

# ZADANIA FIZJOTERAPEUTY W PRZYWRACANIU DO ZDROWIA PACJENTÓW PO ENDOPROTEZOPLASTYCE STAWU BIODROWEGO W PERCEPCJI STUDENTÓW FIZJOTERAPII I PIELĘGNIARSTWA

## The physiotherapist's tasks in restoring patients to health after hip joint arthroplasty, in the assessment of students of physiotherapy and nursing

Adrian Kleczkowski<sup>1</sup>, Elżbieta Krajewska-Kułak<sup>2</sup>, Bożena Okurowska-Zawada<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Absolwent kierunku fizjoterapia Wydziału Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

<sup>2</sup>Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

<sup>3</sup>Klinika Rehabilitacji Dziecięcej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku z Ośrodkiem Wczesnej Pomocy Dzieciom Upośledzonym „Dać Szansę”

Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne 2018; 3: 111–120

Praca wpłynęła: 21.07.2018; przyjęto do druku: 27.08.2018

Adres do korespondencji:

Elżbieta Krajewska-Kułak, Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, ul. M. Skłodowskiej-Curie 7A, 15-096 Białystok, e-mail: zzom@umb.edu.pl

### Streszczenie

**Cel pracy:** Celem pracy była ocena poziomu wiedzy studentów fizjoterapii i pielęgniarstwa na temat zadań fizjoterapeuty w przywracaniu do zdrowia pacjentów po endoprotezooplastyce stawu biodrowego.

**Materiał i metody:** Badania przeprowadzono w grupie 100 studentów fizjoterapii i 100 studentów pielęgniarstwa. Zastosowano metodę sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem autorskiego kwestionariusza ankietowego.

**Wyniki:** Posiadanie wiedzy na badany temat zadeklarowało 91% studentów fizjoterapii i 64% studentów pielęgniarstwa, przy czym 100% studentów fizjoterapii i 79% pielęgniarstwa uznało wagę usprawniania chorego po zabiegu. Przekonanych o tym, że w pierwszej dobie po zabiegu pacjent nie może łączyć nóg, było 83% studentów fizjoterapii i 49% studentów pielęgniarstwa; że nie może skrecać nogi operowanej do wewnątrz ani na zewnątrz – 90% studentów fizjoterapii i 49% pielęgniarstwa; że nie może zakładać nogi na nogę – 90% studentów fizjoterapii i 60% studentów pielęgniarstwa; że przy siadaniu kolana powinny znajdować się „poniżej bioder” – 73% studentów fizjoterapii i 46% pielęgniarstwa; że pacjent nie może siadać na niskiej, miękkiej, zapadającej się kanapie – 90% studentów fizjoterapii i 56% studentów pielęgniarstwa; że w trakcie chodzenia pacjent nie będzie mógł wykonywać zbyt dużych kroków – 43% studentów fizjoterapii i 30% studentów pielęgniarstwa, natomiast 29% przyszłych fizjoterapeutów i 17% przyszłych pielęgniarzek stwierdziło, że nie będzie mógł wykonywać zbyt małych kroków.

**Wnioski:** W porównaniu ze studentami pielęgniarstwa studenci fizjoterapii posiadali większą wiedzę w zakresie postępowania terapeutycznego po zabiegu endoprotezooplastyki stawu

### Summary

**Aim of the study:** To assess the knowledge level of physiotherapy and nursing students on the physiotherapist's tasks in the recovery of patients after hip arthroplasty.

**Material and methods:** The research was carried out in a group of 100 students of physiotherapy and 100 students of nursing, by a diagnostic survey, using an original questionnaire.

**Results:** 91% of physiotherapy students and 64% of nursing students declared their knowledge on the subject. 100% of physiotherapy students and 79% of nursing students recognised the importance of improving the patient after the procedure. 83% of physiotherapy students and 49% of nursing students were convinced that on the first day after surgery the patients cannot join their legs. 90% of physiotherapy students and 49% of nursing students thought that patients cannot twist an inward or outward leg. 90% of physiotherapy students and 60% of nursing students thought that patients cannot put their foot on their leg. 73% of physiotherapy students and 46% of nursing students thought that when the patient is sitting down, the knees should be “below the hip”. 90% of physiotherapy students and 56% of nursing students thought that the patient cannot sit on a low, soft, collapsible couch. 43% of physiotherapy students and 30% of nursing students said that patients would not be able to walk much, and 29% of future physiotherapists and 17% of future nurses thought that the patient would take too small steps.

**Conclusions:** Physiotherapy students, compared to nursing students, had greater knowledge in the field of treatment after hip arthroplasty. The students thought that the physiotherapist plays a crucial role in the restoration of patients' health after the hip arthroplasty procedure.

biodrowego. Studenci obu kierunków w większości uważali, że fizjoterapeuta odgrywa bardzo ważną rolę w przywracaniu sprawności pacjentów po zabiegu alloplastyki stawu biodrowego.

**Słowa kluczowe:** wiedza, studenci, endoprotezoplastyka stawu biodrowego.

## Wstęp

W literaturze przedmiotu [1–3] podkreśla się, że do niedawna za najlepszą metodę leczenia zmian zwyrodnieniowych stawu biodrowego uważano jego usztywnienie. Postęp w medycynie, w tym rozwój metod leczniczych i diagnostycznych, sprawił jednak, że do leczenia operacyjnego została wprowadzona metoda endoprotezoplastyki (alloplastyki), która polega na częściowej lub całkowitej wymianie uszkodzonego stawu [1]. Uznawana jest ona za najważniejszy sposób operacyjnego leczenia choroby zwyrodnieniowo-zniekształcającej stawów biodrowych, który daje chorym szansę na uwolnienie się od dolegliwości bólowych, przywrócenie rozległego zakresu ruchów w stawach biodrowych oraz poprawę wydajności chodu [2, 4].

Endoprotezoplastyka stawu biodrowego jest zabiegiem polegającym na wycięciu chorobowo zajętej części stawu i zastąpieniu jej sztucznym implantem. Metoda ta jest obecnie często stosowana w schorzeniach stawu biodrowego. Celem zabiegu jest poprawienie funkcji stawu i jakości życia pacjenta, zniesienie bólu oraz zwiększenie aktywności społecznej, sportowej i zawodowej chorego. W zależności od przyczyny i rodzaju dysfunkcji rozróżnia się dwa rodzaje alloplastyki biodra: pierwotną – chory staw zastępuje się sztucznym – oraz rewizyjną (powtórna) – zużyte lub obłuzowane elementy wymienia się na nowe [4].

Przygotowanie chorego do zabiegu jest długotrwałe i wymaga zaangażowania ze strony personelu lekarskiego i pacjenta, ale – jeśli to możliwe – powinno odbywać się w warunkach ambulatoryjnych. Proces ten rozpoczyna się w chwili ustalenia rozpoznania u chorego kwalifikowanego do operacji. Prawidłowe przygotowanie pacjenta do wczesnego uruchamiania i rehabilitacji może zmniejszyć czas jego hospitalizacji i ryzyko powikłań [5].

Proces usprawniania i rehabilitacji pacjenta po zabiegu alloplastyki stawu biodrowego rozpoczyna się już w pierwszym dniu po operacji, a jego celem jest przyspieszenie gojenia się rany pooperacyjnej, przygotowanie chorego do życia z nowo wstawionym stawem biodrowym i zapobieganie występowaniu różnych zaburzeń funkcjonalnych organizmu. W postępowaniu z pacjentem po endoprotezoplastyce stawu biodrowego bardzo ważna jest edukacja. Choremu powinno się uświadomić jego ograniczenia i celowość stopniowego wprowadzania aktywności fizycznej. Edukacja stanowi nieodzowny element późniejszego funkcjonowania

**Key words:** knowledge, students, hip arthroplasty.

i usprawniania chorego, pozwalając mu na zaakceptowanie zmian, które zachodzą w jego organizmie i łączą się ze zmianą stylu życia w środowisku społecznym, zawodowym oraz domowym. Istotne jest, by rodzina operowanego również posiadała wiedzę na temat zasad postępowania po zabiegu alloplastyki stawu biodrowego [6, 7].

