

Pielęgnowanie pacjenta po endoprotezoplastyce stawu biodrowego

Nursing care of patients after hip joint arthroplasty

MIROŚŁAWA DZIEKOŃSKA^{1/}, ROBERT LATOSIEWICZ^{2/}, AGATA KULIKOWSKA^{3/}

^{1/} Wyższa Szkoła Medyczna w Białymstoku

^{2/} Zakład Rehabilitacji i Fizjoterapii, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

^{3/} Zakład Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Wstęp. Badania epidemiologiczne wykazują, że w Polsce z powodu zmian zwyrodnieniowych stawów leczy się ok. 8 mln osób, z czego 40% stanowią osoby ze zmianami zwyrodnieniowymi stawów biodrowych.

Cel pracy. Określenie zadań pielęgniarki wobec pacjentów po operacyjnym leczeniu choroby zwyrodnieniowej stawu biodrowego endoprotezoplastyką całkowitą.

Materiał i metody. Badania przeprowadzono w Oddziale Rehabilitacji Leczniczej Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Białymstoku w latach 1999-2004, wśród 70 pacjentów z przebytą całkowitą endoprotezoplastyką stawu biodrowego. W badaniu zastosowano metodę sondażu diagnostycznego.

Wyniki. Najczęstsze objawy, które skłoniły pacjentów ze zwyrodnieniem stawu biodrowego do zgłoszenia się do lekarza ortopedy, to silne dolegliwości bólowe (29 osób, 41%), ogólny zły stan zdrowia (22 osoby, 31%) oraz uczucie dyskomfortu w kończynie dolnej (19 osób, 27%). Wśród respondentów 44 (90%) kobiet i 14 (66%) mężczyzn wiedzę na temat swojej choroby oraz informacje dotyczące zabiegu operacyjnego otrzymywało od lekarza prowadzącego. Pielęgniarki udzieliły informacji odnośnie wykonywania endoprotezoplastyki stawu biodrowego 18 (37%) kobietom i 7 (33%) mężczyznom. Po wykonanej endoprotezoplastyce stawu biodrowego 12 ankietowanych (17%) oceniło stan zdrowia jako bardzo dobry, 24 osoby (34%) jako dobry. Najwięcej chorych, 27 osób (39%), oceniło swój stan zdrowia jako zadowolający, zaś 7 respondentów (10%) oceniło go jako niezadowolający.

Wnioski. 1. Wśród chorych istniało zapotrzebowanie na opiekę pielęgniarską po zabiegu operacyjnym z endoprotezoplastyką stawu biodrowego. Opieka pielęgniarska u tych pacjentów dotyczyła udzielania psychicznego wsparcia oraz przygotowania chorego do samokontroli, samoopieki i samopielęgnacji. 2. Mimo dużej dostępności środków masowego przekazu badani respondenci wiedzę na temat swojej choroby w większości czerpali od zespołu medycznego – lekarzy i pielęgniarek.

Słowa kluczowe: pielęgnacja, pacjent, endoproteza stawu biodrowego

Introduction. Epidemiological studies in Poland show that about 8 million people are treated for degenerative arthritis, 40% of whom are people with hip osteoarthritis.

Aim. To specify tasks that a nurse has to execute to properly attend patients after complete arthroplasty of the hip joint.

Material & methods. A series of studies was conducted in 1994-2004 on 70 patients after complete arthroplasty of the hip joint at the Department of Rehabilitation Treatment of the Provincial Hospital in Białystok. The studies were conducted with the use of the diagnostic survey method.

Results. The most common symptoms that persuaded the patients with the degenerative joint disease to contact an orthopedic surgeon were: severe pain (23 patients, 41%), bad general health condition (22 patients, 31%) and the feeling of discomfort (19 patients, 27%). Among the respondents were 44 women (90%) and 14 men (66%) who were receiving information about the operative procedure from the attending doctor. Nurses were providing information about arthroplasty of the hip joint for 18 women (37%) and 7 men (33%). After the arthroplasty of the hip joint, 12 respondents (12%) rated their health as very good, 14 respondents (34%) as good. The largest number of patients (27, 39%) rated their health as satisfactory, 7 respondents as disappointing.

