

GDAŃSKI UNIWERSYTET MEDYCZNY
WYDZIAŁ NAUK O ZDROWIU Z ODDZIAŁEM
PIELĘGNIARSTWA I INSTYTUTEM MEDYCYNY MORSKIEJ

Beata Papiernik

Poziom lęku - stanu i lęku - cechy a odczuwanie dolegliwości
bólowych u pacjentów w okresie okołoperacyjnym

Praca doktorska napisana
pod kierunkiem
Prof. dr hab. Andrzeja Basińskiego

Gdańsk 2018

**Serdecznie dziękuję
Panu Profesorowi Andrzejowi Basińskiemu
za cierpliwość i wszechstronną pomoc
okazaną podczas powstawania tej pracy**

**Serdecznie dziękuję mężowi Janowi za okazane wsparcie
synowi Ryszardowi oraz
dwóm bratnim duszom Annie i Katarzynie
za to że nigdy we mnie nie zwątpiły**

Spis treści

Spis treści

1. Wstęp.....	5
1.1 Ból	7
1.1.1 Ból pooperacyjny.....	13
1.2 Lęk	15
1.2.1 Lęk jako cecha.....	17
1.2.1. Lęk i jako stan.....	17
1.3. Jakość życia związana ze zdrowiem.....	18
1.3.1 Jakość życia w medycynie.....	20
2. Założenia i cel pracy.....	22
3. Materiał i metoda badań.....	23
3.1 Charakterystyka badanej grupy.....	23
3.2 Narzędzia badawcze.....	24
3.3 Analiza statystyczna.....	26
4. Wyniki badań.....	27
4.1 Charakterystyka ogólna badanych grup.....	28
4.2 Ocena poziomu lęku stanu i lęku cechy przy pomocy kwestionariusza STAI.....	34
4.3 Ocena dolegliwości bólowych.....	38
4.3.1 Ocena bólu w skali VAS u badanych osób	38
4.3.2 Ocena bólu badanych osób przy pomocy kwestionariusza McGill.....	40
4.4 Ocena jakości życia u badanych osób przy pomocy kwestionariusza SF-36v2.....	43
5. Omówienie wyników i dyskusja.....	51
6. Wnioski.....	60
7. Streszczenie	61
Bibliografia.....	64
Załączniki.....	71

1.Wstęp

*Dla cierpiącego fizycznie potrzebny jest lekarz,
dla cierpiącego psychicznie przyjaciel*

Menander

Pojęcie lęku jest dobrze znane w psychologii, psychiatrii jak również wszystkich dziedzinach medycyny. Zainteresowanie psychologów, lekarzy, badaczy wzajemnymi związkami sfery psychicznej człowieka oraz jego stanem somatycznym sięgają odległych czasów. Już Hipokrates, uważany za ojca medycyny uważał, że mózg jest „siedliskiem wszystkich ludzkich doznań, zmysłów oraz lęku”(83).

Chorzy optymistycznie nastawieni do życia zdrowieją szybciej, niż osoby ze skłonnościami do pesymistycznej percepcji otoczenia (46). Istotną rolę odgrywają emocje, głównie lęk który wpływa na funkcjonowanie chorego od momentu pojawienia się choroby, w trakcie diagnostyki, hospitalizacji aż po okres rehabilitacji.

Teoretyczne modele rozumienia procesów nocyceptywnych związanych z odbieraniem i przetwarzaniem bodźców bólowych oraz badania kliniczne pokazują powiązania bólu z reakcjami emocjonalnymi i procesami poznawczymi (22,56,73,83,). Lęk może obniżyć próg tolerancji bólu i w istotny sposób zwiększyć odczucia bólowe. Na poziom lęku, a pośrednio na intensywność odczuć bólowych mają wpływ predyspozycje osobowościowe jak również inne czynniki, m.in. zaburzone procesy myślenia i przecenianie zagrożenia. Źródłem lęku jest także samo działanie bodźca bólowego (27,34,83).

Leczenie operacyjne jest wyjątkowo trudną sytuacją dla chorego. Proces naturalnego zdrowienia oraz prawidłowo prowadzone postępowanie przeciwbólowe powodują zmniejszenie dolegliwości bólowych po upływie kilku dni. W przypadku braku lub nieskutecznej terapii przeciwbólowej, narastający ból może spowodować narastanie zmian patofizjologicznych w ośrodkowym układzie nerwowym w wyniku czego może ostra postać bólu przekształcić się w przewlekły zespół bólowy (97). Operacja jest bardzo silnym stresorem psychicznym. Podstawowym celem zmniejszenia bólu pooperacyjnego jest stworzenie choremu subiektywnego komfortu, jak i ułatwienie procesu zdrowienia. Istotnym pytaniem jest czy podwyższony lęk przedoperacyjny zwiększa odczucia bólowe u pacjentów w okresie pooperacyjnym, a tym samym również ma

znaczący wpływ na jakość życia po operacji. Ocena jakości życia chorego pozostaje w ścisłym związku z wielowymiarowym modelem powstania bólu, stanowiącym niepodzielną całość wzajemnie zależnych elementów (wymiarów) biologicznych, psychologicznych i społecznych (23,75).

1.1 BÓL

Problem bólu jest bardzo żywym i niezmiennie aktualnym zagadnieniem zarówno w medycynie jak i psychologii. W literaturze możemy znaleźć liczne koncepcje psychologiczne oraz badania naukowe dotyczące tego zagadnienia (19,32,39,60,61,87,92,106,) Aktualne podejście do rozumienia problematyki bólu można określić jako wieloaspektowe, wielowymiarowe i wielodyscyplinarne. Wynika to z faktu, iż ważne jest jednocześnie analizowanie jak najszerszego zakresu czynników i mechanizmów współtowarzyszących temu procesowi. Należą do nich aspekty: somatyczny, psychiczny, duchowy i społeczny. Takie wielowymiarowe rozumienie bólu, choroby i cierpienia warunkuje głębsze jego poznanie i odczytanie czynników odgrywających istotną rolę w wpływaniu na doznania bólowe oraz interpretowaniu sytuacji chorobowej i zaburzeń z tym związanych.

Zgodnie z definicją Międzynarodowego Towarzystwa Badania Bólu „ból jest przykrym zmysłowym i emocjonalnym odczuciem związanym z aktualnym lub potencjalnym uszkodzeniem tkanek lub opisywanym jako takie uszkodzenie” (22,57,60,62). W myśl tej definicji ból jest zjawiskiem subiektywnym, psychicznym i emocjonalnym w którym można wyróżnić następujące sfery:

- sferę somatyczną (wrażenia zmysłowe)
- sferę psychiczną (element poznawczy i emocjonalny)
- sferę mieszaną, psychosomatyczną (element behawioralny) (60,83)

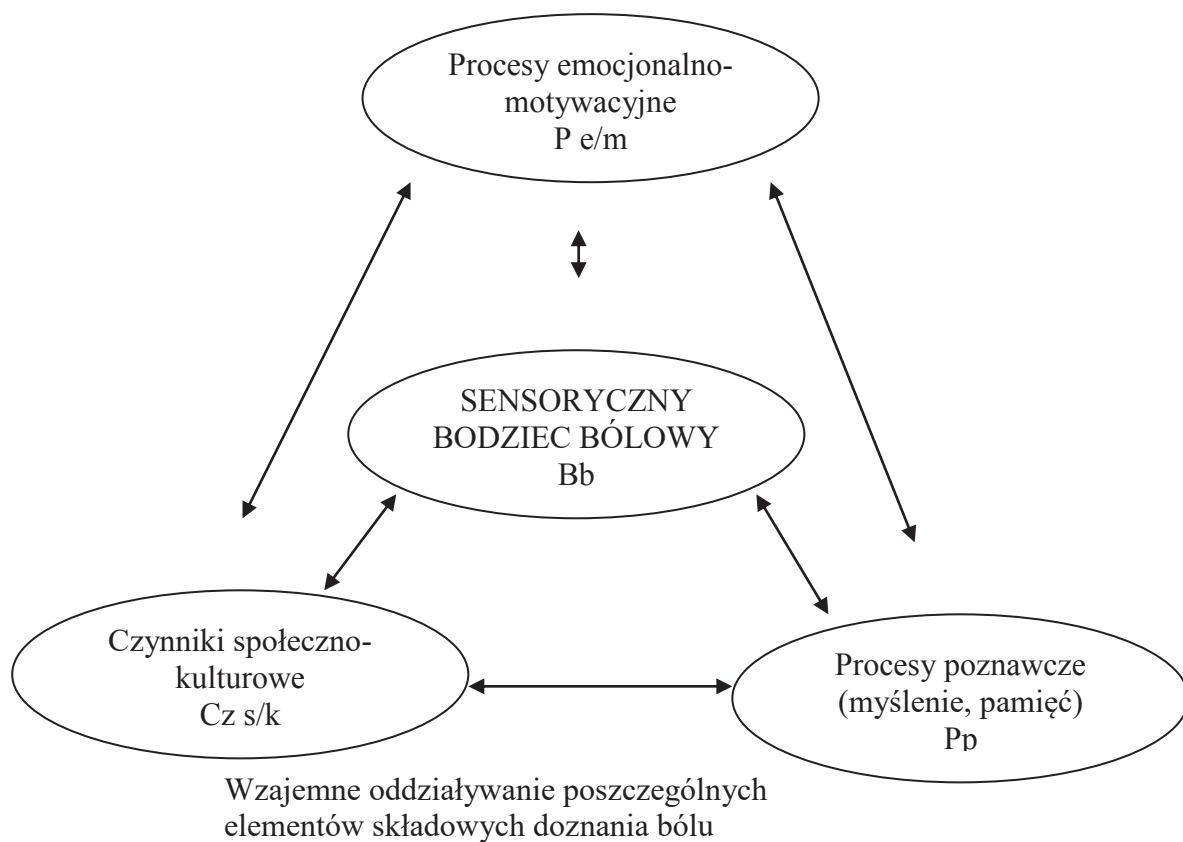
W sferze somatycznej ból jest ważnym sygnałem ostrzegającym o chorobie lub zadziałaniu czynników uszkadzających. Reakcje na ból mięśniowe, wegetatywne lub hormonalne są obserwowalne i stwierdzalne obiektywnie dlatego można je wykorzystać do oceny bólu (19,60). Element poznawczy związany jest z przekazywaniem informacji bólowej do mózgu. Zależy głównie od obrazu choroby i związanych z nią wyobrażeń. W przypadku słabszej tolerancji na ból w sferze emocjonalnej dominują uczucia negatywne, takie jak przygnębienie, niepokój i lęk. Próg tolerancji bólu jako zdolność do maksymalnego wytrzymania natężenia bólu, który człowiek potrafi tolerować zależy jest od różnych czynników zewnętrznych i wewnętrznych. W przeciwieństwie do progu uczucia bólu jako pierwszego odczucia bólu pojawiającego się w następstwie bodźca, próg tolerancji jest cechą indywidualną i zmienną. W dużej mierze zależy od aktualnego stanu emocjonalnego. Większą tolerancję wykazują kobiety niż mężczyźni, mniejszą dzieci i ludzie starsi (97). Choroby przewlekłe i wyniszczające, negatywne uczucia oraz skupianie uwagi na bólu obniżają tolerancję na ból. Aspekt psychologiczny powiązany jest z poznawczym opracowaniem informacji bólowej oraz

sposobem reakcji organizmu na bodziec bólowy. Pozornie tylko doświadczanie bólu jest podobne dla wszystkich ludzi, tak naprawdę każdy może odczuwać ból w odmienny sposób (16,29,33,60). Ekspresja bólu kształtowana jest nie tylko przez samo wrażenie bólu, ale także przez obowiązujące w danej kulturze wzory reakcji (9,60,97). Bezpośredni wpływ na rozwój dziecka ma rodzina i to najczęściej ona przekazuje dziecku wiedzę o tym jak interpretować własne doświadczenia, w tym również ból, jakie nadawać mu znaczenie oraz jak przeżywać i wyrażać emocje (22,90).

Istotnym czynnikiem jest pochodzenie socjalno-kulturowe. Od początku życia przez procesy socjalizacji człowiek przyswaja normy, zasady i wartości, uczy się, jakie zachowania są akceptowane a jakich należy unikać. Wspólnota języka i przekaz kulturowy kształtuje akceptowany w danej społeczności sposób ekspresji, w tym także bólu (22,24,60,105,106).

Istotną rolę pełnią procesy motywacyjne i emocjonalne. Emocje, niezależnie od tego czy są negatywne czy pozytywne, jeżeli są zbyt intensywne, źle ukierunkowane i długotrwałe mogą stać się problemem. Zmiany emocjonalne osoby doświadczającej bólu nie są jedynie reakcją na chorobę, lecz stają się integralną częścią w zmaganiu się z bólem i chorobą. Dlatego bardzo ważny jest stan emocjonalny, w którym znajduje się jednostka doświadczająca bólu. (83). Gorsza tolerancja na ból powoduje dominację uczuć negatywnych szczególnie lęku. Reakcja lękowa podobnie jak ból jest sygnałem ostrzegawczym przed niebezpieczeństwem fizycznym, lęk jest sygnałem przed zagrożeniem (25,73,74). Szybka właściwa ocena emocjonalna oraz uruchomienie odpowiedniej reakcji ma znaczenie dla właściwej diagnozy i skutecznego leczenia (83).

Model ogólny doznania bólowego



Źródło: Sedlak K. Sedlak K. Czynniki psychologiczne a odczuwanie bólu [w:] Drogowski J., Kuś M., Sedlak K. Wordliczek J. Ból i jego leczenie, PZWL, Warszawa 1996 s. 35

W momencie działania bodźca bólowego (Bb) obserwujemy reakcje emocjonalną(E), taką jak np. lęk, niepokój. Uruchamia się tendencja motywacyjna (M) do działania w celu zmniejszenia nieprzyjemnego doznania jaki jest ból. Następuje porównanie wrażeń fizycznych z doznaniem np. z przeszłości, ich ocena i znaczenie dla jednostki (Pp). W zależności od sytuacji i wyuczonych wzorów zachowania jednostka w specyficzny dla siebie sposób zareaguje na bodziec bólowy(Bb)

Ból jako objaw uszkodzenia lub choroby posiada podobnie jak każdy inny objaw cechy kliniczne takie jak natężenie bólu, czas trwania bólu, lokalizacja bólu, jakość bólu oraz reakcje na ból (22,25,83). Prawidłowa ocena zjawiska bólu jest zależna od przeanalizowania jego cech klinicznych. Subiektywny opis doświadczanego bólu przez chorych powinien być oparty na obserwacji zachowania, jak również powtarzalności danego objawu.

Natężenie bólu jest cechą zmienną bardzo indywidualną, zarówno dla danego chorego jak i dla rodzaju bólu (25). Zależność natężenia dolegliwości bólowych od cech osobniczych jest dziedziczona, podobnie jak niektóre cechy charakteru lub cechy fizyczne. O stopniu natężenia bodźca bólowego można wnioskować pośrednio. Służą temu najczęściej obserwacja zachowania pacjenta, skale liczbowe określające stopień nasilenia - skala wzrokowo-analogowa Visual Analogue Scale, skala numeryczna Numerical Rating Scale, skala słowna Verbal Rating Scale oraz skale wielowymiarowe w postaci kwestionariuszy określające różne aspekty odczuć bólowych np. The McGill Pain Questionnaire, czy Kwestionariusz oceny jakości życia SF-36v2.

Czas trwania bólu jest cechą najbardziej wymierną i łatwą do zarejestrowania. Według czasu trwania bólu ocenia się ciągłość bólu, dokonuje się podziału na ból napadowy i ciągły lub ból ostry i przewlekły (22,25,83).

Lokalizacja bólu ma znaczenie diagnostyczne, daje możliwość postawienia diagnozy w możliwie krótkim czasie. Nie zawsze jednak jest jednoznaczna z umiejscowieniem choroby.

Ocena bólu pozwala na odróżnienie bólu pochodzenia organicznego od bólu czynnościowego. Ból organiczny różni się od bólu czynnościowego swą lokalizacją, promieniowaniem oraz jakością. Można wyróżnić ból pulsujący, kurczowy, rwący, palący, piekący, itd.

Niezbędne jest wzięcie pod uwagę wszystkich cech klinicznych bólu aby trafnie rozpoznać źródło pochodzenia oraz dokonać jego oceny.

Na doznania bólowe oprócz specyfiki i jakości wpływa również szereg innych czynników. Jednymi z nich są wcześniejsze doświadczenia bólowe chorego które w sposób istotny wpływają na aktualne przeżycia bólowe. Pamięć bólu, która zależy od procesów percepcji i uczenia się, nie jest pamięcią dokładną i może zniekształcić wydarzenia, które były przyczyną bólu (66,83,106).

Ocena emocjonalna sytuacji jest bardzo ważnym czynnikiem psychologicznym w przeżywaniu bólu. Brak przystosowania emocjonalnego może spowodować uruchomienie reakcji emocjonalnej, która nasili doznania fizyczne, psychiczne ale również bólowe (8).

Procesy uwagi selekcjonują i kontrolują napływające informacje do świadomości, pełnią rolę w przyjmowaniu i odczytywaniu informacji dotyczących stanu organizmu, również bólu. Związek między bólem a procesami uwagi wyraża się w tym, że silny ból ogranicza koncentrację na innych

czynnościach (32). W sytuacji napięcia bodźca bólowego informacja ta pomaga szybko zareagować, znaleźć odpowiednią pomoc. W przypadku doświadczania bólu w sposób przewlekły, proces ten zostaje zakłócony. Mechanizm zaczyna działać odwrotnie, koncentracja na bólu powoduje intensywniejsze odczuwanie, co prowadzi do ogólnego dyskomfortu psychicznego. Dzięki elastyczności procesów poznawczych oraz decyzji chorego można skutecznie sytuację odwrócić. Odwrócenie uwagi od bólu powoduje, że przestaje być dokuczliwym doznaniem. Pomaga to choremu mieć poczucie kontroli nad bólem, co jest ważnym czynnikiem w leczeniu i procesie zdrowienia (73). W sytuacji bólu, który skupia uwagę, istotnym modulatorem tego procesu jest lęk. Ból, skupiając na sobie uwagę, wzmacnia lęk, który nasila sam ból.

Procesy pamięci gromadzą nie tylko informacje dotyczące zdarzeń ale również towarzyszących im emocji. W sytuacji bólu proces odczytywania i interpretacji zależy od tego, z czym danemu choremu dana sytuacja się kojarzy. Emocje, zarówno negatywne, jak i pozytywne, w tym procesie mają charakter modulatorów.

Istotnym czynnikiem mającym wpływ na wielowymiarowe funkcjonowanie jednostki wtedy gdy odczuwa ból, cierpienie i przeżywa chorobę jest postawa pozytywna lub negatywna.

Wieloaspektowe postrzeganie doznań bólowych pozwala określić go jako proces na który składają się powiązane w całości poszczególne obszary doznań.

Określenie bólu jako procesu pozwala na wyróżnienie „czteroetapowego, wielkoobszarowego modelu bólu” (17).

I Etap – doznanie sensoryczno- dyskryminacyjne. Występuje reakcja przykrości, na tym etapie ból jest uwarunkowany głównie sensoryczną percepcją bodźca.

II Etap – reakcja uczuciowa przykrości. Bezpośrednie odczuwanie wrażeń bólu; forma reakcji uczuciowej. Na tym etapie reakcje emocjonalne – uczuciowe dominują nad procesami i funkcjami poznawczymi. Przeżywanie bólu jest modulowane przez czynniki psychologiczne.

III Etap – cierpienie. Zjawisko złożone na które składają się rozbudowane reakcje uczuciowe takie jak depresja, lęk i gniew. Jest ściśle związane ze znaczeniem bólu i danej sytuacji w życiu chorego oraz jego postawy wobec wcześniejszych doświadczeń, nadziei na wyleczenie, oceny wpływu bólu na codzienne funkcjonowanie. Doznawanie bólu na tym etapie jest modulowane cechami osobowości chorego oraz indywidualnym sposobem radzenia sobie z bólem. Na etapie cierpienia rozumianego również jako trud realizowania zadań ważną rolę odgrywają także czynniki mające wpływ na jakość życia - poczucie sensu życia, system wartości oraz ukierunkowanie na cele i zadania (67).

IV Etap – behawioralna ekspresja bólu. Końcowy etap modelu bólu, często nazywany zachowaniem bólowym. Składają się na niego określone czynności, aktywność życia codziennego oraz sprawność ruchowa. Istotna jest ilość ograniczeń z powodu bólu, np. niemożność wykonania różnych czynności, większość czasu spędzana w łóżku.

Psychologiczne aspekty bólu przez wiele lat były ukazywane w badaniach klinicznych jako emocjonalne reakcje świadczące o gorszym lub lepszym przystosowaniu chorego do swojej sytuacji. Ważnym czynnikiem w leczeniu i procesie zdrowienia mają elementy struktury procesów poznawczych takie jak: myślenie, procesy uwagi, procesy pamięci jak również poczucie kontroli nad bólem (73).

W ostatnich latach wprowadzono teoretyczne modele procesu bólu, mające na celu zrozumienie zjawiska bólu w szerszym kontekście. Najbardziej znane modele to bio-psycho-społeczny oparty na teorii psychologicznych właściwości oraz społecznego uczenia się.

Głównym założeniem modelu bio- psycho- społecznego jest, że na percepcję bólu składa się odczucie bólu przez chorego oraz jego wiedza na temat bólu. Istotny w badaniu jest wymiar fizyczny, psychologiczny i społeczny. Odczuwanie dolegliwości bólowych, oraz postawa chorego modyfikowana jest przez środowisko społeczne.

Model oparty na teorii psychologicznych właściwości zakłada, że cechy osobowości, kształtowane we wczesnym dzieciństwie modyfikują i wpływają na zachowanie człowieka w różnych sytuacjach życiowych, jak również wywierają wpływa na określony sposób reagowania na nie (11,20).

