

Tomasz Jopek<sup>\*</sup>, Paweł Kokoszka<sup>#</sup>, Łukasz Łapaj<sup>#</sup>

\* Studenckie Koło Ortopedyczne przy Klinice Ortopedii Ogólnej, Onkologicznej i Traumatologii, Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, autor pracy

# Klinika Ortopedii Ogólnej, Onkologicznej i Traumatologii, Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, współautorzy, autorzy pomysłu pracy, opieka merytoryczna, dostęp do kwestionariuszy

## **„Jakość życia, aktywność zawodowa, sportowa oraz społeczna pacjentów po endoprotezoplastyce stawu biodrowego”**

### **Quality of life, work, sport and social activity after total hip replacement.**

Streszczenie:

Endoprotezoplastyka stawu biodrowego ma na celu zniesienie bólu i poprawienie funkcji stawu. Jest to zabieg poprawiający jakość życia i mający wpływ na aktywność zawodową, sportową oraz społeczną pacjenta. Na grupie 102 pacjentów (69 kobiet i 33 mężczyzn) przeprowadzono ocenę funkcjonowania po zabiegu. Pacjentów podzielono ze względu na poziom wykształcenia oraz miejsce zamieszkania. Do oceny posłużyły kwestionariusze WOMAC, SF-36 oraz dodatkowe pytania o rodzaje uprawianych aktywności<sup>1</sup>.

Z uzyskanych danych wynika, że osoby po endoprotezoplastyce stawu biodrowego prezentują bardzo zbliżone wyniki funkcjonalne niezależnie od miejsca zamieszkania. Różnice pojawiają się w subiektywnej ocenie stanu zdrowia. Pacjenci z dużych miast gorzej oceniają swój stan zdrowia po zabiegu niż chorzy ze wsi i z małych miast.

Aktywność zawodowa po implantacji endoprotezy stawu biodrowego jest zróżnicowana w zależności od poziomu wykształcenia. Większość osób z wyższym wykształceniem po operacji powraca do pracy. Wśród osób aktywnych zawodowo nie znalazł się natomiast nikt z wykształceniem podstawowym.

Słowa kluczowe: endoprotezoplastyka stawu biodrowego, jakość życia, poziom wykształcenia, funkcjonowanie po zabiegu

---

<sup>1</sup>WL Healy, Athletic activity after joint replacement., [w] R Iorio, MJ Lemos w: Am J Sports Med 2001 Maj 29(3):377-88.

**Abstract:**

The main aims of total hip replacement (THR) are elimination of pain and improvement of the joint function. THR improves quality of life, work, sport and social activities. 102 patients (69 females and 33 males) operated in Department of General Orthopedics, Orthopedic Oncology and Traumatology in Poznan University of Medical Sciences were asked to fill questionnaires WOMAC and SF-36 and to answer additional questions about types of their activities. Patients were divided in groups depending on their education level and place of living.

Patients after total hip replacement have similar functional outcomes regardless the place of living. There were differences in subjective evaluation of health state. Patients, who live in big cities assessed their health state worse than patients from small cities and villages.

Professional activity after total hip replacement depends on level of education. Most of the patients with higher education went back to work after the treatment. None of the patients with primary education work after the operation.

**Key words:** total hip replacement, quality of life, education level, function after treatment

**Wstęp:**

Totalna endoprotezoplastyka stawu biodrowego jest „złotym standardem” w leczeniu choroby zwyrodnieniowej, wyraźnie poprawiając jakość życia (quality of life)<sup>2</sup> i umożliwiając pacjentom powrót do codziennych aktywności. „Endoprotezoplastyka nie jest operacją wykonywaną z powodu bezpośredniego zagrożenia życia. Ma ona na celu przede wszystkim zniesienie bólu i poprawienie funkcji stawu<sup>3</sup>”.

**Materiał:**

Grupę badaną stanowiło 102 chorych operowanych w latach 1995-2011 w Klinice Ortopedii Ogólnej, Onkologicznej i Traumatologii Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu. Wśród badanych było 69 kobiet oraz 33 mężczyzn. Średnia wieku wynosiła 56,6 (mężczyźni 56,8, kobiety 56,4). Średnia okresu obserwacji w całej grupie wyniosła 9,2 lata (min. 6 – maks. 15 lat). 11,8% pacjentów posiadało wykształcenie podstawowe, 30,4% wykształcenie zawodowe, 41,2% wykształcenie średnie, a 16,7% wykształcenie wyższe.

---

<sup>2</sup> A. Szczeklik i in.. Choroby wewnętrzne. Stan wiedzy na rok 2010, Medycyna Praktyczna, Kraków 2010, str. 2355.