Conclusions. 1. There was a need for nursing care among patients who underwent the arthroplasty of the hip joint procedure. The nursing care of these patients was based on psychological support and preparing the patients for self-control, self-care and self-nursing. 2. Despite wide access to mass media, the respondents gathered the knowledge about their illness mostly from the medical staff – doctors and nurses.

Key words: nursing, patient, hip joint prosthesis

© Hygeia Public Health 2013, 48(3): 355-359

www.h-ph.pl

Nadesłano: 11.03.2013

Zakwalifikowano do druku: 11.07.2013

Adres do korespondencji / Address for correspondence

Agata Kulikowska

Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Zakład Anestezjologii

i Intensywnej Terapii

ul. Szpitalna 37, 15-295 Białystok

e-mail: agatakulikowska@wp.pl

Wprowadzenie

Choroba zwyrodnieniowa stawów jest przewlekłym, niezapalnym schorzeniem o wieloczynnikowej etiologii. Jest ona następstwem zaburzenia równo-

wagi między procesami regeneracji oraz degradacji chrząstki stawowej i kości podchrzęstnej. Choroba zwyrodnieniowa stawów biodrowych dotyczy głównie osób w wieku starszym, a jej częstość występowania

wzrasta wraz z wiekiem. W ostatnich latach obserwuje się jednak coraz większą liczbę rozpoznań tej jednostki chorobowej w grupie ludzi młodych, nawet w wieku 25-30 lat. W związku z tym oraz ze znacznymi społecznymi kosztami leczenia choroba ta stała się znaczącym problemem w praktyce klinicznej [1-4].

Zapadalność na chorobę zwyrodnieniową stawu biodrowego jest różna w poszczególnych krajach świata, np. w Finlandii problem ten dotyczy aż 15% populacji, zaś w Szwecji zaledwie 2%. Kellgren i Lawrence, posługując się własną skalą, stwierdzili III i IV stopień zaawansowania zmian zwyrodnieniowych u 8,4% wśród kobiet oraz 3,1% mężczyzn powyżej 55 r.ż. [5]. Badania epidemiologiczne wykazują, że w Polsce z powodu zmian zwyrodnieniowych stawów leczy się około 8 mln osób, z czego 40% stanowią osoby ze zmianami zwyrodnieniowymi stawów biodrowych [4, 6-9].

Leczenie choroby zwyrodnieniowej stawów może odbywać się w dwojaki sposób: zachowawczo i operacyjnie. Endoprotezoplastyka stawu biodrowego jest nowoczesną metodą operacyjnego leczenia zaawansowanej choroby zwyrodnieniowej stawu biodrowego. Obecnie najczęściej wykonywana jest endoprotezoplastyka całkowita, w której zastąpieniu przez implant podlega zarówno głowa, jak i panewka zniszczonego stawu. Zabieg ten może być przeprowadzony z zastosowaniem cementu kostnego lub bez jego użycia [10, 11].

Okońcowym wynikiem leczenia metodą endoprotezoplastyki całkowitej decyduje nie tylko profesjonalne wykonanie samego zabiegu. Równie ważne jest fizyczne i psychiczne przygotowanie chorego do planowanej operacji oraz właściwa pielęgnacja przed- i pooperacyjna. Istotne przy tym jest przekonanie pacjenta o potrzebie leczenia i rehabilitacji. Dla chorego ważna jest poprawa sprawności w zakresie wykonywania podstawowych czynności dnia codziennego, lepszego samopoczucia i jakości życia [8, 10, 12-15].

