

¹Katedra i Zakład Pielęgniarstwa Neurologicznego Uniwersytetu
Medycznego w Lublinie

¹Department of Neurological Nursing, Medical University of Lublin

²Student Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

²Student Medical University of Lublin

REGINA LORENCOWICZ¹, JÓZEF JASIK¹, MONIKA SZACOŃ²,
ELŻBIETA PRZYCHODZKA¹, JOLANTA CELEJ-SZUSTER¹,
KRZYSZTOF TUROWSKI¹

***Wydolność funkcjonalna pacjentów
z przewlekłym bólem kręgosłupa***

Functional capacity of patients with chronic spine pain

Zespoły bólowe kręgosłupa są coraz większym problemem zdrowotnym, który dotyka przede wszystkim społeczeństwa krajów wysoko rozwiniętych. W ciągu ostatnich kilku dekad niepokojąco wzrosła liczba osób skarżących się na bóle pleców. Choroby kręgosłupa stanowią drugą pod względem częstości przyczyną nieśprawności fizycznej i absencji w pracy. Stają się one coraz większym problemem nie tylko medycznym, ale społecznym i ekonomicznym, który dotyka przede wszystkim społeczeństwa krajów wysoko rozwiniętych. Przewlekłe bóle kręgosłupa zaburzają funkcjonowanie jednostki w najbardziej produktywnym okresie życia człowieka pomiędzy czwartą a szóstą dekadą. Wyniki najnowszych badań wskazują, że aż 80-100% dorosłych doświadcza przynajmniej raz w życiu incydentu bólowego kręgosłupa, zaś u 30% populacji stwierdza się cechy przewlekłego zespołu bólowego [4, 8, 10, 13, 14].

Przewlekłe i uporczywe dolegliwości bólowe niemal zawsze łączą się z ograniczeniem sprawności i wydolności fizycznej jednostki. W ślad za niekorzystnymi zmianami w sferze fizycznej permanentny ból doprowadza do trwałych zmian psychicznych. Zmienia się tym samym rola człowieka w życiu rodzinnym, zawodowym i społecznym.

Spadek wydolności fizycznej spowodowany przewlekłym bólem kręgosłupa z reguły łączy się z wymiernymi trudnościami w codziennym funkcjonowaniu jednostki zarówno w domu jak też na polu zawodowym i społecznym. Może to powodować szereg przykrych następstw, takich jak deprywacja czy frustracja, prowadzących w skrajnych przypadkach do agresji [1, 11].

Sprawność psychofizyczna uznawana jest za najcenniejszą wartość oraz stanowi najważniejszą komponentę jakości życia [18]. Zwykle jakość życia rozumiana jest jako dobrostan, (well-being), który odzwierciedla indywidualne odczucia, doznania i oceny człowieka [17]. Jakość życia odnosi się zarówno do zdrowia i choroby. Dla przeciętnego człowieka wiąże się z satysfakcją, ze szczęściem i spełnieniem [5].

Zwykle człowiek w obliczu powolnej, acz nieuchronnej utraty sprawności stoi przed koniecznością zaniechania, lub gruntownego zmodyfikowania charakteru szeregu zajęć, które determinowały jego poczucie dobrostanu w okresie pełni sił witalnych. Często reakcją na perspektywę utraty sprawności jest strategia wycofywania się z pełnionych funkcji rodzinnych, społecznych i zawodowych oraz bierna (wyczekująca) postawa wobec procesu leczenia i rehabilitacji. Powstaje sytuacja, w której osoba po uświadomieniu sobie istoty pojawiających się dolegliwości nie widzi lub nie chce widzieć możliwości kontynuowania pełnionych ról i obowiązków, ponadto często oczekuje nieuzasadnionej pomocy od rodziny w najprostszych czynnościach. Postawa taka prowadzi do skupienia całej aktywności jednostki na cierpieniu i chorobie. Kulturowanie faktu cierpienia utrudnia lub wręcz uniemożliwia znalezienie rozwiązań, które by, osobie z rozwijającym się zespołem bólowym kręgosłupa, stworzyły szansę dalszej realizacji celów życiowych [6].

Przewlekła choroba kręgosłupa i związane z nią ograniczenie sprawności psychoruchowej zawsze stawia przed człowiekiem konieczność określenia nowych celów życiowych.. Sytuacja ta sprzyja przyjmowaniu przez osoby obciążone przewlekłym i uporczywym bólem biernej postawy wobec proponowanej im pomocy, a nawet zdecydowanego oporu czy wręcz agresji. Dotyczy to zwłaszcza ludzi, którzy w wyniku choroby stracili możliwości działań zapewniających im kontynuację dotychczasowych sukcesów w różnych sferach życia [5].

Każdy człowiek, niezależnie od przeciwności losu, ze swego życia winien być zadowolony, bowiem zadowolony człowiek widzi sens życia, co warunkuje jego szczęście. Łatwiej wtedy jest mu żyć, także łatwiej jest wszystkim innym z nim przebywać oraz współpracować z nim w procesie leczenia i rehabilitacji [15]. Jakość funkcjonowania i dobrostan osoby z zespołem bólowym kręgosłupa są zależne od określenia na nowo systemu wartości [16]. Wypracowane, w procesie leczenia i rehabilitacji, rozwiązania powinny umożliwić jednostce osiągnięcie sukcesu, wskazać na nowe możliwości osiągnięcia wewnętrznej równowagi oraz dać motywację do zaspokajania swych potrzeb [7].

Celem pracy była analiza wpływu dolegliwości bólowych kręgosłupa na wydolność funkcjonalną i sprawność jednostki. Intencją autorów było znalezienie elementów codziennej rzeczywistości jednostki, które są najbardziej wrażliwe na ból kręgosłupa.

METODA I NARZĘDZIA BADAWCZE

Dla potrzeb mniejszej pracy posłużono się metodą sondażu diagnostycznego. Pierwsza część ankiety – to autorski, złożony z 14 pytań, kwestionariusz przygotowany w celu uzyskania podstawowych informacji demograficznych o badanej populacji takich jak: wiek, płeć, BMI, miejsce zamieszkania, wykształcenie oraz rodzaj, charakter i staż pracy. Ponadto, w tej części kwestionariusza umieszczono pytania na temat leczenia szpitalnego i sanatoryjnego.

Druga część ankiety zawiera Krótką Skalę Samooceny Depresji i Lęku- składającą się z 10 zagadnień, w której 5 z nich dotyczyły lęku, a kolejne 5 depresji [9].

Część trzecia kwestionariusza zawiera pytania skonstruowane na podstawie opisowej wzrokowo – analogowej skali oceny bólu (Visual Analogue Scale - VAS) autorstwa Barbary Headley [3].

