

Katedra i Zakład Pielęgniarstwa Neurologicznego
Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Lublinie
Department of Neurological Nursing, Medical University of Lublin

REGINA LORENCOWICZ, JÓZEF JASIK, WIKTORIA SIRY,
ELŻBIETA PRZYCHODZKA, KRZYSZTOF TUROWSKI

***Wybrane czynniki warunkujące sprawność funkcjonalną
pacjentów z zespołem bólowym kręgosłupa
i ich wpływ na dobrostan***

**Selected determinants of functional abilities of patients
with spinal pain syndromes and their impact
on the wellbeing of patients**

Słowa kluczowe: ból krzyża, wydolność funkcjonalna, pacjent

Key words: back pain, functional capacity, patient

Zespół bólowy kręgosłupa to jeden z najczęstszych problemów zdrowotnych współczesnego społeczeństwa. Ostre zespoły bólowe dolnego odcinka kręgosłupa występują u 28 osób na 1000 mieszkańców. Choroba dotyka częściej mężczyzn pomiędzy 25 a 64 rokiem życia [10]. W populacji 100000 mieszkańców na ostry zespół bólowy szyjnego odcinka kręgosłupa cierpi 107 i 64 kobiety. Najczęściej ból pojawia się pomiędzy 50 a 54 rokiem życia [2]. Ponadto zespoły bólowe kręgosłupa stanowią bardzo poważny problem ekonomiczny dla współczesnego społeczeństwa ponieważ są statystycznie najczęstszą u mężczyzn i drugą, co do częstości u kobiet przyczynę absencji w pracy, a w 20% są wskazaniem do przyznania renty inwalidzkiej z powodu trwałej niezdolności do pracy [5].

Ból jest doznaniem wielowymiarowym i subiektywnym, stąd też trudno o jego bezpośrednią i obiektywną ocenę [4]. Natężenie odczuwania bólu jest bardzo subiektywne zależy nie tylko od zaawansowania procesów patologicznych z daną jednostką chorobową. Intensywność doznań bólowych jest ściśle związana z osobowością cierpiącego i z jego stanem ducha [3]. Obejmuje ona normalne, nadmierne lub znacznie osłabione odczucie bólu w stosunku do toczącego się w organizmie procesu chorobowego. Czasem intensywność doznań bólowych jest uwarunkowana genetycznie [9]. Międzynarodowe Stowarzyszenie Badania Bólu definiuje ból się jako nieprzyjemne doznanie zmysłowe i emocjonalne związane z aktualnie występującym lub potencjalnym uszkodzeniem tkanek albo opisywane w kategoriach takiego uszkodzenia. Możemy wyróżnić kilka rodzajów bólu m. in. ból ostry, który ma najczęściej związek z uszkodzeniem konkretnej tkanki, ból przewlekły trwający latami, któremu towarzyszą ograniczenia funkcjonowania, często depresja, zaburzenia emocjonalne [7].

Przewlekły zespół bólowy kręgosłupa przyczynia się do powstawania negatywnych emocji, które destabilizują jakość życia pacjenta. Na pogłębienie odczuwania bólu przez chorego ma również wpływ brak dostatecznej wiedzy o potencjalnych przyczynach dysfunkcji kręgosłupa oraz o możliwych działaniach terapeutycznych [6]. Nieleczony ból może wywołać reakcje psychiczne organizmu, które zakłócają lub uniemożliwiają skuteczne leczenie i rehabilitację zespołu bólowego kręgosłupa [1].

Celem pracy była ocena wpływu nasilenia dolegliwości bólowych na codzienne funkcjonowanie i jakość życia pacjentów ze zdiagnozowanym zespołem bólowym kręgosłupa.

MATERIAŁ I METODA

W pracy wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego. Główną techniką zbierania danych była ankieta. Narzędziem badawczym był anonimowy kwestionariusz ankiety, który składał się z trzech części.

Pierwsza część ankiety to autorski kwestionariusz ankiety. Pytania dotyczyły cech demograficznych badanej grupy. Do oceny jakości życia posłużono się testem WHOQOL. W trzeciej części oceniano stopień niepełnosprawności pacjentów wskaźnikiem sprawności w bólach krzyża (Revised Oswestry Low Back Pain Disability Questionnaire, Oswestry Disability Index – ODI).

Badania do niniejszej pracy zostały przeprowadzone od grudnia 2012 do lutego 2013 r. w Wojewódzkim Szpitalu w Przemyślu na oddziale neurologicznym oraz rehabilitacyjnym. Przed rozpoczęciem badań uzyskano zgodę dyrekcji, Badaniami objęto pacjentów z zdiagnozowaną dyskopatią. Ankieta była dobrowolna i anonimowa.

Uzyskane wyniki badań poddano analizie statystycznej. Wartości analizowanych parametrów mierzalnych przedstawiono przy pomocy wartości średniej, mediany i odchylenia standardowego, a dla nie mierzalnych przy pomocy liczebności i odsetka. Dla cech mierzalnych normalność rozkładu analizowanych parametrów oceniano przy pomocy testu w Shapiro -Wilka.