Cel pracy

Określenie zadań pielęgniarki wobec pacjentów po operacyjnym leczeniu zmian zwyrodnieniowych stawu biodrowego metodą endoprotezoplastyki całkowitej.

Materiał i metodyka badawcza

Badania przeprowadzono w latach 1999-2004 w Oddziale Rehabilitacji Leczniczej Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Białymstoku (ordynator: lek. med. D. Pietrzak), wśród pacjentów usprawnianych po zabiegu całkowitej endoprotezoplastyki stawu biodrowego. Udział pacjenta w badaniach był świadomy i dobrowolny. W badaniu zastosowano metodę sondażu diagnostycznego metodą ankietową.

Przygotowany kwestionariusz ankiety składał się z 39 pytań, w tym 38 pytań zamkniętych dających możliwość wielokrotnego wyboru oraz jednego pytania otwartego. Pytania były zgrupowane w dziedzinach: zdrowia fizycznego, psychicznego, samodzielności i samooceny zdrowia, jak również posiadanej wiedzy dotyczącej choroby zwyrodnieniowej stawu biodrowego, relacji społecznych oraz globalnej jakości życia. Pytania dotyczące zdrowia fizycznego i psychicznego obejmowały styl życia pacjenta, sposób odżywiania, palenie papierosów, picie alkoholu oraz korzystanie z leczenia i rehabilitacji przed i po zabiegu operacyjnym. Samodzielność i samoocenę zdrowia oceniono na podstawie pytań dotyczących możliwości samodzielnego wykonywania czynności higieniczno-pielęgnacyjnych i sprawnego poruszania się. Poziom wiedzy dotyczącej choroby zwyrodnieniowej stawu biodrowego był określony przy użyciu pytań dotyczących tej jednostki chorobowej. Globalna jakość życia chorych oraz ich relacje społeczne zostały ocenione na podstawie pytań dotyczących aktywności życiowej, możliwości wykonywania pracy, występowania dolegliwości bólowych, dostępności opieki medycznej oraz sprzętu ortopedycznego i szeroko rozumianej aktywności społecznej.

Wyniki

Kwestionariusz ankiety przesłano 90 pacjentom drogą pocztową. Odpowiedzi uzyskano od 70 leczonych. Większość respondentów, tj. 49 osób (70%), stanowiły kobiety. Wiek ankietowanych kobiet wahał się od 60 do 75 lat (średnia: 67 lat). Mężczyzn objętych badaniem było 21 (30%). Respondenci byli w wieku od 60 do 75 lat (średnia: 68 lat). W grupie wiekowej powyżej 65 lat było 43 osoby (61%). Średnia wieku w tej grupie wynosiła 70,5 lat. 27 osób (39%) było w wieku do 65 lat, przy czym średnia wieku w tej grupie wynosiła 62 lata. Wśród badanej grupy 12 osób (17%) miało wykształcenie wyższe, 17 osób (24%) wykształcenie średnie, 13 osób (19%) wykształcenie zawodowe, a 28 osób (40%) posiadało wykształcenie podstawowe.

Badani, jako czynniki predysponujące do wystąpienia choroby zwyrodnieniowej, określili: czynniki genetyczne – 27 osób (46%) i czynniki środowiskowe – 63 osoby (54%). Wśród tych ostatnich wskazywali na: odżywianie – 31 osób (46%), palenie tytoniu – 16 osób (23%) i okazjonalne picie alkoholu – 35 osób (50%).

Najczęstsze objawy, które skłoniły pacjentów do zgłoszenia się do lekarza ortopedy to silne dolegliwości bólowe (29 osób, 41%), ogólny zły stan zdrowia (22 osoby, 31%) oraz uczucie dyskomfortu w kończynie dolnej (19 osób, 27%).

