

Ocena jakości życia i strategii radzenia sobie z chorobą w grupie chorych poddanych zabiegowi endoprotezoplastyki stawu biodrowego

Assessment of health related quality of life and coping strategies in patients undergoing the hip replacement surgery

Anna Kieszkowska-Grudny

Europejskie Centrum Zdrowia Otwock
Minds of Hope, Warszawa

Joanna Maleszewska

Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie

Anna Siwy-Hudowska

Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej w Warszawie

Sergiusz Nawrocki

Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

Streszczenie

Cel. Celem pracy była ocena jakości życia pacjentów po endoprotezoplastyce stawu biodrowego (EPSB) w porównaniu do okresu przed operacją oraz ocena efektywności tej metody w zmniejszeniu dolegliwości bólowych towarzyszących chorobie zwyrodnieniowej. Cel dodatkowy stanowiło rozpoznanie rodzaju strategii radzenia sobie pacjentów z chorobą zwyrodnieniową przed i po EPSB. **Materiał i metody.** W badaniu wykonano podwójny pomiar parametrów medycznych i psychologicznych przed i po 4 miesiącach od zabiegu EPSB. Wykorzystano: Kwestionariusz Jakości Życia (SF-36), Kwestionariusz Skali Poznawczej Regulacji Emocji (PRE) i skalę oceny nasilenia bólu. **Wyniki.** W I etapie udział wzięło 55 osób (K: 31; M: 24), w II etapie 41 osób (K: 25; M: 16). Średnia wieku kobiet w I etapie wyniosła 60 ± 12 lat, w II - 58 ± 13 lat, a w grupie mężczyzn odpowiednio 64 ± 11 lat i 60 ± 11 lat. Po upływie 4 miesięcy od operacji wszystkie wskaźniki jakości życia, tj. ocena funkcjonowania fizycznego i społecznego, ogólny stan zdrowia, witalność, zdrowie psychiczne, funkcjonowanie emocjonalne uległy znamiennej poprawie ($p < 0,001$). Poza tym istotnie zmniejszył się ból fizyczny po zabiegu ($p < 0,001$). Ponadto, zaobserwowano istotnie częstsze korzystanie ze strategii adaptacyjnych, tj. pozytywne przewartościowanie ($p < 0,01$), przeniesienie uwagi na coś pozytywnego ($p < 0,05$), jak również rzadsze stosowanie katastrofizowania ($p < 0,05$) oraz zmniejszy poziom obwiniania siebie ($p < 0,01$). **Wnioski.** Zabieg endoprotezoplastyki, nawet w grupie osób starszych wiekowo, ma pozytywny wpływ na jakość życia. Ponadto, chorzy odczuwający korzyść z zabiegu odnajdują bardziej adaptacyjne strategie radzenia sobie z chorobą i jej następstwami co w dłuższej perspektywie powinno przyczynić się do odległych korzystnych zmian w efektach leczenia. (Gerontol Pol 2014, 2, 62-69)

Słowa kluczowe: endoprotezoplastyka, ból, jakość życia, poznawcze strategie radzenia sobie z chorobą

Abstract

Introduction. The main goal of the study was a quality of life (QoL) assessment in patients undergoing hip replacement (HP) before and 4 months after the surgery. In addition we were estimating the effectiveness of HP in lowering of the pain level associated with that illness. The secondary aim was to recognise the patients' cognitive coping strategies before and after surgery. **Methods and material.** The study was performed with two measurements of medical and psychological parameters before and after 4 months of HP. We used: Survey Short Form 36 Scale (SF-36), Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ), pain intensity analog scales. **Results.** In 1st stage, 55 patients participated (F: 31, M: 24), in 2nd

stage, 41 patients (F: 25, M: 16). The average age of F in 1st stage was $60 \pm 12y$, in 2nd - $58 \pm 13y$, and a group of men, $64 \pm 11y$ and $60 \pm 11y$, respectively. According to the research the quality of patients' life in all subscales like physical, emotional and social functioning, general health state, vitality and sanity has been increased significantly ($p < 0,001$) after the surgery. The pain level has been significantly ($p < 0,001$) decreased. In addition adaptive strategies, like positive refocusing ($p < 0,05$) and positive reappraisal ($p < 0,01$) have been increased, and self-blame ($p < 0,01$) and catastrophizing ($p < 0,05$) decreased after 4th months. **Conclusion.** The HP, even in the older patients, is effective method of treatment in terms of the patients' quality of life improvement. In comparison with the period before the surgery the non-adaptive strategies changed into adaptive strategies and might have an impact on long-term effectiveness of that kind of treatment. (*Gerontol Pol* 2014, 2, 62-69)

