

## Anna Andruszkiewicz<sup>1</sup>, Beata Wróbel<sup>2</sup>, Alicja Marzec<sup>3</sup>, Anna Kocięcka<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Katedra i Zakład Promocji Zdrowia, Wydział Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu

<sup>2</sup>Szpital Kliniczny Dzieciątka Jezus w Warszawie, Oddział Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu

<sup>3</sup>Katedra i Zakład Pielęgniarstwa Społecznego, Wydział Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu

# S

## trategie radzenia sobie z bólem u pacjentów ze zmianami zwyrodnieniowymi stawu biodrowego

Strategy of managing with pain in a patients with coxarthrosis disease

### Adres do korespondencji:

mgr Alicja Marzec  
Katedra i Zakład Pielęgniarstwa  
Społecznego Collegium Medicum  
w Bydgoszczy  
ul. Techników 3, 85–801 Bydgoszcz  
tel.: (0 52) 585 21 93, 696 550 525  
faks: (0 52) 585 21 94  
e-mail: alkam7@o2.pl

### STRESZCZENIE

**Wstęp.** Choroby narządu ruchu są poważnym problemem medycznym i społecznym, dlatego Światowa Organizacja Zdrowia uznała dziesięciolecie 2000–2010 za dekadę chorób kości i stawów. Intensywność odczuwania bólu w chorobie zwyrodnieniowej stawu biodrowego jest różna u poszczególnych osób. Wielu pacjentów z bólem przewlekłym radzi sobie z nim całkiem dobrze, wypracowując własne strategie walki z bólem, które pomagają im w codziennym życiu.

Choroba zwyrodnieniowa stawu biodrowego (koksartroza) polega na stopniowej destrukcji chrząstki stawowej. Od początku choroby ból ogranicza funkcjonowanie. Każdy chory podświadomie wypracowuje sobie własną strategię walki z bólem. Główne strategie polegają na: odwracaniu uwagi, przewartościowywaniu doznań bólowych, katastrofizowaniu, ignorowaniu doznań bólowych, modleniu się/pokładaniu nadziei, deklarowaniu radzenia sobie oraz zwiększonej aktywności behawioralnej.

**Cel.** Celem podjętych badań było określenie strategii radzenia sobie z bólem u pacjentów ze zmianami zwyrodnieniowymi stawu biodrowego, oczekujących na wszczęcie endoprotezy stawu biodrowego.

**Materiał i metody.** Przebadano 40 osób (20 kobiet i 20 mężczyzn) dotkniętych koksartrozą. W badaniu zastosowano Kwestionariusz Strategii Radzenia sobie z Bólem – *The Pain Strategies Questionnaire* skonstruowany przez Rosenstiel i Keefe.

**Wyniki i wnioski.** Pacjenci chorzy na chorobę zwyrodnieniową stawu biodrowego wybierają różne strategie radzenia sobie z bólem. Nie ma różnic między kobietami a mężczyznami w zakresie stosowanych strategii radzenia sobie z bólem.

**Problemy Pielęgniarstwa 2008; 16 (3): 237–240**

**Słowa kluczowe:** choroba zwyrodnieniowa stawów, ból, strategie radzenia sobie z bólem

### ABSTRACT

**Introduction.** Intensity of pain sensation in coxarthrosis disease is individual. People do not react similarly to the pain. Pain which is not endurable to one person may not be endurable to another. Many patients who suffer from chronic pain manage it in a quite good way. They worked out their own strategies of managing with pain that helps them in everyday life.

**Aim.** The main purpose of this study is to determine the strategy of managing with pain for people who suffer from coxarthrosis disease.

**Material and methods.** Forty adult people took part in the research: 20 women (50%) and 20 men (50%) between 30 and 87 years old. Majority of them came from towns. Research was conducted with the use of The Pain Strategies Questionnaire.

