejscowienie kontroli. Spostrzegana kontrola odgrywa ważną rolę w ocenie znaczenia bodźców i oczekiwań oraz w ich wpływie na zachowanie człowieka. Źródła kontroli zdrowia, będące ważnym komponentem społecznej teorii uczenia się, pozwalają przewidywać behawioralne i poznawcze działania w relacji do psychicznego i fizycznego zdrowia [11]. Spostrzeganie przez jednostkę wyniku swojego działania jako rezultatu szczęścia, przypadku, przeznaczenia, jako czegoś znajdującego się pod kontrolą innych ludzi oznacza zewnętrzne umiejscowienie kontroli. Jeśli natomiast jednostka spostrzega zdarzenie jako znajdujące się pod kontrolą jej własnego działania lub własnych trwałych cech, wówczas jest to wewnętrzne umiejscowienie kontroli. Przekonania o zewnętrznym bądź wewnętrznym umiejscowieniu kontroli można traktować jako zgeneralizowane oczekiwania, wynikające z predyspozycji osobowościowych jednostki [12, 13].

Odniesienie zjawiska poczucia własnej kontroli (*locus of control* – LOC) do zdrowia ma związek z obrazem własnej choroby oraz zachowaniem się człowieka w sytuacji choroby. Koncepcja umiejscowienia kontroli zdrowia (*health of control*) autorstwa Wallstonów [14, 15] opiera się na teoriach społeczno-poznawczych oraz holistycznym ujęciu zdrowia i choroby. Przekonania te mają charakter uogólniony, względnie stały i odnoszą się do tego, co determinuje wyniki naszych działań. Osoby z wewnętrznym LOC są bardziej odpowiedzialne za swoje zdrowie, jak również za proces zdrowienia czy rehabilitacji. W celu zachowania dobrego samopoczucia są bardziej skłonne do podejmowania wysiłków niż jednostki z zewnętrznym LOC. Taka sytuacja występuje tylko wtedy, gdy jednostka umieszcza zdrowie wysoko w swojej hierarchii wartości. Jeżeli ktoś nie postrzega zdrowia jako wartościowego, nie będzie brał za nie odpowiedzialności [16, 17].

Czynniki psychologiczne mają wpływ na percepcję bólu, a więc decydują o intensywności przeżycia bólowego, a także mogą odgrywać istotną rolę w zwalczaniu bólu.

Radzenie sobie z bólem

Aktywność określana jako radzenie sobie ze stresem przez Susanne Folkman i Richarda Laza-

rusa [18, 19] definiowana jest jako zmieniające się poznawcze i behawioralne wysiłki, których celem jest opanowanie zewnętrznych i wewnętrznych wymagań, ocenianych przez osobę jako obciążające lub przekraczające jej zasoby. Radzenie sobie skoncentrowane na zadaniu ukierunkowane jest na opanowanie stresora w celu zmniejszenia lub usunięcia jego stresujących właściwości. Chory z bólem przewlekłym nastawiony jest na utrzymanie aktywności, podejmuje ćwiczenia i działania zmniejszające ból. Radzenie sobie skoncentrowane na emocjach ukierunkowane jest na opanowanie reakcji emocjonalnej związanej z danym stresem. Wysiłek chorego skierowany jest na szukanie wsparcia. Chory unika wszelkich aktywności, wykazuje bierną postawę. Wyróżniono również trzeci sposób reagowania, polegający na unikaniu i podejmowaniu czynności zastępczych. Największy wpływ na wybór strategii radzenia sobie ma sytuacja i sposób jej interpretacji oraz oceny przez chorego [20, 21].

Naukowcy wskazują na istnienie różnic płciowych w częstości zgłaszania i konsultowania dolegliwości bólowych. Kobiety częściej niż mężczyźni udają się do lekarza. Dolegliwości zgłaszane przez dorosłe kobiety są intensywniejsze, częstsze i trwają dłużej. Mężczyźni i kobiety zdecydowanie różnią się między sobą pod względem radzenia sobie z bólem. Mężczyźni z reguły wykazują większe pobieżne zorientowanie i szybciej reagują na pojawiający się problem zdrowotny. Uważają również, że są w większym stopniu niż kobiety zdolni do panowania nad bólem, choć często ujawniają również tendencje do zaprzeczania istnieniu problemu i zajmują się jakąś aktywnością. Mężczyźni częściej redukują napięcie bólowe alkoholem, papierosami czy innymi substancjami psychoaktywnymi. Kobiety natomiast są bardziej skoncentrowane na bólu i podejmują konieczne dla procesu leczenia zmiany zachowania. Dużo częściej poszukują społecznego wsparcia, jednak cechuje je internalizacja bólu oraz silna tendencja do katastrofizowania [22].

