

MGR TOMASZ FIAŁKOWSKI¹, DR N. MED. STANISŁAWA SZARY², PROF. DR HAB. JÓZEF OPARA³¹ Szpital Wojewódzki w Bielsku-Białej² Zespół Sanatoryjno-Szpitalny Rehabilitacji Narządu Ruchu „Gwarek” w Goczałkowicach-Zdroju³ AWF im. J. Kukuczki w Katowicach

Przydatność skali Rolanda-Morrisa w codziennej praktyce fizjoterapeuty

PRACA RECENZOWANA

W codziennej praktyce fizjoterapeuty planowanie i wdrażanie metod terapii bólu dolnego odcinka kręgosłupa, choć ten jest zjawiskiem powszechnym, nadal stanowi nie lada wyzwanie. Bóle dolnego odcinka kręgosłupa potocznie zwane są bólami krzyża (z ang. *low back pain* – LBP). Obecnie przyjmuje się, że około 80% populacji powyżej 40. roku życia miało przynajmniej jeden poważny epizod bólowy lędźwiowego odcinka kręgosłupa. Występowanie tego schorzenia przyjęło takie rozmiary, że stało się dla współczesnego człowieka jedną z głównych przyczyn utraty zdolności do wykonywania pracy zawodowej i aktywnego uczestniczenia w życiu społecznym. Postęp cywilizacyjny i sedentarny tryb życia człowieka spowodowały, że nastąpił zdecydowany spadek średniej wieku osób z bólami kręgosłupa. W ciągu ostatnich dziesięcioleci aktywny ruchowo człowiek „wyprostowany” przekształ-

cił się w biernego pod względem fizycznym człowieka „siedzącego” (*Homo sedentarius*). Narząd ruchu człowieka służy do poruszania się, a w trakcie działań cywilizacyjnych został zamieniony w narząd bezruchu – stąd główne przyczyny bólu (1-3). Szczegółowa diagnostyka, która jest nieodłącznym elementem prawidłowego planowania terapii, winna być uzupełniona o dodatkowe narzędzia badawcze, służące do określenia stanu zdrowia pacjenta oraz przebiegu procesu leczenia. Dopiero wprowadzenie takich narzędzi pozwala na określenie realnych potrzeb pacjenta i umożliwia pełną współpracę pacjent – terapeuta. O pełnym sukcesie terapii można mówić tylko i wyłącznie wtedy, kiedy zaobserwujemy poprawę stanu funkcjonalnego, zmniejszenie dolegliwości bólowych czy też poprawę w stanie neurologicznym.

Jakość życia pacjentów z bólem dolnego odcinka kręgosłupa może być

znaczaco obniżona. Bóle krzyża mają wpływ na życie człowieka poprzez ograniczenie jego sprawności fizycznej, psychicznej i społecznej. Ograniczenia te nierzadko mogą prowadzić do depresji, szczególnie kiedy mamy do czynienia z pacjentami cierpiącymi z powodu bólu przewlekłego. W 1976 roku grupa naukowców z USA po raz pierwszy wprowadziła termin „jakość życia” (z ang. *quality of life* – QOL). W tym samym czasie posłużono się też terminem *well-being*, czyli ogólnym dobrostanem człowieka, znanym dzisiaj z definicji WHO. Wprowadzenie elementu humanistycznego, jakim jest ocena jakości życia, do medycyny pozwala na holistyczne podejście do pacjenta i zwiększa szanse na zastosowanie skuteczniejszej terapii (4).

