

Małgorzata Cichońska, Dorota Maciąg, Ewa Machała

Wyższa Szkoła Biznesu i Przedsiębiorczości
w Ostrowcu Świętokrzyskim

Wydział Pedagogiki i Nauk o Zdrowiu, Kierunek Pielęgniarstwo

Praca oryginalna

Nasilenie bólu i sposoby radzenia sobie z bólem przez osoby z dyskopatią

Streszczenie

Cel

Celem pracy jest ocena nasilenia bólu i sposobów radzenia sobie z nim u osób dyskopatią.

Metodyka pracy

Badanie zostało przeprowadzone w 2013 roku, przy użyciu formularza ankiety, własnej konstrukcji, składającej się z 26 pytań, wśród 93 losowo wybranych osób z dyskopatią odcinka lędźwiowo- krzyżowego kręgosłupa. Teren badań to jedna z gmin rolniczych regionu świętokrzyskiego.

Wyniki

Badani to głównie osoby w wieku 41-60 lat, z wykształceniem zawodowym i średnim, funkcjonujące w związku małżeńskim lub partnerskim, wykonujące pracę fizyczną, oceniające swoją wiedzę na temat choroby jako wystarczającą i małą, odczuwające ból o nasileniu 6-8 punktów w skali VAS. Ból uniemożliwia badanym wykonywanie niektórych czynności i ogranicza je na tyle, że potrzebują częściowej pomocy, a najbardziej z powodu bólu uciążliwe są: spanie, chodzenie, prowadzenie samochodu, siedzenie, podnoszenie ciężkich przedmiotów oraz stanie. Powszechną praktyką łagodzenia bólu wśród osób z dyskopatią jest przyjmowanie leków p/bólowych, brak systematycznych ćwiczeń i rehabilitacji. W stanie emocjonalnym dominuje: obniżony nastrój, odczuwane napięcie i podenerwowanie. W radzeniu sobie z dolegliwościami istotne jest, że badani mają wsparcie rodziny i pozytywnie oceniają swoje podejście do życia.

Wnioski

1. Specyficzne dla osób z dyskopatią jest stałe odczuwanie bólu o średnim nasileniu, którego intensywność zwiększa się przy wykonywaniu prac fizycznych uniemożliwiających ich kontynuację.

2. W codziennym funkcjonowaniu ból powoduje najczęściej ograniczanie powszechnie wykonywanych czynności, spośród których najbardziej uciążliwe lub sprawiające problem są: spanie, chodzenie, prowadzenie samochodu, siedzenie, podnoszenie ciężkich przedmiotów oraz stanie.
3. Samodzielnie radzi sobie w codziennym funkcjonowaniu z odczuwaniem bólu tylko połowa badanych z dyskopatią.
4. Najczęstszym sposobem radzenia sobie z dolegliwościami bólowymi jest doraźne przyjmowanie leków, wizyty u lekarza POZ i rehabilitacja w okresach zaostrzenia dolegliwości.
5. Populacja osób z dolegliwościami bólowymi w przebiegu dyskopatii wymaga prowadzenia edukacji w zakresie terapii i skutecznej profilaktyki nawrotów ze względu na fakt, że do zaleceń i zasad stosuje się tylko niewielka liczba badanych.

Słowa kluczowe:

nasilenie bólu, dyskopia, radzenie sobie, dolegliwości

The severity of pain and ways to cope with pain by people with discopathy

Objective

The aim of the study is to assess the severity of pain and the ways to cope with it among individuals suffering from discopathy.

Methodology

The study was conducted in 2013 using a survey form, of one's own design, consisting of 26 questions, among 93 randomly selected patients with lumbar discopathy in cross-section of the spine. The study area is one of the agricultural communities of świętokrzyskie region.

Outcome

The respondents were mainly individuals aged 41-60 years, with vocational and secondary education, either married or in a partnership, physically working. They assess their knowledge about the disease as sufficient or poor and the increase in sentient pain 6-8 points in VAS scale.

The pain makes it impossible to perform certain actions and limits them so that the patients need partial help, and the pain makes sleeping, walking, driving, sitting, lifting heavy objects and standing the most bothersome. It is common practice to relieve pain in people with discopathy by taking painkillers, lack of regular exercise and rehabilitation. In the emotional state dominates: depressed mood, feeling tension and nervousness. In dealing with complaints, it is important that the respondents have family support and they positively evaluate their approach to life.

Conclusion

1. It is specific for people with discopathy to experience a constant feeling of pain, moderate in severity, the intensity of which increases when performing physical work and makes its continuation impossible.

2. In everyday functioning the pain makes limits the performance of common activities, among which the most bothersome are sleeping, walking, driving, sitting, lifting heavy objects and standing.
3. Only half of the respondents can deal with these problems on their own.
4. The most frequent way to fight with the pain is to take painkillers, visiting a doctor or rehabilitation in cases of severe conditions.
5. The population of people suffering from pain due to discopathy requires education on therapy and successful prevention of relapse, mainly because only some of the patients apply the recommendations and principles.