Key words: hip replacement, pain, quality of life, cognitive coping strategies

Wstęp

Choroba zwyrodnieniowa stawów (ChZS) uznawana jest obecnie za czwartą przyczynę niesprawności u kobiet i ósmą u mężczyzn. Ocenia się, że w grupie wiekowej między 45 - 49 lat częstość występowania waha się między 7% a 14%, zaś pomiędzy 55 a 64 rokiem życia dotyczy około 40% kobiet i 30% mężczyzn, stanowiąc znaczący problem osób w podeszłym wieku [1]. U ponad 10% pacjentów w wieku powyżej 55 lat, długotrwały proces chorobowy prowadzi do upośledzenia czynności stawu, a u 1/4 osób z tej grupy może powodować kalectwo [2]. W świetle takich statystyk, nie trudno chorobę zwyrodnieniową stawów w grupie chorób ortopedycznych nazwać epidemią XXI wieku. Postęp medycyny w leczeniu ChZS, to m.in. olbrzymi postęp farmakoterapii, która daje coraz to nowsze możliwości mono i politerapii, jednak w przypadku zwyrodnienia stawu biodrowego w stadium zaawansowanym, metodą z wyboru pozostaje leczenie operacyjne [3]. Głównym celem leczenia jest zniesienie lub zmniejszenie dolegliwości bólowych [4]. Można osiągnąć to różnymi sposobami, w tym poprzez: edukację chorego, leczenie zachowawcze, leczenie naprawcze. Leczenie zachowawcze polega głównie na złagodzeniu objawów oraz zapobieganiu dalszemu postępowi choroby. Leczenie naprawcze kojarzone jest najczęściej z alloplastyką stawu. Zastosowane leczenie powinno być dostosowane do czynników ryzyka choroby zwyrodnieniowej, wieku, chorób współistniejących, natężenia bólu, lokalizacji i stopnia uszkodzeń stawu [5].

Pojęcie jakości życia powstało w połowie XX w. i oznaczało początkowo dobre życie w aspekcie stanu materialnego. Jest pojęciem szerokim, gdyż na jakość życia mają wpływ uwarunkowania kulturowe, społeczne i ekonomiczne, poziom wykształcenia, oczekiwania [6]. Jakość życia pozostaje w ścisłym związku ze sferą motywacji człowieka do zaspokajania potrzeb. Im wyższy stopień spełnienia ważnych potrzeb, tym wyższa jest jakość życia. Na ogólną jakość życia składa się ocena subiektywna i obiektywna. Współcześnie stworzo-

no pojęcie jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia (HRQL; *Health Related Quality of Life*), włączając w ten obszar problemy bezpośrednio związane z zaawansowaniem choroby i częstością występowania jej objawów, jak i wpływem tych czynników na codzienne funkcjonowanie chorego i realizację jego potrzeb (emocjonalnych, społecznych, zawodowych). Badanie HRQL umożliwia całościowe spojrzenie na wpływ jaki choroba wywiera na status fizyczny, psychiczny i społeczny dotkniętego nią człowieka [7]. Ocena HRQL odnosi się do subiektywnych odczuć pacjenta związanych z fizycznymi, psychicznymi i społecznymi skutkami choroby oraz jej leczenia. Można ją zdefiniować jako ocenę własnego położenia życiowego dokonaną w okresie choroby i leczenia, jak poprzez wystąpienie samej choroby oraz jej objawów i uwzględniającą ich rolę [8]. Ten sam czynnik: ograniczenie aktywności fizycznej może w subiektywnej ocenie powodować znaczne obniżenie jakości życia u jednej osoby, a u innej niewielkie. Jego ocena jest dynamiczna, zmienna w czasie, różna w zależności od umiejętności i zasobów personalnych pacjenta, stopnia adaptacji do środowiska oraz oczekiwań. Obejmuje cztery podstawowe obszary: fizyczny, funkcjonalny, emocjonalny, socjalny. Wymiar fizyczny ma związek z funkcjonowaniem organizmu, ujmuje łącznie objawy choroby, efekty terapii, ogólne zadowolenie i samopoczucie postrzegane przez chorego. Wymiar funkcjonalny dotyczy możliwości aktywności właściwych dla indywidualnych potrzeb, ambicji, ról społecznych, czyli ogólnie funkcjonowania w życiu codziennym. Wymiar emocjonalny, który nie zawsze musi ujawniać się w zachowaniu, obejmuje pozytywne i negatywne emocje. Wymiar socjalny dotyczy postrzegania społecznego wsparcia, utrzymania aktywności w szkole lub pracy, spędzania wolnego czasu, a także funkcjonowania człowieka w rodzinie i kontaktów towarzyskich. Dokonując oceny jakości życia należy wyróżnić: sytuację określoną obiektywnie oraz subiektywną ocenę opisywanego zjawiska [6].