Głównym celem badań była ocena poziomu wiedzy studentów fizjoterapii i pielęgniarstwa na temat zadań fizjoterapeuty w przywracaniu do zdrowia pacjentów po endoprotezoplastyce stawu biodrowego. Za cel szczegółowy uznano sprawdzenie, czy istnieją różnice w wiedzy studentów fizjoterapii i pielęgniarstwa dotyczącej tego zagadnienia.

## Materiał i metody

Na prowadzenie badań uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku (nr R-I-002/213/2017) oraz dziekana Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku.

Badania przeprowadzono w grupie 200 studentów, w tym 100 studentów fizjoterapii i 100 pielęgniarstwa, metodą sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem autorskiego kwestionariusza ankietowego.

Kwestionariusz ankietowy składał się z 36 pytań dotyczących płci, wieku, miejsca zamieszkania, kierunku studiów oraz o opinii o tym, jak pacjent powinien radzić sobie po endoprotezoplastyce stawu biodrowego: czy ważne jest usprawnianie chorego po zabiegu; czy sprawność fizyczna pacjenta ulegnie zmianie po operacji; jak powinien poruszać się pacjent w okresie pooperacyjnym, aby uniknąć zwłknięcia stawu biodrowego; czy po zabiegu endoprotezoplastyki stawu biodrowego pacjent może wykonywać czynności dnia codziennego; czy ćwiczenia oddechowe przed i po zabiegu pomagają osobie poddającej się operacji; czy w pierwszej dobie po zabiegu pacjent w pozycji leżącej może skręcać nogę operowaną na zewnątrz lub do wewnątrz bądź łączyć nogi (dotykać nogą drugiej nogi); czy badani znają sposoby zabezpieczania ułożenia nóg w pozycji leżącej, aby nie stykały się kostkami i nie rotowały na zewnątrz i do wewnątrz; czy zdaniem badanych po zabiegu można stawać na nodze operowanej; którą nogą chory powinien wstawać z łóżka po operacji; czy w pierwszej dobie po endoprotezoplastyce stawu biodrowego pacjent może spać na boku operowanym i zakładać nogę na nogę; jakie może być maksymalne

zgięcie stawu biodrowego w trzeciej dobie po operacji; jaką zasadę powinien zastosować pacjent wchodzący po schodach przy użyciu kul inwalidzkich; czy przy siadaniu ważne jest, aby krzesło było ustawione wysoko; gdzie powinny znajdować się kolana przy siadaniu na krześle, łóżku czy kanapie; czy pacjent może usiąść na niskim krześle, miękkiej i zapadającej się kanapie; co należy zrobić w sytuacji, gdy chory nie ma wyboru i musi siedzieć na niskim krześle; jak osoba zoperowana powinna poprawnie i bezpiecznie wstawać z łóżka; czy w okresie pooperacyjnym po endoprotezoplastyce stawu biodrowego pacjent może chodzić bez żadnej pomocy (kuli, balkonika); którą nogą chory powinien zawracać, chodząc za pomocą balkonika; czy po operacji stawu biodrowego chory podczas siadania lub zakładania obuwia może przechylać tułów do przodu; czy w trakcie wstawania pacjent może oprzeć ręce na nodze operowanej; jakie będą ograniczenia chorego podczas chodzenia po zabiegu endoprotezoplastyki stawu biodrowego; czy zdaniem badanych osoba zoperowana po miesiącu od zabiegu będzie mogła dźwigać ciężkie przedmioty; czy kiedy pacjentowi upadnie na podłogę przedmiot, będzie mógł się schylić i go podnieść; czy po zabiegu potrzebne będzie wyposażenie toalety w specjalne podwyższenie zapobiegające nadmiernemu zgięciu w stawie biodrowym; którą nogą chory powinien stawiać jako pierwszą przy wchodzeniu po schodach, a którą podczas schodzenia; czy fizjoterapeuta odgrywa istotną rolę w przywracaniu sprawności pacjentów po zabiegu endoprotezoplastyki stawu biodrowego.

W analizie statystycznej użyto także testu  $\chi^2$ . Za różnicę istotnie statystyczną przyjęto  $p < 0,05$ . Do analizy wykorzystano program Statistica 13.0 (StatSoft, Kraków, Polska).

## Wyniki

W badaniu wzięło udział 200 osób, w tym 100 studentów pielęgniarstwa (III rok studiów licencjackich i I rok studiów magisterskich) i 100 studentów fizjoterapii (III rok studiów licencjackich i I rok studiów magisterskich). Grupa liczyła 159 kobiet i 41 mężczyzn ( $p < 0,001$ ) w wieku od 18. do powyżej 35. roku życia (średnia wieku  $19 \pm 26$  lat). W mieście mieszkało 153 respondentów, a na wsi 47 ( $p < 0,001$ ).

Na wstępie zapytano studentów, czy wiedzą, jak powinien radzić sobie pacjent po endoprotezoplastyce stawu biodrowego. Okazało się, że 91% studentów fizjoterapii jest przekonanych, iż posiada wiedzę na ten temat, natomiast wśród studentów pielęgniarstwa taką opinię wyraziło 64%. Pozostałe osoby (9% z fizjoterapii i 36% z pielęgniarstwa) uważały, że nie posiadają takiej wiedzy ( $p < 0,001$ ).

W kolejnym pytaniu zapytano badanych, czy według nich ważne jest usprawnianie chorego po zabiegu

endoprotezoplastyki stawu biodrowego. Sto procent studentów fizjoterapii i 79% pielęgniarstwa uważało usprawnianie chorego za ważne. Pozostałe 13% studentów pielęgniarstwa miało odmienne zdanie, a 8% problem z deklaracją. Wykazano różnice istotne statystycznie pomiędzy grupami ( $p < 0,001$ ).

Następnie zapytano, czy sprawność fizyczna chorego ulegnie zmianie po zabiegu endoprotezy stawu biodrowego. Spośród wszystkich badanych 81% studentów fizjoterapii i 64% pielęgniarstwa uważało, że sprawność fizyczna pacjenta się poprawi ( $p = 0,025$ ), natomiast 10% ankietowanych studentów fizjoterapii i 17% studentów pielęgniarstwa sądziło, że jego sprawność nie ulegnie zmianie ( $p = 0,14$ ). Niezdecydowanych było 9% studentów fizjoterapii i 19% studentów pielęgniarstwa ( $p = 0,04$ ).

W kolejnej części badania spytano studentów, czy wiedzą, jak powinien poruszać się pacjent po zabiegu w okresie pooperacyjnym, aby uniknąć zwichnięcia stawu biodrowego. Wśród ankietowanych 89% studentów fizjoterapii i 47% studentów pielęgniarstwa uważało, że posiada wiedzę w tym zakresie ( $p < 0,001$ ); 11% osób studiujących fizjoterapię i 31% studiujących pielęgniarstwo stwierdziło, że takiej wiedzy nie ma ( $p < 0,001$ ), a 22% studentów pielęgniarstwa miało problem z deklaracją ( $p < 0,001$ ).

Zapytani o to, czy po zabiegu endoprotezoplastyki stawu biodrowego pacjent może wykonywać czynności dnia codziennego, badani w większości (82% studentów fizjoterapii i 63% pielęgniarstwa) stwierdzili, że tak ( $p = 0,003$ ). Brak wiedzy na ten temat deklarowało 10% studentów fizjoterapii i 13% studentów pielęgniarstwa ( $p = 0,51$ ), natomiast 8% studentów fizjoterapii i 24% pielęgniarstwa miało problem z jednoznaczną odpowiedzią ( $p < 0,001$ ).

