

Jakość życia pacjentów z dyskopatią odcinka lędźwiowo-krzyżowego kręgosłupa

Quality of Life in Patients with Lumbar-Sacral Discopathy

Ewa Czaja, Maria Kózka, Agnieszka Burda

Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum Wydział Nauk o Zdrowiu,
Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego

Streszczenie

Wprowadzenie. Dyskopatia w odcinku lędźwiowo-krzyżowym stanowi bardzo poważny problem zdrowotny w krajach rozwiniętych. Dolegliwości bólowe towarzyszące dyskopatii wpływają na upośledzenie sprawności funkcjonalnej, a co za tym idzie, na obniżenie jakości życia.

Cel. Celem badań była ocena jakości życia pacjentów z dyskopatią lędźwiowo-krzyżową kręgosłupa przed zabiegiem operacyjnym.

Materiał i metody. Badaniem objęto 40 pacjentów hospitalizowanych w Klinice Neurochirurgii i Neurotraumatologii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie. Zastosowano skalę wizualno-analogową do oceny bólu (VAS), kwestionariusz Oswestry, kwestionariusz Rolanda i Morrisa oraz kwestionariusz ankiety umożliwiający zebranie danych socjodemograficznych i scharakteryzowanie badanej grupy.

Wyniki. W badanej grupie najczęściej występował ból o średnim natężeniu (82%), rzadziej ból określany był jako bardzo silny (15%). Stwierdzono wysoce istotną korelację między wiekiem badanych a stopniem natężenia odczuwanego bólu. Najwięcej badanych miało mierny stopień niepełnosprawności (52,5%), a 27% – stopień poważny. Jakość życia badanych była obniżona w stopniu średnim, dużym i bardzo dużym – odpowiednio 45%, 37% i 12%. Stwierdzono korelację pomiędzy stopniem niepełnosprawności a jakością życia.

Wnioski. Pacjenci z dyskopatią w odcinku lędźwiowo-krzyżowym kręgosłupa mają obniżoną jakość życia oraz poziom sprawności. Na jakość życia wpływa natężenie bólu i stopień niepełnosprawności. Na subiektywną ocenę dolegliwości bólowych istotnie wpływa wiek pacjentów. (PNN 2012;1(3):92-96)

Słowa kluczowe: jakość życia, ból okolicy lędźwiowo-krzyżowej, niesprawność, dyskopia

Abstract

Background. The lumbar-sacral discopathy is a growing problem in developed countries. Low back pain affects the efficiency of functional impairment, and thus reduces the quality of life.

Aim. The aim of this study was to evaluate the quality of life for patients with lumbar-sacral discopathy.

Material and methods. We studied 40 patients hospitalised in the Department of Neurosurgery and Neurotraumatology University Hospital in Cracow. To collect the data visual analogue scale (VAS), the Oswestry Questionnaire, the Roland and Morris Questionnaire and a questionnaire were used, required for characterization of the target group.

Results. The study group was dominated by pain at the level of medium (82%) and very strong (15%). Highly significant correlation was found between age of respondents and the degree of pain. Over half of respondents had a moderate degree of disability, 27% – serious degree of disability. Quality of life is examined as moderately reduced (45%), large (37%) and very high (12%). It was found a correlation between the degree of disability and quality of life.

Conclusions. Patients suffering from lumbar-sacral discopathy have reduced quality of life and functional impairment. Pain and disability reduced their quality of life. Age significantly affects the degree of pain. (PNN 2012;1(3):92-96)

Key words: quality of life, low back pain, disability, intervertebral disk displacement

Wprowadzenie

Dyskopatia jest zespołem zmian patologicznych w obrębie jądra miazdżystego, z towarzyszącym uszkodzeniem struktur łącznotkankowych. Dotyczy najczęściej odcinka lędźwiowo-krzyżowego kręgosłupa i jest najczęstszą przyczyną dolegliwości bólowych w tym obszarze [1]. Podobnie jak inne neurologiczne choroby przewlekłe, w mniejszym lub w większym stopniu wpływa na jakość życia, w zależności od częstotliwości nawrotów dolegliwości i ich nasilenia. Ze względu na to, że choroba dotyczy najczęściej osób aktywnych zawodowo, jest częstą przyczyną absencji w pracy, co prowadzi niejednokrotnie do utraty pracy, konieczności przekwalifikowania pracownika, a nierzadko do pogorszenia statusu ekonomicznego. Nawroty dolegliwości bólowych często zaburzają pełnienie ról społecznych i w konsekwencji mogą prowadzić do zaburzeń depresyjnych [2]. Szacuje się, że nawet 60–80% ludzi doświadcza przynajmniej raz w życiu bólu kręgosłupa [3]. Na przewlekły ból krzyża cierpi 38–74% mężczyzn i 14–23% kobiet [4]. Dolegliwości towarzyszące dyskopatii mają charakter nawrotowy i nawet wykonanie zabiegu operacyjnego nie gwarantuje pełnego wyleczenia [1]. Dominującym objawem są dolegliwości bólowe i związane z tym pogorszenie sprawności funkcjonalnej, co może mieć wpływ na pogorszenie jakości życia pacjentów [5].

