

Kontrola bólu u pacjentów z chorobą nowotworową leczonych przyczynowo i objawowo

Pain control in oncological patients treated causally and symptomatically

Agnieszka Krawczyk

Katedra Psychologii, Akademia Ignatianum w Krakowie

Psychoonkologia 2015, 1: 12–18

Adres do korespondencji:

Agnieszka Krawczyk
Katedra Psychologii
Akademia Ignatianum w Krakowie
ul. Kopernika 26, 31-501 Kraków
e-mail: agnieszka.krawczyk@ignatianum.edu.pl; agazk7@gmail.com

Streszczenie

Wstęp: Choroba wiąże się z różnymi dolegliwościami, z których najbardziej dokuczliwy jest ból, mający swoje konsekwencje poznawcze, emocjonalne i behawioralne. W przypadku chorób zagrażających życiu, takich jak choroba nowotworowa, zmaganie się ze stresem przebiega przez kolejne etapy związane z leczeniem, aż po terminalny stan pacjenta. W procesie przystosowania się do choroby główną rolę przypisuje się ocenie poznawczej, w tym przede wszystkim przekonaniom dotyczącym kontroli bólu. Ból jest doznaniem wielowymiarowym i subiektywnym, dlatego obserwuje się trudności w jego bezpośredniej i obiektywnej ocenie.

Cel pracy: Badania mają na celu porównanie osób leczonych przyczynowo na oddziałach onkologicznych z pacjentami opieki paliatywnej w zakresie kontroli bólu i przystosowania psychicznego do choroby. Istotne jest również ustalenie, czy przekonania dotyczące kontroli bólu są związane z podjęciem przystosowawczych strategii radzenia sobie z chorobą.

Materiał i metody: W badaniach wzięło udział 80 pacjentów chorych onkologicznie: 40 leczonych przyczynowo na oddziale onkologicznym i 40 objętych opieką paliatywną.

Wyniki: U osób leczonych przyczynowo na oddziale onkologicznym wewnętrzne umiejscowienie kontroli bólu dodatnio koreluje z konstruktywnym stylem radzenia sobie z chorobą oraz duchem walki, czego nie obserwuje się u pacjentów objętych opieką paliatywną. Kontrola bólu przypisywana wpływom lekarzy i przypadkowych zdarzeń dodatnio koreluje ze strategiami destrukcyjnymi, przejawiającymi się głównie bezradnością–beznadziejnością u osób leczonych przyczynowo. Z kolei pacjenci z hospicjum, którzy mają przekonanie, że ból może zostać opanowany poprzez wpływ lekarzy, stosują strategię ducha walki z chorobą, ale jednocześnie odczuwają lęk, nad którym nie potrafią zapanować.

Abstract

Introduction: The illness is associated with a variety of symptoms, the most nagging is pain, resulting in cognitive, emotional and behavioral consequences. In the case of life-threatening diseases such as cancer, coping with stress goes through the sequence of treatment related stages up to the terminal condition of the patient. In the process of adaptation to the illness the central role is attributed to cognitive assessment, in particular – to beliefs about pain control. Pain is a multidimensional and subjective experience what results in difficulties in its direct and objective assessment.

Aim of the study: The research aims to compare the patients of oncological hospital units being in the course of causal treatment period with palliative care patients. The subject of research is the control of pain and psychological adaptation to illness. It is also important to determine whether the beliefs about pain control are associated with undertaking adaptation strategies to cope with the illness.

Material and methods: A group of 80 oncological patients: 40 treated causally in the oncology hospital unit and 40 of palliative care.

Results: For causally treated patients in the oncology hospital unit the internal location of pain control correlates positively with constructive way of coping with the illness and 'fighter' spirit, which was not observed in patients in palliative care. Pain control attributed to the influence of doctors and random events correlates positively with destructive strategies, manifesting mainly helplessness-hopelessness in causally treated patients. Hospice patients, who have the belief that pain can be controlled by physicians apply the strategies of 'fighter' spirit, but at the same time they experience anxiety over which they cannot control.

Słowa kluczowe: lokalizacja kontroli bólu, pacjenci onkologiczni.

Key words: location of pain control, oncological patients.