Czwarta część ankiety składa się ze skali Quebec Back Pain Disability Scale (QBPDS), która pozwala ocenić wpływ dolegliwości bólowych kręgosłupa na codzienne funkcjonowanie badanych. Jest miarą niepełnosprawności funkcjonalne pacjentów z bólem kręgosłupa [2].

Wartości analizowanych parametrów mierzalnych przedstawiano używając wartości średniej oraz odchylenia standardowego, a także przy pomocy mediany, minimum i maksimum. Normalność rozkładu cech mierzalnych oceniano przy pomocy testu W Shapiro-Wilka. Wartości parametrów niemierzalnych przedstawiono przy pomocy liczebności i odsetka. Analiza statystyczna dla cech ilościowych obejmowała wykorzystanie do porównania dwóch grup niezależnych testu U Manna-Whitneya, a do porównania wielu niezależnych grup testu Kruskala-Wallisa. Przyjęto poziom istotności $p < 0,05$.

Badaniom poddano 98 chorych ze zdiagnozowanym zespołem bólowym kręgosłupa. Szczegółową charakterystykę badanej grupy ze względu na czynniki społeczno-demograficzne zawiera tabela 1.

Tabela 1. Charakterystyka badanej grupy

Czynniki społeczno-demograficzne		n	%
Miejsce badań	Szpital	32	32,7
	Sanatorium	34	34,7
	Centrum rehabilitacji	32	32,7
Płeć	Kobiety	61	62,2
	Mężczyźni	37	37,8
Wiek	poniżej 55 lat	31	31,6
	od 55 do 64 lat	34	34,7
	powyżej 65 lat	33	33,7
Miejsce zamieszkania	Wieś	30	30,6
	Miasto	68	69,4
Stan cywilny	panna/kawaler	9	9,2
	zamężna/zonaty	76	77,6

Czynniki społeczno-demograficzne		n	%
	rozwidziona/rozwidziony	4	4,1
	wdowa/wdowiec	9	9,2
Wykształcenie	podstawowe/zawodowe	18	18,4
	Średnie	39	39,8
	Wyższe	41	41,8
Aktywność zawodowa	aktywni zawodowo	50	51,0
	nieaktywni zawodowo	49	49,0
Rodzaj wykonywanej pracy	Umysłowa	42	42,9
	Fizyczna	56	57,1
Charakter wykonywanej pracy	Siedząca	39	39,8
	Stojąca	59	60,2
Staż pracy	poniżej 30 lat	29	29,6
	od 30 do 39 lat	36	36,7
	powyżej 40 lat	33	33,7
Czas trwania choroby	poniżej 5lat	29	29,6
	od 6 do 19 lat	36	36,7
	powyżej 20 lat	33	33,7
Miejsce odczuwania bólu	w odcinku szyjnym	5	5,1
	w więcej niż 1 odcinku	42	42,9
	w odcinku lędźwiowo-krzyżowym	51	52,0
Masa ciała /BMI/	Norma	31	31,6
	Nadwaga	38	38,8
	Otyłość	29	29,6
Korzystanie z sanatorium	Nie	34	34,7
	Tak	64	65,3

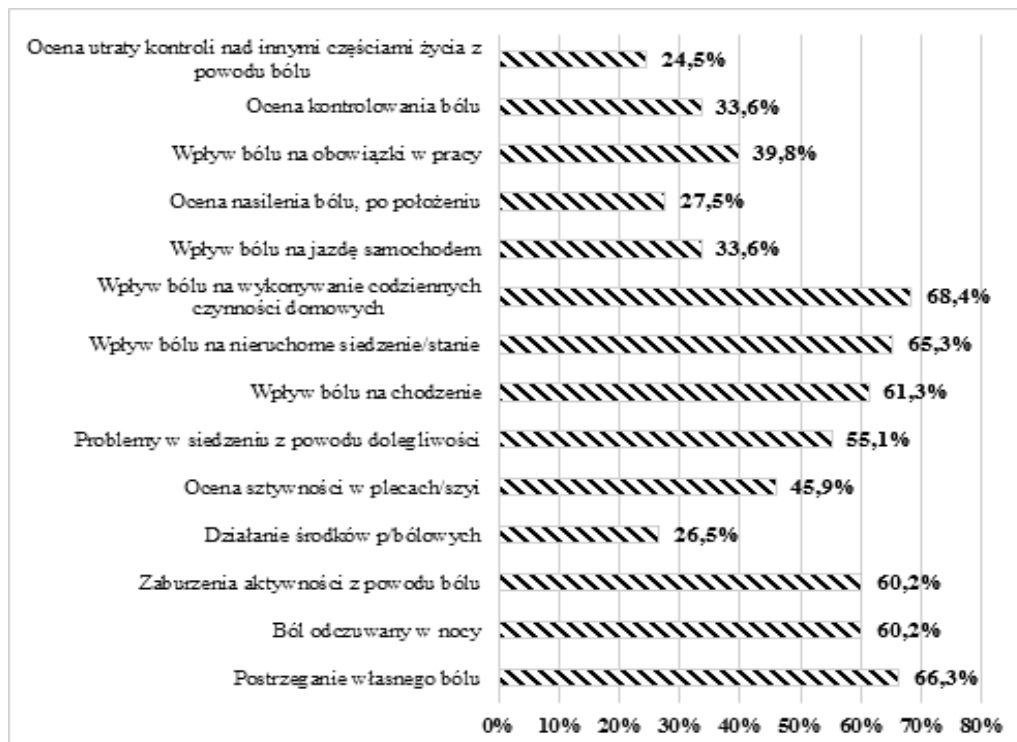
WYNIKI I DYSKUSJA

Na wstępie zapytano respondentów czy i w jakim natężeniu przewlekły ból kręgosłupa towarzyszy im w codziennym funkcjonowaniu. Okazało się, że dolegliwości bólowe są obecne we wszystkich sferach życia badanej populacji. 68,4% ankietowanych przyznało, że ból o średnim lub większym nasileniu towarzyszy im podczas rutynowych czynności domowych. Podobnie około dwie trzecie badanych odczuwa permanentny ból podczas: nieruchomego siedzenia lub stania (65,3%), chodzenia (66,3%), aktywnego spędzania wolnego czasu i spoczynku nocnego (60,2%). Kontrola bólu pleców oraz jego nasilenie podczas jazdy samochodem była istotnym problemem dla nieco ponad jednej trzeciej (33,6%) chorych. Jedynie 39,8% badanych potwierdziło pełną skuteczność leczenia farmakologicznego. Przewlekły ból kręgosłupa znacznie ograniczał codzienne funkcjonowanie ponad jednej

czwartej ankietowanych (26,5%) nawet po zażyciu leków przeciwbólowych. Jeszcze mniej skuteczną metodą łagodzenia dolegliwości okazał się odpoczynek w pozycji leżącej, gdyż zaledwie 15,3% pacjentów przyznało, że po położeniu się nie odczuwa bólu pleców (tab. 2, ryc. 1).