Material i metody

Celem przeprowadzonych badań była ocena stosowanych strategii radzenia sobie z bólem w zależności od umiejscowienia kontroli bólu, przy uwzględnieniu subiektywnej oceny bólu.

W badaniach wykorzystano trzy narzędzia badawcze.

Kwestionariusz Przekonań na Temat Bólu (*The Beliefs about Pain Control Questionnaire* – BPCQ) Susanne Skevington zawiera 13 stwierdzeń, ocenianych w 6-stopniowej skali typu Likerta opisujących trzy

dominujące typy przekonań na temat lokalizacji kontroli doznań bólowych:

- typ W (czynniki wewnętrzne) oznacza, że u danej osoby dominują przekonania zdrowotne świadczące o tym, że osoba ma poczucie sprawowania kontroli nad ewentualnymi dolegliwościami;
- typ I (siła innych osób) oznacza przewagę przekonań zdrowotnych, zgodnie z którymi to przede wszystkim interwencje lekarzy mogą znacząco redukować dolegliwości bólowe;
- typ P (przypadkowe zdarzenia) to przewaga przekonań zdrowotnych, że doświadczane dolegliwości nie zależą od samego pacjenta ani od lekarzy, lecz od przypadkowych zdarzeń i oddziaływań.

Wyższy wynik odzwierciedla silniejsze przekonania, że ból może zostać opanowany poprzez wpływ danego czynnika. Dotychczasowe badania potwierdzają, że BPCQ jest rzetelnym i trafnym narzędziem pomiaru, które może znaleźć zastosowanie w badaniach przekonań na temat kontroli bólu. Właściwości polskiej wersji kwestionariusza w wielu parametrach są lepsze niż wersji oryginalnej [23].

Kwestionariusz Strategii Radzenia Sobie z Bólem (*The Pain Coping Strategies Questionnaire – CSQ*) Anne K. Rosenstiel i Francisa J. Keefe'ego zawiera 42 stwierdzenia opisujące różnego rodzaju sposoby radzenia sobie z bólem oraz dwa pytania dotyczące oceny własnych umiejętności poradzenia sobie i obniżenia bólu. Sposoby radzenia sobie z bólem odzwierciedlają sześć poznawczych oraz jedną behawioralną strategię, które z kolei wchodzi w skład trzech czynników, tj.:

- aktywnego radzenia sobie (przewartościowanie doznań bólu, ignorowanie doznań, deklarowanie radzenia sobie),
- odwracania uwagi i podejmowania czynności zastępczych (odwracanie uwagi i zwiększona aktywność behawioralna),
- katastrofizowania i poszukiwania nadziei (katastrofizowanie, modlenie się/pokładanie nadziei).

W ocenie wykorzystano 7-stopniową skalę typu Likerta. Dla każdej strategii oblicza się wynik, który mieści się w zakresie od 0 do 36 punktów. Im wynik jest wyższy, tym większe znaczenie jest przypisywane danemu sposobowi radzenia sobie z bólem. W przypadku pytań dotyczących stopnia opanowania i możliwości zredukowania bólu rozpiętość wyników wynosi od 0 do 6. Im wynik jest wyższy, tym większe znaczenie jest przypisywane własnym umiejętnościom radzenia sobie i obniżenia bólu [23].

Kwestionariusz służy do oceny stosowanych strategii radzenia sobie z doświadczanym bólem oraz ich skuteczności w opanowywaniu i obni-

żaniu bólu i jest przeznaczony do badania dorosłych chorych, uskarżających się na ból, leczonych ambulatoryjnie lub stacjonarnie. Dotychczasowe badania potwierdzają, że CSQ jest rzetelnym i trafnym narzędziem pomiaru, a właściwości psychometryczne polskiej wersji kwestionariusza są zadowalające [23].

Poziom natężenia bólu badano za pomocą skali VAS (*Visual Analogue Scale*) przy założeniu, że 0 oznacza brak bólu, a 10 to największy ból, jaki można sobie wyobrazić.

