

Problemy pacjentów z chorobą zwyrodnieniową kręgosłupa a jakość ich życia

Problems of Patients with Degenerative Disease of the Spine and Their Quality of Life

Stanisława Talaga^(A,C,E), Zofia Magiera^(A,B), Bożena Kowalczyk^(B,D),
Bogumiła Lubińska-Żądło^(D,E,F)

Podhalańska Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa, Nowy Targ, Polska
Podhale State School of Higher Vocational Education in Nowy Targ, Poland

STRESZCZENIE

Wstęp. Celem badań było poznanie problemów zdrowotnych pacjentów z chorobą zwyrodnieniową kręgosłupa (główną przyczyną obniżenia sprawności fizycznej) oraz określenie zapotrzebowania na edukację zdrowotną.

Material i metody. Badaniem objęto 50 osób. Wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego przy użyciu autorskiego kwestionariusza ankiety. Narzędziem badawczym przeznaczonym do oceny jakości życia była ankieta WHOQOL-BREF. Do oceny stanu zdrowia wykorzystano wskaźnik niepełnosprawności (upośledzenia) HAQ-DI.

Wyniki. Problemy sfery biologicznej, które występowały wśród respondentów dotyczyły dolegliwości bólowych (60%). Problemami natury psychicznej dla 54% respondentów było poczucie niższej wartości, 24% wskazało na osamotnienie. Najczęstszymi trudnościami w pełnieniu ról społecznych były problemy związane z małą aktywnością społeczną i zawodową – 56% respondentów. Analizując jakość życia pacjentów, istotnie ($p=0,006$) gorzej ocenili stan swojego zdrowia niż jakość swojego życia. Jakość życia w dziedzinie społecznej była najwyższa (67,9 pkt), a w dziedzinie psychologicznej najniższa (60,9 pkt).

Wnioski. 1. Głównymi problemami zdrowotnymi zgłaszanymi przez respondentów były bóle kręgosłupa w odcinku szyjnym i lędźwiowym pojawiające się podczas długotrwałej aktywności fizycznej, przy czynnościach dnia codziennego. 2. Jakość życia maleje wraz ze wzrostem trudności w wykonywaniu czynności życia codziennego. 3. Niezmiernie ważną sprawą jest umacnianie chorych w przekonaniu, że aktywność fizyczna, w tym również kinezyterapia, wywiera pozytywny wpływ na sprawność fizyczną i poprawia sprawność w wykonywaniu czynności życia codziennego. 4. Istotnym celem działań zespołu terapeutycznego jest udzielenie chorym wsparcia i motywowanie ich do radzenia sobie w sytuacjach trudnych i funkcjonowania w życiu społecznym.

Słowa kluczowe: choroba zwyrodnieniowa, kręgosłup, problemy chorych

SUMMARY

Background. The aim of the study was to investigate health problems in patients with degenerative disease of the spine (the main reason for deterioration of physical fitness) and to determine the need for health education.

Material and methods. The study involved 50 people. A diagnostic survey with an *ad hoc* questionnaire was used. Quality of life was assessed with the WHOQOL-BREF questionnaire. The HAQ-DI indicator of disability was used to assess the respondents' health status.

Results. Biological problems in the respondents included pain (60%). Psychological problems included a sense of inferiority (54%) and feeling lonely (24%). The most frequent difficulties in fulfilling social roles were problems associated with low social and occupational activity (56%). The patients assessed their health as significantly worse ($p = 0.006$) than the quality of their lives. The quality of life was the highest (67.9 points) in the social sphere, and the lowest (60.9 points) in the psychological sphere.

Conclusions. 1. The main health problems reported by the study participants were cervical and lumbar spinal pain experienced during prolonged physical activity in the course of daily living activities. 2. The quality of life decreases with increasing difficulty in performing daily activities. 3. It is important to strengthen patients' belief that physical activity, including physiotherapy, has a positive impact on physical fitness and the ability to perform daily activities. 4. An important aim of the therapeutic team is to support and motivate patients to cope with difficult situations and function in society.

Key words: degenerative disease of spine, spine, problems of patients

WSTĘP

Choroba zwyrodnieniowa kręgosłupa stanowi główną przyczynę obniżenia sprawności fizycznej większości populacji. Głównym objawem jest ból w okolicy przykręgosłupowej nasilający się zwykle podczas aktywności fizycznej. Choroba rozwija się powoli, ma charakter postępujący, nigdy się nie cofa [1]. Główne czynniki ryzyka to: wiek >40 roku życia, nadwaga, czynniki mechaniczne (praca zawodowa, sport wyczynowy), wady postawy, choroby metaboliczne, urazy narządu ruchu, wady ukształtowania stawów zarówno wrodzone, jak i nabyte. Kobiety znacznie częściej zapadają na tę chorobę i nie bez znaczenia są tutaj hormony, których niedobór lub nadmiar może skutkować zaburzeniami w przyswajaniu substancji odżywczych i minerałów [2,3,4].

Choroba zwyrodnieniowa kręgosłupa charakteryzuje się postępującym uszkodzeniem krążków międzykręgowych i chrząstki stawów międzywyrostkowych, co pogarsza właściwości biomechaniczne kręgosłupa, sprzyja mikrotraumatyzacji torebek stawowych i układu więzadłowego. Gojenie następuje poprzez miejscowy stan zapalny generujący ból, a następnie rozwija się naprawczy rozrost tkanki kostnej. W porządku chronologicznym można wyróżnić w rozwoju zmian zwyrodnieniowych kręgosłupa 3 kolejne okresy: okres dysfunkcji, odpowiadający wczesnemu etapowi zwyrodnienia, w którym mogą występować miejscowe, mało charakterystyczne (niespecyficzne) bóle kręgosłupa; wiek chorych w tym okresie wynosi najczęściej 25-50 lat. Okres destabilizacji z patologiczną ruchomością międzysegmentarną i objawami przeciążenia kręgow (w obrazie rtg stwierdza się podwichnięcia kręgow, sklerotyzację płytek granicznych i powierzchni stawów międzywyrostkowych); w tym okresie dochodzi często do przepuklin krążków międzykręgowych, a wiek chorych wynosi zazwyczaj 40-60 lat. Okres restabilizacji z rozbudową zmian wytwórczych i ograniczeniem zakresu ruchów kręgosłupa; efektem ubocznym zachodzących zmian może być u części chorych zwyrodnieniowa stenoza kanału kręgowego; okres ten dotyczy chorych w wieku powyżej 60 lat [5].