Tabela 2. Występowanie i natężenie bólu w codziennym funkcjonowaniu

Zakres funkcjonowania	0 pkt. „brak”		1-4 pkt. „lekki”		5-6 pkt. „średni”		7-9 pkt. „ciężki”		10 pkt. „bardzo ciężki”	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Postrzeżenie własnego bólu	0	0,0	33	33,7	45	45,9	20	20,4	0	0,0
Ból odczuwany w nocy	4	4,1	35	35,7	38	38,8	20	20,4	1	1,0
Zaburzenia aktywności z powodu bólu	4	4,1	35	35,7	38	38,8	20	20,4	1	1,0
Działanie środków p/bólowych	39	39,8	33	33,7	16	16,3	8	8,2	2	2,0
Ocena sztywności w plecach/szyi	19	19,4	34	34,7	26	26,5	19	19,4	0	0,0
Problemy w siedzeniu z powodu dolegliwości	11	11,2	33	33,7	28	28,6	24	24,5	2	2,0
Wpływ bólu na chodzenie	5	5,1	33	33,7	32	32,7	27	27,6	1	1,0
Wpływ bólu na nieruchome siedzenie/stanie	4	4,1	30	30,6	43	43,9	21	21,4	0	0,0
Wpływ bólu na wykonywanie codziennych czynności domowych	4	4,1	27	27,6	43	43,9	24	24,5	0	0,0
Wpływ bólu na jazdę samochodem	10	10,2	55	56,1	20	20,4	11	11,2	2	2,0
Ocena nasilenia bólu, po położeniu	15	15,3	56	57,1	20	20,4	2	2,0	5	5,1
Wpływ bólu na obowiązki w pracy	30	30,6	29	29,6	19	19,4	15	15,3	5	5,1
Ocena kontrolowania bólu	21	21,4	44	44,9	22	22,4	10	10,2	1	1,0
Ocena utraty kontroli nad innymi częściami życia z powodu bólu	30	30,6	44	44,9	14	14,3	9	9,2	1	1,0



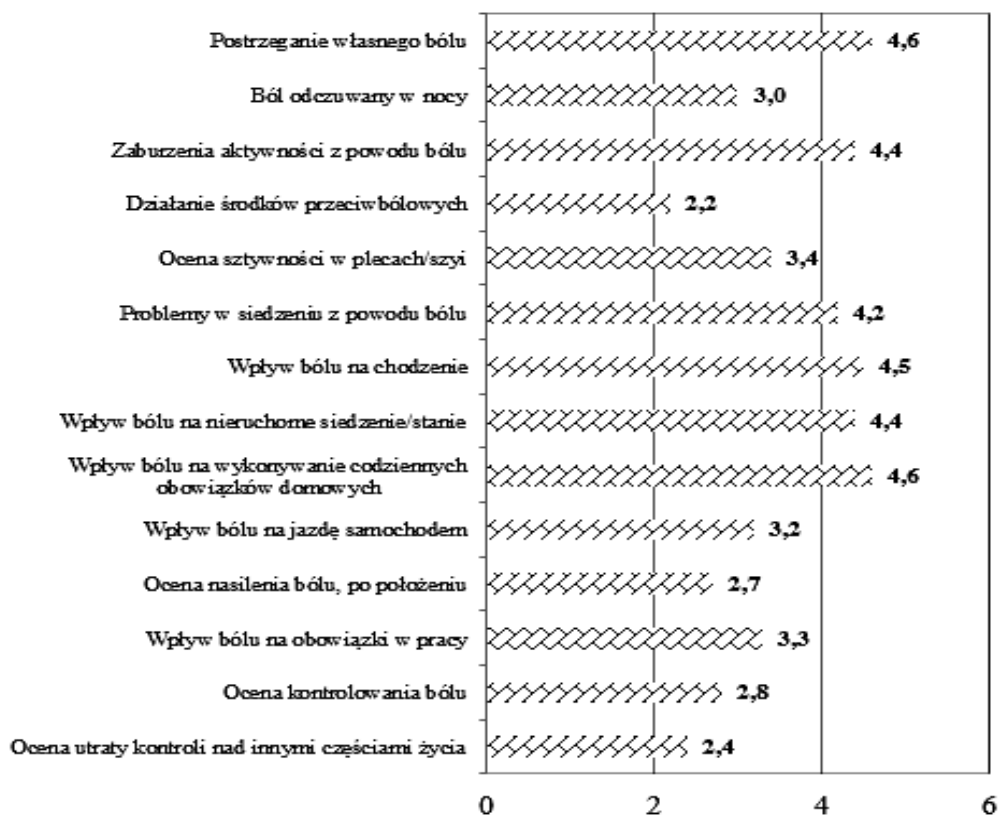
Rycina 1. Występowanie permanentnego bólu w codziennym funkcjonowaniu

Analiza zebranego materiału pokazała, że przewlekły ból kręgosłupa znacząco utrudnia codzienne funkcjonowanie pacjenta. Najbardziej destrukcyjne oddziaływanie przewlekłego bólu pleców odnotowano w codziennych obowiązkach ($M=4,6\pm 2,3$). Zaburzenia funkcjonalne w zakresie podstawowych obowiązków miały negatywne konotacje w postrzeganiu doznawanego bólu ($M=4,6\pm 2,0$), a to pociąga za sobą negatywny obraz własnej osoby i przyczynia się do ograniczenia aktywności ($M=4,4\pm 2,3$) w życiu społecznym, zawodowym i rodzinnym. W podobnym stopniu dolegliwości bólowe ograniczały aktywne spędzanie czasu wolnego poprzez trudności z chodzeniem ($M=4,5\pm 2,8$). Z kolei nasilenie permanentnych bólów pleców przy długim przebywaniu w pozycji siedzącej lub stojącej ($M=4,4\pm 2,4$) ograniczało chorem możliwości aktywnego funkcjonowania w życiu kulturalnym (teatr, kino koncert itp.). Odczuwany ból w mniejszym stopniu utrudniał respondentom funkcjonowanie w pracy ($M=3,3\pm 3,3$), jazdę samochodem ($M=3,2\pm 2,4$), odpoczynek nocny ($M=3,0\pm 2,6$) oraz kontrolę nad innymi częściami życia ($M=2,4\pm 2,6$) (tab. 3, ryc. 2).

