

# Matylda Sierakowska<sup>1</sup>, Monika Wróblewska<sup>1</sup>, Jolanta Lewko<sup>1</sup>, Barbara Jankowiak<sup>1</sup>, Krystyna Kowalczuk<sup>1</sup>, Stanisław Sierakowski<sup>2</sup>, Elżbieta Krajewska-Kułał<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

<sup>2</sup>Klinika Reumatologii i Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

## Ocena problemów zdrowotnych pacjentów z chorobą zwyrodnieniową stawów oraz zapotrzebowania na wsparcie i edukację zdrowotną

Assessment of health problems of patients with osteoarthritis and the need for support and medical education

### STRESZCZENIE

**Wstęp.** Choroba zwyrodnieniowa stawów przysparza pacjentom, szczególnie w starszym wieku, wielu problemów zarówno natury fizycznej, psychologicznej, jak i społecznej. Priorytetowym celem opieki jest zmniejszenie dolegliwości bólowych, niepokoju, usprawnienie funkcji stawów i ograniczenie inwalidztwa.

**Cel pracy.** Celem badań była identyfikacja głównych problemów zdrowotnych pacjentów z chorobą zwyrodnieniową stawów, a także określenie deficytu samoopieki oraz zadań opiekuńczo-pielęgniacych i wychowawczych pielęgniarek.

**Materiał i metody.** Badaną grupę stanowiło 100 losowo wybranych pacjentów z rozpoznaną chorobą zwyrodnieniową stawów według kryteriów ACR, leczonych stacjonarnie i ambulatoryjnie. W pracy zastosowano kwestionariusz ankiety oraz: Indeks Niepełności HAQ-DI (0–3), Indeks Lequesne'a (0–24), Skalę WOMAC (0–100), Wzrokowo-Analogową Skalę Oceny Bólu (0–100).

**Wyniki.** W badanej grupie zmiany zwyrodnieniowe dotyczyły głównie stawów kręgosłupa (51%), rąk (49%), bioder (43%) i kolan (41%). Najbardziej dokuczliwym problemem zdrowotnym był ból (82%), który 64% respondentów odczuwało bardzo często (WOMAC A – 56,86; ból w ruchu [VAS] – 61,14; ból w spoczynku [VAS] – 47,33;  $p \leq 0,05$ ). Z wiekiem wzrastało uzależnienie od pomocy innych (WOMAC A – 79,4; WOMAC B – 84,06; WOMAC C – 86,3; Indeks Lequesne'a – 20,75; HAQ – 2,6;  $p \leq 0,05$ ). Ogółem 51 ankietowanych deklarowało trwałe ograniczenia ruchomości stawów (WOMAC C – 71,48; Indeks Lequesne'a – 17,47; HAQ – 1,9;  $p \leq 0,05$ ). Samodzielne ćwiczenia w domu wykonywane były rzadko. Większość respondentów ( $n = 65$ ) często odczuwała stany obniżonego nastroju oraz poczucie izolacji i ograniczenie w odgrywaniu ról społecznych.

**Wnioski.** Na podstawie przeprowadzonych badań i analizy wyników sformułowano wnioski wskazujące na wieloaspektowość problemów pacjenta z chorobą zwyrodnieniową stawów, oczekiwanie pomocy w czynnościach dnia codziennego oraz deficyt wiedzy o chorobie i jej wpływ na obniżenie umiejętności samoopieki.

**Problemy Pielęgniarstwa 2011; 19 (3): 353–360**

**Słowa kluczowe:** choroba zwyrodnieniowa stawów, problemy zdrowotne, deficyt samoopieki, edukacja pacjentów

### ABSTRACT

**Introduction.** Osteoarthritis causes a lot of physical, psychological and social problems, especially in elder patients. The main goal of medical care is lessening pain, anxiety, improvement of joint function and limiting disablement.

**Aim of the study.** The aim of the study was to identify the major health problems in osteoarthritis patients; determine the deficit of self-care; determine the nurturing, protective and educative tasks of nurse in their work with osteoarthritis patients.

**Adres do korespondencji:** dr n. med. Matylda Sierakowska, Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, ul. M. Skłodowskiej-Curie 7A, 15–096 Białystok, tel./faks: (85) 748 55 28, e-mail: matyldasierakowska@gazeta.pl

**Material and methods.** The study group consisted of 100 randomly chosen patients with diagnosed osteoarthritis according to the ACR criteria. The basic research tool was a survey questionnaire and Disability Index HAQ-DI (0–3), Lequesne Index (0–24), Western Ontario and MacMaster Universities Osteoarthritis Index WOMAC (0–100), Visual-Analogue Pain Assessment Scale VAS (0–100).

**Results.** Symptoms of osteoarthritis concerned mainly joints of spine (51%), hands (49%), hips (43%) and knees (41%). The most unbearable health problem was pain (82%), 64% of subjects reported pain very often (WOMAC A – 56.86, pain during movement [VAS] – 61.14, pain during rest [VAS] – 47.33,  $p \leq 0.05$ ). Along with age of subjects the dependence on support of other increased (WOMAC A – 79.4, WOMAC B – 84.06, WOMAC C – 86.3, Lequesne – 20.75, HAQ – 2.6,  $p \leq 0.05$ ). In total, 51 subjects reported serious, permanent impediment of joints function and joint mobility (WOMAC C – 71.48, Lequesne – 17.47, HAQ – 1.9,  $p \leq 0.05$ ). Individually performed physical exercises were rare. Most of respondents ( $n = 65$ ) frequently reported low mood, sense of social isolation and limitation in fulfilling life roles.

