

Radzenie sobie ze stresem a ocena jakości życia u pacjentów z uszkodzonym stawem kolanowym

Coping with stress and evaluation of the quality of life in patients with a knee joint injury

Marta Tarczyńska^{1,3}, Emilia Potembska², Zbigniew Dajewski³,
Krzysztof Gawęda^{1,3}

¹Katedra Ortopedii, Klinika Ortopedii i Traumatologii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

²Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 1 w Lublinie

³Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Arthros w Nałęczowie

Streszczenie

Celem pracy było udzielenie odpowiedzi na następujący problem badawczy:

- czy i jakie zależności występują między sposobami radzenia sobie ze stresem a oceną jakości życia oraz stopnia ograniczenia aktywności w zakresie pracy zawodowej i relacji społecznych u pacjentów z uszkodzeniem stawu kolanowego?

-czy i jakie różnice występują w zakresie sposobów radzenia sobie ze stresem u pacjentów z dysfunkcją stawu kolanowego i u osób zdrowych?

W pracy podjęto również próbę wyodrębnienia sposobów radzenia sobie ze stresem, które są najlepszymi predyktorami oceny jakości życia oraz stopnia ograniczenia aktywności zawodowej i relacji społecznych u pacjentów z uszkodzeniem stawu kolanowego.

Grupa badana

Badaniami objęto 32 pacjentów (15 kobiet i 17 mężczyzn), hospitalizowanych w NZOZ Arthros w Nałęczowie z powodu uszkodzeń stawu kolanowego oraz 32 osoby zdrowe, które stanowiły grupę kontrolną. Średni wiek badanych z obu grup wynosił 31 lat. U 17 pacjentów przyczyną hospitalizacji była niestabilność kolana z powodu uszkodzenia więzadeł krzyżowych, u 3 zespół boczny przepięcia rzepki, u 2 osób nawykowe zwichnięcie rzepki, u 8 uszkodzenie łąkotki, a u 1 chorego złamanie śródstawowe bliższej części piszczeli. Średni okres objawów choroby do zabiegu operacyjnego wynosił u badanych ok. 5 lat. Różne formy leczenia rehabilitacyjnego i farmakologicznego przeszło przed operacją 7 osób.

Metody

W pracy zastosowano Kwestionariusz Radzenia Sobie ze Stresem w polskim opracowaniu Januszewskiej oraz Ankietę własnej konstrukcji, na podstawie której uzyskano dane socjodemograficzne oraz informacje dotyczące: czasu trwania choroby, oceny wpływu choroby na jakość życia, pracę zawodową, relacje społeczne i hobby. Pacjenci wypełniali wymienione kwestionariusze w ciągu pierwszych dwóch dni po operacji.

Wyniki i wnioski:

1. Im częściej pacjenci wykorzystują nieskuteczne sposoby radzenia sobie ze stresem, tym większe, negatywne zmiany w zakresie jakości życia i ograniczenia spowodowane chorobą odczuwają na płaszczyźnie zawodowej, w relacjach społecznych i realizowanego hobby.
2. Poczucie radykalnych zmian, jakie choroba spowodowała w życiu pacjentów współwystępuje z koncentracją na doświadczanych trudnościach, stałym przypominaniu sobie o nich oraz stosowanymi w sytuacji stresu mechanizmami obronnymi – racjonalizacji i wyparcia.
3. Poczucie radykalnego ograniczenia przez chorobę pracy zawodowej łączy się z reagowaniem na stres wspomnieniami o doznanym cierpieniu i problemach.
4. Poczucie znaczącego ograniczenia przez chorobę kontaktów ze znajomymi współwystępuje z reagowaniem na stres nadużywaniem alkoholu, środków uspokajających, poczuciem przygnębienia, beznadziejności, pesymizmem oraz upatrywaniem poza sobą przyczyn i źródeł trudności związanych z przykrym doświadczeniem.
5. Poczucie radykalnego pogorszenia jakości życia z powodu choroby łączy się z reagowaniem na stres koncentracją na doświadczanym cierpieniu oraz częstym przypominaniu sobie o doświadczanych trudnościach.
6. Poczucie ograniczenia hobby przez chorobę łączy się z tłumieniem emocji i obwinianiem siebie za zaistniałe trudności.

Słowa kluczowe: niestabilność kolana, więzadło krzyżowe przednie, uszkodzenie łąkotki, niewydolność czynnościowa kolana, ból przedniego przedziału kolana, dysfunkcje rzepkowo-udowe, radzenie sobie ze stresem

Abstract

The aim of the study was to answer the following research questions:

- whether and what kind of relations occur between stress coping methods, on the one hand, and evaluation of quality of life and the degree of activity limitation with regard to work and social relations, on the other, in patients with a knee joint injury;
- whether and what differences occur with regard to stress-coping methods in patients with knee-joint disorders vs. healthy persons.

