

Barbara MILLER¹
Karolina GAWROŃSKA²
Beata SZCZEPANOWSKA – WOŁOWIEC¹
Jacek LORKOWSKI^{3,4}
Andrzej KOTELA⁵
Waldemar HŁADKI⁶
Ireneusz KOTELA^{1,3}

Jakość życia pacjentów ze zmianami zwyrodnieniowymi w obrębie lędźwiowego odcinka kręgosłupa

Quality of life of patients with osteoarthritis within the lumbar spine

¹Zakład Rehabilitacji w Schorzeniach Narządu Ruchu
Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach
Kierownik Zakładu:
prof. dr hab. med. Ireneusz Kotela

²K.G. Medical Service w Warszawie
Kierownik Centrum:
mgr Karolina Gawrońska

³Klinika Ortopedii i Traumatologii
Centralny Szpital Kliniczny MSWiA w Warszawie
Kierownik Kliniki:
prof. dr hab. med. Ireneusz Kotela

⁴Centrum Rehabilitacji „Zdrowie” w Krakowie
Kierownik Centrum:
dr med. Tadeusz Mazur

⁵Klinika Ortopedii i Traumatologii
I Wydział Lekarski WUM w Warszawie
Kierownik Kliniki:
prof. dr hab. med. Paweł Małydk

⁶Zakład Medycyny Katastrof i Pomocy Doraźnej
Katedra Anestezjologii i Intensywnej Terapii
Collegium Medicum UJ w Krakowie
Kierownik Katedry:
prof. dr hab. med. Janusz Andres

Słowa kluczowe:

jakość życia, dolegliwości bólowe kręgosłupa lędźwiowego, fizjoterapia

Key words:

quality of life, low back pain, physiotherapy

Dolegliwości bólowe ze strony kręgosłupa stały się w obecnych czasach najczęstszymi dolegliwościami związanymi z narządem ruchu i występują w coraz młodszym wieku. Ból, który towarzyszy człowiekowi dotkniętemu zmianami zwyrodnieniowymi w obrębie kręgosłupa lędźwiowego, prowadzi do ograniczenia jego sprawności fizycznej, psychicznej i społecznej. Wpływa to negatywnie na jakość życia, co bezpośrednio przekłada się na funkcjonowanie. Celem pracy była ocena jakości życia pacjentów ze zmianami zwyrodnieniowymi w obrębie odcinka lędźwiowego kręgosłupa. Grupę badaną stanowiło 51 osób, obojga płci, w wieku 43-82 lat (średnia 61,5 lat) będących pacjentami Kliniki Rehabilitacji Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Kielcach w okresie luty-marzec 2015 r. W celu zmierzenia ogólnego poczucia jakości życia użyto kwestionariusza własnego autorów składającego się z 23 pytań, które następnie zostały poddane analizie statystycznej z zastosowaniem testu chi kwadrat Pearsona oraz analizie Anova przy użyciu programu Microsoft Excel. Badani pacjenci uskarżali się na dolegliwości bólowe, które towarzyszą im codziennie. Mimo tego, większość radzi sobie w codziennych czynnościach lub wymaga niewielkiej pomocy. Według badań 75 % ankietowanych jest zadowolona ze swojego życia. Z badań wynika, że wskaźnik BMI ma wpływ na odczuwanie stanu zdrowia, które w większości oceniano niezbyt dobrze. Wskaźnik ten determinuje także dolegliwości, które ograniczają u pacjentów wykonywanie pracy zawodowej. Wpływa także na zmniejszony poziom energii i zadowolenie z życia towarzyskiego. Podejmowana przez pacjentów aktywność fizyczna nie ma wpływu na ich wysoką samoocenę oraz poczucie zadowolenia. Ich ocena jakości życia nie zależy od miejsca zamieszkania, wieku, wykształcenia i sytuacji zawodowej. Charakter pracy zawodowej nie wpływa na poziom odczuwanego bólu.