<sup>3</sup> R. Włodarczyk, A. Kiciński, w A. Szulc, W. Marciniak, Wiktora Degi Ortopedia i Rehabilitacja; Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2008 Tom II str. 295

**Metody:**

Pacjenci wypełnili kwestionariusze WOMAC (Western Ontario and McMaster Universities) i SF-36<sup>4</sup> oraz odpowiedzieli na dodatkowe pytania o rodzaj uprawianej aktywności po zabiegu<sup>5</sup> (jazda na rowerze, spacer, uprawianie ogródka, pływanie), poziom wykształcenia, miejsce zamieszkania oraz współistniejące choroby przewlekłe.

Kwestionariusz WOMAC – zawiera pytania dotyczące bólu, sztywności oraz funkcji w chorobie zwyrodnieniowej stawów biodrowych i kolanowych. Służy do oceny stanu funkcjonalnego chorego.

Kwestionariusz SF - 36 ocenia poziom jakości życia. Wyniki prezentowane są w postaci ośmiu podskal: funkcjonowanie fizyczne, funkcjonowanie społeczne, ograniczenie ról w odniesieniu do problemów fizycznych, ograniczenie ról w odniesieniu do problemów emocjonalnych, zdrowie psychiczne, witalność, ból oraz ogólna ocena stanu zdrowia. Wyniki ankiety podaje się w wartościach od 0 (najniższy możliwy do uzyskania wynik) do 100 (wynik maksymalny)<sup>6</sup>. Kwestionariusz SF-36, posiada walidację w języku polskim. W celu przedstawienia rezultatów dokonaliśmy analizy wyników kwestionariusza SF-36 wg miejsca zamieszkania (wieś, małe miasta, duże miasta).

---

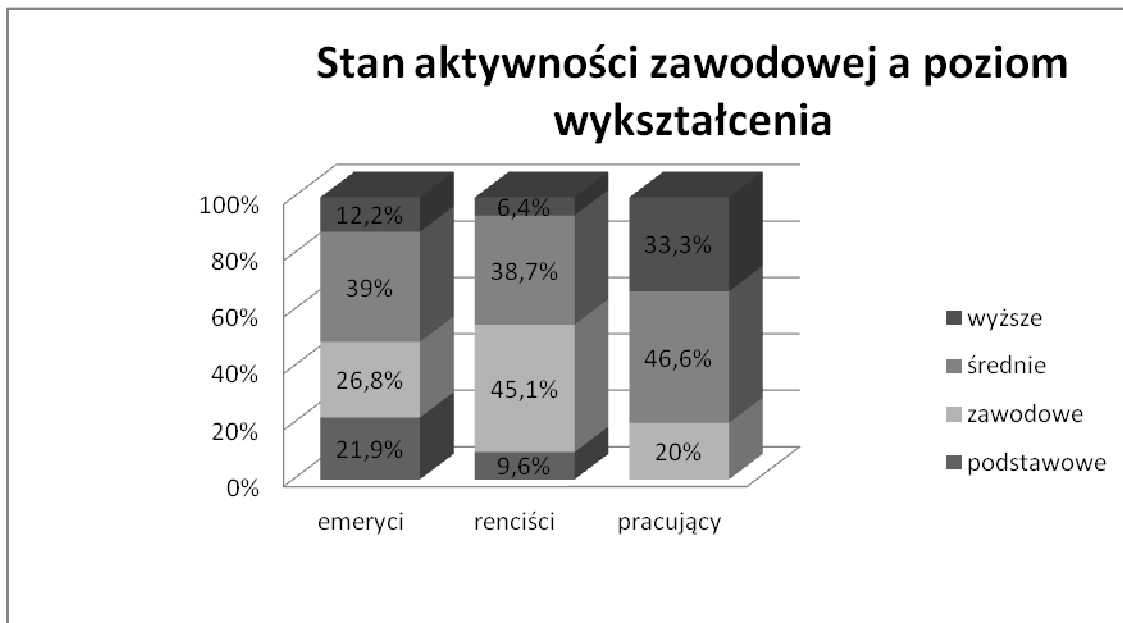
<sup>4</sup> M. Kocot-Kępska, Skale oceny bólu. [w] K. Szuldrzyński, Medycyna Praktyczna, 2014; <http://www.mp.pl/bol/wytyczne/show.html?id=91404> ; (dostęp 03.04.2014).

<sup>5</sup> U. Chatterji, Effect of total hip arthroplasty on recreational and sporting activity. [w] Ashworth MJ, Lewis PL, Dobson PJ, ANZ J Surg 2004 Czerwiec;74(6):446-9.

