

## Małgorzata Poznańska

Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego, Kraków, Polska

# Wpływ wybranych czynników demograficznych oraz depresji na ocenę jakości życia osób po przebytej patologii kręgosłupa piersiowo-lędźwiowego

Influence of selected socio-demographic factors and depression on evaluation of selected aspects of the quality of life of people with a history of thoracic-lumbar spine pathology treated surgically

### STRESZCZENIE

Częstym następstwem urazów i nowotworów w odcinkach piersiowym i lędźwiowym są uszkodzenia rdzenia kręgowego, korzeni nerwowych, naczyń krwionośnych, elementów kostnych i więzadłowych kręgosłupa. Znacznie rzadziej prowadzą do nich choroby zapalne i zwyrodnieniowe, zrzęsotnienie kości czy wady wrodzone kręgosłupa. Niezależnie od etiopatogenezy uszkodzenia powstaje niestabilność kręgosłupa, przemieszczenie kręgów ucisk na rdzeń kręgowy, korzenie nerwowe i naczynia krwionośne. Leczenie operacyjne uszkodzeń kręgosłupa powinno spełniać trzy podstawowe wymogi. Pierwszym z nich jest zapewnienie optymalnych warunków dla przywrócenia czynności rdzenia nerwowego, korzeni nerwowych, poprzez uwolnienie z ucisku struktur nerwowych i naczyniowych kanału kręgowego. Drugim przywrócenia prawidłowych stosunków anatomicznych kręgosłupa: nastawienie przemieszczenia, odtworzenie wysokości trzonu kręgowego i fizjologicznych krzywizn kręgosłupa. Trzecim zapewnienie stabilności w uszkodzonych segmentach ruchowych kręgosłupa co umożliwi dokonanie zrostu kostnego w miejscu uszkodzenia. Interwencja operacyjna w odcinkach piersiowym i lędźwiowym kręgosłupa stwarza największe możliwości naprawcze, gdy zostanie zapewniony jednoczesowy dostęp do otworów międzykręgowych i przedniej ściany kanału kręgowego. Dlatego wykorzystywane są różne sposoby operacyjne obejmujące dostępy: tylny, tylnoboczny, boczny, przedni i połączenie tych dośń w operacje dwu- lub kilkuetapowe.

Głównym celem badania była wszechstronna ocena wybranych aspektów jakości życia osób po przebytych leczeniu operacyjnym kręgosłupa w odcinkach piersiowym i lędźwiowym spowodowanymi urazami, nowotworami i zmianami zapalnymi z uwzględnieniem dynamiki zmian w okresie 6-miesięcznej obserwacji oraz wpływu czynników na tę ocenę, takich jak: stan funkcjonalny, płeć, wykształcenie, miejsce zamieszkania oraz etiopatogeneza uszkodzeń kręgosłupa.

**Problemy Pielęgniarstwa 2013; 21 (3): 340–347**

**Słowa kluczowe:** jakość życia, kręgosłup piersiowy, kręgosłup lędźwiowy, leczenie operacyjne, depresja, czynniki demograficzne

### ABSTRACT

The main objective of this study was a comprehensive evaluation of some aspects of the quality of life in patients who have undergone surgical treatment of the vertebral column in the thoracic and/or lumbar segments, their condition caused by injuries, neoplasms, or inflammatory lesions. The sample of the prospective study comprised 143 surgical patients of the Clinic for Neurosurgery of the 5th Military Hospital with Polyclinic in Krakow, and the Clinic for Neurosurgery and Neurotraumatology of the University Hospital in Krakow, with disorders leading to damage to bony structures, the ligament-articular apparatus, and damage or the risk of damage of nerve elements in the thoracic and lumbar segments of the vertebral

**Adres do korespondencji:** dr n. med. Małgorzata Poznańska, Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego, ul. Gustawa Herlinga-Grudzińskiego 1, 30-075 Kraków, Polska, tel. 608 086 182, e-mail: m\_poznanska@onet.eu

column On the basis of these studies the main predictive factors of the quality of life after surgical treatment turned out to be age, functional status measured with the Barthel ADL index, presence of depression as well as etiopathogenesis and the location of the disordered segment in the vertebral column. Gender and marital status of the patients were also important. The original study revealed the necessity of monitoring patients in regard of occurrence of major depressive disorder. Above all, this study established the need for a comprehensive evaluation of the patient's condition, exceeding significantly the indications of their clinical condition.

