

## Krystyna Klimaszewska, Elżbieta Krajewska-Kułak, Dorota Kondzior, Krystyna Kowalczyk, Barbara Jankowiak

Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

# Jakość życia pacjentów z zespołami bólowymi odcinka lędźwiowego kręgosłupa

Quality of life in patients with lumbar spine pain syndromes

### STRESZCZENIE

**Wstęp.** Dyskopatia odcinka lędźwiowego kręgosłupa nieuchronnie prowadzi do obniżenia jakości życia. Zmniejszenie dysfunkcji kręgosłupa w stopniu umożliwiającym prowadzenie normalnego trybu życia rodzinnego, towarzyskiego i zawodowego należy do podstawowych zadań leczniczych i pielęgnacyjnych.

**Cel pracy.** Celem pracy była ocena, w jakim stopniu skuteczność działania przeciwbólowego w zespołach bólowych kręgosłupa wpływa na jakość wykonywanej pracy zawodowej.

**Materiał i metody.** Badania przeprowadzono wśród 156 losowo wybranych osób z zespołem bólowym kręgosłupa odcinka lędźwiowego. Badania wykonano w 2009 roku. Narzędziami badawczymi były skala *Back Pain Function Scale* (BPFS) oraz skala *Oswestry Disability Index* (ODI) oceniająca jakość życia pacjentów z bólami krzyża.

**Wyniki.** W badaniu udział wzięło 156 osób. Z grupy badawczej 94 osoby posiadały wykształcenie średnie. Wśród objawów klinicznych dominowały bóle w okolicy lędźwiowo-krzyżowej (106 osób), a 66 osób stwierdziło, że wysiłek nasila ból, kiedy wykonują pracę w ruchu bądź siedzącą. Wśród pacjentów przyjmujących leki przeciwbólowe tylko dla 14,74% (23 osoby) możliwa jest całkowita eliminacja bólu.

**Wnioski.** Podczas wykonywania pracy w ruchu bądź pracy siedzącej ból się nasila, ale większość ankietowanych (45,51%) może samodzielnie funkcjonować w życiu codziennym.

**Problemy Pielęgniarstwa 2011; 19 (1): 47–54**

**Słowa kluczowe:** dyskopatia lędźwiowa, jakość życia, ból

### ABSTRACT

**Introduction.** Discopathy of lumbar spine ineluctable give rise to reduce life quality. Reduce spine dysfunction level enable to lead congenial to normal social, professional and family life procedure belong to medicative and nursing care task.

**Aim of the study.** Efficiency rating of action pain contrary in spine pain unit on work realize quality.

**Material and methods.** Delve was carry conducted among in 156 random people with lumbar spine pain unit. Research was carry trough in 2009 year. Researching instruments were Pain Function Scale (BPFS) and Oswestry Disability Index (ODI) scales rating patient life quality with back pain.

**Results.** In research takes part 156 people, where 94 people were possessors of secondary education. Among clinical effect dominated pains in lumbar-back area (106 people) and 66 people said that effort intensify pain doing movement or sitting work. Among patients who absorbed pain-killers, only for 23 people (14.74%) pain elimination is possible at all.

**Conclusions.** Effort intensify pain during doing movement or sitting work, but most of pollsters (45.51%) can function at daily life on their own.

**Nursing Topics 2011; 19 (1): 47–54**

**Key words:** lumber discopathy, life quality, pain

### Wstęp

Dolegliwości bólowe kręgosłupa znane są człowiekowi od bardzo dawna, jednak w ostatnich pięciu dekadach XX wieku częstotliwość ich występowania nie-

pokojąco się zwiększyła. Bóle kręgosłupa stały się obecnie chorobą cywilizacyjną. Jest to problem dotyczący coraz większą, również młodszą część społeczeństwa. W związku z rozwojem cywilizacji organizm ludzki zo-

**Adres do korespondencji:** dr n. med. Krystyna Klimaszewska, Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, ul. M. Skłodowskiej-Curie 7A, 15–196 Białystok, e-mail: krysia.klimaszewska@wp.pl

stał pozbawiony naturalnej potrzeby aktywności ruchowej. Brak ruchu stał się główną przyczyną bólów kręgosłupa, wynikających z trybu życia, wykonywanej pracy oraz nieznajomości zasad ergonomii wysiłku. Zespoły bólowe kręgosłupa powodują ograniczenia w życiu zawodowym, społecznym i rodzinnym. Proces ewolucji umożliwił przybranie pionowej pozycji ciała dzięki odpowiedniemu przeniesieniu środka ciężkości. Okazało się wówczas, że odcinek lędźwiowo-krzyżowy kręgosłupa nie został odpowiednio przygotowany w procesie ewolucji do pełnienia niektórych funkcji. Niestety, współczesny człowiek więcej czasu spędza w pozycji siedzącej, a więc mało fizjologicznej i mocno obciążającej kręgosłup. Powoduje to, że obecnie częściej i wcześniej pojawiają się zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa. Sprzyja temu współczesny styl życia — pośpiech, stres, ograniczenie aktywności fizycznej [1].