Charakterystyka badanej grupy

Przebadano 109 dorosłych osób leczonych z powodu choroby nowotworowej: 54 kobiety (59%) i 45 mężczyzn (41%) w wieku od 40 do 74 lat ($M = 56,47$ przy $SD = 7,89$). Obie grupy płciowe były w tym samym wieku ($MK = 56,83$; $SDK = 10,26$; $MM = 57,84$; $SDM = 8,93$). Większość badanych pochodziła z miasta ($n = 77$; 73%), a pozostali ze wsi ($n = 29$; 27%). Trzy osoby nie udzieliły odpowiedzi na to pytanie. Badani mieli najczęściej wykształcenie średnie ($n = 41$; 38%) i zawodowe ($n = 34$; 31%), najmniej z nich miało wykształcenie podstawowe ($n = 16$; 15%) i wyższe ($n = 18$; 16%). Badani pacjenci leczyli się z powodu raka płuc ($n = 51$; 47%) oraz raka jelita grubego w stopniu 3. lub 4. ($n = 58$; 53%). Niektórzy z nich cierpieli dodatkowo na inne schorzenia przewlekłe ($n = 44$; 45%).

Wyniki

Na wstępnym etapie sprawdzono subiektywną ocenę natężenia bólu mierzonego skalą VAS. Około jedna czwarta badanych pacjentów ($n = 28$; 26%) deklarowała silne – od 7 do 10 punktów – natężenie bólu, a pozostali przeciętne – 5 i 6 punktów ($n = 35$; 32%) lub słabe – od 1 do 4 punktów ($n = 46$; 42%). Badani oceniali ból jako podobnie silny niezależnie od miejsca lokalizacji nowotworu (rak płuc: $M = 4,94$; $SD = 2,10$; rak jelita grubego: $M = 5,16$; $SD = 2,16$; $t = -0,52$; $p = \text{n.i.}$) oraz niezależnie od płci (kobiety: $M = 5,19$; $SD = 2,27$; mężczyźni: $M = 4,87$; $SD = 1,90$; $t = 0,78$; $p = \text{n.i.}$).

Przekonania na temat lokalizacji bólu

Nie stwierdzono różnic istotnych statystycznie pomiędzy badanymi pacjentami w zakresie lokalizacji kontroli bólu ze względu na rodzaj choroby nowotworowej (tabela 1.). Nie odnotowano też różnic ze względu na płeć.

W kolejnym etapie wyodrębniono 4 typy przekonań na temat lokalizacji kontroli bólu z zasto-

Tabela 1. Istotność różnic między średnim nasileniem przekonań na temat lokalizacji kontroli bólu w zależności od umiejscowienia nowotworu (df = 107)

Table 1. Significant differences between the average intensity of beliefs about the location of pain control, depending on the location of the tumor (df = 107)

Rodzaj przekonań	Chorzy na raka płuc (n = 51)		Chorzy na raka jelita grubego (n = 58)		t	p
	M	SD	M	SD		
W – wewnętrzne	15,20	5,72	15,33	5,00	-0,128	0,898
L – wpływ lekarzy	17,08	4,97	16,98	4,32	0,108	0,915
P – przypadek	15,18	3,80	15,00	3,46	0,254	0,800

sowaniem analizy skupień – grupowanie metodą *k*-średnich, które znacznie różniły się od siebie, a wewnątrz siebie były w jak najmniejszym stopniu zróżnicowane (tabela 2., ryc. 1.). W ten sposób uzyskano 4 skupienia. Sprawdzone, czy osoby mieszczące się w skupieniach różnią się stosowanymi strategiami radzenia sobie z bólem, rozpoznaniem klinicznym i subiektywną oceną bólu.

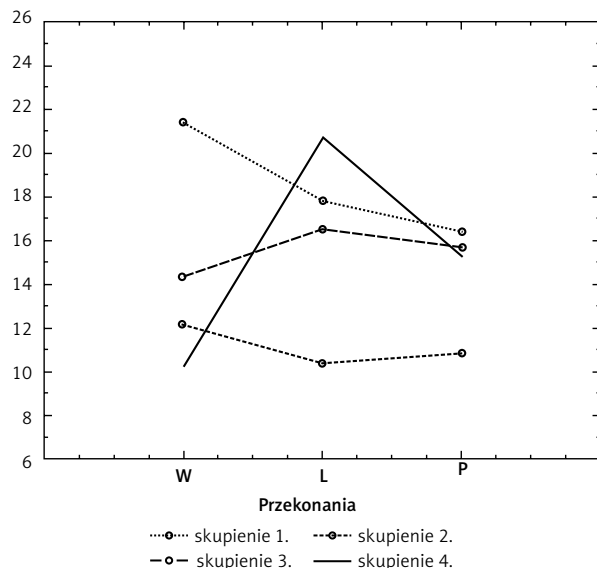
Wyodrębnione skupienia przekonań na temat lokalizacji kontroli bólu nie są zgodne z podziałem zaproponowanym przez Wallstonów [14, 23] w zakresie przekonań na temat umiejscowienia kontroli zdrowia. Wykonane analizy wraz z oceną merytoryczną wskazują, że te 4 są najbardziej różnicujące ($p < 0,0001$). W każdym z nich znajduje się podobna liczba osób z każdej z badanych jednostek chorobowych ($\chi^2 = 0,280$; $df = 3$; $p = 0,964$). Wyodrębnione skupienia można scharakteryzować następująco:

- skupienie 1. cechuje się silnymi wewnętrznymi przekonaniami na temat lokalizacji kontroli bólu, bez pomniejszania wpływu lekarzy i przypadku,
- skupienie 2. jest słabe, niezróżnicowane, wszystkie przekonania są na niskim poziomie,
- skupienie 3. jest przeciętnie niezróżnicowane, z lekką dominacją przekonań o zewnętrznej lokalizacji kontroli bólu,
- skupienie 4. cechuje się powiększaniem wpływu lekarzy, z bardzo niskimi przekonaniami o wewnętrznej lokalizacji kontroli bólu.

Następnie sprawdzono, czy osoby z poszczególnych skupień charakteryzujących ich przekonania na temat lokalizacji kontroli bólu różnią się w zakresie stosowanych strategii radzenia sobie z bólem i w zakresie nasilenia odczuwanego bólu. Okazało się, że badani chorzy różnią się między sobą w zakresie stosowania dwóch strategii radzenia sobie z bólem: „ignorowanie doznań” i „deklarowanie radzenia sobie”. Obie strategie stanowią składowe poznawczego radzenia sobie i są najniższe w grupie osób ze skupienia 2., które cechują się słabymi i niezróżnicowanymi przekonaniami na temat lokalizacji kontroli bólu. W analizie globalnej potwierdziły się różnice w zakresie poznaw-

Tabela 2. Odległości euklidesowe skupień
Table 2. Euclidean distances of clusters

Numer skupienia	1	2	3	4
1	0,000	56,772	17,108	44,041
2	7,5347	0,000	21,720	43,090
3	4,1362	4,660	0,000	11,357
4	6,6364	6,564	3,370	0,000



Rycina 1. Wykres średnich każdego z przekonań na temat lokalizacji kontroli bólu dla każdego skupienia

Figure 1. Graph the average of each of beliefs about the location of pain control for each cluster

czego radzenia sobie przez osoby przynależące do skupienia 2. [$H(3, n = 109) = 10,440, p = 0,015$]. Osoby z tego skupienia oceniają stopień natężenia doświadczanego bólu jako przeciętny (tabela 3.).

W zakresie strategii „ignorowanie doznań” osoby ze skupienia 2. różnią się istotnie od wszystkich pozostałych osób (tabela 4., ryc. 2.). Osoby z tego skupienia niżej niż osoby ze skupienia 1. i 4. oceniają stopień natężenia doświadczanego bólu (tabela 3.).

W zakresie strategii „deklarowanie radzenia sobie” osoby ze skupienia 2. różnią się istotnie od chorych ze skupienia 4., które najczęściej stosują tę strategię

Tabela 3. Statystyki opisowe skupień oraz wyniki analizy wariancji dla wyodrębnionych skupień przekonań na temat lokalizacji kontroli bólu chorych okologicznie

Table 3. Descriptive statistics of clusters and the results of variance analysis for discrete clusters of beliefs about the location of pain control in cancer patients

Zmienne	1. skupienie (n = 35)		2. skupienie (n = 17)		3. skupienie (n = 30)		4. skupienie (n = 27)		F/H	p
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD		
ODWR	16,940	8,930	13,710	7,560	17,230	6,300	16,850	10,910	2,232 ^H	0,526
PRZE	10,540	9,379	7,240	6,505	8,570	6,355	9,850	8,579	1,436 ^H	0,697
KATA	12,510	7,644	12,590	9,676	12,700	6,894	14,960	8,542	0,591	0,622
IGNO	14,770	8,755	7,940	4,589	13,730	6,596	14,440	7,728	11,192^H	0,011
MODL	24,340	7,280	19,000	6,750	22,570	7,390	23,930	10,230	5,817 ^H	0,121
DEKL	22,290	8,227	17,290	5,576	20,770	5,519	23,850	7,199	3,394	0,021
AKTY	18,510	10,060	15,650	7,180	17,130	6,680	18,370	9,200	0,525	0,666
KON	3,514	0,781	3,471	1,179	3,433	1,135	3,000	1,144	1,439	0,236
ZMN	3,200	1,132	3,471	1,007	3,000	1,259	2,815	1,075	1,332	0,268
natężenie bólu	5,114	2,166	4,882	1,900	4,400	1,940	5,815	2,254	2,220	0,090