Tabela 3. Ocena wpływu bólu na czynności dnia codziennego

M-średnia, Me-mediana, SD-odchylenie standardowe

Zakres funkcjonowania	M	ME	Minimum	Maksimum	SD
Postrzeganie własnego bólu	4,6	5,0	1,0	9,0	2,0
Ból odczuwany w nocy	3,0	2,5	0,0	10,0	2,6
Zaburzenia aktywności z powodu bólu	4,4	4,0	0,0	10,0	2,3
Działanie środków przeciwbólowych	2,2	1,0	0,0	10,0	2,6
Ocena sztywności w plecach/szyi	3,4	3,0	0,0	9,0	2,8
Problemy w siedzeniu z powodu bólu	4,2	4,0	0,0	10,0	2,7
Wpływ bólu na chodzenie	4,5	4,0	0,0	10,0	2,8
Wpływ bólu na nieruchome siedzenie/stanie	4,4	4,0	0,0	9,0	2,4
Wpływ bólu na wykonywanie codziennych obowiązków domowych	4,6	5,0	0,0	9,0	2,3
Wpływ bólu na jazdę samochodem	3,2	3,0	0,0	10,0	2,4
Ocena nasilenia bólu, po położeniu	2,7	2,0	0,0	10,0	2,5
Wpływ bólu na obowiązki w pracy	3,3	3,0	0,0	10,0	3,3
Ocena kontrolowania bólu	2,8	2,0	0,0	10,0	2,6
Ocena utraty kontroli nad innymi częściami życia	2,4	2,0	0,0	10,0	2,6



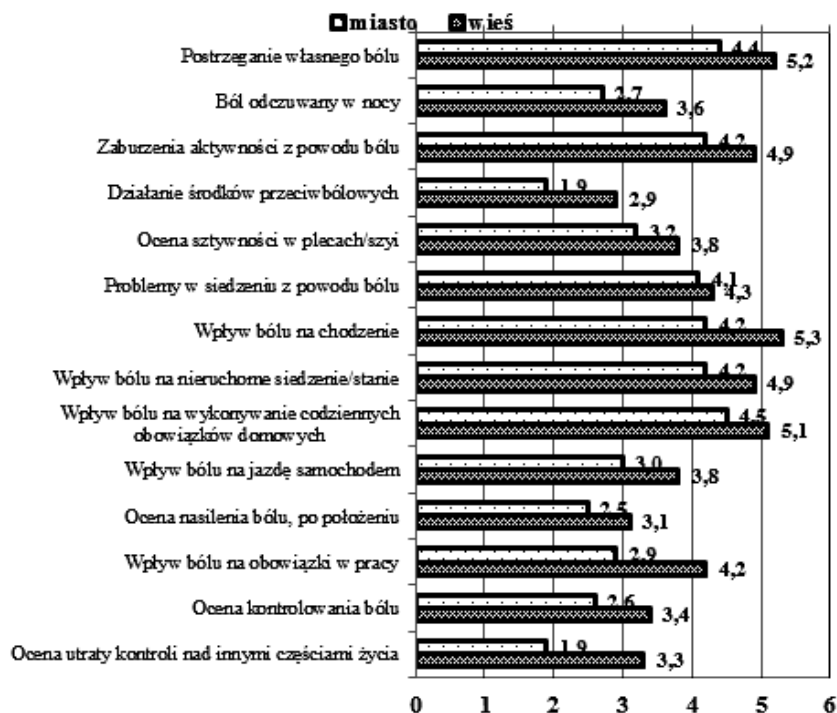
Rycina 2. Wpływ bólu na codzienne funkcjonowanie

Następnym celem autorów było znalezienie cech demograficznych, dla których dolegliwości bólowe kręgosłupa najbardziej ograniczają funkcjonowanie chorych. Badania pokazały, że przewlekły ból kręgosłupa powoduje większe ograniczenia wydolności funkcjonalnej u chorych mieszkających na wsi. Funkcjonowanie z permanentnym bólem pleców było istotnie trudniejsze na wsi w zakresie wywiązywania się z obowiązków z pracy ($\Delta M = 1,3$, $p = 0,035$), chodzenia ($\Delta M = 1,1$, $p = 0,061$) oraz jazdy samochodem ($\Delta M = 0,8$, $p = 0,02$). Mniejsza wydolność funkcjonalna respondentów mieszkających na wsi miała odzwierciedlenie w negatywnym odbiorze doświadczanych dolegliwości ($\Delta M = 0,8$, $p = 0,036$), gorszej ocenie farmakoterapii ($\Delta M = 1,0$, $p = 0,023$) oraz większym bólem w nocy ($\Delta M = 0,9$, $p = 0,02$). W efekcie mieszkańcy wsi częściej tracili kontrolę nad bólem ($\Delta M = 0,8$, $p = 0,029$) i innymi sferami życia ($\Delta M = 1,4$, $p = 0,003$) (tab. 4., ryc. 3).

Tabela 4. Ocena wpływu bólu na funkcjonowanie z uwzględnieniem miejsca zamieszkania

Miejsce zamieszkania	M	ME	Minimum	Maximum	SD	Z UMW)	p	
Postrzeganie własnego bólu	Miasto	4,4	4,5	1,0	9,0	2,2	-2,093	0,036*
	Wieś	5,2	6,0	2,0	8,0	1,6		
Ból odczuwany w nocy	Miasto	2,7	2,0	0,0	9,0	2,7	-2,332	0,020*
	Wieś	3,6	3,0	0,0	10,0	2,2		
Zaburzenia aktywności z powodu bólu	Miasto	4,2	4,0	0,0	10,0	2,6	-1,557	0,120
	Wieś	4,9	5,0	1,0	8,0	1,7		
Działanie środków przeciwbólowych	Miasto	1,9	1,0	0,0	10,0	2,6	-2,274	0,023*
	Wieś	2,9	2,0	0,0	10,0	2,7		
Ocena sztywności w plecach/szyi	Miasto	3,2	2,5	0,0	9,0	2,8	-0,956	0,339
	Wieś	3,8	4,0	0,0	9,0	2,7		
Problemy w siedzeniu z powodu dolegliwości	Miasto	4,1	3,5	0,0	10,0	3,0	-0,281	0,778
	Wieś	4,3	4,5	0,0	7,0	2,1		
Wpływ bólu na chodzenie	Miasto	4,2	4,0	0,0	10,0	2,8	-1,873	0,061
	Wieś	5,3	5,5	1,0	9,0	2,5		
Wpływ bólu na siedzenie/stanie	Miasto	4,2	4,0	0,0	9,0	2,5	-1,253	0,210
	Wieś	4,9	4,0	1,0	9,0	2,1		
Wpływ bólu na wykonywanie codziennych czynności domowych	Miasto	4,5	4,0	0,0	9,0	2,4	-1,233	0,218
	Wieś	5,1	5,0	1,0	8,0	2,0		
Wpływ bólu na jazdę samochodem	Miasto	3,0	2,0	0,0	10,0	2,6	-2,324	0,020*
	Wieś	3,8	3,0	0,0	10,0	2,0		
Ocena nasilenia bólu, po położeniu	Miasto	2,5	2,0	0,0	10,0	2,6	-1,673	0,094
	Wieś	3,1	2,5	0,0	10,0	2,4		
Wpływ bólu na obowiązki w pracy	Miasto	2,9	1,5	0,0	10,0	3,2	-2,112	0,035*
	Wieś	4,2	4,0	0,0	10,0	3,2		
Ocena kontrolowania bólu	Miasto	2,6	2,0	0,0	10,0	2,7	-2,178	0,029*
	Wieś	3,4	3,0	0,0	8,0	2,2		
Ocena utraty kontroli nad innymi częściami życia z powodu bólu	Miasto	1,9	1,0	0,0	10,0	2,4	-3,006	0,003*
	Wieś	3,3	3,0	0,0	9,0	2,6		

