UNIWERSYTET JAGIELLOŃSKI

COLLEGIUM MEDICUM

WYDZIAŁ NAUK O ZDROWIU

Monika Kadłubowska

Determinanty radzenia sobie z bólem chorych z przewlekłym niedokrwieniem kończyn dolnych

PRACA DOKTORSKA

Promotor: dr hab. n. hum. Maria Kózka

Pracę wykonano w: Zakładzie Pielęgniarstwa Klinicznego
Instytutu Pielęgniarstwa i Położnictwa Wydziału Nauk o Zdrowiu UJCM
Dziekan Wydziału Nauk o Zdrowiu: prof. dr hab. Tomasz Brzostek
oraz
Katedrze Pielęgniarstwa i Ratownictwa Medycznego Wydziału Nauk o Zdrowiu
Akademii Techniczno-Humanistycznej w Bielsku-Białej
Dziekan Wydziału Nauk o Zdrowiu: prof. ATH dr hab. med. Monika Mikulska

Kraków 2013

Pani Promotor
składam serdeczne podziękowania
za poświęcony czas, udzielone wsparcie, cenne wskazówki
i nieocenioną pomoc w pisaniu niniejszej pracy

Spis treści strona

1. Wykaz stosowanych skrótów 3

2. Streszczenie pracy 4

3. Wstęp 12

3.1. Kliniczne podstawy przewlekłego niedokrwienia kończyn dolnych 13

3.1.1. Czynniki ryzyka przewlekłego niedokrwienia kończyn dolnych 15

3.1.2. Diagnostyka i klasyfikacja niedokrwienia kończyn dolnych 16

3.1.3. Postępowanie w przewlekłym niedokrwieniu kończyn dolnych 18

3.2. Ból przewlekły i strategie radzenia sobie z bólem 20

3.2.1. Patofizjologia bólu przewlekłego 20

3.2.2. Metody oceny bólu 22

3.2.3. Ból w przewlekłym niedokrwieniu kończyn dolnych 23

3.2.4. Strategie radzenia sobie z bólem przewlekłym 24

3.2.5. Społeczne i indywidualne zasoby radzenia sobie z chorobą i bólem 26

4. Materiał i metody 34

4.1. Cel pracy 34

4.2. Problemy i hipotezy badawcze 34

4.2.1. Problemy badawcze 34

4.2.2. Hipotezy badawcze 35

4.3. Metody i narzędzia badawcze 36

4.3.1. Metody zbierania danych 36

4.3.2. Metody analizy danych 39

4.3.3. Dobór grupy do badań 40

4.3.4. Organizacja badań 44

5. Wyniki badań własnych 45

5.1. Strategie radzenia sobie z bólem w badanej grupie 45

5.1.1. Analiza zależności między strategią przewartościowanie doznań bólu a zmiennymi niezależnymi 47

5.1.2. Analiza zależności między strategią odwracanie uwagi a zmiennymi niezależnymi 49

5.1.3. Analiza zależności między strategią katastrofizowanie a zmiennymi niezależnymi 51
5.1.4. Analiza zależności między strategią ignorowanie doznań a zmiennymi niezależnymi 53
5.1.5. Analiza zależności między strategią modlenie się/pokładanie nadziei a zmiennymi niezależnymi 55
5.1.6. Analiza zależności między strategią deklarowanie radzenia sobie a zmiennymi niezależnymi 58
5.1.7. Analiza zależności między strategią zwiększona aktywność behawioralna a zmiennymi niezależnymi 60
5.1.8. Analiza zależności między strategią kontrola bólu a zmiennymi niezależnymi 62
5.1.9. Analiza zależności między strategią zdolność zmniejszania bólu a zmiennymi niezależnymi 64
5.1.10. Strategie radzenia sobie z bólem a zaawansowanie przewlekłego niedokrwienia kończyn dolnych 66
5.1.11. Strategie radzenia sobie z bólem a cechy socjo-demograficzne 67
5.2. Subiektywny stan zdrowia w badanych grupach 70
5.3. Natężenie dolegliwości bólowych w badanych grupach 72
5.4. Przekonania na temat kontroli bólu w badanych grupach 76
5.5. Zachowania zdrowotne w badanych grupach 82
5.6. Osobowość Typu A w badanych grupach 86
5.7. Wsparcie społeczne w badanych grupach 92
6. Dyskusja, wnioski i postulaty 96
6.1. Dyskusja 96
6.2. Wnioski 103
6.3. Postulaty 105
7. Piśmiennictwo 107
8. Spis tabel 119
9. Spis rycin 121
10. Aneks 122

1. Wykaz stosowanych skrótów

ABI - (ankle-brachial-index) - wskaźnik kostka-ramię

BPCQ - Kwestionariusz Przekonań na Temat Kontroli Bólu

CSQ - Kwestionariusz Strategii radzenia sobie z bólem

EQ-5D - Kwestionariusz ogólny do pomiaru samooceny stanu zdrowia

FHS - Framingham Heart Study

HDL - (high density lipoprotein) - lipoproteina wysokiej gęstości

IZZ - Inwentarz Zachowań Zdrowotnych

LDL - (low density lipoprotein) - lipoproteina niskiej gęstości

MPQ - Kwestionariusz Bólu McGilla do oceny natężenia i cech jakościowych bólu

NRS - (numerical rating scale) - skala numeryczna oceny natężenia bólu

PAD - (peripheral arterial disease) - przewlekłe niedokrwienie kończyn dolnych

RZS - reumatoidalne zapalenie stawów

TASC - Trans-Atlantic Inter-Society Consensus

TBI - wskaźnik paluch-ramię

TG - triglicerydy

USG - ultrasonografia

WZA - wzór zachowania A

VAS - (visual analogue scale) - skala wzrokowo-analogowa oceny natężenia bólu

VRS - (verbal rating scale) - skala słowna oceny natężenia bólu

2. Streszczenie pracy

Determinanty radzenia sobie z bólem chorych z przewlekłym niedokrwieniem kończyn dolnych

Wstęp

Przewlekłe niedokrwienie kończyn dolnych (PAD) stanowi bardzo poważny problem medyczny, społeczny i ekonomiczny. Występuje u 12 % - 14 % ogółu populacji i dotyczy 20 - 30 % osób po 75 roku życia. Choroba jest jedną z form manifestacji klinicznej miażdżycy uogólnionej, w której dochodzi do zwężenia naczyń tętniczych kończyn dolnych prowadząc do chromania przestankowego i bólu. W początkowym etapie choroby zachowany jest spoczynkowy przepływ krwi, stąd chorzy odczuwają ból po wysiłku. Wraz z postępem procesu miażdżycowego u chorych pojawia się ból spoczynkowy. Choroba nieleczona, prowadzi do osłabienia mechanizmów obronnych, wzrostu napięcia emocjonalnego oraz wzmożonej aktywności układu adrenergicznego. Wszystkie te czynniki dodatkowo pogarszają przepływ krwi w kończynach dolnych, w znacznym stopniu ograniczając możliwości lokomocji, obniżają jakość życia chorego i prowadzą do niepełnosprawności. Ból w przewlekłym niedokrwieniu kończyn dolnych jest źródłem dużego cierpienia chorego, a jego następstwem są m.in. zaburzenia snu i apetytu, drażliwość, obniżony nastrój, upośledzenie ruchowe i zwiększona męczliwość. Obniżenie sprawności fizycznej, społecznej i zawodowej chorego nierzadko wpływa na jego psychikę, wywołując stany lękowe, gniew, depresję lub poczucie utraty kontroli nad swoim zdrowiem i życiem. Ból przewlekły kształtuje stosunek chorego do otoczenia, jak i stosowanego leczenia oraz rehabilitacji. Doświadczanie silnego bólu jaki towarzyszy zaawansowanym stadiom choroby często wpływa na postrzeganie własnych możliwości radzenia sobie z nim i uruchamiania strategii mających na celu zniwelowanie przykrych doznań. Skuteczność tychże strategii zależy od postrzegania przez chorego samej sytuacji stresowej oraz jego zachowań adaptacyjnych. Ukierunkowane są one na rozwiązanie problemu, co oznacza wysiłek w kierunku usunięcia źródła stresu, bądź skoncentrowane na emocjach, wyrażających się poprzez zmniejszanie przykrych reakcji emocjonalnych

na sytuację. Zatem, rodzaj uruchamianej strategii warunkuje aktywne lub pasywne radzenie sobie z bólem oraz sposób reagowania jednostki na sytuację stresową.

Cel pracy

Celem pracy było poznanie determinantów radzenia sobie z bólem chorych z przewlekłym niedokrwieniem kończyn dolnych dla poprawy jakości opieki.

Materiał i metody

Grupę badanych stanowiło 100 pacjentów hospitalizowanych z powodu przewlekłego niedokrwienia kończyn dolnych w Szpitalu Wojewódzkim w Bielsku-Białej na Oddziale Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej oraz leczonych w Poradni Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej. Grupę porównawczą stanowiło 100 pacjentów z rozpoznaniem reumatoidalnego zapalenia stawów hospitalizowanych w Śląskim Szpitalu Reumatologiczno-Rehabilitacyjnym im. gen. Jerzego Ziętka w Ustroniu. Badania przeprowadzono w okresie od grudnia 2010 do stycznia 2012 roku.
W pracy wykorzystano metodę analizy dokumentów, sondażu diagnostycznego przy użyciu standaryzowanych narzędzi badawczych oraz autorskiego kwestionariusza ankiety. Do zebrania danych wykorzystano: Kwestionariusz Strategii Radzenia Sobie z Bólem (CSQ), Kwestionariusz Przekonań na Temat Kontroli Bólu (BPCQ), Inwentarz Zachowań Zdrowotnych (IZZ), Skalę Typu A-Framingham, Skalę Wsparcia Społecznego Krystyny Kmiecik-Baran, Skalę wizualno analogową (VAS) stopnia nasilenia bólu, Termometr EuroQol (EQ-5D) oraz autorski kwestionariusz ankiety. Wyniki badań poddano analizie wykorzystując program Statistica PL 9.0 oraz arkusz kalkulacyjny Excel. W analizie statystycznej zastosowano test t-Studenta (do oceny zależności pomiędzy dwiema cechami ilościowymi) oraz test niezależności chi-kwadrat (do oceny zależności pomiędzy dwiema cechami jakościowymi). Przyjęto poziom istotności $\alpha < 0,05$.

Wyniki

Ból zarówno w przewlekłym niedokrwieniu kończyn dolnych jak i w reumatoidalnym zapaleniu stawów zmusza pacjenta do uruchamiania strategii radzenia sobie z nim. W obydwu grupach badanych dominowały strategie modlenia się/pokładania nadziei oraz deklarowanie radzenia sobie. Dolegliwości bólowe nasilające się wraz z postępem choroby powodowały uruchamianie strategii katastrofizowanie oraz przekonanie o kontroli bólu przez wpływ lekarzy. W analizie determinantów radzenia sobie z bólem w badanych grupach uwzględniono: zachowania zdrowotne, wsparcie społeczne, osobowość Typu A, samoocenę stanu zdrowia, umiejscowienie poczucia kontroli bólu, stopień zaawansowania choroby oraz zmienne socjo-demograficzne. Zauważono zależność pomiędzy zachowaniami zdrowotnymi badanych, a strategiami radzenia sobie z bólem. Analizując preferowane zachowania zdrowotne mające wpływ na sposoby radzenia sobie z bólem wykazano, iż grupa pacjentów z przewlekłym niedokrwieniem kończyn dolnych posiada gorsze nawyki żywieniowe oraz zachowania profilaktyczne związane z przestrzeganiem zaleceń zdrowotnych, uzyskiwania informacji na temat zdrowia i choroby od grupy porównawczej. Do czynników istotnie wpływających na zwiększenie odczuwania dolegliwości bólowych w badanej grupie należały: stopień zaawansowania choroby, zewnętrzne umiejscowienie kontroli, osobowość Typu A, niska samoocena stanu zdrowia. Stopień zaawansowania przewlekłego niedokrwienia kończyn dolnych w istotnym stopniu wpływał na strategie radzenia sobie z bólem w badanej grupie. Osoby z wyższą samooceną stanu zdrowia deklarowały zdolność zmniejszania bólu**.** Wewnętrzne umiejscowienie kontroli istotnie wpływało na uruchomienie strategii zdolność zmniejszania bólu. Wśród czynników wpływających na odczuwanie dolegliwości bólowych i uruchamianie strategii niewątpliwie wpływ miała osobowość Typu A, która to determinowała uruchomienie strategii przewartościowanie doznań bólu, ignorowanie doznań oraz deklarowanie radzenia sobie. Rodzaj otrzymywanego wsparcia społecznego w istotnym stopniu wpływał na strategie radzenia sobie z bólem. Dla poprawy stanu zdrowia i zmniejszenia dolegliwości badani wykorzystywali również różne rodzaje wsparcia społecznego tj. ogólnego, informacyjnego, instrumentalnego, wartościującego i emocjonalnego. Stwierdzono również istotną zależność pomiędzy zmiennymi socjo-demograficznymi jak: płeć, wiek, wykształcenie, aktywność zawodowa, miejsce zamieszkania, a strategiami radzenia sobie z bólem.

Wnioski

Wśród zróżnicowanych strategii radzenia sobie z bólem chorych z przewlekłym niedokrwieniem kończyn dolnych dominowały strategie modlenia się/pokładania nadziei oraz deklarowanie radzenia sobie, a stopień zaawansowania choroby w istotnym stopniu wpływał na rodzaj uruchamianych strategii radzenia sobie z bólem. Wyższa samoocena stanu zdrowia badanych i wewnętrzne umiejscowienie kontroli bólu miało wpływ na zdolność zmniejszania dolegliwości bólowych. Na rodzaj uruchamianych strategii badanych w radzeniu sobie z bólem miały wpływ zachowania zdrowotne, osobowość Typu A, rodzaj udzielanego wsparcia społecznego oraz zmienne socjo-demograficzne.

Słowa kluczowe

Przewlekłe niedokrwienie kończyn dolnych, strategie radzenia sobie z bólem, ból przewlekły, przekonania na temat kontroli bólu, osobowość Typu A, zachowania zdrowotne.

Summary

The determinants of coping with the pain of chronic lower limb ischemia

Introduction

Chronic lower limb ischemia is a serious medical, social and economic problem. Around 12 % - 14 % of the general population and 20 % - 30 % of people over age 75 suffer from this problem. This disease is one form of manifestation of clinical generalized atherosclerosis, in which there is narrowing and obstruction of the arteries of the lower limbs leading to intermittent claudication and pain. In the early stages of the disease, the blood flow at rest is normal, therefore, patients only feel pain after some physical activity. With further development of the atherosclerosis, patients feel pain at rest. Untreated, this condition can lead to an impairment of defence mechanisms, an increase in emotional tension as well as an increase in activity of the adrenergic nervous system. All of these factors exacerbate blood flow in the lower limbs, significantly limit the possibility of movement, lower the patient's quality of life and lead to disability. The pain in chronic lower limb ischemia is the source of great suffering, leading to disturbances in sleep and appetite, irritability, depressed mood, motor impairment and increased fatigue. A decrease in physical, social and professional functioning often has an influence on the patient's psyche causing anxiety, anger, depression or the feeling of loss of control over one's health and life. Chronic pain shapes the patient's attitude towards the surrounding environment as well as towards the delivered treatment and rehabilitation. Living through the intense pain that accompanies advanced stages of the disease frequently influences one's own perception of his or her abilities of dealing with pain and the development of strategies that will nullify these unpleasant symptoms. The effectiveness of these strategies depends on the stressful situation itself and on one's adaptive behaviour. The strategies are directed towards solving the problem which means that an effort is made towards eliminating the sources of stress or concentrating on emotions which are expressed in order to decrease unpleasant emotional reactions to a particular situation. Therefore, the kind of strategy employed determines active or passive ways of coping with the pain as well as the way one reacts to stressful situations.

Purpose

The purpose of the study was to determine the factors involved in coping with the pain of chronic lower limb ischemia in order to improve the patient's quality of care.

Materials and method

The study group consisted of 100 patients who were hospitalized due to chronic lower limb ischemia in the District Hospital in Bielsko-Biala at the General and Vascular Surgery Ward as well as the patients who were treated in the General and Vascular Surgery Outpractice Clinic. The comparative group consisted of 100 patients diagnosed with rheumatoid arthritis and hospitalized in the Silesia Hospital Rheumatology-Rehabilitation im. gen. Jerzego Ziętka in Ustroń. The study was conducted from December 2010 to January 2012.

The methods used in the study included document analysis, a diagnostic survey and assessment with the usage of standardized investigation tools, as well as a specially designed questionnaire. To collect the data, the following were used: Coping Strategies Questionnaire (CSQ), Beliefs About Pain Control Questionnaire (BPCQ), Framingham Type A Scale, Health Behaviour Inventory, Social Support Scale by Krystyna Kmiecik-Baran, Visual Analogue Scale (VAS) concerning the severity of pain, Thermometer EuroQol (EQ-5D) and a specially designed questionnaire. The results of the study were analysed using the Statistica PL 9.0 program and Excel spreadsheet. In statistical analysis, the Student’s t-distribution test was used (to assess the relation between two quantitative factors) and a chi-square test (to assess the relation between the two qualitative factors).

The level of statistical significance was determined to be $\alpha < 0,05$.

Results

The pain in both chronic lower limb ischemia as well as in rheumatoid arthritis forces the patient to develop some coping strategies to deal with the pain. In both groups of tested patients the predominant strategies were praying/hoping and claiming to cope with the situation. Advancement of the disease and intensifying pain symptoms resulted in the usage of strategies such as pessimistic thinking and the conviction that pain can be controlled by physicians. In the analysis of factors involved in coping with pain in the tested groups, the following were taken into consideration: health behaviour, social support, type A personality, feeling of self-efficacy, self-assessment of health status, localization of control, stage of the disease as well as sociodemographic variables. There is a relation between the health behaviours of the tested patients and the strategies used for coping with the pain. Analysing the health behaviours that contribute to the development of chronic lower limb ischemia and that have an impact on the ways of coping with pain, it was shown that the tested group had poorer eating habits, worse preventive care measures, and less often sought information regarding health and disease compared to the comparative group. The factors which significantly increased the perception of pain in the test group included: the degree of advancement of PAD, external localization of control, type A personality, and low self-assessment of one's health status. The degree of advancement of chronic lower limb ischemia significantly influenced the strategy of coping with the pain in the tested group. People with a higher self-assessment of their health status even have the ability reduce it. Internal localization of control had a significant impact on the ability to reduce pain. Among all of the factors influencing the perception of pain and the development of strategies, type A personality undoubtedly played a great role. This specific factor determines the development of the strategies of over-estimation of experiencing pain, ignoring the pain, and claiming to be able to deal with the pain and the Type A personality. The kind of social support received has a significant impact on the strategy used to cope with the pain. In order to improve the health status and to decrease the symptoms of pain, the tested patients made use of different kinds of social support: general, informative, instrumental, evaluative, and emotional. It was also determined that there is a significant relationship between sociodemographic variables such as: gender, age, education, professional activity, and place of residence and the strategies for coping with pain.

Conclusions

Among the diverse strategies of coping with pain of chronic lower limb ischemia a predominant strategies are praying/hoping and claiming to cope with the situation, moreover, the degree of advancement of disease significantly influenced the strategy of coping with pain. A higher self-assessment of the people's health in the test group and the internal localisation of control had an influence on the ability to reduce the pain. The kind of the strategies of coping with the pain was determined by the type A personality, health behaviour, kinds of social support and sociodemographic variables.

Key words

Chronic lower limb ischemia, strategies for coping with pain, chronic pain, convictions that pain can be controlled, type A personality, health behaviours.

3. Wstęp

Przewlekłe niedokrwienie kończyn dolnych (PAD, peripheral arterial disease) stanowi bardzo poważny problem medyczny, społeczny i ekonomiczny. Dane epidemiologiczne wykazują, że przewlekłe niedokrwienie kończyn dolnych występuje u 12 % - 14 % ogółu populacji i dotyczy 20 - 30 % osób po 75 roku życia [1,2]. W Polsce notuje się rocznie około 40 tysięcy nowych zachorowań [3].

Główną przyczyną choroby jest miażdżyca, będąca przewlekłą odpowiedzią zapalną na uszkodzenie śródbłonka naczyń, połączoną ze stresem oksydacyjnym, odkładaniem się cholesterolu, zwiększonym wykrzepianiem i procesem fibroproliferacyjnym [4,5]. Procesy te doprowadzają do powstania patologicznych ognisk w ścianie naczynia, co powoduje upośledzony przepływ krwi i zmiany niedokrwienne zaopatrywanych narządów [6].

Rozwój miażdżycy jest wynikiem współdziałania czynników genetycznych i środowiskowych. Do czynników predysponujących do rozwoju miażdżycy zalicza się: niewłaściwe odżywianie, palenie papierosów, nadkonsumpcję alkoholu, małą aktywność fizyczną (czynniki egzogenne) oraz wysokie stężenie frakcji LDL cholesterolu i triglicerydów, niskie stężenia HDL cholesterolu, nadciśnienie tętnicze, cukrzycę, nadwagę i otyłość zwłaszcza brzuszną, czynniki trombogenne oraz hiperhomocysteinemię (czynniki endogenne). Zdecydowana większość wymienionych czynników należy do grupy tzw. modyfikowalnych w ramach zdrowego stylu życia [4,7]. Spożywanie produktów zawierających nasycone kwasy tłuszczowe i tzw. izomery trans obecne głównie w tłuszczach pochodzenia zwierzęcego powoduje wzrost triglicerydów, cholesterolu całkowitego i cholesterolu frakcji LDL [8]. Nadwaga i otyłość w większości wypadków spowodowana nadmiernym spożywaniem tłuszczu i słodyczy, wiąże się ze wzrostem poziomu cholesterolu frakcji LDL we krwi i triglicerydów [9]. Również cukrzyca silnie oddziałuje na gospodarkę lipidową człowieka i jest istotnym czynnikiem progresji zmian miażdżycowych w przebiegu przewlekłego niedokrwienia kończyn dolnych [10] oraz wpływa na powstawanie zmian zgorzelinowych [11]. Poza wymienionymi czynnikami na rozwój miażdżycy ma wpływ długotrwały stres, który podwyższa zdolność płytek do tworzenia zakrzepów [7]. Potwierdzono również wpływ wieku i występowania menopauzy u kobiet na wzrost poziomu cholesterolu we krwi [12,13] oraz wpływ palenia papierosów na wzrost poziomu cholesterolu LDL oraz TG i przyspieszenie powstania

zmian miażdżycowych. Ponadto nikotyna przyczynia się do destabilizacji płytki miażdżycowej przez co zwiększa ryzyko powstania zakrzepów. Brak aktywności fizycznej sprzyja rozwojowi otyłości, zaburza przemianę tłuszczów i glukozy doprowadzając do rozwoju cukrzycy typu 2, przyczynia się do wzrostu aktywności fibrynogenu, biorącego udział w procesie krzepnięcia krwi [7].

W wyniku miażdżycy w naczyniach tętniczych pojawiają się różnorodne zmiany objawiające się początkowo zmianą ucieplenia kończyny, następnie bólem podczas chodzenia, bólem spoczynkowym, aż do owrzodzeń czy zgorzeli. Zmiany te i nieustanny ból w przewlekłym niedokrwieniu kończyn dolnych prowadzą często do zaburzeń osobowości chorego [14] i wpływają na jakość jego życia [15,16].

3.1. Kliniczne podstawy przewlekłego niedokrwienia kończyn dolnych

Przewlekłe niedokrwienie kończyn dolnych jest zespołem objawów będących skutkiem zwężenia tętnic doprowadzających krew do tkanek kończyn dolnych. Choroba spowodowana jest przez powolne zarastanie światła tętnic w wyniku m.in. nieodpowiedniej diety i wysokiego poziomu cholesterolu we krwi. Cholesterol krążący we krwi wbudowuje się w ścianę tętnic, stopniowo zwężając ich światło, co skutkuje ograniczeniem dopływu tlenu i składników odżywczych do mięśni nóg. Ograniczenie napływu krwi do nóg objawia się osłabieniem czucia powierzchownego i bólem podczas chodzenia, nazywanym chromaniem przestankowym [17].

Dużą grupę osób z miażdżycą tętnic kończyn dolnych stanowią chorzy bezobjawowi, którzy nie mają klasycznych objawów chromania. Jednak osoby z asymptomatycznym PAD to chorzy z uogólnioną miażdżycą. Wobec tego ich rokowanie jest zbliżone do rokowania z symptomatyczną PAD i wiąże się z obecnością czynników ryzyka miażdżycy. Szacuje się, że wśród chorych bezobjawowych u około 5-10% w ciągu 5 lat rozwinie się objawowa postać niedokrwienia kończyn dolnych [17,18,19].

W początkowym etapie niedokrwienia chory odczuwa ból (jednej lub obu kończyn podczas chodzenia), który jest zlokalizowany najczęściej w łydkach, udach lub pośladkach i ustępuje po zatrzymaniu się i krótkim odpoczynku. Skracanie dystansu jaki chory może przejść oraz pojawienie się bólu w spoczynku świadczy o postępie choroby. Początkowo chromanie przestankowe pojawia się przy znacznym wysiłku, mierzonym odległością, jaką pacjent jest w stanie przebyć bez dolegliwości. Długość dystansu chromania

przestankowego jest uzależniona między innymi od stopnia zaawansowania choroby i miejsca niedrożności tętnicy [20]. W bardziej zaawansowanych przypadkach spadek napływu krwi do nóg powoduje pojawienie się trudnych do gojenia ran w obrębie palców i podeszwy stopy. Objawami współistniejącymi są: kurcze łydek, nieprawidłowa gra naczyniowa, nadmierna potliwość stóp, zwiększona łamliwość paznokci oraz ochłodzenie, zblednięcie i zasinienie palców stóp. Chromaniu przestankowemu często towarzyszy uczucie mrowienia, drętwienia w obrębie niedokrwionej kończyny, blednięcie i ochłodzenie skóry, osłabienie powrotu żylnego, a przy długo trwającym niedokrwieniu zanik owłosienia, zmiany zwyrodnieniowe paznokci oraz nadmierne rogowacenie naskórka podeszwy. Nasilenie objawów niedokrwienia może doprowadzić do stałego bólu kończyny (bóle spoczynkowe) oraz martwicy tkanek [21].

U większości chorych dystans chromania przestankowego nie ulega zmianie przez wiele lat, dzięki rozwijającemu się krążeniu obocznemu umożliwiającemu przepływ krwi bocznicami z odcinka tętnicy powyżej niedrożności do tkanek znajdujących się poniżej miejsca niedrożności tętnicy. Skracanie dystansu chromania świadczy o postępie choroby. Wraz z nim pojawiają się bóle spoczynkowe początkowo występujące w nocy i związane z horyzontalnym ułożeniem kończyny, które następnie przechodzą w bóle ciągłe [21]. Mechanizm leżący u podstaw wydłużenia dystansu chromania nie został dokładnie poznany. Obecnie wystąpienie poprawy przewiduje się przy zwiększeniu metabolicznej wydolności oksydacyjnej mięśni, zmianie techniki chodzenia, zmianie percepcji chromania i tolerancji bólu, korzystnych zmianach reologicznych krwi oraz zwiększeniu gęstości włośniczek [20]. Wcześniejsze badania, sugerujące, że na poprawę dystansu chromania podstawowy wpływ ma rozwój krążenia obocznego, nie znalazły potwierdzenia [22].

Pojawienie się na kończynie owrzodzeń niedokrwiennych, a następnie martwicy jest wynikiem krytycznego niedokrwienia kończyny. Przyjmuje się, że wiele osób żyje z bólem, zakładając, że jest to skutek procesu starzenia się i nie zgłasza się z tym problemem do lekarza [18,20,23,24,25].

3.1.1. Czynniki ryzyka przewlekłego niedokrwienia kończyn dolnych

Główną przyczyną choroby niedokrwiennej kończyn dolnych (PAD) jest miażdżyca. Czynniki ryzyka miażdżycy to przede wszystkim palenie papierosów, nadciśnienie, cukrzyca, hiperhomocysteinemia, dyslipidemia i wiek [26,27,28]. Czynniki te podwyższają zarówno ryzyko PAD jak i samej miażdżycy.

Najistotniejszym z wymienionych czynników jest palenie papierosów, które zwiększa 8-10 razy ryzyko chromania przestankowego i wpływa na wzrost umieralności [29]. Nikotyna powoduje niekorzystne zmiany w układzie krążenia i krzepnięcia. Wpływa na przyspieszenie akcji serca, wzrost ciśnienia tętniczego krwi i zapotrzebowania na tlen. Ponadto uszkadza funkcje śródbłonka naczyniowego w wyniku ułatwionej infiltracji lipoprotein (aterogennych-LDL) do ściany naczynia, migracji monocytów, adhezji i agregacji płytek krwi, wzrostu lepkości krwi (wzrost stężenia fibrynogenu), oksydacyjnej modyfikacji LDL [29]. Dodatkowo nikotyna powoduje wzrost wolnych kwasów tłuszczowych oraz zwiększenie poziomu lipoprotein o niskiej gęstości. Kontynuacja palenia przez pacjentów z przewlekłym niedokrwieniem kończyn dolnych nasila chromanie przestankowe, zmniejsza drożność przeszczepu po rewaskularyzacji i niejednokrotnie prowadzi do amputacji kończyny. Może również w znacznym stopniu przyczynić się do udaru mózgu i śmierci [29].

Kolejnym czynnikiem wpływającym na przebieg przewlekłego niedokrwienia kończyn dolnych jest nadciśnienie tętnicze, które dwukrotnie zwiększa ryzyko rozwoju chromania przestankowego. Ryzyko choroby wzrasta w miarę wzrostu ciśnienia krwi [29,30].

Bardzo silnym czynnikiem predykcyjnym powstania PAD jest cukrzyca. Zmiany mikronaczyniowe, które są charakterystyczne dla cukrzycy istotnie wpływają na progres przewlekłego niedokrwienia kończyn dolnych. Szacuje się, że wzrost o 1% poziomu hemoglobiny glikowanej wiąże się z 28% wzrostem zarówno ryzyka incydentów PAD jak i ryzyka zgonu, niezależnie od wieku, palenia tytoniu, ciśnienia tętniczego i stężenia cholesterolu [31].

Z rozwojem PAD wiąże się nieprawidłowe stężenie lipidów we krwi, zwłaszcza wysoki poziom cholesterolu całkowitego, cholesterolu LDL i trójglicerydów oraz niskie lipoprotein o wysokiej gęstości [29].

Istotnym czynnikiem ryzyka w rozwoju PAD jest hyperhomocysteinemia. Homocysteina jest uzyskiwana z wewnątrzkomórkowego metabolizmu metioniny-aminokwasu dostarczanego w diecie. Jej wysokie stężenie jest odpowiedzialne za uszkodzenie śródbłonka naczyniowego, a ona sama uważana jest za niezależny czynnik ryzyka rozwoju miażdżycy [29].

Wiek w połączeniu z innymi czynnikami jest silnym predykatorem chorób naczyniowych. Szacuje się, że około 20 % osób po 55 roku życia cierpi z powodu przewlekłego niedokrwienia kończyn dolnych [31,32].

3.1.2. Diagnostyka i klasyfikacja niedokrwienia kończyn dolnych

Podstawą prawidłowej oceny zaburzeń ukrwienia kończyn dolnych jest właściwie przeprowadzony wywiad i badanie fizykalne. W badaniu przedmiotowym stwierdza się objawy niedokrwienia: ochłodzenie, zblednięcie, zasinienie dystalnych odcinków kończyny, brak wyczuwalnego tętna w typowych miejscach badania (w okolicach pachwinowych, podkolanowych, grzbietowych stopy i kostki przyśrodkowej) oraz zaniki mięśniowe. Do obiektywnej oceny wykorzystuje się tzw. wskaźnik kostkowo-ramienny (ankle-brachial-index (ABI) tj. stosunek ciśnienia w tętnicach podudzia na wysokości kostki (tętnica piszczelowa tylna lub grzbietowa stopy) do ciśnienia w tętnicy ramiennej) [33,34,35,36,37]. W warunkach prawidłowych ciśnienie tętnicze w naczyniach kończyn dolnych jest wyższe niż w obrębie górnej połowy ciała, a ABI wynosi 0,9 - 1,15. U chorych z miażdżycowym niedokrwieniem kończyn dolnych wartości ABI obniżają się poniżej 0,9 a poniżej 0,4 świadczą o skrajnym niedokrwieniu kończyny. Przy ABI powyżej normy tj. 1,30 co zdarza się u chorych na cukrzycę, należy przede wszystkim wykluczyć obecność zwapnień w ścianie tętnic, które fałszują wyniki pomiaru [22]. U wielu chorych z tej grupy należy zastosować alternatywne metody diagnostyczne, w tym pomiar TBI (pomiar ciśnienia na paluchu), pomiary segmentalnych ciśnień skurczowych, badanie USG Duplex, a także badania czynnościowe z wykorzystaniem bieżni ruchomej. Badania te umożliwiają określenie zaawansowania, lokalizacji i istotności hemodynamicznej zmian zwężających tętnice. W razie potrzeby diagnostyka może zostać uzupełniona o badania z użyciem rezonansu magnetycznego i tomografii komputerowej. Dotyczy to głównie osób z zaawansowanym niedokrwieniem, wyrażającym się znacznym skróceniem dystansu chromania lub obecnością bólów spoczynkowych. Angiografia subtrakcyjna i arteriografia

konwencjonalna stanowią nadal „złoty standard” w ocenie anatomicznej układu naczyniowego przed planowanym zabiegiem operacyjnym. Obraz angiograficzny umożliwia angiochirurgowi dokonać wyboru najlepszej metody leczenia rewaskularyzacyjnego [38].

Stopniowanie etapów rozwoju miażdżycowego niedokrwienia kończyn dolnych znalazło odbicie w utworzonej przez R. Fontaine’a skali niedokrwienia kończyn dolnych. W zależności od zaawansowania choroby wyróżnia się cztery stopnie, które determinują diagnostykę i sposób leczenia. Wyróżnia się: I stopień: brak lub nieznaczne objawy kliniczne pod postacią mrowienia, drętwienia i wrażliwości na zimno; II stopień: chromanie przestankowe (II A - chromanie powyżej 200 metrów; II B - chromanie poniżej 200 metrów); III stopień: bóle spoczynkowe; IV stopień: martwica, zgorzel, owrzodzenie (za Z. Kowalik) [39]. Nieco inną klasyfikację przedstawia L. Norgren i wsp. w wytycznych TASC II (tab. I) [40].

Tabela I. Klasyfikacja choroby tętnic obwodowych: stopnie Fontaine`a

Stopień	**Klinicznie**
I	Bez objawów
II a	Lekkie chromanie
II b	Umiarkowane lub ciężkie chromanie
III	Niedokrwienny ból spoczynkowy
IV	Owrzodzenie lub zgorzel

3.1.3. Postępowanie w przewlekłym niedokrwieniu kończyn dolnych

Leczenie zachowawcze przewlekłego niedokrwienia kończyn jest wystarczające i skuteczne u około 80% chorych. Istota strategii leczniczej zawiera się w zwalczaniu czynników ryzyka miażdżycy. Obejmuje dążenie do całkowitego zaniechania palenia papierosów [41], stosowanie rehabilitacji ruchowej ze szczególnym uwzględnieniem nadzorowanych treningów marszowych [42,43,44,45], rygorystyczną kontrolę ciśnienia tętniczego i dyslipidemii, dążenie do normalizacji wagi ciała i wyrównania metabolicznego cukrzycy [40,41]. W leczeniu chorych z chromaniem przestankowym, poza modyfikacją czynników ryzyka miażdżycy, zasadniczymi elementami są: leczenie antyagregacyjne i rehabilitacja ruchowa. Pacjentom zaleca się stałe leczenie przeciwpłytkowe w postaci kwasu acetylosalicylowego w dawkach 75 - 160 mg/dobę oraz rehabilitację ruchową polegającą na systematycznych ćwiczeniach według specjalistycznych programów naczyniowych. Ćwiczenia powinny trwać co najmniej 30 - 45 minut i co najmniej 3 razy w tygodniu przez okres 6 miesięcy [40]. Celem tej fazy leczenia jest wytworzenie krążenia obocznego, które uzupełni, przynajmniej częściowo, niedobór tlenu, spowodowany niedokrwieniem obszaru zaopatrywanego przez zwężoną tętnicę. Leczenie farmakologiczne łagodzi objawy niedokrwienie, jednak żaden z leków nie daje stuprocentowej skuteczności ocenianej przez samych chorych. Liczne próby kliniczne wyznaczyły 3 grupy leków [40] stosowanych w terapii chromania przestankowego: pierwsza to leki o udowodnionym, choć niewielkim korzystnym wpływie na chromanie (pentoksyfilina, naftydrofuryl i cilostazol (niedostępne w Polsce) oraz buflomedil); druga grupa leków to leki o najwyżej minimalnym korzystnym wpływie na chromanie przestankowe (leki przeciwpłytkowe, leki rozszerzające naczynia, ketanseryna, werapamil, hemodylucja izowolemiczna, aminophilina, witamina E, defibrotyd); trzecia to leki o potencjalnie korzystnym wpływie na chromanie przestankowe, ale niewystarczająco przebadane (karnityna, prostaglandyny, naczyniowy czynnik wzrostu śródbłonka, L-arginina) [18,46,47,48,49].

Przy zaawansowanym niedokrwieniu, którego wyrazem jest ból spoczynkowy, wykonywane są zabiegi endowascularne: przezskórna angioplastyka z lub bez implantacji stentów naczyniowych, odcinkowe udrożnienie tętnicy z zastosowaniem specjalistycznych technik. Przy niedrożności długich odcinków tętnicy, konieczne są często metody operacyjne: udrożnienie chorobowo zmienionej tętnicy (endartektomia) lub wykonanie

pomostu omijającego (by-pass). U pacjentów, u których zmiany niedokrwienne są bardzo zaawansowane, a stan naczyń podudzia w badaniach obrazowych nie rokuje poprawy po leczeniu naczyniowym, należy rozważyć wykonanie amputacji jako operacji pierwotnej w leczeniu krytycznego niedokrwienia kończyn [38,39].

