

Kontrola bólu i akceptacja choroby wśród pacjentów z reumatoidalnym zapaleniem stawów

Ilona Barańska¹, Aldona Wróbel¹

¹ Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków

Barańska I, Wróbel A. Kontrola bólu i akceptacja choroby wśród pacjentów z reumatoidalnym zapaleniem stawów. Med Og Nauk Zdr. 2018; 24(3): 195–200. doi: 10.26444/monz/94124

Streszczenie

Cel pracy. Reumatoidalne zapalenie stawów jest przewlekłą autoimmunologiczną chorobą tkanki łącznej. Przez cały okres jej trwania pacjentom towarzyszy przewlekły ból stawów o różnym stopniu nasilenia, który utrudnia im funkcjonowanie. Strategie radzenia sobie z bólem i przekonania na temat kontroli bólu mogą okazać się kluczowe w zaakceptowaniu choroby oraz poprawie jakości ich życia. Celem badania była ocena: 1) strategii radzenia sobie z bólem, 2) przekonania na temat kontroli bólu oraz 3) stopnia akceptacji choroby wśród pacjentów chorych na reumatoidalne zapalenie stawów.

Materiał i metody. Badanie przeprowadzono w 2017 roku wśród 140 pacjentów jednego z małopolskich szpitali. Narzędzie badawcze składało się z trzech zwalidowanych skal: Kwestionariusza Strategii Radzenia Sobie z Bólem (CSQ), Kwestionariusza Przekonań na Temat Kontroli Bólu (BPCQ) oraz Skali Akceptacji Choroby (AIS). Ponadto respondentów pytano o cechy społeczno-demograficzne oraz stan zdrowia.

Wyniki. Średni wiek badanej grupy wynosi 50,87 lat ($\pm 13,46$). Kobiety stanowiły 80,0% próby ($n=112$). Wszyscy pacjenci przyznali, że odczuwają ból, z czego ponad połowa (55,71%) odczuwa go codziennie. Najczęściej stosowane strategie radzenia sobie z bólem wśród badanych to: zwiększona aktywność behawioralna (3,16) oraz deklarowanie radzenia sobie (3,15). W przypadku przekonania na temat kontroli bólu badani najczęściej wskazywali, że największy wpływ na kontrolę bólu mają czynniki wewnętrzne (15,86). Średni poziom akceptacji choroby w badanej próbie wynosił 25,55 pkt, co świadczy o przeciętnym stopniu przystosowania do choroby.

Wnioski. Badanie dostarcza dowodów naukowych dotyczących strategii radzenia sobie z bólem, przekonania na temat kontroli bólu i stopnia akceptacji choroby u pacjentów z reumatoidalnym zapaleniem stawów.

Słowa kluczowe

reumatoidalne zapalenie stawów, ból, kontrola bólu, akceptacja choroby

WPROWADZENIE

Reumatoidalne zapalenie stawów (RZS) jest przewlekłą autoimmunologiczną chorobą tkanki łącznej. W Polsce na RZS choruje ok. 0,5–2% społeczeństwa. Kobiety zapadają na tę chorobę 3–4 razy częściej niż mężczyźni [1]. Charakteryzuje się ona głównie zapaleniem symetrycznych stawów oraz występowaniem zmian pozastawowych. W związku z przewlekłym procesem zapalnym obejmującym stawy dochodzi do ich deformacji a w konsekwencji – do ograniczenia sprawności chorego. RZS cechuje się występowaniem naprzemiennych zaostrzeń i remisji. Przez cały okres trwania choroby pacjentom towarzyszy przewlekły ból stawów o różnym stopniu nasilenia, który utrudnia im funkcjonowanie [2–5]. Leczenie RZS obejmuje postępowanie farmakologiczne oraz nefarmakologiczne [6]. Częstym problemem chorych na RZS są depresja i zaburzenia nastoju. Szacuje się, że od 13 do 65% pacjentów z RZS ma depresję [7]. W związku z tym, że pacjenci prawie przez cały czas odczuwają ból, ważne jest to, czy i jak potrafią radzić sobie z bólem oraz w jaki sposób go kontrolują. Aspekty te mogą okazać się kluczowe w zaakceptowaniu choroby oraz poprawie jakości ich życia [8]. W literaturze istnieją dwie główne strategie radzenia sobie z chorobą. Pierwsza z nich polega na skupianiu się na

