

# Wybrane aspekty jakości życia osób ze zmianami zwyrodnieniowymi kręgosłupa i stawów

Tomasz Gajewski<sup>1</sup>, Irena Woźnica<sup>2</sup>, Magdalena Młynarska<sup>2,3</sup>, Sławomir Ćwikła<sup>2</sup>, Joanna Strzemecka<sup>4,5</sup>, Iwona Bojar<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Lubuska Wyższa Szkoła Zdrowia Publicznego w Zielonej Górze

<sup>2</sup> Zakład Problemów Zdrowotnych Wieku Podeszłego, Instytut Medycyny Wsi w Lublinie

<sup>3</sup> Zakład Kwalifikowanej Pomocy Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

<sup>4</sup> Instytut Zdrowia Publicznego, Państwowa Szkoła Wyższa, Biała Podlaska

<sup>5</sup> Klinika Ortopedii i Rehabilitacji, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Gajewski T, Woźnica I, Młynarska M, Ćwikła S, Strzemecka J, Bojar I. Wybrane aspekty jakości życia osób ze zmianami zwyrodnieniowymi kręgosłupa i stawów. Med Og Nauk Zdr. 2013; 19(3): 362–369.

## Streszczenie

**Wprowadzenie:** Starzenie się społeczeństwa charakteryzuje wzrost częstości występowania wielu chorób typowych dla wieku geriatrycznego, które utrudniają funkcjonowanie osób w wieku podeszłym i pogarszają jakość ich życia. Należą do nich choroby układu kostno-stawowego. Przewlekłe choroby tego układu, połączone z występującym przez cały czas bólem oraz towarzyszące im zaburzenia mobilności, poczucie osamotnienia, nieprzydatności, bezradności i lęku, w znacznym stopniu wpływają na jakość życia tych osób.

**Cel pracy:** Celem była ocena umiejscowienia i natężenia bólu u pacjentów ze zmianami zwyrodnieniowo-dyskopatycznymi kręgosłupa i stawów oraz ich wpływ na niektóre aspekty jakości ich życia.

**Materiał i metoda badania:** Badania były prowadzone w grupie 303 pacjentów po 50 r. życia z województwa lubelskiego, którzy zgłaszali się do Instytutu Medycyny Wsi z dolegliwościami bólowymi ze strony kręgosłupa i stawów i mieli rozpoznaną klinicznie osteoartrozę. Badanie przeprowadzano metodą pogłębionego wywiadu, przy pomocy kwestionariusza ankiety.

**Wyniki badania:** Wśród pacjentów przeważały kobiety. Ból dotyczył najczęściej kręgosłupa w odcinku lędźwiowo-krzyżowym i szyjnym oraz stawów ramiennych, kolanowych i biodrowych. Dolegliwości znacznie ograniczają pacjentów w wykonywaniu zawodu i w codziennych czynnościach, a problemem są także zaburzenia mobilności. Ponad 56% badanych uważało, że nie wpływa to negatywnie na ich związki osobiste i życie seksualne. Zbliżony odsetek twierdził, że jest zadowolony z jakości swojego życia. Niekorzystnie dane dotyczą samooceny stanu zdrowia badanych, bowiem 77% oceniło go jako dostateczny lub zły.

**Wnioski:** Dominującym objawem towarzyszącym zmianom zwyrodnieniowym kręgosłupa i stawów jest ból, zwłaszcza w odcinku lędźwiowo-krzyżowym i szyjnym kręgosłupa oraz stawów: kolanowego, ramiennego i biodrowego, a także zaburzenia mobilności. Dolegliwości ograniczają pacjentów w obowiązkach zawodowych i codziennych czynnościach. Towarzyszą im problemy natury biobehawioralnej: apatia, poczucie bezsilności wobec bólu, lęk przed pogorszeniem stanu zdrowia. Mimo tych problemów, ankietowani są na ogół zadowoleni z osiągnięć życiowych. Samoocena stanu zdrowia badanych była negatywna, zwłaszcza mieszkańców wsi. Najlepiej ocenili jakość swojego życia ankietowani ze środowiska miejskiego, pracownicy umysłowi i osoby z wyższym poziomem wykształcenia.

## Słowa kluczowe

starość, osteoartroza, kręgosłup, jakość życia, samoocena stanu zdrowia

## WPROWADZENIE

Starzenie się społeczeństwa to naturalny i nieunikniony proces, który stał się zjawiskiem na skalę światową, występującym zarówno w krajach rozwiniętych, jak i rozwijających się. Według Światowej Organizacji Zdrowia to sukces cywilizacyjny, ale także ogromne wyzwanie dla systemów zabezpieczeń społecznych i ochrony zdrowia oraz problem finansowy w wielu krajach. Za najstarszy „region” świata z szybko rosnącą populacją osób powyżej 65 roku życia uważana jest Europa. Według prognoz ONZ odsetek takich osób

w Europie w 2030 roku wyniesie 23,8%, w porównaniu z 1990 rokiem zwiększy się dwukrotnie [1]. Podobne tendencje widoczne są także w Polsce, wskazują na to dane publikowane przez GUS [2, 3]. Starzenie się społeczeństw charakteryzuje wzrost częstości występowania wielu chorób typowych dla wieku geriatrycznego. Literatura dotycząca tego problemu jest dość obszerna [3, 4, 5, 6]. Autorzy anglosascy, na potrzeby współczesnej gerontologii, wprowadzili pojęcie tak zwanych „wielkich problemów geriatrycznych”. To najczęstsze, wieloprzyczynowe choroby lub zaburzenia, utrudniające funkcjonowanie osób w wieku podeszłym, powodujące stopniową utratę ich niezależności i pogarszającą jakość ich życia. Należą do nich między innymi: upadki i zaburzenia mobilności, upośledzenie wzroku lub słuchu, otępienie, starcze depresje. Częstość występowania niektórych z tych zaburzeń, nasila się znacznie w przebiegu przewlekłych chorób somatycznych

Adres do korespondencji: Iwona Bojar, Zakład Problemów Zdrowotnych Wieku Podeszłego, Instytut Medycyny Wsi, ul. Jaczewskiego 2, 20-090 Lublin  
e-mail: iwonabojar75@gmail.com

Nadesłano: 5 listopada 2012; zaakceptowano do druku: 3 sierpnia 2013

takich jak: choroby układu krążenia, cukrzyca, nowotwory, choroby naczyń mózgowych oraz choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej [3, 5].

Z wielośrodkowych badań prowadzonych w populacji ludzi w starszych grupach wiekowych oraz danych GUS wynika, że choroby układu kostno-stawowego dotyczą w Polsce dość znacznego odsetka osób, a wiele z tych osób ma orzeczony stopień niepełnosprawności [4, 7]. Dane zawarte w raporcie z 2011 roku pt. "Starzejące się społeczeństwo jako wyzwanie ekonomiczne dla europejskich gospodarek" wskazują, że w populacji powyżej 50 roku życia z dolegliwościami tymi boryka się ponad 30% kobiet i 8% mężczyzn [1]. Najczęściej występują zmiany zwyrodnieniowo-dyskopatyczne kręgosłupa i stawów, zwłaszcza biodrowych, kolanowych, oraz osteoporoza. Stanowią one grupę chorób z którymi pacjenci często zgłaszają się zarówno do poradni lekarzy rodzinnych, jak i specjalistycznych, są one też jedną z najczęstszych przyczyn orzekania o czasowej niezdolności do pracy [4, 8, 9, 10]. Niepełnosprawność wieku geriatrycznego niesie za sobą obok skutków klinicznych szereg innych konsekwencji zarówno społecznych, jak i ekonomicznych oraz spadek jakości życia. Jest to na tyle poważny problem zdrowotny naszego społeczeństwa, że został on uwzględniony do realizacji jako jeden z celów strategicznych Narodowego Programu Zdrowia na lata 2007–2015 [11].