3.2. Ból przewlekły i strategie radzenia sobie z bólem

3.2.1. Patofizjologia bólu przewlekłego

Ból jest zjawiskiem subiektywnym i dlatego trudnym do jednoznacznego zdefiniowania. Międzynarodowe Towarzystwo Badania Bólu (International Association for the study of Pain) opisuje ból jako indywidualne doświadczenie zarówno czuciowe jak i emocjonalne towarzyszące istniejącemu lub zagrażającemu uszkodzeniu tkanek lub tylko odczuwane oraz opisywane przez chorego jako doznanie bólowe [50]. Z przytoczonej definicji wynika, że ból jest doznaniem somatyczno-psychicznym, a na jego percepcję ma wpływ indywidualne postrzeganie [51]. Psychiczna reakcja na ból wynika z uszkodzenia tkanek i wyraża się sposobem reagowania chorego na ból tzw. behavior bólu, którego psychicznym wykładnikiem jest cierpienie. Reakcja psychiczna chorego na ból jest kształtowana przez szereg czynników takich jak: osobowość, stan emocjonalny, motywacje i postawy, zdolność rozumienia przyczyn bólu i konsekwencji. Obraz tej reakcji jest modulowany przez procesy poznawcze, takie jak: pamięć, uwaga, ocena sytuacji i umiejscowienie kontroli. Uprzednie doświadczenia związane z doznaniem bólu oraz przekonania stanowią często nieświadomą strukturę poznawczą, która jest matrycą myślenia, reakcji emocjonalnej i działania. Znaczenie jakie osoba doświadczająca bólu nadaje samym bodźcom bólowym lub chorobie oraz swojej aktualnej sytuacji może w znaczący sposób wpływać na samo doznanie bólu [52,53,54]. Ból jako czynnik stresujący wywołuje ogólną reakcję przystosowania, na którą składają się trzy następujące po sobie fazy: alarmowa, odpornościowa oraz wyczerpania. Długo utrzymujący się ból powoduje w konsekwencji wyczerpanie się mechanizmów obronnych doprowadzających do występowania nieswoistych zmian psychicznych. Zmiany te przejawiają się przede wszystkim występowaniem objawów depresyjnych oraz wpływem na osobowość chorego doprowadzającym do zmian w sposobie funkcjonowania, zarówno w najbliższym otoczeniu jak i w społeczeństwie [53]. Pojawienie się objawów depresyjnych powoduje zmniejszenie progu tolerancji na ból, zwiększając na tej drodze odczucie bólu i cierpienia [55,56]. Reakcja emocjonalna bólu wpływa na subiektywne jego odczucie w pośredni sposób powodując zwiększenie napięcia. Konsekwencją jest powstanie mechanizmu błędnego koła, w którym to chorzy odbierają dolegliwości bólowe jako znacznie silniejsze. Od stanu psychicznego osoby odczuwającej ból, zależy tolerancja na ból i skala cierpienia.

Ból przewlekły jest więc czymś innym niż czucie bodźca szkodliwego, chociaż granica między tymi dwoma aspektami bólu jest trudna do ustalenia, natomiast ich odróżnienie ma ważne znaczenie zarówno teoretyczne jak i praktyczne. Pozwala ono bowiem na lepsze zrozumienie zjawisk kształtujących ból oraz na skuteczniejsze leczenie bólu wywołanego zmianami chorobowymi [53,57].

Ból jest źródłem dużego cierpienia i znacznego obniżenia jakości życia pacjenta. Jego następstwem są m.in. zaburzenia snu i apetytu, drażliwość, obniżony nastrój, upośledzenie ruchowe i zwiększona męczliwość. Obniżenie sprawności fizycznej, społecznej, umysłowej i zawodowej nierzadko wpływa na psychikę osób nim dotkniętych, wywołując stany lękowe, depresję, gniew lub poczucie utraty kontroli nad swoim zdrowiem i życiem [58,59,60]. Ból powoduje również izolację chorego przejawiającą się w rezygnacji z ulubionych zajęć, utratę zdolności do pracy i samej pracy, utratę wiarygodności, przyjaciół, życia towarzyskiego, rezygnację z hobby i przyjaciół [61]. Ból przewlekły jest dla chorego źródłem wielu negatywnych psychologicznych, społecznych i ekonomicznych następstw, stąd uważany jest za zjawisko biopsychospołeczne. Uwzględniając powyższy aspekt, w leczeniu bólu zaleca się wielodyscyplinarne podejście, obejmujące wszystkie wymiary życia człowieka. Wskazane jest postępowanie z uwzględnieniem nie tylko metod leczenia anestezjologicznego, chirurgicznego czy farmakologicznego, lecz także programów rehabilitacyjnych, terapii poznawczej, behawioralnej czy technik wspomagających, w celu uzyskania większej sprawności, nawet pomimo utrzymywania się doznań bólowych [62,63].

3.2.2. Metody oceny bólu

Ból ma zawsze charakter subiektywny. Jest zjawiskiem doświadczanym przez każdego człowieka, a także jednym z sygnałów alarmowych, obok lęku, zmuszającym do szukania pomocy, powodującym ograniczenia, a nawet wyłączenie z normalnej aktywności [64]. Ból jako objaw uszkodzenia lub choroby, podobnie jak każdy inny objaw, posiada cechy kliniczne, do których należą: natężenie, czas trwania, lokalizacja, jakość (charakter) oraz reakcja na ból [65]. Postępowanie diagnostyczne powinno zmierzać do ustalenia możliwie wszystkich czynników biomedycznych, psychologicznych i społecznych, wpływających na charakter bólu, jego stopień natężenia, czas trwania oraz stopień upośledzenia fizycznego i psychicznego, uniemożliwiającego prowadzenie normalnego życia czy podjęcie pracy [66]. Bardzo istotne znaczenie ma odpowiednio ukierunkowany i zebrany wywiad dotyczący cech klinicznych bólu, jak również chorób współistniejących wpływających na stan zdrowia pacjenta. Istnieje wiele metod, które mogą być zastosowane do oceny stopnia natężenia bólu, a w których decydujące znaczenie ma wypowiedź słowna chorego, przedstawiana za pomocą oznaczeń na odpowiedniej skali. Służą one ocenie klinicznej bólu na różnych etapach postępowania terapeutycznego i są informacją o skuteczności prowadzonego leczenia przeciwbólowego [67]. Najczęściej stosowanymi są skale w oparciu o następujące kryteria: słowa: skala słowna (VRS), liczby: skala numeryczna (NRS), linię: skala wzrokowo-analogowa (VAS), obrazki: skale określające np. wyraz twarzy [68]. Do określenia natężenia bólu jak i jego cech jakościowych służy Kwestionariusz Bólu McGilla (MPQ) [67,69]. Do oceny bólu u chorych z PAD w badaniach własnych została zastosowana skala VAS, której graficzny charakter umożliwiał chorym łatwe udzielanie odpowiedzi.

3.2.3. Ból w przewlekłym niedokrwieniu kończyn dolnych

Chromanie przestankowe jest bólem o bardzo złożonym mechanizmie patogenetycznym. Miejscowo ból powstaje wskutek oddziaływania na receptory bólowe wielu substancji chemicznych, zaburzeń metabolicznych w tkankach niedokrwionej kończyny tj. hipoksji, kwasicy mleczanowej, hiperkaliemii oraz nagromadzenia amin katecholowych, serotoniny i prostaglandyn. W miażdżycowo zmienionych naczyniach uszkodzenie śródbłonka sprawia, że takie transmitery jak serotonina (powodująca fizjologicznie rozkurcz naczyń) działają bezpośrednio na mięśniówkę naczyń, powodując patologiczny skurcz naczyń i nasilenie objawów niedokrwienia. Natomiast przewlekłe bóle spoczynkowe, które pojawiają się wraz z postępem choroby są najprawdopodobniej także wynikiem niedokrwiennego zapalenia nerwów palców i dystalnej części stopy [20].

Badania epidemiologiczne wykazują, ze chromanie przestankowe występuje u około 5 % mężczyzn i 2,5 % kobiet w wieku 60 lat i starszych, z tendencją wzrostową w szóstej dekadzie życia [22]. Chromanie przestankowe może być odczuwane przez chorych jako zmęczenie, dyskomfort lub ból występujący w określonych grupach mięśni kończyn dolnych podczas wysiłku i jest indukowany przez ich niedokrwienie. Chorzy z chromaniem mają zachowany spoczynkowy przepływ krwi, dlatego objawy występują tylko w czasie wysiłku [18]. Cechą charakterystyczną jest ustąpienie dolegliwości bólowych w momencie zaprzestania chodzenia lub odpoczynku. Dystans bez dolegliwości bólowych zostaje skrócony w miarę postępu choroby. Umiejscowienie bólu wysiłkowego zależy w dużym stopniu od poziomu niedrożności. Występuje on obwodowo od miejsca zwężenia lub niedrożności, zaś dystans chromania zależy między innymi od rozległości zmian w tętnicach i stopnia rozwoju krążenia obocznego zapewniającego ukrwienie tkanek leżących obwodowo od niedrożnych [21]. Ból spoczynkowy pojawia się, gdy dopływ krwi do kończyn nie odpowiada intensywności przemiany materii nawet w spoczynku. Początkowo chorzy odczuwają drętwienie palców, które ustępuje podczas masowania. Później pojawia się ból obejmujący palce, stopę i goleń. Ból występuje zwykle nocą, gdy pacjent leży płasko i ustępuje po opuszczeniu kończyny [14]. Postępujący proces miażdżycy, niewielki uraz stopy może doprowadzić do owrzodzenia i zmian martwiczych, które powodują występowanie silnych, ciągłych, przewlekłych bólów niezależnie od pory dnia i nocy [23].

3.2.4. Strategie radzenia sobie z bólem przewlekłym

Ból, a nawet świadomość jego zaistnienia, może wpływać na nastrój człowieka, oddziaływać na sposoby radzenia sobie z zagrożeniem, modyfikować zachowania zdrowotne, czy zmieniać proces leczenia. Prawie u każdego chorego cierpiącego na ból przewlekły, pojawiają się zaburzenia emocjonalne, trudności interpersonalne i zaczyna dominować lęk. Nieskuteczność leczenia bólu przewlekłego prowadzi do wzrostu gniewu, flustracji, bezradności i ostatecznie depresji [70]. Doświadczenie bólu przewlekłego jaki towarzyszy zaawansowanym stadiom choroby wpływa na postrzeganie własnych możliwości radzenia sobie z nim. Można przyjąć, że człowiek posiada określone strategie radzenia sobie jako dyspozycje, które mogą być uruchamiane w procesie radzenia sobie w sytuacji stresowej [71]. Strategie te, do których zaliczamy poszukiwanie informacji, bezpośrednie działanie, powstrzymywanie się od działania i procesy intrapsychiczne pełnią podwójną funkcję: rozwiązania problemu i regulacji emocji [72]. Poszukiwanie informacji oznacza dokonywanie przeglądu własnych możliwości, aby zdobyć wiedzę, potrzebną do podjęcia racjonalnej decyzji zaradczej, bądź do przewartościowania szkody lub zagrożenia. Poszukiwanie informacji wiąże się głównie z funkcją rozwiązywania problemów, natomiast regulacja emocji często wymaga od jednostki niedostrzegania informacji związanych z zagrożeniem. Bezpośrednie działanie obejmuje czynności jednostki, których celem jest uporanie się ze stresującą transakcją. Działanie to może być zdeterminowane przez specyficzne cechy sytuacji lub osobowościowe dyspozycje. Może dotyczyć zmian w obrębie jednostki lub jej otoczenia. Powstrzymywanie się od działania często jest korzystniejsze niż podjęcie działania wadliwego z punktu widzenia wymagań transakcji. Intrapsychiczne procesy zaradcze obejmują nie tylko samozakłamujące się mechanizmy lub sposoby obrony, takie jak zaprzeczanie, pozorowanie reakcji lub projekcja, lecz także unikanie zagrożenia i dążenie do oddzielenia się, np. w przypadku wycofania, zaprzeczania, racjonalizacji, aby osiągnąć poczucie kontroli [73].

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 on kontroli jednostki [70]. 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 usunięcia źródła stresu; chory

nastawiony jest na utrzymanie aktywności życiowej, odwracanie uwagi od bólu, podejmowanie ćwiczeń i działań zmniejszających ból oraz 2) strategie skoncentrowane na emocjach, które wyrażają się wysiłkiem regulowania/zmniejszania przykrych reakcji emocjonalnych na sytuację; wysiłek chorego skierowany jest na szukanie wsparcia, unikanie aktywności, bierność [55,72]. C. Ramirez-Maestre i wsp. [74] w swoich badaniach zwracają uwagę na zależność pomiędzy typem zachowań adaptacyjnych, a natężeniem bólu. Uruchamianie aktywnych strategii wiąże się z mniejszym natężeniem bólu i lepszym funkcjonowaniem w zakresie życia codziennego, natomiast pasywność powoduje zwiększenie natężenia bólu i gorsze codzienne funkcjonowanie. F. Keefe i wsp. [75] zwracają dodatkowo uwagę na nasilenie objawów depresji i zwiększenie niepełnosprawności wśród chorych stosujących bierne strategie radzenia sobie z bólem przewlekłym. Na zmniejszenie bólu wpływa wiele procesów psychospołecznych i psychofizjologicznych. Jak wynika z badań A. Andruszkiewicz i wsp. [76] chorzy w praktyce stosują różnego rodzaju strategie, których celem finalnym jest obniżenie odczuwanego bólu. Autorzy podają, iż najczęściej stosowaną strategią przez osoby badane jest modlenie się/pokładanie nadziei i deklarowanie radzenia sobie, natomiast przewartościowanie doznań bólu jest najrzadsze. Z kolei osoby badane przez H. Rolkę i wsp. [77] w trakcie napadów bólu stosują deklarowanie radzenia sobie oraz przewartościowanie doznań. Wskazani autorzy zwracają również uwagę na problem odczuwania dolegliwości bólowych w świetle akceptacji choroby; im silniejszy ból tym mniejszy stopień akceptacji choroby ograniczającej życie pod względem fizycznym, psychicznym i społecznym. Natomiast L. McCracken i wsp. [78] sugerują, że zaakceptowanie bólu i ograniczeń z nim związanych prowadzi do poprawy funkcjonowania fizycznego i psychicznego ponad i poza wpływem depresji, intensywności bólu i uruchamianych strategii.

3.2.5. Społeczne i indywidualne zasoby radzenia sobie z chorobą i bólem

Jednym z najważniejszych elementów determinujących zdrowie i zachowania zdrowotne człowieka jest styl życia jako przejaw wyboru codziennego postępowania spośród zachowań możliwych w danej kulturze. Zdrowie jako wartość nadrzędna, sytuowana wysoko w hierarchii wartości poszczególnych jednostek lub grup społecznych, stanowi istotny element decyzyjny, w oparciu o który dokonywany jest wybór zachowań będących składową stylu życia człowieka. Postrzeganie zdrowia w kontekście uznawanego dobra wg M. Malik i wsp. [79] ma decydujący wpływ na wybór rodzaju i charakteru zachowań służących poprawie lub utrzymaniu optymalnego stanu zdrowia. Spośród licznych czynników mających wpływ na stan zdrowia człowieka, za najważniejsze można uznać status społeczny (w tym wykształcenie i zawód), status materialny, środowisko kulturowe i polityczne, dostępność służby zdrowia i jakość usług medycznych. Ogromne znaczenie ma również poziom wsparcia społecznego, doświadczenia z przeszłości, styl życia, czynniki osobowościowe jednostki, czynniki psychologiczne i psychopatologiczne takie jak, lęk i depresja, które przyczyniają się do powstania wzorów zachowań korzystnych lub szkodliwych dla zdrowia [80,81,82,83,84]. W poszukiwaniu związków pomiędzy zachowaniami zdrowotnymi, a ryzykiem pojawienia się chorób krążenia H. Piecewicz-Szczęsna [85] wskazuje na takie czynniki ryzyka jak: popełnianie błędów dietetycznych, niski poziom aktywności fizycznej, podwyższone wartości ciśnienia tętniczego, palenie tytoniu, podwyższoną wagę ciała lub niedowagę, nadużywanie alkoholu, nieumiejętność radzenia sobie ze stresem, obecność konfliktów lub brak wsparcia w rodzinie. Również T. Robles i wsp. [86] zauważają niekorzystny wpływ konfliktów małżeńskich na funkcjonowanie układu krążenia, immunologicznego oraz hormonalnego jednocześnie zwracając uwagę na dobroczynny charakter harmonijnego życia w rodzinie. Według badań A. Borowiec [87] pozostawanie w związku małżeńskim wpływa na mniejszą intensywność palenia papierosów, a wiek, poziom wykształcenia, stres doświadczany w pracy są związane z podejmowanymi zachowaniami. Dlatego podtrzymywanie zachowań właściwych i eliminacja takich, które zagrażają zdrowiu powinny stać się pierwotnym obszarem oddziaływań [88]. Jednak działania napotykają na wiele barier, wśród których wymienia się: określone praktyki i postawy kulturowe, samą naturę nawyków zdrowotnych, myślowych czy przekonań oraz mankamenty systemu opieki zdrowotnej. Trudności z wdrażaniem zdrowego stylu życia tkwią też w naturze

samych zachowań prozdrowotnych. Ewentualne korzyści z ich wdrażania nie pojawiają się natychmiast. Są niejako odroczone w czasie i mało wymierne, w przeciwieństwie do nawyków niezdrowych, ale przynoszących przyjemność natychmiast [89]. Ponadto osoby poddawane oddziaływaniu edukacyjnemu lub promocyjnemu wytwarzają wobec zdrowia jako „moralnego dobra" do którego należy dążyć, pewien potencjał sprzeciwu i oporu. Zjawisko to określane jest mianem „oporu zdrowotnego" [90]. Zatem zachowanie człowieka jest wynikiem działania wielu czynników, wśród których podstawą są poziom wykształcenia i poziom wiedzy jednostki. Wiedza człowieka z zakresu profilaktyki i promocji zdrowia nie powinna być izolowana, lecz powinna stać się ważnym komponentem wiedzy ogólnej człowieka i społeczeństwa. Wysoki poziom wiedzy człowieka z zakresu promocji zdrowia jest determinantą w jego zachowaniu ukierunkowaną na potęgowanie zdrowia. Realizacja tego jest możliwa przy udziale dwóch czynników: wysokiego poziomu wykształcenia społeczeństwa oraz dobrobytu społeczno-ekonomicznego. Wymienione czynniki pomagają człowiekowi w dbaniu o zdrowie własne i zdrowie społeczeństwa [91].

Zdrowie uwarunkowane jest wieloma czynnikami osobniczymi, związanymi z zachowaniami zdrowotnymi i stylem życia; społecznymi, socjoekonomicznymi i kulturowymi. Zmiana zachowania na prozdrowotne wywołana profesjonalną edukacją, przyczynia się do poprawy stanu zdrowia populacji oraz jakości życia. Rolą edukacji zdrowotnej jest motywowanie ludzi do podejmowania zachowań prozdrowotnych [92]. Proces zmiany zachowania przebiega w kilku etapach: wyznaczanie celu (intencja), motywowanie, podjęcie zachowania i wytrwałość w dążeniu do celu oraz podtrzymanie nowych zachowań. Jednak działania ukierunkowane tylko na sferę poznawczą nie przynoszą oczekiwanych efektów w postaci zmiany zachowania. Zmiana ta wymaga również nabycia odpowiednich umiejętności pomocnych przy wykonywaniu określonych czynności. Konieczne jest również oddziaływanie na emocje i motywację. Działania edukacji zdrowotnej uwzględniające te czynniki przynoszą lepsze rezultaty, jeśli adresaci tych działań są przekonani, że mogą skutecznie z nich skorzystać. Dlatego jednym z celów edukacji powinno być także zwiększanie poczucia własnej skuteczności odbiorców działań, aby nabrali przekonania, że potrafią zmienić zachowanie i utrzymać nowe [92]. Własna skuteczność to przekonanie jednostki o zdolności zorganizowania i kontroli zachowania w celu doprowadzenia do określonego, oczekiwanego przez siebie rezultatu [93]. Przekonanie o własnej skuteczności jest ważną zmienną w społeczno-poznawczej

koncepcji osobowości A. Bandury [94]. Przekonanie to oznacza wiarę we własne zdolności organizowania i wprowadzania w życie takich zmian, które będą potrzebne do przezwyciężenia przyszłych, potencjalnych przeszkód. Jest to specyficzna ocena własnych kompetencji, możliwości wykonania różnych zadań w danej dziedzinie [93]. Poczucie własnej skuteczności wpływa na wybór sytuacji, jej odrzucenie lub zaakceptowanie, w zależności od przewidywanych skutków. Równocześnie przypisywana sobie kompetencja wyznacza siłę zaangażowania się w dane działanie, jak i wytrzymałość w dążeniu do sukcesu [95]. Przekonanie o własnej skuteczności prowadzi do powstania oczekiwań dotyczących osiągnięcia podjętego działania. Jednostka może mieć wiele wyobrażeń co do zmiany określonego zachowania, lecz w danym momencie znaczące okazują się tylko niektóre - prowadzące do wyboru jednego wariantu postępowania [93,96]. Oczekiwania dotyczące własnej skuteczności są głównym wyznacznikiem wyboru zachowania, ilości włożonego wysiłku i siły podtrzymania zachowania. Im silniejsze poczucie własnej skuteczności i związane z nim oczekiwanie, tym większe przekonanie o możliwości osiągnięcia przez siebie dobrych wyników, trwałych skutków oraz konsekwentnego - mimo przeszkód - podtrzymywania działań prowadzących do celu. Poczucie własnej skuteczności jest wiec indywidualnym osądem dotyczącym zdolności poradzenia sobie z określonymi zadaniami i trudnościami [93]. Mogą one dotyczyć modyfikacji wcześniej wspomnianych zachowań zdrowotnych, ale też zmiany zachowania w sytuacji pojawienia się objawów chorobowych. Dostosowanie się do nowej sytuacji i wyzwań jakie ona za sobą niesie zależy właśnie między innymi od poczucia własnej siły. Jak wynika z badań V. Jachimowicz [97] poczucie własnej skuteczności wzmacnia sprawność psychofizyczną, niezależność i zwiększa zadowolenie z życia osób w podeszłym wieku. Natomiast T. Collins i wsp. [98] donoszą o wpływie poczucia własnej skuteczności na zdolność chodzenia i wydłużeniu dystansu marszu u pacjentów z PAD. Tak więc działania ukierunkowane na wzmocnienie poczucia własnej skuteczności mogą przyczynić się do łatwiejszego i skuteczniejszego podejmowania zarówno zachowań prozdrowotnych, jak i leczniczych oraz rehabilitacyjnych, pomimo różnego rodzaju barier i trudności.

Osobowość człowieka warunkuje wybór określonej drogi życiowej lub stylu życia, który może być niekorzystny ze względów zdrowotnych. Osobowość może także sprzyjać powstawaniu konfliktów wewnętrznych i zewnętrznych oraz determinować określone zachowanie w sytuacjach konfliktowych. Jednostka o określonej osobowości, będąc

w określonej sytuacji, spostrzega ją i ocenia w charakterystyczny dla siebie sposób. Rodzaj percepcji i klasyfikacja danej sytuacji rzutuje z kolei na jej zachowanie [99]. Koncepcja wzoru zachowania A powstała pod koniec lat pięćdziesiątych na podstawie obserwacji klinicznych dwóch kardiologów, Meyera Friedmana i Raya Rosenmana. Inspirację do swych badań zawdzięczają tapicerowi, który naprawiał krzesła z ich gabinetu lekarskiego. Anegdota mówi, że tapicer spostrzegł, iż najbardziej wytarte są przednie krawędzie poduch, tak jakby pacjenci siadali dosłownie na brzeżku siedziska. Ta obserwacja zwróciła ich uwagę na sposób zachowania i pozycję ciała, w jakiej siadają pacjenci. Sprawiła również, że M. Friedman zaczął się zastanawiać, czy zachowanie jego pacjentów różni się od zachowań ludzi zdrowych. W wyniku licznych badań sformułowano konstrukt teoretyczny nazwany wzorem zachowania A (WZA) [100,101], który rozumiany jest jako zewnętrzne odzwierciedlenie cech i wzajemnych powiązań między nimi, składających się na pewien określony sposób funkcjonowania [102]. Oprócz elementów osobowościowych konstrukt uwzględnia czynniki behawioralne związane z zachowaniem się jednostki. Jest on charakterystyczny dla osób ambitnych, czujnych, nieufnych, agresywnych, żyjących pod presją czasu, z silną potrzebą uznania, awansu, sukcesu i współzawodnictwa oraz nadmiernej odpowiedzialności. Jednostki o tym wzorcu zachowania cechuje: 1) intensywna, trwała mobilizacja do osiągania osobistych celów; 2) głęboka skłonność i zapał do rywalizowania we wszystkich sytuacjach; 3) bezustanne pragnienie awansu i uznania; 4) nieustanne zaangażowanie się w wiele form aktywności wymagających dotrzymywania terminów; 5) nawykowa skłonność do spieszenia się, by zakończyć działanie; 6) nadzwyczajna gotowość umysłowa i fizyczna [103,104,105,106]. Zachowanie według WZA polega na zaangażowaniu jednostki w permanentną walkę o zdobycie jak największej liczny celów (często niejasno sprecyzowanych) w jak najkrótszym czasie. Powoduje to pozostawanie jednostki w stanie podwyższonego napięcia i utrwalenia się wzorów reagowania psychofizycznego typowego dla reakcji alarmowej w stresie (podwyższone ciśnienie, zmiany miażdżycowe). Osoby z WZA żyją w napięciu i same powodują sytuacje stresowe. Nie posiadają zdolności do wypoczynku, obniżania napięcia, zwolnienia tempa życia. Ze stresem radzą sobie w sposób nieadaptacyjny, stosując używki, co staje się dodatkowym, behawioralnym czynnikiem ryzyka miażdżycy i rozwoju chorób z nią związanych [107]. Związek miedzy WZA, a chorobami układu krążenia jest przedmiotem licznych badań. Ich autorzy zwracają uwagę na wpływ czynników psychosomatycznych w powstawaniu i ekspresji

choroby wieńcowej [108], związek między cechami osobowości oraz WZA, a nadciśnieniem tętniczym [109,110], a także innymi chorobami układu krążenia [111,112]. Tak więc, wzór zachowania A stanowi niespecyficzny czynnik ryzyka zdrowotnego, a inne okoliczności (niehigieniczny tryb życia, skłonności genetyczne) decydują jaka choroba może się rozwinąć [110,111].

Choroba i z nią związane dolegliwości są dla jednostki sytuacją stresową [99]. Istotą sytuacji stresowej jest obecność wymagań zewnętrznych lub/i wewnętrznych będących na granicy możliwości przystosowawczych człowieka albo nawet przekraczających te możliwości. Człowiek odzwierciedla poznawczo tę sytuację, zdając sobie sprawę z zakłócenia równowagi adaptacyjnej i istniejących zagrożeń. Towarzyszą temu przeżycia emocjonalne, niekiedy bardzo przykre i intensywne. Aktywność podejmowaną przez człowieka wobec sytuacji stresujących czy wywołujących napięcie emocjonalne określa się jako radzenie sobie ze stresem [113]. Ma ono dwie funkcje: ukierunkowaną na zadanie (czyli poprawę relacji podmiotu z otoczeniem) oraz ukierunkowaną na emocje (czyli na łagodzenie przykrych stanów emocjonalnych) [114]. Radzenie sobie ze stresem posiada trzy odniesienia znaczeniowe, które raczej uzupełniają się niż wykluczają; radzenie sobie może być rozpatrywane jako proces, jako strategia i jako styl. Pierwsze ujęcie odnosi się do całości aktywności podejmowanej przez człowieka w danej sytuacji stresowej. Tak rozumiane radzenie sobie jest złożone i dynamiczne, zajmuje niekiedy długi okres czasu i zmienia się w wymiarze czasowym, przy czym ważnym czynnikiem decydującym o przebiegu tych zmian jest rozwój sytuacji stresowej [115]. Proces radzenia sobie ma zwykle złożoną strukturę. W przebiegu czasowym dają się w nim wyodrębnić mniejsze jednostki aktywności, stanowiące jakby jego ogniwa. Określane są one jako strategie lub sposoby radzenia sobie [116]. Strategie radzenia sobie to poznawcze i behawioralne wysiłki, jakie jednostka podejmuje w konkretnej sytuacji stresowej. Istnieją cztery rodzaje strategii radzenia sobie: poznawcze zbliżanie się, behawioralne zbliżanie się (obie ukierunkowane na rozwiązanie problemu) oraz poznawcze unikanie i behawioralne unikanie (obie ukierunkowane na regulację emocji) [117]. Poszukiwanie informacji jest innym rodzajem aktywności zaradczej niż ich wykorzystywanie w działaniu; informacje są wstępnym warunkiem aktywności instrumentalnej, ale niekoniecznie do niej prowadzą. Z kolei w ramach stylu unikowego można wyodrębnić: ignorowanie i zniekształcanie informacji o zagrożeniu poprzez różne

zabiegi na poziomie poznawczym oraz unikanie przez dystrakcję, które polega na podjęciu dodatkowych czynności angażujących uwagę i odwracających ją od stresora [118].

Styl radzenia sobie ze stresem rozumiany jest jako trwała, osobowościowa dyspozycja do określonego zmagania się z różnymi sytuacjami stresowymi. Dyspozycja ta nie zależy od rodzaju sytuacji stresowej, bo jest atrybutem podmiotu. Nie oznacza to jednak, że ma ona jednakowy wpływ na radzenie sobie z każdą sytuacją stresową [89]. Jedną z klasyfikacji stylów radzenia sobie w sytuacjach stresowych jest podział zaproponowany przez J. Parkera i N. Endlera [119]. Badacze ci proponują:

1) styl skoncentrowany na zadaniu, który polega na podejmowaniu działania, mającego na celu rozwiązanie problemu lub zmianę istniejącej sytuacji stresowej przez wykorzystywanie procesów poznawczych;

2) styl skoncentrowany na emocjach, na własnych przeżyciach emocjonalnych, takich jak złość, poczucie winy, napięcie i jest charakterystyczny dla osób, które preferują myślenie życzeniowe i fantazjowanie kosztem efektywnego i racjonalnego działania, mającego na celu usunięcie lub zminimalizowanie bodźca stresowego. Głównym zadaniem podejmowanych przez człowieka działań jest potrzeba zmniejszenia napięcia emocjonalnego towarzyszącego sytuacji stresowej. Niepodejmowanie realnych działań w celu rozwiązania sytuacji stresowej powoduje, że osiągany efekt jest niejednokrotnie odmienny od zamierzonego, przynosząc dalszy wzrost napięcia psychicznego i negatywne emocje;

3) styl skoncentrowany na unikaniu polegający na odrzuceniu od siebie myśli o zasadniczym problemie, niedopuszczeniu do przeżywania go i angażowania się do rozwiązania sytuacji stresowej; człowiek niejako „ucieka” od problemu, wykonując czynności zastępcze [120].

Niektórzy badacze proponują dodatkowo styl skoncentrowany na poszukiwaniu najlepszych rozwiązań - charakterystyczny dla osób, które poszukują optymalnych rozwiązań swojego problemu. Osobom tym zależy na diagnozie, ocenie sytuacji i wyborze optymalnego rozwiązania. Są zainteresowane nowościami (nawet na etapie badań), chętnie godzą się na konsultacje u specjalistów. W przypadku konfliktów interpersonalnych i społecznych, które ich dotykają, angażują się w ich rozwiązanie, dążąc do osiągnięcia jak najlepszych rezultatów. Problemy traktują jako wyzwania, na które trzeba optymalnie zareagować [121].

Na postrzeganie przez jednostkę sytuacji trudnej i możliwości radzenia sobie z nią ma również wpływ poczucie kontroli. Idea umiejscowienia kontroli odnosi się do uogólnionych przekonań o tym, co determinuje wynik naszych działań. Wewnątrzsterowność lub zewnątrzsterowność jest traktowana jako istotna zmienna mediująca funkcjonowanie jednostki w sytuacjach trudnych; czynnik możliwości kontrolowania. Warunkuje przebieg procesu stresowego poprzez wpływ na oceną stopnia zagrożenia i podejmowanie strategii radzenia sobie. Osoby z zewnętrznym poczuciem kontroli gorzej funkcjonują w sytuacjach stresowych, ponieważ żyją w przekonaniu o braku wpływu na zmianę sytuacji stresowej. Taka dyspozycja osobowościowa powoduje, że w sytuacjach trudnych ujawniają większe poczucie odpowiedzialności za swoje działania, poszukują informacji na temat zagrożenia i radzą sobie z problemem racjonalnie, a nie emocjonalnie. Jednak w sytuacji długotrwałego stresu najbardziej efektywne okazuje się umiarkowane poczucie kontroli [122,123].

Na poczucie siły i gotowości chorego do zmian dotychczasowych przyzwyczajeń niewątpliwy wpływ ma otrzymywane wsparcie społeczne. Jest ono wielowymiarową konstrukcją działającą na zasadach bufora, osłaniającego i ochraniającego jednostkę przed niekorzystnymi wpływami i doświadczeniami. Efekt buforowy wsparcia wynika z faktu, że jest ono konsekwencją relacji międzyludzkich, w których znaczącą rolę odgrywa: 1) liczba osób wyrażających gotowość do udzielania wsparcia; 2) zasoby, które mogą być uruchamiane w celu zapewnienia wsparcia; 3) zakres, w którym osoby z otoczenia chcą udzielać wsparcia. Wsparcie społeczne jest rozumiane jako szczególny sposób i rodzaj pomocy udzielanej poszczególnym osobom i grupom głównie w celu mobilizowania sił, potencjału i zasobów, które zachowali, aby mogli sami sobie radzić ze swoimi problemami [124,125]. W procesie zmagania się z problemami niezbędne okazują się bliskie powiązania jednostki z innymi osobami, jak: rodzinne, przyjacielskie, towarzyskie i sąsiedzkie oraz więzi z dalszych kręgów społecznych nawiązywane w miejscu aktywności edukacyjnej, zawodowej, rozrywkowej [126]. Badacze zajmujący się wsparciem społecznym zwracają uwagę na jego wielowymiarowość.

K. Kmiecik-Baran [127] wyróżnia następujące rodzaje wsparcia społecznego:

- informacyjne, które polega na wymianie informacji ułatwiających rozumienie sytuacji doświadczanej przez jednostkę;
- wsparcie emocjonalne oparte na przekazie emocji podtrzymujących, przejawiających troskę, współczucie, zrozumienie, wskazujących pozytywną postawę względem osoby wspieranej.
- wsparcie instrumentalne polegające na dostarczaniu pomocy finansowej i rzeczowej;
- wsparcie wartościujące wyrażające się w okazywaniu akceptacji, szacunku, potwierdzeniu wartości osoby
- wsparcie ogólne pozwalające określić poziom wsparcia społecznego bez różnicowania go na różne rodzaje wsparcia

Podział ten uzupełnia Z. Kawczyńska-Butrym [125] o:

- wsparcie przez świadczenie usług jako pomoc w wykonywaniu pewnych czynności życia codziennego, które ograniczają normalne funkcjonowanie jednostki;
- wsparcie w rozwoju pozwalające przezwyciężyć brak wiedzy, kryzys psychologiczny, trudności materialne i bezradność w wielu dziedzinach związanych z funkcjonowaniem człowieka.

Wymienione rodzaje wsparcia społecznego odgrywają bardzo ważną rolę na każdym etapie życia człowieka, a szczególnie znajdującego się w specyficznych, trudnych, wymagających pomocy innych osób sytuacjach, do których niewątpliwie należy choroba. Wyniki badań pokazują, że niski poziom wsparcia przy wysokim poziomie stresu, w sposób istotny wpływa na zachorowalność i śmiertelność z powodu wielu schorzeń, w tym chorób układu krążenia [128] oraz ma wpływ na wystąpienie depresji i obniżenie jakości życia podczas rehabilitacji kardiologicznej [129]. Osoby posiadające wiele kontaktów i wchodzące w różnorodne interakcje społeczne mogą być zachęcane do podejmowania zachowań sprzyjających zdrowiu, do powstrzymywania się przed zachowaniami antyzdrowotnymi, mogą łatwiej niż osoby bez takich kontaktów uzyskiwać informacje o tym, jak powinno się zdrowo żyć i być nagradzanym za podejmowanie określonych zachowań. Wsparcie społeczne może przyczyniać się do ochrony lub poprawy zdrowia i samopoczucia jednostki poprzez modyfikowanie jej zachowań w kierunku zachowań prozdrowotnych, walki o godne życie z chorobą lub niepełnosprawnością [130].

4. Materiał i metody

4.1. Cel pracy

Celem pracy było poznanie determinantów radzenia sobie z bólem chorych z przewlekłym niedokrwieniem kończyn dolnych dla poprawy jakości opieki

4.2. Problemy i hipotezy badawcze

4.2.1. Problemy badawcze

1. Jakie strategie radzenia sobie z bólem występują w badanej grupie?
2. Jakie czynniki mają wpływ na poziom odczuwania dolegliwości bólowych w badanej grupie?
3. Jaka jest zależność pomiędzy stopniem zaawansowania choroby, a strategiami radzenia sobie z bólem w badanej grupie?
4. Jaka jest zależność pomiędzy samooceną stanu zdrowia, a strategiami radzenia sobie z bólem w badanej grupie?
5. Jaki jest związek między umiejscowieniem kontroli bólu, a strategiami radzenia sobie z bólem w badanej grupie?
6. Jaka jest zależność między zachowaniami zdrowotnymi, a strategiami radzenia sobie z bólem w badanej grupie?
7. Jaki jest związek między osobowością Typu A, a strategiami radzenia sobie z bólem w badanej grupie?
8. W jakim stopniu wsparcie społeczne ma wpływ na strategie radzenia sobie z bólem badanych?
9. Jaka jest zależność pomiędzy zmiennymi socjo-demograficznymi, a strategiami radzenia sobie z bólem w badanej grupie?

