

Karolina GAWROŃSKA¹
Jacek LORKOWSKI²

¹K.G. Medical Service w Warszawie
Kierownik Centrum:
mgr Karolina Gawrońska

²Centrum Rehabilitacji „Zdrowie”
w Krakowie
Kierownik Centrum:
dr med. Tadeusz Mazur

Słowa kluczowe:

jakość życia, sport niepełnosprawnych, fizjoterapia, następstwa urazów, wrodzona niepełnosprawność

Key words:

quality of life, sport for disabled, physiotherapy, consequences of injuries, congenital disability

Adres do korespondencji:
mgr Karolina Gawrońska
ul. 1 Sierpnia 31/56
02-134 Warszawa
tel. +48 518958043
e-mail: kegawronska@gmail.com

Ocena jakości życia u osób z wrodzoną i nabytą niepełnosprawnością narządu ruchu uprawiających koszykówkę na wózkach, rugby na wózkach oraz żeglarstwo

Evaluation of quality of life in people with congenital and acquired motor disability who practiced wheelchair basketball, wheelchair rugby or sailing

Jakość życia jest pojęciem interdyscyplinarnym, indywidualnie pojmowanym, pozwalającym spojrzeć na sytuację człowieka zdrowego jak i z niepełnosprawnością wielowymiarowo, łącząc dziedzinę fizyczną, psychiczną oraz socjologiczną. W licznych badaniach wykazano, że aktywność fizyczna ma istotny wpływ na poprawę jakości życia u osób z niepełnosprawnością układu narządu ruchu. Celem pracy była ocena jakości życia u osób z wrodzoną i nabytą niepełnosprawnością narządu ruchu uprawiających koszykówkę na wózkach, rugby na wózkach oraz żeglarstwo. Grupę badaną stanowiło 60 osób, obojga płci, w wieku 20-51 lat (średnia 33,4 lat), niepełnosprawnych sportowców uprawiających koszykówkę, rugby oraz żeglarstwo. Do zmierzenia ogólnego poczucia jakości życia zależnej od zdrowia użyto kwestionariusza SF-36 (Short Form Health Survey). Dodatkowo zastosowano kwestionariusz własny który zawierał dane demograficzne, informacje związane z niepełnosprawnością oraz dane dotyczące motywów do uprawiania sportu. Analizy statystyczne, z zastosowaniem testów U Manna Whitney'a, zostały przeprowadzone z wykorzystaniem programu Statistica 10.0. Została stwierdzona istotna różnica w ocenie jakości życia w funkcjonowaniu fizycznym oraz emocjonalnym pomiędzy osobami z niepełnosprawnością wrodzoną a niepełnosprawnością nabytą u osób uprawiających koszykówkę na wózkach, rugby oraz żeglarstwo. Ponadto wykazano różnicę w motywach podejmowania aktywności ruchowej między badanymi grupami. Wnioski: Nie można jednoznacznie stwierdzić, że któraś z badanych grup lepiej ocenia jakość życia, jedynie rozpatrując pojedyncze kategorie możemy znaleźć różnice pomiędzy nimi. Poprawa jakości życia osób niepełnosprawnych powinna stać się priorytetem podczas całego procesu usprawniania sportu.

Wstęp

Jakość życia jest pojęciem interdyscyplinarnym, indywidualnie pojmowanym, pozwalającym spojrzeć na sytuację człowieka zdrowego jak i z niepełnosprawnością wielowymiarowo, łącząc dziedzinę fizyczną, psychiczną oraz socjologiczną. Próbę doprecyzowania jakości życia w medycynie pod-

jął Schipper i wsp. wprowadzając termin Jakości Życia Uwarunkowanej Stanem Zdrowia - Health Related Quality of Life - HRQoL [1,2]. To właśnie jakość życia zależna od zdrowia jest przedmiotem licznych badań oraz zainteresowań fizjoterapeutów w holistycznym podejściu do usprawniania osób z dysfunkcją

narządu ruchu. W wielu badaniach wykazano, że aktywność fizyczna ma istotny wpływ na poprawę jakości życia u osób z niepełnosprawnością układu narządu ruchu [3]. Regularna aktywność fizyczna jest skutecznym środkiem, który pełni rolę pierwszorzędnej profilaktyki i zapobiega wtórnym powikłaniom wynikających z uszkodzenia narządu ruchu [4]. Stosowane obecnie działania rehabilitacyjne, adaptacyjne i kompensacyjne skierowane do grupy osób z dysfunkcją narządu ruchu są niewystarczające i wymagają wdrożenia pojęcia jakości życia w całym procesie usprawniania [5].