Do porównania dwóch grup niezależnych zastosowano test U Manna - Whitneya. Dla więcej niż dwóch grup zastosowano test Kruskala - Wallisa. Do zbadania związku

pomiędzy zmiennymi zastosowano korelację R Spearmana. Dla niepowiązanych cech jakościowych do wykrycia istnienia różnic między porównywanymi grupami użyto testu jednorodności Chi². Do zbadania istnienia zależności między badanymi cechami użyto testu niezależności Chi².

Przyjęto poziom istotności $p < 0,05$ wskazujący na istnienie istotnych statystycznie różnic bądź zależności. Bazę danych i badania statystyczne przeprowadzono w oparciu o oprogramowanie komputerowe STATISTICA 8.0 (StatSoft, Polska), program Excel oraz program Gretl.

Badaniami objęto grupę 101 pacjentów z dyskopatią. Wśród ankietowanych 37,1% (n=32) stanowili mężczyźni, zaś 68,3% (n=69) kobiety. Ankietowani od 31-55 lat stanowili 46,5% (n=47), średnia w tym przedziale wiekowym wynosiła 45,7. W wieku od 56- 70 lat badanych było 28,7% (n=29), średnia wieku w grupie to 63,0, zaś powyżej 70 lat badanych było 15,8% (n=16), średnia wieku w grupie - 76,6, a najmniejszą grupę stanowili badani do 30 lat było 8,9% (n= 9) średnia wieku w tej grupie - 27,1 42,6%, (n=43) respondentów mieszkało w mieście, natomiast 57,4%, (n=58) mieszkało na wsi. Ankietowani najczęściej mieli wykształcenie średnie, (n=49; 48,5%), natomiast 26,7% (n=27) badanych miało wykształcenie zasadnicze zawodowe, 14,9% (n=15) miało wykształcenie podstawowe i 9,9% (n=10) wyższe. Większość badanych pracowało fizycznie, (n=34; 33,7%), natomiast 13,9% (n=14) wykonywało pracę w handlu i usługach, pracę biurową 12,9% (n=13). Na emeryturze przebywało 21,8% (n=22) ankietowanych, natomiast 9,9% (n=10), było na rencie, 3,0% (n=3) wykonywało inną pracę i 5,0% (n=5) nie pracowało. Średni staż pracy ankietowanych wynosił $17,4 \pm 16,1$ lat (1,5 roku do 38 lat). Wśród ankietowanych 48,5% (n=49) miało staż pracy do 10 lat, natomiast 32,7% (n=33) powyżej 24 lat i 18,8% (n=19) od 11 do 23 lat. Większość respondentów miało prawidłową masę ciała (n=65; 64,4%), 35,6% (n=36) miało nadwagę, a 8% (n=7,9%) miało otyłość. Ankietowani mieli dyskopatię odcinka lędźwiowego 61,4% (n=62), natomiast 11,9% (n=12) badanych miało dyskopatię szyjną i u 26,7% (n=27) zdiagnozowano dyskopatię w obu odcinkach lędźwiowym i szyjnym.

WYNIKI I DYSKUSJA

Dolegliwości bólowe w obrębie kręgosłupa należą do najbardziej przewlekły schorzeń nękających współczesne społeczeństwo. W badanej populacji aż 42,5% respondentów przez ponad 10 lat żyło z przewlekłym bólem kręgosłupa. Duża część badanych (15,8%) obcowała z permanentnym bólem kręgosłupa przez ponad dwie dekady życia. Niemal wszyscy (96%) biorący udział w badaniu przyznali, że ból kręgosłupa w mniejszym lub większym stopniu utrudniał im wykonywanie codziennych obowiązków w pracy. O skali problemu świadczy fakt, że 30,7% respondentów musiało, z powodu nasilenia dolegliwości bólowych, skorzystać ze zwolnienia lekarskiego.

Sprawdzenie wpływu bólu kręgosłupa na sprawność funkcjonalną pacjentów poprzedzono oceną stopnia nasilenia dolegliwości bólowych. Z przeprowadzonych badań wynika, że najbardziej narażony na destrukcyjny wpływ postępu cywilizacyjnego

jest odcinek lędźwiowy kręgosłupa. Zdecydowana większość (84,16%) badanych przyznała, że odczuwa bóle krzyża, a dla niemal jednej czwartej (24,75%) badanych ból lędźwi był silny, pojawiał się i ustępował (tab. I).

Tab. I Ocena intensywności bólu odcinka lędźwiowego kręgosłupa w badanej grupie

Ocena	N	%
Ból jest bardzo słaby, pojawia się i ustępuje	16	15,84
Ból jest słaby, o stałym natężeniu	9	8,91
Ból jest umiarkowany, pojawia się i ustępuje	17	16,83
Ból jest umiarkowany, o stałym natężeniu	19	18,81
Ból jest silny, pojawia się i ustępuje	25	24,75
Ból jest silny, o stałym natężeniu	15	14,85
Razem	101	100,00

Znacznie mniejszy problem w badanej populacji stanowiły bóle szyjnego odcinka kręgosłupa, które zgłosiła jedna trzecia respondentów. Mimo to dla niemal jednej piątej (17,82) badanych odczuwany ból szyi jest bardziej niż umiarkowany (tab. II).