Przewlekłe choroby układu kostno-stawowego, połączone zwłaszcza z występującym przez cały czas bólem, oraz towarzyszące im zaburzenia mobilności, poczucie osamotnienia, nieprzydatności, bezradności i lęk o przebieg choroby, w znacznym stopniu wpływają na jakość życia tych osób rozumianą wieloaspektowo, stosownie do określeń tego procesu [12, 13]. W literaturze pojęcie jakości życia (*quality of life*) zaczęło pojawiać w latach sześćdziesiątych i siedemdziesiątych ubiegłego wieku i było synonimem „dobrego życia”. Z czasem pojęcie jakości życia ewaluowało, co doprowadziło do wprowadzenia nowych kryteriów, tj. wykształcenia, samopoczucia czy zdrowia. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) określiła pojęcie jakości życia jako „postrzeganie przez zainteresowanych osobników ich pozycji w życiu, w kontekście norm kulturowych i układów, w których oni żyją i w stosunku do celów życiowych, oczekiwań, standardów” [14].

Badania dotyczące tego problemu, zarówno w aspekcie dolegliwości bólowych występujących w przebiegu osteoartrozy, jak i jej wpływu na codzienne funkcjonowanie pacjentów oraz ich jakość życia, podjął się zespół z Zakładu Problemów Zdrowotnych Wieku Podeszłego IMW w Lublinie. Prezentowane poniżej wyniki są rezultatem wieloaspektowych badań na ten temat prowadzonych w latach 2011–2012 w populacji powyżej 50 roku życia.

## CEL BADANIA

Jednym z głównych celów badania była subiektywna ocena umiejscowienia i natężenia dolegliwości bólowych u pacjentów ze zmianami zwyrodnieniowo-dyskopatycznymi kręgosłupa i stawów oraz ich wpływu na niektóre aspekty jakości życia tych osób. Celem uzupełniającym było określenie niektórych zachowań zdrowotnych tych pacjentów oraz samoocena ich stanu zdrowia.

## MATERIAŁ I METODA BADANIA

Zgodnie z założonym celem przyjęto, że badania będą prowadzone wśród pacjentów po 50 roku życia z terenu województwa lubelskiego, którzy zgłaszają się do Kliniki lub Oddziału Rehabilitacji Instytutu Medycyny Wsi w Lublinie z dolegliwościami bólowymi ze strony kręgosłupa i stawów i mają rozpoznaną klinicznie osteoartrozę. Badanie przeprowadzono metodą pogłębionego wywiadu. Przy konstrukcji narzędzia badawczego zostały wykorzystane przede wszystkim pytania autorskie opracowane na potrzeby tego badania i standaryzowany test jakości życia WHOQL [14]. Ankieta zawierała 47 pytań dotyczących problematyki badawczej. W przebiegu badań uzyskano od pacjentów obydwu płci 329 kwestionariuszy. Po weryfikacji zebranego materiału do dalszej analizy zakwalifikowano dane z 303 kwestionariuszy. Informacje zebrane z ankiet były gromadzone w bazie danych i analizowane przy użyciu pakietu Exel oraz Statistica. Dla porównania zmiennych powiązanych zastosowano test X<sup>2</sup>. Wyniki testów uznawano za istotne statystycznie przy poziomie istotności *p* nie większym niż 0,05.

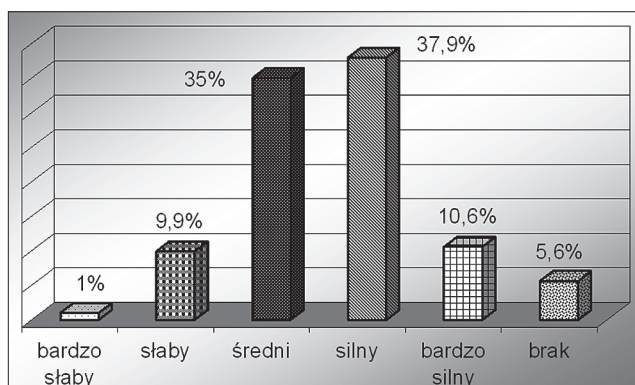
## WYNIKI BADANIA

Z danych demograficzno-społecznych dotyczących ankietowanych wynika, że wśród osób, które zgłaszały się do Instytutu Medycyny Wsi w Lublinie z dolegliwościami bólowymi ze strony układu kostno-stawowego, zdecydowaną większość – 69,2% – stanowiły kobiety. Najstarsza ankietowana osoba liczyła 92 lata, najmłodsza 53 lata, średnia wieku to 65,2 lat. Większość, bo 60% pacjentów, pozostawało w związku małżeńskim, jednak dość wysoki odsetek, prawie 40%, stanowili: wdowy lub wdowcy (27,0%), osoby samotne z wyboru (6,7%), rozwiedzione lub w separacji (5,3%). Analiza danych dotycząca miejsca zamieszkania respondentów wykazała, że podział pomiędzy środowisko wielkomiejskie i wiejskie oraz małych miast rozkładał się prawie równomiernie. Pacjenci z dużych miast stanowili 48,2%, badanych ze środowiska małych miast i typowo wiejskiego było 51,8%. W tej ostatniej grupie najniższy odsetek 13,4% stanowili mieszkańcy małych miast.

Ankietowani byli grupą reprezentującą zróżnicowany poziom wykształcenia, chociaż dominowały wśród nich osoby ze średnim oraz podstawowym wykształceniem. Stanowili oni 55,6% badanych, w tym z wykształceniem średnim 42,3% i podstawowym 13,3%. Osoby z wyższym wykształceniem to 18,0% pacjentów i byli to w zdecydowanej większości mieszkańcy miast. Wykształceniem zawodowym legitymowało się 22,4% pacjentów, niewielki odsetek stanowiły osoby bez wykształcenia (4,1%).

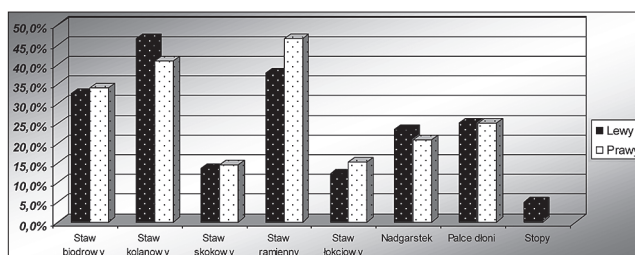
Ponieważ dolegliwości ze strony narządu ruchu mają często związek z rodzajem wykonywanej pracy, pytano w ankiecie pacjentów o wykonywany aktualnie lub w przeszłości rodzaj pracy. Według danych z wywiadu wynika, że pacjenci, określający się jako pracujący fizycznie, stanowili 42,6% badanych. Porównywalny odsetek ankietowanych (40,3%) wykonywał w przeszłości bądź nadal wykonuje siedzącą pracę umysłową. Do kategorii pracowników fizyczno-umysłowych zaliczono 14,5% osób reprezentujących takie zawody jak: pielęgniarka, magazynier, policjant, technolog żywienia, leśnik itp., w których występują zarówno elementy pracy fizycznej, jak i umysłowej.