Cel pracy

Celem pracy była ocena jakości życia u osób z wrodzoną i nabytą niepełnosprawnością narządu ruchu uprawiających koszykówkę na wózkach, rugby na wózkach oraz żeglarstwo.

Material i metodyka

Grupę badaną stanowiło 60 osób, obojga płci, w wieku 20-51 lat (średnia 33,4 lat) niepełnosprawnych sportowców uprawiających koszykówkę (29 osób), rugby (14 osób) oraz żeglarstwo (17 osób). Dokładną charakterystykę badanej grupy przedstawiono w tabeli (Tab.I), w oparciu o kwestionariusz własny. Do zmierzenia ogólnego poczucia jakości życia zależnej od zdrowia użyto kwestionariusza SF-36 (Short Form Health Survey) [6]. Na kwestionariusz SF-36 złożonych jest 36 pytań pogrupowanych w 8 kategorii: sprawność fizyczną, ograniczenia spowodowane zdrowiem fizycznym, odczuwanie bólu, ogólna percepcja zdrowia, witalność, funkcjonowanie w społeczeństwie, ograniczenia aktywności spowodowane problemami emocjonalnymi oraz zdrowie psychiczne. Suma punktów powyższych skal jest wskaźnikiem jakości życia zależnej od zdrowia. Największa ilość punktów w kwestionariuszu oznacza najniższą samoocenę jakości życia, zaś najmniejsza wartość punktowa koreluje z najwyższą oceną jakości życia. Dodatkowo zastosowano kwestionariusz własny autora, który zawierał dane demograficzne, informacje związane z niepełnosprawnością (rodzaj oraz przyczynę niepełnosprawności, zaopatrzenie ortopedyczne, wiek, w którym doszło do uzyskania niepełnosprawności) oraz dane dotyczące motywów do uprawiania sportu z zastosowaniem odpowiedzi w skali Likerta, gdzie 1 – oznacza najniższą ocenę, 5 – najwyższą ocenę. Analizy statystyczne, z zastosowaniem testów U Manna Whitney'a, zostały przeprowadzone z wykorzystaniem programu Statistica 10.0.

Wiek (w latach)	20 - 51 (śr. 33,4)	
Płeć	kobiety	2
	mężczyźni	58
Przyczyna niepełnosprawności	wrodzona	20
	nabyta	40
Uprawiany sport	koszykówka	29
	rugby	14
	żeglarstwo	17
Wykształcenie	podstawowe	6
	średnie	35
	wyższe	19
Status na rynku pracy	pracujący zawodowo	43
	w trakcie nauki	5
	bezrobotny/renta	12
Wiek, w którym doszło do urazu (w latach)	10 - 53 (śr. 26,1)	

Tabela I.
Charakterystyka grupy badanej.