Key words

Increased pain, discopathy, management, ailments

Wstęp

W czasach współczesnych bóle kręgosłupa stały się powszechne do tego stopnia, że zyskały miano choroby cywilizacyjnej i społecznej. Najczęstszą przyczyną bólu kręgosłupa, w jego segmentach: lędźwiowym, piersiowym i szyjnym jest dyskopatia, czyli choroba krążka międzykręgowego. Degeneracja krążka międzykręgowego występuje u prawie wszystkich osób po 60. roku życia, jako objaw starzenia się. Jednakże niepokojącym zjawiskiem jest fakt, że coraz więcej ludzi w wieku produkcyjnym, między 30.-50. rokiem życia cierpi z powodu tej choroby.

Dyskopatia to choroba bolesna i wyniszczająca. Najczęściej zapowiadają ją bóle kręgosłupa – pospolite, codzienne, w pierwszej fazie niewzbudzające żadnych podejrzeń, bo kojarzone z niewyspaniem, nadwyrężeniem czy przepracowaniem, które powinny być poważnym sygnałem poważnej choroby [1].

Dyskopatia może spowodować trwałe i nieodwracalne objawy neurologiczne, przewlekły ból, zaburzenia funkcji ruchowych, czuciowych rąk i nóg diametralnie zmieniając życie człowieka, który cierpi z powodu choroby, a zły stan zdrowia determinuje wszystkie aspekty jego funkcjonowania obniżając jakość jego życia.

Cel pracy

Celem pracy jest ocena nasilenia bólu i sposobów radzenia sobie z nim u osób dyskopatią.

Materiał i metody badań

Badanie zostało przeprowadzone w czerwcu i lipcu 2013 roku, przy użyciu formularza ankiety, własnej konstrukcji, składającej się z 26 pytań, wśród 93 losowo wybranych osób z dyskopatią odcinka lędźwiowo-krzyżowego kręgosłupa, którzy byli pacjentami poradni neurologicznej

i posiadali potwierdzone w toku wcześniejszej diagnostyki rozpoznanie kliniczne. Do oceny nasilenia bólu zastosowano skalę najczęściej używaną w badaniach tj. tzw. skalę wzrokowo-analogową (ang. *Visual Analogue Score* - VAS), gdzie posługując się linijką długości 10 cm respondenci określali natężenie odczuwanego bólu (0 oznacza całkowity brak bólu, natomiast 10 - najsilniejszy ból, jaki można sobie wyobrazić).

Udział respondentów w badaniu był dobrowolny. Dane od pacjentów zbierane były po uprzednim poinformowaniu ich o celu naukowym projektu oraz zapewnieniu anonimowości. Każda osoba mogła zrezygnować z uczestnictwa w badaniu na każdym etapie jego realizacji. Wszystkie ankiety zostały wypełnione poprawnie i zakwalifikowane do analizy.

Teren badań to jedna z gmin rolniczych regionu świętokrzyskiego.

Wyniki

Charakterystyka badanej grupy.

W badanej grupie osób było 57 kobiet, co stanowi 61% badanych. Mężczyźni to 36 badanych, co stanowi 39% badanych.

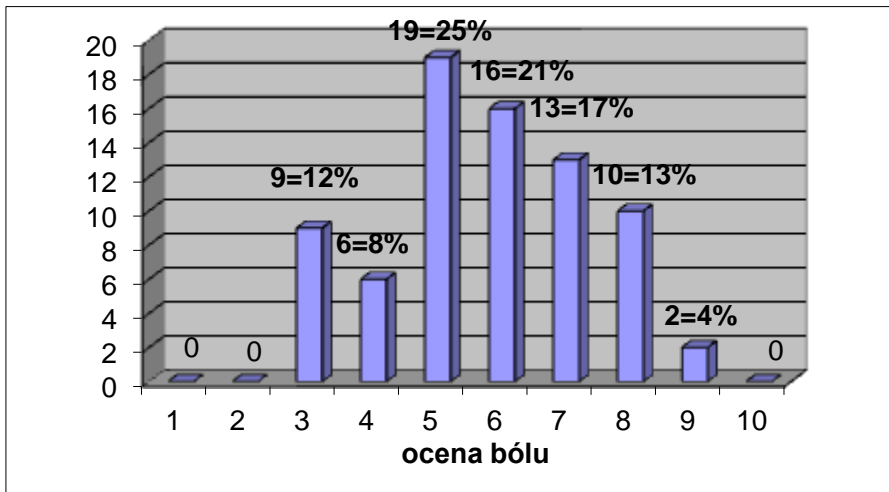
Badani zostali przyporządkowani do jednej z czterech dziesięcioletnich grup wieku. Najliczniejsza grupa to osoby w wieku 51-60 lat, które stanowiły 35% badanej populacji oraz osoby w wieku 41-50 lat, których było 27%. Pozostali chorzy, tj. w wieku od 30 do 40 lat stanowili 18%, a w wieku powyżej 60 lat 19%.

W ocenie poziomu wykształcenia badanych wykorzystano podział na wykształcenie: podstawowe lub niepełne podstawowe, zasadnicze zawodowe, średnie, pomaturalne, licencjat/studia inżynierskie oraz wyższe magisterskie. Badanie wykazało, że najliczniejsza grupa badanych to osoby z wykształceniem zasadniczym zawodowym (30%) oraz średnim (28%), zaś najmniej liczna to osoby „po” licencjacie (5%) i z wykształceniem podstawowym (9%).