**Conclusion.** In the view of performed study and analysis of results there have been formulated conclusions which indicate multi-faceted of problem of osteoarthritis patients, the need for help in everyday activities and deficit of knowledge concerning the illness and its impact on lack of patients' self-care.

**Nursing Topics 2011; 19 (3): 353–360**

**Key words:** osteoarthritis, health problems, lack of self-care, education of patients

## Wstęp

Choroba zwyrodnieniowa stawów (*osteoarthritis*) jest jedną z najczęstszych przyczyn dolegliwości ze strony narządu ruchu. Charakteryzuje się przewlekłym procesem destrukcji chrząstki stawowej i podchrzęstnej warstwy kostnej, współistniejącym z procesami naprawczymi. Zmianom może wtórnie towarzyszyć proces zapalny błony maziowej. Choroba dotyczy populacji w starszym wieku, choć może stanowić poważny problem zdrowotny u osób przed 50. rokiem życia. Cięższe postaci choroby zwyrodnieniowej stawów częściej dotyczą kobiet. Postać choroby z zajęciem stawów kolanowych i biodrowych jest główną przyczyną inwalidztwa osób starszych [1].

Choroba zwyrodnieniowa stawów objawia się głównie bólem, nasilającym się w czasie obciążenia i ruchu (ból pierwszych ruchów — tzw. ból startowy), a ustępującym w spoczynku. W przypadku bardzo zaawansowanych zmian ból jest silny i pojawia się także przy braku aktywności oraz w nocy (problem bezsenności). Dolegliwością chorych jest również sztywność stawowa (sztywność startowa), po okresie bezruchu, trwająca nie dłużej niż 30 minut. Ograniczenie ruchomości w stawach występuje z wtórnym zanikiem okolicznych mięśni. W efekcie zmian destrukcyjnych w obrębie stawów dochodzi do zniekształceń i przykurczów. Pacjenci skarżą się na niestabilność w stawach, zwłaszcza w stawie kolanowym. Podczas ruchu mogą być słyszalne trzeszczenia. Powszechnym symptomem choroby zwyrodnieniowej stawów jest występowanie guzków Heberdena, rzadziej Boucharda [2].

W profilaktyce choroby zwyrodnieniowej stawów istotne jest wczesne wykrywanie schorzeń stawu biodrowego, które w przyszłości mogą sprzyjać rozwojowi koksartrozy oraz innych zaburzeń, wpływających na funkcję stawu biodrowego — wady postawy, zniekształcenia kręgosłupa, nadwagę, a także wczesne korygowanie koślawości i szpotawości kolan — zapobieganie rozwojowi choroby zwyrodnieniowej stawów kolana (gonartrozy).

W postępowaniu terapeutycznym należy dążyć do indywidualizacji leczenia, z uwzględnieniem chorób

współistniejących, nasilenia dolegliwości bólowych, stopnia upośledzenia funkcji stawu oraz jego uszkodzenia, opartej w pierwszym rzędzie na metodach niefarmakologicznych [3]. Szczególną wagę przypisuje się edukacji pacjenta, zmniejszeniu masy ciała (w otyłości), ćwiczeniom kinezyterapeutycznym i fizykoterapii oraz zaopatrzeniu w pomoce ortopedyczne i sprzęt ułatwiający poruszanie się i samoobsługę [2].

Pielęgniarka, uczestnicząc w kompleksowym postępowaniu terapeutycznym wobec pacjenta z chorobą zwyrodnieniową stawów, pełni głównie funkcję wychowawczą, przygotowując pacjenta i rodzinę do samoopieki, funkcję rehabilitacyjną, współpracując z fizykoterapeutą, oraz opiekuńczą w stanach zaostrzenia choroby [4, 5]. Zakres wykonywanych czynności opiekuńczo-pielęgniacyjnych zależy od stopnia wydolności czynnościowej pacjenta.

Pełniąc funkcję edukacyjną, pielęgniarka przygotowuje chorego do radzenia sobie w chorobie, zwracając szczególną uwagę na takie zagadnienia, jak:

- istota choroby, jej przebieg i możliwe powikłania;
- zalecany tryb życia, aktywność fizyczna i metody rehabilitacji;
- profilaktyka upadków i urazów, stosowanie udogodnień, sprzęt ułatwiający samodzielne funkcjonowanie w życiu codziennym;
- niefarmakologiczne metody radzenia sobie z bólem (metody fizyczne, techniki relaksacyjne);
- leczenie farmakologiczne i monitorowanie działań niepożądanych;
- zalecana dieta (chorzy powinni mieć świadomość, że zmniejszenie masy ciała prowadzi do odciążenia stawów i ograniczenia dolegliwości bólowych);
- przygotowanie rodziny do opieki nad chorym, wsparcie emocjonalne i informacyjne [6–8].