**Nursing Topics 2013; 21 (3): 340–347**

**Key words:** quality of life, thoracic spine, lumbar spine, surgical treatment, depression, socio-demographic factors

## Wstęp

Częstym następstwem urazów i nowotworów w odcinkach piersiowym i lędźwiowym są uszkodzenia rdzenia kręgowego, korzeni nerwowych, naczyń krwionośnych, elementów kostnych i więzadłowych kręgosłupa [1]. Znacznie rzadziej prowadzą do nich choroby zapalne i zwyrodnieniowe, zrzęsotnienie kości czy wady wrodzone kręgosłupa [2]. Niezależnie od etiopatogenezy uszkodzenia powstaje niestabilność kręgosłupa, przemieszczenie kręgów ucisk na rdzeń kręgowy, korzenie nerwowe i naczynia krwionośne [3]. Leczenie operacyjne uszkodzeń kręgosłupa powinno spełniać trzy podstawowe wymogi. Pierwszym z nich jest zapewnienie optymalnych warunków dla przywrócenia czynności rdzenia nerwowego, korzeni nerwowych, poprzez uwolnienie z ucisku struktur nerwowych i naczyniowych kanału kręgowego. Drugim, przywrócenia prawidłowych stosunków anatomicznych kręgosłupa: nastawienie przemieszczenia, odtworzenie wysokości trzonu kręgowego i fizjologicznych krzywizn kręgosłupa. Trzecim zapewnienie stabilności w uszkodzonych segmentach ruchowych kręgosłupa co umożliwi dokonanie zrostu kostnego w miejscu uszkodzenia. Interwencja operacyjna w odcinkach piersiowym i lędźwiowym kręgosłupa stwarza największe możliwości naprawcze, gdy zostaje zapewniony jednoczasowy dostęp do otworów międzykręgowych i przedniej ściany kanału kręgowego [4]. Dlatego wykorzystuje się różne sposoby operacyjne obejmujące dostępy: tylny, tylnoboczny, boczny, przedni i połączenie tych dojść w operacje dwu- lub kilkuetapowe [5].

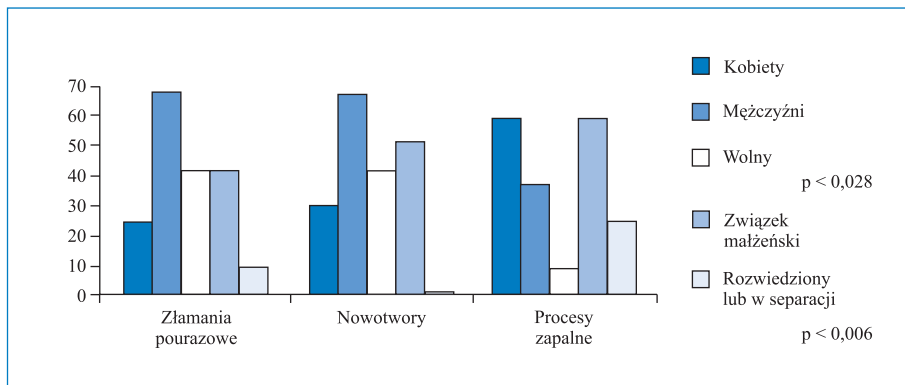
U chorych ze schorzeniami kręgosłupa, którzy są objęci długoterminową opieką medyczną, często niedocenianym elementem postępowania jest ocena jakości życia zależnej od stanu zdrowia [6]. Przyjmuje się za Oleś i wsp., że poczucie jakości życia dotyczy oceny poziomu funkcjonowania fizycznego i psychospołecznego dokonanego przez chorego w odniesieniu do przyjętej przez nich idealnej sytuacji [7]. Jakość życia wyznaczona chorobą czy niepełnosprawnością może być rozumiana jako konsekwencja strat, do jakich doszło we wszelkich przejawach życia ludzkiego [8]. Traktując chorobę w wymiarze

humanistycznym, widać, że prowadzi ona do załamania treści życia, a ograniczając swobodę działania i realizację obranych celów, zmniejsza jakość życia człowieka, odbierając mu szczęście [6]. Najczęściej osoba chora pragnie jak najdłużej zachować dobrą aktywność fizyczną, prowadzić samodzielne życie, co często utrudniane jest dodatkowymi czynnikami [9]. Choroba pogarsza standard życia, obniża poczucie bezpieczeństwa, wpływa na jego wymiar materialny i społeczny [10]. Obniżenie jakości życia w chorobie dotyczące całego spektrum czynników warunkujących dobrostan, szczęście i zadowolenie jest bardzo ważnym elementem dla lekarzy i terapeutów umożliwia ona wybór terapii, sposobów postępowania, jest również narzędziem terapeutycznym samym w sobie [7]. Celem leczenia jest nie tylko przedłużenie życia, lecz także poprawa samopoczucia chorych. Poziom jakości życia informuje o stanie zdrowia z perspektywy potrzeb, preferencji oraz oczekiwań pacjenta i jest uzupełnieniem obiektywnej oceny klinicznej dokonywanej przez lekarza [11]. Wielu pacjentów ze schorzeniami kręgosłupa podkreśla, że odpowiednia jakość życia jest dla nich ważniejsza niż długość życia. Jakość życia to globalne podejście do człowieka i jego relacji ze środowiskiem [12]. Zawiera w sobie czynniki wpływające na zadowolenie z pracy. Dotyczy warunków życia człowieka, nie koncentruje się na jednostce samej w sobie, ale na jej zależności od środowiska pracy i rodziny [11].