4.2.2. Hipotezy badawcze

1. W badanej grupie występują zróżnicowane strategie radzenia sobie z bólem; dominują strategie poznawcze.
2. Na poziom odczuwania bólu badanych mają wpływ: strategie poznawcze, umiejscowienie kontroli bólu, osobowość Typu A, samoocena stanu zdrowia i rodzaj udzielanego wsparcia społecznego.
3. Im wyższy stopień zaawansowania przewlekłego niedokrwienia kończyn dolnych w badanej grupie tym mniejsza zdolność zmniejszania bólu.
4. Im wyższa samoocena stanu zdrowia badanych tym większa zdolność zmniejszania bólu i mniejsza tendencja do katastrofizowania.
5. Wewnętrzne umiejscowienie kontroli bólu badanych ma istotny statystycznie wpływ na podejmowanie działań obniżających doznania bólowe.
6. Istnieje znamienna zależność pomiędzy zachowaniami zdrowotnymi badanych a strategiami radzenia sobie z bólem.
7. Osobowości Typu A badanych w istotnym stopniu determinuje strategie radzenia sobie z bólem.
8. Rodzaj otrzymywanego wsparcia społecznego w istotnym stopniu wpływa na strategie radzenia sobie z bólem.
9. Istnieje zależność pomiędzy cechami socjo-demograficznymi takimi jak: płeć, wiek, wykształcenie, aktywność zawodowa oraz miejsce zamieszkania, a strategiami radzenia sobie z bólem.

4.3. Metody i narzędzia badawcze

4.3.1. Metody zbierania danych

W pracy wykorzystano metodę analizy dokumentów oraz sondażu diagnostycznego przy użyciu standaryzowanych narzędzi badawczych oraz autorskiego kwestionariusza ankiety.

W pracy wykorzystano:

1. Kwestionariusz Strategii radzenia sobie z bólem (CSQ)
2. Kwestionariusz Przekonań na Temat Kontroli Bólu (BPQC)
3. Skala Typu A - Framingham
4. Inwentarz Zachowań Zdrowotnych (IZZ)
5. Skala Wsparcia Społecznego Krystyny Kmiecik - Baran
6. Skala wizualno - analogowa (VAS)
7. Termometr EuroQol (EQ-5D)
8. Autorski kwestionariusz ankiety

1. Kwestionariusz Strategii radzenia sobie z bólem (CSQ)

Kwestionariusz CSQ został opracowany przez A. Rosenstiel i F. Keefe w adaptacji polskiej Z. Juczyńskiego [131]. Składa się z 42 stwierdzeń opisujących różnego rodzaju sposoby radzenia sobie z bólem oraz dwóch pytań dotyczących oceny własnych umiejętności radzenia sobie z bólem. Sposoby radzenia sobie z bólem odzwierciedlają sześć poznawczych oraz jedną behawioralną strategię, które z kolei wchodzą w skład trzech czynników: poznawczego radzenia sobie, odwracania uwagi i podejmowania czynności zastępczych oraz katastrofizowania i poszukiwania nadziei. W kwestionariuszu wykorzystana jest siedmiostopniowa skala typu Likerta, w której badany w skali od 0 - 6 dokonuje oceny zachowań w sytuacji odczuwania bólu. Ocena 0 wskazuje, że badany nigdy tego nie robi, gdy odczuwa ból; ocena 3 wskazuje, że robi to czasem; ocena 6, że zawsze tak postępuje, gdy odczuwa ból. Dla każdego stwierdzenia można podać tylko jedną ocenę.

2. Kwestionariusz Przekonań na Temat Kontroli Bólu (BPQC)

Kwestionariusz BPQC został opracowany przez S. Skevington w adaptacji polskiej Z. Juczyńskiego [131]. Kwestionariusz umożliwia poznanie umiejscowienia poczucia kontroli bólu, które m.in. odpowiada za podejmowanie lub unikanie zachowań zdrowotnych. Składa się z 13 twierdzeń wchodzących w skład trzech czynników, które mierzą siłę indywidualnych przekonań dotyczących kontrolowania bólu osobiście (czynniki wewnętrzne), poprzez wpływ lekarzy (siła innych), czy też przez przypadkowe zdarzenia. W kwestionariuszu wykorzystana jest sześciostopniowa skala typu Likerta, w której badany ocenia treść podanych opinii. Ocena 1 wskazuje, że badany zupełnie się nie zgadza; ocena 2 - nie zgadza się; ocena 3, że raczej się nie zgadza; ocena 4 - raczej się zgadza; ocena 5, że badany zgadza się; natomiast ocena 6 - całkowicie się zgadza.

3. Skala Typu A-Framingham

Skala Typu A została opracowana przez grupę badawczą Framingham Heart Study (FHS) w adaptacji polskiej Z. Juczyńskiego [131]. Skala pozwala na poznanie tych cech osobowości, które nie tylko przyczyniają się do powstania chorób sercowo-naczyniowych, ale również odgrywają ogromną rolę w nauce i podejmowaniu zachowań sprzyjających zdrowiu oraz udziału w leczeniu i rehabilitacji. Skala składa się z 10 stwierdzeń, z których pięć pierwszych dotyczy cech i właściwości typowych dla jednostki, kolejne cztery odczuć pod koniec dnia, wreszcie ostatnie presji czasu. Odpowiedziom na twierdzenia przypisuje się odpowiednie wartości (wagi). Skala obejmuje dwa czynniki charakteryzujące Typ A: pośpiech i rywalizację. Ogólny wynik skali jest średnią wszystkich ocen i mieści się w przedziale 0 - 1 . Wyniki zbliżające się do wartości „1” wskazują na zachowania typu A, poczucie presji czasu oraz skłonność do rywalizacji. Wyniki zbliżające się do wartości „0” świadczą o dominacji zachowań typu B, braku presji czasu i nieznacznej tendencji do rywalizacji.

4. Inwentarz Zachowań Zdrowotnych (IZZ)

Inwentarz IZZ jest narzędziem badającym zachowania prozdrowotne. Został opracowany przez Z. Juczyńskiego [131]. Zawiera 24 stwierdzenia opisujące różnego rodzaju zachowania związane ze zdrowiem, które dotyczą: prawidłowych nawyków żywieniowych, zachowań profilaktycznych, praktyk zdrowotnych oraz pozytywnego nastawienia psychicznego. Badany zaznacza jak często wykonuje podane czynności

związane ze zdrowiem, oceniając każde w wymienionych w inwentarzu zachowań w pięciostopniowej skali, gdzie 1 oznacza prawie nigdy; 2 - rzadko; 3 - od czasu do czasu; 4 - często; 5 - prawie zawsze.

5. Skala Wsparcia Społecznego Krystyny Kmiecik-Baran

Skala Wsparcia Społecznego została opracowana przez K. Kmiecik-Baran [127] Pozwala ona ocenić sposób i rodzaj pomocy udzielanej poszczególnym osobom w celu mobilizowania sił do poprawy swojego zdrowia. W skali znajdują się twierdzenia odnoszące się do czterech rodzajów wsparcia, po sześć twierdzeń na każdy rodzaj wsparcia. Twierdzenia dotyczą: wsparcia informacyjnego, wartościującego, instrumentalnego oraz emocjonalnego, jakiego udzielają różne grupy społeczne. Badany ocenia treść podanych twierdzeń poprzez wyrażenia: tak; raczej tak; czasami tak czasami nie; raczej nie; nie.

6. Skala wizualno - analogowa (VAS)

Skala VAS służy do oceny stopnia nasilenia bólu [132]. Na poziomej linii o długości 10 cm chory wskazuje stopień natężenia bólu między wartościami oznaczającymi „brak bólu" i „największy ból, jaki można sobie wyobrazić".

7. Termometr EuroQol (EQ-5D)

Termometr EQ-5D, umożliwia chorym samoocenę swojego zdrowia w kierunku dobrego lub złego samopoczucia [133]. Badany ocenia swój stan zdrowia i zaznacza na 100-u stopniowej skali, gdzie 0 oznacza najgorszy wyobrażalny stan zdrowia, a 100 najlepszy wyobrażalny stan zdrowia.

8. Autorski kwestionariusz ankiety

Kwestionariusz ankiety zawiera 13 pytań służących do zebrania danych socjo-demograficznych badanych (wiek, płeć, stan cywilny, miejsce zamieszkania, rodzaj aktywności zawodowej) oraz sytuacji zdrowotnej badanych (stosowanych używek-palenie papierosów, czasu trwania choroby, korzystania z opieki Poradni Naczyniowej lub Reumatologicznej.

Wymienione narzędzia badawcze zostały zamieszczone w aneksie pracy.

4.3.2. Metody analizy danych

Wyniki badań poddano analizie statystycznej wykorzystując pakiet statystyczny Statistica PL 9.0. W pierwszym etapie oceny statystycznej dla cech wyrażonych w skali przedziałowej wyznaczono następujące parametry statystyczne: średnią i odchylenie standardowe.

Ze względu na rodzaj cech znamiennych poddanych ocenie w analizie statystycznej posłużono się: testem t-Studenta (do oceny zależności pomiędzy dwiema cechami ilościowymi) oraz testem niezależności chi-kwadrat (do oceny zależności pomiędzy dwiema cechami jakościowymi) [134].

W ocenie statystycznej przyjęto poziom istotności $\alpha < 0,05$.

4.3.3. Dobór grupy do badań

Grupę badanych stanowiło 100 pacjentów hospitalizowanych z powodu przewlekłego niedokrwienia kończyn dolnych w Szpitalu Wojewódzkim w Bielsku-Białej na Oddziale Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej oraz leczonych w Poradni Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej.
Grupę porównawczą stanowiło 100 pacjentów z rozpoznaniem reumatoidalnego zapalenia stawów hospitalizowanych w Śląskim Szpitalu Reumatologiczno-Rehabilitacyjnym im. gen. Jerzego Ziętka w Ustroniu.

Kryteriami włączenia chorego do badań było:

- rozpoznanie niedokrwienia kończyn dolnych w I, II, III, IV stadium wg klasyfikacji Fontaine'a (grupa badana);
- wdrożone leczenie zachowawcze;
- okres przed włączeniem leczenia udrożniającego tętnicę (stent, by-pass);
- świadoma zgodna na udział w badaniach;
- rozpoznanie reumatoidalnego zapalenia stawów (grupa porównawcza).

Kryteriami wykluczenia chorego z badań był:

- okres po zabiegu udrożniającym tętnicę (stent, by-pass);
- chorzy po udarze mózgu z afazją uniemożliwiającą udzielanie odpowiedzi;
- brak zgody na udział w badaniach lub rezygnacja podczas jego trwania.

Szczegółowa charakterystyka badanych została zamieszczona w tabeli II i III.

Tabela II. Charakterystyka socjo-demograficzna badanych

Kategoria danych	Grupa badana			Grupa porównawcza			p
Liczba badanych	**R**	**K**	**M**	**R**	**K**	**M**	
Liczba badanych	**N=100 (100%)**	**N=26 (26%)**	**N=74 (74%)**	**N=100 (100%)**	**N=78 (78%)**	**N=22 (22%)**	< 0,001
Wiek							
średnia	61,07	64,5	59,86	55,58	55,83	54,68	
odchylenie standardowe SD	10,07	11,85	9,15	12,43	12,82	11,19	< 0,001
mediana	60,5	65,5	59,5	57	57,5	54	
minimum	27	27	31	19	19	30	
maksimum	88	88	84	90	90	80	
Wykształcenie							
podstawowe	20 (20%)	3 (11,5%)	17 (23%)	9 (9%)	8 (10,3%)	1 (4,5%)	
zawodowe	46 (46%)	10 (38,5%)	36 (48,6%)	29 (29%)	17 (21,8%)	12 (54,5%)	0,001
średnie	32 (32%)	11 (42,3%)	21 (28,4%)	55 (55%)	47 (60,3%)	8 (36,4%)	
wyższe	2 (2%)	2 (7,7%)	0	7 (7%)	6 (7,7%)	1 (4,5%)	
magisterskie							
Aktywność zawodowa							
pracuje	20 (20%)	3 (11,5%)	17 (23%)	30 (30%)	21 (26,9%)	9 (40,9%)	
renta	27 (27%)	6 (23,1%)	21 (28,4%)	20 (20%)	14 (17,9%)	6 (27,3%)	0,39
emerytura	48 (48%)	16 (61,5%)	32 (43,2%)	42 (42%)	36 (46,2%)	6 (27,3%)	
bezrobocie	3 (3%)	1 (3,8%)	2 (2,7%)	5 (5%)	4 (5,1%)	1 (4,5%)	
inne	2 (2%)	0	2 (2,7%)	3 (3%)	3 (3,8%)	0	
Miejsce zamieszkania							
miasto > 50 tys.	33 (33%)	12 (46,2%)	21 (28,4%)	42 (42%)	31 (39,7%)	11 (50%)	
miasto 30 – 50 tys.	11 (11%)	3 (11,5%)	8 (10,8%)	26 (26%)	20 (25,6%)	6 (27,3%)	< 0,001
miasto do 30 tys.	14 (14%)	4 (15,4%)	10 (13,5%)	16 (16%)	14 (17,9%)	2 (9,1%)	
wieś	42 (42%)	7 (26,9%)	35 (47,3%)	16 (16%)	13 (16,7%)	3 (13,6%)	
Stan cywilny							
żonaty / zamężna	74 (74%)	12 (46,2%)	62 (83,8%)	70 (70%)	52 (66,7%)	18 (81,8%)	
wdowiec / wdowa	13 (13%)	4 (15,4%)	9 (12,2%)	15 (15%)	12 (15,4%)	3 (13,6%)	0,75
wolny / wolna	12 (12%)	9 (34,6%)	3 (4,1%)	15 (15%)	14 (17,9%)	1 (4,5%)	
braki danych	1 (1%)	1 (3,8%)	0	0	0	0	
Mieszka Pan / Pani							
z rodziną	91 (91%)	23 (88,5%)	68 (91,9%)	85 (85%)	67 (85,9%)	18 (81,8%)	0,19
sam	9 (9%)	3 (11,5%)	6 (8,1%)	15 (15%)	11 (14,1%)	4 (18,2%)	

N – liczba badanych, R – razem, K – kobiety, M – mężczyźni, p – poziom istotności różnic pomiędzy grupami

Grupy były jednorodne pod względem aktywności zawodowej, stanu cywilnego i zamieszkiwania z rodziną. W grupie badanej przeważali mężczyźni (74%), natomiast w grupie porównawczej kobiety (78%). Grupa badana była starsza (średnia 61,07 lat), w odniesieniu do grupy porównawczej (średnia 55,58 lat). W grupie badanej dominowały osoby z wykształceniem zawodowym (46%), natomiast w grupie porównawczej

z wykształceniem średnim (55%). W badanej grupie przeważały osoby mieszkające na wsi (42%), a w grupie porównawczej z bardzo dużych miast (42%).

Tabela III. Charakterystyka kliniczna badanych z uwzględnieniem płci

Kategoria danych	**Grupa badana**			**Grupa porównawcza**			**p**
	R	**K**	**M**	**R**	**K**	**M**	
Liczba badanych	**N=100**	**N=26**	**N=74**	**N=100**	**N=78**	**N=22**	
Palenie tytoniu ilość wypalanych papierosów	35 (35%)	7 (26,9%)	28 (37,8%)	14 (14%)	9 (11,5%)	5 (22,7%)	0,001
średnia	13,77	14,29	13,64	11,07	7,78	17	0,15
odchylenie standardowe SD	5,71	5,35	5,88	6,03	3,87	4,47	
mediana	15	15	11	10	8	20	
minimum	4	5	4	3	3	10	
maksimum	25	20	25	20	15	20	
W tym długość palenia							
średnia	33,91	30,57	34,75	21,11	20	18,6	< 0,001
odchylenie standardowe SD	11,39	9,98	11,73	6,97	7,91	9,86	
mediana	35	30	36	20	20	15	
minimum	10	10	12	10	10	10	
maksimum	65	40	65	30	30	35	
Czas trwania choroby [lata]							
średnia	5,78	4,53	6,22	12,72	12,03	15,18	
odchylenie standardowe SD	5,97	4,78	6,3	11,76	11,59	12,29	< 0,001
mediana	3	3	4	10	8	10	
minimum	0,08	0,08	0,17	0,5	0,5	1	
maksimum	30	17	30	50	46	50	

N – liczba badanych, R – razem, K – kobiety, M – mężczyźni, p – poziom istotności różnic pomiędzy grupami

Tabela III cd. Charakterystyka kliniczna badanych z uwzględnieniem płci

Odczuwanie bólu							
po 200m	16 (16%)	4 (15,4%)	12 (16,2%)	-	-	-	
do 200m	45 (45%)	9 (34,6%)	36 (48,6%)	-	-	-	-
cały czas	38 (38%)	13 (50%)	25 (33,8%)	-	-	-	
Odczuwanie bólu							
zwłaszcza wieczorem	-	-	-	15 (15%)	10 (12,8%)	5 (22,7%)	-
niezależnie od pory dnia	-	-	-	74 (74%)	57 (73,1%)	17 (77,3%)	-
inne	-	-	-	11 (11%)	11 (14,1%)	0	-
Opieka w poradni	89 (89%)	3 (11,5%)	66 (89,2%)	97 (97%)	76 (97,4%)	21 (95,5%)	0,02
Częstość kontroli w poradni							
brak	4 (4%)	1 (3,8%)	3 (4,1%)	2 (2%)	1 (1,3%)	1 (4,5%)	
1 x m-c	24 (24%)	5 (19,2%)	19 (25,7%)	31 (31%)	19 (24,4%)	12 (54,5%)	
1 x 2 m-ce	0	0	0	2 (2%)	2 (2,6%)	0	
1 x 3 m-ce	27 (27%)	4 (15,4%)	23 (31,1%)	42 (42%)	34 (43,6%)	8 (36,4%)	< 0,001
1 x 6 m-cy	18 (18%)	8 (30,8%)	10 (13,5%)	18 (18%)	17 (21,8%)	1 (4,5%)	
1 x rok	13 (13%)	3 (11,5%)	10 (13,5%)	2 (2%)	2 (2,6%)	0	
pierwszy raz	12 (12%)	4 (15,4%)	8 (10,8%)	1 (1%)	1 (1,3%)	0	
braki danych	2 (2%)	1 (3,8%)	1 (1,4%)	2 (2%)	2 (2,6%)	0	
Stopień zaawansowania choroby							
skala Fontaine'a							
1	16 (16%)	4 (15,4%)	12 (16,2%)	-	-	-	
2	44 (44%)	8 (30,8%)	36 (48,6%)	-	-	-	-
3	38 (38%)	13 (50%)	25 (33,8%)	-	-	-	
4	2 (2%)	1 (3,8%)	1 (1,4%)	-	-	-	

N – liczba badanych, R – razem, K – kobiety, M – mężczyźni, p – poziom istotności różnic pomiędzy grupami

W grupie badanej więcej osób paliło papierosy (35%) niż w grupie porównawczej (14%) oraz dłuższy był okres palenia (średnia 33,91 lat). Liczba wypalanych papierosów była na podobnym poziomie w obu badanych grupach. Średni czas trwania choroby w grupie badanej to 5,78 lat, natomiast w grupie porównawczej 12,72 lat. Pacjenci z przewlekłym niedokrwieniem kończyn dolnych rzadziej korzystali z opieki medycznej w ramach poradni niż chorzy z grupy porównawczej.

4.3.4. Organizacja badań

Badania zostały zaprojektowane według etapów, które zostały zamieszczone w tabeli IV.

Tabela IV. Etapy badań

Etapy badań		**Cel i rodzaj podjętych działań**
I.	Przygotowanie założeń badawczych	Określenie obszaru i tematu badań. Przegląd piśmiennictwa celem oceny aktualnego stanu wiedzy dotyczącej tematu. Sformułowanie celu badań, problemów badawczych, zmiennych oraz hipotez badawczych. Wybór metod i narzędzi badawczych. Dobór próby do badań.
II.	Uzyskanie zgody na przeprowadzenie badań	Przygotowanie i złożenie wniosku do Komisji Bioetycznej działającej przy Beskidzkiej Izby Lekarskiej w Bielsku-Białej. Uzyskanie zgody na przeprowadzenie badań nr 2010/11/30/6, 2011/03/17/6. Zgoda Dyrektora Szpitala Wojewódzkiego i Ordynatora Oddziału Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej Szpitala Wojewódzkiego w Bielsku-Białej nr DP/23/5420/2010. Zgoda Dyrektora Szpitala Reumatologiczno-Rehabilitacyjnego im. gen. Jerzego Ziętka w Ustroniu i Ordynatorów Oddziałów reumatologicznych II, III, V, VI w Ustroniu nr SSRR/BI/1061/2010.
III.	Przeprowadzenie badań pilotażowych	Celem weryfikacji doboru próby badawczej, terenu badania, trafności metod i narzędzi badawczych oraz jasności i jednoznaczności dla uczestników badania pytań kwestionariuszy.
IV.	Przeprowadzenie badań właściwych	W okresie od grudnia 2010 do stycznia 2012 roku.
V.	Analiza danych surowych i prezentacja wyników	Opracowanie statystyczne danych przeprowadzono w okresie od lutego 2012 do grudnia 2012 roku.

5. Wyniki badań własnych

5.1. Strategie radzenia sobie z bólem w badanej grupie

Ból przewlekły zmusza pacjenta do uruchamiania strategii radzenia sobie z nim. Ocenę rodzaju strategii radzenia sobie z bólem badanych dokonano za pomocą Kwestionariusza Strategii Radzenia Sobie z Bólem (CSQ), a szczegółowe wyniki zamieszczono w tabeli V.

Tabela V. Strategie radzenia sobie z bólem w badanych grupach z podziałem na płeć

Rodzaj strategii radzenia sobie z bólem (CSQ)	**Grupa badana**			**Grupa porównawcza**			**p**
	R	**K**	**M**	**R**	**K**	**M**	
Liczba badanych	**N=100**	**N=26**	**N=74**	**N=100**	**N=78**	**N=22**	
Odwracanie uwagi							
średnia	17,52	17,62	17,49	18,18	18,99	15,32	
odchylenie standardowe SD	7,76	5,57	7,87	7,77	7,22	9,08	
mediana	18	16	18	18	19	14,5	0,55
minimum	0	5	0	0	0	3	
maksimum	36	36	31	36	36	36	
Przewartościowanie doznań bólu							
średnia	11,44	7,96	12,66	9,06	8,74	10,18	
odchylenie standardowe SD	8,04	5,72	8,4	8,33	8,14	9,07	0,04
mediana	11	7,5	12,5	7	6,5	7	
minimum	0	0	0	0	0	0	
maksimum	34	18	34	36	36	33	
Katastrofizowanie							
średnia	14,27	14,31	14,26	13,67	13,38	14,68	
odchylenie standardowe SD	8,16	9,05	7,88	7,85	7,88	7,85	
mediana	15	15	14,5	14,5	13,5	15,5	0,6
minimum	0	0	0	0	0	0	
maksimum	36	36	36	33	33	33	
Ignorowanie doznań							
średnia	15,31	14,27	15,68	15,04	14,46	17,09	
odchylenie standardowe SD	8,44	6,5	9,04	8,14	8	8,5	
mediana	15,5	15	16	15	15	16,5	0,82
minimum	0	0	0	0	0	0	
maksimum	36	26	36	36	36	33	

N – liczba badanych, R – razem, K – kobiety, M – mężczyźni, p – poziom istotności różnic pomiędzy grupami

Tabela V cd. Strategie radzenia sobie z bólem w badanych grupach z podziałem na płeć

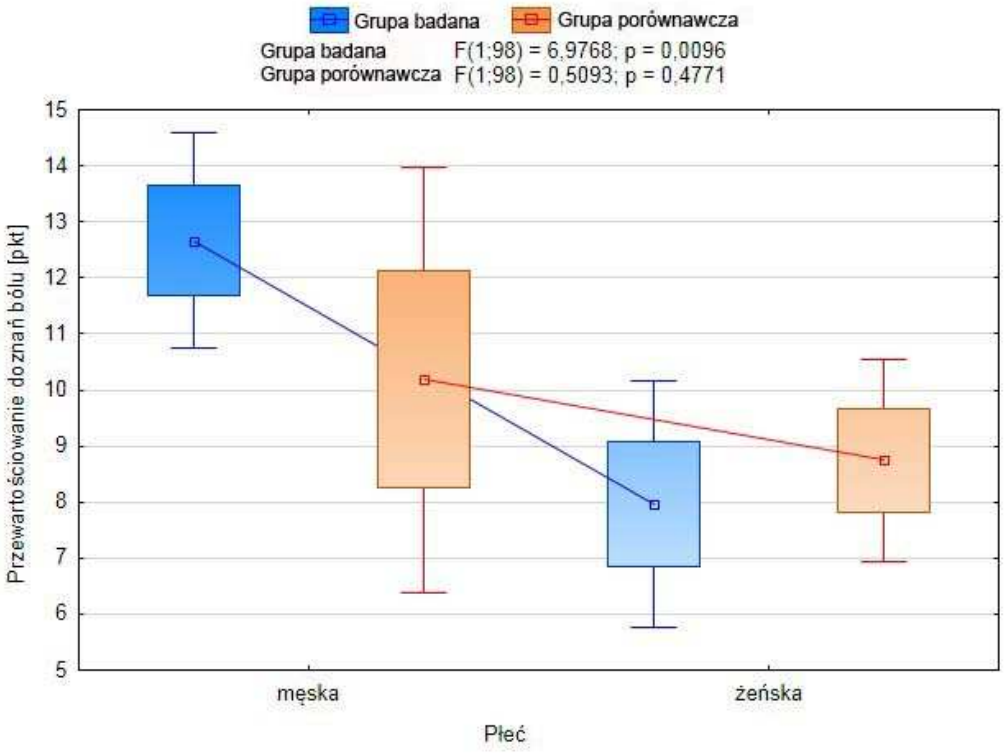
Modlenie się / pokładanie nadziei							
średnia	22,53	23,42	22,22	22,4	24,05	16,55	
odchylenie standardowe SD	8,82	8,14	9,08	8,4	7,13	10,02	0,92
mediana	23	23,5	23	24	24	15,5	
minimum	2	6	2	0	0	0	
maksimum	36	36	36	36	36	36	
Deklarowanie radzenia sobie							
średnia	20,69	19,27	21,19	21,08	21,1	21	
odchylenie standardowe SD	7,22	6,67	7,38	7,72	7,95	7,02	0,71
mediana	20	19	21,5	21	21	21	
minimum	6	9	6	2	2	8	
maksimum	36	35	36	36	36	36	
Zwiększona aktywność behawioralna							
średnia	19,08	20,46	18,59	20,35	20,77	18,86	
odchylenie standardowe SD	6,96	6,42	7,11	6,59	6,47	6,94	0,19
mediana	18	18	18	21	21	18,5	
minimum	1	5	1	3	9	3	
maksimum	33	32	33	36	36	30	
Kontrola bólu							
średnia	3,44	3,04	3,58	3,42	3,41	3,45	
odchylenie standardowe SD	1,43	1,31	1,45	1,08	1,1	1,06	0,91
mediana	3	3	3	3	3	3	
minimum	0	0	0	0	0	2	
maksimum	6	6	6	6	6	6	
Zdolność zmniejszania bólu							
średnia	2,89	2,96	2,86	3,09	3,04	3,27	
odchylenie standardowe SD	1,39	1,28	1,44	1,02	1,02	0,98	0,25
mediana	3	3	3	3	3	3	
minimum	0	0	0	0	0	1	
maksimum	6	6	6	6	6	6	

N – liczba badanych, R – razem, K – kobiety, M – mężczyźni, p – poziom istotności różnic pomiędzy grupami

Jak wynika z danych zamieszczonych w powyższej tabeli, badani z przewlekłym niedokrwieniem kończyn dolnych częściej uruchamiali strategie modlenie się/pokładanie nadziei oraz deklarowanie radzenia sobie. Strategię przewartościowanie doznań bólowych chorzy z przewlekłym niedokrwieniem kończyn dolnych uruchamiani częściej niż pacjenci z grupy porównawczej (p= 0,04).

5.1.1. Analiza zależności między strategią przewartościowanie doznań bólu a zmiennymi niezależnymi

W analizie zależności między strategią przewartościowanie doznań bólu, a zmiennymi niezależnymi uwzględniono: płeć, aktywność zawodową, miejsce zamieszkania, wykształcenie, prawidłowe nawyki żywieniowe, przekonanie o kontroli bólu przez czynniki wewnętrzne, czynnik Typu A - rywalizacja, wsparcie wartościujące, częstość kontroli w poradni. Pod uwagę były brane te zmienne niezależne, dla których funkcja regresji przybierała wartości największe oraz zmienne miały charakter statystycznie istotny dla grupy badanej i porównawczej ($p<0,05$). Dane ilustruje rycina 1 oraz tabele VI i VII.



Rycina 1. Uruchamianie strategii przewartościowanie doznań bólu w badanych grupach z uwzględnieniem płci

W grupie badanych z niedokrwieniem kończyn dolnych częstość uruchamiania strategii przewartościowanie doznań bólowych istotnie różniła się w zależności od płci osiągając wyższe wartości dla mężczyzn ($p<0,05$).

Tabela VI. Podsumowanie regresji zmiennej zależnej CSQ - przewartościowanie doznań bólu - grupa badana

	β	b	p
Wyraz wolny		10,52	< 0,001
Czynnik Typu A - rywalizacja	0,51	15,61	< 0,001
Wsparcie wartościujące	-0,24	- 0,59	0,004
Płeć	0,24	2,21	0,005
Aktywność zawodowa - pracuje	-0,21	- 4,03	0,019
Wykształcenie zawodowe	0,15	2,33	0,08

β – współczynnik regresji zmiennej, b – współczynnik kierunkowy, p – poziom istotności różnic pomiędzy grupami

W analizie zmiennych niezależnych wpływających na strategię przewartościowanie doznań bólowych uwzględniono te zmienne, między którymi występowały zależności. Wykazano, że osoby skłonne do rywalizacji (p<0,001) oraz mężczyźni (p=0,005) częściej uruchamiali strategię przewartościowanie doznań bólu. Natomiast wsparcie wartościujące (p=0,004) i aktywność zawodowa (p=0,019) negatywnie wpływały na stosowanie tej strategii.

Tabela VII. Podsumowanie regresji zmiennej zależnej CSQ - przewartościowanie doznań bólu - grupa porównawcza

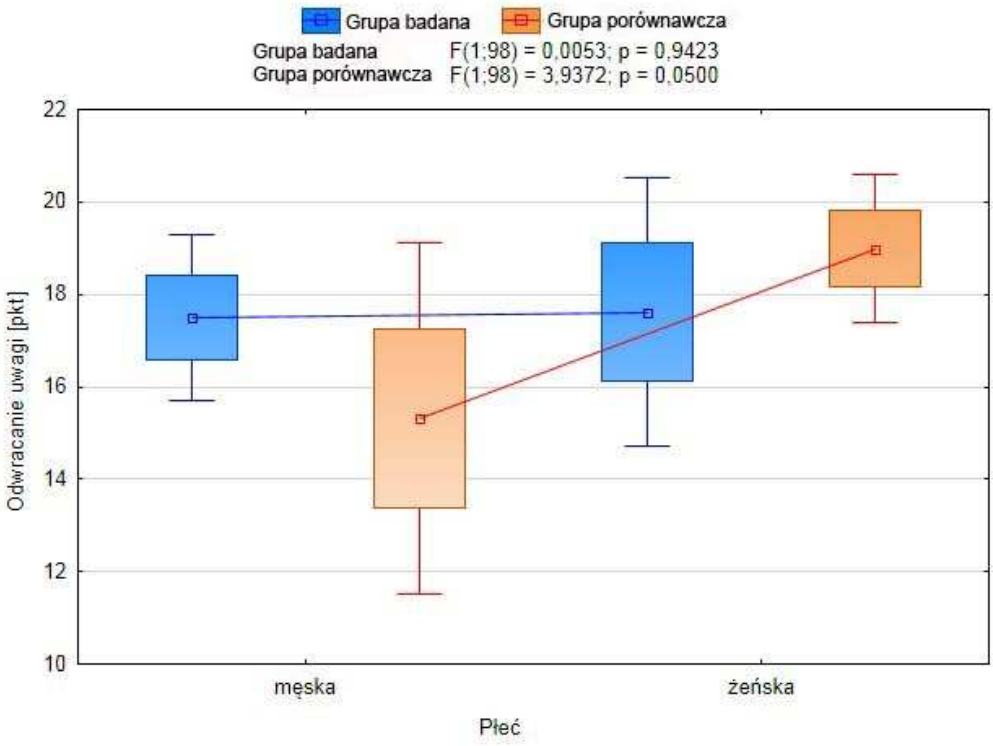
	β	b	p
Wyraz wolny		-10,15	0,016
IZZ - Prawidłowe nawyki żywieniowe	0,32	0,63	< 0,001
BPCQ - czynniki wewnętrzne	0,25	0,45	0,005
Miejsce zamieszkania - miasto >50tys.	-0,23	- 3,92	0,009
Aktywność zawodowa - pracuje	0,20	3,53	0,027
Częstość kontroli w poradni - 1x rok	0,19	11,28	0,03

β – współczynnik regresji zmiennej, b – współczynnik kierunkowy, p – poziom istotności różnic pomiędzy grupami

W grupie porównawczej pozytywnie na przewartościowanie bólu wpływały prawidłowe nawyki żywieniowe (p<0,001), kontrola bólu przez czynniki wewnętrzne (p=0,005), aktywność zawodowa (p=0,027) oraz wykonywanie kontroli w poradni co 12 miesięcy (p=0,03). Natomiast negatywnie wpływało mieszkanie w dużych miastach (p=0,009).

5.1.2. Analiza zależności między strategią odwracanie uwagi a zmiennymi niezależnymi

W analizie zależności między strategią odwracanie uwagi, a zmiennymi niezależnymi uwzględniono: płeć, wykształcenie, aktywność zawodową, pozytywne nastawienie psychiczne, prawidłowe nawyki żywieniowe, zachowania profilaktyczne oraz częstość kontroli w poradni. W analizie były brane te zmienne niezależne, dla których funkcja regresji przybierała wartości największe oraz zmienne miały charakter statystycznie istotny dla grupy badanej i porównawczej ($p<0,05$). Uzyskane dane przedstawia rycina 2 oraz tabele VIII i IX.



Rycina 2. Uruchamianie strategii odwracanie uwagi w badanych grupach z uwzględnieniem płci

Uruchamianie strategii odwracanie uwagi w grupie pacjentów z przewlekłym niedokrwieniem kończyn dolnych plasowało się na podobnym poziomie u obu płci ($p=0,94$), natomiast w grupie porównawczej strategia ta częściej dominowała w grupie kobiet ($p=0,05$).

Tabela VIII. Podsumowanie regresji zmiennej zależnej odwracanie uwagi - grupa badana

	β	b	p
Wyraz wolny		5,06	0,214
IZZ - Pozytywne nastawienie psychiczne	0,28	0,53	0,003
Wykształcenie zawodowe	0,30	4,72	0,002
Aktywność zawodowa - bezrobotny	-0,21	-9,34	0,028
Częstość kontroli w poradni - 1x3m-ce	-0,19	-3,34	0,044

β – współczynnik regresji zmiennej, b – współczynnik kierunkowy, p – poziom istotności różnic pomiędzy grupami

W analizie zostały uwzględnione te zmienne, między którymi występowały zależności. Zauważono, że korzystnie na strategię odwracanie uwagi w grupie osób z niedokrwieniem kończyn dolnych wpływało pozytywne nastawienie psychiczne (p=0,003), co oznaczało częstsze uruchamianie tej strategii u pacjentów pozytywnie nastawionych do choroby i ograniczeń z nią związanych. Wykształcenie zawodowe wzmacniało strategię odwracanie uwagi w radzeniu sobie z bólem niedokrwiennym (p=0,002). Natomiast negatywnie na odwracanie uwagi wpływało bycie bezrobotnym (p=0,028) oraz wykonywanie kontroli w poradni co 3 miesiące (p=0,044).

Tabela IX. Podsumowanie regresji zmiennej zależnej odwracanie uwagi - grupa porównawcza

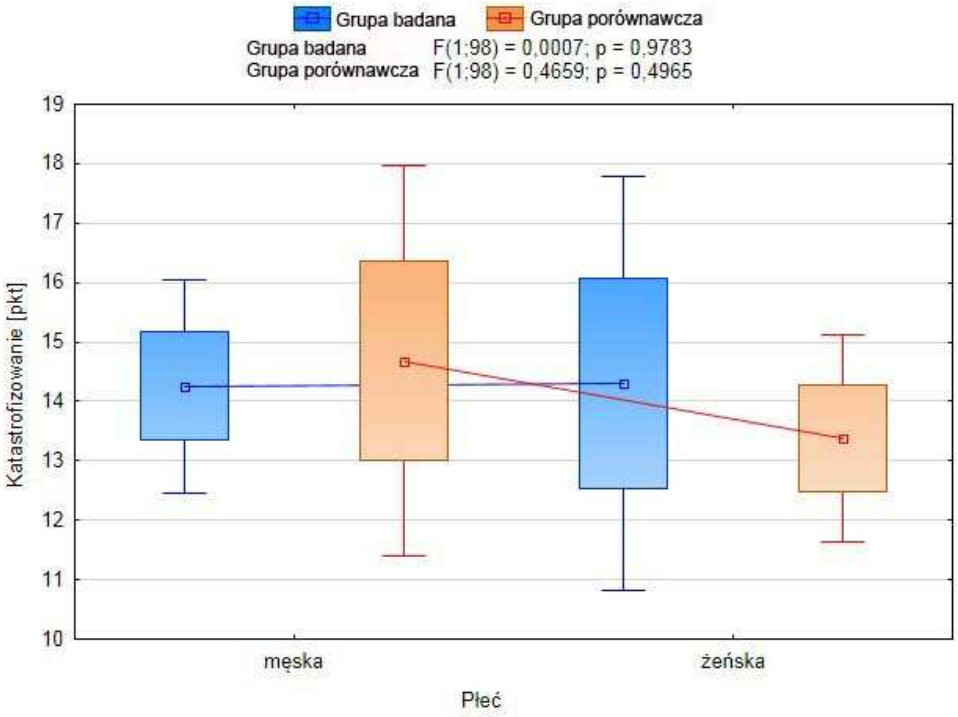
	β	b	p
Wyraz wolny		-12,68	0,019
IZZ - Prawidłowe nawyki żywieniowe	0,38	0,70	< 0,001
IZZ - Zachowania profilaktyczne	0,28	0,68	0,003
Częstość kontroli w poradni - pierwszy raz	0,19	14,73	0,032

β – współczynnik regresji zmiennej, b – współczynnik kierunkowy, p – poziom istotności różnic pomiędzy grupami

W grupie porównawczej pozytywnie na strategię odwracanie uwagi wpływały prawidłowe nawyki żywieniowe (p<0,001), zachowania profilaktyczne (p=0,003) oraz pierwsza wizyta w poradni (p=0,032).

