

Emocionalno stanje pacijenata prije i nakon operacije kuka

¹ Anita Šantor

¹ Olivera Petrak

¹ Zdravstveno veleučilište u Zagrebu

Sažetak

Ugradnja totalne endoproteze kuka (TEP) jedna je od najčešćih operacija u ortopedskoj kirurgiji. Riječ je o složenom operacijskom zahvatu koji zahtijeva dugotrajan oporavak. Neugodne emocije mogu usporiti oporavak i otežati prilagodbu pacijenata te je važno znati u kojoj su mjeri neugodna emocionalna stanja poput depresije, anksioznosti i stresa prisutna kod pacijenata. Stoga je cilj ovoga istraživanja bio utvrditi učestalost pojave anksioznosti, depresije i stresa kod pacijenata prije i nakon ugradnje totalne endoproteze kuka. Zanimalo nas je i kakav je odnos promatranih emocionalnih stanja s nekim sociodemografskim obilježjima.

Primijenjen je upitnik koji uključuje osnovne sociodemografske podatke ispitanika te Skala depresije, anksioznosti i stresa (DASS-S). Uzorak od 50 ispitanika obaju spolova bio je prigodnog tipa, prosječne dobi 69 godina. Istraživanje je provedeno dvokratno za vrijeme boravka pacijenata u bolnici, dan prije operacije i drugi dan nakon operacije kuka.

Prije operacije emocionalno stanje pacijenata bilo je vrlo neugodno, osobito stres. Nakon operacije došlo je do izrazitog, statistički značajnog smanjenja svih triju

neugodnih emocija, što ukazuje na poboljšanje emocionalnog stanja pacijenata nakon operacije u odnosu na stanje prije. Osobe koje imaju samo osnovnoškolsko obrazovanje značajno su starije od ostalih te imaju značajno izrazitiju depresivnost nakon operacije. Korelacije su pokazale da s povećanjem dobi pacijenata, raste i anksioznost, i to u obje točke mjerenja, te je i razina depresivnog raspoloženja izrazitija. Po spolu, bračnom statusu, kao ni po tome imaju li ispitanici djece nije dobivena statistički značajna razlika.

Ključne riječi: kuk, depresija, anksioznost, stres, TEP

Datum primitka: 15.10.2023.

Datum prihvatanja: 1.11.2023.

<https://doi.org/10.24141/1/9/2/6>

Autor za dopisivanje:

Olivera Petrak

A: Zdravstveno veleučilište Zagreb,

Mlinarska cesta 38, 10 000 Zagreb

T: +385 1 549 59 27

E-pošta: olivera.petrak@zvz.hr

Uvod

Ortopedska kirurgija, posebno operacija kuka u starijih osoba, ima visoku incidenciju nastanka negativnih emocionalnih stanja, najvjerojatnije zbog starije dobi, predoperacijskoga kognitivnog oštećenja i izrazitijeg komorbiditeta među tim pacijentima.¹ Operacije na zglobu kuka među najučestalijim su kirurškim zahvatima koji se izvode u ortopediji, što se najčešće odnosi na ugradnju totalne endoproteze (TEP) kuka.² Kod TEP-a kuka endoprotetski su zamijenjena oba zglobna tijela. Artroplastika ili endoproteza potpuno uklanja simptomatologiju pa je unaprijedila živote mnogih ljudi, ali se najčešće odgađa što je dulje moguće zbog komplikacije aseptičkog labavljenja koja se može javiti kasnije.³ Riječ je o složenom operacijskom zahvatu koji zahtijeva dugotrajni oporavak pa je važno educirati pacijenta i pripremiti ga na život s umjetnim kukom kako bi se izbjegle neželjene komplikacije.⁴ Edukacija pacijenata koju prije operacije provode fizioterapeuti o pravilnom izvođenju vježbi disanja i vježbi za donje ekstremitete koje će se provoditi poslije operacije korisna su prijeoperacijska mjera. Vježbe za *m. quadriceps femoris* i glutealne mišiće počinju nakon operacije zajedno s pokretima koljena. Pacijenta se potiče da sjedi i leži ravno tijekom dana, da redovito provodi vježbe te hoda uz pomoć štaka.⁵

Hospitalizacija najčešće izaziva vrlo snažan stres i druge neugodne emocije kod pacijenata jer odlaskom u bolnicu osoba prestaje sa svakodnevnim aktivnostima na koje je navikla, rastaje se s obitelji i prijateljima, strahuje od neugodnih simptoma i neizvjesnosti ishoda bolesti, može osjetiti neugodu promatrajući tegobe drugih pacijenata u bolnici, kao i uslijed ovisnosti o drugim ljudima po pitanju hranjenja, presvlačenja i sl. Osoba se odvaja od svojeg svakodnevnog okruženja na koje je navikla, a što je sredina u koju dolazi manje poznata i izaziva više neugodnih emocija to je stres intenzivniji. Pacijenti imaju različite psihičke reakcije na hospitalizaciju ovisno o dobi, spolu, vrsti i težini bolesti, osobinama ličnosti, vrsti liječenja, neugodnosti simptoma, odnosu zdravstvenog osoblja prema pacijentu i dr.⁶

Neugodna emotivna stanja mogu djelovati na tijek i ishod bolesti i smanjiti djelotvornost liječenja te je zbog toga potrebno posvetiti dovoljno vremena i pozornosti pacijentovim psihičkim tegobama tijekom hospitalizacije. Zabrinutost je u određenom stupnju prisutna go-

tovo kod svih hospitaliziranih pacijenata, čak i kada je riječ o dijagnozama koje objektivno ne bi trebale izazivati zabrinutost jer je velika vjerojatnost uspješnog ishoda liječenja. Osnovni su izvori zabrinutosti pacijenata u bolnici neizvjesna učinkovitost liječenja, zabrinutost zbog buduće operacije, djelovanje anestezije i njezine moguće posljedice te zabrinutost zbog djece i obitelji.⁶ Najčešća su neugodna emocionalna stanja povezana s hospitalizacijom i invazivnim terapijskim postupcima anksioznost, depresivnost i stres.