Wśród 70 respondentów 44 (90%) kobiet i 14 (66%) mężczyzn wiedzę na temat swojej choroby oraz informacje dotyczące zabiegu operacyjnego otrzymywało od lekarza prowadzącego. Pielęgniarki udzieliły informacji odnośnie wykonywania endoprotezoplastyki stawu biodrowego 18 kobietom (37%) i 7 mężczyznom (33%). Pozostali badani informacje otrzymali od znajomych i rodziny, literatury i z telewizji. Tylko 11 osób (16%) przed konsultacją ortopedyczną nie było przekonanych o konieczności interwencji chirurgicznej. Po konsultacji ortopedycznej zdecydowana większość, bo aż 59 osób (84%) była zdania, że istnieje u nich potrzeba przeprowadzenia zabiegu operacyjnego.

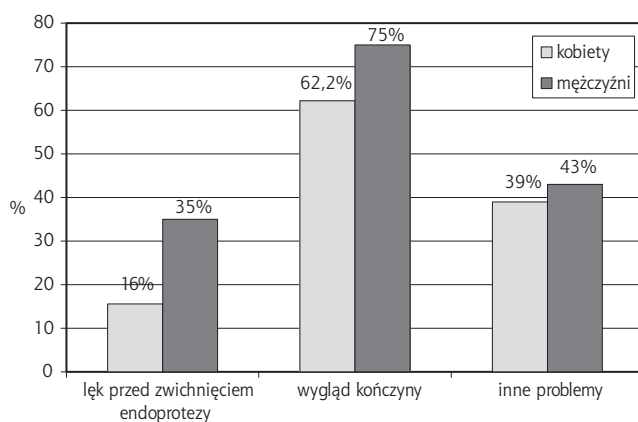
Badani pacjenci zapytani o wsparcie emocjonalne, z którego korzystali przed zabiegiem endoprotezoplastyki stawu biodrowego w ponad połowie przypadków, tj. 44 osoby (63%) wskazali na rodzinę; 18 osób (26%) otrzymało takie wsparcie od znajomych. Tylko 8 osób ankietowanych (11%) stwierdziło, że takiego wsparcia nie potrzebowało.

Przed wykonaniem zabiegu operacyjnego u chorych przeprowadza się szereg badań i zabiegów diagnostycznych oraz prowadzi się usprawnianie przedoperacyjne. Z przeprowadzonych badań wynika, że 27 badanych (39%) odczuwało w sposób bolesny badania i diagnostykę przed zabiegiem operacyjnym. 23 respondentów (33%) określiło czynności te jako nieprzyjemne i uciążliwe, a 20 osób (29%) uznało, że były one krępujące. Zalecane przed zabiegiem ćwiczenia oddechowe regularnie wykonywało tylko 21 osób (30%). Ponad połowa badanych pacjentów – 36 osób (51%) ćwiczenia te wykonywała tylko czasami, a 13 osób (19%) nie wykonywała zalecanych ćwiczeń oddechowych. Spośród zalecanych przed zabiegiem ćwiczeń rehabilitacyjnych najwięcej trudności pacjentom sprawiało odrywanie pięty od podłoża i unoszenie kończyny dolnej ku górze – 27 osób (39%). Zalecane ćwiczenia izometryczne mięśnia czworogłowego sprawiały trudności 23 badanym (33%). Ćwiczenia dotyczące napinania mięśni brzucha przez 20 respondentów (29%) określane były jako trudne do wykonania.

Po wykonanej endoprotezoplastyce stawu biodrowego 12 ankietowanych (17%) oceniło stan zdrowia jako bardzo dobry, a 24 osoby (34%) jako dobry. Najwięcej chorych, bo 27 osób (39%), oceniło swój stan zdrowia jako zadowolający, zaś 7 respondentów (10%) oceniło go jako niezadowolający.

Lęk o swoje dalsze losy wyrażało 32 respondentów (46%). Spokój i pogodzenie się z losem zadeklarowało 30 badanych (43%), 4 osoby (6%) swój stan określiło jako bierność i zrezygnowanie, a 4 pacjentów (5%) czuło osamotnienie.