Edukacja powinna się opierać na diagnozie potrzeb, oczekiwań i zainteresowań pacjenta. W świadomości chorego powinno się utrwalić przekonanie, że choroba jest przewlekła i postępująca, ale można się nauczyć z nią żyć [9, 10].

## Cel pracy

Celem pracy była identyfikacja problemów zdrowotnych pacjentów z chorobą zwyrodnieniową stawów, wydolności fizycznej i umiejętności radzenia sobie z niesprawnością; określenie deficytu samoopieki; określenie zadań opiekuńczo-pielęgnacyjnych i wychowawczych pielęgniarstwa w opiece nad pacjentem i w działaniach mających na celu poprawę jakości życia chorego.

## Materiał i metody

Badaniom poddano pacjentów ( $n = 100$ ) z rozpoznaną chorobą zwyrodnieniową stawów według kryteriów Amerykańskiego Towarzystwa Reumatologicznego (ACR, *American College of Rheumatology*). Badani byli pod opieką Kliniki Reumatologii i Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, leczenia stacjonarnie i ambulatoryjnie. Zastosowano następujące narzędzia badawcze: autorski kwestionariusz ankiety, Indeks Niesprawności HAQ-DI (*Health Assessment Questionnaire Disability Index* 0–3), Indeks bólowo-czynnościowy Lequesne'a (*Lequesne Index* 0–24), Skalę WOMAC (*Western Ontario and MacMaster Universities Osteoarthritis Index: A* — ból 0–100, *B* — sztywność 0–100, *C* — sprawność fizyczna 0–100), Wzrokowo-Analogową Skalę Oceny Bólu w ruchu i spoczynku (*Visual-Analogue Pain Assessment Scale* 0–100). Do analizy statystycznej posłużono się pakietem statystycznym 8.0. Rezultaty weryfikowano za pomocą testu  $t$  i testu  $\chi^2$ . Za istotne statystycznie przyjęto wyniki, gdy poziom istotności  $p$  był mniejszy lub równy 0,05.

## Wyniki

Badaną grupę stanowiło 100 pacjentów z rozpoznaną chorobą zwyrodnieniową stawów. Ze względu na wiek dokonano ich podziału na trzy grupy wiekowe: 45–60 lat ( $n = 39$ ), 61–76 lat ( $n = 38$ ), 77 lat i powyżej ( $n = 23$ ). Wśród ankietowanych były 72 kobiety i 28 mężczyzn.

Ze względu na czas trwania choroby badanych również podzielono na trzy grupy: I — 0–5 lat ( $n = 30$ ), II — 6–10 lat ( $n = 39$ ) oraz III — 11 lat i powyżej ( $n = 31$ ). Większość respondentów ( $n = 65$ ) zamieszkiwała obszary miejskie. Chorzy mieszkający w mieście to głównie osoby z czasem trwania choroby w granicach 6–10 lat ( $n = 40$ ).

Pacjenci mieli wykształcenie podstawowe ( $n = 40$ ), średnie ( $n = 30$ ) i zawodowe ( $n = 27$ ), Wykształceniem wyższym legitymowały się zaledwie 3 osoby. Ankietowani z wykształceniem podstawowym stanowili najliczniejszą grupę badanych z czasem trwania choroby 11 lat i powyżej (60%), natomiast z wykształceniem średnim — chorujący 6–10 lat (56,7%).

Wśród badanej populacji 1/3 pracowała zawodowo; pozostali w porównywalnych liczebnie grupach przebywali na emeryturze lub rencie.

## Problemy natury fizycznej

Zmiany zwyrodnieniowe zdiagnozowane w badanej populacji obejmowały zwykle kilka stawów, głównie kręgosłupa (51%) oraz rąk (49%). Na zmiany zwyrodnieniowe stawów biodrowych i kolan uskarżało się kolejno 43% i 41% badanych.

Ankietowani zamieszkujący tereny wiejskie nieco częściej wskazywali na problemy ze strony stawów rąk (60%) oraz bioder (51%) w porównaniu z mieszkańcami miast. Obserwuje się progresję zmian zależną od czasu trwania choroby. U pacjentów z wczesną postacią choroby zwyrodnieniowej stawów (0–5 lat) zmiany dotyczyły głównie stawów kręgosłupa (63,3%), natomiast wraz z wydłużeniem czasu trwania choroby zwyrodnieniowej stawów ( $\geq 11$  lat) zmiany obejmowały najczęściej stawy biodrowe (80,6%), stawy rąk (61,3%) i kręgosłupa (58%) (tab. 1).

Wśród wielu zgłaszanych problemów zdrowotnych najbardziej dokuczliwym były ból (82%), ograniczenie

**Tabela 1.** Zależność między lokalizacją zmian zwyrodnieniowych a czasem choroby

**Table 1.** Relation between localization of symptoms of osteoarthritis duration of disease

Lokalizacja	Czas trwania choroby					
	0–5 lat ( $n = 30$ )		6–10 lat ( $n = 39$ )		$\geq 11$ lat ( $n = 31$ )	
	n	%	n	%	n	%
Biodro	4	13,3	15	38,5	25	80,6
Staw kolanowy	12	40,0	16	41,0	13	42,0
Stawy rąk	13	43,3	17	43,6	19	61,3
Stawy kręgosłupa	19	63,3	14	35,9	18	58,0
Inne stawy	2	6,7	4	10,3	0	0

n — liczba pacjentów

ruchomości (47%) oraz sztywność stawów (40%). Nie bez znaczenia była również świadomość przewlekłego, postępującego przebiegu choroby (35%). Analiza nasilenia problemów w zależności od wieku badanych wykazała progresję zmian, szczególnie w zakresie ograniczenia ruchomości. Z wiekiem wzrastało również uzależnienie od pomocy innych. Ból był wartością stałą, niezależną od wieku ankietowanych.

