

Radzenie sobie z bólem a odczuwanie stresu przez pacjentów hospicjum

Dealing with pain and feeling stressed in hospice patients

Zdzisława C. Szadowska-Szlachetka¹, Joanna Makuch², Agata Pietraszek¹, Marta Łuczyk¹, Barbara Ślusarska³, Grzegorz Nowicki³, Bożena Muraczyńska⁴, Andrzej Stanisławek¹

¹Zakład Onkologii, Katedra Onkologii i Środowiskowej Opieki Zdrowotnej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

²Zakład Opieki Długoterminowej, Radomski Szpital Specjalistyczny

³Zakład Medycyny Rodzinnej, Katedra Onkologii i Środowiskowej Opieki Zdrowotnej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

⁴Katedra Chirurgii i Pielęgniarstwa Chirurgicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Streszczenie

Cel pracy: Celem niniejszej pracy była ocena nasilenia bólu i poziomu stresu u pacjentów hospicjum domowego i stacjonarnego, a także przedstawienie psychologicznych strategii podejmowanych przez pacjentów oraz ich wpływ na doznania bólowe i poziom stresu.

Materiał i metody: Zbadano 62 pełnoletnich pacjentów objętych opieką hospicjum stacjonarnego i domowego. Metodą, którą wykorzystano do celów niniejszej pracy, był sondaż diagnostyczny przy użyciu *Kwestionariusza strategii radzenia sobie z bólem* (CSQ), *Termometru dystresu* oraz skali numerycznej do oceny natężenia bólu (*numerical rating scale* – NRS).

Wyniki: Ponad połowa badanych (62,9%, $n = 39$) była leczona silnymi opioidami. Z przeprowadzonych badań wynika, że najczęstszą przyczyną stresu wśród pacjentów hospicjum były problemy w sferze fizycznej, tj.: zmęczenie (74,19%), problemy ze snem (52,8%), ból (36,8%). Wśród problemów praktycznych najczęściej wymieniano trudności mieszkaniowe (48,39%), wśród problemów emocjonalnych: smutek (72,58%), martwienie się (67,72%) i podenerwowanie (53,23%), zaś problemy religijne lub duchowe najczęściej dotyczyły utraty zainteresowania codziennymi sprawami (29,03%) lub relacji z Bogiem (20,97%). Podopieczni hospicjum doświadczali umiarkowanego bólu (2,39/10 pkt) i stresu (4,08/10 pkt). Podopieczni hospicjum domowego (3,32/10 pkt) znacznie częściej deklarowali wyższy poziom bólu niż pacjenci hospicjum stacjonarnego (1,45/10 pkt).

Wnioski: Chorzy objęci opieką hospicyjną odczuwają ból w stopniu umiarkowanym, wyższe nasilenie bólu odczuwają mieszkańcy miast niż wsi. Główne problemy to warunki mieszkaniowe, smutek, zmęczenie, problemy ze snem, ból. Chorzy w walce z bólem częściej stosują strategie poznawcze niż behawioralne.

Słowa kluczowe: choroba nowotworowa, ból, stres.

Abstract

Aim of the study: To assess pain severity and stress level in home hospice and in-patient hospice patients, and to present psychological strategies taken by patients and their impact on pain sensations and stress level.

Material and methods: The study covered 62 adult patients under in-patient and home hospice care. The method used in this study was a diagnostic survey using the Coping Strategy Questionnaire (CSQ), Distress Thermometer and Numerical Rating Scale (NRS).

Results: More than half of the patients 62.9% ($n = 39$) were treated with strong opioids. The study showed that the most common causes of stress among hospice patients were problems within the physical sphere, i.e. fatigue (74.19%), sleep problems (52.8%), and pain (36.8%), in terms of practical problems, housing difficulties (48.39%), in terms of emotional problems, sadness (72.58%), worry (67.72%) and anxiety (53.23%), while religious or spiritual problems most often concerned the loss of interest in everyday matters (29.03%) or relations with God (20.97%). The hospice patients experienced moderate pain (2.39/10 pts) and stress (4.08/10 pts). A higher level of pain was reported by home hospice patients (3.32/10 pts) much more often than by in-patient hospice patients (1.45/10 pts).

Conclusions: Patients receiving hospice care experienced moderate pain, while inhabitants of towns and cities experienced higher severity of pain than residents of rural areas. Patients' problems were associated with housing, sadness, fatigue, sleep problems and pain. Patients were more likely to use cognitive than behavioral strategies in the fight against pain.

Key words: cancer, pain, stress.

Adres do korespondencji

dr Zdzisława C. Szadowska-Szlachetka, Zakład Onkologii, Katedra Onkologii i Środowiskowej Opieki Zdrowotnej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie, ul. Staszica 4-6, 20-081 Lublin, e-mail: zszadowska@wp.pl

WSTĘP

Podopieczny hospicjum jest wyjątkowym pacjentem, choruje bowiem na nieuleczalną, postępującą chorobę i ma świadomość, że w niedługim czasie może umrzeć. Jego cele i plany skupiają się na walce o życie, oczekiwaniu na cud wyzdrowienia, dotrwanii do określonego terminu. Dotychczasowe życie chorego ulega zmianie. Z osoby niezależnej staje się on biorcą opieki. Sytuacja ta niesie ze sobą wiele trudności w sferze fizycznej, psychicznej, duchowej i społecznej.