Wyniki

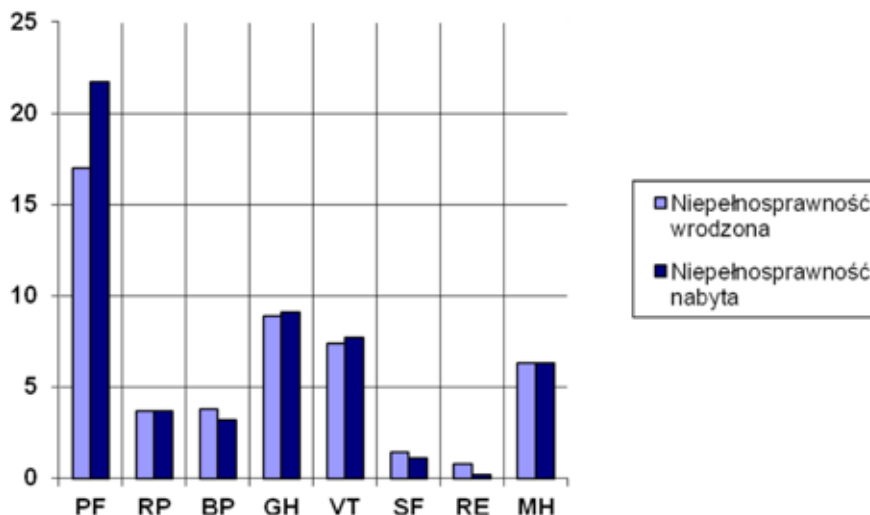
Wykorzystując kwestionariusz SF-36 stwierdzono istotną różnicę ($p < 0,05$) w ocenie jakości życia w funkcjonowaniu fizycznym oraz emocjonalnym pomiędzy osobami z niepełnosprawnością wrodzoną a niepełnosprawnością nabytą u osób uprawiających koszykówkę na wózkach, rugby oraz żeglarstwo (Ryc.1). Zauważono tu tendencję do niższej oceny jakości życia pod względem funkcjonowania fizycznego u osób, które niepełnosprawność nabyły w ciągu swojego życia. Osoby z wrodzoną niepełnosprawnością gorzej oceniły swoją jakość życia pod kątem funkcjonowania emocjonalnego. W pozostałych obszarach badanych z użyciem kwestionariusza SF-36 tj. w ograniczeniach spowodowanych zdrowiem fizycznym, odczuwaniu bólu, ogólnym poczuciu zdrowia, witalności, funkcjonowaniu w społeczeństwie oraz zdrowiu psychicznym nie zauważono istotnych różnic między oceną jakości życia u sportowców z niepełnosprawnością wrodzoną a nabytą.

Porównując wyniki uzyskane w ankiecie własnej autorów dotyczącej motywów uprawiania sportu zauważono istotną różnicę ($p < 0,05$) między moty-

wem „sport pozwala mi utrzymać optymalną masę ciała” między grupą osób z wrodzoną a nabytą niepełnosprawnością. Ta druga zdecydowanie bardziej identyfikuje się z tym stwierdzeniem. W pozostałych motywach takich jak podnoszenie ogólnej sprawności i wydolności całego ciała, korzystnym wpływie na odporność organizmu, ułatwieniu zawierania nowych znajomości, stwarzaniu warunków do nawiązywania kontaktów zawodowych i znalezieniu pracy, chętniejszym uczestnictwie w życiu kulturalnym i społecznym, mobilizacji do dalszego kształcenia, bycia formą terapii nie stwierdzono różnicy między badanymi grupami.

Dyskusja

Dysfunkcje narządu ruchu powodujące trwałą niepełnosprawność wpływają na pojmowanie jakości życia w sposób różnorodny oraz wielopłaszczyznowy. Analiza kwestionariusza SF-36 wykazała niewielkie różnice pomiędzy osobami z wrodzoną, a nabytą niepełnosprawnością, którzy inaczej oceniają swoją jakość życia jedynie w dwóch kategoriach, z ośmiu badanych,



Ryc.1

Średnia liczba punktów uzyskanych w kwestionariuszu SF-36 przez osoby z wrodzoną oraz nabytą niepełnosprawnością w kategoriach: Physical Functioning (PF), Role Physical (RP), Bodily Pain (BP), General Health (GH), Vitality (VT), Social Functioning (SF), Role Emotional (RE) oraz Mental Health (MH).

tj. w kategorii funkcjonowanie fizyczne oraz w kategorii ograniczeń aktywności spowodowanych problemami emocjonalnymi. W pierwszej kategorii, która badała możliwość wykonywania czynności wymagających sprawności fizycznej różnego stopnia, np. pokonywania schodów, chodzenia na spacerach czy też ubierania się, grupa osób z nabytą niepełnosprawnością wykazała niższą jakość życia, niż osoby z wrodzoną niepełnosprawnością. Prawdopodobnie spowodowane jest to tym, iż osoby te porównują swoje możliwości fizyczne do tych, jakie miały przed chorobą bądź urazem, który tę niepełnosprawność spowodował. Podobne wyniki uzyskali Borowik i wsp., którzy potwierdzili, iż nastąpił spadek jakości życia u osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego w dziedzinie fizycznej [7].