Celem pracy jest ocena jakości życia pacjentów z dyskopatią lędźwiowo-krzyżową kręgosłupa.

Materiał i metoda

Badaniami objęto 40 pacjentów hospitalizowanych w Klinice Neurochirurgii i Neurotraumatologii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie, oczekujących na zabieg operacyjny z powodu dyskopatii odcinka lędźwiowo-krzyżowego kręgosłupa.

Przebadano grupę 40 pacjentów, wśród których 57,5% stanowiły kobiety, a 42,5% mężczyźni. Najwięcej osób było w przedziale wiekowym 31–40 lat oraz 41–50 lat (po 32,5%), znacznie mniej było osób w wieku 20–30 lat oraz 51–60 lat (po 15%). Najmniej liczną grupę stanowiły osoby po 60 roku życia – 5%. Średnia wieku wynosiła $40,8 \pm 11,53$. Najstarsza badana osoba miała 71 lat.

Wykształcenie badanych było zróżnicowane. Zdecydowanie przeważały osoby z wykształceniem średnim (42%), nieco mniej było pacjentów z wykształceniem wyższym lub zawodowym – odpowiednio 25% i 28%. Tylko 5% badanych miało wykształcenie podstawowe. W większości respondenci wykonywali pracę fizyczną (60%). Najwięcej, bo 65% osób badanych, mieszkało w mieście.

W pracy wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego oraz technikę ankiety. Oceny dolegliwości

bólowych dokonano przy użyciu Analogowo-Wizualnej Skali Bólu (VAS). Jest to narzędzie uniwersalne, służące do subiektywnej oceny stopnia odczuwanego przez pacjenta bólu. Pacjent określa odczuwane dolegliwości bólowe na prostej skali od 0 do 10; od braku bólu do bólu najsilniejszego i niewyobrażalnego [6]. Na potrzeby pracy, wśród wyników wyodrębniono cztery grupy:

- I grupa: 0 pkt. – brak bólu
- II grupa: 1–3 pkt. – ból słaby
- III grupa: 4–7 pkt. – ból średni
- IV grupa: 8–10 pkt. – ból bardzo silny

Stopień niepełnosprawności pacjentów oceniano wskaźnikiem sprawności w bólach krzyża (*The Oswestry Low Back Pain Disability Questionnaire*, *Oswestry Disability Index* – ODI). Skala ta jest przeznaczona dla pacjentów z dolegliwościami w obrębie dolnego odcinka kręgosłupa. Składa się z 10 pytań dotyczących codziennych czynności; każde z pytań ma 6 odpowiedzi punktowanych od 0 do 5, z których osoba badana wybiera tylko jedną, która go dotyczy [7,8]. Wyniki przelicza się w procenty (%), co pozwala na wyodrębnienie 5 grup określających stopień upośledzenia jakości życia:

- I – 0–20% brak niepełnosprawności (pacjent nie wymaga leczenia, ale informacji dotyczącej technik dźwigania, siedzenia, aktywności fizycznej, diety; mogą występować problemy z siedzeniem u osób pracujących w tej pozycji)
- II – 21–40% niewielka niesprawność (pacjent ma problemy z dźwiganiem, staniem, siedzeniem, może być utrudnione podróżowanie; pacjent jest okresowo niezdolny do pracy zawodowej, wymaga leczenia usprawniającego)
- III – 41–60% mierna niesprawność (ból wpływa na ograniczenie w podróżach, życie towarzyskie, seksualne oraz czynności codzienne; pacjent wymaga szczegółowej diagnostyki)
- IV – 61–80% poważna niesprawność (ból zaburza wszystkie aspekty życia, konieczne jest wdrożenie właściwego leczenia)
- V – 81–100% całkowita niesprawność (pacjent leżący, niesamodzielny)

Do oceny jakości życia zastosowano Kwestionariusz Bólu Krzyża Rolanda i Morrisa (*The Roland – Morris Disability Questionnaire* – RM). Jest to narzędzie specyficzne dla osób z bólami krzyża, odnoszące się do stanu pacjenta w dniu badania. Wyróżnia 4 stopnie ubytku jakości życia: niewielki, średni, duży, bardzo duży [9-11].