Najczęstszymi problemami towarzyszącymi chorobie nowotworowej są ból i stres. Bólu doświadcza 75% pacjentów w zaawansowanej chorobie nowotworowej [1]. Jako objaw fizyczny nasila on inne nieprzyjemne objawy fizyczne oraz niekorzystnie wpływa na psychikę chorego. Stres i napięcie emocjonalne potęgują negatywne doznania oraz przyczyniają się do wewnętrznego cierpienia.

Ból w literaturze medycznej opisywany jest jako nieprzyjemne doznanie zmysłowe i emocjonalne związane z rzeczywistym lub potencjalnym uszkodzeniem tkanek lub z wyobrażeniem takiego uszkodzenia [2]. Potocznie ból nazywany jest szóstym zmysłem, ponieważ pełni funkcję „ostrzegawczo-obronną”. Informuje o rozpoczynającej się lub trwającej chorobie i ostrzega przed potencjalnym niebezpieczeństwem, które może zagrażać organizmowi [3]. Uczucie bólu jest nie tylko doznaniem fizycznym, ale i emocjonalnym, które wpływa na funkcjonowanie chorego, jego relacje z otoczeniem, przekonania dotyczące leczenia oraz wydarzeń życiowych, a także na zachowanie danej osoby. Zmiany wywołane w organizmie wpływają na siebie wzajemnie – przyczyniają się do obniżenia progu bólowego, przez co subiektywnie zwiększają odczuwany ból. Powyższe zjawiska znacznie obniżają jakość życia pacjenta i jego rodziny, a dodatkowo uruchamiają kaskadę wewnętrznego cierpienia [4, 5].

Celem tej pracy była ocena nasilenia bólu i stresu oraz jego przyczyn u pacjentów hospicjum. Zbadano także, jakie strategie radzenia sobie z bólem

wyбираją pacjenci i jakie czynniki mają wpływ na wybór danej strategii.

MATERIAŁ I METODY

Badanie przeprowadzono wśród 62 pacjentów objętych opieką hospicyjną stacjonarną i domową, leczonych m.in. z powodu bólu lekami z drugiego i trzeciego stopnia drabiny analgetycznej. W grupie badanych 41,94% ($n = 26$) stanowiły kobiety, zaś 58,06% ($n = 36$) mężczyźni. Średnia wieku ankietowanych wynosiła $63,58 \pm 14,76$ lat (zakres od 27 do 93 lat). Respondenci w wieku do 60 lat stanowili 40,32% ($n = 25$), 25,81% ($n = 16$) ankietowanych było w wieku od 61 do 70 lat, zaś 33,87% ($n = 21$) powyżej 70 lat. Spośród wszystkich badanych 25,81% ($n = 16$) posiadało wykształcenie wyższe, 30,65% ($n = 19$) wykształcenie zawodowe, 30,65% ($n = 19$) średnie i 12,89% ($n = 8$) podstawowe. Respondenci zamieszkali w mieście stanowili 59,68% ($n = 37$), a na wsi 40,32% ($n = 25$). Ponad połowa ankietowanych (51,61%, $n = 32$) miała w przeszłości styczność z osobą chorą na raka. Badani najczęściej leczyli się z powodu: raka płuc (29,03%), raka żołądka (16,13%), nowotworów narządów rodnych (11,29%) i raka kości (11,29%) oraz piersi (6,45%), rzadziej na inne nowotwory. Połowa ankietowanych była pod opieką hospicjum stacjonarnego, a druga połowa – hospicjum domowego.

W zależności od stanu zaawansowania choroby kwestionariusz ankiety wypełniała samodzielnie osoba badana lub osoba przeprowadzająca badania. Po uzyskaniu zgody osób kierujących placówkami badania przeprowadzono w Hospicjum im. Dobrego Samarytanina w Lublinie (hospicjum stacjonarne) oraz w Hospicjum Królowej Apostołów w Radomiu (hospicjum domowe) w okresie między kwietniem a październikiem 2017 r. Komisja Bioetyczna przy Uniwersytecie Medycznym w Lublinie wyraziła pozytywną opinię na temat projektu badań.

Metodą badawczą wykorzystaną w niniejszej pracy był sondaż diagnostyczny z zastosowaniem

techniki wywiadu. Posłużono się następującymi narzędziami badawczymi: autorskim kwestionariuszem zawierającym pytania na temat danych socjodemograficznych respondentów, standaryzowanym *Kwestionariuszem strategii radzenia sobie z bólem* (CSQ) w adaptacji Z. Juczyńskiego, *Termometrem dystresu* w adaptacji J. Życińskiej i wsp. oraz skalą numeryczną do oceny nasilenia bólu (*numerical rating scale* – NRS).