Objawami choroby zwyrodnieniowej kręgosłupa są: lokalny ból kręgosłupa często promieniujący do pośladków, ból promieniujący do kończyn o typie rwy kulszowej, rzadziej objawy o typie mrowienia i drętwienia. Znamienne jest ból i osłabienie nóg pojawiające się podczas chodzenia – chowanie neurogenne, charakterystyczne jest zmniejszanie bądź ustępowanie objawów w pozycjach zgięciowych [4]. Objawami podmiotowymi oprócz bólu, który może być o charakterze „regionalnym”, jest pojęcie „sztywności”. Wy-

BACKGROUND

Degenerative disease of the spine is the main reason for deterioration of physical fitness in the majority of the population. The dominant symptom of the disease is paraspinal pain that usually intensifies during physical activity. The disease develops slowly, is progressive and never remits [1]. The main risk factors include: age over 40 years old, overweight, mechanical factors (occupational, competitive sports), postural defects, metabolic disorders, musculoskeletal injuries, and defects in joint structure, both congenital and secondary to disease or injury. The disease is more often seen in women, and the role of hormones is important, as a hormonal deficit or excess may result in impaired absorption of nutrients and minerals [2,3,4].

Degenerative disease of the spine is characterised by progressive damage to intervertebral discs and the cartilage of facet joints, which adversely affects the biomechanical properties of the spine and contributes to microinjuries of joint capsules and the ligament system. Healing takes place through local inflammation producing pain, followed by reparative proliferation of bone tissue. Chronologically, three successive periods of the development of degenerative changes of the spine can be described. In the period of dysfunction, corresponding to the early stage of intervertebral disc degeneration, the patients may experience local, uncharacteristic (non-specific) spinal pain; in this period, the patients are usually 25-50 years old. The period of destabilisation is characterised by pathological intersegmental mobility and signs of vertebral overload, with x-rays showing vertebral subluxation and sclerosis of endplates and facet joint surfaces. Intervertebral disc herniation often occurs in this period and the patients are usually 40-60 years old. Finally, there is the period of restabilisation with expansion of proliferative changes and limitation of the range of motion of the spine; side effects of the changes may in some patients take the form of degenerative stenosis of the spinal canal. The patients are over 60 years old [5].

The symptoms of degenerative disease of the spine include: local spinal pain often radiating to the buttocks, and pain radiating to the limbs (sciatica pain); tingling and numbness are less common. Limb pain and weakness during walking (neurogenic claudication) and reduction or elimination of the symptoms in bending positions are typical [4]. Apart from the pain, which can be “regional”, the symptoms include “stiffness”. It develops after a longer period of rest and gradually disappears after movement [1].

stępuje ona po dłuższym czasie przebywania w spoczynku i ustępuje stopniowo po wykonywaniu ruchów [1].

Badania diagnostyczne obejmują zdjęcia RTG, TK i MR kręgosłupa. Rezonans magnetyczny dodatkowo pozwala na dokładniejszą bezpośrednią ocenę struktur układu nerwowego – rdzenia kręgowego i korzeni nerwowych [6,7]. Jednak w przypadku braku dostępu lub przeciwwskazań do MR, nadal można stosować TK, ponieważ gwarantuje równie wysoką wartość diagnostyczną i jest nie mniej czuła w wykrywaniu zmian zwyrodnieniowych, które najczęściej zlokalizowane są w odcinku lędźwiowym na poziomie L₃/L₄, L₄/L₅ oraz L₅/S₁ oraz w odcinku szyjnym występując prawie na każdym poziomie, ale stosunkowo najrzadziej w dwóch najwyższych, czyli C₁/C₂ i C₂/C₃ [8].

Celem leczenia choroby zwyrodnieniowej jest zniesienie lub zmniejszenie bólu, usunięcie uczucia sztywności utrzymanie sprawności stawu, poprawa ogólnej sprawności, zmniejszenie inwalidztwa, poprawa jakości życia [9]. Leczenie obejmuje metody nefarmakologiczne, farmakologiczne i operacyjne. Na ogół wdraża się je kolejno, w miarę postępu choroby. Leczenie zachowawcze nefarmakologiczne obejmuje regularną edukację pacjenta oraz (w zależności od potrzeb i lokalizacji zmian) dietę w celu zmniejszenia masy ciała u chorych otyłych lub z nadwagą, fizjoterapię, zaopatrzenia ortopedyczne- laska, kula, wkładki korekcyjne do obuwia, korektory osi kończyny, stabilizatory stawu kolanowego (w tym także elastyczne opaski), odpowiednie obuwie. Często właściwe postępowanie nefarmakologiczne pozwala ograniczyć zapotrzebowanie na leki przeciwbólowe [1]. Zwalczanie bólu przewlekłego powinno odbywać się w sposób kompleksowy, z równoczesnym zastosowaniem metod alternatywnych, jak akupunktura i akupresura, które nie mogą zastępować zasadniczych form leczenia [10]. Unieruchomienie dawniej było kanonem w leczeniu ostrego bólu krzyża. Dziś panuje całkiem odmienny pogląd, zalecający ruch i ćwiczenia oraz normalne zachowanie się, jak przed zachorowaniem. Dłuższe leżenie niekorzystnie wpływa zarówno na krążenie, wydolność oddechową, mineralizację kości, jak i na psychikę, ugrunтовуюjąc poczucie ciężkości choroby [11,12].

Zasadniczym specyficznym celem rehabilitacji osób w wieku podeszłym jest zwykle przywrócenie zdolności do samodzielnej egzystencji, która została utracona w wyniku choroby, wypadku czy zabiegu chirurgicznego. W odróżnieniu od rehabilitacji osób młodych, w której dąży się z reguły do pełnego odtworzenia utraconych funkcji, rehabilitacja ludzi starszych często koncentruje się na zaspokajaniu podstawowo-

Diagnostic work-up includes spinal radiography, CT, and MRI. Magnetic resonance imaging allows for more precise direct assessment of the nervous system structures (spinal cord and nerve roots) [6,7]. However, if MRI is unavailable or cannot be performed due to contraindications, CT may still be used as it guarantees an equally high diagnostic value and is just as sensitive to degenerative changes, which are usually located in the lumbar spine at the L₃/L₄, L₄/L₅ and L₅/S₁ levels and in the cervical spine, where they are present almost at every level, but are relatively least common at the two highest levels, that is C₁/C₂ and C₂/C₃ [8].