M-średnia, Me-mediana, SD-odchylenie standardowe, UMW-test U Manna-Whitneya



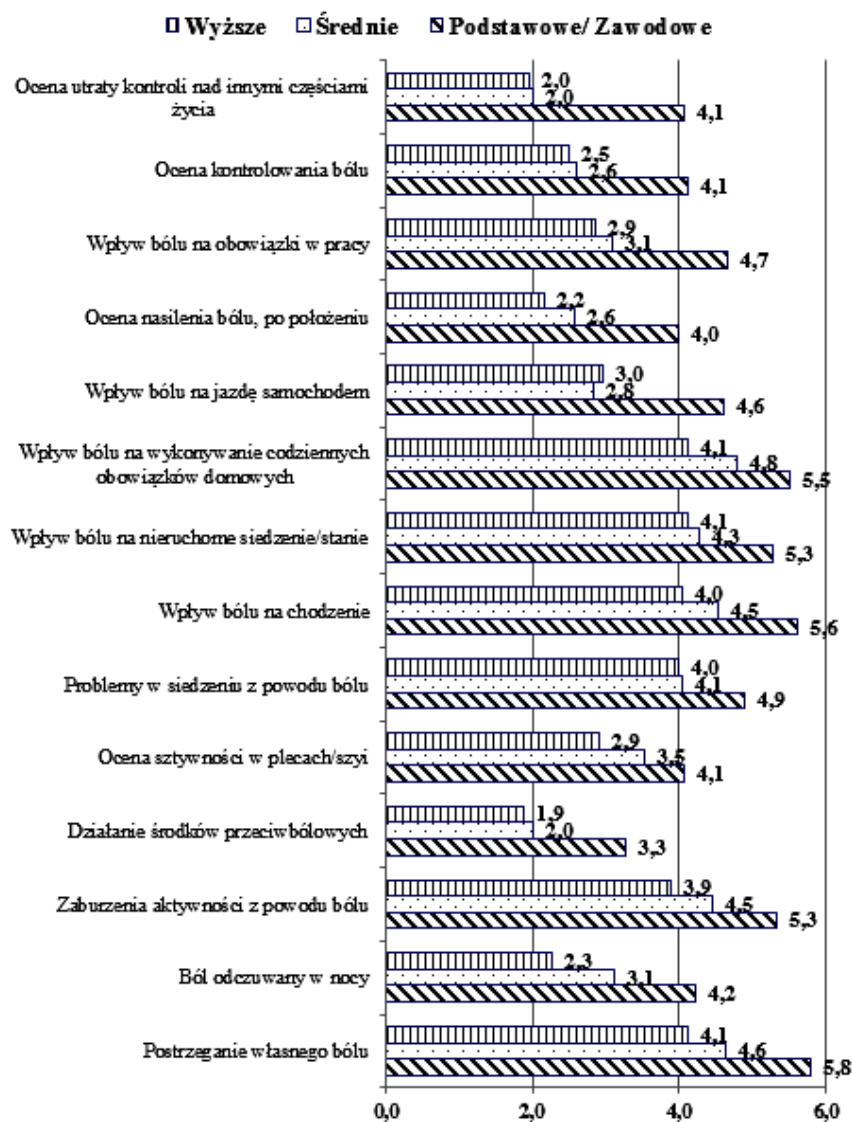
Rycina 3: Ocena wpływu bólu na funkcjonowanie z uwzględnieniem miejsca zamieszkania

Drugą cechą demograficzną, w której wykazano istotne różnice w codziennym funkcjonowaniu chorych z bólem kręgosłupa było wykształcenie. Okazuje się, że pacjenci z wyższym wykształceniem istotnie lepiej adaptują się do funkcjonowania z bólem pleców niż osoby legitymujące się dyplomem ukończenia szkoły podstawowej lub zawodowej. Pacjenci, którzy przeszli wszystkie szczeble edukacji znacznie lepiej radzili sobie z bólem podczas spoczynku nocnego ($\Delta M = 1,9$, $p = 0,036$) niż ankietowani, którzy skończyli edukację na szkole podstawowej lub zawodowej. Ukończenie szkoły wyższej daje większe możliwości sprostania, mimo bólu pleców, przyszłym obowiązkom zawodowym ($\Delta M = 1,8$, $p = 0,146$) niż podjęcie pracy bezpośrednio po szkole zawodowej lub podstawowej. Większe ubytki w wydolności funkcjonalnej u ankietowanych bez wyższego wykształcenia przekładają się na bardziej intensywne postrzeżenie własnego bólu ($\Delta M = 1,7$, $p = 0,01$). W rezultacie pacjenci z podstawowym lub zawodowym wykształceniem, wraz z pojawieniem się pierwszych trudności w codziennym funkcjonowaniu, istotnie szybciej, w porównaniu do badanych z wyższym wykształceniem, tracili kontrolę nad bólem ($\Delta M = 1,8$, $p = 0,01$) oraz nad innymi ważnymi aspektami życia ($\Delta M = 2,1$, $p = 0,036$), (tab. 5., ryc. 4).