Kwestionariusz badawczy CSQ służy do oceny metod radzenia sobie z bólem i ocenia ich skuteczność w zmniejszeniu natężenia bólu. Składa się on z 42 stwierdzeń opisujących sposoby radzenia sobie z bólem. Pacjent zaznacza odpowiedzi na skali od 0 do 6, gdzie 0 oznacza „nigdy tego nie robię”, 6 – „zawsze to robię”. Narzędzie to zawiera także dwa pytania dotyczące oceny własnych umiejętności panowania nad bólem i jego obniżania. Zawarte w kwestionariuszu stwierdzenia przyporządkowane są do siedmiu strategii radzenia sobie z bólem: sześciu poznawczych (*Deklarowanie radzenia sobie*, *Ignorowanie doznań bólowych*, *Przewartościowanie doznań bólowych*, *Odwracanie uwagi*, *Katastrofizowanie*, *Modlenie się i pokładanie nadziei*) i jednej behawioralnej (*Zwiększona aktywność behawioralna*). Strategie te wchodziły w skład trzech psychologicznych strategii radzenia sobie: 1) aktywnego radzenia sobie, 2) odwracania uwagi i podejmowania czynności zastępczych, 3) katastrofizowania i poszukiwania nadziei.

Kolejnym narzędziem zastosowanym w badaniu był *Termometr dystresu*. Narzędzie składa się z dwóch części: skali numerycznej do oceny stopnia stresu (*Distress Thermometer* – DT) oraz listy 35 najczęstszych problemów wywołujących stres (*Patient Problem List* – PPL) zgłaszanych przez chorych i wchodzących w skład problemów: fizycznych, praktycznych, emocjonalnych, rodzinnych i duchowych. Na skali numerycznej (od 0 do 10) chory zaznacza liczbę odpowiadającą stopniowi nasilenia stresu, jaki odczuwał w ostatnim tygodniu (0 oznacza brak stresu, 10 – ekstremalny stres). Pięć i więcej punktów uzyskanych przez pacjenta oznacza konieczność konsultacji z psychologiem.

Do oceny natężenia bólu użyto NRS. Skala ta obejmuje punkty od 0 do 10, gdzie 0 oznacza całkowity brak bólu, 5 – ból umiarkowany, a 10 – najgorszy ból, jaki można sobie wyobrazić.

Uzyskany materiał badawczy poddano analizie statystycznej. Wartości analizowanych parametrów mierzalnych przedstawiono za pomocą wartości średniej, mediany i odchylenia standardowego, a dla niemierzalnych za pomocą licznosci i odsetka. Dla cech mierzalnych normalność rozkładu analizowanych parametrów oceniano za pomocą testu Shapiro-Wilka. Do porównania dwóch grup niezależnych zastosowano test U Manna-Whitneya. Do porównania wielu grup użyto testu Kruskala-Wallis-

sa. Przyjęto poziom istotności $p < 0,05$ wskazujący na występowanie istotnych statystycznie zależności między zmiennymi. Analizę statystyczną przeprowadzono za pomocą oprogramowania komputerowego STATISTICA 12.0 (StatSoft, Polska).

W analizie statystycznej przyjęto następującą skalę siły związku korelacji: $r_{xy} = 0$ – zmienne nie są skorelowane, $0 < r_{xy} < 0,1$ – korelacja nikła, $r_{xy} \leq 0,1 < 0,3$ – korelacja słaba, $r_{xy} \leq 0,3 < 0,5$ korelacja przeciętna, $r_{xy} \leq 0,5 < 0,7$ – korelacja wysoka, $r_{xy} \leq 0,7 < 0,9$ korelacja bardzo wysoka, $r_{xy} \leq 0,9 < 1$ korelacja prawie pełna.

WYNIKI

Spośród wszystkich pacjentów 14,52% ($n = 9$) leczyło się z powodu bólu ponad 3 lata (maksymalnie 12 lat), od 1 roku do 2 lat – 22,58% ($n = 14$), a poniżej roku 38,71% ($n = 24$) ankietowanych. Ponad połowa (62,9%, $n = 39$) była leczona silnymi opioidami, natomiast 37,1% ($n = 23$) słabymi opioidami. Ankietowani oceniali nasilenie bólu podczas jednokrotnego badania w skali NRS. Średnie nasilenie bólu deklarowane przez badanych wyniosło $2,39 \pm 1,84$ (Me = 2,00, zakres 0–7 pkt). Analizując wpływ czynników socjodemograficznych na nasilenie bólu, stwierdzono, że płeć, wykształcenie oraz wiek badanych nie różnicowały istotnie statystycznie ich odpowiedzi dotyczących odczuwania bólu. Analiza statystyczna wykazała, że ankietowani mieszkający w mieście deklarowali odczuwanie bólu na poziomie wyższym niż badani pochodzący ze wsi. Stwierdzone różnice były istotne statystycznie ($p = 0,007$).

Czas trwania leczenia bólu, rodzaj stosowanych leków oraz stosowanie leków wspomagających nie różnicowały istotnie odpowiedzi respondentów. Z badań wynika, że ankietowani leczeni w warunkach domowych deklarowali odczuwanie istotnie wyższego nasilenia bólu niż ankietowani przebywający w hospicjum stacjonarnym. Stwierdzone różnice były istotne statystycznie ($p = 0,00009$) (tab. 1).

W toku prowadzonych badań stwierdzono, że średnia ocena nasilenia stresu mierzona za pomocą kwestionariusza *Termometru dystresu* wynosiła wśród ankietowanych $4,08 \pm 2,09$ (Me = 4). Zaobserwowano, że płeć, wiek, wykształcenie, miejsce zamieszkania, czas leczenia, forma sprawowania opieki nad chorymi (hospicjum stacjonarne, domowe), a także zastosowana metoda leczenia w chorobie nowotworowej nie wpłynęły istotnie statystycznie na deklaracje pacjentów na temat nasilenia stresu.