Oceny funkcjonowania fizycznego dokonano za pomocą wystandaryzowanych, ankietowych narzędzi badawczych. Zaobserwowano wpływ czasu trwania choroby na badane zmienne. U pacjentów chorujących dłużej niż 10 lat (grupa III) uwagę zwraca znaczny wzrost Indeksu Lequesne'a (18,06), WOMAC (wartość średnia 47,55), a także wskaźnika HAQ (2,10) w stosunku do chorych z krótszym czasem trwania choroby ( $p \leq 0,05$ ). Podobne zależności zaobserwowano między grupami I a II ( $p \leq 0,05$ ) i II a III ( $p \leq 0,05$ ) (tab. 2).

Wśród 100 badanych 64 bardzo często odczuwały bóle stawów, a 36 tylko niekiedy. Im dłuższy był czas trwania choroby, tym częściej występowały dolegliwości bólowe (w grupie z czasem trwania choroby 6–10 lat — 74,4%; w grupie  $\geq 11$  lat — 93,6%). Biorąc pod uwagę kryterium wieku, stwierdzono również, że z wiekiem dolegliwości bólowe się nasilały. Badani bardzo często odczuwający ból stawów wskazywali na wyższe wartości indeksu WOMAC A (56,86) oraz większe nasilenie bólu stawów w ruchu (61,14), a także w spoczynku (47,33) w stosunku do pacjentów odczuwających ból niekiedy ( $p \leq 0,05$ ) (tab. 3).

Dość znacząca grupa ( $n = 61$ ) odczuwała typową dla choroby zwyrodnieniowej stawów sztywność stawów. Obserwuje się szczególne nasilenie tego objawu u pacjentów powyżej 77. roku życia (78,3% w badanej grupie wiekowej) oraz u osób w wieku 61–76 lat (68,4%).

Ogółem 51 ankietowanych deklarowało trwałe ograniczenie ruchomości stawów, na co wskazują wysokie wartości indeksów WOMAC C (71,48), Lequesne'a (17,47) oraz HAQ (1,9) ( $p \leq 0,05$ ) (tab. 4). Problem dotyczył głównie chorych powyżej 77. roku życia (82,6%) i z czasem trwania choroby ponad 10 lat (84%).

Prawie połowa ankietowanych ( $n = 49$ ) potrzebowała pomocy w niektórych czynnościach dnia codziennego, natomiast 17 wymagało stałej systematycznej opieki. Pacjenci, którzy wszystkie czynności codzienne wykonywali samodzielnie, w mniejszym stopniu odczuwali nasilenie bólu (WOMAC A — 27,10), sztywność stawów (WOMAC B — 25,39) i pogarszanie sprawności fizycznej (WOMAC C — 27,80), a także lepiej funkcjonowali w swoim środowisku (HAQ — 0,67) w porównaniu z osobami zależnymi od otoczenia, częściowo lub stale ( $p \leq 0,05$ ). Podobne zależności stwierdzono w grupie pacjentów potrzebujących pomocy tylko w niektórych czynnościach dnia codziennego, a potrzebujących stałej systematycznej opieki ( $p \leq 0,05$ ) (tab. 5). Biorąc pod uwagę kryterium wieku, zaobserwowano, że 56,5% chorych powyżej 77 lat potrzebowało stałej systematycznej opieki.

**Tabela 2.** Ocena funkcjonowania fizycznego z wykorzystaniem indeksów WOMAC, Lequesne'a i HAQ w odniesieniu do czasu trwania choroby

**Table 2.** Assessment of physical functioning with the use of WOMAC, Lequesne, and HAQ indexes in relation to the duration of disease

	Czas trwania choroby			Ogółem (n = 100)
	0–5 lat Grupa I (n = 30)	6–10 lat Grupa II (n = 39)	$\geq 11$ lat Grupa III (n = 31)	
Ból w ruchu (VAS)	30,07	55,13	66,97	50,11
Ból w spoczynku (VAS)	19,37	39,33	50,77	36,89
WOMAC A	26,56	51,03	62,34	47,19
WOMAC B	26,58	49,55	65,00	47,45
WOMAC C	31,01	56,39	75,50	54,70
HAQ	0,85	1,47	2,10	1,48
Indeks Lequesne'a	7,95	14,5	18,06	13,64
Zmienność statystyczna p	Grupa I v. grupy II i III $p \leq 0,05$		Grupa II v. grupa III $p \leq 0,05$	

n — liczba pacjentów; VAS — Visual-Analogue Scale; WOMAC — Western Ontario and Mac-Master Universities Osteoarthritis; HAQ — Health Assessment Questionnaire