ODWR – odwracanie uwagi, PRZE – przewartościowanie doznań bólu, KATA – katastrofizowanie, IGNO – ignorowanie doznań, MODL – modlenie się/pokładanie nadziei, DEKL – deklarowanie radzenia sobie, AKTY – zwiększona aktywność behawioralna, KON – kontrola bólu, ZMN – zdolność zmniejszania bólu, ból – subiektywna ocena bólu na skali 10-punktowej

Tabela 4. Wartość p dla porównań wielokrotnych dla strategii „ignorowanie doznań” ze względu na typ przekonań o kontroli bólu

Table 4. P-value for multiple comparisons for the strategy Ignoring experience because of type of beliefs about pain control

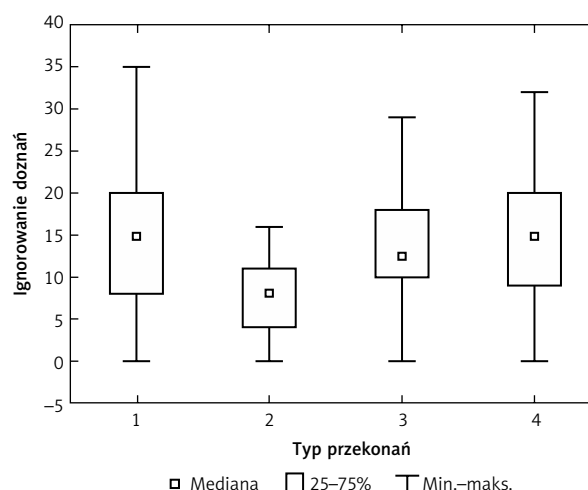
Numer skupienia	1	2	3	4
	M = 14,771 R: 59,843	M = 7,941 R: 31,559	M = 13,733 R: 57,967	M = 14,444 R: 60,185
1		0,015	1,000	1,000
2	0,015		0,036	0,021
3	1,000	0,036		1,000
4	1,000	0,021	1,000	

(tabela 5., ryc. 3.). Osoby ze skupienia 4. najwyżej oceniają stopień natężenia doświadczanego bólu (tabela 3.).

Omówienie

Celem przeprowadzonych badań była identyfikacja preferowanych strategii radzenia sobie z bólem. Sprawdzenie, czy umiejscowienie kontroli bólu różnicuje stosowane przez pacjentów onkologicznych strategie radzenia sobie z bólem. Podjęto również próbę określenia, czy umiejscowienie kontroli bólu jest związane z własnymi umiejętnościami panowania nad bólem i zdolnością zmniejszania bólu.

Wysokie wewnętrzne poczucie kontroli wraz z niską reaktywnością jest powiązane z lepszym dobrostanem psychicznym, które razem ułatwiają utrzymanie pozytywnego afektu [24]. Przekonanie o wewnętrznym umiejscowieniu kontroli zdrowia koreluje z: podejmowaną codzienną aktywnością osób chorych przewlekle [16], większą skłonnością



Rycina 2. Wykres mediany dla strategii „ignorowanie doznań” dla każdego skupienia na temat lokalizacji kontroli bólu

Figure 2. Graph of median for the Ignoring experience strategy for each cluster location of pain control

do poszerzenia swojej wiedzy na temat zdrowia [25], aktywnymi sposobami radzenia sobie. Osoby z niskim wewnętrznym LOC są bardziej skłonne do negowania objawów i pomniejszania konieczności przestrzegania zachowań zdrowotnych [26]. Może być również tak, że osoby z niskim wewnętrznym LOC w rzeczywistości nie są przekonane o braku możliwości kontrolowania własnego zdrowia. One po prostu z zaufaniem oddały się wiedzy i umiejętnościom innych ludzi – fachowców [16].

