

Ocena jakości życia a radzenie sobie ze stresem u pacjentów z dysfunkcjami barku

Quality of Life Assessment and Coping with Stress in Patients with Shoulder Injuries

Marta Tarczyńska¹ A,B,G, Emilia Potembska² A,C,D,
Elżbieta Kowalska³ B,F, Jarosław Pić⁴ E,G, Barbara Kukuła⁵ F,
Krzysztof Gawęda¹ B,E,F,G, Zbigniew Dajewski³ B,F

¹ Klinika Ortopedii i Traumatologii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, ul. Jaczewskiego 8

² Klinika Psychiatrii, Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 1 w Lublinie

³ NZOZ Arthros, Nałęczów Al. Kasztanowa 6

⁴ Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej, Zamojski Szpital Niepubliczny Sp. z o. o.

⁵ Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Lecznictwa Otwartego, Warszawa-Żoliborz

Streszczenie

Celem pracy było porównanie oceny jakości życia u pacjentów leczonych operacyjnie z powodu uszkodzenia barku i stawu kolanowego oraz określenie zależności między oceną jakości życia u pacjentów z uszkodzonym barkiem i stawem kolanowym a sposobami radzenia sobie ze stresem.

Grupa badana i metody: Badaniami objęto 54 pacjentów, hospitalizowanych w NZOZ Arthros w Nałęczowie. Z powodu uszkodzenia barku leczono 22 osoby oraz 32 z dysfunkcjami stawów kolanowych.

Jakość życia u pacjentów oceniano na podstawie ankiety własnej konstrukcji a sposoby radzenia sobie ze stresem Kwestionariuszem Radzenia Sobie ze Stresem Janke, Erdmann, Boucsein, w polskim opracowaniu Januszewskiej.

Wyniki i wnioski: Na podstawie przeprowadzonych analiz statystycznych sformułowano następujące wnioski:

1. Pacjenci hospitalizowani z powodu uszkodzenia barku oceniają, że choroba bardziej pogorszyła jakość ich życia, spowodowała większe zmiany w życiu oraz w większym stopniu ograniczyła możliwość wykonywania pracy zawodowej niż pacjenci z uszkodzonym stawem kolanowym.
2. Znacząco silniejsze oraz bardziej liczne zależności między poczuciem pogorszenia jakości życia przez chorobę a pasywnymi sposobami radzenia sobie ze stresem wystąpiły u pacjentów z dysfunkcją barku niż u osób z uszkodzonym stawem kolanowym.

Słowa kluczowe: jakość życia, dysfunkcje barku

Abstract

The objective of the study was to compare the life quality assessment in patients undergoing surgical treatment for shoulder and knee injuries and determining the dependence between the quality of life assessment in patients with shoulder injuries and stress coping strategies.

Examined Group and Methods: The study included 54 patients hospitalised in Arthros Medical Center in Nałęczów, Poland, for shoulder injuries (22 individuals) and 32 people treated for knee injuries. The quality of life in patients was assessed based on the author's own questionnaire, whereas the strategies of coping with stress were measured with the Coping with Stress Questionnaire in the Polish adaptation designed by Januszewska.

Results and Conclusions

The following conclusions were formulated based on the conducted statistical analyses:

1. In the opinion of the patients hospitalised for shoulder injuries their condition significantly impaired their quality of life, gave rise to significant changes in their lives and restricted their capacity to perform work as compared to the patients with knee injuries.
2. Significantly stronger and more numerous dependencies were found between a sense of deterioration of the quality of life caused by the medical condition and passive coping strategies in patients with shoulder injuries as compared to the patients with knee injuries.

Keywords: quality of life, shoulder injuries

Wstęp

Jakość życia człowieka warunkuje sposób i stopień zaspokojenia różnych potrzeb [1,2,3]. Według definicji sformułowanej przez WHO, jakość życia oznacza „spo-

strzeganie przez osobę własnej sytuacji życiowej w kontekście uwarunkowań kulturowych, systemu wartości oraz w związku ze swoimi celami, normami i zainteresowaniami” [4].

W opinii Saxena i Orley [5] do czynników, które składają się na jakość życia jednostki należą: zdrowie fizyczne, stan psychiczny, stopień niezależności, relacje z innymi ludźmi oraz środowisko, w jakim żyje dana osoba.

Zdaniem Papuć [6] w badaniach dotyczących zagadnienia jakości życia należy uwzględniać aspekt fizyczny, psychologiczny, społeczny, jak i zawodowy.