In the study, an attempt was also made to identify those stress-coping methods which are the best predictors of the patients' evaluation of quality of life and the degree of limitation of work-related activity and social relations in patients with a knee-joint injury.

Participants

The participants were 32 in-patients (15 women and 17 men) of ARTHROS Non-Public Health Care Institution in Nałęczów, hospitalized for a knee joint injury. Mean age of the participants was 31 years. Seventeen patients had been diagnosed with knee instability due to cruciate ligament injury, 3 with the excessive lateral pressure syndrome, 2 with luxating patella, 8 with meniscus injury, and 1 with intra-articular knee fracture. Mean disease duration was about 5 years. Preoperative treatment in the form of rehabilitation and physiotherapy had been given to 7 persons.

Methods

The study was performed using the Coping with Stress Questionnaire adapted into Polish by Januszewska [6] and a self-designed Inquiry Form for collecting socio-demographic data plus information on disease duration and patients' evaluation of the effect of the disease on quality of life, professional work, social relations, and hobbies. The patients filled in the above-mentioned questionnaires within the first two days after operation.

Results and conclusions:

1. The more often the patients use ineffective methods of coping with stress, the greater are the negative changes in their quality of life and the disease-related limitations that they experience on the professional plane as well as with regard to their social, relations and hobbies.
2. The sense of the radical changes brought about by the disease in the patients' lives co-occurs with their concentration on the experienced difficulties, constant recalling of them, and the defence mechanism used in a situation of stress, i.e. rationalization and denial.
3. The sense of radical limitation by the disease of work-related activities is connected with responding to stress which involves recollecting the experienced suffering and problems.
4. The sense of radical limitation by the disease of contacts with acquaintances co-occurs with responses to stress which involve abuse of alcohol and tranquilizers, a sense of dejection and hopelessness, pessimism, and looking outside of oneself for causes and sources of the difficulties connected with the unpleasant experience.
5. The sense of the radical, disease-related deterioration of quality of life is connected with responding to stress which involves focusing on the experienced suffering and frequent recollecting of the difficulties one is going through.
6. The sense that the disease has restricted one's hobby is associated with responding to stress by suppressing emotions and blaming oneself for the current difficulties.

Keywords: knee instability, anterior cruciate ligament, meniscus injury, functional knee insufficiency, anterior knee pain, patellofemoral disorders, coping with stress

Wstęp

Radzenie sobie ze stresem Lazarus i Folkman [1,2,3] definiują jako procesy kognitywne i behawioralne, pomocne w redukowaniu wymagań wewnętrznych i zewnętrznych, które zagrażają lub przekraczają zasoby jednostki. Stresem jest „określona relacja między osobą a otoczeniem, która oceniana jest przez osobę jako obciążająca lub przekraczająca jej zasoby i zagrażająca jej dobrostanowi” [1, s. 19].

Radzenie sobie ze stresem jest reakcją adaptacyjną, pojawiającą się, gdy osoba spostrzega sytuację w kategoriach zagrożenia, jako sytuację trudną. Reakcja ta jest próbą zmiany sytuacji i kierowania, kontroli własnych emocji tak, aby nie złała odporności psychicznej i społecznego funkcjonowania jednostki [1,2,3,4]. Według Lazarusa i Folkmana [1,2,3] w radzeniu sobie z sytuacjami trudnymi można wykorzystywać strategie skoncentrowane na problemie, czyli strategie zadaniowe, zmierzające do zmiany sytuacji i strategie zorientowane na emocjach, czyli emocjonalne, mające na celu redukcję napięcia i negatywnych emocji, będących reakcją na sytuację stresującą. Do strategii zadaniowych należy: konfrontacja, planowe i systema-

tyczne rozwiązywanie problemu oraz wykazanie się przedsiębiorczością i inicjatywą, a strategie emocjonalne obejmują następujące reakcje: dystansowanie się, unikanie i ucieczkę, samokontrolę, samoobwinianie, poszukiwanie społecznego wsparcia i pozytywne przewartościowanie sytuacji [1,5,6].

Charakterystyczny dla danej osoby zbiór sposobów czy strategii radzenia sobie w z sytuacji trudnej określa styl radzenia sobie ze stresem, który traktowany jest jako właściwość indywidualna człowieka o statusie cechy osobowości [7,8].