The aim of the treatment of degenerative disease is to eliminate or reduce the pain, eliminate the sensation of stiffness, maintain joint function, improve general physical fitness, reduce disability, and improve the quality of life [9]. The treatment involves non-pharmacological, pharmacological, and surgical methods. Usually, they are introduced successively as the disease progresses. Conservative non-pharmacological treatment includes regular education of the patient and (depending on the needs and location of the lesions) a dietary intervention to decrease the body weight in obese or overweight patients, physical therapy, walking aids, such as canes, crutches, corrective insoles for shoes, devices correcting limb axis, knee stabilisers (including elastic stabilisers), and proper footwear. Appropriate non-pharmacological management often allows for limiting analgesic consumption [1]. Control of chronic pain should be comprehensive, with simultaneous use of alternative methods, such as acupuncture and acupressure, which cannot replace the main treatment modalities [10]. Immobilisation used to be a routine prescription in the treatment of acute lower back pain. Nowadays, a completely different view is accepted and the patients are advised to move, perform exercises, and behave normally, just as they did before the symptoms developed. Prolonged recumbency has a negative effect on blood circulation, respiratory performance, mineralisation, and the patient's mental state, instilling a sense of severity of the disease [11,12].

The main specific aim of the rehabilitation in elderly persons is usually to restore the patients' independence, which was lost due to the disease, accident, or surgical procedure. Unlike rehabilitation in young patients, which is generally aimed at full restoration of the functions lost, rehabilitation in the elderly patients is often focused on satisfying as many basic daily needs as possible, including not only personal hygiene, physiological needs or eating, but also buying the food and performing basic house-keeping tasks. The importance or necessity of these activities

wych potrzeb życiowych w jak najszerszym zakresie, obejmujących nie tylko podstawowe czynności jak: dbanie o higienę osobistą, zaspokajanie potrzeb fizjologicznych czy odżywianie, ale również nabywanie tej żywności czy wykonywanie podstawowych prac porządkowych. Z pacjentem i jego rodziną warto omówić, które z tych czynności są dla chorego szczególnie ważne lub też niezbędne. Cele podejmowanego postępowania zależą tutaj od konkretnych obowiązków i społecznych ról pacjenta. Postępujące niedołęstwo odbiera ludziom w wieku podeszłym możliwość samodzielnego funkcjonowania, uzależnia ich od pomocy innych osób, może przyczyniać się do wystąpienia zespołów depresyjnych i lękowych, a także prowadzić do dalszych poważnych zdrowotnych konsekwencji, których leczenie stanowi prawdziwe wyzwanie dla personelu medycznego. Zjawiska te można ograniczyć stosując odpowiednio zaplanowane programy rehabilitacji [13]. Rehabilitacja jest procesem wieloetapowym i nie może się ograniczać jedynie do kilku zabiegów fizykalnych, które, jak pacjenci najczęściej wierzą, rozwiąże ich istniejący problem zdrowotny. Dlatego kluczową rolę odgrywa motywacja pacjenta do ćwiczeń nie tylko w poradni rehabilitacyjnej, ale i w domu oraz wyeliminowanie złych nawyków ruchowych. Dopiero kiedy pacjent to sobie uświadomi, włączy odpowiedni rodzaj rekreacji, może liczyć na uzyskanie pełnej sprawności ruchowej [4].

Wzrost zainteresowania kosztami opieki zdrowotnej, konieczność oceny skuteczności i efektywności leczenia przyczynił się do wzrostu zainteresowania problematyką jakości życia w medycynie. Badanie jakości życia jest wyrazem podmiotowego podejścia do chorego, jest istotnym wyznacznikiem skuteczności terapii [14,15]. W medycynie termin „jakość życia” oznacza całościowe spojrzenie na problemy pacjenta w zakresie zdrowia fizycznego, psychicznego, środowiska. Medycyna uwzględnia również jakość życia w chorobie [16]. Dolegliwości i objawy ze strony układu kostno-stawowego nie pojawiają się nagle i przypadkowo. Przewlekłe choroby układu kostno-stawowego, którym towarzyszy ból, w znacznym stopniu wpływają na jakość życia tych osób. Z samooceną stanu zdrowia, ściśle łączy się ocena jakości życia [17,18].

Celem badań było poznanie problemów zdrowotnych pacjentów z chorobą zwyrodnieniową kręgosłupa, określenie zapotrzebowania na edukację zdrowotną oraz ocena poziomu jakości życia pacjentów w zależności od stanu zdrowia.

from the point of view of the patients should be discussed with them and their families. In this respect, the aims of the treatment depend on the particular responsibilities and social roles of the patient. The progressive infirmity prevents the elderly patients from functioning unassisted and makes them dependent on the support of others. It can also contribute to depression and anxiety and lead to further serious health consequences, whose treatment is a major challenge for the medical staff. These problems may be limited by the use of appropriately designed rehabilitation programmes [13]. Rehabilitation is a multi-stage process and cannot be limited to just a few physical therapy procedures which, according to most patients' beliefs, will solve the health problems. This is why it is crucial to motivate the patient to perform the exercises not only at the rehabilitation clinic, but also at home, and eliminate bad motor habits. When the patients become aware of that and take up appropriate recreational activities, they may expect to fully restore mobility [4].

Increased interest in the costs of healthcare and the need for assessing treatment efficacy and effectiveness have contributed to increased interest in the quality of life in medicine. Investigating the quality of life is a part of the patient-centered approach and a significant indicator of treatment efficacy [14,15]. In medicine, the term “quality of life” means a comprehensive view of the patient's problems with respect to physical and mental health as well as the environment. In addition, medicine takes into consideration the quality of life in disease [16]. Musculoskeletal symptoms do not appear suddenly and randomly. Chronic musculoskeletal disorders accompanied by pain have a significant influence on the patients' quality of life. Self-assessment of one's health status is closely connected to the assessment of the quality of life [17,18].

The aim of the study was to investigate health problems in patients with degenerative disease of the spine, determine the need for health education, and assess the level of the quality of life depending on the patients' health status.