Choroby narządu ruchu ograniczają sprawność ruchową człowieka, wiążą się z dolegliwościami bólowymi, długotrwałym leczeniem, nierzadko z koniecznością poddania się leczeniu operacyjnemu, a następnie procesowi rehabilitacji. Wymuszają one zatem na pacjencie znaczącą modyfikację wyznawanych wartości i najczęściej obniżają jakość jego życia. Zmieniają jego relacje społeczne, ograniczają możliwość wykonywania pracy zawodowej, oraz zawężają szanse zaspokojenia wielu potrzeb psychicznych.

Okolica ciała człowieka powszechnie nazywana barkiem jest złożonym zespołem czynnościowo-anatomicznym. Tworzą ją połączenia części wolnej kończyny górnej z jej obręczą. Urazy i choroby, które obejmują obojczyk, łopatkę i staw ramienny leżą u podłoża niesprawności barku. Specyficzna funkcja tych połączeń ruchowych w obrębie barku sprawia, że ekspozycja na uszkodzenia i powiązane z nimi ograniczenia sprawności jest duża. Bliskość anatomiczna różnych struktur powoduje, że umiejscowienie dolegliwości jest zbliżone a ich charakter i położenie mało specyficzne. Dlatego też, niejednokrotnie różne etiologicznie jednostki chorobowe określane bywają tą samą nazwą i przyporządkowywane właśnie do barku. Rodzaj ograniczeń sprawności jest jednak podobny dla większości z nich. Polega zazwyczaj na trudności wykonywania zajęć siłowych związanych z dźwiganiem i unoszeniem przedmiotów. W życiu codziennym zwykle utrudnia obsługę twarzy, całej głowy i karku. Proste prace domowe oraz wypoczynek z ułożeniem ciała na boku prowokują duże dolegliwości bólowe, które narastają zwłaszcza nocą.

Staw kolanowy jest miejscem połączenia dwóch najdłuższych kości szkieletu człowieka, kości udowej i kości piszczelowej. Takie położenie, przystosowanie do ruchu w jednej płaszczyźnie oraz znaczne obciążenia związane z wyprostowaną sylwetką człowieka sprawiają, że jest on szczególnie podatny na uszkodzenia urazowe oraz uszkodzenia spowodowane przeciążeniami. Stąd też, jak pokazują badania epidemiologiczne, należy on do okolic, które są jedną z najczęstszych przyczyn leczenia ortopedycznego. Jego niesprawność niezależnie od etiologii powoduje duże ograniczenie sprawności i możliwości chodzenia.

Okolica barku i kolana wymaga nierzadko interwencji operacyjnych w celu przywrócenia lub chociażby poprawy ich sprawności. Zakres i rodzaj interwencji operacyjnych zależy od charakteru czy etiologii choroby oraz oczekiwań i stanu zdrowia ogólnego pacjentów.

Celem pracy było porównanie oceny jakości życia u pacjentów leczonych operacyjnie z powodu uszkodzenia stawu barkowego i kolanowego oraz określenie zależności między oceną jakości życia u pacjentów z uszkodzonym stawem barkowym i kolanowym a sposobami radzenia sobie ze stresem.

Grupa badana i metody

Badaniami objęto 54 pacjentów, hospitalizowanych w NZOZ Arthros w Nałęczowie. Z powodu dysfunkcji barku leczonych było 22 chorych oraz 32 z powodu dysfunkcji kolana. Średni wiek pacjentów z dysfunkcją kolana wynosił 31 lat, a z dysfunkcją barku - 39 lat. Średni okres trwania objawów choroby u osób z dysfunkcją kolana ok. 5 lat, zaś u pacjentów z problemami barku 3 lata.

Jakość życia u pacjentów oceniano na podstawie ankiety własnej konstrukcji, która zawierała pytania dotyczące: stopnia zmiany życia z powodu choroby, stopnia pogorszenia jakości życia oraz ograniczenia wykonywania pracy zawodowej, podtrzymywania relacji społecznych oraz realizacji hobby z powodu choroby. Pacjenci zaznaczali odpowiedzi na czterostopniowej skali od 0 do 3 punktów w zależności od oceny zmian spowodowanych chorobą i stopnia pogorszenia jakości życia. Punkt „0” - oznaczał brak jakichkolwiek zmian, a „3” - zmiany radykalne. Sposoby radzenia sobie ze stresem określono za pomocą Kwestionariusza Radzenia Sobie ze Stresem Janke, Erdmann, Boucsein, w polskim opracowaniu Januszewskiej [7].