Sytuacją, w której człowiek szczególnie wyraźnie ujawnia takie cechy osobowości, jak: tolerancja na frustrację, zdolności przystosowawcze oraz sposoby radzenia sobie ze stresem - jest sytuacja choroby. Zdaniem Jarosza i wsp. [9] do czynników istotnie wpływających na stan psychiczny człowieka chorego należą sposoby zachowania w sytuacjach trudnych. Wśród różnych typów reakcji na chorobę Lipowski [10] wyróżnia: zaprzeczanie, pomniejszanie - bagatelizowanie lub wyolbrzymianie objawów choroby oraz jej akceptację. Zaprzeczanie choroby jest przejawem stosowania mechanizmu obronnego

wyparcia. Ma miejsce, gdy pacjent nie przyjmuje informacji na temat swojej choroby.

Bagatelizacji objawów choroby towarzyszy mechanizm obronny racjonalizacji, który służy redukcji lęku i poczucia zagrożenia. Pacjenci bagatelizujący objawy choroby, traktujący ją jako „błahą”, mogą nie podejmować leczenia, podejmować je w sytuacji dużego zaawansowania choroby lub też zaniedbywać leczenie i rehabilitację. Wyolbrzymianie objawów choroby przez pacjenta, nasila poczucie lęku oraz zagrożenia i może prowadzić do trudności w postawieniu diagnozy oraz zaplanowaniu terapii.

Postawa akceptacji choroby łączy się z wypełnianiem przez pacjenta zaleceń lekarskich i przyjęciem przez pacjenta wyjaśnień i informacji udzielanych przez lekarza na temat choroby oraz procesu leczenia.

Reakcje w sytuacji choroby mogą być różne, w zależności od znaczenia, jakie ma choroba dla pacjenta [10]. Lipowski [10] podkreśla, że choroba może być traktowana jako:

a/. przeszkoda - trudna sytuacja, którą należy pokonać dostępnymi środkami. Taka postawa wobec choroby – zadaniowa sprzyja leczeniu i postrzeganiu w lekarzu sprzymierzeńca, dzięki któremu można pokonać tę trudną sytuację;

b/. strata - gdy w sytuacji upośledzenia czynności narządu, ograniczenia ruchomości kończyny pacjent reaguje poczuciem głębokiego przygnębienia, rezygnacji, czy tendencjami samobójczymi;

c/. korzyść - gdy choroba prowadzi do zaspokojenia u pacjenta potrzeby wsparcia, opieki, ochrony, troski, zainteresowania czy akceptacji. Czasem, jak pisze Lipowski [10], taka ocena choroby staje się przyczyną pogorszenia stanu zdrowia, gdy pacjent ma być wypisany ze szpitala. Choroba postrzegana jest jako „korzystna” wówczas, gdy nasila motywację do uzyskania odszkodowania lub renty. Pacjent postrzegający chorobę jako sytuację sprzyjającą zaspokojeniu zarówno jego potrzeb emocjonalnych, jak i materialnych nie będzie miał motywacji do leczenia oraz rehabilitacji, gdyż pragnie nadal utrzymać rolę osoby chorej;

d/. wartość - jeśli choroba i cierpienie z nią związane prowadzi do rewizji dotychczasowych celów życiowych, postawy wobec siebie i innych ludzi [10].

Uszkodzenia stawu kolanowego ograniczają w znacznym stopniu aktywność pacjentów, są przyczyną dolegliwości bólowych, często wymagają interwencji chirurgicznej i długiej rehabilitacji. Niesprawności kolana mogą wynikać z niestabilności stawu wskutek uszkodzenia więzadeł krzyżowych, z uszkodzenia łąkotec lub różnych form konfliktów rzekowo-udowych.

Pacjenci z wyżej wymienionymi uszkodzeniami stawu kolanowego muszą radzić sobie ze stresem zarówno psychicznym, jak i fizycznym, który nieodłącznie towarzyszy zabiegowym procedurom ortopedycznym. Stres przedoperacyjny związany jest u tych pacjentów z bólem oraz ograniczeniem aktywności fizycznej. Według Rosenbergera i wsp. [11] radzenie sobie ze stresem ma wpływ

na proces zdrowienia pacjentów oraz jakość ich życia. Radzenie sobie ze stresem, zdaniem badaczy [11] modyfikuje odczucie dyskomfortu i bólu w okresie pooperacyjnym. Stephens i wsp. [12] wykazali, że stosowanie unikających strategii radzenia sobie ze stresem łączy się z nasilonym odczuciem bólu oraz gorszą sprawnością stawu kolanowego w okresie 6 miesięcy po operacji. Rosenberger i wsp. [11] oraz Udry [13] podkreślają, że zadaniowy styl radzenia sobie ze stresem ma istotny wpływ zarówno na przedoperacyjny, jak i pooperacyjny stan zdrowia pacjentów z uszkodzeniami stawu kolanowego: redukuje czas hospitalizacji, nasilenie odczuwanego bólu, przyspiesza proces zdrowienia, zwiększa efektywność rehabilitacji oraz zmniejsza ryzyko powtórnej operacji.