Pacjenci wskazywali również na problemy związane z wszczepioną endoprotezą stawu biodrowego. Ponad połowa badanych kobiet 30 osób (62%) oraz 16 mężczyzn (75%) wskazało na odmienny wygląd kończyny i utykanie. Lęk przed zwichnięciem endoprotezy odczuwało 8 kobiet (16%) i 7 mężczyzn (35%) (ryc. 1). Na inne problemy wskazało 31 kobiet (39%) i 34 mężczyzn (43%). Uskarżali się oni głównie na: postępujące ograniczenie ruchomości operowanego stawu, chorobę zakrzepowo–zatorową żył oraz infekcje lub zaburzone gojenie rany.



Ryc. 1. Najczęstsze problemy zdrowotne wskazane przez pacjentów po endoprotezoplastyce biodra (n=70) – wg płci

Fig. 1. Most frequent health problems indicated by patients after arthroplasty of the hip joint (n=70) – by gender

Źródłem wsparcia badanych bezpośrednio po zabiegu operacyjnym był personel medyczny; 34 osoby (30%) wskazały na lekarzy, a 28 osób (25%) na pielęgniarki. Na akceptację i zrozumienie ze strony rodziny wskazały 52 osoby (46%). Po zabiegu operacyjnym, od personelu pielęgniarskiego 36 osób (51%) oczekiwało pomocy w formie minimalizacji bądź likwidacji bólu pooperacyjnego, 21 badanych (30%) oczekiwało pomocy w zmianie pozycji ciała w łóżku, a 13 osób (19%) wsparcia psychicznego.

Ponad połowa badanych, tj. 49 osób (70%), uważało, iż ich życie i kontakty społeczne po zabiegu operacyjnym pozostały bez zmian. 15 osób (21%) podało, że po zabiegu żyją aktywniej. Tylko 14 osób (20%) badanych unikało towarzystwa i izolowało się od otoczenia. Spośród badanych 14 osób (20%), mimo dolegliwości bólowych oraz trudności w poruszaniu się, pracowało zawodowo. Najczęściej były to osoby z wyższym wykształceniem, wykonujące pracę umysłową. Możliwości podjęcia pracy zawodowej po zabiegu nie widziało 56 badanych (70%) z racji wieku i przebywania na rencie. Podjęcie pracy w przyszłości deklarowało tylko 8 osób (11%) ankietowanych.

Dyskusja

Światowa Organizacja Zdrowia i Organizacja Narodów Zjednoczonych ogłaszając lata 2000-2010 dekadą kości i stawów zwróciły uwagę na istotny problem kliniczny i społeczny, jakim jest choroba zwyrodnieniowa stawów biodrowych [9]. Choroba zwyrodnieniowa stawu biodrowego została zakwalifikowana do grupy społecznych chorób narządu ruchu ze względu na częstość jej występowania wśród populacji. Staw biodrowy częściej niż inne stawy ulega procesowi zwyrodnienia. Zjawisko to związane jest z występowaniem największego statycznego i dynamicznego obciążenia wszystkich elementów tego stawu [1, 14]. Objawy choroby związane są m. in. ze starzeniem organizmu, przy czym odsetek osób z chorobą zwyrodnieniową stawów biodrowych zwiększa się w miarę starzenia się populacji [5, 10, 14]. Potwierdzają to także badania własne, w których w grupie wiekowej powyżej 65 lat było 43 osoby (61%). Średnia wieku w tej grupie wynosiła 70,5 lat. Natomiast 27 osób (39%) było w wieku do 65 lat, przy czym średnia wieku w tej grupie wynosiła 62 lata.

