

ZDROWIE I JEGO UWARUNKOWANIA

ROZDZIAŁ V

Katedra i Zakład Pielęgniarstwa Neurologicznego,
Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie
Chair and Department of Neurological Nursing,
Faculty of Health Sciences, Medical University of Lublin

JOLANTA CELEJ-SZUSTER, KRZYSZTOF TUROWSKI,
ELŻBIETA PRZYCHODZKA, REGINA LORENCOWICZ

Wydolność funkcjonalna pacjentów z dyskopatią lędźwiową

Functional ability of patients with lumbar discopathy

Słowa klucze: wydolność funkcjonalna, dyskopatia lędźwiowa

Keywords: functional ability, lumbar discopathy

WSTĘP

Dyskopatia jest spowodowana degeneracją krążka międzykręgowego wysunięciem się jądra miazdżystego, które w zależności od kierunku wysunięcia powoduje ucisk na poszczególne struktury znajdujące się w obrębie kręgów (nerwy, naczynia, rdzeń kręgowy). W przypadku ucisku na ogon koński wywołany ból ma charakter rwy. Dochodzi również do wiotkiego niedowładu kończyn dolnych oraz trudności w oddawaniu moczu. Natomiast ucisk na stożek rdzeniowy wywołuje nietrzymanie moczu i stolca oraz zaburzenia potencji i czucia powierzchownego (tzw. spodni do jazdy konnej)[13]. Wykonując badanie kliniczne stwierdza się wiotkość mięśnia zwieracza odbytu oraz dużego stopnia osłabienie siły mięśnia czworogłowego uda (osłabienie wyprostów kolana) i mięśni zginaczy grzbietowych stopy (opadanie stopy)[3]. Jeżeli do przemieszczenia jądra dochodzi na poziomie odcinka lędźwiowego kręgosłupa (najczęściej L4-L5 i L5-S1) mówimy o dyskopatii lędźwiowej. U osób dotkniętych tą jednostką chorobową widoczne jest zachwianie fizjologicznego ustawienia krzywizn kręgosłupa, gdzie najczęściej dochodzi do wyrównania lordozy lędźwiowej i lekkiego przodozgięcia kręgosłupa z towarzyszącym skrzywieniem bocznym. Powoduje to ograniczenie zakresu ruchów kręgosłupa. Badania przeprowadzone przez Gasika i wsp.[5] wykazały, że rotacja kręgosłupa towarzysząca dyskopatii lędźwiowej ma negatywny wpływ na zakres ruchów w stawach biodrowych. Ponadto towarzyszący dyskopatii ból występujący w okolicy lędźwiowo-krzyżowej kręgosłupa, mogący promieniować do kończyn dolnych, potęguje ograniczenie ruchowe chorego. Pacjent z powodu bólu unika określonych ruchów nasilających te dolegliwości i spontanicznie przyjmuje pozycje zmniejszające ból. Takie postępo-

wanie w sytuacji nasilającego się bólu w konsekwencji uniemożliwia wykonywanie wielu czynności[4]. Dyskopatia ogranicza sprawność fizyczną chorego, wpływa nie tylko na wykonywanie dotychczasowej pracy zawodowej, ale również zmniejsza samodzielność chorego w radzeniu sobie z czynnościami dnia codziennego [11]. Problemy w zakresie wydolności funkcjonalnej, uzależnienie od pomocy innych osób, zwłaszcza w najbardziej podstawowych czynnościach powodują obniżenie jakości życia[14]. U chorych, u których doszło do upośledzenia sprawności funkcjonalnej w przebiegu dyskopatii lędźwiowej może dochodzić do depresji[10]. Dyskopatia i towarzyszące jej zespoły bólowe kręgosłupa lędźwiowego stanowią powszechny problem społeczny. Zaburzają sferę biologiczną, psychiczną i społeczną chorego prowadząc do jego niepełnosprawności. Rezygnacja z pracy zawodowej (obniżenie statusu finansowego), życia towarzyskiego, pełnienia ról społecznych i najbardziej dotkliwa utrata zdolności do samoopieki są wynikiem tego schorzenia. Celem badań była ocena wydolności funkcjonalnej pacjentów z dyskopatią lędźwiową.

