

Ocena wpływu działań fizjoterapeutycznych i czasu trwania choroby na jakość życia pacjenta z chorobą Parkinsona

The assessment of the influence of physiotherapy and duration of the disease on the quality of life of patients with Parkinson's disease

KATARZYNA AUGUSTYNIUK^{1,A}, JOANNA KNAPIK^{2,B}, MAŁGORZATA STARCZEWSKA^{1,E},
DARIA SCHNEIDER-MATYKA^{1,C,D}, MAŁGORZATA SZKUP^{1,F}, ANNA JURCZAK^{1,G}

¹ Zakład Pielęgniarstwa Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie

² Studenckie Koło Naukowe przy Zakładzie Pielęgniarstwa Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie

A – przygotowanie projektu badania, **B** – zbieranie danych, **C** – analiza statystyczna, **D** – interpretacja danych, **E** – przygotowanie maszynopisu, **F** – opracowanie piśmiennictwa, **G** – pozyskanie funduszy

Streszczenie Wstęp. Choroba Parkinsona (*Parkinson's disease* – PD) prowadzi do stopniowej utraty samodzielności oraz całkowitego uzależnienia pacjenta od pomocy innych w elementarnych czynnościach dnia codziennego. W procesie leczenia istotne jest podejmowanie działań zmierzających do poprawy funkcjonowania pacjenta, co można osiągnąć przez oddziaływanie fizjoterapeutyczne.

Cel pracy. Ocena jakości życia pacjentów z chorobą Parkinsona z uwzględnieniem zmiennych dotyczących czasu trwania choroby oraz podejmowania przez nich zabiegów fizjoterapeutycznych.

Materiał i metody. Badaniem objęto 80 pacjentów, członków Szczecińskiego Stowarzyszenia Pomocy Osobom z Chorobą Parkinsona. Zastosowano metodę sondażu diagnostycznego własnego autorstwa zawierającego pytania charakteryzujące badanych pod kątem socjodemograficznym i zdrowotnym. Do oceny jakości życia wykorzystano Kwestionariusz SF-36.v. 2.

Wyniki badań. Wykazano niski poziom jakości życia wśród badanych – 40,75 punktów. Najniższą punktację uzyskali pacjenci w domenie ograniczeń fizycznych. Najwięcej trudności i ograniczeń (48,75% – 39 osób) sprawiały czynności, takie jak: bieganie, podnoszenie ciężarów, uczestniczenie w sportach wymagających dużego zaangażowania. Osoby, które podejmowały rehabilitację, wykazały niewielkie trudności w pokonywaniu dystansu 500 metrów. Pacjenci nie podejmujący działań fizjoterapeutycznych (20% – 16 osób) uzyskali najniższy poziom jakości życia. Najczęstsze ograniczenia dotyczące czynności o umiarkowanej trudności występowały w grupie osób chorujących 5–10 lat.

Wnioski. 1. Choroba Parkinsona negatywnie oddziałuje na ocenę jakości życia, w największym stopniu ograniczając funkcjonowanie fizyczne. 2. Czas trwania choroby Parkinsona ma wpływ na ograniczenia w czynnościach życia codziennego o umiarkowanej trudności. 3. Systematyczne zabiegi fizjoterapeutyczne wpływają na podniesienie poziomu jakości życia osób z chorobą Parkinsona.

Słowa kluczowe: jakość życia, choroba Parkinsona, fizjoterapia.

Summary Background. Parkinson's disease leads to the gradual loss of self-reliance and complete dependence on others in everyday life. It is important that the therapeutic process includes activities whose aim is to improve the functioning of the patient, which can be achieved through physiotherapy.

Objectives. The objective of this study was to assess the quality of life of patients with Parkinson's disease with regard to variables concerning the duration of the disease and physiotherapy.

Material and methods. The study involved 80 patients who were the members of the Szczecin Group Providing Help for People with Parkinson's Disease. In this survey-based study of authors' own design, the patients were described in terms of their sociodemographic and health characteristics. The quality of life (QoL) was measured using the SF-36 v.2 questionnaire.