Tab. II Ocena nasilenia bólu odcinka szyjnego w badanej grupie

Ocena	N	%
Obecnie nie odczuwam żadnego bólu	67	66,34
Obecnie ból jest bardzo łagodny	5	4,95
Obecnie ból jest umiarkowany	11	10,89
Obecnie ból jest dość silny	5	4,95
Obecnie ból jest bardzo silny	12	11,88
Nie mogę sobie wyobrazić gorszego bólu, niż obecny	1	0,99
Razem	101	100

Bóle kręgosłupa stanowiły więc istotny problem w badanej grupie. Dlatego zapytano pacjentów jak bardzo dyskomfort związany z permanentnym bólem pleców utrudnia wykonywanie podstawowych czynności. Okazało się, że ponad jedna trzecia (33,66%) respondentów była zmuszona przez uporczywe bóle kręgosłupa do zmiany sposobu mycia i ubierania się. W przypadku 22,77% badanych udało się tak przeprowadzić zmiany aby zachować samodzielność w czynnościach pielęgnacyjnych, zaś 8,91% respondentów przyznało, że nie może samodzielnie wykonać niektórych czynności pielęgnacyjnych, a 1,98% badanych twierdzi, że w sytuacji zaostrzenia choroby nie jest w stanie się ubrać i umyć się bez pomocy innych (tab.III).

Tab. III Ocena wpływu dolegliwości bólowych na wykonywanie codziennych czynności w badanej grupie

Ocena	N	%
Nie muszę zmieniać mojego sposobu mycia lub ubierania się, aby uniknąć bólu	14	13,86
Zazwyczaj nie zmieniam mojego sposobu mycia się lub ubierania się, mimo iż powoduje to lekki ból	25	24,75

Regina Lorencowicz, Józef Jasik, Wiktoria Siry, Elżbieta Przychodzka,
Krzysztof Turowski

Wybrane czynniki warunkujące sprawność funkcjonalną pacjentów
z zespołem bólowym kręgosłupa i ich wpływ na dobrostan

Ocena	N	%
Mycie i ubieranie się powoduje zwiększenie bólu, ale dają sobie radę nie zmieniając sposobu wykonywania tych czynności	28	27,72
Mycie i ubieranie się powoduje zwiększenie bólu, co zmusza mnie do zmiany sposobu wykonywania tych czynności	23	22,77
Z powodu bólu nie jestem w stanie wykonać bez pomocy niektórych czynności związanych z myciem i ubieraniem.	9	8,91
Z powodu bólu nie jestem w stanie umyć się ani ubrać bez pomocy	2	1,98
Razem	101	100

Niedomoga bólowa kręgosłupa w istotny sposób zaburza codzienne funkcjonowanie jednostki. Dlatego w następnym kroku badawczym określono stopień zaburzenia sprawności DTI wywołany przez zespół bólowy kręgosłupa. Średnia wartość wskaźnika DTI w badanej populacji wyniosła 32% (zakres od do) co wskazuje na umiarkowany wpływ choroby na wydolność funkcjonalną ankietowanych.

Dla analizy czynników warunkujących sprawność funkcjonalną pacjentów z zespołem bólowym kręgosłupa podzielono respondentów na dwie grupy. Do pierwszej grupy zaliczono ankietowanych z minimalnym zaburzeniem sprawności funkcjonalnej ($DTI \leq 20\%$; $n=26$; 25,7%), którym choroba kręgosłupa nie zaburzała codziennego funkcjonowania. Drugą grupę stanowili chorzy funkcjonalnie niesprawni ($DTI > 20\%$; $n=75$; 74,3%), którzy z powodu dysfunkcji kręgosłupa musieli zmodyfikować tryb życia.

Proces starzenia się w naturalny sposób wpływa na wydolność jednostki. Zgodnie z oczekiwaniami przeprowadzona analiza statystyczna wykazała istotny związek pomiędzy stopniem niesprawności a wiekiem, ($p=0,031$). Zdecydowana większość (82,22%) badanych powyżej 55 roku życia miała istotne problemy w codziennym funkcjonowaniu powodu dysfunkcji kręgosłupa, podczas gdy w grupie respondentów przed czterdziestym rokiem życia odsetek ten wyniósł niewiele ponad połowę (52,38%) (tab. IV).

Tab. IV. Stopień niepełnosprawności (DTI) z uwzględnieniem wieku

Wiek	Grupa I	Grupa II	Razem
	N %	N %	N %
Do 40 lat	10 47,62%	11 52,38%	21 100%
41-55 lat	8 22,86%	27 77,14%	35 100%
Powyżej 55 lat	8 17,78%	37 82,22%	45 100%
Razem	26 25,74%	75 74,26%	101 100%
Analiza statystyczna	Chi ² = 6,90 p;=0,031		

Przeprowadzone badania potwierdziły, że nadmierna masa ciała nie sprzyja leczeniu bólów kręgosłupa. Aż trzy czwarte respondentów z otyłością zgłosiło problemy funkcjonalne. Odsetek niesprawnych funkcjonalnie pacjentów z prawidłową masą ciała był istotnie ($p=0,047$) i wyniósł 53,85% (tab. V).