5.1.3. Analiza zależności między strategią katastrofizowanie a zmiennymi niezależnymi

W analizie zależności między strategią katastrofizowanie, a zmiennymi niezależnymi uwzględniono: płeć, wiek, miejsce zamieszkania, wykształcenie, przekonanie o kontroli bólu we wpływie lekarzy oraz czynnikach wewnętrznych, natężenie i odczuwanie bólu, wsparcie emocjonalne, zachowania profilaktyczne i praktyki zdrowotne, a także opiekę i częstość kontroli w poradni. Analizie poddano te zmienne niezależne, dla których funkcja regresji przybierała wartości największe oraz zmienne miały charakter statystycznie istotny dla grupy badanej i porównawczej ($p<0,05$). Wyniki ilustruje rycina 3 oraz tabele X i XI.



Rycina 3. Uruchamianie strategii katastrofizowanie w badanych grupach z uwzględnieniem płci

Uruchamianie strategii katastrofizowanie nie różniło się istotnie pomiędzy płciami, jak również między grupą badaną i porównawczą ($p=0,97$; $p=0,49$).

Tabela X. Podsumowanie regresji zmiennej zależnej katastrofizowanie - grupa badana

	β	b	p
Wyraz wolny		-10,37	0,04
BPCQ - Wpływ lekarzy	0,27	0,60	0,002
Wsparcie emocjonalne	0,22	0,59	0,012
Odczuwanie bólu - cały czas	0,40	6,74	0,002
Miejsce zamieszkania - wieś	0,21	3,40	0,02
Częstość kontroli w poradni - brak	-0,16	-6,31	0,069
Odczuwanie bólu - po ponad 200m	0,24	3,96	0,05
BPCQ - Czynniki wewnętrzne	0,14	0,23	0,103

β – współczynnik regresji zmiennej, b – współczynnik kierunkowy, p – poziom istotności różnic pomiędzy grupami

W analizie zmiennych niezależnych na strategię katastrofizowanie uwzględniono te zmienne, między którymi stwierdzono zależności. Strategia katastrofizowanie była uruchamiana przez osoby, dla których na kontrolę bólu główny wpływ mieli lekarze (p=0,002), otrzymujący wysokie wsparcie emocjonalne (p=0,012), odczuwający ból przez cały czas (p=0,002) lub po przejściu ponad 200 m (p=0,05) oraz mieszkający na wsi (p=0,02).

Tabela XI. Podsumowanie regresji zmiennej zależnej katastrofizowanie - grupa porównawcza

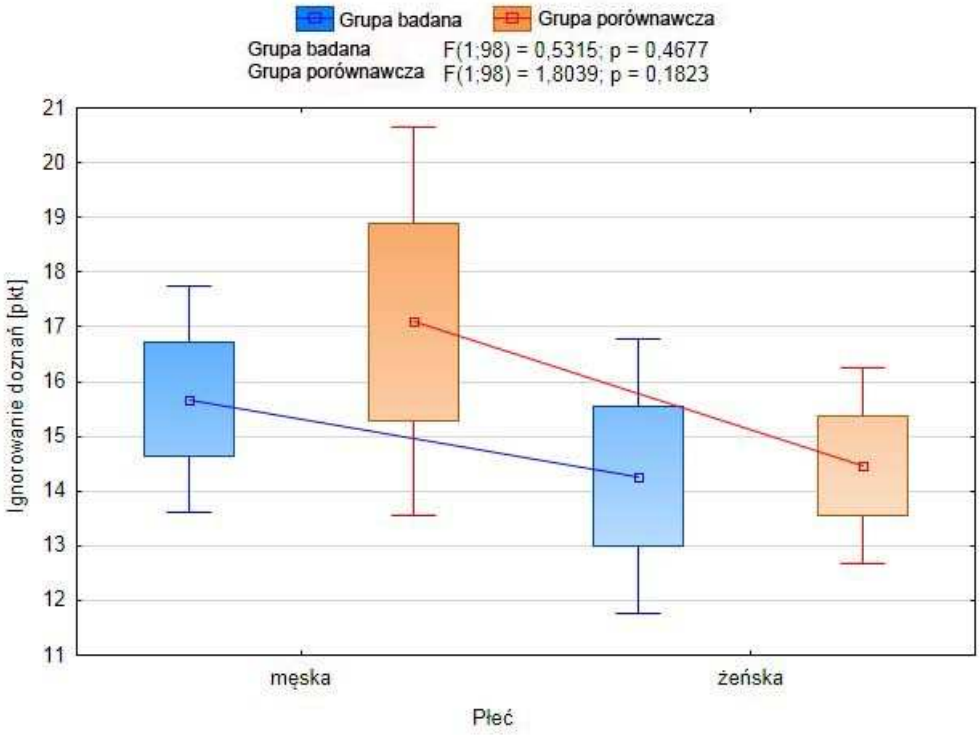
	β	b	p
Wyraz wolny		-15,41	0,064
BPCQ - Wpływ lekarzy	0,41	0,68	< 0,001
Częstość kontroli w poradni - 1x rok	-0,34	-18,78	< 0,001
VAS - natężenie bólu	0,17	0,07	0,046
Wykształcenie średnie	0,25	3,99	0,004
Częstość kontroli w poradni - 1x 6m-cy	-0,23	-4,74	0,007
Wiek	0,17	0,11	0,064
Opieka poradni	0,19	14,72	0,03
IZZ - Zachowania profilaktyczne	-0,24	-0,58	0,013
IZZ - Praktyki zdrowotne	0,16	0,3	0,098

β – współczynnik regresji zmiennej, b – współczynnik kierunkowy, p – poziom istotności różnic pomiędzy grupami

W grupie porównawczej strategię katastrofizowanie uruchamiały osoby, dla których na kontrolę bólu główny wpływ mieli lekarze (p<0,001), odczuwający intensywne doznania bólowe (p=0,046), posiadający średnie wykształcenie (p=0,004) oraz będący pod opieką poradni (p=0,03). Negatywnie na katastrofizowanie wpływała rzadka kontrola w poradni (p<0,001; p=0,007) oraz stosowanie praktyk profilaktycznych (p=0,013).

5.1.4. Analiza zależności między strategią ignorowanie doznań a zmiennymi niezależnymi

W analizie zależności między strategią ignorowanie doznań, a zmiennymi niezależnymi uwzględniono: płeć, wykształcenie, aktywność zawodową, wsparcie wartościujące, instrumentalne i emocjonalne, pozytywne nastawienie psychiczne, zachowania profilaktyczne, osobowość Typu A, przekonanie o kontroli bólu przez czynniki wewnętrzne, klasyfikację Fontaine'a, odczuwanie i natężenie bólu, czas trwania choroby oraz częstość kontroli w poradni. Pod uwagę były brane te zmienne niezależne, dla których funkcja regresji przybierała wartości największe oraz zmienne miały charakter statystycznie istotny dla grupy badanej i porównawczej ($p<0,05$). Dane ilustruje rycina 4 oraz tabele XII i XIII.



Rycina 4. Uruchamianie strategii ignorowanie doznań w badanych grupach z uwzględnieniem płci

Ignorowanie doznań jako strategia radzenia sobie z bólem częściej stosowana była przez mężczyzn zarówno grupie badanej jak i porównawczej ($p=0,46$; $p=0,18$).

Tabela XII. Podsumowanie regresji zmiennej zależnej ignorowanie doznań - grupa badana

	β	b	p
Wyraz wolny		16,49	0,012
Osobowość Typu A	0,35	13,10	< 0,001
Wsparcie wartościujące	-0,16	-0,41	0,09
Aktywność zawodowa - bezrobotny	0,20	9,84	0,025
VAS - natężenie bólu	-0,20	-0,08	0,027
IZZ - Pozytywne nastawienia psychiczne	0,19	0,38	0,05
Klasyfikacja Fontaine'a	-0,19	-2,12	0,041
Wykształcenie średnie	-0,17	-3,03	0,063

β – współczynnik regresji zmiennej, b – współczynnik kierunkowy, p – poziom istotności różnic pomiędzy grupami

Analizując uzyskane dane pod uwagę wzięto te zmienne, między którymi występowały zależności. Strategia ignorowanie doznań była uruchamiana przez pacjentów o osobowości Typu A (p<0,001) oraz posiadających pozytywne nastawienie psychiczne (p=0,05). Zauważono, że osoby będące na bezrobociu częściej stosowały strategię ignorowanie doznań (p=0,025). Natomiast negatywny wpływ na posługiwanie się tą strategią miał wysoki poziom natężenia bólu (p=0,027) oraz zaawansowanie PAD wg klasyfikacji Fontaine'a (p=0,041).

Tabela XIII. Podsumowanie regresji zmiennej zależnej ignorowanie doznań - grupa porównawcza

	β	b	p
Wyraz wolny		-13,99	0,043
Odczuwanie bólu - niezależnie od pory dnia	-0,34	-6,21	< 0,001
Czas trwania choroby	0,29	0,20	0,002
Aktywność zawodowa - pracuje	0,32	5,71	0,001
Wsparcie instrumentalne	0,08	0,15	0,401
BPCQ - czynniki wewnętrzne	0,17	0,30	0,051
IZZ - Zachowania profilaktyczne	0,24	0,61	0,008
Wykształcenie zawodowe	0,25	4,41	0,006
Częstość kontroli w poradni - 1x 6m-cy	0,19	3,95	0,032
Wsparcie emocjonalne	0,21	0,57	0,028
Częstość kontroli w poradni - 1x rok	0,16	9,27	0,065

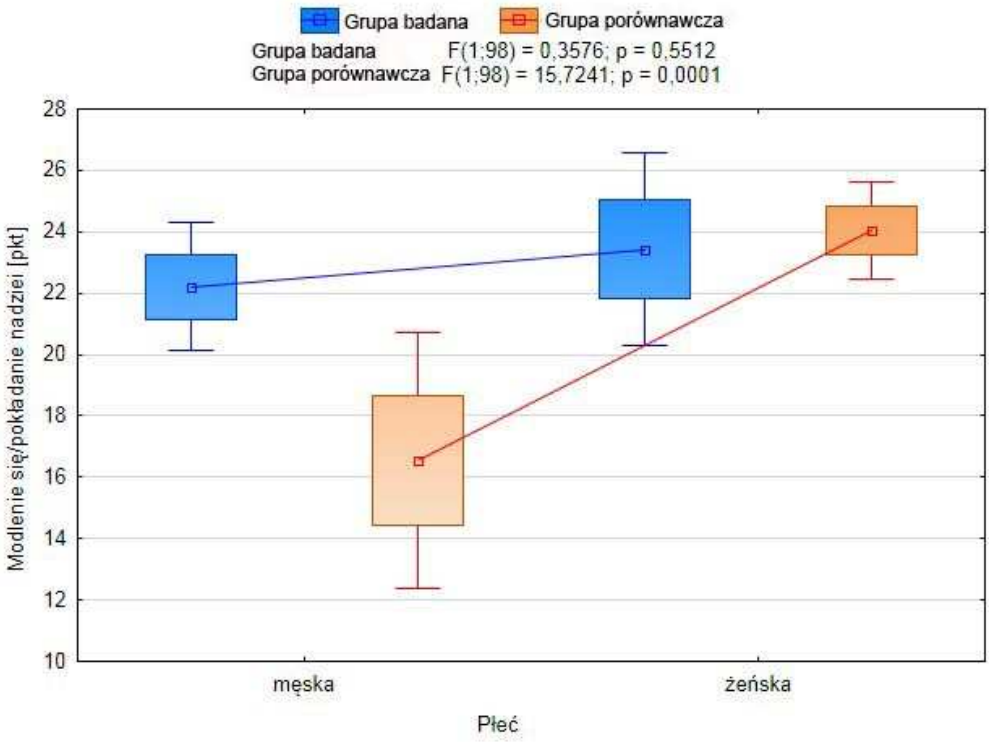
β – współczynnik regresji zmiennej, b – współczynnik kierunkowy, p – poziom istotności różnic pomiędzy grupami

W grupie porównawczej pozytywnie na ignorowanie doznań wpływał czas trwania choroby (p=0,002), aktywność zawodowa (p=0,001), zachowania profilaktyczne

(p=0,008), niskie wykształcenie (p=0,006), rzadka kontrola w poradni (p=0,032) oraz wsparcie emocjonalne (p=0,028). Na granicy istotności znalazła się kontrola bólu przez czynniki wewnętrzne (p=0,51). Natomiast negatywnie na tę strategię wpływało odczuwanie bólu niezależnie od pory dnia (p<0,001).

5.1.5. Analiza zależności między strategią modlenie się/pokładanie nadziei a zmiennymi niezależnymi

W analizie zależności między strategią modlenie się/pokładanie nadziei, a zmiennymi niezależnymi uwzględniono: płeć, wiek, wykształcenie, mieszkanie z rodziną, aktywność zawodową, wsparcie wartościujące, przekonanie o kontroli bólu we wpływie lekarzy oraz przypadkowych zdarzeniach, czynnik Typu A - pośpiech, praktyki zdrowotne, prawidłowe nawyki żywieniowe, klasyfikację Fontaine'a, natężenie bólu, czas trwania choroby, korzystanie z opieki i częstość kontroli poradni w poradni. W analizie uwzględniono te zmienne niezależne, dla których funkcja regresji przybierała wartości największe oraz zmienne miały charakter statystycznie istotny dla grupy badanej i porównawczej (p<0,05). Dane przedstawia rycina 5 oraz tabele XIV i XV.



Rycina 5. Uruchamianie strategii modlenie się/pokładanie nadziei w badanych grupach z uwzględnieniem płci

Strategia modlenie się/pokładanie nadziei częściej była uruchamiana w obu grupach przez kobiety. W grupie badanej nie było tak istotnych różnic pomiędzy płciami (p=0,55), jak w grupie porównawczej (p<0,05).

Tabela XIV. Podsumowanie regresji zmiennej zależnej modlenie się/pokładanie nadziei - grupa badana

	β	b	p
Wyraz wolny		5,90	0,41
Wsparcie wartościujące	-0,28	-0,75	0,002
BPCQ - wpływ lekarzy	0,17	0,39	0,059
Czynnik Typu A - pośpiech	0,33	12,28	< 0,001
Wiek	0,24	0,21	0,011
Aktywność zawodowa - renta	0,22	4,46	0,012
Wykształcenie średnie	-0,22	-4,20	0,012
Klasyfikacja Fontaine'a	-0,16	-1,93	0,064
IZZ - Praktyki zdrowotne	0,18	0,24	0,05
Czas trwania choroby	-0,15	-0,22	0,09

β – współczynnik regresji zmiennej, b – współczynnik kierunkowy, p – poziom istotności różnic pomiędzy grupami

W analizie zostały uwzględnione te zmienne, między którymi występowały zależności. Strategia modlenie się/pokładanie nadziei prezentowana była przez pacjentów, u których dominowało poczucie presji czasu (p<0,001) oraz pozostawali na rencie (p=0,012). Ponadto stosowanie praktyk zdrowotnych (p=0,05) oraz wiek wzmacniał tę strategię (p=0,011). Natomiast negatywny wpływ na tę strategię miało wysokie wsparcie wartościujące (p=0,002) otrzymywane przez badanych oraz posiadanie wykształcenia średniego (p=0,012).

Tabela XV. Podsumowanie regresji zmiennej zależnej modlenie się/pokładanie nadziei - grupa porównawcza

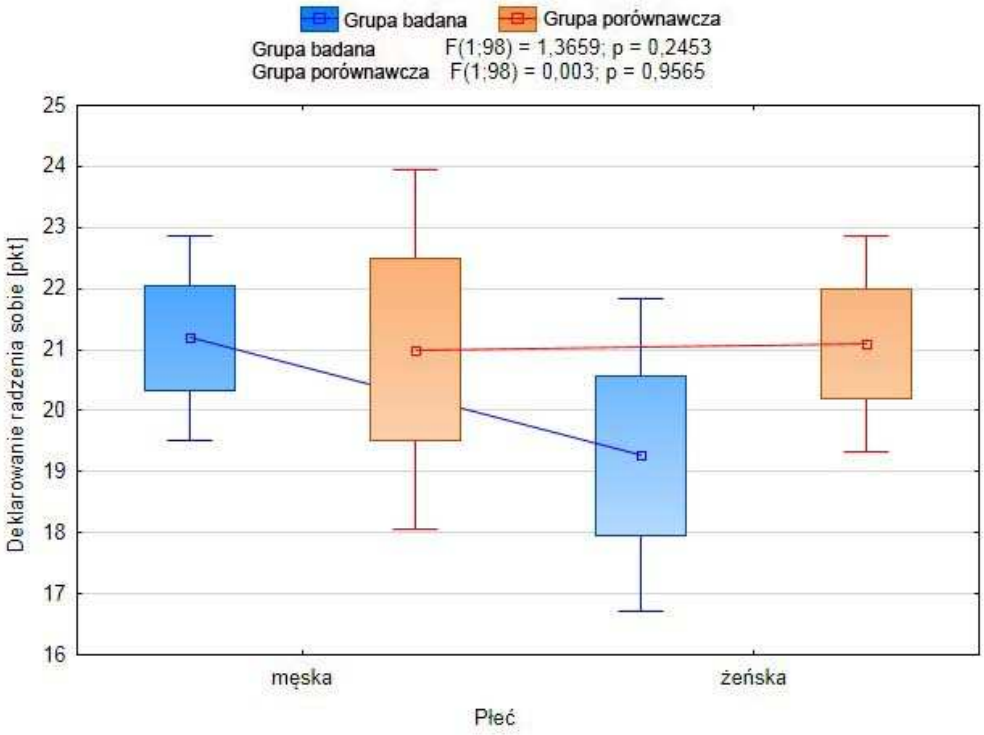
	β	b	p
Wyraz wolny		-36,26	0,002
BPCQ - przypadkowe zdarzenia	0,34	0,75	< 0,001
Płeć	-0,23	-2,35	0,009
IZZ - Praktyki zdrowotne	0,18	0,38	0,037
Mieszka Pan/i	0,21	2,45	0,012
VAS -natężenie bólu	0,21	0,08	0,016
IZZ - Prawidłowe nawyki żywieniowe	0,14	0,28	0,11
Opieka poradni	0,30	25,06	0,012
Częstość kontroli w poradni - brak	0,21	12,62	0,079

β – współczynnik regresji zmiennej, b – współczynnik kierunkowy, p – poziom istotności różnic pomiędzy grupami

W grupie porównawczej strategię modlenie się/pokładanie nadziei wzmacniała kontrola bólu przez przypadkowe zdarzenia (p<0,001), praktyki zdrowotne (p=0,037), mieszkanie z rodziną (p=0,012), wysoki poziom natężenia bólu (p=0,016) oraz pozostawanie pod opieką poradni (p=0,012). Kobiety częściej uruchamiały strategię modlenie się/pokładanie nadziei (p=0,009).

5.1.6. Analiza zależności między strategią deklarowanie radzenia sobie a zmiennymi niezależnymi

W analizie zależności między strategią deklarowanie radzenia sobie, a zmiennymi niezależnymi uwzględniono: płeć, osobowość Typu A, wsparcie wartościujące, klasyfikację Fontaine'a, ogólny wskaźnik zachowań zdrowotnych, pozytywne nastawienie psychiczne, prawidłowe nawyki żywieniowe, odczuwanie bólu. Pod uwagę były brane te zmienne niezależne, dla których funkcja regresji przybierała wartości największe oraz zmienne miały charakter statystycznie istotny dla grupy badanej i porównawczej ($p<0,05$). Wyniki ilustruje rycina 6 oraz tabele XVI i XVII.



Rycina 6. Uruchamianie strategii deklarowanie radzenia sobie w badanych grupach z uwzględnieniem płci

Strategia deklarowanie radzenia sobie była często stosowaną strategią w obu grupach. Zaobserwowano częstsze uruchamianie tej strategii w grupie badanych mężczyzn z przewlekłym niedokrwieniem kończyn dolnych ($p=0,24$).

Tabela XVI. Podsumowanie regresji zmiennej zależnej deklarowanie radzenia sobie - grupa badana

	β	b	p
Wyraz wolny		39,51	<0,001
Osobowość Typu A	0,36	11,61	< 0,001
Wsparcie wartościujące	-0,18	-0,39	0,065
Klasyfikacja Fontaine'a	-0,20	-1,98	0,024
IZZ - Ogólny wskaźnik	-0,24	-12,00	0,015
IZZ - Pozytywne nastawienia psychiczne	0,24	0,41	0,024

β – współczynnik regresji zmiennej, b – współczynnik kierunkowy, p – poziom istotności różnic pomiędzy grupami

W analizie zmiennych niezależnych na strategię deklarowanie radzenia sobie uwzględniono te zmienne, między którymi stwierdzono zależności. Zatem strategię tę wzmacniało posiadanie osobowości Typu A (p<0,001) oraz pozytywne nastawienie psychiczne (p=0,024). Natomiast negatywny wpływ na tę strategię miał wysoki współczynnik w klasyfikacji Fontaine'a (p=0,024) oraz wysoki ogólny wskaźnik nasilenia zachowań zdrowotnych (p=0,015).

Tabela XVII. Podsumowanie regresji zmiennej zależnej deklarowanie radzenia sobie - grupa porównawcza

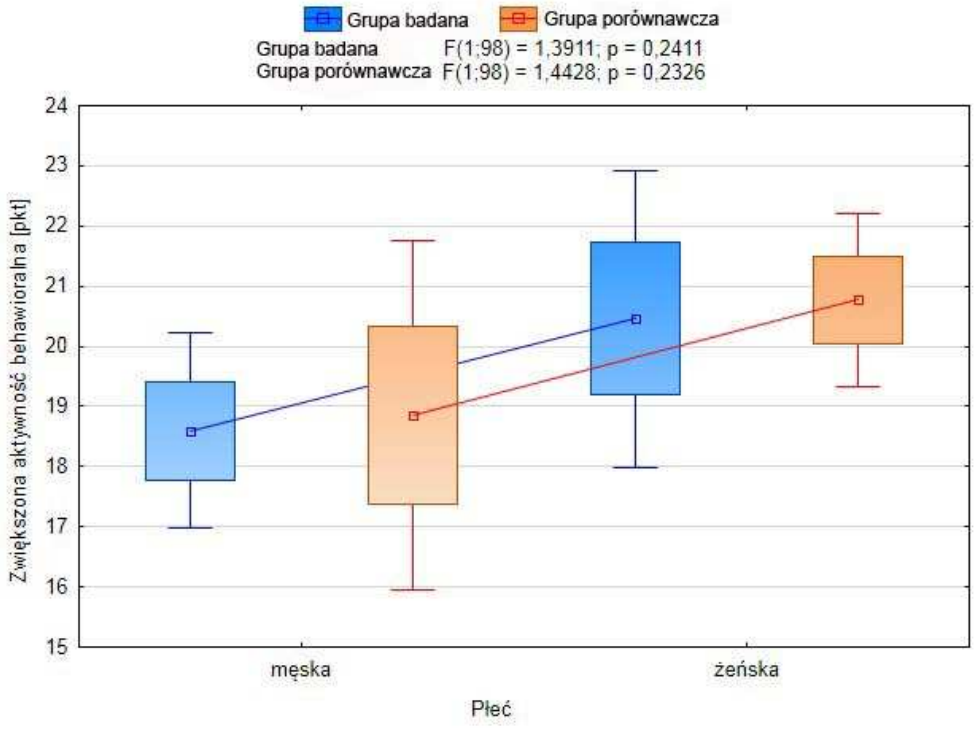
	β	b	p
Wyraz wolny		15,78	< 0,001
Odczuwanie bólu - niezależnie od pory dnia	-0,29	-5,03	0,003
IZZ - Prawidłowe nawyki żywieniowe	0,24	0,43	0,015

β – współczynnik regresji zmiennej, b – współczynnik kierunkowy, p – poziom istotności różnic pomiędzy grupami

W grupie porównawczej pozytywny wpływ na uruchamianie strategii deklarowanie radzenia sobie miały prawidłowe nawyki żywieniowe (p=0,015), natomiast negatywnie wpływało odczuwanie bólu niezależnie od pory dnia (p=0,003).

5.1.7. Analiza zależności między strategią zwiększona aktywność behawioralna a zmiennymi niezależnymi

W analizie zależności między strategią zwiększona aktywność behawioralna, a zmiennymi niezależnymi uwzględniono: płeć, wykształcenie, pozytywne nastawienie psychiczne, zachowania profilaktyczne, osobowość Typu A, odczuwanie dolegliwości bólowych, korzystanie z opieki oraz częstość kontroli w poradni. Pod uwagę były brane te zmienne niezależne, dla których funkcja regresji przybierała wartości największe oraz zmienne miały charakter statystycznie istotny dla grupy badanej i porównawczej ($p<0,05$). Dane przedstawia rycina 7 oraz tabele XVIII i XIX.



Rycina 7. Uruchamianie strategii zwiększona aktywność behawioralna w badanych grupach z uwzględnieniem płci

Strategia zwiększona aktywność behawioralna była częściej uruchamiana przez kobiety zarówno w grupie badanej jak i porównawczej ($p=0,24$; $p=0,23$).

Tabela XVIII. Podsumowanie regresji zmiennej zależnej zwiększona aktywność behawioralna - grupa badana

	β	b	p
Wyraz wolny		7,67	0,047
Częstość kontroli w poradni - 1x rok	0,29	6,04	0,003
IZZ - Pozytywne nastawienia psychiczne	0,25	0,42	0,01
Płeć	-0,19	-1,51	0,05
Osobowość Typu A	0,16	5,12	0,087

β – współczynnik regresji zmiennej, b – współczynnik kierunkowy, p – poziom istotności różnic pomiędzy grupami

W analizie uwzględniono te zmienne, między którymi stwierdzono zależności. Uruchamianie strategii zwiększona aktywność behawioralna wzmacniała coroczna kontrola w poradni (p=0,003) oraz pozytywne nastawienie psychiczne (p=0,01) Kobiety częściej uruchamiały tę strategię niż mężczyźni (p=0,05).

Tabela XIX. Podsumowanie regresji zmiennej zależnej zwiększona aktywność behawioralna - grupa porównawcza

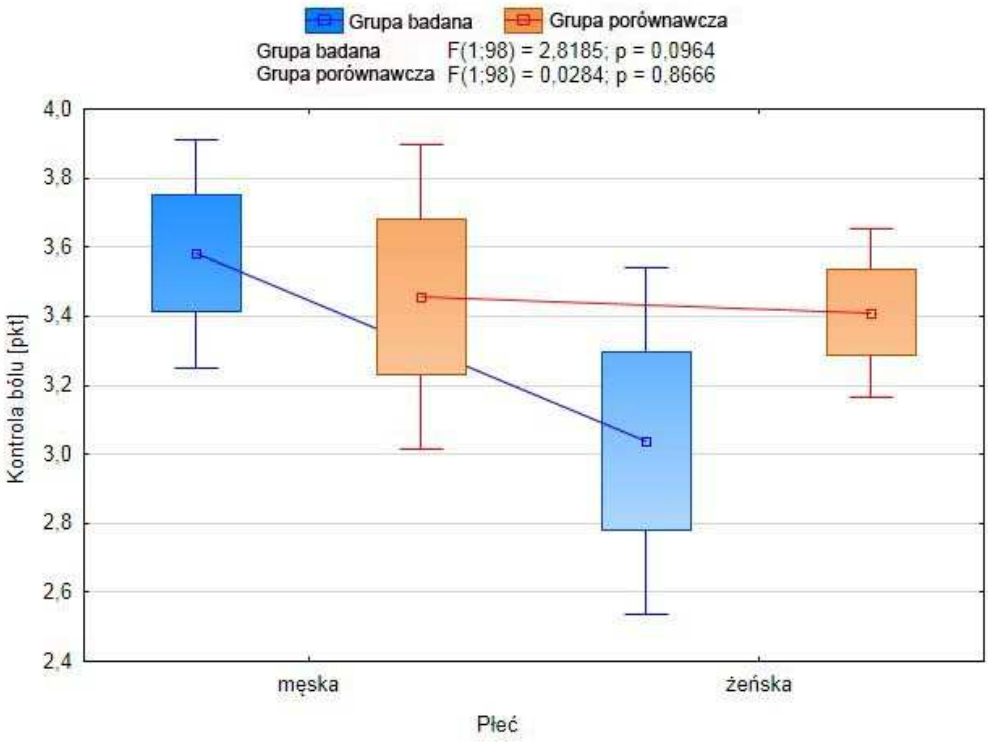
	β	b	p
Wyraz wolny		2,49	0,725
Częstość kontroli w poradni - 1x rok	0,37	17,09	0,000
IZZ - Zachowania profilaktyczne	0,34	0,71	0,000
Wykształcenie podstawowe	0,26	5,91	0,004
Opieka poradni	0,17	10,88	0,055
Odczuwanie bólu - niezależnie od pory dnia	-0,19	-2,79	0,029
IZZ - Pozytywne nastawienia psychiczne	-0,22	-0,42	0,023
Częstość kontroli w poradni - 1x 3m-ce	0,16	2,14	0,063

β – współczynnik regresji zmiennej, b – współczynnik kierunkowy, p – poziom istotności różnic pomiędzy grupami

W grupie porównawczej strategię zwiększona aktywność behawioralna wzmacniały coroczna kontrola w poradni (p<0,05), zachowania profilaktyczne (p<0,05) i wykształcenie podstawowe (p=0,004). Natomiast negatywny wpływ miało odczuwanie bólu niezależnie od pory dnia (p=0,029) oraz pozytywne nastawienie psychiczne (p=0,023).

5.1.8. Analiza zależności między strategią kontrola bólu a zmiennymi niezależnymi

W analizie zależności między strategią kontrola bólu, a zmiennymi niezależnymi uwzględniono: płeć, miejsce zamieszkania, wsparcie emocjonalne, przekonanie o kontroli bólu przez czynniki wewnętrzne oraz przypadkowe zdarzenia, odczuwanie bólu, pozytywne nastawienie psychiczne, prawidłowe nawyki żywieniowe, częstość kontroli w poradni, czynnik Typu A - rywalizacja, długość palenia. Pod uwagę były brane te zmienne niezależne, dla których funkcja regresji przybierała wartości największe oraz poszczególne zmienne były istotne statystycznie dla grupy badanej i porównawczej ($p<0,05$). Przedstawia je rycina 8 oraz tabele XX i XXI.



Rycina 8. Uruchamianie strategii kontrola bólu w badanych grupach z uwzględnieniem płci

Strategia kontrola bólu w grupie badanej dominowała wśród mężczyzn ($p=0,09$), natomiast w grupie porównawczej nie było istotnych różnic pomiędzy płciami ($p=0,86$).

Tabela XX. Podsumowanie regresji zmiennej zależnej kontrola bólu - grupa badana

	β	b	p
Wyraz wolny		2,37	0,04
Wsparcie emocjonalne	-0,23	-0,11	0,014
BPCQ - czynniki wewnętrzne	0,27	0,07	0,004
Odczuwanie bólu - cały czas	-0,17	-0,50	0,062
Miejsce zamieszkania - miasto 30-50tys	-0,18	-0,78	0,052
IZZ - Pozytywne nastawienia psychiczne	0,32	0,11	0,003
Częstość kontroli w poradni - 1x m-c	-0,19	-0,64	0,044
IZZ - Prawidłowe nawyki żywieniowe	-0,18	-0,05	0,091

β – współczynnik regresji zmiennej, b – współczynnik kierunkowy, p – poziom istotności różnic pomiędzy grupami

Pod uwagę były brane te zmienne, między którymi zachodziły zależności. W grupie badanej strategię kontrola bólu wzmacniało kontrolowanie bólu przez czynniki wewnętrzne (p=0,004) oraz pozytywne nastawienie psychiczne (p=0,003). Negatywny wpływ miał wysoki poziom wsparcia emocjonalnego (p=0,014), mieszkanie w dużym mieście (p=0,052) oraz kontrola w poradni co miesiąc (p=0,044).

Tabela XXI. Podsumowanie regresji zmiennej zależnej kontrola bólu - grupa porównawcza

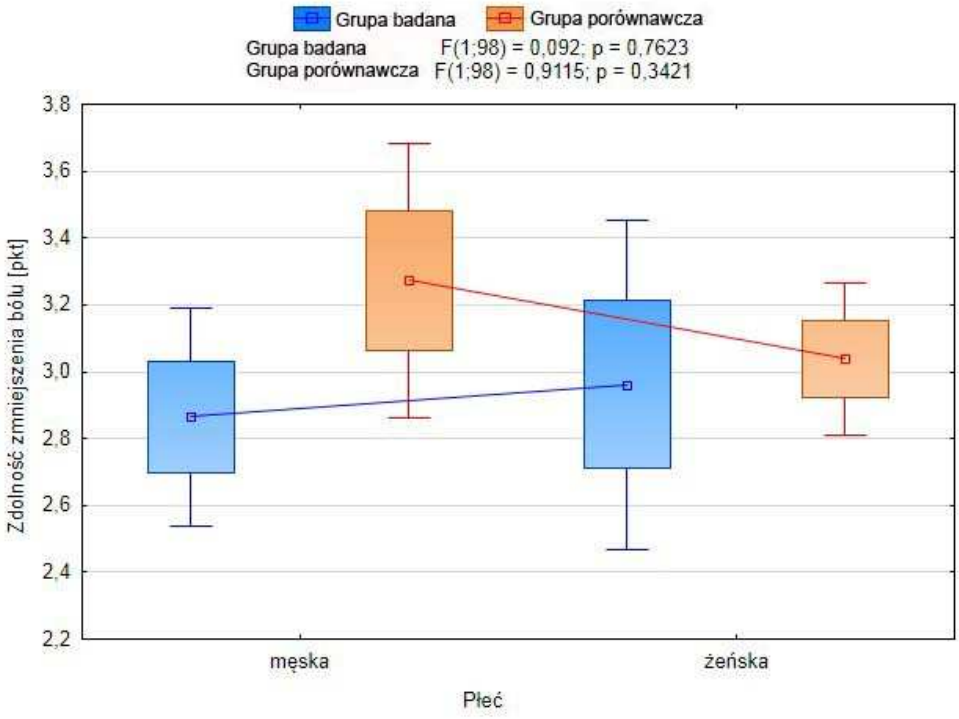
	β	b	p
Wyraz wolny		5,03	< 0,001
Częstość kontroli w poradni - 1x m-c	-0,21	-0,48	0,03
Czynnik Typu A - rywalizacja	-0,24	-0,89	0,013
BPCQ - przypadkowe zdarzenia	-0,22	-0,06	0,021
Długość palenia	-0,21	-0,03	0,028

β – współczynnik regresji zmiennej, b – współczynnik kierunkowy, p – poziom istotności różnic pomiędzy grupami

W grupie porównawczej negatywny wpływ na strategię kontrola bólu miały częste wizyty w poradni co miesiąc (p=0,03), czynnik Typu A - rywalizacja (p=0,013), kontrola bólu przez przypadkowe zdarzenia (p=0,021) oraz długi okres palenia papierosów (p=0,028).

5.1.9. Analiza zależności między strategią zdolność zmniejszania bólu a zmiennymi niezależnymi

W analizie zależności między strategią zdolność zmniejszania bólu, a zmiennymi niezależnymi uwzględniono: płeć, miejsce zamieszkania, wsparcie ogólne, klasyfikację Fontaine'a, przekonanie o kontroli bólu przez czynniki wewnętrzne, wpływ lekarzy oraz przypadkowe zdarzenia, odczuwanie bólu, praktyki zawodowe. W analizie uwzględniono te zmienne niezależne, dla których funkcja regresji przybierała wartości największe oraz zmienne miały charakter statystycznie istotny dla grupy badanej i porównawczej ($p<0,05$). Uzyskane wyniki przedstawia rycina 9 oraz tabele XXII i XXIII.



Rycina 9. Uruchamianie strategii zdolność zmniejszania bólu w badanych grupach z uwzględnieniem płci

Strategia zdolność zmniejszania bólu była uruchamiana przez pacjentów obu grup na podobnym poziomie. Nieznacznie częściej występowała wśród mężczyzn grupy porównawczej ($p=0,34$).

Tabela XXII. Podsumowanie regresji zmiennej zależnej zdolność zmniejszania bólu - grupa badana

	β	b	p
Wyraz wolny		5,84	< 0,001
Wsparcie ogólne	-0,31	-0,04	0,001
Klasyfikacja Fontaine'a	-0,24	-0,46	0,009
BPCQ - czynniki wewnętrzne	0,28	0,08	0,003
BPCQ - wpływ lekarzy	-0,19	-0,07	0,038

β – współczynnik regresji zmiennej, b – współczynnik kierunkowy, p – poziom istotności różnic pomiędzy grupami

W analizie zmiennych niezależnych na strategię zdolność zmniejszania bólu uwzględniono te zmienne, między którymi stwierdzono zależności. Strategię tę istotnie wzmacniało kontrolowanie bólu przez czynniki wewnętrzne (p=0,003). Negatywny wpływ miał wysoki stopień wsparcia ogólnego (p=0,001), wysoki współczynnik w klasyfikacji Fontaine'a (p=0,009) oraz kontrolowanie bólu przez wpływ lekarzy (p=0,038).

Tabela XXIII. Podsumowanie regresji zmiennej zależnej zdolność zmniejszania bólu - grupa porównawcza

	β	b	p
Wyraz wolny		1,78	0,008
Odczuwanie bólu - niezależnie od pory dnia	-0,26	-0,60	0,004
IZZ - Praktyki zdrowotne	0,33	0,08	< 0,001
BPCQ - czynniki wewnętrzne	0,29	0,06	0,002
BPCQ - przypadkowe zdarzenia	-0,26	-0,07	0,006
Miejsce zamieszkania – wieś	0,16	0,44	0,072

β – współczynnik regresji zmiennej, b – współczynnik kierunkowy, p – poziom istotności różnic pomiędzy grupami

W grupie porównawczej pozytywny wpływ na strategię zdolność zmniejszania bólu miały praktyki zdrowotne (p<0,001) oraz kontrolowanie bólu przez czynniki wewnętrzne (p=0,002). Natomiast negatywnie wpływało odczuwanie bólu niezależnie od pory dnia (p=0,004) oraz kontrolowanie bólu przez przypadkowe zdarzenia (p=0,006).