Wstęp

Zmaganie się ze stresem w trakcie choroby nowotworowej przebiega przez kolejne etapy związane z diagnozą, leczeniem przyczynowym aż do leczenia objawowego. Leczenie przyczynowe wiąże się z hospitalizacją. Pacjent na tym etapie musi podjąć decyzję dotyczącą rodzaju leczenia (zabieg chirurgiczny, chemioterapia czy radioterapia), co wiąże się ze stresem psychicznym, ale również fizycznym. Kryzys o szczególnym nasileniu pojawia się, gdy wyniki badań wskazują na nawrót choroby i brak efektów leczenia przyczynowego. Jeśli choroba postępuje, pacjent zostaje objęty opieką paliatywną, której celem jest zwalczanie bólu i odczuwanego dyskomfortu oraz pomoc w oparowaniu problemów psychicznych, socjalnych, duchowych jego i jego rodziny. Dolegliwości bólowe związane z chorobą nowotworową, szczególnie w fazie terminalnej, wskazują na konieczność leczenia przeciwbólowego podnoszącego jakość życia chorych [1].

Choroba nowotworowa wiąże się z różnymi dolegliwościami, z których najbardziej dokuczliwy jest ból, mający swoje konsekwencje poznawcze, emocjonalne i behawioralne. Ból jest doznaniem subiektywnym i wielowymiarowym, dlatego obserwuje się trudności w jego bezpośredniej i obiektywnej ocenie.

Ból stanowi wyzwanie dla naukowców starających się poznać jego mechanizmy i poszukujących skutecznych metod jego leczenia. Często przyczyną niepowodzeń w terapii dolegliwości bólowych są trudności diagnostyczne wynikające z wielowymiarowości zjawiska bólu. Trudno jednoznacznie zdefiniować ból, pomimo powszechności występowania. Według definicji Międzynarodowego Towarzystwa Badania Bólu (*International Association for the Study of Pain – IASP*) ból to „nieprzyjemne doznanie zmysłowe i emocjonalne związane z aktualnie występującym lub potencjalnym uszkodzeniem tkanek albo opisywane w kategoriach takiego uszkodzenia” [2]. Zaproponowana definicja

podkreśla sensoryczny i emocjonalny komponent bólu oraz funkcje alarmowe [3, 4].

Próby zrozumienia pojęcia bólu opierają się najczęściej na trzech teoretycznych modelach: bio-psycho-społecznym, społecznego uczenia się oraz teorii właściwości psychologicznych.

Według modelu bio-psycho-społecznego na percepcję bólu składa się odczucie bólu oraz wiedza i myśli o swoim bólu, które z kolei wpływają na reakcje uczuciowe i zachowanie pacjenta. Zachowanie bólowe jest wynikiem poglądów i reakcji chorego na ból i może być modyfikowane przez środowisko społeczne. Badanie bólu w tym modelu uwzględnia kontekst biologiczny, psychologiczny i społeczny.

Model oparty na teorii społecznego uczenia się zakłada, że zachowanie człowieka jest zależne od wydarzeń i osobistych przekonań. Dużą rolę przypisuje się naśladownictwu wzorów w połączeniu z własnymi opiniami. Model ten tłumaczy różne reakcje ludzi odczuwających podobny ból.

Teoria właściwości psychologicznych zakłada, że cechy osobowości ukształtowane w okresie dzieciństwa modelują zachowanie jednostki. Poznanie właściwości psychologicznych pozwala przewidzieć, w jaki sposób pacjent będzie odbierał ból i jakie będzie jego zachowanie [5].

Według de Walden-Gałuszko i Majkowicza próbą połączenia przedstawionych powyżej założeń teoretycznych jest wieloobszarowy model Wade'a i Price'a, w którym ból jest określany jako proces, na który składają się powiązane w całość poszczególne obszary doznań [6]. Wieloaspektowe spojrzenie na ból pozwala na wyróżnienie czterostopniowego modelu bólu:

- I etap – doznanie sensoryczno-dyskryminacyjne; ból jest uwarunkowany przede wszystkim sensoryczną percepcją bodźca i wywołuje reakcję przykrości, na którą składają się kliniczne cechy bólu: rodzaj bólu, jego lokalizacja, czas trwania i intensywność;
- II etap – reakcja uczuciowa przykrości; ten etap wiąże się bezpośrednio z odczuwanym wraże-

niem bólu; jest formą reakcji emocjonalnej spowodowanej dyskomfortem psychicznym, niepewnością oraz zagrożeniem; na tym etapie dominują reakcje emocjonalno-uczuciowe nad procesami i funkcjami poznawczymi, a przeżywanie bólu jest modulowane przez czynniki psychiczne;