Results. The respondents had low QoL level (40.75 points). The lowest average QoL score was obtained for in the domain physical functioning. Most difficulties and limitations experienced by the patients (48.75% – 39 people) were associated with activities such as: running, heavy lifting, and sports requiring a lot of effort. Patients undergoing physiotherapy had only minor problems walking 500 meters. Those who were not subjected to physiotherapy (20% – 16 people) had the lowest QoL scores. Problems with activities of moderate difficulty were mostly observed among patients suffering from Parkinson's disease for 5–10 years.

Conclusions. 1. Parkinson's disease negatively affects all QoL domains, especially physical functioning. 2. The duration of Parkinson's disease has influence on limitations in performing everyday activities of moderate difficulty. 3. Regular physiotherapy improve the quality of life of people with Parkinson's disease.

Key words: quality of life, Parkinson's disease, physiotherapy.

Fam Med Prim Care Rev 2016; 18(2): 99–102

Wstęp

Choroba Parkinsona jest jedną z najczęściej występujących chorób degeneracyjnych układu nerwowego. Prowa-

dzi do stopniowej utraty samodzielności, obniżenia sprawności fizycznej i umysłowej. Jest przyczyną zaburzeń: równowagi, snu, połykania, artykulacji, a nawet depresji [1]. Choroba prowadzi do całkowitego uzależnienia pacjenta od po-



mocy innych w podstawowych czynnościach. Objawy początkowo nieznaczne, powoli nasilają się powodując szereg ograniczeń w życiu chorego. Stopniowo pojawiają się trudności w wykonywaniu prostych codziennych czynności, takich jak: ubieranie, jedzenie, wstawanie, chodzenie, pisanie czy mówienie. U większości chorych pojawiające się objawy stanowią istotny problem i znacznie upośledzają codzienne funkcjonowanie, co przyczynia się do stopniowego pogorszenia stanu zdrowia, niepełnosprawności oraz obniżenia jakości życia [2]. Celem postępowania terapeutycznego w PD jest łagodzenie objawów chorobowych oraz działań niepożądanych stosowanej farmakoterapii [3]. W leczeniu PD oprócz farmakologii istotna jest kompleksowa rehabilitacja – gimnastyka usprawniająca, nauka czynności codziennych, terapia mowy oraz ćwiczenia relaksacyjne, działania te realizowane są najczęściej przez fizjoterapeutów i logopedów. Fizjoterapia w procesie rehabilitacji jest fazą leczenia usprawniającego, która przez przywracanie choremu sprawności fizycznej daje możliwość kontynuowania uczestnictwa w życiu zawodowym i społecznym [4]. Badanie poziomu jakości życia wśród pacjentów przewlekle chorych jest przejawem holistycznego podejścia do pacjenta. Oprócz czasochłonnych badań jakościowych, najczęściej wykorzystuje się kwestionariusze oceny jakości życia, tj. Quality of Life Index, Short-Form Health Survey – SF-36, Sickness Impact Profile – SIP czy Parkinson's Disease Quality of Life Questionnaire (PDQL) i inne [5]. Kwestionariusze oceniające jakość życia chorych umożliwiają precyzyjne, wynikające z potrzeb chorego, ustalenie celów terapii oraz weryfikację uzyskiwanych efektów na każdym etapie leczenia. Narzędzia do oceny jakości życia stanowią proste źródło informacji dotyczącej subiektywnej oceny jakości życia pacjenta z chorobą przewlekłą.

Cel pracy

Celem pracy była ocena jakości życia pacjentów z chorobą Parkinsona z uwzględnieniem zmiennych dotyczących czasu trwania choroby oraz podejmowania przez nich zabiegów fizjoterapeutycznych.