Podobnie Thomeé i wsp. [14], Nyland i wsp. [15] oraz Johnson [16] informują, że pacjentów z uszkodzeniem stawu kolanowego, którzy stosują nieadaptacyjne sposoby radzenia sobie ze stresem spowodowanym bólem, charakteryzuje niższa jakość życia, gorsze rezultaty rehabilitacji i wolniejszy przebieg procesu zdrowienia.

Cel pracy

Celem pracy było udzielenie odpowiedzi na następujący problem badawczy:

- czy i jakie zależności występują między sposobami radzenia sobie ze stresem a oceną jakości życia oraz stopnia ograniczenia aktywności w zakresie pracy zawodowej, i relacji społecznych u pacjentów z uszkodzeniem stawu kolanowego?

-czy i jakie różnice występują w zakresie sposobów radzenia sobie ze stresem u pacjentów z dysfunkcją stawu kolanowego i u osób zdrowych?

W pracy podjęto również próbę wyodrębnienia sposobów radzenia sobie ze stresem, które są najlepszymi predyktorami oceny jakości życia oraz stopnia ograniczenia aktywności zawodowej i relacji społecznych u pacjentów z uszkodzeniem stawu kolanowego.

Grupa badana

Badaniami objęto 32 pacjentów (15 kobiet i 17 mężczyzn), hospitalizowanych w NZOZ Arthros w Nałęczowie z powodu uszkodzenia stawu kolanowego oraz 32 osoby zdrowe, które stanowiły grupę kontrolną. Średni wiek badanych z obu grup wynosił 31 lat. Niestabilność kolana z powodu uszkodzenia więzadeł krzyżowych leczono u 17 pacjentów, zespół boczny przyparcia rzepki był przyczyną hospitalizacji 3 osób, u 2 pacjentów wykryto nawrotowe zwichnięcie rzepki, u 8 uszkodzenie łąkotki, a 1 osobę operowano z powodu śródstawowego złamania kolana. Średni okres trwania objawów choroby do czasu interwencji operacyjnej wynosił w badanej grupie leczonych ok. 5 lat. Różne formy rehabilitacji i farmakoterapii przed decyzją operacyjną wykorzystało 7 osób.

Metody

W pracy zastosowano Kwestionariusz Radzenia Sobie ze Stresem Janke, Erdmann, Boucsein w polskim opracowaniu Januszewskiej [6] oraz Ankiętę własnej konstrukcji, na podstawie której uzyskano dane socjodemograficzne oraz informacje dotyczące: czasu trwania choroby, oceny wpływu choroby na jakość życia, pracę zawodową, relacje społeczne i hobby. Pacjenci wypełniali

wymienione kwestionariusze w ciągu pierwszych dwóch dni po operacji. Interpretację wyników Kwestionariusza Radzenia Sobie ze Stresem skonsultowano z psychologiem.

W pierwszym etapie badań obliczono współczynniki korelacji r-Pearsona między odpowiedziami udzielanymi przez badanych na pytania Ankiety a wynikami w skalach KRS (tab. 1). W tabeli 1 zamieszczono tylko te współczynniki korelacji, które okazały się istotne statystycznie.

Tab. 1. Współczynniki korelacji r-Pearsona między odpowiedziami udzielanymi przez badanych na pytania Ankiety a wynikami w skalach KRS

Skale Kwestionariusza KRS	Stopień zmiany życia przez chorobę	Stopień ograniczenia pracy zawodowej przez chorobę	Stopień ograniczenia hobby przez chorobę	Stopień ograniczenia kontaktów ze znajomymi przez chorobę	Stopień pogorszenia jakości życia przez chorobę
Bagatelizacja	-	-	0,45*	-	-
Odwroćenie uwagi	-	0,36*	0,53**	-	-
Zastępcza satysfakcja	-	-	0,39*	-	-
Poszukiwanie samopotwierdzenia	-	-	0,35*	-	-
Próba kontroli swoich reakcji	-	-	0,55**	-	-
Pozytywne instruowanie siebie	-	-	0,43*	-	-
Poszukiwanie społecznego wsparcia	-	-	0,41*	-	-
Tendencja ucieczkowa	0,45*	-	0,38*	-	-
Dalsze zajmowanie się w myślach	0,57***	0,36*	-	-	0,39*
Rezygnacja	0,40*	-	0,48**	-	-
Użalanie się nad sobą	0,36*	0,35*	-	-	-
Obwinianie siebie	0,53**	-	0,41*	-	0,37*
Uzależnienie	0,43*	-	-	0,35*	-