Na pytanie „Czy ćwiczenia oddechowe przed, jak i po zabiegu endoprotezoplastyki stawu biodrowego pomagają osobie poddającej się operacji?” 90% studentów fizjoterapii i 58% studentów pielęgniarstwa odpowiedziało twierdząco ( $p < 0,001$ ). Negatywną opinię wyraziło 18% studentów z pielęgniarstwa ( $p < 0,001$ ), zaś 10% studentów fizjoterapii i 24% studentów pielęgniarstwa nie udzieliło jednoznacznej odpowiedzi ( $p = 0,009$ ).

W odpowiedzi na pytanie o to, czy w pierwszej dobie po zabiegu stawu biodrowego pacjent w pozycji leżącej może skręcać operowaną nogę na zewnątrz lub do wewnątrz, 90% studentów fizjoterapii i 49% studentów pielęgniarstwa uznało, że chory nie może tego robić ( $p < 0,001$ ). Brak wiedzy na ten temat zadeklarowało 34% studentów pielęgniarstwa i 10% studentów fizjoterapii ( $p < 0,001$ ), a 17% osób studiujących pielęgniarstwo uważało, że pacjent może skręcać operowaną kończynę ( $p < 0,001$ ).

Okazało się, że 83% studentów fizjoterapii i 49% studentów pielęgniarstwa sądził, iż pacjent nie może

łączyć nóg w pierwszej dobie po operacji ( $p < 0,001$ ). Problem z deklaracją miało 8% studentów fizjoterapii i 32% pielęgniarstwa ( $p < 0,001$ ). Z kolei 9% studentów fizjoterapii i 19% studentów pielęgniarstwa ( $p = 0,04$ ) nie widziało przeciwwskazań.

Na pytanie o znajomość sposobów zabezpieczenia ułożenia nóg w pozycji leżącej, aby nie stykały się kostkami oraz nie rotowały na zewnątrz i do wewnątrz, 90% studentów fizjoterapii i 46% studentów pielęgniarstwa odpowiedziało, że wie, jak zabezpieczać ułożenie kończyn dolnych ( $p < 0,001$ ). Odmienną opinię wyraziło 10% osób studiujących fizjoterapię i 54% studiujących pielęgniarstwo ( $p < 0,001$ ).

Zapytani o to, czy po zabiegu pacjent może stać na nodze operowanej, 60% studentów fizjoterapii i 55% pielęgniarstwa odpowiedziało, że nie może tego robić ( $p = 0,48$ ). Odmienną opinię wyraziło 32% studiujących fizjoterapię i 14% studiujących pielęgniarstwo ( $p = 0,003$ ). Problem z deklaracją miało 8% przyszłych fizjoterapeutów i 31% przyszłych pielęgniarek ( $p < 0,001$ ).

Ankietowani na pytanie o to, którą nogą – ich zdaniem – powinien prawidłowo wstawać z łóżka chory po operacji endoprotezoplastyki stawu biodrowego, w większości (77% osób studiujących fizjoterapię i 61% pielęgniarstwo) odpowiedzieli, że powinien wstawać z łóżka nogą zdrową. Stwierdzono istotne statystycznie różnice pomiędzy grupami ( $p = 0,02$ ). Nogę operowaną preferowało 15% studentów fizjoterapii i 16% studentów pielęgniarstwa ( $p = 0,84$ ). Trudności z deklaracją miało 8% studentów fizjoterapii i 23% osób studiujących pielęgniarstwo ( $p = 0,003$ ).

Na pytanie o to, czy w pierwszej dobie po endoprotezoplastyce stawu biodrowego chory może spać na boku operowanym, twierdząco odpowiedziało 8% studentów fizjoterapii i 9% pielęgniarstwa ( $p = 0,8$ ). Opinię przeciwną wyraziło 84% przyszłych fizjoterapeutów i 66% przyszłych pielęgniarek ( $p = 0,003$ ). Niezdecydowanych było 8% osób studiujących fizjoterapię i 25% pielęgniarstwo ( $p = 0,001$ ).

W kolejnym pytaniu sprawdzano wiedzę ankietowanych na temat tego, czy w pierwszej dobie po zabiegu endoprotezy stawu biodrowego można zakładać nogę na nogę. Spośród wszystkich badanych 90% osób z fizjoterapii i 60% z pielęgniarstwa odpowiedziało „nie” ( $p < 0,001$ ). Przeciwną opinię wyraziło 14% studentów pielęgniarstwa ( $p < 0,001$ ). Problem z deklaracją miało 10% studentów fizjoterapii i 26% pielęgniarstwa ( $p = 0,003$ ).

Kąt  $90^\circ$  wskazało 42% przyszłych fizjoterapeutów i 21% przyszłych pielęgniarek zapytanych o maksymalne zgięcie stawu biodrowego w trzeciej dobie po operacji. Stwierdzono istotne statystycznie różnice pomiędzy grupami ( $p = 0,001$ ). Kąt  $60^\circ$  wskazało 26% osób z fizjoterapii i 23% z pielęgniarstwa ( $p = 0,91$ ), kąt  $30^\circ$  – 21% studentów fizjoterapii i 14% pielęgniarstwa ( $p = 0,190$ ), a kąt powyżej  $90^\circ$  – 10% przyszłych pielęgniar

gniarek ( $p < 0,001$ ). Trudności z odpowiedzią miało 11% studentów fizjoterapii i 32% studentów pielęgniarstwa ( $p < 0,001$ ).

W odpowiedzi na pytanie „Jaką zasadę powinien zastosować pacjent, wchodząc po schodach przy użyciu kul inwalidzkich?” 67% osób studiujących fizjoterapię i 44% studentów pielęgniarstwa zaznaczyło schemat: „noga zdrowa – noga operowana – kule” ( $p = 0,001$ ). Odpowiedź „kule – noga operowana – noga zdrowa” wybrało 14% studentów fizjoterapii i 13% studentów pielęgniarstwa ( $p = 0,84$ ), a „noga operowana – kule – noga zdrowa” – 10% studentów fizjoterapii i 11% pielęgniarstwa ( $p = 0,81$ ). Problem z odpowiedzią miało 9% przyszłych fizjoterapeutów i 32% przyszłych pielęgniar

Na pytanie „Jaką zasadę powinien zastosować pacjent, schodząc ze schodów z pomocą kul inwalidzkich” 70% studentów fizjoterapii i 27% studentów pielęgniarstwa udzieliło poprawnej odpowiedzi, że jest to zasada „kule – noga operowana – noga zdrowa” ( $p < 0,001$ ). Zasadę „noga zdrowa – noga operowana – kule” za poprawną uznało 10% osób studiujących fizjoterapię i 16% studiujących pielęgniarstwo ( $p = 0,011$ ), a zasadę „kule – noga zdrowa – noga operowana” – 12% przyszłych fizjoterapeutów i 26% pielęgniarek ( $p < 0,001$ ). Jednoznacznie nie wypowiedziało się w tej kwestii 8% studentów fizjoterapii i 31% studentów pielęgniarstwa ( $p < 0,001$ ).

Zdaniem 82% studentów fizjoterapii i 50% pielęgniarstwa pacjent siadający po zabiegu powinien mieć wysoko ustawione krzesło ( $p < 0,001$ ). Odmiennie twierdziło 10% studentów fizjoterapii i 20% studentów pielęgniarstwa ( $p = 0,048$ ), a jednoznacznie nie wypowiedziało się 8% przyszłych fizjoterapeutów i 30% pielęgniarek ( $p < 0,001$ ).

Na pytanie o to, na jakim poziomie przy siadaniu na krześle, łóżku czy kanapie powinny znajdować się kolana, 73% studentów fizjoterapii i 46% studentów pielęgniarstwa odpowiedziało „poniżej bioder” ( $p < 0,001$ ). Odpowiedź „powyżej bioder” wybrało 9% przyszłych fizjoterapeutów i 16% pielęgniarek ( $p = 0,13$ ), a 9% osób studiujących fizjoterapię i 8% studentów pielęgniarstwa było przekonanych, że nie ma to żadnego znaczenia ( $p = 0,8$ ). Trudności z odpowiedzią miało po 9% studentów fizjoterapii i pielęgniarstwa ( $p = 1,00$ ).

