

Joanna GOLEC^{1,2}
Małgorzata KAMIŃSKA²
Justyna FILIPOWICZ³
Małgorzata BĄK³
Dorota CZECHOWSKA⁴
Elżbieta SZCZYGIEL¹
Waldemar HŁADKI¹
Agata MASŁON⁴

¹Zakład Fizjoterapii Klinicznej,
Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu,
Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza
Modrzewskiego w Krakowie.

²Klinika Chirurgii Urazowej i Ortopedii 5
Wojskowego Szpitala Klinicznego z Polikliniką
SP ZOZ w Krakowie.

³Zakład Rehabilitacji w Traumatologii,
Wydział Rehabilitacji Ruchowej,
Akademia Wychowania Fizycznego im. Broni-
sława Czecha w Krakowie.

⁴Zakład Rehabilitacji w Ortopedii,
Wydział Rehabilitacji Ruchowej,
Akademia Wychowania Fizycznego im. Broni-
sława Czecha w Krakowie.

Słowa kluczowe:

akceptacja choroby, jakość życia, złamania
okołokrętarzowe kości udowej

Key words:

acceptance of the disease, quality of life, tro-
chanteric fractures of the femur

Adres do korespondencji:
Joanna Golec
mail : joannagolec@wp.pl
telefon:696-007-713

Ocena jakości życia oraz akceptacji choroby u chorych po przebytych złamaniu okołokrętarzowym kości udowej - badanie wstępne

Evaluation of the quality of life and acceptance of the disease by the patients after a trochanteric fracture of the femur - preliminary study

Celem pracy była ocena wybranych zmiennych jakości życia oraz akceptacji choroby u chorych po przebytych złamaniu okołokrętarzowym kości udowej leczonych operacyjnie.

Do badania włączono 34 kobiety, leczone operacyjnie w Klinice Chirurgii Urazowej i Ortopedii 5. Wojskowego Szpitala Klinicznego SP ZOZ w Krakowie, z powodu złamań okołokrętarzowych kości udowej gwoździem Gamma. Wiek badanych mieścił się w przedziale od 54 do 96 roku życia, dając średnią 83,4 lat. Badanie wykonano w trzech etapach; od 1 do 3 dni przed zabiegiem operacyjnym, od 3 do 5 dni po jego wykonaniu oraz po 30 dniach po zabiegu. Dokonano analizy jakości życia kwestionariuszem SF-36 w wersji polskiej oraz stanu psychicznego za pomocą skali AIS - oceny akceptacji choroby. W przyjętym okresie obserwacji klinicznej chorzy po złamaniu okołokrętarzowym określają niższy poziom jakości życia. Wyniki w skali AIS w porównaniu ze stanem wyjściowym, wykazały brak akceptacji i niższe poczucie własnej wartości.

Wstęp

Jednym z zasadniczych problemów osób w wieku starszym są narastające z czasem zaburzenia funkcjonalne istotnie wpływające na jakość ich życia i stan psychiczny, wykonywanie czynności codziennych, a także na wydolność i charakter chodu. Złożoność problemu dotyczy nie tylko ograniczeń fizycznych, ale również problemów w sferze psychicznej pacjentów [1]. Na taki stan rzeczy z pewnością wpływają przebyte lub aktualnie trwające choroby miejscowe i ogólnoustrojowe, w tym również złamania kości. Często występującymi w okresie ogólnoustrojowych zmian inwolucyjnych są złamania końca bliższego kości udowej, w tym okołokrętarzowe. Stanowią one poważny problem leczniczy, rehabilitacyjny, ekonomiczny, socjalny, funkcjonowania psychospołecznego, w tym także dotyczący przestrzeni zmian jakości życia [2,3]. Zwłaszcza u kobiet w wieku pomienopausalnym istnieje bardzo wiele czynników warunkujących wysokie ryzyko tych złamań.

The aim of the study was to assess selected life quality variables and the acceptance of the disease by the patient after treated surgically trochanteric fracture of femur. The study was conducted on the group of the thirty-four women who were treated surgically due to trochanteric fractures of the femur in the Clinic of Traumatology and Orthopaedics at the 5th Military Clinical Hospital SP ZOZ in Krakow. In this treatment, an intramedullary junction of bone fragments was used with the Gamma nail. The age of the respondents ranged from 54 to 96 years, giving an average of 83.4 years. The study was conducted in three stages; from 1 to 3 days before the surgery, from 3 to 5 days after the surgery and 30 days after the procedure. The quality of life analysis was assessed in the polish version of SF-36 questionnaire, while the mental state was assessed using the AIS scale - the acceptance of the disease. Patients after trochanteric fractures of femur report a lower level of quality of life in the adopted period of the clinical observation. The results of the AIS scale in comparison to the initial state showed a lower acceptance of the disease and lower self-esteem of the patients.

Dominują tutaj między innymi upośledzenie koordynacji ruchowej i równowagi, zmniejszenie siły mięśniowej, zmiany hormonalne i wynikające w znacznej mierze ze zmian inwolucyjnych układu kostno-stawowego. Często obserwowane są również zaburzenia świadomości, wzroku i słuchu, a także przebyte choroby układu nerwowego lub sercowo-naczyniowego [4]. Obecnie w życiu klinicznym stosowane są dwa podstawowe systemy stabilizacji wewnętrznej złamań krętarzowych: zewnątrzszpikowy i wewnątrzszpikowy. Zarówno implanty śródszpikowe jak i zewnątrzszpikowe znajdują w literaturze potwierdzoną skuteczność terapeutyczną. W zależności od zastosowanej metody leczenia tych złamań, a także w oczywisty sposób od ogólnego stanu psychofizycznego poszkodowanych, ich śmiertelność w pierwszym roku obserwacji zamyka się w przedziale od 17 do 35% [5].