Zdecydowanie częściej choroba zwyrodnieniowa stawów dotyczy kobiet, co tłumaczy się m. in. zaburzeniami hormonalnymi, jakie zachodzą podczas okresu przekwitania. Należy również wspomnieć, że w głównej mierze schorzenie dotyczy osób pracujących fizycznie np. pracowników transportu czy rolników. Biliński i wsp. na podstawie analizy zdjęć rentgenowskich chorych z coxarthrosis dowiedli, że nasilenie zmian zwyrodnieniowych jest większe u osób z nadwagą i otyłością niż u osób o prawidłowej masie ciała [7, 16, 20].

Określenie roli pielęgniarki w opiece nad pacjentem po endoprotezoplastyce stawu biodrowego stanowi istotne zagadnienie wyznaczające zakres kompetencji, obowiązków i funkcji pełnionych przez pielęgniarkę oraz definiujące jej stanowisko w procesie diagnostyczno-leczniczym, jako członka zespołu terapeutycznego [14]. Kózka M. uważa, że zarówno przed, jak i po zabiegu operacyjnym, należy prowadzić edukację pacjentów [21]. Ma ona na celu przekazanie pacjentowi wiedzy na temat stanu zdrowia i znajomości zasad, których musi on przestrzegać, aby podtrzymać efekty leczenia i usprawniania [17].

Edukacja rozpoczyna się z chwilą przyjęcia chorego do oddziału i jest ważnym elementem opieki pielęgniarskiej. Istotą prawidłowo pojętego edukowania jest dokonanie dokładnego rozpoznania w stanie wiedzy pacjenta i rodziny, dobór odpowiednich treści, ułożenie planu przekazywania informacji w zależności od sytuacji chorego, dobór najodpowiedniejszych metod oraz uczenie niezbędnych umiejętności do podjęcia samoopieki. Pacjenci po endoprotezoplastyce stawu biodrowego powinni otrzymać od pielęgniarki infor-

mację dotyczącą pozycji ciała, których należy unikać, a także właściwych pozycji do ubierania i rozbierania się, podnoszenia i dźwigania ciężarów, mycia i kąpie-li, spania i wstawania z łóżka. Informacje powinny dotyczyć również zaopatrzenia ortopedycznego oraz jego wykorzystania w czynnościach życia codziennego, takich jak chodzenie po terenie płaskim i po schodach, wchodzenia i schodzenia z dwiema kulami, z jedną kulą czy też używania odpowiedniego obuwia. W edukacji uwzględnia się również informacje dotyczące ogólnego stanu zdrowia, kontroli masy ciała, ogólnej aktywności fizycznej czy podróżowania środkami lokomocyjnymi. Pożądane jest, aby informację ustną uzupełnić wcześniej przygotowaną formą pisemną z ilustracjami (np. broszurą informacyjną). Według wielu autorów pacjenci po edukacji szybciej wracają do zdrowia oraz wykazują wyższy stopień aktywności w czynnościach związanych z samoobsługą [14, 18, 19].

Przed zabiegiem operacyjnym w celu poprawy wydolności układu oddechowego pielęgniarka prowadzi ćwiczenia usprawniające ten układ. Chorzy uczą się głęboko oddychać, kaszleć, wykonywać gimnastykę oddechową. Nauka poprawnego oddychania wpływa na zapobieganie pooperacyjnym powikłaniom oddechowym. Schier [5] uważa, że przed operacją należy przećwiczyć z chorym umiejętności, które będą potrzebne po zabiegu (np. prowadzenie gimnastyki oddechowej). W materiale własnym tylko 36 osób (51%) badanych dostrzegło potrzebę przeprowadzania ćwiczeń oddechowych przed i po zabiegu operacyjnym. Niestety, aż 13 respondentów (19%) nie wykonywało zalecanych ćwiczeń oddechowych, co mogło wpłynąć negatywnie na proces powrotu do zdrowia i spowodować niższą jakość życia po zabiegu operacyjnym.