Tabela 5. Ocena wpływu bólu na funkcjonowanie z uwzględnieniem wykształcenia

Wykształcenie		M	ME	Min	Max	SD	H (KW)	p
Postrzeganie własnego bólu	Podstawowe/Zawodowe	5,8	6,0	2,0	8,0	1,7	9,280	0,010*
	Średnie	4,6	5,0	1,0	8,0	1,9		
	Wyższe	4,1	4,0	1,0	9,0	2,1		
Ból odczuwany w nocy	Podstawowe/Zawodowe	4,2	3,5	1,0	10,0	2,9	7,442	0,024*
	Średnie	3,1	3,0	0,0	8,0	2,5		
	Wyższe	2,3	2,0	0,0	9,0	2,4		
Zaburzenia aktywności z powodu bólu	Podstawowe/Zawodowe	5,3	5,5	2,0	9,0	2,1	5,287	0,071
	Średnie	4,5	5,0	0,0	9,0	2,0		
	Wyższe	3,9	3,0	0,0	10,0	2,7		
Działanie środków przeciwbólowych	Podstawowe/Zawodowe	3,3	3,0	0,0	9,0	2,7	6,371	0,041*
	Średnie	2,0	1,0	0,0	10,0	2,4		
	Wyższe	1,9	0,0	0,0	10,0	2,8		
Ocena sztywności w plecach/szyi	Podstawowe/Zawodowe	4,1	3,0	0,0	9,0	2,8	2,940	0,230
	Średnie	3,5	4,0	0,0	8,0	2,6		
	Wyższe	2,9	2,0	0,0	9,0	2,9		
Problemy w siedzeniu z powodu dolegliwości	Podstawowe/Zawodowe	4,9	6,0	0,0	8,0	2,5	1,586	0,453
	Średnie	4,1	4,0	0,0	10,0	2,7		
	Wyższe	4,0	3,0	0,0	10,0	2,9		
Wpływ bólu na chodzenie	Podstawowe/Zawodowe	5,6	5,5	2,0	9,0	2,4	4,280	0,118
	Średnie	4,5	4,0	0,0	9,0	2,7		
	Wyższe	4,0	3,0	0,0	10,0	2,9		
Wpływ bólu na siedzenie/stanie	Podstawowe/Zawodowe	5,3	5,5	1,0	9,0	2,3	3,079	0,215
	Średnie	4,3	4,0	0,0	9,0	2,2		
	Wyższe	4,1	4,0	0,0	9,0	2,6		
Wpływ bólu na wykonywanie codziennych czynności domowych	Podstawowe/Zawodowe	5,5	5,0	2,0	8,0	2,0	4,574	0,102
	Średnie	4,8	5,0	1,0	8,0	1,9		
	Wyższe	4,1	4,0	0,0	9,0	2,7		
Wpływ bólu na jazdę samochodem	Podstawowe/Zawodowe	4,6	4,5	1,0	10,0	2,3	9,130	0,010*
	Średnie	2,8	2,0	0,0	7,0	1,9		
	Wyższe	3,0	2,0	0,0	10,0	2,8		
Ocena nasilenia bólu, po położeniu	Podstawowe/Zawodowe	4,0	3,0	1,0	10,0	3,2	4,640	0,098
	Średnie	2,6	2,0	0,0	10,0	2,5		
	Wyższe	2,2	2,0	0,0	6,0	1,9		
Wpływ bólu na obowiązki w pracy	Podstawowe/Zawodowe	4,7	4,5	0,0	10,0	3,6	3,848	0,146
	Średnie	3,1	3,0	0,0	10,0	3,1		
	Wyższe	2,9	2,0	0,0	10,0	3,1		
Ocena kontrolowania bólu	Podstawowe/Zawodowe	4,1	4,5	0,0	8,0	2,7	5,527	0,063
	Średnie	2,6	2,0	0,0	9,0	2,5		
	Wyższe	2,5	2,0	0,0	10,0	2,4		
Ocena utraty kontroli nad innymi częściami życia z powodu bólu	Podstawowe/Zawodowe	4,1	2,5	0,0	9,0	3,3	6,670	0,036*
	Średnie	2,0	1,0	0,0	8,0	2,2		
	Wyższe	2,0	1,0	0,0	10,0	2,3		

M-średnia, Me-mediana, SD-odchylenie standardowe, KW-test H Kruskala-Wallis



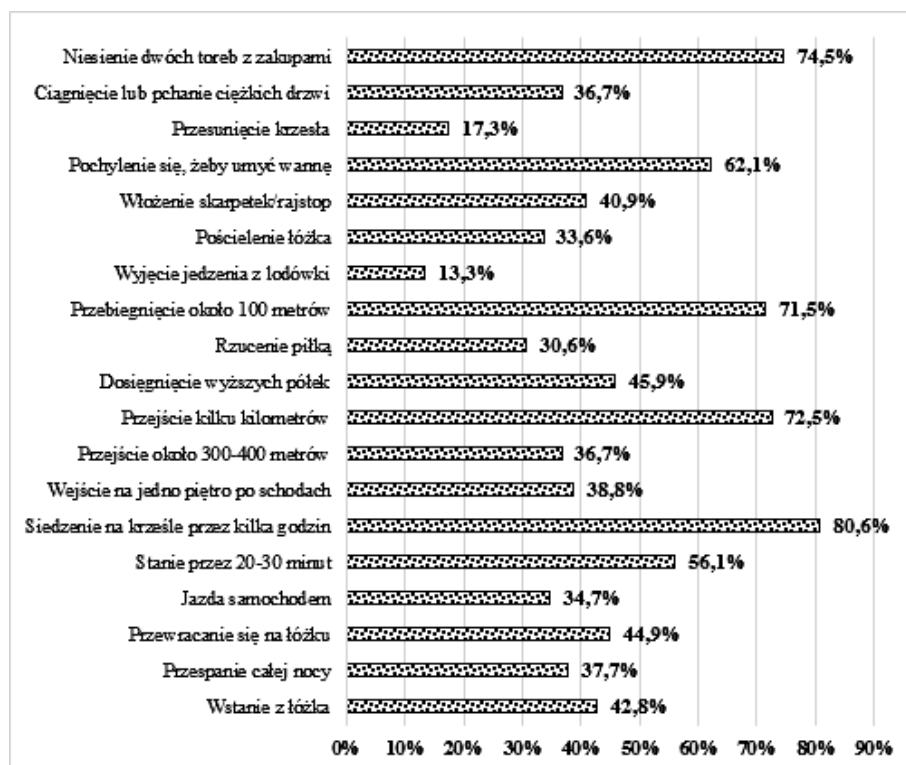
Rycina 4: Ocena wpływu bólu na funkcjonowanie z uwzględnieniem wykształcenia

Następnym celem autorów było ustalenie jak bardzo przewlekły ból kręgosłupa obniża ogólną sprawność badanych. Przeprowadzone badania wskazują, że zaburzenia wydolności funkcjonalnej spowodowane przewlekłym bólem pleców przyczyniają się do powstania i rozwoju niepełnosprawności. Ponad dwie trzecie (67,34%)

respondentów przyznało, że ma mniejszy lub większy stopień niepełnosprawności. Przejawem narastania niepełnosprawności z powodu ograniczenia wydolności funkcjonalnej w badanej populacji były poważne trudności z wykonaniem prozaicznych czynności. Ponad cztery na pięć badanych osób (80,6%) miało problem z przebywaniem przez kilka godzin (np. w pracy) w pozycji siedzącej. Podobnie wysoki odsetek respondentów (74,50%) zgłaszał znaczące trudności z przeniesieniem dwóch toreb z zakupami. O narastającej niepełnosprawności w badanej populacji świadczy duża grupa ankietowanych (71,50%), dla których dużym wyzwaniem było przebiegnięcie stu metrów. Dla niemal dwóch trzecich (62,10%) badanych dużym wyzwaniem było pochylenie się, żeby umyć wannę, a ponad połowa (56,10%) chorych z trudem mogła ustać przez 20-30 minut (tab. 6. ryc. 5).