Głównym celem badania była wszechstronna ocena wybranych aspektów jakości życia osób po przebytym leczeniu operacyjnym kręgosłupa w odcinkach piersiowym i lędźwiowym spowodowanymi urazami, nowotworami i zmianami zapalnymi i z uwzględnieniem zmian w okresie sześciomiesięcznej obserwacji oraz wpływu czynników na tę ocenę, takich jak: stan funkcjonalny, obecność depresji, płeć, wykształcenie, miejsce zamieszkania oraz etiopatogeneza uszkodzeń kręgosłupa.

## Materiał i metody

Badaniami objęto grupę 143 chorych skierowanych na leczenie operacyjne do Kliniki Neurochirurgii 5. Wojskowego Szpitala Klinicznego z Polikliniką



**Rycina 1.** Charakterystyka płci i stanu cywilnego badanych w poszczególnych schorzeniach kręgosłupa  
**Figure 1.** Characteristics of gender and marital status of patients with particular types of spinal disorders

w Krakowie, i Kliniki Neurochirurgii i Neurotraumatologii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie w okresie od lutego 2008 do lipca 2010 roku z powodu schorzeń prowadzących do zniszczenia struktur kostnych, aparatu stawowo-więzadłowego i uszkodzenia lub zagrożenia uszkodzeniem elementów nerwowych w odcinkach piersiowym i lędźwiowym kręgosłupa. Chorzy, którzy zgłosili się na leczenie poddano badaniu przez lekarza specjalistę z zakresu neurochirurgii lub neurotraumatologii. Kwalifikacja do badań własnych odbyła się na podstawie wcześniej przeprowadzonego badania lekarskiego oraz dokumentacji pacjenta, która potwierdzała schorzenie odcinków piersiowego i lędźwiowego kręgosłupa w badaniu obrazowym (rezonans magnetyczny lub tomografia komputerowa).

Podstawowym źródłem danych byli pacjenci, uzupełniającym — dokumentacja medyczna. Do badań wykorzystano:

- ustrukturyzowany kwestionariusz wywiadu dla danych personalnych: płeć, wiek, wykształcenie, status zawodowy, miejsce zamieszkania, sytuacja rodzinna;
- ustrukturyzowany formularz do dokumentowania danych dotyczących stanu klinicznego: rozpoznanie kliniczne, choroby towarzyszące. Dane były rejestrowane na bieżąco w trakcie procesu diagnostyczno-leczniczego;

standaryzowane narzędzia badawcze dla pomiaru zmiennych będących przedmiotem badania:

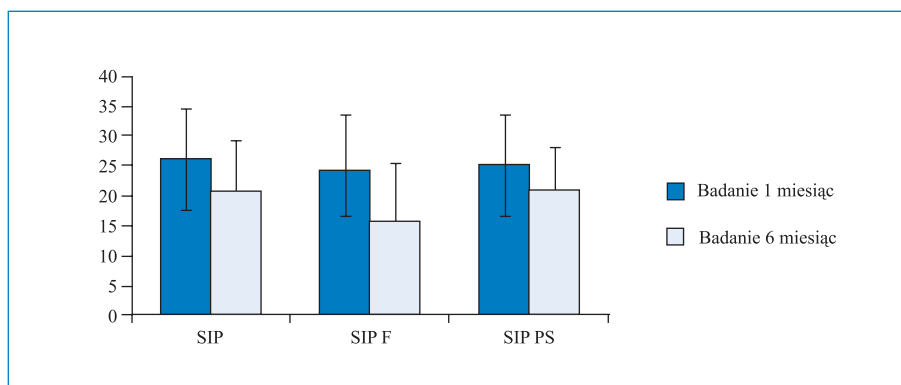
- Sickness Impact Profile 136 (SIP)
- Skala Samooceny Depresji Zunga (ZDS, Zung Self rating Depression Scale) [13–19].