Jedno z bardziej istotnych pytań kwestionariusza dotyczyło występowania u badanych dolegliwości bólowych, ich lokalizacji, subiektywnej oceny natężenia bólu i czasu jego trwania. Praktycznie prawie wszyscy pacjenci (94,4%) zgłaszali dolegliwości bólowe ze strony układu kostno-stawowego, które, według ich opinii, towarzyszą im prawie codziennie. Poproszono respondentów, aby określili natężenie tego bólu w pięciopunktowej skali, gdzie 1 oznaczało bardzo słaby ból, a 5 ból bardzo silny. Tylko 10,9% badanych określiło swoje dolegliwości bólowe jako bardzo słabe lub słabe, a 35% z nich oceniło natężenie tego bólu jako średnie. Według opinii prawie połowy pacjentów (48,5%), ich dolegliwości bólowe mają najczęściej charakter silny i bardzo silny (Ryc. 1). Z wypowiedzi w ankietach wynika, że dolegliwości te w przypadku większości badanych (77,2%) towarzyszą im od dawna, co najmniej od roku do kilku lat. 12,6% respondentów stwierdziło, że pojawiły się one u nich dopiero od paru miesięcy. Pozostałe osoby nie udzieliły odpowiedzi na to pytanie.



Rycina 1. Natężenie bólu w układzie kostno-stawowym w ocenie pacjentów

Kolejne pytanie ankiety było pytaniem wielokrotnego wyboru i dotyczyło umiejscowienia bólu. W odpowiedziach większość respondentów wskazywała na więcej niż jedną jego lokalizację. W obrębie kręgosłupa dolegliwości bólowe zlokalizowane były najczęściej w odcinku lędźwiowo-krzyżowym (63,3% odpowiedzi) oraz w odcinku szyjnym (47,2% odpowiedzi). Analiza danych dotycząca dolegliwości bólowych w obrębie innych stawów wskazuje, że występują one u pacjentów praktycznie we wszystkich stawach, zarówno po lewej, jak i prawej stronie. Jednak najczęstszą lokalizacją podawaną przez ankietowanych były stawy kolanowe (43,7% odpowiedzi) oraz, w porównywalnym stopniu, staw ramienny (42,2% odpowiedzi) i staw biodrowy (33,3% odpowiedzi). W mniejszym stopniu dotyczyły one stawów palców dłoni i nadgarstka czy stawów skokowego i łokciowego – odpowiednio 25,1% i 22,1% oraz 14,0% i 13,7% odpowiedzi (Ryc. 2 i Tab. 1).



Rycina 2. Najczęściej wskazywane miejsca bólu poza kręgosłupem

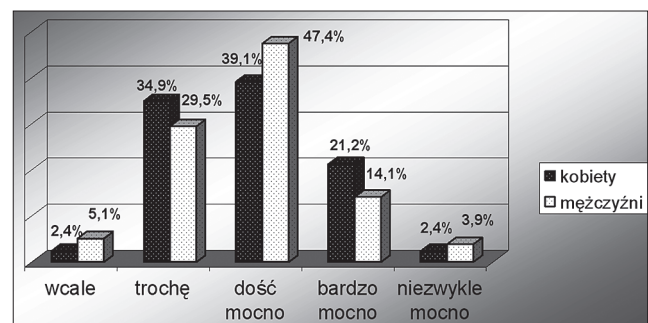
Tabela 1. Najczęściej wskazywane dolegliwości bólowe w kręgosłupie i poszczególnych stawach

Lp.	Umiejscowienie bólu	% odpowiedzi
1	Kręgosłup – odcinek szyjny	47,2%
2	Kręgosłup – odcinek lędźwiowy	63,4%

Stawy	Lewy	Prawy	Razem średnio
3 Staw biodrowy	32,7%	34,0%	33,3
4 Staw kolanowy	46,5%	40,9%	43,7
5 Staw skokowy	13,5%	14,5%	14,0
6 Staw ramienny	37,9%	46,5%	42,2
7 Staw łokciowy	12,2%	15,2%	13,7
8 Nadgarstek	23,4%	20,8%	22,1
9 Palce dłoni	25,1%	25,1%	25,1
10 Stopy		4,9%	4,9

Dolegliwości bólowe ograniczają respondentów w różnym stopniu nie tylko w wykonywaniu obowiązków zawodowych, ale także w codziennych czynnościach i w realizacji zainteresowań. Z danych zamieszczonych na rycinie 3 wynika, że w kategorii „trochę ograniczają” potwierdziło ten fakt 34,9% kobiet i 29,5% mężczyzn. Natomiast na pozostałe kategorie, zwłaszcza te, które dotyczyły znacznych ograniczeń w codziennym funkcjonowaniu, wskazywało prawie 64% badanych i byli to nieco częściej mężczyźni niż kobiety, ale nie były to różnice istotne (Ryc. 3).



Rycina 3. Stopień ograniczeń w wykonywaniu codziennych czynności według płci

Ponad połowa respondentów (56,3%) twierdziła, że dolegliwościom bólowym i różnego stopnia ograniczeniom w wykonywaniu pracy i codziennych czynności towarzyszą często, a nawet bardzo często, takie nastroje jak: nieustanne zmęczenie i apatia, bezsilność wobec bólu (66,9% odpowiedzi), zdenerwowanie i lęk przed pogorszeniem stanu zdrowia (58,7% odpowiedzi).

Podczas badań zebrano też od respondentów informacje na temat ich niektórych zachowań zdrowotnych, dotyczących między innymi: przestrzegania zasad prawidłowego żywienia, uprawiania aktywności fizycznej, sposobu spędzania wolnego czasu, form odpoczynku czy palenia tytoniu. Ponad połowa badanych (54,8%) przyznała, że nie zna szczegółowo i na ogół nie przestrzega zasad prawidłowego żywienia, a 81,9%, ze względu na swoje dolegliwości i wiek nie uprawia żadnego sportu, nie zwiększa swojej aktywności fizycznej w żadnej formie i odpoczywa najczęściej w sposób bierny.

54,1% respondentów, pytana o fakt uczestniczenia w ciągu ostatniego półrocza w różnych, wymienionych w ankiecie formach spędzania wolnego czasu, stwierdziła, że ograni-



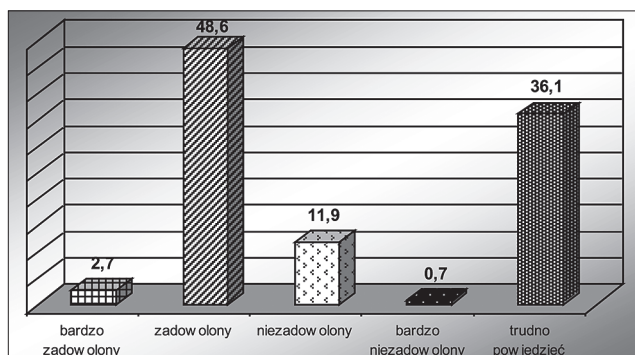
czało się ono przede wszystkim do udziału w spotkaniach towarzyskich czy rodzinnych przyjęciach okolicznościowych. Niewielki odsetek – 8,2% badanych, był w omawianym okresie w kinie, teatrze lub na koncercie. Prawie jedna trzecia ankietowanych (30,5%) stwierdziła, że nie dysponuje ani wolnym czasem, ani środkami finansowymi na ten cel. Zdecydowana większość respondentów (80,3%) nie udziela się też w pracach żadnych organizacji społecznych, politycznych, grupach wsparcia, czy Uniwersytecie Trzeciego Wieku. Potwierdziło ten fakt tylko 19,7% badanych i tego rodzaju aktywność dotyczyła głównie organizacji o charakterze religijnym.