- III etap – cierpienie; jest ściśle związane ze znaczeniem bólu i sytuacji chorego; składają się na niego rozbudowane reakcje uczuciowe, takie jak: depresja, lęk, gniew; zależy on od postawy chorego wobec życia, wcześniejszych doświadczeń, nadziei na wyleczenie oraz oceny wpływu bólu na codzienne funkcjonowanie; doznanie bólu i doświadczenie cierpienia jest modulowane m.in. przez cechy osobowości chorego oraz indywidualne sposoby radzenia sobie z bólem; zgodnie z teorią kontroli bramkowej Melzacka na etapie cierpienia czynniki kognitywne, takie jak: uwaga, pamięć i system wartości przyjęty przez chorego, wpływają na percepcję bólu [5, 7];
- IV etap – behawioralna ekspresja bólu; etap ten często nazywany jest „zachowaniem bólowym”; składają się na niego określone czynności, codzienna aktywność i sprawność ruchowa; ważne jest wzięcie pod uwagę ograniczeń spowodowanych bólem [6].

Ból nowotworowy jest nie tylko problemem samego chorego, lecz także otoczenia, w jakim się znajduje, szczególnie rodziny i opiekunów. Badania wykazują, że w okresie aktywnego leczenia przeciwnowotworowego bólu doświadcza 30–50% osób, a w późniejszych fazach choroby dotyka on nawet 90% pacjentów. Ból o natężeniu od średniego do silnego występuje u ok. 40% pacjentów w umiarkowanych stadiach choroby, a ataki bólu u ok. 80% pacjentów w zaawansowanym stadium choroby nowotworowej [8]. Ból jest objawem psychosomatycznym wymagającym zarówno stosowania odpowiednich leków, jak i zapewnienia przede wszystkim wsparcia psychicznego. Źle leczony wywołuje wiele skutków niekorzystnie wpływających na organizm chorego, a powodów jego nieprawidłowego zwalczania jest bardzo dużo. Do najczęstszych należą niezgłaszanie i ukrywanie przez pacjentów dolegliwości bólowych, obawa przed uzależnieniem od leków, ich nieskutecznością lub skutkami ubocznymi zażywania. Niejednokrotnie zdarza się też, że lekarze nie potrafią prawidłowo dokonać oceny bólu i rozpoznać jego przyczyny, co w konsekwencji prowadzi do znacznego opóźnienia w leczeniu.

W przebiegu choroby nowotworowej mamy do czynienia z problemem bólu ostrego i przewlekłego. Ból ostry jest związany z przebiegiem zabiegu

diagnostycznego czy chirurgicznego. Jednak to ból przewlekły w większym stopniu powoduje zmniejszenie odporności chorego i wpływa na pojawienie się negatywnych emocji. Osoba cierpiąca staje się drażliwa, izoluje się od rodziny i przyjaciół, przestaje być samowystarczalna, spada jej aktywność oraz w znacznym stopniu pogarsza się jej jakość życia [9]. Komponentem emocjonalnym bólu jest przede wszystkim lęk. Jeśli ból przejdzie w fazę chroniczną, zaczyna mu towarzyszyć depresja związana z poczuciem bezradności i bezsilności [4].

Ból przewlekły nie jest spowodowany jednym czynnikiem, jego przyczyna jest złożona [10]. Uważa się, że 3 miesiące to granica oddzielająca ból ostry od przewlekłego, jednak przyjęcie jedynie kryterium czasowego nie jest wystarczające [9]. Ból przewlekły określa się jako patologiczny, będący zarówno objawem, jak i skutkiem choroby. W odróżnieniu od bólu ostrego zachowuje się jak samodzielna jednostka chorobowa, niezależna od początkowej przyczyny powstania i wywołująca szkodliwe następstwa fizyczne, psychiczne i społeczne [11]. Ból przewlekły rozwija się w wyniku działania czynników biologicznych (tkankowe uczenie się bólu) oraz psychologicznych. Cząsteczki kwasu RNA adaptują się po 3 miesiącach ciągłej aktywności elektrycznej. Dochodzi wówczas do nieodwracalnych zmian strukturalnych będących przyczyną bólu przewlekłego [4].