rozwiązaniu problemu. Chory koncentruje się na wyzdrowieniu, pokonaniu stresu, odwracaniu uwagi od bólu oraz podejmowaniu działań, które mają na celu zmniejszenie bólu. Druga strategia polega na koncentrowaniu się na emocjach i charakteryzuje się szukaniem wsparcia oraz biernością [9]. Badania pokazują, że chorzy na choroby przewlekłe mogą stosować różne metody radzenia sobie z bólem. Najczęściej jest to modlitwa/pokładanie nadziei oraz deklarowanie radzenia sobie. W odniesieniu do strategii polegającej na przewartościowaniu doznań bólu literatura jest niejednoznaczna. Część badań wskazuje, że jest to strategia najrzadziej stosowana przez chorych, inni wymieniają ją jako jedną z najczęściej występujących [10, 11]. Ból, jaki odczuwają pacjenci, przekłada się również na to, w jakim stopniu są w stanie zaakceptować chorobę. Im większy ból, tym mniejszy stopień jej akceptacji [12].

CEL BADANIA

Celem badania była ocena: 1) strategii radzenia sobie z bólem, 2) przekonania na temat kontroli bólu oraz 3) stopnia akceptacji choroby wśród pacjentów chorych na RZS.

Adres do korespondencji: Ilona Barańska, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, ul. Michałowskiego 12, 31-126 Kraków, Polska
E-mail: ilona.baranska@uj.edu.pl

Nadesłano: 9 lipca 2018; Zaakceptowano: 9 września 2018

MATERIAŁ I METODY

W badaniu wzięło udział 140 pacjentów jednego z krakowskich szpitali chorujących na RZS. Wszyscy pacjenci wyrazili świadomą zgodę na udział w badaniu. Kryteria włączenia do badania to: rozpoznanie RZS, wiek od 18 do 75 lat, wyrażenie zgody na udział w badaniu. Z badania wykluczono osoby, które z powodu stanu zdrowia nie były w stanie samodzielnie udzielić odpowiedzi na pytania. Badanie zrealizowano w 2017 roku.

Do jego przeprowadzenia użyto kwestionariusza, który składa się z następujących elementów:

- 1) metryczki dotyczącej danych społeczno-demograficznych,
- 2) pytań o stan zdrowia (czas trwania choroby, występowanie innych chorób itp.),
- 3) Kwestionariusza Strategii Radzenia Sobie z Bólem (CSQ),
- 4) Kwestionariusza Przekonań na Temat Kontroli Bólu (BPCQ),
- 5) Skali Akceptacji Choroby (AIS).

Kwestionariusz Strategii Radzenia Sobie z Bólem (CSQ) autorstwa A. Rosenstiel i F. Keefe w adaptacji polskiej Z. Juczyńskiego. Wewnętrzna spójność (współczynnik alfa Cronbacha) dla całego kwestionariusza wynosi 0,80. Narzędzie składa się z 42 stwierdzeń, które dotyczą różnych strategii radzenia sobie z bólem oraz dwóch pytań dotyczących oceny własnych umiejętności kontroli i zmniejszania bólu. Respondent na 6-stopniowej skali Likerta ocenia, jak często w sytuacji odczuwania bólu stosuje daną strategię. Na podstawie średnich wyników można określić, której z siedmiu różnych strategii radzenia z bólem respondent używa najczęściej [13].

Kwestionariusz Przekonań na Temat Kontroli Bólu (BPCQ) został opracowany przez S. Skevington. Polskiej adaptacji dokonał Z. Juczyński (alfa Cronbacha=0,75). Kwestionariusz składa się z 13 stwierdzeń, które dotyczą przekonań na temat czynników, które wpływają na kontrolę bólu. Podobnie jak w przypadku CSQ, respondent udziela odpowiedzi na 6-stopniowej skali Likerta [13].