Badania własne wykazały, że spośród problemów praktycznych nasilających odczuwanie dystresu przez pacjentów najczęściej wymieniane były: problemy mieszkaniowe (48,39%), wychowywanie dziecka (11,29%), korzystanie ze środków lokomocji

Tabela 1. Ocena nasilenia bólu z uwzględnieniem formy opieki

Forma opieki	Średnia	Odchylenie standardowe	Dolny kwartył	Mediana	Górny kwartył
stacjonarna	1,45	1,46	0	1	2
domowa	3,32	1,72	2	3	4

Analiza statystyczna: $Z = 3,91$; $p = 0,00009^*$

*istotność statystyczna $p < 0,05$

(12,9%), trudności w pracy lub szkole (12,9%) i bardzo rzadko trudności z ubezpieczeniem lub finansami. Problemy emocjonalne ankietowanych objawiały się głównie: smutkiem (72,58%), martwieniem się (67,74%) i podenerwowaniem (53,23%), zaś rzadziej lękiem (29,03%) lub depresją (24,19%).

Problemy religijne lub duchowe najczęściej dotyczyły utraty zainteresowania codziennymi sprawami (29,03%) lub relacji z Bogiem (20,97%), natomiast rzadko utraty wiary (4,84%).

Wśród problemów fizycznych najczęściej wymieniane były: zmęczenie (74,19%), kłopoty ze snem (70,97%), ból (67,74%), nudności (51,67%), mycie i ubieranie się (50%), zaparcia (46,77%), przemieszczanie się (41,94%), mrowienie w dłoniach lub stopach (41,94%), spożywanie posiłków (40,32%) oraz niestrawność (40,32%). Pozostałe problemy występowały rzadziej.

Z badań własnych wynika, że w walce z bólem chorzy najczęściej stosowali strategie poznawcze, tj.: *Modlenie się i pokładanie nadziei* (26,92%), *Deklarowanie radzenia sobie* (17,65%) oraz *Katastrofizowanie* (14,85); w mniejszym stopniu stosowali strategie behawioralne. Stwierdzono występowanie przeciętnej korelacji dodatniej między zdolnością zmniejszenia bólu a strategiami radzenia sobie z bólem, takimi jak: *Odwracanie uwagi* ($R = 0,41$), *Przewartościowanie doznań bólu* ($R = 0,36$), *Ignorowanie doznań* ($R = 0,28$), *Deklarowanie radzenia sobie* ($R = 0,54$) oraz *Zwiększona aktywność behawioralna* ($R = 0,49$). Im większa była zdolność zmniejszenia bólu, tym w większym stopniu badani deklarowali wybór ww. strategii.

Analiza statystyczna wykazała występowanie korelacji dodatniej między nasileniem bólu a deklarowaniem wyboru strategii: *Przewartościowanie doznań bólu* ($R = 0,25$) oraz *Odwracanie uwagi* ($R = 0,31$), a także korelacji ujemnej ze strategią *Modlenie się i pokładanie nadziei* ($R = -0,27$). Większe nasilenie bólu wpływało na częstsze deklarowanie wyboru strategii *Odwracanie uwagi* i *Przewartościowanie doznań bólu*, natomiast w mniejszym stopniu na wybór strategii *Modlenie się i pokładania nadziei* (tab. 2).

Nie stwierdzono istotnych różnic w ocenie deklarowania wyboru strategii radzenia sobie z bólem zależnie od pci i wieku. Istotnie statystycznie różnice wykazano w przypadku strategii *Zwiększona aktywność behawioralna* pomiędzy grupami o różnym wykształceniu. Badani z wykształceniem wyższym częściej deklarowali stosowanie tej strategii w walce

Tabela 2. Ocena związku pomiędzy strategiami radzenia sobie z bólem a jego nasileniem (NRS)

Strategie radzenia sobie z bólem	Analiza statystyczna	
	R	p
Odwracanie uwagi	0,31	0,01*
Przewartościowanie doznań bólu	0,25	0,05*
Katastrofizowanie	0,21	0,11
Ignorowanie doznań	0,22	0,08
Modlenie się i pokładanie nadziei	-0,27	0,03*
Deklarowanie radzenia sobie	0,17	0,18
Zwiększona aktywność behawioralna	0,13	0,31
Kontrola bólu	0,07	0,61
Zdolność zmniejszenia bólu	0,13	0,30

*istotność statystyczna $p < 0,05$

z bólem niż badani z wykształceniem średnim lub zawodowym ($p = 0,04$). Dalsza analiza statystyczna wykazała, że badani pochodzący ze wsi istotnie częściej niż zamieszkujący w mieście deklarowali wybór strategii *Modlenie się i pokładanie nadziei* ($p = 0,002$).

Na podstawie analizy wyników przeprowadzonych badań stwierdzono, że chorzy leczeni z powodu bólu od roku do 2 lat istotnie częściej deklarowali stosowanie strategii *Modlenie się i pokładanie nadziei* niż osoby leczone do roku lub 2 lata i dłużej ($p = 0,04$).