### Jakość życia a choroba

Ból jest zjawiskiem bardzo subiektywnym, jednostkowym, stanowi doznanie zmysłowe i emocjonalne. Łączy się z uszkodzeniem tkanek, ale może też występować bez niego. Ból zawsze jest doznaniem bardzo nieprzyjemnym, a kiedy jest przewlekły, wiąże się z cierpieniem.

Początkowo termin „jakość życia” oznaczał stopień zadowolenia z życia zgodny z potrzebami i możliwościami chorego [1, 2]. Campbell, prekursor badań nad jakością życia (1976), uważał, że zależy ona od stopnia zaspokojenia w określonych dziedzinach życia, takich jak: małżeństwo, życie rodzinne, zdrowie, sąsiedzi, znajomi, zajęcia domowe, praca zawodowa, życie w danym kraju, miejsce zamieszkania, czas wolny, warunki mieszkaniowe, posiadane wykształcenie i standard życia [1, 2].

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO, *World Health Organization*) (1993) określa jakość życia jako „poczucie jednostki co do jej pozycji życiowej w ujęciu kulturowym oraz systemu wartości, w którym żyje w odniesieniu do jej osiągnięć, oczekiwań, standardów i zainteresowań” [1].

W medycynie termin ten oznacza całościowe spojrzenie na problemy pacjenta w zakresie zdrowia fizycznego, psychicznego, środowiska — służy umacnianiu zdrowia, dostarcza informacji o funkcjonowaniu chorego w ważnych dla niego dziedzinach życia, służy do oceny efektywności leczenia, jest wskaźnikiem korzyści osiągniętych przez pacjenta, przydaje się do monitorowania wpływu leków, ułatwia zaplanowanie i zorganizowanie opieki doraźnej i długofalowej [1, 2].

Medycyna uwzględnia również jakość życia w chorobie. Dolegliwości ograniczają lub pogarszają różne aspekty życia. Najbardziej długofalowe skutki mają choroby przewlekłe, nieuleczalne, poważnie ograniczające funkcjonowanie człowieka związane z długotrwałym cierpieniem. Życie z dolegliwościami i zmniejszonymi moż-

liwościami funkcjonowania ogranicza wolność i uzależnia osobę chorą od innych ludzi. Poważna choroba wiąże się z obniżeniem pozycji społecznej, z koniecznością przerwania pracy, utratą zdolności do zarobkowania i pogorszeniem warunków materialnych rodziny, co znacznie wpływa na pogorszenie jakości życia [3].

„Ból jest przykrym, zmysłowym i emocjonalnym odzuciem związanym z aktualnym lub potencjalnym uszkodzeniem tkanek lub opisywanym jako takie uszkodzenie” — podaje definicja uznana i opublikowana przez Międzynarodowe Towarzystwo Badania Bólu (IASP, *International Association for the Study of Pain*) [4]. Należy odróżnić ból jako rodzaj czucia od bólu jako cierpienia. Ból staje się cierpieniem wówczas, kiedy jego obecność wywołuje reakcję psychiczną spowodowaną jego natężeniem, trwałością doznania, lokalizacją lub nadmierną wrażliwością psychiczną czy obniżoną tolerancją. Ostremu bólowi zwykle towarzyszy reakcja lękowa, przewlekłemu zaś reakcja nerwicowa, depresyjna. Ze względu na czas trwania można wyróżnić:

- ból ostry — krótkotrwały, intensywny, trwa tak długo jak działa bodziec, nie dłużej niż 2, 3 miesiące, może zmienić się w przewlekły;
- ból przewlekły — patologiczny, jest objawem, skutkiem choroby, trwa ponad 3 miesiące [4, 5].

Bóle pleców bardzo często są związane z kręgosłupem. Jedną z najczęstszych przyczyn bólu jest uszkodzenie mięśni, ścięgien lub krążków międzykręgowych, do którego dochodzi pod wpływem zbyt dużego obciążenia. Kręgosłup to wyrafinowana konstrukcja, ułatwiająca utrzymanie pozycji wyprostowanej dzięki sile mięśni i mechanicznym właściwościom kości. Każda tego typu konstrukcja ma ograniczoną wytrzymałość mechaniczną. Nieprawidłowo wykonana próba podniesienia zbyt dużego ciężaru, gwałtowny ruch bądź uderzenie mogą spowodować jego uszkodzenie. Również niewielkie, ale długotrwałe niekorzystne obciążenia kręgosłupa mogą skutkować i bólem.