Generalnie pacjenci nie ocenili jednak zbyt krytycznie swojej aktywności życiowej i mieli zróżnicowany pogląd dotyczący tego problemu. Ponad 50,6% z nich uznało, że wolny czas spędza bardzo aktywnie lub raczej aktywnie, a 46,6% było zdania, że mało aktywnie, a w zasadzie biernie, brak odpowiedzi na to pytanie stanowił 2,8%. Zdecydowana większość pacjentów (66,7%) twierdziła, że nie pali papierosów, jedynie 12,5% badanych przyznało się do tego nałogu, ale nie udzieliło odpowiedzi na to pytanie aż 20,8% ankietowanych. Częściej palili papierosy mężczyźni niż kobiety, zwłaszcza zamieszkujący na wsi i w małych miastach, ale nie były to zależności istotne.

Zapytano respondentów, jakiego rodzaju inne problemy związane z ich chorobą, obok dolegliwości bólowych, są dla nich najbardziej uciążliwe i utrudniają im codzienne funkcjonowanie. Było to pytanie wielorakiego wyboru i ankietowani mogli wybierać kilka odpowiedzi. Największym problemem były przede wszystkim trudności związane z poruszaniem się (44% odpowiedzi) oraz wykonywaniem codziennych czynności (36,6% odpowiedzi). Dość wysoką pozycję w wypowiedziach respondentów zajmowała kategoria „brak właściwych form rehabilitacji i utrudniony dostęp do niej” (30% odpowiedzi).

Pacjenci dość często wskazywali też na takie problemy jak: samotność, brak opieki i wiary we własne możliwości, a także niewłaściwy w ich odczuciu stosunek innych ludzi do osób niepełnosprawnych (20,5% odpowiedzi). Bariery architektoniczne i związane z tym nieżyciowe przepisy, które utrudniają im dostęp do miejsc publicznych stanowiły 11,3% odpowiedzi.

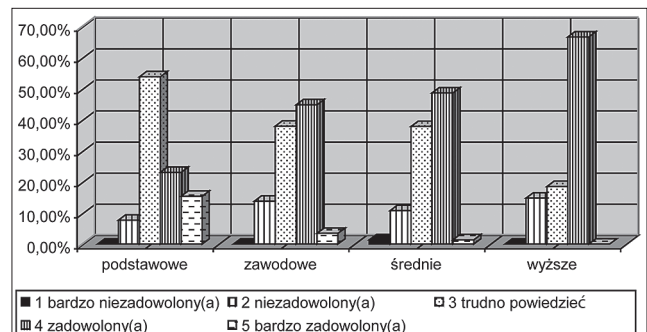
Dokonując subiektywnej oceny jakości swojego życia, nieco ponad połowa ankietowanych (51,3%) stwierdziła, że jest z niej zadowolona lub bardzo zadowolona. Negatywnej odpowiedzi na to pytanie udzieliło tylko 12,6% pacjentów, natomiast ponad jedna trzecia (36,1%) określiła ją stwierdzeniem „trudno powiedzieć”. (Ryc. 4). Analizy dotyczące subiektywnej oceny jakości życia w zależności od płci ba-



Rycina 4. Subiektywna ocena jakości życia

danych osób wykazały, że kobiety były bardziej krytyczne w tej ocenie, bowiem tylko 50% z nich twierdziło, że jest z niej zadowolona lub bardzo zadowolona (wśród mężczyzn 57,7%), ale jednocześnie nieco więcej było wśród nich (niż w przypadku mężczyzn) takich, które były z niej niezadowolone, lub udzielały odpowiedzi „trudno powiedzieć”, jednak nie były wskazane różnice istotne statystycznie.

Natomiast ocena jakości życia w zależności od poziomu wykształcenia wskazuje, że im wyższy poziom wykształcenia, tym odsetek osób zadowolonych z jakości życia był wyższy. Osoby z niższym wykształceniem częściej wskazywały na odpowiedź „niezadowolony” i „trudno powiedzieć”, a poziom ich zadowolenia wzrastał wraz z poziomem wykształcenia. Zależności te były istotne statystycznie ( $p=0,036$ ) (Ryc. 5).

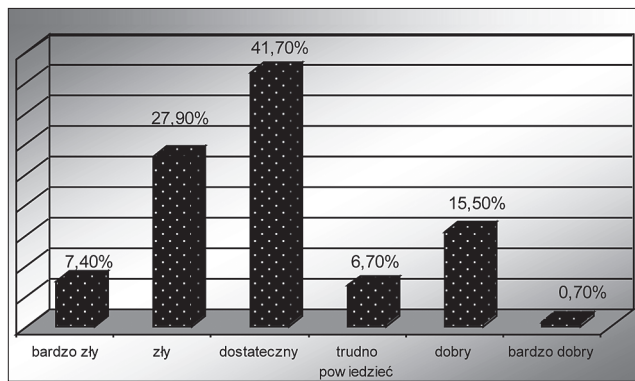


Rycina 5. Subiektywna ocena jakości życia ze względu na wykształcenie

Wśród wszystkich respondentów najwyższy odsetek (70%) osób bardzo zadowolonych i zadowolonych ze swojej jakości życia stanowili mieszkańcy małych miast, następnie ankietowani zamieszkujący duże miasta (51,2%). Wśród mieszkańców wsi osoby takie stanowiły tylko 42,1%. Jednocześnie wśród respondentów z tych dwóch ostatnich środowisk, a zwłaszcza z wiejskiego, odsetek osób które negatywnie oceniały jakość swojego życia lub określały to stwierdzeniem „trudno powiedzieć” był najwyższy (57,9%), ale różnice nie były istotne statystycznie.

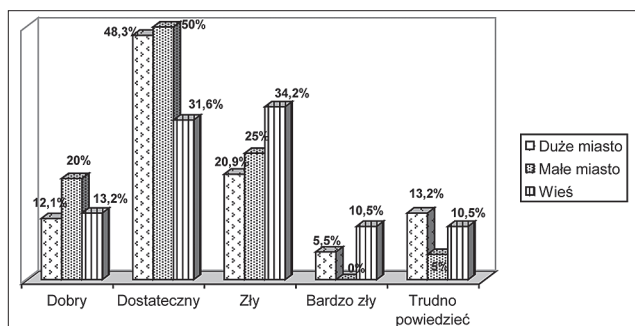
Analiza danych dotycząca subiektywnej oceny jakości życia ankietowanych ze względu na rodzaj pracy wykonywanej przez nich aktualnie lub w przeszłości wykazała, że najwyższy odsetek (65,1%) zadowolonych z jakości życia odnotowano wśród osób wykonujących pracę umysłową. Natomiast w grupie wykonujących pracę fizyczno-umysłową i pracowników fizycznych odnotowano, w porównaniu z odsetkiem osób zadowolonych, więcej osób niezadowolonych oraz takich, które określały jakość swojego życia terminem „trudno powiedzieć” (odpowiednio 65,4% i 58,8%), różnice nie były jednak istotne statystycznie.