Skala Akceptacji Choroby autorstwa Felton i in. w polskiej adaptacji Z. Juczyńskiego (alfa Cronbacha=0,85) służy do określenia stopnia przystosowania (adaptacji) do choroby. Składa się z 8 zdań, które dotyczą negatywnych następstw choroby. Wynik zawiera się w przedziale od 8 do 40 pkt, przy czym im jest wyższy, tym większe przystosowanie do choroby. Uzyskanie mniej niż 20 pkt oznacza brak lub niską akceptację choroby, wynik od 20 do 30 pkt – średni poziom akceptacji, a powyżej 30 pkt – wysoki [13].

Do opisu próby użyto średniej i odchylenia standardowego lub mediany i rozstępu międzykwartylowego (zmienne ilościowe) oraz tabeli częstości (zmienne jakościowe). Zgodność rozkładów z rozkładem normalnym badano testem Shapiro–Wilka. Do oceny różnic pomiędzy dwoma grupami wykorzystano test t-Studenta lub χ^2 . Analizy zostały przeprowadzone w pakiecie statystycznym STATISTICA 13PL. Przyjęty poziom istotności statystycznej (α) wynosi 0,05.

WYNIKI

Charakterystyka społeczno-demograficzna oraz stan zdrowia osób z badanej próby

Średni wiek badanej grupy wynosi 50,87 lat ($\pm 13,46$). Kobiety stanowiły 80,0% próby ($n=112$). Wśród badanych przeważały osoby z wykształceniem średnim (38,57%) oraz wyższym (32,86%). Około 45% respondentów mieszkało na wsi. Większość osób pracowało (58,57%) oraz było w związku (68,57%) (tabela 1).

Tabela 1. Charakterystyka społeczno-demograficzna pacjentów z reumatoidalnym zapaleniem stawów (RZS) ($n=140$)

Wiek [lata] (średnia, SD)	50,87	13,46
Płeć (n, %)		
<i>mężczyzna</i>	28	20,0
<i>kobieta</i>	112	80,0
Wykształcenie (n, %)		
<i>podstawowe</i>	8	5,71
<i>niższe średnie</i>	32	22,86
<i>średnie</i>	54	38,57
<i>wyższe</i>	46	32,86
Miejsce zamieszkania (n, %)		
<i>wieś</i>	62	44,29
<i>miasto do 50 tys. mieszkańców</i>	24	17,14
<i>miasto od 50 do 100 tys. mieszkańców</i>	14	10,0
<i>miasto powyżej 100 tys. mieszkańców</i>	40	28,57
Status zawodowy (n, %)		
<i>praca</i>	82	58,57
<i>bezrobocie</i>	10	7,14
<i>renta</i>	20	14,29
<i>emerytura</i>	28	20,0
Stan cywilny (n, %)		
<i>żonaty/zamężna lub w związku partnerskim</i>	96	68,57
<i>rozwidziony/rozwidziona lub w separacji</i>	6	4,29
<i>wdowiec/wdowa</i>	20	14,29
<i>kawaler/panna</i>	18	12,86
Mieszka samotnie		
<i>nie</i>	126	90,0
<i>tak</i>	12	8,57
<i>inne</i>	2	1,43

Badani ocenili stan swojego zdrowia w skali od 0 do 100 średnio na 54 pkt ($\pm 20,39$). Mediana czasu trwania choroby wynosiła 9 lat, a trzeci kwartył 17, co oznacza, że 25% osób chorowało na RZS 17 lat bądź dłużej. Prawie 95% chorych korzysta z opieki poradni reumatologicznej. Najczęściej pacjenci odwiedzają poradnię raz w miesiącu (31,43%) lub raz na pół roku (30,0%). Ponad połowa respondentów choruje również na inne choroby niż RZS. Najczęściej są to choroby układu krążenia (70,0%). Wszyscy pacjenci przyznali, że odczuwają ból, z czego ponad połowa (55,71%) odczuwa go codziennie. Średnie natężenie bólu badanej grupy w skali od 0 do 10 wynosi 5,06 pkt ($\pm 2,12$). Tylko 1 osoba na 3 stosuje leczenie biologiczne (38,57%). Papierosy pali 12,86% respondentów (tabela 2).