Jakość życia

Czynniki wpływające na jakość życia pacjenta możemy podzielić na subiek-

STRESZCZENIE/SUMMARY

TITLE: The usefulness of the Roland-Morris scale in physiotherapeutic daily practice

STRESZCZENIE: Bóle okolicy lędźwiowo-krzyżowej kręgosłupa są jedną z najczęstszych dolegliwości sprowadzających chorych do fizjoterapeuty. Wśród różnych metod oceny skuteczności leczenia bólów krzyża należy wymienić: ocenę bólu, ruchomości kręgosłupa i ubytkowych objawów neurologicznych, ocenę radiologiczną i in. Ostatnio do tego doszła także ocena jakości życia – wprowadza ona element humanistyczny do opieki zdrowotnej. Opublikowany w roku 1983 przez Rolanda i Morrisa kwestionariusz oceny jakości życia (RMQ), specyficzny dla bólu odcinka lędźwiowo-krzyżowego kręgosłupa, zyskał na popularności i został przetłumaczony na wiele języków obcych. RMQ

składa się z 24 pytań, na które respondent może odpowiedzieć tylko „tak” lub „nie”. W artykule tym przedstawiono sposoby oceny wyników leczenia bólów krzyża, ze szczególnym uwzględnieniem skali Rolanda-Morrisa. Ten prosty kwestionariusz może być polecany jako narzędzie w przyszłych badaniach klinicznych, jak i w codziennej praktyce fizjoterapeuty.

SŁOWA KLUCZOWE: bóle krzyża, jakość życia, RMQ

SUMMARY: Low back pain, known as LBP, is commonly present in physiotherapeutic daily practice. Methods of assessing the efficacy of the treatment of low back pain include: the assessment of pain, spine mobility and neurological symptoms, radiological evaluation, and other. Recently, this

arsenal has been joined by the assessment of the quality of life. It is believed that the assessment of the quality of life introduces a humanistic element to health care.

In 1983, Roland and Morris published a quality-of-life questionnaire, specific for lumbar-sacral spine pain, later named as Roland-Morris Questionnaire (RMQ). It consists of 24 questions that a respondent can only answer „yes” or „no”. In the paper, present methods of evaluating the results of the treatment of low back pain, with particular emphasis on the Roland and Morris scale, have been described. This simple questionnaire can be recommended as a useful tool for clinical trials and physiotherapeutic daily practice.

KEYWORDS: low back pain, quality of life, RMQ

tywne oraz obiektywne. Do subiektywnych zaliczamy czynniki: fizyczne (np. dolegliwości bólowe, sprawność), psychiczne (lęk, depresja, obraz siebie), społeczne (satisfakcja z pracy, z sytuacji ekonomicznej), międzyludzkie (wsparcie społeczne, interakcje). Z kolei do czynników obiektywnych zaliczamy: stan zdrowia, obraz kliniczny choroby, status społeczno-ekonomiczny (mieszkanie, praca, dochody), kontakty społeczne. W związku z tym bardzo istotne jest, aby jakość życia pacjenta została dokładnie zmierzona. Z pomocą przychodzą nam kwestionariusze, które oceniają jakość życia uwarunkowaną stanem zdrowia pacjenta i oparte są na samoocenie wyników leczenia. Cechują je: niski koszt badania, możliwość szybkiego uzyskania bezpośredniej opinii pacjenta oraz łatwość wykonania.

Kwestionariusz

Samoocena wyników leczenia (z ang. *Patient Related Outcome* – PRO) stała się od pewnego czasu jedną z podstawowych metod oceny skuteczności postępowania leczniczego. Wyróżniamy kwestionariusze niespecyficzne (generyczne) oraz specyficzne. Niespecyficzne służą do oceny jakości życia powiązanej głównie z aktualnym stanem zdrowia, natomiast specyficzne uwzględniają objawy i przebieg choroby. Skale specyficzne zalecane są głównie do monitorowania reakcji pacjenta na podjęte leczenie.