Niezbędnie pozytywnie wypada w odpowiedziach samoocena stanu zdrowia respondentów, według kategorii zaproponowanych w kwestionariuszu. W odpowiedziach dominowały przede wszystkim dwie z nich, bowiem ankietowani oceniali najczęściej swój stan zdrowia jako dostateczny (41,7%) lub zły i bardzo zły (35,3%). Jako dobry lub bardzo dobry oceniło swój stan zdrowia tylko 16,2% badanych. Pozostałe osoby określały go stwierdzeniem: „trudno powiedzieć” (Ryc. 6). Odpowiedzi respondentów dotyczące samooceny stanu zdrowia różnią się istotnie statystycznie ( $p=0,0042$ ) w zależności od miejsca ich zamieszkania. Generalnie ze wszystkich trzech środowisk odsetek osób oceniających swój stan zdrowia jako „dobry” były niewielki, a najkorzystniej



Rycina 6. Subiektywna ocena stanu zdrowia ankietowanych

oceniali swoje zdrowie mieszkańcy małych miast, bowiem 20% z nich określiło go jako dobry. Dominowały dwie samooceny stanu zdrowia: dostateczny i zły. Najgorzej oceniają swój stan zdrowia mieszkańcy wsi, bowiem aż 44,7% określiło go jako zły lub bardzo zły, 31,6% jako dostateczny, a 10,5% nie potrafiło go ocenić. Mieszkańcy małych i dużych miast określali swój stan zdrowia najczęściej w kategorii dostateczny (Ryc. 7). Oceny kobiet i mężczyzn na ten temat były zbliżone.



Rycina 7. Subiektywna ocena stanu zdrowia pacjentów według miejsca zamieszkania

## DYSKUSJA

Populacja starszych grup wiekowych cechuje się dużym odsetkiem niepełnosprawności, zwłaszcza ze strony narządu ruchu. Według Raportu GUS z 2009 roku, niesprawność fizyczna z powodu uszkodzeń i chorób narządu ruchu występuje częściej u osób powyżej 60 roku życia, zwłaszcza wśród ludności wiejskiej i w populacji kobiet [10, 15]. Jedną z istotnych jej przyczyn są zmiany zwyrodnieniowo-dyskopatyczne kręgosłupa i stawów [16]. Żyjemy coraz dłużej, a niepełnosprawność spowodowana chorobami narządu ruchu dotyka szczególnie ludzi starszych [5, 17]. Częstość ich występowania to przede wszystkim konsekwencja zmian destrukcyjnych w układzie kostno-stawowym, związanych z podeszłym wiekiem, chociaż coraz częściej zmagają się z tym problemem osoby coraz młodsze.

Ryzyko zachorowania na osteoartrozę ma nie tylko podłoże genetyczne. Do czynników predysponujących należą między innymi także wady budowy, urazy i mikrourazy, przewlekłe stany zapalne czy późny wiek, ale także płęć żeńska, wykonywany zawód, aktywność fizyczna, otyłość [4, 8, 9, 16, 18]. Badania przeprowadzone wśród pacjentów, którzy zgłaszali się do Instytutu Medycyny Wsi, potwierdziły

fakt dominacji kobiet z tymi objawami i dolegliwościami. Stanowiły one bowiem prawie 70% ankietowanych, w porównywalnym stopniu zarówno ze środowiska miejskiego, jak i wiejskiego. Wyniki z badania potwierdzają również publikowane dane wskazujące na fakt, że omawiane problemy zdrowotne dotyczą w coraz większym stopniu osób w coraz młodszych grupach wiekowych. Pacjenci w przedziale wiekowym 50–59 lat stanowili także w naszym badaniu ponad 1/4 ankietowanych [4, 7, 18].

Dość wysoki odsetek wdowców, a szczególnie wdów w badanej grupie (28%), zwłaszcza na wsi, jest wynikiem nie tylko przewagi liczebnej płci żeńskiej wśród ankietowanych, ale też naturalnego procesu selekcji, który faworyzuje kobiety. Stąd w starszych wiekowo generacjach widoczny jest znacząco wyższy udział wdów w porównaniu z wdowcami. Potwierdzają ten fakt dane ogólnopolskie GUS-u oraz dane z poprzednich lat. Wskazywały one w 2010 roku na terenie woj. lubelskiego dużo wyższy udział owdowiałych kobiet w stosunku do owdowiałych mężczyzn, odpowiednio 68,5% i 18,7% [15, 19].

Osoby w starszym wieku pozbawione współmałżonka czy samotne z wyboru, rozwiedzione lub w separacji są w zdecydowanie gorszej sytuacji niż osoby zamężne. W naszym badaniu grupa ta stanowiła znaczący odsetek (40%). Są to osoby pozbawione nie tylko wsparcia emocjonalnego, ale często także ekonomicznego, a zwłaszcza pomocy, która wiąże się z ich niepełnosprawnością.

Poziom wykształcenia, uważany za jeden z wartościowych mierników statusu społecznego, w przypadku starszych generacji uznawany jest często za wskaźnik statusu zdrowotnego. Im jest on wyższy, tym większy zasób informacji, większa zdolność adaptacji, niezależność, a także pewna elastyczność zachowań prozdrowotnych. Dane dotyczące wykształcenia ankietowanych potwierdzają wyniki wcześniej prowadzonych badań, wskazujących na to, że w starszych grupach wiekowych, zwłaszcza na wsi, przeważają osoby z wykształceniem podstawowym, zawodowym oraz bez wykształcenia [15, 19, 20]. W naszym badaniu odsetek takich osób był znaczny, szczególnie w środowisku wiejskim, i wynosił 58,9%, natomiast wśród pacjentów z miasta tylko 18%. Pozytywnym zjawiskiem jest wzrost, na przestrzeni ostatnich lat, liczby osób legitymujących się wyższym wykształceniem, zwłaszcza w miastach [7, 19, 20]. W badaniach ankietowych odsetek pacjentów z takim wykształceniem kształtował się na poziomie średnio 18,5% i również dominowali w tym względzie mieszkańcy miast – 28%.

Rozpoznanie zmian zwyrodnieniowo-dyskopatycznych opiera się głównie na objawach klinicznych i radiologicznych. Charakterystyczne i najbardziej uciążliwe objawy u osób to przede wszystkim dolegliwości bólowe, sztywność stawów, która prowadzi stopniowo do ograniczenia ich ruchomości. Zespoły bólowe narządu ruchu są najczęściej występującym rodzajem bólu przewlekłego. Szczególnie narażone na występowanie tych dolegliwości są: kręgosłup, stawy biodrowe i kolanowe oraz stawy stóp i rąk. Kręgosłup jest najczęstszą lokalizacją zmian zwyrodnieniowo-dyskopatycznych [4, 9, 16, 18, 21]. Potwierdzają to odpowiedzi pacjentów. Dolegliwości bólowe o różnym stopniu nasilenia, określane przez jedną trzecią badanych jako średnie, a w przypadku prawie połowy pacjentów jako silne lub bardzo silne, dotyczyły najczęściej kręgosłupa, zwłaszcza w odcinku lędźwiowo-krzyżowym, i szyjnym, a także stawów kolanowych, ramiennych i biodrowych.