MATERIAŁ I METODA

Badanie przeprowadzono w grupie 103 pacjentów ze stwierdzoną dyskopatią lędźwiową, którzy byli hospitalizowani w Klinice Neurochirurgii i Neurochirurgii Dziecięcej Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr 4 w Lublinie w 2015 roku. Materiał badawczy zebrano posługując się metodą sondażu diagnostycznego. Do oceny wydolności funkcjonalnej pacjenta wykorzystano standaryzowane narzędzie badawcze w postaci skali Barthel. Skala ta określa wydolność funkcjonalną chorego w zakresach: spożywanie posiłków, przemieszczanie się (z łóżka na krzesło i z powrotem, siadanie), utrzymanie higieny osobistej, korzystanie z toalety, chodzenie po płaskiej powierzchni oraz po schodach, kąpiel całego ciała, ubieranie się, kontrolowanie oddawania stolca i moczu. Interpretacja polega na zsumowaniu uzyskanych przez chorego punktów i zakwalifikowaniu go do jednej z trzech kategorii: kategoria I (86-100pkt.) - samodzielność w wykonywaniu czynności dnia codziennego, kategoria II (21-85pkt.) - pacjent częściowo nie radzi sobie z czynnościami dnia codziennego, kategoria III (0-20pkt.) - pacjent nie potrafi samodzielnie wykonywać większości tych czynności[12,6]. Skala ta jest powszechnie stosowana do określania niepełnosprawności chorej osoby. Ponadto pacjenci dokonali subiektywnej oceny bólu występującego w odcinku lędźwiowo-krzyżowym kręgosłupa i bólu promieniującego do kończyn dolnych przy pomocy wizualno-analogowej skali VAS. W celu uzupełnienia danych dotyczących pacjenta wykorzystano autorski kwestionariusz własny. Zebrany materiał badawczy poddano analizie statystycznej w programie IBM SPSS Statitics wykorzystując test Chi-2.

WYNIKI

W badanej grupie liczącej 103 pacjentów ze stwierdzoną dyskopatią lędźwiową znalazło się 49 mężczyzn i 54 kobiety. Dla potrzeb badania wydzielono trzy grupy wiekowe. Najliczniejszą (54,37%) grupę stanowili pacjenci w wieku 46-65 lat, 24,27% to osoby z przedziału 17-45 lat oraz 21,36% to chorzy w grupie wiekowej

66-80 lat. Wśród badanych przeważały osoby z wykształceniem średnim 36,89%, i zawodowym 33,01%. Badani w zbliżonym procencie pochodzili z miast powyżej 100 tys. mieszkańców - 31,07% i z miast poniżej 100 tys. mieszkańców - 29,13%. Nieco więcej pacjentów (39,81%) mieszkało na wsi. Większość ankietowanych mieszkało w gospodarstwach dwuosobowych (39,81%). W rodzinach liczniejszych niż 4 osoby zamieszkujące wspólnie przebywało 18,45% badanych, w czteroosobowych - 15,53%, trzyosobowych - 12,62% i samotnie 13,59% respondentów. Orzeczenie o inwalidztwie z powodu dyskopatii lędźwiowej posiadało 24,27% badanych, a 10,68% z powodu innej choroby kręgosłupa. Blisko połowa badanych nie posiadała orzeczenia o inwalidztwie (46,6%). Analiza dolegliwości bólowych odczuwanych przez badanych chorych wykazała, że ból łagodny odczuwało 1,94% pacjentów, ból o umiarkowanym nasileniu - 17,48% badanych, ból silny - 19,42%, ból bardzo silny - 37,86%, a ból nie do zniesienia - 23,30% chorych.