Prisutnost anksioznosti kod pacijenata može negativno utjecati na tijek bolesti, trajanje boravka u bolnici, učinkovitost liječenja te suradnju pacijenta sa zdravstvenim djelatnicima. Zbog toga je potrebno posvetiti dovoljno pozornosti njezinu ublažavanju. Naime, suradnja zdravstvenih djelatnika i pacijenta nužna je kako bi uloga pacijenta u vlastitom liječenju bila aktivna, što pridonosi uspostavljanju točne dijagnoze, većem povjerenju u zdravstvene djelatnike te boljem slijeđenju uputa i terapija. Važna je komunikacija s pacijentima o svim aspektima bolesti, kao i o temama koje nisu povezane s bolešću, što dopušta stvaranje boljih emotivnih odnosa zdravstvenog osoblja i pacijenta. S druge strane, i odlazak iz bolnice može uzrokovati tjeskobu, npr. stariji pacijenti koji žive sami često mogu biti zabrinuti jer ne znaju tko će se kod kuće brinuti za njih.⁶

Anksioznost se može definirati kao osjećaj nelagode, opće napetosti, zabrinutosti, velikog stresa, panike, straha te iracionalnoga lošeg predosjećaja.^{7,8} To je složeno, neugodno čuvstvo tjeskobe, bojazni, napetosti i nesigurnosti, praćeno pobuđenošću autonomnoga živčanog sustava.⁹ Širok je spektar varijacija anksioznosti koje se smatraju zdravima.¹⁰ Svaka osoba tijekom svojeg životnog vijeka u nekom trenutku doživi osjećaj anksioznosti. Anksioznost je psihološko, fiziološko i ponašajno stanje koje je inducirano kod ljudi i životinja stvarnom ili potencijalnom opasnošću.¹¹ No kod patološke anksioznosti javljaju se ekscitativnost, pervazivnost i nemogućnost kontrole te izrazitije ometanje funkcioniranja pojedinca.¹⁰ Anksioznost je jedan od najčešćih simptoma koji prati starije osobe, a posljedica je smanjenih tjelesnih i kognitivnih sposobnosti. Učestalije se pojavljuje kod starijih osoba od depresije i kognitivnih poremećaja.¹²

Anksioznost i depresija konceptualno su i iskustveno različiti fenomeni, ali među njima postoje određena preklapanja i koegzistencija¹³ jer im je negativna afektivnost zajednička komponenta¹⁴. Zbog toga je moguće da povezanost mjera anksioznosti i depresije zapravo ukazuje na zajedničke genske i/ili okolinske rizične fak-

tore.¹⁵ Dijagnostika depresije nije uvijek jednostavna jer simptomatologija može biti vrlo raznolika i obuhvatiti različite kombinacije psihičkih, psihomotoričkih i somatskih simptoma različitog intenziteta.¹⁶ Depresija u svakodnevnom životu označava stanje smanjene psihofiziološke aktivnosti u kojem prevladavaju tuga, pesimizam, bezvoljnost i obeshrabrenost. Klinička depresija je poremećaj raspoloženja koji obilježavaju velika tuga i zle slutnje te osjećaj bezvrijednosti i krivnje, bespomoćnosti i beznadnosti, a prisutno je i povlačenje od drugih te otežano i usporeno mišljenje.¹⁷ Tipični su simptomi depresije depresivno raspoloženje, gubitak interesa i zadovoljstva u svakodnevnim i nekada ispunjavajućim aktivnostima (anhedonija), psihomotoričko usporenje, promjene apetita, smanjenje energije, odnosno pojačano zamaranje, suicidalne misli, smetnje spavanja, osjećaj krivnje, samopredbacivanje te smanjeno samopoštovanje. Pacijenti koji imaju depresivni poremećaj žale se na tužno raspoloženje, osjećaj boli, nemoći i težine u ekstremitetima, nemaju volje ni za što, pa čak ni za aktivnosti koje su im prije pojave depresivnog poremećaja donosile zadovoljstvo.¹⁸ Osim što može biti samostalan poremećaj raspoloženja, depresija često prati neke tjelesne tegobe ili bolesti¹⁷, poremećaje sna, bol i druge psihičke poremećaje. Može utjecati na obavljanje jednostavnih svakodnevnih zadataka.¹⁹ Nakon anksioznih poremećaja, depresija je najčešća psihička bolest u svim životnim razdobljima, uključujući stariju dob, a njezina pretežitost iznosi oko 5 % tijekom životnog vijeka.¹⁷ U prošlosti se smatralo da se depresivni i drugi afektivni poremećaji smanjuju s godinama, da depresija postaje učestalija zbog broja problema u starijoj dobi kada nastupaju jači somatski simptomi.²⁰