Drugą częstą przyczyną bólu są uszkodzenia wynikające z wad wrodzonych lub degeneracji kręgosłupa związanej z wiekiem. Jest to na przykład tak zwane wypadnięcie dysku (dyskopatia), czyli przemieszczenie się jednego z elastycznych krążków umieszczonych między kręgami, albo kręgozmyk, czyli przemieszczenie kręgów względem siebie. W tych przypadkach ból związany jest zwykle nie tylko z uszkodzeniem mechanicznym, ale także z uciskiem rdzenia pacierzowego. Trzecią istotną grupą źródeł bólu są schorzenia neurologiczne, takie jak zapalenie nerwów (rwa kulszowa).

### Wpływ czynników środowiskowych

Rozwój cywilizacji spowodował, że organizm człowieka został pozbawiony naturalnej potrzeby aktywno-

ści ruchowej. Tryb życia, wykonywana praca, brak znajomości zasad ergonomii i wysiłku to przyczyny bólów kręgosłupa. Mogą one być związane:

- ze sposobem życia — paleniem tytoniu, pozycją wymuszoną, na przykład prowadzeniem samochodu, wibracjami, uprawianiem niektórych sportów (hokej, golf, kręgle, żeglarstwo, piłka nożna);
- z pracą zawodową — ciężka praca fizyczna, długotrwała wymuszona postawa ciała, częste powtarzające się ruchy rotacji i zginania, powtarzalny wysiłek przy podnoszeniu ciężarów, wielogodzinna pozycja siedząca;
- z czynnikami psychologicznymi — zaburzenia osobowościowe (depresja, histeria), stres.

Do wystąpienia bólów kręgosłupa szczególnie predysponują: otyłość, wysoki wzrost (kobiety powyżej 170 cm, mężczyźni powyżej 180 cm), wiek 40–59 lat, osłabienie mięśni brzucha i pasa miednicznego, ciąża, urazy narządu ruchu, skolioza, wady rozwojowe [6].

Jedną z najczęściej spotykanych w praktyce lekarskiej klinicznych postaci bólu jest ból pochodzenia kręgosłupowego, a w szczególności ból w dolnym odcinku kręgosłupa, zwany pospolicie bólem krzyża. Kiedy ból taki pojawia się po raz pierwszy, najczęściej nie wiadomo, jaka jest jego przyczyna i jaki będzie dalszy rozwój dolegliwości. W takich przypadkach wstępne rozpoznanie dolegliwości jako bólu krzyża wydaje się najbardziej stosowne. Szacuje się, że na ból krzyża skarży się przynajmniej raz w życiu około 80% ludzi. Taki ból może być jedynym objawem, częścią zespołu klinicznego, a dla wielu ludzi jest chorobą trwającą całe życie.

Zespoły bólowe kręgosłupa są najczęstszą przyczyną ograniczenia aktywności zawodowej osób poniżej 45. roku życia, a w grupie wiekowej 50–64 lat przewyższają je tylko schorzenia kardiologiczne oraz choroby reumatyczne. Każdego roku miliony czynnych zawodowo osób przebywa na zwolnieniach z powodu bólów kręgosłupa. Zakres dolegliwości bólowych kręgosłupa może przybrać rozmaity charakter — od bólów krótkotrwałych o umiarkowanym nasileniu, po bóle silne, które mają charakter przewlekły.

Można temu zapobiec i jest to znacznie prostsze niż leczenie. Właściwie dobrany ruch niweluje bóle kręgosłupa. Oddziałuje na cały organizm, a zwłaszcza na narządy ruchu, poprawia kondycję, mobilizuje, łagodzi napięcie zarówno fizyczne, jak i psychiczne. Ruch powinien być dobrany w zależności od wieku, rodzaju pracy zawodowej, warunków życia i stanu zdrowia, indywidualnych upodobań [7, 8].

Dolegliwości bólowe towarzyszące chorobie dyskowej odcinka lędźwiowego kręgosłupa mogą prowadzić do istotnego upośledzenia czynnościowego oraz obniżenia jakości życia pacjenta. Ocena stanu funkcjonalnego pacjentów często jest stosowana jako obiektywna metoda skuteczności postępowania terapeutycznego.