Wyniki badań własnych dotyczące wydolności funkcjonalnej grupy badanych pacjentów z dyskopatią lędźwiową ocenianej skalą Barthel wykazały, że 50,49% ankietowanych uzyskało 21-85 pkt., co kwalifikowało tych chorych do kategorii II oznaczającej, że pacjent częściowo nie radzi sobie z czynnościami dnia codziennego. Natomiast 49,51% badanych otrzymało 86-100 punktów, co oznacza kategorię I, czyli samodzielność w wykonywaniu tych czynności. Wśród osób ankietowanych nie było chorych w stanie bardzo ciężkim, czyli takich, które uzyskały poniżej 20 pkt.

Analizując czynności składające się na ocenę wydolności funkcjonalnej pacjentów według skali Barthel wykazano, że w zakresie spożywania posiłków 85,44% badanych było samodzielnymi, pozostali chorzy (14,56%) potrzebowali częściowej pomocy w przygotowaniu posiłku (np. krojeniu, smarowaniu masłem). Wśród badanych nie było osób, które nie były w stanie samodzielnie jeść. Analiza badań dotyczących wydolności badanych pod względem przemieszczania się z łóżka na krzesło i z powrotem oraz siadania wykazała, że 0,97% respondentów nie było w stanie przemieszczać się i siedzieć samodzielnie, 4,85% chorych potrzebowało większej pomocy (fizycznej) jednej lub dwóch osób, a 25,24% - mniejszej pomocy (słownej lub fizycznej) przy przemieszczaniu się i siadaniu. Pozostali chorzy (68,93%) byli samodzielnymi w tym zakresie. Z utrzymaniem higieny osobistej 92,23% badanych chorych radziło sobie samodzielnie. Pozostała część badanych potrzebowała pomocy w wykonywaniu czynności takich jak: mycie twarzy, golenie się, czesanie, mycie zębów (również z zapewnionymi pomocami). Większość pacjentów (87,38%) była niezależna w dotarciu do toalety oraz zakładaniu i zdejmowaniu części garderoby, natomiast 11,65% chorych częściowo potrzebowało pomocy w tym zakresie. Jedyne niecały procent badanych był całkowicie zależny od pomocy opiekuna w korzystaniu z toalety. W zakresie mycia, kąpieli całego ciała większość chorych (83,49%) była samodzielnymi, jedynie 16,50% osób było zależnych od pomocy opiekunów. Analizując zdolność pacjentów do poruszania się po powierzchniach płaskich 64,08% badanych było niezależnych (także przy pomocy sprzętu wspomagającego) przy pokonywaniu odległości powyżej 50 metrów. Blisko 20% chorych spacerowało z pomocą jednej osoby na odległość powyżej 50 metrów. Osoby niez-

leżne na wózku lub poruszające się na odległość poniżej 50 metrów przy użyciu sprzętu wspomagającego stanowiły 12,62% grupy badanej i jedynie 3,88% chorych nie poruszało się samodzielnie lub było zależnych w poruszaniu się na wózku inwalidzkim. Wchodzenie i schodzenie po schodach sprawiało pacjentom najczęściej trudności. Tylko 42,72% badanych było samodzielnych w tym zakresie, 45,63% chorych potrzebowało pomocy, a 11,65% pacjentów nie było w stanie w ogóle wykonać tej czynności. Analiza badań wykazała, że w zakresie sprawności zmiany odzieży (ubierania się i rozbierania) 80,58% badanych było samodzielnych, 17,48% osób potrzebowało pomocy, ale część czynności wykonywało samodzielnie, jedynie 1,94% było całkowicie zależnych od pomocy opiekuna. Problemy z kontrolowaniem oddawania stolca występowały u części chorych: 17,48% sporadycznie bezwiednie oddawało stolec, a 2,91% nie panowało nad oddawaniem stolca lub występowała konieczność wykonania lewatywy. Pozostali (79,61%) badani nie mieli problemów z defekacją. Kontrolowanie oddawania moczu sprawiało problem 32,04% badanych (sporadycznie bezwiednie oddaje mocz), jeden pacjent zupełnie nie panował nad tą czynnością. Reszta chorych (66,99%) nie zgłaszała problemów z mikcją.