W ostatnich latach coraz częściej zwraca się uwagę na jakość życia chorych, w tym z powodu uszkodzeń urazowych układu kostno-stawowego, w aspekcie szeregu zmiennych między innymi o charakterze funkcjonalnym, emocjonalnym, społecznym czy też somatycznym [6]. Wiedza w tym zakresie, jak się wydaje ułatwia holistyczną ocenę skuteczności podjętych szeroko rozumianych działań leczniczych.

Cel pracy

Celem prezentowanych badań była ocena wybranych zmiennych jakości życia u chorych oraz akceptacji choroby po przebyciu złamaniu okołokrętarzowym kości udowej chorych leczonych operacyjnie, a przede wszystkim udzielenie odpowiedzi na następujące pytania:

1. Jak kształtowała się jakość życia chorych ze złamaniem okołokrętarzowym kości udowej w przyjętym okresie obserwacji klinicznej?
2. Jak kształtował się stan psychiczny chorych po złamaniu okołokrętarzowym kości udowej w przyjętym okresie obserwacji klinicznej?

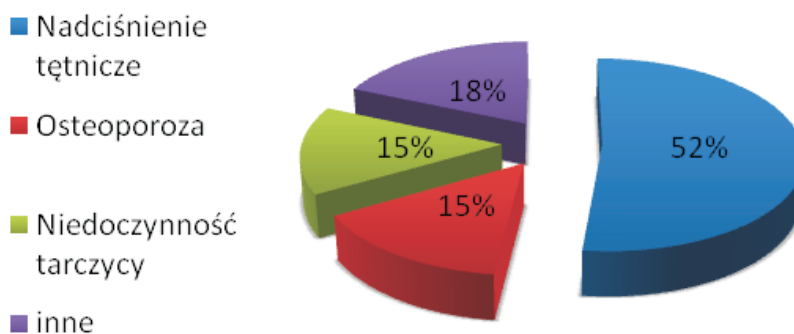
Materiał i metodyka

Cel pracy zrealizowano w oparciu o materiał pochodzący z Kliniki Chirurgii Urazowej i Ortopedii 5. Wojskowego Szpitala Klinicznego z Polikliniką Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Krakowie (SWSzK SP ZOZ). Do badania włączono 34 kobiety leczone operacyjnie z powodu złamania okołokrętarzowego kości udowej metodą zespolenia odłamów kostnych śródszpikowym gwoździem Gamma. Badanie przeprowadzono w 2015 roku. Wiek badanych zawierał się w przedziale od 54 do 96 roku życia, dając średnią 83,4 lat. U badanych odnotowano współistnienie licznych schorzeń ogólnoustrojowych (Ryc.1).

Zastosowano kryteria włączenia do badań:

1. Logiczny kontakt werbalny,
2. Poziom orientacji allo i autopsychicznej chorych o wartości minimum 7 punktów Krótkiego Kwestionariusza Stanu Psychicznego wg Pfeiffer (SPMSQ) [7],
3. Jednorazowe i jednostronne złamanie okołokrętarzowe kości udowej,
4. Brak wcześniejszych złamań operowanej kończyny,
5. Pozytywna kwalifikacja interdyscyplinarna do zabiegu operacyjnego,
6. Pisemna zgoda chorych na leczenie operacyjne,

Choroby współistniejące



Ryc.1.

Choroby współistniejące w badanej grupie.

7. Świadoma zgoda na udział w proponowanym badaniu.

W badaniach zastosowano metodę sondażu diagnostycznego. Wykorzystano wystandaryzowane narzędzia:

- * Kwestionariusz SF- 36 w wersji polskiej
- * AIS - Skala Akceptacji Choroby
- * Krótki Kwestionariusz Stanu Psychicznego wg Pfeiffer (SPMSQ) – kryterium włączenia do badania.

Wszyscy włączeni do badania zostali objęci standardami postępowania fizjoterapeutycznego oraz pielęgniarstwa. Badanie wykonano w trzech etapach; od 1 do 3 dni przed zabiegiem operacyjnym - pierwsze badanie, od 3 do 5 dni po jego wykonaniu – drugie badanie oraz po 30 dniach po zabiegu operacyjnym – trzecie badanie.

Kwestionariusz oceny jakości życia SF-36 (Short From Health Survey) w wersji polskiej ze względu na kryterium administrowania jest metodą samooceny. Pytania w nim zawarte pozwalają na całościową ocenę zmiennych jakości życia. Przyjęto ogólnie, iż suma punktów w danym wskaźniku określa pozytywną lub negatywną wartość. Za zasadę uważa się, że im wskaźnik „negatywności” jest niższy, tym wyższa jest samoocena badanego [8]. Kwestionariusz bada subiektywną ocenę jakości życia. Składa się z 11 pytań, zawierających 36 stwierdzeń, określających 8 elementów tj.: funkcjonowanie fizyczne, zdrowie psychiczne, odczucia emocjonalne, vitalność, ograniczenia wynikające ze stanu zdrowia, odczucia bólowe, funkcjonowanie socjalne oraz ogólne poczucie zdrowia. Najwyższa wartość punktowa oznacza najniższy stopień w ocenie jakości życia, natomiast najniższa wartość punktowa daje obraz najwyższego

poziomu jakości życia. Maksymalna liczba punktów wynosi 171. W celu analizy statystycznej przyjęto podział uzyskanych wyników oceny jakości życia w następujący sposób: 171 – 160 punktów bardzo niska jakość życia, 159 – 140 punktów niska jakość życia, 139 – 120 punktów niewystarczająca jakość życia, 119 – 100 punktów wystarczająca jakość życia, 99 – 80 punktów przeciętna jakość życia, 79 – 60 punktów dobra jakość życia, 59 – 0 punktów bardzo wysoka jakość życia.