**Tabela 3.** Ocena bólu stawów w spoczynku i w ruchu oraz analiza indeksu WOMAC A w odniesieniu do częstotliwości odczuwanego bólu stawów

**Table 3.** Assessment of joint pain during rest and movement and analysis of WOMAC A index in relation to frequency of joints pain

	Częstotliwość odczuwania bólu stawów	
	Bardzo często	Niekiedy
	Grupa I (n = 64)	Grupa II (n = 36)
WOMAC A	56,86	30,08
Ból w ruchu (VAS)	61,14	30,66
Ból w spoczynku (VAS)	47,33	18,54
Zmienność statystyczna p	Grupa I v. grupa II, $p \leq 0,05$	

n — liczba pacjentów; WOMAC — *Western Ontario and Mac-Master Universities Osteoarthritis*; VAS — *Visual-Analogue Scale*

**Tabela 4.** Ocena indeksów WOMAC C, Lequesne'a oraz HAQ w odniesieniu do zakresu ruchów w stawach

**Table 4.** Assessment of WOMAC C, Lequesne and HAQ indexes in relation to the span of joints mobility

	Zakres ruchów w stawach	
	Trwałe ograniczenie	Częściowe ograniczenie
	Grupa I (n = 51)	Grupa II (n = 49)
HAQ	1,9	1,06
WOMAC C	71,48	38,73
Indeks Lequesne'a	17,47	10,06
Zmienność statystyczna p	Grupa I v. grupa II, $p \leq 0,05$	

n — liczba pacjentów; HAQ — *Health Assessment Questionnaire*; WOMAC — *Western Ontario and Mac-Master Universities Osteoarthritis*

**Tabela 5.** Ocena indeksów WOMAC, Lequesne'a i HAQ w odniesieniu do samodzielnego funkcjonowania pacjentów w swoim środowisku

**Table 5.** Assessment of WOMAC C, Lequesne and HAQ indexes in relation to individual functioning of patients in their environment

	Możliwości samodzielnego funkcjonowania		
	Samodzielny	Potrzuje częściowej pomocy	Potrzuje stałej opieki
	Grupa I (n = 44)	Grupa II (n = 49)	Grupa III (n = 17)
HAQ	0,67	1,65	2,6
Indeks Lequesne'a	8,05	14,72	20,75
WOMAC A	27,10	49,57	79,40
WOMAC B	25,39	49,50	84,06
WOMAC C	27,80	61,00	86,30
Zmienność statystyczna p	Grupa I v. grupy II i III $p \leq 0,05$		Grupa II v. grupa III $p \leq 0,05$

n — liczba pacjentów; HAQ — *Health Assessment Questionnaire*; WOMAC — *Western Ontario and Mac-Master Universities Osteoarthritis*

Funkcjonowanie w życiu codziennym stanowiło problem dla pacjentów ze względu na trudności w przemieszczaniu się (44%), wykonywaniu ciężkich prac (40%) oraz czynności w zakresie samoobsługi (32%). W badaniach dowiedziono, że problemy te narastały z czasem trwania choroby zwyrodnieniowej stawów.

### Problemy natury psychologicznej i społecznej

Większość respondentów (n = 65) często odczuwała stany obniżonego nastroju. Dotyczyło to w nieco większym stopniu kobiet (69,4%) niż mężczyzn (53,6%).

Z przeprowadzonej analizy wynika, że przewlekły i postępujący przebieg choroby wpływał na poczucie izolacji oraz ograniczenie odgrywania ról społecznych, szczególnie w stanach pogorszenia zdrowia (n = 47). Zgłaszane problemy nasilały się z wiekiem. Jedna trzecia badanych skarżyła się na poczucie izolacji społecznej przez cały czas.

### Zachowania zdrowotne i umiejętność radzenia sobie z chorobą

Z ogólnej analizy wynika, że 51 pacjentów regularnie przyjmowało leki przeciwbólowe, 47 — doraźnie, a zaledwie 2 w ogóle nie stosowało tego rodzaju leków. Systematyczność przyjmowania farmaceutyków wzrastała z wiekiem badanych.

Ocena częstotliwości wizyt lekarskich wskazuje, że 53 ankietowanych systematycznie kontaktowało się z lekarzem (szczególnie w grupie wiekowej 61–76 lat). Obserwuje się również wzrost częstości hospitalizacji wraz z czasem trwania choroby zwyrodnieniowej stawów.

Większość respondentów (n = 71) nie korzystała z leczenia uzdrowiskowego. Dotyczyło to szczególnie osób starszych (≥ 77 lat — 91,3%). Nieco częściej z leczenia sanatoryjnego korzystali pacjenci 61–76-letni (37%), którzy deklarowali również systematyczniejszy udział w różnych formach rehabilitacji leczniczej. Największy odsetek badanych, niekorzystający z wyżej wymienionych świadczeń, to chorzy w wieku 77 lat i więcej (43,5%) i z wykształceniem podstawowym (46,2%).