Osoby z zewnętrznym umiejscowieniem kontroli stosują raczej sposoby bierne, unikowe i są mniej zorientowane na aktywne działanie [27]; rzadziej stosują pozytywne formy psychologicz-

Tabela 5. Poziomy istotności dla wyników testu RIR Tukeya dla nierównych liczebności dla strategii „deklarowanie radzenia sobie”
Table 5. Levels of significance for the results RIR Tukey test for unequal numbers for strategy Declaring of coping

Numer skupienia	1 M = 22,286	2 M = 17,294	3 M = 20,767	4 M = 23,852
1		0,076	0,814	0,813
2	0,076		0,354	0,015
3	0,814	0,354		0,339
4	0,813	0,015	0,339	

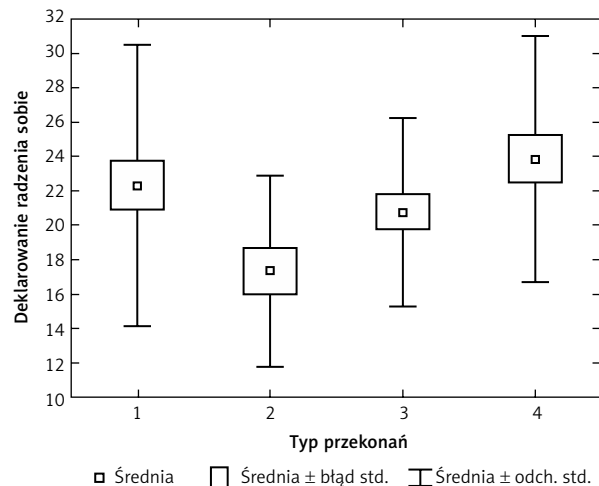
nego i fizycznego przystosowania do choroby [28], np. aktywne radzenie sobie i pozytywny afekt [11]; raczej cechują się płcią żeńską [29]. Ostatniej zależności nie potwierdzają otrzymane wyniki. W badanej grupie pacjentów onkologicznych nie stwierdzono różnic istotnych statystycznie pomiędzy badanymi w zakresie lokalizacji kontroli bólu ze względu na płeć.

Zewnętrzne umiejscowienie kontroli zdrowia zasadniczo wiąże się u chorych przewlekle z negatywnymi emocjami: depresją, wrogością, lękiem, oraz z objawami fizycznymi. Może też wpływać na zdrowie somatyczne właśnie poprzez jego powiązania ze zdrowiem psychicznym i nie sprzyja podejmowaniu zachowań zdrowotnych [30]. Wiąże się z bardziej pasywnym radzeniem sobie oraz z negatywnym afektem [11]. Osoby takie nie dbają o poszerzanie wiedzy na temat swojego zdrowia [25].

Przekonanie o zewnętrznym umiejscowieniu kontroli zdrowia, o tym, że zależy ono od innych ludzi i ich działania, koreluje z niechęcią do radzenia sobie poprzez poszukiwanie informacji [31] i z mniejszymi możliwościami przewidywania zachowań zdrowotnych [16, 30].

Można zatem przewidywać, że umiejscowienie kontroli jest powiązane z zachowaniami zdrowotnymi oraz zachowaniami w chorobie. Szczególnie wiąże się ono z poszukiwaniem informacji, zażywaniem leków, regularnym chodzeniem do lekarza, przestrzeganiem diety czy zaprzestaniem palenia papierosów [14].

Badania różnych grup chorych przewlekle pokazują, że mają oni częstsze zewnętrzne lokowanie kontroli zdrowia – w innych ludziach lub w okolicznościach losowych, przypadku czy szczęściu, natomiast wewnętrzne umiejscowienie kontroli zdrowia jest u nich na podobnym poziomie jak u osób zdrowych. Czy taki układ wyników jest przynajmniej w części skutkiem choroby? Trudno na to pytanie odpowiedzieć. Nie przeprowadzono badań podłużnych, a jedynie badania porównawcze pomiędzy różnymi grupami chorych. Na przykład pacjenci hemodializowani mieli znacząco wyższy poziom zewnętrznego umiejscowienia



Rycina 3. Wykres średnich dla strategii „deklarowanie radzenia sobie” dla każdego skupienia na temat lokalizacji kontroli bólu
Figure 3. Graph averages Declaring of coping strategies for each cluster on the location of pain control

kontroli zdrowia (w innych ludziach) niż osoby, które nie były leczone za pomocą dializ [15].