Oceny stanu psychicznego dokonano za pomocą Skali Akceptacji Choroby (AIS- Acceptance of Illness Scale), która opisuje stan psychiczny pacjenta, została opracowana przez B.J. Felton, T.A. Revenson i G.A. Hinrichsen, [9] zaadoptowana w Polsce przez Z. Jurczyńskiego. Zawiera osiem stwierdzeń opisujących negatywne konsekwencje złego stanu zdrowia. Konsekwencje te sprowadzają się do uznania ograniczeń narzuconych przez chorobę, braku samowystarczalności, poczucia zależności od innych osób i obniżonego poczucia własnej wartości. Akceptacja choroby przejawia się w mniejszym nasileniu negatywnych reakcji i emocji związanych z aktualną chorobą. Badany określa swój aktualny stan w 5-stopniowej skali od zdecydowanie zgadzam się (1) do zdecydowanie nie zgadzam się (5). Niski wynik (poniżej 20 pkt.) oznaczał brak akceptacji i niższe poczucie własnej wartości. Wysoki wynik (powyżej 30 pkt.) świadczył o akceptacji własnego stanu chorobowego i braku negatywnych emocji związanych z chorobą.

Wszyscy włączeni do badania zostali objęci standardami postępowania fizjoterapeutycznego, które obejmowały dwa zasadnicze okresy tzn. przed i po operacyjnym.

Okres przedoperacyjny obejmował:

- profilaktykę powikłań zakrzepowo-zatorowych i płucnych,
- profilaktykę przeciwodleżynową.

Okres pooperacyjny obejmował:

- kontynuację profilaktyki przeciwzakrzepowej, przeciwodleżynowej,
- ćwiczenia wzmacniające i zwiększające zakresy ruchu w stawach,
- ćwiczenia izometryczne mięśni czworogłowych, pośladkowych i brzucha,
- ćwiczenia sensomotoryczne,
- ćwiczenia czynne wolne i czynne z oporem kończyn górnych, kończyny dolnej nieoperowanej,
- etapy pionizacji-samodzielny siad na krawędzi łóżka, pionizacja przy łóżku ze stopniowym obciążaniem kończyny operowanej,
- nauka chodzenia z asekuracją kul łokciowych z kontrolowanym obciążaniem operowanej kończyny, w tym chodzenia po schodach.

Metody analizy statystycznej zostały opracowane w programach Statistica 9 oraz MS Excel 2013. Wykonano także korelacje ocenijające współzależności poszczególnych wyników z kwestionariuszy w zależności od przyjętych okresów obserwacji.

Prezentowane badania mają charakter pilotażowy. Na ich prowadzenie uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej Nr 115/KBL/OIL/2015 z dnia 9 września 2015 r.

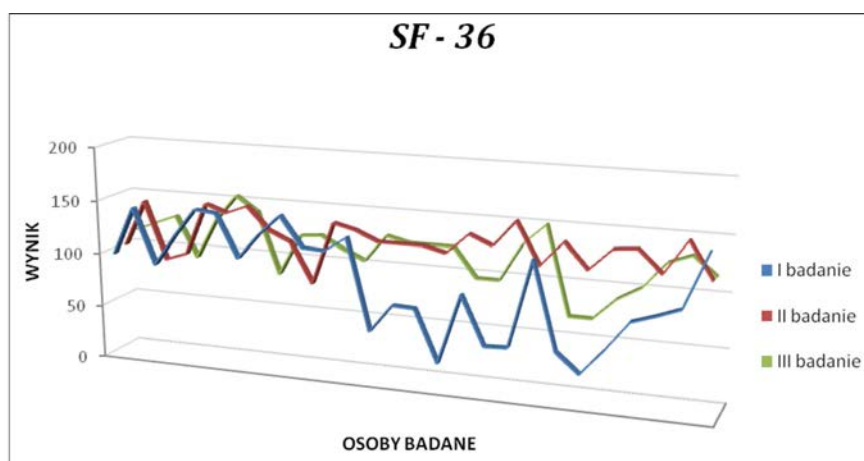
Wyniki

Wyniki podano w wartościach średnich dla każdej z analizowanych zmiennych.

Kwestionariusz SF 36

Grupę 34 chorych przebadano 3-krotnie za pomocą kwestionariusza SF 36. Średnia uzyskanych wyników w pierwszym badaniu przeprowadzonym przed operacją wynosiła 97,3 pkt.; badani retrospektywnie określili swoją jakość życia przed wystąpieniem złamania jako przeciętną. W drugim i trzecim badaniu badani określili jakość życia jako niewystarczającą, średnia wartość punktowa wyniosła kolejno 129,04 pkt. i 114,89 pkt.

Najczęściej uzyskiwane wartości punktowe w pierwszym badaniu mieściły się w przedziale od 140 do 160 pkt., a wszystkie uzyskane wyniki mieściły się w przedziale od 20 do 160 pkt. Rozkład wyników uzyskanych w badaniu przed operacją był niezgodny z rozkładem normalnym $p=0,04373 < \alpha=0,05$. Najczęściej uzyskiwane wyniki drugiego badania mieściły się w przedziale od 120 do 140 pkt., a wszystkie wyniki mieściły się w przedziale od 80 do 180 pkt. Rozkład wyników po ope-



Wykres 1.