Nie stwierdzono istotnych statystycznie zależności pomiędzy ogólnym wynikiem wydolności funkcjonalnej chorych ocenianej według skali Barthel, jak również poszczególnymi jej składnikami (czynnościami) a danymi socjo-demograficznymi badanej grupy. Wykazano natomiast istotną zależność pomiędzy zdolnością spożywania posiłków a: przemieszczaniem się z łóżka na krzesło i z powrotem (Chi-2 Pearona, $p=0,00002$; Chi-2NW, $p=0,00094$), utrzymaniem higieny osobistej (Chi-2 Pearona, $p=0,00006$; Chi-2NW, $p=0,00092$, Chi-2Yatesa, $p=0,00050$), korzystaniem z toalety (Chi-2 Pearona, $p=0,00073$; Chi-2NW, $p=0,00478$), kąpielą całego ciała (Chi-2 Pearona, $p=0,00001$; Chi-2NW, $p=0,00009$), poruszaniem się po powierzchniach płaskich (Chi-2 Pearona, $p=0,00000$; Chi-2NW, $p=0,00009$), wchodzeniem i schodzeniem po schodach (Chi-2 Pearona, $p=0,00000$; Chi-2NW, $p=0,00006$) oraz zmianą odzieży (ubieraniem i rozbieraniem się) (Chi-2 Pearona, $p=0,00000$; Chi-2NW, $p=0,00001$). Zależności te polegały na tym, iż ograniczeniu sprawności przygotowywania i spożywania posiłków towarzyszyło ograniczenie wykonywania pozostałych czynności. Nie wykazano zależności pomiędzy przygotowywaniem i spożywaniem posiłków a czynnością kontrolowania oddawania stolca i moczu. Badania własne uwiaryściły istotną statystycznie korelację pomiędzy przemieszczaniem się a: utrzymaniem higieny osobistej (Chi-2 Pearona, $p=0,00000$; Chi-2NW, $p=0,00104$), korzystaniem z toalety (Chi-2 Pearona, $p=0,00000$; Chi-2NW, $p=0,00000$), kąpielą całego ciała (Chi-2 Pearona, $p=0,00001$; Chi-2NW, $p=0,00037$), poruszaniem się po powierzchniach płaskich (Chi-2 Pearona, $p=0,00000$; Chi-2NW, $p=0,00001$), ubieraniem i rozbieraniem się (Chi-2 Pearona, $p=0,00000$; Chi-2NW, $p=0,00001$) oraz poruszaniem się po schodach (Chi-2 Pearona, $p=0,00000$; Chi-2NW, $p=0,00031$). Badani, którzy wykazywali problemy z przemieszczaniem się z łóżka na krzesło i z powrotem oraz siadaniem mieli również problemy z wykonywaniem wyżej wymienionych czynności. Nie zaobserwowano zależności pomiędzy przemieszczaniem się z łóżka na krzesło i z powrotem oraz siadaniem a czynnością kontrolowania oddawania stolca i moczu. Ponadto stwierdzono istotną statystycznie relację pomiędzy zdolnością utrzymania higieny osobi-