Uwaga: *p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001

Stwierdzono istotne statystycznie dodatnie korelacje między poczuciem zmiany życia przez chorobę, ograniczenia aktywności zawodowej, relacji społecznych i pogorszeniem jakości życia u pacjentów a niektórymi sposobami radzenia sobie ze stresem.

Im bardziej pacjenci oceniają, że choroba zmieniła ich życie, tym częściej stosują nieadaptacyjne sposoby radzenia sobie ze stresem: uciekają przed trudnościami, długo koncentrują się na poniesionych porażkach, reagują poczuciem winy, przygnębienia, beznadziejności, pesymizmem, wyobrażają sobie, że są porzuceni przez los oraz nadużywają alkoholu i leków uspokajających.

Poczucie ograniczenia pracy zawodowej przez chorobę u pacjentów współwystępuje z reagowaniem na stres poczuciem porzucenia przez los i nasiloną koncentracją na poniesionych porażkach.

Im bardziej w ocenie pacjentów choroba ograniczyła ich hobby, tym częściej w sytuacji stresu bagatelizują problemy, poszukują zastępczej satysfakcji, np.

oglądają telewizję, robią zakupy, próbują kontrolować swoje reakcje emocjonalne, zwracają się do innych osób z prośbą o pomoc, uciekają od trudnej sytuacji, rezygnują z pokonywania trudności, reagują poczuciem przygnębienia, beznadziejności, winy oraz pesymizmem.

Im bardziej pacjenci oceniają, że choroba ograniczyła ich relacje interpersonalne, tym częściej w sytuacji stresu nadużywają alkoholu.

Pogorszenie jakości życia u pacjentów z dysfunkcją stawu kolanowego współwystępuje z reagowaniem na stres nasilonym poczuciem winy oraz długotrwałą koncentracją na trudnościach i porażkach.

Na kolejnym etapie badań porównano wyniki uzyskane w zakresie skal Kwestionariusza Radzenia Sobie ze Stresem przez grupę kliniczną i kontrolną (tab. 2).

Tab. 2. Porównanie średnich wyników otrzymanych w zakresie skal Kwestionariusza Radzenia Sobie ze Stresem w grupie klinicznej i kontrolnej

	Grupa kliniczna		Grupa kontrolna		t	p
	M	sd	M	sd		
Bagatelizacja	11,65	3,23	12,63	3,57	-1,14	0,258
Porównywanie z innymi	9,29	3,93	8,97	4,00	0,32	0,748
Obrona przed winą	8,97	3,14	10,41	3,12	-1,83	0,073
Odwrócenie uwagi	10,52	4,11	11,84	4,50	-1,22	0,226
Zastępcza satysfakcja	8,55	4,25	9,66	4,89	-0,96	0,342
Poszukiwanie samopotwierdzenia	9,84	3,52	11,09	4,11	-1,30	0,198
Próba kontroli przebiegu sytuacji	12,35	3,94	14,34	2,89	-2,29	0,025
Próba kontroli swoich reakcji	13,06	3,85	13,91	3,70	-0,89	0,380
Pozytywne instruowanie siebie	13,26	4,25	12,59	3,92	0,65	0,521
Poszukiwanie społecznego wsparcia	10,19	4,61	10,94	5,74	-0,57	0,573
Tendencja unikowa	11,90	2,90	12,16	3,35	-0,32	0,750
Tendencja ucieczkowa	8,71	3,35	9,97	4,60	-1,24	0,220
Izolowanie się od ludzi	5,32	4,21	7,72	5,77	-1,88	0,065
Dalsze zajmowanie się w myślach	11,84	4,62	13,19	5,08	-1,10	0,275
Rezygnacja	9,45	3,00	9,25	4,01	0,23	0,822
Użalanie się nad sobą	8,61	3,77	8,78	4,43	-0,16	0,872
Obwinianie siebie	9,48	3,77	9,78	4,53	-0,28	0,778
Agresja	6,35	3,21	7,88	3,92	-1,68	0,098
Uzależnienie	2,26	2,13	2,63	3,00	-0,56	0,579

Istotną statystycznie różnicę stwierdzono w zakresie skali KRS – „Próba kontroli przebiegu sytuacji”. Wynik ten informuje, że w sytuacji stresu, osoby z dysfunkcją stawu kolanowego znacząco rzadziej niż osoby zdrowe podejmują próby analizy szczegółów sytuacji, organizują środki zaradcze i podejmują działania mające na celu usunięcie przyczyny trudności.