Stres se odnosi na reakcije organizma na štetne agense (ili koje tako percipiramo) iz okoline – stresore, koji mogu imati učinak na strukturu ili funkciju organizma²¹, a temelji se na procjeni pojedinca koliko je u stanju oduprijeti se ili ispuniti zahtjeve koje stresor postavlja pred njega s obzirom na vlastite resurse (primjerice sposobnosti, znanja, raspoloživo vrijeme, pomoć drugih osoba). Reakcije na stres mogu ovisiti o mehanizmima prilagodbe koje pojedinac odabire kako bi ponovno uspostavio stanje ravnoteže. Ako se osoba uspješno nosi sa stresom, postoji mogućnost da posljedice stresa posve izostanu. Neuspješno suočavanje sa stresom može uzrokovati različite negativne učinke, od neprilagodnog ponašanja do psihičkih ili tjelesnih poremećaja i bolesti.²¹ Različite situacije u životu mogu biti izvor stresa, pa tako i hospitalizacija. Bolnice su općenito povezane sa stanjem bolesti i patnje, iako je poznato da rješavaju

zdravstvene probleme ljudi. Samo postajanje pacijentom obično se povezuje sa stresom koji uključuje strah od nepoznatog, gubitak slobode i poznatog okruženja i izazov kako će se netko nositi s hospitalizacijom. Stres kod pacijenata ne mora biti izazvan samo boravkom u bolnici, nego može biti izazvan i povratkom kući jer ih zabrinjava sam oporavak i poteškoće pri samostalnom funkcioniranju.²²

Tjeskobu i strah kod pacijenta prije kirurških zahvata može umanjiti psihološka priprema. Kirurški pacijenti osjećaju jaču tjeskobu, strah i potištenost od pacijenata na drugim odjelima jer ih čeka neizbježan operacijski zahvat koji nosi određene rizike te, uz sve ostale strahove, izaziva i strah od boli, osakaćenja i smrti. Stoga je iznimno važno pacijente prije operacije dobro informirati o tijeku operacije i očekivanom stanju neposredno nakon operacije te dati preporuke za ublažavanje teškoća s kojima će se pacijent suočiti. Tjeskoba i strah najčešće se pojavljuju prije operacije te imaju jako psihofiziološko djelovanje i mogu pokrenuti brojne metaboličke promjene. Zbog tih popratnih metaboličkih promjena izražen predoperacijski strah i tjeskoba odražavaju se na obrambene sposobnosti organizma te tako smanjuju mogućnost organizma da se odupre poslijeoperacijskim infekcijama izlažući organizam pacijenta komplikacijama. Predoperacijska priprema omogućuje bolje podnošenje operacijskog postupka i poslijeoperacijskog tijeka bolesti.⁶

Razumijevanje negativnih afektivnih sindroma i odnosa među njima može biti od velike važnosti. Primjerice, u kliničkoj praksi i pri planiranju tretmana svakako je važno znati u kakvom su emocionalnom stanju pacijenti prije i nakon operacije. Naime, neugodne emocije mogu usporiti oporavak i otežati prilagodbu pacijenta na novonastale uvjete te je stoga bitno znati je li potrebno, i u kojoj mjeri, intervenirati u smjeru ublažavanja neugodnih emocionalnih stanja poput depresivnog raspoloženja, anksioznosti i stresa. Uz to, mogućnost diskriminativnog mjerenja tih triju povezanih emocionalnih stanja može biti ključna za kliničare u otkrivanju lokusa emocionalnih smetnji u kontekstu šire kliničke procjene.²³ Stoga je vrlo važno što bolje procijeniti kakva je razina spomenutih neugodnih emocionalnih doživljaja, za što kliničari imaju na raspolaganju različite instrumente upitničkog tipa.

Cilj istraživanja

Cilj su i svrha istraživanja utvrditi učestalost pojave anksioznosti, depresije i doživljaja stresa kod pacijenata prije i nakon ugradnje totalne endoproteze kuka te hoće li doći do promjene u doživljaju navedenih neugodnih emocija. Osim toga, zanimalo nas je razlikuje li se emocionalni status pacijenata ovisno o nekim njihovim sociodemografskim obilježjima.

Metode

Instrumentarij

Za provedbu ovoga istraživanja korišten je upitnik koji sadrži dva dijela. Prvi dio obuhvaća osnovne sociodemografske podatke ispitanika, a drugi dio čini Skala depresije, anksioznosti i stresa (engl. DASS-S), autora Lovibonda i Lovibonda (1995)^{13, 24}, s 42 tvrdnje koje se odnose na tri negativna emocionalna stanja: depresiju, anksioznost i stres. Ponuđeni odgovori kreću se od 0 – uopće se nije odnosilo na mene do 3 – odnosilo se na mene jako puno ili skoro uvijek. Svaka podljestvica obuhvaća 14 čestica te se teoretski raspon na njima kreće od 0 do 42, dok se ukupni rezultat može kretati od 0 do 126. Skala DASS-S kreirana je za mjerenje opće negativne afektivnosti, ali i njezine pojedine već spomenute komponente. Od ispitanika se tražilo da svaku tvrdnju procijene s obzirom na to koliko su često u posljednjih tjedan dana doživljavali određene osjećaje. Podljestvica depresije uključuje tvrdnje koje se sadržajno odnose na nisko samopoštovanje, loše raspoloženje, nedostatak motivacije, beznađe, disforiju, manjak interesa, osjećaj bezvrijednosti života, manjak interesa i uključenosti te inertnost i anhedoniju, npr. *bio sam bezvoljan i potišten*. Tvrdnje na podljestvici anksioznosti opisuju fiziološku pobuđenost te doživljaj panike i straha, npr. *bio sam na rubu panike*. Podljestvica stresa proizašla je iz analize nedovoljno diskriminativnih tvrdnji, povezanih i s anksioznošću i s depresijom, a čine je tvrdnje koje opisuju negativne afektivne odgovore koji su karakteristični i za depresiju i za anksioznost, poput nervoze, iritabilnosti, napetosti, nemogućnosti opuštanja, nervozu i uzrujanost te tendenciju na pretjerano reagiranje

u stresnim situacijama, npr. *bilo mi je teško opustiti se*.²⁴ Veći rezultat ukazuje na intenzivnije doživljavanje neugodnih emocija.