Wstęp

Zespoły bólowe występujące w obrębie kręgosłupa lędźwiowego zyskały status choroby cywilizacyjnej. Jest to problem dotykający coraz młodszą część społeczeństwa. Zmiany zwyrodnieniowe w obrębie kręgosłupa, odpowiedzialne w znacznym stopniu za

Ailments of the spine become nowadays the most common ailments associated with motor organ and occur at increasingly younger age. The pain that accompanies man afflicted with degenerative changes in the lumbar spine leads to a reduction of both his physical and mental efficiency. It has a negative effect on the quality of life of such patients and their functioning.

The aim of the study is to assess the quality of life of patients with osteoarthritis within the lumbar spine. The research group consisted of 51 persons, both sexes, aged 43-82 (mean 61,5) who were patients of the Rehabilitation Clinic of Regional Hospital in Kielce in the period February-March 2015. To determine quality of life was used authors' own questionnaire, which included 23 questions. All statistical analysis, the chi square test and Anova analysis, were carried out using Microst Excel software. The surveyed patients complained about pain that accompanied them every day. In spite of this, most of them were able to cope with everyday tasks or needed a little help. According to research 75% of respondents were satisfied with their lives. Research shows that BMI has an impact on the perception of health, most of which were not assessed as well. This ratio also determines the ailments that restrict patients to perform work. It also affects the reduced level of energy and satisfaction with social life. Physical activity taken by the patients does not affect their high self-esteem and a sense of satisfaction. Their quality of life does not depend on the place of living, age, education and professional situation. The nature of work does not affect the level of pain.

występowanie bólu, pojawiają się u połowy populacji powyżej 50 roku życia, natomiast po 65 roku życia dotyczy prawie każdego, stąd też wszelkie zmiany w obrębie kręgosłupa nazywa się epidemią naszych czasów [1,2,3,4,5,6]. Profilaktyka bólu powinna zmierzać do

Adres do korespondencji:
prof. dr hab. med. Ireneusz Kotela
Kierownik Kliniki Ortopedii i Traumatologii
Centralnego Szpitala Klinicznego MSWiA
ul. Wołoska 137
02-507 Warszawa
Tel. (22) 508 13 70
e-mail: ikotela@op.pl

eliminowania czynników ryzyka, takich jak niewłaściwe nawyki żywieniowe, siedzący tryb życia, nałogi, nieodpowiedni dobór sprzętu. Ważne jest także wczesne wykrywanie wszelkich chorób i dysfunkcji [7,8].

Prawidłowe leczenie powinno być wielokierunkowe, czyli obejmować fizjoterapię, farmakoterapię, psychoterapię a także edukację zarówno pacjenta, jak i jego najbliższych odnośnie stylu życia, wypoczynku oraz pracy. Za główny cel przyjmuje się podniesienie jakości życia, umożliwienie powrotu pacjenta do oczekiwanego przez niego poziomu aktywności i uczestnictwa w życiu społecznym, jak również zapobieganie nawrotom i pogłębianiu wszelkich dolegliwości [9,10].

Cel pracy

Celem pracy była ocena jakości życia pacjentów ze zmianami zwyrodnieniowymi w obrębie lędźwiowego odcinka kręgosłupa.

Material i metodyka

Grupę badaną stanowiło 51 osób, obojga płci, w tym 27 kobiet oraz 24 mężczyzn, w wieku 43-82 lat (średnia 61,5 lat), będących pacjentami Kliniki Rehabilitacji Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Kielcach w okresie lutego-marzec 2015r. Dokładną charakterystykę badanej grupy przedstawiono w tabeli (Tab.I), w oparciu o kwestionariusz własny, zawierający metryczkę, w której pytano o płeć, wiek, wagę, wzrost, stan cywilny, miejsce zamieszkania, wykształcenie, sytuację zawodową oraz charakter pracy zawodowej. W celu zmierzenia ogólnego poczucia jakości życia zastosowano w dalszej części kwestionariusza własnego 23 pytania zamknięte, spośród których 22 było jednokrotnego wyboru, a jedno wielokrotnego wyboru. Pytania badawcze zostały podzielone na cztery kategorie: Wpływ BMI na ogólne odczucia zdrowia fizycznego i psychicznego (1), wpływ aktywności fizycznej na poczucie zadowolenia i samoocenę (2), czynniki determinujące własną ocenę jakości życia (3), zależność między charakterem pracy zawodowej i odczuwanymi dolegliwościami bólowymi (4). Uzyskane odpowiedzi zostały poddane analizie statystycznej z zastosowaniem testu chi kwadrat Pearsona oraz analizie Anova przy użyciu programu Microsoft Excel.