Trudno wyjaśnić, dlaczego osoby z identycznym uszkodzeniem tkanek odczuwają różne nasilenie bólu albo dlaczego identyczny sposób leczenia tego samego schorzenia wywołuje zupełnie inne reakcje bólowe. Niełatwo też wytłumaczyć, dlaczego osoba z ewidentnymi zmianami patologicznymi nie odczuwa bólu lub też potwierdza występowanie silnego bólu w przypadku braku znaczącej patologii fizycznej. Pacjent nastawiony na realizację określonych przez siebie celów życiowych może nie doznawać cierpień związanych z postępem choroby, które są odczuwane przez innych chorych. Tak dzieje się też w odwrotnym przypadku – kiedy pacjent jest skupiony na swoich doznaniach, czuje bezsens i koncentruje myśli na tym, że może być jeszcze gorzej. Dzięki modelowi kontroli bramkowej bólu Melzacka i Walla zwrócono uwagę na psychospołeczne wymiary bólu [9]. Zgodnie z tym modelem mechanizmy działania bólu obejmują nie tylko ośrodki ruchowe, lecz także poznawcze i afektywne.

Liczne badania wykazują, że w doświadczeniu bólu znaczącą rolę odgrywają czynniki psychospołeczne, procesy społeczno-kulturowe, poznawcze i emocjonalno-motywacyjne [8, 9]. Reakcja na ból nie jest wrodzona i automatyczna, ale zależy od

doświadczeń osobistych z przeszłości i znaczenia przypisywanego zarówno bólowi, jak i sygnałom sensorycznym zapowiadającym groźbę pojawienia się bólu.

Sposób reagowania na ból ma swoje konsekwencje w dalszym zachowaniu chorego, a także w sposobie odczuwania doznań bólowych. Możliwa jest także zmiana poziomu bólu poprzez zapewnienie choremu poczucia, że sprawują nad nim kontrolę, nawet gdy nie jest tak w rzeczywistości [4]. Zatem ból, którego nie można kontrolować, jest bardziej uciążliwy [8].

Szczególne znaczenie w radzeniu sobie z bólem przypisuje się poczuciu kontroli, które wywodzi się z teorii społecznego uczenia się Juliana B. Rottera. Zdaniem autora poczucie kontroli jest indywidualną właściwością człowieka, którą można traktować jako wymiar osobowości dający się przedstawić na kontinuum od poczucia kontroli zewnętrznej do poczucia kontroli wewnętrznej [12]. Osoby o wewnętrznym umiejscowieniu kontroli, nazywane wewnętrznosterownymi, w niejednoznacznej sytuacji są bardziej skłonne uznawać, że to one sprawują kontrolę, to znaczy czują się odpowiedzialne i traktują spotykające je porażki i pomyślności jako efekt własnych działań. Osoby o zewnętrznym umiejscowieniu kontroli, czyli zewnętrznosterowne, czują mniejszą odpowiedzialność osobistą i są bardziej skłonne przyznawać sprawowanie kontroli czynnikom zewnętrznym, tj. szczęściu, przypadkowi czy działaniom innych [12]. Dla przewidywania zachowania się jednostki ważny jest sposób, w jaki człowiek spostrzega sytuację i jakie nadaje jej znaczenie, a nie obiektywne cechy rzeczywistości [13].

Konstrukt umiejscowienia kontroli stał się inspiracją dla wielu badaczy. Został również zastosowany w obszarze zdrowia. Model A. Kenneta oraz B.S. Wallston (1982) – *Health Locus of Control* – ujmuje zależność między umiejscowieniem kontroli zdrowia a podejmowaniem zachowań zdrowotnych [14]. Osoby z wewnętrznym umiejscowieniem kontroli zdrowia są bardziej odpowiedzialne za swoje zdrowie, ale tylko wtedy, gdy traktują je jako wartość [15]. Z kolei zewnętrzne umiejscowienie kontroli podzielono na związane z wpływem innych oraz z przekonaniem o wpływie przypadku czy losu. Wysokie wyniki w skali zewnętrznej kontroli związanej z wpływem innych osób korelowały pozytywnie z poszukiwaniem informacji medycznych, ale nie z dążeniem do samodzielnego rozwiązywania problemów zdrowotnych i skłonnością przyjmowania możliwości aktywnego udziału w leczeniu [14, 16]. W sytuacji inicjowania nowych zachowań zdrowotnych zewnętrzne umiejscowienie

kontroli zdrowia, przypisujące większe znaczenie oddziaływaniu innych lub wpływie przypadku, raczej nie sprzyja zdrowiu [19]. Polskie badania wykazały, że częstsze angażowanie się w zachowania zdrowotne związane z systematycznym zgłaszaniem się na badania lekarskie i przestrzeganiem zaleceń jest połączone z zewnętrznym umiejscowieniem kontroli zdrowia. Natomiast osoby z wewnętrzną kontrolą przestrzegają codziennych praktyk zdrowotnych i zdrowych nawyków żywieniowych [17].