Na pytanie „Czy według Państwa pacjent może usiąść na niskim krześle, miękkiej i zapadającej się kanapie?” 90% studentów fizjoterapii i 56% pielęgniarstwa odpowiedziało, że pacjent nie powinien tego robić ( $p < 0,001$ ). Przeciwną opinię wyraziło 15% przyszłych pielęgniarek ( $p < 0,001$ ), a 10% fizjoterapeutów i 29% pielęgniarek nie wypowiedziało się jednoznacznie ( $p < 0,001$ ).

Zapytani o to, jak według nich osoba zoperowana powinna poprawnie i bezpiecznie wstawać z łóżka, 66% studentów fizjoterapii i 33% studentów pielęgniarstwa zaznaczyło poprawną odpowiedź: najpierw

pacjent wysuwa się z łóżka na pół długości uda i prostuje nogę operowaną, następnie pochyla się lekko do przodu, jedną ręką opiera się na balkoniku, drugą na łóżku, a następnie wstaje, wspierając się wyłącznie na rękach i nodze zdrowej ( $p < 0,001$ ). O tym, że nie ma znaczenia, którą nogą jako pierwszą wstanie pacjent, przekonanych było 11% przyszłych fizjoterapeutów i 13% pielęgniarek ( $p = 0,66$ ), zaś zdaniem 10% przyszłych fizjoterapeutów i 15% pielęgniarek ( $p = 0,4$ ) pacjent powinien wysuwać się z łóżka na pół długości uda i zginać nogę operowaną. Problem z odpowiedzią miało 13% osób studiujących fizjoterapię i 39% studentów pielęgniarstwa ( $p < 0,001$ ).

W opinii 81,8% studentów fizjoterapii i 58% pielęgniarstwa w okresie pooperacyjnym po endoprotezoplastyce stawu biodrowego pacjent nie powinien chodzić bez żadnego wsparcia (kuli, balkonika) ( $p < 0,001$ ). Odmienne zdanie wyraziło 9,1% przyszłych fizjoterapeutów i 14% pielęgniarek ( $p = 0,27$ ), a niezdecydowanych było 9,1% studentów fizjoterapii i 28% studentów pielęgniarstwa ( $p < 0,001$ ).

Na pytanie o chodzenie z pomocą balkonika i o to, którą nogą chory będzie zawracał, 69% osób studiujących fizjoterapię i 52% osób studiujących pielęgniarstwo odpowiedziało, że prawidłowo powinien zawracać nogą zdrową ( $p = 0,01$ ). O tym, że powinien to robić nogą operowaną, przekonanych było 13% studentów fizjoterapii i 11% pielęgniarstwa ( $p = 0,66$ ), a po 9% osób z fizjoterapii i pielęgniarstwa ( $p < 0,001$ ) uważało, że nie ma to znaczenia. Problem z deklaracją miało 9% studentów fizjoterapii i 28% studentów pielęgniarstwa ( $p < 0,001$ ).

O tym, że podczas siadania lub zakładania obuwi po operacji stawu biodrowego można przechylać tułów do przodu, było przekonanych 51% studentów fizjoterapii i 42% studentów pielęgniarstwa. Nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic pomiędzy grupami ( $p = 0,2$ ). Odmiennej opinii wyraziło 41% przyszłych fizjoterapeutów i 22% pielęgniarek ( $p = 0,004$ ), a problem z odpowiedzią miało 8% studentów fizjoterapii i 36% studentów pielęgniarstwa ( $p < 0,001$ ).

Na pytanie o prawidłowe siadanie i wstawanie z krzesła 81% studentów fizjoterapii i 47% studentów pielęgniarstwa odpowiedziało poprawnie, że pacjent powinien najpierw wysunąć operowaną nogę do przodu, a ciężar całego ciała oprzeć na rękach. Między grupami stwierdzono różnice istotne statystycznie ( $p < 0,001$ ). O tym, że pacjent powinien najpierw wysunąć zdrową nogę do przodu, przekonanych było 10% przyszłych fizjoterapeutów i 8% pielęgniarek ( $p = 0,62$ ), o tym, że nie ma to znaczenia – 12% studentów pielęgniarstwa ( $p < 0,001$ ), a problem z odpowiedzią miało 9% studentów fizjoterapii i 33% studentów pielęgniarstwa ( $p < 0,001$ ).

Zdaniem 88% studentów fizjoterapii i 56% osób studiujących pielęgniarstwo ( $p < 0,001$ ) pacjent w trak-

cie wstawania nie powinien opierać rąk na operowanej nodze. Przeciwną opinię wyraziło 18% przyszłych pielęgniarek ( $p < 0,001$ ), zaś 12% studentów fizjoterapii i 26% studentów pielęgniarstwa miało trudności z odpowiedzią ( $p = 0,012$ ).

Wymieniając ograniczenia podczas chodzenia po zabiegu endoprotezoplastyki stawu biodrowego, 43% studentów fizjoterapii i 30% studentów pielęgniarstwa wskazało, że chory nie będzie mógł wykonywać zbyt dużych kroków ( $p = 0,057$ ). O tym, że nie będzie mógł stawiać zbyt małych kroków, przekonane było 29% przyszłych fizjoterapeutów i 17% pielęgniarek ( $p = 0,04$ ), 7% studentów fizjoterapii i 13% pielęgniarstwa ( $p = 0,16$ ) uważało, że nie będzie mógł szurać nogami, a 14% przyszłych fizjoterapeutów i 10% pielęgniarek stwierdziło, że nic się nie zmieni. Niezdecydowanych było 7% studentów fizjoterapii i 30% studentów pielęgniarstwa ( $p < 0,001$ ).

Na pytanie, czy po miesiącu od zabiegu endoprotezoplastyki stawu biodrowego osoba zoperowana będzie mogła dźwigać ciężkie przedmioty, 79% studentów fizjoterapii i 54% pielęgniarstwa odpowiedziało „nie” ( $p < 0,001$ ). Odmiennej opinii wyraziło 12% przyszłych fizjoterapeutów i 10% pielęgniarek ( $p = 0,65$ ), a 9% osób studiujących fizjoterapię i 36% studentów pielęgniarstwa miało problem z odpowiedzią ( $p < 0,001$ ).

Spośród wszystkich ankietowanych 55% studentów fizjoterapii i 37% studentów pielęgniarstwa odpowiedziało twierdząco na pytanie o to, czy pacjent będzie mógł się schylić i podnieść z podłogi przedmiot, który mu upadł. Stwierdzono różnice istotne statystycznie pomiędzy grupami ( $p = 0,011$ ). Inaczej sądziło 35% badanych studiujących fizjoterapię i 18% studentów pielęgniarstwa ( $p = 0,007$ ), a trudności z odpowiedzią miało 10% przyszłych fizjoterapeutów i 45% pielęgniarek ( $p < 0,001$ ).

Zdaniem 82% studentów fizjoterapii i 52% studentów pielęgniarstwa ( $p < 0,001$ ) po zabiegu stawu biodrowego pacjent będzie musiał korzystać z toalety wyposażonej w specjalne podwyższenie zapobiegające nadmiernemu zgięciu w stawie biodrowym. Na pytanie przecząco odpowiedziało 9% studentów fizjoterapii i 15% pielęgniarstwa ( $p = 0,25$ ), a niezdecydowanych było 9% przyszłych fizjoterapeutów i 33% pielęgniarek ( $p < 0,001$ ).

W pytaniu o wchodzenie po schodach 74% studentów fizjoterapii i 59% studentów pielęgniarstwa wskazało odpowiedź, że chory jako pierwszą powinien postawić nogę zdrową. Stwierdzono istotne statystycznie różnice pomiędzy grupami ( $p < 0,001$ ). O tym, że powinna to być noga operowana, przekonanych było po 8% przyszłych fizjoterapeutów i pielęgniarek ( $p < 0,001$ ), a że nie ma to znaczenia – 9% studentów fizjoterapii i 10% studentów pielęgniarstwa ( $p = 0,81$ ). Problem z deklaracją miało 9% przyszłych fizjoterapeutów i 23% pielęgniarek ( $p < 0,001$ ).