Wyniki

1. Wpływ indeksu BMI na ogólne odczucia zdrowia fizycznego i psychicznego, w tym poziomu zadowolenia, zbadany za pomocą analizy Anova: Wskaźnik BMI istotnie statystycznie wpływa ($p < 0,05$ %) na: odczucie stanu

Wiek (w latach)	43 - 82 (śr.61,5)	
Płeć	kobiety	53%
	mężczyźni	47%
BMI	21-43 (śr.28,7)	
Stan cywilny	wolna/y	20%
	w związku	80%
Miejsce zamieszkania	miasto	76%
	wieś	24%
Wykształcenie	podstawowe	4%
	zawodowe	20%
	średnie	45%
	wyższe	31%
Status na rynku pracy	Bezrobotna/y	6%
	Renta zdrowotna	12%
	Emeryt/ka	43%
	Pracująca/y	39%
Rodzaj wykonywanej pracy	siedząca	37%
	stojąca	18%
	zmienna	45%

Tabela I.
Charakterystyka grupy badanej.

zdrowia przez ankietowanych, dolegliwości ograniczające wykonywanie pracy zawodowej, energię do normalnego codziennego funkcjonowania, poziom zadowolenia z życia towarzyskiego. Im wyższy wskaźnik BMI, tym gorsze funkcjonowanie ankietowanych w w/w obszarach. Brak statystycznie istotnej różnicy ($p > 0,05$) między poziomem BMI a: nasileniem bólu w obszarze odczuć fizycznych, problemami ze snem, poziomem zadowolenia z własnego życia, częstotliwością negatywnych emocji, apatii, zmęczenia i zdenerwowania, odczuciami emocjonalnymi odnoszonymi się do samotności, braku opieki, czy też braku wiary we własne możliwości.

2. Analiza wpływu aktywności fizycznej na poczucie zadowolenia i wysoką samoocenę wykonana za pomocą testu chi kwadrat pozwoliła uzyskać następujące wyniki: sposób spędzania wolnego czasu, jak również częstotliwość uprawiania aktywności fizycznej nie determinują poziomu zadowolenia z własnego życia ($p > 0,05$).

3. Badanie stopnia determinowania jakości życia przez miejsce zamieszkania, wiek, wykształcenie, sytuację zawodową wykonywane za pomocą analizy

Anova wykazało, iż wiek nie determinuje oceny jakości życia, badanie dokonane zaś testem chi kwadrat dało następujące wyniki: miejsce zamieszkania oraz poziom wykształcenia i sytuacja zawodowa nie wpływają na jakość życia ($p > 0,05$).

4. Analiza zależności między charakterem pracy zawodowej i odczuwanymi dolegliwościami bólowymi wykonana za pomocą testu chi kwadrat Pearsona dała wynik, iż charakter pracy (praca siedząca, stojąca, zmienna) nie determinuje odczuć bólu ($p > 0,05$).

Dyskusja

Choroba zwyrodnieniowa kręgosłupa i towarzyszące jej dolegliwości bólowe to poważny problem społeczny dotyczący ludzi w coraz młodszym wieku, co stanowi podstawę do nadania jej miana choroby cywilizacyjnej. Liczne badania wykazały, że aż 80 % dorosłego społeczeństwa zgłasza dolegliwości bólowe związane z kręgosłupem lędźwiowym [2]. Ból wpływa negatywnie na własną ocenę jakości życia a tym samym ogranicza funkcjonowa-

nie człowieka we wszystkich sferach prowadząc do obniżenia samooceny i ograniczenia wszystkich życiowych aktywności. Rzutuje nie tylko na życie samego pacjenta, ale także na życie jego najbliższych.