W procesie przystosowania się do choroby istotną rolę przypisuje się przekonaniom dotyczącym kontroli bólu. Długość okresu przystosowania się zależy od różnych czynników medycznych i psychologicznych, związanych z podatnością jednostki na stres.

Cel badań

Prowadzone badania dotyczą etapu leczenia przyczynowego odbywającego się na oddziałach onkologicznych oraz leczenia objawowego w ramach opieki hospicyjnej.

Celem badań jest porównanie umiejscowienia kontroli bólu i sposobów zmagania się z chorobą nowotworową u osób leczonych przyczynowo z pacjentami objętymi opieką paliatywną. Istotne jest również ustalenie, czy przekonania dotyczące kontroli bólu są związane z podjęciem przystosowawczych strategii radzenia sobie z chorobą.

Material i metody

W badaniach zastosowano:

- Kwestionariusz Przekonań na Temat Kontroli Bólu (BPCQ) S. Skevington,
- Skalę Przystosowania Psychicznego do Choroby Nowotworowej (Mini-MAC) M. Watson i innych.

Badania przeprowadzono w grupie 80 chorych onkologicznie: 40 osób leczonych przyczynowo na oddziale onkologicznym (wiek $M = 58,58$ roku, $SD = 11,65$) i 40 osób objętych opieką paliatywną (wiek $M = 63,30$ roku, $SD = 11,86$).

Wyniki

Istotne różnice w kontroli bólu u pacjentów leczonych przyczynowo i objawowo

Pacjenci z hospicjum różnią się w istotny sposób od chorych leczonych przyczynowo na oddziałach onkologicznych w zakresie zewnętrznej kontroli bólu. Przypisują oni znacząco większą rolę wpływowi lekarzy i przypadkowych zdarzeń w kontroli bólu.

Tabela 1. Istotne różnice w kontroli bólu u pacjentów leczonych przyczynowo i objawowo
Table 1. Significant differences in pain control in oncological patients treated causally and symptomatically

Skale BPCQ	Leczenie przyczynowe n = 40		Leczenie objawowe n = 40		Istotność różnic	
	M	SD	M	SD	t	p
BPCQ – kontrola wewnętrzna	15,75	3,72	15,60	5,47	0,14	0,886
BPCQ – wpływ lekarzy	17,80	2,89	20,23	3,44	-3,41	0,001
BPCQ – przypadek	15,05	3,08	17,90	3,93	-3,61	0,001

Tabela 2. Korelacje kontroli bólu ze strategiami radzenia sobie z chorobą u pacjentów leczonych przyczynowo
Table 2. Correlation between pain control and strategies of coping with illness in patients treated causally

Leczenie przyczynowe Korelacje	BPCQ – kontrola wewnętrzna	BPCQ – wpływ lekarzy	BPCQ – przypadek
Mini-MAC lęk	0,07	0,44**	0,12
Mini-MAC bezradność	0,02	0,55**	0,47**
Mini-MAC walka	0,34*	-0,18	-0,04
Mini-MAC przewartościowanie	0,25	-0,09	-0,01
Mini-MAC konstruktywne	0,34*	-0,09	0,01
Mini-MAC destrukcyjne	0,05	0,47**	0,31*

***p < 0,001, **p < 0,01, *p < 0,05

Tabela 3. Korelacje wewnętrznej kontroli bólu ze strategiami radzenia sobie z chorobą u pacjentów leczonych objawowo
Table 3. Correlation between pain control and strategies of coping with illness in patients treated symptomatically

Leczenie objawowe Korelacje	BPCQ – kontrola wewnętrzna	BPCQ – wpływ lekarzy	BPCQ – przypadek
Mini-MAC lęk	-0,14	0,33*	0,29
Mini-MAC bezradność	-0,17	0,09	0,04
Mini-MAC walka	0,10	0,35*	0,19
Mini-MAC przewartościowanie	0,01	0,01	-0,01
Mini-MAC konstruktywne	0,07	0,24	0,13
Mini-MAC destrukcyjne	-0,16	0,24	0,17

***p < 0,001, **p < 0,01, *p < 0,05

Korelacje kontroli bólu ze strategiami radzenia sobie z chorobą u pacjentów leczonych przyczynowo i objawowo

Wyniki analizy kontroli bólu ze strategiami radzenia sobie z chorobą u pacjentów leczonych przyczynowo przedstawiono w tabeli 2., a leczonych objawowo w tabeli 3.