W kolejnej części pracy podjęto próbę wyodrębnienia sposobów radzenia sobie ze stresem, które są najlepszymi predyktorami oceny jakości życia u pacjentów z uszkodzeniem stawu kolanowego. W tym celu do kolejnych równań regresji wprowadzono jako zmienne

zależne oceny wyrażane przez pacjentów na temat wpływu choroby na jakość życia, aktywność zawodową, relacje społeczne oraz hobby, przy zmiennych niezależnych – sposobach radzenia sobie ze stresem.

W tabeli 3 zamieszczono wyniki regresji liniowej krokowej postępującej dla zmiennej zależnej – oceny stopnia zmiany życia przez chorobę.

Tab. 3. Wyniki regresji liniowej krokowej dla zmiennej zależnej – oceny stopnia zmiany życia przez chorobę

Zmienne niezależne	R	R ²	F	β	t
Dalsze zajmowanie się w myślach	0,57	0,32	13,63***	0,63	4,20***
Bagatelizacja	0,64	0,40	3,98*	0,30	1,99*

Uwaga: *p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001

Wyniki badań wskazują, że nadmierna koncentracja na doświadczanych trudnościach, stałe przypomi-

nanie sobie o nich lub też stosowanie w sytuacji stresu mechanizmów obronnych – racjonalizacji i wyparcia,

współwystępują z poczuciem radykalnych zmian, jakie choroba spowodowała w życiu pacjentów. Wymienione sposoby radzenia sobie ze stresem wyjaśniają łącznie 40% wariancji zmiennej zależnej.

W tabeli 4 zamieszczono wyniki regresji liniowej krokowej postępującej dla zmiennej zależnej – oceny stopnia ograniczenia pracy zawodowej przez chorobę.

Tab. 4. Wyniki regresji liniowej krokowej dla zmiennej zależnej – oceny stopnia ograniczenia pracy zawodowej przez chorobę

Zmienne niezależne	R	R ²	F	β	t
Dalsze zajmowanie się w myślach	0,36	0,13	4,42*	0,32	1,95

Uwaga: *p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001

Poczucie radykalnego ograniczenia przez chorobę aktywności zawodową wyjaśnia w 13% reagowanie na stres ciągłym przypominaniem sobie o doznanym cierpieniu i problemach oraz koncentracja na trudnościach.

W tabeli 5 zamieszczono wyniki regresji liniowej krokowej postępującej dla zmiennej zależnej – oceny stopnia ograniczenia kontaktów ze znajomymi przez chorobę.

Tab. 5. Wyniki regresji liniowej krokowej dla zmiennej zależnej – oceny stopnia ograniczenia kontaktów ze znajomymi przez chorobę

Zmienne niezależne	R	R ²	F	β	t
Uzależnienia	0,35	0,12	4,05*	0,46	2,82**
Obrona przed winą	0,48	0,23	4,09*	0,44	2,68**
Rezygnacja	0,59	0,34	4,47*	-0,36	-2,12*

Uwaga: *p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001

Poczucie znaczącego ograniczenia przez chorobę kontaktów ze znajomymi wyjaśniają w 34% stosowane przez pacjentów nieadaptacyjne sposoby radzenia sobie ze stresem takie, jak: nadużywanie alkoholu, środków uspokajających, poczucie przygnębienia, beznadziejności, pesymizmu oraz upatrywanie poza sobą

przyczyny i źródła trudności związanych z przykrym doświadczeniem.

W tabeli 6 zamieszczono wyniki regresji liniowej krokowej postępującej dla zmiennej zależnej – oceny stopnia pogorszenia jakości życia przez chorobę.

Tab. 6. Wyniki regresji liniowej krokowej dla zmiennej zależnej – oceny stopnia pogorszenia jakości życia przez chorobę

Zmienne niezależne	R	R ²	F	β	t
Dalsze zajmowanie się w myślach	0,39	0,16	5,35*	0,39	2,31*

Uwaga: *p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001

Poczucie radykalnego pogorszenia jakości życia przez chorobę wyjaśnia w 16% reagowanie na stres ciągłą koncentracją na problemach i stałe przypominanie sobie o cierpieniu i trudnościach.