Większość respondentów pozostawała w związku małżeńskim lub partnerskim (78%). Co dziesiąty badany (10%) jest samotny z powodu straty współmałżonka. Wśród ogółu badanych rozwiedzeni lub żyjący w separacji stanowią 6%, a stanu wolnego (kawaler/panna) 5% badanych.

Aktywni zawodowo stanowią 81% ogółu badanych. Trzech na czterech badanych wykonuje pracę fizyczną głównie prowadząc lub pomagając w prowadzeniu gospodarstwa rolnego. Badani w 75% deklarują pracę fizyczną, w 25% umysłową.

Respondenci odpowiadali także na temat intensywności odczuwanego bólu oceniając jego siłę w skali VAS. Największa grupa licząca 25% odczuwała ból w skali 5, ból o nasileniu 6 punktów zgłaszało 21%, 7 punktów 17%, 8 punktów 13%, a 3 punktów 12%. Żaden z badanych nie odczuwał bólu o nasileniu 0, 1, 2 i 10 punktów (Rycina 1).



Rycina 1. Nasilenie odczuwanego bólu przez badanych

Figure 1 - The increased pain

Charakter wykonywanej pracy powiązany jest z intensywnością odczuwanego bólu. Co piąty badany wykonujący pracę fizyczną deklaruje odczuwanie bardzo silnego bólu – respondenci, którzy na co dzień w pracy nie wykorzystują siły mięśni nie odczuwają bardzo silnego bólu, częściej natomiast, niż w przypadku grupy pracującej fizycznie intensywność bólu określana była, jako łagodna. Wśród osób wykonujących pracę umysłową 53% odczuwa silny ból, a 47% łagodny. Osoby pracujące fizycznie w przeważającej części (63%) odczuwają silne bóle, u 21% ból jest bardzo silny, a u 16% łagodny.

Dodatkowo osoby wykonujące pracę fizyczną deklarują znacznie częstsze odczuwanie silniejszego bólu, niż badani wykonujący pracę umysłową, bowiem średnia ocen dla osób utrzymujących się z pracy fizycznej wynosi 6,0, a dla pozostałych, pracujących umysłowo 5,1. Ból uniemożliwia wykonywanie niektórych czynności np.: wykonywanie pracy u 46% badanych, ogranicza wydolność funkcjonalną u 6% badanych do konieczności częściowej pomocy ze strony innych. 40% odczuwa częściowe ograniczenia, zaś u 8% badanych nie występują ograniczenia spowodowane przez ból. W przeważającej części ból wpływa, więc destrukcyjnie na aktywność fizyczną badanych.

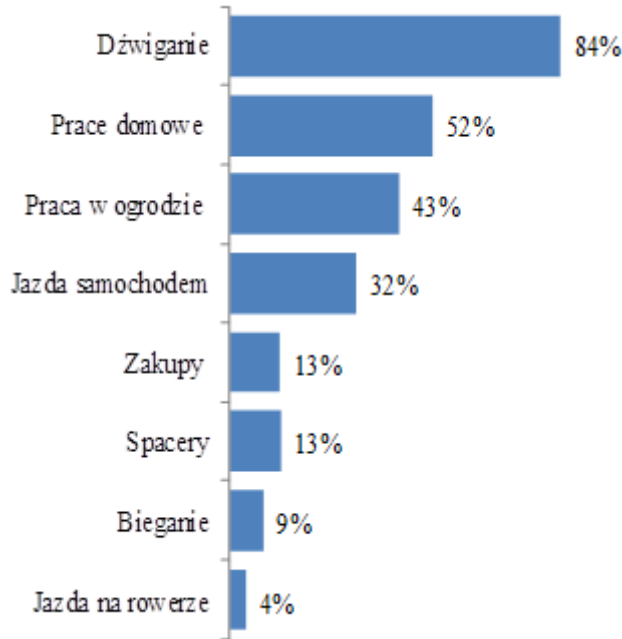
W przypadku osób pracujących wysiłkowo dodatkowym problemem jest wpływ odczuwanego bólu na aktywność fizyczną, która w przypadku co drugiego respondenta z tej grupy (55%) uniemożliwia pracę, u 41% ogranicza jej wykonywanie, a 4% nie odczuwa ograniczeń.

Ból odczuwany z powodu dyskopatii wpływa na życie codzienne badanych poprzez ograniczanie powszechnie wykonywanych działań, jak: dźwiganie, prace domowe, prace w ogrodzie, jazdę samochodem, zakupy, spacer, bieganie i jazdę na rowerze. Charakter wykonywanej pracy jest powiązany z odczuwaniem bólu w określonych sytuacjach. Największy problem w ocenie grupy badanych stanowi dźwiganie. Trudność z dźwiganie występuje u 95% respondentów, którzy wykonują prace fizyczne.

Kolejną najczęściej wskazywaną czynnością, która powoduje ból są prace domowe – ból w tej sytuacji dotyczy głównie grupy osób pracujących fizycznie (56%) oraz niemalże wszystkich nieaktywnych zawodowo (92%). Pozostałe dość często wymieniane aktywności, które sprawiają ból to prace w ogrodzie (43%) i jazda samochodem – rozumiana, jako przemieszczanie się tym środkiem lokomocji bez względu na posiadanie prawa jazdy (32%). W dalszej kolejności, jako problem wymieniane są czynności związane z zakupami i spacerowaniem (po 13%) oraz bieganiem i jazdą na rowerze – odpowiednio 9% i 4%.