**Results and conclusions.** Data revealed that the pain intensity has an essential influence on movement but insignificant influence on work among the subjects. The most commonly used strategy of managing

with pain is praying and hoping for overcoming the suffering. The least common strategy is reevaluation of pain sensation. People who live in the country are more inclined to be catastrophic than people who live in town. The stronger the pain, the more intensive the prayer. Subjects, who are not paying attention and ignoring the pain, try not to apply medicines. The fewer medicines people apply, the more intensively they ignore the pain, pay no attention or reevaluate pain. There is no relation between subjective evaluation of pain influence at subjects' activity and movement. In addition to this subjects who claimed that pain had influence at their work and mood, were more catastrophic. The more the pain influenced subjects' mood, the less they felt they could control it.

**Nursing Topics 2008; 16 (3): 237–240**

**Key words:** coxarthrosis disease, pain, strategy of managing with pain

## Wstęp

Choroba zwyrodnieniowa stawu biodrowego (koksartroza) polega na stopniowej destrukcji chrząstki stawowej, która traci swoje właściwości amortyzujące i zmniejszające tarcie powierzchni stawowych kości. Stopniowo dochodzi do ograniczania ruchomości stawu biodrowego i ograniczenia możliwości chodzenia. Ból występuje nie tylko podczas poruszania się, ale również w czasie spoczynku. Choroba trwa wiele lat, może dotyczyć jednego lub obu stawów biodrowych [1].

Przyczyną dolegliwości jest uszkodzenie chrząstki stawowej, a następnie leżącej pod chrząstką samej kości [2]. Objawy początkowe koksartrozy to bólowe ograniczenie zakresu ruchu stawu (zwłaszcza rotacji wewnętrznej) oraz nasilenie dolegliwości pod wpływem obciążenia. Są one ważnym i najbardziej dokuczliwym objawem choroby zwyrodnieniowej. Typowy dla schorzeń stawu biodrowego jest ból w pachwinie promieniujący do przednio-przyśrodkowej strony uda i do kolana. Ból występuje podczas ruchu, a maleje bądź ustępuje w spoczynku, później pojawiają się przykurcze. Leczenie zwyrodnienia stawu biodrowego ma charakter operacyjny, z całkowitą wymianą stawu (alloplastyka), czyli wprowadzeniem endoprotezy [2, 3].

„Ból jest to nieprzyjemne doznanie zmysłowe i emocjonalne związane z aktualnie występującym lub potencjalnym uszkodzeniem tkanek albo opisywane w kategoriach takiego uszkodzenia” [4]. Subiektywne odczucie bólu, czyli jego natężenie i jakość, zależą między innymi od wcześniejszych doświadczeń z bólem, wiedzy na temat przyczyn i konsekwencji bólu, stopnia pobudzenia emocjonalnego. Intensywność odczuwania bólu jest różna u poszczególnych osób. Ból, który jest niemożliwy do zniesienia u jednej osoby, może być dobrze tolerowany przez kogoś innego [5].

Można wskazać dwie główne strategie radzenia sobie z bólem w chorobie, czyli dwa typy zachowań adaptacyjnych:

1. Nastawienie zadaniowe na rozwiązanie problemu, co oznacza wysiłek w kierunku zmiany/usunięcia źródła stresu. Chory nastawiony jest wtedy na utrzymanie aktywności życiowej, odwracanie uwagi od bólu, podejmowanie ćwiczeń i działań zmniejszających ból.

2. Strategie skoncentrowane na emocjach, które wyrażają się wysiłkiem regulowania/zmniejszania przykrych reakcji emocjonalnych na sytuację. W tym wypadku wysiłek chorego skierowany jest na szukanie wsparcia, unikanie aktywności, bierność [6]. Ból jest doznaniem wielowymiarowym i subiektywnym, stąd też trudno o jego bezpośrednią i obiektywną ocenę [7, 8].

Celem podjętych badań było określenie strategii radzenia sobie z bólem stosowanych przez pacjentów cierpiących na chorobę zwyrodnieniową stawu biodrowego, oczekujących na zabieg wszczepienia endoprotezy. Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej i zgodę osób badanych.

## Materiał i metody

W badaniu udział wzięło 40 dorosłych osób: 20 kobiet (50%) i 20 mężczyzn (50%) w przedziale wiekowym od 30 do 87 lat ( $M = 59,1$  przy  $SD = 15,47$ ). Większość z nich pochodziła z miasta ( $n = 30$ ; 75%), a pozostali ze wsi ( $n = 10$ ; 25%). Badane osoby miały najczęściej wykształcenie średnie, najmniej z nich miało wykształcenie podstawowe.