Tabela 6. Stopień niesprawności pacjentów z zespołem bólowym kręgosłupa

Stopień niesprawności	Brak (0-19 pkt.)	Lekki (20-39 pkt.)	Umiarkowany (40-59 pkt.)	Ciężki (60-79 pkt.)	Bardzo ciężki (80-100 pkt.)
n	32	30	24	10	2
%	32,65%	30,61%	24,49%	10,20%	2,04%



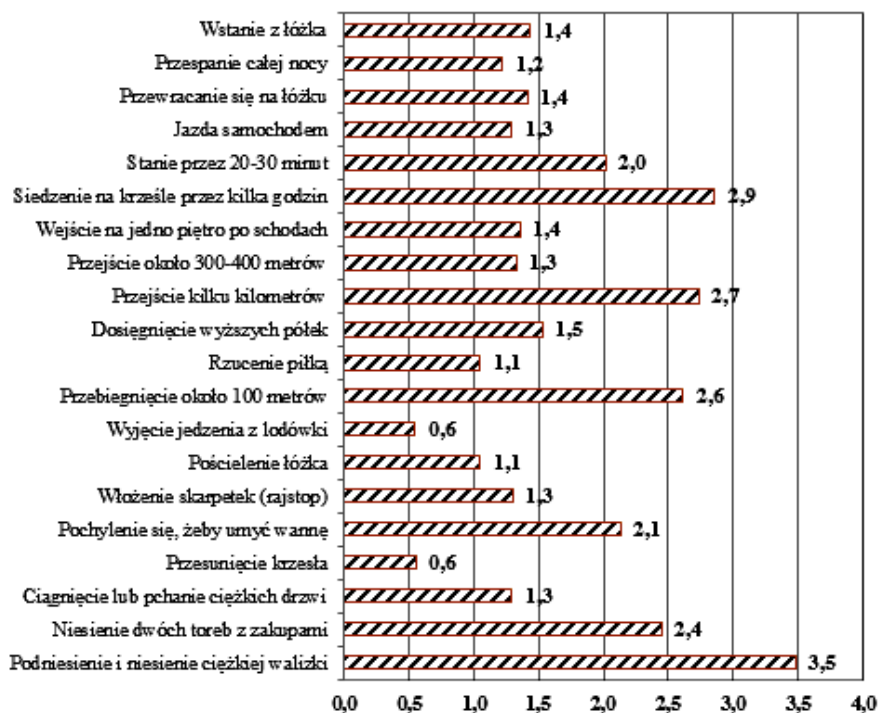
Rycina 5. Odsetek niepełnosprawności poszczególnych składowych skali QBPDS

Dalsza analiza wykazała, że ubytek wydolności funkcjonalnej wśród chorych z przewlekłym bólem kręgosłupa przekłada się na znaczne ograniczenie sprawności badanych. Nasilenie niepełnosprawności w badanej populacji wyrażało się poprzez narastające trudności w podnoszeniu i dźwiganiu ciężkich rzeczy, np. walizki ($M=3,5\pm 1,3$), w siedzeniu przez dłuższy czas, np. w pracy ($M=2,9\pm 1,3$), w przejściu długiego dystansu ($M=2,7\pm 1,7$), w przebiegnięciu stu metrów ($M=2,6\pm 1,7$), czy w codziennych zakupach ($M=2,4\pm 1,5$), (tab. 7., ryc. 6).

Tabela 7. Nasilenie niepełnosprawności poszczególnych składowych skali QBPDS

Rodzaj czynności	M	ME	Minimum	Maksimum	SD
Wstanie z łóżka	1,4	1,0	0,0	5,0	1,3
Przespanie całej nocy	1,2	1,0	0,0	5,0	1,3
Przewracanie się na łóżku	1,4	1,0	0,0	4,0	1,2
Jazda samochodem	1,3	1,0	0,0	5,0	1,2
Stanie przez 20-30 minut	2,0	2,0	0,0	5,0	1,5
Siedzenie na krześle przez kilka godzin	2,9	3,0	1,0	5,0	1,3
Wejście na jedno piętro po schodach	1,4	1,0	0,0	5,0	1,4
Przejście około 300-400 metrów	1,3	1,0	0,0	5,0	1,5
Przejście kilku kilometrów	2,7	3,0	0,0	5,0	1,7
Dosięgnięcie wyższych półek	1,5	1,0	0,0	5,0	1,4
Rzucenie piłką	1,1	0,5	0,0	5,0	1,3
Przebiegnięcie około 100 metrów	2,6	2,0	0,0	5,0	1,7
Wyjęcie jedzenia z lodówki	0,6	0,0	0,0	4,0	0,9
Pościelenie łóżka	1,1	1,0	0,0	5,0	1,3
Włożenie skarpetek (rajstop)	1,3	1,0	0,0	5,0	1,3
Pochylenie się, żeby umyć wannę	2,1	2,0	0,0	5,0	1,4
Przesunięcie krzesła	0,6	0,0	0,0	4,0	1,0
Ciągnięcie lub pchanie ciężkich drzwi	1,3	1,0	0,0	5,0	1,4
Niesienie dwóch toreb z zakupami	2,4	2,0	0,0	5,0	1,5
Podniesienie i niesienie ciężkiej walizki	3,5	4,0	1,0	5,0	1,3

M-średnia, Me-mediana, SD-odchylenie standardowe



Rycina 6. Nasilenie niepełnosprawności poszczególnych składowych skali QBPDS

WNIOSKI

1. Dolegliwości bólowe były obecne we wszystkich sferach życia badanej populacji. 68,4% ankietowanych przyznało, że ból o średnim lub większym nasileniu towarzyszy im podczas rutynowych czynności domowych.
2. Najbardziej destrukcyjne oddziaływanie przewlekłego bólu pleców odnotowano w wykonywaniu codziennych obowiązków ($M=4,6\pm 2,3$).
3. Zaburzenia funkcjonalne w zakresie podstawowych obowiązków miały negatywne konotacje w postrzeganiu doznawanego bólu ($M=4,6\pm 2,0$).
4. Przewlekły ból kręgosłupa powoduje większe ograniczenia wydolności funkcjonalnej u chorych mieszkających na wsi. Funkcjonowanie z permanentnym bólem pleców było istotnie trudniejsze na wsi w zakresie wywiązywania się z obowiązków z pracy ($\Delta M = 1,3$, $p = 0,035$), chodzenia ($\Delta M = 1,1$, $p = 0,061$) oraz jazdy samochodem ($\Delta M = 0,8$, $p = 0,02$).