Pojęcie stresu jest powszechnie kojarzone w znaczeniu negatywnym z przeciążeniem, wywołanym sytuacją wy-

jątkowo trudną, chorobą, przykrym przeżyciem, zmartwieniem, ale też wpływem bodźców fizycznych, np. hałasu. Stres wg koncepcji Lazarusa i Folkmana, to określona relacja między osobą a otoczeniem, która oceniana jest przez osobę jako obciążająca lub przekraczająca jej zasoby i zagrażająca jej dobrostanowi [9]. W zależności od teorii mamy kilka rodzajów strategii radzenia sobie ze stresem. Garnfelski dla przykładu wyróżnia poznawcze sposoby regulacji emocji w odniesieniu do specyficznych sytuacji stresowych, które nas spotykają i dzieli je na strategie: a) adaptacyjne, tj.: *koncentracja na planowaniu*, *pozytywne przewartościowanie* – poznawcza rekonstrukcja sytuacji oraz próba znalezienia w niej pozytywnych aspektów, *przeniesienie uwagi na coś pozytywnego* – myślenie o pozytywnych wydarzeniach, *stwarzanie perspektywy* – próba porównania poznawczego obecnych stresujących wydarzeń z innymi u siebie lub innych ludzi, które mogą wydawać się jeszcze trudniejsze, oraz b) nieadaptacyjne, czyli: *obwinianie siebie*, *obwinianie innych*, *ruminacja* – jako nieustanne, powracające przemyślanie sytuacji stresowej poprzez jej roztrząsanie, *katastrofizowanie* – wzmacnianie myśli o katastroficznie trudnej sytuacji bez wyjścia. Strategie te w zależności od swojego emocjonalnego wektora, utrudniają lub ułatwiają uporanie się z sytuacją stresową [10].

Celem głównym pracy była ocena jakości życia pacjentów po endoprotezoplastyce w porównaniu do okresu przed operacją. Na ogólną ocenę jakości życia składała się ocena: a) efektywności endoprotezoplastyki w zmniejszeniu dolegliwości bólowych towarzyszących chorobie zwyrodnieniowej, b) związku między leczeniem operacyjnym zwyrodnienia stawów biodrowych z poprawą funkcjonowania fizycznego, c) stopnia poprawy funkcjonowania społecznego, d) stanu psychicznego i emocjonalnego pacjentów z chorobą zwyrodnieniową stawów po wymianie stawu biodrowego. Dodatkowym celem, którego dotychczasowe prace poświęcone endoprotezoplastyce nie dotyczyły, było sprawdzenie różnic w psychologicznych, poznawczych strategiach radzenia sobie z chorobą zwyrodnieniową, jako sytuacją generującą wysoki poziom stresu, przed i po zabiegu.

Material i metody

Najczęściej czas potrzebny do pełnego powrotu funkcji stawu po alloplastyce wynosi od 10 do 12 miesięcy, co wynika z procesu wytworzenia się pełnej integracji tkanki kostnej i powierzchni kontaktowych protezy oraz wytworzenia się nowych stereotypów ruchowych. W tym badaniu przyjęto jako okres obserwacji 4 miesiące. Założenie to wynikało z tego, iż autorzy chcieli

sprawdzić, czy chorzy odczują poprawę jakości życia wcześniej, zanim jeszcze od strony fizjologicznej organizm przystosuje się do nowej sytuacji. Szczególnie u osób w podeszłym wieku pozytywne nastawienie i jakość życia w chorobie mogą nie tylko poprawiać samopoczucie emocjonalne, ale wpływać na przyspieszenie procesu zdrowienia, co z uwagi na wiek i liczne inne ograniczenia może mieć znaczenie zarówno fizyczne, społeczne, jak i emocjonalne. Badania zrealizowano za pomocą kwestionariuszy samoopisowych, których charakterystyka została przedstawiona poniżej. Autorzy pracy uzyskali zgodę twórców poszczególnych narzędzi pomiarowych do zastosowania w tym badaniu.

Kwestionariusz SF 36 (36- Item Short – Form Health Survey) składa się z 36 pytań dotyczących stanu zdrowia i samopoczucia w ciągu ostatnich 4 tygodni. Pozwala na ocenę jakości życia w 8 wymiarach: sprawność fizyczna, ocena ogólnego funkcjonowania i funkcjonowania psychicznego, ból fizyczny, ogólne postrzeganie stanu zdrowia, vitalność (energia i zmęczenie), funkcjonowanie socjalne, ogólne samopoczucie psychiczne (cierpienie psychiczne).