W dostępnej literaturze można znaleźć kilkanaście różnych skal opisujących efektywność leczenia ze względu na stopień upośledzenia czynnościowego determinowanego głównie natężeniem dolegliwości bólowych, które uzyskały pozytywną opinię z uwagi na przydatność w ocenie chorych z bólami kręgosłupa [9–14]. Uwzględniają one obiektywne i subiektywne czynniki charakterystyczne dla tego schorzenia, a połączenie wyników badania przedmiotowego z subiektywną oceną dokonaną przez pacjenta podnosi stopień obiektywizmu i wiarygodności dokonywanej oceny.

### Cel pracy

1. Ocena skuteczności działania przeciwbólowego w zespołach bólowych kręgosłupa na jakość wykonywanej pracy zawodowej.
2. Określenie wpływu choroby na pozycję społeczną, zawodową i rodzinną pacjenta.

### Materiał i metody

Badania przeprowadzono wśród 156 losowo wybranych osób z zespołem bólowym kręgosłupa odcinka lędźwiowego. W pracy wykorzystano następujące skale:

- *Back Pain Function Scale* (BPFS), która służy do oceny funkcjonalnej zdolności u pacjentów z bólem krzyża;
- *Oswestry Disability Index* (ODI) — 10-stopniowa skala opisująca ból dolnej części kręgosłupa i wpływ na funkcjonowanie w środowisku.

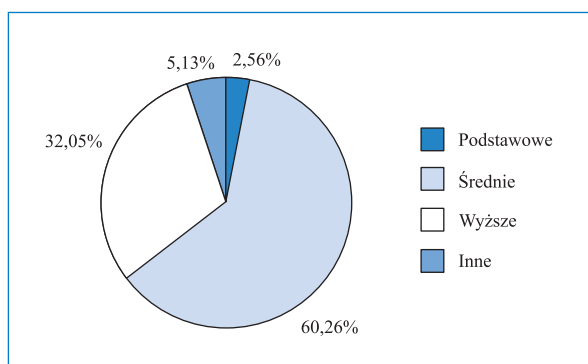
Obie skale są standaryzowanymi narzędziami badawczymi.

Badania przeprowadzono po uzyskaniu zgody komisji Bioetycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku.

### Wyniki

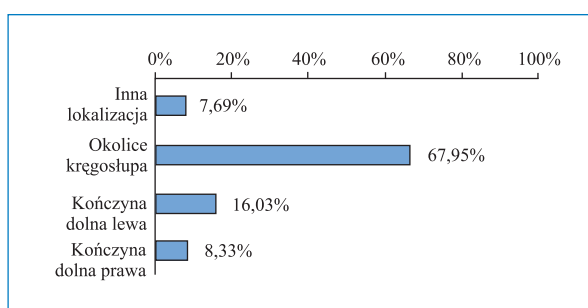
W badaniu wzięło udział 156 pacjentów (78 kobiet i 78 mężczyzn) w wieku 21–65 lat (średnia wieku  $43 \pm 7,2$  roku). Większa część badanych (94 osoby — 60,26%) miała wykształcenie średnie, 50 osób (32,05%) — wyższe, 4 osoby — podstawowe i 8 osób — inne wykształcenie (ryc. 1). W analizowanej grupie 94 osoby (60,2%) wykonywały pracę umysłową, a 62 (39,8%) pracę fizyczną.

Jedną z najczęstszych przyczyn bólu kręgosłupa jest dyskopatia, czyli choroba krążka międzykręgowego. Dyskopatia lędźwiowa objawia się najczęściej bólami okolicy lędźwiowo-krzyżowej promieniującymi do jednej lub obu kończyn dolnych. Takie dolegliwości są spowodowane uciskiem na korzenie nerwowe będące składową nerwu kulszowego. Z badań własnych wynika, że wśród objawów klinicznych dominowały bóle w okolicy lędźwiowo-krzyżowej (106 osób), natomiast 25 osób zgłaszało ból kończyny lewej, a 13 — prawej (ryc. 2). W 35 przypadkach (22,44%) kobiety podawały, że ból



Rycina 1. Wykształcenie ankietowanych

Figure 1. Respondent's education



Rycina 2. Lokalizacja bólu

Figure 2. Location of pain

nasila się podczas wykonywania pracy w ruchu, natomiast 31 mężczyzn (19,87%) zgłosiło nasilenie bólu w trakcie wykonywania pracy w pozycji siedzącej (tab. 1).