Tabela 2. Stan zdrowia pacjentów z reumatoidalnym zapaleniem stawów (RZS) (n=140)

Samoocena stanu zdrowia [0–100] (średnia, SD)	54	20,39
Czas trwania choroby (RZS) [lata] (Me, Q ₁ –Q ₃)	9	3–17
Corzystanie z opieki poradni reumatologicznej (n, %)		
<i>tak</i>	132	94,29
<i>nie</i>	8	5,71
Čzęstość korzystania z pomocy Poradni Reumatologicznej (n, %)		
<i>raz w miesiącu</i>	44	31,43
<i>raz na 3 miesiące</i>	38	27,14
<i>raz na pół roku</i>	42	30,0
<i>raz na rok</i>	16	11,43
Występowanie innych chorób niż RZS (n, %)		
<i>tak</i>	78	55,71
<i>nie</i>	62	44,29
Występowanie innych chorób niż RZS (n, %)*		
<i>choroby neurologiczne</i>	4	2,86
<i>choroby układu krążenia</i>	42	70,0
<i>choroby układu pokarmowego</i>	12	8,57
<i>choroby układu oddechowego</i>	0	–
<i>choroby nowotworowe</i>	2	1,43
<i>zaburzenia nastroju</i>	12	8,57
<i>inne (cukrzyca, zylaki...)</i>	24	17,14
Występowanie bólu (n, %)		
<i>tak</i>	140	100
<i>nie</i>	0	–
Čzęstość odczuwania bólu (n, %)		
<i>codziennie</i>	78	55,71
<i>2–3 razy w tygodniu</i>	36	25,71
<i>raz w tygodniu</i>	16	11,43
<i>kilka razy w miesiącu</i>	8	5,71
<i>rzadko</i>	2	1,43
Natężenie bólu [0–10] (średnia, SD)	5,06	2,12
Stosowanie leczenia biologicznego (n, %)		
<i>tak</i>	56	38,57
<i>nie</i>	84	61,43
Liczba godzin snu w ciągu doby (średnia, SD)	7	1,65
Palenie papierosów obecnie		
<i>tak</i>	18	12,86
<i>nie</i>	122	87,14
Lata palenia papierosów (średnia, SD)**	15	4,20
Liczba papierosów wypalana dziennie (średnia, SD)**	21,67	7,28
Palenie papierosów w przeszłości (n, %)		
<i>tak</i>	48	34,29
<i>nie</i>	92	65,71

* pytanie wielokrotnego wyboru, dane procentowe nie sumują się do 100%

Strategie radzenia sobie z bólem (CSQ)

Generalnie osoby z badanej próby najczęściej stosowały strategię radzenia sobie z bólem polegającą na zwiększonej aktywności behawioralnej (3,16) oraz deklarowaniu radzenia sobie (3,15). Najrzadziej stosowaną strategią jest przewartościowanie doznań bólu (2,38). Jeżeli porównamy strategie radzenia sobie z bólem stosowane przez kobiety i mężczyzn,

to możemy zaobserwować, że mężczyźni częściej niż kobiety ignorują doznania bólowe ($p=0,04$). Z kolei kobiety w walce z bólem częściej stosują strategię katastrofizowania ($p=0,01$). W przypadku indywidualnych umiejętności radzenia sobie z bólem możemy zaobserwować, że kobiety częściej niż mężczyźni potrafią kontrolować ból ($p=0,04$) oraz go zmniejszać ($p=0,02$) (tabela 3).

Tabela 3. Strategie radzenia sobie z bólem (CSQ) badanych osób (n=140)

	Razem (n=140)		Mężczyźni (n=28)		Kobiety (n=112)		p*
	średnia	SD	średnia	SD	średnia	SD	
Odwracanie uwagi	2,70	1,35	2,25	1,71	2,80	1,23	0,05
Przewartościowanie doznań bólu	2,38	1,32	2,52	1,67	2,34	1,22	0,52
Katastrofizowanie	2,75	0,94	2,35	1,33	2,84	0,79	0,01
Ignorowanie doznań	2,85	1,17	3,25	1,30	2,74	1,21	0,04
Modlenie się/pokładanie nadziei	3,05	1,15	2,85	1,62	3,10	1,00	0,30
Deklarowanie radzenia sobie	3,15	1,09	3,40	1,36	3,09	1,01	0,18
Zwiększona aktywność behawioralna	3,16	1,26	2,98	1,57	3,21	1,18	0,39
Kontrola bólu	3,07	1,04	2,71	1,24	3,16	0,96	0,04
Zdolność zmniejszania bólu	2,94	0,97	2,57	1,20	3,04	0,89	0,02

