

PRZEKONANIA NA TEMAT KONTROLI BÓLU I OCENA STANU CHORYCH PO PROTEZOPLASTYCE STAWU BIODROWEGO

Beliefs about pain control and the evaluation of the patient's state after hip replacement



Katarzyna Cierzniańska^{1,2}, Justyna Piwowarczyk³, Maria Teresa Szewczyk¹, Paulina Mościcka¹, Elżbieta Kozłowska¹

¹Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego, Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy, UMK w Toruniu

²Oddział Kliniczny Chirurgii Ogólnej, Szpital Uniwersytecki nr 2 w Bydgoszczy

³Studenckie Koło Naukowe przy Zakładzie Pielęgniarstwa Chirurgicznego, Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy, UMK w Toruniu

Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne 2013; 3: 98–106

Praca wpłynęła: 12.07.2012, przyjęto do druku: 20.08.2013

Adres do korespondencji:

dr n. med. **Katarzyna Cierzniańska**, Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego, Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy,

e-mail: kasia.cier@o2.pl

Streszczenie

Wstęp: Dolegliwości bólowe spowodowane zmianami zwyrodnieniowo-zniekształcającymi stawów biodrowych to częsta przyczyna znacznego ograniczenia sprawności motorycznej pacjentów. Uważa się, że jedyną drogą leczenia przynoszącą zadowalające wyniki jest zabieg chirurgiczny prowadzący do rekonstrukcji całego stawu.

Cel pracy: Ocena sprawności ruchowej po wszczępieniu endoprotezy stawu biodrowego oraz ocena występowania dolegliwości bólowych u chorych i ich przekonań na temat kontroli bólu.

Materiał i metody: Badaniem objęto 50 osób dorosłych (19 mężczyzn i 31 kobiet) po totalnej aloplastyce stawu biodrowego. Narzędzia badawcze stanowiły kwestionariusz ankiety oraz standaryzowany arkusz Kwestionariusz przekonań na temat kontroli bólu – BPCQ.

Wyniki: Poprawę swojego stanu zdrowia w odniesieniu do okresu sprzed zabiegu zgłosiło 80% badanych [bardzo dużą 6 badanych (12%) i dużą 34 (68%)]. U wszystkich respondentów przed zabiegiem występowały dolegliwości bólowe w różnym stopniu nasilenia (56% – ból umiarkowany, 30% – ból silny, 6% – ból nie do zniesienia). Różnica pomiędzy odczuwanym bólem u badanych przed operacją i po zabiegu była nieistotna statystycznie ($p = 0,58$). Uzyskane przez mieszkańców wsi niższe średnie wartości punktowe kontroli bólu w odniesieniu do czynników wewnętrznych (W: 19,3 ±4,64 pkt) i wpływu przypadkowych zdarzeń (P: 16,60 ±4,27 pkt) różniły się istotnie ($p < 0,05$) od tych, jakie uzyskali w tym zakresie mieszkańcy miasta (W: 23,05 ±37,3 pkt; P: 19,55 ±2,19 pkt).

Wnioski:

1. Zdecydowana większość badanych wskazuje na poprawę stanu zdrowia po zabiegu chirurgicznym.
2. Różnice, jakie nastąpiły w odczuwaniu nasilenia dolegliwości bólowych po zabiegu chirurgicznym, nie były znamienne.

Summary

Introduction: Pain caused by degenerative changes and changes deforming hip-joints is a common reason for limitation of patients' motor fitness. It is thought that the only way of treatment, which brings good results, is surgery, which leads to the reconstruction of the whole joint.

Aim of the study: Evaluation of motor fitness after hip replacement and evaluation of pain occurrence and patients' beliefs about controlling the pain.

Material and methods 50 people (19 men and 31 women) underwent the test after total hip arthroplasty. The research tool was a questionnaire and standardized questionnaire of pain control beliefs – BPCQ.

Results: Health improvement in comparison to the state before the surgery was stated by 80% of the people tested (very big improvement by 6 people (12%) and big improvement – 34 people (68%)). All of the respondents felt pain before the surgery with different intensity (56% – moderate pain, 30% – strong pain, 6% – enormous pain). The difference in pain intensity before and after the surgery is not statistically important ($p = 0,58$). The lower average point values obtained by people living in the country relating to pain control in relation to internal factors (W: 19.3 ±4.64 points) and the influence of random events (P: 16.60 ±4.27 points) significantly differ from these obtained by people living in the city (W: 23.05 ±37.3 points; P: 19.55 ±2.19 points).

Conclusions

1. The vast majority of people tested claim health improvement after the surgery.
2. Differences in pain intensity after the surgery were not significant.
3. People living in the country claim a significantly weaker belief of the influence of personal factors and coincidence on pain than people living in the city.

Key words: hip arthroplasty, pain, BPCQ.

3. Mieszkańcy wsi wyrażają zdecydowanie słabsze przekonanie co do wpływu czynników osobistych i wpływu przypadku na opanowanie bólu niż mieszkańcy miasta.

Słowa kluczowe: endoprotezoplastyka stawu biodrowego, ból, BPCQ.

Wstęp

Dominującym i uporczywym objawem zwyrodnienia stawów biodrowych jest ból, który nasila się w miarę trwania choroby. W początkowej fazie związany jest jedynie z ruchem i obciążeniem stawu, ale wraz z postępem choroby przechodzi w stan przewlekły [1]. Postęp choroby prowadzi do zmian w układzie ruchu, przez co zmniejsza możliwości radzenia sobie w codziennym życiu. Ograniczenia ruchu w stawie, zaniki mięśni, przykurcze, a przede wszystkim nasilający się ból utrudniają chodzenie, siadanie, schylenie się, a w skrajnych sytuacjach doprowadzają do niepełnosprawności [2].

Wszczepienie endoprotezy stawu biodrowego jest obecnie złotym standardem postępowania w zaawansowanych zmianach zwyrodnieniowych stawów biodrowych [1–3].

Cel pracy

Celem badań była ocena sprawności ruchowej chorych po wszczępieniu endoprotezy stawu biodrowego oraz ocena występowania dolegliwości bólowych u chorych i ich przekonań na temat kontroli bólu.

Materiał i metody

Badania zostały przeprowadzone w okresie od marca do czerwca 2011 r. Na ich przeprowadzenie uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej UMK w Toruniu, *Collegium Medicum* im. L. Rydygiera w Bydgoszczy. Miejsmem badań był Oddział Rehabilitacji i Poradnia Ortopedyczna Regionalnego Szpitala Specjalistycznego im. dr. W. Biegańskiego w Grudziądzu.