5. Pacjenci z wyższym wykształceniem istotnie lepiej adaptują się do funkcjonowania z bólem pleców niż osoby legitymujące się dyplomem ukończenia szkoły podstawowej lub zawodowej.
6. Zaburzenia wydolności funkcjonalnej spowodowane przewlekłym bólem pleców przyczyniają się do powstania i rozwoju niepełnosprawności. Ponad dwie trzecie (67,34%) respondentów przyznało, że ma mniejszy lub większy stopień niepełnosprawności.
7. Ubytek wydolności funkcjonalnej wśród chorych z przewlekłym bólem kręgosłupa przekłada się na znaczne ograniczenie sprawności badanych.

PIŚMIENNICTWO

1. Aronson E.: Człowiek – istota społeczna. Warszawa 1987.
2. Davidson M., Keating J.L.: A comparison of five low back disability questionnaire: reliability and responsiveness. *Physical Therapy*, 2002, 82 (1); 8-24.
3. Domżał T., Ból podstawowy objaw w medycynie. Warszawa, Wydawnictwo Lekarskie PZWL 1996.
4. Dziak A.: Bolesny krzyż, „Medicina Sportiva”, Kraków, 2007
5. Jasik J., Turowski K., Jakość usług, a jakość życia klientów niepełnosprawnych. W: Uwarunkowania jakości życia w społeczeństwie informacyjnym. T. 1. Pod red. Elżbiety Skrzypek, Lublin 2007, UMCS, s. 401-407,
6. Jasik J: Niepełnosprawność a cele życiowe - zarys problemu. *Ann. UMCS Sect. D* 2004 vol. 59 suppl. 14 [cz.] 2, s. 345-350, bibliogr. sum., Promocja zdrowia rodziny.
7. Kirenko J.: Nasilenie potrzeb psychicznych osób ze stwardnieniem rozsianym. Społeczne zagrożenia zdrowia psychicznego i somatycznego. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska Lublin – Polonia Vol. LV, Suppl. VII, 19 Sectio D* 2000 s. 88.
8. Kiwerski J., Fiutko R.: Bóle kręgosłupa, PZWL, Warszawa, 2005.
9. Kokoszka A. Krótka Skala Samooceny Depresji i Lęku: Opis konstrukcji oraz właściwości psychometryczne dla osób z cukrzycą. *Przewodnik Lekarza*, 2008, 6, 74-8
10. Lorencowicz R., Dymerska A., Kazar M.: Zespoły bólowe kręgosłupa wśród pielęgniarek pracujących w szpitalu, w: „*Annales UMCS Lublin- Polonia*” 2000, vol. LV, suppl. VII, s. 28,136-139.
11. Lorencowicz R., Jasik J., Turowski K., Derecka M., Grabias J., Brzozowska A., Przychodzka E.: Wpływ dolegliwości bólowych kręgosłupa na aktywność zawodową pielęgniarek. W red. Markocka-Mączka K.: Społeczne uwarunkowania dobrostanu w niepełnosprawności. *NeuroCentrum*, Lublin, maj 2011, str. 49-62.
12. Lorencowicz R., Jasik J., Turowski K., Zielińska M., Baczevska B., Brzozowska A., Wpływ dolegliwości bólowych kręgosłupa na codzienne funkcjonowanie

jednostki. (Effect of spinal pain on the daily functioning of the unit.). W: Międzynarodowa Konferencja Naukowa "Zdrowie człowieka w teorii i praktyce". Lublin, 8-9 grudnia 2011. Streszcz, s. 45-46.

13. Morton M.: Zespoły bólowe kręgosłupa. Przewodnik lekarza 2008; 5: 45-
14. Rapała K. Zespoły bólowe kręgosłupa, PZWL, Warszawa, 2004
15. Skrzypek E: Czynniki kształtujące jakość życia. Materiały z V Międzynarodowej Konferencji Naukowo-Technicznej Ergonomia Niepełnosprawnym, Jakość Życia "MKEN'2001", Łódź 16 -17.11.2001.
16. Sokolnicka H.: Jakość życia pacjentów ze złamaniem w obrębie bliższej nasady kości udowej leczonych operacyjnie w Oddziale Urazowo-Ortopedycznym. Nowa Medycyna 9/2000.
17. Stelcer B.: Rozwój badań jakości życia chorych terminalnie. Postępy Pielęgniarstwa i Promocji Zdrowia, cz. XI, Poznań 1997, s. 156-160.
18. Wołowicka L., Podlaszewska J.: Jakość życia chorych po reanimacji. Postępy Pielęgniarstwa i Promocji Zdrowia, cz. IX a, Poznań 1996.

STRESZCZENIE

Celem pracy była analiza wpływu dolegliwości bólowych kręgosłupa na wydolność funkcjonalną (WF). Badaniom poddano 98 chorych, wykorzystano: skale: Depresji i Lęku, oceny bólu (VAS), oraz niesprawności (QBPDS). Zastosowano testy: W Shapiro-Wilka, U Manna-Whitneya oraz Kruskala-Wallisa. Przyjęto $p < 0,05$. 1. Dolegliwości bólowe były obecne we wszystkich sferach życia. 2. Najbardziej destrukcyjnie ból pleców wpływa na wykonywanie codziennych obowiązków 3. Zaburzenia WF miały negatywne konotacje w postrzeganiu doznawanego bólu. 4. Stwierdzono większe ograniczenia WF u chorych mieszkających na wsi. 5. Pacjenci z wyższym wykształceniem istotnie lepiej adaptują się do funkcjonowania z bólem. 6. Zaburzenia WF przyczyniają się do powstania i rozwoju niepełnosprawności.

ABSTRACT

The aim of this paper was the analysis of the influence of spine pain syndrome on functional capacity (FC). The study group included 98 patients. The following scales were put to use: Depression and Anxiety Scale, Visual Analogue Scale (VAS) and Quebec Back Pain Disability Scale (QBPDS). The following tests were applied: W. Shapiro-Wilk, Mann-Whitney U test and Kruskal-Wallis. The level of significance was set at $p < 0.05$. 1. Pain discomfort was present in all spheres of life. 2. The most destructive spine pain has its impact on performance of daily activities. 3. Disturbances in functional capacity had negative connotations in perception of the perceived pain. 4. It was found that patients from rural communities had greater functional incapacitation. 5. The patients with higher education demonstrated significantly better adaptation to functioning with pain. 6. Disturbances in functional capacity contribute to the formation and development of disability.

Artykuł zawiera 25498 znaków ze spacjami + grafika