Tabela 1. Wysiłek nasilający ból związany z wykonywaną pracą

Table 1. Effort intensifying pain in relation to the performed work

Płeć	Pozycja, w której wykonywana jest praca	Wysiłek nasila ból					
		Tak		Nie		Razem	
		n	%	n	%	n	%
Kobieta	Siedząca	20	12,82	6	3,85	26	16,67
	Stojąca	2	1,28	0	0,00	2	1,28
	Wymuszona	15	9,62	0	0,00	15	9,62
	W ruchu	34	21,79	1	0,64	35	22,44
Mężczyzna	Siedząca	29	18,59	2	1,28	31	19,87
	Stojąca	4	2,56	0	0,00	4	2,56
	Wymuszona	11	7,05	0	0,00	11	7,05
	W ruchu	27	17,32	5	3,20	32	20,51
Razem		142	91,03	14	8,97	156	100,00

Nieleczona choroba postępuje, co wiąże się z rozwojem zmian zwyrodnieniowych i rozprzestrzenianiem się ich na sąsiednie przestrzenie międzykręgosłupowe oraz inne odcinki kręgosłupa. Trudność w prowadzeniu terapii wynika z faktu, że nie istnieje metoda, która zapewnia pełne wyleczenie. Wśród pacjentów przyjmujących leki przeciwbólowe tylko dla 23 osób (14,74%) możliwa jest całkowita eliminacja bólu (tab. 2). W analizowanej grupie 53 osoby (33,97%) zgłaszały, że ból pojawiał się codziennie (tab. 3), a wizyty u lekarza u 25,64% były nieregularne (ryc. 3). Sposób wykonywania pracy niekiedy zwiększa ryzyko wystąpienia dyskopatii. Jednak dla pewnych grup zawodowych jest ono większe niż w przypadku pozostałych. Niezależnie od charakteru wykonywanej pracy ankietowani równie często odczuwają ból. Większość pacjentów (71 osób — 45,51%) może samodzielnie funkcjonować, ale powoduje to dodatkowy ból (tab. 4). Czasem wystarczy chwila, by gwałtownie wykonany ruch spowodował unieruchomienie pacjenta na wiele dni. Osoby cierpiące na dyskopatię powinny unikać gwałtownych ruchów — przeprostów, skłonów, podskoków i tym podobnych. U 63 osób ból wywoływało podnoszenie (zdejmowanie) ciężkich przedmiotów (tab. 5).

Ruch pomaga w utrzymaniu sprawności i wydolności organizmu. Zbyt mała aktywność fizyczna jest przyczyną osłabienia aparatu mięśniowego i więzadłowego, co powoduje gorszą stabilizację kręgosłupa. Zmniejsza się zdolność do długotrwałego wysiłku statycznego i dynamicznego. W rekreacyjnym treningu w okresie remisji bólów i po leczeniu operacyjnym zaleca się zróżnicowany ruch. Spacerowanie na świeżym powietrzu, w terenie płaskim lub z niewielkimi wzniesieniami należy stopniowo wydłużać. Dla większości pacjentów (43,59%)

**Tabela 2.** Intensywność bólu a stosowanie środków przeciwbólowych**Table 2.** Intensity of pain but administering means against pain

Intensywność bólu	n	%	1/10 (%) Σ
Środki przeciwbólowe przynoszą małą ulgę	12	7,69	0,77
Środki przeciwbólowe przynoszą umiarkowaną ulgę	65	41,67	4,17
Środki przeciwbólowe całkowicie eliminują ból	23	14,74	1,47
Ból występuje, ale funkcjonuję bez użycia środków przeciwbólowych	36	23,08	2,31
Toleruję ból bez użycia środka przeciwbólowego	20	12,82	1,28
Razem	156	100,00	10,00

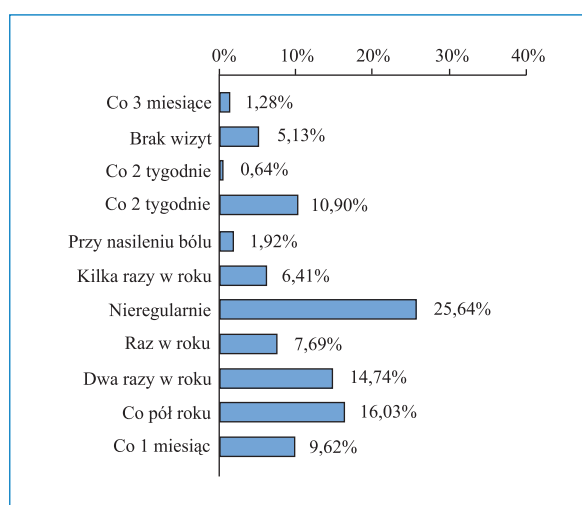
**Tabela 3.** Częstotliwość pojawiania się bólu**Table 3.** Arrival rate of pain