Pacjenci leczeni silnym opioidem istotnie częściej w walce z bólem wybierali strategię *Katastrofizowanie* w porównaniu z badanymi leczonymi słabym opioidem ($p = 0,03$). Z kolei badani leczeni słabym opioidem istotnie częściej deklarowali stosowanie strategii *Deklarowanie radzenia sobie* ($p = 0,01$) oraz *Zwiększona aktywność behawioralna* ($p = 0,02$) (tab. 3).

Wykazano występowanie ujemnej korelacji między poziomem dystresu a stosowaniem przez pacjentów strategii: *Odwracanie uwagi* ($R = -0,27$) i *Zwiększona aktywność behawioralna* ($R = -0,32$). Im wyższy poziom dystresu odczuwali pacjenci, tym rzadziej wybierali te strategie radzenia sobie z bólem. Wystąpił także słaby związek między kontrolą bólu a poziomem dystresu ($R = -0,27$), w którym stwierdzono, że im wyższy poziom stresu odczuwali pacjenci, tym mniej kontrolowali ból (tab. 4).

Tabela 3. Stosowanie strategii radzenia sobie z bólem z uwzględnieniem rodzaju stosowanego leczenia

Strategie radzenia sobie z bólem	Słaby opioid			Silny opioid			Analiza statystyczna	
	Średnia	Mediana	Odchylenie standardowe	Średnia	Mediana	Odchylenie standardowe	Z	p
Odwracanie uwagi	14,78	14	8,66	11,79	12	7,91	1,19	0,23
Przewartościowanie doznań bólu	9,61	6	8,87	6,92	0	9,03	1,66	0,1
Katastrofizowanie	12	14	6,80	16,54	16	6,91	-2,22	0,03*
Ignorowanie doznań	11,39	12	7,22	9	7	9,02	1,61	0,11
Modlenie się i pokładanie nadziei	26,7	28	5,86	27,05	27	5,28	-0,05	0,96
Deklarowanie radzenia sobie	20,87	20	7,03	15,74	17	7,07	2,67	0,01*
Zwiększona aktywność behawioralna	19,22	21	7,91	14,97	15	7,76	2,33	0,02*
Kontrola bólu	3,3	3	0,93	2,85	3	1,42	0,77	0,44
Zdolność zmniejszenia bólu	3,52	3	0,85	2,92	3	1,36	1,47	0,14

*istotność statystyczna $p < 0,05$

Tabela 4. Ocena związku pomiędzy strategiami radzenia sobie z bólem a poziomem dystresu

Strategie radzenia sobie z bólem	Analiza statystyczna	
	R	P
Odwracanie uwagi	-0,27	0,03*
Przewartościowanie doznań bólu	-0,19	0,14
Katastrofizowanie	0,22	0,09
Ignorowanie doznań	-0,02	0,87
Modlenie się/pokładanie nadziei	-0,07	0,57
Deklarowanie radzenia sobie	-0,22	0,08
Zwiększona aktywność behawioralna	-0,32	0,01*
Kontrola bólu	-0,27	0,03*
Zdolność zmniejszenia bólu	-0,16	0,22

*istotność statystyczna $p < 0,05$

Analiza statystyczna wykazała korelację ujemną między występowaniem problemów rodzinnych a wyborem strategii *Katastrofizowanie* ($R = -0,26$) – zauważono, że im więcej problemów rodzinnych mieli chorzy, tym rzadziej w walce z bólem wybierali *Katastrofizowanie*. Istnienie korelacji dodatniej wykazano natomiast między występowaniem problemów duchowych a wyborem strategii *Katastrofizowanie* ($R = 0,27$), ponieważ pacjenci doświadczający problemów religijnych częściej stosowali tę strategię.

Analiza statystyczna wykazała dodatkowo istnienie przeciętnej korelacji ujemnej między występowaniem problemów emocjonalnych a stosowaniem w walce z bólem strategii: *Odwracanie uwagi* ($R =$

$-0,31$), *Ignorowanie doznań* ($R = -0,31$) i *Deklarowanie radzenia sobie* ($R = -0,32$). Im więcej problemów emocjonalnych dotyczyło badanych, tym rzadziej w walce z bólem wybierali oni te strategie. Z kolei korelacja dodatnia na poziomie przeciętnym występowała między doświadczeniem problemów emocjonalnych a strategią *Katastrofizowanie* ($R = 0,30$). Stwierdzono także słaby związek między występowaniem problemów emocjonalnych a zdolnością zmniejszania bólu ($R = -0,27$) – im większa była liczba problemów emocjonalnych pacjenta, tym rzadziej przejawiał on zdolność radzenia sobie z bólem.

Zaobserwowano ponadto przeciętny związek pomiędzy występowaniem problemów fizycznych a wyborem strategii radzenia sobie z bólem: *Ignorowanie doznań* ($R = -0,34$) oraz *Deklarowanie radzenia sobie* ($R = -0,32$). Stwierdzono, że im więcej problemów występowało u pacjentów w sferze fizycznej, tym rzadziej stosowali oni te sposoby radzenia sobie z bólem. Wykazano występowanie korelacji ujemnej między doświadczeniem problemów fizycznych a kontrolą bólu ($R = -0,29$) oraz zdolnością zmniejszania bólu ($R = -0,27$). Stwierdzono zależność pomiędzy zwiększonym nasileniem problemów fizycznych a mniejszą zdolnością kontroli bólu i jego zmniejszania.