Zastosowane narzędzia badawcze posłużyły do odpowiedzi na następujące pytania:

1. Jaki jest stopień odczuwanego bólu w badanej grupie?

2. Jaki jest stopień niepełnosprawności badanych?
3. Jaka jest jakość życia badanych?
4. Jaki wpływ na jakość życia ma stopień niepełnosprawności?
5. W jakim stopniu poziom odczuwanego bólu wpływa na jakość życia badanych?
6. W jakim stopniu wiek, płeć, wykształcenie, charakter wykonywanej pracy oraz miejsce zamieszkania wpływają na jakość życia badanych?

Analizy statystyczne przeprowadzono za pomocą pakietu statystycznego STATISTICA for Windows 9.0. Analizę zależności wyników VAS, ODI i RM przeprowadzono testem korelacji Pearsona. Analizę wyników skal w zależności od wykształcenia przeprowadzono testem Kruskala-Wallisa. Analizę wyników skal w zależności od płci, miejsca zamieszkania i rodzaju pracy przeprowadzono testem U Manna-Whitneya. Analizę zależności wyników skal od wieku przeprowadzono szacując współczynniki korelacji rangowych Spearmana. Za istotne przyjęto prawdopodobieństwo testowe na poziomie $p \leq 0,05$, a za wysoce istotne – na poziomie $p < 0,1$.

Wyniki

W badanej grupie dokonano oceny stopnia odczuwanego bólu. Najwięcej osób określało odczuwany ból jako średni – 82%, zdecydowanie mniej – jako bardzo silny (15%). Średnia odczuwanego bólu wynosiła $6,5 \pm 1,3$, Min 3,3, Max 9,5. Ból w grupie kobiet i mężczyzn był na podobnym poziomie; Mediana wynosiła odpowiednio 6 i 7. Najwyższa średnia bólu była w grupie osób z wykształceniem wyższym (7,20), a najniższa (6,11) u osób z wykształceniem zawodowym. Nie stwierdzono jednak istotnych statystycznie różnic w zakresie rozkładu wyników w skali VAS w zależności od płci, wykształcenia, wykonywanej pracy i miejsca zamieszkania. Stwierdzono natomiast istotną korelację między wiekiem a odczuwaniem dolegliwości bólowych; wraz z wiekiem rośnie ocena stopnia odczuwanego bólu.

Z badań kwestionariuszem Oswestry wynika, że stopień niepełnosprawności był zróżnicowany w badanej grupie. Najwięcej osób (52,5%) miało mierny stopień niepełnosprawności, nieco mniej – poważny 27,5%. Najmniej respondentów miało całkowitą niepełnosprawność – 5%. Z kolei niewielka niepełnosprawność występowała u 15% pacjentów. Analiza statystyczna nie wykazała zależności pomiędzy stopniem niepełnosprawności a płcią, wykształceniem, rodzajem wykonywanej pracy czy miejscem zamieszkania.

Z analizy wyników badania jakości życia przy użyciu skali Rolanda i Morrisa wynika, że prawie połowa badanych (45%) ocenia ubytek jakości życia jako średni, nieco mniej osób wskazuje duży ubytek

jakości życia – 37,5%. Znacznie mniej badanych ma bardzo duży ubytek jakości życia (12,5%), a tylko 5% osób – niewielki ubytek. Analiza statystyczna związku pomiędzy stopniem odczuwanego bólu a jakością życia badanych, wykazała, że współczynnik korelacji Pearsona jest dodatni, co świadczy o wysokiej istotności statystycznej. Oznacza to, że im silniejsze jest odczuwanie bólu, tym niższa jest jakość życia ($r = 0,49$, $p = 0,001$). Istnieje również zależność, chociaż słabsza, między stopniem niepełnosprawności a jakością życia; wraz ze wzrostem niepełnosprawności obniża się jakość życia ($r = 0,302$, $p = 0,05$). Nie stwierdzono zależności pomiędzy jakością życia a zmiennymi socjodemograficznymi. Nie stwierdzono zależności pomiędzy wiekiem badanych, a jakością życia i stopniem niepełnosprawności, natomiast istnieje zależność pomiędzy wiekiem a stopniem odczuwanego bólu.

Dyskusja

W odróżnieniu od chorób ośrodkowego układu nerwowego, dyskopatia kręgosłupa nie powoduje tak dużych deficytów neurologicznych, ale ze względu na nawrotowy charakter i dolegliwości bólowe, które są dominującym objawem, należy do chorób wpływających na pogorszenie jakości życia [5,12].