Brojna istraživanja ukazuju na dobre psihometrijske značajke skale DASS-S i široku primjenjivost u različite svrhe, od istraživačkih do kliničkih. Instrument predstavlja često korišteno i korisno sredstvo.²⁵

Uzorak

Uzorak ispitanika u ovome istraživanju bio je prigodnog tipa. U istraživanju su sudjelovali pacijenti koji su se trenutačno nalazili u Kliničkoj bolnici Merkur u Klinici za kirurgiju na Zavodu za opću i sportsku traumatologiju i ortopediju čija je dijagnoza zahtijevala ugradnju totalne endoproteze kuka. Istraživanju je pristupilo 50 sudionika, od toga 28 muškog spola (56 %) i 22 ženskog spola (44 %). Svi sudionici bili su stariji od 50 godina s prosječnom dobi od 69 godina (53 – 88). U braku ili vezi bilo je 30 sudionika (60 %), a udovaca je bilo 20 (40 %). Njih 45 (90 %) ima jedno ili više djece, a petero (10 %) nema djece. Najveći broj sudionika, njih 21 (42 %), ima dvoje djece, a najmanje sudionika, samo po jedan sudionik, ima četvero odnosno sedmero djece. Ukupno 10 sudionika (20 %) ima završenu osnovnu školu, 23 (46 %) ima završenu srednju stručnu spremu, 14 ih (28 %) ima završenu višu stručnu spremu, a troje (6 %) ima završen magisterij ili doktorat.

Postupak

Nakon dobivene dozvole Etičkog povjerenstva zdravstvene ustanove u kojoj se provodilo istraživanje (ur. br. 03/1-1022), istraživanje je provedeno dvokratno za vrijeme boravka pacijenata u bolnici, od veljače do svibnja 2023. Ispitanici su ispunjavali upitnik dan prije operacije i drugi dan nakon operacije. Sami su generirali šifru, kako bi se mogli upariti upitnici iz dvije točke mjerenja a da se pri tom osigura anonimnost. U istraživanje nisu uključeni pacijenti mlađi od 50 godina, pacijenti s patološkim prijelomima, malignim stanjima i pacijenti kod kojih se provodi revizija endoproteze.

Sudionike je o istraživanju osobno obavijestio ispitaivač. Pri objašnjavanju svrhe istraživanja izložene su im osnovne etičke smjernice istraživačkog rada. Njihovo je sudjelovanje bilo isključivo dobrovoljno te je postojala mogućnost odustajanja od istraživanja u bilo kojem trenutku, što im je bilo dodatno naglašeno. Istraživanje je provedeno individualno, uz osiguravanje anonimnosti sudionika tako da su se ispunjene ankete ubacivale u

neprozirnu kutiju smještenu na odjelu koja se praznila tek nakon što je procijenjeno da je prikupljena većina podijeljenih upitnika.

Statistička obrada

U obradi podataka primijenjene su mjere deskriptivne i inferencijalne statistike. Normalnost raspodjele kvantitativnih varijabli testirana je Kolmogorov-Smirnovljevim testom. S obzirom na to da samo dob i anksioznost u prvom mjerenju ne odstupaju statistički značajno od normalne raspodjele, u inferencijalnoj statistici primijenili smo neparametrijske statističke postupke, no u deskriptivnoj smo statistici osim medijana izražavali i aritmetičku sredinu zbog njezine veće diskriminativnosti u odnosu na medijan.

Rezultati

Kod ispitanika koji su sudjelovali u istraživanju poteškoće u području operiranog kuka trajale su prosječno 3,6 godina, uz SD = 2,821, a medijan iznosi 3. Najkraće trajanje poteškoća u području operiranog kuka bilo je 0,11 godina, a najdulje 10 godina. Rezultati po pojedinim česticama upitnika DASS-S bit će prikazani samo za one čestice za koje su dobivene najveće aritmetičke

sredine prije operacije (tablica 1) i dva dana nakon operacije (tablica 2).

Jedan dan prije operacijskog zahvata kuka najučestaliji su problemi sa započinjanjem neke aktivnosti, opuštanjem, živciranjem oko sitnica te bezvoljnošću i potištenošću. No u cijelom upitniku nijedna čestica nema ni aritmetičku sredinu ni medijan niži od 1, što znači da su u prosjeku svi simptomi barem ponekad prisutni u skupini.

U drugoj točki mjerenja dva dana nakon operacijskog zahvata najizrazitije se javlja nestrpljivost pri dugom iščekivanju nečega, živciranje oko sitnica, teškoće s opuštanjem, poteškoće sa smirivanjem kada bi ih nešto uzrujalo. Sve aritmetičke sredine u drugome mjerenju niže su nego u prvome, što ukazuje na manju prisutnost tegoba nakon operacije u području kuka u odnosu na prvo mjerenje koje je provedeno prije operacije.

U tablici 3 prikazani su deskriptivni parametri za tri podljestvice – depresivno emocionalno stanje, anksioznost i doživljeni stres u obje točke mjerenja, kao i ukupni rezultat na upitniku DASS-S te rezultati provjere statističke značajnosti razlike između dvije točke mjerenja.