Choroby narządu ruchu są główną przyczyną upośledzenia funkcjonalnego osób starszych, a więc zmniejszenia ich sprawności fizycznej oraz zwiększonej zgłaszalności do zakładów opieki zdrowotnej [3, 8, 9, 22]. Dolegliwości bólowe, które im towarzyszą ograniczają pacjentów nie tylko w wykonywaniu obowiązków zawodowych czy codziennych czynności. Jak wskazują badania, są one także częstą przyczyną występowania u nich problemów natury biobehawioralnej [8]. Poczucie zmęczenia, apatii, niepokoju i lęku przed pogorszeniem się stanu zdrowia, bezsilności wobec bólu, pesymizm życiowy to dominujące nastroje, które występowały także w grupie naszych pacjentów. W znaczący sposób wpływały one na jakość ich życia.

Dolegliwości i objawy ze strony układu kostno-stawowego nie pojawiają się nagle i przypadkowo. Wśród wielu istotnych czynników predysponujących wymieniane są także te związane z niektórymi, zwłaszcza antyzdrowotnymi zachowaniami populacji czy z rodzajem wykonywanej pracy. Należą do nich między innymi: brak aktywności ruchowej, nadwaga, siedzący tryb życia, co łączy się zwłaszcza z siedzącą pracą umysłową, zbyt intensywny wysiłek fizyczny i długotrwałe przeciążenia w przypadku niektórych zawodów, np. takich jak rolnicy czy sportowcy, a także lekceważone wady postawy [4, 18]. W badanej populacji, znaczący odsetek (40,3%) stanowiły osoby wykonujące aktualnie lub w przeszłości siedzącą pracę umysłową, która polega często na utrzymywaniu przez dłuższy czas wymuszonej pozycji ciała (np.: w przypadku pracy przy komputerze).

Dolegliwości spowodowane zmianami w narządzie ruchu, zwłaszcza w kręgosłupie i stawach kończyn dolnych, stanowią znaczącą grupę chorób, z którymi osoby wykonujące ciężką pracę fizyczną, zwłaszcza z obszarów wiejskich, zgłaszają się do poradni reumatologicznych. Potwierdzają to wieloletnie badania prowadzone w Instytucie Medycyny Wsi w Lublinie i innych ośrodkach [4, 9, 6, 17, 23]. Pacjenci tacy stanowili 42,6% badanych, a deklarowane przez nich miejsce zamieszkania, a zwłaszcza praca fizyczna z długotrwałymi przeciążeniami, mogły sprzyjać występowaniu zmian i dolegliwości ze strony narządu ruchu.

Na opóźnienie bądź złagodzenie przebiegu procesów zwyrodnieniowych każdy z pacjentów może w pewnym zakresie mieć wpływ poprzez przestrzeganie zdrowego stylu życia, leczenie otyłości, unikanie nadmiernych obciążeń fizycznych, ale z umiarkowaną i systematyczną aktywnością fizyczną. Potwierdzają to w szerokim zakresie dane z piśmiennictwa [4, 5, 24, 25]. Z uzyskanych w ankietach informacji wynika, że ankietowane osoby w niewielkim stopniu stosują się do przestrzegania tych zasad. Ponad połowa pacjentów nie tylko nie zna, ale i nie docenia znaczenia dla zdrowia prawidłowego odżywiania. Wprawdzie wpływ odżywiania na zmniejszenie bólu u osób z dolegliwościami w przebiegu osteoartrozy nie jest jeszcze zbyt dobrze poznany, ale badania nad patogenezą tej choroby wskazują, że niektóre czynniki odżywcze mogą mieć znaczący wpływ na metabolizm chrząstki stawowej. W badaniu ankietowym tylko 12,5% pacjentów deklarowało w odpowiedziach, że pali papierosy, ale wysoki odsetek osób, które nie udzieliły odpowiedzi na to pytanie (ponad 20,8%) pozwala przypuszczać, że tego rodzaju antyzdrowotne zachowania dotyczą większej liczby badanych.

Zagadnienia aktywności fizycznej i jej wpływu na zdrowie człowieka, w tym w starszych grupach wiekowych, są dość obszernie prezentowane w piśmiennictwie [18, 24, 26, 27, 28]. Szczególnym problemem jest aktywność ruchowa osób

niepełnosprawnych z powodu chorób narządu ruchu z uwagi na indywidualne ograniczenia tych pacjentów. Dane z badań opublikowanych w 2011 roku, dotyczących aktywności ruchowej osób niepełnosprawnych na wsi i w mieście na terenie woj. lubelskiego wskazują, że osoby takie, mimo iż dysponują niejednokrotnie dużym zakresem wolnego czasu, w niewielkim zakresie uczestniczą w turystyce i rekreacji ruchowej [26, 27]. Podobną sytuację obserwowano wśród pacjentów w naszym badaniu, bowiem ponad 80% z nich nie zwiększa swojej aktywności fizycznej w żadnej formie, a odpoczywa najczęściej w sposób bierny.

Niezbyt korzystne dane z naszego badania, dotyczące niskiej aktywności kulturalnej i społecznej ankietowanych pacjentów, potwierdzają też wyniki badań innych autorów [7, 20, 23]. Czas wolny pacjenci spędzają najczęściej na oglądaniu TV, słuchaniu radia, rozmowach z sąsiadami, spotkaniach rodzinnych. Niewielka jest też ich aktywność społeczna, udział w klubach seniora czy w grupach zainteresowań lub wsparcia, w nieco większym stopniu akcentowana była tylko aktywność religijna [7, 28, 29]. Pewnym usprawiedliwieniem dla tego w dużym stopniu biernego stylu życia może być podeszły wiek pacjentów, ale także intensywność ich dolegliwości bólowych, problemy z mobilnością, sytuacja materialna czy odległości od placówek kulturalnych. Ograniczenia funkcjonalne w przypadku tych pacjentów znacznie silniej determinują ich aktywność życiową aniżeli dolegliwości somatyczne.

Jakość życia w starzejących się społeczeństwach jest różna i zależy od wielu czynników między innymi płci, miejsca zamieszkania, warunków rodzinnych, życiowych umiejętności, nabytych doświadczeń i stanu zdrowia [12, 13, 30]. Zwłaszcza ten ostatni czynnik jest niezbędnym elementem do utrzymania sprawności i pozytywnego postrzegania jakości swojego życia. Z danych literaturowych wynika, że niejednokrotnie przyjmuje się, iż samoocena stanu zdrowia formułowana przez osoby w starszym wieku, pokrywa się w znacznym stopniu z wynikami przedmiotowej oceny lekarskiej. Według Pędicha może być to jednak pewnym uproszczeniem, bowiem stan zdrowia zależy w dużym stopniu także od wielu innych zmiennych takich jak: wykształcenie, miejsca zamieszkania, styl życia, czynniki środowiskowe i inne [31].

Niektórzy autorzy wskazują też na jeszcze jeden istotny element. Wysoka samoocena stanu zdrowia, zwłaszcza w przypadku osób z niepełnosprawnością, może być istotną zmienną dla kształtowania się konstruktywnych reakcji przystosowawczych w postaci poznawczej i emocjonalnej akceptacji oraz behawioralnego przystosowania [32]. Samoocena stanu zdrowia naszych pacjentów nie wypadła zbyt korzystnie, co w kontekście ich dolegliwości wydaje się uzasadnione, bowiem tylko niewielki odsetek z nich oceniło go dobrze lub bardzo dobrze, a dominowały dwie kategorie „dostateczny” oraz „zły lub bardzo zły”. Podobnie jak w badaniach innych autorów bardziej negatywnie oceniali swój stan mieszkańcy wsi niż środowisk miejskich. Wiąże się to z faktem, że w środowisku wiejskim występują dodatkowe negatywne uwarunkowania związane z trudniejszymi warunkami życia [30, 31].