MATERIAŁ I METODY

Badaniem objęto 50 osób, w tym 38 kobiet i 12 mężczyzn przebywających na 21-dniowym turnusie rehabilitacyjnym w Śląskim Centrum Rehabilitacyjno-Uzdrowiskowym w Rabce Zdrój. Badanie przeprowadzono w okresie od początku stycznia do końca lutego 2013 roku. Kryterium kwalifikacyjnym były stwierdzone zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa w rozpoznaniu lekarskim, jako podstawa skierowania do leczenia uzdrowiskowego lub jako choroba współistniejąca i zgoda pacjenta. W celu zebrania materiału badawczego, wykorzystano autorski kwestionariusz ankiety. Metodą zastosowaną w badaniach był sondaż diagnostyczny. Narzędziem badawczym przeznaczonym do oceny jakości życia była ankieta WHOQOL-BREF. W polskiej adaptacji Wołowickiej i Jaracz znajdują się pytania dotyczące dziedziny fizycznej, psychologicznej, relacji społecznych i środowiskowych. Punktacja dziedzin ma kierunek pozytywny – im wyższa liczba punktów, tym lepsza jakość życia. Punktację dla dziedzin ustala się poprzez wyliczenie średniej arytmetycznej z pozycji wchodzących w skład poszczególnych dziedzin [19]. Do oceny stanu zdrowia wykorzystano wskaźnik niepełnosprawności (upośledzenia) HAQ-DI – część kwestionariusza HAQ (Health Assessment Questionnaire-Disability Index), który uwzględnia samoocenę pacjenta w okresie ostatniego tygodnia. Kwestionariusz HAQ-DI wykorzystuje 4-stopniową skalę (0-3) do oceny wydolności fizycznej i uwzględnia problemy związane z wykonywaniem podstawowych czynności życia codziennego, jak ubieranie i mycie się, higiena osobista, jedzenie czy czynności ruchowe [20]. Uzyskane w czasie badania jakości życia kwestionariuszem WHOQOL-BREF wyniki, przedstawiono w postaci parametrów rozkładu (średnia arytmetyczna i odchylenie standardowe). Testem t-Studenta dla badań zależnych porównywano uzyskane wyniki w zależności od płci i aktywności zawodowej.

Korelacją liniową Pearsona badano wpływ HAQ na jakość życia w poszczególnych dziedzinach WHOQOL-BREF. Średnie profile jakości życia w poszczególnych dziedzinach budowano w oparciu o wartości średnie wyników jakości życia przeliczonych do skali 100-punktowej. Za statystycznie znamienne przyjmowano te wyniki testów, dla których poziom istotności był mniejszy lub równy 0,05 ($p \leq 0,05$). Brak istotności statystycznej oznaczano skrótem NS (Nieistotnie Statystycznie). Obliczenia statystyczne wykonano pakietem statystycznym Statistica10 PL.

Badane osoby to kobiety i mężczyźni powyżej 20-tego roku życia. Najliczniejszą grupę stanowili pacjenci powyżej 50 roku życia -58% respondentów.

MATERIAL AND METHODS

The study involved 50 patients, including 38 women and 12 men, participating in a 21-day inpatient rehabilitation programme at the Silesian Centre for Rehabilitation and Health Resort in Rabka Zdrój. The study was conducted from the beginning of January until the end of February 2013. The inclusion criteria were: degenerative lesions in the spine as the medical diagnosis constituting the basis for referral of the patient for health resort treatment or as a concomitant disease and obtaining the patient's consent. The study utilised an *ad hoc* questionnaire and was based on a diagnostic survey. The WHOQOL-BREF questionnaire was used to assess the quality of life. Its Polish version, prepared by Wołowicka and Jaracz, includes questions concerning the physical, psychological, social, and environmental spheres. The sphere scoring system is positive: the higher the score, the better the quality of life. The spheres are scored by calculating the arithmetic mean of scores for the entries belonging to each sphere [19]. The health status was assessed with the HAQ-DI index (Health Assessment Questionnaire-Disability Index), constituting a part of the HAQ and taking into consideration the patient's self-assessment in the preceding week. The HAQ-DI questionnaire uses a 4-point scale (0-3) to assess the patient's physical capacity and takes into consideration problems connected with performing basic everyday activities, such as getting dressed, washing, personal hygiene, eating or motor tasks [20]. The WHOQOL-BREF scores are presented in the form of distribution parameters (arithmetic mean and standard deviation). Student's t-test for dependent variables was used to compare the results depending on gender and professional activity. Pearson's linear correlation was used to study the influence of the HAQ on the quality of life in each WHOQOL-BREF sphere. Mean profiles of the quality of life in each sphere were created based on mean quality-of-life scores converted to a 100-point scale. Test results with a significance level lower than or equal to 0.05 ($p \leq 0.05$) were deemed statistically significant. The lack of statistical significance was marked with the abbreviation NS. Statistical calculations were conducted with Statistica10 PL software.

The study participants were women and men over the age of 20. The largest group was that of patients over the age of 50 (58%) while those aged 20-30 years were the smallest group (6%). 16% of the participants were aged 31-40 years and 20% were aged 41-50. Women constituted 76% of the study participants. More than a half (54%) of the study participants had secondary education, while the smallest

Najmniejszą grupą byli respondenci w wieku 20-30 lat – 6%. W wieku 31-40 lat było 16% badanych, natomiast 20% stanowili chorzy w wieku 41-50 lat. Kobiety stanowiły 76% badanych. Ponad połowa respondentów (54%) posiadało wykształcenie średnie, najmniejszą grupę (10%) stanowiły osoby z wykształceniem podstawowym, 16% to osoby z wykształceniem zawodowym, natomiast 20% osób miało wykształcenie wyższe.

Przeważającą grupą byli pacjenci mieszkający w mieście i stanowili 84% badanych. Z deklaracji badanych wynika, iż 64% mieszkało z małżonkami, natomiast 8% mieszkało samotnie. 56% badanych wykonywało zawody z przewagą pozycji siedzącej. Pozostali pracowali w zawodach, gdzie była konieczność zmiany pozycji ciała. Czynnich zawodowo było 48% respondentów.

WYNIKI I DYSKUSJA

Ponad połowa badanych zadeklarowało, iż matka chorowała na chorobę zwyrodnieniową kręgosłupa, 16% ankietowanych stwierdziło, że żadne z ich rodziców nie chorowało na chorobę zwyrodnieniową kręgosłupa, a 12% wskazało obojga rodziców.

Najwięcej ankietowanych wskazało na bóle kręgosłupa w odcinku szyjnym – 27% i lędźwiowym – 26%. 20% wymieniło bóle promieniujące do pośladków, 10% bóle promieniujące do kończyn dolnych i 10% mrowienie i drętwienie. 5% badanych podało ból i osłabienie nóg podczas chodzenia, 3% zaznaczyło, że występuje obniżenie natężenia bólu w pozycjach zgięciowych. Wyniki nie sumują się do 100%, ponieważ ankietowani mieli możliwość wyboru więcej niż jedną odpowiedź (Ryc. 1).