#### Analiza statystyczna

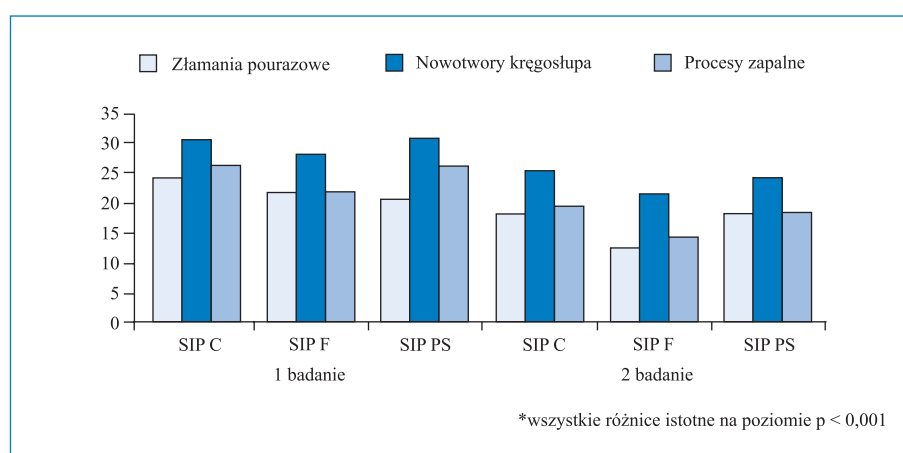
Do porównania badanych grup pod względem zmiennych jakościowych wykorzystano test niezależności  $\chi^2$  lub dokładny test Fishera. Porównując zmienne ciągłe, posłużono się testem nieparametrycznym U Manna-Whitneya (w przypadku 2 grup) lub Kruskala-Wallis (powyżej 2 grup), a tam gdzie to było możliwe testem *t*-Studenta. Do opisu grup badanych i charakterystyki zmiennych zastosowano miary statystyki opisowej: średnie, mediany, odchylenie standardowe dla zmiennych ciągłych i frakcje procentowe dla zmiennych kategoryalnych. Porównania wyników SIP grupy badanej i porównawczej dokonano, posługując się wartościami standaryzowanymi SIP. Porównując wyniki skal pomiędzy 1. i 6. miesiącem zawsze stosowano testy dla prób zależnych. Posłużono się tutaj testami *t*-Studenta dla prób zależnych lub testem Wicoxona. Ocenę wpływu poszczególnych czynników na jakość życia w 1 i 6 miesiącu po zabiegu przeprowadzono za pomocą wielowymiarowej regresji liniowej. Do obliczeń wykorzystano pakiet statystyczny SPSS 16,0.

W grupie badanej było 95 mężczyzn i 48 kobiet, w wieku 15–77 lat (śr. wieku  $41,7 \pm 17,2$ ). Ze względu na etiopatogenezę schorzeń kręgosłupa wyróżniono następujące grupy chorych: pierwsza grupa dotycząca 74 przypadków ze złamaniami pourazowymi, druga grupa — 51 przypadków z nowotworami i trzecia grupa — 18 przypadków z procesami zapalnymi. Grupy te różniły się istotnie pod względem płci oraz stanu cywilnego badanych ( $p < 0,05$ ) (ryc. 1).

W złamaniach pourazowych oraz nowotworach mężczyźni stanowili większość (odpowiednio 72% i 69%), natomiast w procesach zapalnych były to kobiety (61%). Pacjenci u których zdiagnozowano złamania pourazowe i nowotwory byli w większym odsetku stanu wolnego w porównaniu z tymi z procesami zapalnymi (45% v. 11%), którzy z kolei częściej byli rozwiedzeni lub w separacji w porównaniu z pozostałymi grupami (28% v. 11% i 2%) (ryc. 1). Grupa ze złamaniami pourazowymi była grupą istotnie młodszą w porównaniu z nowotworami i procesami zapalnymi (średni wiek 33 v. 51 i 54 lata, odpowiednio,  $p < 0,001$ ).



**Rycina 2.** Średnie wartości skali SIP wraz z odchyleniem standardowym, profil ogólny oraz fizyczny (SIP F) i psychospołeczny (SIP PS)  
**Figure 2.** Mean values and standard deviations of the SIP scales (general, physical and psychosocial)



**Rycina 3.** Średnie wartości skali SIP w wymiarze ogólnym, jak również fizycznym (SIP F) oraz psychospołecznym w poszczególnych rodzajach schorzeń kręgosłupa (pierwsze i drugie badanie)

**Figure 3.** Mean values and standard deviations of the SIP scales (general, physical and psychosocial) in particular types of spinal

## Wyniki i dyskusja

Ze względu na konieczność długoterminowej opieki medycznej ważnym elementem postępowania w tej grupie chorych jest ocena jakości życia zależnej od stanu zdrowia. Jakość życia miesiąc po przebytych leczeniu operacyjnym wynosiła w badanej grupie w wymiarze ogólnym SIP C — 26,6, a w poszczególnych dziedzinach fizycznej SIP F — 24,3 i psychospołecznej SIP PS — 25,2. Poziom ograniczeń w dziedzinie fizycznej był na podobnym poziomie jak w dziedzinie psychospołecznej. Upośledzenie jakości życia w sensie funkcjonalnym stwierdzono również w grupie osób niezależnych w czynnościach życia społecznego. Porównując badanie po 6 miesiącach po przebytych leczeniu operacyjnym ogólna jakość życia SIP C uległa istotnej poprawie o prawie 6 punktów w stosunku do badania po miesiącu i wynosiła 20,9 (ryc. 2). Polepszenie zaobserwowano także w dzie-

dzinach fizycznej i psychospołecznej. W dziedzinie fizycznej SIP F różnica wynosiła 8 punktów, natomiast w przypadku dziedziny psychospołecznej SIP PS były to 4 punkty. Sześć miesięcy po przebytych leczeniu operacyjnym większość chorych prezentowała brak lub niewielkie ograniczenia.