Model społecznego uczenia się zakłada, że zachowanie jednostki jest zależne od myśli, przekonań samego człowieka, jak również od wydarzeń społecznych. Różnorodne zachowania ludzi znajdujących się w podobnej sytuacji w sposób zasadniczy tłumaczą rolę naśladownictwa określonych wzorów zachowania w połączeniu z własną opinią, wiedzą sposobem zachowań (2,11,26,45,83).

1.1.1 Ból pooperacyjny

Ostry ból jest nieprzyjemnym zmysłowym i emocjonalnym odczuciem wywołanym przez istniejące lub też potencjalnie zagrażające uszkodzenie tkanek (40,60). Najczęstszym rodzajem bólu ostrego spotykanego w praktyce lekarskiej jest ból pooperacyjny, wywołanym przez chirurgiczne uszkodzenie tkanek (71,97.) Biologiczna funkcja bólu ostrego pełni funkcje ostrzegawczo-ochronną. Przemieszczający ostry ból fizjologiczny (wywołany przez bodziec nie uszkadzający tkanki) powoduje natychmiastową reakcję usunięcia się z obszaru zagrożenia. Natomiast w przypadku urazów obejmujących głębokie struktury somatyczne towarzyszący ból wymusza ograniczenie aktywności. Poprzednie doświadczenia bólowe, stan zdrowia oraz osobowościowe i środowiskowe uwarunkowania modyfikują reakcję chorego na ból. Zasięg jego jest zazwyczaj proporcjonalny do wielkości urazu operacyjnego (98).

Zdaniem niektórych autorów ból jest spostrzeżeniem powstającym w oparciu o psychiczną interpretację zachodzących zjawisk, modyfikowanym przez psychosomatyczne uwarunkowania jak również doznaniem czuciowym, związanym z działaniem bodźca nocyceptywnego (bólowego) (25,56,60,71,84,97). Nocycepcja jest więc jedynie fizjologicznym procesem odczuwania bólu, natomiast jego klinicznym wykładnikiem jest cierpienie, psychiczny komponent zachowania bólowego. Ból może powstać w wyniku podrażnienia nocyceptorów (receptorów bólowych), jak również w następstwie uszkodzenia struktur układu nerwowego. Z uwagi na rodzaj bodźca wywołującego stymulację nocyceptywną rozróżnia się ból fizjologiczny, który nie jest spowodowany uszkodzeniem tkanek oraz ból kliniczny (25,83,100). Wystąpieniu bólu w przypadku uszkodzenia tkanek, towarzyszy pojawienie się nadwrażliwości związanych ze zmianą właściwości i wrażliwości pierwotnych zakończeń nerwowych oraz zmianami w ośrodkowym układzie nerwowym. Ten rodzaj stymulacji bólowej charakterystyczny między innymi dla bólu pooperacyjnego nazwano bólem klinicznym (100). Ból oprócz doznania zmysłowego, poza procesami psychicznymi i emocjonalnymi, jest złożonym zjawiskiem neurologicznym. Natężenie wrażeń doznawanego bólu zależy od stopnia wrażliwości sprawnego działania receptorów. Bodziec bólowy może pochodzić z samego organizmu lub spoza niego i mieć różne źródła, mechaniczne, termiczne, elektryczne, chemiczne lub biologiczne. Bez względu na rodzaj bodźca informacja bólowa musi osiągnąć odpowiednie natężenie, aby pobudzić receptory włókien nerwowych przekazujące otrzymany sygnał dalej. Nieprzyjemny bodziec powoduje impuls nerwowy drażniący komórki nerwowe, które za pośrednictwem neurotransmiterów przekształcają informację w przekaz chemiczny. Przekaz ten jest przekazywany do rdzenia kręgowego, stamtąd do ośrodka bólu w

mózgu, do wzgórza, a następnie do obszarów mózgu, które klasyfikują, lokalizują i zapamiętują ból. Wzgórze wysyła impulsy do trzech okolic mózgu które klasyfikują doznanie bólu, do płata czołowego, gdzie bodziec zostaje rozpoznany jako ból, do płata ciemieniowego, gdzie zostaje dokładnie zlokalizowany i do układu mezo limbicznego, gdzie informacja przybiera jakość emocjonalną. Bardzo istotną rolę odgrywa również pień mózgu, jego stymulacja powoduje efekt znieczulający. Korowe oraz podkorowe struktury mózgu oddziałują na emocjonalne, behawioralny aspekty bólu oraz procesy pamięci (71,97).

Podstawą do klasyfikacji bólu może być miejsce działania bodźca, miejsce czucia bólu, czas trwania i odczuwanie bólu, rodzaj bodźca, charakter doznania bólowego, siła lub natężenie bólu, mechanizm bólu (25).

1.2 Lęk

Lęk przed niebezpieczeństwem, trudnościami, przed nieznanym jest nieodłącznym towarzyszem naszego życia. Zgodnie z obowiązującą klasyfikacją ICD 10 lęk ma charakter często egzystencjalny i przejawia się jako lęk przed pustką, utratą sensu życia, chorobą czy samo odrzuceniem. Występuje pod postacią objawów psychicznych, behawioralnych, wegetatywno-somatycznych i zmian biochemicznych. Lęk jest jednym z podstawowych emocji o zabarwieniu negatywnym i częstą reakcją na zmiany życiowe jakie są spowodowane przez ból i chorobę (7,32,41,47,50,58).

Definicja lęku określa „przykry, intensywnie odczuwany stan złego samopoczucia, wywołany niejasnym wrażeniem niesprecyzowanego i bliskiego zagrożenia, wobec którego człowiek czuje się bezbronny i bezsilny „(76). Antoni Kępiński przedstawia lęk i ból jako systemy alarmowe, sygnalizujące zbliżające się niebezpieczeństwo (46). Ból jest sygnałem, który daje znać, że jak najszybciej należy się wycofać lub podjąć jakieś działania. Lęk, działa w większej odległości przestrzennej i czasowej, a odległość czasowa może wahać się od sekundy po wiele lat (52).

Lęk przedmiotowy nazwany jest strachem. Przedmiotowość, jak w przypadku wszystkich reakcji emocjonalnych jest względna. Duże zagrożenie może wywołać słabą reakcję lękową i proporcjonalnie małe zagrożenie silną reakcję. Wielkość sygnału lękowego, podobnie jak bólowego, nie stanowi obiektywnej miary zagrożenia. Jest to wypadkowa wielu czynników, historii życia, genetycznie uwarunkowanego pogotowia lękowego lub bólowego czy aktualnego stanu nastrojowo-uczuciowego. Chory przychylnie nastawiony do otoczenia, w nastroju pogodnym, na ogół słabiej reaguje lękowo lub bólowo, niż osoba przygnębiona i wystraszona (20,48). Na wielkość sygnału lękowego wpływa również mechanizm błędnego koła (dodatniego sprzężenia zwrotnego), pod wpływem lęku zostaje wyolbrzymiony przedmiot zagrożenia, co z kolei wywołuje nasilenie lęku. W powtarzających się sytuacjach zagrożenia sygnał lękowy działa coraz słabiej, aż do całkowitego wyciszenia (46).

Zmiany zachodzące w organizmie w sytuacjach wywołujących lęk są przedmiotem badań w wielu obszarach nauki ale głównie dotyczą neuroanatomii, neurofizjologii, neurochemii i neuroendokrynologii (38). Badania prowadzone są w obszarze prawie całego mózgu, w szczególności podwzgórza, wzgórza, zakrętu obręczy, hipokampa, ciała migdałowego i kory przedczołowej (16,27,41). W mechanizmie powstawania lęku informacje ze wzgórza są przekazywane do ciała migdałowego, a warunkowy bodziec strachu może wywołać reakcję lęku bez udziału kory. Informacja przekazywana tą drogą bez uświadomienia sobie jeszcze zagrożenia

powoduje reakcję obronną. Ze wzgórza informacja może zostać przekazana drogą dłuższą i wolniejszą do kory sensorycznej, a stamtąd do ciała migdałowatego. Ta droga pozwala na uświadomienie sobie zagrożenia i przyjęcie reakcji obronnej następnym razem (27,53). Impulsy docierające do ciała migdałowatego najpierw dochodzą do jądra bocznego, skąd bezpośrednio lub pośrednio przez jądro podstawne i jądro podstawne dodatkowe docierają do jądra środkowego, skąd opuszczają ciało migdałowate, rozpoczynając szereg reakcji emocjonalnych (41). Na reakcje te składają się między innymi takie postępowania jak: zastygnięcie w bezruchu, wzmożone wydzielanie hormonów stresu, przyspieszenie akcji serca czy wzrost ciśnienia krwi. Objawy somatyczne takie jak wymioty, bóle brzucha, bóle w klatce piersiowej, częstego parcia na mocz i inne są wynikiem reakcji emocjonalnej (41,79).

Liczne badania kliniczne potwierdzają że lęk jest czynnikiem wpływającym na nasilenie odczuwanych dolegliwości bólowych.(31,64)

Lęk jest nieodłącznym objawem układowych chorób somatycznych lub zmian somatycznych, jak również może odegrać rolę w ich ujawnieniu. Lęk w chorobach układu krążenia, chorobach endokrynologicznych, zespołach psychoorganicznych (masywne urazy narządowe, zespół pourazowy) i wielu innych jest wszechobecny. Nasilenie lęku w chorobach somatycznych wiąże się ze świadomością ciężkości choroby (71).

Jest to „silne uczucie, występujące nieraz napadowo i zmiennie w swoim natężeniu” (1).

Odczuwany lęk świadczy o zmianach zachodzących w sposobie myślenia chorego, jednakże nie oznacza że ma on niewłaściwe przekonania (72). Osoby odczuwające lęk zwracają szczególną uwagę na sygnały świadczące o niebezpieczeństwie. Pojawia się tendencja do odbierania niejasnych informacji jako zagrażających (72,79.) Stanem emocjonalnym utożsamianym często z lękiem jest niepokój, istotny jest jego związek z doświadczaniem bólu i choroby. U osób z przewlekłym niepokojem obserwuje się niski próg tolerancji na ból oraz obniżoną zdolność do właściwego przyjęcia informacji przekazywanych przez personel medyczny.

W kontekście powiązań lęku i bólu z zachowaniem poprzez proces uczenia się została rozwinięta koncepcja unikania (62,82). Powstał model „unikania aktywności” tłumaczący sposób w jaki lęk przed bólem i unikanie powodują utrwalenie zachowań i doświadczeń związanych z bólem. Jedną z cech lęku w sytuacji doświadczania bólu jest skłonność do ucieczki i unikania postrzeganego zagrożenia. Gdy bodziec poprzedzający bolesne doświadczenie zwiastuje ból występuje uczucie unikania. Unikanie zostaje wzmocnione przez zmniejszenie bólu, napięcia i lęku. Udowodniono, że zachowanie unikania jest bardzo odporne na wygaszanie, ponieważ chroni chorego przed kolejnymi doświadczeniami bólu (82).

1.2.1 Lęk jako cecha

Lęk jako cecha definiowany jest jako nabyta predyspozycja behawioralna lub motyw, który czyni jednostkę podatną na postrzeganie szerokiego zakresu obiektywnie niegroźnych sytuacji jako zagrażających (41,80,101). Percepcja sytuacji zagrażającej ulega często zniekształceniu pod wpływem postaw uczuciowych. Pod wpływem lęku sytuacja realnie bezpieczna staje się w subiektywnym odczuciu niebezpieczna (47).

Lęk jako cecha przejawia się w stałym uczuciu napięcia i zagrożenia, uzależnienia od innych oraz pewnych ograniczeń w trybie życia wynikających z nadmiernej potrzeby bezpieczeństwa.

1.2.2 Lęk jako stan

Lęk jako stan definiowany jest jako część składowych psychologicznych, społecznych, behawioralnych jak również fizjologicznych objawów przejawiających się w różnych formach zachowań takich jak uczucie oszołomienia, wrażenie bycia wstydlwym, fantazji lękowych oraz zachowań kontrafobicznych. Kontrafobia (reakcja upozorowana) jest to jeden z mechanizmów obronnych, który przejawia się w postaci zachowań przeciwnych, niż w rzeczywistości odczuwane, po to by prawdziwe zostały wyparte np. osoba mająca lęk wysokości zapisuje się na kurs dla alpinistów (81).

Zgodnie z teorią Spilbergera lęk jako stan charakteryzuje się „subiektywnymi, świadomie postrzeganymi uczuciami obawy i napięcia, którym towarzyszy zawiązana z nimi aktywacja lub pobudzenie autonomicznego układu nerwowego” (80,101)

Stan ten charakteryzuje się dużą zmiennością pod wpływem oddziaływania różnego rodzaju czynników zagrażających.

W naszym kręgu kulturowym takim czynnikiem zagrażającym jest samo słowo rak, które wywołuje panikę. W Polsce choroby nowotworowe są nadal drugą przyczyną zgonów (51), Pomimo postępu w medycynie osoba z rozpoznaniem choroby nowotworowej ma postawioną społecznie śmiertelną diagnozę.

1.2 Jakość życia związana ze zdrowiem

Koncepcja jakości życia, pomimo trwającego od lat osiemdziesiątych XX w. wzrastającego zainteresowania nie doczekała się skonkretyzowanej definicji. Jakość życia opisywana jest różnie, zależnie zawodu i specjalności osoby, która je definiuje. Analizując przegląd różnych definicji formułowanych przez socjologów, psychologów, pedagogów czy przedstawicieli nauk medycznych można stwierdzić, że pojęciem tym można objąć niemalże wszystkie zjawiska zarówno w wymiarze medycznym, psychologicznym, pedagogicznym, jak i socjologicznym, które związane z oceną funkcjonowania człowieka w współczesnym świecie (26,43,88,89).

Określenie „jakości życia” pojawiło się w słowniku amerykańskim po II wojnie światowej i przechodziło stopniową ewolucję. Początkowo określało ono „dobre życie” w sensie konsumpcyjnym, wyrażające się zasobnym stanem posiadania, stopniowo zostało rozszerzone na inne obszary funkcjonowania, co spowodowało konieczność wprowadzenia innego kryterium w definicji zdrowia, edukacji czy szczęścia(14).

Obecnie uważa się, że jakość życia pozostaje w ścisłym związku z zdolnością i możliwościami jednostki do zaspokajania swoich potrzeb. Lista potrzeb warunkująca wysoką jakość życia obejmuje zarówno potrzeby elementarne takie jak sen, jedzenie, kontakt fizyczny, poczucie użyteczności wobec innych, ciekawość, dzielenie się doświadczeniem, poczucie sensu, badanie świata, zabawę jak również profesjonalizm oraz satysfakcje zawodową.

Istotnym problemem, poza definicją hasła „jakość życia” jest dokonanie jej oceny. Uproszczoną definicją oceny jakości życia jest ocena fragmentu życia, który wydarza się człowiekiem, jego środowiskiem wewnętrznym (doznania pochodzące z własnego ciała) a otaczającym go środowiskiem zewnętrznym w szerokim tego słowa znaczeniu (społecznym, architektonicznym czy przestrzeni geograficzną) (4,18).

Człowiek swoje położenie życiowe ocenia poprzez porównywanie z sytuacją innych osób, przyjętego systemu wartości czy standardu zbudowanego na podstawie własnych doświadczeń. Opisując ocenę jakości życia należy wyróżnić położenie jako sytuację określoną obiektywnie oraz ocenę opisywanego zjawiska uwarunkowaną poglądami oceniającego, określoną subiektywnie.

Zarówno położenie życiowe jak i jego ocena są niezależnymi zjawiskami, które mogą być badane i opisywane (18,28,49).

Ocena położenia życiowego może być dokonywana:

- subiektywnie – dokonywana przez osobę zainteresowaną, jest to bezpośrednia ocena własnej sytuacji;

- obiektywnie – dokonywane przez osoby postronne, psychologa, lekarza czy socjologa. Ocena ta składa się z psychologicznej charakterystyki człowieka przez określenie jego przyjętego systemu wartości czy poczucia sensu życia, oraz ogólnej oceny jego stanu fizycznego, psychicznego, warunków społecznych i ekonomicznych porównując je z powszechnym przyjętym wzorcem.

Oceny wykonywane przez osoby z zewnątrz są zazwyczaj wykorzystywane jako informacje dodatkowe. Ranga jaka przypisywana jest poszczególnym obszarom życia zależy w dużej mierze od zawodu obserwatora. Psycholog koncentruje się na aspektach psychospołecznych, natomiast lekarz głównie na stanie somatycznym i dolegliwościach fizycznych obniżających jakość życia (18,95).

1.3.1 Jakość życia w medycynie

Zgodnie z definicją sformułowaną przez Światową Organizację Zdrowia w 1949 roku, stan zdrowia określono jako dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny chorego, kładąc nacisk również na inne aspekty życia człowieka, nie tylko fakt braku choroby, jako niezbędne do pełni życia. Definicja jakości życia związana ze zdrowiem odnosi się do tych samych wymiarów i jest definicją otwartą, uwzględniającą dynamizm i zmienność zdrowia. Zgodnie z obowiązującymi poglądami jakość życia jako zjawisko wielowymiarowe, składa się z poszczególnych składników tj.:

- wymiar fizyczny
- wymiar psychiczny
- wymiar społeczny
- sprawność ruchową (15,18,95).

Właśnie sprawność ruchową przez długi okres czasu uważano za miernik zdolności przystosowania do objawów chorobowych. Karnofsky zwraca uwagę, że efektem końcowym leczenia powinna być odczuwalna przez pacjenta poprawa w zakresie aktywności i sprawności ruchowej (18).

Próby uściślenia definicji jakości życia doprowadziły do stworzenia nowego pojęcia jakości życia, uznając wagę problemu jakości życia w medycynie. Jest to „jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia” –HRQL (Heath Related Quality of Life)

Pojęcie to zostało wprowadzone przez Schipperę w 1990 roku. Późniejsze badania miały wpływ na konieczność wprowadzenia rozróżnienia stanu zdrowia (określanego obiektywnie) od HRQL jako subiektywnego doświadczenia pacjenta (18). Celem procesu terapeutycznego stało się nie tylko wydłużanie życia chorych ale również poprawa ich komfortu do poziomu przez nich akceptowalnego (55,96.)

Analizując HRQL należy uświadomić sobie, że zarówno choroba jak i stosowane leczenie mogą wywrzeć zupełnie odwrotny skutek od zamierzonego przez leczonego lekarza. Reakcje emocjonalne często nie są prawdziwą odpowiedzią na zdarzenia je poprzedzające, lecz na myśli i wyobrażenia z nimi związane. Istotną przyczyną różnych zachowań jest indywidualny stosunek do poważnych trudności życiowych. Sytuacja charakteryzująca się występowaniem przeszkody w realizacji celów tak jak w przypadku poważnej choroby, często wywołuje gniew lub przygnębienie. Reakcja taka wyzwala stan dyskomfortu i zaburza dobre samopoczucie tzw. ‘dobrostan’. Niemożność zaspokojenia wielu potrzeb, zaburza poczucie szczęścia, co powoduje obniżenie oceny jakości życia przez chorego (15,18).

Prawidłowa reakcja człowieka polega na szukaniu wszelkich sposobów przywrócenia sobie dobrostanu. Dlatego podświadomie uruchamiane są mechanizmy obronne, zaprzeczenia, wypierania lub pomniejszania myśli o chorobie, czyniąc ją mniej groźną. Człowiek chory mniej, lub bardziej świadomie szuka pozytywnych wartości w swojej chorobie, dochodząc z czasem do jej zaakceptowania (18).

Częstym sposobem osiągnięcia dobrostanu jest nadzieja. Nadzieja jest zjawiskiem powszechnym wśród osób przewlekle chorych i nie zależy od stopnia „beznadziejności” realnie istniejącej sytuacji (18).

Powyższe czynniki decydują o tym jak trudna jest ocena i interpretacja jakości życia. Wzrost zainteresowania badaniami jakości życia jest efektem niezadowolenia z dotychczasowych kryteriów oceny wyników leczenia. Ocena jakości życia, pozwala na współuczestnictwo chorych w procesie leczenia, jak również ma istotne znaczenie w wyborze optymalnych metod leczenia (21).

2. Założenia i cel pracy

Ból jako zjawisko somatopsychiczne, definiowane jest jako negatywne, nieprzyjemne dla człowieka przeżycie na które składają się wraz z doznaniem sensorycznym również doznania emocjonalne, takie jak lęk, strach czy przygnębienie (22, 83).

Zabieg operacyjny jest dla chorego sytuacją wywołującą duży niepokój, poczucie zagrożenia oraz lęk przed złym przebiegiem operacji, w wyniku którego może dojść do powikłań a nawet śmierci (103).

Obawy pacjentów często związane są z lękiem przed bólem i cierpieniem, jak również z przekonaniem, że po zabiegu zamiast poprawy nastąpi utrata zdrowia mają związek z niepokojem o sytuację finansową, a nawet bytową. Niejednokrotnie występuje niepokój o relacje rodzinne, czy najbliżsi poradzą sobie z ich chorobą, czy zaakceptują ich stan po zabiegu.

Niezwykle istotne jest odpowiednie przygotowanie psychiczne chorego do operacji, przedstawienie mu jego sytuacji i konieczności wykonania zabiegu, pomocne mogą być rozmowy z psychologiem.

Na świecie opublikowano wiele prac dotyczących badań dotyczących wpływu lęku na dolegliwości bólowe u pacjentów w okresie okołoperacyjnym, jednakże w piśmiennictwie polskim nadal odczuwa się brak opracowań poświęconych tej tematyce.