Korelacje wewnętrznej kontroli bólu ze strategiami radzenia sobie z chorobą u pacjentów leczonych przyczynowo i objawowo

U osób leczonych przyczynowo na oddziale onkologicznym wewnętrzne umiejscowienie kontroli bólu dodatkowo koreluje z konstruktywnymi strate-

giami radzenia sobie z chorobą oraz duchem walki, czego nie obserwuje się u pacjentów objętych opieką paliatywną.

Korelacje kontroli bólu przypisywanej wpływowi lekarzy ze strategiami radzenia sobie z chorobą u pacjentów leczonych przyczynowo i objawowo

Kontrola bólu przypisywana wpływowi lekarzy u osób leczonych przyczynowo dodatnio koreluje ze strategiami destrukcyjnymi przejawiającymi się głównie bezradnością–beznadziejnością oraz zaabsorbowaniem lękowym.

Natomiast pacjenci z hospicjum mający przekonanie, że ból może zostać opanowany poprzez wpływ lekarzy, stosują strategie ducha walki z cho-

robą, ale jednocześnie odczuwają lęk, nad którym nie potrafią zapanować.

Korelacje kontroli bólu poprzez przypadkowe zdarzenia ze strategiami radzenia sobie z chorobą u pacjentów leczonych przyczynowo i objawowo

Pacjenci onkologiczni leczeni przyczynowo, którzy przypisują kontrolę bólu przypadkowym zdarzeniom, częściej stosują destrukcyjne strategie, odczuwają bezradność oraz bierne poddanie się chorobie. U pacjentów objętych opieką paliatywną nie występuje istotna zależność między kontrolą bólu przypisywaną przypadkowym zdarzeniom a strategiami radzenia sobie z chorobą nowotworową.

Omówienie wyników

Celem badań było porównanie umiejscowienia kontroli bólu i sposobów zmagania się z chorobą nowotworową u osób leczonych przyczynowo na oddziałach onkologicznych z pacjentami objętymi opieką paliatywną leczonymi objawowo.

Analizując różnice w zakresie umiejscowienia kontroli bólu, okazało się, że pacjenci z hospicjum, u których zastosowano leczenie objawowe, różnią się w istotny sposób od chorych leczonych przyczynowo na oddziałach onkologicznych w zakresie zewnętrznej kontroli bólu. Przypisują oni znacząco większą rolę wpływowi lekarzy i przypadkowych zdarzeń. Przekonanie pacjentów objętych opieką paliatywną, że ból może być opanowany poprzez wpływ lekarzy czy przypadkowe zdarzenia, może się wiązać z gorszą oceną własnego stanu zdrowia i mniejszą akceptacją choroby w porównaniu z osobami leczonymi przyczynowo. Odwołując się do koncepcji dominującego typu umiejscowienia kontroli bólu, można stwierdzić, że badani prezentują typ powiększający wpływ lekarzy.

Porównując strategie radzenia sobie z chorobą nowotworową, badania wykazały, że pacjenci objęci opieką paliatywną stosują częściej konstruktywne strategie radzenia sobie z chorobą polegające na pozytywnym przewartościowaniu, wyrażającym się w szukaniu nadziei i zadowolenia z już przeżytych lat [20].

Kolejnym celem przeprowadzonych badań było ustalenie, czy przekonania dotyczące umiejscowienia kontroli bólu są związane ze stosowaniem przystosowawczych strategii radzenia sobie z chorobą nowotworową.

Zaobserwowano, że u osób leczonych przyczynowo na oddziale onkologicznym wewnętrzne umiejscowienie kontroli bólu dodatnio koreluje

z konstruktywnymi strategiami radzenia sobie z chorobą oraz duchem walki. Natomiast zewnętrzne umiejscowienie kontroli bólu – zarówno wpływ lekarzy, jak i przypadkowe zdarzenia – dodatnio koreluje ze strategiami destrukcyjnymi, przejawiającymi się głównie bezradnością–beznadziejnością oraz biernym poddaniem się chorobie.