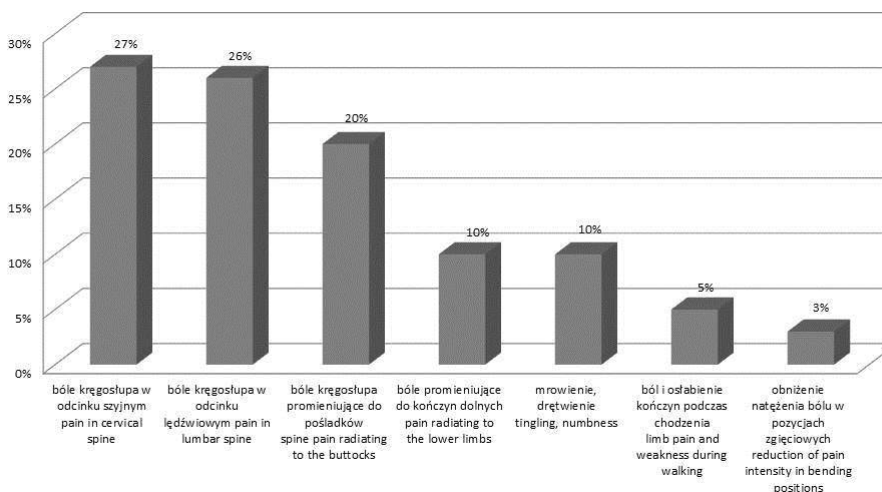
group (10%) had only completed primary school, 16% had vocational secondary education, and 20% had a university degree.

The majority of the patients lived in urban areas (84%). According to the patients' declarations, 64% of the study group lived with their spouses and 8% lived on their own. 56% of the patients worked mainly in a sitting position. The others worked in professions requiring them to change body positions. 48% of the participants were professionally active.

RESULTS AND DISCUSSION

More than a half of the patients declared that their mothers had had degenerative disease of the spine, 16% reported that neither parent had had degenerative disease of the spine, and 12% marked both of their parents.

Cervical and lumbar pain was most commonly indicated by the respondents (27% and 26%, respectively). The patients also reported pain radiating to the buttocks (20%) and lower limbs (10%) as well as tingling and numbness (10%). 5% of the study participants experienced lower limb pain and weakness during walking and 3% reported reduced pain intensity in bending positions. The results do not add up to 100% as the participants were allowed to choose more than one answer (Fig. 1).



Ryc. 1. Występowanie dolegliwości bólowych wśród respondentów

Fig. 1. The occurrence of pain in respondents

Najwięcej ankietowanych (36%) wskazało na pojawienie się bólu kręgosłupa podczas długotrwałej aktywności fizycznej, 24% przy czynnościach dnia codziennego i 24% przy czynnościach obciążających dany odcinek kręgosłupa. 10% deklaroowało pojawienie się bólu w 1-3 godz. po skończeniu aktywności fizycznej i 6% samoistnie.

Ponad połowa respondentów (56%) stosuje leki przeciwbólowe dostępne bez recepty, z czego 64% przyjmuje je codziennie.

Najwięcej, bo 58% osób ankietowanych nie stosowało w przeszłości ani obecnie nie korzysta z żadnego sprzętu ortopedycznego. 26% stosowało lub stosuje laskę, 8% deklaroowało stosowanie pasa ortopedycznego, 6% kulę i 2% wskazało na wykorzystanie stabilizatorów.

W obecnym stanie zdrowia 78% badanych jest samodzielnych i nie potrzebuje pomocy ze strony najbliższych, 12% korzysta z pomocy najbliższych, a 10% nie korzysta, bo nie ma takiej możliwości.

Problemy sfery biologicznej, które najczęściej występowały wśród respondentów dotyczyły: dolegliwości bólowych (60%), zaburzeń czucia (16%), zaniżonych mięśniowych (14%), nietrzymania moczu (6%) i u 4% badanych występowały przykurcze. W niniejszych badaniach nie poddano analizie przyczyn powyższych problemów.

Największą grupę (54%) stanowiły osoby, które deklaroowały, iż poczucie niższej wartości jest dla nich problemem sfery psychicznej, 24% wskazało na osamotnienie, 14% na lęk związany z obawą o własne zdrowie, 6% wybrało odpowiedź poczucie bezradności, a 2% wymieniło problem depresji. Wymienione problemy sfery psychicznej były subiektywnym odczuciem respondentów.

Najczęściej wymienianymi trudnościami w pełnieniu ról społecznych były problemy związane z małą aktywnością społeczną i zawodową – 56% respondentów odpowiadających na ankietę udzieliło tej odpowiedzi. Na bariery architektoniczne dotyczące poruszania się wskazało 24%, 14% respondentów twierdziło, że ma problemy w korzystaniu z transportu publicznego, a pozostałe 6% wskazało na trudności w czynnościach samoobsługowych.

Chorzy z nadwagą i otyłością, to 82% badanych. Z obserwacji wynika, iż 38% badanych nie widzi związku między nadmierną masą ciała a chorobą zwyrodnieniową, ale już 80% respondentów odpowiedziało, że siedzący tryb życia może przyczynić się do choroby zwyrodnieniowej kręgosłupa. Aż 80% respondentów uważało, że przewlekłe bóle kręgosłupa nie powinny być przyczyną zaprzestania aktywności fizycznej, 10% wskazywało na zaprzestanie aktywności fizycznej. Pozostałe 10% nie posiadało wiedzy na ten

The highest number of respondents (36%) reported pain during long-term physical activity, 24% experienced pain during everyday activities, and 24% during activities putting a load on a given section of the spine. 10% declared that pain appeared 1-3 hours after finishing physical activity and 6% reported spontaneous pain.

More than half (56%) of the patients took over-the-counter analgesics, with 64% of these patients using the drugs every day.

The largest group of patients (58%) did not use any walking aids and had not used them in the past. The other patients had used or used a cane (26%), orthopaedic support belts (8%), a crutch (6%), and stabilisers (2%).

In their current state of health, 78% of the respondents were independent and did not need any help from their family and friends, 12% were helped by their family and friends, and 10% had no one to help them.

The most common biological problems included pain (60%), sensory disturbances (16%), muscle atrophy (14%), urinary incontinence (6%), and contractures (4%). This study did not analyse the causes of these problems.

With regard to the psychological sphere, the largest group (54%) of patients declared that the sense of inferiority was a psychological problem for them, 24% indicated loneliness, 14% reported anxiety connected with worries about their health, 6% marked feeling helpless, and 2% named depression. These psychological problems reflected the patients' subjective assessment.

The most frequent difficulties in fulfilling social roles were problems associated with low social and occupational activity (56%). Architectural barriers preventing movement were indicated by 24% of the patients, while 14% declared having problems while using public transport, and the remaining 6% reported difficulties with self-care.

Overweight and obese patients constituted 82% of the study participants. Our observations showed that 38% of the participants did not see the connection between excessive body weight and the degenerative disease, but 80% of the patients admitted that a sedentary lifestyle may contribute to degenerative disease of the spine. As much as 80% of the patients believed that chronic spinal pain should not be the reason for abandoning physical activity while 10% indicated abandoning physical activity. The remaining 10% did not have knowledge on the subject. The highest number of patients (82%) thought that degenerative changes of the spine are irreversible and as little as 18% believed that a change in lifestyle may influence remission of the degenerative processes.

temat. Najwięcej, bo aż 82% badanych uważało, że zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa są nieodwracalne, a tylko 18% było zdania, iż zmiana stylu życia ma wpływ na możliwość cofnięcia procesu chorobowego.