5.1.10. Strategie radzenia sobie z bólem a zaawansowanie przewlekłego niedokrwienia kończyn dolnych

Strategie radzenia sobie z bólem w grupie chorych z przewlekłym niedokrwieniem kończyn dolnych w zależności od zaawansowania choroby przedstawiono w tabeli XXIV.

Tabela XXIV. Korelacje stopnia zaawansowania choroby ze strategiami radzenia sobie z bólem

Rodzaj strategii radzenia sobie z bólem	**Stopień zaawansowania niedokrwienia kończyn dolnych wg klasyfikacji Fontaine`a**	
	r	**p**
Odwracanie uwagi	0,08	p=0,44
Przewartościowanie doznań bólu	-0,08	p=0,45
Katastrofizowanie	0,25	p=0,011
Ignorowanie doznań	-0,14	p=0,17
Modlenie się/ pokładanie nadziei	-0,06	p=0,58
Deklarowanie radzenia sobie	-0,18	p=0,08
Zwiększona aktywność behawioralna	-0,05	p=0,64
Kontrola bólu	-0,19	p=0,057
Zdolność zmniejszenia bólu	-0,26	p=0,008

r – współczynnik korelacji liniowej Pearsona, p – poziom istotności różnic pomiędzy grupami

Analizując wpływ zaawansowania przewlekłego niedokrwienia kończyn dolnych na strategie radzenia sobie z bólem wykazano istotną korelację dodatnią pomiędzy postępem choroby, a uruchamianiem strategii katastrofizowanie (p=0,011) oraz korelację ujemną dla zdolności zmniejszania bólu (p=0,008). Na granicy istotności znalazła się

kontrola bólu (p=0,057) ze słabą korelacją ujemną. Oznacza to mniejszą kontrolę bólu oraz niską zdolność zmniejszania bólu wraz ze wzrostem zaawansowania PAD.

5.1.11. Strategie radzenia sobie z bólem a cechy socjo-demograficzne

Strategie radzenia sobie z bólem w grupie chorych z przewlekłym niedokrwieniem kończyn dolnych i grupie kontrolnej w zależności od ich cech socjo-demograficznych przedstawiono w tabelach XXV i XXVI.

Tabela XXV. Korelacje pomiędzy wybranymi zmiennymi socjo-demograficznymi a strategiami radzenia sobie z bólem u pacjentów z PAD

Rodzaj strategii radzenia sobie z bólem	**Płeć**		**Wykształcenie**		**Aktywność zawodowa**		**Miejsce zamieszkania**		**Stan cywilny**	
	r	**p**	**r**	**p**	**r**	**p**	**r**	**p**	**r**	**p**
Odwracanie uwagi	0,02	p=0,81	-0,17	p=0,09	0,05	p=0,59	-0,07	p=0,47	0,003	p=0,98
Przewartościowanie doznań bólu	0,24	p=0,02	-0,18	p=0,08	0,11	p=0,29	-0,11	p=0,28	-0,1	p=0,31
Katastrofizowanie	0,005	p=0,96	-0,09	p=0,4	-0,006	p=0,95	0,33	p<0,001	-0,03	p=0,74
Ignorowanie doznań	0,05	p=0,64	-0,16	p=0,1	0,02	p=0,87	-0,06	p=0,58	0,13	p=0,2
Modlenie się/ pokładanie nadziei	-0,05	p=0,63	-0,2	p=0,05	-0,04	p=0,71	-0,02	p=0,81	-0,13	p=0,19
Deklarowanie radzenia sobie	0,12	p=0,23	-0,08	p=0,46	-0,12	p=0,23	-0,03	p=0,74	-0,05	p=0,64
Zwiększona aktywność behawioralna	-0,12	p=0,25	-0,13	p=0,19	0,03	p=0,78	0,04	p=0,7	0,04	p=0,67
Kontrola bólu	0,17	p=0,09	0,0003	p=0,99	-0,02	p=0,83	-0,09	p=0,35	0,006	p=0,95
Zdolność zmniejszenia bólu	-0,06	p=0,54	0,1	p=0,34	0,04	p=0,68	-0,11	p=0,28	0,05	p=0,62

r – współczynnik korelacji liniowej Pearsona, p – poziom istotności różnic pomiędzy grupami

W badanej grupie występowała korelacja dodatnia pomiędzy płcią, a przewartościowaniem doznań bólowych (p=0,02) co oznacza, że mężczyźni częściej wykorzystywali tę strategię do radzenia sobie z bólem. Zauważono również związek pomiędzy katastrofizowaniem, a miejscem zamieszkania (p<0,001) świadczący o preferowaniu tej strategii przez mieszkańców wsi. Natomiast ujemnie z wyższym wykształceniem skorelowane było modlenie się/pokładanie nadziei (p=0,05).

Tabela XXVI. Korelacje pomiędzy wybranymi zmiennymi socjo-demograficznymi a strategiami radzenia sobie z bólem u pacjentów z RZS

Rodzaj strategii radzenia sobie z bólem	**Płeć**		**Wykształcenie**		**Aktywność zawodowa**		**Miejsce zamieszkania**		**Stan cywilny**	
	r	**p**	**r**	**p**	**r**	**p**	**r**	**p**	**r**	**p**
Odwracanie uwagi	-0,19	p=0,06	-0,1	p=0,33	0,02	p=0,81	-0,05	p=0,63	0,02	p=0,83
Przewartościowanie doznań bólu	0,06	p=0,56	0,002	p=0,98	-0,1	p=0,33	-0,27	p=0,008	-0,02	p=0,83
Katastrofizowanie	0,06	p=0,58	0,11	p=0,3	0,16	p=0,11	-0,04	p=0,72	0,11	p=0,26
Ignorowanie doznań	0,12	p=0,23	-0,07	p=0,47	-0,21	p=0,03	-0,08	p=0,41	-0,05	p=0,63
Modlenie się/ pokładanie nadziei	-0,33	p<0,001	-0,13	p=0,2	0,12	p=0,25	-0,06	p=0,55	-0,1	p=0,34
Deklarowanie radzenia sobie	-0,02	p=0,88	-0,03	p=0,75	-0,09	p=0,36	-0,11	p=0,27	-0,13	p=0,18
Zwiększona aktywność behawioralna	-0,1	p=0,31	-0,09	p=0,37	0,003	p=0,98	-0,08	p=0,45	-0,07	p=0,47
Kontrola bólu	0,02	p=0,82	-0,09	p=0,35	-0,01	p=0,89	-0,09	p=0,39	-0,17	p=0,09
Zdolność zmniejszenia bólu	0,08	p=0,43	-0,06	p=0,52	0,09	p=0,39	-0,09	p=0,38	-0,08	p=0,47

r – współczynnik korelacji liniowej Pearsona, p – poziom istotności różnic pomiędzy grupami

W grupie porównawczej obserwowano korelację ujemną miedzy płcią, a modleniem się/pokładaniem nadziei (p<0,001) oznaczające stosowanie tej strategii głównie przez kobiety. Aktywność zawodowa wiązała się z ignorowaniem doznań (p=0,03); osoby

aktywne zawodowo częściej stosowały tę strategię niż będące na bezrobociu, emeryturze czy rencie.

Zależność między wiekiem badanych, a strategiami radzenia sobie z bólem ilustruje tabela XXVII.

Tabela XXVII. Korelacje pomiędzy wiekiem a strategiami radzenia sobie z bólem u pacjentów z PAD oraz RZS

Rodzaj strategii radzenia sobie z bólem	**Wiek badanych z PAD**		**Wiek badanych z RZS**	
	r	**p**	**r**	**p**
Odwracanie uwagi	0,08	p=0,41	0,1	p=0,31
Przewartościowanie doznań bólu	-0,02	p=0,81	-0,03	p=0,74
Katastrofizowanie	0,06	p=0,58	0,12	p=0,24
Ignorowanie doznań	-0,17	p=0,09	-0,04	p=0,69
Modlenie się/ pokładanie nadziei	0,1	p=0,34	0,07	p=0,52
Deklarowanie radzenia sobie	-0,15	p=0,14	0,01	p=0,88
Zwiększona aktywność behawioralna	0,09	p=0,39	0,11	p=0,26
Kontrola bólu	-0,05	p=0,59	-0,06	p=0,56
Zdolność zmniejszenia bólu	-0,008	p=0,93	0,1	p=0,32

r – współczynnik korelacji liniowej Pearsona, p – poziom istotności różnic pomiędzy grupami

Analiza korelacyjna wieku chorych z przewlekłym niedokrwieniem kończyn dolnych ze strategiami radzenia sobie z bólem nie wykazała zależności pomiędzy tymi zmiennymi. Natomiast w analizie regresji zauważono związek między wiekiem, a uruchamianiem strategii modlenie się/pokładanie nadziei (tab. XIV).

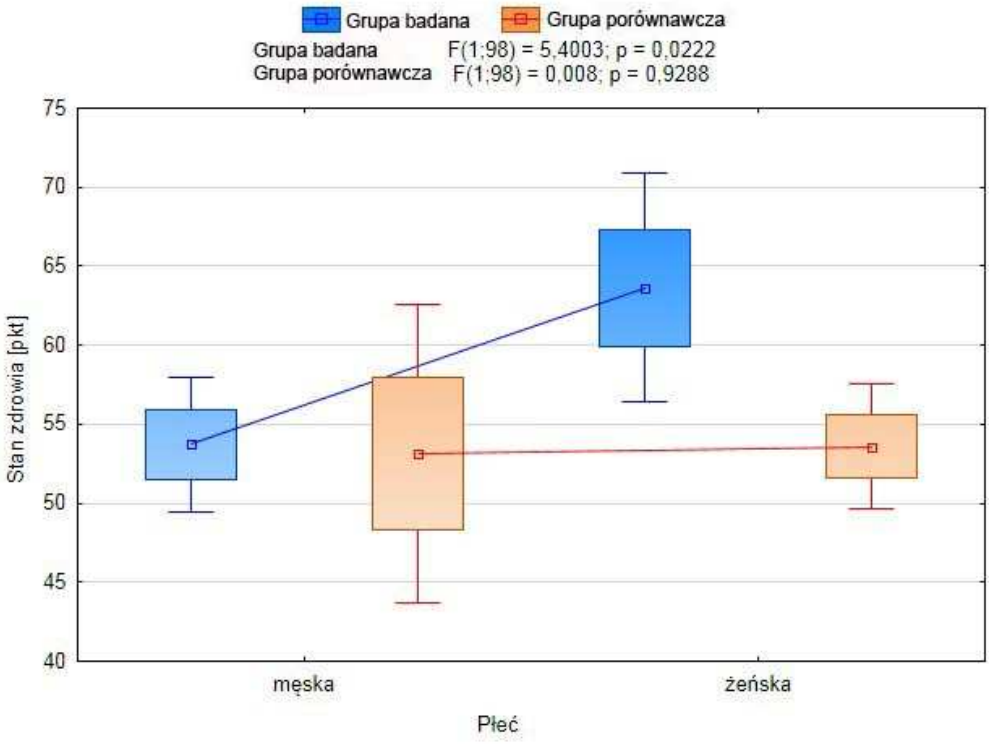
5.2. Subiektywny stan zdrowia w badanych grupach

Poziom subiektywnego stanu zdrowia w badanych grupach ilustruje tabela XXVIII oraz rycina 10.

Tabela XXVIII. Statystyki subiektywnego stanu zdrowia (EQ-5D) z podziałem na grupy i płeć

Subiektywny stan zdrowia	Grupa badana			Grupa porównawcza			p
	R	K	M	R	K	M	
Liczba badanych	**N=100**	**N=26**	**N=74**	**N=100**	**N=78**	**N=22**	
EQ-5D							
średnia	56,3	63,65	53,72	53,5	53,59	53,18	
odchylenie standardowe SD	19,17	18,84	18,73	18,77	17,71	22,6	
mediana	50	60	50	50	50	60	0,3
minimum	10	20	10	0	10	0	
maksimum	90	90	90	100	100	90	

N – liczba badanych, R – razem, K – kobiety, M – mężczyźni, p – poziom istotności różnic pomiędzy grupami



Rycina 10. Poziom subiektywnego stanu zdrowia (EQ-5D) badanych grup z uwzględnieniem płci

Grupa badana oraz grupa porównawcza były jednorodne pod względem oceny subiektywnego stanu zdrowia. Badani z przewlekłym niedokrwieniem kończyn dolnych oceniali swój stan zdrowia (średnia 56,3) na poziomie podobnym do grupy porównawczej (średnia 53,5). Mężczyźni z grupy badanej wskazywali gorszy stan zdrowia (53,72 pkt) w odniesieniu do kobiet (63,65 pkt; p=0,02).

Zależność między samooceną stanu zdrowia, a strategiami radzenia sobie z bólem ilustruje tabela XXIX.

Tabela XXIX. Korelacje samooceny stanu zdrowia ze strategiami radzenia sobie z bólem

Rodzaj strategii radzenia sobie z bólem	**Samoocena stanu zdrowia pacjentów z PAD**		**Samoocena stanu zdrowia pacjentów z RZS**	
	r	**p**	**r**	**p**
Odwracanie uwagi	0,05	p=0,62	0,005	p=0,96
Przewartościowanie doznań bólu	-0,05	p=0,64	0,22	p=0,03
Katastrofizowanie	-0,28	p=0,004	-0,11	p=0,27
Ignorowanie doznań	0,12	p=0,22	0,09	p=0,36
Modlenie się/ pokładanie nadziei	0,03	p=0,8	-0,1	p=0,34
Deklarowanie radzenia sobie	0,19	p=0,8	0,14	p=0,16
Zwiększona aktywność behawioralna	0,11	p=0,27	0,006	p=0,95
Kontrola bólu	0,1	p=0,32	0,08	p=0,41
Zdolność zmniejszenia bólu	0,21	p=0,03	-0,01	p=0,93

r – współczynnik korelacji liniowej Pearsona, p – poziom istotności różnic pomiędzy grupami

Analizując wpływ uruchamianych strategii radzenia sobie z bólem na poziom samooceny stanu zdrowia zauważono korelację dodatnią pomiędzy zdolnością zmniejszania bólu

(p=0,03), co oznacza lepszą samoocenę stanu zdrowia pacjentów stosujących w/wym strategię. Pacjenci z PAD uruchamiali również strategię katastrofizowanie, która była ujemnie skorelowana z samooceną stanu zdrowia (p=0,004) wiążąc się z niską samooceną stanu zdrowia. W grupie pacjentów RZS zachodziła jedynie przeciętna korelacja dodatnia (p=0,03), pomiędzy przewartościowaniem doznań bólu, a samooceną stanu zdrowia. Im przewartościowanie doznań bólu było wyższe tym ocena subiektywnego stanu zdrowia była lepsza.

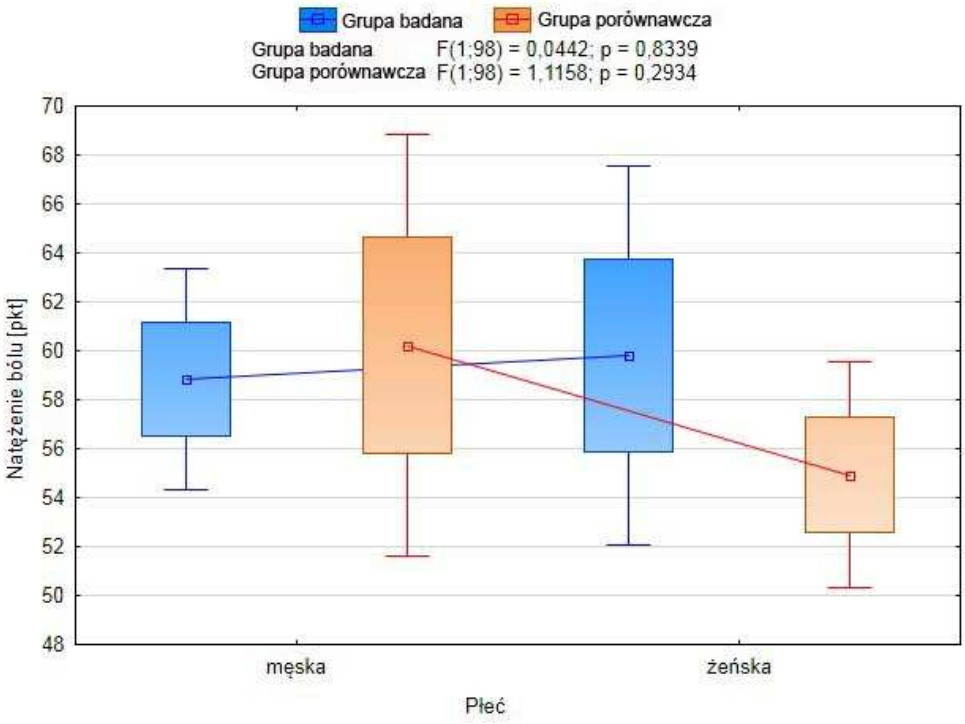
5.3. Natężenie dolegliwości bólowych w badanych grupach

Poziom dolegliwości bólowych w badanych grupach ilustruje tabela XXX oraz rycina 11.

Tabela XXX. Statystyki natężenia dolegliwości bólowych z podziałem na grupy i płeć

Natężenie dolegliwości bólowych	Grupa badana			Grupa porównawcza			p
	R	K	M	R	K	M	
Liczba badanych	**N=100**	**N=26**	**N=74**	**N=100**	**N=78**	**N=22**	
VAS							
średnia	59,1	59,81	58,85	56,1	54,94	60,23	
odchylenie standardowe SD	19,85	20,17	19,87	20,76	20,79	20,61	
mediana	57,5	60	55	57,5	52,5	60	0,3
minimum	10	10	20	5	5	20	
maksimum	100	100	100	100	100	100	

N – liczba badanych, R – razem, K – kobiety, M – mężczyźni, p – poziom istotności różnic pomiędzy grupami



Rycina 11. Poziom natężenia dolegliwości bólowych (VAS) w badanych grupach z uwzględnieniem płci

Pacjenci z przewlekłym niedokrwieniem kończyn dolnych oceniali poziom dolegliwości bólowych (średnia 59,1) na poziomie podobnym do grupy porównawczej (średnia 56,1). W grupie porównawczej mężczyźni wskazywali nieznacznie wyższy poziom bólu (60,23 pkt) w odniesieniu do kobiet (54,94 pkt).

Zależność między natężeniem dolegliwości bólowych badanych a strategiami radzenia sobie z bólem przedstawia tabela XXXI i XXXII.

Tabela XXXI. Korelacje wybranych czynników z natężeniem bólu dla grupy pacjentów z PAD

	Natężenie bólu			Natężenie bólu	
	r	p		r	p
Wsparcie informacyjne	0,074	p=0,46	Zdolność zmniejszenia bólu	-0,289	p=0,004
Wsparcie instrumentalne	0,076	p=0,45	Stan zdrowia	-0,139	p=0,168
Wsparcie wartościujące	0,059	p=0,56	Czynniki wewnętrzne	-0,142	p=0,158
Wsparcie emocjonalne	0,1	p=0,319	Wpływ lekarzy	0,291	p=0,003
Wsparcie ogólne	0,076	p=0,453	Przypadkowe zdarzenia	0,157	p=0,118
Odwracanie uwagi	-0,007	p=0,945	Ogólny wskaźnik nasilenia zachowań zdrowotnych	-0,044	p=0,666
Przewartościowanie doznań bólu	-0,036	p=0,721	Prawidłowe nawyki żywieniowe	0,054	p=0,591
Katastrofizowanie	0,224	p=0,025	Zachowania profilaktyczne	0,111	p=0,271
Ignorowanie doznań	-0,129	p=0,202	Pozytywne nastawienia psychiczne	0,024	p=0,815
Modlenie się/pokładanie nadziei	0,167	p=0,097	Praktyki zdrowotne	0,142	p=0,159
Deklarowanie radzenia sobie	0,052	p=0,605	Osobowość Typu A	0,05	p=0,624
Zwiększona aktywność behawioralna	-0,029	p=0,772	Czynnik Typu A - pośpiech	0,141	p=0,163
Kontrola bólu	-0,138	p=0,172	Czynnik Typu A - rywalizacja	-0,05	p=0,625

r – współczynnik korelacji liniowej Pearsona, p – poziom istotności różnic pomiędzy grupami

Analiza wybranych czynników mających wpływ na natężenie bólu u chorych z przewlekłym niedokrwieniem kończyn dolnych wykazała, że zdolność zmniejszania bólu przez badanych istotnie wpływała na zmniejszenie dolegliwości bólowych (p=0,004). Natomiast uruchamianie przez badanych strategii katastrofizowanie (p=0,025)

i przekonanie o kontroli bólu we wpływie lekarzy (p=0,003) istotnie zwiększało poziom natężenia bólu.

Tabela XXXII. Korelacje wybranych czynników z natężeniem bólu dla grupy pacjentów z RZS

	Natężenie bólu			**Natężenie bólu**	
	r	**p**		**r**	**p**
Wsparcie informacyjne	0,108	p=0,287	Zdolność zmniejszenia bólu	-0,068	p=0,502
Wsparcie instrumentalne	0,112	p=0,266	Stan zdrowia	-0,451	p<0,001
Wsparcie wartościujące	0,086	p=0,394	Czynniki wewnętrzne	-0,072	p=0,476
Wsparcie emocjonalne	0,15	p=0,137	Wpływ lekarzy	0,203	p=0,043
Wsparcie ogólne	0,166	p=0,098	Przypadkowe zdarzenia	0,098	p=0,33
Odwracanie uwagi	0,034	p=0,737	Ogólny wskaźnik nasilenia zachowań zdrowotnych	-	-
Przewartościowanie doznań bólu	-0,012	p=0,907	Prawidłowe nawyki żywieniowe	-0,107	p=0,287
Katastrofizowanie	0,26	p=0,009	Zachowania profilaktyczne	0,07	p=0,487
Ignorowanie doznań	0,077	p=0,446	Pozytywne nastawienia psychiczne	-0,052	p=0,605
Modlenie się/pokładanie nadziei	0,161	p=0,109	Praktyki zdrowotne	-0,037	p=0,714
Deklarowanie radzenia sobie	0,097	p=0,337	Osobowość Typu A	-0,077	p=0,447
Zwiększona aktywność behawioralna	0,143	p=0,156	Czynnik Typu A - pośpiech	-0,064	p=0,529
Kontrola bólu	-0,069	p=0,498	Czynnik Typu A - rywalizacja	-0,052	p=0,61

r – współczynnik korelacji liniowej Pearsona, p – poziom istotności różnic pomiędzy grupami

W grupie porównawczej zauważono wpływ dobrego subiektywnego poziomu zdrowia na występowanie mniejszych dolegliwości bólowych (p<0,001) oraz korelację dodatnią

pomiędzy strategią katastrofizowania (p=0,009) i kontrolą bólu przez wpływ lekarzy (p=0,043).

5.4. Przekonania na temat kontroli bólu w badanych grupach

Przekonania na temat kontroli bólu w badanych grupach ilustruje tabela XXXIII.

Tabela XXXIII. Statystyki kontroli bólu (BPCQ) z podziałem na grupy i płeć

BPCQ	Grupa badana			Grupa porównawcza			p
	R	K	M	R	K	M	
Liczba badanych	**N=100**	**N=26**	**N=74**	**N=100**	**N=78**	**N=22**	
Czynniki wewnętrzne							
średnia	17,5	15,08	18,35	13,9	13,6	14,95	< 0,001
odchylenie standardowe SD	5,25	5,04	5,09	4,61	4,73	4,05	
mediana	18	15	18	14	13	16	
minimum	5	7	5	5	5	7	
maksimum	30	26	30	26	26	22	
Wpływ lekarzy							
średnia	18,57	17,42	18,97	15,99	16,03	15,86	< 0,001
odchylenie standardowe SD	3,71	3,01	3,87	4,77	5,05	3,71	
mediana	19	18	19	16	16	15,5	
minimum	9	9	9	5	5	8	
maksimum	24	22	24	24	24	24	
Przypadkowe zdarzenia							
średnia	16,56	15,77	16,84	15,14	15,44	14,09	0,01
odchylenie standardowe SD	4,2	3,7	4,35	3,86	4,07	2,83	
mediana	16	16	17	15	16	15	
minimum	7	10	7	7	7	8	
maksimum	24	23	24	24	24	19	

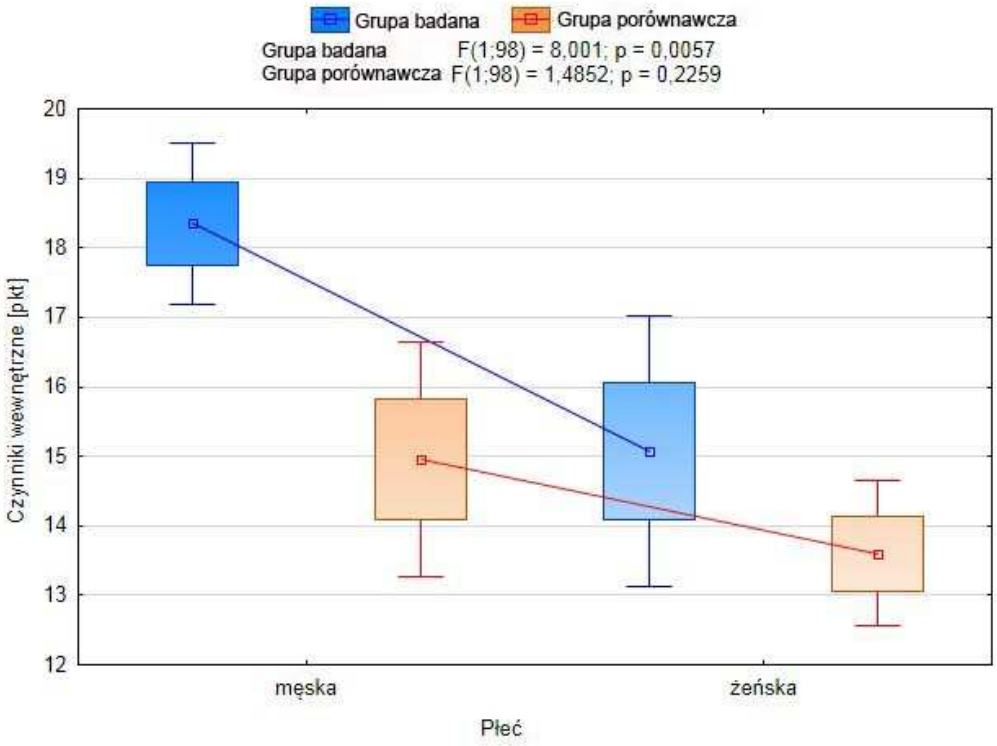
N – liczba badanych, R – razem, K – kobiety, M – mężczyźni, p – poziom istotności różnic pomiędzy grupami

Pacjenci grupy badanej posiadali większe przekonania, że ból można ograniczyć przez czynniki wewnętrzne, przez lekarzy oraz przez przypadkowe zdarzenia niż pacjenci grupy porównawczej. Chorzy z przewlekłym niedokrwieniem kończyn dolnych:

- częściej (średnia 17,5) wskazywali na kontrolę bólu przez czynniki wewnętrzne niż pacjenci grupy porównawczej (średnia 13,9; p<0,001),
- częściej (średnia 18,57) uznawali wpływ lekarzy w kontroli bólu niż pacjenci grupy porównawczej (średnia 15,99; p<0,001),

- częściej (średnia 16,56) upatrywali kontroli bólu w przypadkowych zdarzeniach niż pacjenci porównawczej (średnia 15,14; p=0,01).

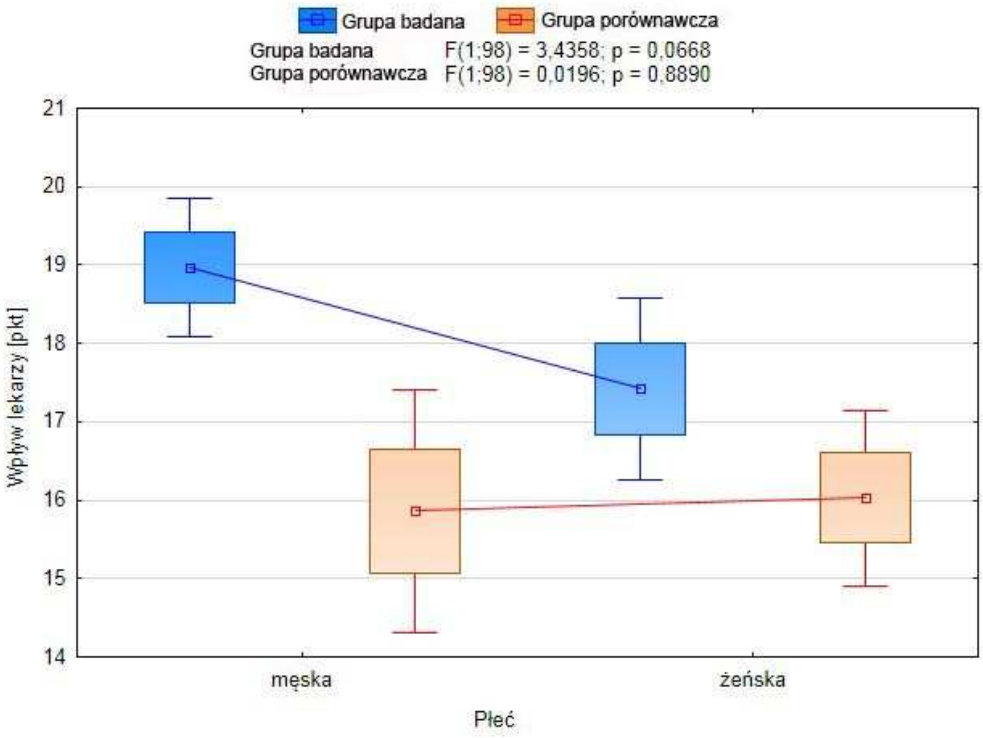
Umiejscowienie kontroli bólu w czynnikach wewnętrznych w badanych grupach przedstawia rycina 12.



Rycina 12. Przekonanie o kontroli bólu przez czynniki wewnętrzne w badanych grupach z uwzględnieniem płci

W grupie badanej więcej mężczyzn (średnia 18,35) niż kobiet (średnia 15,08) wyrażało przekonanie o możliwości kontroli bólu przez czynniki wewnętrzne (p=0,005). W grupie porównawczej przekonania te były na podobnym poziomie (p=0,22).

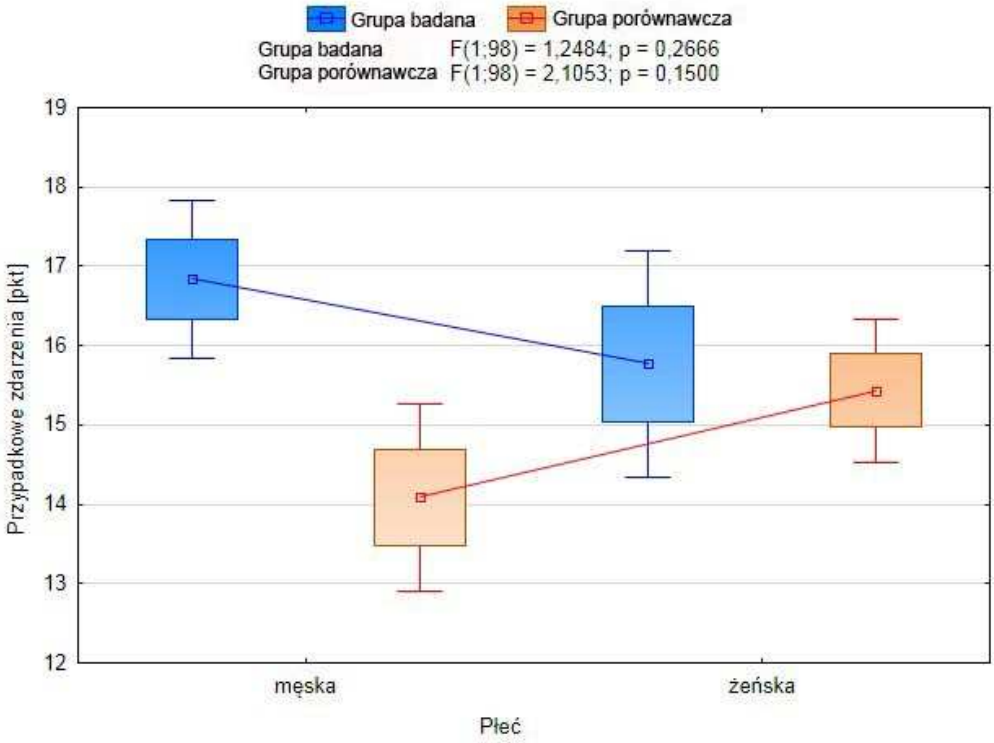
Umiejscowienie kontroli bólu we wpływie lekarzy w badanych grupach ilustruje rycina 13.



Rycina 13. Przekonanie o kontroli bólu przez wpływ lekarzy w badanych grupach z uwzględnieniem płci

W grupie badanej więcej mężczyzn (średnia 18,97) niż kobiet (średnia 17,42) wyrażało przekonanie o skuteczności kontroli bólu przez wpływ lekarzy (p=0,06). W grupie porównawczej przekonania te były na podobnym poziomie (p=0,88).

Umiejscowienie kontroli bólu w przypadkowych zdarzeniach w badanych grupach przedstawia rycina 14.



Rycina 14. Przekonanie o kontroli bólu przez przypadkowe zdarzenia w badanych grupach z uwzględnieniem płci

Zarówno w grupie badanej (p=0,26) jak i porównawczej (p=0,15) nie wykazano istotnych różnic pomiędzy płciami.

Zależność między przekonaniami na temat kontroli bólu, a strategiami radzenia sobie z bólem w badanych grupach ilustruje tabela XXXIV i XXXV.

Tabela XXXIV. Korelacje umiejscowienia kontroli bólu ze strategiami radzenia sobie z bólem u pacjentów z PAD

Rodzaj strategii radzenia sobie z bólem	**Czynniki wewnętrzne**		**Wpływ lekarzy**		**Przypadkowe zdarzenia**	
	r	**p**	**r**	**p**	**r**	**p**
Odwracanie uwagi	0,15	p=0,14	0,18	p=0,08	0,13	p=0,19
Przewartościowanie doznań bólu	0,22	p=0,03	0,23	p=0,02	0,24	p=0,01
Katastrofizowanie	0,18	p=0,07	0,38	p<0,001	0,31	p=0,002
Ignorowanie doznań	0,23	p=0,02	0,07	p=0,47	0,13	p=0,18
Modlenie się/ pokładanie nadziei	0,14	p=0,17	0,3	p=0,002	0,14	p=0,16
Deklarowanie radzenia sobie	0,17	p=0,09	0,07	p=0,48	0,14	p=0,16
Zwiększona aktywność behawioralna	0,09	p=0,35	p=0,48	p=0,39	0,006	p=0,95
Kontrola bólu	0,28	p=0,005	-0,12	p=0,25	0,06	p=0,58
Zdolność zmniejszenia bólu	0,27	p=0,006	-0,11	p=0,29	-0,05	p=0,61

r – współczynnik korelacji liniowej Pearsona, p – poziom istotności różnic pomiędzy grupami

W badanej grupie zachodziła korelacja dodatnia pomiędzy przekonaniem o kontroli bólu przez czynniki wewnętrzne, a strategią przewartościowanie doznań bólu (p=0,03), ignorowanie doznań (p=0,02), kontrola bólu (p=0,005) oraz zdolność zmniejszania bólu (p=0,006). Zauważono, że umiejscowienie kontroli bólu we wpływie lekarzy było dodatnio skorelowane ze strategią przewartościowanie doznań bólu (p=0,02), katastrofizowanie (p<0,001), a także modlenie się/pokładanie nadziei (p=0,002). Ponadto wykazano korelację dodatnią pomiędzy przekonaniem o kontroli bólu w przypadkowych zdarzeniach, a strategią przewartościowanie doznań bólowych (p=0,01) i katastrofizowanie (p=0,002).

Tabela XXXV. Korelacje umiejscowienia kontroli bólu ze strategiami radzenia sobie z bólem u pacjentów z RZS

Rodzaj strategii radzenia sobie z bólem	**Czynniki wewnętrzne**		**Wpływ lekarzy**		**Przypadkowe zdarzenia**	
	r	**p**	**r**	**p**	**r**	**p**
Odwracanie uwagi	0,13	p=0,19	0,01	p=0,89	0,05	p=0,62
Przewartościowanie doznań bólu	0,22	p=0,03	0,009	p=0,93	0,02	p=0,85
Katastrofizowanie	-0,15	p=0,14	0,39	p<0,001	0,15	p=0,14
Ignorowanie doznań	0,18	p=0,07	-0,19	p=0,06	0,01	p=0,9
Modlenie się/ pokładanie nadziei	0,14	p=0,17	0,19	p=0,06	0,41	p<0,001
Deklarowanie radzenia sobie	0,21	p=0,03	-0,24	p=0,02	0,06	p=0,55
Zwiększona aktywność behawioralna	0,03	p=0,79	0,002	p=0,98	0,17	p=0,09
Kontrola bólu	0,1	p=0,34	-0,09	p=0,37	-0,23	p=0,02
Zdolność zmniejszenia bólu	0,3	p=0,003	-0,24	p=0,02	-0,11	p=0,26

r – współczynnik korelacji liniowej Pearsona, p – poziom istotności różnic pomiędzy grupami

W grupie porównawczej zachodziła korelacja dodatnia pomiędzy przekonaniem o kontroli bólu przez czynniki wewnętrzne, a strategią przewartościowanie doznań bólu (p=0,03), deklarowanie radzenia sobie (p=0,03) oraz zdolność zmniejszania bólu (p=0,003). Umiejscowienie kontroli bólu we wpływie lekarzy było dodatnio skorelowane ze strategią katastrofizowanie (p<0,001); ponadto ujemnie skorelowane z deklarowaniem radzenia sobie (p=0,02) oraz zdolnością zmniejszania bólu (p=0,02). Zauważono również korelację dodatnią pomiędzy przekonaniem o kontroli bólu w przypadkowych zdarzeniach, a strategią modlenie się/pokładanie nadziei (p<0,001) oraz ujemną korelację z kontrolą bólu (p=0,02).

5.5. Zachowania zdrowotne w badanych grupach

Zachowania zdrowotne w badanych grupach przedstawia tabela XXXVI.