Wyniki

W pierwszym etapie badań porównano odpowiedzi udzielane przez pacjentów z uszkodzonym stawem barkowym i stawem kolanowym na pytania ankiety własnej konstrukcji testem t-Studenta.

Otrzymane wyniki informują, że pacjenci z uszkodzonym barkiem w porównaniu do pacjentów z uszkodzonym stawem kolanowym oceniają, że choroba wprowadziła znacząco większe zmiany w ich życiu, istotnie bardziej pogorszyła jego jakość oraz ograniczyła wykonywanie pracy zawodowej (tab.1).

Następnie poszukiwano odpowiedzi na pytanie: czy i jakie zależności występują między oceną jakości życia, stopnia ograniczenia przez chorobę wykonywanej pracy, relacji społecznych i zainteresowań a sposobami radzenia sobie ze stresem u pacjentów z dysfunkcją barku i kolana?

Celem udzielenia odpowiedzi na powyższe pytanie obliczono współczynniki korelacji r-Pearsona między odpowiedziami udzielanymi przez pacjentów z dysfunkcją barku (tab.2) i uszkodzonym stawem kolanowym (tab.3) a wynikami uzyskanymi w skalach Kwestionariusza Radzenia Sobie ze Stresem.

Tab.1. Porównanie oceny jakości życia oraz stopnia ograniczenia przez chorobę pracy zawodowej, relacji społecznych i hobby u pacjentów z uszkodzonym stawem barkowym i stawem kolanowym

Itemy ankiety	Uszkodzenie stawu kolanowego		Uszkodzenie stawu barkowego		t	p
	M	sd	M	sd		
Stopień zmiany życia przez chorobę	1,34	0,65	1,73	0,63	-2,15	0,04
Stopień ograniczenia pracy zawodowej przez chorobę	1,28	0,89	1,82	0,96	-2,11	0,04
Stopień ograniczenia hobby przez chorobę	1,75	1,05	2,18	0,96	-1,54	ni
Stopień ograniczenia kontaktów ze znajomymi przez chorobę	0,47	0,67	0,73	0,88	-1,22	ni
Stopień pogorszenia jakości życia przez chorobę	1,25	0,67	1,82	0,96	-2,56	0,01

Tab.2. Zależności między oceną jakości życia oraz ograniczenia przez chorobę pracy, relacji społecznych i hobby a sposobami radzenia sobie ze stresem u pacjentów z dysfunkcją barku

Zmienne	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	0,53**		0,47*		
Porównywanie z innymi					
Obrona przed winą					0,62**
Odwrócenie uwagi	0,51*		0,44*		
Zastępcza satysfakcja					0,52**
Poszukiwanie samopotwierdzenia	0,71***		0,42*		0,59**
Próba kontroli przebiegu sytuacji					
Próba kontroli swoich reakcji	0,77***		0,72***		0,65***
Pozytywne instruowanie siebie	0,55**				
Poszukiwanie społecznego wsparcia			0,51*	0,73***	0,67***
Tendencja unikowa	0,66***	0,46*		0,54**	0,80***
Tendencja ucieczkowa		0,47*		0,65***	0,87***
Izolowanie się od ludzi	0,52**				
Dalsze zajmowanie się w myślach		0,59**		0,73***	0,50*
Rezygnacja					0,43*
Użalanie się nad sobą				0,63**	0,51*
Obwinianie siebie				0,56**	0,42*
Agresja					
Uzależnienie					

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

Otrzymane wyniki informują, że inne zależności występują między oceną stopnia zmiany życia przez chorobę u pacjentów z dysfunkcją barku (tab.2), a inne u osób z dysfunkcją kolana (tab.3).

Wyniki zamieszczone w tabeli 2 wskazują, że im bardziej pacjenci z dysfunkcją barku oceniają, że choroba zmieniła ich życie, tym częściej w sytuacji stresu bagatelizują problemy, koncentrują się na działaniu, którego pozytywnego wyniku są pewni, próbują kontrolować swoje reakcje emocjonalne, tłumią je lub też izolują się od ludzi i unikają sytuacji trudnych.