96% respondentów korzystało z zabiegów rehabilitacyjnych lub korzystało z leczenia uzdrowiskowego. Tylko 8% osób deklaroowało, że z powodu dolegliwości ze strony kręgosłupa przebywało w szpitalu i poziom opieki pielęgniarskiej oceniły jako zadowalający. Wśród badanej grupy pacjentów najwięcej osób (54%) korzystało z krioterapii, 50% zaznaczyło prądy TENS, 48% z jonoforezy, 44% z masażu, 40% deklaroowało, że korzystało z ultradźwięków, 36% z lasera, po 32% z gimnastyki i magnetroniku.

Pacjenci, niezależnie od charakteru wykonywanej pracy, jako sposób spędzania wolnego czasu w 64% wskazało spacer, 26% deklaroowało, że uprawia sport. Oglądanie telewizji, czytanie książek czy rozwiązywanie krzyżówek wskazało 21%, a dla 8% była to praca na działce.

Jako czynności ruchowe wykonywane codziennie, 54% deklaroowało, że codziennie spaceruje dłużej niż ½ godz., 20% codziennie się gimnastykuje, równo po 10% jeździ na rowerze (w tym też na rowerze stacjonarnym) i spaceruje z kijkami Nordic Walking, a 6% codziennie biega lub wykonuje marszobiegi. Nikt z respondentów nie wskazał, że nie wykonuje żadnej wyżej wymienionej formy aktywności. Ponad połowa badanych (52%) deklaroowała znajomość zasad wspomagania odciążania stawów w czasie chodzenia (laska używana po stronie przeciwnej do najbardziej bolesnego stawu), 26% uznało, że zna technikę podnoszenia ciężkich przedmiotów, 12% zna pozycję leżenia w łóżku, aby nie spotęgować bólów kręgosłupa i 10% wskazało na znajomość sposobu siadania na krześle lub w fotelu, aby zminimalizować dolegliwości bólowe. Najwięcej respondentów, bo aż 56% uznało, że informację dotyczącą bezpiecznego wykonywania niektórych czynności uzyskało od rehabilitanta, 24% od lekarza, 10% od pielęgniarki, 6% z internetu. Pozostałe 4% odpowiadających na ankietę wskazały na źródło informacji rodzinę i znajomych.

Samooceńca poziomu wiedzy na temat czynników ryzyka choroby zwyrodnieniowej pokazuje, iż ponad połowa (54%) ocenia ją na poziomie dobrym, 32% określiło swój poziom wiedzy jako słaby, ale dostateczny, zaledwie 4% ankietowanych oceniło znajomość czynników ryzyka choroby zwyrodnieniowej kręgosłupa jako bardzo dobry, z kolei 10% ankietowanych uważa, iż ich wiedza jest niedostateczna.

Analizując jakość życia pacjentów stwierdzono, iż istotnie ($p=0,006$) gorzej ocenili stan swojego zdrowia niż jakość swojego życia. Kobiety zarówno stan swojego zdrowia, jak i jakość swojego życia oce-

niły lepiej niż mężczyźni. 96% of the respondents had received rehabilitation or spa treatment. Only 8% declared that they had been hospitalised due to problems with the spine and described the nursing care as satisfactory. The largest number of patients (54%) from the study group had received cryotherapy, with other treatment methods including TENS (50%), iontophoresis (48%), massage (44%), ultrasound (40%), laser therapy (36%), exercise and Magnetron therapy (32% each).

Irrespective of the type of professional activity, 64% of the patients stated they went for walks in their free time and 26% declared practising a sport. Watching television, reading books and solving crosswords were chosen by 21% while 8% reported working in an allotment garden.

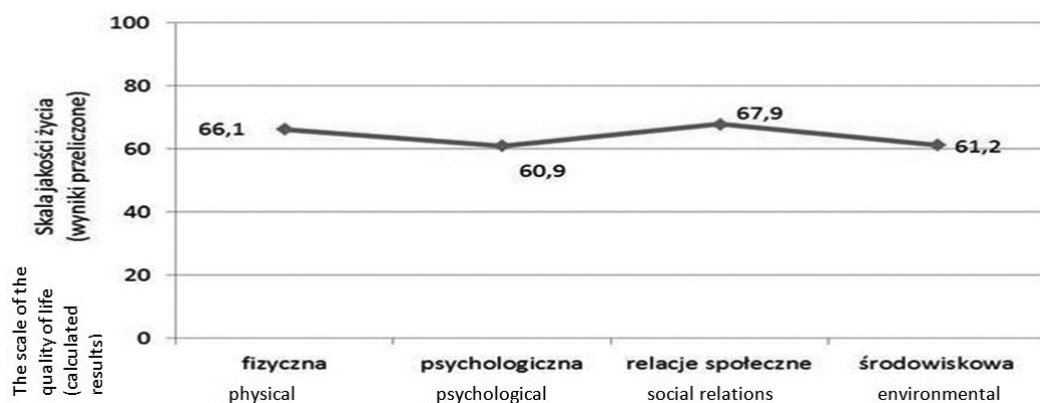
As for physical activities performed every day, 54% of the respondents declared walking for more than 30 minutes, 20% did exercises, 10% rode a bicycle (including a stationary bicycle), 10% practised Nordic Walking, and 6% ran or practised endurance marching. No patient reported not engaging in any of these physical activities. More than half of the patients (52%) declared knowing how to support the reduction of load on the joints during walking (a cane on the side contralateral to the most painful joint), 26% said they knew the technique of lifting heavy objects, 12% knew the lying position in bed which did not increase spinal pain, and 10% reported knowing how to sit down in a chair or armchair to minimise the pain. The highest number of patients – as much as 56% – reported obtaining the information on safe performance of some activities from the physiotherapist, 24% indicated the doctor as the source, 10% indicated the nurse, and 6%, the Internet. The remaining 4% of the participants indicated family and friends as the source of information.

Patients' self-assessment of the level of knowledge concerning risk factors for degenerative disease showed that more than half (54%) of the patients evaluated it as good, 32% as low but adequate, with only 4% describing it as very good, and 10% believing their knowledge to be insufficient.