Samodzielne ćwiczenia w domu również były rzadko wykonywane przez chorych. Analiza wskazuje, że 47 ankietowanych nie gimnastykowało się wcale i w większości były to osoby powyżej 77. roku życia (87%). Również grupa wiekowa 45–60 lat w ponad 50% wykonywała ćwiczenia rzadko. Ogółem aktywnie ruchowo spędzało czas 43 pacjentów, natomiast 35 bardzo rzadko wychodziło na spacer, a 22 — wcale. Pacjenci, którzy nie spacerowali, a tym samym nie spędzali czasu aktywnie, częściej uskarżali się na sztywność stawów, pogorszenie sprawności fizycznej, ból oraz gorsze funkcjonowanie w życiu codziennym. Znajduje to odzwierciedlenie w wynikach badań: Indeks Lequesne'a (19,52), WOMAC (WOMAC A — 74,35; WOMAC B — 74,32; WOMAC C — 78,48 i HAQ — 2,34; p ≤ 0,05) (tab. 6).

Spśród 100 badanych tylko 14 stosowało dietę przeciwreumatyczną. Pozostali nie przestrzegali zaleceń w ogóle ze względu na przyzwyczajenia żywieniowe, problemy finansowe bądź brak przekonania o skuteczności leczenia dietetycznego. Wartości wskaźnika masy ciała (BMI, *body mass index*) wskazywały natomiast u 46 ba-

**Tabela 6.** Ocena indeksów WOMAC, Lequesne'a oraz HAQ w odniesieniu do aktywnego spędzania czasu  
**Table 6.** Assessment of WOMAC C, Lequesne and HAQ indexes in relation to activity of spent time

	Aktywność spędzania czasu		
	Aktywny	Rzadko spaceruje	Nie spaceruje wcale
	Grupa I (n = 43)	Grupa II (n = 35)	Grupa III (n = 22)
Ból w ruchu (VAS)	41,79	44,37	75,50
Ból w spoczynku (VAS)	32,25	27,14	61,27
WOMAC A	39,33	39,78	74,35
WOMAC B	37,44	42,86	74,32
WOMAC C	44,35	52,48	78,48
HAQ	1,09	1,43	2,34
Indeks Lequesne'a	11,42	12,67	19,52
Zmienność statystyczna p	Grupa I v. grupa III p ≤ 0,05		Grupa II v. grupa III p ≤ 0,05

n — liczba pacjentów; VAS — Visual-Analogue Scale; WOMAC — Western Ontario and Mac-Master Universities Osteoarthritis; HAQ — Health Assessment Questionnaire

danych na nadwagę (BMI 25–29,9 kg/m<sup>2</sup>), 35 — otyłość (BMI 30–39,9 kg/m<sup>2</sup>), a zaledwie u 19 — normę (BMI do 24,9 kg/m<sup>2</sup>).

Ponad 1/3 chorych korzystała z zalecanego zaopatrzenia ortopedycznego (głównie pacjenci > 77 lat — 87%).

## Dyskusja

Choroba zwyrodnieniowa stawów jest najczęstszą chorobą układu ruchu. W jej przebiegu dochodzi do upośledzenia funkcji biologicznych organizmu, niesprawności fizycznej, kalectwa, a także zmian w funkcjonowaniu psychicznym pacjenta i społecznym (izolacja społeczna oraz ograniczenia w zakresie pełnionych dotąd funkcji). Choroba ta rzadko ma postać uogólnioną, wielostawową. Bóle dotyczą zwykle jednego lub kilku stawów [1, 2].

Zmiany zwyrodnieniowe w badanej grupie dotyczyły głównie stawów kręgosłupa (51%) oraz stawów rąk (49%), aczkolwiek zwyrodnienia stawów kolanowych i biodrowych rozpoznawano w porównywalnej grupie pacjentów (> 40%). Wśród 100 badanych za najbardziej istotne, z punktu widzenia pacjenta, problemy zdrowotne towarzyszące chorobie zwyrodnieniowej stawów uznawano ból (82%) i ograniczenie ruchomości stawów (47%) oraz w mniejszym stopniu: sztywność stawów, przewlekły, postępujący charakter choroby, stany obniżonego nastroju i uzależnienie od pomocy innych. Ocena występowania dolegliwości w zależności od wieku badanych wskazywała na nasilenie bólu oraz ograniczenie ruchomości wraz z upływem lat i czasem trwania choroby, co wiąże się z postępującymi, nieodwracalnymi zmianami degeneracyjnymi stawów [11].

Dane z piśmiennictwa potwierdzają, że ból jest dominującym objawem choroby zwyrodnieniowej stawów [12–14]. Ból stawów zgłaszali prawie wszyscy pacjenci. Bardzo często odczuwało go 64 badanych (WOMAC A — 56,86; ból w ruchu — 61,14; ból w spoczynku — 47,33) ( $p \leq 0,05$ ).

Zaobserwowano, że z wiekiem dolegliwości bólowe nasilały się, a ich częstość wrastała (82,6% badanych  $\geq 77$ . roku życia bardzo często odczuwała bóle stawów). Podobną zależność zauważono, badając zmienną czasu trwania choroby. U niemal wszystkich ankietowanych, u których choroba trwa 11 lat i dłużej (93,6%), bóle stawów występowały regularnie.