Teoretski raspon bodova kreće se od 0 do 42 na podljestvicama, odnosno od 0 do 126 u ukupnom rezultatu. Najizraženija je prisutnost stresa uoči operacije, stres je prilično visok, dok su depresija i anksioznost također povišeni, ali ne tako intenzivno kao stres. Neugodno emocionalno stanje pacijenata vidljivo je i u ukupnom rezultatu, koji se nalazi u najvišoj bodovnoj

Tablica 1. Rezultati prvoga mjerenja za čestice s najvećim aritmetičkim sredinama upitnika DASS-S

	M	SD	C	Min.	Maks.
Bilo mi je teško započeti nešto raditi.	2,66	0,688	3	0	3
Bilo mi je teško opustiti se.	2,60	0,639	3	1	3
Živcirale su me sitnice.	2,58	0,702	3	0	3
Bio sam bezvoljan i potišten.	2,54	0,734	3	0	3

Legenda: M – aritmetička sredina; SD – standardna devijacija; C – medijan

Tablica 2. Rezultati drugoga mjerenja za čestice s najvećim aritmetičkim sredinama upitnika

	M	SD	C	Min.	Maks.
Bio sam nestrpljiv kad sam morao nešto čekati (npr. dizalo, semafor, kad me nešto zadržavalo).	0,94	0,913	1	0	3
Živcirale su me sitnice.	0,70	0,707	1	0	3
Bilo mi je teško opustiti se.	0,66	0,658	1	0	2
Nisam se mogao smiriti se kad bi me nešto uzrujalo.	0,66	0,772	0,5	0	3

Legenda: M – aritmetička sredina; SD – standardna devijacija; C – medijan

Tablica 3. Razina depresije, anksioznosti i stresa, ukupan rezultat na upitniku DASS-S u prvome i drugome mjerenu te značajnost razlike provjerena Wilcoxonovim testom rangova s predznakom

DASS-S	Mjerenje	M	SD	C	z	P
Depresija	1.	27,76	7,615	28	-6,158	0,000
	2.	5,38	4,304	4		
Anksioznost	1.	25,34	8,263	25,5	-6,156	0,000
	2.	5,70	5,072	4,5		
Stres	1.	33,24	7,218	34	-6,157	0,000
	2.	7,40	4,620	7		
Ukupni rezultat na upitniku DASS-S	1.	86,34	20,941	87	-6,155	0,000
	2.	18,48	12,258	17		

Tablica 4. Značajne razlike s obzirom na razinu obrazovanja provjerene Kruskal-Wallisovim testom

		N	M	SD	Kruskal-Wallisov H	P
Dob	OŠ	10	77,60	7,560	11,052	0,004
	SSS	23	66,48	6,808		
	više od SSS	17	69,47	7,559		
Depresija u drugom mjerenu	OŠ	10	8,60	7,183	9,373	0,009
	SSS	23	3,87	2,564		
	više od SSS	17	5,53	2,982		

trećini. U drugom mjerenu i dalje je najizraženiji stres, a depresija je najniža. Rezultati na sve tri podljestvice, kao i ukupni rezultat ukazuju na izrazito smanjenje neugodnih emocionalnih stanja te i stres i anksioznost i depresiju možemo okarakterizirati kao niske. Te su razlike statistički značajne: depresija, anksioznost i stres, kao i opća negativna afektivnost značajno su niži poslije operacije nego prije.

Također nas je zanimalo razlikuje li se značajno emocionalni status pacijenata s obzirom na neka sociodemografska obilježja, npr. razinu obrazovanja. Za usporedbu doživljaja neugodnih emocionalnih stanja izračunali smo razlike na podljestvicama i ukupnom rezultatu između prvog i drugog mjerenja kao pokazatelje relativnog napretka te ih uspoređivali s obzirom na obilježja od interesa.

U tablici 4 vidljivo je da su ispitanici s osnovnoškolskim obrazovanjem znatno stariji od drugih, u prosjeku imaju 77,6 godina. Dodatna provjera pojedinačnih parova Mann-Whitneyjevim testom pokazala je da je skupina

s osnovnoškolskim obrazovanjem statistički značajno starija i od onih sa srednjoškolskim obrazovanjem ($U = 33,5$; $z = -3,196$; $P = 0,001$) i od skupine s višim i visokim obrazovanjem ($U = 38$; $z = -2,365$; $P = 0,018$). Osobe s osnovnom školom značajno su depresivnije nakon operacije u odnosu na skupinu sa srednjoškolskom razinom obrazovanja ($U = 39$; $z = -3,017$; $P = 0,003$).

Iako za anksioznost u drugom mjerenu nije dobivena značajna razlika, razlike u aritmetičkim sredinama vrlo su izrazite. Anksioznost nakon operacije najniža je kod ispitanika sa srednjom stručnom spremom ($M = 4,52$), dok kod ispitanika s osnovnoškolskim obrazovanjem iznosi 9,50. Skupina s najvišim obrazovanjem ima prosječan rezultat 5,06. Dakle, i kod mjera za koje nije dobivena statistički značajna razlika postoji trend slabijeg statusa skupine s najnižim obrazovanjem. Ali kada promatramo relativni napredak izražen kao razlika prvog i drugog mjerenja, tu su za sve tri skupine različite razine obrazovanja dobivene ujednačene vrijednosti, što nam govori da je za sve tri skupine napredak vrlo sličan.

Po spolu, bračnom statusu, kao ni po tome imaju li ispitanici djece, nije dobivena nijedna statistički značajna razlika po promatranim varijablama.

Provjera povezanosti Spearmanovim ρ -koeficijentom korelacije pokazala je statistički značajnu pozitivnu povezanost dobi s depresijom u prvom ($\rho = 0,413$; $P = 0,003$), kao i u drugom mjeranju ($\rho = 0,566$; $P = 0,000$): što su pacijenti stariji to je razina depresivnog raspoloženja izrazitija i prije i nakon operacije. Također, umjerene korelacije dobivene su i između dobi i anksioznosti: za prvo mjeranje $\rho = 0,424$ uz $P = 0,002$, a za drugo mjeranje ρ je $0,355$ uz $P = 0,012$. I ovdje je, dakle, viša dob povezana s većom anksioznošću. Ukupni rezultat na upitniku DASS-S povezan je umjerenom, pozitivnom korelacijom s dobi i u prvom mjeranju ($\rho = 0,414$; $P = 0,003$), kao i u drugom ($\rho = 0,476$; $P = 0,000$), što ukazuje na to da što su osobe starije to je izrazitija negativna afektivnost. Stres, kao ni relativno poboljšanje izraženo kao razlika prvoga i drugoga mjeranja nisu statistički značajno povezani s dobi.