An analysis of the patients' quality of life revealed that they assessed their health as significantly worse ($p=0.006$) than the quality of their lives. Women assessed both their health and quality of life lower than men. Working persons assessed their health slightly better than their quality of life. The WHOQOL-BREF questionnaire evaluated the patients' quality of life in 4 spheres: physical, psychological, social, and environmental. An analysis of the assessment of the general quality of life in each sphere revealed that the social relations sphere was scored the highest (67.9), with the lowest scores (60.9) in the psycholo-

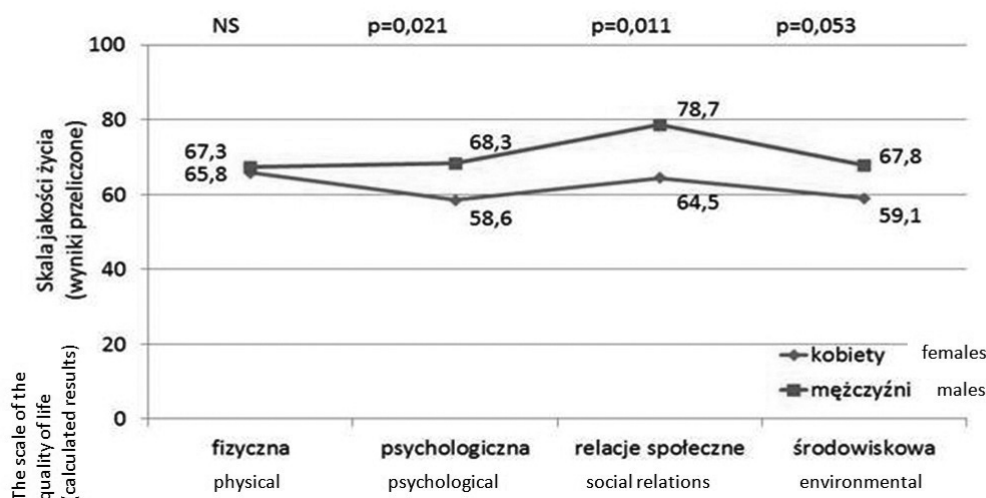
niły gorzej niż mężczyźni. Nieznacznie lepiej stan swojego zdrowia niż jakość swojego życia oceniły osoby pracujące. Kwestionariusz WHOQOL-BREF ocenia jakość życia badanych pacjentów w 4 dziedzinach: fizycznej, psychologicznej, relacji społecznych oraz dziedzinie środowiskowej. Analizując ogólną ocenę jakości życia w poszczególnych dziedzinach, najwyżej w skali punktowej została oceniona domena społeczna (67,9), a najniżej domena psychologiczna (60,9). Domena fizyczna, mimo problemów zdrowotnych respondentów, nie została oceniona nisko i uzyskała wynik 66,1 (Ryc. 2). Pod względem płci, ocena sfery somatycznej (fizycznej) nie jest istotna statystycznie, w pozostałych sferach największe różnicowanie widoczne jest w relacjach społecznych. Kobiety oceniły je gorzej (64,5) niż mężczyźni (78,7) (Ryc. 3). Uwzględniając status zawodowy, osoby ak-

gical sphere. Despite health problems, the physical sphere was not assessed this poorly and was scored at 66.1 (Fig. 2). The assessment of the somatic (physical) sphere was not significantly different between the genders. In the other spheres the results were most differentiated with respect to social relations, which women assessed lower (64.5) than men (78.7) (Fig. 3). Taking into consideration the professional status, working persons assessed the physical sphere slightly higher (69.2) than non-working persons (63.3), but the difference was not statistically significant. Working persons evaluated the psychological, social, and environmental spheres (64.5, 72.4, and 65.3 points, respectively) (Fig. 4). The quality of life in all four spheres according to HAQ-DI and WHOQOL-BREF was inversely proportional to the HAQ score and that correlation was statistically signi-



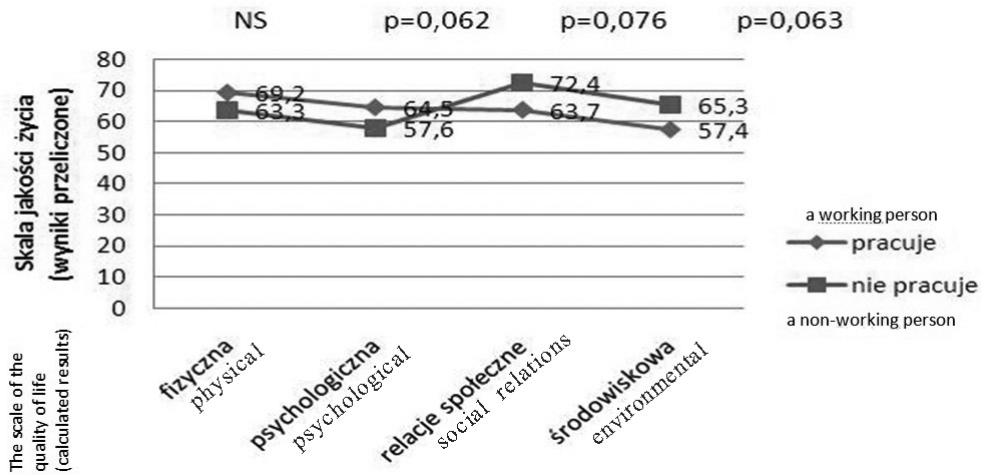
Ryc. 2. Średni profil jakości życia wg WHOQOL-BREF badanych

Fig. 2. The average profile of the quality of life in the respondents according to WHOQOL-BREF



Ryc. 3. Jakość życia wg WHOQOL-BREF w zależności od płci

Fig. 3. The quality of life according to WHOQOL-BREF by gender



Ryc. 4. Jakość życia wg WHOQOL-BREF w zależności od aktywności zawodowej
 Fig. 4. The quality of life according to WHOQOL-BREF by occupational activity

Tab. 1. Korelacja jakości życia względem stanu zdrowia badanych
 Tab. 1. Correlation between the quality of life and the health status of the respondents

		suma HAQ HAQ total
Własne poczucie jakości życia Self-assessment of quality of life	r=-0.2791	p=0.050
Ocena własnego zdrowia Self-assessment of health status	r=-0.4792	p<0.001
Jakość życia w dziedzinie fizycznej Quality of life in the physical sphere	r=-0.5199	p<0.001
Jakość życia w dziedzinie psychologicznej Quality of life in the psychological sphere	r=-0.4405	p=0.001
Jakość życia w dziedzinie społecznej Quality of life in the social sphere	r=-0.3121	p=0.027
Jakość życia w dziedzinie środowiskowej Quality of life in the environmental sphere	r=-0.5672	p<0.001

tywne zawodowo oceniły sferę fizyczną nieznacznie wyżej (69,2) niż osoby niepracujące (63,3), co nie jest istotne statystycznie. W pozostałych sferach składających się na ocenę jakości życia, osoby pracujące oceniły je lepiej i tak w dziedzinie psychologicznej na poziomie 64,5, w dziedzinie społecznej 72,4, a w środowiskowej 65,3 (Ryc. 4). Jakość życia we wszystkich czterech dziedzinach wg HAQ-D i WHOQOL Breff statystycznie znamienne odwrotnie proporcjonalnie sumą punktów w skali HAQ. Oznacza to, że jakość życia maleje wraz ze wzrostem trudności w wykonywaniu czynności życia codziennego. Również własne poczucie jakości życia, jak i ocena własnego zdrowia badanych korelowała istotnie odwrotnie proporcjonalnie ze wzrostem niepełnosprawności (Tab. 1).

ficant). This means that the quality of life decreases with increasing difficulties in daily activities. Moreover, the self-assessed quality of life and health status correlated inversely with increasing disability in a statistically significant manner (Tab. 1).