stej a: sprawnością korzystania z toalety (Chi-2 Pearona, $p=0,00000$; Chi-2NW, $p=0,00003$), myciem całego ciała (Chi-2 Pearona, $p=0,00000$; Chi-2NW, $p=0,00000$), poruszaniem się po powierzchniach płaskich (Chi-2 Pearona, $p=0,00000$; Chi-2NW, $p=0,00207$), poruszaniem się po schodach (Chi-2 Pearona, $p=0,00007$; Chi-2NW, $p=0,00279$) oraz zmianą odzieży (Chi-2 Pearona, $p=0,00010$; Chi-2NW, $p=0,00126$). Zależności te ujawniły, że ograniczeniu sprawności pacjentów w utrzymaniu higieny osobistej towarzyszyło ograniczenie wykonywania pozostałych czynności. Nie stwierdzono związków pomiędzy zdolnością badanych do utrzymania higieny osobistej a czynnością kontrolowania oddawania stolca i moczu. W przeprowadzonych badaniach zaobserwowano istotną statystycznie zależność pomiędzy zdolnością do korzystania z toalety a: kąpielą całego ciała (Chi-2 Pearona, $p=0,00000$; Chi-2NW, $p=0,00012$), poruszaniem się po powierzchniach płaskich (Chi-2 Pearona, $p=0,00000$; Chi-2NW, $p=0,00030$), wchodzeniem i schodzeniem po schodach (Chi-2 Pearona, $p=0,00005$; Chi-2NW, $p=0,00134$), a także zmianą odzieży (Chi-2 Pearona, $p=0,00000$; Chi-2NW, $p=0,00001$). Zależności te dotyczyły osłabienia wydolności badanych w zakresie wymienionych czynności w przypadku, gdy wykazywali oni ograniczenia w korzystaniu z toalety. Nie było istotnych korelacji pomiędzy zdolnością korzystania z toalety a czynnością kontrolowania oddawania stolca i moczu. Istotna statystycznie zależność występowała również pomiędzy sprawnością kąpieli całego ciała a: poruszaniem się po powierzchniach płaskich (Chi-2 Pearona, $p=0,00000$; Chi-2NW, $p=0,00002$), wchodzeniem i schodzeniem po schodach - (Chi-2 Pearona, $p=0,00000$; Chi-2NW, $p=0,00045$), zmianą odzieży (Chi-2 Pearona, $p=0,00000$; Chi-2NW, $p=0,00006$), kontrolowaniem oddawania stolca (Chi-2 Pearona, $p=0,00203$; Chi-2NW, $p=0,01254$). Pacjenci, którzy potrzebowali pomocy przy myciu całego ciała istotnie częściej deklarowali problemy w radzeniu sobie z pozostałymi czynnościami. Nie wykazano zależności pomiędzy zdolnością badanych do kąpieli całego ciała a czynnością kontrolowania oddawania moczu. Analiza statystyczna uwidoczniła istnienie istotnych statystycznie zależności pomiędzy poruszaniem się po powierzchniach płaskich a: wchodzeniem i schodzeniem po schodach (Chi-2 Pearona, $p=0,00000$; Chi-2NW, $p=0,00000$), ubieraniem i rozbieraniem się (Chi-2 Pearona, $p=0,00014$; Chi-2NW, $p=0,00292$) oraz kontrolowaniem stolca (Chi-2 Pearona, $p=0,00010$; Chi-2NW, $p=0,00126$). Wykazano bliską istotności zależność pomiędzy poruszaniem się po powierzchniach płaskich a czynnością kontrolowania oddawania moczu, ponieważ osoby z ograniczoną zdolnością poruszania się miały również ograniczoną zdolność kontrolowania mikcji (Chi-2 Pearona, $p=0,02677$; Chi-2NW, $p=0,08261$). Istotnie statystycznie zależności wyliczono pomiędzy wchodzeniem i schodzeniem po schodach a zmianą odzieży oraz kontrolą mikcji. Wraz ze wzrostem ograniczenia w zakresie ubierania się i rozbierania nasilało się ograniczenie sprawności pacjentów do poruszania się po schodach (Chi-2 Pearona, $p=0,00002$; Chi-2NW, $p=0,00030$). Chorzy, którzy potrzebowali pomocy w poruszaniu się po schodach istotnie częściej deklarowali problemy z mikcją (Chi-2 Pearona, $p=0,00188$; Chi-2NW, $p=0,00067$). Nie stwierdzono istotnego związku pomiędzy sprawnością chodzenia po schodach a czynnością kontrolowania oddawania stolca.