W kategorii ograniczeniu aktywności spowodowanymi problemami emocjonalnymi niższą jakość życia przejawiała grupa osób z niepełnosprawnością wrodzoną. Zgodnie z badaniami innych autorów osoba niepełnosprawna poddawana jest silnej stygmatyzacji społecznej i będzie dążyć do izolowania się, gdyż kontakty społeczne mogą przyczynić się do jeszcze większej deprecjacji własnej osoby i gorszego samopoczucia [8]. Stąd też możemy wysnuć wniosek, iż osoba z niepełnosprawnością wrodzoną dłużej jest poddawana stygmatyzacji społecznej i izolacji niż osoba, która w ciągu swojego życia nabyła niepełnosprawność. W badanej przez nas grupie średni wiek, w jakim doszło do urazu to 26,1 lata. Uprawianie sportu bądź aktywności fizycznej od najmłodszych lat mogłoby ten proces odwrócić.

Truizmem jest, że uprawianie sportu, aktywności fizycznej przez osoby niepełnosprawne ma pozytywny wpływ na ich samoocenę oraz jakość życia.

Potwierdzają to badania Sahlin'a i Lexell'a, którzy uważają, że dorośli po urazie rdzenia kręgowego, którzy uczestniczyli w zorganizowanych dyscyplinach sportowych, wykazali zmniejszoną depresję i lęk, zwiększoną satysfakcję z życia oraz zwiększoną szansę na zarobkowe zatrudnienie w porównaniu z osobami niepełnosprawnymi, którzy nie uprawiali sportu [4]. Również Wilhite i Shank dowodzą, że sport niepełnosprawnych wspiera rozwój emocjonalny, buduje cenne relacje społeczne [9]. Richardson i wsp. twierdzą, iż umiejętności zdobyte na boisku są wykorzystywane przez osoby niepełnosprawne podczas ich codziennego życia wzmacniając ich niezależność i poprawiają jakość życia [3]. Wyniki badań uzyskane przez innych autorów dowodzą, że uprawianie sportu przez osoby z niepełnosprawnością wspomaga rozwój motoryczny, podnosi samoocenę oraz poczucie własnej wartości oraz zwiększa skuteczność i motywację działań, a co za tym idzie poprawia jakość życia [10,11,12,13,14].

Analizując wyniki uzyskane w ankiecie własnej autorów dotyczącej motywów podejmowania aktywności ruchowej przez obie grupy możemy stwierdzić, iż w większości są podobne u osób z wrodzoną i nabytą niepełnosprawnością. Jedynie zauważono istotną różnicę w odniesieniu do kwestii utrzymania prawidłowej masy ciała. Osoby, które niepełnosprawność nabyły w młodym wieku, w większości mężczyźni, prawdopodobnie wcześniej prowadziły aktywny tryb życia, stąd też może wynikać większa dbałość o utrzymanie prawidłowej wagi, gdyż nadmierna masa ciała mogłaby jeszcze w większym stopniu ograniczyć ich aktywność ruchową. Motywacja odgrywa kluczową rolę w całym procesie

usprawniania osób z dysfunkcjami narządu ruchu, wskazują to obserwacje Bartle i Malkin, którzy udowodnili, iż „integracja ze społeczeństwem, uznanie, szacunek oraz poczucie bycia potrzebnym” są najważniejszymi składowymi motywacjami do uprawiania sportu niepełnosprawnych [15]. Odmienne opinie przedstawiają Skordlis i wsp., którzy dowiedli, że najważniejszy motyw uprawiania sportu to „możliwość współzawodnictwa, konkurowania z innymi oraz osiągania sukcesów w sporcie” [16]. W badaniach innych autorów motywacja do uczestnictwa w zajęciach sportowo - rehabilitacyjnych jest potęgowana poprzez atrakcyjną formułę zajęć i sam fakt znalezienia się w grupie w odmiennych, czasem ryzykownych warunkach środowiska czy też otoczenia [17].