Celem pracy jest :

1. Zbadanie zależności jaka zachodzi między przedoperacyjnym lękiem a pooperacyjnym bólem w odniesieniu do grupy chorych poddanych zabiegowi amputacji narządu ruchu w Klinice Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Transplantacyjnej Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego, chorych zakwalifikowanych do operacyjnego leczenia choroby niedokrwiennej serca w Klinice Kardiologii i Chirurgii Naczyniowej Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego oraz u chorych poddanych zabiegowi po urazach szczękowo-twarzowych w Klinice Chirurgii Szczękowo- Twarzowej Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego
2. Zbadanie związku między poziomem lęku stanu u pacjentów przed operacją i poziomem lęku cechy a odczuwaniem bólu.
3. Zbadanie ogólnej oceny jakości życia w zależności od aktualnego stanu zdrowia badanych chorych.

3. Materiał i metoda badań

Po uzyskaniu zgody Niezależnej Komisji Bioetycznej do Spraw Badań Naukowych Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego (NKEBN/138/2011), badaniami objęto 147 chorych leczonych w Uniwersyteckim Centrum Klinicznym.

Została uzyskana zgoda na wykorzystanie do badań Kwestionariusza SFv2 (QM021087)

3.1 Charakterystyka badanej grupy

Badania przeprowadzono w grupie 147 chorych zaopatrywanych i leczonych w Klinice Chirurgii Szczękowo – Twarzowej (pacjenci z urazami szczękowo- twarzowymi), Klinice Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Transplantacyjnej (pacjenci po zabiegu amputacji narządu ruchu) oraz Kardiochirurgii i Chirurgii Naczyniowej (pacjenci zakwalifikowani do operacyjnego leczenia choroby niedokrwiennej serca) w Uniwersyteckim Centrum Klinicznym w Gdańsku w latach 2011-2015. Testy psychologiczne i kwestionariusze kierowane były do osób pełnoletnich, posiadających pełną zdolność do czynności prawnych. Z badań wykluczono osoby z zaburzeniami psychicznymi, z zaburzeniami funkcjonowania centralnego układu nerwowego, z zaburzeniami funkcji poznawczych w stopniu utrudniającym rozumienie treści kwestionariusza oraz z chorobą nowotworową.

Każda osoba była badana dwukrotnie. Przed przystąpieniem do badania został objaśniony jego cel oraz wyrażenie świadomej zgody pacjenta na udział w badaniu. Lęk jako stan i jako cechę badany był w okresie przedoperacyjnym za pomocą polskiej wersji STAI, natomiast odczucia dolegliwości bólowych za pomocą skali VAS. Na tym etapie zostały również zebrane dane społeczno-demograficzne. W okresie pooperacyjnym, przy użyciu skali VAS, oraz zmodyfikowanej wersji testu McGill Pain Questionnaire badane były różne aspekty odczuć bólowych. W tej części badania chorzy oceniali jakość życia przy pomocy Kwestionariusza SF-36v2.

Badanie było anonimowe, każdej badanej osobie został przypisany kod do danej Kliniki (np. Klinika Chirurgii Szczękowo – Twarzowej osoba pierwsza -KChST 1)

3.2 Narzędzia badawcze

3.2.1 Kwestionariusz Samooceny - STAI Inwentarz Stanu i Cechy Lęku (STAI) Ch. Spielbergera

Kwestionariusz samooceny jest polską adaptacją amerykańskiego kwestionariusza *State-trait Anxiety Inventory (Stai)*, autorstwa C.D. Spielberga, R.L. Gorsucha i R. E. Lushene'a. Autorami polskiej wersji STAI są C.D. Spilberger, J. Strelau, M. Tesarczyk i K. Wrześniewski (inwentarz stanu i lęku).

Budowa STAI opiera się na rozróżnieniu między lękiem rozumianym jako przejściowy i uwarunkowany sytuacyjnie stan jednostki a lękiem rozumianym jako względnie stała cecha osobowości. Kwestionariusz składa się z dwóch części. Pierwsza skala X-1 bada lęk jako stan, aktualne przeżywanie, doznawanie lęku. Druga natomiast skala X-2 ocenia lęk jako cechę osobowości, czyli łatwość reagowania lękiem, przeciętne nasilenie stanów lękowych u danej osoby.

Każda z części kwestionariusza składa się z 20 stwierdzeń. Każdemu z nich przypisane są cztery odpowiedzi, pozwalające ocenić natężenie emocji badanego. Przeliczone wyniki na wartości liczbowe umożliwiają ocenę poziomu lęku osoby badanej. Wartości punktowe wynoszą od 20 do 80. Wysokie wartości liczbowe świadczą o wysokim poziomie lęku.

prosta metoda służąca do oceny jakiejś zmiennej subiektywnej cechy lub postawy (np. bólu), która może przybierać wartości w sposób ciągły i nie daje się precyzyjnie zmierzyć dostępnymi urządzeniami.

Załącznik 1

3.2.2. VAS -Wizualna skala analogowa (*Visual Analogue Scale - VAS*)

Wizualna skala analogowa jest prostą metodą służącą do oceny jakiejś zmiennej subiektywnej cechy lub postawy, która może przybierać wartości w sposób ciągły i nie daje się precyzyjnie zmierzyć dostępnymi urządzeniami.

Jest to skala numeryczna z graficznym odcinkiem o długości 10 cm, na którym pacjent zaznacza wielkość natężenia bólu który aktualnie odczuwa. Na końcach odcinka dziesięciocentymetrowego znajdują się pozycje skrajne w ocenie bólu :punkt „0” oznacza nie ma bólu, punkt „10”, ból tak silny jak tylko jest to możliwe.

prosta metoda służąca do oceny jakiejś zmiennej subiektywnej cechy lub postawy (np. bólu), która może przybierać wartości w sposób ciągły i nie daje się precyzyjnie zmierzyć dostępnymi urządzeniami. Załącznik 2

3.2.3. Kwestionariusz McGill dotyczący bólu – skrócona wersja

(Short-Form McGill Pain Questionnaire SF-MPQ) – pacjent ocenia jakość oraz intensywność dolegliwości bólowych. Poza trzema głównymi klasami słów opisujących ból, kwestionariusz zawiera cztery klasy słów dotyczących różnych aspektów bólu oraz ogólny Wskaźnik Natężenia Bólu. Natężenie bólu szacuje się przez zaznaczenie cyfry od 0 do 5, przy czym 0 - oznacza brak bólu, natomiast 5 - ból nie do zniesienia. Charakterystyczny zestaw słów służy do oceny jakościowych charakterystyk bólu, dzięki czemu nie pomija się ważnego funkcjonowania psychospołecznego związanego z bólem. Poza oceną intensywności bólu pozwala na zbadanie emocjonalnego i sensorycznego charakteru doznań bólowych.

Załącznik 3

3.2.4. Kwestionariusz SF-36v2

Medical Outcomes Study 36-item Short – Form Health Survey jest to kwestionariusz do badania ogólnej jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia. Składa się z 36 pytań. Odpowiedzi grupuje się w osiem kategorii, które opisują profil jakości życia w zakresie ośmiu jego dziedzin: funkcjonowania fizycznego (PF), problemów zdrowotnych, prowadzących do ograniczenia w pracy (RP), dolegliwości bólowych (BP), funkcjonowania społecznego (SF), problemów emocjonalnych ograniczających pełnienie dotychczasowych funkcji społecznych (RE), zdrowia psychicznego (MH), witalności (VT), ogólnej oceny stanu zdrowia (GH).

Wskaźniki można sumować w dwie skale, fizyczna (PSC) oraz psychiczna (MCS). Obszar fizyczny tworzą domeny : PF, RP, BP, GH, natomiast psychiczny: SF, RE, VT, MH.

Przeliczone wyniki wskazuje się w wartościach liczbowych od 0 do 100 punktów w każdej kategorii, gdzie wynik 0 oznacza możliwie najgorszy, a 100 punktów najlepszy do uzyskania.

Załącznik 4

3.2.5 Kwestionariusz wywiadu

Załącznik 5

3.3 Analiza statystyczna

Wszystkie obliczenia statystyczne zostały przeprowadzone przy użyciu pakietu statystycznego StatSoft. Inc. (2011). STATISTICA (data analysis software system). version 10.0. www.statsoft.com. oraz arkusza kalkulacyjnego Excel.

Zmienne ilościowe zostały scharakteryzowane za pomocą średniej arytmetycznej, odchylenia standardowego, mediany, wartości minimalnej i maksymalnej (zakres) oraz 95%CI (przedział ufności). Natomiast zmienne typu jakościowego zostały przedstawione za pomocą licznosci oraz wartości procentowych (odsetka).

Do sprawdzenia, czy zmienna ilościowa pochodziła z populacji o rozkładzie normalnym posłużono się testem W Shapiro-Wilka.

Istotność różnic pomiędzy dwoma grupami (model zmiennych niepowiązanych) zbadano testami istotności różnic U Manna. Istotność różnic pomiędzy więcej niż dwoma grupami sprawdzono testem Kruskala-Wallisa. W przypadku otrzymania istotnych statystycznie różnic pomiędzy grupami zastosowano test post hoc (test Dunna). W celu stwierdzenia powiązania. siły oraz kierunku między zmiennymi zastosowano analizę korelacji obliczając współczynniki korelacji Spearmana. We wszystkich obliczeniach za poziom istotności przyjęto $p=0.05$.

4. Wyniki badań

Przeprowadzono analizę demograficzną badanych grup, biorąc pod uwagę wiek, płeć, miejsce zamieszkania, wykształcenie, liczbę osób w rodzinie oraz miesięczny dochód.

Zastosowano następujące oznaczenia badanych grup chorych:

Grupa I - K – pacjenci zakwalifikowani do operacyjnego leczenia choroby niedokrwiennej serca w Klinice Kardiologii i Chirurgii Naczyniowej

Grupa II - S – pacjenci z urazami szczękowo- twarzowymi zaopatrywani i leczeni w Klinice Chirurgii Szczękowo – Twarzowej

Grupa III - O – pacjenci po zabiegu amputacji narządu ruchu zaopatrywani i leczeni w Klinice Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Transplantacyjnej

4.1 Charakterystyka ogólna badanych grup

Na podstawie przeprowadzonej analizy płci stwierdzono, że w grupie było 72 (49.0%) kobiet oraz 75 (51.0%) mężczyzn.

Wszystkie osoby z badanej grupy miały pochodzenie Polskie.

Tabela 1 Charakterystyka podstawowa grupy pacjentów.

	Grupa I-K (n=47)	Grupa II-S (n=50)	Grupa III- O (n=50)	Łącznie (n=147)	P-value
Wiek					0,0010
śr.±od.stand.	56,2 (8,5)	34,4 (11,3)	68,4 (8,0)	53.0±17.0	¹ 0,0001
zakres	43,0-80,0	20,0-65,0	53,0-86,0	20.0-86.0	² 0,0001
mediana	54,0 ^{1,2}	33,5 ^{1,3}	68,0 ^{2,3}	54.0	³ 0,0001
95%CI	[53,7;58,7]	[31,2;37,6]	[66,1;70,7]	[50.2;55.7]	
Płeć					0,9369
kobieta	22 (46,8%)	25 (50,0%)	25 (50,0%)	72 (49.0%)	
mężczyzna	25 (53,2%)	25 (50,0%)	25 (50,0%)	75 (51.0%)	
Miejsce zamieszkania					0,0714
miasto	33 (70,2%)	32 (64,0%)	42 (84,0%)	107 (72.8%)	
wieś	14 (29,8%)	18 (36,0%)	8 (16,0%)	40 (27.2%)	
Liczba osób w rodzinie					0,0001
śr.±od.stand.	3,9 (1,3)	3,5 (1,3)	2,6 (1,3)	3.3±1.4	¹ 0,0001
zakres	1,0-8,0	1,0-6,0	1,0-5,0	1.0-8.0	² 0,0031
mediana	4,0 ¹	3,0 ²	2,0 ^{1,2}	3.0	

95%CI	[3,5;4,3]	[3,2;3,9]	[2,2;2,9]	[3.1;3.5]	
Wykształcenie					0,0001
podstawowe	2 (4,3%)	5 (10,0%)	19 (38,0%)	26 (17.7%)	K vs. O p=0,0016
średnie	35 (74,5%)	34 (68,0%)	28 (56,0%)	97 (66.0%)	S vs. O p=0,0048
wyższe	10 (21,3%)	11 (22,0%)	3 (6,0%)	24 (16.3%)	
Dochód					0,0472
<1000 zł	3 (6,4%)	1 (2,0%)	10 (20,0%)	14 (9.5%)	S vs. O
1001-1500 zł	4 (8,5%)	3 (6,0%)	6 (12,0%)	13 (8.8%)	p=0,0479
1501-2100 zł	8 (17,0%)	7 (14,0%)	4 (8,0%)	19 (12.9%)	
2101-3000 zł	13 (27,7%)	16 (32,0%)	12 (24,0%)	41 (27.9%)	
3001-6000 zł	13 (27,7%)	12 (24,0%)	15 (30,0%)	40 (27.2%)	
>6001 zł	6 (12,8%)	11 (22,0%)	3 (6,0%)	20 (13.6%)	

Pacjenci operowani w Klinice Chirurgii Szczękowo- Twarzowej byli istotnie młodsi w porównaniu do pacjentów operowanych w Klinice Kardiochirurgii i Chirurgii Naczyniowej ($p=0,0001$) oraz pacjentów poddanych zabiegowi w Klinice Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Transplantacyjnej ($p=0,0001$).

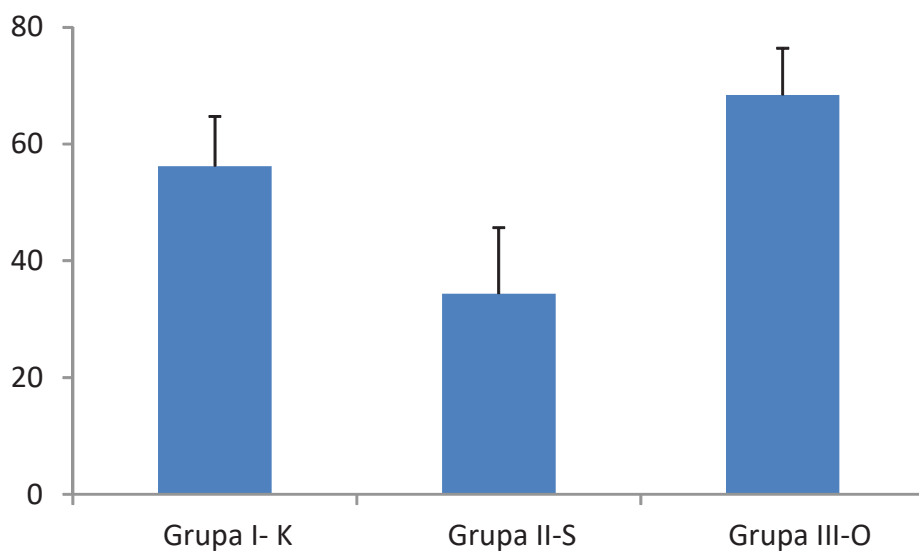
Ponadto pacjenci operowani w Klinice Kardiochirurgii i Chirurgii Naczyniowej byli istotnie młodsi w porównaniu do pacjentów z Kliniki Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Transplantacyjnej ($p=0,0001$).

Średnia liczba osób w rodzinie wynosi 3.3 ± 1.4 (zakres 1.0-8.0). Pacjenci z Klinice Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Transplantacyjnej charakteryzowali się mniejszą liczbą osób w swojej rodzinie w porównaniu do pacjentów z operowanych w Klinice Kardiochirurgii i Chirurgii Naczyniowej ($p=0,0001$) oraz Klinice Chirurgii Szczękowo- Twarzowej ($p=0,0031$).

Osób z wykształceniem podstawowym było 26 (17.7%), z wykształceniem średnim było 97 (66.0%) oraz z wyższym było 24 (16.3%). Pacjenci z Klinice Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Transplantacyjnej byli gorzej wykształceni w porównaniu do operowanych w Klinice Kardiochirurgii i Chirurgii Naczyniowej ($p=0,0016$) i Klinice Chirurgii Szczękowo- Twarzowej ($p=0,0048$).

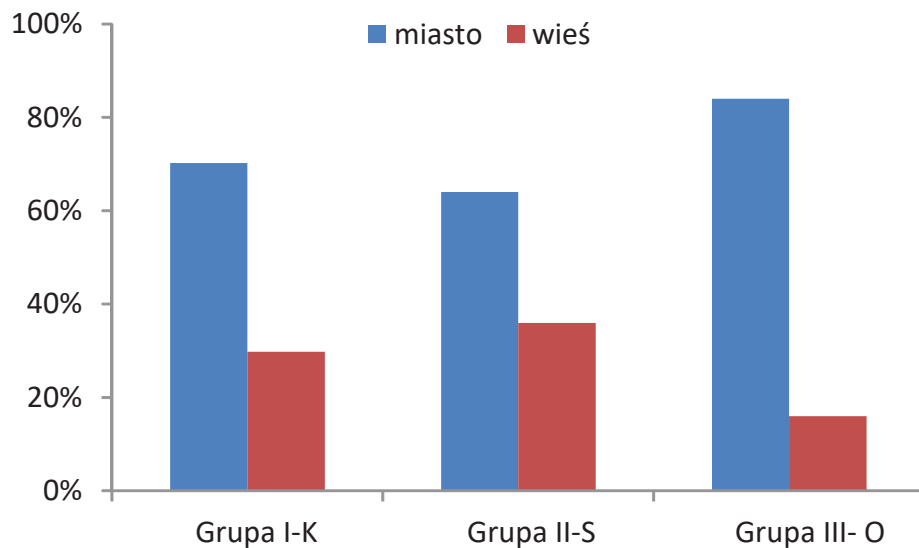
Osób osiągających miesięczny dochód gospodarstwa domowego poniżej 1000 zł było 14 (9.5%), w przedziale 1001-1500 zł było 13 (8.8%), w przedziale 1501-2100 zł było 19 (12.9%), w przedziale 2101-3000 zł było 41 (27.9%), w przedziale 3001-6000 zł było 40 (27.2%) oraz powyżej 6000 zł było 20 (13.6%). Pacjenci poddani zabiegowi w Klinice Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Transplantacyjnej osiągnęli istotnie niższe miesięczne dochody w porównaniu do pacjentów leczonych w Klinice Chirurgii Szczękowo- Twarzowej ($p=0,0479$).

Wykres 1 Średni wiek badanych osób



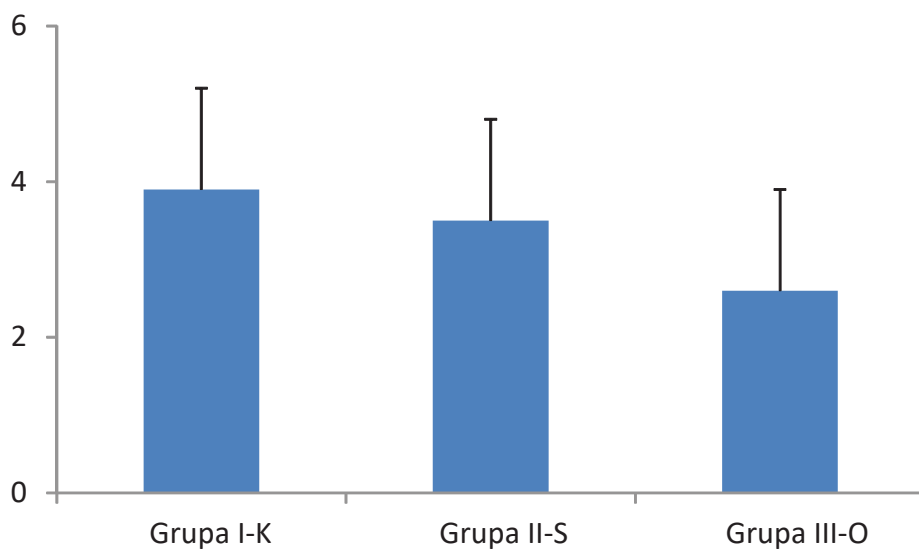
Średni wiek osób badanych wynosił 53.0 ± 17.0 lat, mieścił się w granicach 20 -86 lat.

Wykres 2 Miejsce zamieszkania chorych w badanych grupach



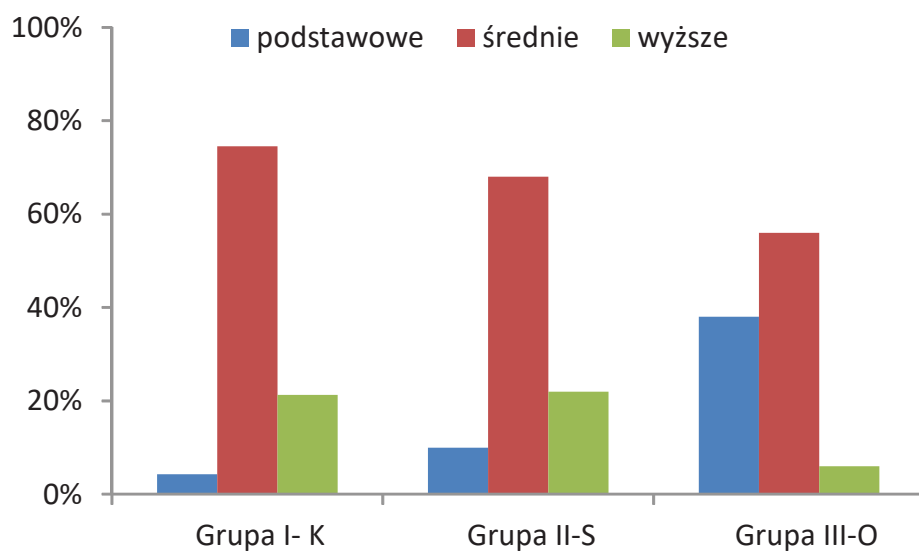
Osób biorących w badaniu zamieszkujących miasto było 107 (72.8%), natomiast wieś 40 (27.2%).