Personel pielęgniarski przez swoją stałą obecność przyczynia się w największym stopniu do poprawy stanu emocjonalnego chorego po operacji. Chory odczuwa ulgę, że jest bezpieczny i znajduje się pod troskliwą opieką. Pielęgniarka powinna rozumieć, jak wiele pacjent musi przejść w czasie choroby i ułatwić mu zniesienie tej trudnej sytuacji, w której się znalazł [9, 19]. Przygotowanie psychiczne pacjenta do zabiegu polega przede wszystkim na wyjaśnieniu choremu nurtujących kwestii i rozwianiu wszelkich wątpliwości związanych z procesem leczenia i zabiegiem operacyjnym, mający wiedzę dokładną, rzetelną zwykle dokładniej orientuje się w zakresie własnego zdrowia, choroby i postępowania. Dostarczenie informacji interesujących pacjenta prowadzi do redukcji napięć psychicznych i niepewności co powoduje poprawę stanu emocjonalnego oraz zadowolenie z kontaktu z zespołem leczącym [13, 17, 19]. W ocenianej grupie chorych zdecydowana większość bo aż 57 osób (81%) otrzymała zadawalające ich wsparcie psychiczne. Dodatkowego wsparcia oczekiwało tylko 13 osób (19%).

Rolą pielęgniarki w opiece pooperacyjnej jest między innymi zapewnienie skutecznej analgezji pozabiegowej. Bardzo ważne jest systematyczne podawanie zleconych środków przeciwbólowych, tak aby zapewnić choremu pełny komfort psychofizyczny [3, 12, 13]. W materiale własnym największa grupa badanych – 36 osób (51%) – po zabiegu operacyjnym oczekiwała od pielęgniarki pomocy w walce z bólem pooperacyjnym. Pomoc pielęgniarska dotyczyła w tych przypadkach przede wszystkim oceny bólu przy użyciu wizualnej skali analogowej VAS oraz zastosowania farmakoterapii w zależności od stopnia jego nasilenia.

Pielęgniarka opiekując się pacjentem szczególną uwagę zwraca na jego wczesną aktywizację ruchową. Celem opieki pielęgniarskiej wobec pacjenta we wczesnym okresie pooperacyjnym jest przywrócenie możliwości sprawnego i samodzielnego funkcjonowania. Podstawową formą rehabilitacji pielęgniarskiej wg Rosławskiego jest ułożenie leżnicze, zapobieganie odleżynom, przykurczom, zastojowi żylnemu, zapaleniu płuc [11]. Inne działania to: prowadzenie ćwiczeń biernych, bierno-czynnych, obracanie pacjenta w łóżku, pomaganie mu przy siadaniu, wstawaniu, przechodzeniu z pozycji siedzącej do stojącej [12]. W materiale własnym 21 osób (30%) oczekiwało pomocy przy zmianie pozycji ciała w łóżku. Pielęgniarki opiekując się chorymi w okresie pooperacyjnym swoją

opiekę opierają na teorii opieki Dorothy Orem [21] i w formie najczęściej kompensacyjnej pomagają pacjentom wykonywać wszystkie czynności.

W dobie znacznego rozwoju środków masowego przekazu i ich dostępności wydawać by się mogło, że pacjenci informacje na temat swojej choroby uzyskują z tego źródła. W badaniach własnych wykazano, że tą formę uzupełniania wiedzy wybrało tylko 5 kobiet (10%) i 7 mężczyzn (34%). Z porad pielęgniarskich skorzystało 18 kobiet (37%) i 7 mężczyzn (32%). Pozostali respondenci wybrali „formę tradycyjną” uzyskiwania wiedzy bezpośrednio od lekarza specjalisty. Być może ma to związek z wiekiem badanych (60-75 lat) i pewnymi przyzwyczajeniami do uzyskiwania informacji.