Zależności występujące pomiędzy sprawnością zmiany odzieży a poszczególnymi wyznacznikami skali Barthel zostały opisane powyżej. Nie stwierdzono jednak korelacji pomiędzy zdolnością zmiany odzieży a czynnością kontrolowania oddawania stolca i moczu. Istnieje natomiast istotna zależność pomiędzy czynnością kontrolowania oddawania stolca a czynnością kontrolowania oddawania moczu (Chi-2 Pearsona, $p=0,00000$; Chi-2NW, $p=0,00001$). Pacjenci, którzy mieli problemy z oddawaniem moczu istotnie częściej mieli też problemy z defekacją.

OMÓWIENIE WYNIKÓW BADAŃ

Dyskopatia jest poważnym problemem, zarówno w sferze socjalnej, jak i klinicznej. Dyskomfort powodowany bólem, który towarzyszy dyskopatii lędźwiowo-krzyżowej może prowadzić do funkcjonalnej niepełnosprawności ograniczając wydolność ruchową i uniemożliwiając samodzielność osoby chorej. Badania własne wykazały, że dyskopatia lędźwiowa w znaczny sposób ogranicza wydolność funkcjonalną pacjentów. Połowa badanych chorych uzyskała 21-85 pkt. w skali Barthel, co świadczy o upośledzeniu sprawności pacjentów i oznacza, że osoby te częściowo nie radziły sobie z czynnościami dnia codziennego. Pozostali badani (49,51%) otrzymali 86-100 punktów, co oznacza kategorię I, czyli samodzielność w wykonywaniu czynności dnia codziennego. Połowa chorych badanych przez Klimaszewską i wsp.[9] również była w stanie funkcjonować samodzielnie w życiu codziennym. Radziszewski[16] wykazał, że dominującym objawem dyskopatii są ból i ograniczenie sprawności funkcjonalnej chorych. Badania Czaji i wsp.[2] podobnie wykazały, że pacjenci z dyskopatią lędźwiową mają obniżony poziom sprawności funkcjonalnej ocenianej przy pomocy wskaźnika ODI. Średni stopień niepełnosprawności pacjentów zaobserwowany w badaniach przeprowadzonych przez Stefane i wsp.[18] przy pomocy kwestionariusza Rolanda-Morrisa wyniósł 14,4 punktu, co oznacza poważną niepełnosprawność badanych. Analizując badania własne pod kątem wydolności funkcjonalnej wykazano, że dyskopatia wpływa na upośledzenie wszystkich czynności ocenianych przy pomocy skali Barthel, jednak najbardziej ogranicza zdolność chodzenia po schodach, poruszania się po powierzchniach płaskich, oddawania moczu oraz przemieszczania się z łóżka na krzesło i z powrotem, siadania. Badania Cichońskiej i wsp.[1] wykazały, że codzienne funkcjonowanie pacjentów z dyskopatią lędźwiową jest ograniczone, gdyż chorym sprawiają trudność powszechnie wykonywane czynności takie jak: spanie, chodzenie, prowadzenie samochodu, siedzenie, podnoszenie ciężkich przedmiotów oraz stanie. Badania własne nie wykazały istotnych zależności pomiędzy wydolnością funkcjonalną a czynnikami socjo-demograficznymi. Czaja i wsp.[2] badając sprawność pacjentów z dyskopatią przy pomocy kwestionariusza ODI również nie wykazała wpływu danych socjo-demograficznych takich jak: płeć, wiek, wykształcenie, rodzaj wykonywanej pracy czy miejsce zamieszkania na stopień niesprawności tych chorych. Natomiast Jabłońska i wsp.[7] wykazali związek pomiędzy wydolnością funkcjonalną pacjentów z dyskopatią lędźwiową (ocenianą wskaźnikiem Repty) a wiekiem badanych, ich płcią, miejscem zamieszkania, statusem zawodowym i rodzajem wykonywanej pracy. Badania Snarskiej i wsp.[17] uwiaryściły związek pomiędzy wydolno-