Kwestionariusz Poznawczej Regulacji Emocji (PRE), wg Garnfelski, Kraaji i Spinhoven (2001), w polskiej adaptacji Marszał-Wiśniewskiej i Fajkowskiej-Stanik (2007) [10]. Kwestionariusz użyty w badaniu jest przystosowany do badania osób chorych znajdujących się w sytuacji stresu z powodu choroby i jej leczenia. Skala składa się z dziewięciu podskal (36 pytań) poznawczych strategii regulacji emocji dzielących się na nieadaptacyjne: obwinianie siebie, obwinianie innych, katastrofizowanie, ruminação, oraz adaptacyjne: akceptacja, przeniesienie uwagi na coś pozytywnego, koncentracja na planowaniu, pozytywne przewartościowanie wydarzenia, stwarzanie perspektywy.

Wizualna analogowa skala nasilenia bólu

Skala nasilenia bólu przedstawiała wartości od 0 do 10, gdzie 0 oznacza brak bólu, zaś 10 - ból najgorszy z możliwych.

Material

Grupę badaną stanowili pacjenci zakwalifikowani do zabiegu endoprotezoplastyki z powodu zwyrodnienia stawów biodrowych, którzy wyrazili pisemną zgodę na udział w badaniu. Badania prowadzono wśród pacjentów planowych oddziału chirurgii urazowo-ortopedycznej. Ankiety były anonimowe, a udział w badaniach był dobrowolny. Badanie składało się z dwóch etapów. Pierwsza część badania została przeprowadzona przed zabiegiem operacyjnym. Druga polegała na powtórzeniu

pytań kwestionariuszowych ok. 4 miesiące po zabiegu. Badani otrzymali ankiety z kopertą zwrotną. Spośród 55 ankiet 14 nie zostało odesłanych.

Obliczenia statystyczne wykonano przy pomocy programu SPSS 14 PL, gdzie za wynik istotny statystycznie uznano wynik przy poziomie $p < 0,05$. W badaniu zastosowano w obu pomiarach częstości i statystyki opisowe oraz analizę porównawczą dla prób zależnych na podstawie testu *t-Studenta*.

Wyniki

Charakterystyka pacjentów

W I etapie badania udział wzięło 55 osób (K: 31; M: 24), zaś w II etapie 41 osób (K: 25; M: 16). Średnia wieku kobiet w I etapie wyniosła 60 ± 12 lat, natomiast w II etapie 58 ± 13 lat, natomiast w grupie mężczyzn odpowiednio 64 ± 11 lat i 60 ± 11 lat. Większość osób poddających się protezoplastyce (60,1%), to mieszkańcy miasta, zaś wsi 30,9%. Osoby mieszkające samotnie stanowiły 27,3%, z czego 16,4% deklaroowało, że może liczyć na

wsparcie najbliższych. Z rodziną mieszka 72,7% osób. Dalszą charakterystykę grupy przedstawia tabela 1.

Analiza porównawcza

W wyniku przeprowadzonych analiz na podstawie testu *t-Studenta* w schemacie dla prób zależnych, zwerifikowano różnice między średnimi dla zmiennych przed i po zabiegu. Na podstawie otrzymanych wyników wnioskować można, że w okresie ok. 4 miesięcy po zabiegu w sposób istotny statystycznie zmniejszyło się nasilenie bólu wśród pacjentów, którzy przeszli zabieg (przed zabiegiem $M_1 = 9,34 \pm 1,65$, po zabiegu $M_2 = 4,10 \pm 2,42$; $p < 0,001$). Dodatkowo, warte podkreślenia jest, że spośród 41 badanych aż 29 zaprzestało przyjmowania leków przeciwbólowych a 4 osoby zgłosiły, że znacząco zmniejszyły ilość zażywanych środków przeciwbólowych. Ponadto istotnie statystycznie ($p < 0,001$) poprawił się stan zdrowia mierzony kwestionariuszem SF-36, w odniesieniu do wszystkich mierzonych wskaźników charakterystycznych dla HRQL, czyli: sprawność fizyczna, ocena ogólnego funkcjonowania, zdrowie ogólne, witalność, funkcjonowanie społeczne, ocena

Tabela 1. Dane opisowe dla grupy osób badanych poddanych zabiegowi endoprotezoplastyki

Table 1. General characteristic of parents' group undergoing replacement of a hip-joint