Pierwsze kwestionariusze przeznaczone dla chorych z bólami krzyża nazywane były kwestionariuszami niepełnosprawności. Były to: Oswestry Low Back Pain Disability Questionnaire, St. Thomas Disability Questionnaire, Low Back Outcome Score Questionnaire, Quebec Back Pain Disability, von Korff Back Pain Questionnaire, Waddel Disability Index. Niezmiernie ważne jest, aby w ocenie jakości życia pacjentów z bólami dolnego odcinka kręgosłupa zastosować odpowiednią skalę specyficzną, która uwzględni objawy oraz przebieg choroby. Powstały w 1983 roku kwestionariusz Rolanda-

KWESTIONARIUSZ ROLANDA-MORRISA

Szanowna Pani/Szanowny Panie, jeżeli ma Pani/Pan bóle krzyża, to często codzienne sprawy są trudne do załatwienia. Dolegliwości te wpływają na Wasze samopoczucie i zachowanie. Ta lista zawiera zdania, których używają ludzie do opisanego wpływu bólu krzyża na codzienne czynności. Jeżeli przeczyta Pani/Pan tę listę, to zorientuje się, czy te zdania najlepiej opisują Wasze dolegliwości. Proszę mieć na uwadze tylko dolegliwości bieżące, tj. występujące dzisiaj. Jeżeli zdanie o dolegliwościach dzisiejszych jest trafne, to proszę zaznaczyć je krzyżykiem. Jeżeli dane zdanie tego nie opisuje, proszę go nie zaznaczać i przejść do następnego.

Uwaga: proszę zaznaczać tylko te zdania, które najlepiej opisują dolegliwości na dzisiaj.

1. Z powodu kręgosłupa często zmieniam pozycję ciała, ażeby odciążyć plecy. ☐
2. Często zmieniam pozycję, próbując uzyskać wygodę dla kręgosłupa. ☐
3. Z powodu kręgosłupa chodzę wolniej niż zwykle. ☐
4. Z powodu kręgosłupa z trudem wykonuję zwykłe prace domowe. ☐
5. Z powodu kręgosłupa stale muszę trzymać się poręczy przy wchodzeniu pod górę. ☐
6. Z powodu kręgosłupa często kładę się, aby odpocząć. ☐
7. Z powodu kręgosłupa muszę się czegoś przytrzymać, aby powstać z miękkiego fotela. ☐
8. Z powodu kręgosłupa proszę często innych ludzi, aby załatwili coś za mnie. ☐
9. Z powodu kręgosłupa potrzebuję więcej czasu niż zwykle na ubranie się. ☐
10. Z powodu kręgosłupa uważam na to, aby za długo nie musieć stać. ☐
11. Z powodu kręgosłupa uważam, aby jak najmniej się schylać lub klękać. ☐
12. Z powodu kręgosłupa z wielką trudnością wstaję z fotela. ☐
13. Cierpię prawie stale na ból krzyża. ☐
14. Z powodu bólu krzyża z trudem obracam się w łóżku. ☐
15. Z powodu bólu krzyża mam mniejszy apetyt. ☐
16. Z powodu bólu krzyża mam problemy przy zakładaniu skarpetek/podkolanówek. ☐
17. Z powodu kręgosłupa nie mogę chodzić w dłuższe trasy. ☐
18. Z powodu kręgosłupa mam zakłócony sen. ☐
19. Z powodu kręgosłupa potrzebuję pomocy przy ubieraniu się. ☐
20. Z powodu kręgosłupa spędzam większość czasu, siedząc. ☐
21. Z powodu kręgosłupa próbuję unikać ciężkich prac domowych. ☐
22. Z powodu bólu krzyża jestem bardziej kapryśny i rozdrażniony. ☐
23. Z powodu kręgosłupa potrafię tylko powoli wchodzić/na górę/po schodach. ☐
24. Z powodu kręgosłupa spędzam większość czasu w łóżku. ☐