Zastosowano następujące narzędzia badawcze:

1. Kwestionariusz Strategii Radzenia Sobie z Bólem — CSQ (*The Pain Strategies Questionnaire*) skonstruowany przez Rosenstiel i Keefe w polskiej adaptacji Z. Juczyńskiego [10]. Służy on do oceny stosowanych strategii radzenia sobie z bólem i ich skuteczności w opanowywaniu i obniżaniu bólu. Sposoby radzenia sobie z bólem odzwierciedlają sześć poznawczych oraz jedną behawioralną strategię, które z kolei wchodzi w skład 3 czynników, czyli:
  - aktywnego radzenia sobie (do których zaliczamy: 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).

**Tabela 1. Wyniki analizy testem t-studenta dla średnich wyników otrzymanych w grupie kobiet (n = 20) i mężczyzn (n = 20)**  
**Table 1. Results of analyses for average results in group of women (n=20) and man (n=20) received t-students**

| Strategie radzenia sobie z bólem  | Cała grupa |      | Kobiety |      | Mężczyźni |      | T      | p    |
|-----------------------------------|------------|------|---------|------|-----------|------|--------|------|
|                                   | M          | SD   | M       | SD   | M         | SD   |        |      |
| Odwracanie uwagi                  | 14,00      | 7,80 | 14,50   | 6,27 | 13,50     | 9,23 | 0,401  | 0,69 |
| Przewartościowae doznań bólu      | 7,78       | 7,71 | 7,15    | 6,08 | 8,40      | 9,17 | -0,508 | 0,61 |
| Katastrofizowanie                 | 12,18      | 9,13 | 13,50   | 9,11 | 10,85     | 9,20 | 0,916  | 0,37 |
| Ignorowanie doznań                | 13,50      | 8,36 | 13,30   | 7,32 | 13,70     | 9,47 | -0,149 | 0,88 |
| Modlenie się/pokładanie nadziei   | 21,75      | 7,21 | 21,15   | 6,24 | 22,35     | 8,18 | -0,522 | 0,60 |
| Deklarowanie radzenia sobie       | 20,83      | 7,53 | 21,35   | 5,56 | 20,30     | 9,22 | 0,436  | 0,67 |
| Zwiększona aktywność behawioralna | 16,33      | 7,88 | 17,85   | 6,38 | 14,80     | 9,05 | 1,232  | 0,23 |
| Kontrola bólu                     | 3,95       | 1,18 | 4,15    | 1,18 | 3,75      | 1,16 | 1,078  | 0,29 |
| Zdolność zmniejszania bólu        | 3,35       | 1,21 | 3,45    | 1,32 | 3,25      | 1,12 | 0,518  | 0,61 |

Wyniki dotychczasowych badań potwierdzają, że CSQ jest rzetelnym i trafnym narzędziem pomiaru, które pozwala na ustalenie strategii prognostycznych dla przystosowania się do przewlekłego bólu [9].

- Ankiety osobową służącą do opisanego grupy pacjentów ze względu na właściwości społeczno-demograficzne.

Strategie radzenia sobie z bólem właściwie nie ujawniają związku za zmiennymi demograficznymi w badanej grupie, za wyjątkiem miejsca zamieszkania. Istnieje związek na poziomie istotnym statystycznie pomiędzy strategią radzenia sobie poprzez katastrofizowanie a miejscem zamieszkania na wsi.

## Wyniki

Badania zostały przeprowadzone w modelu korelacyjnym. Zastosowano następujące testy statystyczne: do opisu zmiennych w grupach ustalenie średniej i odchylenie standardowe; do określenia kierunku i siły związku pomiędzy zmiennymi test korelacji liniowej r-Pearsona, gdy zachodziła liniowość związku pomiędzy zmiennymi lub test nieparametryczny r-Spearmana, gdy nie zachodziła liniowość związku pomiędzy zmiennymi; do określenia istotności różnic pomiędzy średnimi zastosowano parametryczny test t-Studenta, gdy zmienne miały rozkład normalny.