Wnioski:

1) Nie można jednoznacznie stwierdzić, że któraś z badanych grup lepiej ocenia jakość życia, jedynie rozpatrując pojedyncze kategorie możemy znaleźć różnice pomiędzy nimi.

2) Poprawa jakości życia osób niepełnosprawnych powinna stać się priorytetem podczas całego procesu uprawiania sportu.

Piśmiennictwo

1. Schipper H. Guidelines and caveats for quality of life measurement in clinical practice and research. *Oncology* 1990;4:51-57.
2. Sierakowska M, Krajeńska – Kulak E. Jakość życia w chorobach przewlekłych – nowe spojrzenie na pacjenta i problemy zdrowotne w aspekcie subiektywnej oceny. *Pielęgniarstwo XXI wieku*. 2004; 2:23-26.
3. Richardson EV, Papathomas A, Smith B, Goosey-Tolfrey VL. The psychosocial impact of wheelchair tennis on participants from developing countries. *Disabil Rehabil*. 2015;10:1-8
4. Sahlin KB, Lexell J. Impact of Organized Sports on Activity, Participation, and Quality of Life in People With Neurologic Disabilities. *PM R* 2015;7:1081-1088.
5. Czaplarska K, Lorkowski J, Hladki W. The pleiotropic effect of rehabilitation sailing in people with visual impairment - preliminary report/study. *Ostry Dyżur* 2014;7:93-96.
6. Tylka J, Piotrowicz R. Kwestionariusz oceny jakości życia SF-36 – wersja polska. *Kardiol Pol* 2009;67:1166-1169.
7. Borowik A, Szymczuk J, Kukowska D. Ocena jakości życia u chorych z paraplegią. *Zeszyty Naukowe WSA* 2013; 51:13-17.
8. Kowalik S. Pomiędzy dyskryminacją i integracją osób niepełnosprawnych [w:] B. Kaja (red.). *Wspomaganie rozwoju. Psychostymulacja*. Psychokorekcja 2001;3:36-58.

9. **Wilhite B, Shank J.** In praise of sport: promoting sport participation as a mechanism of health among persons with a disability. *Disabil Health J* 2009;2:116-127.
10. **Nasuti G, Temple VA.** The risks and benefits of snow sports for people with disabilities: a review of the literature. *Int J Rehabil Res* 2010;33:193-198.
11. **Giacobbi PR Jr, Stancil M, Hardin B, Bryant L.** Physical activity and quality of life experienced by highly active individuals with physical disabilities. *Adapt Phys Activ Q* 2008;25:189-207.
12. **van der Woude LH, de Groot S, Postema K, Bussmann JB, Janssen TW.** Active Lifestyle Rehabilitation interventions in aging spinal cord injury (ALLRISC): a multicentre research program. *Disabil Rehabil* 2013;35:1097-1103.
13. **Marini M, Sarchielli E, Portas MF, Ranieri V, Meli A, Piazza M, Sgambati E, Monaci M.** Can baseball improve balance in blind subjects? *J Sports Med Phys Fitness* 2011;51:227-232.
14. **Yazicioglu K, Yavuz F, Goktepe AS, Tan AK.** Influence of adapted sports on quality of life and life satisfaction in sport participants and non-sport participants with physical disabilities. *Disabil Health J* 2012;5:249-253.
15. **Bartle PL, Malkin MJ.** The motivation to move-motivation in sports. *Parks and Recreation* 2000;35:28.
16. **Skordilis EK, Koutsouki D, Asonitou K, Evans E, Jensen B, Wall K.** Sport orientations and goal perspectives of wheelchair athletes. *Adapt Phys Activ Q* 2001;18:304-315.
17. **Nasuti G, Temple VA.** The risks and benefits of snow sports for people with disabilities: a review of the literature. *Int J Rehabil Res* 2010;33:193-198.