W odpowiedzi na pytanie o schodzenie ze schodów 68% osób studiujących fizjoterapię i 31% osób studiujących pielęgniarstwo wskazało poprawnie, że pacjent jako pierwszą powinien postawić nogę operowaną i dostawić do niej nogę zdrową ( $p < 0,001$ ). O tym, że jako pierwszą powinien postawić nogę zdrową i dostawić nogę operowaną, przekonanych było 13% przyszłych fizjoterapeutów i 26% pielęgniarek ( $p = 0,015$ ), zaś 10% studentów fizjoterapii i 16% pielęgniarstwa ( $p = 0,035$ ) stwierdziło, że nie ma to znaczenia. Niezdecydowanych było 9% przyszłych fizjoterapeutów i 27% pielęgniarek ( $p < 0,001$ ).

W sytuacji, gdy chory nie ma wyboru i musi siedzieć na niskim krześle, 75% studentów fizjoterapii i 44% studentów pielęgniarstwa zaleciłoby pacjentowi, by wyprostował w kolanie operowaną nogę ( $p < 0,001$ ). Opinię, że pacjent powinien zgiąć i prostować w kolanie operowaną nogę, wyraziło 8% przyszłych fizjoterapeutów i 7% pielęgniarek ( $p = 0,79$ ), a 9% studentów fizjoterapii i 14% studentów pielęgniarstwa ( $p = 0,27$ ) stwierdziło, że powinien zgiąć operowaną kończynę. Niezdecydowanych było 8% przyszłych fizjoterapeutów i 35% pielęgniarek ( $p < 0,001$ ).

O tym, że fizjoterapeuta odgrywa istotną rolę w przywracaniu sprawności pacjentów po zabiegu endoprotezoplastyki stawu biodrowego, przekonanych było 90% przyszłych fizjoterapeutów i 65% pielęgniarek ( $p < 0,001$ ), a 10% studentów fizjoterapii i 35% studentów pielęgniarstwa miało dylemat, jak odpowiedzieć ( $p < 0,001$ ).

## Dyskusja

Z każdym rokiem wzrasta liczba implantowanych endoprotez. Szacuje się, że np. w USA do 2030 r. wzrośnie ona o blisko 85% [8]. Według danych Centralnej Bazy Endoprotezoplastyk Narodowego Funduszu Zdrowia (CBE), która działa od marca 2005 r., w 2016 w porównaniu z rokiem 2005 wykonano o ok. 134% więcej świadczeń endoprotezoplastyki stawowej [9]. Na przestrzeni lat 2005–2016 największą dynamikę wzrostu zaobserwowano w dziedzinie endoprotezoplastyki stawów: łokciowego, ramiennego i kolanowego, w tym największy wzrost (w wartościach bezwzględnych) liczby endoprotezoplastyk stawu biodrowego, a następnie stawu kolanowego. W ciągu ostatnich 12 lat liczba wykonanych endoprotezoplastyk stawu biodrowego wzrosła z 26 091 do 48 782 w 2016 r. Świadczenia endoprotezoplastyki stawowej realizowano na podstawie umów zawartych przez Narodowy Fundusz Zdrowia z łącznie 318 świadczeniodawcami, w tym 312 świadczeniodawców wszczepiało endoprotezy stawu biodrowego, 274 stawu kolanowego, 100 stawu ramiennego, 61 stawu łokciowego, a 58 innego stawu [9]. Największa liczba ośrodków realizujących powyższe świadczenia zlokalizowana

była w województwach mazowieckim (39) oraz śląskim (37), a najmniejsza w lubuskim (7) i opolskim (9) [9]. W 2016 r. w całym kraju wykonano 71 122 endoprotezoplastyki stawowe, z czego: 48 782 endoprotezoplastyki stawu biodrowego (38 964 endoprotez całkowitych, 9088 endoprotez częściowych, 730 zabiegów rewizyjnych bez wymiany elementów wszczepu), 21 240 endoprotezoplastyk stawu kolanowego (19 555 endoprotezoplastyk całkowitych, 1495 częściowych, 190 zabiegów rewizyjnych bez wymiany elementów wszczepu), 635 endoprotezoplastyk stawu ramiennego, 201 endoprotezoplastyk stawu łokciowego oraz 264 endoprotezoplastyki innego stawu [9]. Endoprotezoplastyki stawu biodrowego wykonywano u osób w wieku od 7 do 105 lat, przy średnim wieku 71 lat u kobiet i 65 lat u mężczyzn. W przypadku 50% osób wiek nie przekraczał 69 lat. Wśród pacjentów, u których wykonano endoprotezoplastykę stawu biodrowego, dominowały osoby w wieku 60–69 lat, a następnie w przedziale wiekowym 70–79 lat [9].

W literaturze przedmiotu [7, 10] podkreśla się, że po zabiegu całkowitej endoprotezoplastyki stawu biodrowego zalecana jest aktywność fizyczna, której celem jest utrzymanie sprawności operowanego stawu oraz ogólnej kondycji pacjenta. Warto także pamiętać, że coraz większe upowszechnienie zabiegu całkowitej endoprotezoplastyki stawów z jednej strony i rozszerzanie wskazań do operacji z drugiej (np. o osoby młodsze, sprawne fizycznie, których codzienne funkcjonowanie dopiero zaczyna być ograniczone w wyniku rozwoju zmian zwyrodnieniowych) wymaga systematycznego podnoszenia wiedzy przez pracowników ochrony zdrowia, w tym fizjoterapeutów i pielęgniarzy [7, 10]. Ważna jest również edukacja chorego dotycząca jego funkcjonowania po przeprowadzonej operacji, co niewątpliwie wymaga od personelu szpitali wiedzy na temat stanu funkcjonalnego i oceny stopnia niepełnosprawności. Potwierdzają to badania Kokoszki i wsp. [11], które udowodniły, jak istotny jest wpływ poziomu wiedzy na temat operowanego stawu i występujących po zabiegu ograniczeń – zarówno tych w życiu codziennym, jak i w aktywności zawodowej – na stan funkcjonalny chorego po alloplastyce. W tym kontekście podkreśla się rolę edukacji prowadzonej przez pielęgniarkę przed i po zabiegu, mającej na celu m.in. przekazanie pacjentowi zasad, jakich musi przestrzegać, aby podtrzymać efekty leczenia i usprawniania [7, 10–12].

Dziekońska i wsp. [12] także zwracają na to uwagę, zwłaszcza w kontekście wyznaczania pielęgniarkom – jako członkom zespołu terapeutycznego w procesie diagnostyczno-leczniczym – zakresu kompetencji, obowiązków oraz funkcji. Dzięki swojej 24-godzinnej obecności przy pacjencie personel pielęgniarski może w największym stopniu przyczynić się do poprawy jego stanu po operacji. W opinii pacjentów z badania Kozłowskiej i Wojciechowskiej [13] pielęgniarki biorą

udział w rehabilitacji osób niepełnosprawnych ruchowo i realizują zadania zawodowej funkcji rehabilitacyjnej. Mają kompetencje do wykonywania czynności usprawniających podczas pielęgnowania osób niepełnosprawnych ruchowo na oddziałach rehabilitacji leczniczej i chirurgii urazowo-ortopedycznej. Z kolei z badań Śliwińskiego i wsp. [14] płynnie wnioskuje o niezastąpionej roli fizjoterapeuty, który spełnia ważne zadania w procesie usprawniania pacjenta. Badania własne wykazały natomiast, że spośród wszystkich ankietowanych 91% studentów fizjoterapii i 64% studentów pielęgniarstwa wie, jak powinien radzić sobie pacjent po zabiegu endoprotezoplastyki stawu biodrowego.