W tabeli 7 zamieszczono wyniki regresji liniowej krokowej postępującej dla zmiennej zależnej – oceny stopnia ograniczenia hobby przez chorobę.

Tab. 7. Wyniki regresji liniowej krokowej dla zmiennej zależnej – oceny stopnia ograniczenia hobby przez chorobę

Zmienne niezależne	R	R ²	F	β	t
Próba kontroli reakcji	0,55	0,30	12,29***	0,48	3,14**
Obwinianie siebie	0,62	0,39	4,11*	0,31	2,03*

Uwaga: *p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001

Poczucie znaczącego ograniczenia przez chorobę

realizacji hobby wyjaśniają w 39% sposoby radzenia

sobie ze stresem, takie jak: podejmowanie próby kontroli swoich reakcji i zwalczania doświadczanego rozdrażnienia emocjonalnego lub poszukiwanie w sobie winy za zaistniałe problemy.

Dyskusja

Wyniki przeprowadzonych analiz statystycznych informują o istotnych zależnościach między poczuciem znaczącej zmiany i pogorszenia jakości życia przez chorobę oraz radykalnym ograniczeniem aktywności zawodowej i relacji społecznych u pacjentów a nieadaptacyjnymi sposobami radzenia sobie ze stresem, takimi jak: długotrwała koncentracja na poniesionych porażkach, tendencja do nadużywania alkoholu i leków uspokajających, reagowanie na problemy pesymizmem, poczuciem bezradności, winy i porzucenia przez los.

Nieadaptacyjne sposoby radzenia sobie ze stresem wyjaśniają 40% poczucia zmiany życia przez chorobę, 39% ograniczenia hobby przez chorobę, 34% ograniczenia kontaktów ze znajomymi w związku z chorobą, 16% oceny pogorszenia jakości życia i 13% ograniczenia pracy zawodowej przez chorobę.

Otrzymane w pracy wyniki wskazują, że na poczucie znaczącego ograniczenia kontaktów interpersonalnych przez chorobę istotnie wpływa reagowanie na stres nadużywaniem leków uspokajających, alkoholu, rezygnacją z pokonywania trudności, poczuciem bezradności i beznadziejności oraz ucieczka od odpowiedzialności za zaistniałe problemy. Poczucie ograniczenia hobby przez chorobę warunkuje w istotnym stopniu reagowanie na stres poczuciem winy i tłumieniem emocji. Poczucie radykalnej zmiany życia, pogorszenia jego jakości oraz znaczącego ograniczenia przez chorobę aktywności zawodowej wyjaśnia w znaczącym stopniu reagowanie na stres mechanizmem racjonalizacji, tłumienia lub też nadmierną koncentracją na doznanych porażkach i ciągłym przypominaniu sobie o nich.

Podsumowując można powiedzieć, że im częściej pacjenci wykorzystują nieskuteczne sposoby radzenia sobie ze stresem, tym większe, negatywne zmiany w zakresie jakości życia i ograniczenia spowodowane chorobą odczuwają na płaszczyźnie zawodowej, w relacjach społecznych i realizowanego hobby. Użyte wyniki korespondują ze zdaniem badaczy [14,15,16], którzy uważają, że nieskuteczne, nieadaptacyjne strategie radzenia sobie ze stresem, stosowane przez pacjentów z uszkodzeniem stawu kolanowego, współwystępują z negatywną, obniżoną jakością życia u tych osób.

W nawiązaniu do danych z literatury tematu [11,12,13,14,15,16] można sformułować hipotezę, że im głębsze zmiany i ograniczenia na różnych płaszczyznach życia odczuwają badani pacjenci z uszkodzeniem stawu kolanowego oraz im częściej stosują unikające sposoby radzenia sobie ze stresem, tym trudniej i dłużej może przebiegać u nich proces rehabilitacji, zdro-

wienia oraz powrotu do dawnego poziomu funkcjonowania na płaszczyźnie zawodowej i społecznej.