Dolegliwości bólowe kręgosłupa nie przekładają się jedynie na wykonywanie konkretnych zajęć związanych z charakterem pracy, bądź biernością zawodową. Zespoły bólowe powodują także szereg ograniczeń w życiu osobistym, rodzinnym i społecznym.

Na podstawie zebranych informacji można określić, że spośród ocenianych zwyczajnych czynności badanych najbardziej doskwierają lub sprawiają problem: spanie, chodzenie, prowadzenie samochodu, siedzenie, podnoszenie ciężkich przedmiotów oraz stanie (Rycina 2).



Rycina 2. Nasilenie się odczuwanego bólu podczas wykonywania wybranych czynności

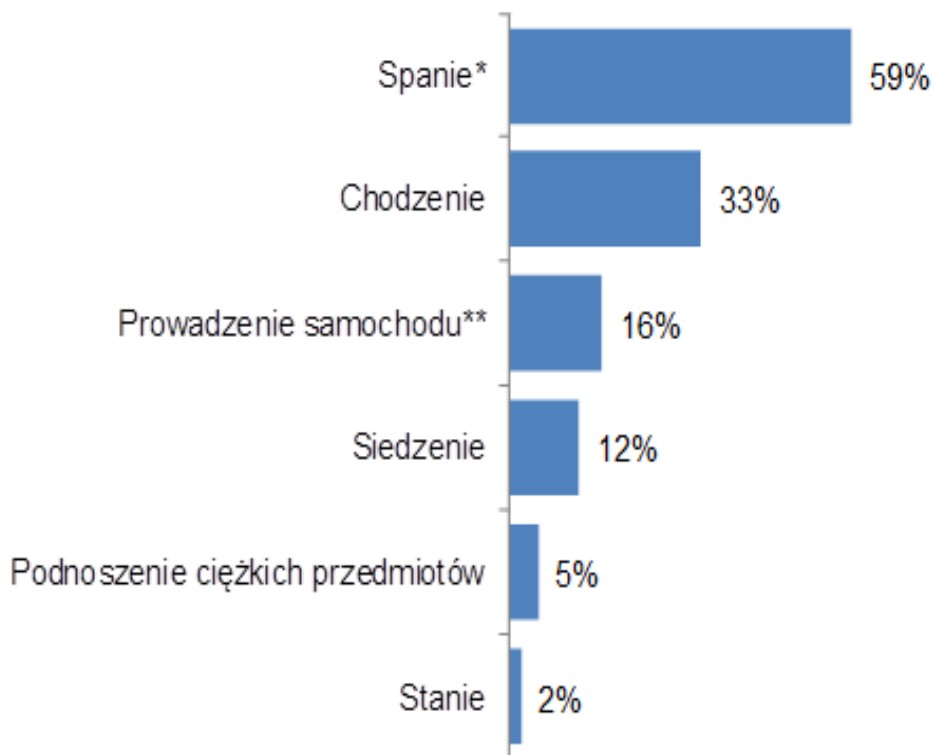
Figure 2 - Influence of pain on selected activities

Wyniki badania pokazują, że ból w różnym stopniu utrudnia codzienne funkcjonowanie chorych i tylko część z nich może mieć znaczący wpływ na obniżenie samooceny i zmuszać do mniejszej aktywności życiowej. Z szeregu wymienionych czynności najmniejszy dyskomfort chorym na dyskopatię sprawia spanie, bowiem ponad połowa badanych (59%) zupełnie nie odczuwa bólu podczas snu lub odczuwa na tyle niewielki, że nie przeszkadza on w normalnym śnie. Chodzenie nie sprawia żadnego problemu, co trzeciemu badanemu (33%).

Z uwagi na niski odsetek odpowiedzi świadczących o bezproblemowym wykonywaniu pozostałych czynności można przypuszczać, że problemy z nimi związane będą w głównej mierze wpływać nie tylko na ogólną niską ocenę sytuacji życiowej badanych, ale również znajdują się wśród czynników powodujących zażywanie leków przeciwbólowych.

Prowadzenie samochodu nie stanowi problemu dla 16% badanych kierowców. Siedzenie nie jest problematyczne, dla co dziesiątego badanego (12%). Największy problem stanowi podnoszenie ciężkich przedmiotów i stanie – jedynie 5% badanych nie deklarowało żadnych problemów

związanych z tymi czynnościami, natomiast bezproblemowe stanie deklaruje jedynie 2% badanych (Rycina 3).



Rycina 3. Liczba osób nieodczuwających bólu podczas poszczególnych czynności

Figure 3 - The number of people suffering from pain when performing certain activities

* Suma odsetka stwierdzeń: *leżąc w łóżku nie odczuwam bólu i leżąc w łóżku odczuwam ból, ale nie utrudnia mi on snu*

** Do podstawy procentowania w przypadku *prowadzenia samochodu* wliczono tylko kierowców N=66

Większość badanych (91%) ma problem ze staniem – dla 18% badanych jest to czynność, której w ogóle unikają, a dla 12% 10 minut to maksymalny czas, jaki mogą wytrzymać w takiej pozycji. Dłużej niż pół godziny bez narastającego bólu może stać 16% badanych, a dla co piątego badanego (20%) granicą jest 1 godzina.