Wiele badań wskazuje na silne powiązanie umiejscowienia kontroli bólu ze stosowanymi przez chorego strategiami radzenia sobie. Wewnętrzne umiejscowienie kontroli sprzyja podejmowaniu aktywnych strategii, a zewnętrzne powoduje stosowanie strategii bezradności i nierealnych oczekiwań [10]. Przekonanie o wewnętrznym umiejscowieniu kontroli zdrowia koreluje ze skłonnością do poszerzania swojej wiedzy na temat zdrowia [21] i pozytywnym afektem oraz codzienną aktywnością [22]. Ponadto zwiększa prawdopodobieństwo podejmowania zachowań zdrowotnych oraz prowadzi do lepszego stanu zdrowia. Osoby preferujące zdrowy styl życia mniejsze znaczenie przypisują wpływowi przypadku [23, 24]. Są bardziej autonomiczne w podejmowaniu decyzji, wykazują większą aktywność prozdrowotną oraz charakteryzują się większym poczuciem odpowiedzialności za swoje zdrowie [25]. Ponadto wewnętrzne poczucie kontroli jest silniej związane z dążeniem do poprawy zdrowia [24]. Według Juczyńskiego (2001) wraz ze wzrostem akceptacji choroby maleje znaczenie kontroli bólu przypisywanej wpływowi lekarzy i przypadku [18]. Z kolei niskie wewnętrzne umiejscowienie kontroli skłania do negocjowania objawów i pomniejszania konieczności podejmowania zachowań zdrowotnych [26]. Osoby z zewnętrznym umiejscowieniem kontroli stosują częściej unikowe i bierne strategie oraz są mniej zorientowane na aktywne działanie, a w związku z tym trudniej jest im przystosować się do choroby [27]. Chorzy przewlekłe z zewnętrznym umiejscowieniem kontroli zdrowia często odczuwają negatywne emocje: depresję, lęk, wrogość, oraz nie poszerzają wiedzy na temat swojego zdrowia [28].

W badaniach własnych uwzględniono etap leczenia objawowego związany z postępowaniem choroby i nasileniem dolegliwości bólowych. U pacjentów hospicyjnych leczonych objawowo zewnętrzna kontrola bólu związana z wpływem lekarzy dodatnio koreluje ze strategią ducha walki z chorobą oraz lękiem. Nie odnotowano natomiast istotnych zależności między strategiami radzenia sobie z chorobą nowotworową a wewnętrzną kontrolą bólu oraz wpływem przypadkowych zdarzeń.

Podsumowując – konstruktywne strategie radzenia sobie z chorobą nowotworową, zwłaszcza postawa ducha walki, współwystępują z wewnętrznym umiejscowieniem kontroli bólu u pacjentów

leczonych przyczynowo. Odmienne sytuacja wygłada u osób objętych opieką hospicyjną, u których przekonanie o zewnętrznej kontroli bólu w postaci wpływu lekarzy jest związane z konstruktywną strategią ducha walki. W badaniach Juczyńskiego porównujących osoby chore ze zdrowymi zaobserwowano, że pacjenci z różnych grup klinicznych przypisują większe znaczenie kontroli wewnętrznej, a mniejsze wpływowi innych oraz przypadku. Natomiast pacjentki chore onkologicznie wykazują najsilniejsze przekonanie o wpływie innych na własne zdrowie [21]. Badania Basińskiej i Andruszkiewicz (2014) nie ujawniły istotnych statystycznie różnic pomiędzy pacjentami w zakresie lokalizacji kontroli bólu ze względu na rodzaj choroby nowotworowej [15].

Można wnioskować, że to etap choroby i aktualny stan zdrowia wiążą się z różną lokalizacją kontroli bólu. Znaczne nasilenie dolegliwości bólowych w fazie terminalnej choroby powoduje u pacjentów zmianę umiejscowienia kontroli bólu w kierunku zewnętrznego wpływu lekarzy. Konieczność ciągłego leczenia przeciwbólowego oraz wspieranie pacjentów w radzeniu sobie z cierpieniem poprawia jakość życia chorych onkologicznie i ich rodzin.

Wnioski

U pacjentów leczonych przyczynowo konstruktywne strategie radzenia sobie z chorobą nowotworową dodatkowo korelują z wewnętrznym umiejscowieniem kontroli bólu.