Częstotliwość pojawiania się bólu	n	%
Codziennie	53	33,97
Kilka razy w tygodniu	45	28,85
Kilka razy w miesiącu	38	24,36
Inna częstotliwość	20	12,82
Razem	156	100,00

ból przeszkadza w chodzeniu więcej niż 1 km (tab. 6) bądź staniu dłużej niż 1 godzinę (tab. 7). Aż 89 badanych osób (57,05%) twierdzi, że posiada wystarczającą wiedzę na temat swojej choroby (ryc. 4). Proponuje się, aby w programie edukacji pacjentów w większym zakresie niż dotychczas uwzględniać tematy dotyczące przyczyn istoty dolegliwości bólowych kręgosłupa, prewencji pierwotnej i wtórnej, a także sposobów radzenia sobie z następstwami choroby w życiu codziennym.

Rolę edukatora w zakresie prozdrowotnego stylu życia powinna pełnić pielęgniarka. Dynamiczny rozwój pielęgniarstwa, jaki dokonał się w ostatnich latach, wpłynął na poszerzenie funkcji zawodowych pielęgniarki. Oprócz promowania zdrowia oraz funkcji profilaktycznej, leczniczej, rehabilitacyjnej i opiekuńczej niezwykle istotna jest również funkcja edukacyjna. Działania edukacyjne pielęgniarki powinny ułatwić choremu świadomy współdziałanie w procesie leczenia i rehabilitacji oraz przygotować go do samoopieki i podjęcia współodpowiedzialności za swoje zdrowie.

Edukacja zdrowotna osiąga swój cel, gdy nie kończy się na poziomie wiedzy, ale dociera do struktur psychicznych, które regulują zachowania człowieka — postawy, nawyki oraz system wartości.

**Rycina 3.** Wizyty u lekarza**Figure 3.** Appointments at the doctor's

## Dyskusja

Dolegliwości kręgosłupa występują zarówno podczas prac wykonywanych w pozycji siedzącej, jak i stojącej. Pracownicy wykonujący czynności zawodowe często przyjmują niewłaściwą (często wymuszoną) pozycję ciała i w związku z tym są narażeni na zbyt duże obciążenia zewnętrzne (np. przenoszenie ciężarów). Bóle kręgosłupa stały się obecnie chorobą cywilizacyjną.

Zespoły bólowe kręgosłupa powodują ograniczenia w życiu zawodowym, społecznym i rodzinnym, a tym samym jakość życia ludzi cierpiących na nie ulega znacznemu obniżeniu. Choroba powoduje, że nie tylko wykonywanie codziennych czynności staje się trudniejsze (chodzenie, stanie, siedzenie itp.), ale spada też zdolność funkcjonowania w życiu społecznym i zawodowym. Ból nie tylko powoduje cierpienie i zmusza do zmniejszenia aktywności życiowej, ale rów-



**Tabela 4.** Samodzielność pacjentów a występowanie bólu

**Table 4.** Autonomy of patients and occurrence of pain

<b>Samodzielność pacjentów a występowanie bólu</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>1/10 (%) Σ</b>
Potrzebuję pomocy każdego dnia przy wykonywaniu większości prac	2	1,28	0,13
Potrzebuję niewielkiej pomocy, ale w większości czynności dają sobie radę samodzielnie	21	13,46	1,35
Samodzielne wykonywanie czynności (samoopieka) jest bolesne, wywołuje ból i jestem powolny i uważny	21	13,46	1,35
Mogę samodzielnie funkcjonować, ale to powoduje dodatkowy ból	71	45,52	4,54
Mogę normalnie funkcjonować i nie powoduje to dodatkowego bólu	41	26,28	2,63
Razem	156	100,00	10,00

**Tabela 5.** Podnoszenie ciężarów a ból

**Table 5.** Weight lifting and pain

<b>Podnoszenie ciężarów a ból</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>1/10 (%) Σ</b>
Nie mogę podnosić ani nosić żadnych przedmiotów	1	0,64	0,06
Mogę podnosić tylko bardzo lekkie przedmioty	17	10,90	1,09
Ból przeszkadza mi w podnoszeniu ciężkich przedmiotów, ale radzę sobie z przedmiotami średnio ciężkimi, jeżeli są dobrze umieszczone	27	17,31	1,73
Ból przeszkadza mi w podnoszeniu ciężkich przedmiotów z podłogi, ale dają sobie radę, jeżeli są one wygodnie umieszczone, np. na stole	33	21,15	2,12
Mogę podnosić ciężkie przedmioty, ale to wywołuje ból	63	40,38	4,04
Podnoszenie ciężkich przedmiotów nie wywołuje bólu	15	9,62	0,96
Razem	156	100,00	10,00