Diskusija

Osnovni cilj ovog rada bio je utvrditi razliku u emocionalnom stanju pacijenata prije i nakon operacije kuka. Prije operacije najveće prosječne vrijednosti dobivene su za čestice koje se odnose na započinjanje neke aktivnosti, teškoće s opuštanjem, živciranje oko sitnica te bezvoljnost i potištenost. Sve navedene poteškoće javljale su se prilično učestalo kod naših ispitanika. Poslije operacije najviše se javljaju nestrpljivost pri dugom iščekivanju, živciranje oko sitnica, teškoće s opuštanjem, poteškoće sa smirivanjem kada ih nešto uzruja, što ukazuje na svojevrsnu nestrpljivost pacijenata jer je ispitivanje provedeno na dan otpuštanja iz bolnice. No i te su se poteškoće javljale izrazito malo. Sve aritmetičke sredine u drugome mjeranju niže su nego u prvome, što ukazuje na manju prisutnost tegoba nakon obavljene operacije u području kuka u odnosu na stanje prije operacije. Takvi su rezultati očekivani jer su pacijenti doživjeli olakšanje nakon operacije koja uključuje opću anesteziju i uvijek predstavlja svojevrsni rizik.

Sve statistički značajne razlike išle su u pozitivnom smjeru u drugome mjeranju u odnosu na prvo: depresija, anksioznost i stres bili su značajno niži poslije operacije nego prije. Prije operacije najizraženiji je bio

stres, a razlog tomu može biti strah od operacije i sama priprema za operaciju. Stres se mogao povećati zbog višemjesečnog pripremanja za operaciju te zbog toga što nisu znali koji će po redu i u koliko sati taj dan biti operirani pa se s vremenom iščekivanja zasigurno povećavao i stres. To je bilo vidljivo u razgovoru s pacijentima prije operacije, kojima se strah povećavao kako se približavao trenutak operacije. Depresija i anksioznost mogu biti posljedica boli koje osoba trpi mjesecima, a neki i godinama te njihove smanjene funkcionalne sposobnosti uslijed tegoba s kukom.

U drugom mjeranju najizraženiji je i dalje bio stres, ali ga možemo okarakterizirati kao nizak. I anksioznost i depresija smanjile su se u drugom mjeranju vjerojatno zbog olakšanja jer je operacija završila, jer su provedene fizioterapijske procedure te jer je pacijent do otpusta bio osposobljen za hod, samostalno vježbanje, educiran i samostalan u obavljanju aktivnosti svakodnevnog života. Samim time osjećao se bolje, funkcionalno sposobnije, bol se smanjila, a pokretljivost olakšala. Na dan kada je provedeno drugo mjeranje pacijenti su išli kući, što ih uz uspješno osposobljavanje najčešće čini sretnima i bolje se osjećaju. Također, razlog smanjenja depresije, anksioznosti i stresa može biti i poboljšana funkcionalnost i mobilnost koja je ostvarena kroz dane provedbe fizioterapije nakon operacije. No treba uzeti u obzir da je riječ o operaciji koja je unaprijed dogovorena, što se vidi i iz prosječnog trajanja poteškoća prije operacije. Stoga, kako bi se dobio uvid u emocionalno stanje pacijenata uzrokovanog dijagnozom bilo bi zanimljivo imati prvu točku mjeranja ranije, jer ovako visok rezultat u prvom mjeranju te dobivena razlika u odnosu na drugo može biti ipak potencirana strahom od operacije odnosno olakšanjem što je operacija prošla dobro.

U istraživanju Duivenvoordena i suradnika (2013) utvrđeno je da se prevalencija simptoma anksioznosti 12 mjeseci nakon operacije TEP-a kuka značajno smanjila s 28 na 10,8 %, a depresivni simptomi s 33,6 na 12 %. Prije operacije prevalencija simptoma anksioznosti i depresije bila je visoka, što je u skladu s rezultatima našeg istraživanja. Ovi podaci nisu direktno usporedivi s našim rezultatima jer je vremenski odmak nakon operacije znatno veći, ali ipak ukazuju na redukciju neugodnih emocija nakon ugradnje endoproteze.²⁶ Također, Scott i suradnici (2016) utvrdili su da je godinu dana nakon operacije potpune zamjene zgloba kod starijih osoba došlo do malog smanjenja simptoma depresije i anksioznosti.²⁷

Nažalost, u našem istraživanju nismo imali mogućnost dugotrajnog praćenja ispitanika, no u daljnjim istraživa-

njima preporučujemo provesti i treće mjerenje nakon otpusta pacijenta kući, npr. nakon tri tjedna kada pacijent ponovno dođe u ambulantu bolnice na pregled i vađenje šavova. Tim mjerenjem procijenilo bi se pacijentovo emocionalno stanje nakon odlaska kući, odnosno u okolinu gdje nije pod nadzorom zdravstvenih radnika, a vježbe i pravilan hod provodi samostalno prema edukaciji i uputama koje je dobio. Kako bi emocionalno stanje pacijenata prije operacije bilo pozitivnije, bilo bi poželjno možda u nekoliko navrata razgovarati s pacijentom, pa i neposredno prije operacije, kad bi mu se ponovno objasnio cjelokupni postupak operacije te predoperacijska i poslijeoperacijska provedba fizioterapije, ili unijeti neke promjene u pripremu za operaciju u vidu posvećivanja više vremena, davanja mogućnosti postavljanja pitanja itd.