Tab. V. Stopień niepełnosprawności (DTI) z uwzględnieniem wskaźnika BMI

BMI	Grupa I	Grupa II	Razem
	N %	N %	N %
Norma	30 45,15%	35 53,85%	65 100%
Nadwaga	11 39,29%	17 60,71%	28 100%
Otyłość	2 25,00%	6 75,00%	8 100%
Razem	43 25,74%	58 74,26%	101 100%
Analiza statystyczna		$\text{Chi}^2=1,47$; $p=0,047$	

Przeprowadzone badania wykazały, że zespół bólowy kręgosłupa jest chorobą postępującą. Wskazano istotny związek pomiędzy stopniem niesprawności, a czasem trwania dyskopatii ($p=0,012$). Ankietowani, którzy chorowali powyżej 11 lat mieli znacznie częściej borykali się z problemami funkcjonalnymi (80,00%) w porównaniu z badanymi, u których schorzenie kręgosłupa wykryto przed dwoma laty lub później (20,00%) (tab. VI).

Tab. VI. Stopień niepełnosprawności (DTI) z uwzględnieniem czasu trwania choroby

Czas trwania dyskopatii	Grupa I	Grupa II	Razem
	N %	N %	N %
Od 2 lat	12 80,00%	3 20,00%	15 100%
Od 2 do 5 lat	18 64,29%	10 35,71%	28 100%
Od 6 do 10 lat	23 57,61%	26 42,39%	49 100%
Powyżej 11 lat	2 20,00%	8 80,00%	10 100%
Razem	53 25,74%	39 74,26%	92 100%
Analiza statystyczna		$\text{Ch}^2=10,90$; $p=0,012$	

Przeprowadzone badania wskazują, że istotnie (0,007) większą uciążliwość w codziennym funkcjonowaniu sprawiają bóle dolnego odcinka kręgosłupa. Niemal trzy czwarte (72,58%) respondentów zmagających się z bólami krzyża zgłosiło problemy w codziennym funkcjonowaniu, podczas gdy wśród badanych z dysfunkcją szyjnego

Regina Lorencowicz, Józef Jasik, Wiktoria Siry, Elżbieta Przychodzka,
Krzysztof Turowski

Wybrane czynniki warunkujące sprawność funkcjonalną pacjentów
z zespołem bólowym kręgosłupa i ich wpływ na dobrostan

odcinka kręgosłupa odsetek niesprawnych funkcjonalnie nie przekroczył połowy (46,15%). Należy zauważyć, że w grupie ankietowanych, którzy borykali się z bólem zarówno lędźwiowego jak i szyjnego odcinka kręgosłupa niemal wszyscy (92,30%) mieli problemy ze sprawnym funkcjonowaniem w życiu codziennym (tab. VII).

Tab. VII. Stopień niepełnosprawności (DTI) z uwzględnieniem miejsca występowania dyskopatii

Odcinek kręgosłupa	Grupa I N %	Grupa II N %	Razem
lędźwiowy	17 27,42%	45 72,58%	62 100%
szyjny	7 53,85%	6 46,15%	13 100%
Szyjno-lędźwiowy	2 7,69%	24 92,30%	26 100%
Razem	26 25,74%	75 74,26%	101 100%
Analiza statystyczna	Ch ² =9,89; p=0,007		

Następnym celem autorów była analiza potencjalnych związków choroby zwyrodnionej kręgosłupa z odczuwalną jakością życia w badanej populacji. Okazało się, że ocena badanych ogólnej jakości życia wyniosła 2,54 ± 1,01. Nieco lepiej (3,52 ± 1,13) postrzegano wśród badanych ogólny stan zdrowia. Podobnie jak w badaniach przeprowadzonych 2012 roku przez R. Zaniewską i wsp.[11] stwierdzono, że najmniej destrukcyjnie (12,78 ± 4,36) przewlekłe bóle kręgosłupa oddziałują na relacje społeczne pacjentów. Można to tłumaczyć otrzymanym wsparciem ze strony najbliższych. W pozostałych kategoriach otrzymane wyniki były nieznacznie niższe (tab. VIII.)

Tab. VIII. Ocena jakości życia w badanej grupie

Dziedziny	średnia	Mediana	min	max	odch.std.	%
Ogólna jakość życia	2,54	3,00	1,00	4,00	1,01	63,61
Ogólna percepcja zdrowia	3,52	4,00	1,00	5,00	1,13	70,50
Fizyczna	12,75	13,39	10,61	13,94	3,90	91,48
Psychologiczna	11,74	11,96	9,66	13,82	3,78	84,91
Relacje społeczne	12,78	14,10	9,23	15,01	4,36	85,14
środowisko	11,94	11,88	10,50	13,43	4,13	88,94

Przeprowadzone badania wykazały, że istotnym (p=0,04) czynnikiem obniżającym ocenę jakości życia w zespołach bólowych kręgosłupa jest narastająca niepełnosprawność. Ankietowani z umiarkowaną lub ciężką niesprawnością odczuwali istot-

nie (0,001) gorzej oceniali swoje funkcjonowanie w środowisku oraz częściej zgłaszali problemy natury psychologicznej ($p=0,01$). W pozostałych aspektach różnice w ocenie jakości życia nie były istotne ($p>0,05$), (tab. IX).