W badaniu wzięło udział 50 osób dorosłych po wykonaniu całkowitej wymiany stawu biodrowego z powodu zaawansowanych zmian zwyrodnieniowych.

W badaniu wykorzystano ankietę własną (dane demograficzne i pytania szczegółowe obejmujące zagadnienia związane głównie z odczuwanymi dolegliwościami bólowymi oraz samooceną samodzielności i sprawności fizycznej respondentów) i standaryzowany arkusz badawczy – Kwestionariusz przekonań na temat kontroli bólu (*The Beliefs about Pain Control Questionnaire* – BPCQ) przeznaczony do grupowego i indywidualnego badania osób chorych uskarżających się na ból; arkusz ten zawiera 13 stwierdzeń wchodzących w skład trzech czynników, które mierzą siłę indywidualnych przekonań dotyczących kontrolowania bólu osobiście (czynniki wewnętrzne – W), poprzez wpływ

lekarzy (siły innych – L), czy też poprzez przypadkowe zdarzenia (P).

Materiał i metody

Wszyscy respondenci po wcześniejszym zapoznaniu się z celem przeprowadzanych ankiet wyrazili zgodę na uczestnictwo w badaniu. Każdy z uczestników badania bez korzystania z pomocy pielęgniarki samodzielnie wypełnił i oddał kwestionariusz ankiety.

Na podstawie uzyskanych danych dokonano opisowej analizy wyników, zawierającej: liczebności i odsetek uzyskiwanych odpowiedzi. W analizach statycznych za istotną statystycznie zależność między zmiennymi uznano odpowiadający otrzymanej statystyce poziom istotności $p < 0,05$. Analizy danych zostały opracowane za pomocą programów: Microsoft Excel i Statistica PL.

Charakterystyka grupy badanej

Badaniem objęto 50-osobową grupę pacjentów po całkowitej endoprotezoplastyce stawu biodrowego. W grupie badanej było 62% (31) kobiet i 38% (19) mężczyzn.

Wiek respondentów mieścił się w przedziale 44–88 lat. Średnia wieku wynosiła $66,72 \pm 10,07$ roku, mediana 66 lat. Dla grupy kobiet przedział wiekowy wynosił 52–88 lat, średnio $68 \pm 0,29$ roku, mediana 68 lat. Odpowiednio dla mężczyzn biorących udział w badaniu: wiek 44–85 lat, średnia wieku $64,63 \pm 9,58$ roku, mediana 65 lat.

Zdecydowaną większość ankietowanych stanowili mieszkańcy miast. Tylko co piąty z nich mieszkał na wsi.

Wyniki

Samoocena poziomu życia, stanu zdrowia i sprawności w wykonywaniu czynności codziennych

Na pytanie: „Jak oceniłby Pan/Pani poziom swojego życia przed operacją?” 13 (26%) chorych odpowiedziało „dobry”, 30 osób (60%) określiło jako poziom „przeciętny”, a 7 osób (14%) uskarżało się na zły poziom życia przed operacją. Nikt nie określił swojego poziomu życia jako bardzo dobry.

Bardzo dużą poprawę swojego stanu zdrowia w odniesieniu do okresu sprzed zabiegu zgłosiło 6 badanych (12%), dużą 34 (68%), a niewielką 9 (18%). Tylko jedna osoba (2%) nie odczuła żadnej poprawy.

Zaledwie 2 (4%) osoby zadeklarowały swoją sprawność fizyczną po endoprotezoplastyce stawu biodrowego jako pełną. Prawie wszyscy (45, 90%) określili ją jako częściową, a 3 (6%) zaliczyło siebie do grupy niepełnosprawnych.

Większość respondentów (43, 86%) przyznała zdecydowaną poprawę w zakresie samodzielności w wykonywaniu codziennych czynności. Niewielu badanych, bo tylko 3 osoby (6%), dostrzegło pogorszenie tego stanu, natomiast pozostałe 4 (8%) nie odczuwały wyraźnych różnic.

Samodzielne poruszanie się po schodach nie sprawiało trudności 4 (8%) chorym. Dla 33 (66%) badanych stanowiło to pewną trudność, a 11 (22%) twierdziło, że jest to dla nich poważny kłopot. Niski odsetek ankietowanych – 2 osoby (4%) – nie był w stanie samodzielnie chodzić po schodach.

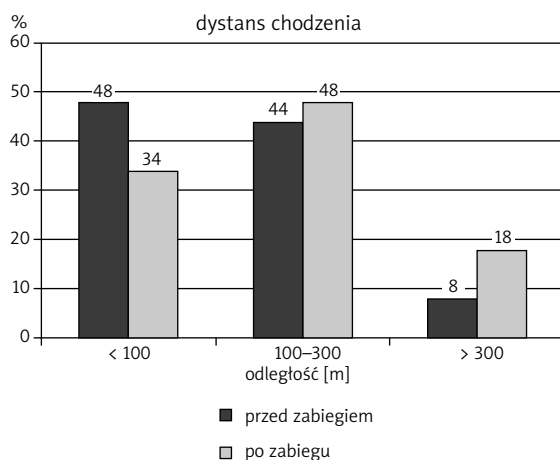
Niewielki problem z kąpielą zgłosiło 29 ankietowanych, natomiast dla 3 osób (6%) czynność ta nie stanowiła żadnego kłopotu. Kąpiel za czynność sprawiającą duży problem uznało 16 badanych (32%), a 2 (4%) osoby nie mogły w ogóle wykonać tej czynności.

Ponad połowa respondentów twierdziła, że ma niewielkie 32 (64%) lub duże kłopoty 16 (32%) z codziennym ubieraniem się. Aż 31 (62%) chorych wskazało, że ubieranie skarpet, pończoch czy obuwia nadal sprawia duży kłopot, a 8 osób (16%) nie jest w stanie tej czynności wykonać samodzielnie. Za niewielki problem czynność tę uznało 9 (18%) ankietowanych, a 2 (4%) wykonywało te czynności sprawnie.

U 27 (54%) osób wstawanie z krzesła powodowało znaczny ból, a w jednym przypadku (2%) bardzo silny, 18 (36%) chorych określiło swoje doznania jako ból niewielki, 4 (8%) badanych podaje brak bólu.

Dla 29 (58%) badanych schyłanie się i czynności wykonywane w pozycji pochylonej były poważnym problemem, a 4 osoby oświadczyły, że nie mogą się schylać, ani wykonywać jakichkolwiek czynności w takiej pozycji.