Rodzaj schodzenia kręgosłupa istotnie różnicował samoocenę jakości życia pacjentów. Najwyższe wartości na skalach SIP mieli pacjenci z nowotworami kręgosłupa (30, 28, 30 w pierwszym badaniu oraz 25, 22, 25 w drugim badaniu odpowiednio na skalach SIP, SIP F, SIP PS), natomiast najniższe pacjenci ze złamaniami pourazowymi zarówno w pierwszym, jak i w drugim badaniu (24, 22, 21 w pierwszym badaniu oraz 18, 12, 19 w drugim badaniu odpowiednio na skalach SIP, SIP F, SIP PS). Różnice te były istotne statystycznie  $p < 0,001$  (ryc. 3). Nieco wyższy wskaźnik dysfunkcji SIP C u chorych ze schorzeniami

**Tabela 1.** Modele wielowymiarowej regresji liniowej zależności skal SIP C, SIP F oraz SIP PS w zależności od czynników demograficznych oraz rodzaju schorzenia kręgosłupa (przedstawiono współczynnik  $\beta$ )

**Table 1.** Models of multidimensional linear regression of the relationships between the SIP scales (general, physical and psychosocial) and the demographic factors, as well as the types of spinal disorder (index  $\beta$  is shown)

	Pierwsze badanie			Drugie badanie		
	SIP C	SIP F	SIP PS	SIP C	SIP F	SIP PS
Kobiety v. mężczyźni	-2,422*	-2,754*	-2,981*	-1,162	0,035	-2,699*
Wiek	0,358*	0,414*	0,382*	0,369*	0,506*	0,293*
Procesy zapalne <sup>1</sup>	-3,315*	-6,971*	-1,169	-4,921*	-6,914*	-4,498*
Nowotwory <sup>1</sup>	-0,193	-1,605	1,709	0,350	-0,201	0,442
Stan wolny <sup>2</sup>	1,565	-0,421	1,417	2,083*	3,528*	-0,586
Rozwiedziony (separacja) <sup>2</sup>	-4,637*	-5,895*	-4,729*	-3,505*	-3,354*	-4,959*
Wykształcenie podstawowe lub zawodowe <sup>3</sup>	-0,174	0,069	-1,181	-0,443	-1,568	-0,270
Wykształcenie wyższe <sup>3</sup>	-1,297	-1,252	-0,392	-0,977	-1,716	0,182

<sup>1</sup>w odniesieniu do złamań pourazowych; <sup>2</sup>w odniesieniu do zameżnych; <sup>3</sup>w odniesieniu do wykształcenia średniego; w tabeli przedstawiono współczynnik  $\beta$ ; \* $p < 0,05$

kręgosłupa może być spowodowany cięższym stanem wyjściowym w przypadku osób ze złamaniami pourazowymi gdzie towarzyszyły im urazy wielonarządowe a w przypadku nowotworów — stopień zaawansowania choroby nowotworowej, a także dodatkowe obciążenie mogły stanowić choroby współistniejące.

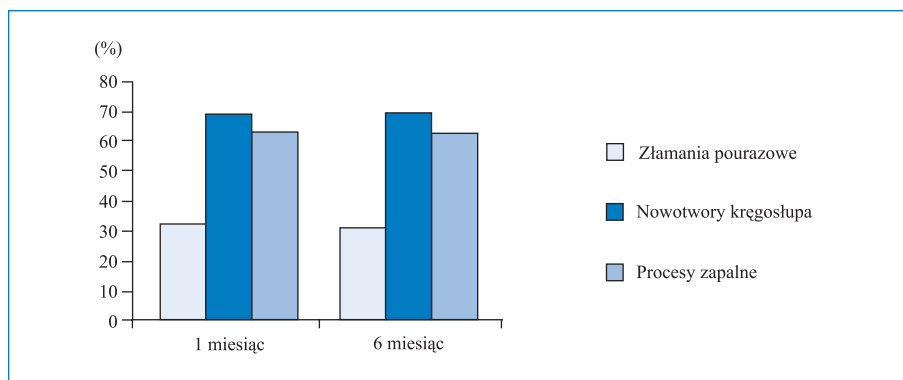
Analizie poddano wpływ zmiennych demograficznych na ocenę jakości życia wyrażoną za pomocą skali SIP. Wiek był istotnie dodatnio skorelowany ze wszystkimi skalami SIP zarówno w pierwszym jak również drugim badaniu ( $p < 0,001$ ). Wynika stąd, że starsze osoby gorzej oceniały swoją jakość życia niż młodsze. Współczynnik korelacji wynosił w skali SIP 0,72 w pierwszym i 0,70 w 6 miesiącu po zabiegu. W dziedzinie fizycznej współczynnik korelacji wynosił 0,6 w pierwszym i wzrósł do 0,79 w drugim badaniu. W dziedzinie psychospołecznej zaobserwowano natomiast spadek wartości korelacji z wartości 0,78 w miesiąc do 0,63 w 6. miesiącu po zabiegu. Odnotowano także istotny związek stanu cywilnego z jakością życia zarówno w wymiarze ogólnym, jak i fizycznym oraz psychospołecznym ( $p < 0,05$ ). Osoby pozostające w związku małżeńskim odczuwały niższą jakość życia niż osoby stanu wolnego lub pozostające w separacji lub rozwiedzione (odpowiednio: skala SIP: 28 v. 26 i 22 w pierwszym badaniu oraz 23 v. 21 i 17 w drugim badaniu; skala SIP F: 27 v. 23 i 19 w pierwszym badaniu oraz 17 v. 16 i 13 w drugim badaniu; skala SIP PS: 27 v. 24 i 21 w pierwszym badaniu oraz 23 v. 20 i 16 w drugim badaniu).