Tab. IX. Ocena jakości życia w poszczególnych dziedzinach z uwzględnieniem stopnia niesprawności (DTI)

Dziedziny	Grupa I		Grupa II		Analiza statystyczna	
	średnia	odch.std.	średnia	odch.std.	Z	P
Ogólna jakość życia	3,00	0,94	2,51	1,01	-2,08	0,04*
Ogólna percepcja zdrowia	3,50	1,10	3,65	1,02	0,57	0,57
Fizyczna	13,30	1,39	12,82	1,43	-1,32	0,19
Psychologiczna	12,87	1,73	11,70	1,52	-2,64	0,01*
Relacje społeczne	13,18	3,61	13,10	2,96	-0,31	0,75
Środowisko	13,69	1,96	11,84	1,08	-3,84	0,001*

Wcześniejsze rozważania pokazały, iż wraz z wiekiem pacjenci obciążeni przewlekłym bólem kręgosłupa mają narastające problemy z utrzymaniem sprawności fizycznej. Dogłębna analiza pokazała, że proces starzenia się organizmu zmagającego się z bólem pleców w istotny ($p=0,005$) sposób obniża jakość życia jednostki. Najsilniejszy związek wykazano, w ocenie funkcjonowania ankietowanych w środowisku ($p=0,009$), (tab. X).

Tab. X. Ocena jakości życia w poszczególnych grupach z uwzględnieniem wieku

Dziedziny	Do 40 lat		Od 41 lat do 55 lat		Powyżej 56 lat		Analiza statystyczna	
	średnia	odch. std.	średnia	odch. std.	średnia	odch. std.	H	p
Ogólna jakość życia	2,95	0,86	2,51	0,85	2,58	1,16	10,48	0,005*
Ogólna percepcja zdrowia	3,48	1,25	3,63	1,00	3,67	0,98	0,62	0,72
Fizyczna	13,50	1,25	12,90	1,16	12,72	1,55	8,53	0,01*
Psychologiczna	12,83	1,92	12,21	1,51	11,45	1,51	6,24	0,04*
Relacje społeczne	13,65	4,07	12,65	2,84	12,47	2,77	12,59	0,01*
Środowisko	13,74	2,20	12,83	1,37	11,41	1,01	13,34	0,009*

Wcześniejsze rozważania wskazały, że kolejnym elementem, który wyraźnie obniża sprawność fizyczną badanych z zespołem bólowym kręgosłupa była długość trwania dolegliwości. Zgodnie z przewidywaniami wydłużający się okres przewlekłego bólu istotnie ($p=0,009\%$) obniża ocenę ogólnej jakości życia w badanej populacji. Negatywny wpływ przedłużających się dolegliwości bólowych odnotowano zwłaszcza w sferze psychologicznej chorych ($P=0,009$) oraz w funkcjonowaniu ankietowanych w otaczającym środowisku ($p=0,01$). Analiza statystyczna nie wykazała istotnego wpływu przewlekłego bólu kręgosłupa na ogólną percepcję zdrowia i pozostałe badane dziedziny jakości życia ($p>0,05$), (tab. XI).

Regina Lorencowicz, Józef Jasik, Wiktoria Siry, Elżbieta Przychodzka,
Krzysztof Turowski

Wybrane czynniki warunkujące sprawność funkcjonalną pacjentów
z zespołem bólowym kręgosłupa i ich wpływ na dobrostan

Tab. XI. Ocena jakości życia w poszczególnych dziedzinach z uwzględnieniem czasu trwania bólu kręgosłupa

Dziedziny	Do 2 lat		3-5		6- 10		11-20		Powyżej 21 lat		Analiza statystyczna	
	śred-nia	odch.-std.	śred-nia	odch.-std.	śred-nia	odch.-std.	śred-nia	odch.-std.	śred-nia	odch.-std.	H	P
	Ogólna jakość życia	3,30	0,48	2,92	0,83	2,54	1,18	2,63	0,93	1,94	1,00	13,5
Ogólna percepcja zdrowia	3,20	1,62	3,50	1,02	3,67	0,96	3,81	0,88	3,63	1,02	1,84	0,77
Fizyczna	12,9	1,89	13,19	1,21	13,07	1,34	12,66	1,44	12,89	2,05	2,14	0,71
Psychologiczna	13,2	1,98	12,81	1,54	11,92	1,49	11,33	1,43	11,25	1,82	13,5	0,009*
Relacje społeczne	14,0	3,86	13,06	3,40	12,22	3,01	12,74	3,37	12,36	2,70	2,93	0,57
Środowisko	12,8	3,11	12,88	1,99	12,00	1,12	11,46	1,10	11,44	1,18	12,6	0,01*

Umiejscowienie bólu kręgosłupa ma podobnie jak na sprawność fizyczną wpływa na jakość życia. Badania wykazały, że bóle w odcinku lędźwiowo-szyjnym i lędźwiowym mają bardziej destrukcyjny wpływ na ocenę jakości życia niż bóle umiejscowione w odcinku szyjnym. Jednak różnie istotne statystycznie wykazano tylko w dziedzinie środowisko ($p=0,04$), (tab. XII).