Jeden na czterech ankietowanych (25%) deklaruje, że odczuwa lekki ból, kiedy stoi, ale ból ten nie narasta. Żadnego dyskomfortu podczas wykonywania tej czynności nie odczuwa 9% badanych.

W przypadku podnoszenia ciężarów, podobnie jak ze staniem o różnym stopniu nasilenia deklaruje 91% respondentów. Spośród ogółu badanych 14% deklaruje, że w ogóle nie może podnosić żadnych przedmiotów, a co czwarty respondent (20%) może podnosić tylko bardzo lekkie przedmioty. Jeden na czterech ankietowanych (25%) deklaruje, że radzi sobie z podnoszeniem średnio ciężkich przedmiotów pod warunkiem, że są dobrze umieszczone, a 18% dają sobie radę nawet przy podnoszeniu bardzo ciężkich przedmiotów, jeżeli są one wygodnie umieszczone, np. na stole.

Siedzenie w jakiegokolwiek pozycji lub dłużej niż 10 minut jest czynnością niemalże niewykonalną dla 10% respondentów. Dłużej niż 0,5 godziny nie może siedzieć 16% badanych, a dłużej niż 1 godzinę 28%. Co czwarty badany bez odczuwania bólu może siedzieć, ale tylko w ulubionym wygodnym miejscu 12% chorych może siedzieć w każdym miejscu tak długo, jak tylko chce. Natomiast 10% chorych nie może w ogóle siedzieć (ból mi przeszkadza).

Prowadzenie samochodu to kolejna czynność sprawiająca problem znacznej części ankietowanych. W grupie badanych było 66 kierowców, z których jedynie 16% mogłoby wyruszyć w dłuższą trasę samochodem nie odczuwając przy tym żadnego bólu. 8% kierowców odczuwa ból po 15 minutach prowadzenia pojazdu, 15%, po 0,5 godziny, a po godzinie 25%. 8% w ogóle nie może prowadzić samochodu z powodu odczuwanych dolegliwości.

Problem z chodzeniem odczuwa 67% respondentów. Dla 17% przejście minimalnej odległości 250 metrów związane jest z bólem. Ból przeszkadza 15% badanych w przejściu więcej niż 0,5 km. Więcej niż 1 km bez bólu nie może przejść 29% chorych. Ból nie przeszkadza mi w chodzeniu 33%.

W porównaniu do opisanych powyżej czynności relatywnie najmniejszy problem badanych (58%) stanowi spanie. Przerywany sen występuje u 42% respondentów. Z powodu bólu przesypia jedynie $\frac{1}{4}$ nocy 8% badanych, $\frac{1}{2}$ nocy 15%, a $\frac{3}{4}$ nocy 19%. Leżąc w łóżku nie odczuwa bólu 14% chorych, a odczuwany ból, który nie utrudnia mi snu towarzyszy 44%.

Analiza zebranych danych potwierdza, że chorzy z zespołami bólowymi odcinka lędźwiowego kręgosłupa, na co dzień zmagają się z problemami dotyczącymi czynności, które zdrowy człowiek wykonuje bez żadnego problemu.

Ze względu na fakt znacznych utrudnień wynikających z powodu odczuwanych dolegliwości bólowych kręgosłupa w badaniu uwzględniono obszar radzenia sobie chorych w życiu codziennym z dolegliwościami. Najbardziej popularnym sposobem radzenia sobie z bólem – wyłączając

przyjmowanie środków przeciwbólowych – jest wizyta w lekarza (66%), a co drugi badany (53%) korzysta z rehabilitacji, jednakże dla większości z nich są to okresowe wizyty u rehabilitanta, bowiem systematycznie pod okiem specjalisty ćwiczy tylko 5 osób. Żaden z badanych nie korzysta z niekonwencjonalnych sposobów walki z bólem np.: bioenergoterapia, akupunktura, akupresura, czy leczenie ziołami (Tabela 3).

Tabela 1. Metody radzenia sobie z bólem

Table 1. Methods of dealing with pain

Sposoby walki z bólem	N	%
Porada lekarska	61	66%
Rehabilitacja	49	53%
Radzę sobie sam	33	35%
Sanatorium	12	13%

Jedynie co dziesiąty badany systematycznie wykonuje ćwiczenia w domu i są to osoby, które dodatkowo korzystają z profesjonalnej rehabilitacji. Co drugi respondent (49%) samodzielnie ćwiczy tylko raz na jakiś czas. Żadnych ćwiczeń domowych nie wykonuje 41% badanych i tylko co trzeci z tej korzysta z rehabilitacji pod okiem specjalisty (Tabela 4).