WNIOSKI

Na podstawie przeprowadzonych badań i analizy wyników sformułowano wnioski wskazujące na wieloaspektowość problemów pacjentów z chorobą zwyrodnieniową kręgosłupa.

1. Głównymi problemami zdrowotnymi zgłaszanymi przez respondentów były bóle kręgosłupa w odcinku szyjnym i lędźwiowym pojawiające się podczas długotrwałej aktywności fizycznej, przy czynnościach dnia codziennego.
2. Jakość życia maleje wraz ze wzrostem trudności w wykonywaniu czynności życia codziennego.
3. Niezmiernie ważną sprawą jest umacnianie chorych w przekonaniu, że aktywność fizyczna, w tym również kinezyterapia, wywiera pozytywny wpływ na sprawność fizyczną i poprawia sprawność w wykonywaniu czynności życia codziennego.
4. Istotnym celem działań zespołu terapeutycznego jest udzielenie chorym wsparcia i motywowanie ich do radzenia sobie w sytuacjach trudnych i funkcjonowania w życiu społecznym.

CONCLUSIONS

Based on our study and analysis of the results, the following conclusions can be formulated, indicating the multifaceted character of the problems of patients with degenerative disease of the spine.

1. The main health problems reported by the study participants were cervical and lumbar spinal pain experienced during prolonged physical activity in the course of daily living activities.
2. The quality of life decreases with increasing difficulty in performing daily activities.
3. It is important to strengthen patients' belief that physical activity, including physiotherapy, has a positive impact on physical fitness and the ability to perform daily activities.
4. An important aim of the therapeutic team is to support and motivate patients to cope with difficult situations and function in society.

PIŚMIENICTWO / REFERENCES

1. Szczeklik A. (praca pod redakcją): Choroby wewnętrzne stan wiedzy na rok 2011/2012: 1811-6: 1695-6.
2. Jasik A, Marcinowska-Suchowierska E. Bóle stawów u osób w wieku podeszłym. Postępy Nauk Medycznych 2011; 5: 402-9.
3. Szczygłowski J. Zwyródnienia narządu ruchu. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2005. p. 9-14: 111-2.
4. Walczak Ł. Czynniki wpływające na skuteczności fizjoterapii w chorobie zwyrodnieniowej kręgosłupa. Kwart. Ortop. 2010; (4): 487-92.
5. Styczyński T. Zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa a leczenie i problem społeczny. Postępy Nauk Medycznych 2010; 6: 474.
6. Jarmundowicz W. Choroba zwyrodnieniowa kręgosłupa piersiowego-wyzwanie dla neurochirurga [w:]. Polski Przegląd Neurologiczny 2010; 6(2): 70-4.
7. Smyrka-Kaczmarek M, Kowalewski K. Bóle kręgosłupa w schorzeniach reumatycznych. Polski Przeg. Neur. 2010; 6(2): 75-85.
8. Sasiadek M, Hendrich B. Diagnostyka obrazowa kręgosłupa z uwzględnieniem nowych technik obrazowania. Polski Przegląd Neurologiczny 2010; 6(1): 38-9.
9. Stanisławska-Biernat E. Choroba zwyrodnieniowa stawów w codziennej praktyce lekarskiej. Nowa klin. 2009; 16(1/2): 16-20.
10. Niedzielak D, Tłustochoń W. Leczenie bólu w chorobach reumatycznych. Postępy Nauk Medycznych 2012; 2: 109-14.
11. Dobrogowski J. Niefarmakologiczne metody leczenia bólu. Polski Przegląd Neurologiczny 2007; 3(4): 272-8.
12. Domżał TM. Neurologiczne postępowanie w bólach krzyża-standardy i zalecenia. Polski Przegląd Neurologiczny 2010; 6(2): 59-69.
13. Gorzkowska A, Opala G. Rehabilitacja w wieku podeszłym. Postępy Nauk Medycznych 2010; 6: 492.
14. Papuć E. Jakość życia - definicje i sposoby jej ujmowania. Curr Probl Psychiatry 2011; 12(2): 141-5.
15. Rykała J. Wpływ masy ciała na jakość życia i częstość występowania powikłań u osób po udarze mózgu. Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego Rzeszów 2009; 4: 375-83.
16. Klimaszewska K, Krajewska-Kułał E, Kondzior D, Kowalczyk K, Jankowiak B. Jakość życia pacjentów z zespołami bólowymi odcinka lędźwiowego kręgosłupa. Problemy Pielęgniarstwa 2011; 19(1): 47-54.
17. Gajewski T, Woźnica I, Młynarska M, Ćwikła S, Strzemecka J, Bojar I. Wybrane aspekty jakości życia osób ze zmianami zwyrodnieniowymi kręgosłupa i stawów. Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu 2013; 19(3): 362-9.
18. Kochman D. Jakość życia. Analiza teoretyczna. Zdr Publ. 2007; 117(2): 242-8.
19. Wołowicka L, Jaracz K. WHOQOL-BREF. W: Wołowicka L. [red.]. Jakość życia w naukach medycznych. Poznań: Wydawnictwo Akademii Medycznej; 2001. p. 196-7.
20. Kulczycka L, Sysa-Jedrzejowska A, Robak E. Quality of life in systemic lupus erythematosus patients, with a particular description of methodology. Postępy Higieny i Medycyny Doświadczalnej (Online) 2007; 61: 472-77.

Liczba słów/Word count: 6331

Tabele/Tables: 1

Ryciny/Figures: 4

Piśmiennictwo/References: 20

Adres do korespondencji / Address for correspondence

Stanisława Talaga

Instytut Pielęgniarstwa, Podhalańska Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Nowym Targu
ul Kokoszków 71, 34-00 Nowy Targ, tel: 18 2677801, e-mail: talagowa@interia.pl

Otrzymano / Received

17.04.2014 r.

Zaakceptowano / Accepted

21.09.2014 r.