Dolegliwości kręgosłupa lędźwiowego należą do najczęstszych przyczyn, które powodują czasowe ograniczenia wykonywania pracy zawodowej. Są także najczęstszą przyczyną przyznawania rent chorobowych z tytułu trwałej bądź czasowej niezdolności do pracy, co przynosi duże koszty medyczne i społeczne [11].

W badaniach własnych u większości pacjentów dolegliwości bólowe związane z chorobą zwyrodnieniową występują niemal codziennie lub często. Większość określiła stopień nasilenia bólu jako silny lub średni. W badaniach Klimaszewskiej i wsp. [12] u większości pacjentów dolegliwości bólowe pojawiały się codziennie. Gajewski i wsp. [13] wykazują, że pacjenci odczuwają dolegliwości bólowe codziennie. Są to bóle o średnim i silnym natężeniu. Badania te potwierdzają, że ból jest niestety nieodłącznym elementem choroby zwyrodnieniowej kręgosłupa i rzutuje na życie zarówno pacjentów jak i ich bliskich.

Według Przedborskiej i wsp. [14] im wyższy wskaźnik BMI, tym kondycja fizyczna, zdrowie czy ocena jakości życia jest gorsza. Badania własne jedynie po części potwierdzają te zależności. BMI wpływa bowiem negatywnie na ogólne zdrowie pacjentów ale mimo tego, są oni w większości zadowoleni z jakości swojego życia. Ponadto BMI nie wpływa na stopień nasilenia bólu, z czym polemizują Depa i wsp. [9].

W badaniach własnych sprawdzano, że brak jest zależności między charakterem pracy zawodowej a odczuwanymi dolegliwościami bólowymi. Do podobnych wniosków doszła Bojczuk i wsp. [11] oraz Mikołajczyk i wsp. [15] którzy również dowiedli, że dolegliwości bólowe kręgosłupa lędźwiowego dotyczą osób pochodzących z różnych środowisk pracowniczych, bez względu na to jaki rodzaj pracy wykonują. Według Klimaszewskiej i wsp. [12] dolegliwości bólowe nasilają się u kobiet w trakcie wykonywania pracy w ruchu. Mężczyźni natomiast odczuwają większy ból podczas pracy w pozycji siedzącej. Z kolei Depa i wsp. [9] stwierdzili, że wśród umysłowych pracowników bóle częściej występują u kobiet. Natomiast u pracowników fizycznych sytuacja jest odwrotna, gdyż częściej cierpią mężczyźni. Badania Misiak i wsp. [16] wskazują że stopień odczuwania tego bólu prowadził do znacznego pogorszenia jakości życia co przejawiało się wzrostem nieobecności w pracy czy też ograniczeniem społecznych kontaktów.

Często pacjentom z dolegliwościami bólowymi towarzyszą zmęczenie, lęk czy zdenerwowanie. Czują też strach i obawę przed pogorszeniem stanu swojego zdrowia, co może prowadzić

do dalszych dysfunkcji w życiu zawodowym i społecznym [17]. Podobne wyniki do naszych uzyskał Gajewski i wsp. [16]. Turkiewicz-Maligranda i wsp. [18] w swojej pracy wykazali, że u większości osób występują objawy lękowe związane z pogorszeniem się sytuacji życiowej w wyniku nasilenia choroby [17,19]. Kurowska i wsp. [4] dowiodła, że osoby, które cierpią z powodu chorób dolnego odcinka kręgosłupa i u których pojawiła się depresja, cierpią z powodu bólu o charakterze przewlekłym i o znacznie większym natężeniu. W badaniach Misiak i wsp. [16] u blisko połowy przebadanych osób występują łagodne i umiarkowane ciężkie zaburzenia depresyjne.