Zmienne metryczkowe	Liczebność (etap I)	Liczebność (etap II)	Odsetek (etap I)	Odsetek (etap II)
Wiek				
– do 40 lat	1	1	2	2
– 40–49 lat	8	8	15	20
– 50–59 lat	14	12	25	29
– 60–69 lat	15	10	27	24
– od 70 lat	17	10	31	25
Ogółem	55	41	100	100
Wykształcenie				
– podstawowe	14	9	25	22
– zasadnicze	18	15	33	37
– średnie	18	12	33	29
– wyższe	5	5	9	12
Ogółem	55	41	100	100
Choroby współistniejące ^(a)				
– serca i układu krążenia	28	22	51	54
– układu oddechowego	6	4	11	10
– układu pokarmowego	7	7	13	17
– układu nerwowego	3	8	5	19
– układu moczowo-płciowego	9	3	16	7
– układu metabolicznego	6	4	11	10
– endokrynologiczne	3	3	5	7
– inne	18	13	33	32

^(a) Uwaga: pacjent zgłaszał wszystkie choroby towarzyszące, dlatego sumaryczny wynik procentowy jest większy niż 100%.

^(a) Note: patient could report all concomitant diseases, therefore percentage is higher than 100%.

stanu emocjonalnego, zdrowie psychiczne i ogólna poprawa stanu zdrowia. Dodatkowo, wykazano znaczące obniżenie bólu na podskali kwestionariusza SF-36, co mogło mieć pozytywny związek z oceną funkcjonowania społecznego, fizycznego i emocjonalnego tych chorych. Wyniki analiz dotyczących zmiany w ocenie jakości życia prezentuje tabela 2.

W grupie chorych po endoprotezoplastyce z jednej strony znamienne zmniejszyła się częstość korzystania ze strategii nieadaptacyjnych, takich jak obwinianie siebie i katastrofizowanie, a jednocześnie zwiększyła się po zabiegu częstość korzystania ze strategii adaptacyjnych: przeniesienie uwagi na coś pozytywnego oraz pozytywne przewartościowywanie wydarzeń (tabela 3).

Dyskusja

Choroba zwyrodnieniowa stawu biodrowego stanowi problem o wymiarze socjalno-ekonomiczno-społecznym, będąc także wyzwaniem medycznym. Dotyczy to szczególnie osób w podeszłym wieku z uwagi na inne towarzyszące im choroby i więcej obciążeń nie tylko medycznych, ale również społecznych i emocjonalnych. Jednym z najbardziej dokuczliwych objawów choroby jest narastający ból, który prowadzi do stopniowego zwiększania ilości przyjmowanych leków przeciwbólowych, a często i ich nadużywania [11]. Ten sam ból, a właściwie zmniejszenie jego nasilenia, stanowi punkt odniesienia w ocenie skuteczności wykonanej endoprotezoplastyki. Ból nie jest wyłącznie objawem medycznym, działa także na sferę poznawczą, emocjonalną i behawioralną.

Tabela 2. Porównanie średnich w ocenie jakości życia (ogółem i podskale) przed i po zabiegu

Table 2. Comparison of HRQL assessment (overall and subscales) before and after surgery

Zmienne	M1	SD1	M2	SD2	t-Studenta	P
SF-36						
Sprawność fizyczna	17,83	4,24	26,24	2,98	-11,501	0,001
Ogólne funkcjonowanie	7,85	3,83	15,51	3,86	-10,099	0,001
Natężenie, wpływ bólu	9,34	1,65	4,10	2,42	11,168	0,001
Ogólne zdrowie	14,73	3,31	17,54	4,28	-3,498	0,001
Witalność	9,32	3,82	14,15	3,22	-7,425	0,001
Funkcjonowanie społeczne	5,98	2,13	8,51	2,01	-6,656	0,001
Funkcjonowanie emocjonalne	8,98	4,00	13,00	2,53	-6,750	0,001
Zdrowie psychiczne	14,25	4,25	19,20	3,50	-5,821	0,001
Ogólna poprawa stanu zdrowia	2,34	0,82	4,34	0,79	-12,210	0,001

SF-36 – Kwestionariusz Zdrowia; M1 – średnia wyników dla zmiennej mierzonej przed zabiegiem; M2 – średnia wyników dla zmiennej mierzonej po zabiegu;

SF-36 - 36- Item Short – Form Health Survey; M1 – mean before surgery; M2 –mean after surgery

Tabela 3. Porównanie średnich dla strategii radzenia sobie z chorobą przed i po zabiegu

Table 3. Comparison of coping strategies (before and after surgery)