Kunikowska i wsp. [15] objęli badaniem grupę 60 pacjentów po endoprotezoplastyce, w tym 41 mężczyzn (63,9 ±10,8 lat) i 19 kobiet (65,4 ±11,5 lat). Stwierdzili, że informację o tym, jak sobie radzić po alloplastyce stawu biodrowego, otrzymało jedynie 31,7% pacjentów. Takie informacje za niezbędne uznało 57,9% chorych, a za wyedukowanych w zakresie radzenia sobie po zabiegu uważało się 33,6% pacjentów [15]. Z kolei badania Koniecznego i wsp. oraz Wrzoska i Koniecznego [10, 16] wykazały, że ważne jest wprowadzenie nowoczesnego standardu usprawniania pacjentów i opieki pielęgniarskiej po endoprotezoplastyce stawu biodrowego. Według Cypryńskiej i wsp. [17] jedynie systematyczna i kompleksowa rehabilitacja po alloplastyce stawu biodrowego jest w stanie poprawić stan fizyczny i funkcjonalny pacjentów, polepszyć ich możliwości samoobsługi, skrócić czas powrotu do zdrowia i codziennego życia oraz przyspieszyć powrót do pracy. Podobnie uważają Pozowski i Skolimowski [18] oraz Czabański i wsp. [19], podkreślając ogromny wpływ prawidłowo prowadzonego postępowania usprawniającego na końcowy wynik leczenia operacyjnego.

Według Dziekońskiej i wsp. [12] znaczenie w powyższym zakresie ma także opieka pielęgniarska. Opiekując się pacjentem, pielęgniarka powinna zwrócić szczególną uwagę na jego aktywizację ruchową i już we wczesnym okresie pooperacyjnym dążyć do przywrócenia mu możliwości sprawnego i samodzielnego funkcjonowania [12]. Za podstawową formę rehabilitacji pielęgniarskiej uważa się ułożenie leżnicze, zapobieganie odleżynom, przykurczom, zastojowi żylnemu, zapaleniu płuc, prowadzenie ćwiczeń biernych, bierno-czynnych, obracanie pacjenta w łóżku, pomaganie mu przy siadaniu, wstawaniu, przechodzeniu z pozycji siedzącej do stojącej [20, 21]. W badaniach w grupie 70 pacjentów po całkowitej endoprotezoplastyce stawu biodrowego 30% oczekiwało pomocy przy zmianie pozycji ciała w łóżku [12].

Z badań własnych wynika, że 100% studentów fizjoterapii i 79% studentów pielęgniarstwa uważa usprawnianie chorego po zabiegu alloplastyki stawu biodrowego za ważne.

Demczyszak i wsp. [22] także zgadzają się, że istotne jest usprawnianie pacjentów. Prusinowska i wsp.

[23] zwracają uwagę, że usprawnianie chorego po operacji stawu biodrowego powinno zaczynać się już w pierwszej dobie po zabiegu i uwzględniać ćwiczenia oddechowe oraz ćwiczenia przeciwzakrzepowe. Powyższe zauważyli również Golec i wsp. [24] w kontekście konieczności podjęcia wczesnego usprawniania operowanych pacjentów po całkowitych endoprotezach stawu biodrowego. Szopińska i wsp. [25] podkreślają z kolei, że wczesne i kompleksowe usprawnianie po alloplastyce stawu biodrowego poprawia stan fizyczny i funkcjonalny oraz pomaga pacjentowi w życiu i samoobsłudze.

Badania własne wykazały, że 81% studentów fizjoterapii i 64% studentów pielęgniarstwa było zdania, iż sprawność fizyczna pacjenta ulegnie zmianie po endoprotezoplastyce stawu biodrowego, 17% studentów pielęgniarstwa i 10% studentów fizjoterapii uważało, że nie ulegnie ona zmianie, a 19% studentów pielęgniarstwa i 9% studentów fizjoterapii nie znało odpowiedzi.

Według badań Piekoszewskiej i Kwiatkowskiego [26] 56,3% pacjentów poddanych operacji pierwotnej protezoplastyki stawu biodrowego spodziewa się dużego zadowolenia z bycia aktywnym fizycznie po operacji, 25% myśli, że zabieg zmniejszy ich zadowolenie, a 18,8% uważa, że nic się nie zmieni. W badaniach Fortiny i wsp. [27] 43,3% badanych we wczesnym okresie pooperacyjnym uznało, że zabieg nie wpłynie na aktywność dnia codziennego. Korzystny wpływ operacji dostrzegło 41,6% chorych. O tym, że wpłynie ona znacząco na ich aktywność, przekonanych było 5,5% pacjentów, a 9,6% wyraziło opinię, że operacja nie wpłynie w żadnym stopniu na ich aktywność dnia codziennego. Po trzech miesiącach okazało się, że opinie badanych uległy istotnym zmianom, ponieważ po tym czasie 87,9% chorych uważało, że zabieg bardzo korzystnie wpłynął na wykonywanie codziennych czynności i poprawę ich funkcjonowania, a jedynie 12,1%, stwierdziło, że uzyskany efekt jest wystarczający i zadowalający. Żaden chory nie wypowiedział się negatywnie w tej kwestii [27].

Z badań Koniecznego [10] wynika, że ważne jest, by wprowadzić ćwiczenia oddechowe w pierwszej dobie. Jak podaje Schier, przed operacją należy przeprowadzić gimnastykę oddechową, która będzie potrzebna po zabiegu alloplastyki stawu biodrowego [cyt. za 10].

Badania własne wykazały, że 90% studentów fizjoterapii i 58% studentów pielęgniarstwa twierdzi, że ćwiczenia oddechowe przed i po zabiegu endoprotezoplastyki stawu biodrowego pomagają operowanej osobie. Tylko 18% studentów fizjoterapii i 24% studentów pielęgniarstwa wyraziło negatywną opinię na ten temat.

W literaturze przedmiotu [28, 29] zwraca się uwagę na to, że czas oraz program usprawniania chorych po endoprotezoplastyce stawu biodrowego mogą nieznacznie różnić się w poszczególnych ośrodkach leczniczo-rehabilitacyjnych, jednak ich cele są zawsze ta-

kie same: wczesna pionizacja, szybki powrót funkcji statycznych oraz dynamicznych operowanej kończyny dolnej i skrócenie czasu pobytu chorych na oddziałach szpitalnych. Należy także pamiętać, że optymalną wydolność operowanego stawu można uzyskać najczęściej po roku od momentu wszczęcia endoprotezy [28, 29].

W badaniu własnym wykazano, że zdaniem 83% studentów fizjoterapii i 49% studentów pielęgniarstwa pacjent w pierwszej dobie po zabiegu nie może łączyć nóg, w opinii 90% studentów fizjoterapii i 49% studentów pielęgniarstwa nie może skręcać do wewnątrz ani na zewnątrz nogi operowanej, a zdaniem 90% studentów fizjoterapii i 60% studentów pielęgniarstwa nie może zakładać nogi na nogę.

Według badań Hawrylak i wsp. [30] pacjent ma zakaz zakładania nogi na nogę, musi uważać na operowaną kończynę, by jej nie rotować na zewnątrz i do wewnątrz ani przywozić. Analizując wyniki otrzymane w grupie 20 osób zakwalifikowanych do wszczęcia bezcementowej endoprotezy stawu biodrowego, Ossowska i wsp. [28] zaobserwowali systematyczny wzrost zakresów ruchu w operowanym stawie w okresie pooperacyjnym, w tym największy w 14. dobie. Podobne obserwacje poczynili Wilk i Frańczuk [31]. W ich badaniach znaczny wzrost zakresu ruchu w stawie biodrowym nastąpił w 10. dobie po zabiegu [31].