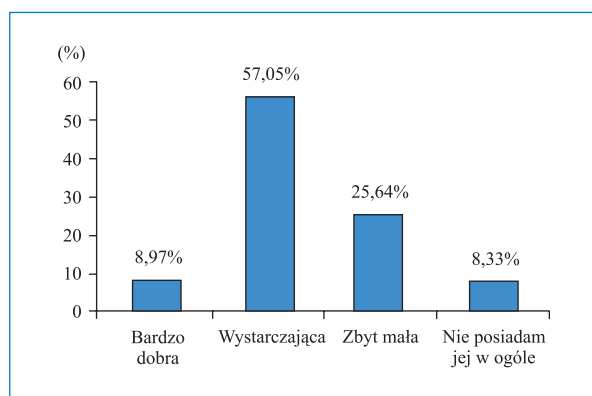
**Tabela 6.** Chodzenie a ból

**Table 6.** Walking and pain

<b>Chodzenie a ból</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>1/10 (%)</b>
Mogę chodzić, używając laski albo kuli	2	1,28	0,13
Ból przeszkadza mi w przejściu więcej niż 250 m	4	2,56	0,26
Ból przeszkadza mi w przejściu więcej niż 0,5 km	11	7,05	0,71
Ból przeszkadza mi w przejściu więcej niż 1 km	68	43,59	4,36
Ból nie przeszkadza mi w chodzeniu	71	45,52	4,54
Razem	156	100,00	10,00

**Tabela 7.** Siedzenie a ból**Tabel 7.** Seating and pain

Siedzenie a ból	n	%	1/10 (%) Σ
Nie mogę w ogóle siedzieć (ból mi przeszkadza)	2	1,28	0,13
Ból przeszkadza mi w siedzeniu dłużej niż 10 minut	8	5,13	0,51
Ból przeszkadza mi w siedzeniu dłużej niż 0,5 godziny	16	10,26	1,03
Ból przeszkadza mi w siedzeniu dłużej niż 1 godzinę	84	53,85	5,38%
Mogę siedzieć tylko w ulubionym, wygodnym krześle/fotelu tak długo, jak tylko chcę	27	17,31	1,73
Mogę siedzieć w każdym miejscu tak długo, jak tylko chcę	19	12,18	1,22
Razem	156	100,00	100,01

**Rycina 4.** Poziom wiedzy badanych na temat choroby**Figure 4.** Level of the knowledge examined about illness

niez wpływa na obniżenie samooceny i poczucia własnej wartości [3].

Zespoły bólowe kręgosłupa nie stanowią większego zagrożenia dla życia pacjentów, jednak ich rozpowszechnienie i częstość występowania powodują, że jest to bardzo poważny problem zarówno z punktu widzenia medycyny (trudności w uzyskaniu efektu terapeutycznego, nastawienie chorobowe pacjentów), jak i ekonomii (u około 60–80% osób dorosłych wystąpiły bóle odcinka lędźwiowego kręgosłupa, z których u 11% dolegliwości uniemożliwiały wykonywanie pracy) [15–17]. Leczenie tego typu dolegliwości wymaga dużego wyuczucia i podejścia interdyscyplinarnego (neurolog, neurochirurg, rehabilitant, pielęgniarka, psycholog, psychiatra). Nie ma jak dotąd zgodnej opinii, czy bóle krzyża można uznać za chorobę zawodową. Obecny tryb życia w jakimś stopniu zwiększa ryzyko wystąpienia bólów krzyża, ponieważ pozycja siedząca (w samocho-

dzie, przed telewizorem, w biurze) najbardziej obciąża kręgosłup. Mimo ogromnego postępu w poznawaniu tak złożonego zjawiska, jakim jest ból, jak również postępu w walce z jego zmniejszeniem, daleko jeszcze do opracowania metod całkowitego uwolnienia człowieka od bólu. Lekarze wciąż posiadają zbyt małą wiedzę na temat tego zjawiska. Brak znajomości mechanizmów bólu, słabe wykorzystywanie czynników psychologicznych w leczeniu bólu i małe osobiste zaangażowanie się w walkę z cierpieniem skłaniają wielu chorych do szukania pomocy w medycynie niekonwencjonalnej.