Wykres 3 Liczby osób w rodzinie w badanych grupach



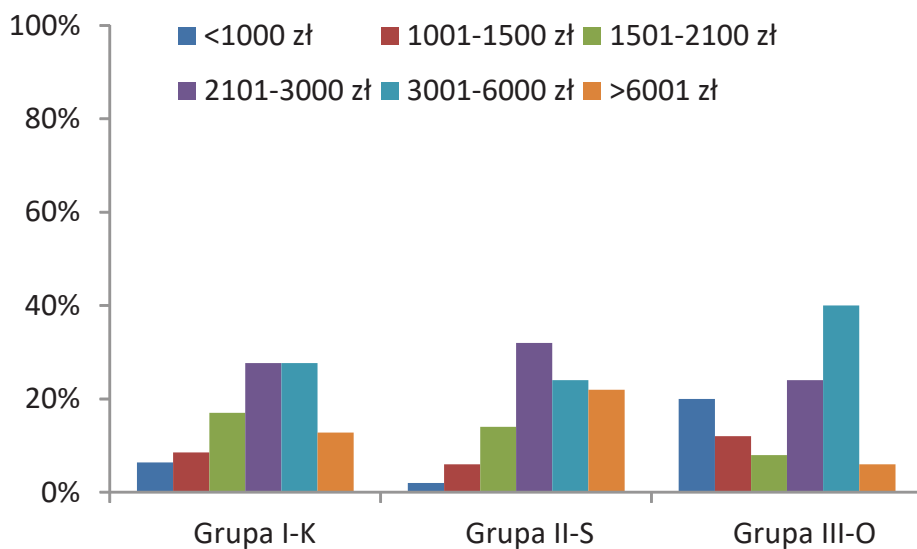
Średnia liczba osób w rodzinie wynosiła 3.3 ± 1.4 (zakres 1.0-8.0).

Wykres 4 Rozkład wykształcenia w badanych grupach



Biorąc pod uwagę wykształcenie badanych, charakterystyka grup przedstawiała się następująco: wykształcenie podstawowe zadeklarowało 26 (17.7%) osób, wykształcenie średnie 97 (66.0%) oraz wyższe 24 (16.3%).

Wykres 5 Analiza sytuacji materialnej w badanych grupach



Analizując sytuację materialną badanych miesięczny dochód gospodarstwa domowego poniżej 1000 zł zadeklarowało 14 (9.5%) osób, w przedziale 1001-1500 zł 13 (8.8%) osób w przedziale 1501-2100 zł 19 (12.9%)osób, w przedziale 2101-3000 zł 41 (27.9%) osób w przedziale 3001-6000 zł 40 (27.2%) osób oraz powyżej 6000 zł 20 (13.6%) osób.

4.2 Ocena poziomu lęku jako stanu i lęku jako cechy w okresie pooperacyjnym przy pomocy kwestionariusza STAI

Przy pomocy kwestionariusza STAI badani określili poziom lęku jako cechy i lęku jako stanu.

Analizując wyniki badań nie stwierdzono istotnej statystycznie korelacji bólu pooperacyjnego z lękiem jako stanu i lękiem jako cecha.

Nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic w poziomie lęku jako stanu względem płci, wieku, miejsca zamieszkania, liczby osób w rodzinie, wykształcenia oraz wysokości dochodów miesięcznych.

Nie stwierdzono także istotnych statystycznie różnic w poziomie lęku jako cechy względem płci, miejsca zamieszkania, liczby osób w rodzinie, wykształcenia oraz dochodów miesięcznych,

Stwierdzono natomiast, że wraz ze wzrostem wieku badanych osób wzrastał istotnie statystycznie poziom lęku jako cecha (współczynnik korelacji $R = 0,23$, $p = 0,0052$)

Wraz ze spadkiem zamożności wzrastał również istotnie statystycznie poziom lęku jako cecha (współczynnik korelacji $R = 0,17$, $p = 0,0358$).

Stwierdzono istotne różnice w ocenie lęku jako stanu i lęku jako cecha w zależności od rodzaju kwalifikacji do zabiegu – *Tabela 2*

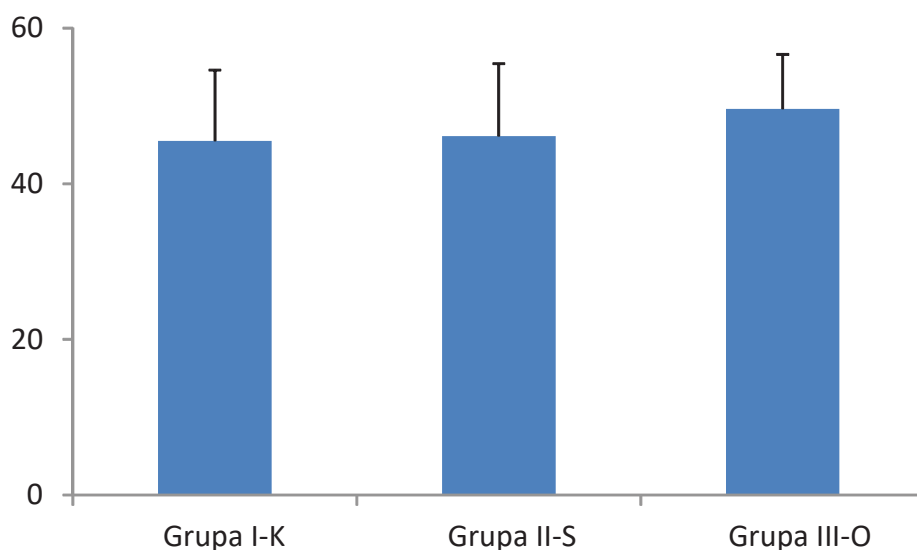
Tabela 2 Ocena lęku jako stan i lęku jako cechy u badanych chorych

	Grupa I - K (n=47)	Grupa II - S (n=50)	Grupa III-O (n=50)	Łącznie (n=147)	P-value
Lęk jako stan					0,0193
śr.±od.stand.	45,5 (9,1)	46,1 (9,3)	49,6 (7,0)	47.1±8.6	¹ 0,0296
zakres	22,0-69,0	20,0-70,0	31,0-67,0	20.0-70.0	
mediana	45,0 ¹	47,0	50,5 ¹	48.0	
95%CI	[42,8;48,1]	[43,5;48,7]	[47,6;51,5]	[45.7;48.5]	
Lęk jako cecha					0,0193
śr.±od.stand.	42,7 (9,7)	41,2 (9,8)	46,1 (8,5)	43.4±9.5	¹ 0,0111
zakres	26,0-69,0	22,0-67,0	28,0-62,0	22.0-69.0	
mediana	40,0	41,5 ¹	47,0 ¹	45.0	
95%CI	[39,9;45,6]	[38,5;44,0]	[43,7;48,5]	[41.8;44.9]	

Średnia wartość lęku jako stanu w badanej grupie chorych wyniósł 47.1±8.6 (zakres 20.0-70.0). Pacjenci zakwalifikowani do operacyjnego leczenia choroby niedokrwiennej serca w Klinice Kardiochirurgii i Chirurgii Naczyniowej otrzymali istotnie mniej punktów w kwestionariuszu samooceny STAI dotyczącego lęku jako stanu w porównaniu pacjentów po zabiegu amputacji narządu zaopatrywanych i leczonych w Klinice Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Transplantacyjnej (p=0,0296).

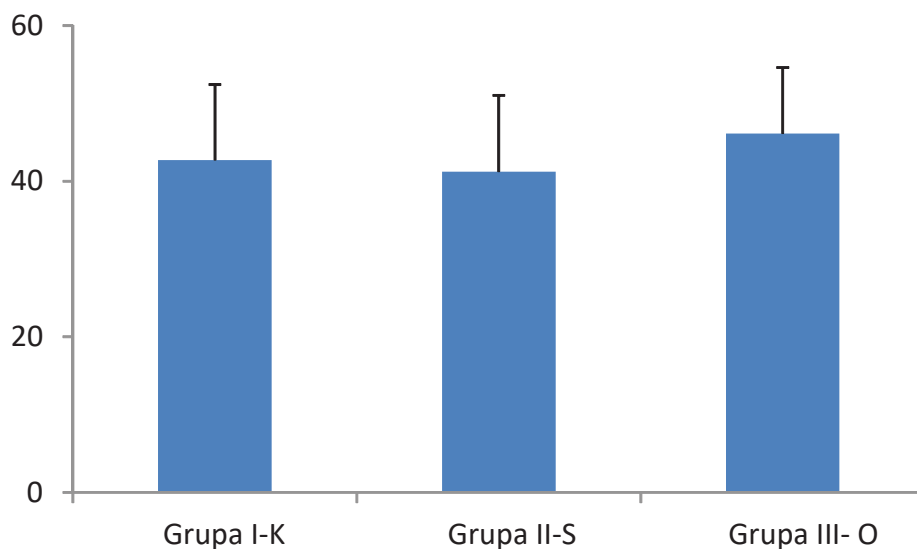
Średnia wartość lęku jako cechy w badanej grupie chorych wynosi 43.4±9.5 (zakres 22.0-69.0). Pacjenci z urazami szczękowo- twarzowymi zaopatrywani i leczeni w Klinice Chirurgii Szczękowo – Twarzowej otrzymali istotnie mniej punktów w kwestionariuszu samooceny STAI dotyczącego lęku jako cechy w porównaniu do pacjentów po zabiegu amputacji narządu zaopatrywanych i leczonych w Klinice Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Transplantacyjnej (p=0,0111). W zależności od wartości tenowej za niski poziom lęku przyjmuje się wartości poniżej i równe 60, średni poziom lęku zawiera się między wartościami 61-70, natomiast wysoki powyżej 70.

Wykres 6 Ocena lęku jako stanu dokonana przez badanych przy pomocy kwestionariusza samooceny STAI



Średni poziom lęku jako stan u osób operowanych w Klinice Kardiochirurgii i Chirurgii Naczyniowej wynosi 45.5 ± 9.1 (zakres 22.0-69.0), operowanych w Klinice Chirurgii Szcękowo- Twarzowej wynosił 46.1 ± 9.3 (zakres 20.0-70.0) oraz operowanych w Klinice Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Transplantacyjnej wynosił 49.6 ± 7.0 (zakres 31.0-67.0). Stwierdzono istotne statystycznie różnice w poziomie lęku jako stan w zależności od rodzaju operacji (wartość statystyki testowej $H=7.89$, $p=0.0193$). Porównania dowiodły, że istotne statystycznie różnice występują tylko pomiędzy osobami operowanymi w Klinice Kardiochirurgii i Chirurgii Naczyniowej i Klinice Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Transplantacyjnej – osoby operowane w Klinice Kardiochirurgii i Chirurgii Naczyniowej miały istotnie mniejszy poziom lęku jako stan ($p=0.0296$).

Wykres 7 Ocena lęku jako cechy dokonana przez badanych przy pomocy kwestionariusza samooceny STAI



Średni poziom lęku jako cechy u osób operowanych w Klinice Kardiochirurgii i Chirurgii Naczyniowej wynosił 42.7 ± 9.7 (zakres 22.0-69.0), operowanych w Klinice Chirurgii Szczękowo- Twarzowej wyniósł 41.2 ± 9.8 (zakres 22.0-67.0) oraz operowanych w Klinice Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Transplantacyjnej wynosił 46.1 ± 8.5 (zakres 28.0-62.0). Stwierdzono istotne statystycznie różnice w poziomie lęku jako cechy w zależności od rodzaju operacji ($H=8.90$, $p=0.0117$). Dokładne porównania pokazały, że istotne statystycznie różnice występują tylko pomiędzy osobami operowanymi w Klinice Chirurgii Szczękowo- Twarzowej i Klinice Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Transplantacyjnej – osoby operowane w Klinice Chirurgii Szczękowo- Twarzowej miały istotnie mniejszy poziom lęku jako cechy ($p=0.0111$).

4.3 Ocena bólu w skali VAS u badanych osób

W badanej grupie przed średnia wartość skali oceny bólu przed zabiegiem chirurgicznym wynosiła 8.8 ± 1.1 (zakres 6.0-10.0), natomiast w trzeciej dobie po zabiegu chirurgicznym średnia wartość skali oceny bólu po wynosiła 4.2 ± 1.7 (zakres 0.0-8.0). Ból po zabiegu istotnie statystycznie zmalał (wartość statystyki testowej $Z=10.52$, $p=0.0001$).

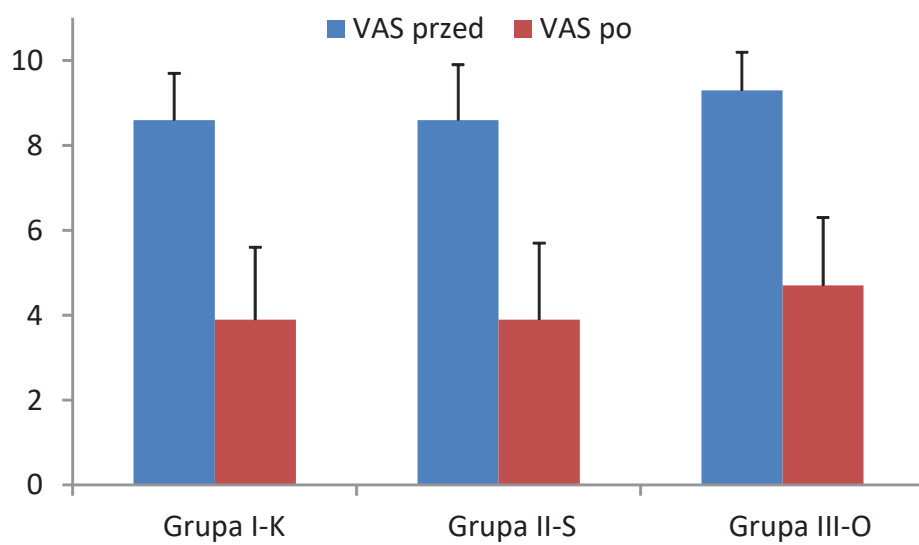
Przed zabiegiem nasilenie bólu badane przy pomocy skali VAS było istotnie większe u pacjentów po zabiegu amputacji narządu ruchu w porównaniu do pacjentów zakwalifikowanych do operacyjnego leczenia choroby niedokrwiennej serca ($p=0,0163$) i pacjentów z urazami szczękowo- twarzowymi ($p=0,0365$) – *Tabela 3, Wykres 8*

Tabela 3 Ocena bólu w skali VAS u badanych osób

	Grupa przed zabiegiem N=147	Grupa po zabiegu N=147	P-value
VAS dla Grupy I- K			0.0001
śr.±od.stand.	8,6 (1,1)	3,9 (1,7)	
zakres	6,0-10,0	0,0-8,0	
mediana	8,0 ¹	4,0	
95%CI	[8,3;8,9]	[3,4;4,4]	
VAS dla Grupy II-S			0.0001
śr.±od.stand.	8,6 (1,3)	3,9 (1,8)	
zakres	6,0-10,0	0,0-8,0	
mediana	8,5 ²	4,0	
95%CI	[8,3;9,0]	[3,4;4,4]	
VAS dla Grupy III - O			0.0001
śr.±od.stand.	9,3 (0,9)	4,7 (1,6)	
zakres	7,0-10,0	2,0-8,0	
mediana	9,0 ^{1,2}	5,0	
95%CI	[9,0;9,5]	[4,3;5,2]	
VAS			
śr.±od.stand.	8.8±1.1	4.2±1.7	0.0001
zakres	6.0-10.0	0.0-8.0	

mediana	9.0	4.0
95%CI	[8.6;9.0]	[3.9;4.5]
<i>P</i> -value	0.0057	>0.05
	¹ 0,0163	
	² 0,0365	

Wykres 8 Ocena bólu w skali VAS przed zbiegiem i po zabiegu u badanych chorych



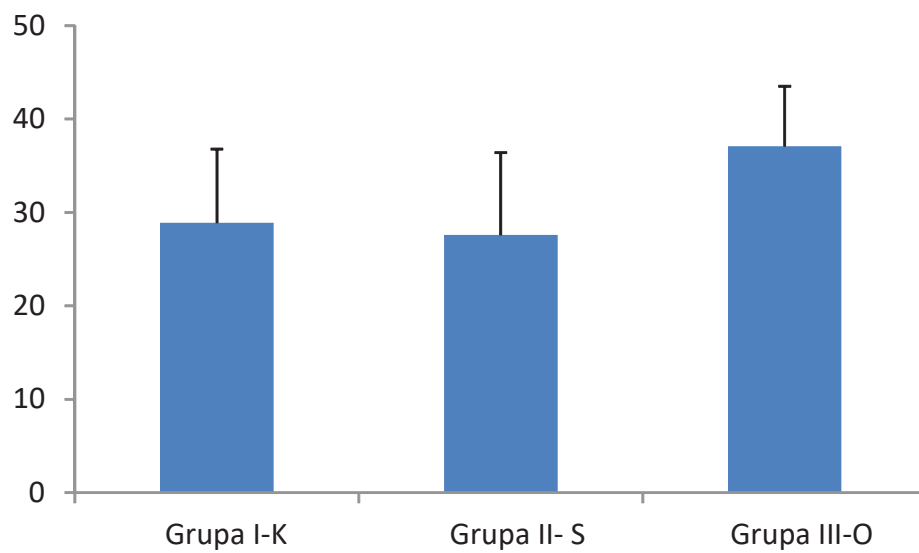
Przy pomocy kwestionariusza McGill dokonano w okresie pooperacyjnym oceny intensywności bólu. Chorzy ocenili średnią wartość odczuwanego bólu na 31.2 ± 8.8 (zakres 10.0-45.0) - Wykres 9, natomiast nasilenie odczuwanego bólu po zabiegu wynosiło 1.8 ± 0.8 (zakres 0.0-4.0).

Pacjenci po zabiegu amputacji narządu ocenili istotnie wyżej dolegliwości bólowe w porównaniu do pacjentów zakwalifikowanych do operacyjnego leczenia choroby niedokrwiennej ($p=0,0001$) i pacjentów z urazami szczękowo- twarzowymi ($p=0,0001$) – Tabela 4

Tabela 4 Ocena bólu u badanych osób w okresie pooperacyjnym przy pomocy Kwestionariusza McGill

	Grupa I -K (n=47)	Grupa II- S (n=50)	Grupa III O (n=50)	Łącznie (n=147)	P-value
McGill					0,0001
śr.±od.stand.	28,9 (7,9)	27,6 (8,8)	37,1 (6,4)	31.2 ± 8.8	¹ 0,0001
zakres	10,0-42,0	11,0-45,0	17,0-45,0	10.0-45.0	² 0,0001
mediana	30,0 ¹	26,5 ²	38,0 ^{1,2}	32.0	
95%CI	[26,6;31,2]	[25,0;30,1]	[35,3;38,9]	[29.8;32.7]	
Nasilenie					0,3482
śr.±od.stand.	1,7 (0,9)	1,7 (0,9)	1,9 (0,8)	1.8 ± 0.8	
zakres	0,0-4,0	0,0-4,0	1,0-4,0	0.0-4.0	
mediana	2,0	2,0	2,0	2.0	
95%CI	[1,4;1,9]	[1,5;2,0]	[1,7;2,1]	[1.6;1.9]	

Wykres 9 Ocena bólu u badanych osób w okresie pooperacyjnym przy pomocy Kwestionariusza McGill



4.3 Ocena jakości życia w badanych grupach przy pomocy kwestionariusza SF-36v2.

Odpowiedzi w kwestionariuszu SF 36v2 pogrupowane są w osiem kategorii, które opisują profil jakości życia w zakresie ośmiu jego dziedzin:

- funkcjonowania fizycznego (PF),
- problemów zdrowotnych prowadzących do ograniczenia w pracy (RP),
- dolegliwości bólowych (BP),
- funkcjonowania społecznego (SF),
- problemów emocjonalnych ograniczających pełnienie dotychczasowych funkcji społecznych (RE),
- zdrowia psychicznego (MH),
- witalności (VT),
- ogólnej oceny stanu zdrowia (GH).

Przeliczone wyniki wskazuje się w wartościach liczbowych od 0 do 100 punktów w każdej kategorii, gdzie wynik 0 oznacza możliwie najgorszy, a 100 punktów najlepszy do uzyskania.