Tabela 2. Sposoby rehabilitacji realizowane przez badanych

Table 2. Methods for rehabilitation carried out by the respondents

Korzystanie z rehabilitacji lub ćwiczeń w domu	N	%
W domu ćwiczę systematycznie	9	10%
W domu ćwiczę raz na jakiś czas	46	49%
W domu nie ćwiczę wcale	38	41%
Suma końcowa	93	100%

Oprócz rehabilitacji dość powszechną praktyką łagodzenia bólu wśród osób z dyskopatią jest przyjmowanie leków p/bólowych, gdyż aż połowa badanych (52%) środki przeciwbólowe stosuje przypadkowo, a tylko jedna osoba z całej badanej grupy w ogóle nie stosuje leków uśmierzających ból. Co trzeci respondent ciągle przyjmuje małe dawki. Częste przyjmowanie dużych dawek deklaruje co dziesiąty badany (11%), a trzech respondentów deklaruje przyjmowanie maksymalnych dawek (Tabela 5).

Tabela 3. Częstość stosowania leków przeciwbólowych przez osoby z dyskopatią

Table 3. Frequency of painkillers use in people with discopathy

Częstość stosowania leków przeciwbólowych	N	%
Ciągle stosuję maksymalne dawki	3	3%
Ciągle stosuję duże dawki	10	11%
Ciągle stosuję małe dawki	31	33%
Leki stosuję przypadkowo	48	52%
Nie stosuję leków	1	1%
Suma końcowa	65	100%

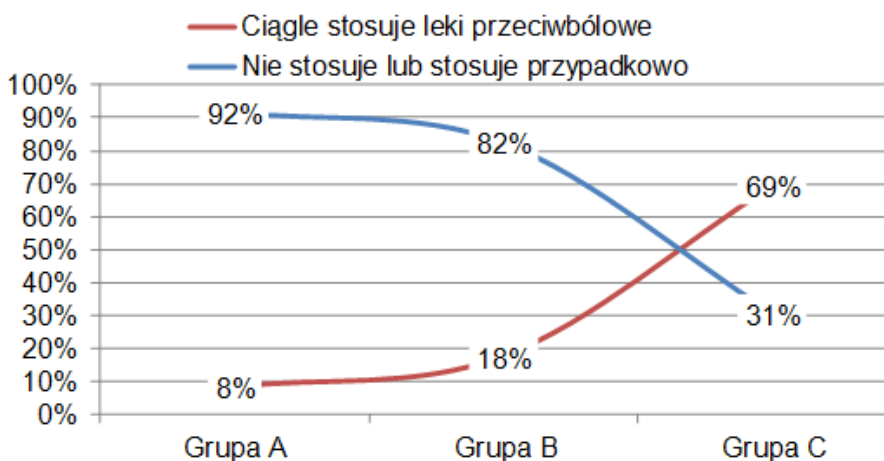
Istnieje zależność pomiędzy częstotliwością i wielkością dawek przyjmowanych leków, a stopniem „dokuczliwości bólu” podczas wykonywania zróżnicowanych czynności.

Korzystając z deklaracji badanych dotyczących siły odczuwanego bólu podczas wykonywania poszczególnych czynności (stanie, podnoszenie ciężarów, siedzenie, chodzenie, spanie) respondentów podzielono na trzy grupy osób, które mają problemy z wykonywaniem: jednej lub dwóch czynności (grupa A), trzech czynności (grupa B) oraz czterech lub pięciu czynności (grupa C). Następnie stworzono dwie grupy badanych na podstawie ich deklaracji dotyczących częstotliwości przyjmowania leków, czyli osoby, które leki przeciwbólowe stosują ciągle w małych, dużych lub maksymalnych dawkach oraz osoby, które nie przyjmują leków lub przyjmują je sporadycznie.

Większość osób, które najrzadziej odczuwają ból przy najmniejszej liczbie czynności – Grupa A – nie stosuje leków przeciwbólowych lub stosuje je sporadycznie (92%). Jedynie 8% badanych w tej grupie ciągle korzysta z domowej apteczki.

W grupie badanych, u których ból występuje przy wykonywaniu trzech czynności – Grupa B) – odsetek badanych, którzy ciągle stosują leki przeciwbólowe wzrasta do 18%.

W ostatniej grupie – Grupa C – dwóch na trzech badanych (69%) nieustannie korzysta z leków uśmierzających ból. W porównaniu do grupy pierwszej- A odsetek respondentów niestosujących leków lub stosujących je przypadkowo jest niższy o 61% (Rycina 4).



Rycina 4. Przyjmowanie środków przeciwbólowych, a częstotliwość odczuwania bólu

Figure 4 - Taking painkillers vs. the frequency of pain

Spośród ogółu badanych 22% deklaruje, że może samodzielnie funkcjonować w życiu codziennym nie narażając się przy tym na dodatkowy ból. Co drugi (51%) samodzielnie radzi sobie z większością wykonywanych czynności, ale zwykle wiąże się to z odczuwaniem bólu. Dla jednego na dziesięciu chorych (10%) samoopieka jest bolesnym doświadczeniem, a 18% badanych deklaruje, że potrzebuje pomocy innej osoby, z czego 3% potrzebuje tej pomocy każdego dnia.

Dyskusja

Głównym problemem zdrowotnym osób z dyskopatią jest przewlekły ból, który ogranicza normalną aktywność fizyczną, zaburza pełnienie ról społecznych, w wielu przypadkach utrudnia lub uniemożliwia wykonywanie pracy zawodowej oraz jest powodem ogólnego psychicznego dyskomfortu stanowiącego czynnik obniżający jakość życia chorego.