Ponad połowa ankietowanych 29 (58%) stwierdziła, że nastąpiła u nich wyraźna poprawa snu po operacji. Trzy (6%) osoby spośród ankietowanych zauważyły pogorszenie, a 18 (36%) nie odczuło żadnych zmian.



Ryc. 1. Zmiany w dystansie chodzenia u chorych przed zabiegiem i po operacji wymiany stawu biodrowego

Subiektywna ocena jakości chodu i pokonywanych odległości

Aż 44 (88%) badanych odczuwa wyraźną poprawę chodu po zabiegu. Dwie (4%) spośród ankietowanych osób zauważyły pogorszenie tego stanu, a pozostałe 4 (8%) nie stwierdziły żadnych zmian w jakości swojego chodu.

Niemal połowa chorych przed operacją mogła pokonywać bardzo krótkie odcinki drogi, poniżej 100 m (ryc. 1). W grupie badanej 28 (56%) chorych odczuwało zmianę w zakresie pokonywanych odległości, przy czym dla 21 (42%) z nich odcinek chodzenia wydłużył się po zabiegu, a dla 7 (14%) uległ skróceniu w odniesieniu do dystansu sprzed operacji. Zmiany w zakresie dystansu chodzenia były istotne statystycznie ($p = 0,014$).

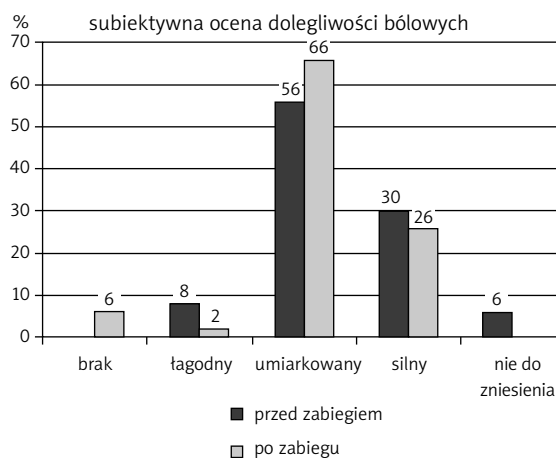
Dolegliwości bólowe

Przed zabiegiem chirurgicznym u wszystkich respondentów występowały dolegliwości bólowe w różnym stopniu nasilenia. Ponad połowa badanych (56%) wskazywała na ból umiarkowany, niemal co trzeci chory odczuwał ból silny, a 6% badanych określiło charakter bólu jako „nie do zniesienia”. Po operacji nasilenie bólu uległo nieznacznym zmianom, głównie złagodzeniu (ryc. 2.), jednak różnica pomiędzy odczuwanym bólem u badanych przed zabiegiem i po zabiegu jest nieistotna statystycznie ($p = 0,58$).

W okresie przedoperacyjnym 96% badanych przyjmowało środki przeciwbólowe, określając częstość ich przyjmowania od bardzo często (30%) do sporadycznie.

Kwestionariusz BPCQ

Pomiar siły przekonań jednostki na temat wpływu na ból czynników wewnętrznych, lekarzy czy przypadkowych zdarzeń wyrażony jest w punktach. Zakres punktów dla umiejscowienia kontroli wewnętrznej (W) wynosi 5–30 punktów, dla pozostałych: wpływ lekarzy



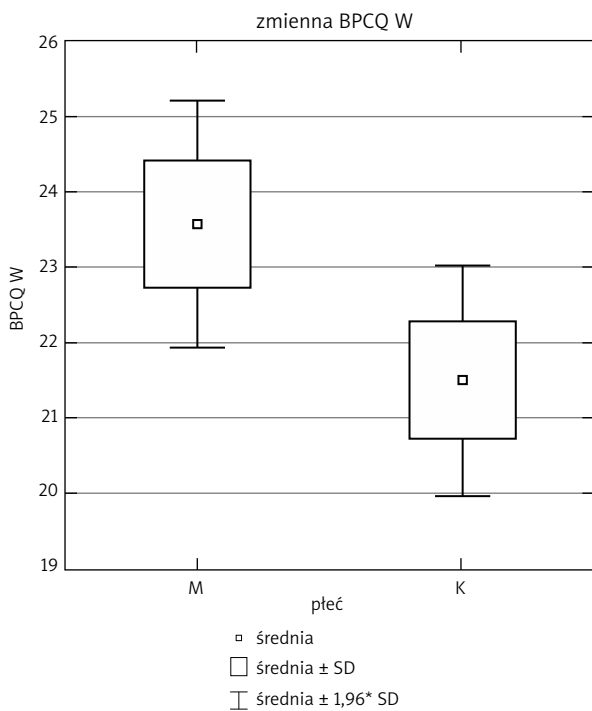
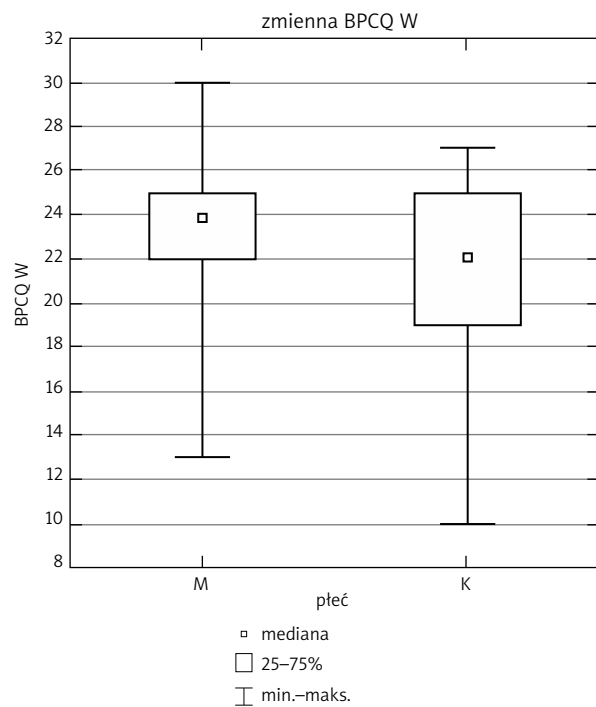
Ryc. 2. Subiektywna ocena dolegliwości bólowych u chorych przed zabiegiem i po operacji wymiany stawu biodrowego

Tabela 1. Średnie wartości (\pm SD) uzyskane dla kwestionariusza BPCQ we wszystkich wymiarach

BPCQ	Średnia	SD	Minimum	Maksimum	Mediana
W	22,30	4,16	10	30	24,00
L	18,48	2,62	13	24	19,00
P	18,96	2,93	6	23	19,00

Tabela 2. Test U Manna-Whitneya BPCQ względem zmiennej płeć

	N ważnych – M	N ważnych – K	Suma rang – M	Suma rang – K	p
BPCQ W	19	31	563,5000	711,5000	0,114447
BPCQ L	19	31	458,5000	816,5000	0,607423
BPCQ P	19	31	454,5000	820,5000	0,548641

**Ryc. 3.** Charakterystyka statystyczna punktacji BPCQ W względem płci; średnie i błędy standardowe**Ryc. 4.** Charakterystyka statystyczna punktacji BPCQ W względem płci; mediany, rozstępy kwartyłowe i zakresy

(L) i przypadkowych zdarzeń (P), jest taki sam i wynosi 4–24 punktów.