U pacjentów hospicyjnych leczonych objawowo występuje istotna zależność między strategią ducha walki z chorobą nowotworową a zewnętrzną kontrolą bólu przypisaną wpływom lekarzy.

Prezentowana praca uzyskała wyróżnienie na IV Zjeździe Polskiego Towarzystwa Medycyny Paliatywnej 2014, który odbył się we Wrocławiu.

Piśmiennictwo

- Żurek A. Zarys problematyki promocji zdrowia osób niepełnosprawnych, chorych przewlekle i terminalnie. W: Dolińska-Zygmunt G (red.). Podstawy psychologii zdrowia. Wydawnictwo UW, Wrocław 2001.
- Dobrogowski J, Kuś M. Patofizjologia bólu. W: Dobrogowski J, Kuś M, Sedlak K i Wordliczek J (red.). Przewodnik lekarza-praktyka. PWN, Warszawa 1996.
- Sadowski B. Biologiczne mechanizmy zachowania się ludzi i zwierząt. PWN, Warszawa 2005.
- Heszen I, Sęk H. Psychologia zdrowia. PWN, Warszawa 2007.
- De Walden-Gatuszko K, Majkovicz M. Psychologiczno-kliniczna ocena bólu przewlekłego. Wydawnictwo AMG, Gdańsk 2003.
- De Walden-Gatuszko K. Psychologiczne uwarunkowania percepcji bólu pooperacyjnego u pacjentów z chorobą nowotworową. Psychoonkologia 2002; 6: 83-88.
- Horn S, Munafo M. Pain. Theory, research and intervention. Open University Press, Buckingham 1997.
- Melzack R, Wall PD. Tajemnica bólu. Wydawnictwo WAM, Kraków 2006.
- Juczyński Z. Zmaganie się z przewlekłym bólem. W: Heszen-Niejodek I (red.). Teoretyczne i kliniczne problemy radzenia sobie ze stresem. Stowarzyszenie Psychologia i Architektura, Poznań 2002.
- Marcinkowska-Bachlińska M, Matecka-Panas E. Poczucie kontroli i strategie radzenia sobie z emocjami i dolegliwościami u chorych na chorobę refluksową. Przew Lek 2006; 9: 83-90.
- Suchocka L. Psychologia bólu. Difin, Warszawa 2008.
- Szmigielska B. Skala Poczucia Kontroli u Dzieci Przedszkolnych – SPK-DP. PTP, Warszawa 1996.
- Gałdowa A. Klasyczne i współczesne koncepcje osobowości. Tom 1. Wydawnictwo UJ, Kraków 1999.
- 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.
- Basińska M, Andruszkiewicz A. Lokalizacja kontroli bólu a strategii radzenia sobie z bólem przewlekłym u pacjentów leczonych z powodu raka płuc i raka jelita grubego. Psychoonkologia 2014; 18: 43-50.
- Heszen-Niejodek I. Lekarz i pacjent. Badania psychologiczne. Universitas, Kraków 1992.
- Juczyński Z. Psychologiczne wyznaczniki zachowań zdrowotnych na przykładzie badań osób dorosłych. W: Łazowski J, Dolińska-Zygmunt G (red.). Ku lepszemu funkcjonowaniu w zdrowiu i chorobie. AWF, Wrocław 1997; 285-291.
- Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. PTP, Warszawa 2001.
- Ogińska-Bulik N, Juczyński Z. Osobowość. Stres a zdrowie. Difin, Warszawa 2008.
- Krawczyk A. Zmęczenie i strategie zmagania się z chorobą nowotworową na różnych etapach leczenia. Sztuka Leczenia 2013; 1-2: 21-30.
- 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.
- Klonowicz T. Discontented people: reactivity and locus of control as determinants of subjective well-being. Eur J Pers 2001; 15: 29-47.
- Weiss GL, Larsen DL. Health value, health locus of control, and the prediction of health protective behaviors. Soc Behav Pers 1990; 18: 121-136.
- Norman P, Bennett P, Smith C, Murphy S. Health locus of control and health behaviour. J Health Psychol 1998; 3: 171-180.
- Norman P, Bennet P. Health locus of control. W: Conner M, Norman P (red.). Predicting health behavior. Open University Press, Buckingham-Philadelphia 1996; 62-94.
- 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.
- Kościelak R. Poczucie umiejscowienia kontroli i przekonania o własnej skuteczności w zdrowiu i chorobie. Impuls, Kraków 2010.