ścią funkcjonalną chorych a rodzajem wykonywanej pracy, ich stanem cywilnym i wykształceniem. Badania własne wykazały istotne statystycznie zależności pomiędzy poszczególnymi czynnościami ocenianymi skalą Barthel. Okazało się, że ograniczeniu sprawności do wykonania jednej czynności towarzyszyło ograniczenie zdolności wykonywania innej czynności. Takie obniżenie wydolności funkcjonalnej chorego utrudnia a nawet uniemożliwia wykonywanie pracy zawodowej. Badania własne wykazały, że orzeczenie o inwalidztwie z powodu dyskopatii lędźwiowej posiadało 24,27% badanych, 10,68% z powodu innej choroby kręgosłupa. Badania prowadzone przez Radziszewskiego[15] wykazały, że choroba ta w istotny sposób wpływa na obniżenie zdolności człowieka do wykonywania pracy zawodowej. A badania Johansson i wsp.[8] potwierdzają ten fakt, ponieważ ponad połowa osób z dyskopatią lędźwiową poddanych badaniu przebywała na zwolnieniu chorobowym, średnio 3,5 miesiąca. W podsumowaniu należy więc podkreślić, że dyskopia lędźwiowa i towarzyszące jej dolegliwości bólowe ograniczają wydolność funkcjonalną chorych w zakresie wykonywania czynności dnia codziennego i wpływają negatywnie na życie osobiste, społeczne i zawodowe tych osób.

WNIOSKI

1. Pacjenci z dyskopatią lędźwiową mają obniżoną wydolność funkcjonalną.
2. Wydolność funkcjonalna pacjentów z dyskopatią lędźwiową jest najbardziej ograniczona w zakresie chodzenia po schodach, poruszania się po powierzchniach płaskich, kontroli oddawania moczu oraz przemieszczania się z łóżka na krzesło i z powrotem, siadania.

PIŚMIENNICTWO

1. Cichońska M. i wsp.: Nasilenie bólu i sposoby radzenia sobie z bólem przez osoby z dyskopatią. *Polish Journal of Health and Fitness* 2015, 1, 83-98.
2. Czaja E. i wsp.: Jakość życia pacjentów z dyskopatią lędźwiowo-krzyżową kręgosłupa. *Pielęgniarstwo Neurologiczne i Neurochirurgiczne* 2012, 3, 92-96.
3. [Dobrogowski J.](#), [Dutka J.](#): Zespoły bólowe narządu ruchu. *Terapia* 2004, 10, 36-41.
4. Drezner J.A., Stanley A.H.: Managing low-back pain. *The Physician and Sportsmedicine* 2001, 29(8), 37-43.
5. Gasik R., Styczyński T.: Badanie wpływu rotacji lędźwiowego odcinka kręgosłupa u pacjentów z dyskopatią przepuklinową L4-L5 i/lub L5-S1 na zakres ruchów stawów biodrowych. *Reumatologia* 2007, 5, 264-267.
6. Grochulska A., Jastrzębska M.: Poprawa stanu funkcjonalnego osób po przebytym udarze mózgu - rola pielęgniarki. *Problemy Pielęgniarstwa* 2012, 20(3), 300-309.