* p dla testu t-Studenta dla prób niezależnych dotyczy porównania między kobietami i mężczyznami

Przekonania na temat kontroli bólu (BPCQ)

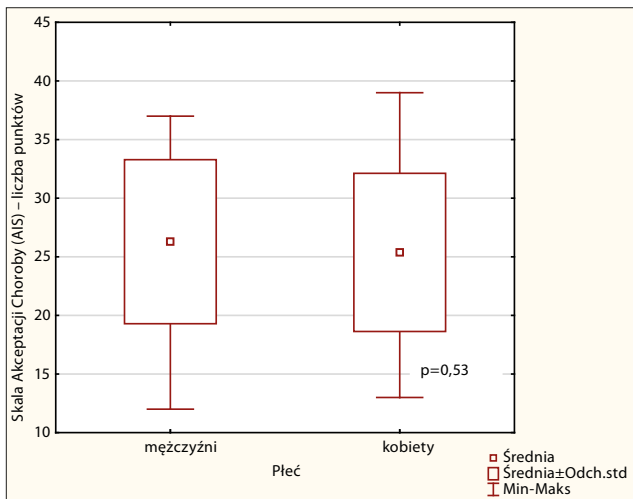
Najczęściej badane osoby wskazywały, że największy wpływ na kontrolę bólu mają czynniki wewnętrzne (15,86). Nie stwierdzono istotnych różnic statystycznych pomiędzy kobietami i mężczyznami w tym zakresie (tabela 4).

Tabela 4. Przekonania na temat kontroli bólu (BPCQ) badanych osób (n=140)

	Razem (n=140)		Mężczyźni (n=28)		Kobiety (n=112)		p*
	średnia	SD	średnia	SD	średnia	SD	
Czynniki wewnętrzne	15,86	4,45	16,64	3,90	15,67	4,57	0,30
Wpływ lekarzy	14,86	3,21	14,71	3,23	14,89	3,21	0,79
Przypadkowe zdarzenia	14,10	3,21	14,43	3,58	14,01	3,12	0,54

* p dla testu t-Studenta dla prób niezależnych dotyczy porównania między kobietami i mężczyznami

Średni wynik AIS dla całej grupy wynosi 25,55 pkt ($\pm 6,78$). Średnie wyniki dla kobiet i mężczyzn nie różniły się od siebie istotnie statystycznie (wykres 1). Badana grupa ogólnie (oraz w podziale na wg płci) charakteryzowała się średnim poziomem przystosowania do choroby (tabela 5).



Wykres 1. Średni poziom akceptacji choroby (AIS) w grupach wg płci (n=140)

Tabela 5. Poziom akceptacji choroby wśród pacjentów z reumatoidalnym zapaleniem stawów RZS (n=140)

	Razem (n=140)		Mężczyźni (n=28)		Kobiety (n=112)		p*
	n	%	n	%	n	%	
Brak lub niski	36	25,71	6	21,43	30	26,79	0,83
Średni	74	52,86	16	57,14	58	51,79	
Wysoki	30	21,43	6	21,43	24	21,43	

* p dla testu χ^2 dotyczy porównania między kobietami i mężczyznami

DYSKUSJA

W przeprowadzonym badaniu wzięło udział 140 pacjentów z rozpoznany RZS. Wszyscy badani wskazali, że odczuwają ból, z czego ponad połowa oceniła, że odczuwa go codziennie. Tylko 30% respondentów korzysta z leczenia biologicznego. Biorąc pod uwagę strategie radzenia sobie z bólem, zaobserwowano, że badani najczęściej stosują zwiększoną aktywność behawioralną oraz deklarowanie radzenia sobie. Najbardziej przewartościową ból. Kobiety lepiej oceniły swoje umiejętności w zakresie kontroli i zmniejszania bólu w porównaniu do mężczyzn. W odniesieniu do przekonań na temat kontroli bólu badani najczęściej wskazywali, że największy wpływ na kontrolę bólu mają czynniki wewnętrzne, w drugiej kolejności jest to wpływ lekarzy, a w najmniejszym stopniu zdarzenia przypadkowe. Wyniki skali AIS wskazują, że co druga osoba wykazuje średni poziom akceptacji choroby, a co czwarta – brak lub niski stopień przystosowania do choroby.