Poczucie znaczącej zmiany życia spowodowanej chorobą u osób z dysfunkcją kolana łączy się z reagowaniem na stres: ucieczką, rezygnacją, poczuciem winy, przygnębieniem, beznadziejnością, długotrwałą koncentracją się na poniesionych porażkach, użala-

niem się nad sobą oraz nadużywaniem alkoholu i leków uspokajających (tab.3).

Nasilenie pogorszenia jakości życia przez chorobę u pacjentów z dysfunkcją barku jest znacząco bardziej zależne od stosowanych sposobów radzenia sobie ze stresem, niż u osób z uszkodzonym stawem kolanowym, na co wskazują wyniki korelacji zamieszczone w tabelach 2 i 3.

Im częściej pacjenci z dysfunkcją barku reagują w sytuacji stresu ucieczką od problemów, unikaniem sytuacji trudnych, długotrwałą koncentracją na poniesionych porażkach, poczuciem bezradności, bezsilności, pesymizmem, obwinianiem siebie, rezygnacją z rozwiązywania zadań, poszukiwaniem społecznego wsparcia, próbą kontroli reakcji emocjonalnych, poszukiwaniem zastępczej satysfakcji, w tym większym stopniu choroba pogorszyła jakość ich życia (tab.2). Zależności między

Tab.3. Zależności między oceną jakości życia oraz ograniczenia przez chorobę pracy, relacji społecznych i hobby a sposobami radzenia sobie ze stresem u pacjentów z dysfunkcją kolana

Zmienne	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*	-	-
Porównywanie z innymi	-	-	-	-	-
Obrona przed winą	-	-	-	-	-
Odwrocenie uwagi	-	0,36*	0,53**	-	-
Zastępcza satysfakcja	-	-	0,39*	-	-
Poszukiwanie samopotwierdzenia	-	-	0,35*	-	-
Próba kontroli przebiegu sytuacji	-	-	-	-	-
Próba kontroli swoich reakcji	-	-	0,55**	-	-
Pozytywne instruowanie siebie	-	-	0,43*	-	-
Poszukiwanie społecznego wsparcia	-	-	0,41*	-	-
Tendencja unikowa	-	-	-	-	-
Tendencja ucieczkowa	0,45*	-	0,38*	-	-
Izolowanie się	-	-	-	-	-
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*
Agresja	-	-	-	-	-
Uzależnienie	0,43*	-	-	0,35*	-

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

stosowaniem tendencji ucieczkowej i unikowej a oceną radykalnego pogorszenia jakości życia przez chorobę u pacjentów z dysfunkcją barku występują na wysokim poziomie.

Wiecej istotnych statystycznie zależności wystąpiło między skalami Kwestionariusza Radzenia Sobie ze Stresem a odpowiedziami udzielanymi na pytanie dotyczące stopnia jakości życia u osób z dysfunkcją barku, niż w grupie pacjentów z uszkodzonym stawem kolanowym. Pogorszenie jakości życia u pacjentów z dysfunkcją stawu kolanowego współwystępuje z reagowaniem na stres nasilonym poczuciem winy oraz długotrwałą koncentracją na trudnościach i porażkach (tab.3).

Istotny wpływ na poczucie znaczącego ograniczenia możliwości wykonywania pracy zawodowej przez chorobę, w grupie pacjentów z dysfunkcją barku, ma reagowanie na stres – ucieczką od problemów, unikaniem trudności, długotrwałą koncentracją na poniesionych porażkach, a w grupie osób z uszkodzonym stawem kolanowym – poczuciem porzucenia przez los i uwagą skupioną na poniesionych porażkach (tab.3).

Inne zależności stwierdzono między sposobami radzenia sobie ze stresem a oceną stopnia ograniczenia relacji społecznych u pacjentów z dysfunkcją barku, a inne – u osób z dysfunkcją kolana.

W grupie osób z dysfunkcją barku poczucie znaczącego ograniczenia relacji interpersonalnych przez choro-

bę współwystępuje z reagowaniem na stres poszukiwaniem społecznego wsparcia, długotrwałą koncentracją się na cierpieniu i porażkach, użalaniem się nad sobą, obwinianiem siebie, ucieczką od problemów, unikaniem trudności oraz poczuciem bezradności i beznadziejności (tab.2), a w grupie osób z dysfunkcją kolana – z nadużywaniem w sytuacjach trudnych alkoholu i leków uspokajających (tab.3).