Respondenci uważają, że ból w dużym stopniu podlega pewnej kontroli osobistej (wymiar W: 22,30 \pm 4,16 punktu), chociaż średnie wartości punktowe dla pozostałych podskal również kształtują się powyżej przeciętnej (tab. 1).

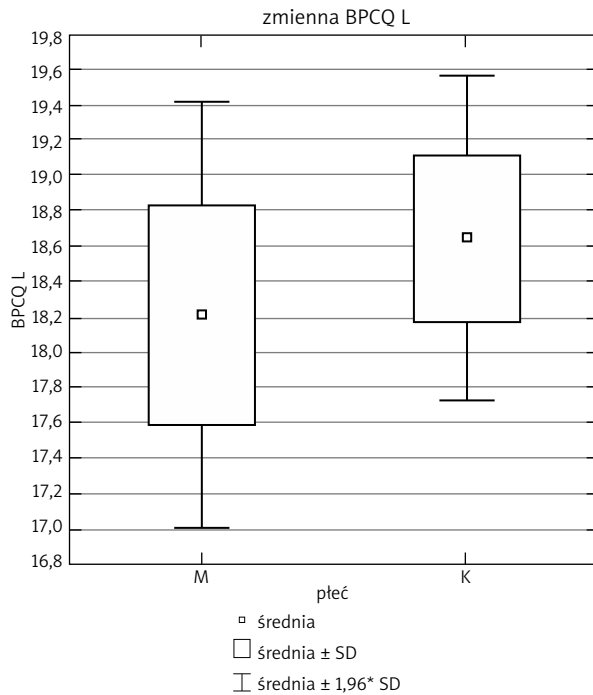
BPCQ a płeć

Pomiędzy średnimi wartościami punktowymi uzyskanymi dla poszczególnych wymiarów kontroli bólu

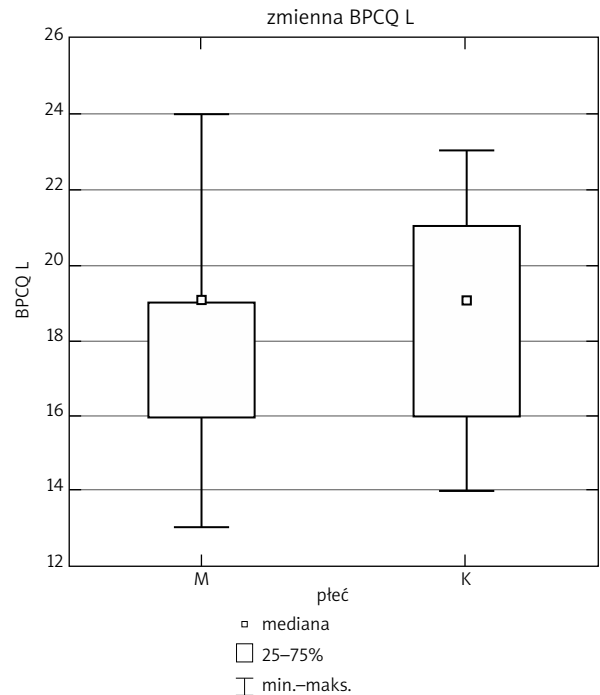
a zmienną płeć, nie stwierdzono różnic istotnych statystycznie ($p > 0,05$) (tab. 2., ryc. 3.–8.).

BPCQ a wiek

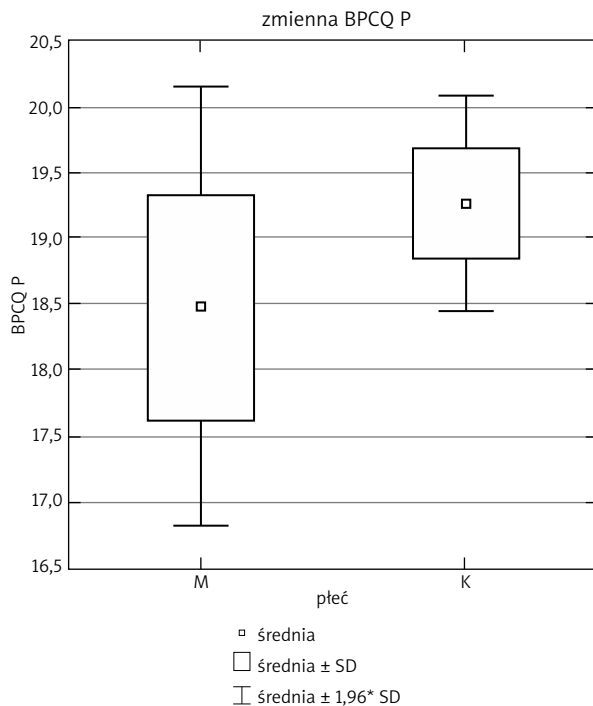
Podjęto również próbę oceny, czy przekonania respondentów na temat kontroli bólu zmieniają się wraz z wiekiem. Pomiędzy zmienną wiek badanych a wartościami punktowymi uzyskiwanymi dla poszczególnych parametrów kontroli bólu: kontrola wewnętrzna, wpływ lekarzy i przypadkowe zdarzenia, zaobserwowano brak korelacji ($p > 0,05$) (ryc. 9.–11.).