Ryc. 1. Kwestionariusz Rolanda-Morrisa

-Morrisa należy do tego typu skal i jest zalecany do monitorowania reakcji pacjenta na podjęte leczenie (5). Zawiera 24 pytania, które opisują dolegliwości. Pacjent zaznacza te odpowiedzi, które najlepiej opisują jego stan. Każde pytanie to jeden punkt. Maksymalna liczba punktów wynosi 24 (oznacza całkowitą niepełnosprawność), a minimalna – 0 (brak niepełnosprawności) (ryc. 1). Pytania zawarte w kwestionariuszu sformułowane są w prosty sposób, zrozumiałe dla każdego pacjenta. Odpowiedź na każde z pytań jest zero-jedynkowa, zaś wypełnienie całej ankiety nie zajmuje więcej niż 5-10 minut. RMQ cechuje wysoka czułość na zmiany, co zostało dokładnie zbadane i udowodnione m.in. podczas jego adaptacji kulturowej na język polski w 2006 roku. Materiał badawczy obejmował wówczas 104 pacjentów, wyodrębnionych z populacji 2252 chorych leczonych w Zespole Sanatoryjno-Szpitalnym Rehabilitacji Narządu Ruchu „Gwarek” w Goczałko-

wicach-Zdroju. Potwierdzono wysoką czułość RMQ zmiany w parametrach określających stan zdrowia pacjentów z bólami krzyża.

Walidacja polskiej wersji kwestionariusza Rolanda-Morrisa została przeprowadzona według reguły EBM, odbyła się metodą tłumaczenia wstecznego (*translation back*) i została przeprowadzona przez dwóch niezależnych tłumaczy i dwóch badaczy (6). Na chwilę obecną skala ta jest powszechnie stosowana w wielu krajach. Popularność RMQ nadal rośnie, a zastosowanie kwestionariusza pomaga w lepszym monitorowaniu przebiegu procesu leczenia pacjentów z bólami krzyża. Zaleca się jego stosowanie już pierwszego dnia, w którym pacjent zaczyna leczenie (7-9). Prostota konstrukcji i łatwe wypełnienie kwestionariusza zachęcają do wykorzystania go w monitorowaniu przebiegu leczenia pacjentów z bólem dolnego odcinka kręgosłupa w codziennej praktyce fizjoterapeuty. ☐

Piśmiennictwo

1. Depa A., Wolan A., Przysada G.: Wpływ rehabilitacji na zmianę ruchomości kręgosłupa oraz subiektywne odczuwanie bólu u chorych z zespołem bólowym w odcinku lędźwiowym. „Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego”, Rzeszów 2008; 2: 116-124.
2. Kałużna A., Kałużny K., Kochański B., i wsp.: Ocena wyników leczenia chronicznych bólów kręgosłupa w odcinku lędźwiowo-krzyżowym masażem klasycznym. „Journal of Education, Health and Sport”, 2015; 5 (9): 577-586.
3. Kędra A., Czaprowski D.: Częstość występowania bólów kręgosłupa u uczniów powiatu bialskiego w wieku 13-16 lat. „Kwartalnik Ortopedyczny”, 2012; 3: 351-360.
4. Andrews F., Whitey B.: *Social indicators of well-being*. Plenum Press, New York 1976.
5. Rolland M., Morris R.: *A study of the natural history of back pain. Part I: development of a reliable and sensitive measure of disability in low back pain*. „Spine”, 1983; 8: 141-144.
6. Opara J., Szary S., Kucharz E.: Polish cultural adaptation of the Roland-Morris Questionnaire for evaluation of quality of life in patients with low back pain. „Spine”, 2006; 31 (23): 2744-2746.
7. Adams M.: *Investigation of Personality Characteristics in Chronic Low Back Pain Patients*. „Physiotherapy”, 1994; 80: 514-519.
8. Johansson E., Lindberg P.: *Subacute and chronic low back pain – Reliability and validity of a Swedish version of the Roland and Morris Disability Questionnaire*. „Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine”, 1998; 30 (3): 139-143.
9. Payares K., Lugo L., Restrepo A.: *Validation of the Roland Morris Questionnaire in Colombia to Evaluate Disability in Low Back Pain*. „Spine”, 2015; 40 (14): 1108-1114.