Standardową metodą leczenia RZS jest podawanie chorym leków modyfikujących przebieg choroby oraz niesteroidowych leków przeciwzapalnych. Jednak część pacjentów nie reaguje na taki sposób leczenia. Alternatywą dla tradycyjnych metod jest leczenie biologiczne. W przypadku chorób reumatologicznych leczenie biologiczne przynosi wiele korzyści, m.in. w walce z bólem. Pacjenci leczeni biologicznie odczuwają znaczącą redukcję bólu, co pozwala im zmniejszyć dawki leków przeciwbólowych. Jak pokazują badania, 90% pacjentów z RZS jest bardzo zadowolonych z leczenia biologicznego, a 75% w trakcie terapii biologicznej zmniejszyło dawki stosowanych leków przeciwbólowych [14, 15].

Strategia radzenia z bólem dotycząca deklarowania radzenia sobie jest jedną z najczęściej stosowanych strategii wśród

pacjentów z chorobami przewlekłymi [11, 16, 17]. Wcześniejsze badania wykazały, że stosowanie strategii radzenia sobie z bólem skoncentrowane na zwiększonej aktywności behawioralnej i deklarowaniu radzenia sobie mogą przyczynić się do osłabienia odczuwanego bólu. Te dwie strategie częściej stosują osoby, które oczekują pozytywnych wyników swoich działań, nie koncentrują się na negatywnych skutkach choroby, a ból traktują jako wyzwanie, z którym są w stanie sobie poradzić. Z kolei katastrofizowanie doznań bólowych może przełożyć się na silniejsze odczuwanie bólu [18]. Generalnie można zaobserwować, że strategie skoncentrowane na zadaniu wpływają pozytywnie na funkcjonowanie chorych i mogą prowadzić do zmniejszenia bólu. Z kolei strategie, które skupiają się na emocjach, mogą mieć negatywny związek z funkcjonowaniem i odczuwaniem bólu. Strategie te nie tylko pogłębiają dolegliwości bólowe, ale także sprzyjają występowaniu depresji [19].

Przedstawione badanie wykazało, że pacjenci z RZS najczęściej wskazywali, że kontrola bólu zależy od czynników wewnętrznych. Wewnętrzne poczucie kontroli jest pozytywnie związane z przekonaniem o silnych możliwościach kontrolowania przez siebie bólu. Taka postawa z jednej strony może przełożyć się na zmniejszenie poczucia beznadziei, występowania depresji, a z drugiej – pomaga lepiej radzić sobie z bólem [20]. Przekonanie o tym, że kontrola bólu zależy od czynników wewnętrznych czy zewnętrznych, może zależeć od wielu zmiennych. Wpływ na to mogą mieć cechy społeczno-demograficzne (wiek, płeć, wykształcenie), ale również źródło i przyczyna bólu. Badania wykazały, że chorzy z przewlekłym bólem kręgosłupa i stwardnieniem rozsianym wykazują większą kontrolę wewnętrzną. Z kolei kobiety z rakiem sutka lub macicy, osoby odczuwające przewlekły ból oraz pacjenci z przewlekłym niedokrwieniem kończyn dolnych częściej wskazują, że największy wpływ na kontrolę bólu mają lekarze. Natomiast chorzy poddawani zabiegowi operacyjnego leczenia skoliozy największe znaczenie kontroli bólu przypisują przypadkowi [21–23].

Średni poziom akceptacji choroby w badanej próbie wynosi 25,55 pkt, co świadczy o przeciętnym stopniu przystosowaniu do choroby. Podobne wyniki uzyskali Szafraniec i wsp. Średni wynik skali AIS wśród pacjentów z RZS wynosił 26,45 pkt. Wysoki stopień akceptacji choroby związany jest z mniejszym poczuciem dyskomfortu i ułatwia wejście w rolę chorego. Podobnie jak w przypadku przekonań na temat kontroli bólu, wynik skali AIS zależy od wielu czynników. Wpływ mogą mieć zarówno czynniki osobowościowe, społeczno-demograficzne (wiek, wykształcenie), jak i cechy samej choroby. Wyższym stopniem akceptacji choroby charakteryzują się kobiety chore na raka sutka i macicy (28,13), a niższym – pacjenci z niewydolnością nerek, chorobą niedokrwinną serca, cukrzycą i przewlekłą obturacyjną chorobą płuc [8, 24, 25].