Badania własne wykazały, że ponad 80% pacjentów oczekujących na zabieg chirurgiczny, określiło dolegliwości bólowe jako średnie, w przedziale 4–7 punktów w skali VAS. Podobne wyniki uzyskała Jabłońska i wsp. [13], posługując się tą samą skalą u pacjentów przed zabiegiem; średnia bólu w tych badaniach wynosiła 6,46. Stopień odczuwanego bólu był powiązany z wiekiem badanych ($p < 0,01$) – wraz z wiekiem wzrastał stopień odczuwanych dolegliwości. Zbliżone wyniki uzyskał Radziszewski [5], dokonując retrospektywnej analizy dolegliwości bólowych u pacjentów leczonych zachowawczo lub operacyjnie. W swoich badaniach wykazał, że pacjenci powyżej 50 roku życia odczuwają większe dolegliwości bólowe, niż osoby w młodszym wieku.

Radziszewski stwierdził również, że dolegliwości bólowe w największym stopniu wpływają na sprawność pacjentów [14]. W badaniach własnych dokonano oceny stanu funkcjonalnego pacjentów przy użyciu kwestionariusza Oswestry i wykazano, że ponad połowa badanych ocenia stopień niepełnosprawności jako mierny, ale jest również pewna grupa pacjentów, która określa swój stopień niepełnosprawności jako poważny lub całkowity (łącznie 32,5%). Uzyskane wyniki badań różniły się nieco od tych, które uzyskała Pop i wsp. [15], gdzie aż 78% pacjentów określiło stopień niepełnosprawności jako niewielki lub mierny, 22% – jako poważny, natomiast u żadnej z badanych osób nie stwierdzono całkowitej niepełnosprawności.

Oceny jakości życia dokonano przy użyciu kwestionariusza Rolanda i Morrisa. Najczęściej badani doświadczyli średniego ubytku jakości życia – 45% respondentów. Niepokoi fakt, że aż 37,5% badanych doświadczyło dużego, a 12,5% – bardzo dużego ubytku jakości życia, co świadczy o niekorzystnym wpływie dyskopatii na subiektywne odczucie jakości życia. Badania własne wykazały, że największy wpływ na jakość życia ma ból oraz, w mniejszym stopniu, stopień niesprawności. Dane socjodemograficzne, takie jak płeć, wiek, wykształcenie, charakter wykonywanej pracy, miejsce zamieszkania nie wpływają istotnie na jakość życia.

Wnioski

Ze względu na niewielką grupę badawczą, można przedstawić jedynie wstępne wnioski, a zagadnienie jakości życia wymaga dalszych badań obejmujących również okres po zabiegu operacyjnym z powodu dyskopatii. Z przeprowadzonych badań wynika, że:

- w badanej grupie dominował ból na poziomie średnim i bardzo silnym,
- większość badanych miała mierny stopień niesprawności, jednak aż u 32,5% osób stwierdzono niesprawność w stopniu poważnym lub całkowitym,
- ubytek jakości życia spowodowany chorobą utrzymuje się najczęściej na poziomie średnim, rzadziej dużym i bardzo dużym,
- wraz ze wzrostem niesprawności obniża się jakość życia,
- ból wpływa na obniżenie jakości życia badanych,
- wraz z wiekiem wzrasta subiektywna ocena dolegliwości bólowych,
- nie stwierdzono zależności pomiędzy wiekiem, płcią, wykształceniem, miejscem zamieszkania i wykonywaną pracą a jakością życia i stopniem niesprawności badanych.

Zalecenia dla praktyki pielęgniarstwa

Dyskopatia, podobnie jak inne przewlekłe choroby układu nerwowego, w dużej mierze wpływa nie tylko na sprawność funkcjonalną pacjenta, ale również na pełnienie ról społecznych i stan psychiczny. Zarówno leczenie zachowawcze jak i operacyjne nie gwarantuje ustąpienia dolegliwości, mogą się one pojawiać m.in. w związku z postępującymi zmianami zwyrodnieniowymi kręgosłupa lub występowaniem przepukliny na innym poziomie. Kluczową rolę w profilaktyce nawrotu dolegliwości odgrywa styl życia pacjenta, a także interdyscyplinarna opieka, w którą zaangażowany jest nie tylko lekarz neurolog/neurochirurg, ale również pielęgniarki, rehabilitanci, fizjoterapeuci, dietetycy i psy-

cholog. Do zadań pielęgniarek mających kontakt z osobami z dyskopatią, a więc środowiskowo-rodzinnymi, pracujących w oddziale neurologii/neurochirurgii lub poradni specjalistycznej, powinno należeć nie tylko wsparcie emocjonalne pacjenta, ale przede wszystkim wsparcie informacyjne obejmujące profilaktykę nawrotu dolegliwości.