Tabela XXXVI. Statystyki zachowań zdrowotnych (IZZ) z podziałem na grupy i płeć

IZZ	Grupa badana			Grupa porównawcza			p
	R	K	M	R	K	M	
Liczba badanych	**N=100**	**N=26**	**N=74**	**N=100**	**N=78**	**N=22**	
Ogólny wskaźnik [steny]							
średnia	1,98	1,96	1,99	2	2	2	
odchylenie standardowe SD	0,14	0,2	0,12	0	0	0	
mediana	2	2	2	2	2	2	0,16
minimum	1	1	1	2	2	2	
maksimum	2	2	2	2	2	2	
Prawidłowe nawyki żywieniowe							
średnia	18,95	21,08	18,2	21,13	21,69	19,14	
odchylenie standardowe SD	4,83	4,93	4,6	4,23	3,9	4,81	0,001
mediana	19	22	19	22	22	18,5	
minimum	7	10	7	10	12	10	
maksimum	29	29	29	30	30	29	
Zachowania profilaktyczne							
średnia	21,73	22,69	21,39	23,85	24,19	22,64	
odchylenie standardowe SD	4,59	4,09	4,73	3,22	3,19	3,08	<0,001
mediana	22	22,5	22	24	24	23,5	
minimum	9	12	9	14	17	14	
maksimum	29	29	29	30	30	27	
Pozytywne nastawienia psychiczne							
średnia	22,27	21,88	22,41	22,52	22,6	22,23	
odchylenie standardowe SD	4,14	3,93	4,23	3,57	3,71	3,05	0,65
mediana	23	22	23	22,5	23	22	
minimum	11	14	11	14	14	16	
maksimum	30	29	30	30	30	29	
Praktyki zdrowotne							
średnia	22,05	24,15	21,31	22,54	22,9	21,27	
odchylenie standardowe SD	6,6	10,48	4,39	4,13	4,08	4,14	0,53
mediana	22	23	22	23	23	22	
minimum	9	9	11	8	8	13	
maksimum	71	71	30	30	30	27	

N – liczba badanych, R – razem, K – kobiety, M – mężczyźni, p – poziom istotności różnic pomiędzy grupami

Grupa badana posiadała gorsze nawyki żywieniowe (p=0,001) oraz zachowania profilaktyczne (p<0,001) dotyczące przestrzegania zaleceń zdrowotnych, uzyskiwania informacji na temat zdrowia i choroby niż pacjenci grupy porównawczej. Pozostałe czynniki były jednorodne pomiędzy grupami.

Zależność między zachowaniami zdrowotnymi badanych, a strategiami radzenia sobie z bólem ilustruje tabela XXXVII i XXXVIII.

Tabela XXXVII. Korelacje pomiędzy zachowaniami zdrowotnymi a strategiami radzenia sobie z bólem u pacjentów z PAD

Rodzaj strategii radzenia sobie z bólem	**Ogólny wskaźnik**		**Prawidłowe nawyki żywieniowe**		**Zachowania profilaktyczne**		**Pozytywne nastawienie psychiczne**		**Praktyki zdrowotne**	
	r	**p**	**r**	**p**	**r**	**p**	**r**	**p**	**r**	**p**
Odwracanie uwagi	0,06	p=0,53	0,18	p=0,07	0,22	p=0,03	0,3	p=0,002	0,3	p=0,002
Przewartościowanie doznań bólu	-0,12	p=0,23	0,08	p=0,44	0,17	p=0,08	0,18	p=0,08	0,08	p=0,43
Katastrofizowanie	-0,14	p=0,16	-0,02	p=0,82	0,02	p=0,83	-0,12	p=0,22	0,03	p=0,76
Ignorowanie doznań	0,06	p=0,56	-0,07	p=0,5	0,13	p=0,18	0,16	p=0,12	0,07	p=0,51
Modlenie się/ pokładanie nadziei	-0,18	p=0,07	0,02	p=0,82	0,07	p=0,51	0,15	p=0,13	0,24	p=0,02
Deklarowanie radzenia sobie	-0,14	p=0,15	-0,08	p=0,42	0,21	p=0,04	0,23	p=0,02	-0,03	p=0,73
Zwiększona aktywność behawioralna	0,002	p=0,98	0,02	p=0,84	0,12	p=0,22	0,18	p=0,07	0,16	p=0,12
Kontrola bólu	0,06	p=0,53	-0,008	p=0,94	0,1	p=0,34	0,19	p=0,06	0,06	p=0,52
Zdolność zmniejszenia bólu	-0,01	p=0,89	0,1	p=0,3	0,07	p=0,46	0,009	p=0,93	0,04	p=0,69

r – współczynnik korelacji liniowej Pearsona, p – poziom istotności różnic pomiędzy grupami

W badanej grupie zachodziła korelacja dodatnia pomiędzy strategią odwracanie uwagi, a zachowaniami profilaktycznymi (p=0,03), pozytywnym nastawieniem psychicznym (p=0,002) i praktykami zdrowotnymi (p=0,002). Strategia modlenie się/pokładanie nadziei posiadała korelację dodatnią z praktykami zdrowotnymi (p=0,02) rozumianą jako wzmocnienie korzystnych praktyk zdrowotnych wraz z nasilaniem modlenia się/pokładania nadziei. Strategia deklarowanie radzenia sobie była dodatnio skorelowana

z zachowaniami profilaktycznymi (p=0,04), pozytywnym nastawieniem psychicznym (p=0,02). Sześć strategii nie było w żaden sposób skorelowanych z zachowaniami zdrowotnymi dla grupy PAD, mianowicie: przewartościowanie doznań bólowych, katastrofizowanie, ignorowanie doznań, zwiększona aktywność behawioralna, kontrola bólu oraz zdolność zmniejszania bólu.

Tabela XXXVIII. Korelacje pomiędzy zachowaniami zdrowotnymi a strategiami radzenia sobie z bólem u pacjentów z RZS

Rodzaj strategii radzenia sobie z bólem	**Ogólny wskaźnik**	**Prawidłowe nawyki żywieniowe**		**Zachowania profilaktyczne**		**Pozytywne nastawienie psychiczne**		**Praktyki zdrowotne**	
		r	**p**	**r**	**p**	**r**	**p**	**r**	**p**
Odwracanie uwagi	Brak zmienności tego wskaźnika w grupie kontrolnej (wariacja wynosi 0) co oznacza, że cała grupa posiada taką samą wartość tego wskaźnika	0,46	p<0,001	0,44	p<0,001	0,13	p=0,2	0,11	p=0,29
Przewartościowanie doznań bólu		0,33	p<0,001	0,2	p=0,05	0,02	p=0,82	0,07	p=0,48
Katastrofizowanie		-0,06	p=0,57	0,04	p=0,66	-0,08	p=0,42	0,17	p=0,09
Ignorowanie doznań		0,11	p=0,28	0,18	p=0,07	-0,03	p=0,76	-0,05	p=0,64
Modlenie się/ pokładanie nadziei		0,18	p=0,08	0,12	p=0,25	0,09	p=0,39	0,22	p=0,03
Deklarowanie radzenia sobie		0,24	p=0,01	0,17	p=0,1	0,15	p=0,13	-0,05	p=0,64
Zwiększona aktywność behawioralna		0,2	p=0,05	0,33	p<0,001	0,03	p=0,79	0,1	p=0,32
Kontrola bólu		0,16	p=0,12	0,14	p=0,17	0,07	p=0,47	0,09	p=0,37
Zdolność zmniejszenia bólu		0,11	p=0,26	0,13	p=0,19	0,12	p=0,24	0,17	p=0,08

r – współczynnik korelacji liniowej Pearsona, p – poziom istotności różnic pomiędzy grupami

W grupie porównawczej zachodziła korelacja dodatnia pomiędzy strategią odwracanie uwagi, a prawidłowymi nawykami żywieniowymi (p<0,001) i zachowaniami profilaktycznymi (p<0,001). Również strategia przewartościowanie doznań bólu była

skorelowana dodatnio z prawidłowymi nawykami żywieniowymi ($p<0,001$) i zachowaniami profilaktycznymi ($p=0,05$). Strategia modlenie się/pokładanie nadziei posiadała korelację dodatnią z praktykami zdrowotnymi ($p=0,03$). Strategia deklarowanie radzenia sobie była dodatnio skorelowana z prawidłowymi nawykami żywieniowymi ($p=0,01$). Strategia zwiększona aktywność behawioralna posiadała korelację dodatnią z prawidłowymi nawykami żywieniowymi ($p=0,05$) oraz zachowaniami profilaktycznymi ($p<0,001$). Cztery strategie nie były w żaden sposób skorelowane z zachowaniami zdrowotnymi dla grupy RZS, tj.: katastrofizowanie, ignorowanie doznań, kontrola bólu oraz zdolność zmniejszania bólu.

5.6. Osobowość Typu A w badanych grupach

Typ A osobowości występujący w badanych grupach przedstawia tabela XXXIX i rycina 15.

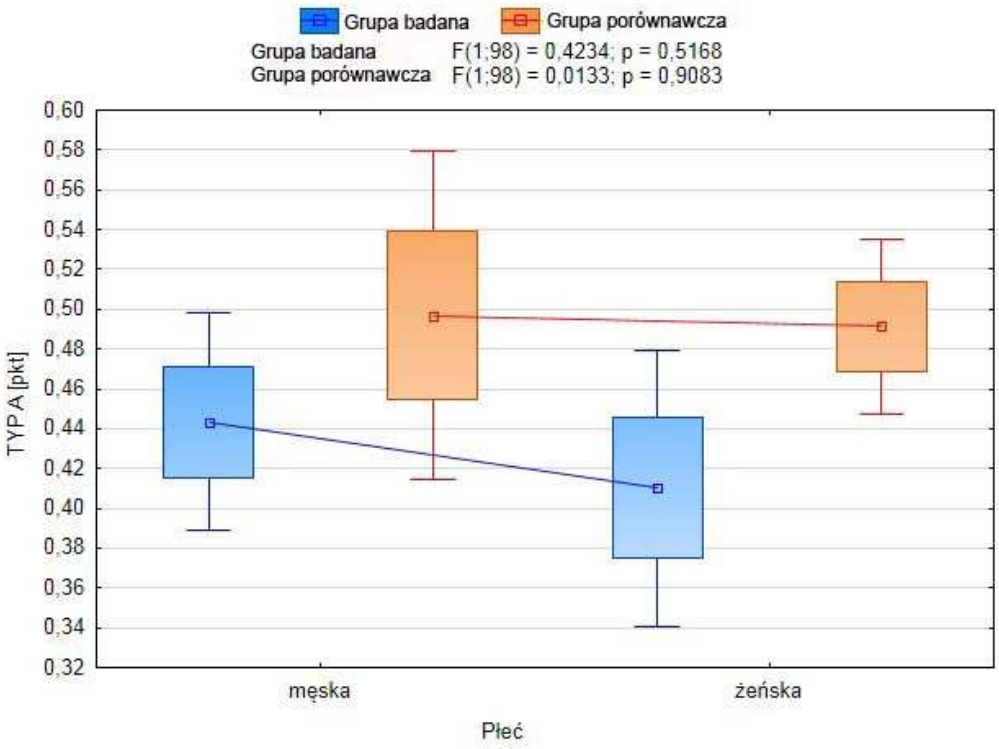
Uzyskane wyniki mieszczą się pomiędzy wartościami 0 - 1.

Tabela XXXIX. Statystyki osobowości Typu A z podziałem na grupy i płeć

Osobowości Typu A	Grupa badana			Grupa porównawcza			p
	R	K	M	R	K	M	
Liczba badanych	**N=100**	**N=26**	**N=74**	**N=100**	**N=78**	**N=22**	
Typ A							
średnia	0,43	0,41	0,44	0,49	0,49	0,5	
odchylenie standardowe SD	0,23	0,18	0,24	0,2	0,2	0,2	0,055
mediana	0,43	0,42	0,43	0,5	0,52	0,47	
minimum	0	0	0	0,1	0,1	0,13	
maksimum	1	0,83	1	0,87	0,87	0,87	
Czynnik 1 - pośpiech							
średnia	0,46	0,43	0,47	0,5	0,49	0,5	
odchylenie standardowe SD	0,24	0,21	0,24	0,18	0,19	0,18	0,26
mediana	0,47	0,4	0,47	0,47	0,47	0,53	
minimum	0	0	0	0,07	0,07	0,2	
maksimum	1	0,87	1	0,93	0,93	0,93	
Czynnik 2 - rywalizacja							
średnia	0,41	0,39	0,41	0,49	0,49	0,49	
odchylenie standardowe SD	0,26	0,2	0,28	0,29	0,29	0,29	0,04
mediana	0,4	0,4	0,4	0,4	0,5	0,4	
minimum	0	0	0	0	0	0	
maksimum	1	0,8	1	1	1	1	

N – liczba badanych, R – razem, K – kobiety, M – mężczyźni, p – poziom istotności różnic pomiędzy grupami

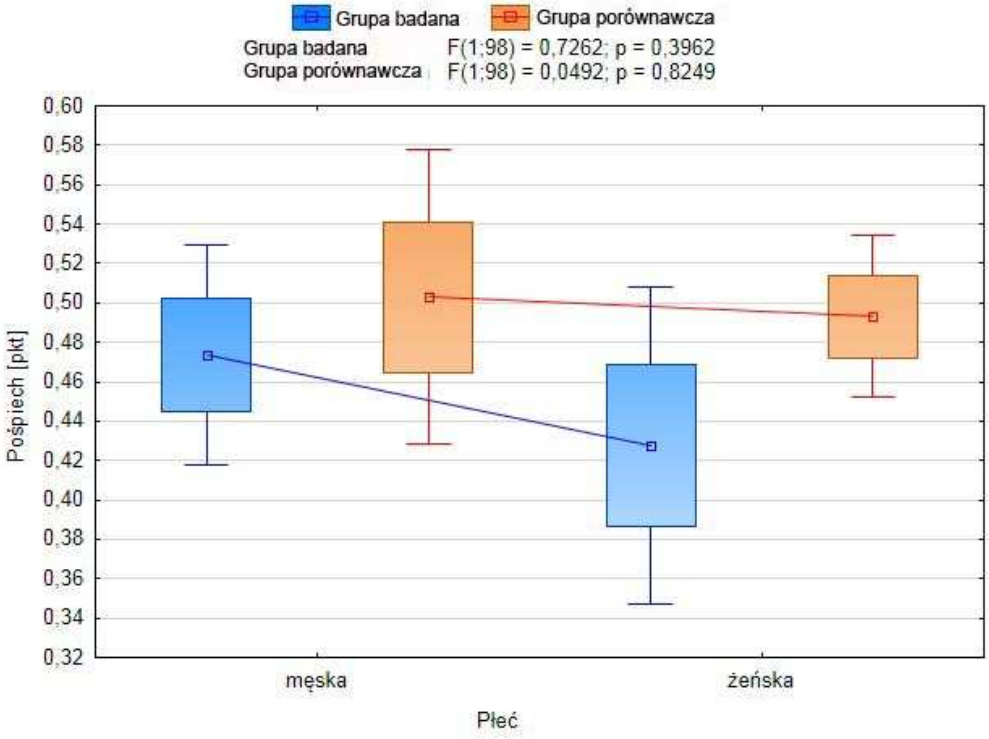
Przebadane grupy były jednorodne pod względem występowania osobowości Typu A. Grupa porównawcza miała istotnie statystycznie wyższe wartości czynnika rywalizacja (p=0,04).



Rycina 15. Osobowość Typu A chorych w badanych grupach z uwzględnieniem płci

Osobowość Typu A w obu grupach występowała na podobnym poziomie. W grupie badanej obserwowano nieznacznie wyższe wartości dla osobowości Typu A wśród mężczyzn (średnia 0,44), niż kobiet (średnia 0,41) charakteryzujące ten typ zachowania.

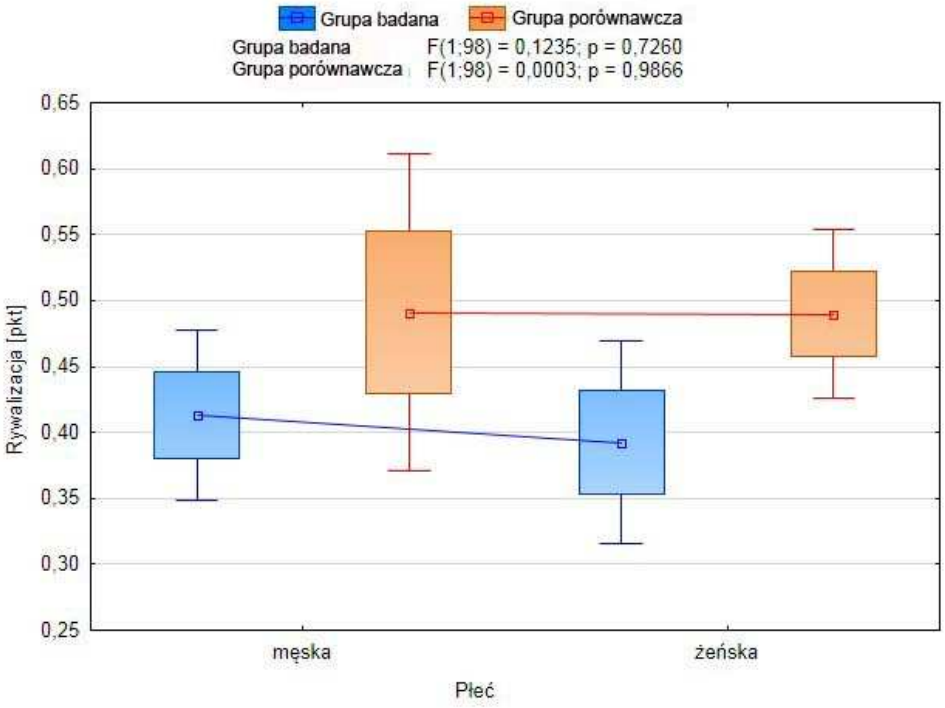
Występowanie czynnika 1- pośpiech osobowości Typu A przedstawia rycina 16.



Rycina 16. Czynnik 1- pośpiech osobowości Typu A chorych w badanych grupach z uwzględnieniem płci

Pierwszy z czynników - pośpiech - charakteryzujący osobowość Typu A w obu grupach występował na podobnym poziomie. W grupie badanej zauważono nieznacznie wyższe wartości czynnika pośpiech dla mężczyzn (średnia 0,47), niż kobiet (średnia 0,43) odczuwających poczucie presji czasu.

Występowanie czynnika 2 - rywalizacja osobowości Typu A przedstawia rycina 17.



Rycina 17. Czynnik 2 - rywalizacja osobowości Typu A chorych w badanych grupach z uwzględnieniem płci

Drugi z czynników - rywalizacja - stanowiący część składową osobowości Typu A w obu grupach występował na podobnym poziomie. W grupie badanej zauważono nieznacznie wyższe wartości czynnika rywalizacja dla mężczyzn (średnia 0,41), niż kobiet (średnia 0,39) ze skłonnością do rywalizacji.

Zależność między osobowością Typu A, a strategiami radzenia sobie z bólem ilustruje tabela XL i XLI.

Tabela XL. Korelacje pomiędzy osobowością Typu A a strategiami radzenia sobie z bólem u pacjentów z PAD

Rodzaj strategii radzenia sobie z bólem	**Typ A**		**Czynnik 1 pośpiech**		**Czynnik 2 rywalizacja**	
	r	**p**	**r**	**p**	**r**	**p**
Odwracanie uwagi	0,1	p=0,34	0,07	p=0,51	0,12	p=0,23
Przewartościowanie doznań bólu	0,31	p=0,002	0,22	p=0,03	0,34	p<0,001
Katastrofizowanie	0,11	p=0,27	0,06	p=0,56	0,12	p=0,24
Ignorowanie doznań	0,21	p=0,03	0,17	p=0,097	0,23	p=0,02
Modlenie się/ pokładanie nadziei	0,12	p=0,24	0,17	p=0,086	0,07	p=0,49
Deklarowanie radzenia sobie	0,3	p=0,002	0,3	p=0,003	0,28	p=0,005
Zwiększona aktywność behawioralna	0,12	p=0,23	0,09	p=0,35	0,15	p=0,14
Kontrola bólu	0,12	p=0,23	0,09	p=0,38	0,11	p=0,28
Zdolność zmniejszenia bólu	0,02	p=0,86	-0,12	p=0,22	0,16	p=0,12

r – współczynnik korelacji liniowej Pearsona, p – poziom istotności różnic pomiędzy grupami

W badanej grupie zachodziła korelacja dodatnia pomiędzy strategią przewartościowanie doznań bólu (p=0,002), ignorowanie doznań (p=0,03) oraz deklarowanie radzenia sobie (p=0,002), a osobowością Typu A. Wykazano również korelację dodatnią strategii przewartościowanie doznań bólu (p=0,03) oraz deklarowanie radzenia sobie (p=0,003) z czynnikiem pośpiech. W badanej grupie zachodziła również korelacja dodatnia pomiędzy przewartościowaniem doznań bólu (p<0,001), ignorowaniem doznań (p=0,02) i deklarowaniem radzenia sobie (p=0,005), a czynnikiem rywalizacja.

Tabela XLI. Korelacje pomiędzy osobowością Typu A a strategiami radzenia sobie z bólem u pacjentów z RZS

Rodzaj strategii radzenia sobie z bólem	**Typ A**		**Czynnik 1 pośpiech**		**Czynnik 2 rywalizacja**	
	r	**p**	**r**	**p**	**r**	**p**
Odwracanie uwagi	0,03	p=0,8	0,01	p=0,91	0,03	p=0,75
Przewartościowanie doznań bólu	0,09	p=0,36	0,09	p=0,37	0,08	p=0,4
Katastrofizowanie	0,02	p=0,87	0,04	p=0,68	-0,01	p=0,92
Ignorowanie doznań	0,08	p=0,41	0,04	p=0,68	0,08	p=0,43
Modlenie się/ pokładanie nadziei	-0,03	p=0,74	-0,07	p=0,49	0,02	p=0,83
Deklarowanie radzenia sobie	0,03	p=0,8	0,03	p=0,8	0,01	p=0,93
Zwiększona aktywność behawioralna	0,03	p=0,75	0,09	p=0,36	-0,03	p=0,76
Kontrola bólu	-0,16	p=0,11	-0,05	p=0,6	-0,2	p=0,04
Zdolność zmniejszenia bólu	-0,03	p=0,78	0,08	p=0,41	-0,09	p=0,35

r – współczynnik korelacji liniowej Pearsona, p – poziom istotności różnic pomiędzy grupami

W grupie porównawczej zaobserwowano tylko korelację ujemną między strategią kontrola bólu, a czynnikiem rywalizacja (p=0,04).

5.7. Wsparcie społeczne w badanych grupach

Rodzaje otrzymywanego wsparcia społecznego w badanych grupach przedstawia tabela XLII.

Tabela XLII. Statystyki wsparcia społecznego z podziałem na grupy i płeć

Wsparcie społeczne	Grupa badana			Grupa porównawcza			p
	R	K	M	R	K	M	
Liczba badanych	**N=100**	**N=26**	**N=74**	**N=100**	**N=78**	**N=22**	
Wsparcie informacyjne							
średnia	11,61	11,42	11,68	12,19	12,03	12,77	
odchylenie standardowe SD	3,31	3,01	3,43	4,01	4,06	3,87	
mediana	11	11	11	11,5	11	12	0,27
minimum	6	6	6	6	6	7	
maksimum	22	20	22	23	23	22	
Wsparcie instrumentalne							
średnia	12,47	11,38	12,85	12,28	11,78	14,05	
odchylenie standardowe SD	4,07	3,57	4,19	4,52	4,51	4,17	
mediana	12,5	11	13	12	12	13,5	0,75
minimum	6	6	6	5	5	7	
maksimum	22	17	22	26	23	26	
Wsparcie wartościujące							
średnia	11,83	12	11,77	11,34	11,15	12	
odchylenie standardowe SD	3,3	3,17	3,36	3,27	3,37	2,85	
mediana	11	11	11	11	11	12	0,29
minimum	6	7	6	6	6	8	
maksimum	21	19	21	21	21	19	
Wsparcie emocjonalne							
średnia	11,86	11,42	12,01	11,53	11,23	12,59	
odchylenie standardowe SD	3,12	3,53	2,97	2,96	2,98	2,72	
mediana	10	10	11	10	10	12	0,44
minimum	8	8	9	0	0	10	
maksimum	23	23	20	20	20	20	
Wsparcie ogólne							
średnia	47,77	46,23	48,31	47,34	46,19	51,41	
odchylenie standardowe SD	10,78	10,29	10,97	11,47	11,51	10,61	0,79
mediana	45	44	45	46	44,5	49,5	
minimum	28	32	28	28	28	36	
maksimum	78	78	77	80	74	80	

N – liczba badanych, R – razem, K – kobiety, M – mężczyźni, p – poziom istotności różnic pomiędzy grupami

Badane grupy były jednorodne pod względem wsparcia społecznego.

Zależność między rodzajem otrzymywanego wsparcia społecznego, a strategiami radzenia sobie z bólem ilustruje tabela XLIII i XLIV.

Tabela XLIII. Korelacje pomiędzy wsparciem społecznym a strategiami radzenia sobie z bólem u pacjentów z PAD

Rodzaj strategii radzenia sobie z bólem	**Wsparcie ogólne**		**Wsparcie informacyjne**		**Wsparcie instrumentalne**		**Wsparcie wartościujące**		**Wsparcie emocjonalne**	
	r	**p**	**r**	**p**	**r**	**p**	**r**	**p**	**r**	**p**
Odwracanie uwagi	-0,11	p=0,28	-0,15	p=0,13	-0,01	p=0,91	-0,21	p=0,04	-0,11	p=0,28
Przewartościowanie doznań bólu	-0,05	p=0,59	-0,05	p=0,6	0,06	p=0,58	-0,21	p=0,04	-0,06	p=0,53
Katastrofizowanie	0,19	p=0,07	0,14	p=0,17	0,19	p=0,06	0,17	p=0,08	0,23	p=0,02
Ignorowanie doznań	-0,09	p=0,36	-0,06	p=0,56	-0,02	p=0,86	0,18	p=0,07	-0,07	p=0,47
Modlenie się/ pokładanie nadziei	-0,22	p=0,03	-0,22	p=0,03	-0,01	p=0,89	-0,32	p=0,001	-0,28	p=0,005
Deklarowanie radzenia sobie	-0,08	p=0,45	0,02	p=0,84	0,003	p=0,98	-0,23	p=0,02	-0,15	p=0,13
Zwiększona aktywność behawioralna	-0,16	p=0,11	-0,14	p=0,18	-0,09	p=0,38	-0,2	p=0,05	-0,19	p=0,06
Kontrola bólu	-0,14	p=0,17	-0,04	p=0,67	-0,04	p=0,71	-0,24	p=0,01	-0,2	p=0,04
Zdolność zmniejszenia bólu	-0,23	p=0,02	-0,17	p=0,09	-0,2	p=0,05	-0,17	p=0,09	-0,27	p=0,007

r – współczynnik korelacji liniowej Pearsona, p – poziom istotności różnic pomiędzy grupami

W badanej grupie zachodziła słaba korelacja ujemna pomiędzy odwracaniem uwagi i przewartościowaniem doznań bólu, a wsparciem wartościującym (p=0,04). Zaobserwowano korelację dodatnią pomiędzy katastrofizowaniem, a wsparciem emocjonalnym (p=0,02). Występowała również korelacja ujemna między modleniem się/pokładaniem nadziei, a wsparciem ogólnym (p=0,03), informacyjnym (p=0,03), wartościującym (p=0,001) i emocjonalnym (p=0,005). Osoby z takim rodzajem wsparcia rzadziej korzystały z modlenia się/pokładania nadziei jako strategii radzenia sobie z bólem. W grupie tej zachodziła przeciętna korelacja ujemna pomiędzy deklarowaniem radzenia sobie (p=0,02), zwiększoną aktywnością behawioralną (p=0,05), a wsparciem

wartościującym. Podobnie strategia kontrola bólu skorelowana była ze wsparciem wartościującym (p=0,01) i emocjonalnym (p=0,04). Osoby z takim rodzajem wsparcia rzadziej stosowały strategię deklarowanie radzenia sobie oraz przejawiały zachowania mające na celu podejmowanie czynności redukujących ból i jego kontrolę. Strategia zdolność zmniejszania bólu skorelowana była ujemnie ze wsparciem ogólnym (p=0,02), instrumentalnym (p=0,05) i emocjonalnym (p=0,007); osoby odczuwające takie rodzaje wsparcia społecznego rzadziej stosowały tę strategię dla obrony przed bólem.

Tabela XLIV. Korelacje pomiędzy wsparciem społecznym a strategiami radzenia sobie z bólem u pacjentów z RZS

Rodzaj strategii radzenia sobie z bólem	**Wsparcie ogólne**		**Wsparcie informacyjne**		**Wsparcie instrumentalne**		**Wsparcie wartościujące**		**Wsparcie emocjonalne**	
	r	**p**	**r**	**p**	**r**	**p**	**r**	**p**	**r**	**p**
Odwracanie uwagi	-0,06	p=0,58	-0,005	p=0,96	0,01	p=0,89	-0,15	p=0,13	-0,09	p=0,38
Przewartościowanie doznań bólu	0,13	p=0,19	0,11	p=0,29	0,22	p=0,03	-0,04	p=0,68	0,08	p=0,43
Katastrofizowanie	0,11	p=0,25	0,09	p=0,39	0,1	p=0,34	0,08	p=0,45	0,08	p=0,42
Ignorowanie doznań	0,18	p=0,07	0,14	p=0,15	0,22	p=0,03	-0,04	p=0,72	0,22	p=0,03
Modlenie się/ pokładanie nadziei	-0,21	p=0,04	-0,16	p=0,12	-0,24	p=0,01	-0,08	p=0,41	-0,16	p=0,11
Deklarowanie radzenia sobie	-0,12	p=0,23	-0,13	p=0,18	-0,06	p=0,55	-0,19	p=0,06	0,03	p=0,77
Zwiększona aktywność behawioralna	-0,005	p=0,23	0,05	p=0,62	0,03	p=0,8	-0,11	p=0,26	0,003	p=0,97
Kontrola bólu	-0,1	p=0,33	-0,08	p=0,44	0,04	p=0,7	-0,26	p=0,01	-0,04	p=0,72
Zdolność zmniejszenia bólu	-0,19	p=0,07	-0,23	p=0,02	-0,11	p=0,3	-0,23	p=0,02	0,01	p=0,91

r – współczynnik korelacji liniowej Pearsona, p – poziom istotności różnic pomiędzy grupami

W grupie porównawczej zachodziła korelacja dodatnia pomiędzy przewartościowaniem doznań bólu, a wsparciem instrumentalnym (p=0,03); podobnie między ignorowaniem doznań, a wsparciem instrumentalnym (p=0,03) i emocjonalnym (p=0,03). Osoby z takim rodzajem wsparcia częściej wykorzystywały przewartościowanie doznań bólu i ignorowanie doznań w radzeniu sobie z bólem. Pomiędzy strategią modlenie się/pokładanie nadziei zaobserwowano korelację ujemną ze wsparciem ogólnym (p=0,04) i instrumentalnym (p=0,01). Strategia kontrola bólu była ujemnie skorelowana ze wsparciem wartościującym (p=0,01); natomiast zdolność zmniejszania bólu skorelowana ujemnie z wsparciem informacyjnym (p=0,02) i wartościującym (p=0,02).

6. Dyskusja, wnioski i postulaty

6.1. Dyskusja

Dotychczas podejmowane badania obejmujące problematykę bólu wskazują na złożoność mechanizmów w jego powstawaniu i znaczne różnice w indywidualnym odczuwaniu doznań bólowych [55,56,135,136]. Autorzy podzielają pogląd, iż percepcja bólu w znacznym stopniu zależna jest od czynników psychologicznych, które kształtują reakcje chorego na ból i w konsekwencji decydują o rozmiarze jego cierpienia. Czynniki psychologiczne odgrywają również istotną rolę w procesie przystosowania się do choroby, szczególnie o charakterze przewlekłym, której towarzyszy ból [135]. Pomimo, iż w odniesieniu do chorych z przewlekłym niedokrwieniem kończyn dolnych mechanizm bólu jest znany, nadal brak wiarygodnych badań wskazujących na czynniki determinujące radzenie sobie z nim. Znajomość strategii radzenia sobie chorych z bólem przewlekłym towarzyszącym niedokrwieniu kończyn dolnych jest ważnym elementem w poprawie jakości opieki jak również jakości ich życia [136].

Z przeprowadzonych badań własnych wynika, że pacjenci z przewlekłym niedokrwieniem kończyn dolnych częściej uruchamiali strategie modlenie się/pokładanie nadziei oraz deklarowanie radzenia sobie. Strategia modlenie się/pokładanie nadziei częściej stosowana była przez kobiety, natomiast strategia deklarowanie radzenia sobie dominowała wśród mężczyzn z niedokrwieniem kończyn dolnych. Przewartościowanie doznań bólowych chorzy z przewlekłym niedokrwieniem kończyn dolnych uruchamiali częściej niż pacjenci grupy porównawczej. Podobne wyniki uzyskano w badaniach prowadzonych przez A. Rosenstiel i F. Keefe [137], zajmujących się relacjami zachodzącymi między strategiami radzenia sobie, a przystosowaniem się pacjentów z bólem przewlekłym. Do najczęściej stosowanych strategii należały modlenie się/pokładanie nadziei oraz deklarowanie radzenia sobie, zaś najrzadziej wykorzystywano przewartościowanie doznań bólowych. Również A. Andruszkiewicz i wsp. [76] wskazują na uruchamianie przez badanych tych trzech strategii. Pacjenci z rozpoznaną chorobą zwyrodnieniową najczęściej stosowali strategię modlenie się/pokładanie nadziei oraz deklarowanie radzenia sobie, a najrzadziej przewartościowanie doznań bólowych. W badaniach prowadzonych przez Z. Juczyńskiego [70] pacjenci ze zmianami zwyrodnieniowymi częściej deklarowali radzenie sobie i ignorowanie doznań bólowych,

natomiast pacjenci z bólem krzyża i nerwobólem preferowali strategię odwracanie uwagi. Inne wyniki uzyskała H. Rolka i wsp. [77], którzy wykazali, że w sytuacji nasilenia dolegliwości bólowych pacjenci stosowali strategie polegające na deklarowaniu radzenia sobie i przewartościowaniu doznań. Natomiast nie stosowali biernych strategii radzenia sobie takich jak: ignorowanie doznań bólu, modlenie się/pokładanie nadziei, odwracanie uwagi czy katastrofizowanie.

Wielu autorów podaje [14,16,23], że u pacjentów z przewlekłym niedokrwieniu kończyn dolnych występuje ból, który w miarę postępu choroby staje się trudny do opanowania i jest przyczyną wielkich cierpień. W badaniach własnych pacjenci z przewlekłym niedokrwieniem kończyn dolnych oceniali dolegliwości bólowe na średnim poziomie (59,1 pkt). Badania przeprowadzone przez D. Ponczek i wsp. [14], również wykazały, iż większość chorych z niedokrwieniem kończyn dolnych odczuwa ból na średnim poziomie. Analiza badań własnych wykazała zależność pomiędzy postępem choroby i zwiększeniem dolegliwości bólowych, a uruchamianiem strategii katastrofizowanie. Ponadto wraz z procesem zaawansowania choroby zaobserwowano u chorych mniejszą kontrolę bólu oraz niską zdolność zmniejszania bólu. Wskazuje to na pewnego rodzaju bezradność chorych w walce z bólem niedokrwiennym. Problem ten badany był również przez A. Rosenstiel i F. Keefe [137], którzy zauważyli nasilenie dolegliwości bólowych podczas stosowania strategii odwracanie uwagi i modlenie się/pokładanie nadziei, a także zwrócili uwagę na nasilanie lęku i depresji podczas uruchamiania strategii katastrofizowania, jako strategii bezradności. Z kolei L. McCracken i Ch. Eccleston [138] wiązali nasilenie dolegliwości bólowych u chorych, zwiększenie lęku i depresji ze strategią modlenie się/pokładanie nadziei. Autorzy zwracali również uwagę na problem akceptacji przez chorego dolegliwości bólowych, która pozwala osobie na funkcjonowanie niezależnie od poziomu odczuwanego bólu. W badaniach własnych próbowano również sprawdzić związek między uruchamianymi strategiami radzenia sobie z bólem, a samooceną stanu zdrowia badanych. Badani z niedokrwieniem kończyn dolnych oceniali swój stan zdrowia na poziomie średnim (56,3 pkt). Płeć badanych miała istotny wpływ na ocenę stanu zdrowia, mężczyźni ocenili go gorzej niż kobiety. Analizując wpływ uruchamianych przez badanych strategii radzenia sobie z bólem na poziom samooceny stanu zdrowia zauważono lepszą samoocenę stanu zdrowia w grupie stosującej strategię zdolność zmniejszania bólu. Ponadto wykazano niską samoocenę stanu zdrowia badanych uruchamiających strategię katastrofizowanie. Można zatem stwierdzić,

że umiejętność ogólnego przystosowania się do trudności, działania proaktywnego związanego z poczuciem kontroli, poczuciem własnej skuteczności działa prozdrowotnie. Dotyczy to szczególnie dobrostanu psychicznego, ale także samooceny stanu zdrowia w aspektach dobrego samopoczucia fizycznego oraz zasobów zdrowotnych [113].