Podsumowując badanie własne, można stwierdzić, że dostarcza ono dowodów naukowych dotyczących strategii radzenia sobie z bólem, przekonań na temat kontroli bólu i stopnia akceptacji choroby u pacjentów z RZS. Za ograniczenie powyższego badania należy uznać fakt, że obejmowało ono pacjentów tylko z jednego z małopolskich szpitali. Wśród mocnych stron badania należy wymienić reprezentatywność próby. Badania dowodzą, że kobiety 3–4 razy częściej chorują na RZS oraz najwięcej chorych jest w grupie osób w wieku 40–60 lat. W badaniu własnym kobiety stanowią 80% próby, a średni wiek wynosi 50,87 lat.

WNIOSKI

1. Wśród pacjentów z RZS najczęstszymi strategiami radzenia sobie z bólem są zwiększona aktywność behawioralna oraz deklarowanie radzenia sobie.
2. Badani wskazali, że możliwość kontrolowania bólu zależy głównie od czynników wewnętrznych.
3. Wyniki skali AIS wskazują, że co druga osoba wykazuje średni poziom akceptacji choroby, a co czwarta – brak lub niski stopień przystosowania do choroby.

PIŚMIENNICTWO

1. Tataro T, Snakowska P. Rola diety w reumatoidalnym zapaleniu stawów – przegląd systematyczny badań. *Med Rodz.* 2015; 2(18): 70–78.
2. Joharatnam N, McWilliams DF, Wilson D, Wheeler M, Pande I, Walsh DA. A cross-sectional study of pain sensitivity, disease-activity assessment, mental health, and fibromyalgia status in rheumatoid arthritis. *Arthritis Res Ther.* 2015; 17(1): 11.
3. Kałużowska M, Kózka M, Bąk E, Fraś M, Kudłacz B. Zachowania zdrowotne jako determinanta strategii radzenia sobie z bólem chorych z reumatoidalnym zapaleniem stawów. *Probl Hig Epidemiol.* 2015; 96(1): 175–180.
4. Ahmed S, Magan T, Vargas M, Harrison A, Sofat N. Use of the pain DETECT tool in rheumatoid arthritis suggests neuropathic and sensitization components in pain reporting. *J Pain Res.* 2014; 7: 579–588.
5. Ranzolin A, Brenol JC, Bredemeier M, Guarienti J, Rizzatti M, Feldman D et al. Association of concomitant fibromyalgia with worse disease activity score in 28 joints, health assessment questionnaire, and short form 36 scores in patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum.* 2009; 61(6): 794–800.
6. Bączyk G. Przegląd badań nad jakością życia chorych na reumatoidalne zapalenie stawów. *Reumatol.* 2008; 46(6): 372–379.
7. Kwiatkowska B, Przygodzka M, Konopińska E, Dąbrowska J, Sikorska-Siudek K. Depresja u chorych na reumatoidalne zapalenie stawów. *Rheumatology* 2011; 49(2): 138–141.
8. Szafraniec R, Szczuka E, Pawłowska A. Akceptacja choroby przez pacjentów z reumatoidalnym zapaleniem stawów. *Fizjoter Pol.* 2012; 12(1): 39–48.
9. Lazarus RS. Paradygmat stresu i radzenia sobie. *Now Psychol.* 1986; 3(4): 2–39.
10. Rolka H, Krajewska-Kułak E, Kułak W, Drozdowski W, Gołębiowska A, Kondziór D. Akceptacja choroby i strategii 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.
11. 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.
12. Kocjan J. Poczucie koherencji i akceptacja choroby a nasilenie dolegliwości bólowych u osób z chorobą dyskową odcinka lędźwiowego kręgosłupa. *Journal of Education, Health and Sport* 2016; 6(4): 481–492.
13. Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Pracownia testów Psychologicznych Polskiego towarzystwa Psychologicznego. Warszawa 2009.
14. Najda K, Jaźwińska-Tarnawska E, Tomaszewicz B. Skuteczność leków biologicznych w opinii chorych na reumatoidalne zapalenie stawów i zeszywniające zapalenie stawów kręgosłupa. *Farm Pol.* 2014; 70(11): 591–596.
15. Bachanek O, Mitura J, Pawlikowski J. Dostępność i ograniczenia w stosowaniu leczenia biologicznego w Polsce. *Med Og Nauk Zdr.* 2015; 21(3): 266–271.
16. Juczyński Z. Spostrzegana kontrola a strategie radzenia sobie z przewlekłym bólem. *Sztuka Leczenia* 2001; 7(2): 9–16.
17. 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(1): 33–44.
18. Kwissa-Gajewska Z, Olesińska M, Tomkiewicz A. Optimism, pain coping strategies and pain intensity among women with rheumatoid arthritis. *Reumatol.* 2014; 52(3): 166–171.
19. Paplarczyk M, Gawor A, Bonior J, Chrobak-Bień J. Czynniki wpływające na strategię radzenia sobie z bólem przewlekłym u chorych z niedokrwieniem kończyn dolnych. *Probl. Piel.* 2017; 25(1): 35–42.
20. Zielazny P, Biedrowski P, Lezner M, Uzdrowska B, Błaszczak A, Zarzeczna-Baran M. Stopień akceptacji choroby, przekonania na temat kontroli bólu oraz strategii radzenia sobie z bólem wśród pacjentów zakwalifikowanych do zabiegu z powodu choroby zwyrodnieniowej kręgosłupa. *Post Psychiatr Neurol.* 2013; 22(4): 251–258.
21. Janowska M, Tomaszewski R, Woś H. Psychologiczne aspekty operacyjnego leczenia skolioz u młodzieży. *Pediatr Pol.* 2008; 83: 386–389.
22. Wiśniewska A, Szewczyk M, Cwajda-Białasik J, Cierzniańska K, Jawień A. Przekonania na temat kontroli bólu u chorych z przewlekłym niedokrwieniem kończyn dolnych. *Pielęg Chir Angiol.* 2009; 3: 113–121.
23. Sztandera P, Szczepanowska-Wołowiec B. Evaluation of beliefs about pain control in patients after physiotherapy treatment. *Journal of Education, Health and Sport* 2017; 7(6): 45–62.
24. Kossakowska, M. Strategie radzenia sobie z chorobą w stwardnieniu rozsianym. *Post Psychiatr Neurol.* 2008; 17(1): 15–21.
25. Kurpas D, Kusz J, Jedynak T, Mroczek B. (2012). Stopień akceptacji choroby przewlekłej wśród pacjentów. *Fam Med Primary Care Rev.* 2012; 14(3): 396–398.