Zmienne	M1	SD1	M2	SD2	t-Studenta	P
PRE						
STRATEGIE NIEADAPTACYJNE						
obwinianie siebie	8,00	3,06	6,18	2,16	3,333	0,002
obwinianie innych	7,25	3,81	6,18	2,91	1,793	0,081
ruminacja	10,10	3,23	9,15	2,79	1,509	0,139
katastrofizowanie	8,46	3,03	7,08	2,34	2,648	0,012
STRATEGIE ADAPTACYJNE						
akceptacja	13,67	2,50	12,62	3,33	1,765	0,086
koncentracja na planowaniu	14,35	2,90	13,83	2,98	0,971	0,337
pozyt. przewartościowywanie wydarzeń	11,35	3,50	13,25	3,66	-2,716	0,010
przeniesienie uwagi na coś pozytywnego	13,60	3,30	15,03	3,24	-2,178	0,036
stwarzanie perspektywy	13,46	3,31	14,22	3,39	-1,207	0,235

PRE – Kwestionariusz Poznawczych Strategii Regulacji Emocji; M1 – średnia wyników dla zmiennej mierzonej przed zabiegiem; M2 – średnia wyników dla zmiennej mierzonej po zabiegu;

PRE/CERQ – cognitive emotion regulation questionnaire; M1 – mean before surgery; M2 –mean after surgery

Może być głównym powodem negatywnego postrzegania swojej sytuacji życiowej, przyczyniać się do obniżenia nastroju, sprzyjać wystąpieniu depresji. Występowanie bólu obniża jakość życia, decyduje o konieczności wycofywania się z aktywności życiowej, czy zmianie relacji interpersonalnych w najbliższym otoczeniu.

Z analizy skali nasilenia bólu wynika, że po zabiegu operacyjnym odczuwany ból zmniejszył się znacząco i być może przestał być tak dużą przeszkodą w codziennym funkcjonowaniu, jak przed zabiegiem. W grupie badanej po zabiegu, aż 75% chorych przestało lub zdecydowanie zmniejszyło dawkę przyjmowanych leków przeciwbólowych. Taki efekt terapeutyczny może mieć dwojakie przełożenie na poczucie jakości życia. Po pierwsze, zmniejszenie bolesności w sposób bezpośredni mniej angażuje myśli i zachowanie pacjentów, by uśmierzyć ból, a po drugie daje dowód na to, że ból jest możliwy do opanowania, przez co u pacjentów rośnie poczucie kontroli nad chorobą, dolegliwościami, jak i swoim życiem. Wyniki te są spójne z innymi pracami weryfikującymi aspekt bólu u osób, które decydowały się na endoprotezoplastykę [12]. Jak podkreśla IASP (*International Association for the Study of Pain; Międzynarodowe Towarzystwo Badania Bólu*), subiektywność odczuwania bólu ma związek z emocjami [13]. Terapia osób z przewlekłym bólem ma na celu redukcję poziomu lęku, obniżanie frustracji, gniewu, opanowanie strategii funkcjonowania mimo odczuwanego bólu oraz umiejętności właściwego korzystania ze wsparcia społecznego. W psychoterapii lub pomocy psychologicznej ważne jest przekazanie informacji o mechanizmach bólu przewlekłego oraz aktywizacja chorego, zapobieganie izolowaniu się i wycofywaniu z dotychczasowych aktywności [14]. Poprawia to możliwości readaptacji osoby żyjącej z przewlekłym bólem. W sytuacji, gdy ból zmniejsza się, następuje zwiększenie motywacji do ponownego przejęcia kontroli nad swoim życiem i chorobą, co pozytywnie wpływa na ogólny stan zdrowia.

Wyniki badania spójne są z innymi pracami, w których również wykazano istotną poprawę subiektywnej jakości życia [12]. Na uwagę jednak zasługuje fakt, że w pracy wskaźniki te były mierzone zdecydowanie wcześniej niż w innych, a mimo to we wszystkich skalach zaobserwowano pozytywny wpływ zabiegu na ich ocenę przez pacjentów. Mimo że z doświadczenia wynika, iż dopiero po okresie 10 do 12 miesięcy od operacji wszczęcia protezy stawu biodrowego chory wraca do dobrej kondycji i pełni zdrowia, co związane jest z procesem tworzenia pełnej integracji tkanki kostnej i powierzchni kontaktowych protezy, a także wytworzeniem się nowych stereotypów ruchowych, to wyniki w tym badaniu wskazują, że już po 4 miesiącach

od zabiegu choroby odczuwali istotną różnicę w stanie zdrowia interpretując to subiektywnie, jako poprawę jakości życia. Kilka pierwszych miesięcy od wykonanego zabiegu operacyjnego to czas, w którym dokonuje się najistotniejsza rehabilitacja, a zatem powtórzenie badań po czterech miesiącach, jak zakładał model badania, stanowi dobry moment na sprawdzenie, w jakiej kondycji fizycznej i psychicznej znajdują się pacjenci. Co istotne, niektóre badania [12] zwracają uwagę na subiektywnie ocenianą aktywność życiową pacjentów, która uległa poprawie po zabiegu. Wyniki badania również to potwierdzają. Pacjenci określili zarówno ogólną ocenę funkcjonowania, witalność, jak i sprawność fizyczną jako znacząco wyższą.