Kolejnym czynnikiem, który istotnie różnicował jakość życia była płeć badanych. Mężczyźni zdecydowanie gorzej oceniali swoją jakość życia niż kobiety (od-

powiednio: skala SIP: 29 v. 23 w pierwszym badaniu oraz 23 v. 18 w drugim badaniu; skala SIP F: 27 v. 19 w pierwszym badaniu oraz 18 v. 13 w drugim badaniu; skala SIP PS: 27 v. 21 w pierwszym badaniu oraz 23 v. 17 w drugim badaniu). Wykształcenie wykazywało związek z wartościami skali dysfunkcji jakości życia w analizie jednowymiarowej, gdzie osoby z niższym wykształceniem oceniały swoją jakość życia lepiej. Po uwzględnieniu opisywanych powyżej czynników w analizie wielowymiarowej (tab. 1) wiek pozostał zmienną istotnie związaną z jakością życia, podobnie jak rodzaj schorzenia kręgosłupa, stan cywilny oraz płeć pacjentów w tym samym kierunku co w analizie jednowymiarowej. Poziom wykształcenia nie wykazał istotnego wpływu na ocenę jakości życia.

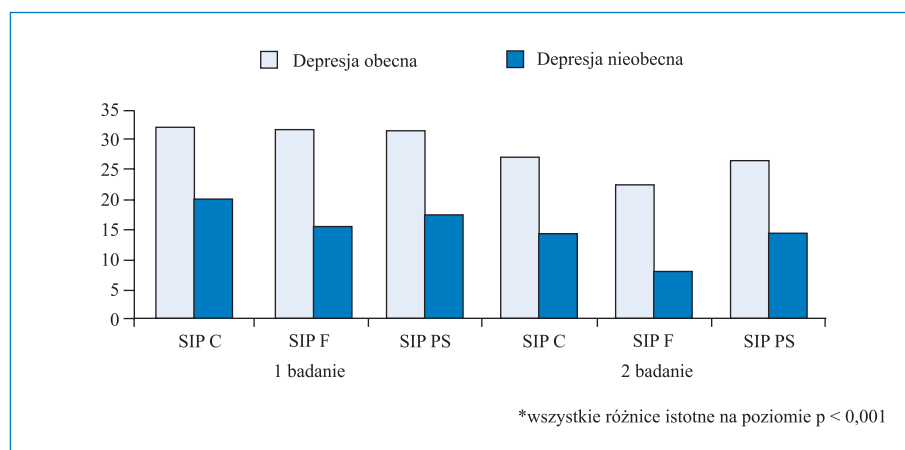
Wśród badanych osób zdolność do pracy oraz możliwości zarobkowania były ograniczone, co prawdopodobnie spowodowane jest zarówno ograniczeniami fizycznymi, jak i gorszym stanem psychicznego chorego.

Badano również znaczenie depresji w samoocenie jakości życia pacjentów. W badaniu miesiąc po przebytych zabiegu operacyjnym (badanie pierwsze) obecność objawów depresyjnych stwierdzono u 53,2% badanych, w badaniu po sześciu miesiącach (badanie drugie) obecność objawów depresyjnych utrzymywała się u 51,8% badanych. Zaobserwowano związek występowania objawów depresyjnych z etiopatogenezą schorzeń kręgosłupa ( $p < 0,001$ ). Występowanie objawów depresyjnych w pierwszym badaniu było 2-krotnie częstsze u osób z nowotworami kręgosłupa 72,5% niż u pacjentów ze złamaniami pourazowymi 36,5%. Objawy depresyjne stwierdzono również u 2/3



**Rycina 4.** Zależność pomiędzy występowaniem objawów depresyjnych a etiopatogenezą uszkodzeń kręgosłupa w badaniu 1 i 6 miesięcy po przebytych leczeniach operacyjnych

**Figure 4.** Relationship between occurrence of depression symptoms and etiopathogenesis of spinal disorders, one and six



**Rycina 5.** Średnie wartości skal SIP (ogólnej fizycznej i psychospołecznej) ze względu na obecność depresji w pierwszym i drugim badaniu

**Figure 5.** Mean values of the SIP scales (general, physical and psychosocial) with respect to the presence of depression during the 1st and the 2nd examinations

osób z procesami zapalnymi kręgosłupa, czyli 66,7% pacjentów. W drugim badaniu po 6 miesiącach po przebyciu zabiegu operacyjnego objawy depresyjne przeważały u 72,5% chorych z nowotworami i 66,7% chorych z procesami zapalnymi (ryc. 4).