W efekcie zmian zwyrodnieniowych dochodzi do ograniczenia sprawności fizycznej, prowadzącej do pojawienia się specyficznych problemów w życiu codziennym chorego, oraz ograniczenia zdolności jednostki do dalszego funkcjonowania w roli aktywnego członka społeczeństwa. W miarę postępu choroby zwyrodnieniowej stawów dochodzi do nieodwracalnych zmian degeneracyjnych, które upośledzają funkcjonowanie chorego w jego środowisku, a tym samym sprawiają, że

czuje się on zależny od innych, a nawet nieużyteczny [15, 16].

Trwałe ograniczenie ruchomości stawów deklarowało 51 badanych. Były to szczególnie osoby z długim czasem trwania choroby ( $\geq 11$  lat — 84%) oraz w starszym wieku ( $\geq 77$  lat — 82,6%).

Respondenci z czasem trwania choroby ponad 10 lat w ponad 46% wymagali stałej systematycznej opieki przez cały czas (WOMAC A — 79,4; WOMAC B — 84,06; WOMAC C — 86,3 i Indeks Lequesne'a — 20,75 oraz HAQ — 2,6) ( $p \leq 0,05$ ).

Choroba zwyrodnieniowa stawów wpływa negatywnie nie tylko na sferę fizyczną, ale również psychospołeczną, co objawia się stanami obniżonego nastroju, lękami, przygnębieniem. Częstość występowania zaburzeń lękowych i depresyjnych wśród osób z chorobami reumatycznymi, w tym chorobą zwyrodnieniową stawów, jest wyższa niż w populacji ogólnej [17, 18]. Zadaniem zespołu terapeutycznego jest nie tylko skuteczne leczenie, ale również wsparcie, jak radzić sobie z problemami życia codziennego, ze stresem, z ograniczeniami, jakie niesie choroba [9, 5, 10, 19].

Analizując wyniki badań własnych, stwierdzono, że stany obniżonego nastroju cały czas odczuwało 65 badanych, głównie kobiet. Zaobserwowano również, że postępujący charakter choroby wpływał na poczucie izolacji społecznej oraz ograniczał pełnienie funkcji u 46 ankietowanych, aczkolwiek tylko w stanach pogorszenia zdrowia. Dysfunkcję w tym zakresie przez cały czas odczuwało 34 pacjentów, w większości w wieku powyżej 77 lat.

Zgodnie z rekomendacjami Polskiego Towarzystwa Reumatologicznego rehabilitacja jest jednym z podstawowych elementów leczenia choroby zwyrodnieniowej stawów [2, 3, 18]. Jej cel to zapobieganie występowaniu deformacji, przykurczów, poprawienie ogólnej sprawności fizycznej. Mimo to, aż 34 badanych w ogóle nie korzystało z rehabilitacji, a 43 robiło to sporadycznie. Podobnie tylko 29 badanych korzystało z lecznictwa uzdrowiskowego. Największy odsetek respondentów niekorzystających z rehabilitacji i lecznictwa uzdrowiskowego stanowiły osoby z wykształceniem podstawowym, mieszkające na wsi i mające powyżej 77 lat.

Aktywne formy spędzania czasu bardzo korzystnie wpływają na motorykę stawów, opóźniając tym samym proces chorobowy. Zalecane są częste spacerowanie oraz uprawianie sportów nieobciążających stawów [4, 5].

Analizując odpowiedzi respondentów, zaobserwowano, że prawie połowa badanych nie gimnastykowała się wcale ( $n = 47$ ), głównie mężczyźni i osoby powyżej 77. roku życia. Zwrócono również uwagę na istotną zależność ( $p \leq 0,05$ ) pomiędzy wartościami indeksów WOMAC C, Lequesne'a i HAQ w grupie osób ćwiczących w domu niekiedy a niećwiczących w ogóle.

Racjonalna, dobrze zbilansowana dieta jest równie ważnym elementem terapii choroby zwyrodnieniowej stawów, jak leczenie farmakologiczne czy rehabilitacja [1, 7, 18]. Zalecana jest dieta niskotłuszczowa, lekkostrawna z suplementacją witamin A, D, C i E, która pomaga w zmniejszeniu masy ciała, a tym samym — odciążeniu stawów i redukcji dolegliwości bólowych. Z badań autorów wynika, że tylko 14 pacjentów stosowało zalecaną w chorobie reumatycznej dietę. Wartości BMI wskazywały na nadwagę u 46 badanych, a u 35 — na otyłość.

Zachowania zdrowotne respondentów odzwierciedlają deficyt wiedzy i umiejętności radzenia sobie z chorobą. Sugeruje to konieczność profesjonalnego przygotowania pacjentów do samoopieki. W opinii autorów planowa, ukierunkowana edukacja pacjentów jest ważnym elementem leczenia niefarmakologicznego choroby zwyrodnieniowej stawów [7, 20]. Wyżej wymieniona edukacja daje możliwość samodzielnego kierowania własnym życiem i ułatwia akceptację choroby. Pacjent staje się niezależny, adaptuje się do zmieniających się warunków i uczy się żyć i funkcjonować mimo istniejących ograniczeń w środowisku domowym, zawodowym i społecznym [12, 19].