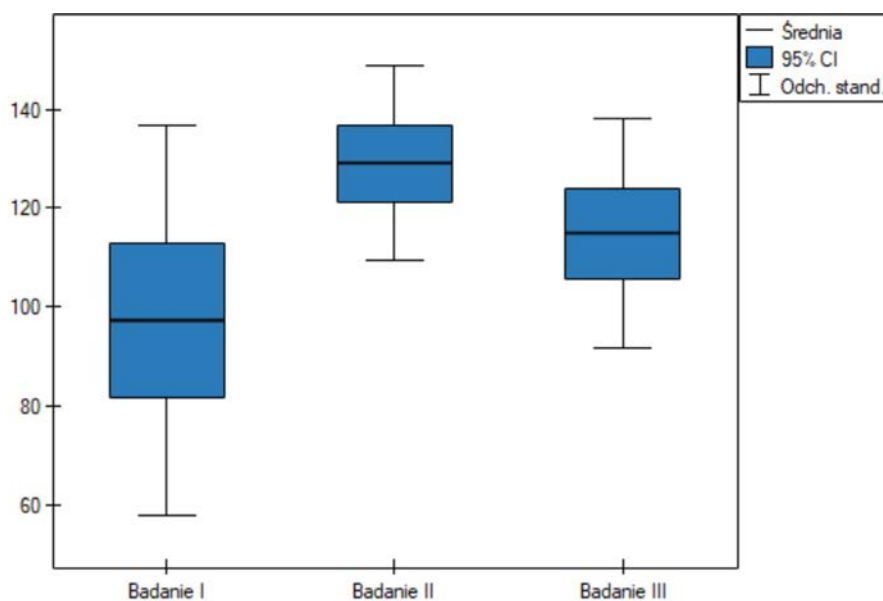
Wykres liniowy porównujący wyniki uzyskane za pomocą kwestionariusza SF-36 badanych osób w analizowanym zakresie czasowym.

racji był zgodny z rozkładem normalnym $p=0,65347 > \alpha=0,05$. Najczęściej uzyskiwane wyniki trzeciego badania mieściły się w przedziale od 120 do 140 pkt., a wszystkie wyniki mieściły się w przedziale od 60 do 160 pkt. Rozkład uzyskanych wyników był zgodny z rozkładem normalnym $p=0,12441 > \alpha=0,05$.

W związku z brakiem zgodności z rozkładem normalnym w pierwszym badaniu i zgodnością z rozkładem normalnym w drugim i trzecim badaniu wynika, iż pomiędzy wynikami grup istniały statystycznie istotne różnice. Rozkład wyników pierwszego badania różnił się istotnie od rozkładów drugiego i trzeciego badania. Dodatkowo średnie wyniki z badania drugiego i trzeciego istotnie różniły się od siebie. W trzecim badaniu średni wynik, był niższy niż w drugim.

Skala Akceptacji Choroby

Grupę 34 pacjentek przebadano 3-krotnie za pomocą Skali Akceptacji Choroby (AIS). Średnia uzyskanych wyników w pierwszym badaniu retrospektywnym przeprowadzonym przed operacją wynosiła 28,23 pkt., zawierała się w górnej granicy wyniku średniego, badane kobiety w większości określiły swój stan zdrowia jako dobry i akceptowalny. W drugim badaniu, wykonanym tuż po operacji, średnia wartość punktowa wyniosła 22,88 pkt., wynik zawierał się w wyniku średnim, świadcząc o słabszym przystosowaniu pacjentek do warunków zdrowotnych tuż po zabiegu operacyjnym. Średni wynik uzyskany w trzecim badaniu wynosił 23,97 pkt., określał nie najlepsze przystosowanie pacjentek do choroby. Pomiar pierwszy znacznie różnił się od drugiego, wyniki były istotne statystycznie ($p<0,05$), co wskazywało na pogorszenie stanu psychicznego chorych po leczeniu operacyjnym



Wykres 2.

Wykres ramka-wąsy porównujący wyniki uzyskane w kwestionariuszu SF-36 w analizowanym zakresie czasowym.

Oceniając Skalę Akceptacji Choroby wykazano, że podczas pierwszego badania w ocenie retrospektywnej 14 chorych, uzyskało wynik dobry, tyle samo średni, 6 uzyskało wynik niski. Drugie badanie znacznie różniło się od pierwszego, 6 badanych uzyskało wynik dobry, wynik średni - 18 oraz niski - 10 chorych. Trzecie badanie wykazało nieznaczną poprawę, 9 chorych uzyskało wynik niski, 19 - wynik średni. Nie zmieniła się liczba badanych z wynikiem dobrym w stosunku do badania drugiego. Wyniki wskazały, iż nastąpił spadek akceptacji choroby między pierwszym a ostatnim badaniem.

Pomiędzy wynikami badania drugiego i trzeciego nie wykazano istotności statystycznej ($p > 0,05$). Oznaczało to nieistotną zmianę stanu psychicznego w tym okresie. Istotność statystyczną zaobserwowano między pomiarem pierwszym i trzecim ($p < 0,05$), co oznaczało różnicę w samoakceptacji choroby sprzed i po zabiegu operacyjnym.

Korelacje

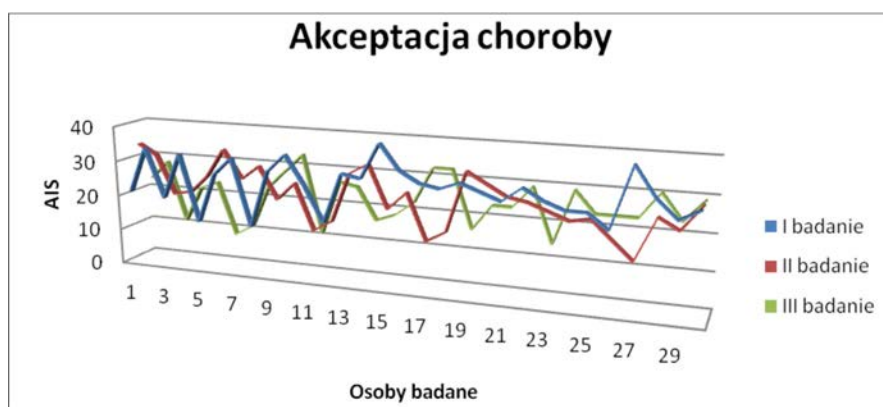
W I badaniu współczynnik korelacji r Pearsona wynosił $-0,2034$, był to związek słaby oraz ujemny czyli wraz ze spadkiem wyników punktowych uzyskanych w kwestionariuszu SF - 36 rosła liczba punktów w kwestionariuszu AIS. Korelacja tych dwóch zmiennych nie była istotna statystycznie $p = 0,003 < \alpha = 0,05$.