Zaobserwowano, że u chorych z objawami depresji średnie wartości skali SIP C, SIP F i SIP PS w pierwszym miesiącu były istotnie wyższe. Różnice te wynosiły odpowiednio: ponad 10 punktów, 15 punktów i 14 punktów (ryc. 5). Wysoki stopień dysfunkcji w dziedzinie psychospołecznej objawiał się zaburzeniami w wyrażaniu emocji, w komunikowaniu się czy w dziedzinie interakcji społecznych.

Po standaryzacji na rodzaj urazu kręgosłupa płeć, stan cywilny oraz wykształcenie badanych obecność depresji wiązała się z istotnie większymi wartościami

na skali SIP C, czyli gorszą oceną jakości życia zarówno w pierwszym, jak i drugim badaniu ( $\beta = 11,836$  oraz  $\beta = 11,786$ , odpowiednio  $p < 0,001$ ). Podobne zależności zaobserwowano na skalach SIP F oraz SIP PS ( $\beta = 16,203$  oraz  $\beta = 13,884$ ,  $p < 0,001$  w skali SIP F oraz  $\beta = 12,537$  oraz  $\beta = 11,631$ ,  $p < 0,001$  w skali SIP F) (tab. 2).

Rozważając związek subiektywnej oceny jakości życia z objawami depresyjnymi, należy zwrócić uwagę na depresyjny styl myślenia. Osoby depresyjne odbierają i interpretują swoje otoczenie w sposób dla siebie niekorzystny, łatwiej również zapamiętują sobie przykre bodźce i informacje [20]. Ich ocena przystosowania społecznego, satysfakcji z wypełniania ról życiowych i zewnętrznych wydarzeń jest zaniżona [21]. Subiektywna ocena jakości życia jest

**Tabela 2.** Modele wielowymiarowej regresji liniowej zależności skal SIP C, SIP F oraz SIP PS w zależności od depresji i wybranych czynników demograficznych oraz rodzaju schorzenia kręgosłupa (przedstawiono współczynnik  $\beta$ )

**Table 2.** Models of multidimensional linear regression of the relationships between the SIP scales (general, physical and psychosocial) and depression, selected demographic factors as well as the types of spinal disorders (index  $\beta$  is shown)

	Pierwsze badanie			Drugie badanie		
	SIP C	SIP F	SIP PS	SIP C	SIP F	SIP PS
Kobiety v. mężczyźni	-1,506	-0,702	-2,039*	-0,580	-0,023	-1,373*
Depresja	11,836*	16,203*	12,537*	11,786*	13,884*	11,631*
Procesy zapalne <sup>1</sup>	0,582	-3,354*	3,019*	-1,091	-0,802	-2,337*
Nowotwory <sup>1</sup>	2,011*	-0,098	4,095*	2,520*	3,760*	1,164
Stan wolny <sup>2</sup>	1,883*	0,468	1,739*	1,951*	2,951*	-0,289
Rozwiedziony (separacja) <sup>2</sup>	-3,455*	-4,930*	-3,454*	-2,494*	-1,554	-4,577*
Wykształcenie podstawowe lub zawodowe <sup>3</sup>	-0,816	-0,303	-1,878	-1,247	-2,987*	-0,586
Wykształcenie wyższe <sup>3</sup>	-1,005	-0,481	-0,095	-1,063	-2,162	0,446

<sup>1</sup>w odniesieniu do złamań pourazowych; <sup>2</sup>w odniesieniu do zamężyń; <sup>3</sup>w odniesieniu do wykształcenia średniego; w tabeli przedstawiono współczynnik  $\beta$ ;

\*p < 0,05

zatem zależna od depresyjnych przekonań, których nasilenie i wpływ na całokształt życia psychicznego są wprost proporcjonalne do nasilenia objawów depresyjnych [22]. Brak jest natomiast zależności pomiędzy jakością życia a kolejnym parametrem opisującym myślenie depresyjne — samooceną. W literaturze dotyczącej związku pomiędzy samooceną a depresyjnością jest akcentowana raczej rola samooceny jako czynnika podatności na zachorowanie, nie zaś elementu związanego z samym obrazem choroby [23].

### Wnioski

W wyniku przebytego leczenia operacyjnego jakość życia chorych pomiędzy pierwszym a szóstym miesiącem po zabiegu uległa poprawie zarówno w znaczeniu funkcjonowania fizycznego, jak i psychospołecznego.

Etiopatogeneza schorzeń kręgosłupa istotnie różnicowała poziom oceny jakości życia w wymiarze ogólnym i dziedzinach fizycznej i psychospołecznej w przypadku chorych ze złamaniami pourazowymi i nowotworami zarówno miesiąc, jak i 6 miesięcy po zabiegu.

Wpływ na ocenę jakości życia w wymiarze ogólnym miała płeć badanych, ich wiek oraz stan cywilny zarówno miesiąc, jak i 6 miesięcy po przebytych leczeniu operacyjnym.

Wczesne rozpoznanie i leczenie depresji to główny zidentyfikowany w badaniu kierunek interwencji medycznych, mogący w znaczący sposób przyczynić się do poprawy jakości życia po przebytych leczeniu operacyjnym.