Poczucie znaczącego ograniczenia realizacji hobby, zainteresowań z powodu choroby współwystępuje w grupie zarówno osób z dysfunkcją barku, jak i z uszkodzonym stawem kolanowym – z częstym reagowaniem na stres bagatelizacją problemów, poszukiwaniem zastępczej satysfakcji, próbami kontroli swoich reakcji emocjonalnych oraz poszukiwaniem społecznego wsparcia (tab.2, 3). Ponadto im częściej pacjenci z dysfunkcją kolana zwracają się do innych osób z prośbą o pomoc, uciekają od trudnej sytuacji, rezygnują z pokonywania trudności, reagują na stres poczuciem przygnębienia, beznadziejności, winy oraz pesymizmem tym bardziej – ich zdaniem – choroba ogranicza realizację hobby (tab.3).

Współczynniki korelacji obliczone między skalami Kwestionariusza Radzenia Sobie ze Stresem a odpowiedziami udzielanymi na pytania ankiety własnej konstrukcji w grupie pacjentów z dysfunkcją barku uzyskały poziom wysoki i umiarkowany, a w grupie osób z dysfunkcją kolana – poziom niski i umiarkowany.

Otrzymane wyniki wskazują na występowanie silniejszych oraz bardziej licznych związków między sposobami radzenia sobie ze stresem a oceną zmian spowodowanych chorobą w zakresie jakości życia, stopnia ograniczenia pracy zawodowej, kontaktów społecznych i realizowania zainteresowań u pacjentów z dysfunkcją barku niż u osób z uszkodzonym stawem kolanowym.

Podkreślić należy, że najsilniejsze, na bardzo wysokim poziomie korelacje uzyskano między oceną znaczącego pogorszenia jakości życia pacjentów z powodu dysfunkcji barku a stosowaniem pasywnych sposobów radzenia sobie ze stresem: ucieczki od problemu i unikania trudności.

Podsumowanie

Otrzymane w pracy wyniki informują o istotnych statystycznie różnicach między osobami z dysfunkcją barku i uszkodzeniem stawu kolanowego w zakresie oceny jakości życia. Dysfunkcja barku istotnie bardziej niż uszkodzenie stawu kolanowego, w odczuciu pacjentów, wymusza większe zmiany w życiu, wpływa na pogorszenie jego jakości, a także w większym stopniu ogranicza wykonywanie pracy zawodowej.

Na ocenę stopnia pogorszenia jakości życia oraz ograniczeń związanych z chorobą w wykonywaniu pracy zawodowej, realizowaniu zainteresowań i podtrzymywaniu relacji społecznych znaczący wpływ mają stosowane przez pacjentów sposoby radzenia sobie ze stresem, objawy choroby, jej obraz.

Na podstawie przeprowadzonych analiz statystycznych sformułowano następujące wnioski:

Wnioski

1. Pacjenci hospitalizowani z powodu dysfunkcji barku oceniają, że choroba spowodowała większe zmiany w ich życiu, bardziej pogorszyła jego jakość oraz

w większym stopniu ograniczyła możliwość wykonywania pracy zawodowej niż pacjenci z uszkodzonym stawem kolanowym.

2. Znacząco silniejsze oraz bardziej liczne zależności między poczuciem pogorszenia jakości życia przez chorobę a pasywnymi sposobami radzenia sobie ze stresem wystąpiły u pacjentów z dysfunkcją barku niż u osób z uszkodzonym stawem kolanowym.

References

1. Tobiasz-Adamczyk B. Jakość życia w naukach społecznych i medycynie. Szt. Leczenia, 1996; 2: 33-40.
2. Albrecht G.L., Fitzpatrick R. A social perspective on health related quality of life research. W: Albrecht G.L., Fitzpatrick R. ed., Advances in medical sociology, quality of life in health care. Vol. 5. Greenwich CT, London, UK: Jai Press; 1994, s. 1-21.
3. Mc Keena S.P. Measuring quality of life. Eur. Psychiatry, 1997; 12(suppl.3): 267-274.
4. World Health Organization. Report of WHOQOL Focus Group Work. Geneva: World Health Organization; 1993.
5. Saxena S., Orley J. Quality of life assessment. The World Health Organization perspective. Eur. Psychiatry, 1997; 12(suppl. 3): 263-266.
6. Papuć E. Jakość życia - definicje i sposoby jej ujmowania. Curr. Probl. Psychiatry, 2011; 12(2): 141-145.
7. 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. Lublin: Towarzystwo Naukowe KUL; 2005, s. 91-124.

Correspondence address

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