Tab. XII. Ocena jakości życia w poszczególnych dziedzinach życia z uwzględnieniem miejsca występowania dyskopatii

Dziedziny	lędźwiowy		szyjny		lędźwiowo-szyjny		Analiza statystyczna	
	śred-nia	odch.-std.	śred-nia	odch.-std.	śred-nia	odch.-std.	H	p
	Ogólna jakość życia	2,73	0,99	2,54	0,78	2,46	1,14	1,47
Ogólna percepcja zdrowia	3,63	1,06	3,85	0,99	3,46	1,03	1,20	0,55
Fizyczna	13,02	1,23	13,19	1,12	12,64	1,43	1,24	0,54
Psychologiczna	12,05	1,59	12,46	1,87	11,64	1,48	1,76	0,42
Relacje społeczne	13,25	3,40	13,85	2,97	11,79	2,39	3,51	0,17
Środowisko	12,19	1,16	13,80	1,34	11,98	1,00	6,22	0,04*

W wyniku przeprowadzonej analizy korelacji stwierdzono istotny związek pomiędzy oceną sprawności w różnych zakresach życia, a oceną ogólnej jakości życia. Najsilniejszy związek stwierdzono pomiędzy oceną jakości życia a podnoszeniem przedmiotów, życiem towarzyskim, pracą, i prowadzeniem samochodu. Większy wpływ choroby na codzienne czynności ma istotny wpływ na pogorszenie jakości życia.

Analiza statystyczna wykazała także istotny wpływ pomiędzy oceną sprawności w różnych zakresach a ogólną percepcją zdrowia. Największy wpływ na ocenę percepcji zdrowia miało: podnoszenie przedmiotów, chodzenie, życie towarzyskie, praca, prowadzenie samochodu, i wypoczynek. Pogorszenie sprawności w wykonywaniu codziennych czynności pogarsza ogólną percepcję zdrowia (tab. XIII).

Tab. XIII. Ocena związku pomiędzy oceną sprawności w różnych zakresach o ogólną jakość życia

Ocena sprawności w zakresie:	Ogólna jakość życia		Ogólna percepcja zdrowia	
	Analiza statystyczna			
	R	P	R	P
Intensywność bólu	-0,31	0,0008*	-0,31	0,0008*
Pielęgnacja	-0,34	0,0003*	-0,35	0,0002*
Podnoszenie	-0,44	0,000001*	-0,45	0,000001*
Chodzenie	-0,35	0,0002*	-0,45	0,000001*
Siedzenie	-0,27	0,003*	-0,31	0,0008*
Stanie	-0,26	0,005*	-0,20	0,03*
Spanie	-0,29	0,001*	-0,32	0,0005*
Życie towarzyskie	-0,41	0,000005*	-0,44	0,000001*
Podróżowanie	-0,35	0,0002*	-0,31	0,0008*
Nasilenie bólu w okolicy szyi	-0,33	0,0004*	-0,35	0,0002*
Zmiana natężenia bólu	-0,27	0,003*	-0,32	0,0005*
Czytanie	-0,28	0,002*	-0,28	0,002*
Ból głowy	-0,11	0,23*	-0,15	0,12*
Koncentracja	-0,18	0,06*	-0,11	0,23*
Praca	-0,42	0,000003*	-0,45	0,000001*
Prowadzenie samochodu	-0,39	0,00002*	-0,42	0,000003*
Wypoczynek	-0,35	0,0002*	-0,37	0,00006*

WNIOSKI

1. Dolegliwości bólowe w obrębie kręgosłupa należą do najbardziej przewlekły schorzeń nękających współczesne społeczeństwo. W badanej populacji aż 42,5% respondentów przez ponad 10 lat żyło z przewlekłym bólem kręgosłupa.
2. Najbardziej narażony na destrukcyjny wpływ postępu cywilizacyjnego jest odcinek lędźwiowy kręgosłupa. Zdecydowana większość (84,16%) badanych przyznała, że odczuwa bóle krzyża.
3. Ponad jedna trzecia (33,66%) respondentów była zmuszona przez uporczywe bóle kręgosłupa do zmiany sposobu wykonywania najprostszycy czynności dnia codziennego (mycie i ubieranie się).
4. Zdecydowana większość (82,22%) badanych powyżej 55 roku życia miała istotne problemy w codziennym funkcjonowaniu powodu dysfunkcji kręgosłupa.
5. Nadmierna masa ciała nie sprzyja leczeniu bólów kręgosłupa. Aż trzy czwarte respondentów z otyłością zgłosiło problemy funkcjonalne.