Pain control among patients with rheumatoid arthritis and acceptance of the disease

Abstract

Introduction. Rheumatoid arthritis (RA) is a chronic, autoimmune connective tissue disease. Throughout the duration of the disease, patients are accompanied by chronic pain which makes it difficult for them to function. Strategies for coping with pain and beliefs about pain control may prove to be crucial in accepting the disease and improving the quality of life of patients.

Objective. The aim of the study is to assess: 1) strategies for coping with pain, 2) beliefs about pain control, 3) degree of disease acceptance among patients with RA.

Materials and Method. The study was conducted in 2017 among 140 patients of one of the hospitals of Małopolska. The research tool consisted of three validated scales: the Coping Strategies Questionnaire (CSQ), Beliefs About Pain Control Questionnaire (BPCQ) and Acceptance of Illness Scale (AIS). In addition, respondents were asked about socio-demographic characteristics and health status.

Results. The average age of the studied group was 50.87 years (± 13.46). Women accounted for 80.0% of the sample ($n=112$). All patients admitted that they felt pain, more than half of whom (55.71%) experienced it every day. The most commonly used pain coping strategies among the respondents were: increased behavioural activity (3.16) and decency counseling? (3.15). In the case of beliefs about pain control, patients most often indicated that internal factors had the greatest influence on pain control (15.86). The average level of disease acceptance in the examined sample is 25.5 points, which indicates an average degree of adaptation to the disease.

Conclusions. The study provides scientific evidence of strategies for coping with pain, beliefs about pain control, and degree of disease acceptance among patients with RA.

Key words

rheumatoid arthritis, pain, pain control, acceptance of illness