Kolejnym ocenianym, oryginalnym aspektem tego badania, była relacja pomiędzy doświadczaniem długotrwałego stresu jakim jest choroba, a sposobami regulacji emocji w radzeniu sobie z takim stresem jak ból, wizja postępującej, choroby, planowanego zabiegu, jak i życia po zabiegu, co także mogło mieć wpływ na odczuwaną jakość życia [15]. To, w jaki sposób pacjenci reagują na sytuację choroby, zależy głównie od indywidualnych cech i nabytych doświadczeń, jednak poprzez świadomą lub wyuczoną modyfikację strategii radzenia sobie ze stresem, można zmienić postrzeganie pacjenta na samą chorobę, jak i je osobiste zasoby, a tym samym wspierać szybszą rekonwalescencję. Korzystne strategie polegają m.in. na poszukaniu obiektywnych, rozsądnych wyjaśnień i sposobów reagowania, na skoncentrowaniu swojej uwagi na pozytywnych obszarach życia. Nieadaptacyjne sposoby zmniejszają lęk tylko czasowo lub wręcz nasilają go bardziej, co niekorzystnie wpływa na ogólny stan zdrowia i może prowadzić do wielu obciążeń, w tym natury psychologicznej. W grupie badanej, po okresie 4 miesięcy od zabiegu endoprotezoplastyki, zaobserwowano korzystną zmianę w wyborze repertuaru strategii radzenia sobie w sytuacji choroby, a strategie nieadaptacyjne, które dominowały przed zabiegiem, zostały zastąpione strategiami adaptacyjnymi. Oznacza to, że przebieg leczenia i rekonwalescencji miał również związek ze zmianą postrzegania samej choroby przez pacjentów. Chorzy, którzy przeszli zabieg, nauczyli się poszukiwać pozytywnych aspektów życia i tego, co ich spotyka, jak również szukać w swoim życiu pozytywnego przewartościowania. A zatem, choroba stała się dla nich momentem refleksji nad potencjalną zmianą w życiu. Carver wykazał, że wykorzystanie strategii pozytywnego przewartościowania jako strategii radzenia sobie w sytuacjach stresowych pozytywnie koreluje z miernikami optymizmu i samooceny, a negatywnie z miernikami lęku [16]. Inne badania wskazują, iż wykorzystane strategie radzenia sobie

z chorobą, jaką jest zwyrodnienie stawów, mają związek z odczuwanym bólem [17], czy występowaniem depresji [16, 18]. Zaobserwowana w badanej grupie zmiana dominującego sposobu myślenia (z katastrofizowania i obwiniania siebie przed operacją na pozytywne myślenie o przyszłości po operacji) może kształtować subiektywnie spostrzeganą jakość życia. Związek taki był opisywany również przez innych autorów [16, 10]. Można także w sposób aktywny, np. poprzez terapię, wspierać i uczyć chorych bardziej adaptacyjnych strategii radzenia sobie z chorobą, co może dodatkowo wzmocnić i przyspieszyć odczucie poprawy jakości życia, a nawet przyspieszyć powrót do zdrowia.

Choroba przewlekła, jaką jest choroba zwyrodnieniowa stawu biodrowego, może dotyczyć osób w wieku produktywnym, choć przede wszystkim związana jest z podeszłym wiekiem. W tej grupie, przy aktualnych udogodnieniach cywilizacyjnych, osoby powyżej 60 roku życia nadal pozostają aktywne zawodowo i społecznie, dlatego każde ograniczenie aktywności może, ale nie musi mieć wpływ na odczuwaną jakość życia. U niektórych pacjentów leczenie operacyjne choroby zwyrodnieniowej może pomóc powrócić do samodzielności, zachować aktywność zawodową lub/i społeczną. Jest to zależne od stanu zdrowia i jakości życia. Subiektywna ocena jakości życia chorego ma coraz większe znaczenie w praktyce klinicznej. Odległe w czasie efekty leczenia, a także ich skutki dla HRQL po zabiegu endoprotezoplastyki wymagają jeszcze wieloletniej obserwacji klinicznej. Warto byłoby w kolejnych badaniach

przeprowadzić ponowną ocenę jakości życia w odstępie kilku miesięcy i lat, co pozwoliłoby również zaobserwować ewentualne związki z subiektywną oceną jakości życia a ryzykiem późnych powikłań, np.: obluzowywania endoprotez, zużycie materiałów, zwichnięcie, zakażenie itp. Wskazanym byłoby również zaprojektowanie badań na większej grupie osób poddanych leczeniu endoprotezoplastyką, uwzględniając również wieloletni okres obserwacji po leczeniu i okresy rehabilitacji.