Materiał i metody

Badanie zostało przeprowadzone wśród członków Stowarzyszenia Pomocy Osobom z Chorobą Parkinsona w Szczecinie w 2013 r. U wszystkich była zdiagnozowana choroba Parkinsona. W badaniu zastosowano metodę sondażu diagnostycznego zawierającego pytania charakteryzujące grupę pod kątem socjodemograficznym oraz zdrowotnym. Ponadto wykorzystano Kwestionariusz Jakości Życia SF-36 v. 2. składający się z 11 pytań zawierających 62 stwierdzenia, określających jakość życia i zdrowia badanych. Każdemu ze stwierdzeń przypisana została wartość punktowa, która była transformowana do skali od 0 do 100. Wartość punktowa 0 oznaczała najniższy wymiar jakości życia, natomiast wartość 100 pkt. – wymiar najwyższy. Wartość punktowa odpowiadała indywidualnej wartości jakości życia.

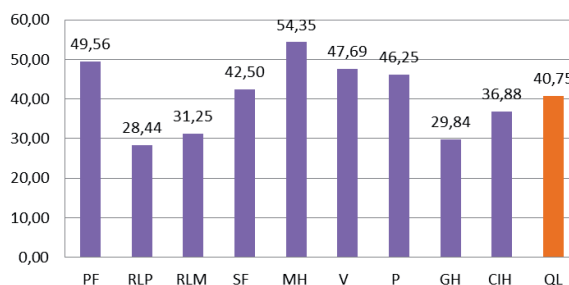
W badaniu wzięło udział 80 osób ze zdiagnozowaną PD, w tym 32 kobiety (40%) i 48 mężczyzn (60%). Wiek ankietowanych wahał się między 40 a 75 lat. Największą grupę stanowili pacjenci w wieku 60–70 lat (33,75%). U większości badanych – 45 osób (56,25%) choroba trwała od 5 do 15 lat, u 23 ankietowanych (28,75%) – mniej niż 5 lat. Chorujący najdłużej, tj. powyżej 15 lat, stanowili 15% ogółu (12 osób). U ponad połowy (51,25% – 41 osób) były podejmowane zabiegi fizjoterapeutyczne krócej niż 5 lat. Od 5 do 10 lat zabiegi fizjoterapeutyczne były podejmowane przez 16,25% – 13 pacjentów, powyżej 10 lat – 12,5% (10

osób). U 20% badanych (16 osób) nie była podejmowana fizjoterapia. Najczęściej chorzy poddawani byli kinezyterapii z wykorzystaniem gimnastyki leczniczej, terapii zaburzeń chodu, masażom leczniczym oraz fizykoterapii z zastosowaniem zabiegów hydroterapii.

Obliczenia i analizę statystyczną wykonano za pomocą pakietu STATISTICA 10 PL. Powiązanie zmiennych jakościowych oceniano za pomocą testu χ^2 . We wszystkich analizach przyjęto wartość prawdopodobieństwa $p < 0,05$.

Wyniki

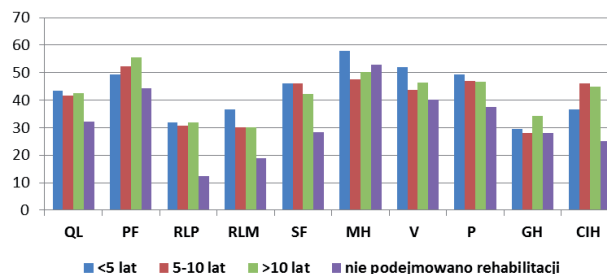
Wśród badanych wskaźnik jakości życia wyniósł średnio 40,75 punktów (SD = 17,74) na 100 możliwych do uzyskania. Najmniejszą liczbę punktów, tj. 28,44 (SD = 38,92), w poszczególnych profilach jakości życia uzyskali badani w zakresie ograniczeń fizycznych w pełnieniu ról społecznych (RLP). Spośród domen jakości życia najwyżżej oceniono zdrowie psychiczne (MH – 54,35 pkt.; SD = 16,25) (ryc. 1).



Rycina 1. Poziom jakości życia domen w badanej grupie pacjentów

PF (Physical Function) – Problemy zdrowotne ograniczające aktywność fizyczną, **RLP** (Role Limitation Physical) – Problemy zdrowotne ograniczające fizyczne pełnienie dotychczasowych funkcji społecznych, **RLM** (Role Limitation Mental) – Problemy emocjonalne ograniczające pełnienie dotychczasowych funkcji społecznych, **SF** (Social Functioning) – Aktywność społeczna, **MH** (Mental Health) – Zdrowie psychiczne, **V** (Vitality) – Witalność (energia/męczliwość), **P** (Pain) – Dolegliwości bólowe, **GH** (General Health) – Ogólna ocena stanu zdrowia, **CIH** (Change in Health) – Zmiany w zdrowiu, **QL** (Quality of Life) – Jakość życia.