*Regina Lorencowicz, Józef Jasik, Wiktoria Siry, Elżbieta Przychodzka,
Krzysztof Turowski*

Wybrane czynniki warunkujące sprawność funkcjonalną pacjentów
z zespołem bólowym kręgosłupa i ich wpływ na dobrostan

6. Pacjenci, którzy borykali się z bólem zarówno lędźwiowego jak i szyjnego odcinka kręgosłupa niemal wszyscy (92,30%) mieli problemy ze sprawny funkcjonowaniem w życiu codziennym.
7. Istotnym statystycznie ($p=0,04$) czynnikiem obniżającym ocenę jakości życia w zespołach bólowych kręgosłupa jest narastająca niepełnosprawność.

ÍSMIENICTWO

1. Bair M.J., Robinson R.L., Katon W., Kroenke K.: Depression and pain comorbidity; a literature review. Arch. Intern Med. 2003, 163, 2433-2445
2. Carette S., Phil M., Fehlings M.G.: Cervical Radiculopathy. N Engl J Med 2005, 353, 392-399
3. Czarnecka M.S., Tylka J.: Cechy osobowości a ocena i strategie radzenia sobie z bólem. Ból 2010, 11, 9-23
4. Felton B.J., Revenson T.A., Hionrichsen G.A. (adaptacja Juczyński Z.). Skala akceptacji choroby AIS. W: Juczyński Z.: Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Pracownia Testów Psychologicznych, Warszawa 2009: 162–166.
5. Hahnel S., Forsting M., Dorfler A., Sator K.: Radiologische Befunde bei der lumbalen Spinalcanalstenose. Acta Radiol 1996, 165-170
6. Jaracz J., Rybakowski J.: Depresja a ból: Nowe dane kliniczne, neurobiologiczne i psychofarmakologiczne. Psychiatria Polska 2005, 39, 937-950
7. Lorencowicz R., Stachyra U., Przychodzka E., Jasik J., Chmielewska B., Brzozowska B., Turowski K., Natężenie bólu oraz strategie radzenia sobie z bólem w grupie pacjentów z dyskopatią. (The intensity of pain and pain coping strategies among patients with discopathy.). W: Środowiskowe uwarunkowania dobrostanu w chorobie i niepełnosprawności. Pod red. Krystyny Markockiej-Mączki, Lublin 2010, Wydaw. NeuroCentrum, s. 245-260, bibliogr. sum.
8. Rabe-Jabłońska J., Miller A.: Związki między bólem a depresją. Psychiatr Pol 2005, 1, 7-20
9. Sandroni P., Martin D.P., Bruce B.K., Rome J.D.: Congenital idiopathic inability to perceive pain: A new syndrome of insensitivity to pain and itch with preserved small fibers. Pain 2006, 122, 210-215
10. Van Hooff M.L., van der Merwe J.D., O'Dowd J., Pavlov P.W., Spruit M., de Kleuver M., van Limbeek J.: Daily functioning and self-management in patients with chronic low back pain after an intensive cognitive behavioral programme for pain management. Eur Spine J 2010, 19, 1517-1526
11. Zaniewska R. i wsp.: Analiza jakości życia pacjentów z zespołem bólowym dolnego odcinka kręgosłupa po zastosowaniu przezskórnej elektrycznej stymulacji nerwów – TENS, Medycyna Pracy 2012;63(3):295–302.