<sup>6</sup> L. Marcinkiewicz, Badanie trafności i rzetelności polskiej wersji kwestionariusza SF-36: wyniki wstępne, Przegląd Lekarski 2003, 60/6.

**Wyniki:**

Aktywność zawodową po endoprotezoplastyce stawu biodrowego w zależności od poziomu wykształcenia przedstawia wykres:



Bardzo istotną różnicę w poziomie wykształceniu zauważono pomiędzy osobami powracającymi do pracy po operacji a osobami pobierającymi rentę.

Znaczny odsetek osób aktywnych zawodowo stanowili pacjenci z wyższym i średnim wykształceniem. W grupie tej nie znalazł się żaden pacjent posiadający wykształcenie podstawowe. Tylko 1 na 5 osób powracających do pracy posiadała wykształcenie zawodowe.

Inne proporcje występują wśród grupy rencistów, gdzie osoby z wykształceniem wyższym stanowiły najmniej liczną grupę. Odsetek chorych z wykształceniem podstawowym przewyższał tutaj liczbę pacjentów z wykształceniem wyższym. Natomiast najliczniejszą grupę stanowiły osoby z wykształceniem zawodowym.

W badaniu szczególną uwagę skierowano na ocenę jakości życia osób operowanych.

Najlepiej oceniali swój ogólny stan zdrowia pacjenci mieszkający na wsi (52,2). Mieszkańcy małych miast byli bardziej zadowoleni ze swojego ogólnego stanu zdrowia niż mieszkańcy dużych miast - odpowiednio 51,9 i 43,4 punktów.

Osoby z dużych miast zdecydowanie gorzej oceniały swoje ograniczenie funkcji z powodów fizycznych (35,9), podczas gdy lepsze wyniki prezentowali pacjenci z małych miast (56,3) oraz wsi (55,9).

Podobne różnice zauważono w ograniczeniu funkcji chorych z powodów emocjonalnych, gdzie pacjenci z dużych miast uzyskali 50,4 pkt. Jest to gorszy wynik od pacjentów z małych miast (69,8) i wsi (64,5).

Ocena aktywności społecznej pokazała, że najlepiej swoje kontakty międzyludzkie oceniali mieszkańcy małych miast (79,3) i wsi (76,3), zdecydowanie odróżniając się od mieszkańców dużych miast (67,6).

Najgorzej swoją wydolność fizyczną ocenili pacjenci z dużych miast - 55,6 pkt. Lepiej pod tym względem wypadli pacjenci z małych miast 65,5 pkt. i wsi 62,4. Natomiast w ocenie witalności osoby z dużych miast uzyskały średnio 53,3 pkt., co było gorszym wynikiem od pacjentów mieszkających na wsi (61,3) i w małych miastach (57,0).

Ostatnim parametrem mierzonym za pomocą kwestionariusza SF-36 była ocena własnego zdrowia psychicznego. Pod tym względem także najniższy wynik zanotowali mieszkańcy dużych miast (59,6), podczas, gdy osoby z małych miast uzyskały 65,6 pkt. a ze wsi 62,8 pkt.

W ocenie stanu funkcjonalnego pacjenta uzyskanej za pomocą kwestionariusza WOMAC wyniki badanych są porównywalne niezależnie od miejsca zamieszkania. Wyniosły one 77,7 pkt. dla mieszkańców dużych miast, 78,2 dla mieszkańców wsi oraz 79,4 dla mieszkańców małych miast.

W badaniu dokonano także oceny rodzaju aktywności sportowej w zależności od miejsca zamieszkania. Okazało się, że wśród mieszkańców wsi największą popularnością cieszy się jazda na rowerze (78,4%), niewiele mniej osób korzysta z roweru w małych miastach (70,0%). W dużych miastach jest to tylko 41,2% ankietowanych.

Pacjenci pochodzący z dużych ośrodków najczęściej wybierali spacer jako formę uprawiania aktywności fizycznej (73,5%). Chorzy z małych miast i wsi tą formę wybierali rzadziej – odpowiednio 63,3% oraz 54,1%.

Zdecydowanie częściej działkę uprawiają mieszkańcy wsi - aż 64,9% ankietowanych zajmuje się tego typu aktywnością. Wśród mieszkańców miast ogrodnictwo nie cieszy się tak dużą popularnością i procent osób uprawiających ogródki wynosi 46,7 dla małych miast i 47,1 dla dużych.

Wyraźne różnice są widoczne w odpowiedziach na pytanie dotyczące pływania. Na wsi tylko 24,3% chorych uprawia tę dyscyplinę sportu. Ponad dwukrotnie więcej osób pływa w mniejszych miejscowościach - 53,3%. Wyprzedzając tu także mieszkańców dużych miast (41,2% ankietowanych).