Najwyższą wartość punktową, tj. 43,45 pkt. (SD = 20,25), wyrażającą ogólną jakość życia (QL) uzyskali pacjenci, którzy byli poddawani zabiegom fizjoterapii krócej niż 5 lat. Najmniej punktów, tj. 32,05 (SD = 11,72) uzyskali pacjenci, którzy nie byli poddawani zabiegom fizjoterapii w ogóle (ryc. 2).



Rycina 2. Poziom jakości życia i jej domen względem czasu trwania zabiegów fizjoterapeutycznych

Spośród czynności, które były wykonywane przez badanych zazwyczaj w ciągu dnia, najwięcej trudności i ograni-

Tabela 1. Zakres ograniczeń wynikających ze stanu zdrowia w wykonywaniu czynności dnia codziennego przez badaną grupę oraz analiza ich stopnia względem czasu trwania choroby i podejmowania zabiegów fizjoterapeutycznych

Czynności N = 80 (100%)	Bardzo ogranicza	Trochę ogranicza	Nie ogranicza wcale	Czas trwania choroby	Podejmowanie fizjoterapii
Czynności wymagające energii, takie jak: bieganie, podnoszenie ciężarów, uczestniczenie w sportach wymagających dużego zaangażowania	39 (48,75%)	23 (28,75%)	18 (22,5%)	$p = 0,368$ $\chi^2 = 4,291$	$p = 0,659$ $\chi^2 = 0,833$
Czynności o umiarkowanej trudności, takie jak: przesuwanie stołu, odkurzanie, gra w kręgle lub golfa	25 (31,25%)	43 (53,75%)	12 (15%)	$p = 0,018$ $\chi^2 = 11,834$	$p = 0,426$ $\chi^2 = 1,705$
Podnoszenie lub dźwiganie zakupów	19 (23,75%)	44 (55%)	17 (21,25%)	$p = 0,033$ $\chi^2 = 10,415$	$p = 0,492$ $\chi^2 = 1,414$
Pokonywanie kilku pięter schodów	22 (27,5%)	39 (48,75%)	19 (23,75%)	$p = 0,028$ $\chi^2 = 10,856$	$p = 0,094$ $\chi^2 = 4,708$
Pokonywanie jednego piętra schodów	11 (13,75%)	42 (52,5%)	27 (33,75%)	$p = 0,256$ $\chi^2 = 5,312$	$p = 0,248$ $\chi^2 = 2,781$
Schylanie się lub przyklęknięcie	26 (32,5%)	34 (42,5%)	20 (25%)	$p = 0,940$ $\chi^2 = 0,785$	$p = 0,546$ $\chi^2 = 1,208$
Spacer dłuższy niż 1 km	27 (33,75%)	37 (46,25%)	16 (20%)	$p = 0,657$ $\chi^2 = 2,426$	$p = 0,280$ $\chi^2 = 2,544$
Spacer 500 m	16 (20%)	37 (46,25%)	27 (33,75%)	$p = 0,675$ $\chi^2 = 2,329$	$p = 0,022$ $\chi^2 = 7,630$
Spacer 100 m	7 (8,75%)	39 (48,75%)	34 (42,5%)	$p = 0,563$ $\chi^2 = 2,969$	$p = 0,138$ $\chi^2 = 3,957$
Kąpiel lub ubieranie się	11 (13,75%)	43 (53,75%)	26 (32,5%)	$p = 0,354$ $\chi^2 = 4,398$	$p = 0,326$ $\chi^2 = 2,239$

czeń dla 48,75% – 39 chorych sprawiały czynności wymagające energii, takie jak: bieganie, podnoszenie ciężarów, uczestniczenie w sportach wymagających dużego zaangażowania. Niewielki stopień ograniczenia wywołanego chorobą w wykonywanych czynnościach odczuwało kolejno: 55% – 44 ankietowanych, wykonujących podnoszenie lub dźwiganie zakupów; 53,75% – 43 badanych, wykonujących czynności o umiarkowanej trudności, takie jak: przesuwanie stołu, odkurzanie, gra w kręgle lub golfa; 42 osoby – 52,5%, pokonujących jedno piętro schodów, 39 badanych – 48,75%, pokonujących kilka pięter schodów lub spacerujących – 100 m.