Pomimo tego, że badana grupa to osoby, które odczuwają ból częściej niż ogół populacji odczuwa zadowolenie z życia przez co opinia ta pokrywa się z badaniami dotyczącymi zadowolenia z życia przeprowadzonymi przez CBOS [3]. W raporcie opublikowanym w 2013 roku wynika, że siedmiu na dziesięciu badanych (71%) to ludzie zadowoleni z życia, w tym jedna piąta (20%) zalicza siebie do bardzo zadowolonych. Co czwarty Polak (25%) deklaruje przeciętną satysfakcję, natomiast trzech na stu (3%) jest rozczarowanych swoim życiem [3].

Bóle krzyża są przedmiotem zainteresowania wielu badaczy i są analizowane w wielu płaszczyznach.

W jednym z badań realizowanym w grupie osób przed zabiegiem operacyjnym większość chorych wymagała znacznej pomocy przy wykonywaniu codziennych czynności, natężenie bólu wpływało na zdecydowanie na ograniczenie samodzielności pacjenta, a w sytuacji zarówno przed zabiegiem, jak i po nim większość pacjentów (powyżej 50%) wskazywała na występowanie bólu o umiarkowanym nasileniu. Po dokonaniu zestawienia wydolności funkcjonalnej z występowaniem dolegliwości bólowych przed zabiegiem operacyjnym i po jego wykonaniu autor stwierdził, że ból jest czynnikiem ograniczającym funkcjonowanie chorego zarówno przed zabiegiem neurochirurgicznym, jak i po nim i w większości przypadków (56%) był to ból umiarkowany (4–7 VAS) [4].

Taki stan znajduje także potwierdzenie w badaniu własnym, gdyż najczęściej badani deklarowali odczuwanie bólu o umiarkowanie średnim natężeniu, czyli 3-5 punktów w skali VAS. Ponadto nasilenie odczuwanego bólu o średnim natężeniu zgłaszali także badani w innym badaniu [5] o zbliżonej liczebności respondentów. W opinii innego badacza u osób z dyskopatią występują poza bólem, również objawy depresyjne, które nasilają się wraz z czasem trwania choroby, a ponadto poziom zaburzeń depresyjnych w przebiegu choroby wśród osób młodszych i w średnim wieku jest wyższy, niż w wieku starszym [6].

Objawy depresyjne u chorych w przebiegu dyskopatii lędźwiowej są potwierdzane także w innych publikacjach [7,8]. Stopień depresji pacjentów wg badań silnie koreluje ze stopniem upośledzenia funkcjonalnego, czasem trwania objawów, niższym poziomem wykształcenia oraz stanem wolnym osób chorych [9].

Badania potwierdzają, że depresja częściej obserwowana jest u osób pobierających rentę, stanu wolnego i gorzej wykształconych [10].

Zespół przewlekłego bólu krzyża stanowi wynik kumulacji wielu czynników oraz reakcji emocjonalnych i behawioralnych i dopiero skuteczne oddziaływanie na wszystkie czynniki bólu umożliwią jego zmniejszenie oraz poprawę funkcjonowania chorego.

Potwierdza to potrzebę całościowego i interdyscyplinarnego podejścia do osób z dyskopatią lędźwiową, łącznie z uwzględnieniem w terapii leczenia objawów depresyjnych, poprawę funkcjonalności, ale i wskazuje na ciągle zgłębianie tematu, aby można udzielić choremu skutecznej pomocy wymiennie poprawiającej jakość jego życia. Leczenie tego typu dolegliwości wymaga dużego wyczucia i podejścia interdyscyplinarnego (neurolog, neurochirurg, rehabilitant, pielęgniarka, psycholog, psychiatra) [1, 11].

Postępowanie w przypadku dyskopatii osób z dolegliwościami powinno opierać się na polskim modelu rehabilitacji, ujmującym powszechność, wczesne, kompleksowe i ciągle działanie. W odniesieniu do osób z bólami krzyża, rehabilitacja rozpoczyna się w ostrej fazie choroby i jest kontynuowana w zależności od potrzeb pacjenta. Ważne jest zapobieganie nawrotom poprzez systematyczne ćwiczenia, dbałość o sylwetkę, przestrzeganie zasad ergonomii pracy i wypoczynku oraz unikanie czynników ryzyka. Rehabilitacja kompleksowa powinna obejmować fizykoterapię, kinezyterapię, psychoterapię, edukację i naukę prozdrowotnego stylu życia [12].

Model działań na rzecz osób z zespołami bólowymi obejmuje także edukację zdrowotną chorego, która uwzględnia kształtowanie zachowań sprzyjających zdrowiu, a przede wszystkim nauczenie go działań ograniczających obciążenie i napinanie kręgosłupa, jak również wyposażenie w wiedzę i umiejętności w radzeniu sobie w czasie choroby [13].

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 [14].

W leczeniu rekomendowanym przez ekspertów i amerykańskie oraz europejskie towarzystwa naukowe badania bólu wymienia się: leki przeciwbólowe, nadtwardówkowe wstrzykiwanie steroidów, terapię manualną, aktywność fizyczną, ćwiczenia i inne zabiegi uzupełniające o mniejszym znaczeniu [15].