Osoby z depresją znacznie częściej oceniały swój ogólny stan zdrowia jako zły. Niski poziom aktywności prowadzi do osłabienia mięśni posturalnych co może powodować ból i zmniejszenie ruchomości kręgosłupa [20]. W badaniach uzyskaliśmy dane, iż pacjenci w większości „mało aktywnie” spędzają swój wolny czas, zazwyczaj raz w tygodniu uprawiają aktywność fizyczną. Skrzyńska i wsp. [20] w pracy na temat profilaktyki zespołów bólowych kręgosłupa wykazała, iż ponad połowa osób nie uprawia żadnej aktywności fizycznej. Badania Depy i wsp. [9] także potwierdzają, że pacjenci w domu nie stosują żadnych ćwiczeń, które są związane z profilaktyką bólów kręgosłupa.

W badaniach własnych wykazano, że takie czynniki jak miejsce zamieszkania, wiek, wykształcenie i sytuacja zawodowa nie determinują własnej oceny jakości życia, co potwierdziły badania Czaji i wsp. [21]. Podsumowując ankietowani przez nas pacjenci generalnie są zadowoleni ze swojego życia, jednak czynnikiem, który obniża jego jakość są dolegliwości bólowe, które jak wynika z badań są bardzo częste. W licznych doniesieniach wskazuje się, że wpływa on negatywnie na samopoczucie pacjentów prowadząc przez to do dezorganizacji życia [22,23,24].

Piśmiennictwo

1. Szulkowska K, Fronczek M, Szrajber B, Kujawa J. Porównawcza ocena skuteczności przeciwbólowego prądu interferencyjnych, ultradźwięków i terapii łączonej obu metod u chorych z przewlekłym zespołem bólowym kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego w przebiegu choroby zwyrodnieniowej. Przegląd medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego i Narodowego Instytutu Leków 2010;4:419-426.

2. Ratajczak B, Ryfa R, Boerner E, Kuciel-Lewandowska J, Hawrylak A, Demidas A. Ocena wpływu laseroterapii i magnetoterapii w połączeniu z kinezyterapią u pacjentów z chorobą zwyrodnieniową odcinka lędźwiowo-krzyżowego kręgosłupa. Postępy rehabilitacji 2011;2:13-18.

3. Łukowicz M, Weber-Zimmermann M, Ciechanowska K, Szefer A. Efekt włączenia sonoterapii do postępowania kinezyterapeutycznego w zespołach bólowych odcinka lędźwiowego kręgosłupa. Acta Bio-Optica et Informatica Medica 2009;15:40-43.

4. Kurowska K, Żbikowska A. Depresyjność a poczucie koherencji u pacjentów ze zmianami zwyrodnieniowymi kręgosłupa. Nowiny Lekarskie 2011;6:441-446.

5. Oczkiewicz P. Program rehabilitacji pacjenta z bólami dolnego odcinka lędźwiowego. Rehabilitacja w praktyce 2012;4:46-50.

6. Trybulec B, Barłowska-Trybulec M. Ćwiczenia automobilizacyjne w profilaktyce i leczeniu przewlekłego niespecyficznego bólu krzyża. Rehabilitacja w praktyce 2011;1:34-36.

7. Kiwerski J. Analiza problemów terapeutycznych zespołów bólowych krzyża. Acta balneologia 2011;2:138-142.

8. Korabiewska I, Ramos-Florczak B, Lewandowska M, Białoszewski D. Porównanie działania przeciwbólowego magnetoterapii z prądami diadynamicznymi w leczeniu zespołów bólowych dolnego odcinka kręgosłupa. Acta Balneologica 2010;3:167-173.

9. Depa A, Drużbicki M. Ocena częstości występowania zespołów bólowych lędźwiowego odcinka kręgosłupa w zależności od charakteru wykonywanej pracy. Przegląd medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego 2008;1:34-41.

10. Kubicki P, Pop T, Boychuk T, Pop K, Wilmonska-Pietruszyńska A. Skuteczność rehabilitacji w leczeniu zespołów bólowych odcinka lędźwiowo-krzyżowego kręgosłupa. Young Sport Science of Ukraine 2012;3:113-120.