Piśmiennictwo

- [1] Maksymowicz W. *Neurochirurgia w zarysie*. PZWL, Warszawa 1999.
- [2] Radziszewski K. Analiza objawów depresyjnych u pacjentów z dyskopatią lędźwiową leczonych zachowawczo bądź operowanych. *Postępy psychiatrii i neurologii*. 2006;15 (2):77-81.
- [3] Żytkowski A., Sosnowski S., Wrodycka B. Etiopatogeneza choroby zwyrodnieniowej kręgosłupa. *Polski Merkurusz Lekarski*. 2006;XXI,125:498-501.
- [4] Tłustochowicz M., Zakrzewska A., Śliwińska J. Bóle dolnego odcinka kręgosłupa u kobiet po 55 roku życia – analiza patogenetyczna. *Reumatologia*. 2006;44(1):41-44.
- [5] Radziszewski K.R. Porównawcza retrospektywna analiza dolegliwości bólowych u chorych na dyskopatię lędźwiową leczonych zachowawczo bądź operacyjnie. *Polski Merkurusz Lekarski*. 2006;XXI,124:335-340.
- [6] Domżał T.M. Ból przewlekły – problemy kliniczne i terapeutyczne. *Polski Przegląd Neurologiczny*. 2008;4(1):1-8.
- [7] Rapała A., Rapała K., Lachowicz W. Metody badań klinicznych i skale ocen leczenia choroby dyskowej kręgosłupa ze szczególnym uwzględnieniem skali Oswestry. *Ortopedia Traumatologia Rehabilitacja*. 2004;6(2):149-154.
- [8] Nowotny J. *Podstawy fizjoterapii*. Wydawnictwo Kasper, Kraków 2004.
- [9] Opara J., Szary S. Systemy klasyfikacyjne i jakość życia w bólach krzyża. *Ortopedia Traumatologia Rehabilitacja*. 2004;6(3):373-381.
- [10] Bojczuk T., Przysada G., Strzepak Ł. Wpływ ćwiczeń leczniczych na wskaźniki jakości życia u pacjentów z bólem dolnego odcinka kręgosłupa. *Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego*. 2010;1:66-72.
- [11] Opara J., Szary S., Kucharz E. Polish cultural adaptation of the Roland – Morris Questionnaire for evaluation of quality of life in patients with low back pain. *Spine*. 2006;31(23):2744-2746.
- [12] Ostrzyżek A. Jakość życia w chorobach przewlekłych. *Problemy Higieny i Epidemiologii*. 2008;89(4):467-470.
- [13] Jabłońska R., Ślusarz R., Królikowska A., Beuth W., Ciemnoczołowski W. Uwarunkowania wydolności funkcjonalnej chorych we wczesnym okresie pooperacyjnym leczenia dyskopatii lędźwiowo-krzyżowej. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne*. 2008;4:144-150.

- [14] Radziszewski K.R. Stan funkcjonalny pacjentów z dyskopatią kręgosłupa lędźwiowego leczonych wyłącznie zachowawczo bądź operowanych. *Wiadomości Lekarskie*. 2008;61(1-3):23-29.
- [15] Pop T., Austrup H., Preuss R., Niedziałek M., Zaniewska A., Sobolewski M., Dobrowolski T., Zwolińska J. Wpływ elektrostymulacji prądami TENS na redukcję bólu u pacjentów z chorobą zwyrodnieniową krążka międzykręgowego w odcinku lędźwiowo-krzyżowym kręgosłupa. *Ortopedia Traumatologia Rehabilitacja*. 2010;4(6):289-300.

Konflikt interesów: nie występuje

Źródła finansowania: nie występuje

Wkład autorski: Ewa Czaja^{E,F}, Maria Kózka^{A,G,H}, Agnieszka Burda^{B,C,D,F}

(A – Koncepcja i projekt badania, B – Gromadzenie i/lub zestawianie danych, C – Analiza i interpretacja danych, D – Analiza statystyczna, E – Napisanie artykułu, F – Poszukiwanie piśmiennictwa, G – krytyczne zrecenzowanie artykułu, H – zatwierdzenie ostatecznej wersji artykułu)

Praca wpłynęła do Redakcji: 05.06.2012 r.

Zaakceptowano do druku: 08.07.2012 r.

Adres do korespondencji:

Ewa Czaja
Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa
31-501 Kraków, ul. Kopernika 25
ewa.czaja@uj.edu.pl