W II badaniu współczynnik korelacji r Pearsona wynosił $-0,0114$, był to związek słaby oraz ujemny czyli wraz ze spadkiem sumy punktów uzyskanych w kwestionariuszu SF-36 rosła liczba punktów w kwestionariuszu AIS po operacji.

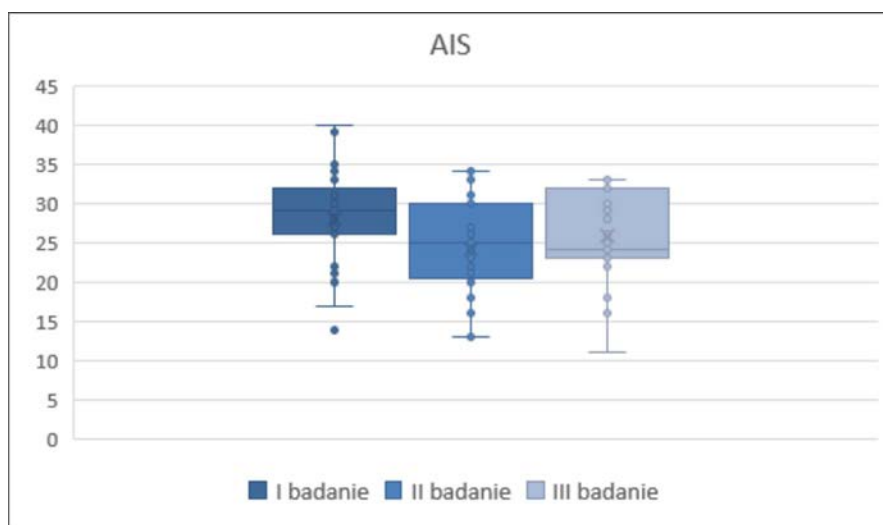
W III badaniu współczynnik korelacji r Pearsona wynosił $0,1296$, był to związek słaby oraz dodatni czyli wraz z niewielkim wzrostem sumy punktów uzyskanych w kwestionariuszu SF-36 wzrastała liczba punktów w kwestionariuszu AIS w badaniu miesiąc po operacji.

Dyskusja

Złamania bliższego końca kości udowej stanowią poważny problem nie tylko kliniczny ale również społeczny, zarówno z powodu stale rosnącej zapadalności, jak i złożonej morfologii złamań. Lokalizacja tych uszkodzeń znacząco wpływa na możliwości samodzielnego poruszania, stanowiąc zdecydowanie największy problem chorych w wieku podeszłym. Pod pojęciem złamania bliższego końca kości udowej rozumiemy złamanie szyjki kości udowej oraz złamanie okołokrętarzowe. Etiopatogeneza oraz epidemiologia złamań krętarzowych jak i złamań szyjki kości udowej jest zbliżona. Wyraźnie odmienne są jednak zagadnienia biologii i biomechaniki, szczególnie związane z ich leczeniem operacyjnym[10].



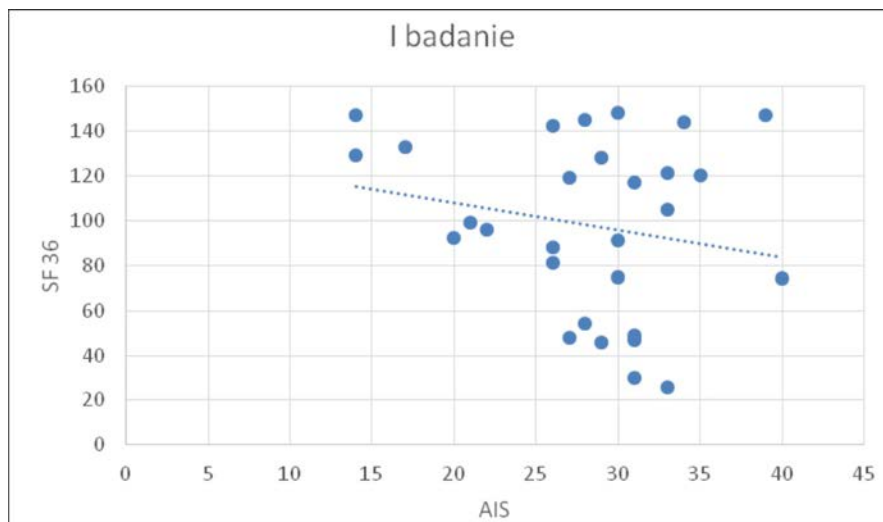
Wykres 3. Wykres liniowy porównujący wyniki uzyskane za pomocą kwestionariusza AIS badanych osób w analizowanym zakresie czasowym.



Wykres 4. Wykres ramka-wąsy porównujący uzyskane wyniki w zakresie Skali Akceptacji Choroby w analizowanym zakresie czasowym.