W kolejnym etapie wyodrębniono 4 typy przekonań na temat lokalizacji kontroli bólu z zastosowaniem analizy skupień. Wyodrębnione skupienia przekonań na temat lokalizacji kontroli bólu nie są w pełni zgodne z wyznaczoną przez Wallstonów [14] konfiguracją przekonań na temat umiejscowienia kontroli zdrowia. Być może ze względu na małą liczebność badanej grupy nie można było wyodrębnić wszystkich 8 typów. Wydaje się jednak, że otrzymane skupienia odpowiadają: 1. skupienie – silnemu wewnętrznemu umiejscowieniu kontroli bólu, 2. skupienie – słabemu niezróżnicowanemu, 3. skupienie – nieróżnicowanemu przeciętnemu z tendencją do pomniejszania przekonań o wewnętrznej lokalizacji kontroli bólu, i 4. skupienie – typowi powiększającemu wpływ lekarzy. Otrzymane skupienie 3. nie zostało wyodrębnione przez autorów metody, a w badanej grupie pojawiły się takie osoby. W każdym z wyodrębnionych skupień znajdowała się podobna liczba osób z rozpoznany nowotworem płuca i jelita grubego.

Następnie sprawdzano, czy osoby z poszczególnych skupień charakteryzujących ich przekonania na temat lokalizacji kontroli bólu różnią się pod względem stosowanych strategii radzenia sobie z bólem, kontroli bólu, zdolności zmniejszenia bólu i w zakresie nasilenia odczuwanego bólu. Okazało się, że badani chorzy różnią się między sobą w zakresie stosowania dwóch strategii radzenia sobie z bólem: „ignorowanie doznań” i „deklarowanie radzenia sobie”. Obie strategie są składowymi poznawczego radzenia sobie i są najniższe w grupie osób ze skupienia 2., które cechują się słabymi i nie-

zróżnicowanymi przekonaniami na temat lokalizacji kontroli bólu. Osoby z tego skupienia oceniają stopień natężenia bólu jako przeciętny.

Ponieważ osoby ze skupienia 2. najbardziej różnią się od pozostałych, warto dokonać bardziej wnikliwej analizy ich funkcjonowania. Była to najmniej liczna grupa pacjentów, procentowo nieznacznie więcej osób miało w niej raka jelita grubego oraz najmniej osób oceniło natężenie bólu jako wysokie. Być może ten ostatni element jest istotny. Około 50% osób ze skupienia 2. i skupienia 3. oceniało natężenie bólu jako niskie, a w pozostałych dwóch skupieniach było to po ok. 30%. Skupienia 2. i 3. mają nieodróżniony charakter, być może wynika to z faktu, że odczuwane natężenie bólu nie było wysokie, nie absorbował on uwagi, myśli i nie przeszkadzał w działaniu. Nie wymagał też od pacjentów uruchamiania odpowiednich strategii radzenia sobie z bólem, stąd najrzadsze stosowanie przez osoby ze skupienia 2. poznawczych strategii radzenia sobie z bólem. Otrzymany wynik sugeruje, że przed analizą przekonań na temat lokalizacji kontroli bólu i stosowanych przez chorego strategii radzenia sobie z nim należy sprawdzić, jak subiektywnie pacjent ocenia natężenie doświadczanego bólu.

Wnioski

Przekonania na temat lokalizacji kontroli bólu są podobne niezależnie od rodzaju choroby nowotworowej – rak płuc czy rak jelita grubego, i płci.

W badanej grupie można było wyodrębnić 4 skupienia różniące się przekonaniami na temat lokalizacji kontroli bólu.

Badani chorzy różnią się między sobą w zakresie stosowania dwóch strategii radzenia sobie z bólem: „ignorowanie doznań” i „deklarowanie radzenia sobie”. Obie strategie są składowymi poznawczego radzenia sobie i są najniższe w grupie osób ze skupienia 2.