W opinii Kozłowskiej i Wojciechowskiej [13] osoby niepełnosprawne ruchowo, które pozostają pod opieką pielęgniarek, powinny być przez nie przygotowywane do systematycznego udziału w rehabilitacji pozwalającej im na radzenie sobie z niesprawnością ruchową. Pielęgniarki nie tylko czuwają nad pacjentami w czasie wykonywania przez nich w łóżku ćwiczeń proponowanych przez fizjoterapeutę, ale także podczas przemieszczania się z pomocą kul lub sprzętu pomocniczego. Pokazują i pouczają, jak efektywnie i bezpiecznie wykonywać ćwiczenia, uczą siadania na niskich siedziskach z wyprostowanymi kończynami w sytuacjach awaryjnych (zmęczenia, potrzeby odpoczynku lub wystąpienia nagłego bólu) [13]. W opinii pacjentów z badania autorki sprawność ruchowa i samodzielność osób niepełnosprawnych ruchowo zwiększa się z jednej strony w wyniku oddziaływania pielęgniarek w ramach zawodowej funkcji rehabilitacyjnej, z drugiej zaś w efekcie ich współudziału w rehabilitacji kompleksowej. Istotne jest przy tym, aby pielęgniarki egzekwowały przestrzeganie zaleceń fizjoterapeutów i nadzorowały wykonywanie ćwiczeń przez chorych [13].

Pielęgniarki powinny uczyć chorych zasad chodzenia za pomocą kul, a wcześniej ze sprzętem pomocniczym (utrzymywanie wyprostowanej postawy ciała, prosto ustawionej głowy, patrzenie przed siebie) [13]. Ważną wskazówką dla osób przemieszczających się za pomocą kul jest noszenie swoich rzeczy w plecaku lub torebce przewieszanej przez ramię, co gwarantuje

bezpieczne przemieszczanie się w dowolne miejsce. Nie powinno się przy tym zapominać także o estetyce chodu z pomocą kul [13].

W opinii 81,8% ankietowanych studiujących fizjoterapię i 58% osób studiujących pielęgniarstwo pacjent nie może chodzić bez żadnej pomocy ortopedycznej w okresie pooperacyjnym po endoprotezoplastyce. Z kolei 9,1% przyszłych fizjoterapeutów i 14% przyszłych pielęgniarek uważa, że chory może chodzić bez kul czy balkonika po zabiegu alloplastyki stawu biodrowego.

Z badań wynika, że próby chodzenia bez pomocy kul łokciowych powinny rozpoczynać się wcześniej, natomiast chodzenie o kulach po zabiegu skraca czas powrotu do zdrowia, poprawia symetrię obciążenia operowanej kończyny i zwiększa długość kroku [cyt. za 32].

Badania własne wykazały, że w opinii 73% studentów fizjoterapii i 46% studentów pielęgniarstwa podczas siadania na łóżku, krześle czy kanapie kolana powinny znajdować się „poniżej bioder”; 90% przyszłych fizjoterapeutów i 56% przyszłych pielęgniarek uważało, że pacjent nie może siadać na niskiej, miękkiej, zapadającej się kanapie czy krześle; 43% studentów fizjoterapii i 30% studentów pielęgniarstwa stwierdziło, że chory nie będzie mógł w trakcie chodzenia wykonywać zbyt dużych kroków, natomiast 29% przyszłych fizjoterapeutów i 17% przyszłych pielęgniarek odpowiedziało, że nie będzie mógł wykonywać zbyt małych kroków.

Według Hawrylak i wsp. [30] ważne jest, by unikać siedzenia na głębokich siedziskach. Początkowo chodzenie powinno odbywać się na krótkich dystansach i z czasem można je zwiększać.

Wielu autorów [26, 28] uważa, że systematyczna i kompleksowa rehabilitacja poprawia w dużej mierze stan funkcjonalny oraz fizyczny chorych po endoprotezoplastyce stawu biodrowego, usamodzielnia pacjenta, a także przyspiesza jego powrót do zdrowia i pracy oraz skraca czas powrotu do codziennego życia. W związku z tym chorzy poddawani operacji wszczęcia sztucznego stawu biodrowego powinni być szczegółowo informowani – zarówno przez lekarza i fizjoterapeutę, jak i pielęgniarkę – o wszystkich zmianach zachodzących w organizmie po operacji [26]. W tym celu można posłużyć się specjalnymi folderami i broszurami informacyjnymi pacjentów, czego powinni unikać po operacji, aby ułatwić sobie powrót do sprawnego funkcjonowania [26]. Przykład takiego kompendium wiedzy zaproponowali Fortina i wsp. [27] i aż 91,8% chorych wyraziło zadowolenie z zawartych w nim informacji.

W podsumowaniu warto ponownie podkreślić, że właściwie przeprowadzona edukacja zdrowotna to jeden z ważniejszych czynników mających wpływ na ocenę jakości życia pacjentów i pozwala im na lepszą adaptację do nowej sytuacji życiowej oraz zrozumienie i prawidłowe radzenie sobie z ograniczeniami wynikającymi z zabiegu. Jest również niezbędnym warunkiem



samodzielnej rehabilitacji pacjenta w warunkach domowych. Istotny jest jednak prawidłowy dobór tematów, uświadomienie pacjentowi ograniczeń wynikających z aktualnego stanu zdrowia oraz przekazanie informacji na temat zmian, jakie zajądą od operacji w miarę upływu czasu. Konieczny i wsp. [10] zwrócili uwagę na potrzebę wprowadzenia nowoczesnego standardu opieki pielęgniarstwa i usprawniania pacjentów po alloplastyce stawu biodrowego, w którym znalazłyby się nie tylko zasady rehabilitacji operowanej kończyny, ale również nauka samoopieki i życia w nowej sytuacji. Według autorów na ocenę jakości świadczonej opieki medycznej ewidentny wpływ ma zwiększenie wiedzy i uwrażliwienie personelu pielęgniarstwa na problem usprawniania i samoopieki. Właściwie prowadzona edukacja wykształci z kolei w pacjencie odpowiedzialność za aktywne i systematyczne uczestniczenie w procesie rehabilitacji i z pewnością podwyższy jego ocenę jakości życia oraz stanu funkcjonalnego. Jest to niezbędny proces, ponieważ np. w badaniach Fortiny i wsp. [27] aż 75% pacjentów oceniło poziom swojej wiedzy jako niski.

Właściwy dobór treści edukacji zdrowotnej pacjentów i ich rodzin, uwzględniający ocenę zmieniającego się w czasie stanu funkcjonalnego pacjenta oraz zakresu wsparcia ze strony najbliższych, może mieć istotny wpływ na przebieg i wyniki rehabilitacji. Wsparcia choremu w jego codziennym funkcjonowaniu w szeroko pojętym środowisku powinni udzielać wszyscy członkowie zespołu rehabilitacyjnego [33]. Szybkie osiągnięcie jak najwyższego stopnia sprawności i aktywnego uczestnictwa w życiu rodzinnym, zawodowym oraz społecznym daje bowiem możliwość obniżenia kosztów ekonomicznych i społecznych skutków choroby zwyrodnieniowej stawów.

## Wnioski

Studenci fizjoterapii w porównaniu ze studentami pielęgniarstwa posiadali większą wiedzę w zakresie postępowania terapeutycznego po zabiegu endoprotezoplastyki stawu biodrowego. Większość studentów obu kierunków uważała, że fizjoterapeuta odgrywa bardzo ważną rolę w przywracaniu sprawności pacjentów po zabiegu alloplastyki stawu biodrowego.

Należy pamiętać, że po operacji protezoplastyki biodra niezbędna jest fachowa i rzetelna opieka pielęgniarstwa. Konieczna jest też praca fizjoterapeuty – zarówno przed, jak i po zabiegu – oraz edukacja pacjenta i jego rodziny.

*Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.*

## Piśmiennictwo

1. Wojciechowski P, Kusz D, Iwaniak A, Cieliński Ł. Analiza wyników całkowitych endoprotezoplastyk stawu kolanowego operowanych w Katedrze i Klinice Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu w Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach. *Chirurgia Kolana, Artroskopia, Traumatologia Sportowa* 2006; 3: 19-26.
2. Żuk T, Dziak A, Gusta A. *Podstawy ortopedii*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1993.
3. Buczek N, Dzierżanowski M, Hagner W i wsp. Wiek pacjenta jako czynnik wpływający na usprawnianie wczesnoszpitalne po alloplastyce totalnej stawu biodrowego. *Kwart Ortop* 2008; 1: 80-89.
4. Ridan T, Ogródzka K, Kliś A. Postępowanie rehabilitacyjne po endoprotezoplastyce stawu biodrowego. *Prakt Fizjoter Rehabil* 2013; 43: 6-22.
5. Czernicki K, Jaworski JM. Endoprotezoplastyka stawu biodrowego. Program edukacyjny pacjentów Krakowskiego Centrum Rehabilitacji i Ortopedii realizowany w ramach systemu jakości pod kierunkiem dr n. med. Jerzego Mirosława Jaworskiego, Krakowskie Centrum Rehabilitacji i Ortopedii, Kraków 2015. [http://v14393.vhost.ceti.pl/download/promocja\\_zdrowia/endoprotezoplastyka\\_stawu\\_biodrowego.pdf](http://v14393.vhost.ceti.pl/download/promocja_zdrowia/endoprotezoplastyka_stawu_biodrowego.pdf) (dostęp: 15.01.2018).
6. Gołba A, Burzyński B, Sołtysiak Z i wsp. Postępowanie fizjoterapeutyczne w reumatoidalnym zapaleniu stawów. W: *Współczesne problemy fizjoterapii*. Olszówka M, Zdunek B (red.). Wyd. Naukowe TYGIEL, Lublin 2016: 117-126.
7. Małeczka W. Pielęgnowanie chorego w ortopedii i rehabilitacji. W: *Wiktora Degi ortopedia i rehabilitacja*. Kruczyński J, Szulc A. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2004: 115-121.
8. Mamlin LA, Melfi CA, Parchman ML i wsp. Management of osteoarthritis of the knee by primary care physicians. *Arch Fam Med* 1998; 6: 563-567.
9. Realizacja świadczeń endoprotezoplastyki stawowej w 2016 r. <http://www.nfz.gov.pl/o-nfz/publikacje> (dostęp: 23.02.2018).
10. Konieczny P, Piechowicz J, Kotela I. Standard opieki pielęgniarstwa u chorych po endoprotezoplastyce stawu biodrowego. *Prz Lek* 2010; 67: 389-393.
11. Kokoszka P, Staszczuk P, Redman M i wsp. Ocena odległych wyników endoprotezoplastyki stawu biodrowego protezą bezcementową typu Zweymuller. *Chir Narz Ruchu* 2008; 73: 94-100.
12. Dziekońska M, Latosiewicz R, Kulikowska A. Pielęgnowanie pacjenta po endoprotezoplastyce stawu biodrowego. *Hygeia* 2013; 48: 355-359.
13. Kozłowska D, Wojciechowska M. Realizowanie zadań funkcji rehabilitacyjnej przez pielęgniarki w opinii pacjentów niepełnosprawnych ruchowo. *Probl Pielęg* 2007; 15: 162-163.
14. Śliwiński Z, Frączek E, Starczyńska M. Rola fizjoterapeuty w oddziale ortopedyczno-urazowym w aspekcie finansowania procedur medycznych przez Narodowy Fundusz Zdrowia. *Ortop Traumatol Rehabil* 2013; 6: 629-639.
15. Kunikowska B, Pieszynski I, Olędzki T i wsp. Analiza problemów codziennego funkcjonowania osób po endoprotezoplastyce stawu biodrowego. *Ortop Traumatol Rehabil* 2014; 16: 139-151.
16. Wrzosek Z, Konieczny G. Analiza zmian w postępowaniu usprawniającym pacjentów ze zmianami zwyrodnieniowo-zniekształcającymi stawu biodrowego leczonych metodą alloplastyki na przestrzeni ostatnich 25 lat. *Kwart Ortop* 2010; 2: 279-286.
17. Cypryńska B, Woldańska-Okońska M, Zubrzycki J i wsp. Rehabilitacja po całkowitych – cementowych i bezcementowych – endoprotezoplastykach stawów biodrowych w aspekcie balneologicznym. *Fizjoterapia* 1999; 7: 25-31.
18. Pozowski A, Skolimowski T. Fizjoterapia szpitalna chorych po totalnej endoprotezoplastyce stawu biodrowego we wczesnym okresie pooperacyjnym. *Fizjoterapia* 1999; 7: 32-36.
19. Czabański P, Widawski A, Golec J i wsp. Bezcementowa endoprotezo plastyka stawów biodrowych endoprotezą typu ABG – indywidualizacja pooperacyjnego procesu rehabilitacji. *Fizjoterapia* 1997; 5: 29-31.
20. Rostawski A, Skolimowski T. Technika wykonywania ćwiczeń leczniczych. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1987: 7-9, 13-22.

21. Hrycaj PZ, Łącki JK. Od zwyrodnienia do zapalenia – współczesne poglądy na patogenezę choroby zwyrodnieniowej stawów. *Nowa Med* 2002; 2: 7-15.
22. Demczyszak I, Wrzosek Z, Żukowska U i wsp. Ocena efektów usprawniania chorych po endoprotezoplastyce stawu biodrowego. *Kwart Ortop* 2012; 2: 75-169.
23. Prusinowska A, Turski P, Małdyk P i wsp. Alloplastyka stawu biodrowego u pacjentów z zeszywniającym zapaleniem stawów kręgosłupa – rehabilitacja. *Reumatologia* 2009; 47: 182-187.
24. Golec J, Szczygieł E, Cizek E i wsp. Fizjoterapia w alloplastykach totalnych stawów biodrowych endoprotezami bezcementowymi. *Kwart Ortop* 2009; 1: 22-28.
25. Radziwińska A, Szopińska K, Hagner W i wsp. Analiza porównawcza wyników rehabilitacji po endoprotezoplastyce cementowej i bezcementowej stawu biodrowego. *Kwart Ortop* 2004; 1: 56-59.
26. Piekoszewska A, Kwiatkowski K. Oczekiwania chorych po endoprotezoplastyce stawu biodrowego dotyczące ich aktywności fizycznej. *Post Rehab* 2013; 4: 5-11.
27. Fortina M, Carta S, Gambera D i wsp. Recovery of physical function and patient's satisfaction after Total Hip Replacement (THR) surgery supported by a tailored guide-book. *Acta Biomed* 2005; 76: 152-156.
28. Ossowska M, Bednarczyk-Rosolak B, Sterkowicz T. Wczesne wyniki usprawniania chorych po endoprotezoplastyce stawu biodrowego. *Współczesne Pielęgniarstwo i Ochrona Zdrowia* 2016; 5: 75-79.
29. Różańska M, Żołyński K, Pawlik Z i wsp. Ocena wydolności czynnościowej stawu biodrowego po alloplastykach bezcementowych. *Kwart Ortop* 2002; 1: 39-50.
30. Hawrylak A, Weigel D, Barczyk K i wsp. Wpływ zastosowanego leczenia na zachowanie się wybranych parametrów czynnościowych pacjentów po endoprotezoplastyce stawów biodrowych – doniesienie wstępne. *Fizjoter Pol* 2010; 3: 222-233.
31. Wilk M, Frańczuk B. Ocena zmian zakresów ruchów w stawie biodrowym u pacjentów ze zmianami zwyrodnieniowymi przed i po artroplastyce przy użyciu endoprotezy totalnej. *Ortop Traumatol Rehabil* 2004; 6: 342-349.
32. Pop T, Zajkiewicz K, Drużbicki M i wsp. Możliwości reedukacji chodu u chorych po endoprotezoplastyce stawu biodrowego. *Post Rehab* 2007; 2: 29-33.
33. Tilburt J.C.: Evidence-based medicine beyond the bedside: keeping an eye on context. *J Eval Clin Pract* 2008; 14: 721-725.