Z samooceną stanu zdrowia, ściśle łączy się ocena jakości życia, bowiem odpowiednia jakość życia, zwłaszcza w starszym wieku, jest niezbędnym warunkiem umożliwiającym aktywne uczestniczenie w różnych formach aktywności życiowej, która jest szeregiem różnego rodzaju działań podejmowanych przez człowieka, np. takich jak uczestnictwo



w życiu rodzinnym, społecznym, zawodowym czy realizacja zainteresowań.

Z przeprowadzonego badania wynika, że ankietowani, mimo dolegliwości bólowych i niepełnosprawności, nie oceniają jednak zbyt krytycznie jakości swojego życia, bowiem ponad połowa z nich określiła, że jest z niego zadowolona. Obserwowane różnice w tych ocenach wynikały z poziomu wykształcenia, miejsca zamieszkania badanych i rodzaju wykonywanej przez nich pracy. Potwierdziły się zatem dane z badań ogólnopolskich, wskazujące na wzrost w Polsce odsetka osób pozytywnie oceniających swoje dotychczasowe życie oraz bardziej korzystną ocenę jego jakości, zwłaszcza przez mieszkańców miast, pracowników umysłowych i osób z wyższym wykształceniem [7].

Przystosowanie do codziennego życia osób z niepełnosprawnością, zwłaszcza w starszych grupach wiekowych, jest procesem długim i trudnym. Obok potrzeby korzystania z systematycznej pomocy w wykonywaniu codziennych czynności, do najczęstszych problemów należą bariery architektoniczne zmuszające do pozostawania w domu, a także utrudnione kontakty z zakładami opieki zdrowotnej [7, 33]. Dane z literatury wskazują, że wraz z wiekiem wzrasta zapotrzebowanie na zabiegi rehabilitacyjne nie tylko w zakresie działań naprawczych w odniesieniu do narządu ruchu, ale i profilaktycznych, a największą liczbę osób zgłaszających się ze skierowaniem na rehabilitację stanowią właśnie pacjenci z chorobami narządu ruchu [8, 18, 34, 35]. Potwierdzają to wypowiedzi naszych pacjentów, wskazujące na to, że oczekiwanie na zabiegi rehabilitacyjne jest utrudnione i coraz dłuższe.

## WNIOSKI

1. Zmiany zwyrodnieniowo-dyskopatyczne kręgosłupa i stawów oraz związane z nimi dolegliwości należą do jednych z najczęstszych problemów zdrowotnych wieku podeszłego. Badania przeprowadzone w populacji osób powyżej 50. roku życia reprezentujących środowisko miejskie i wiejskie z terenu woj. lubelskiego wykazały, że problem ten dotyczy zdecydowanie częściej kobiet niż mężczyzn, niezależnie od rodzaju pracy wykonywanej aktualnie lub w przeszłości i poziomu wykształcenia.
2. Dominującym objawem zgłaszanym przez pacjentów jest ból o średnim lub silnym natężeniu, a jego najczęstsza lokalizacja to kręgosłup w odcinku lędźwiowo-krzyżowym i szyjnym oraz staw kolanowy, ramienny i biodrowy. Głównym problemem, obok bólu, są zaburzenia mobilności.
3. Dolegliwości bólowe i zaburzenia mobilności ograniczają pacjentów w różnym stopniu w wykonywaniu obowiązków zawodowych i w codziennych czynnościach, ale także w kontaktach z zakładami opieki zdrowotnej oraz w realizacji zainteresowań.
4. Objawami towarzyszącymi zmianom w układzie kostno-stawowym są problemy natury biobehawioralnej takie jak: apatia, poczucie bezsilności wobec bólu, lęk przed pogorszeniem stanu zdrowia i inne. Niezbyt korzystnie przedstawia się też samoocena stanu zdrowia tych osób, określana najczęściej jako dostateczna lub zła, szczególnie przez pacjentów ze środowiska wiejskiego.
5. Subiektywna ocena jakości życia jest niekorzystna. Najlepiej ocenili ją ankietowani ze środowiska miejskiego, pracownicy umysłowi i osoby z wyższym poziomem wykształcenia.