Wnioski

1. Im częściej pacjenci wykorzystują nieskuteczne sposoby radzenia sobie ze stresem, tym większe, negatywne zmiany w zakresie jakości życia i ograniczenia spowodowane chorobą odczuwają na płaszczyźnie zawodowej, w relacjach społecznych i realizowanego hobby.
2. Poczucie radykalnych zmian, jakie choroba spowodowała w życiu pacjentów współwystępuje z koncentracją na doświadczanych trudnościach, stałym przypominaniu sobie o nich oraz stosowanym w sytuacji stresu mechanizmem obronnym – racjonalizacji i wyparcia.
3. Poczucie radykalnego ograniczenia przez chorobę pracy zawodowej łączy się z reagowaniem na stres wspomnieniami o doznanym cierpieniu i problemach.
4. Poczucie znaczącego ograniczenia przez chorobę kontaktów ze znajomymi współwystępuje z reagowaniem na stres nadużywaniem alkoholu, środków uspokajających, poczuciem przygnębienia, beznadziejności, pesymizmem oraz upatrywaniem poza sobą przyczyn i źródeł trudności związanych z przykrym doświadczeniem.
5. Poczucie radykalnego pogorszenia jakości życia przez chorobę łączy się z reagowaniem na stres koncentracją na doświadczanym cierpieniu oraz częstym przypominaniem sobie o doświadczanych trudnościach.
6. Poczucie ograniczenia hobby przez chorobę łączy się z tłumieniem emocji i obwinianiem siebie za zaistniałe trudności.

Piśmiennictwo

1. Folkman S., Lazarus R.S. If it changes it must be a process: study of emotion and coping during three stages of a college examination. *J. Pers. Soc. Psychol.*, 1985; 48(1): 150-170.
2. Lazarus R.S. Coping theory and research: past, present, and future. *Psychosom. Med.*, 1993; 55(3): 234-247.
3. Lazarus R.S., Folkman S. Stress, appraisal, and coping. New York; Springer: 1984.
4. Sęk H. Wybrane zagadnienia z psychoprofilaktyki. W: Sęk H. red., *Spółeczna psychologia kliniczna*. Warszawa; PWN: 1993, s. 472-502.
5. Oleś P. Z problematyki interwencji kryzysowej i radzenia sobie ze stresem. W: Januszewski A., Oleś P., Otrębski W. red., *Studia z Psychologii w Katolickim Uniwersytecie Lubelskim*. T. 8, Redakcja Wydawnictw KUL; Lublin: 1996, s. 249-265.
6. Januszewska E. Kwestionariusz Radzenia sobie ze stresem. Wartość diagnostyczna i wyniki badań młodzieży. W: Oleś P. red., *Wybrane zagadnienia z psychologii klinicznej i osobowości. Metody diagnostyczne w badaniach dzieci*

- i młodzieży. Towarzystwo Naukowe KUL; Lublin: 2005, s. 91-124.
7. Heszen-Niejodek I. Teoria stresu psychologicznego i radzenia sobie. W: Strelau J. red., Psychologia. Podręcznik akademicki. T.3. GWP; Gdańsk: 2000, s. 465-492.
 8. Heszen-Niejodek I. Styl radzenia sobie ze stresem jako indywidualna zmienna wpływająca na funkcjonowanie w sytuacji stresowej. W: Strelau J. red., Osobowość a ekstremalny stres. GWP, Gdańsk, 2004, s. 238-263.
 9. Jarosz M. (red.), Psychologia lekarska. PZWL; Warszawa: 1983.
 10. Lipowski Z.J. Psychosomatic medicine today. Psychiatr. Pol., 1975; 4: 377-388.
 11. Rosenberger P., Ickovics J., Epel E., D'Entremont D., Jokl P. Physical recovery in arthroscopic knee surgery unique contributions of coping behaviors to clinical outcomes and stress reactivity. Psychol. Health, 2004; 19(3): 307-320.
 12. Stephens M.A.P., Zautra A.J., Druley J.A. Older adults' recovery from surgery for osteoarthritis of the knee: psychosocial resources and constraints as predictors of outcomes. Health Psychol., 2002; 21(4): 377-383.
 13. Udry E. Coping and social support among injured athletes following surgery. J. Sport Exer. Psychol., 1997; 19: 71-90.
 14. Thomeé P., Währborg P., Börjesson M., Thomeé R., Eriksson B.I., Karlsson J. A new instrument for measuring self-efficacy in patients with an anterior cruciate ligament injury. Scand. J. Med. Sci. Sports, 2006; 16: 181-187.
 15. Nyland J., Johnson D.L., Caborn D.N., Brindle T. Internal health status belief and lower perceived functional deficit are related among anterior cruciate ligament-deficient patients. Arthroscopy, 2002; 18: 515-518.
 16. Johnson U. Coping strategies among long-term injured competitive athletes. A study of 81 men and women in team and individual sports. Scand. J. Med. Sci. Sports, 1997; 7: 367-372.

Correspondence address

Marta Tarczyńska
Katedra Ortopedii, Klinika Ortopedii
i Traumatologii UM w Lublinie
ul. Jaczewskiego 8
20-954 Lublin