7. Jabłońska R. i wsp.: Uwarunkowania wydolności funkcjonalnej chorych we wczesnym okresie pooperacyjnym leczenia dyskopatii lędźwiowo-krzyżowej. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne* 2008, 4, 144-150.
8. Johansson A.C. i wsp.: Psychosocial stress factors among patients with lumbar disc herniation, scheduled for disc surgery in comparison with patients scheduled for arthroscopic knee surgery. *European Spine Journal* 2007, 7, 961-970.
9. Klimaszewska K. i wsp.: Jakość życia pacjentów z zespołami bólowymi odcinka lędźwiowego kręgosłupa. *Problemy Pielęgniarstwa* 2011, 1, 47-54.
10. Levy H.I. i wsp.: Three-question depression screener used for lumbar disc herniations and spinal stenosis. *Spin.* 2002, 27 (11), 1232-1237.
11. Łuczyszyn P., Puszczalowska-Lizis E.: Wpływ kompleksowego programu rehabilitacji uzdrowskiej na parametry czynnościowe kręgosłupa piersiowo-lędźwiowego u chorych z dyskopatią lędźwiową. *Fizjoterapia* 2007, 15(4), 47-53.
12. Mahoney F.I., Barthel D.: Functional evaluation: the Barthel Index. *Maryland State Medical Journal* 1965, 14, 56-61.
13. Morton M.: Zespoły bólowe kręgosłupa. *Przewodnik Lekarza* 2008, 5, 45-55.
14. Radziszewski K.R.: Analiza objawów depresyjnych u pacjentów z dyskopatią lędźwiową leczonych zachowawczo bądź operacyjnie. *Postępy Psychiatrii i Neurologii* 2006, 2, 77-81.
15. [Radziszewski K.R.](#): Analiza porównawcza aktywności zawodowej pacjentów z dyskopatią lędźwiową leczonych wyłącznie zachowawczo bądź operowanych. [Wiadomości Lekarskie](#) 2007, 1/2, 15-21.
16. [Radziszewski K.R.](#): Porównawcza retrospektywna analiza dolegliwości bólowych u chorych na dyskopatię lędźwiową leczonych zachowawczo bądź operacyjnie. *Polski Merkuriusz Lekarski* 2006, 21, 335-340.
17. Snarska K.K. i wsp.: Determinants of Functional Capacity in Patients with Lumbar Sacral Dicoopathy Treated Conservatively. *The Journal of Neurological and Neurosurgical Nursing* 2015, 4(1), 4-12.
18. Stefane T. i wsp.: Chronic low back pain: pain intensity, disability and quality of life. [Acta Paulista de Enfermagem](#) 2013, 26(1), 14-20.

STRESZCZENIE

Dyskopatia jest poważnym problemem, zarówno w sferze socjalnej, jak i klinicznej. Dyskomfort powodowany bólem, który towarzyszy dyskopatii lędźwiowo-krzyżowej może prowadzić zarówno do funkcjonalnej niepełnosprawności, jak i do obniżenia jakości życia pacjentów. Celem badań była ocena wydolności funkcjonalnej pacjentów z dyskopatią lędźwiową. Badaniem objęto 103 pacjentów hospitalizowanych z powodu dyskopatii lędźwiowej. Zastosowano skalę Barthel do oceny wydolności funkcjonalnej, wizualno-analogową skalę do oceny bólu -VAS

*Jolanta Celej-Szuster, Krzysztof Turowski, Elżbieta Przychodzka,
Regina Lorencowicz*

Wydolność funkcjonalna pacjentów z dyskopatią lędźwiową

oraz skonstruowany na potrzeby badania własny kwestionariusz ankiety. Pacjenci z dyskopatią lędźwiową mają obniżoną wydolność funkcjonalną. Wydolność funkcjonalna pacjentów z dyskopatią lędźwiową jest najbardziej ograniczona w zakresie chodzenia po schodach, poruszania się po powierzchniach płaskich, oddawania moczu oraz przemieszczania się z łóżka na krzesło i z powrotem, siadania.

ABSTRACT

Degenerative Disc Disease (DDD) is a serious problem, both in the social as well as in the clinical aspect. Pain discomfort which accompanies lumbosacral discopathy can lead both to functional disability as well as to the reduction of patients' quality of life. The aim of this study was to evaluate the functional ability of patients with lumbar discopathy. The study included 103 patients hospitalized for lumbar disc disease. Index Barthel were applied to assess functional ability, whereas Visual Analogue Scale - VAS, and author's own questionnaire. Patients suffering from lumbar DDD have reduced functional ability. The functional ability of patients with lumbar disc herniation is most limited in: stair climbing, mobility (on level surfaces), bladder control and transfer (bed to chair and back).

Artykuł zawiera 24900 znaków ze spacjami