OMÓWIENIE

Ból i duże nasilenie stresu to jedne z najczęstszych stanów występujących w chorobie nowotworowej. Wpływając na siebie, wzmacniają one wzajemnie siłę subiektywnego oddziaływania oraz obniżają jakość życia pacjenta [5]. Opanowanie tych objawów

wyłącznie za pomocą środków farmakologicznych nie zawsze jest skuteczne. Na przełomie ostatnich lat prowadzono badania na temat psychiczno-behawioralnych sposobów opanowywania bólu i stresu [6]. Niniejsza praca pozwala poznać mechanizmy i sposoby radzenia sobie pacjentów hospicjum stacjonarnego i domowego w konfrontacji z występującym u nich bólem.

Natężenie bólu mierzone skalą NRS było oceniane w badaniach własnych jako słabe (2,39/10 pkt), w tym nieznacznie wyższe odczucie bólu występowało wśród: mężczyzn (2,5 pkt), osób leczonych koanalgetykami, stosujących leki przeciwbólowe ponad 2 lata, osób powyżej 60. roku życia (2,6 pkt), z wykształceniem średnim, które miały styczność z osobą chorą na nowotwór. Istotnie większy ból odczuwali mieszkańcy miasta (2,92 pkt) oraz osoby będące pod opieką hospicjum domowego (3,32 pkt). Badania prowadzone przez Graczyk wśród pacjentów objętych opieką hospicyjną wykazały istotnie wyższy stopień odczuwania bólu przez mężczyzn i osoby leczone w hospicjum domowym [7]. Wielośrodkowe, międzynarodowe badania dotyczące bólu potwierdziły zależność między nasileniem bólu a wiekiem – silniej odczuwają ból osoby młode i w wieku geriatrycznym, natomiast rzadziej mężczyźni niż kobiety [8].

W badaniach własnych ankietowani za pomocą *Termometru dystresu* ocenili poziom odczuwanego stresu jako średni (4,08 pkt), w tym nieznacznie wyższe wyniki były obserwowane u mężczyzn (4,23 pkt), u osób do 60. roku życia (4,16 pkt), mieszkańców miasta (4,27 pkt), podopiecznych hospicjum stacjonarnego (4,42 pkt), leczonych silnymi opioidami (4,41 pkt), osób mających w przeszłości kontakt z osobą chorą na nowotwór (4,34 pkt). Pacjenci stosujący leki wspomagające także odczuwali wyższy poziom stresu (4,37 pkt, $p = 0,02$). Podobne wyniki dotyczące nasilenia dystresu uzyskali Życińska i wsp. [9]. Z kolei w badaniach Dąbrowskiego i wsp. przeprowadzonych w grupie pacjentów onkologicznych aż 69,5% chorych oceniało poziom dystresu na 4 punkty bądź więcej. Wysoki poziom dystresu (5 punktów i więcej) dostrzeżono także w badaniach Dąbrowskiego i wsp. u 34% kobiet z rakiem piersi [10] czy w badaniach Piriz i wsp., gdzie dystres obserwowano u ponad połowy chorych na nowotwory leczonych w warunkach ambulatoryjnych [11].

W badaniach własnych za pomocą *Termometru dystresu* zbadano dodatkowo rodzaje problemów, z jakimi borykają się podopieczni hospicjów. Wśród problemów fizycznych chorzy wymieniali zmęczenie (74,19%), kłopoty ze snem (70,97%), ból (67,74%), nudności (51,61%) oraz trudności z ubieraniem się (50%). Problemy emocjonalne dotyczyły 57 osób, a najczęściej wymienianymi objawami były: smutek (72,58%), martwienie się (67,72%), podenerwowanie

(53,23%) i depresja (24,19%). Problemy praktyczne zadeklarowało 37 osób, podając przede wszystkim: problemy mieszkaniowe (48,39%), trudności w lokomocji i transporcie (12,9%), problemy w pracy/szkole (12,9%). Kłopoty rodzinne dotyczyły 27 osób i były to relacje z dziećmi (30,65%) oraz relacje z partnerem (24,19%). Problemów duchowych doświadczało 25 badanych – były to utrata zainteresowania codziennymi sprawami (29,03%) i relacja z Bogiem (20,97%).

Badania prowadzone przez Car, Życińską i Lasotę dotyczące oceny dystresu i depresji u osób chorych na nowotwory złośliwe potwierdziły, że najczęstszymi problemami, z jakimi borykają się pacjenci onkologiczni, są problemy emocjonalne, a wśród nich: podenerwowanie (64,2%), martwienie się (55,7%), smutek (45,3%) oraz lęk (23,6%). Z kolei najczęstsze problemy fizyczne to: zmęczenie (56,6%), trudności ze snem (52,8%), ból (36,8%), problemy z pamięcią/koncentracją (34%). Wymieniane problemy praktyczne obejmują natomiast: transport/przemieszczanie się (16%), problemy finansowe/ubezpieczeniowe (12,3%) [12]. Jak wynika z badań Gałuszki, najmniej osób doświadcza problemów rodzinnych (ok. 20%) i duchowych (6,6%) [13].