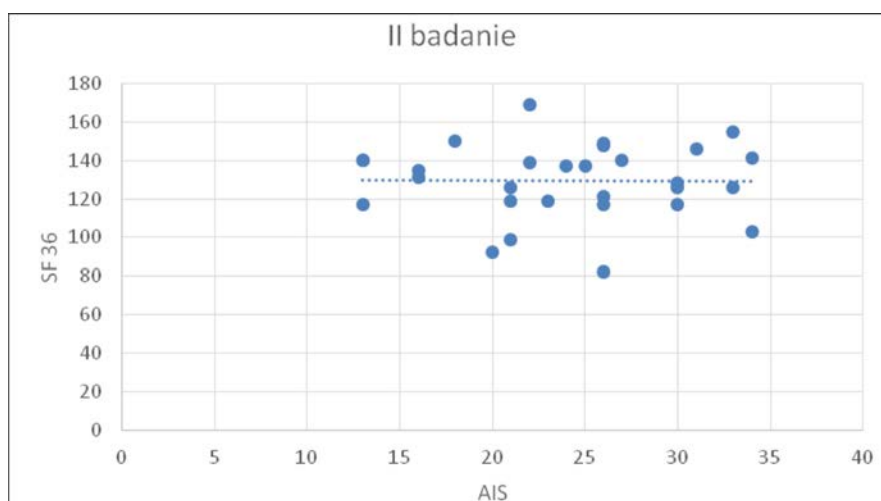
Badanie	Średnia \bar{x}	Odchylenie standardowe (SD)
I badanie	28,23	6,42
II badanie	22,88	6,30
III badanie	23,97	6,76

Tab. I. Maksymalne i minimalne wyniki uzyskane w badaniu Skalą Akceptacji Choroby.

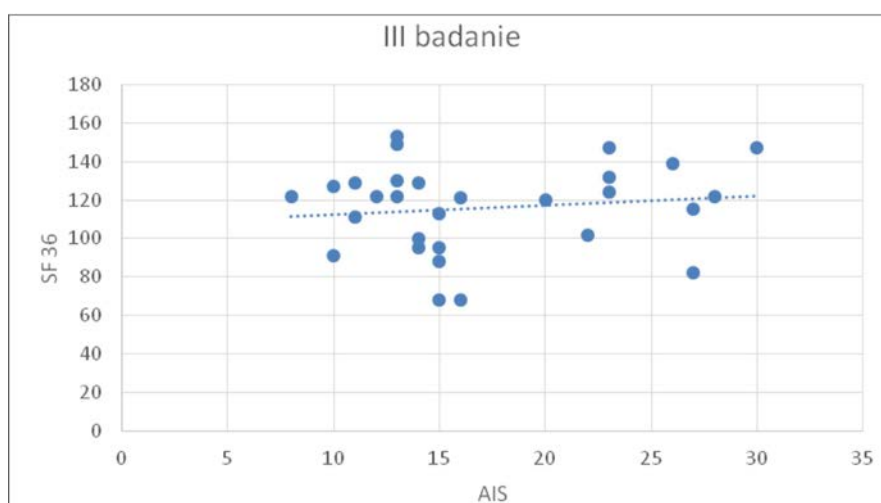


Wykres 5. Wykres korelacji liniowej pomiędzy kwestionariuszem SF-36 a sumą punktów uzyskanych w kwestionariuszu AIS dotyczących okresu przed operacją.

Zdaniem między innymi Czerwińskie-go[11] oraz Cree i wsp.[12] złamanie bliższego końca kości udowej w tym okołokrętarzowe zdecydowanie częściej odnotowuje się u kobiet, a zwłaszcza w okresie postmenopauzalnych inwolucyjnych zmian osteoporotycznych. Znajduje to potwierdzenie w materiale własnym badania pilotażowego, który stanowią 34 kobiety ze średnią wieku 83 lata, które doznały złamania okołokrętarzowego kości udowej. Zdaniem wielu autorów złamanie bliższego końca kości udowej niekorzystnie wpływają na jakość życia poszkodowanych, zarówno w okresie przed – jak i pooperacyjnym, w ocenie wczesnej i odległej. Gjersten i wsp.[13] prezentują wyniki odległe twierdząc, iż złamanie kości udowej w sposób znaczący obniża jakość życia pacjentów. Badaniami objęto 10324 chorych, u których po 6 miesiącach po złamaniu nie osiągnięto stanu opisywanego przed doznaniem przedmiotowego złamania. Wyniki szeroko zakrojonych badań są zbieżne z prezentowanym stanowiskiem. W badaniu pilotażowym jakość życia oceniana kwestionariuszem SF – 36 w kolejnym, trzecim badaniu była nadal niżej oceniana w porównaniu do stanu sprzed złamania. W charakterystyce jakości życia ocenie poddane zostają: funkcjonowanie fizyczne, zdrowie psychiczne, odczucia emocjonalne, witalność, ograniczenia wynikające ze stanu zdrowia, odczucia bólowe, funkcjonowanie socjalne oraz ogólne poczucie zdrowia. Niekorzystne następstwa leczenia chorych z omawianymi uszkodzeniami narządu ruchu w sposób oczywisty negatywnie wpływają na zdolności ich percepcji, samoobsługi, mobilności i odbudowy dobrostanu oraz poprawy jakości życia. Takie stanowisko prezentują również Miedel i wsp.[14] prezentując gorsze odległe wyniki leczenia w obserwacji 12 miesięcznej w aspekcie jakości życia przed złamaniem. Kwestionariusz SF-36 został zwalidowany i uznany za rzetelne i powtarzalne narzędzie do oceny zdrowych i osób z przewlekłymi i ostrymi schorzeniami. W opinii Giesauf i wsp. [15] jest to niezawodna skala do oceny wyników pacjentów z zaburzeniami w obrębie stawu biodrowego. Kalfoss i wsp.[16] zwracają uwagę, że największy wpływ na subiektywną ocenę jakości życia ma zdolność wykonywania codziennych czynności złożonych, mobilność chorych, poczucie i bycie zdrowym, wpływy środowiska domowego oraz zdolność uczestniczenia w życiu społecznym. Według statystyk, opieka nad chorym po przebytym złamaniu bliższego końca kości udowej wymaga zastosowania leczenia interdyscyplinarnego, zawsze stanowi duży problem ekonomiczny a jednocześnie nie przynosi zadowalających wyników leczenia. Ciekawy postulat prezentuje Prestmo i wsp. [17] prowadząc badania na dwóch grupach, które stanowili pacjenci poddani kompleksowej opiece geriatrycznej oraz standardowej



Wykres 6. Wykres korelacji liniowej pomiędzy kwestionariuszem SF-36 a sumą punktów uzyskanych w kwestionariuszu AIS dotyczących okresu po operacji.