Średnie wyniki otrzymane w badanej grupie przedstawiają się następująco:

- Średnią wartość dotyczącą oceny sprawności fizycznej (domena PH - Physical functioning) osoby badane oceniły na $34,5 \pm 31,3$ punktów.
- Ograniczenia aktywności w pracy z powodu zdrowia fizycznego (domena RP - Role limitations due to physical health problems) osoby badane określiły na $8,0 \pm 10,3$ punktów.
- Ograniczenia aktywności w pracy z powodu problemów emocjonalnych (domena RE - Role limitations due to emotional problems) wyniosły $11,8 \pm 11,7$,
- Funkcjonowanie społeczne (domena SF Social functioning) badani ocenili na $46,8 \pm 29,2$ punktów,
- W kategorii dolegliwości bólowe (BP Bodily pain) wartości wynosiły $41,1 \pm 29,5$,
- Witalność (domena VT Vitality) została oceniona na $49,2 \pm 22,6$ punktów,
- Zdrowie psychiczne (domena MH Mental health) badani ocenili na $55,4 \pm 18,5$ punktów,
- Ogólna percepcja zdrowia (domena GH General health) wynosiła $38,9 \pm 14,7$ - *Tabela 5*

Tabela 5 Ocena jakości życia przy pomocy kwestionariusza SF-36v2 w poszczególnych badanych grupach

	Grupa I K (n=47)	Grupa II S (n=50)	Grupa III O (n=50)	Łącznie (n=147)	P-value
PH					0,0001
śr.±od.stand.	34,7 (22,1)	63,2 (26,6)	5,7 (8,2)	34,5±31,3	¹ 0,0004
zakres	0,0-75,0	0,0-100,0	0,0-30,0	0,0-100,0	² 0,0001
mediana	35,0 ^{1,2}	65,0 ^{1,3}	0,0 ^{2,3}	30,0	³ 0,0001
95%CI	[28,2;41,]	[55,6;70,]	[3,4;8,0]	[29,4;39,]	
RP					0,0001
śr.±od.stand.	4,5 (7,2)	17,0 (10,7)	2,1 (4,7)	8,0±10,3	¹ 0,0001
zakres	0,0-25,0	0,0-25,0	0,0-18,8	0,0-25,0	² 0,0001
mediana	0,0 ¹	25,0 ^{1,2}	0,0 ²	0,0	
95%CI	[2,4;6,6]	[14,0;20,]	[0,8;3,4]	[6,3;9,6]	
RE					0,0001
śr.±od.stand.	14,2 (10,8)	18,2 (11,3)	3,3 (7,1)	11,8±11,7	¹ 0,0001
zakres	0,0-33,3	0,0-50,0	0,0-25,0	0,0-50,0	² 0,0001
mediana	16,7 ¹	25,0 ²	0,0 ^{1,2}	8,3	
95%CI	[11,0;17,]	[15,0;21,]	[1,3;5,4]	[9,9;13,8]	
SF					0,0001
śr.±od.stand.	50,0 (16,5)	72,5 (24,9)	18,0 (11,9)	46,8±29,2	¹ 0,0056
zakres	12,5-87,5	12,5- 100,0	0,0-37,5	0,0-100,0	² 0,0001
mediana	50,0 ^{1,2}	75,0 ^{1,3}	12,5 ^{2,3}	50,0	³ 0,0001
95%CI	[45,2;54,]	[65,4;79,]	[14,6;21,]	[42,0;51,]	
BP					0,0001
śr.±od.stand.	42,2 (15,1)	68,1 (23,5)	13,3 (16,9)	41,1±29,5	¹ 0,0002
zakres	0,0-67,5	12,5- 100,0	0,0-55,0	0,0-100,0	² 0,0001
mediana	45,0 ^{1,2}	77,5 ^{1,3}	0,0 ^{2,3}	45,0	³ 0,0001
95%CI	[37,8;46,]	[61,4;74,]	[8,4;18,1]	[36,3;45,]	
VT					0,0001
śr.±od.stand.	53,6 (15,7)	64,5 (18,2)	29,8 (17,8)	49,2±22,6	¹ 0,0001
zakres	25,0-87,5	31,3- 100,0	0,0-75,0	0,0-100,0	² 0,0001
mediana	50,0 ¹	62,5 ²	25,0 ^{1,2}	50,0	
95%CI	[49,0;58]	[59,3;69,]	[24,7;34,]	[45,5;52,]	
MH					0,0001
śr.±od.stand.	58,9 (13,1)	66,5 (14,0)	41,1 (17,8)	55,4±18,5	¹ 0,0001
zakres	30,0-80,0	20,0-95,0	0,0-85,0	0,0-95,0	² 0,0001

mediana	60,0 ¹	65,0 ²	40,0 ^{1,2}	60,0	
95%CI	[55,1;62]	[62,5;70,]	[36,0;46,]	[52,4;58,]	
GH					0,0001
śr.±od.stand.	36,2 (10,0)	52,9 (12,9)	27,4 (6,2)	38,9±14,7	¹ 0,0001
zakres	20,0-55,0	20,0-80,0	20,0-55,0	20,0-80,0	² 0,0012
mediana	35,0 ^{1,2}	55,0 ^{1,3}	25,0 ^{2,3}	35,0	³ 0,0001
95%CI	[33,2;39]	[49,2;56,]	[25,6;29,]	[36,5;41,]	
Health transition					0,0001
śr.±od.stand.	42,0 (25,1)	56,5 (28,5)	26,5 (7,8)	41,7±25,4	¹ 0,0357
zakres	0,0-100,0	0,0-100,0	25,0-75,0	0,0-100,0	² 0,0145
mediana	25,0 ^{1,2}	75,0 ^{1,3}	25,0 ^{2,3}	25,0	³ 0,0001
95%CI	[34,7;49]	[48,4;64,]	[24,3;28,7]	[37,5;45,8]	

Nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic w poziomie jakości życia ze względu na płeć w dziedzinach dotyczących sprawności fizycznej, problemów zdrowotnych prowadzące do ograniczenia w pracy, witalności, oraz ogólnej ocena stanu zdrowia. Natomiast w zakresie problemów emocjonalnych ograniczających pełnienie dotychczasowych funkcji społecznych, funkcjonowania społecznego, dolegliwości bólowych i zdrowia psychicznego jakość życia była istotnie wyższa u mężczyzn – *Tabela 6*.

Tabela 6 Wpływ płci badanych na ocenę jakości życia przy pomocy kwestionariusza SF-36v2

	Kobiety	Mężczyźni	Wartość p
PH			
śr.±od.stand.	34,9±32,3	34,1±30,5	0,7684
zakres	0,0-100,0	0,0-100,0	
mediana	25,0	35,0	
95%CI	[27,3;42,5]	[27,1;41,1]	
RP			
śr.±od.stand.	7,8±10,2	8,1±10,5	0,6784
zakres	0,0-25,0	0,0-25,0	
mediana	0,0	0,0	
95%CI	[5,4;10,2]	[5,7;10,5]	
RE			
śr.±od.stand.	9,8±12,1	13,8±11,1	0,0357
zakres	0,0-50,0	0,0-25,0	
mediana	0,0	16,7	
95%CI	[7,0;12,7]	[11,2;16,3]	
SF			
śr.±od.stand.	39,2±26,1	54,0±30,4	0,0029
zakres	0,0-100,0	0,0-100,0	
mediana	37,5	50,0	
95%CI	[33,1;45,4]	[47,0;61,0]	
BP			
śr.±od.stand.	36,1±29,1	46,0±29,2	0,0252
zakres	0,0-100,0	0,0-100,0	
mediana	32,5	45,0	
95%CI	[29,2;42,9]	[39,3;52,7]	
VT			
śr.±od.stand.	45,9±18,6	52,3±25,6	0,1264
zakres	12,5-87,5	0,0-100,0	
mediana	50,0	50,0	
95%CI	[41,6;50,3]	[46,4;58,2]	
MH			
śr.±od.stand.	52,9±16,8	57,9±19,8	0,0378
zakres	0,0-90,0	0,0-95,0	

mediana	57,5	60,0	
95%CI	[49,0;56,9]	[53,3;62,4]	
GH			
śr.±od.stand.	38,3±14,5	39,4±14,9	0,6406
zakres	20,0-80,0	20,0-70,0	
mediana	35,0	35,0	
95%CI	[34,9;41,7]	[36,0;42,8]	

Istotne różnice można zauważyć w zakresie sprawności fizycznej mającej wpływ na lepszą samoocenę jakości życia u osób zamieszkujących wieś – *Tabela 7*.

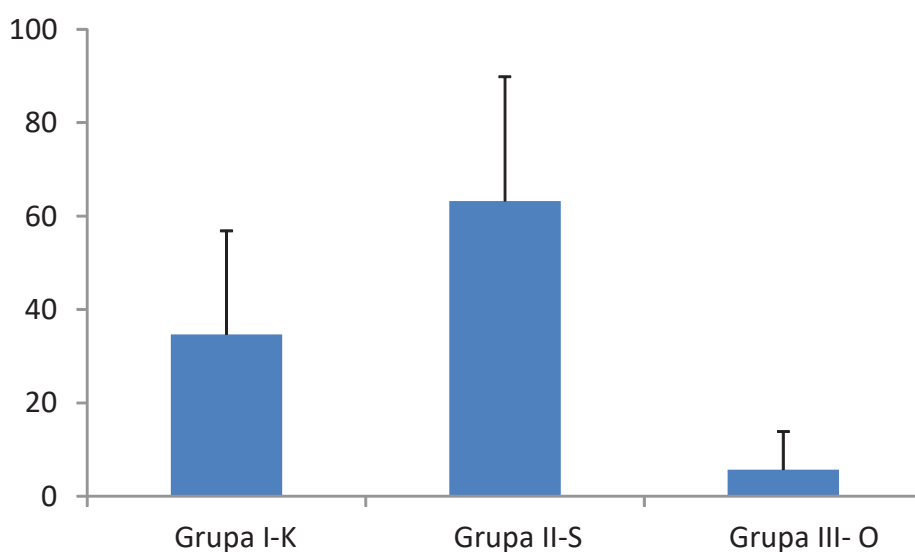
Tabela 7 Wpływ miejsca zamieszkania na ocenę jakości życia w poszczególnych obszarach przy pomocy kwestionariusza SF-36v2

	Miasto	Wieś	Wartość p
PH			
śr.±od.stand.	30,8±28,8	44,5±35,6	0,0381
zakres	0,0-100,0	0,0-100,0	
mediana	25,0	45,0	
95%CI	[25,3;36,3]	[33,1;55,9]	
RP			
śr.±od.stand.	7,4±9,8	9,5±11,5	0,4944
zakres	0,0-25,0	0,0-25,0	
mediana	0,0	0,0	
95%CI	[5,5;9,2]	[5,9;13,2]	
RE			
śr.±od.stand.	11,1±11,3	13,8±12,7	0,3630
zakres	0,0-33,3	0,0-50,0	
mediana	8,3	16,7	
95%CI	[9,0;13,3]	[9,7;17,8]	
SF			
śr.±od.stand.	44,5±28,5	52,8±30,7	0,1617
zakres	0,0-100,0	0,0-100,0	
mediana	50,0	50,0	
95%CI	[39,1;50,0]	[43,0;62,6]	
BP			
śr.±od.stand.	38,7±30,4	47,7±26,0	0,0884
zakres	0,0-100,0	0,0-100,0	
mediana	45,0	45,0	
95%CI	[32,9;44,5]	[39,4;56,0]	
VT			
śr.±od.stand.	47,7±23,6	53,1±19,3	0,1969

zakres	0,0-100,0	6,3-100,0	
mediana	50,0	50,0	
95%CI	[43,2;52,3]	[47,0;59,3]	
MH			
śr.±od.stand.	54,2±19,1	58,9±16,5	0,1909
zakres	0,0-95,0	0,0-90,0	
mediana	60,0	60,0	
95%CI	[50,5;57,8]	[53,6;64,2]	
GH			
śr.±od.stand.	37,6±14,4	42,3±15,0	0,1040
zakres	20,0-80,0	20,0-70,0	
mediana	35,0	42,5	
95%CI	[34,9;40,4]	[37,5;47,0]	

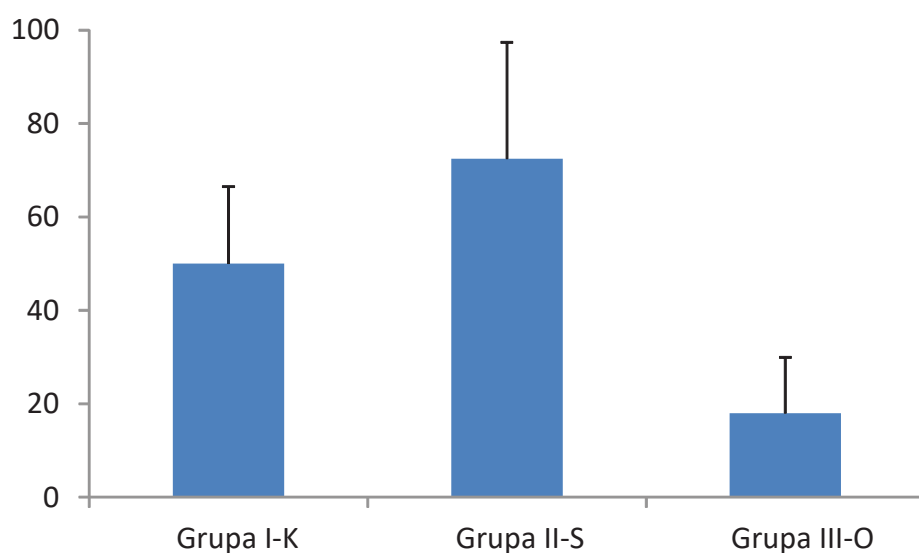
Jakość życia w obszarze sprawności fizycznej była istotnie niższa u pacjentów operowanych w Klinice Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Transplantacyjnej w porównaniu do pacjentów operowanych w Klinice Kardiochirurgii i Chirurgii Naczyniowej ($p=0,0001$) i w Klinice Chirurgii Szczękowo- Twarzowej ($p=0,0001$). Ponadto jakość życia na którą wpływa sprawność fizyczna była istotnie niższa u pacjentów operowanych w Klinice Kardiochirurgii i Chirurgii Naczyniowej w porównaniu do pacjentów operowanych w Klinice Chirurgii Szczękowo- Twarzowej ($p=0,0004$) – Wykres 10

Wykres 10 Wpływ sprawności fizycznej na ocenę jakości życia w badanych grupach



Wykazano, że uzyskane wyniki w zakresie funkcjonowania społecznego były istotnie niższe u pacjentów operowanych w Klinice Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Transplantacyjnej w porównaniu do pacjentów operowanych w Klinice Kardiologii i Chirurgii Naczyniowej ($p=0,0001$) i w Klinice Chirurgii Szczękowo- Twarzowej ($p=0,0001$). Ponadto wyniki w tym zakresie były również niższe u pacjentów operowanych w Klinice Kardiologii i Chirurgii Naczyniowej w porównaniu do pacjentów operowanych w Klinice Chirurgii Szczękowo- Twarzowej ($p=0,0056$) - *Wykres 11*

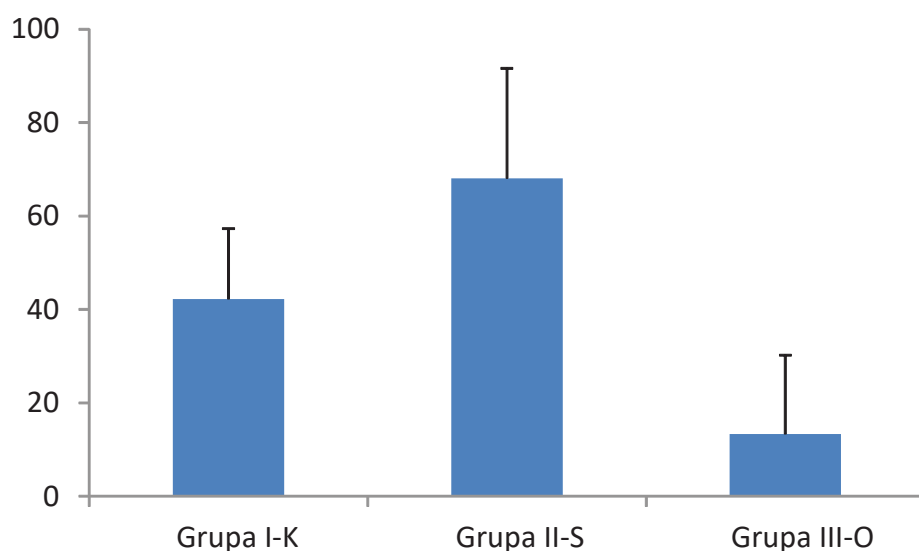
Wykres 11 Ocena jakości życia w badanych grupach w obszarze funkcjonowania społecznego



Ocena dolegliwości bólowych była istotnie niższa u pacjentów operowanych w Klinice Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Transplantacyjnej w porównaniu do pacjentów operowanych w Klinice Kardiochirurgii i Chirurgii Naczyniowej ($p=0,0001$) i w Klinice Chirurgii Szczękowo-Twarzowej ($p=0,0001$). Ponadto była istotnie niższa u pacjentów operowanych w Klinice Kardiochirurgii i Chirurgii Naczyniowej w porównaniu do pacjentów operowanych w Klinice Chirurgii Szczękowo-Twarzowej ($p=0,0002$) –

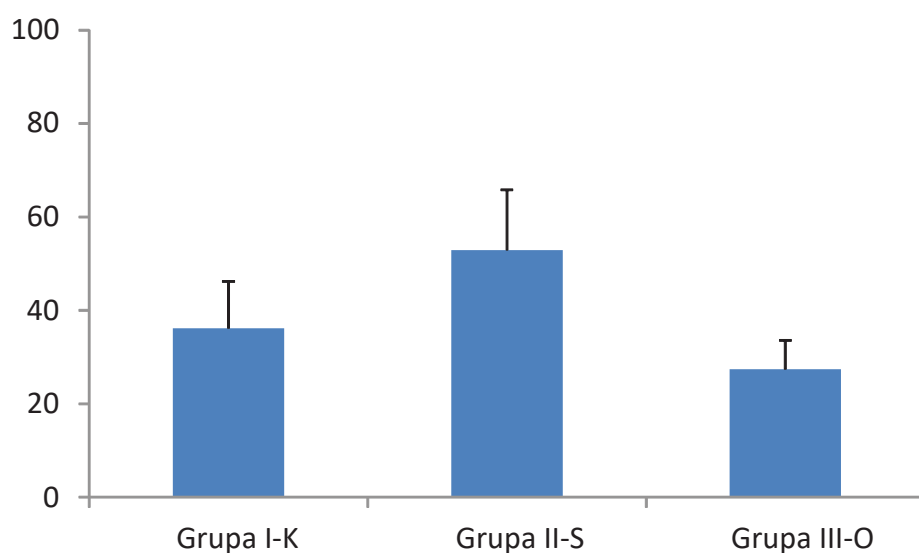
Wykres 12

Wykres 12 Ocena jakości życia w badanych grupach w obszarze dolegliwości bólowych



Natomiast jakość życia w kategorii ogólnej oceny stanu zdrowia była istotnie niższa u pacjentów operowanych w Klinice Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Transplantacyjnej w porównaniu do pacjentów operowanych w Klinice Kardiologii i Chirurgii Naczyniowej ($p=0,0012$) i Klinice Chirurgii Szczękowo- Twarzowej ($p=0,0001$). Ponadto była istotnie niższa u pacjentów operowanych w Klinice Kardiologii i Chirurgii Naczyniowej w porównaniu do pacjentów operowanych w Klinice Chirurgii Szczękowo- Twarzowej ($p=0,0001$) – Wykres 13

Wykres 13 Ocena jakości życia badanych w obszarze ogólnej oceny stanu zdrowia



5. Omówienie wyników badań i dyskusja

Nierozerwalny związek pomiędzy „psyche” a „somą” został dostrzeżony już w XIX w., tzw. „jedność psychofizyczną organizmu” można zauważyć u człowieka w każdym wieku. Każde zjawisko psychiczne ma swój wymiar somatyczny, a wszystko co somatyczne wpływa na nasz stan psychiczny. Twierdzenie to w równym stopniu dotyczy ludzi młodszych i starszych zarówno kobiet jak i mężczyzn. Okres zaawansowania choroby stawia chorego i jego najbliższych w sytuacji szczególnej. Obraz cierpienia fizycznego, psychicznego i egzystencjonalnego, trudności w zaspokajaniu potrzeb, pogorszenie jakości życia, to najczęstsze przyczyny występowania lęku (41).

Ból i cierpienie zawsze towarzyszą chorobie i procesom chorobowym, są zazwyczaj wydłużone w czasie i powtarzalne. Osoby nimi dotknięte identyfikują swoje życie z tego rodzaju doznaniem. Lęk utrwała się w pamięci organizmu i staje się tłem dla każdego doświadczania związanego z bólem, jak również dla zjawisk i procesów życia ludzkiego (20,83).

Od lat 90-tych ubiegłego wieku w piśmiennictwie można dostrzec wzrost zainteresowania wynikami leczenia ocenianymi nie tylko przez pryzmat zwiększenia przeżywalności chorych w skutek interwencji medycznych (14,18) ale również wpływu procesu leczenia i rekonwalescencji na jakość życia. W sferze zainteresowań badaczy znalazły się czynniki mające wpływ na odczuwanie, interpretację i reakcje na ból w zależności od przynależności do grupy kulturowej jak i społecznej. Do społecznie i kulturowo uwarunkowanych sposobów doznawania bólu można zaliczyć takie zjawiska jak socjalizacja i uczenie się jednostki jak znosić ból oraz w jaki sposób go ignorować. Wielu badaczy podejmowało próby stworzenia subdyscypliny socjologii i psychologii poświęconej badaniom nad bólem i zranieniem.

Bendelow i Willimas twierdzą, że diagnoza i leczenie bólu zdominowane jest obecnie przez biomedycynę (10). Ból jest w medycynie traktowany jako zbiór sygnałów, a nie jako indywidualne ukształtowane zjawisko w konkretnym kontekście społeczno- kulturowym. Konceptualizacja bólu, sposób postrzegania bólu jest zdominowany przez medycynę. Powoduje to, że szczególnie u osób cierpiących na chroniczny ból, przeważa argumentacja medyczna, pomimo, że perspektywa przeżywającej go jednostki jest równie ważna. Najczęściej jest jednak pomijana i traktowana jako mało istotna.

Melzak przedstawił w 1965 r. teorię bramkowania bólu według której aspekty psychologiczne i poznawcze mają wpływ na percepcje i reakcje na bodźce bólowe. Rekcja somatyczna jest zatem modyfikowana przez takie czynniki jak skupienie uwagi, niepewność,

oczekiwanie oraz przeszłe doświadczenia. Zdaniem autora nie tylko kwestie biologiczno-fizjologiczne ale także interpretacja bólu i cechy jednostki mają wpływ na charakter doznań bólowych (60).

W pracy do oceny natężenia bólu zastosowano poza metodą ilościową także jakościową metodę opisową. Z analizy przeprowadzonych badań wynika, że w chwili przyjęcia do szpitala pacjenci odczuwali silne dolegliwości bólowe. Stwierdzono, że nasilenie bólu przed zabiegiem było istotnie większe u pacjentów po zabiegu amputacji narządu ruchu w porównaniu do pacjentów zakwalifikowanych do operacyjnego leczenia choroby niedokrwiennej serca i pacjentów z urazami szczękowo-twarzowymi. W trzeciej dobie po zabiegu dolegliwości bólowe zmniejszyły się u wszystkich badanych osób w stopniu znacznym. Jednakże pacjenci po zabiegu amputacji narządu ocenili również w tym przypadku, istotnie wyżej dolegliwości bólowe w porównaniu do pozostałych badanych chorych.