Wnioski

1. Wśród chorych istniało zapotrzebowanie na opiekę pielęgniarską po zabiegu operacyjnym z endoprotezoplastyką stawu biodrowego. Opieka pielęgniarska u tych pacjentów dotyczyła udzielania psychicznego wsparcia oraz przygotowania chorego do samokontroli, samoopieki i samopielęgnacji.
2. Mimo dużej dostępności środków masowego przekazu badani respondenci wiedzę na temat swojej choroby w większości czerpali od zespołu medycznego – lekarzy i pielęgniarek.

Piśmiennictwo / References

1. Panasiuk M, Kmiecik M. Historia i rozwój protezoplastyki biodra. Cz. III. *Kwart Ortoped* 1994, 1: 42-49.
2. Kwiatkowski K. Choroba zwyrodnieniowa stawu biodrowego. *Stand Med* 2004, 12: 1277-1281.
3. Lewandowski B, Sierakowski S, Kita K. Biodro – przyczyny najczęstszych dolegliwości. *Nowa Med* 2002, 2: 31-35.
4. Sierakowski S. Choroba zwyrodnieniowa stawów na progu XXI wieku. *Nowa Med* 2002, 2: 2-3.
5. Kellgren JA, Lawrence JS. Osteoarthritis and disc degeneration in an urban population. *Ann Rheum Dis* 1958, 17: 388.
6. Schier JF. Kompendium pielęgniarstwa. PZWL, Warszawa 1995: 463-465.
7. Ciechaniewicz W (red). Pielęgniarsko – ćwiczenia. PZWL, Warszawa 2001: 346-348, 435-437, 542-546.
8. Piecuch R, Targońska-Stępiak B, Majdan M. Aktualne poglądy na leczenie choroby zwyrodnieniowej stawów. *Lekarz* 2008, 6: 81-88.
9. Kwiatkowski K. Choroba zwyrodnieniowa stawu biodrowego. *Stand Med* 2004, 12: 1277-1281.
10. Sims K. Rozwój choroby zwyrodnieniowej stawu biodrowego – konsekwencje dla leczenia zachowawczego. *Rehabil Med* 2000, 4: 92-103.
11. Rosławski A, Skolimowski T. Technika wykonywania ćwiczeń leczniczych. PZWL, Warszawa 1987: 7-9, 13-22.
12. Hrycaj PZ, Łacki JK. Od zwyrodnienia do zapalenia – współczesne poglądy na patogenezę choroby zwyrodnieniowej stawów. *Nowa Med* 2002, 2: 7-15.
13. Kapała W. Pielęgniarsko w chirurgii. Wybrane problemy z praktyki pielęgniarstwa oddziałów chirurgii ogólnej. Czelej, Lublin 2006: 193-196.
14. Malinowska K, Dega W. Rehabilitacja medyczna. PZWL, Warszawa 1998.
15. Dziak A. Ćwiczenia usprawniające w uszkodzeniach kości i stawów. PZWL, Warszawa 1990.
16. Szopińska K, Hagner W, Radzymińska A. Choroba zwyrodnieniowa stawu biodrowego – etiologia, etiopatogeneza oraz objawy radiologiczne i kliniczne. *Kwart Ortoped* 2005, 1: 28-35.
17. Walewska E. Podstawy pielęgniarstwa chirurgicznego. PZWL, Warszawa 2007.
18. Pozowski A, Uszyński K. Mam sztuczny staw biodrowy. PZWL, Warszawa 1995.
19. Jędrzejczak M, Synder M, Marciniak M, Koza B. Ocena jakości życia pacjentów po alloplastyce stawu biodrowego. *Kwart Ortoped* 2001, 4: 228.
20. Biliński PJ. Etiologia zaburzeń zborności stawu biodrowego. [w:] *Ortopedia i traumatologia u progu nowego milenium. Stowarzyszenie na Rzecz Rozwoju Ortopedii Bydgoskiej*, Bydgoszcz 2002.
21. Kózka M. Wybrane standardy opieki pielęgniarskiej. UJ, Kraków 1997.