Wykres 7. Wykres korelacji liniowej pomiędzy kwestionariuszem SF-36 a sumą punktów uzyskanych w kwestionariuszu AIS dotyczących okresu miesiąc po operacji.

	I badanie	II badanie	III badanie
Korelacja Pearsona	-0,203412789	-0,011409822	0,129643657

Tab.II. Wynik analizy korelacji Pearsona pomiędzy I, II i III badaniem.

ortopedycznej. Badaniem objęto 344 osoby, powyżej 70 r.ż. po przebytych złamaniu bliższego końca kości udowej. W każdej z grup przeprowadzono test SPPB- Short Physical Performance Battery, który oceniał ogólną sprawność fizyczną. Zakres badań wykonywanych w czasie testu pozwolił na identyfikację osób szczególnie zagrożonych niepełnosprawnością i trudnościami z wykonywaniem podstawowych czynności życiowych. Niski wynik uzyskany w teście był czynnikiem ryzyka wystąpienia w przyszłości nie tylko problemów z poruszaniem się, ale i niepełnosprawności, hospitalizacji, pobytu w domu opieki a nawet śmierci. Pacjenci poddani kompleksowej opiece geriatrycznej uzyskali lepsze wyniki w zakresie mo-

bilności niż pacjenci poddani standardowej opiece ortopedycznej. Autorzy proponują ciekawe rozwiązanie tego problemu poprzez stworzenie modelu postępowania po złamaniu bliższego końca kości udowej u osób po 70 roku życia jako - modelu ortogeriatrycznego. Czynnikiem korelującym z oceną jakości życia jest występowanie zaburzeń depresyjnych i zaburzenia procesów psychofizycznych. Jak wykazują liczne badania, depresja u osób powyżej 65 roku życia dotyczy około od 15 do 20% populacji i stanowi czwartą na świecie przyczynę wczesnego zgonu lub trwałej niepełnosprawności [18]. Zespoły depresyjne stanowią istotny problem kliniczny ze względu iż w znaczący sposób pogarszają i tak nienaj-

lepszą już jakość życia osób w starszym wieku.

Wpływają także niekorzystnie na zachowania społeczne chorych, przebieg i wyniki leczenia chorób somatycznych, ale przede wszystkim wyraźnie zwiększając w tej grupie osób śmiertelność [19]. Z wyników badań własnych wynika, iż pacjentki wykazały znacznie gorszy stan funkcjonowania psychicznego po złamaniu oraz po miesiącu od operacji niż w ocenie retrospektywnym sprzed złamania. Wówczas pacjentki prezentowały średni wynik w skali akceptacji choroby wynoszący 28,23 punktów. Tylko 42% pacjentek oceniało swój stan zdrowia jako dobry oraz w pełni go akceptowały. Po zabiegu operacyjnym średnia liczba uzyskanych punktów wynosiła 22,88 punkty. Znacznie obniżył się poziom akceptacji choroby, 18% chorych osiągnęło wynik dobry po tygodniu oraz po miesiącu od operacji, 15% więcej badanych oceniało swój stan zdrowia jako zły i wykazywały słabe przystosowanie psychiczne do obecnych warunków. Potwierdzenie uzyskanych wyników można znaleźć w badaniach Sokolnickiej [20]. Oceniając stan psychofizyczny badanych po złamaniu krętarzowym, aż 80% z nich nie akceptowało swojego stanu zdrowia w pierwszych dniach po operacji. Inni autorzy zwracają uwagę na związek depresji z ograniczeniem możliwości wykonywania czynności dnia codziennego [21]. Podobne wnioski prezentuje również Balena i wsp.[22] Do oceny tego samego obszaru funkcjonowania używali skali Nottingham Health Profile oraz COOP/WONCA CHARTS. Wyniki badań sugerują znaczne pogorszenie stanu emocjonalnego i małą ich poprawę w obserwacji odległej. Odległą obserwacją Atay'a [21] zwraca uwagę na niekorzystny wpływ depresji na wykonywanie czynności życia dnia codziennego. W badaniach Fredmana i wsp.[23] autorzy w ocenie odległej dwa lata po incydencie, zauważyli wpływ depresji na obniżenie możliwości powrotu do zdrowia. Wystąpienie depresji łączono z niechęcią podejmowania rehabilitacji i negatywnym nastawieniem do zastosowanego leczenia. Potwierdzono również w wynikach badań zderminowanie depresji przez płęć, znacznie częstsze jej występowanie zaobserwowano u kobiet [20].

Jak wynika z licznych doniesień naukowych osoby starsze często muszą zmagać się z przerastającymi ich problemami związanymi z sytuacją zdrowotną, finansową czy rodzinną. Ograniczenie zdolności funkcjonalnych, samoopieki czy samowystarczalności wpływają na obniżenie jakości życia chorych po przebytym złamaniu okołokrętarzowym. Sytuacje takie mogą doprowadzić do wystąpienia u nich zaburzeń o charakterze depresji. Zdaniem Conradsson i wsp.[24] na podstawie prognoz Światowej Organizacji Zdrowia, do roku 2020 schorzenia o tym charakterze będą drugą po niewy-

dolności krążenia przyczyną niepełnosprawności populacji światowej. Obserwowane starzenie się społeczeństwa powoduje konieczność zapewnienia opieki medycznej oraz psychologicznej osobom w podeszłym wieku.

Wnioski

1. Złamania okołokrętarzowe wpływają negatywnie na ocenę jakości życia chorych.

2. Złamania okołokrętarzowe mają także negatywny wpływ na stan psychiczny, badane kobiety wskazywały na brak akceptacji choroby po przebytym leczeniu operacyjnym.