### Wnioski

1. Głównymi problemami zdrowotnymi, zgłaszanymi przez badanych, były: dolegliwości bólowe, ograniczenie ruchomości stawów, ich sztywność oraz przewlekły, postępujący charakter choroby.
2. Postępująca niesprawność oraz odczuwanie dolegliwości bólowych znacząco wpływały na trudności pacjentów w wykonywaniu czynności dnia codziennego. Większość wymagała pomocy w niektórych czynnościach czasami lub stale.
3. Przewlekły przebieg choroby wpływał na poczucie izolacji oraz na ograniczenie dotychczas odgrywanych ról społecznych.
4. Problemy fizyczne oraz społeczne towarzyszące chorobie wpływały negatywnie na stan psychiczny pacjentów, wywołując lęk, przygnębienie, poczucie rezygnacji.
5. Pacjenci nie stosowali się do zaleceń związanych z dietą w chorobie zwyrodnieniowej stawów, nie korzystali systematycznie z rehabilitacji leczniczej oraz leczenia uzdrowiskowego; prawie połowa nie gimnastykowała się codziennie.
6. Jednym z ważnych zadań pielęgniarki w opiece nad pacjentem z chorobą zwyrodnieniową stawów jest

edukacja zdrowotna, mająca na celu poszerzenie wiedzy na temat zalecanego trybu życia w chorobie, przygotowanie do samoopieki i samokontroli własnego zdrowia oraz wsparcie emocjonalne.

### Piśmiennictwo

1. Gburek Z., Goździk J. Zmiany zwyrodnieniowe a choroba zwyrodnieniowa stawów. *Reumatologia* 2004; 42: 435–446.
2. Szczepański L. Choroba zwyrodnieniowa stawów. W: Szczepański A. (red.). *Choroby wewnętrzne. Tom II. Medycyna Praktyczna*. Kraków 2006; 1723–1730.
3. Tuchocka A., Piotrowska M. Możliwości farmakoterapii w chorobie zwyrodnieniowej stawów. *Przew. Lek.* 2007; 3: 60–71.
4. Long A.F., Kneafsey R., Ryan J., Berry J. The role of the nurse the multi-professional rehabilitation team. *J. Adv. Nurs. Stud.* 2002; 37: 70–78.
5. Long A.F., Kneafsey R., Ryan J. Rehabilitation practice: challenges to effective team working. *Int. J. Nurs. Stud.* 2003; 40: 663–673.
6. Bartlett S.J., Bingham C.O., Maricic M.J., Daly Iversen M., Rubin V. (red.). *Clinical care in the rheumatic diseases*. 3<sup>rd</sup> edition. Association of Rheumatology Health Professionals, a Division of the American College of Rheumatology, Atlanta 2006.
7. Sierakowska M., Lewko J., Krajewska K., Kowalczyk K., Krajewska-Kulak E. Jak żyć z przewlekłą chorobą reumatyczną — rola pielęgniarki w edukacji pacjentów. *Probl. Pielęg.* 2008; 16: 199–204.
8. Friedrich M.J. Steps toward understanding, alleviating osteoarthritis will help aging population. *JAMA* 1999; 282 (11): 1023–1025.
9. Fitzgerald P. Multidisciplinary team care of the rheumatic patient. W: Hill J. (red.). *Rheumatology nursing. A creative approach*. Jon Wiley & Sons Ltd, Chichester England 2006; 312–335.
10. Hill J. Patient education. W: Hill J. (red.). *Rheumatology nursing. A creative approach*. Jon Wiley & Sons Ltd, Chichester England 2006; 436–458.
11. McDonald D.D. Older adults' pain descriptions. *Pain Manag. Nurs.* 2009; 10: 142–148.
12. Hill J. Pain and stiffness. W: Hill J. (red.). *Rheumatology nursing. A creative approach*. Jon Wiley & Sons Ltd, Chichester England 2006; 218–243.
13. Grime J., Richardson J.C., Ong B.N. Perceptions of joint pain and feeling well in older people who reported being healthy: a qualitative study. *Br. J. Gen. Pract.* 2010; 60: 597–603.
14. Popielski K. Psychologiczne aspekty doświadczenia schorzeń reumatycznych. *Reumatologia* 2005; 43: 160–165.
15. Stanisławska-Biernat E. Społeczne i ekonomiczne aspekty choroby zwyrodnieniowej stawów. *Pol. Arch. Med. Wewn.* 2008; 118: 50–53.
16. Zimmerman-Górska I. Choroba zwyrodnieniowa stawów — problem społeczny. *Family Medicine & Primary Care Review* 2005; 7: 653–656.
17. Ryan S. *Rheumatology. Part 4. Psychosocial issues*. *Prof. Nurse* 1999; 14: 509–512.
18. Stanisławska-Biernat E., Filipowicz-Sosnowska A. Leczenie choroby zwyrodnieniowej stawów. *Przew. Lek.* 2004; 11: 62–70.
19. Sierakowska M., Doroszkiewicz H., Nyklewicz W., Mojsa W. Zalecenia Europejskiej Ligi Przeciwrumatycznej — implikacje dla opieki pielęgniarskiej. *Probl. Pielęg.* 2010; 18: 232–238.
20. Hill J. Patient education. W: Hill J. (red.). *Rheumatology nursing. A creative approach*. Jon Wiley & Sons Ltd, Chichester England 2006; 436–458.