Przeprowadzone badanie przez Grochans i wsp. wykazały, że ból stanowi integralną część okresu pooperacyjnego. Nie wykazano natomiast istotnego związku między metodą, trybem, rodzajem zabiegu i rodzajem znieczulenia a nasileniem bólu. Aczkolwiek, także w badaniu autora ból odczuwany w 3 dobie po zabiegu chirurgicznym okazał się istotnie słabszy w odniesieniu do 1 doby (35).

Ponieważ, istnieje wiele opisów bólu i równie dużo interpretacji i opracowań, występuje duża rozbieżność między wynikami prac dotyczących tego zagadnienia. Różnice dotyczą samego podejścia do definicji bólu. Jedni autorzy definicję bólu opierają na jego patogenezie i dzielą go na ból pochodzenia nerwowego czy zapalnego. W Polsce oraz krajach anglosaskich dominuje pogląd, że podstawą klasyfikacji są odczucia chorego (85).

Ból określany jest jako proces składający się z kilku etapów ściśle ze sobą powiązanych. Składają się na niego doznania zmysłowe, uczucie przykrości, reakcje czuciowe takie jak lęk, depresja czy gniew oraz zachowania bólowe będące behawioralną ekspresją bólu (22,74,83).

Naukowcy, którzy przeprowadzili prospektywne badania indywidualnych różnic w odczuwaniu bólu po operacji dowodzą, że ból jest determinowany przez takie czynniki jak lęk jako cecha osobowości i lęk jako stan odczuwany w danym momencie, oraz stres przed zabiegiem (70). Cumo i wsp. wykazał, że poczucie lęku u pacjentów przed zabiegiem jest czynnikiem który koreluje z odczuwanym lękiem po zabiegu i powoduje nasilenie dolegliwości bólowych (12).

Zależność nasilonych dolegliwości bólowych po zabiegu a poczuciem dużego lęku jest przedmiotem wielu badań z których wynika, że osoby z podwyższonym odczuwaniem lęku mają niższy próg bólowy (70,97,98).

Lęk stan oceniany był jako „subiektywne, świadomie postrzegane uczucia obawy i napięcia, któremu towarzyszy związana z nimi aktywacja lub pobudzenie autonomicznego układu nerwowego„ (34, 101), natomiast lęk cecha oceniany był jako „motyw lub nabyta dyspozycja behawioralna, która czyni jednostkę na postrzeganie szerokiego zakresu obiektywnie niegroźnych sytuacji jako zagrażających na nie stanami lęku, nieproporcjonalnie silnymi w stosunku do wielkości obiektywnego niebezpieczeństwa” (34,10) Do oceny poziomu lęku stanu i lęku cechy wykorzystano polską adaptację kwestionariusza STAI.

Średni poziom odczuwalnego lęku jako cechy i stanu mieścił się w przedziale poniżej 50 pkt, co świadczy o jego niskim poziomie w każdej z grup badanych. Niski poziom odczuwalnego lęku może świadczyć o dobrym przygotowaniu pacjenta zarówno pod względem przeprowadzonych badań kwalifikujących do zabiegu jak i również przygotowaniu psychologicznym. Wyczerpująca rozmowa z lekarzem, a w miarę potrzeb również z psychologiem, podczas której zostały wyjaśnione wątpliwości dotyczące postępowania lekarskiego mogło mieć wpływ na obniżenie poziomu lęku (104).

Podobne wyniki zostały opublikowane w pracy dr Śmietańskiej, dotyczące wpływu przygotowania przedoperacyjnego i premedykacji na percepcję bólu i czas hospitalizacji chorych operowanych z powodu przepukliny pachwiny w znieczuleniu miejscowym (85,86). Również Greszta i Siemińska przeprowadzając badania na grupie osób zakwalifikowanych do leczenia operacyjnego pomostowaniem aortalno- wieńcowym uzyskały podobne wyniki. Autorki porównały zależność między stopniem nasilenia lęku stanu w okresie przedoperacyjnym a stopniem odczuwalnego bólu po operacji (34). Stwierdziły zależność między poziomem lęku stanu przed operacją a stopniem ustąpienia bólu rany pooperacyjnej po analgezji. Praca ta ukazuje jak ważne jest poznanie czynników mających wpływ na stan psychofizyczny u pacjentów poddanych zabiegowi operacyjnemu.

Nelson po przeanalizowaniu wyników badań pacjentów poddanych operacji kardiologicznej wysuwa wniosek o związku wprost między lękiem a bólem. Natomiast Gilles na podstawie badań przeprowadzonych na grupie adolescentów stwierdza słabą korelację między lękiem a bólem pooperacyjnym (97).

Pomimo powszechnego poglądu, potwierdzonego badaniami, że lęk zwiększa ból, warto zwrócić uwagę na fakt, że towarzyszy temu reakcja zwrotna, gdy ból i koncentracja na nim

potęguje nasilenie dolegliwości bólowych. Można też zauważyć, że w sytuacjach silnego stresu, pobudzenia emocjonalnego, możliwe jest całkowite zablokowanie doznań bólowych.

Absi wysuwa wniosek, że między lękiem a percepcją bólu nie ma zależności wprost. W sytuacji gdy pacjent boi się operacji, zamiast obniżenia lęku istnieje alternatywa przesunięcia uwagi lub przypisania pobudzenia innym czynnikom (97,60). Podobne wnioski przedstawiła w swojej pracy Rolka i wsp. po przeprowadzeniu badań klinicznych zauważyła, że osoby, u których dostosowano postępowanie przeciwbólowe do aktualnych potrzeb pozytywnie oceniały prowadzoną terapię przeciwbólową w kolejnych dobach pooperacyjnych. Pacjenci operowani w trybie nagłym, bez wstępnej rozmowy wyjaśniającej cel i przebieg zabiegu, odczuwali ból o stopniu nasilenia znacznie silniejszym niż osoby operowane w trybie planowym, które zostały odpowiednio przygotowane. Wyczerpująca rozmowa z lekarzem, a w razie potrzeby z psychologiem może pomóc pogodzić się z trudną sytuacją, zaakceptowaniem obrazu własnego siebie (70).

Z analizy wyników badań wynika, że rodzaj zabiegu chirurgicznego, okazał się czynnikiem różnicującym nasilenie lęku jako stanu, jak i cechy. Stwierdzono istotne statystycznie różnice w poziomie lęku jako stanu w zależności od rodzaju operacji. Dokładne porównania pokazały, że najmniejszy poziom lęku jako stanu zadeklarowały osoby operowane w związku z niedokrwinną chorobą serca.

Na otrzymane wyniki, miało wpływ kilka zmiennych. Pacjenci kwalifikowani do zabiegów w Klinice Kardiologii i Chirurgii Naczyniowej przygotowywani są kilku etapowo. Często zabieg poprzedzony jest wieloma badaniami, jak również konsultacją psychologa czy psychiatry (59,69). Mniejszy poziom lęku jako stanu u pacjentów leczonych w Klinice Kardiologii i Chirurgii Naczyniowej może być wynikiem odpowiedniego przygotowania przedoperacyjnego. Zdaniem Rogowskiego i wsp. gdy pacjent zostanie zakwalifikowany do zabiegu i znajduje się w klinice kardiologicznej zostaje wyznaczony operator do przeprowadzenia zabiegu. Operator ten jest odpowiedzialny za ostateczne przygotowanie do zabiegu, jego przeprowadzenie i nadzorowanie leczenia pooperacyjnego. Niezaprzeczalnie zabieg kardiologiczny jest wielkim przeżyciem dla pacjenta, dlatego niezwykle istotne jest odpowiednie przygotowanie psychiczne pacjenta, przedstawienie mu jego sytuacji oraz konieczności wykonania zabiegu (59,69).

Ludwiczak wykazała, że operacja kardiologiczna daje ludziom nowe możliwości poprawy jakości życia. Według niej odpowiednie przygotowanie psychiczne jest bardzo istotne w procesie kwalifikacji, zabiegu jak również rekonwalescencji. Dlatego według autorki

najważniejsze jest zapobieganie, czyli im bardziej szczegółowo wprowadzi się chorego w trud przejścia przez okres pooperacyjny, opisie kolejne etapy leczenia tym rzadziej dochodzi do objawów lękowych a nawet depresji (107).

Obserwacje doświadczonych anestezjologów, uprawniają do wniosków, że pacjenci przejawiający przed zabiegiem wzmożony niepokój trudniej są wprowadzani w znieczulenie ogólne. Zdaniem wielu autorów pacjenci bardzo zestresowani trudniej poddają się anestezji (103). Dlatego bardzo istotna jest odpowiednio przeprowadzona rozmowa z anestezjologiem, która może być skuteczna w łagodzeniu przedoperacyjnego niepokoju u pacjentów oczekujących na zabieg. Podczas wizyty przedoperacyjnej anestezjolog powinien stworzyć możliwie najlepszych dla pacjenta warunków umożliwiających przeprowadzenie zabiegu, zminimalizowania wszelkich dolegliwości oraz dyskomfortu związanego z przeprowadzoną operacją. Przygotowanie takie ma wpływ na dolegliwości bólowe w okresie okołoperacyjnym, co w konsekwencji może również skrócić czas hospitalizacji (103).

Istnieje opinia, że lęk jest większy, im jest rozleglejsza operacja. Jednakże wyniki badań zaprzeczają temu stwierdzeniu, ponieważ najwyższy poziom lęku jako stanu oceniły osoby oczekujące na zabieg amputacji narządu ruchu. Zabiegi takie często wykonuje się w trybie pilnym, u pacjentów obarczonych dodatkowymi chorobami przewlekłymi np. cukrzyca, choroba niedokrwienna. Często pacjent nie ma czasu aby oswoić się z myślą o zmianie dotychczasowego trybu życia. Utrata kończyny jest dla każdego ogromnym szokiem. Zmienia się nie tylko wygląd zewnętrzny, ale całe dotychczasowe życie musi zostać przewartościowane. Pojawiają się ograniczenia, które w początkowej fazie leczenia często wydają się nie do przezwyciężenia. Utrata kończyny, gojąca się rana oraz bóle fantomowe to tylko nieliczne czynniki mające wpływ na stan psychofizyczny chorego. Dlatego tak bardzo istotne jest w procesie przygotowania do zabiegu jak i w późniejszym okresie czasu wsparcie medyczne, psychologiczne oraz socjalne. Interesujące badania przeprowadzili Badura- Brzoza i wsp. zaobserwowali oni, że podwyższone wartości w skali lęku jako stanu w grupie pacjentów leczonych chirurgicznie może mieć związek z nową sytuacją, zmianą obrazu własnego ciała (6). Natomiast Sjoling i wsp przeprowadzili badania oceny wpływu informacji uzyskiwanych przez pacjentów przed zabiegiem operacyjnym. Na podstawie uzyskanych wyników badań, autorzy stwierdzili, że poziom przedoperacyjnego lęku był niższy w grupie osób które przez zabiegiem otrzymały wyczerpującą informację, aniżeli w grupie badanych, którzy otrzymali informację rutynową (77). Do analogicznych wniosków doszli Cheung i wsp. oraz Ghulam i wsp. Zdaniem badaczy właściwe działania

psychoedukacyjne w okresie poprzedzającym operację, wpływają na zmniejszenie poziomu lęku w okresie pooperacyjnym (13,30).

Analizując wyniki badań dotyczących zależności między rodzajem zabiegu a lękiem jako cechą stwierdzono, że najniższy poziom zadeklarowały osoby zakwalifikowane do zabiegu z powodu urazu szczękowo- twarzowego. Warto zwrócić uwagę na fakt, że pacjenci operowani w Klinice Chirurgii Szczękowo- Twarzowej były to osoby w wieku do 40 lat. Bączyk i wsp. w przeprowadzonych badaniach w okresie przedoperacyjnym nie stwierdzili istotnej zależności pomiędzy wiekiem a lękiem jako cechą, zwrócili jednak uwagę na fakt, że pacjenci w młodszym wieku (tj. w wieku poniżej 38,6 lat) charakteryzują się niższym poziomem lęku od pacjentów w wieku starszym (5). Zaobserwowana tendencja słabszego reagowania lękiem u osób młodszych można tłumaczyć lepszą zdolnością przystosowawczą do nowej sytuacji oraz większego dostępu do zasobów wsparcia społecznego.

Lęk jest naturalną reakcją na chorobę, pobyt w szpitalu i leczenie operacyjne. Przedoperacyjny niepokój chorego zależy od wielu czynników takich jak wiek, cechy osobowości czy umiejętności reagowania w trudnej sytuacji.

Z przedstawionych badań wynika, że nie ma istotnych statystycznie różnic w nasileniu lęku jako stanu względem płci, wieku, miejsca zamieszkania oraz wykształcenie. Analiza korelacyjna wykazała również, że nie ma istotnie statystycznie różnic w badanych grupach w poziomie lęku jako cechy względem płci. Taka samą zależność można zaobserwować analizując wyniki badań dotyczących wpływu liczby osób w rodzinie, czy wysokości dochodów w rodzinie. Nie stwierdzono istotnej statystycznie korelacji wymienionych zmiennych z lękiem jako stan oraz lęku jako cechy. Autorzy Kałużyński i Kocur uzyskali porównywalne wyniki badając poziom lęku jako stanu lub cechy u osób z chorobą niedokrwienną serca lub ciśnieniem tętniczym (44). Interesującym natomiast jest fakt, że u osób poddanych zabiegom chirurgicznym wraz ze wzrostem wieku wzrastał istotnie poziom lęku jako cechy. Deklarowany przez starszą osobę podwyższony poziom lęku jako cechy podczas pobytu w szpitalu jest tematem wielu doniesień (36). Zależność tę można zauważyć w badaniach przeprowadzonych przez Augustyniuk i wsp. (3). W grupie badanych przez nich osób poziom nasilenia lęku wzrastał wraz z wiekiem. Inni autorzy jak Bączyk i wsp. analizując wyniki swoich badań, wykazali że pacjenci posiadali istotnie wyższy poziom lęku po uzyskaniu wieku powyżej 40 lat (5).

Pacjent, a szczególnie gdy jest nią osoba w starszym wieku przyjęta do szpitala, znajduje się nagle w obcym, całkowicie nieznanym środowisku. Narażona na liczne procedury, często czuje się skrepowana i onieśmielona. Oddzielona od swojego środowiska, znajomych, często traci

kontrolę nad swoim „ja”, Każdy z nas ma swoje przyzwyczajenia, nawyki, które wraz z wiekiem coraz trudniej zmienić, przebywanie na sali w otoczeniu obcych ludzi, często brak możliwości oglądania telewizji czy czytania prasy to jedne z czynników mających wpływ na stan psychiczny chorego (29,103). Choroba zawsze stanowi zagrożenie większe czy mniejsze dla zdrowia czy życia człowieka (54). Operacja, zawsze wyzwała zintensyfikowanie przeżyć lękowych (63). Według Brombosza stres związany z pobytem w szpitalu można podzielić na trzy fazy: przyjęcie i oczekiwanie na zabieg, znieczulenie i operacja oraz okres pooperacyjny. Pacjenci mogą odczuwać różne emocje od złości i niechęci do personelu po ból, cierpienie i depresję. Reakcja emocjonalna według autora niezależna jest od reakcji fizjologicznej (103). Wyniki badań empirycznych pozwalają stwierdzić, że lęk jest pierwszą reakcją emocjonalną jaka występuje u osoby oczekującej na zabieg (63,94). Bardzo często na pierwszym miejscu wymieniana przez pacjentów jest obawa przed „nieobudzeniem się” po operacji. Zazwyczaj lęk taki zazwyczaj wyrażają osoby starsze (103).

Innym zgłaszanym niebezpieczeństwem jest obawa przed obudzeniem się w trakcie zabiegu, lęk przed bólem czy niezidentyfikowany strach przed nieznanym. Poziom lęku sytuacyjnego związanego z okresem okołoperacyjnym, zależny jest od negatywnych wcześniejszych doświadczeń, ich braku lub pozycją w planie operacyjnym (zabieg pierwszy czy ostatni z listy).

Do pełnej oceny wpływu reakcji emocjonalnych na dolegliwości bólowe ważne jest nie tylko badanie w zakresie jakościowym i ilościowym odczuć bólowych ale również ocena parametrów mających wpływ na jakość życia pacjenta.

W prezentowanej pracy wykorzystano kwestionariusz SF 36v2 do badania ogólnej jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia. Umożliwia on ocenę jakości życia pacjentów po zabiegach chirurgicznych w dziedzinie fizycznej, psychicznej jak i społecznej.

Celem mojej pracy było zbadanie poszczególnych składników jakości życia u pacjentów w okresie okołoperacyjnym. Z przeprowadzonych badań wynika, że w ocenie mężczyzn funkcjonowanie w zakresie funkcjonowania społecznego oraz ograniczenia w pełnieniu ról wynikających z problemów emocjonalnych jakość życia była istotnie u nich wyższa niż u kobiet. Zdaniem, niektórych autorów analizując zależność między płcią badanych a oceną jakości życia, kobiety gorzej oceniają aspekt psychiczny funkcjonowania, natomiast badani mężczyźni gorzej postrzegają fizyczne aspekty jakości życia (18).

Istotnym elementem mającym wpływ na funkcjonowanie społeczne jest opieka ze strony najbliższych. Lepsza samoocena w dziedzinie funkcjonowania psychicznego jak i

funkcjonowania społecznego występuje w przypadku gdy pacjent jest w związku małżeńskim lub mieszka z innymi osobami we wspólnym gospodarstwie domowym (18).

Pałczak i Uchmanowicz badając analizę czynników wpływających na jakość życia po zawale mięśniowym stwierdziły, że osoby żyjące w związku lepiej oceniają jakość życia w zakresie aktywności fizycznej niż osoby samotne, co jest zgodne z badaniami innych autorów (68).

Autorzy Kaczmarek, Skrzypczak i wsp. zwrócili uwagę, że środowisko społeczne jest najważniejszym wyznacznikiem indywidualnego dobrego samopoczucia. Ich zdaniem ma to związek z bardziej świadomym i aktywnym podejściem do własnego zdrowia osób lepiej wykształconych oraz posiadających wsparcie ze strony najbliższej rodziny (42). Ich zdaniem elementem stylu życia warunkującym jakość samooceny jest aktywność fizyczna, która pozytywnie koreluje z kondycją psychiczną.

Analiza wyników badań wykazała, że jakość życia w zakresie sprawności fizycznej była najwyższa u osób zamieszkujących na wsi. Wynik taki nie powinien budzić żadnych wątpliwości. W licznych pracach podkreśla się, że osoby które prowadzą mało aktywny tryb życia, deklarują zły lub przeciętny stan zdrowia, który może doprowadzić do depresji (42).

W pracy wykazano, że im osoba badana była starsza, tym ocena jakości życia we wszystkich badanych obszarach była niższa. U osób starszych, niezależnie od choroby, stwierdza się różne dolegliwości somatyczne, zaburzenia psychiczne, czy niekorzystne warunki psychospołeczne, które mogą wywierać istotny wpływ na ocenę jakości życia pacjentów (18). Podobne wnioski przedstawiła w swojej pracy Pałczak i Uchmanowicz (68). Zdaniem autorek starszy wiek wpływa negatywnie na wyniki dotyczące jakości życia chorych po zawale mięśnia sercowego. Dobrogowski, Przeklasa – Muszyńska i Wordliczek zwraca uwagę na fakt, że objawy depresji występują częściej w populacji ludzi starszych (22).

Analizując ocenę wskaźników jakości życia, uzyskano w badaniach najniższy wynik u pacjentów zakwalifikowanych do amputacji narządu ruchu.

Utrata jakiegokolwiek części ciała to nie tylko zaburzenie lub całkowity brak funkcji, ale również poważny problem, psychologiczny, emocjonalny i społeczny (52). Zgodnie z koncepcją Kruegera nabycie defektu fizycznego lub doświadczenie poważnej choroby jest znaczącym naruszeniem przebiegu faz rozwoju (108). To co uświadamiane jest latami, teraz przebiega w bardzo przyspieszonym tempie. Człowiek niepełnosprawny nagle dowiaduje się, że jego ciało zostaje zmienione, że nie będzie już tak sprawne jak dawniej. Często w jego mniemaniu, zostaje utracona kontrola nad wszystkim co stanowiło istotę jego „Ja”. Ponieważ w większości przypadkach, informacje o nowym położeniu pojawiają się nagle i dotyczą spraw

podstawowych, doprowadzają do wystąpienia przeżyć wstrząsającym całym życiem człowieka. Elbirlik wyróżnia następujące rodzaje przeżyć odczuwanych przez osobę, u której dochodzi do utraty części ciała. Według autora pierwszy pojawia się lęk kastracyjny, który może występować jeszcze przed utratą części ciała i który trwa po wystąpieniu urazu fizycznego. Na tym etapie dochodzi do szoku inicjacyjnego, w wyniku którego pacjent uświadamia sobie że został trwale okaleczony. Przeżycie lęku może spowodować uruchomienie mechanizmów obronnych, które autor nazywa stanem oszołomienia, utrata poczucia rzeczywistości i własnej tożsamości. W końcowym etapie mechanizm zaprzeczenia wyczerpuje się. Powraca świadomość utraty części ciała (82). Osoba okaleczona konfrontuje dawny obraz własnego ciała z aktualnym stanem.

Badania wykazały również, że jakość życia w zakresie sprawności fizycznej, funkcjonowania społecznego, dolegliwości bólowych, ogólnej oceny stanu zdrowia została oceniona niżej u pacjentów zakwalifikowanych do operacyjnego leczenia choroby niedokrwiennej serca od pacjentów zakwalifikowanych do zabiegu po urazie szczękowo- twarzowym.

Podobne wyniki otrzymali Szczesniak i wsp. badając jakość życia chorych z wielonaczyniową chorobą wieńcowa. We wszystkich obszarach dotyczących zdrowia fizycznego oraz funkcjonowania psychicznego chorzy stwierdzili dyskomfort wynikający z ich choroby.