Piśmiennictwo

1. **The European Health Report 2012.** Charting the way to well-being. Europejski Raport Zdrowia 2012. Droga do osiągnięcia dobrostanu. Europejskie Biuro Regionalne WHO.

2. **Lorczyński A, Błok K, Kozdryk J, Bieniecki M.** Ocena funkcji biodra po leczeniu złamań przekrętarzowych kości udowej z użyciem śrubopłytki DHS. *Ann Acad Med Gedan* 2006;36:123-131.

3. **Przyluska-Fiszler A, Wójcik A.** Problemy metodologiczne badań naukowych w opiece paliatywnej. *Diam* 2009;19:119-131.

4. **Ogliari G, Westendorp Rudi G.J, Muller M.** Blood pressure and 10-year mortality risk in the Milan Geriatrics 75+ Cohort Study: role of functional and cognitive status. *Oxford J; Med & Health* 2015;44:932- 937.

5. **Simunovic N, Devereaux P.J, Bhandari M.** Surgery for hip fractures: Does surgical delay affect outcomes? *Indian J of Orthop* 2011;45:27-32.

6. **Sawicka K, Wieczorek A, Luczyk R, Wawryniuk A, Prasal M.** Ocena wybranych aspektów jakości życia w grupie pacjentów z nadciśnieniem tętniczym = Evaluation of selected aspects of the quality of life in patients with hypertension. *Journal of Education, Health and Sport* 2016;6:161-178.

7. **Pfeiffer E.** A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. *J Am Geriatr Soc* 1975;23(10):443-441.

8. **Tylka J, Piotrowicz R.** Kwestionariusz oceny jakości życia SF-36 wersja polska. *Kardiol Pol* 2009; 67:1166-1169.

9. **Felton BJ, Revenson TA, Hionrichsen GA.** Skala akceptacji choroby AIS. W: Juczynski Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychoonkologii zdrowia. Pracownia Testów Psychologicznych 2009:162-166.

10. **Cummings SR, Kelsey J.L, Nevitt MC, O'Dowd K.J.** Epidemiology of osteoporosis and osteoporotic fractures. *Epidemiol Rev* 1985;7:178-208.

11. **Czerwiński E, Borowy E.** Wytyczne dotyczące profilaktyki osteoporozy ze szczególnym uwzględnieniem zapobiegania upadków. *Terap* 2006;3(177): 30-36.

12. **Cree M, Soskolne C.L, Belseck E, Hornie J, Mc Ehaney J.E, Braut R, Suarez-Almazor M.** Mortality and institutionalization following hip fracture. *J Am Geriatr Soc* 2000; 48(3): 283-288.

13. **Gjertsen JE, Baste V, Fevang JM, Furnes O, Engesaeter B.** Quality of life following hip fractures: results from the Norwegian hip fracture register. *BMC Musculoskel Disord* 2016;17:265 doi:10.1186/s12891-016-1111-y.

14. **Miedel R, Ponzer S, Törnkvist H, Söderqvist A, Tidermark J.** The standard Gamma nail or the Medoff sliding plate for unstable trochanteric and subtrochanteric fractures. A RANDOMIZED, CONTROLLED TRIAL. *J Bone Joint Surg Br* 2005;87:68-75.

15. **Giessauf C, Glehr M, Bernhardt GA, Seibert FJ, Gruber K, Sadoghi P, Leithner A, Gruber G.** Quality of life after perthrochanteric femoral fractures treated with a gamma nail: a single center study of 62 patients. *BMC Musculoskel Disord* 2012;13:214.

16. **Kalfoss M, Halvorsrud L.** Important issues to quality of life among Norwegian older adults: an exploratory study. *The Open Nur J* 2009; 3:44-55.

17. **Prestmo A, Hagen G, Sletvold O, Helbostad JL, Thingstad P, Taraldsen K, Lydersen S, Halsteinli V, Saltnes T, Lamb SE, Johnsen LG, Saltvedt I.** Comprehensive geriatric care for patients with hip fractures: a prospective, randomised, controlled trial. *Lancet* 2015; 385:1623-1633.

18. **Yea-Ing Lotus Shyu, Mei-Ling Chen, Min-Chi Chen, Chi-Chuan Wu, Juin-Yih Su.** Postoperative pain and its impact on quality of life for hip-fractured older people over 12 months after hospital discharge. *Clin Nurs* 2009;18:755-764.

19. **Karmanidou C, Theofilou P, Ginieri-Coccosis M, Synodinou C, Papadimitrou G.** Anxiety depression and health beliefs in end-stage renal disease (ESRD) patients (abstract PO1-263). *Europ Psychiat* 2009;24,S651. Doi: 10.1016/S0924-9338(09)70884-3.

20. **Skolnicka H.** Jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia w ocenie pacjentów Oddziału Urazowo- Ortopedycznego w Konstancinie leczonych z powodu złamań krętarzowych kości udowej. *Med. rodz* 2003;3-4:123-125.

21. **Atay IM, Aslan A, Burc H, Demirci D, Atay T.** Is depression associated with functional recovery after hip fracture in the elderly? *J Orthop Sci* 2016;13:115-118.

22. Balen R, Essink-Bot ML, Steyerberg EW, Herman JM, Habbema J. Quality of life after hip fracture: a comparison of four health status measures in 208 patients. *Disabil Rehabil* 2003; 25(10):507-519.

23. Fredman L, Hawkes WG, Black S, Bertrand R, Magaziner J. Elderly patients with hip fracture with positive affect have better functional recovery over 2 years. *J Am Geriatr Soc* 2006; 54:1074-1081.

24. Conradsson M, Rosendahl E, Littbrand H, Gustafson Y, Olofsson B, Lövheim H. Usefulness of the Geriatric Depression Scale 15-item version among very old people with and without cognitive impairment. *Aging Ment Health* 2013;17(5):638-645.