Utvdili smo da su razina depresije i anksioznosti značajno povezani s dobi, što je očekivano jer su osobe svjesnije da im s godinama treba dulje vrijeme oporavka. Osim toga, pojavnost depresivnosti i inače se povećava u kasnijoj dobi. Depresija je česta pojava kod osoba starije životne dobi koja se može pojaviti zbog nedostatka ili gubitka bliskih društvenih kontakata, udovištva, stresnoga životnog događaja, smještaja u ustanove koje pružaju skrb, postojanja anksioznosti, nedostatka društvenih aktivnosti, niskog obrazovanja itd. Također, pojava depresije može biti povezana i s bolešću te prisutnošću kronične boli. Zbog toga postoji potreba za edukacijom i informiranjem starijih osoba o depresiji. Glavni su prediktori depresije: ženski spol, somatska bolest, kognitivno oštećenje, funkcionalno oštećenje, nedostatak ili gubitak bliskih društvenih kontakata itd.^{28,29}

Dobivenu razliku u depresivnosti nakon operacije s obzirom na razinu obrazovanja moguće je objasniti razlikom u dobi te je očito najstarija populacija pacijenata ona kojoj bi trebalo obratiti najviše pozornosti u edukaciji i informiranju na temu depresije. U praksi bi trebalo više vremena provesti razgovarajući s njima te vidjeti što ih zabrinjava, imaju li odgovarajuću podršku i pomoć kod kuće te kako bi im se najbolje moglo pomoći tijekom njihova boravka u bolnici. Također, niže obrazovanje vjerojatno je povezano i sa slabijim prihodima, što u situaciji bolesti ili nesposobnosti dolazi još više do izražaja.

Jedno od ograničenja ovog istraživanja jest provedba samo na jednoj klinici te bi za generalizaciju rezultata bilo uputno uključiti veći broj klinika, uz povećanje veličine uzorka, što bi pridonijelo vrijednosti nalaza. Osim toga, osoba koja je provela prikupljanje podataka bila je

i jedan od fizioterapeuta, što je moglo utjecati na veće ulaganje napora u fizioterapijski rad posvećen predoperacijskoj pripremi. U provedbi sličnih istraživanja bilo bi zanimljivo usporediti emocionalno stanje pacijenata s obzirom na to imaju li prethodno iskustvo operacije kuka. Prethodno iskustvo i poznavanje tijeka oporavka mogli bi imati utjecaj na manju prisutnost negativnih emocija prije operacije. Nadalje, ubuduće predlažemo primjenu nekog kraćeg upitnika koji bi starijim osobama bio lakši i brži za ispunjavanje te uvrštavanje skale boli.

Ukratko, možemo zaključiti da je prije operacije stres kod pacijenata bio izrazito visok, a slijede ga depresija i anksioznost. Nakon operacije i dalje je najizraženiji bio stres, ali sva tri neugodna emocionalna stanja bila su znatno i statistički značajno smanjena, što ukazuje na manju prisutnost tegoba nakon obavljene operacije u području kuka u odnosu na stanje prije operacije.

Ispitanici koji su imali samo osnovnoškolsko obrazovanje bili su značajno stariji od ostalih dviju skupina te su imali značajno lošiji rezultat na podljestvici depresije nakon operacije. Međutim, mogli smo uočiti da je i kod mjera za koje nije dobivena statistički značajna razlika postojao trend slabijeg statusa skupine s najnižim obrazovanjem. Što su pacijenti bili stariji to je razina depresivnog raspoloženja bila izrazitija i prije i nakon operacije. Viša dob bila je povezana s većom anksioznošću, i to u obje točke mjerenja. No kada smo promatrali relativni napredak izražen kao razliku rezultata prvog i drugog mjerenja, za sve tri skupine različite razine obrazovanja napredak je bio vrlo sličan.