Na podstawie CSQ zbadano strategie wykorzystywane przez chorych do walki z bólem. Najwięcej ankietowanych wybierało strategię *Modlenie się i pokładanie nadziei* (26,92/36 pkt), na kolejnych miejscach znalazły się: *Deklarowanie radzenia sobie* (17,65/36 pkt), *Katastrofizowanie* (14,85/36 pkt) i *Odwracanie uwagi* (12,9/36 pkt). Najrzadziej stosowano strategię *Przewartościowanie doznań bólowych* (7,92/36 pkt). Podobne wyniki podają twórcy kwestionariusza, którzy badali osoby doświadczające bólu przewlekłego, oraz Andruszkiewicz i wsp. prowadzący badania wśród osób ze zmianami zwyrodnieniowymi. Najczęściej wybieranymi strategiami były: *Modlenie się i pokładanie nadziei* oraz *Deklarowanie radzenia sobie* [14, 15]. Nieco inne wyniki podaje Juczyński, który stwierdził, że pacjenci cierpiący z powodu nerwobólów najczęściej stosują strategię: *Deklarowanie radzenia sobie*, *Ignorowanie doznań* i *Odwracanie uwagi* [16].

Analiza statystyczna wykazała w badaniach własnych istotny związek pomiędzy strategiami: *Odwracanie uwagi*, *Przewartościowanie doznań*, *Ignorowanie doznań*, *Deklarowanie radzenia sobie* i *Zwiększona aktywność behawioralna* a umiejętnością zmniejszania doznania bólowego. Zaobserwowano, że osoby niestosujące tych strategii deklarują wyższy poziom bólu. Badania wykazały, że nasilone dolegliwości bólowe wpływają na częstszy wybór strategii *Odwracanie uwagi* i *Przewartościowanie doznań bólowych* oraz *Modlenie się i pokładanie nadziei*, *Katastrofizowanie*. Podobne wyniki uzyskała Suchocka, wskazując, że osoby doświadczające znacznych dolegliwości bólowych poszukują odpowiednich metod walki, co motywuje je do zmagania z chorobą [17].

Analiza cech socjodemograficznych wykazała, że respondenci nie różnią się w wyborze strategii radzenia sobie z bólem pod względem płci. Różnicuje ich natomiast wykształcenie, gdyż istotnie częściej osoby z wyższym wykształceniem stosowały strategię *Zwiększona aktywność behawioralna* niż pozostali badani, natomiast biorąc pod uwagę miejsce zamieszkania, wykazano istotnie częstsze wybieranie strategii *Modlenie się i pokładanie nadziei* przez mieszkańców wsi; oni także w walce z bólem częściej stosowali *Zwiększoną aktywność behawioralną* i *Deklarowanie radzenia sobie*, zaś mieszkańcy miast częściej wybierali *Katastrofizowanie*. Analiza czasu leczenia przeciwbólowego pozwoliła na stwierdzenie zależności, że badani leczeni z powodu bólu od roku do 2 lat w istotnie mniejszym stopniu stosowali *Modlenie się i pokładanie nadziei* niż osoby leczone w czasie krótszym niż rok i dłuższym niż 2 lata. Badania przeprowadzone przez Kadłubowską wśród osób z przewlekłym niedokrwieniem kończyn dolnych wykazały, że kobiety częściej stosowały strategię *Modlenie się i pokładanie nadziei* oraz strategię *Zwiększona aktywność behawioralna* niż mężczyźni, którzy częściej deklarowali stosowanie strategii *Przewartosciowanie doznań bólowych*. Respondenci z wykształceniem zawodowym często wybierali *Odwracanie uwagi*, zaś badani z wykształceniem średnim i wyższym rzadziej deklarowali korzystanie ze strategii *Modlenie się i pokładanie nadziei*. Jeśli chodzi o miejsce zamieszkania, to ankietowani mieszkający na wsi częściej wybierali *Katastrofizowanie*. Wiek badanych wpływał na wybieranie strategii *Modlenie się i pokładanie nadziei* oraz *Deklarowanie radzenia sobie* [18].

Z badań własnych wynika, że pacjenci, u których stosowano leki z trzeciego stopnia drabiny analgetycznej, istotnie częściej wybierali *Katastrofizowanie* w odróżnieniu od chorych, u których stosowano leki z drugiego stopnia drabiny analgetycznej. Chorzy leczeni słabym opioidem istotnie częściej stosowali strategię *Deklarowanie radzenia sobie* oraz *Zwiększona aktywność behawioralna*, a chorzy będący pod opieką hospicjum domowego częściej wybierali *Odwracanie uwagi* oraz *Zwiększoną aktywność behawioralną*.

Analiza statystyczna wykazała związek między problemami rodzinnymi a strategią *Katastrofizowanie*. Zaobserwowano, że im więcej problemów rodzinnych doświadczają chorzy, tym rzadziej stosują tę metodę walki z bólem. *Katastrofizowanie* wybierane było istotnie częściej przez osoby deklarujące problemy w sferze duchowej/religijnej i emocjonalnej. Z kolei im więcej problemów w sferze psychicznej doświadczali pacjenci, tym częściej wybierali strategię: *Odwracanie uwagi*, *Ignorowanie doznań*, *Deklarowanie radzenia sobie* i *Zwiększona aktywność behawioralna*. Badania Gałuszki dowiodły, że im więcej problemów w sferze fizycznej i emocjonalnej doświadczają chorzy, tym wyżej oceniał swój poziom stresu

i w mniejszym stopniu akceptował chorobę, częściej pojawiały się też dolegliwości fizyczne i negatywne emocje. Wraz z czasem trwania choroby zmniejszało się odczuwanie negatywnych emocji, stresu i lęku, zwiększała się liczba emocji pozytywnych i wzrastał poziom nadziei [13].