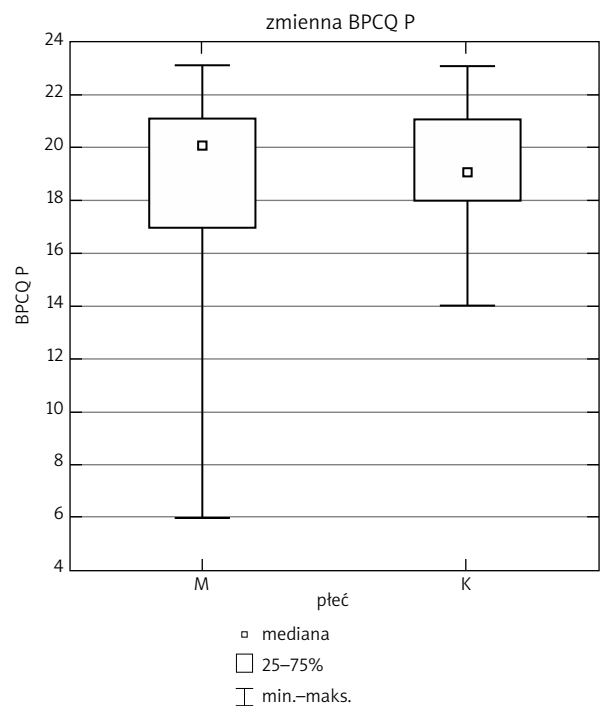
Ryc. 5. Charakterystyka statystyczna punktacji BPCQ L względem płci; średnie i błędy standardowe



Ryc. 6. Charakterystyka statystyczna punktacji BPCQ L względem płci; mediany, rozstępy kwartyłowe i zakresy



Ryc. 7. Charakterystyka statystyczna punktacji BPCQ P względem płci; średnie i błędy standardowe

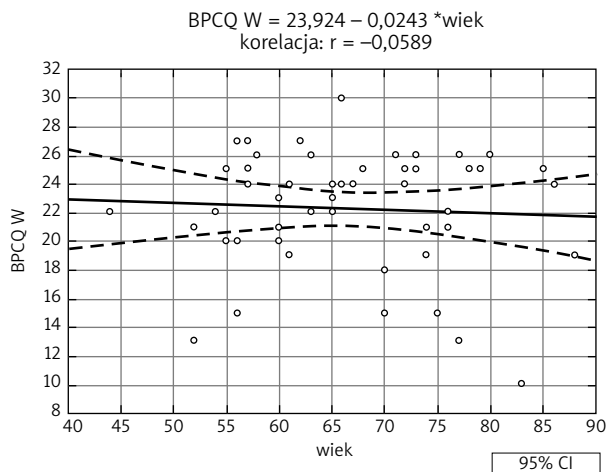


Ryc. 8. Charakterystyka statystyczna punktacji BPCQ P względem płci; mediany, rozstępy kwartyłowe i zakresy

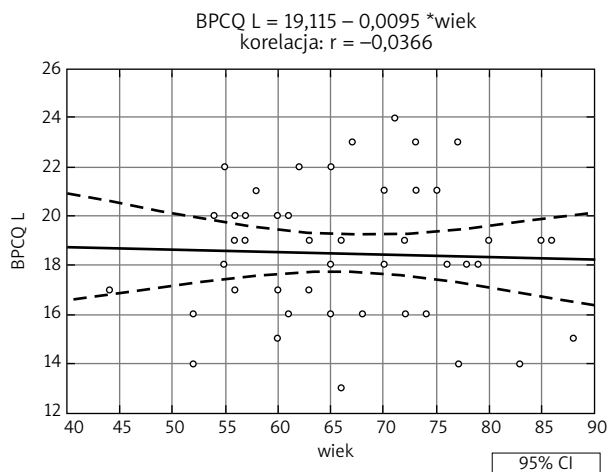
BPCQ a miejsce zamieszkania

W zakresie dwóch czynników: BPCQ W i BPCQ P występują zależności istotne statystycznie dla zmiennej: miejsce zamieszkania. Uzyskane przez mieszkańców

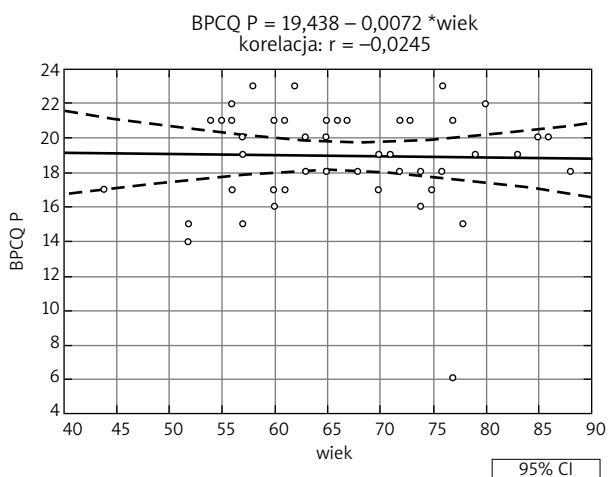
wsi niższe średnie wartości punktowe w odniesieniu do czynników wewnętrznych (W: 19,3 ± 4,64 pkt) i wpływu przypadkowych zdarzeń (P: 16,60 ± 4,27 pkt) wyrażają ich słabe przekonanie co do wpływu tych czynników na opamiętanie bólu. Wyniki, jakie uzyskali w tym zakresie miesz-



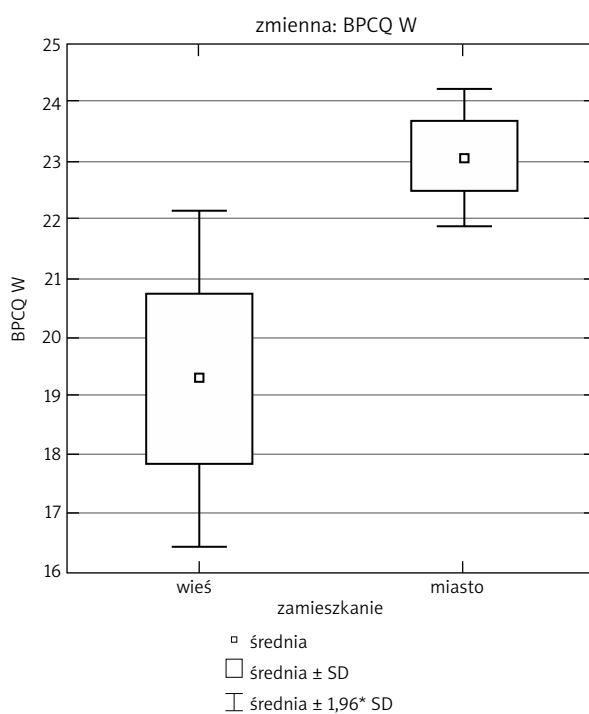
Ryc. 9. Wykres rozrzutu dla zmiennych BPCQ W i wiek



Ryc. 10. Wykres rozrzutu dla zmiennych BPCQ L i wiek



Ryc. 11. Wykres rozrzutu dla zmiennych BPCQ P i wiek



Ryc. 12. Charakterystyka statystyczna punktacji BPCQ W względem zamieszkania; średnie i błędy standardowe

kańcy miasta (W: 23,05 ±37,3 pkt; P: 19,55 ±2,19 pkt), różnią się istotnie ($p < 0,05$) (tab. 3., ryc. 12.-15.). Przekonania w odniesieniu do kontroli bólu poprzez lekarzy (siła innych) są podobne w obydwu grupach (ryc. 16., 17.).