Istotną determinantą wpływającą na postrzeganie przez jednostkę choroby i możliwości radzenia sobie z nią ma wpływ poczucie kontroli. Wewnętrzne lub zewnętrzne umiejscowienie kontroli wpływa na ocenę stopnia zagrożenia, adaptacji do nowej sytuacji i podejmowanie strategii radzenia sobie [70]. W badaniach własnych chorych z przewlekłym niedokrwieniem kończyn dolnych zaklasyfikowano do trzech typów umiejscowienia kontroli: wewnętrznej, zewnętrznej i przypadkowej. Najliczniejszą grupę stanowili badani (średnia 18,57), którzy uznali wpływ lekarza na kontrolę bólu, następnie grupa osób (średnia 17,5) z kontrolą wewnętrzną, a najmniej liczną (średnia 16,56) stanowili badani, którzy kontrolę bólu upatrywali w przypadkowych zdarzeniach. Dalsza analiza badań wykazała, że umiejscowienie kontroli bólu w badanej grupie miało wpływ na preferowane przez nich strategie radzenia sobie z bólem. Pacjenci wyrażający przekonanie, że ból można ograniczyć przez wpływ lekarzy częściej stosowali strategię przewartościowanie doznań bólu, katastrofizowanie i modlenie się/pokładanie nadziei. Chorzy z przewlekłym niedokrwieniem kończyn dolnych posiadający przekonanie o kontroli bólu przez czynniki wewnętrzne mieli większą zdolność zmniejszania i kontroli bólu oraz uruchamiali strategię przewartościowanie i ignorowanie doznań bólu. Natomiast osoby pokładające zaufanie w kontroli bólu przez przypadkowe zdarzenia stosowały strategię przewartościowanie doznań bólu i katastrofizowanie. W badaniach prowadzonych przez Z. Juczyńskiego [70] najwięcej pacjentów zostało sklasyfikowanych do grupy z wewnętrznym umiejscowieniem kontroli. Chorzy ci, w większym stopniu deklarowali radzenie sobie z bólem, dokonywali przewartościowania i ignorowania doznań bólowych oraz stosowali odwracanie uwagi. Natomiast grupę badanych o kontroli zewnętrznej wyróżniała strategia katastrofizowanie. Z kolei pacjenci z przewlekłym niedokrwieniem kończyn dolnych badani przez A. Wiśniewską i wsp. [139] należeli to typu silnego zewnętrznego, a najmniejsze znaczenie przypisywali kontroli wewnętrznej, czyli własnym możliwościom walki z bólem. Badani byli przekonani o tym, że bez pomocy medycznej, nie uda im się zmniejszyć bólu. Jednocześnie wraz ze wzrostem natężenia bólu malało przekonanie o wpływie opieki medycznej na kontrolę bólu, a wzrastało przekonanie o kontroli wewnętrznej.

Styl życia i preferowane zachowania zdrowotne przyczyniają się do powstawania przewlekłego niedokrwienia kończyn dolnych i wpływają na progresję choroby [29,30]. Przeprowadzone badania wykazały, że chorzy z niedokrwieniem kończyn dolnych mieli gorsze nawyki żywieniowe oraz zachowania profilaktyczne dotyczące przestrzegania zaleceń zdrowotnych, uzyskiwania informacji na temat zdrowia i choroby niż pacjenci grupy porównawczej. Niewłaściwe nawyki żywieniowe w odniesieniu do grupy chorych z niedokrwieniem kończyn dolnych potwierdzono w licznych badaniach [14,139,140]. A. Wiśniewska i wsp. [139] wskazali, iż 70 % badanych miało złe nawyki żywieniowe, 59,2% nałogowo pali papierosy obecnie lub paliło w przeszłości, a 55,6 % charakteryzowało się niskim poziomem aktywności fizycznej. W grupie chorych z niedokrwieniem kończyn dolnych w prezentowanych badaniach było więcej osób palących papierosy (35%) oraz dłuższy był okres palenia (średnia 33,91 lat) niż w grupie porównawczej (14% przy średniej 21,11 lat). Ilość wypalanych papierosów była na podobnym poziomie. Minimalny czas palenia tytoniu wynosił 10 lat, natomiast maksymalny 65 lat. Według E. Sztuczki i wsp. [141] w zaprzestaniu palenia papierosów istotną rolę odgrywała motywacja chorego, na którą składa się poziom motywacji zdrowotnej i wiedza na temat możliwości podejmowania walki z nałogiem. R. Piotrowska i wsp. [142] zwracali uwagę na konieczność podejmowania w grupie chorych z niedokrwieniem kończyn dolnych edukacji terapeutycznej, która zwiększa efektywność działań medycznych, poprawia komfort życia i przeżywalność chorych. Jej warunkiem jest stworzenie klimatu relacji terapeutycznej opartej na akceptacji, empatii, autentyczności i aktywnym słuchaniu [143]. Zachowania zdrowotne wiążą się także ze sposobami radzenia sobie w sytuacji trudnej i uruchamianiem określonych strategii. W badaniach własnych zauważono, że strategia deklarowanie radzenia sobie wzmacniała zachowania profilaktyczne i pozytywne nastawienie psychiczne, a stosowanie strategii odwracanie uwagi oraz modlenie się/pokładanie nadziei dodatkowo pozytywnie wpływało na praktyki zdrowotne.

K. Wrześniewski [99] wskazuje na osobowość Typu A jako czynnik wpływający na sposoby radzenia sobie z sytuacją trudną. W odniesieniu do uzyskanych wyników badań własnych, stwierdzono, że grupy były jednorodne pod względem występowania osobowości Typu A. Badani pacjenci częściej uruchamiali strategię przewartościowanie doznań bólu, ignorowanie doznań oraz deklarowanie radzenia sobie, co wskazywało na różne sposoby walki z sytuacją trudną. W badaniach prowadzonych przez

A. Jakubowską-Winecką i wsp. [100] zauważono ewoluowanie różnych strategii radzenia sobie w zależności od postępu rehabilitacji i poprawy samopoczucia chorych. W pierwszym etapie pacjenci rzadziej stosowali strategię ucieczka-unikanie, polegającą na odwracaniu się od problemu, który jest źródłem stresu i poprawianiu sobie samopoczucia przez drobne przyjemności, jedzenie, picie. Pod koniec okresu rehabilitacji chorzy zaczynali stosować konkretne i planowe działania zmierzające do rozwiązania problemu. W porównaniu z początkowym okresem rehabilitacji wzrastała ilość strategii obejmujących twórcze, konstruktywne działania, a obniżała się częstość działań zmierzających do izolacji od otoczenia. Wzrastał również stopień akceptacji sytuacji związanej z chorobą oraz stopień samokontroli. W początkowym okresie rehabilitacji pacjenci byli bardziej skłonni do pasywnej współpracy, powierzania swojego losu decyzjom otoczenia, niż po zakończeniu leczenia. Otrzymane przez A. Jakubowską-Winecką i wsp. [100] wyniki wskazują, że pacjenci o osobowości Typu A przed rozpoczęciem rehabilitacji wykazywali silniejszą tendencję do dyssymulacji przejawianej maskowaniem, ignorowaniem i minimalizowaniem objawów choroby. W mniejszym stopniu ujawniali skłonność do szukania pociechy i ucieczki w religię. Z kolei pod koniec rehabilitacji pacjenci o osobowości Typu A byli bardziej aktywni i twórczy w zmaganiu się z chorobą, przejawiali więcej inicjatywy, częściej zwracali się o pomoc i bardziej angażowali się w leczenie. Można przypuszczać, że wiązało się to z charakterystycznym dla osobowości Typu A poczuciem, że wiele zależy od ich własnej aktywności. Dlatego też w obliczu braku kontroli nad nową sytuacją może pojawić się bezradność i poczucie beznadziejności, niejednokrotnie przejawiające się jako wrogość i agresja, na co zwraca uwagę N. Ogińska-Bulik [105]. Według J. Vroege i wsp. [144], w sytuacjach problemowych osoby o wzorze zachowania A częściej przejawiały złość i oddawały się całkowicie pracy, aby zapomnieć o problemie oraz były mniej skłonne do identyfikacji członków rodziny jako osób ważnych w otaczającej ich sieci społecznej. Potwierdza to wcześniejsze rozważania o strategii unikania, która jest charakterystyczna dla WZA na wczesnym etapie procesu chorobowego.

Istnieje kilka mechanizmów, dzięki którym relacje społeczne przyczyniają się do poprawy stanu zdrowia jednostki. Po pierwsze, partnerzy życiowi mogą pozytywnie wpływać na styl życia i pomóc eliminować znane czynniki ryzyka. Po drugie, mogą zapewnić lepszą opiekę udzielając wsparcia oraz wpływając na polepszenie stanu zdrowia i samopoczucia. Odwrotnie, brak wsparcia społecznego może przyczynić się

do pogorszenia stanu zdrowia [145]. Analizując zależności w badanej grupie pomiędzy strategiami radzenia sobie z bólem, a rodzajami udzielanego wsparcia zauważono, że badani z PAD odczuwający udzielane wsparcie wartościujące rzadziej stosowali strategię odwracanie uwagi, przewartościowanie doznań bólu, modlenie się/pokładanie nadziei, rzadziej deklarowali radzenie sobie z chorobą oraz przejawiali zachowania mające na celu podejmowanie czynności redukujących ból i jego kontrolę. Osoby otrzymujące wsparcie ogólne, informacyjne i emocjonalne rzadziej stosowały strategię modlenie się/pokładanie nadziei i zdolność zmniejszania bólu. Ponadto zauważono, że przy wzroście wsparcia emocjonalnego badani częściej używali strategii katastrofizowanie. Na rodzaj udzielanego wsparcia również zwraca uwagę A. Jakubowska-Winecka i wsp. [100] zauważając, że chorzy na początku rehabilitacji częściej niż po jej zakończeniu, poszukiwali wsparcia społecznego o charakterze rzeczowym, informacyjnym i emocjonalnym. Z kolei S. Broadwell i wsp. [146] wskazywali na pozytywne oddziaływanie wsparcia społecznego udzielanego w związku małżeńskim dla osób z chorobami układu krążenia. Natomiast K. Olszewska i wsp. [147] akcentowali oprócz pozytywnego wpływu wsparcia na jednostkę również negatywny wpływ konfliktów małżeńskich na powstawanie chorób układu krążenia oraz gorszy stan zdrowia. Należy zaznaczyć, że kontakt z drugim człowiekiem, jego pozytywna treść przejawiająca się w byciu akceptowanym i wspomaganym, dostarcza człowiekowi poczucia, że nie jest sam w zmaganiu się z np. z chorobą i wpływa na poprawę jego samopoczucia. Poczucie kontaktu angażuje psychicznie, przełamuje barierę lęku i osamotnienia, wspomaga leczenie, pielęgnowanie i rehabilitację, a odczuwane dolegliwości i problemy wydają się łatwiejsze do zniesienia. Ogromne znaczenie odgrywa tu komunikacja terapeutyczna [82,143].

Analiza poszczególnych cech socjo-demograficznych w badanej grupie w odniesieniu do stosowanych strategii radzenia sobie z bólem wykazała częstsze stosowanie strategii przewartościowanie doznań bólu przez mężczyzn. Natomiast strategia modlenie się/pokładanie nadziei oraz zwiększona aktywność behawioralna była zdominowana przez kobiety. W badaniach prowadzonych przez A. Unruh i wsp. [148] wykazano, iż mężczyźni częściej stosowali poznawcze i behawioralne radzenie sobie. Kobiety natomiast znacząco częściej niż mężczyźni poszukiwały wsparcia, miały pozytywne nastawienie psychiczne oraz koncentrowały się na rozwiązaniu problemu. Kobiety również chętniej niż mężczyźni w sytuacjach stresowych poszukiwały kontaktów

towarzyskich, na co zwraca uwagę K. Opuchlik i wsp. [149]. W badaniach własnych zauważono zależność pomiędzy wiekiem, a strategią modlenie się/pokładanie nadziei; im starszy pacjent tym częściej korzystał z tej strategii. H. Rolka i wsp. [77] wykazali zależność między wiekiem, a strategią deklarowanie radzenia sobie. Analizując w badaniach własnych wpływ wykształcenia na uruchamiane strategie wykazano, że pacjenci ze średnim i wyższym wykształceniem rzadziej stosowali modlenie się/pokładanie nadziei. Dane te potwierdzają A. Orzechowska i wsp. [150], którzy w swoich badaniach również wykazali związek między wyższym i średnim wykształceniem, a stosowaniem zadaniowego stylu radzenia sobie ze stresem prowadzącego do rozwiązania problemu. Autorzy zauważyli również zależność pomiędzy stosowaniem unikowego stylu radzenia sobie ze stresem, a pozostawaniem na bezrobociu. Wyniki te potwierdzają uzyskane w badaniach własnych spostrzeżenia dotyczące stosowania strategii ignorowanie doznań jako sposobu działania w sytuacji pozostawania bez pracy zarobkowej. W analizie wyników badań własnych zauważono związek pomiędzy częstszym stosowaniem strategii katastrofizowanie przez respondentów, a mieszkaniem na wsi. Podobne wyniki uzyskano w badaniach prowadzonych przez A. Andruszkiewicz i wsp. [76]. Autorzy tłumaczą to odkładaniem decyzji o leczeniu i nasilaniem dolegliwości bólowych, co sprzyja uruchamianiu przez badanych tej strategii.

Przedstawione wyniki badań własnych umożliwiają lepsze zrozumienie determinantów radzenia sobie z bólem chorych w przewlekłym niedokrwieniu kończyn dolnych. Niewątpliwie różnorodność czynników wpływających na postrzeganie własnej sytuacji chorobowej skłania do przeprowadzenia dalszych badań, w szczególności pod kątem wdrożenia działań edukacyjnych nakierowanych na prozdrowotny styl ich życia. Ze względu na wymiar poznawczy niniejsza praca może być przydatna przy podejmowaniu decyzji dotyczących postępowania edukacyjnego u pacjentów z przewlekłym niedokrwieniem kończyn dolnych, tworzeniu programów zdrowotnych o szerokim zasięgu oraz w planowaniu opieki dla poprawy jakości życia chorych.

6.2. Wnioski

1. Badana grupa chorych z przewlekłym niedokrwieniem kończyn dolnych stosowała zróżnicowane strategie radzenia sobie z bólem, w których dominowały strategie poznawcze tj. modlenie się/pokładanie nadziei oraz deklarowanie radzenia sobie.
2. Na poziom odczuwania dolegliwości bólowych badanych miał wpływ rodzaj uruchamianej strategii radzenia sobie z bólem, stopień zaawansowania choroby, umiejscowienie kontroli bólu, osobowość Typu A i samoocena stanu zdrowia.
3. Stopień zaawansowania przewlekłego niedokrwienia kończyn dolnych zwiększał tendencje do uruchamiania strategii katastrofizowanie. Ponadto wraz z postępem choroby zaobserwowano u chorych niską zdolność zmniejszania bólu.
4. Samoocena stanu zdrowia badanych miała istotny wpływ na rodzaj uruchamianych strategii radzenia sobie z bólem. Badani z niższą samooceną stanu zdrowia stosowali strategię katastrofizowanie, a z wyższą samooceną zdolność zmniejszania bólu.
5. Badani z przekonaniem o kontroli bólu przez czynniki wewnętrzne posiadali statystycznie wyższą zdolność do kontroli i zdolności zmniejszania bólu.
6. Zachowania profilaktyczne, pozytywne nastawienie psychiczne i praktyki zdrowotne w badanej grupie miały istotny statystycznie wpływ na strategie odwracania uwagi, modlenie się/pokładanie nadziei oraz deklarowanie radzenia sobie. Nie wykazano związku pomiędzy pozostałymi strategiami radzenia sobie z bólem, a zachowaniami zdrowotnymi.
7. Analiza wyników wykazała zależność między osobowością Typu A, a strategią przewartościowanie doznań bólu, ignorowanie doznań oraz deklarowanie radzenia sobie.
8. Poziom wsparcia społecznego otrzymywany przez badanych miał istotny wpływ na podejmowanie różnorodnych strategii radzenia sobie z bólem. Największy wpływ miało wsparcie wartościujące i emocjonalne; najmniejszy wsparcie informacyjne i instrumentalne.

9. Istniała zależność między zmiennymi socjo-demograficznymi badanych, a strategiami radzenia sobie z bólem:
    - mężczyźni częściej uruchamiali strategię przewartościowanie doznań bólu; kobiety korzystały ze strategii modlenie się/pokładanie nadziei oraz strategii zwiększona aktywność behawioralna;
    - wiek wzmacniał podejmowanie strategii modlenie się/pokładanie nadziei;
    - badani z wykształceniem średnim i wyższym rzadziej korzystali ze strategii modlenie się/pokładanie nadziei, a z wykształceniem zawodowym częściej stosowali strategię odwracanie uwagi;
    - aktywność zawodowa badanych wiązała się z rzadszym uruchamianiem strategii przewartościowanie doznań bólu; przebywanie na rencie wzmacniało strategię modlenie się/pokładanie nadziei; bezrobocie wpływało na częstsze uruchamianie strategii ignorowanie doznań i rzadsze stosowanie strategii odwracanie uwagi;
    - badani mieszkający na wsi częściej stosowali strategię katastrofizowanie.

6.3. Postulaty

Podjęte badania własne umożliwiły szersze spojrzenie na problem radzenia sobie z bólem chorych z przewlekłym niedokrwieniem kończyn dolnych. Analiza uzyskanych danych wykazała wpływ różnych czynników na uruchamianie strategii radzenia sobie z bólem w obu badanych grupach. Znajomość tych determinantów powinna być uwzględniona w poprawie świadczonej opieki i jakości życia poprzez:

1. Opracowanie programu prewencji pierwotnej obejmującej chorych z grup ryzyka niedokrwienia kończyn dolnych w celu podniesienia ich świadomości oraz zwiększenia zasobów zdrowotnych jednostki dla podejmowania działań służących utrzymaniu i doskonaleniu zdrowia przez wykorzystanie wszelkich dostępnych środków, a także przez kształtowanie otoczenia przyjaznego zdrowiu.

2. Stworzenie programu prewencji wtórnej dla chorych z rozpoznaniem niedokrwienia kończyn dolnych oraz reumatoidalnego zapalenia stawów ze szczególnym naciskiem na zwiększenie samokontroli, samopielęgnacji, samoopieki (self-care) oraz wczesnego wykrywania dysfunkcji i podjęcia specjalistycznego leczenia.

3. Uaktywnienie systemu poradnictwa dla pacjentów z niedokrwieniem kończyn dolnych uwzględniającego interdyscyplinarną współpracę lekarzy różnych specjalności, pielęgniarek, dietetyków, rehabilitantów i psychologów. Pielęgniarka jako edukator powinna odegrać wiodącą rolę w tym systemie przy współpracy z innymi członkami zespołu.

4. Utworzenie grup samopomocowych oraz pomocy psychologicznej dla pacjentów z niedokrwieniem kończyn dolnych oraz z reumatoidalnym zapaleniem stawów obejmujących terapię poznawczą i behawioralną ukierunkowaną na:
    - wzmocnienie wewnętrznych zasobów i potencjału jednostki;
    - naukę umiejętności interpersonalnych w zakresie komunikowania, wyrażania emocji, autoekspresji;
    - radzenie sobie w sytuacjach trudnych, walkę ze stresem, stosowanie technik relaksacyjnych, redukcję napięcia;
    - zwiększanie poczucia skuteczności;
    - udzielanie wsparcia społecznego we wszystkich jego aspektach

    oraz techniki wspomagające w celu uzyskania większej sprawności i podniesienia jakości życia mimo bólu.

7. Piśmiennictwo

1. Shammas N.: Epidemiology, classification and modifiable risk factors of peripheral arterial disease. Vasc. Health Risk Manag. 2007; 3 (2): 229-234.
2. Caro J., Migliaccio-Walle K., Ishak K., Proskorovsky I.: The morbidity and mortality following a diagnosis of peripheral arterial disease: Long-term follow-up of a large database. BMC Cardiovascular Disorders 2005; 5: 14.
3. Noszczyk W., Andziak P.: Przewlekłe niedokrwienie kończyn dolnych. W: Chirurgia tętnic i żył obwodowych, red. Noszczyk W. PZWL Warszawa: PZWL; 2007, str. 563-595.
4. Szostak W., Cybulska B.: Miażdżyca-profilaktyka i leczenie. Przew. Lek. 2001; 5: 39-43.
5. Dziekiewicz M., Wiśniewski P.: Atherosclerosis: How far we have gone? Acta Angiol. 2007; 13, 4: 137-143.
6. Golec K., Strzyżewska B., Cwajda-Białasik J.: Opieka pielęgniarska nad chorym z miażdżycą tętnic kończyn dolnych. W: Pielęgniarstwo angiologiczne, red. Szewczyk M., Jawień A. Poznań: Termedia; 2010, str. 54-67.
7. Berek K., Bobiński R.: Miażdżyca - choroba wieloczynnikowa. Probl. Piel. 2009; 17, 3: 257-262.
8. Szostak-Węgierek D.: Nasycone kwasy tłuszczowe i izomery trans a patogeneza i profilaktyka miażdżycy. Pediatr. Współcz. Gastroenterol. Hepatol. Żywienie Dziecka 2001; 3, 1: 19-20.
9. Braszkiewicz M.: Dysfunkcyjna tkanka tłuszczowa w chorobach serca i nerek. Kardiol. na co Dzień 2009; 4, 1: 43-45.
10. Janeczko D.: Epidemiologia chorób układu krążenia u chorych na cukrzycę. Kardiol. na co Dzień 2007; 2, 1: 12-16.
11. Jude E., Eleftheriadou I., Tentolouris N.: Peripheral arterial disease in diabetes-a review. Diabet. Med. 2010; 27: 4-14.
12. Sobstyl M., Tkaczuk-Włach J., Robak-Chołubek D., Jakiel G.: Miażdżyca a status hormonalny kobiety przed menopauzą. Przegl. Menopauzalny 2009; 4: 244-247.
13. Cybulska B.: Czynniki ryzyka rozwoju miażdżycy u kobiet w wieku przedmenopauzalnym. Kardiol. Pol. 2006; 64, 6: 581-582.

14. Ponczek D., Piotrowska K., Felsmann M., Humańska M.: Percepcja bólu u chorych z przewlekłym niedokrwieniem kończyn dolnych. Piel. Chir. Angiol. 2012; 1: 13-19.
15. Zdzienicki M., Andziak P.: Jakość życia chorych na choroby tętnic i żył. Pol. Merk. Lek. 2008; XXIV,141: 268-274.
16. Domaniecki J., Kurek O., Czyżewski P.: Ocena jakości życia pacjentów z przewlekłym niedokrwieniem kończyn dolnych. Post. Rehab. 2005; 4: 27-31.
17. Micker M., Chęciński P., Synowiec T.: Postępowanie w przewlekłym niedokrwieniu kończyn dolnych. Przew. Lek. 2006; 5, 87: 12-21.
18. Bartuś S,. Dudek D.: Zalecenia dotyczące postępowania w chorobie niedokrwiennej kończyn dolnych. Kardiol. Pol. 2007; 65, 4 (supl.1): S18-S28.
19. Hooi J., Stoffers H., Knottnerus J.: The prognosis of non-critical limb ischemia: a systematic review of population-epidemiological evidence. Br. J. Gen. Pact. 1999; 49: 49-55.
20. Ruszkiewicz C.: Profilaktyka, rozpoznawanie i leczenie zachowawcze przewlekłego niedokrwienia kończyn dolnych. Wiad. Lek. 2005; LVIII, 1-2: 88-94.
21. Porzycki P.: Przewlekłe niedokrwienie kończyn dolnych-niedrożność aortalno-biodrowa i udowo-podkolanowa. Terapia 1999; 1: 14-17.
22. Weitz J., Byrne J., Clagett P., Farkouh M., Porter J., Sackett D., Strandness D., Taylor L.: Diagnosis and Treatment of chronic arterial insufficiency of the lower extremities: a critical review. Circulation 1996; 94: 3026-3049.
23. Kostka-Trąbka E.: Ból w chorobach naczyń. W: Ból przewlekły, red. Dobrogowski J., Wordliczek J., Kraków: Medyczne Centrum Kształcenia Podyplomowego Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2002, wyd. I, str. 149-153.
24. Beard J.: Chronic Lower limb ischemia. BMJ 2000; 320: 854-857.
25. Gardner A., Montgomery P., Afaq A.: Exercise performance in patient with peripheral arterial disease who have different types of exertional leg pain. J. Vasc. Surg. 2007; 46, 1: 79-86.
26. Aronow W.: Peripheral arterial disease in the elderly. Clin. Interv. Aging. 2007; 2, 4: 645-654.
27. Gardner A., Afaq A.: Management of lower extremity peripheral arterial disease. J. Cardiopulm. Rehail. Prev. 2008; 28, 6: 349-357.

28. Hirsch A., Cruqui M., Treat-Jacobson D., Regensteiner J., Creager M., Olin J., Krook S., Hunnighake D., Camerota A., Walsh M., McDermott M., Hiatt W.: Peripheral Arterial Disease Detection Awareness and Treatment in Primary Care. JAMA 2001; 286, 11: 1317-132.
29. Treat-Jacobson D., Walsch M.: Treating patients with peripheral arterial disease and claudication. J. Vasc. Nurs. 2003; 21: 5-14.
30. Tierney S., Fennesy F., Hayes D.: Secondary prevention of peripheral vascular disease. BMJ 2000; 320: 1262-1265.
31. Hankey G., Norman P., Eikelboom J.: Medical treatment of peripheral arterial disease. JAMA 2006; 295: 547-553.
32. Norman P., Eikelboom J., Hankey G.: Peripheral arterial disease: prognostic significance and prevention of atherothrombotic complications. Med J Aust 2004; 181, 3: 150-154.
33. Falconer T., Eilelboom J., Hankey G., Norman P.: Management of peripheral arterial disease in the elderly: focus on cilostazol. Clin Interv Aging. 2008; 3, 1: 17-23.
34. Sean P., Douglas J.: The clinical presentation of peripheral arterial disease and guidance for early recognition. Clev. Clin. J. Med. 2006; 73, 4: S15-S21.
35. Kröger K., Schwetfeger M., Pitrrow D., Diehm C.: Management of patients with peripheral arterial disease in primary care: a cross-sectional study in Germany. Int. J. Clin. Pract. 2010; 64, 7: 875-884.
36. Migdalski A., Jawień A.: Wartość kliniczna wskaźnika kostka-ramię. Piel. Chir. Angiol. 2007; 2: 81-86.
37. Neubauer-Geryk J., Bieniaszewski L.: Wskaźnik kostka ramię w ocenie pacjentów z ryzykiem miażdżycy. Chor. Serca Naczyń 2007; 4, 1: 1-5.
38. Zdrojowy K., Sapian-Raczkowska B., Adamiec R.: Przewlekłe niedokrwienie kończyn dolnych-element obrazu klinicznego miażdżycy tętnic-aktualne zalecenia. Pol. Merk. Lek 2010; XXVIII, 163: 71-74.
39. Kowalik Z.: Przewlekłe niedokrwienie kończyn dolnych. Ogólnopolski Przegląd Medyczny 2007; 4: 26-29.
40. Norgren L., Hiatt W., Dormandy J., Nehler M., Harris K., Fowkes F.: Konsensus dotyczący postępowania w chorobie tętnic obwodowych (TASC II). Acta Angiol. 2007; 13 (supl. D): D1-D80.

41. Burns P., Gough S., Bradbury A.: Management of peripheral arterial disease in primary care. BMJ 2003; 326: 584-588.
42. Mika P., Spannbauer A., Cencora A.: Zmiana wzorca chodu i dystansu marszu w trakcie zapoznawania się pacjenta z chromaniem przestankowym ze specyfiką marszu na bieżni. Piel. Chir. Angiol. 2009; 2: 65-69.
43. Gardner A., Killewich L., Montgomery P., Katzel L.: Response to exercise rehabilitation in smoking and non smoking patients with intermittent claudication. J. Vasc. Surg. 2004; 39: 531-538.
44. Konik A., Mika P., Nowobilski R., Andrzejczak A., Szczeklik A.: Mechanizmy zmniejszania chromania przestankowego po treningu marszowym. Acta Angiol. 2010; 16, 2: 49-66.
45. Davies A.: The practical management of claudication-as a marker for cardiovascular disease it needs active treatment. BMJ 2000; 321: 911-912.
46. Małecki M., Proczka R., Polańska M., Polański J.: Terapia genowa niedokrwienia obwodowego. Chir. Pol. 2006; 8, 1: 84-88.
47. Anghel A., Mut-Vitcu B., Savu L., Marian C., Seclaman E., Iman R., Neghina A., Dragulescu S.: Clinical improvement after treatment with $VEGF_{165}$ in patients with severe chronic lower limb ischaemia. Genomic Med. 2007; 1, 1-2: 47-55.
48. Dean S., Vaccaro P.: Successful pharmacologic treatment of lower extremity ulcerations in 5 patients with chronic critical limb ischemia. J. Am. Board Fam. Pract. 2002; 15: 55-62.
49. Hiat W.: Pharmacologic therapy for peripheral arterial disease and claudication. J. Vasc. Surg 2002; 36: 1283-1291.
50. Merskey H., Bonica J., Carmon A., Dubner R., Kerr F., Lindblom U., Mumford J., Nathan P., Noordenbos W., Pagni C., Renaer M., Sternbach R., Sunderland Sir S.: International Association for the Study of Pain.: Subcommitte on taxonomy of pain terms: a list with definitions and notes on usage. Pain 1979; 6: 249-252.
51. Twycross R.: Czynniki utrudniające zwalczanie bólu. Pol. Med. Paliatywna 2005; 4, 1: 28-47.
52. Golec A.: Podstawy psychologii bólu. Nowa Klin. 2000; 7, 9: 933-938.
53. Kwasucki J.: Wpływ bólu psychogennego na obraz kliniczny i wyniki leczenia chorób organicznych. Lek. Wojsk. 1996; 7-8: 432-438.

54. Walden-Gałuszko K.: Psychologiczne aspekty bólu. Przew. Lek. 2001; 4, 4: 58-59.
55. Walden-Gałuszko K., Majkowicz M.: Psychologiczno-kliniczna ocena bólu przewlekłego. Wskazania dla lekarzy pierwszego kontaktu oraz poradni przeciwbólowych i paliatywnych. Gdańsk: AMG, 2003.
56. Domżał T.: Ból przewlekły-problemy kliniczne i terapeutyczne. Pol. Przeg. Neurol. 2008; 4; 1:1-8.
57. Kazalska D., Jarosz J., Góraj E., Hilgier M.: Czy Go boli-czy się boi? Lęk jako istotny czynnik psychologiczny kształtujący percepcję bólu. Onkol. Pol. 2005; 8, 3: 121-124.
58. Dobrogowski J.: Niefarmakologiczne metody leczenia bólu. Pol. Przegl. Neurol. 2007; 3, 4: 272-278.
59. Walden-Gałuszko K., Majkowicz M., Janiszewska J., Jankowska B.: Uwarunkowania psychologiczne percepcji bólu przewlekłego. Badanie porównawcze chorych z różnym patomechanizmem bólu. Psychoonkologia 2008; 12, 1: 1-6.
60. Walden-Gałuszko K.: Poznanie a ból. Psychoonkologia 2007; 12: 1-5.
61. Parada-Turska J., Piotrowski M., Szczepański L.: Medyczne i pozamedyczne problemy bólu przewlekłego. Reumatologia 2002; 40, 4: 250-256.
62. Stachowiak-Andrysiak M., Mikstacki A.: Wpływ bólu na funkcjonowanie pacjentów i ich rodzin. Now. Lek. 2005; 74, 2: 255-258.
63. Hilgier M.: Ból przewlekły-problem medyczny i społeczny. Przew. Lek. 2002; 5, 1/2: 6-11.
64. Cepuch G., Wordliczek J., Golec A.: Wybrane skale do badania natężenia bólu u młodzieży-ocena ich przydatności. Pol. Med. Paliatywna 2006; 5, 3: 108-113.
65. Suchocka L.: Psychologia bólu. Warszawa: Difin, 2008.
66. Dobrogowski J., Sedlak K.: Kliniczna ocena chorego z bólem. W: Ból przewlekły, red. Dobrogowski J., Wordliczek J. Kraków: Medyczne Centrum Kształcenia Podyplomowego Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2002, str. 83-93.
67. Dobrogowski J., Sedlak K.: Kliniczna ocena chorego z bólem. W: Medycyna bólu, red. Dobrogowski J., Wordliczek J. Warszawa: PZWL; 2005, str. 88-101.
68. Dobrogowski J., Wordliczek J.: Kliniczna ocena chorego z bólem. W: Leczenie bólu, red. Dobrogowski J., Wordliczek J. Warszawa: PZWL; 2007, str. 171-185.

69. Melzack R., Wall P.: Tajemnica bólu. Kraków: WAM, 2006.
70. Juczyński Z.: Spostrzegana kontrola a strategie radzenia sobie z przewlekłym bólem. Sztuka Leczenia 2001; VII, 2: 9-16.
71. Heszen-Niejodek I. Stres i radzenie sobie-główne kontrowersje.: W: Człowiek w sytuacji stresu, red. Heszen-Niejodek I., Ratajczak Z. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego; 2000, str. 12-43.
72. Lazarus R.: Paradygmat stresu i radzenia sobie. Now. Psychol. 1986; 3-4: 2-39.
73. Terelak J.: Człowiek i stres. Bydgoszcz-Warszawa: Branta, 2008.
74. Ramirez-Maestre C., Esteve R., Lopez A.: Cognitive appraisal and coping in chronic pain patients. Eur J Pain 2008; 12: 749-756.
75. Keefe F., Somers T., Kothadia S.: Coping with Pain. Pain 2009; XVII, 5: 1-5.
76. Andruszkiewicz A., Wróbel B., Marzec A., Kocięcka A.: Strategie radzenia sobie z bólem u pacjentów ze zmianami zwyrodnieniowymi stawu biodrowego. Probl. Piel. 2008; 16, 3: 237-240.
77. Rolka H., Krajewska-Kułak E., Kułak W., Drozdowski W., Gołębiewska A., Kondzior D.: Akceptacja choroby i strategie radzenia sobie z bólem jako istotne komponenty oceny jakości życia zależnej od stanu zdrowia u chorych z migreną. Doniesienia wstępne. Probl. Piel. 2009; 17, 3: 178-183.
78. McCracken L., Vowles K., Eccleston Ch.: Acceptance of chronic pain: component analysis and a revised assessment method. Pain 2004; 107: 159-166.
79. Malik M., Zarzycka D., Iłżecka J., Jarosz M.: Wartość zdrowia jako czynnik motywacyjny do działań prozdrowotnych. Zdr. Publ. 2009; 119, 1: 33-39.
80. Karwat I., Kamusińska E., Słopiecka A.: Aktualne potrzeby w zakresie edukacji zdrowotnej jednostki i społeczeństwa. Zdr. Publ. 2003; 113, 3/4: 382-386.
81. Żukowska Z.: Styl życia wobec zagrożeń zdrowia współczesnego człowieka i jego miejsce w wychowaniu zdrowotnym. ROCZN. PZH 2006; 57 (supl): 17-22.
82. Motyka M.: Zasoby osobiste determinujące zdrowie. Sztuka Leczenia 2003; IX, 3-4: 41-46.
83. Pudło P., Osuchowski F.: Osobowościowe determinanty zachowań zdrowotnych. Prz. Med. Uniw. Rzeszow. 2008; 4: 321-325.
84. Kocur J., Trendak W.: Depresja i lęk a choroby układu sercowo-naczyniowego. Sztuka Leczenia 2004; X, 3-4: 83-85.

85. Piecewicz-Szczęsna H.: Wybrane czynniki stylu życia rodzin-mieszkańców Sanoka i przylegających gmin. Probl. Hig. Epidemiol 2008; 89, 3: 373-377.
86. Robles T., Kiecolt-Glaser J.: The physiology of marriage: pathways to health. Physiology & Behavior 2003; 79: 409-416.
87. Borowiec A.: Uwarunkowania palenia papierosów przez przedstawicieli klasy średniej w Polsce. Zdr. Publ. 2007; 117, 1: 25-31.
88. Skommer A.: Uwarunkowania zachowań zdrowotnych człowieka. W: Czynniki kształtujące zachowania zdrowotne człowieka na przestrzeni życia. Teoria i praktyka, red. Bartkowiak G. Poznań: Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego; 2008, str. 11-28.
89. Borys B.: Psychologia zdrowia; nowe, szersze zaangażowanie psychologii w problematykę zdrowia i choroby. W: Współczesna terapia dermatoz alergicznych, red. Nowicki R. Gdańsk: Firma AS Consulting-Łódź; 2008, str. 333-344.
90. Cylkowska-Nowak M.: „Opór zdrowotny" i jego konsekwencje dla edukacji i promocji zdrowia. ROCZN. PZH 2006; 57, (supl): 35-42.
91. Tiszczenko E., Surmach M., Piecewicz-Szczęsna H.: Zachowania zdrowotne jako kluczowy czynnik zdrowia. Zdr. Publ. 2009; 119, 1: 86-89.
92. Gromulska L., Piotrowicz M., Cianciara D.: Własna skuteczność w modelach zachowań zdrowotnych oraz w edukacji zdrowotnej. Przegl. Epidemiol. 2009; 63: 425-430.
93. Bandura A.: Heath Promotion by Social-Cognitive Means. Heath Education & Behavior 2004; 31, 2: 143-164.
94. Bandura A.: Social Cognitive Theory: An Agentic Perspective. Annu. Rev. Psychol. 2001; 52: 1-26.
95. Juczyński Z.: Poczucie własnej skuteczności-teoria i pomiar. Acta Univers. Łódź. Folia Psychologica 2000; 4: 11-24.
96. Juczyński Z.: Poczucie własnej skuteczności jako wyznacznik zachowań zdrowotnych. Promocja Zdrowia. Nauki społeczne i Medycyna 1998; 14: 54-63.
97. Jachimowicz V., Kostka T.: Ocena poczucia własnej skuteczności u pensjonariuszy Domu Pomocy Społecznej. Gerontol. Pol. 2009; 17, 1: 23-31.