Referencije

1. Ma J, Li C, Zhang W, Zhou L, Shu S, Wang S, Wang D, Chai X. Preoperative anxiety predicted the incidence of postoperative delirium in patients undergoing total hip arthroplasty: a prospective cohort study. *BMC Anesthesiology*. 2021; 48(8).
2. Hoppenfeld S, deBoer P, Buckley R. *Surgical Exposures In Orthopedics; The Anatomic Approach*. India, New Delhi: Wolters Kluwer Pvt. Ltd.; 2009.
3. Vrdoljak DV, Rotim K, Biočina B. *Kirurgija*. Zagreb: Zdravstveno veleučilište; 2017.
4. Jurišković M. Zdravstvena njega bolesnika poslije ugradnje endoproteze zgloba kuka. *Nursing Journal*. 2019; 24(2): 90–93.
5. Dudley H, Carter D, Russell RCG. *Rob & Smith's Operative Surgery (Trauma Surgery Part 1)*. Portland, Or.: Book News, Inc (Butterworth and Co.); 1989.
6. Havelka Meštrović A, Havelka M. *Zdravstvena psihologija: psihosocijalne osnove zdravlja*. Jastrebarsko: Naklada Slap; 2020.
7. Crnković D. Anksioznost i kako ju liječiti. *Medicus, Psihijatrija danas*. 2017; 26(2): 185–191.
8. LaBar KS, LeDoux JE. Coping with danger: the neural basis of defensive behaviours and fearful feelings. U: McEwen BS, ur. *Handbook of Physiology, The Endocrine System, Coping with the Environment: Neural and Endocrine Mechanisms*. New York: Oxford University Press; 2001.
9. Anksioznost. Hrvatska enciklopedija, mrežno izdanje. Leksikografski zavod Miroslav Krleža, 2021. Dostupno na: <http://www.enciklopedija.hr/Natuknica.aspx?ID=2852> (pristupljeno 25. 4. 2023.).
10. Gregurek R, Ražić Pavičić A, Gregurek R ml. Anksioznost: psihodinamski i neurobiološki dijalog. *Socijalna psihijatrija*. 2017; 45(2): 117–124.
11. Schore AN. A century after Freud's Project: Is a rapprochement between psychoanalysis and neurobiology at hand? *J Am Psychoanal Assoc*. 1997; 45: 841–867.
12. Mihaljević-Peleš A, Šagud M. Anksiozni poremećaji u starijih osoba. *Socijalna psihijatrija* 2019; 47(3): 283–291.
13. Lovibond PF, Lovibond SH. The structure of negative emotional states: comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*. 1995b; 33(3): 335–343.
14. Clark LA, Wason D. Tripartite Model of Anxiety and Depression: Psychometric Evidence and Taxonomic Implications. *Journal of Abnormal Psychology*. 1991; 100(3): 316–336.
15. Lovibond SH i Lovibond PF. *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales*. (2. izd.) Sydney: Psychology Foundation. (1995a).
16. Hudolin V. *Psihijatrija*. Zagreb: Jugoslavenska medicinska naklada; 1981.
17. Depresija. Hrvatska enciklopedija, mrežno izdanje. Leksikografski zavod Miroslav Krleža, 2021. Dostupno na: <http://www.enciklopedija.hr/Natuknica.aspx?ID=14632> (pristupljeno 25. 4. 2023.).
18. Karlović D. Depresija: klinička obilježja i dijagnoza. *Medicus, Psihijatrija danas*. 2017; 26(2): 161–165.
19. Depresija. Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Služba za epidemiologiju i prevenciju kroničnih nezaraznih bolesti, 2017. Dostupno na: <https://www.hzjz.hr/sluzba-promicanje-zdravlja/depresija/> (pristupljeno 25. 4. 2023.).
20. Stoppe G. Depresija u starosti. *Socijalna psihijatrija*. 2019; 47(3): 261–268.
21. Stres. Hrvatska enciklopedija, mrežno izdanje. Leksikografski zavod Miroslav Krleža, 2021. Dostupno na: <http://www.enciklopedija.hr/Natuknica.aspx?ID=2852> (pristupljeno 25. 4. 2023.).
22. Wilson-Barnett J. *Stress in Hospital Patients*. U: Bittles AH., Parson PA., ur. *Stress Evolutionary, Biosocial and Clinical Perspectives*. London: Palgrave Macmillan; 1996. 152–158.
23. Kendall PC, Hollon SD, Beck AT, Hammen CL, Ingram RE. Issues and recommendations regarding use of the Beck Depression Inventory. *Cognitive Therapy and Research*. 1987; 11(3): 289–299.
24. Ivaković F. Skale depresije, anksioznosti i stresa (DASS-S i DASS-O). Zagreb: Selekcija d.o.o. za hrvatsku verziju; 2019.
25. Crawford JR, Henry JD. The Depression Anxiety Stress Scales (DASS): normative data and latent structure in a large non-clinical sample. *British Journal of Clinical Psychology*. 2003; 42: 111–131.
26. Duivenvoorden T, Vissers MM, Verhaar JAN, Busschbach JJV, Gosens T, Bloem RM, Bierma-Zeinstra SMA, Reijman M. Anxiety and depressive symptoms before and after total hip and knee arthroplasty: a prospective multicentre study. *Osteoarthritis Cartilage*. 2013; 12: 1834–1840.
27. Scott JE, Mathias JL, Kneebone AC. Depression and anxiety after total joint replacement among older adults: a meta-analysis. *Aging Ment Health*. 2016; 12: 1243–1254.
28. Djernes JK. Prevalence and predictors of depression in populations of elderly: a review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2006; 113: 372–387.
29. Taylor WD. Depression in the Elderly. *The New England Journal of Medicine*. 2014; 371: 1228–1236.

EMOTIONAL STATE OF PATIENTS BEFORE AND AFTER HIP SURGERY

¹ Anita Šantor

¹ Olivera Petrak

¹ University of Applied Health Sciences, Zagreb

Abstract

Total hip replacement (THR) is one of the most common operations in orthopedic surgery. It is a complex operation that requires a long recovery. Unpleasant emotions can slow down recovery and make it difficult for patients to adapt, so it is important to know to what extent unpleasant emotional states such as depression, anxiety and stress are present in patients. Therefore, the aim of this study was to determine the frequency of anxiety, depression, and stress in patients before and after total hip arthroplasty. We were also interested in the relationship between observed emotional states and some sociodemographic characteristics.

The questionnaire we used includes the basic sociodemographic data of the respondents, and the Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-S). The sample of 50 respondents of both genders was of a convenience type, with an average age of 69 years. The research was conducted twice during the patients' stay in the hospital, one day before surgery and the second day after hip surgery.

Before the operation, the emotional state of the patients was very unpleasant, especially the stress. After

the operation, there was a marked, statistically significant decrease in all three unpleasant emotions, which indicates an improvement in the emotional state of the patients after the operation compared to the state before the operation. People with only primary education were significantly older than other patients and were significantly more depressed after the surgery. The correlations showed that as the age of the patients increases, so does anxiety, in both measurement points, and the level of depressed mood is more pronounced. No statistically significant difference was obtained for gender, marital status, or whether they have children.

Keywords: hip, depression, anxiety, stress, THR