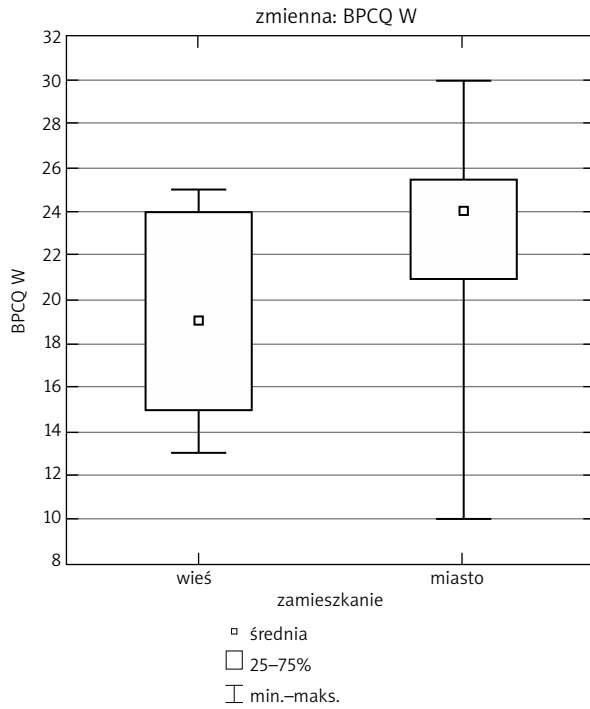
Omówienie

Protezooplastyka stawu biodrowego jest jedną z najczęstszych operacji wykonywanych u chorych z chorobą zwyrodnieniową stawów biodrowych. Zabieg ten znacz-

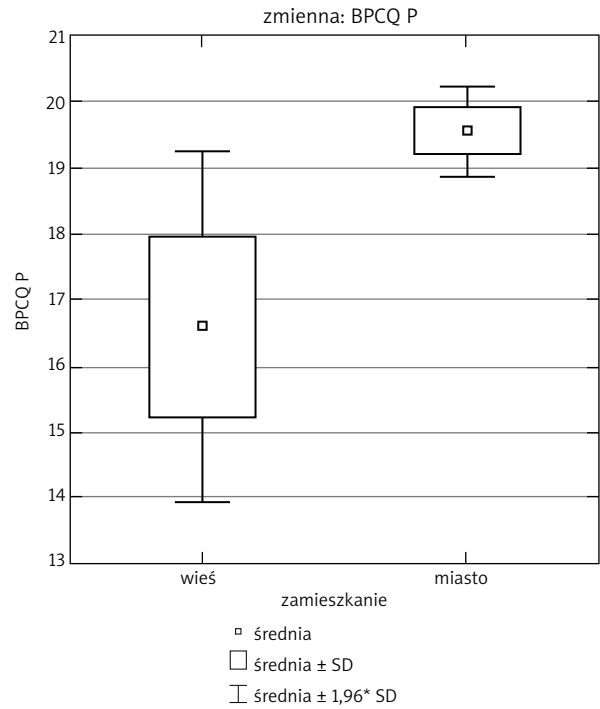
nie poprawia jakość życia chorych, między innymi poprzez znoszenie dyskomfortu w narządzie ruchu i wysoki poziom skuteczności w zakresie minimalizowania

Tabela 3. Test U Manna-Whitneya BPCQ względem zmiennej miejsce zamieszkania

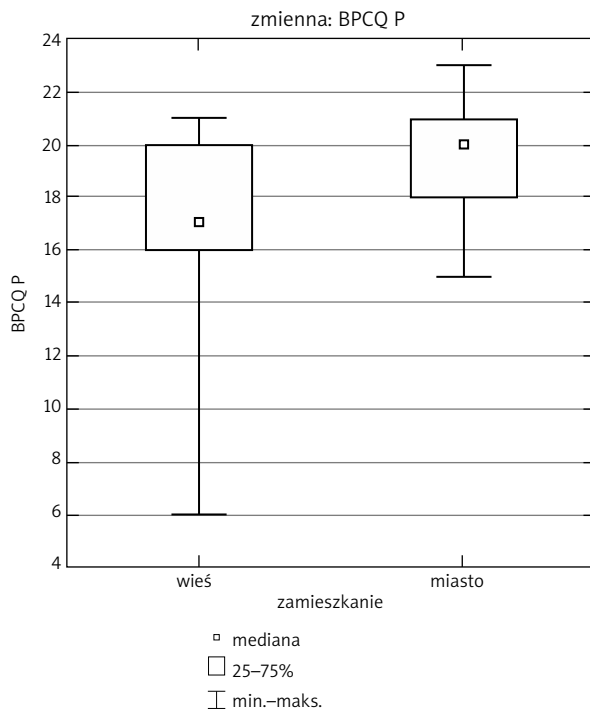
	N ważnych – M	N ważnych – W	Suma rang – M	Suma rang – W	p
BPCQ W	40	10	1118,500	156,5000	0,016789
BPCQ L	40	10	1073,000	202,0000	0,199310
BPCQ P	40	10	1123,000	152,0000	0,011442



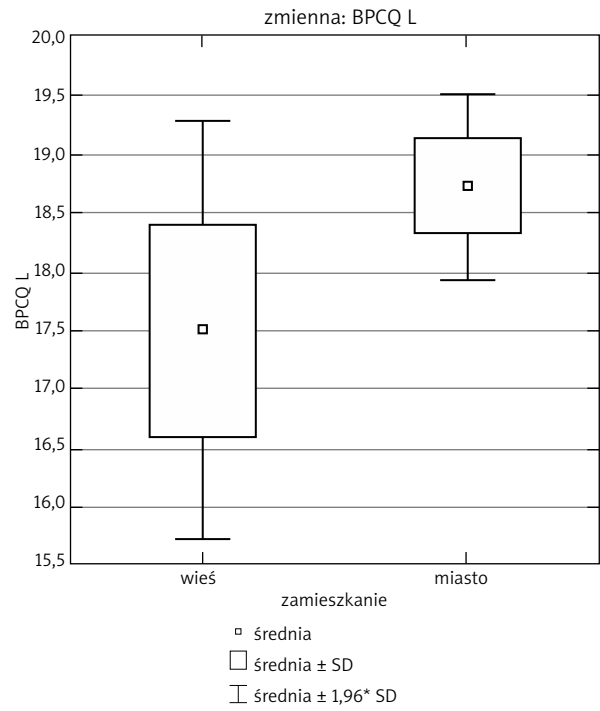
Ryc. 13. Charakterystyka statystyczna punktacji BPCQ W względem zamieszkania; mediany, rozstępy kwartyłowe i zakresy