STRESZCZENIE

Zespół bólowy kręgosłupa to jeden z najczęstszych problemów zdrowotnych współczesnego społeczeństwa. Ostre zespoły bólowe dolnego odcinka kręgosłupa występują u 28 osób na 1000 mieszkańców. Celem pracy była ocena wpływu nasilenia dolegliwości bólowych na codzienne funkcjonowanie i jakość życia pacjentów ze zdiagnozowanym zespołem bólowym kręgosłupa. Do oceny jakości życia posłużono się testem WHOQOL. Stopień nieprawności badanych oceniono wskaźnikiem sprawności w bólach krzyża (Revised Oswestry Low Back Pain Disability Questionnaire, Oswestry Disability Index – ODI). Badania przeprowadzono od grudnia 2012 do lutego 2013 r. w Wojewódzkim Szpitalu w Przemyślu na oddziale neurologicznym oraz rehabilitacyjnym. Uzyskane wyniki badań poddano analizie statystycznej. Zastosowano testy w Shapiro – Wilka, U Manna – Whitney, Kruskala – Wallisa, jednorodności χ^2 oraz korelację R Spearmana. Przyjęto poziom istotności $p < 0,05$. Badaniami objęto grupę 101 pacjentów z dyskopatią. W badanej populacji aż 42,5% respondentów przez ponad 10 lat żyło z przewlekłym bólem kręgosłupa. Niemal wszyscy (96%) biorący udział w badaniu przyznali, że ból kręgosłupa utrudniał im wykonywanie codziennych obowiązków w pracy. Zdecydowana większość (84,16%) badanych odczuwa bóle krzyża. 82,22% pacjentów powyżej 55 roku życia miało istotne problemy w codziennym funkcjonowaniu. Trzy czwarte respondentów z otyłością miało dysfunkcje funkcjonalne. Istotnie (0,007) większą uciążliwość w codziennym funkcjonowaniu sprawiają bóle dolnego odcinka kręgosłupa. Najmniej destrukcyjnie ($12,78 \pm 4,36$) przewlekłe bóle kręgosłupa oddziałują na relacje społeczne pacjentów. Istotnym czynnikiem obniżającym ocenę jakości życia w zespołach bólowych kręgosłupa jest narastająca niepełnosprawność ($p=0,04$) oraz proces starzenia się organizmu ($p=0,005$). Wydłużający się okres przewlekłego bólu istotnie ($p=0,009\%$) obniża ocenę ogólnej jakości życia w badanej populacji. Dolegliwości bólowe w obrębie kręgosłupa należą do najbardziej przewlekłych schorzeń nękających współczesne społeczeństwo. W badanej populacji aż 42,5% respondentów przez ponad 10 lat żyło z przewlekłym bólem kręgosłupa. Najbardziej narażony na destrukcyjny wpływ postępu cywilizacyjnego jest odcinek lędźwiowy kręgosłupa. Zdecydowana większość (84,16%) badanych przyznała, że odczuwa bóle krzyża. Ponad jedna trzecia (33,66%) respondentów była zmuszona przez uporczywe bóle kręgosłupa do zmiany sposobu wykonywania najprostszycy czynności dnia codziennego (mycie i ubieranie się). Zdecydowana większość (82,22%) badanych powyżej 55 roku życia miała istotne problemy w codziennym funkcjonowaniu powodu dysfunkcji kręgosłupa. Nadmierna masa ciała nie sprzyja leczeniu bólów kręgosłupa. Aż trzy czwarte respondentów z otyłością zgłosiło problemy funkcjonalne. Pacjenci, którzy borykali się z bólem zarówno lędźwiowego jak i szyjnego odcinka kręgosłupa niemal wszyscy (92,30%) mieli problemy ze sprawnym funkcjonowaniem w życiu codziennym. Istotnym statystycznie ($p=0,04$) czynnikiem obniżającym ocenę jakości życia w zespołach bólowych kręgosłupa jest narastająca niepełnosprawność.

*Regina Lorencowicz, Józef Jasik, Wiktoria Siry, Elżbieta Przychodzka,
Krzysztof Turowski*

Wybrane czynniki warunkujące sprawność funkcjonalną pacjentów
z zespołem bólowym kręgosłupa i ich wpływ na dobrostan

ABSTRACT

Back pain syndrome is one of the most common health problems in today's society. Sharp low back pain is experienced by 28 out of every 1000 residents. The goal of the work was the assessment of effects of increased pain on everyday functioning and quality of life among patients with diagnosed back pain syndrome. WHOQOL test was used to assess quality of life. Level of disability among patients was evaluated based on the indicators of low back ability (Revised Oswestry Low Back Pain Disability Questionnaire, Oswestry Disability Index - ODI). The research was carried out between December 2012 and February 2013 at the neurological and rehabilitation department of the Governor's Hospital in Przemyśl. Statistical analysis was applied to the collected results. The following tests were applied: Shapiro-Wilk, U Mann - Whitney, Kruskal - Wallis, Chi-Square Test of Homogeneity and Spearman R correlation. Significance level of $p < 0.05$ was used. The research included 101 patients with discopathy. In the researched population, as much as 42.5% of respondents lived with chronic back pain for over 10 years. Almost all (96%) participating in the study admitted that back pain impeded their ability to accomplish daily tasks at work. The vast majority (84.16%) of the examined experienced back pain. 82.22% of patients over 55 of age have had serious problems in everyday life. Three quarters of respondents who were overweight experienced functional impairment. Significantly (0.007) greater burden in everyday life is caused by low back pain. The least destructive (12.78 +/- 4.36) chronic back pain is effecting patients' social relations. An important factor lowering rating of quality of life, among those with chronic back pain syndrome, is increasing disability ($p = 0.04$) and the process of aging of the body ($p = 0.005$). Prolonged period of chronic pain significantly ($p = 0.009$) decreases rating of overall wellness in researched population. Pain in the spinal area is among the most chronic diseases affecting today's society. As much as 42.5% of the respondents lived with chronic spine pain for over 10 years. Lumbar spine is the most affected by destructive effects of civilizational progress. The vast majority (84.16%) of the examined, admit that they experience back pain. More than a third (33.66%) of respondents was forced by persistent back pain to modify the ways of accomplishing basic everyday tasks (washing and dressing oneself). The vast majority (82.22%) of the examined over 55 years old, had significant problems with everyday living due to disfunction of the spine. Being overweight doesn't favor treatment of the spine. As much as three quarters of the examined that were overweight reported functional problems. Almost all patients (92.30%) who were dealing with lumbar as well as cervical spine pain, had problems with efficient everyday life. Growing disability is a statistically important ($p = 0.04$) factor lowering the quality of life rating among those living with back pain syndrome.

Artykuł zawiera 29875 znaków ze spacjami