98. Collins T., Lunos S., Ahluwalia J.: Self-efficacy is associated with walking ability in persons with diabetes mellitus and peripheral arterial disease. Vasc. Med. 2010; 15, 3: 189-195.
99. Wrześniewski K.: Psychologiczne uwarunkowania powstawania i rozwoju chorób somatycznych W: Psychologia, red. Strelau J. Gdańsk: GWP; 2000, str. 493-512.
100. Jakubowska-Winecka A., Wrześniewski K.: Zmiany strategii radzenia sobie ze stresem po przebytym zawale serca a wzór zachowania „A". Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna 1996; III, 8-9: 75-86.
101. Bętkowska-Korpała B.: Psychologia chorych ze schorzeniami kardiologicznymi. W: Psychologia Lekarska w leczeniu chorych somatycznie, red. Bętkowska-Korpała B., Gierowski J. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2007, str. 83-100.
102. Bętkowska-Korpała B.: Rola wzoru zachowania A w prewencji wtórnej choroby niedokrwiennej serca. W: Choroba niedokrwienna serca. Psychologiczne aspekty leczenia i zapobiegania red. Wrześniewski K., Włodarczyk D. Gdańsk: GWP; 2004, str. 175-197.
103. Friedman M., Rossenman R.: Association of specific overt Behavior pattern with blood and cardiovascular findings. Journal of the American Medical Association 1959; 169: 1286-1296. W: 40 prac badawczych, które zmieniły oblicze psychologii, red. Hock RR. Gdańsk: GWP; 2003, str. 254-255.
104. Rymaszewska J., Jakimiec-Podkowa A., Górna R., Chładzińska-Kiejna S.: Choroba wieńcowa-związki somy oraz psyche. Wiad. Lek. 2004; LVII, 5-6: 375-379.
105. Ogińska-Bulik N.: Osobowość typu D a występowanie chorób somatycznych. Sztuka Leczenia 2004; X, 2: 9-16.
106. Stetkiewicz A., Goch A. Adamiak G., Borkowska A.: Cechy temperamentu, depresja oraz funkcje poznawcze u chorych na chorobę niedokrwienną serca. Pol. Merk. Lek. 2008; XXV,150: 523-527.
107. Sęk H.: Wprowadzenie do psychologii klinicznej. Warszawa: Scholar, 2005.
108. Rozanski A., Blumenthal JA., Kaplan J.: Impact of Psychological Factors on the Pathogenesis of Cardiovascular Disease and Implications for Therapy. Circulation 1999; 99: 2192-2217.

109. Al-Asadi J.: Type A behavior pattern: is it a risk factor for hypertension? Eastern Mediterranean Health Journal 2010; 16, 7: 740-745.
110. Chachaj A., Małyszczak K.: Czy określone cechy osobowości mogą prowadzić do wystąpienia nadciśnienia tętniczego? Arterial Hypertension 2008; 12, 4: 300-308.
111. Wrześniewski K.: Styl życia a Zdrowie. Wzór zachowania A. Warszawa: PAN, 1993.
112. Wrześniewski K., Santorski J.: Diagnoza wzoru zachowania „A" jako czynnika ryzyka zawału serca. W: Materiały do nauczania psychologii-metody badań psychologicznych, red. Wołoszynowa L. Warszawa: PAN; 1985, str. 318-333.
113. Heszen I., Sęk H.: Psychologia zdrowia. Warszawa: PWN, 2007.
114. Grygorczuk A.: Pojęcie stresu w medycynie i psychologii. Psychiatria 2008; 5, 3: 111-115.
115. Heszen-Niejodek I.: Podstawowe zagadnienia psychologicznej teorii stresu i radzenia sobie. Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna 1996; 8-9: 7-20.
116. Wrześniewski K.: Style i strategie radzenia sobie ze stresem. Problemy pomiaru. W: Człowiek w sytuacji stresu, red. Heszen-Niejodek I., Ratajczak Z. Katowice: WUŚ; 2000, str. 44-64.
117. Lazarus R.: Coping theory and research: past, present and future. Psychosom. Med. 1993; 55: 234-247.
118. Heszen-Niedodek I.: Teoria stresu psychologicznego i radzenia sobie. W: Psychologia, red. Strelau J. Gdańsk: GWP; 2000, str. 465-449.
119. Parker J., Endler N.: Coping with doping assessment: a critical review. Eur. J. Personal. 1992; 6: 321-344.
120. Tomczak K.: Style radzenia sobie w sytuacji stresowej, przekonanie o własnej skuteczności, nadzieja na sukces u studentów rozpoczynających i kończących studia. Psychoterapia 2009; 2, 149: 67-79.
121. Kokoszka A., Radzio R., Kot W.: Krótka metoda oceny radzenia sobie z chorobą: wersje dla mężczyzn i kobiet. Diabetol. Prakt. 2008; 9, 1: 1-11.
122. Łukasik I.: Predykatory zachowań zdrowotnych. Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska Lublin 2003; LVIII,(supl.XIII), 154: 273-278.
123. Moryś J., Jeżewska M., Rynkiewicz A.: Znaczenie stresu w patogenezie nadciśnienia tętniczego. Część II. Arterial Hypertension 2005; 9, 5: 374-384.

124. Tobiasz-Adamczyk B., Szafraniec K., Bajka J.: Zachowania w chorobie - opis przebiegu choroby z perspektywy pacjenta. Kraków: CMUJ, 1999.
125. Kawczyńska-Butrym Z.: Niepełnosprawność-specyfika pomocy społecznej. Katowice: „Śląsk",1998.
126. Kirenko J., Byra S.: Zasoby osobiste w chorobach psychosomatycznych. Lublin: Wyd. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, 2008.
127. Kmiecik-Baran K.: Skala wsparcia społecznego. Teoria i właściwości psychometryczne. Przegląd psychologiczny 1995; 38, 1/2: 201-214.
128. Pakalska-Korcala A., Zdrojewski T., Piwoński J., Radziwiłłowicz P., Landowski J., Wyrzykowski B.: Stres i niskie wsparcie społeczne jako psychospołeczne czynniki ryzyka chorób sercowo-naczyniowych. Kardiol. Pol. 2006; 64: 80-86.
129. Shen B., Myers H., McCreary Ch. Psychosocial predictors of cardiac rehabilitation quality-of-life outcomes. J. Psychosom. Res. 2006; 60: 3-11.
130. Dudek B., Koniarek J.: Wsparcie społeczne jako modyfikator procesu stresu-wybrane problemy teoretyczne i narzędzie pomiaru. Med. Pr. 2003; 54, 5: 427-435.
131. Juczyński Z.: Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych sp. z o.o, 2009.
132. Dobrogowski J., Wordliczek J.: Kliniczna ocena i postępowanie terapeutyczne w wybranych zespołach bólu ostrego i przewlekłego. W: Leczenie bólu, red. Wordliczek J., Dobrogowski J. Warszawa: PZWL; 2007, str. 171-181.
133. Klocek M.: Kwestionariusze jakości życia w chorobach układu sercowo-naczyniowego. W: Jakość życia w chorobach układu sercowo-naczyniowego, red. Kawecka-Jaksz K., Klocek M., Tobiasz-Adamczyk B. Poznań: Termedia; 2006, str. 97-118.
134. Stanisz A.: Przystępny kurs statystyki z zastosowaniem Statistica PL na przykładach z medycyny. Kraków: Statsoft Polska Sp. z o.o., 2006.
135. Kazalska D.: Psychologiczne uwarunkowania bólu przewlekłego. Konsekwencje nieleczonego bólu. Terapia 2006; 11, 186: 55-62.
136. Golec A.: Ból psychogenny i psychologiczne aspekty bólu. W: Ból przewlekły, red. Dobrogowski J., Wordliczek J. Kraków: MCKP UJ; 2002, str. 63-80.

137. Rosenstiel A., Keefe F.: The use of coping strategies in chronic low back pain patients: relationship to patient characteristics and current adjustment. Pain 1983; 17: 33-44.
138. McCracken L., Eccleston Ch.: A comparison of the relative of coping and acceptance-based measures in a sample of chronic pain sufferers. Eur J Pain 2006; 10: 23-29.
139. Wiśniewska A, Szewczyk M, Cwajda-Białasik J., Cierzniakowska K., Jawień A.: Przekonania na temat kontroli bólu u chorych z przewlekłym niedokrwieniem kończyn dolnych. Piel. Chir. Angiol. 2009; 3: 113-121.
140. Golec K., Szewczyk M., Stodolska A., Górka A.: Ocena stopnia realizacji standardu w opiece okołooperacyjnej nad chorym z miażdżycą tętnic kończyn dolnych. Piel. Chir. Angiol. 2007; 2: 69-76.
141. Sztuczka E., Szewczyk M.: Ocena motywacji chorych z miażdżycą tętnic kończyn dolnych do zaprzestania palenia tytoniu na podstawie testu Niny Schneider. Piel. Chir. Angiol. 2008; 1: 5-11.
142. Piotrowska R., Dobosz M., Halena G., Książek J.: Edukacja terapeutyczna w leczeniu chorych na miażdżycę kończyn dolnych. Piel. Chir. Angiol. 2011; 1: 13-17.
143. Motyka M. Rola aktywnego słuchania w komunikacji terapeutycznej z pacjentem. Probl. Piel. 2011; 19, 2: 259-265.
144. Vroege J., Aaronson N.: Type A behavior and social support among employed women. Behav. Med. 1994; 19, 4: 169-173.
145. Pająk A. i wsp.: Polish Forum for Prevention Guidelines on Psychosocial Cardiovascular Disease Risk Factors. Kardiol. Pol. 2009; 67, 9: 1048-1051.
146. Broadwell S., Light K.: Family support and cardiovascular responses in married couples during conflict and other interactions. Int. J. Behav. Med. 1999; 6, 1: 40-63.
147. Olszewska K., Tobiasz-Adamczyk B., Kawecka-Jaszcz K.: Stres a nadciśnienie tętnicze w związkach małżeńskich. Arterial Hypertension 2009; 13, 4: 281-285.
148. Unruh A., Ritchie J., Merskey H.: Does gender affect appraisal of pain and pain coping strategies? Clin. J. Pain. 1999; 15: 31-40.

149. Opuchlik K., Wrzesińska M., Kocur J.: Ocena poziomu stylów radzenia sobie ze stresem i poczucia umiejscowienia kontroli zdrowia u osób z chorobą niedokrwienną serca i nadciśnieniem tętniczym. Psychiatr. Pol. 2009; XLIII, 2: 235-245.
150. Orzechowska A., Florkowski A., Gruszczyński W., Zboralski K., Wysokiński A., Gałecki P., Talarowska M.: Status socjoekonomiczny a zachowania agresywne i style radzenia sobie ze stresem. Psychiatr. Pol. 2009; XLIII,1: 53-63.

8. Spis tabel

Tabela I. Klasyfikacja choroby tętnic obwodowych: stopnie Fontaine`a 17
Tabela II. Charakterystyka socjo-demograficzna badanych 41
Tabela III. Charakterystyka kliniczna badanych z uwzględnieniem płci 42
Tabela IV. Etapy badań 44
Tabela V. Strategie radzenia sobie z bólem w badanych grupach z podziałem na płeć 45
Tabela VI. Podsumowanie regresji zmiennej zależnej CSQ - przewartościowanie doznań bólu - grupa badana 48
Tabela VII. Podsumowanie regresji zmiennej zależnej CSQ - przewartościowanie doznań bólu - grupa porównawcza 48
Tabela VIII. Podsumowanie regresji zmiennej zależnej odwracanie uwagi - grupa badana 50
Tabela IX. Podsumowanie regresji zmiennej zależnej odwracanie uwagi - grupa porównawcza 50
Tabela X. Podsumowanie regresji zmiennej zależnej katastrofizowanie - grupa badana 52
Tabela XI. Podsumowanie regresji zmiennej zależnej katastrofizowanie - grupa porównawcza 52
Tabela XII. Podsumowanie regresji zmiennej zależnej ignorowanie doznań - grupa badana 54
Tabela XIII. Podsumowanie regresji zmiennej zależnej ignorowanie doznań - grupa porównawcza 54
Tabela XIV. Podsumowanie regresji zmiennej zależnej modlenie się/pokładanie nadziei - grupa badana 56
Tabela XV. Podsumowanie regresji zmiennej zależnej modlenie się/pokładanie nadziei - grupa porównawcza 57
Tabela XVI. Podsumowanie regresji zmiennej zależnej deklarowanie radzenia sobie - grupa badana 59
Tabela XVII. Podsumowanie regresji zmiennej zależnej deklarowanie radzenia sobie - grupa porównawcza 59
Tabela XVIII. Podsumowanie regresji zmiennej zależnej zwiększona aktywność behawioralna - grupa badana 61
Tabela XIX. Podsumowanie regresji zmiennej zależnej zwiększona aktywność behawioralna - grupa porównawcza 61
Tabela XX. Podsumowanie regresji zmiennej zależnej kontrola bólu - grupa badana 63
Tabela XXI. Podsumowanie regresji zmiennej zależnej kontrola bólu - grupa porównawcza 63
Tabela XXII. Podsumowanie regresji zmiennej zależnej zdolność zmniejszania bólu - grupa badana 65

Tabela XXIII. Podsumowanie regresji zmiennej zależnej zdolność zmniejszania bólu - grupa porównawcza 65
Tabela XXIV. Korelacje stopnia zaawansowania choroby ze strategiami radzenia sobie z bólem 66
Tabela XXV. Korelacje pomiędzy wybranymi zmiennymi socjo-demograficznymi a strategiami radzenia sobie z bólem u pacjentów z PAD 67
Tabela XXVI. Korelacje pomiędzy wybranymi zmiennymi socjo-demograficznymi a strategiami radzenia sobie z bólem u pacjentów z RZS 68
Tabela XXVII. Korelacje pomiędzy wiekiem a strategiami radzenia sobie z bólem u pacjentów z PAD oraz RZS 69
Tabela XXVIII. Statystyki subiektywnego stanu zdrowia (EQ-5D) z podziałem na grupy i płeć 70
Tabela XXIX. Korelacje samooceny stanu zdrowia ze strategiami radzenia sobie z bólem 71
Tabela XXX. Statystyki natężenia dolegliwości bólowych z podziałem na grupy i płeć 72
Tabela XXXI. Korelacje wybranych czynników z natężeniem bólu dla grupy pacjentów z PAD 74
Tabela XXXII. Korelacje wybranych czynników z natężeniem bólu dla grupy pacjentów z RZS 75
Tabela XXXIII. Statystyki kontroli bólu (BPCQ) z podziałem na grupy i płeć 76
Tabela XXXIV. Korelacje umiejscowienia kontroli bólu ze strategiami radzenia sobie z bólem u pacjentów z PAD 80
Tabela XXXV. Korelacje umiejscowienia kontroli bólu ze strategiami radzenia sobie z bólem u pacjentów z RZS 81
Tabela XXXVI. Statystyki zachowań zdrowotnych (IZZ) z podziałem na grupy i płeć 82
Tabela XXXVII. Korelacje pomiędzy zachowaniami zdrowotnymi a strategiami radzenia sobie z bólem u pacjentów z PAD 83
Tabela XXXVIII. Korelacje pomiędzy zachowaniami zdrowotnymi a strategiami radzenia sobie z bólem u pacjentów z RZS 84
Tabela XXXIX. Statystyki osobowości Typu A z podziałem na grupy i płeć 86
Tabela XL. Korelacje pomiędzy osobowością Typu A a strategiami radzenia sobie z bólem u pacjentów z PAD 90
Tabela XLI. Korelacje pomiędzy osobowością Typu A a strategiami radzenia sobie z bólem u pacjentów z RZS 91
Tabela XLII. Statystyki wsparcia społecznego z podziałem na grupy i płeć 92
Tabela XLIII. Korelacje pomiędzy wsparciem społecznym a strategiami radzenia sobie z bólem u pacjentów z PAD 93
Tabela XLIV. Korelacje pomiędzy wsparciem społecznym a strategiami radzenia sobie z bólem u pacjentów z RZS 95

9. Spis rycin

Rycina 1. Uruchamianie strategii przewartościowanie doznań bólu w badanych grupach z uwzględnieniem płci 47
Rycina 2. Uruchamianie strategii odwracanie uwagi w badanych grupach z uwzględnieniem płci 49
Rycina 3. Uruchamianie strategii katastrofizowanie w badanych grupach z uwzględnieniem płci 51
Rycina 4. Uruchamianie strategii ignorowanie doznań w badanych grupach z uwzględnieniem płci 53
Rycina 5. Uruchamianie strategii modlenie się/pokładanie nadziei w badanych grupach z uwzględnieniem płci 56
Rycina 6. Uruchamianie strategii deklarowanie radzenia sobie w badanych grupach z uwzględnieniem płci 58
Rycina 7. Uruchamianie strategii zwiększona aktywność behawioralna w badanych grupach z uwzględnieniem płci 60
Rycina 8. Uruchamianie strategii kontrola bólu w badanych grupach z uwzględnieniem płci 62
Rycina 9. Uruchamianie strategii zdolność zmniejszania bólu w badanych grupach z uwzględnieniem płci 64
Rycina 10. Poziom subiektywnego stanu zdrowia (EQ-5D) badanych grup z uwzględnieniem płci 70
Rycina 11. Poziom natężenia dolegliwości bólowych (VAS) w badanych grupach z uwzględnieniem płci 73
Rycina 12. Przekonanie o kontroli bólu przez czynniki wewnętrzne w badanych grupach z uwzględnieniem płci 77
Rycina 13. Przekonanie o kontroli bólu przez wpływ lekarzy w badanych grupach z uwzględnieniem płci 78
Rycina 14. Przekonanie o kontroli bólu przez przypadkowe zdarzenia w badanych grupach z uwzględnieniem płci 79
Rycina 15. Osobowość Typu A chorych w badanych grupach z uwzględnieniem płci 87
Rycina 16. Czynnik 1- pośpiech osobowości Typu A chorych w badanych grupach z uwzględnieniem płci 88
Rycina 17. Czynnik 2 - rywalizacja osobowości Typu A chorych w badanych grupach z uwzględnieniem płci 89

10. Aneks

Kwestionariusz ankiety danych osobowych - PNKD

Zwracam się z uprzejmą prośbą o wypełnienie poniższej ankiety.

Jest ona dobrowolna i anonimowa, a uzyskane dane będą wykorzystane wyłącznie do celów naukowych.

Odpowiedzi na pytania ankietowe należy udzielać poprzez zakreślenie właściwej odpowiedzi, a w miejscach wykropkowanych proszę o szerszą wypowiedź.

Dziękuję za poświęcenie czasu na wypełnienie ankiety.

Imię i Nazwisko:…… Kod pacjenta:…….

I. Dane osobowe

1. Wiek …….. lat
2. Płeć:
    a. Mężczyzna
    b. Kobieta
3. Wykształcenie:
    a. Podstawowe
    b. Zawodowe
    c. Średnie
    d. Wyższe licencjackie
    e. Wyższe magisterskie
4. Aktywność zawodowa:
    a. Pracuje
    b. Renta
    c. Emerytura
    d. Bezrobocie
    e. Inne……..
5. Miejsce zamieszkania:
    a. Miasto 50 – 100 tys. mieszkańców
    b. Miasto 30 – 50 tys. mieszkańców
    c. Miasto do 30 tys. mieszkańców
    d. Wieś

6. Stan cywilny:

    a. Zamężna/żonaty
    b. Wdowiec / wdowa
    c. Wolny/wolna
    d. Inne……

7. Mieszka Pan/Pani:

    a. Z rodziną
    b. Sam
    c. Inne……

II. Sytuacja zdrowotna

8. Czy pali Pan/Pani papierosy?

    a. Tak (ile sztuk dziennie)……
    b. Nie

9. Od ilu lat Pan/Pani pali?

    ……

10. Od ilu lat Pan/Pani choruje na przewlekłe niedokrwienie kończyn dolnych?

    ……

11. Czy odczuwa Pan/Pani ból w kończynie?

    a. Nie
    b. Tak, po przejściu do 200 metrów
    c. Tak, po przejściu ponad 200 metrów
    d. Tak, odczuwam ból niezależnie od dystansu (ból spoczynkowy)

12. Czy jest Pan/Pani pod opieką Poradni Naczyniowej lub chirurga naczyniowego?

    a. Tak
    b. Nie

13. Jak często korzysta Pan/Pani z kontroli w Poradni Naczyniowej lub chirurga naczyniowego?

    a. 1 raz w miesiącu
    b. 1 raz na trzy miesiące
    c. 1 raz na pół roku
    d. 1 raz w roku
    e. Inne……

Kwestionariusz ankiety danych osobowych - RZS

Zwracam się z uprzejmą prośbą o wypełnienie poniższej ankiety.

Jest ona dobrowolna i anonimowa, a uzyskane dane będą wykorzystane wyłącznie do celów naukowych.

Odpowiedzi na pytania ankietowe należy udzielać poprzez zakreślenie właściwej odpowiedzi, a w miejscach wykropkowanych proszę o szerszą wypowiedź.

Dziękuję za poświęcenie czasu na wypełnienie ankiety.

Imię i Nazwisko:…… Kod pacjenta:…….

I. Dane osobowe

1. Wiek ……. lat
2. Płeć:
    a. Mężczyzna
    b. Kobieta
3. Wykształcenie:
    a. Podstawowe
    b. Zawodowe
    c. Średnie
    d. Wyższe licencjackie
    e. Wyższe magisterskie
4. Aktywność zawodowa:
    a. Pracuje
    b. Renta
    c. Emerytura
    d. Bezrobocie
    e. Inne……
5. Miejsce zamieszkania:
    a. Miasto 50 – 100 tys. mieszkańców
    b. Miasto 30 – 50 tys. mieszkańców
    c. Miasto do 30 tys. mieszkańców
    d. Wieś

6. Stan cywilny:

    a. Zamężna/żonaty
    b. Wdowiec / wdowa
    c. Wolny/wolna
    d. Inne……

7. Mieszka Pan/Pani:

    a. Z rodziną
    b. Sam
    c. Inne……

II. Sytuacja zdrowotna

8. Czy pali Pan/Pani papierosy?

    a. Tak (ile sztuk dziennie)……
    b. Nie

9. Od ilu lat Pan/Pani pali?

    …….

10. Od ilu lat Pan/Pani choruje na reumatoidalne zapalenie stawów?

    ……

11. Czy odczuwa Pan/Pani ból ?

    a. Nie
    b. Tak, zwłaszcza wieczorem
    c. Tak, niezależnie od pory dnia
    d. Inne……

12. Czy jest Pan/Pani pod opieką Poradni Reumatologicznej lub reumatologa?

    a. Tak
    b. Nie

13. Jak często korzysta Pan/Pani z kontroli w Poradni Reumatologicznej lub reumatologa?

    a. 1 raz w miesiącu
    b. 1 raz na trzy miesiące
    c. 1 raz na pół roku
    d. 1 raz w roku
    e. Inne……

A.K. Rosenstiel i F.J. Keefe

CSQ

Adaptacja: Z. Juczyński

Doświadczając bólu człowiek nabywa różnych sposobów postępowania i radzenia sobie z nim. Polegają one na wmawianiu sobie czegoś w czasie doświadczenia bólu czy też angażowaniu się w różne czynności. Poniżej podano zestaw różnych czynności, jakie ludzie podejmują, gdy odczuwają ból.

Używając poniższej skali należy podać – ***jak często Pan/i tak postępuje, gdy odczuwa ból.*** Ocena 0 wskazuje, że nigdy tego nie robię, ocena 3 wskazuje, że czasem, ocena 6 wskazuje, że zawsze tak postępuję, gdy odczuwam ból.

Dla każdego stwierdzenia można podać tylko jedną ocenę, którą należy wpisać w pustą kratkę

0	1	2	3	4	5	6
nigdy tego nie robię			czasem to robię			zawsze to robię

Gdy odczuwam ból…..

1. ☐ Próbuję zdystansować się od bólu tak, jakby ból tkwił w jakimś innym ciele
2. ☐ Wychodzę z domu i zajmuję się czymś, np. idę do kina lub na zakupy
3. ☐ Staram się myśleć o czymś przyjemnym
4. ☐ Nie myślę o nim jako o bólu, lecz raczej jako o monotonnym lub ciepłym doznaniu
5. ☐ To jest okropne i czuję, że nigdy nie będzie lepiej
6. ☐ Wmawiam sobie, że jestem dzielny i nie przerywam swoich czynności pomimo bólu
7. ☐ Zajmuję się czytaniem
8. ☐ Wmawiam sobie, że potrafię pokonać ten ból
9. ☐ W myślach zaczynam liczyć lub nucić jakąś piosenkę
10. ☐ Po prostu myślę o nim jako o innym odczuciu, takim jak na przykład zdrętwienie
11. ☐ To jest straszne i czuję, że mnie przygniata
12. ☐ Rozwiązuję łamigłówki, aby nie myśleć o bólu

13. ☐ Czuję, że moje życie jest nic nie warte
14. ☐ Wiem, że pewnego dnia ktoś przyjdzie mi z pomocą i ból, chociaż na chwilę minie
15. ☐ Modlę się, aby to nie trwało długo
16. ☐ Staram się nie myśleć o nim, jako o moim ciele, a raczej jak o czymś poza mną
17. ☐ Nie myślę o bólu
18. ☐ Próbuję wybiegać myślami daleko w przyszłość i myśleć o tym, jak to będzie, gdy pozbędę się bólu
19. ☐ Wmawiam sobie, że to nie boli
20. ☐ Mówię sobie, że nie pozwolę, aby ból uniemożliwiał mi robienie tego, co muszę
21. ☐ W ogóle nie zwracam na niego uwagi
22. ☐ Wierzę w lekarzy, że pewnego dnia będzie lekarstwo na mój ból
23. ☐ Bez względu na to, jak jest źle, wiem, że sobie z nim poradzę
24. ☐ Udaję, że mnie nie boli
25. ☐ Cały czas się martwię, czy to się skończy
26. ☐ Odtwarzam w pamięci przyjemne chwile z przeszłości
27. ☐ Myślę o ludziach, z którymi przyjemnie mi się współpracuje
28. ☐ Modlę się, żeby przestało boleć
29. ☐ Wyobrażam sobie, że ból jest poza moim ciałem
30. ☐ Po prostu postępuję tak, jakby się nic nie stało
31. ☐ Traktuję go jako wyzwanie i nie pozwalam by mnie dręczył
32. ☐ Chociaż mnie boli, ja po prostu robię dalej to, co robiłem
33. ☐ Czuję , że już dłużej go nie wytrzymam
34. ☐ Staram się przebywać wśród innych ludzi
35. ☐ Lekceważę go
36. ☐ Polegam na swojej wierze w Boga
37. ☐ Czuję, że dłużej już nie mogę
38. ☐ Myślę o rzeczach, które sprawiają mi przyjemność

39. ☐ Robię cokolwiek, aby nie myśleć o bólu

40. ☐ Robię to, co lubię, np. oglądam telewizję lub słucham muzyki

41. ☐ Udaję, że ból nie jest częścią mnie

42. ☐ Robię coś, co wymaga aktywności, na przykład wykonuję różne prace domowe

---

1. Biorąc pod uwagę wszystkie Twoje sposoby postępowania i radzenia sobie z bólem w trakcie przeciętnego dnia, oceń - ***w jakim stopniu, w Twoim odczuciu, panujesz nad swoim bólem?***

Otocz kółkiem właściwą cyfrę. Pamiętaj, że można wybrać tylko jedną cyfrę.

0	1	2	3	4	5	6
nie panuję			częściowo panuję			całkowicie panuję

2. Biorąc pod uwagę wszystkie Twoje sposoby postępowania i radzenia sobie z bólem w trakcie przeciętnego dnia, oceń – ***w jakim stopniu jesteś w stanie go zmniejszyć?***

Otocz kółkiem właściwą cyfrę. Pamiętaj, że można wybrać tylko jedną cyfrę.

0	1	2	3	4	5	6
w ogóle nie potrafię go zmniejszyć			potrafię go częściowo zmniejszyć			potrafię go całkowicie zmniejszyć

ODWR	PRZE	KATA	IGNO	MÓDL	DEKL	AKTY	KON	ZMN

Skevington

BPCQ

Adaptacja: Z. Juczyński

Poniżej podano różne opinie, jakie ludzie wyrażają na temat bólu. Proszę przeczytać uważnie każde zdanie i wskazać (otaczając kółkiem odpowiednią liczbę przy każdym stwierdzeniu) ***w jakim stopniu zgadza się Pan/i z podaną opinią***. Nie ma tu odpowiedzi ani dobrych ani złych, chodzi wyłącznie o Pana/i poglądy. Poszczególne punkty oznaczają:

1 – NIE, zupełnie nie zgadzam się

2 – nie zgadzam się

3 – raczej nie zgadzam się

4 – raczej zgadzam się

5 – zgadzam się

6 – TAK, całkowicie zgadzam się

1.	Dbając dobrze o siebie mogę zazwyczaj uniknąć bólu	1 2 3 4 5 6
2.	Cokolwiek zrobię, to i tak mój ból będzie zależał od umiejętności lekarzy	1 2 3 4 5 6
3.	Kiedy tylko odczuwam ból, to jest to zazwyczaj spowodowane czymś, co zrobiłem lub czego nie zrobiłem	1 2 3 4 5 6
4.	Brak bólu jest w dużym stopniu sprawą szczęścia	1 2 3 4 5 6
5.	Jeżeli mam cierpieć, to będę cierpieć niezależnie od tego, co zrobię	1 2 3 4 5 6
6.	Właściwie to mój ból zależy od tego, co lekarze zrobią dla mnie	1 2 3 4 5 6
7.	Jeżeli nie poszukam pomocy medycznej, to nie uda mi się zmniejszyć bólu	1 2 3 4 5 6
8.	Gdy odczuwam ból, to wiem, że jest to spowodowane tym, że nie stosowałem odpowiednich ćwiczeń lub nie jadłem właściwego pożywienia	1 2 3 4 5 6
9.	Tak naprawdę to ból powodowany jest przypadkowymi zdarzeniami	1 2 3 4 5 6
10	Ból jest wynikiem własnej nieostrożności	1 2 3 4 5 6
11	Jestem bezpośrednio odpowiedzialny za swój ból	1 2 3 4 5 6
12	Ulga w bólu w głównej mierze zależy od lekarzy	1 2 3 4 5 6
13	Ludzie, którzy nigdy nie odczuwali bólu maja po prostu szczęście	1 2 3 4 5 6

W	L	P

Grupa badawcza FHS

TYP A – FRAMINGHAM

Adaptacja: Z. Juczyński

Należy uważnie przeczytać poniżej podane stwierdzenia, które opisują różne cechy i właściwości człowieka i jego zachowania w czasie pracy zawodowej. Dla każdego pytania należy wybrać jedną, najbardziej właściwą dla siebie odpowiedź, wstawiając X w odpowiednim kwadracie.

Uwaga: Jeżeli nie pracuje Pan/Pani zawodowo poza domem, to pytania należy odnieść do swojej typowej pracy domowej.

	Cechy i właściwości, które mnie określają	zdecydowanie TAK	raczej tak	raczej nie	zdecydowanie NIE
1.	Bardzo staram się i potrafię sprostać rywalizacji……..	☐	☐	☐	☐
2.	Zwykle brakuje mi czasu……	☐	☐	☐	☐
3.	Jestem zapracowany lub dominujący.	☐	☐	☐	☐
4.	Odczuwam silną potrzebę bycia doskonałym……	☐	☐	☐	☐
5.	Jem posiłki zbyt szybko…….	☐	☐	☐	☐

	Pod koniec przeciętnego dnia mam odczucie, że:	TAK	NIE
6.	Często brakuje mi czasu……...	☐	☐
7.	Myślę o pracy również po powrocie do domu…….	☐	☐
8.	Praca zmusza mnie do wysiłku na granicy możliwości…….....	☐	☐
9.	Odczuwam często niepewność lub niezadowolenie z tego co zrobiłem…	☐	☐
10.	Gdy muszę na coś czekać, to odczuwam zdenerwowanie……	☐	☐

TYP A	P	R

Z. Juczyński

IZZ

Poniżej podano przykłady różnych zachowań związanych ze zdrowiem.

Jak często w ciągu roku przestrzega Pan/Pani wymienionych poniżej zachowań?

Proszę odpowiedzieć szczerze wpisując do każdej kratki liczbę wyrażającą właściwą dla siebie odpowiedź:

1 – prawie nigdy

2 – rzadko

3 – od czasu do czasu

4 – często

5 – prawie zawsze

---

1. ☐ Jem dużo owoców, warzyw
2. ☐ Unikam przeziębień
3. ☐ Poważnie traktuję wskazówki osób wyrażających zaniepokojenie moim zdrowiem
4. ☐ Wystarczająco dużo odpoczywam
5. ☐ Ograniczam spożywanie takich produktów, jak tłuszcze zwierzęce, cukier
6. ☐ Mam zanotowane numery telefonów służb pogotowia
7. ☐ Unikam sytuacji, które wpływają na mnie przygnębiająco
8. ☐ Unikam przepracowania
9. ☐ Dbam o prawidłowe odżywianie
10. ☐ Przestrzegam zaleceń lekarskich wynikających z moich badań
11. ☐ Staram się unikać zbyt silnych emocji, stresów i napięć
12. ☐ Kontroluję swoja wagę ciała
13. ☐ Unikam spożywania żywności z konserwantami
14. ☐ Regularnie zgłaszam się na badania lekarskie
15. ☐ Mam przyjaciół i uregulowane życie rodzinne

16. ☐ Wystarczająco dużo śpię
17. ☐ Unikam soli i silnie solonej żywności
18. ☐ Staram się dowiedzieć, jak inni unikają chorób
19. ☐ Unikam takich uczuć, jak gniew, lek i depresja
20. ☐ Ograniczam palenie tytoniu
21. ☐ Jem pieczywo pełnoziarniste
22. ☐ Staram się uzyskać informacje medyczne i zrozumieć przyczyny zdrowia i choroby
23. ☐ Myślę pozytywnie
24. ☐ Unikam nadmiernego wysiłku fizycznego
25. ☐ Inne, jakie?.....

ZZ	sten	PN	ZP	PN	PZ

Skala Wsparcia Społecznego

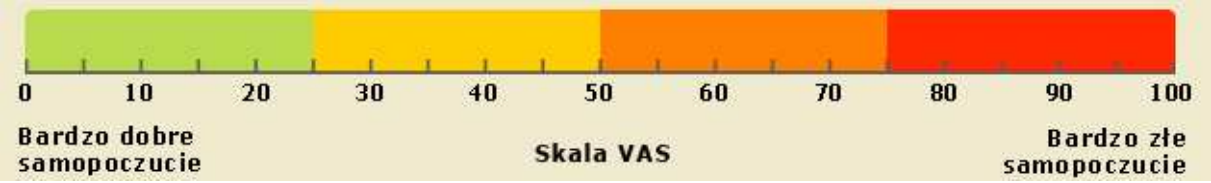
Przedstawione poniżej zdania dotyczą wsparcia społecznego otrzymywanego od różnych grup społecznych tj.: rodziny, sąsiadów, kolegów, przyjaciół, pielęgniarek, lekarzy, rehabilitantów itp.

W przedstawionej tabeli proszę zaznaczyć **„×”** odpowiedź, która jest zgodna z prawdą

	tak	Raczej tak	Czasami tak czasami nie	Raczej nie	nie
WSPARCIE INFORMACYJNE					
1. Cierpliwie tłumaczą, gdy czegoś nie rozumiem					
2. Zdarza się, że wiedzą coś ważnego, o czym powinnam również wiedzieć, lecz nie mówią mi o tym					
3. Ostrzegają mnie, gdy grozi mi niebezpieczeństwo					
4. Zdarza się, że celowo wprowadzają mnie w błąd					
5. Gdy pragnę uzyskać porady, wskazówki jestem traktowany jak intruz					
6. Przy podejmowaniu ważnych decyzji ich rady okazały się cenne					
WSPARCIE INSTRUMENTALNE					
7. Pożyczają mi pieniądze, gdy jestem w potrzebie					
8. Opiekują się mną, gdy tego potrzebuję					
9. Gdy proszę o konkretną pomoc, nie ukrywają złości					
10. Na ogół nie zdarza się, by sami od siebie wyszli z propozycją konkretnej pomocy					
11. Gdy znajduję się w potrzebie, nie mogę liczyć na ich pomoc					
12. Organizują kontakty z ludźmi, których potrzebuję					
WSPARCIE WARTOŚCIUJĄCE					
13. Dzięki nim wiem, że wiele znaczę					
14. Uważają, że nic nie potrafię dobrze zrobić					
15. W ich towarzystwie czuję się nikim					
16. Przy rozstrzyganiu ważnych problemów mój głos jest decydujący					
17. Często proszą mnie o poradę					
18. Na ogół powierzają mi zadania mało ważne					
WSPARCIE EMOCJONALNE					
19. Źle się czuję w ich towarzystwie					
20. Są dla mnie obcy					
21. Rozumieją mnie					
22. Akceptują mnie takiego, jakim jestem					
23. Czuje się przez nich lekceważony					
24. W ich towarzystwie czuję się bezpieczny					

Skala Wizualno – Analogowa

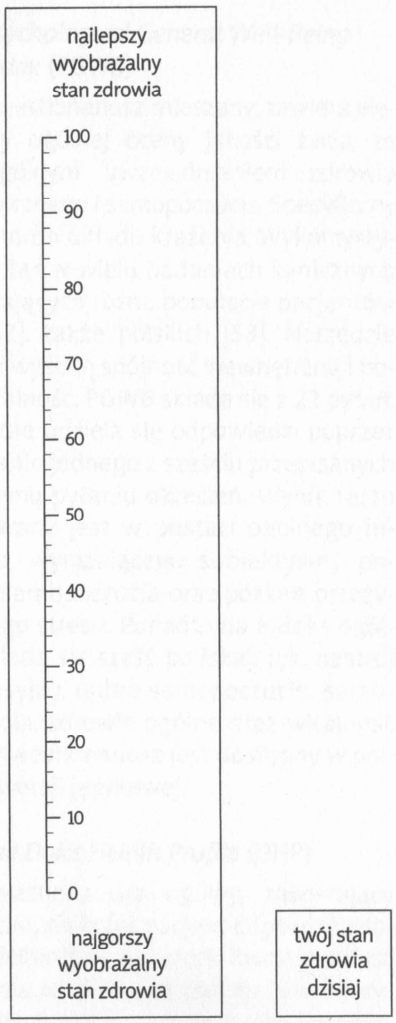
Na poniższej skali proszę zaznaczyć natężenie bólu jakie Pan/Pani odczuwa



Punkt **0** oznacza całkowity brak bólu lub aktywności choroby,

natomiast punkt **100** to ból najsilniejszy lub największe nasilenie choroby.

Termometr EuroQol (EQ-5D)

EuroQoL (EQ-5D)

Aby umożliwić Państwu ocenę, jak dobry lub zły jest ich stan zdrowia, przygotowaliśmy skalę (podobną do skali termometru), na której najlepszy stan zdrowia, jaki można sobie wyobrazić, jest oznaczony liczbą 100, a najgorszy stan zdrowia, jaki można sobie wyobrazić, jest oznaczony jako 0. Chcielibyśmy, abyś wskazał na skali, jak dobry lub zły jest według Ciebie stan Twojego zdrowia dzisiaj. Zrób to, rysując linię z kostki poniżej do jakiegokolwiek punktu na skali, określającego, jak dobry lub zły jest Twój aktualny stan zdrowia.