W zakresie funkcjonowania codziennego, pacjentów najbardziej ograniczały czynności o umiarkowanych trudnościach ($p = 0,018$). Największe ograniczenia zaobserwowano w grupie chorujących 5–10 lat. Czas trwania choroby wpływał na ograniczenia wykonywania czynności codziennych o umiarkowanej trudności, takich jak podnoszenie i dźwiganie ($p = 0,033$) oraz pokonywanie kilku pięter schodów ($p = 0,028$). Osoby podejmujące rehabilitację miały niewielkie trudności w pokonywaniu dystansu 500 m. (tab. 1).

Dyskusja

Podstawowym warunkiem jakości życia człowieka jest jego zdrowie. Choroba Parkinsona jest schorzeniem upośledzającym codzienne funkcjonowanie chorego, prowadzi do przedwczesnego uzależnienia od otoczenia, a w skrajnych przypadkach do instytucjonalizacji chorych. W procesie leczenia choroby istotne znaczenie ma poprawa funkcjonowania pacjenta w codziennym życiu.

Badania własne potwierdzają, że PD negatywnie oddziałuje na jakość życia i wszystkie jego domeny. W największym stopniu wpływa na występowanie problemów

zdrowotnych i emocjonalnych ograniczających fizyczne pełnienie funkcji społecznych, ogólny stan zdrowia i zmiany w nim zachodzące.

Przeprowadzone przez Lorencowicz i wsp. badania potwierdziły, że osoby z PD mają zaburzoną codzienną funkcjonalność [6]. W badaniach własnych wykazano, że czynności o umiarkowanej trudności oraz te wymagające użycia energii sprawiały chorym najczęściej trudności i ograniczeń w życiu codziennym. W prezentowanym materiale zwrócono także uwagę na związek między czasem trwania choroby, a występowaniem ograniczeń w wykonywaniu codziennych czynności o umiarkowanej trudności. Badania Królikowskiej i wsp. wykazały również deficyt w funkcjonowaniu codziennym – 86% badanych miało problemy z poruszaniem się, 44% – z wykonywaniem czynności związanych z higieną osobistą, 54% – z jedzeniem, a 62% – z ubieraniem się. Autorzy ci zwracają uwagę, że większa niepełnosprawność funkcjonalna występuje u pacjentów z upośledzeniem chodu, niestabilnością postawy, czego następstwem mogą być upadki i uszkodzenia ciała [7]. Funkcjonalne ograniczenia wynikające z objawów choroby obniżają zdolność chorego do wykonywania wyuczonych codziennych czynności. Terapia ruchowa odgrywa szczególną rolę w utrzymaniu sprawności fizycznej i niezależności funkcjonalnej pacjentów [8]. Badania własne potwierdzają, że pacjenci podejmujący działania fizjoterapeutyczne, wykazują poprawę jakości życia. Podając za Kozak-Putowską i wsp., skuteczność kinezyterapii zależy od systematyczności, współpracy pacjenta z rehabilitantem oraz kontynuowania ćwiczeń w domu [9]. Struensee i wsp. badający efektywność stosowania ćwiczeń kinezyterapeutycznych u pacjentów z PD, wskazują na poprawę ogólnej sprawności motorycznej przez oddziaływanie usprawniające na objawy choroby [4]. Fizjoterapia pozytywnie wpływa na społeczne funkcjonowanie pacjenta, poprawia jego zdolności motoryczne motywując go do włączania się w życie społeczne niezależ-

nie od czasu trwania choroby. Jednakże wyniki badań Kułakowskiej i wsp. [10] wskazują na wciąż niedostateczny dostęp pacjentów z PD do rehabilitacji. Pojawienie się choroby zaburza dotychczasowe procesy oraz interakcje nie tylko w organizmie chorego, ale także w jego najbliższym otoczeniu [11].