### Piśmiennictwo

1. Grootboom M.J., Govender S. Acute injuries of the upper dorsal spine. *Injury* 1993; 24: 389–392.
2. Bradford D.S., Glazer P.A. Vertebral column resections for severe deformities. W: Bridwell K.H., De Wald R.L. (red.). *The Textbook of Spinal Surgery*. 2nd ed., Lippincott-Raven Publishers, Philadelphia 1997: 2227–2241.
3. Nussbaum E.S., Rockswold G.L., Bergman T.A., Erickson D.L., Seljeskog E.L. Spinal tuberculosis: a diagnostic and management challenge. *J. Neurosurg.* 1995; 83: 243–247.
4. Weller S.J., Rossitch E. Jr. Unilateral posterolateral decompression without stabilization for neurological palliation of symptomatic spinal metastasis in debilitated patients. *J. Neurosurg.* 1995; 82: 739–774.
5. Sundaresan N., Steinberger A.A., Moore F., Sachedv V.P., Krol G., Hough L., Kelliher K. Indications and results of combined anterior — posterior approaches for spine tumor surgery. *J. Neurosurg.* 1996; 85: 438–446.
6. Kaplun A. (red.): *Promocja zdrowia w chorobach przewlekłych*. Instytut Medycyny Pracy. Łódź 1997: 108–113.
7. Oleś M., Steuden S., Klonowski P. i wsp. *Metody badania jakości życia*. W: Oleś P., Steuden S., Toczolowski J. (red.). *Jak świata mniej widzę: Zaburzenia widzenia a jakość życia*. Wyd. TN KUL; Lublin, 2002.
8. Tobiasz-Adamczyk B. *Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 1998: 233–249.
9. Sierakowska M., Krajeńska-Kułak E. Jakość życia w chorobach przewlekłych — nowe spojrzenie na pacjenta i problemy zdrowotne w aspekcie subiektywnej oceny. *Pielęgniarstwo XXI wieku* 2004; 7: 23–26
10. Cegła B., Bartuzi Z. *Badania jakości życia w naukach medycznych*, Polska Medycyna Rodzinna 2004; 6 (supl. 1): 124–128
11. Gotlib I.H., Hammen C.L. *Psychological Aspects of Depression. Towards a Cognitive-Interpersonal Integration*. Wiley & Sons, Chochester 1992.

12. Briem D., Lehmann W., Ruecker A.H., Windolf J., Rieger J.M., Linhart W. Factors influencing the quality of life after burst fractures of the thoracolumbar transition. *Arch. Orthop. Trauma Surg.* 2004; 124: 461–468.
13. Jaracz J., Rybakowski J. Depresja po udarze mózgu. *Dyskusja o depresji* 1999; 12: 5–8.
14. Jaracz K. Adaptacja kulturowa narzędzi badawczych do oceny jakości życia. W: Wołowicka L. (red.). *Jakość życia w naukach medycznych*. Wydawnictwo AM. Poznań 2001: 281–291.
15. Jaracz K. Jakość życia po niedokrwiennym udarze mózgu: uwarunkowania kliniczne, funkcjonalne, psychospołeczne i czasowe. *Katedra pielęgniarstwa Akademii Medycznej im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu*. Poznań 2002
16. Jaracz K., Kozubski W. Jakość życia po udarze mózgu. Część I badania prospektywne. *Udar mózgu* 2001; 3: 55–62.
17. Jaracz K., Kozubski W. Jakość życia po udarze mózgu. Część II — uwarunkowania kliniczne, funkcjonalne i społeczno-demograficzne. *Udar mózgu* 2001; 3: 63–70.
18. Jaracz K., Kozubski W. Pomiar jakości życia po udarze mózgu. *Postępy rehabilitacji* 2003; 17: 46–59.
19. Jaracz K., Wołowicka L., Bączyk G. Analiza walidacyjna polskiej wersji Indeksu Jakości życia Ferrans i Powers. *Post. Rehabil.* 2001; 4: 67–73.
20. Kostiuik J.P. Anterior fixation for burst fractures of the thoracic and lumbar spine with or without neurological involvement. *Spine* 1988; 13: 286–293.
21. Atkinson M., Zibin S., Chuang H. Characterizing Quality of Life among patients with chronic mental illness: A critical examination of the self-report methodology. *Am. J. Psychiatry*, 1997; 154: 99–105.
22. Jenkins C.D. Assessment of outcomes of health interventions. *Soc. Sci. Med.* 1992; 35: 367–375.
23. Pardoën D., Bauwens F., Tracy A., Martin F., Mendlewicz J. Self-esteem in recovered bipolar and unipolar out-patients. *Br. J. Psychiatry* 1993; 163: 755–762.
24. Kohn S. Integracja społeczna i opieka socjalna W: Bedbrok G.M. (red.). *Opieka nad chorym z paraplegią*. PZWL, Warszawa 1991: 259.
25. Majcher P., Fatyga M., Żuk M. Rehabilitacja psychologiczna pacjentów po urazie kręgosłupa i rdzenia kręgowego. *Przegląd Naukowy IWFiz WSP w Rzeszowie* 2001; 1: 19.