Ryc. 14. Charakterystyka statystyczna punktacji BPCQ P względem zamieszkania; średnie i błędy standardowe



Ryc. 15. Charakterystyka statystyczna punktacji BPCQ P względem zamieszkania; mediany, rozstępy kwartyłowe i zakresy



Ryc. 16. Charakterystyka statystyczna punktacji BPCQ L względem zamieszkania; średnie i błędy standardowe

bólu. Holistyczna opieka nad chorym oraz skuteczna ocena przed- i pooperacyjna, diagnozowanie problemów zdrowotnych i pielęgnacyjnych ułatwia planowanie

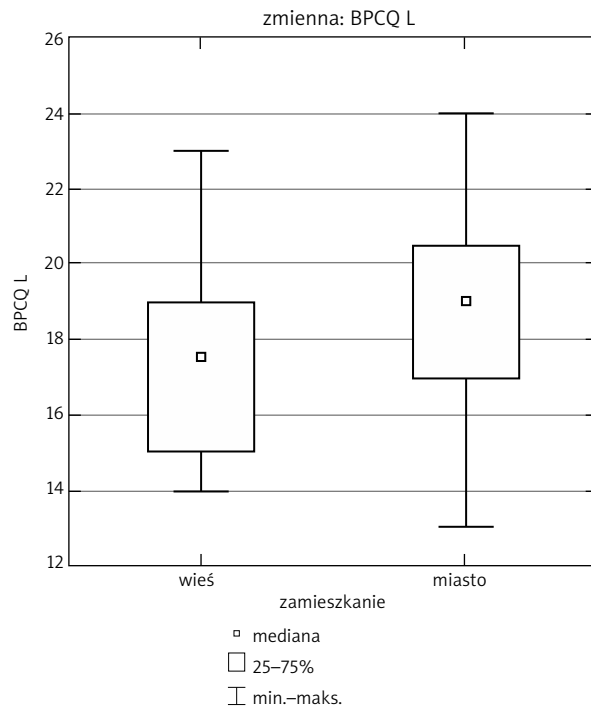
i realizację zorientowanego na chorego indywidualnego planu opieki i zapewnia optymalne warunki powrotu do zdrowia [4, 5].

Opublikowano wiele prac potwierdzających wpływ zabiegu wymiany stawu biodrowego na poprawę jakości funkcjonowania i poprawę jakości życia chorych. W grupie 627 chorych po jednostronnej całkowitej pierwotnej wymianie stawu biodrowego wszystkie wymiary jakości życia mierzone przy użyciu kwestionariusza SF-36, z wyjątkiem zdrowia psychicznego i ogólnej percepcji zdrowia, znacznie się poprawiły po operacji i stan taki utrzymywał się przez 5 kolejnych lat po zabiegu [6]. Z badań Łapaj i wsp. (62 chorych) wynika, że dla poprawy jakości życia chorych szczególne znaczenie miały: zmniejszenie dolegliwości bólowych i wzrost poziomu niezależności. Nie zaobserwowano istotnych zmian w psychologiczno-socjalnych domenach jakości życia [7]. Majda i wsp., którzy stwierdzili istotną statystycznie poprawę jakości życia pacjentów w wymiarze: energia życiowa, ból, sprawność ruchowa, oraz w sferze życia dotyczącej pracy domowej, dodatkowo podkreślają, że jakość życia badanych była determinowana zmienną – płeć [8].

Inne polskie badania wskazują na poprawę jakości życia również w komponentach psychicznych i socjologicznych [9]. Celem badań własnych nie była bezpośrednio ocena jakości życia. Jednak z uzyskanych danych wynika, że u chorych po całkowitej aloplastyce biodra, pomimo częściowej sprawności, do której zgodnie przyznało się 90% ankietowanych, odczuwali oni wyraźną poprawę w zakresie samopoczucia, ogólnego stanu zdrowia (80%), a przede wszystkim poziomu samodzielności w sferze podstawowych codziennych czynności – higiena ciała czy ubieranie się.

W prezentowanym badaniu stwierdzono, że zabieg protezoplastyki przyczynił się także do zdecydowanego postępu zarówno w zakresie jakości chodu, jak i w długości pokonywanych odcinków. Wyniki są zbliżone z uzyskanymi w innych polskich badaniach [10, 11]. Ponadto Mańczak i wsp. podkreślają fakt zgłaszania przez chorych po zabiegu utrzymujących się problemów w zakresie chodzenia po schodach, schylania się i kłęknięcia [11]. Dlatego też niebagatelną rolę w poprawie funkcjonowania chorych po protezoplastyce stawu biodrowego odgrywa właściwa rehabilitacja ruchowa [12–14].

Badacze węgierscy podkreślają, że udany zabieg wszczepienia stawu biodrowego znacznie poprawia poczucie dobrobytu i mobilności pacjentów nawet 5 lat po operacji. Opieka pielęgniarska powinna koncentrować się nie tylko na dalszej poprawie sprawności ruchowej, lecz także na wzmocnieniu subiektywnego poziomu dobrego samopoczucia i zdrowia pacjenta [15]. Niektórzy chorzy decydujący się na zabieg wymiany stawu biodrowego mają nierealistyczne oczekiwania co do zmian zachodzących po operacji. W związku z tym przed zabiegiem powinni mieć możliwość omówienia swoich oczekiwań. Zbyt powolny postęp i niedostateczne funkcjonowanie fizyczne powodują obniżenie zaufania i frustrację chorych. Rola informacji i wsparcia nie zawsze jest doceniana przez chorych i pracowników medycznych [16].



Ryc. 17. Charakterystyka statystyczna punktacji BPCQ L względem zamieszkania; mediany, rozstępy kwartylowe i zakresy

Ból jest uciążliwym i często dominującym objawem choroby zwyrodnieniowej stawów biodrowych. Dane z okresu przedoperacyjnego wykazały, że niemal każdy z ankietowanych (96%) przyjmował środki farmakologiczne niwelujące dolegliwości bólowe. Po zabiegu chirurgicznym ból zmniejszył się w porównaniu z czasem przed protezoplastyką stawu biodrowego, jednak z obliczeń statystycznych wynika, że zmiany te nie były istotne. Inaczej niż w grupie badanej przez Borowicz i wsp., gdzie różnica w odczuwaniu bólu po zabiegu była istotna [10]. Inni autorzy również zwracają uwagę na znaczne ustąpienie dolegliwości bólowych u chorych po aloplastyce stawu biodrowego [7, 8, 11].