Pierwszy etap analizy polegał na obliczeniu średnich wartości analizowanych zmiennych, a następnie sprawdzono, czy istnieją różnice w zakresie stosowanych strategii radzenia sobie z bólem w badanej grupie ze względu na płeć. Uzyskane wyniki zawiera tabela 1.

Najczęściej stosowaną strategią radzenia sobie z bólem przez osoby badane jest modlenie się/pokładanie nadziei i deklarowanie radzenia sobie. Pacjenci cierpiący na chorobę zwyrodnieniową najrzadziej stosują przewartościowanie doznań bólu. Nie ma różnic na poziomie istotnym statystycznie pomiędzy kobietami i mężczyznami w zakresie stosowania strategii radzenia sobie z bólem w badanej grupie.

Następnie szukano związku między strategiami radzenia sobie z bólem a zmiennymi demograficznymi. Wyniki przedstawia tabela 2.

## Dyskusja

Strategie radzenia sobie z bólem to aktywne formy podejmowane przez pacjenta w sytuacji, kiedy występuje ból. Skuteczność stosowanych strategii zależy od sytuacji stresowej i związanych z nią wymagań, zwłaszcza zaś od tego, w jakim stopniu podlega ona kontroli jednostki [7]. Także kontrola własna bólu i strategie radzenia sobie z nim zależą od określonych indywidualnych warunków wzmacniających doznania bólowe lub je osłabiające [8]. Dzięki tym badaniom można ocenić, jakie strategie obiera sobie pacjent cierpiący na chorobę zwyrodnieniową stawu biodrowego w walce z bólem, czy jest w stanie oraz w jakim stopniu może go opanować. Od tego uzależnione jest jego dalsze leczenie (np. alloplastyka) lub całkowity powrót do zdrowia.

W prowadzonych badaniach uczestniczyła równoliczna grupa kobiet i mężczyzn. Wśród badanych najczęściej stosowaną strategią radzenia sobie z bólem było modlenie się/pokładanie nadziei. Natomiast w badaniach prowadzonych przez Juczyńskiego wśród osób cierpiących na zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa częściej wybierano radzenie sobie i ignorowanie doznań bólowych. Pacjenci z bólem krzyża i nerwobólem w większym stopniu wykorzystują w radzeniu sobie z bólem odwracanie uwagi [7]. Być może te różnice, które wystąpiły, wynikają z faktu, że w podeszłym wieku, a w szczególności u kobiet charakterystyczne jest zwracanie się o pomoc do Boga i szukanie pomocy w praktykach religijnych, modlitwie.

**Tabela 2. Korelacje pomiędzy strategiami radzenia sobie z bólem a zmiennymi demograficznymi**  
**Table 2. Correlations between the strategies of managing with pain and variables demographic**

| Strategie radzenia sobie z bólem  | Wiek (r-Pearsona) | Wykształcenie (r-Spearmana) | Miejsce zamieszkania (r-Pearsona) |
|-----------------------------------|-------------------|-----------------------------|-----------------------------------|
| Odwracanie uwagi                  | -0,02             | 0,06                        | 0,16                              |
| Przewartościowanie doznań bólu    | -0,04             | -0,14                       | -0,07                             |
| Katastrofizowanie                 | -0,07             | -0,20                       | <b>0,43</b>                       |
| Ignorowanie doznań                | -0,06             | 0,05                        | -0,26                             |
| Modlenie się/pokładanie nadziei   | 0,25              | -0,12                       | 0,08                              |
| Deklarowanie radzenia sobie       | 0,03              | 0,06                        | -0,09                             |
| Zwiększona aktywność behawioralna | 0,06              | 0,23                        | -0,01                             |
| Kontrola bólu                     | -0,03             | 0,18                        | -0,02                             |
| Zdolność zmniejszania bólu        | -0,11             | 0,19                        | -0,07                             |

Strategie bardziej konstruktywne, aktywne (typu deklarowanie radzenia sobie, przewartościowanie doznań i ignorowanie doznań bólowych) były prezentowane zdecydowanie rzadziej w badanej grupie; częściej też takie strategie prezentowali mężczyźni niż kobiety — co być może wynika z uwarunkowań środowiskowych (męski wzorec zachowania). Podobne wyniki uzyskali Rosenstiel i Keefe w badaniach relacji zachodzących między strategiami radzenia sobie a aktualnym przystosowaniem się pacjentów z przewlekłym bólem [10, 13, 14].