WNIOSKI

W badanej grupie pacjentów objętych opieką hospicyjną stacjonarną i domową poziom bólu w skali NRS był oceniany jako słaby, zaś nasilenie stresu było na poziomie dość wysokim.

Badani mieszkający w mieście i leczeni w warunkach domowych odczuwali istotnie wyższy poziom bólu niż pacjenci pochodzący ze wsi i przebywający w hospicjum stacjonarnym.

Najczęstsze powody stresu wymieniane przez chorych to problemy emocjonalne: smutek, martwienie się, zaś w sferze fizycznej: zmęczenie, problemy ze snem i ból.

Najczęściej w walce z bólem chorzy stosowali strategię poznawcze: *Modlenie się lub pokładanie nadziei*, *Deklarowanie radzenia sobie* oraz *Katastrofizowanie*, natomiast w mniejszym stopniu stosowali strategię behawioralne.

Stwierdzono, że im większy poziom stresu odczuwali pacjenci, tym mniej kontrolowali ból.

Ze względu na problemy emocjonalne oraz duże nasilenie stresu pacjenci hospicjum wymagają zapewne jeszcze większego wsparcia emocjonalnego ze strony opiekujących się nimi osób.

Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

PIŚMIENNICTWO

1. Zalecenia Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej. http://onkologia.zalecenia.med.pl/pdf/PTOK_2013_17_Postepowanie_niewbolachnowotworowych.pdf (dostęp: 10.06.2018).
2. Korzeniowski K, Szalek E. Ból. *Farm Współcz* 2010; 3: 9-14.
3. Kózka M, Walewska E, Ścisło L i wsp. Determinanty radzenia sobie z bólem u pacjentów z chorobą nowotworową. *Probl Pielęg* 2013; 21: 297-305.
4. Krawczyk A. Kontrola bólu u pacjentów z chorobą nowotworową leczonych przyczynowo i objawowo. *Psychoonkologia* 2015; 1: 12-18.
5. Kulpa M, Stypuła-Ciuba B. Ból nowotworowy i uciążliwość objawów somatycznych a jakość życia u pacjentów z chorobami nowotworowymi. *Med Paliat* 2013; 5: 171-179.
6. Kozaka J. Kliniczny przebieg choroby nowotworowej a zastosowanie psychiczne. *Curr Gynecol Oncol* 2015; 13: 27-43.
7. Graczyk A. Jakość życia chorych objętych opieką paliatywną domową i stacjonarną a satysfakcja z opieki w ocenie chorego i jego bliskich. Praca doktorska. Uniwersytet Medyczny w Poznaniu, Poznań 2012: 67-71.
8. Zahradniczek K. Hospicjum. W: Podstawy pielęgniarstwa. Założenia koncepcyjno-empiryczne opieki pielęgniarstwiej. Zarzycka D, Ślusarska B (red.). PZWŁ, Warszawa 2017; 457-462.

9. Życińska J, Wojtyna E, Heyda A, Syska-Bielak A. Polska adaptacja skali Distress Thermometer i Problem List. Badania walidacyjne wśród pacjentów onkologicznych. X Ogólnopolska Konferencja Psychoonkologiczna. 11–12 września, Władysławowo. Abstrakt wystąpienia. http://www.ptpo.org.pl/index/index.php?option=com_content&task=view&id=151 (dostęp: 25.06.2018).
10. Dąbrowski M, Boucher K, Ward JH i wsp. Clinical experience with the NCCN distress thermometer in breast cancer patients. *J Natl Compr Canc Netw* 2007; 5: 104-111.
11. Piriz IE, Ferro NE, Di Pretoro M. Distress in oncology patients: Distress Thermometer in a Latin American study. *J Clin Oncol* 2005; 23 (Supl. 16): 8211.
12. Car J, Życińska J, Lasota W. Ocena dystresu i depresji u osób chorych na nowotwory złośliwe. *Prz Epidemiol* 2012; 66: 689-695.
13. Gałuszka A. Akceptacja choroby przewlekłej i poziom dystresu pacjentów leczących się ambulatoryjnie. *Chowanna* 2013; 1: 159-177.
14. Rosenstiel Keefe FJ. The use of coping strategies in chronic low back pain patients: relationship to patient characteristics and current adjustment. *Pain* 1983; 17: 33-44.
15. Andruszkiewicz A, Wróbel B, Marzec A, Kocięcka A. Strategie radzenia sobie z bólem u pacjentów ze zmianami zwyrodnieniowymi stawu biodrowego. *Probl Pielęg* 2008; 3: 237-240.
16. Juczyński Z. Spostrzegana kontrola a strategie radzenia sobie z przewlekłym bólem. *Sztuka Leczenia* 2001; 7: 9-16.
17. Suchocka L. Psychologiczna analiza cierpienia w chorobie przewlekłej. *Towarzystwo Naukowe KUL, Lublin* 2008: 141-154.
18. Kadłubowska M, Kózka M, Bąk E. i wsp. Zachowania zdrowotne jako determinanta strategii radzenia sobie z bólem chorych z reumatoidalnym zapaleniem stawów. *Prz Epidemiol* 2015; 96: 175-180.