Piśmiennictwo

- Cvejć R. Wpływ ustawy Narodowy Program Zwalczenia Chorób Nowotworowych na obniżenie zachorowalności i umieralności kobiet z powodu raka szyjki macicy w województwie zachodniopomorskim (niepublikowana rozprawa doktorska). Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego, Poznań 2011.
- Olszewski W. Podstawy patologii nowotworów. W: Meder J (red.). Podstawy onkologii klinicznej. Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, Warszawa 2001; 29-40.
- Izdebski P. Funkcjonowanie osób z chorobą nowotworową po chemioterapii. Wydawnictwo Uczelniane WSP, Bydgoszcz 1998.
- Juczyński Z. Radzenie sobie ze stresem spowodowanym chorobą nowotworową. W: de Walden-Gatuszko K (red.). Psychoonkologia. Biblioteka Psychiatrii Polskiej, Kraków 2000; 23-44.
- de Walden-Gatuszko K. Psychoonkologia w praktyce klinicznej. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2001.
- Dobrogowski J, Wordliczek J. Medycyna bólu. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2004.
- Dobrogowski J, Kus M, Sedlak K, Wordliczek J. Ból i jego leczenie. Springer PWN, Warszawa 1996.
- Suchocka L. Psychologia bólu. Wydawnictwo Difin, Warszawa 2008.
- Jarosz J. Leczenie bólu w onkologii. W: Krzakowski M (red.). Onkologia kliniczna. Tom 1. Wydawnictwo Medyczne Borgis, Warszawa 2006; 533-549.
- Ortenburger D. Psychofizjologiczne uwarunkowania bólu i jego leczenie. WSP, Częstochowa 2003.
- Masters KS, Wallston KA. Canonical correlation reveals important relations between health locus of control, coping, affect and values. *J Health Psychol* 2005; 10: 719-731.
- Rotter JB. Poczucie wewnętrznej versus zewnętrznej kontroli wzmocnień. *Nowiny Psychologiczne* 1990; 5-6: 59-70.
- Sokołowska J. Przewidywania i wybory a przekonanie o kontroli. Wydawnictwo Instytutu PAN, Warszawa 1993.
- Wallston BS, Wallston KA. Locus of control and health: a review of the literature. *Health Educ Monogr* 1978; 6: 107-117.
- Wallston KA, Wallston BS. Who is responsible for your health: The construct of health locus of control. W: Sanders G, Suls J (red.). *Social Psychology of Health and Illness*. Lawrence Erlbaum & Associates, Hillsdale NJ. 1982; 65-95.
- Wallston KA, Wallston BS, Smith S, Dobbins C. Perceived control and health. *Curr Psychol* 1987; 6: 5-25.
- Basińska MA, Maćkowska P, Listwan A. Przekonania o umiejscowieniu kontroli zdrowia chorych na cukrzycę typu 1 a zachowania zdrowotne. *Diabetologia Praktyczna* 2011; 12: 151-159.
- Folkman S, Lazarus R. An analysis of coping behavior on a middle-aged community sample. *J Health Soc Behav* 1980; 21: 219-239.
- Folkman S, Lazarus RS. Coping as mediator of emotions. *J Pers Soc Psychol* 1988; 54: 466-475.
- Sheridan C, Radmacher SA. Psychologia zdrowia: wyzwanie dla biomedycznego modelu zdrowia. Instytut Psychologii Zdrowia, Warszawa 1998.
- Basińska MA. Funkcjonowanie psychologiczne pacjentów w wybranych chorobach endokrynologicznych. Uwarunkowania somatyczne i osobowościowe. Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego, Bydgoszcz 2009.
- Kostarczyk E. Neuropsychologia bólu. *Poznańskie Towarzystwo Przyjaciół Nauk*, Poznań 2003.
- Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa 2001.
- Klonowicz T. Discontented people: reactivity and locus of control as determinants of subjective well-being. *Eur J Pers* 2001; 15: 29-47.
- Beier ME, Ackerman PL. Determinants of health knowledge: an investigation of age, gender, abilities, personality, and interests. *J Pers Soc Psychol* 2003; 84: 439-448.
- Dolińska-Zygmunt G. Podmiotowe uwarunkowania zachowań promujących zdrowie. Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN, Warszawa 2000.
- Younger J, Marsh KJ, Grap MJ. The relationship of health locus of control and cardiac rehabilitation to mastery of illness-related stress. *J Adv Nurs* 1995; 22: 294-299.
- Affleck G, Tennen H, Pfeiffer C, Fifield J. Appraisals of control and predictability in adapting to a chronic disease. *J Pers Soc Psychol* 1987; 53: 273-279.
- Stürmer T, Hasselbach P, Amelang M. Personality, lifestyle, and risk of cardiovascular disease and cancer: follow-up of population based cohort. *BMJ* 2006; 10: 1359-1368.
- Vandervoort DJ, Luis PK, Hamilton SE. Same correlates of health locus of control among multicultural individuals. *Current Psychology: Developmental, Learning, Personality, Social* 1997; 16: 167-178.
- Braman AC, Gomez RG. Patient personality predicts preference for relationships with doctors. *Personality and Individual Differences* 2004; 37: 815-826.