Wykazane w pracy wyniki badań wskazują na konieczność spojrzenia na pacjenta przez pryzmat medycyny holistycznej, co w konsekwencji doprowadzi do postrzegania zabiegu operacyjnego nie tylko jako procedury medycznej. W opiece nad pacjentem powinien uczestniczyć cały zespół interdyscyplinarny. Trzeba pamiętać, że na wyniki leczenia, poza techniką operacyjną, leczeniem farmakologicznym, ma wpływ stan emocjonalny pacjenta. Ponieważ obecność czynników dodatkowo wpływających na ból jest istotna, ważne jest uzupełnienie farmakoterapii metodami nefarmakologicznymi takimi jak zabiegi neuromodulujące czy metody psychologiczne (22,78).

Pomimo licznych prac w piśmiennictwie zagranicznym opisujących wpływ lęku na odczuwanie dolegliwości bólowych w okresie okołoperacyjnym, niewielka liczba polskich doniesień powoduje, że niezwykle trudno jest odnieść się do wyników badań przedstawionych we własnej pracy, jak również pokusić się o wyciągnięcie obszerniejszych wniosków. Pozostaje również niedosyt związany z brakiem możliwości porównania własnych wyników badań z wynikami z innych ośrodków w Polsce.

6. Wnioski

- 1. Badania wykazały, że występuje zależność między przedoperacyjnym lękiem a pooperacyjnym bólem w odniesieniu do grupy zbadanych chorych.**
- 2. Stwierdzono, że rodzaj zabiegu chirurgicznego jest czynnikiem różnicującym nasilenie lęku stanu i cechy a odczuwaniem dolegliwości bólowych.**
- 3. Stwierdzono ścisły związek między jakością życia a aktualnym stanem zdrowia badanych chorych.**

Streszczenie

Choroba i jej wpływ na mechanizmy psychologiczne dotyczące funkcjonowania człowieka były wielokrotnie przedmiotem badań empirycznych i analiz teoretycznych (29,82). Szczególną sytuacją dla pacjenta jest leczenie chirurgiczne, które jest dużym obciążeniem emocjonalnym. Nasilony lęk może niekorzystnie wpłynąć na parametry fizjologiczne, zarówno przed jak i po operacji. Ponadto lęk przedoperacyjny może zwiększać natężenie bólu przedoperacyjnego i wydłużyć czas hospitalizacji (12,33)

Na złe samopoczucie pacjenta, składają się nie tylko dolegliwości fizyczne i psychiczne wynikające z choroby ale też odczucia związane z przebywaniem w placówce medycznej oraz relacje z personelem medycznym. Należy zwrócić szczególną uwagę, że pacjent nawiązuje interakcje z personelem medycznym w warunkach szczególnego przymusu sytuacyjnego, co może w konsekwencji samo w sobie stanowić źródło dyskomfortu psychicznego (29).

Przeprowadzono niewiele badań na temat zależności pomiędzy osobowością i sytuacją chorego człowieka a wynikającymi z tego zachowaniami. Można jednak postawić hipotezy na ten temat na podstawie istniejących już ustaleń odnoszących się do czynników determinujących interakcje międzyludzkie oraz funkcjonowanie chorego w stresie.

Celem mojej pracy było :

1. Zbadanie zależności jaka zachodzi między przedoperacyjnym lękiem a pooperacyjnym bólem w odniesieniu do grupy chorych leczonych w oddziałach chirurgicznych Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego.
2. Zbadanie związku między poziomem lęku stanu u pacjentów przed operacją i poziomem lęku cechy a odczuwaniem bólu
3. Zbadanie ogólnej oceny jakości życia w zależności od stanu zdrowia.

Badania zostały przeprowadzone w grupie 147 pacjentów zaopatrywanych i leczonych w Klinice Chirurgii Szczękowo – Twarzowej (pacjenci z urazami szczękowo- twarzowymi), Klinice Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Transplantacyjnej (pacjenci po zabiegu amputacji narządu ruchu) oraz Kardiochirurgii i Chirurgii Naczyniowej (pacjenci zakwalifikowani do operacyjnego leczenia choroby niedokrwiennej serca).

Testy psychologiczne i kwestionariusze kierowane były do osób pełnoletnich, posiadających pełną zdolność do czynności prawnych. Z badań wykluczono osoby z zaburzeniami psychicznymi, z zaburzeniami funkcjonowania centralnego układu nerwowego, z zaburzeniami funkcji poznawczych w stopniu utrudniającym rozumienie treści kwestionariusza oraz z chorobą nowotworową.

Każda osoba była badana dwukrotnie. Przed przystąpieniem do badania z każdą osobą była przeprowadzona rozmowa mająca na celu objaśnienie celu badania oraz wyrażenia przez pacjenta świadomej zgody na udział w badaniu. Lęk jako stan i jako cechę badany był w okresie przedoperacyjnym za pomocą polskiej wersji STAI, natomiast odczucia dolegliwości bólowych za pomocą skali VAS. Na tym etapie zostały również zebrane dane społeczno- demograficzne. W okresie pooperacyjnym, przy użyciu skali VAS, oraz zmodyfikowanej wersji testu McGill Pain Questionnaire badane były odczucia bólowe. W tej części badania chorzy też oceniali jakość życia przy pomocy Kwestionariusza SF-36v2.

Badanie było anonimowe, każdej badanej osobie został przypisany kod do danej Kliniki (np. Klinika Chirurgii Szcękowo – Twarzowej osoba pierwsza -KChST 1)

Badania uzyskały zgodę Niezależnej Komisji Bioetycznej do Spraw Badań Naukowych Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego. Uzyskano również zgodę na przeprowadzenie badania Kwestionariuszem SF- 36v2.

Przeprowadzone badania wykazały, że w chwili przyjęcia do szpitala pacjenci odczuwali silne dolegliwości bólowe. W trzeciej dobie po zabiegu u wszystkich badanych osób dolegliwości bólowe zmniejszyły się w stopniu znacznym. Nasilenie bólu przed zabiegiem było istotnie większe u pacjentów po zabiegu amputacji narządu ruchu w porównaniu do pacjentów zakwalifikowanych do operacyjnego leczenia choroby niedokrwiennej serca i pacjentów z urazami szcękowo-twarzowymi. W trzeciej dobie po zabiegu dolegliwości bólowe zmniejszyły się u wszystkich badanych osób w stopniu znacznym. Jednakże pacjenci po zabiegu amputacji narządu ocenili również w tym przypadku, istotnie wyżej dolegliwości bólowe w porównaniu do pozostałych badanych chorych.

Analizując wyniki badań dotyczących wpływu lęku stanu i leku cechy na wybrane zmienne uzyskano następujące wyniki : różnica w nasileniu lęku jako stanu względem płci, wieku, miejsca zamieszkania oraz wykształcenie w badanych grupach nie miała charakteru istotnego statystycznie. Tę samą zależność zaobserwowano w przypadku korelacji lęku jako cechy i lęku stanu z liczbą osób w rodzinie oraz wysokości dochodów.

Jednym z parametrów istotnie wyższym była zależność między wiekiem a lękiem jako cecha. Wraz ze wzrostem wieku wzrastał poziom lęku jako cechy.

Stwierdzono, również istotne statystycznie różnice w poziomie lęku stanu i lęku cechy w zależności od rodzaju operacji. Dokładne porównania pokazały, osoby zakwalifikowane do zabiegu amputacji narządu ruchu miały wyższy poziom lęku stanu od osób zakwalifikowanych do operacyjnego leczenia choroby niedokrwiennej serca. Osoby zakwalifikowane do operacji w związku z urazem szczękowo- twarzowym wykazywały mniejszy poziom lęku jako cechy niż osoby zakwalifikowane do zabiegu amputacji narządu ruchu oraz zakwalifikowanych do operacyjnego leczenia choroby niedokrwiennej serca. .

W zależności od obszarów życia pacjenta oceniono wskaźniki jakości życia. Nie stwierdzono istotnych różnic w zakresie sprawności fizycznej, problemów zdrowotnych prowadzących do ograniczeń w pracy, witalności oraz ogólnej oceny stanu zdrowia względem płci. Natomiast w obszarach dotyczących problemów emocjonalnych, funkcjonowania społecznego, zdrowia psychicznego oraz dolegliwości bólowych lepiej jakość życia oceniali mężczyźni.

Sprawność fizyczna, jako jeden z wskaźników oceny jakości życia, oceniana była wyżej u osób zamieszkujących wieś.

Analizując wyniki badań osób oczekujących na amputację narządu ruchu, uzyskano najniższe wyniki w zakresie wszystkich wskaźników jakości życia w stosunku do pozostałych badanych. Natomiast osoby zakwalifikowane do zabiegu po urazie szczękowo - twarzowym ocenili wyżej jakość życia w zakresie sprawności fizycznej, funkcjonowania społecznego, dolegliwości bólowych oraz ogólnej oceny stanu zdrowia od pacjentów oczekujących na operacyjne leczenie choroby niedokrwiennej serca.

W wyniku przeprowadzonych badań stwierdzono, że rodzaj zabiegu oraz sposób przygotowania do niego pacjenta ma wpływ na przebieg okresu okołoperacyjnego. Odpowiednia premedykacja farmakologiczna ma istotne znaczenie dla przebiegu okresu okołoperacyjnego, jednakże wykazano również skuteczność przygotowania psychicznego w łagodzeniu niepokoju co w konsekwencji może spowodować odczuwanie mniejszych dolegliwości bólowych.

BIBLIOGRAFIA

1. Aleksandrowicz J.W. Zaburzenia nerwicowe. Zaburzenia osobowości i zachowań dorosłych (wg ICD-10) Wydawnictwo UJ Kraków 1998 s. 21
2. Aronson E. Wilson T.D. Akert R.M. Psychologia społeczna - Serce i umysł, Zysk i S-ka Wydawnictwo s.c. Poznań 1997, 592-629
3. Augustyniuk K. Pawlak J. Jurczak A. Szkup- Jabłońska M. Stanisławska M. Jasiewicz A. Grochans E. Ocena poziomu lęku u hospitalizowanych, Wydawnictwo Continuo Family Medicine & Primary Care Review Wrocław 2013,15, 2, 73-75
4. Bańka A. Jakość życia w psychologicznych koncepcjach człowieka i pracy, Zysk i S-ka Wydawnictwo s.c. Poznań 1994
5. Bączyk G. Poniedziałek M. Skokowska B. Poziom lęku przedoperacyjnego u chorych leczonych chirurgicznie, Pielęgniarstwo Polskie 2005 1(19),42-45
6. Badura – Brzoza K. Matysiakiewicz B. Piegza M. Rycerski W. Niedziela U. Hese R.T. Ocena wpływu czynników socjodemograficznych na objawy lęku i depresji u pacjentów po amputacji kończyny, Psychiatria Polska Kraków 2006, 2, 335-345,
7. Baker R. Strach i paniczny lęk, Mity a rzeczywistość, Wydawnictwo Jedność Kielce 2002
8. Barraclough J. Rak i emocje , Wydawnictwo Sanmedica, Warszawa 1997 s.6
9. Bishop G.D. Psychologia zdrowia Wydawnictwo Astrum Wrocław 2000
10. Byczkowska- Owczarek D. Społeczne oblicza bólu – informacja, przyjemność, przekleństwo. Kulturowe, grupowe i interakcyjne uwarunkowania odczuwania doznań bólowych. Czasopismo Polskiego Towarzystwa Badania Bólu –Ból, Warszawa 2015, 16, 3, 35-43
11. Calvin S. Hall Gardner Lindzey Teorie osobowości, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2001, 566-567
12. Caumo W. Schmidt A.P. Schneider C.N Bergmann J. Risk factors for postoperative anxiety in adults, Anaesthesia 2001, 56, 720-728
13. Cheung L.H. Callaghan P. Chang A.M. A controlled trial of psycho-educational interventions in preparing Chinese women for elective hysterectomy, Int J Nurs Stud.2003, 40 (2) 207-216
14. Daszykowska J. Jakość życia w koncepcjach związanych ze zdrowiem, Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego, Rzeszów 2006, 122-128
15. Dąbrowski K. Zdrowie psychiczne Państwowe Wydawnictwo Naukowe Warszawa 1981

16. De Barbaro B., Czubała Cz., Eichelberger W., Grun A., Maruszewski T., Piłśniak M., Sosnowska D., Nasze złe emocje, Miesięcznik ZNAK, Kraków 2003,
17. De Walden - Gałuszko K. Ból a depresja- w teorii i praktyce, Psychoonkologia 7(2) 2003 s. 25-29
18. De Walden – Gałuszko K. Majkowicz M. Jakość życia w chorobie nowotworowej, Uniwersytet Gdański 1994
19. De Walden – Gałuszko K. Psychologiczne aspekty bólu, Ból totalny. Problem nauki, dydaktyki i leczenia, AM - Lublin 1998, 6, s. 112-115
20. De Walden –Gałuszko, Majkowicz M. Psychologiczno- kliniczna ocena bólu przewlekłego, Wskazania dla lekarzy pierwszego kontaktu oraz poradni przeciwbólowych i paliatywnych Zakład Medycyny paliatywnej AMG Gdańsk 2003
21. De Walden Gałuszko Wybrane zagadnienia psychoonkologii i psychoterapii, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego 1992
22. Dobrogowski J. Wordliczek J. Medycyna bólu, Wydawnictwo Lekarskie PZWL Warszawa 2004,
23. Dolińska- Zygmunt G. Podstawy psychologii zdrowia. Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2001
24. Domachowski W. Argylea M. Reguły życia społecznego, Oksfordzka Psychologia Społeczna, Wydawnictwo PWN, Warszawa 1994
25. Domżał T.M. Ból – podstawowy objaw w medycynie, PZWL, Warszawa 1996
26. Drat Ruszczak K. Strelau J. (red.) Teorie osobowości – podejście psychodynamiczne i humanistyczne. Psychologia. Podręcznik akademicki. Tom 2 Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne 2000 , 601 – 652
27. Ekman P. Davidson R.J. Natura emocji, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne 1999
28. Fayers P.M. Mahin D. Qality of Life, Assessment, analysis and interpretation, Surry, United Kingdom Wiley 2000
29. Gapik L. Choroba i lek zależności psychosomatyczne, Przegląd terapeutyczny 9-10/2013
30. Ghulam A.T. Kessler M. Bachmann L.M. Haller U. Kessler T.M. Patients satisfaction with the preoperative informed consent procedure a multicenter questionnaire survey in Switzerland. Mayo Clin. Proc. 2006 81 (3), 307-312
31. Gillies M. L. Smith L.N. Parry-Jones W.L. Postoperative pain assessment and management in adolescent. Pain 1999

32. Golec A. Ból psychogeny i psychologiczne aspekty bólu Dobrogowski J. Wordliczek J. (red.) Medycyna bólu, Wydawnictwo PZWL Warszawa 2002
33. Golec A. Psychologiczne aspekty bólu pooperacyjnego, Wordliczek J. (red.) Ból pooperacyjny Medyczne Centrum Kształcenia Podyplomowego Uniwersytet Jagielloński Kraków 2000
34. Greszta E. Siemińska M.J. Poziom lęku- stanu i lęku cechy u pacjentów zakwalifikowanych do leczenia operacyjnego pomostowaniem aortalno- wieńcowym a percepcja bólu rany pooperacyjnej i innych dolegliwości bólowych. *Annales Academiae Medicae Stetinensis Roczniki Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie* 2008, 54, 1 157-163,
35. Grochans E. Hyrcza V. Kuczyńska M. Szkup- Jabłońska M. Jurczak A. Rotter I. Zaremba – Pechmann L. Karakiewicz B. Subiektywna ocena bólu pooperacyjnego u pacjentów po wybranych zabiegach chirurgicznych, *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne*, Wydawnictwo Termedia 2011, 2, 82-87,
36. Hajduk A. Korzonek M. Przybycień K. Ertmański S. Stolarek J. Badanie nasilenia lęku testem C.D. Spielbergera u pacjentów z zaburzeniami rytmu serca, *Annales Academiae Medicae Stetinensis Roczniki Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie* 2009, 55, 1 48-51,
37. Hawighorst S. Schoenefuss G. Fusshoeller C. Franz C. Seufert R. Kelleher D.K. Vaupel P. Knapstein P.G. Koelbl H. The physician –patient relationship before cancer treatment: a prospective longitudinal study, *Gynecol Oncol.* 2004, 94 (1), 93-97
38. Heszen- Niejodek I. Lekarz i pacjent Badania psychologiczne Universitas Kraków 1992
39. Hilgier M. Historia i leczenie bólu przewlekłego, *Nowa Medycyna* 200, 2
40. IASP Subcommittee on taxonomy: Pain terms; a list with definitions and notes on usage. *Pain* 1979,6,249
41. Joško –Ochojska J. Lęk- nieodłączny towarzysz człowieka od poczęcia aż do śmierci, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach 2013
42. Kaczmarek M. Skrzypczak M. Maćkowiak K. Status społeczno- ekonomiczny oraz styl życia jako czynniki różnicujące subiektywne poczucie zdrowia wśród starzejących się mężczyzn, *Gerontologia polska* 2006 14,2,84-90
43. Kalfos M. Jaracz K. Wołowicka L. (red.) Radzenie sobie ze stresem i zachowania zdrowotne w kontekście pielęgnowania, Dział Wydawnictw Uczelnianych Akademii Medycznej Poznań 2001, 42-45,

44. Kałużyński M. Kocur J. Poziom lęku stanu bądź cechy u osób z chorobą niedokrwienną serca lub nadciśnieniem tętniczym, *Sztuka leczenia*, Kraków, 2004 10, 2, 23-29
45. Kenrik D.T. Neuberg S.L. Cialdini R.B *Psychologia społeczna*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 1999,
46. Kępiński A. *Lęk* Wyd. Sagittarius Kraków 1992
47. Kępiński A. *Psychopatologia nerwic* Państwowy Zakład Wydawnictw lekarskich Warszawa 1979
48. Klichowski L. *Lęk, strach, panika*, Printer Poznań 1994
49. Kłak A. Mińko M. Siwczyńska D. *Metody kwestionariuszowe badania jakości życia*, Wydawnictwo Problemy Higieny i Epidemiologii, Poznań 2012, 93 (4) 632-638
50. Kozielski J. *Koncepcje psychologiczne człowieka*, Wydawnictwo akademickie Żak, Warszawa 1998, 239-259
51. Krasuska M.E. Stanisławek A. Lechicka J. Wrońska I. *Wsparcie pacjenta i rodziny w chorobie, cierpieniu i śmierci*, Psychoonkologia, Gdańsk 2002, 6 (3) 65-69
52. Leary M. Kowalski R.M. *Lęk społeczny*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne 2001,
53. Le Doux J. *Mózg emocjonalny* Wydawnictwo Media Rodzina Poznań 2000
54. Leksowska A. Jaworska I. Gorczyca P. *Choroba somatyczna jako wyzwanie adaptacyjne dla człowieka*, *Folia Cardiologica Excerpta*, Czasopismo Via Medica 2011, 6,4, 244-248
55. Leplege A. Hunt S. *The problem of quality of life in medicine*, JAMA 1997, 278, 47-50
56. Loeser J. Melzack R. *Pain an overview*, Lancet 1999,
57. Łazowski J. *Psychologiczne aspekty patogenezy bólu*, Przegląd lekarski 46(6) s. 415-419
58. Łoza B. Opielak G. Szkodziak P. Bronikowska A. Bartyzel M. *Lęk jako objaw łączący psychiatrię z innymi dziedzinami medycyny somatycznej- poziom lęku u pacjentów wybranych oddziałów somatycznych*, *Psychiatria w Praktyce ogólnolekarskiej* 2004, 4(4), 193-196
59. Matysiakiewicz J. *Objawy depresyjne i lęk u pacjentów po wybranych poważnych zdarzeniach sercowych występujących w przebiegu choroby niedokrwiennej serca*, Rozprawa habilitacyjna 8/2006, Katowice 2006
60. Melzack R. Wall P.D. *Tajemnica bólu*, Wydawnictwo WAM, Kraków 2006
61. Melzack R. Wall P. D. *Pain mechanisms a new theory*, Science 1965,
62. Morley S., *Psychologiczne koncepcje bólu* Dobrogowski J. Wordliczek J.(red) *Terapie uzupełniające w leczeniu bólu*, Elsevier Urban & Partner Wrocław 2010

63. Modzelewska M. Wołowicka L. Admiraal P. Dynamika lęku okołoperacyjnego Przegląd psychologiczny 1985, 24,
64. Nelson F.V. Zimmerman L. Barnason S. Nieveen J. Schmaderer M. The relationship and influence of anxiety on postoperative pain in the coronary artery bypass graft patient. J. Pain & Symptom Management 1998
65. Niv D. Kreitler S. Pain and Quality of Life, Pain Practice 2001 vol 1, 2, 150-161
66. Pincus T. Peace S. McLelland A. Self-referential selective memory in pain patients Brit. J. Clin. Psychol. 1993
67. Popielski K. Noetyczny wymiar osobowości, TN KUL, Lublin 1994
68. Pałczak E. Uchmanowicz I. Analiza czynników wpływających na jakość życia po zawale mięśnia sercowego. Czasopismo Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne Wrocław 2012, 2, 1, 29-37
69. Rogowski J. Jarmoszewicz K. Siondalski P, Co należy wiedzieć przed operacją kardiochirurgiczną? Przygotowanie chorego do planowanego zabiegu kardiochirurgicznego w chorobie wieńcowej i wadach zastawkowych serca, Choroby serca i naczyń, Czasopismo Via Medica sp. Z o. o. 2006, 3, 4, 175-180
70. Rolka H. Krajewska –Kulak E. Jankowiak B. Krajewska K. Kowalczyk K. Klimaszewska K. Psychologiczne aspekty bólu pooperacyjnego jako głównego problemu pielęgnacyjnego u pacjenta chirurgicznego, Czasopismo Annales Academiae Medicae Silesiensis Katowice 2006, 60, 1
71. Rybakowski J. Pużyński S. Wciórka J. Psychiatria. Psychiatria kliniczna II, Elsevier Urban & Partner Wrocław 2011
72. Salomon P. Psychologia w medycynie GWP, Gdańsk 2002 s. 94
73. Schowab Wyd. Domino M. Ból, Książnica 1999
74. Sedlak K. Czynniki psychologiczne a odczuwanie bólu Dobrogowski J., Kuś M., Sedlak K. Wordliczek J. (red.) Ból i jego leczenie, PZWL, Warszawa 1996
75. Sheridan Ch. L, Radmacher SA. Psychologia zdrowia. Wyzwania dla biomedycznego modelu zdrowia. Instytut Psychologii Zdrowia. Polskie Towarzystwo Psychologiczne, Warszawa 1998
76. Sillamy N. Słownik psychologiczny Wydawnictwo Książnica Katowice 1994 s. 138
77. Sjöling M. Nordahl G. Olofsson N. Asplund K. The impact of preoperative information on state anxiety, postoperative pain and satisfaction with pain management. Patient Educ. Couns. 2003, 51 (2), 169-176