Prezentowane wyniki badań, mimo że nie pozbawione ograniczeń związanych przede wszystkim z niewielką liczebnością grupy badanej, wyraźnie wskazują, że przywrócenie choremu sprawności ruchowej i niezależności funkcjonalnej w życiu codziennym korzystnie wpływa na jego samopoczucie, niezależnie od przebiegu choroby.

Źródło finansowania: Praca sfinansowana ze środków własnych autorek.
Konflikt interesów: Autorki nie zgłaszają konfliktu interesów.

Piśmiennictwo

1. Fiszer U. Zaburzenia autonomiczne w chorobie Parkinsona. *Aktual Neurol* 2009; 9(3): 159–163.
2. Gison A, Rizza F, Bonassi S, et al. Effects of dispositional optimism on quality of life, emotional distress and disability in Parkinson's disease outpatients under rehabilitation. *Funct Neurol* 2015; 30(2): 105–111.
3. Fiszer U. Nowe leki w chorobie Parkinsona. *Pol Prz Neurol* 2008; 4(Supl. A): 96–97.
4. Struensee M, Idzikowski M, Przytalska L. Ocena wpływu kinezyterapii na sprawność motoryczną pacjentów z chorobą Parkinsona. *Now Lek* 2010; 79(3): 191–198.
5. Drużbicki M, Pacześniak-Jost A, Kwolek A. Metody klinometryczne stosowane w rehabilitacji neurologicznej. *Prz Med Uniw Rzesz* 2007; 3(12): 268–274.
6. Lorencowicz R, Jasik J, Podkowiński A, i wsp. Wybrane uwarunkowania jakości życia w chorobie Parkinsona. *PNN* 2012; 1(2): 48–57.
7. Królikowska A, Ślusarz R, Gryszko R, i wsp. Ocena funkcjonalna stanu chorego po leczeniu operacyjnym choroby Parkinsona. *Annales UMCS Sect D* 2005; LX(Supl. XVI), 7: 106–109.
8. Van Nimwegen M, Speelman AD, Smulders K, et al. Design and baseline characteristics of the ParkFit study, a randomized controlled trial evaluating the effectiveness of a multifaceted physical activity in Parkinson patients. *BMC Neurology* 2010; 10(70): 1–9.
9. Kozak-Putowska D, Iłżecka J, Piskorz J, i wsp. Kinezyterapia w chorobie Parkinsona. *MONZ* 2015; 21(1): 19–23.
10. Kułakowska A, Tarasiuk J, Korneluk-Sadzyńska A, i wsp. Postępowanie rehabilitacyjne u pacjentów z chorobą Parkinsona zamieszkujących w rejonie Białegostoku. *Pol Merkuriusz Lek* 2010; XXIX(172): 250–253.
11. Grochans E, Bąk A, Reczyńska A, i wsp. Czynniki społeczno-demograficzne wpływające na jakość życia pacjentów z astmą i POChP. *Fam Med Prim Care Rev* 2013; 15(4): 536–539.

Adres do korespondencji:

Dr n. med. Katarzyna Augustyniuk
Zakład Pielęgniarstwa PUM
ul. Różyckiego 1
70-210 Szczecin
Tel.: 609 825-711
E-mail: augustyniuk@poczta.onet.pl

Praca wpłynęła do Redakcji: 19.05.2015 r.

Po recenzji: 12.07.2015 r.

Zaakceptowano do druku: 25.08.2015 r.

Wnioski

1. Choroba Parkinsona negatywnie oddziałuje na ocenę jakości życia, w największym stopniu ograniczając funkcjonowanie fizyczne.
2. Czas trwania choroby Parkinsona ma wpływ na ograniczenia w czynnościach życia codziennego o umiarkowanej trudności.
3. Systematyczne zabiegi fizjoterapeutyczne wpływają na podniesienie poziomu jakości życia osób z chorobą Parkinsona.