Istnieje wiele narzędzi pomagających określić natężenie odczuwanego bólu. Najbardziej popularną skalą jest skala numeryczna oceniająca ból w skali liczbowej, gdzie 0 oznacza brak bólu, a 10 — najsilniejszy ból, jaki chory może sobie wyobrazić. Inna skala — werbalna, ocenia ból w sposób opisowy. W skali tej chory może opisywać ból, posługując się czterema stopniami jako: brak bólu, ból słaby, ból umiarkowany, ból silny lub dodatkowo, stopień piąty — ból nie do zniesienia. W badaniach przeprowadzonych przez autorów artykułu pacjenci twierdzili, że ból uniemożliwia im wykonywanie niektórych czynności życia codziennego bądź przejście 1 km.

Bóle mięśniowe w okolicy krzyża ujawniają się często po wysiłku. Taki ból mięśni pojawia się zwykle 8 godzin po wysiłku lub na drugi dzień i ustępuje po kilku dniach [12–14]. W analizowanej grupie wśród 53 osób ból występował codziennie.

### Wnioski

1. Ankietowani najczęściej zgłaszali bóle okolicy krzyżowo-lędźwiowej lub kończyn dolnych.
2. Wysiłek nasila ból podczas wykonywania pracy w ruchu bądź pracy siedzącej.
3. Większość ankietowanych (45,51%) może samodzielnie funkcjonować w życiu codziennym.

4. Większości pacjentów ból nie pozwala na przejście więcej niż 1 km bądź na stanie dłużej niż 1 godzinę.
5. Rolę edukatora w zakresie propagowania prozdrowotnego stylu życia powinna pełnić pielęgniarka.

### Piśmiennictwo

1. Kochman D. Jakość życia. Analiza teoretyczna. *Zdrow. Publiczne* 2007; 117: 242–248.
2. Trzebińska E., Łuszczyńska A. Psychologia jakości życia. W: Jurkowlaniec Z. (red.). *Psychologia jakości życia*. Wydawnictwo Szkoły Wyższej Psychologii Społecznej, Warszawa 2002; 5–8.
3. Nowak E., Nowak P., Zawadzka B. i wsp. Jakość życia chorych neurologicznie. *Studia Medyczne Akademii Świętokrzyskiej*. Kielce 2003; 1: 95–99.
4. Suchocka L. Psychologia bólu. Wydawnictwo Centrum Doradztwa i Informacji Difin sp. z o.o., Warszawa 2008; 16–33.
5. Domżał T.M. Bóle krzyża. *Przew. Lek.* 2001; 4: 104–110.
6. Świerkot J. Bóle krzyża — etiologia, diagnostyka i leczenie. *Przew. Lek.* 2006; 9: 86–98.
7. Dobrogowski J., Wordliczek J. Zespoły bólowe narządu ruchu. Bóle kręgosłupa. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2008; 283–293.
8. Morton M. Zespoły bólowe kręgosłupa. *Przew. Lek.* 2008; 11: 45–52.
9. Main C.J. The Modified Somatic Perception Questionnaire (MSPOQ). *J. Psychosom. Res.* 1983; 27: 503–514.
10. Lawlis G.F., Cuencas R., Selby D., McCoy C.E. The development of the Dallas Pain Questionnaire. An assessment of the impact of spinal pain on behavior. *Spine* 1989; 14: 511–516.
11. Czernicki J., Dalek B., Krukowska J. Skale klinometryczne w ocenie sprawności funkcjonalnej pacjentów w wieku podeszłym. *Prz. Wojsk. Med.* 2002; 44: 1–6.
12. Greenough C.G., Fraser R.D. Assessment of outcome in patients with low-back pain. *Spine* 1992; 17: 36–41.
13. Heinemann A.W., Linacre J.M., Wright B.D., Hamilton B.B., Granger C. Relationships between impairment and physical disability as measured by the functional independence measure. *Arch. Phys. Med. Rehabil.* 1993; 74: 566–573.
14. Hopman W.M., Towheed T., Anastassiades T. i wsp. Canadian Multicentre Osteoporosis Study Research Group. *CMAJ* 2000; 163: 265–271.
15. Dobrogowski J., Wordliczek J. *Medycyna bólu*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2004; 283–293.
16. Dziak A. Bóle i dysfunkcje kręgosłupa. *Medicina Sportiva*, Kraków 2007; 403–414.
17. Dzierżanowski M., Słomko W., Barlik M. i wsp. Zespoły korzeniowe i rzekomokorzeniowe w odcinku lędźwiowym kręgosłupa. W: Bury P., Czajkowska-Ziobrowska D. (red.). *Edukacja bez granic — mimo barier. Przestrzeń Tworzenia*, Poznań 2008; 327–339.