78. Skłodowski H. Stańczak J. Gaszyński W. Zboralski K. Psychologiczna ocena bólu pooperacyjnego i znaczenie w leczeniu, *Polski Tygodnik Lekarski* 1989, 44, 456-459
79. Sperling A.P. *Psychologia*, Zys i S-ka Wydawnictwo, Poznań 1995, 315-333
80. Spielberger C.D. *Theory and research on anxiety and behavior* Spielberger Academic Press New York 1966
81. Strelau J. *Psychologia ogólna 2*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2000,
82. Strelau J. *Psychologia Jednostka w społeczeństwie i elementy psychologii stosowanej 3*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2001, 513-529, 796-811
83. Suchocka L. *Psychologia Bólu*. Wydawnictwo Difin, Warszawa 2008
84. Szkutnik – Fiedler D. Sierżant M. Madziała J. *Mechanizmy powstawania bólu*, Farmacja Współczesna, Warszawa 2013, 6, 1-3
85. Śmietańska I. Wpływ przygotowania przedoperacyjnego i premedykacji na percepcję bólu i czas hospitalizacji chorych operowanych z powodu przepukliny pachwiny w znieczuleniu miejscowym, *Praca doktorska*, Gdańsk 2004
86. Śmietańska I. Wujtewicz M. Prokopiuk E. Owczuk R. Śmietański M. Śledziński Z. Wpływ przygotowania przedoperacyjnego i premedykacji na percepcje dolegliwości bólowych u chorych operowanych z powodu przepukliny pachwinowej w znieczuleniu miejscowym, *Anestezjologia Intensywna Terapia* XXXVII 4/2005
87. Tazowski J. Psychologiczne aspekty leczenia bólu, *Przegląd Lekarski* 1989, 46, 360-362
88. Trzebińska E. Łuszczyńska A. Jurkowłaniec Z. (red.) *Psychologia Jakości Życia*, Wydawnictwo Szkoły Wyższej Społecznej, Warszawa 2002 5-8
89. Trzebiatowski J. Jakość życia w perspektywie nauk społecznych i medycznych – systematyzacja ujęć definicyjnych, *Oficyna Wydawnicza MA, Hygeia Public Health* Łódź 2011, 46 (1), 25-31
90. Turner J.S. Helms D.B. *Rozwój człowieka* Wydawnictwo Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 1999,
91. Uchino B. Cacioppo J. Kiecolt – Glaser J. The relationship between social support and physiological processes, a review with emphasis on underlying mechanisms and implications for health. *Psychopharmacology Bulletin* 1996, 119, 488-531
92. Wade J. B. , Price D.D. Nonpathological factors in chronic pain implications for assessment and treatment, *Personality Characteristics of Patients with Pain* Gatchel R. J. Weisberg J.N. (red) American Psychological Association Washington 2000, 89-107

93. Wenger N.K. Mattso M.E. Furberg C.D. Elinson J. Assessment of Quality of Life in Clinical Trials of Cardiovascular Therapies, LeJacq, New York 1984
94. Williams J.G.L. Jones J.R. Workhoven M.N. Williams B. The psychology control of preoperative anxiety Psychophysiology 1975, 12, 50-54
95. Wnuk M. Zielonka D. Purandare B. Kaniewski A. Klimberg A. Ulatowska –Szostak E. Palicka E. Zarzycki A. Kaminiarz E. Przegląd koncepcji jakości życia w naukach społecznych, Oficyna Wydawnicza MA Hygeia Public Health, Łódź 2013,48 (1),10-16
96. Wołowicka L. Jakość życia w naukach medycznych, Dział Wydawnictw Uczelnianych AM w Poznaniu 2001,
97. Wordliczek J. Ból pooperacyjny, Medyczne Centrum Kształcenia Podyplomowego Uniwersytet Jagielloński, Kraków 2000
98. Wordliczek J. Dobrogowski J Patofizjologia bólu pooperacyjnego, Ból pooperacyjny, Medyczne Centrum Kształcenia Podyplomowego Uniwersytet Jagielloński, Kraków 2000
99. Wordliczek J., Kuś M. Ból ostry w praktyce lekarskiej, Ból i jego leczenie Dobrogowski J. i wsp. (red.) PWN- Springer Verlag, Warszawa 1996
100. Wolf C.J. Chong M-S. Preemptive analgesia-treating postoperative pain by preventing the establishment of central sensitization Anest, Analg. 1993, 77,362
101. Wrześniewski K. Sosnowski T. Jaworska A. Fecenec D. Inwentarz stanu i cechy lęku STAI, Polska adaptacja, Pracownia testów psychologicznych PTP, Warszawa 2011,
102. Zborowski M. Cultural components In responses to pain. J. Soc. Issues. 1952
103. Ziębicka J. Gajdosz R. Wybrane aspekty lęku u chorych oczekujących na operację, Czytelnia Medyczna Borgis Warszawa, Anestezjologia Intensywna Terapia 1/2016, 41-44
104. Ziębicka J. Gajdosz R. Preoperative anxiety. Areview. Anestezjologia Intensywna Terapia 2006,38,37-40
105. Zimbardo P.G. Johnson R. L. McCann V. Psychologia kluczowe koncepcje –człowiek i jego środowisko, Wydawnictwo PWN Warszawa 2015
106. Zimbardo P.G. Ruch F.L. Psychologia i życie, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 199
107. www.pulsmedycyny.pl - Ludwiczak U. Pacjent po operacji kardiochirurgicznej Białystok 2007
108. www.kul.pl – Sakson-Obada O. Rozwój Ja cielesnego w kontekście wczesnej relacji z opiekunem Roczniki psychologiczne tom XI nr 2 2008

ZAŁĄCZNIKI:

Załącznik 1 – Kwestionariusz Samooceny – Inwentarz Stanu i Cechy Lęku STAI

C.D. Spielberger, J. Strelau, M. Tysarczyk, K. Wrześniewski

KWESTIONARIUSZ SAMOOCENY

STAI, ARKUSZ X-1

Kod pacjenta _____

Data badania _____

Rok urodzenia _____

Płeć: M K

INSTRUKCJA: niżej podano szereg twierdzeń, przy pomocy których ludzie zwykle opisują samych siebie. Przeczytaj każde z tych twierdzeń, a następnie otocz kółkiem odpowiednią cyfrę na prawo od twierdzenia, aby wskazać jak **czujesz się** właśnie teraz tj. **w tym momencie**. Nie ma odpowiedzi dobrych i złych. Nie poświęcaj zbyt wiele czasu poszczególnym twierdzeniom. Podawaj odpowiedzi, które jak Ci się wydaje, najlepiej opisują to, co czujesz **w tej chwili**.

Zdecydowanie nie	Raczej nie	Raczej tak	Zdecydowanie tak
------------------	------------	------------	------------------

1.	Jestem spokojny	1	2	3	4
2.	Czuję się bezpiecznie	1	2	3	4
3.	Jestem napięty	1	2	3	4
4.	Jestem rozżalony	1	2	3	4
5.	Czuję się swobodnie	1	2	3	4
6.	Jestem przygnębiony	1	2	3	4
7.	Martwię się, czy nie stanie się coś złego	1	2	3	4

8.	Czuję się wypoczęty	1	2	3	4
9.	Odczuwam niepokój	1	2	3	4
10.	Jest mi dobrze	1	2	3	4
11.	Czuję się pewny siebie	1	2	3	4
12.	Jestem zdenerwowany	1	2	3	4
13.	Jestem roztrzęsiony	1	2	3	4
14.	Jestem „podminowany”	1	2	3	4
15.	Jestem odprężony	1	2	3	4
16.	Jestem zadowolony	1	2	3	4
17.	Jestem zmartwiony	1	2	3	4
18.	Czuję się nadmiernie podniecony	1	2	3	4
19.	Jestem radosny	1	2	3	4
20.	Jest mi przyjemnie	1	2	3	4

C.D. Spielberger, J. Strelau, M. Tysarczyk, K. Wrześniewski

KWESTIONARIUSZ SAMOOCENY

STAI, ARKUSZ X-2

INSTRUKCJA: niżej podano szereg twierdzeń, przy pomocy których ludzie zwykle opisują samych siebie. Przeczytaj każde z tych twierdzeń, a następnie otocz kółkiem odpowiednią cyfrę na prawo od twierdzenia, aby wskazać, jak się ***zazwyczaj czujesz***. Nie ma odpowiedzi dobrych i złych. Podawaj odpowiedzi, które jak Ci się wydaje, najlepiej opisują to, jak się ***na ogół*** czujesz.

		Prawie nigdy	Czasem	Często	Prawie zawsze
21.	Jest mi przyjemnie	1	2	3	4
22.	Szybko się męczę	1	2	3	4
23.	Chce mi się płakać	1	2	3	4
24.	Chciałbym być tak szczęśliwy jak inni	1	2	3	4
25.	Tracę na tym, że nie umiem się dostatecznie szybko decydować	1	2	3	4
26.	Czuję się wypoczęty	1	2	3	4
27.	Jestem spokojny i opanowany	1	2	3	4
28.	Czuję, że trudności tak się piętrzą, że nie potrafię ich przezwyciężyć	1	2	3	4
29.	Za bardzo martwię się czymś, co w gruncie rzeczy nie jest ważne	1	2	3	4
30.	Jestem szczęśliwy	1	2	3	4
31.	Jestem skłonny brać wszystko zbyt poważnie	1	2	3	4
32.	Brak mi pewności siebie	1	2	3	4
33.	Czuję się bezpiecznie	1	2	3	4
34.	Staram się nie zauważać kryzysów i trudności	1	2	3	4
35.	Jest mi smutno	1	2	3	4
36.	Jestem zadowolony	1	2	3	4
37.	Jakaś nieważna myśl chodzi mi po głowie i dręczy mnie	1	2	3	4
38.	Przeżywam rozczarowania tak dotkliwie, że nie mogę przestać o nich myśleć	1	2	3	4
39.	Jestem osobą zrównoważoną	1	2	3	4
40.	Staję się napięty lub rozdrażniony, gdy myślę o swoich niedawnych kłopotach	1	2	3	4

Załącznik nr 2

SKALA OCENY BÓLU -VAS

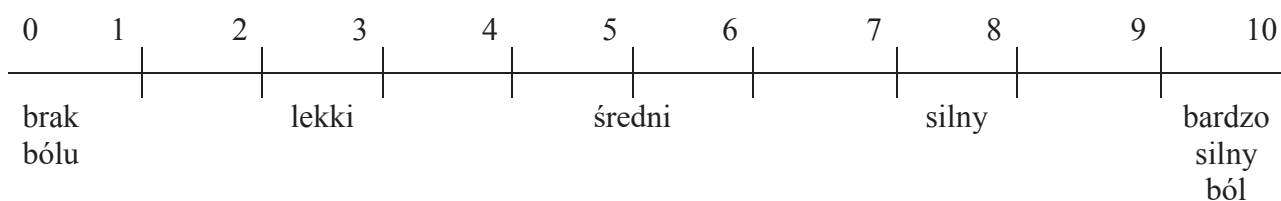
Kod pacjenta _____

Data badania _____

Rok urodzenia _____

Płeć: M K

INSTRUKCJA: na poniższym odcinku dziesięciopunktowym znajdują się pozycje skrajne w ocenie bólu: punkt „0” oznacza- nie ma bólu (brak odczucia bólu), punkt „10”- ból maksymalny (ból tak silny jak tylko jest to możliwe). Proszę o otoczenie kółkiem odpowiedniej cyfry , aby wskazać jak ***silne dolegliwości bólowe*** aktualnie odczuwasz.



Załącznik nr 3

Kwestionariusz McGill dotyczący bólu – wersja skrócona

A. PROSZĘ OPISAĆ BÓL ODCZUWANY PRZEZ PANA/PANIĄ PODCZAS OSTATNIEGO TYGODNIA (proszę postawić X w jeden kwadrat w każdej linijce.)

	Brak	Łagodny	Umiarkowany	Silny
1. Rwący	☐	☐	☐	☐
2. Przeszywający	☐	☐	☐	☐
3. Kłujący	☐	☐	☐	☐
4. Ostry	☐	☐	☐	☐
5. Skurczowy	☐	☐	☐	☐
6. Gryzący	☐	☐	☐	☐
7. Gorący/Palący	☐	☐	☐	☐
8. Uciążliwy	☐	☐	☐	☐
9. Ciężki	☐	☐	☐	☐
10. Pojawiający się przy dotknięciu chorego miejsca	☐	☐	☐	☐
11. Rozsadzający	☐	☐	☐	☐
12. Wyczerpujący/Męczący	☐	☐	☐	☐
13. Powodujący mdłości	☐	☐	☐	☐
14. Straszliwy	☐	☐	☐	☐
15. Bezlitosny/Okrutny	☐	☐	☐	☐

B. PROSZĘ OCENIĆ BÓL ODCZUWANY PRZEZ PANA/PANIĄ PODCZAS OSTATNIEGO TYGODNIA
Poniższa linia przedstawia ból o wzrastającym nasileniu: od „brak bólu” do „najgorszy ból z możliwych”. Proszę umieścić kreskę (|) w poprzek tej linii w miejscu, które najlepiej określa ból odczuwany przez Pana/Panią podczas ostatniego tygodnia.



C. NASILENIE OBECNIE ODCZUWANEGO BÓLU

- ☐ Brak bólu
- ☐ Łagodny
- ☐ Umiarkowany
- ☐ Silny
- ☐ Bardzo silny
- ☐ Nie do wytrzymania

Twoje zdrowie i samopoczucie

Poniżej znajdują się pytania dotyczące tego, jak postrzegasz stan swojego zdrowia. Udzielenie odpowiedzi pomoże zorientować się jak się czujesz i jak dobrze potrafisz wykonywać zwykłe czynności. *Dziękuję za wypełnienie całej ankiety!*

Dla każdego z poniższych pytań proszę zaznaczyć ☒ w kratce pod odpowiedzią, która wydaje Ci się najbardziej trafna.

1. Czy ogólnie powiedział(a)byś, że Twoje zdrowie jest:

Doskonale	Bardzo dobre	Dobre	Niezbyt dobre	Złe
▼	▼	▼	▼	▼
☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

2. W porównaniu do okresu przed rokiem, jakbyś ocenił/a obecnie swoje zdrowie?

Obecnie dużo lepsze niż przed rokiem	Obecnie nieco lepsze niż przed rokiem	Prawie takie samo jak przed rokiem	Obecnie nieco gorsze niż przed rokiem	Obecnie znacznie gorsze niż przed rokiem
▼	▼	▼	▼	▼
☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

3. Poniższe pytania dotyczą czynności, które mógłbyś/mogłabyś wykonać w ciągu zwykłego dnia. Czy Twój stan zdrowia obecnie ogranicza Cię w wykonywaniu tych czynności? Jeżeli tak, to w jakim stopniu?

	Tak, bardzo ogranicza	Tak, nieco ogranicza	Nie, nie ogranicza
a <u>Czynności wymagające intensywnego wysiłku</u> , np. bieganie, podnoszenie ciężkich przedmiotów, męczące zajęcia sportowe	☐ 1.....	☐ 2.....	☐ 3
b <u>Umiarkowane czynności</u> , np. przestawianie stołu, odkurzanie, pływanie, lekkie prace w ogródku.....	☐ 1.....	☐ 2.....	☐ 3
c Podnoszenie lub noszenie zakupów	☐ 1.....	☐ 2.....	☐ 3
d Wchodzenie po schodach na <u>kilka</u> pięter	☐ 1.....	☐ 2.....	☐ 3
e Wchodzenie po schodach na <u>jedno</u> piętro	☐ 1.....	☐ 2.....	☐ 3
f Schylanie się lub klękanie	☐ 1.....	☐ 2.....	☐ 3
g Przejście <u>ponad 1 kilometra</u>	☐ 1.....	☐ 2.....	☐ 3
h Przejście <u>kilkuset metrów</u>	☐ 1.....	☐ 2.....	☐ 3
i Przejście <u>odległości 100 metrów</u>	☐ 1.....	☐ 2.....	☐ 3
j Mycie się lub ubieranie	☐ 1.....	☐ 2.....	☐ 3

4. Czy w ciągu ostatnich 4 tygodni z powodu Twoich kłopotów ze zdrowiem fizycznym wystąpił któryś z poniższych problemów w Twojej pracy lub codziennych zajęciach, a jeżeli tak to jak często?

	Cały czas ▼	Większość czasu ▼	Czasami ▼	Rzadko ▼	Nigdy ▼
a Skrócenie <u>ilości czasu</u> spędzanego na pracy lub innych czynnościach	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
b <u>Osiąganie mniej niż</u> by się chciało.....	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
c Ograniczenie <u>rodzaju</u> wykonywanej pracy lub innych czynności.....	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
d Miałeś/aś trudności w wykonaniu pracy lub innych czynności (np. wymagało to zwiększonego wysiłku).....	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

5. Czy w ciągu ostatnich 4 tygodni z powodu Twoich problemów emocjonalnych (np. depresji, lęku) wystąpił któryś z poniższych problemów w Twojej pracy lub codziennych czynnościach, a jeżeli tak, to jak często?

	Cały czas ▼	Większość czasu ▼	Czasami ▼	Rzadko ▼	Nigdy ▼
a Skrócenie <u>ilości czasu</u> spędzanego na pracy lub innych czynnościach	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
b <u>Osiąganie mniej niż</u> by się chciało.....	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
c Wykonywałeś/aś pracę lub inne czynności mniej <u>starannie</u> niż zwykle.....	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

6. W jakim stopniu, w ciągu ostatnich 4 tygodni Twoje zdrowie fizyczne lub problemy emocjonalne wpływały na Twoją normalną aktywność towarzyską w kręgu rodziny, przyjaciół, sąsiadów, lub innych grup?

Wcale	Nieznacznie	Średnio	W znacznej mierze	Bardzo
				
☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

7. Jak bardzo odczuwałeś/aś w ciągu ostatnich 4 tygodni ból fizyczny?

Żadnego	Bardzo łagodny	Łagodny	Średni	Silny	Bardzo silny
					
☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6

8. Jak bardzo w ciągu ostatnich 4 tygodni ból przeszkadzał Ci w normalnej pracy (wliczając pracę poza domem i w domu)?

Wcale	Nieznacznie	Średnio	W znacznej mierze	Bardzo
				
☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

9. Poniższe pytania dotyczą tego jak się czujesz i jak Ci się wiodło w ciągu ostatnich 4 tygodni. Proszę podać dla każdego pytania jedną odpowiedź, która najlepiej określa jak się czuleś/czulaś. Przez jaki okres w ciągu ostatnich 4 tygodni...

	Cały czas ▼	Większość czasu ▼	Czasami ▼	Rzadko ▼	Nigdy ▼
a Czuleś/aś i się pełny/a życia.....	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
b Byłeś/aś bardzo nerwowo/a.....	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
c Czuleś/aś się taki/a zdołowany/a, że nic nie mogło Cię rozweselić.....	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
d Czuleś/aś się spokojny/a i łagodny/a	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
e Miałeś/aś mnóstwo energii.....	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
f Czuleś/aś się zniechęcony/a i przygnębiony/a	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
g Czuleś/aś się wyczerpany/a.....	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
h Byłeś/aś szczęśliwy/a	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
i Czuleś/aś się zmęczony/a	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

10. Przez jaki okres w ciągu ostatnich 4 tygodni Twoje zdrowie fizyczne lub problemy emocjonalne przeszkadzały Ci w aktywności towarzyskiej (jak np. wizyty u przyjaciół, krewnych itp)?

Cały czas ▼	Większość czasu ▼	Czasami ▼	Rzadko ▼	Nigdy ▼
☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

11. Jak PRAWDZIWE lub FAŁSZYWE jest dla Państwa każde z poniższych stwierdzeń?

	Zdecydowanie prawdziwe	Przeważnie prawdziwe	Nie wiem	Przeważnie fałszywe	Zdecydowanie fałszywe
a Wydadę się ulegać chorobom łatwiej niż inni ludzie.....	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
b Jestem tak samo zdrowa/y jak inne znane mi osoby.....	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
c Oczekuję pogorszenia mego zdrowia.....	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
d Moje zdrowie jest doskonałe	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

Dziękuję za odpowiedzi na pytania!

Załącznik nr 5

Kwestionariusz wywiadu

Kod pacjenta:.....

Wiek :.....

Płeć :.....

Miejsce zamieszkania (miejscowość):

.....

Liczba osób w rodzinie:.....

Wykształcenie:

☐ Podstawowe

☐ Średnie

☐ Wyższe

Całkowity dochód miesięczny gospodarstwa domowego w zł [brutto]:

☐ <1000zł

☐ 1001-1500

☐ 1501-2100

☐ 2101-3000

☐ 3001-6000

☐ >6001

Subiektywna ocena sytuacji materialnej rodziny:

☐ bardzo dobra

☐ dobra

☐ przeciętna

☐ zła

☐ bardzo zła