11. Bojczuk T, Przysada G, Strzepak Ł. Wpływ ćwiczeń leczniczych na wskaźniki jakości życia u pacjentów z bólem dolnego odcinka kręgosłupa. Przegląd medyczny 2010;1: 66-72.

12. Klimaszewska K, Krajewska-Kułak E, Konchior D, Kowalczyk K, Jankowiak B. Jakość życia pacjentów z zespołami bólowymi odcinka lędźwiowego kręgosłupa. Jakość życia Problemy pielęgniarstwa 2011;19:47-54.

13. Gajewski T, Woźnica I, Młynarska M, Ćwikła S, Strzemińska J, Bojar I. Wybrane aspekty jakości życia osób ze zmianami zwyrodnieniowymi kręgosłupa i stawów. Medycyna ogólna i nauki o zdrowiu 2013;19:362-369.

14. Przedborska A, Misztal M, Nitera-Kowalik A, Zielińska B, Raczkowski J. Skala DCFC w ocenie skuteczności leczenia uzdrowiskowego pacjentów z dolegliwościami bólowymi okolicy lędźwiowo-krzyżowej. Acta Balneologica 2014;4:208-213.

15. **Mikołajczyk E, Jankowicz- Szymańska A, Janusz M, Bakalarz J.** Wpływ tradycyjnej fizjoterapii oraz metody Medical Taping na dolegliwości bólowe i stopień dysfunkcji pacjentów z zespołem bólowym odcinka lędźwiowo- krzyżowego kręgosłupa. Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego i Narodowego Instytutu Leków 2012;2:223-237.
16. **Misiak B, Snarska K.** Jakość życia pacjentów z dolegliwościami bólowymi kręgosłupa. Pielęgniarstwo Neurologiczne i neurochirurgiczne 2014;3:97-144.
17. **Garczyński W, Lubkowska A.** Postępowanie fizjoterapeutyczne u pacjentów ze zmianami zwyrodnieniowymi lędźwiowego odcinka kręgosłupa. Journal of Health Sciences 2013;3:18-130.
18. **Turkiewicz-Maligranda A, Rymaszewska J.** Lęk i depresja a odczuwany ból u osób z chorobą dyskową odcinka krzyżowo-lędźwiowego charakteryzujących się różnym stylem przywiązania. Piel Zdr Publ 2012;4:277-289.
19. **Kulak W, Kondzior D.** Dyskopatia kręgosłupa odcinka lędźwiowo- krzyżowego w korelacji z natężeniem bólu, depresją akceptacją choroby. Probl Hig Epidemiol 2010;1:153-157.
20. **Skrzyńska A, Skrzyńska-Kudelka J, Tkaczyk K.** Profilaktyka zespołów bólowych kręgosłupa w pozycji siedzącej w odcinku lędźwiowo-krzyżowym. Think studenckie naukowe czasopismo internetowe 2011;4:71-80.
21. **Czaja E, Kózka M, Burda A.** Jakość życia pacjentów z dyskopatią odcinka lędźwiowo-krzyżowego kręgosłupa. Pielęgniarstwo Neurologiczne i Neurochirurgiczne 2012;3:92-96.
22. **Zaniewska R, Okurowska-Zawada B, Kulak W, Domian K.** Analiza jakości życia pacjentów z zespołem bólowym dolnego odcinka kręgosłupa po zastosowaniu przez skórnej elektrycznej stymulacji nerwów-TENS. Medycyna Pracy 2012;3:295-302.
23. **Styczyński T.** Postępy w leczeniu choroby zwyrodnieniowej kręgosłupa. Reumatologia 2013;6:429-436.
24. **Antczak A, Haor B, Głowacka M, Biercewicz M.** Jakość życia pacjentów z zespołem bólowym odcinka lędźwiowego kręgosłupa po zastosowaniu leczenia sanatoryjnego- doniesienia wstępne. Piel Zdr Publ 2014;4:19-25.