Wnioski

1. Jakość życia pacjentów z chorobą zwyrodnieniową stawu biodrowego po zastosowaniu endoprotezoplastyki stawu biodrowego poprawiła się istotnie w aspekcie fizycznym, emocjonalnym i społecznym,
2. Przewlekłe dolegliwości bólowe towarzyszące chorobie zwyrodnieniowej w znacznym stopniu zmniejszyły się już po 4 miesiącach od zabiegu, co pozwoliło większości pacjentów na rezygnację ze środków przeciwbólowych.
3. Pacjenci z chorobą zwyrodnieniową po protezoplastyce stawu biodrowego zmienili dominujące strategie radzenia sobie w chorobie z nieadaptacyjnych na adaptacyjne.

Konflikt interesu

Brak.

Piśmiennictwo

1. Kita K., Sierakowski S., Lewandowski B., Klimiuk P.A., Kita J., Kuklewicz E. Choroba zwyrodnieniowa stawów kolanowych epidemiologia, diagnostyka i leczenie. *Nowa Medycyna*. 2002; 2(115): 27-30.
2. Pop T., Hamerla K., Przystała G. Czynniki wpływające na redukcję bólu u chorych z chorobą zwyrodnieniową stawów kolanowych. *Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego*. 2007; 4: 335-345.
3. Pazar J. Choroba zwyrodnieniowa stawów – postępowanie terapeutyczne. *Przew Lek*. 2003; 6, 10: 77-82.
4. Iwaniszczuk A., Majchrowska-Kaliś A., Kuliński W. Analiza postępowania fizykalnego w chorobie zwyrodnieniowej stawów biodrowych. *Kwart. Ortop*. 2011; 2: 108-121.
5. Gacoń J., Bała M., Jaeschke R. Regularne ćwiczenia fizyczne zmniejszają natężenie bólu w chorobie zwyrodnieniowej stawu biodrowego. *Medycyna Praktyczna*. 2009; 1: 108-109.
6. De Walden- Gałuszko K., Majkiewicz M. Jakość życia w chorobie nowotworowej, 1994; pobrano 31 sierpnia 2010 z: <http://www.ptpo.org.pl/index/images/stories/jakosc.pdf>.
7. WHO.; Programme on mental health. WHO user manual. Geneva: Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse World Health Organization, 2008.
8. Żelazny I., Nowicki R., Majkiewicz M., Samet A. Jakość życia w chorobach skóry. *Przewodnik Lekarza*. 2004; 9: 60-65.
9. Lazarus R.S., Folkman S. Stress, appraisal and coping. New York, Springer, 1984.

10. Garnefski N., Kraaij V., Spinhofen P. Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual Differences*. 2001; 30: 1311-1327.
11. Dutka J., Dutka Ł., Janiszewski M., Hajduk G. Analiza kosztów oraz aspektów medyczno-społecznych leczenia operacyjnego i nieoperacyjnego choroby zwyrodnieniowej stawu biodrowego. *Ortopedia Traumatologia Rehabilitacja*. 2008; 6: 537- 544.
12. Stolarczyk A., Mitek T., Nagraba Ł. Ocena jakości życia pacjentów po endoprotezoplastyce stawu biodrowego w materiale Kliniki Ortopedii i Rehabilitacji II Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Warszawie, prezentacja Studenckiego Koła Naukowego, 2004.
13. Woerz R. Pain in Depression - Depression in Pain. IASP, Pain Clinical Update 2003, pobrano 10 września 2014 z: http://iasp.files.cms-plus.com/Content/ContentFolders/Publications2/PainClinicalUpdates/Archives/PCU03-5_1390264848563_35.pdf
14. McCracken LM. Contextual cognitive-behavioral therapy for chronic pain. *Progress in pain research and management*, 33. W: Seattle: IASP Press; 2005
15. The World Factbook 2007.
16. Carver C. S., Scheier M. F., Weintraub J. K. Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *J Pers Soc Psychol*. 1989; 56(2): 267-283.
17. Andruszewicz A., Wróbel B., Marzec A., Kocięcka A. Strategie radzenia sobie z bólem u pacjentów ze zmianami zwyrodnieniowymi stawu biodrowego. *Problemy Pielęgniarstwa*. 2008; 16 (3): 237-240.
18. Benedysiuk E., Tartas M. Mechanizmy radzenia sobie ze stresem w depresji. *Ann. Acad. Med. Gedan*. 2006; 36: 9-19.