Strategie radzenia sobie z bólem właściwie nie ujawniają związku ze zmiennymi demograficznymi w badanej grupie, za wyjątkiem miejsca zamieszkania. Istnieje związek pomiędzy strategią radzenia sobie poprzez katastrofizowanie a miejscem zamieszkania na wsi. Chorzy na wsi odkładają rozpoczęcie leczenia najdłużej, jak się da, ale ból jest już wtedy tak silny, że pacjent boi się o dalszy swój los. To właśnie sprzyja katastrofizowaniu.

Możliwe, że aktywne strategie radzenia sobie odgrywają większą rolę w początkowym okresie odczuwania dolegliwości bólowych; na to wskazują wyniki badań osób odczuwających ostry ból [8, 11, 12, 14].

## Wnioski

1. Najczęściej stosowaną strategią przez osoby badane jest modlenie się/pokładanie nadziei i deklarowanie radzenia sobie, natomiast przewartościowanie doznań bólu jest najrzadsze.
2. Nie ma w badanej grupie różnic na poziomie istotnym statystycznie pomiędzy kobietami i mężczyznami w zakresie stosowania strategii radzenia sobie z bólem.
3. Strategie radzenia sobie z bólem właściwie nie ujawniają związku ze zmiennymi demograficznymi, jednak

osoby mieszkające na wsi są bardziej skłonne do katastrofizowania niż osoby mieszkające w mieście.

## Piśmiennictwo

1. Lorczyński A. Wybrane pojęcia z ortopedii, traumatologii i reumatologii. W: Kalinowski L. (red.). Encyklopedia Badań Medycznych. Wydawnictwo MAKmed, Gdańsk 1996.
2. www.zdrowie.flink.pl/zwyrodnienia\_stawow.php 22.11.2007.
3. Kramer J. Ortopedia. Springer PWN, Warszawa 1997.
4. Pyszkowska J. Patomechanizm bólu i istota cierpienia totalnego. W: De Walden-Gałuszko K., Kartacz A. (red.). Pielęgniarstwo w opiece paliatywnej i hospicyjnej. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2005.
5. Gurowiec P. Psychologiczne sposoby leczenia bólu. W: Psychologia radzenia sobie ze stresem. Zeszyty naukowe WSHE w Łodzi 2002; 1: 21.
6. De Walden-Gałuszko K., Majkovicz M. Uwarunkowania percepcji bólu przewlekłego. W: Psychologiczno-kliniczna ocena bólu przewlekłego. Zakład Medycyny Paliatywnej AM, Gdańsk 2003: 8–13.
7. Juczyński Z. Spostrzegana kontrola a strategie radzenia sobie z przewlekłym bólem. Sztuka leczenia 2001; tom VII (2): 9–16.
8. Weisenberg M. Cognitive aspects of pain. In Textbook of Pain. Churchill-Livingstone. New York 2000: 331–344.
9. Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Pracownia Testów Psychologicznych PTP, Warszawa 2001.
10. Rosenstiel A., Keefe F.J. The use of coping strategies in chronic low back pain patients: relationship to patient characteristics and current adjustment. Pain 1983; (17): 33–44.
11. Sędlak K. Czynniki psychologiczne a odczuwanie bólu. W: Ból i jego leczenie. Dobrogowski J., Kuś M., Sędlak K. (red.). Springer PWN 1996: 34–36.
12. Sheridan Ch. L., Radmacher S. Psychologia zdrowia. Wyzwania dla biomedycznego modelu zdrowia. Instytut Psychologii Zdrowia PTP, Warszawa 1998; 83–88.
13. Golec A. Ból psychogeny i psychologiczne aspekty bólu. W: Dobrogowski J., Wordliczek J. (red.). Ból przewlekły. Wydawnictwo MCKP UJ Kraków 2002: 63–65.
14. Kazaska D. Terapia. 2006; 11 (186).