## PIŚMIENNICTWO

1. Raport: Starzejące się społeczeństwo jako wyzwanie ekonomiczne dla europejskich gospodarek. Internet: [http://amcham.pl/file/pdf/raport\\_starzejace\\_sie\\_spoleczenstwo\\_jako\\_wyzwanie\\_ekonomiczne\\_dla\\_europejskich\\_gospodarek.pdf?PHPSESSID=fa061811dd1fda75f0e9d2867232185f](http://amcham.pl/file/pdf/raport_starzejace_sie_spoleczenstwo_jako_wyzwanie_ekonomiczne_dla_europejskich_gospodarek.pdf?PHPSESSID=fa061811dd1fda75f0e9d2867232185f) (dostęp: 2012.08.28)
2. Główny Urząd Statystyczny. Prognoza ludności na lata 2008–2035, Warszawa, 2009.
3. Rudnicka-Drożak E. Zagrożenia zdrowia ludzi starych – wielkie problemy geriatryczne. W: Rudnicka-Drożak E. Zjawisko przemocy wobec osób starszych jako forma zagrożenia zdrowia. Konstrukcja narzędzia badawczego dla potrzeb podstawowej opieki zdrowotnej. Rozprawa habilitacyjna. Lublin; 2006: 29–38.
4. Głodzik J. Zespoły bólowe dolnego odcinka kręgosłupa a aktywność zawodowa rolników. *Med Ogól.* 2010; 16(4): 507–515.
5. Kulik TB, Janiszewska M, Piróg E, Pacian A, Stefanowicz A, Żoźnierczuk-Kieliszek D, Pacian J. Sytuacja zdrowotna osób starszych w Polsce i innych krajach europejskich. *Med Og Nauk Zdr.* 2011; 17(46): 90–95.
6. Pabis M, Bobik A. Najczęstsze problemy osób w wieku podeszłym na podstawie analizy zespołów geriatrycznych. *Med Rodz.* 2007; 10(3): 62–65.
7. Czapiński J, Panek T. Diagnoza społeczna 2009. [http://www.diagnoza.com/pliki/raporty/Diagnoza\\_raport\\_2009.pdf](http://www.diagnoza.com/pliki/raporty/Diagnoza_raport_2009.pdf) (dostęp: 20.08.2012r)
8. Karwat ID, Jabłoński L. Medyczne i społeczne problemy osób niepełnosprawnych. W: Jabłoński L, Karwat I.D. Podstawy epidemiologii ogólnej. Epidemiologia chorób zakaźnych. Wyd. Czelej, Lublin, 2001.
9. Krawczyk W, Krawczyk –Walasek M. Najczęstsze choroby reumatyczne u rolników. W: Zagórski J. (red.) Choroby zawodowe i paraw zawodowe w rolnictwie. Lublin, Wyd. IMW, 2000: 223–232.
10. Stan zdrowia ludności Polski w 2009 roku. Główny Urząd Statystyczny, Warszawa, 2009
11. Narodowy Program Zdrowia na lata 2007–2015. Załącznik do Uchwały Nr 90/2007 Rady Ministrów z dnia 15 maja 2007 r.
12. Baumann K. Jakość życia w okresie późnej dorosłości – dyskurs teoretyczny. *Gerontol Pol.* 2006; 14(4): 165–172.
13. Kochman D. Jakość życia. Analiza teoretyczna. *Zdr Publ.* 2007; 117(2): 242–248.
14. WHOQOL Group. Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQOL). *Qual Life Res.* 1993; 2: 153.
15. Skrętowicz B. Ludzie starzy w społeczeństwie polskim ze szczególnym uwzględnieniem niepełnosprawnych – stan obecny i prognozy. W: Solecki L. (red.) Problemy ludzi starszych i niepełnosprawnych w rolnictwie. Lublin, Wyd. IMW, 2004: 11–25.
16. Kasprzyk –Kościk B. Choroba zwyrodnieniowa stawów (osteoartroza). *Med. Og.* 2008; 14: 138–144.
17. Tomiak E, Putz J. Najczęstsze problemy zdrowotne populacji pacjentów po 65. roku życia z terenu wiejskiego w praktyce lekarza rodzinnego. *Probl Med Rodz.* 2003; 5(1): 9–13.
18. Dziak A. Bolesny krzyż. Kraków, Wydawnictwo Medicina Sportiva, 2003.
19. Rocznik Demograficzny GUS. Wyd. Zakład Wydawnictw Statystycznych, Warszawa, 2010.
20. Raport z wyników Narodowego Spisu Powszechnego Ludności i Mieszkań 2002. Wyd GUS Warszawa, 2003.
21. Dęgi W. Ortopedia i Rehabilitacja. Tom I. Red. Marciniak W, Szulc A. Wyd. PZWL, Warszawa, 2008.
22. Szczepańska L. Bóle krzyża – częsty problem w gabinecie lekarza pierwszego kontaktu. *Med Rodz.* 1999; 7: 3–9.
23. Żak M, Karwat I.D, Żak A. Główne rodzaje ograniczeń życiowych osób starszych niepełnosprawnych zamieszkałych na wsi, zależnie od rodzaju niepełnosprawności. (W): Solecki L. (red.). Problemy ludzi starszych i niepełnosprawnych w rolnictwie. Lublin, Wyd. IMW, 2004, 165–173.
24. Chabros E, Rogalska-Niedźwiedź M, Jajszyk B., Chwojnowska Z, Kokosa J, Charzewska J. Styl życia kobiet 70-letnich zbadanych w latach 1999 i 2002. *Zdr Publ.* 2006; 116(2): 340–342.
25. Żoźnierczuk-Kieliszek D. Zachowania zdrowotne i ich związek ze zdrowiem. W: Kulik T.B. Latalski M. (red.) Zdrowie Publiczne. Lublin, Wyd. Czelej; 2002: 75–114.
26. Bergier J. Studies and measurements of physical activity of the society. *Ann Agric Environ Med.* 2012; 19(3): 329–331.
27. Kubińska Z, Bergier B, Bergier J. Uczestnictwo w turystyce i rekreacji ruchowej osób niepełnosprawnych zamieszkałych w miastach i wsiach województwa lubelskiego. *Med Og Nauk Zdr.* 2011; 17(46): 189–193.
28. Orzechowska G. Samoocena aktywności seniorów mieszkających w środowisku wiejskim. W: Solecki L. (red.) Problemy ludzi starszych i niepełnosprawnych w rolnictwie. Lublin: Wyd. IMW, 2004: 46–52.

29. Słowiecka A, Kamusinska E. Formy wypoczynku preferowane przez kobiety. *Med Og Nauk Zdr.* 2012; 18(47): 1–7.
30. Karwat I.D, Karski A. Poziom komfortu życia osób niepełnosprawnych zależnie od środowiska rodzinnego i społecznego. W: Solecki L. (red.) *Problemy ludzi starszych i niepełnosprawnych w rolnictwie.* Lublin, Wyd. IMW, 2004, 174–185.
31. Pędich W. Zróżnicowanie warunków życia i sytuacji socjalnej ludzi starszych na wsi. W: Solecki L. (red.) *Problemy ludzi starszych i niepełnosprawnych w rolnictwie.* Lublin: Wyd. IMW; 2004: 26–36.
32. Byra S. Radzenie sobie w sytuacjach trudnych a przystosowanie do życia z niepełnosprawnością u osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego o zróżnicowanym poziomie subiektywnej oceny zdrowia. *Med Og Nauk Zdr.* 2012; 18(47): 37–44.
33. Kaniewski A, Marcinkowski JT, Hołoga N. Bariery architektoniczne utrudniające poruszanie się osobom z chorobami narządu ruchu. *Med Og.* 2009; 15(3): 368–374.
34. Bartyzel-Lechforowicz H, Idzikowski M, Martowicz B. Zapotrzebowanie na zabiegi rehabilitacyjne w wybranych gabinetach na terenie Rzeszowa. *Med Og Nauk Zdr.* 2011; 17(4): 185–188.
35. Makara-Studzińska M, Moryłowska-Topolska J, Rudnicka-Drożak E. Zapotrzebowanie na usługi świadczone osobom niepełnosprawnym zamieszkującym obszary wiejskie województwa lubelskiego. *Med Og.* 2010; 16(4): 454–462.

## Selected aspects of quality of life of patients with degenerative changes in the spine and joints

### Abstract

**Introduction:** The ageing of society is associated with an increase in the frequency of occurrence of many diseases typical of geriatric age, which hinder the functioning of many of the elderly and deteriorate the quality of their life. Among these disorders are osteoarticular system diseases. Chronic diseases of this system, in combination with constantly experienced pain, and accompanied by mobility disorders, feeling of loneliness, uselessness, helplessness and anxiety, to a considerable degree affect the quality of life of these people.

**Objective:** The objective of the study was evaluation of the location and intensity of pain in patients with degenerative-discopathic changes in the spine and joints, and their effect on selected aspects of the quality of their life.

**Material and method:** The study was conducted in a group of 303 patients aged over 50, from the Lublin Region, who reported to the Institute of Rural Health with pain complaints on the part of the spine and joints, with clinically diagnosed osteoarthritis. The study was conducted by the method of deepened survey, using a questionnaire form.

**Results:** Among the patients there dominated women. Pain most often concerned the spine in the lumbar and neck region, as well as shoulder, knee and hip joints. The complaints considerably limit the patients in performing occupational activity and in the activities of daily life, mobility disorders also create problems. More than a half of the respondents – 56%, considered that this does not exert any negative effect on their personal relationships and sex life. A similar percentage of respondents reported that they were satisfied with the quality of their life. Unfavourable data concern the respondents' self-reported state of health – 77% of them evaluated this state as satisfactory or poor.

**Conclusions:** A dominant symptom which accompanies degenerative changes in the spine and joints is pain, especially in the lumbar and neck region, as well as shoulder, knee and hip joints, as well as mobility disorders. The complaints limit patients in their occupational duties and activities of daily living. They are accompanied by problems of a behavioural nature: apathy, feeling of helplessness towards pain, and fear of the deterioration of the state of health. Despite these problems, the respondents are generally satisfied with their life achievements. The respondents evaluated their state of health in negative terms, especially rural inhabitants. Respondents living in the urban environment, office workers and individuals with a higher level of education, evaluated their quality of life in most positive terms.

### Key words

old age, osteoarthritis, spine, quality of life, self-reported state of health