### **Dyskusja:**

Zestawiając wyniki kwestionariusza SF-36 nie sposób nie zauważyć, iż ocena własnego stanu zdrowia, kontaktów społecznych czy ograniczenia swojej sprawności jest znacznie gorsza u mieszkańców dużych miast, podczas gdy chorzy z małych miast i wsi są bardziej zadowoleni z osiągniętych rezultatów.

W kwestionariuszu WOMAC wszyscy pacjenci uzyskują podobne wyniki niezależnie od miejsca zamieszkania.

Biorąc pod uwagę wyniki obu kwestionariuszy możemy dostrzec interesującą rozbieżność w subiektywnej ocenie stanu zdrowia. Pacjenci, pomimo podobnych wyników funkcjonalnych, oceniają swój stan zdrowia inaczej. Najprawdopodobniej związane jest to z różnicami w oczekiwaniach związanych z operacją, być może nieco zbyt wygórowanych wśród osób z dużych ośrodków. Subiektywne porównanie oczekiwań z uzyskanymi wynikami pooperacyjnymi i poziomem sprawności sprawia, że nie są oni tak zadowoleni jak mieszkańcy z mniejszych miejscowości. Być może problem jest spowodowany nieodpowiednim wyjaśnieniem przez lekarza naturalnych ograniczeń związanych z faktem implantacji endoprotezy. Informowanie pacjenta oraz dokładne wyjaśnienie specyfiki zabiegu mogą być kluczowym elementem do poprawy świadomości pacjentów. Przedstawienie realnych możliwości poprawy funkcji stawu i zniesienia bólu mogą pomóc pacjentowi w zaplanowaniu życia po operacji. Rolą lekarza powinno być rzetelne przedstawienie choremu zarówno możliwości jak i ograniczeń wiążących się z implantacją endoprotezy.

Ocena aktywności społecznej pokazuje znaczące różnice w poszczególnych grupach. Najlepiej swoje kontakty międzyludzkie oceniają mieszkańcy małych miast i wsi przewyższając pod tym względem mieszkańców dużych miast.

Z naszych badań wynika także, że 78,4% pacjentów mieszkających na wsi korzysta z roweru po operacji wszczepienia endoprotezy. Wiadomym jest, że rower na wsi jest powszechnym środkiem transportu. Służy on do codziennych zakupów, czy też dojazdu do pracy. Wielu pacjentom po operacji wstawienia endoprotezy nadal ułatwia codzienne funkcjonowanie.

Nadal w Polsce modne jest uprawianie własnego ogródka (zarówno w formie rodzinnego ogrodu działkowego, jak i też przydomowego ogrodu).

W badaniach dotyczących stanu aktywności zawodowej po endoprotezoplastyce stawu biodrowego widać duże zróżnicowanie w zależności od poziomu wykształcenia. Największą grupę wśród osób pracujących stanowili chorzy z wykształceniem średnim. Należy pamiętać, że odsetek osób z tym wykształceniem jest największy także w populacji ogólnej i wynosi 29,0%<sup>7</sup>. Istotne jest, że zdecydowana większość pacjentów z wyższym wykształceniem powraca do pracy po operacji. Wśród naszych ankietowanych nikt z wykształceniem podstawowym po zabiegu nie pracował. Uzyskane wyniki pokazują ważną sytuację ekonomiczną i społeczną. Z całą pewnością aktywne życie zawodowe po zabiegu poprawia jakość życia pacjentów. Należy zatem podjąć wszelkie wysiłki, aby po operacji endoprotezoplastyki osoby z wykształceniem podstawowym również były aktywne zawodowo.

---

<sup>7</sup> GUS, Ludność. Stan i struktura demograficzno-społeczna. Narodowy Spis Powszechny Ludności i Mieszkań 2011. Warszawa 2013

**Wnioski:**

Pomimo podobnych wyników pooperacyjnych pacjenci w zależności od wielkości miejscowości inaczej oceniają swój stan zdrowia. W szczególności mniejsze jest zadowolenie pacjentów z dużych miast. Uświadomienie pacjentowi jakim ryzykiem jest operacja ortopedyczna i jaki może być przebieg pooperacyjnego może sprawić, że satysfakcja z osiągniętych wyników przez pacjentów będzie większa.

Okazało się, że wśród pacjentów po operacji endoprotezoplastyki stawu biodrowego osoby operowane z wyższym wykształceniem w zdecydowanej większości podejmują pracę zawodową. Nikt z osób z wykształceniem podstawowym nie powrócił do pracy po operacji.