Przekonania na temat kontroli bólu były oceniane u badanych za pomocą kwestionariusza BPCQ. W porównaniu z wynikami badań w grupach chorych z bólem przewlekłym, z bólami kręgosłupa czy u chorych ze zmianami zwyrodnieniowymi, prezentowanych przez Luczyńskiego [17], chorzy po zabiegu wymiany stawu biodrowego osiągnęli zdecydowanie wyższe wartości średnie w wymiarach osobistej kontroli bólu i wpływu zdarzeń przypadkowych. Jedynie w poczuciu wpływu lekarzy (siła innych) na opanowanie bólu średnie wartości skali we wszystkich grupach badanych były zbliżone.

Wiśniewska i wsp. podają, że u chorych z przewlekłym niedokrwieniem kończyn dolnych na przekonania na temat kontroli bólu nie miały wpływu czynniki socjodemograficzne: płeć, wiek czy miejsce zamieszkania [18]. Z analizy danych wynika, że pomiędzy wartościami

punktowymi uzyskiwanymi dla poszczególnych parametrów kontroli bólu: kontrola wewnętrzna, wpływ lekarzy i przypadkowe zdarzenia w aspekcie zmiennych wiek i płeć, nie ma różnic statystycznie istotnych. Z kolei mieszkańcy wsi uzyskiwali znamienne niższe wartości punktowe dla podskali W i P, wyrażają oni zdecydowanie słabsze przekonanie co do wpływu tych czynników na opanowanie bólu niż mieszkańcy miasta.

Do pełnej i prawidłowej oceny radzenia sobie z bólem w chorobie zwyrodnieniowej stawu biodrowego konieczny jest ciągły monitoring, czyli kontynuacja badań przez szereg lat uwzględniająca zbliżone metody pomiaru.

Wnioski

1. Zdecydowana większość badanych wskazuje na poprawę stanu zdrowia po zabiegu chirurgicznym, szczególnie w zakresie odzyskania większej samodzielności, poprawy chodu, snu oraz zmniejszenia dolegliwości bólowych.
2. Wielu chorym po zabiegu wykonywanie czynności dnia codziennego, wymagających większego natężenia ruchu w stawie biodrowym, takich jak chodzenie po schodach, schyłanie się czy zakładanie butów, w dalszym ciągu sprawia trudności.
3. Różnice, które nastąpiły w odczuwaniu nasilenia dolegliwości bólowych po zabiegu chirurgicznym, nie były znamienne.
4. Mieszkańcy wsi wyrażają zdecydowanie słabsze przekonanie co do wpływu czynników osobistych i wpływu przypadku na opanowanie bólu niż mieszkańcy miasta.

Piśmiennictwo

1. Dega W. Ortopedia i Rehabilitacja. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2007.
2. Pozowski A. Alloplastyka stawu biodrowego. Górnicki Wydawnictwo Medyczne, Wrocław 2011.
3. Alloplastyka stawu biodrowego. Lawrence D (red.), Marczyński W (red. wyd. pol.). Elsevier Urban & Partner. Wrocław 2009.
4. Walker J. Care of patients undergoing joint replacement. Nurs Older People 2012; 24: 14-20.
5. Walker JA. Total hip replacement: improving patients' quality of life. Nurs Stand 2010; 10-16: 51-57.
6. Ng CY, Ballantyne JA, Brenkel IJ. Quality of life and functional outcome after primary total hip replacement. A five-year follow-up. J Bone Joint Surg Br 2007; 89: 868-873.
7. Łapaj Ł, Kokoszka P, Jurga M, Markuszewski J, Wierusz-Kozłowska M. Jakość życia u chorych przed i po endoprotezoplastyce stawu biodrowego. Chir Narz Ruch Ortop Pol 2007; 72: 269-274.
8. Majda A, Walas K, Gawętek A. Jakość życia pacjentów z chorobą zwyrodnieniową stawów biodrowych. Problemy Pielęgniarstwa 2013; 21: 29-37.
9. Badura-Brzoza K, Zajac P, Matysiakiewicz J i wsp. Wpływ czynników psychicznych i socjodemograficznych na jakość życia chorych poddanych zabiegowi endoprotezoplastyki stawu biodrowego. Psychiatr Pol 2008; 42: 261-269.
10. Borowicz B, Cielicka M, Nadulska A i wsp. Codzienne funkcjonowanie i jakość chodu u pacjentów po całkowitej artroplastyce stawu biodrowego. Pielęgniarstwo XXI wieku. 2012; 1: 31-34.
11. Mańczak M, Kalinowski P, Pelc M. Rehabilitacja w chorobie zwyrodnieniowej stawu biodrowego. THINK 2009; 1: 1-18.
12. Demczyszak I, Wrzosek Z, Żurkowska U, Milko D. Ocena efektów usprawniania chorych po endoprotezoplastyce stawu biodrowego. Kwartalnik Ortopedyczny 2012; 2: 169-175.
13. Szelińska E, Grzegorzczak J, Paśko D. Próba oceny dotychczasowego leczenia chorych zakwalifikowanych do alloplastyki stawu biodrowego z powodu koksartrozy. Молода Спортивна Наука України 2010; 3: 191-196.
14. Stryła W, Pogorzała AM, Rogala P, Nowakowski A. Algorytm postępowania usprawniającego z zestawami ćwiczeń dla chorych po leczeniu operacyjnym totalną endoprotezoplastyką stawu biodrowego. Pol Orthop Traumatol 2013; 78: 33-40.
15. Király E, Gondos T. The effect of functional movement ability on the quality of life after total hip replacement. J Clin Nurs 2013; [Epub ahead of print]
16. McHugh GA, Luker KA. Individuals' expectations and challenges following total hip replacement: a qualitative study. Disabil Rehabil 2012; 34: 1351-1357.
17. Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Pracownia Testów Psychologicznych, Warszawa 2001.
18. Wiśniewska A, Szewczyk MT, Cwajda-Białasik J, Cierzniańska K, Jawień A. Przekonania na temat kontroli bólu u chorych z przewlekłym niedokrwieniem kończyn dolnych. Pielęg Chir Angiol 2009; 3: 113-121.