W badaniu własnym uzyskano potwierdzenie faktu, że działania osób z dyskopatią odbiegają daleko od zalecanych schematów postępowania, gdyż niewiele osób ćwiczy systematycznie i sama radzi sobie z bólem oraz rzadko wykorzystuje rehabilitację. Podobne tendencje polegające na braku stosowania się do zasad ergonomii i bezpiecznych technik pracy, znajomości lub stosowania ćwiczeń wzmacniających kręgosłup potwierdzają także badania realizowane wśród personelu medycznego [16] potwierdzając tylko fakt konieczności wdrożenia edukacji we wszystkich środowiskach.

Podsumowując można stwierdzić, że zespoły bólowe kręgosłupa stały się problemem społecznym i medycznym, gdyż obniża się granica

zapadalności na te choroby [17], ból towarzyszący człowiekowi dotkniętemu chorobą dyskopatyczną [18,19] jest objawem dominującym [20]. Dolegliwości bólowe ograniczają sprawność fizyczną chorego, wykonywanie prostych czynności codziennych [21], jego zdolności lokomocyjne oraz wpływają na kontakty społeczne, rodzinne, zawodowe, a tym samym dezorganizują funkcjonowanie we wszystkich obszarach, a w konsekwencji doprowadzają do niesprawności obniżając jakość życia chorych.

Tylko współpraca zespołu interdyscyplinarnego z aktywnym udziałem podopiecznego oraz holistyczne podejście umożliwią poprawę jakości życia chorego z dyskopatią w sferze bio-psycho-społecznej.

Wnioski

Analiza zgromadzonych wyników badań w grupie pacjentów z pozwala na sformułowanie następujących wniosków:

1. Specyficzne dla osób z dyskopatią jest stałe odczuwanie bólu o średnim nasileniu, którego intensywność zwiększa się przy wykonywaniu prac fizycznych utrudniając ich kontynuację.
2. W codziennym funkcjonowaniu pacjentów z dyskopatią ból powoduje najczęściej ograniczanie powszechnie wykonywanych czynności, spośród których najbardziej uciążliwe lub sprawiające problem są: spanie, chodzenie, prowadzenie samochodu, siedzenie, podnoszenie ciężkich przedmiotów oraz stanie.
3. Najczęstszym sposobem radzenia sobie z dolegliwościami bólowymi jest doraźne przyjmowanie leków, wizyty u lekarza POZ i rehabilitacja w okresach zaostrzenia choroby.
4. Stwierdzono niski poziom stosowania się pacjentów do zaleceń terapii i skutecznej profilaktyki nawrotów w codziennym życiu, stąd istnieje potrzeba intensyfikacji edukacji zdrowotnej w tej grupie chorych.

Piśmiennictwo:

1. Depa A, Druźbicki M. Ocena częstości występowania zespołów bólowych lędźwiowego odcinka kręgosłupa w zależności od charakteru wykonywanej pracy. Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego. 2008, 1: 34-41.
2. Preston J. Pokonać depresję, Bartosik J.(przekł.). Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2002.
3. Raport CBOS, Zadowolenie z życia. Warszawa, styczeń 2013
4. Ślusarz R i wsp. Wydolność funkcjonalna pacjentów przed zabiegiem neurochirurgicznym i po jego wykonaniu. Problemy Pielęgniarstwa. 2010, 18: 4379-4383.

5. Kułak W, Kondzior D. Dyskopatia kręgosłupa odcinka lędźwiowo-krzyżowego w korelacji z natężeniem bólu, depresją i akceptacją choroby. *Problemy Higieny i Epidemiologii*. 2010, 91(1): 153-157.
6. Roch-Radziszewski K. Analiza objawów depresyjnych u pacjentów z dyskopatią lędźwiową leczonych zachowawczo bądź operowanych. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*. 2006, 15 (2): 77-81.
7. Friedrich M, Gittler G, Arendasy M, Friedrich KM. Long-term effect of a combined exercise and motivational program on the level of disability of patients with chronic low back pain. *Spine*. 2005; 1, 30 (9): 995- 1000.
8. Levy HI, Hanscom B, Boden SD. Three-question depression screener used for lumbar disc herniations and spinal stenosis. *Spine*. 2002; 1, 27 (11): 1232-1237.
9. Pużyński S. Depresja i ból. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*. 1998; 7 (1): 31-37.
10. Grzegorzczak J. Współczesne poglądy na temat rehabilitacji w bólach krzyża *Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego Rzeszów*. 2005; 2: 181–187.
11. Suchocka L. Psychologia bólu. Wydawnictwo Centrum Doradztwa i Informacji Difin sp. z o.o. Warszawa 2008; 16–33.
12. Depa A, Wolan A, Przsada G. Wpływ rehabilitacji na zmianę ruchomości kręgosłupa oraz subiektywnego odczuwania bólu u chorych z zespołem bólowym w odcinku lędźwiowym. *Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego*. 2008, 2: 116124.
13. Klimaszewska K, Krajewska-Kułak E, Kondzior D, Kowalczyk K, Jankowiak B. Jakość życia pacjentów z zespołami bólowymi odcinka lędźwiowego kręgosłupa. *Problemy Pielęgniarstwa* 2011; 19 (1): 47–54.
14. Domżał TM. Neurologiczne postępowanie w bólach krzyża — standardy i zalecenia. *Polski Przegląd Neurologiczny*, 2010, tom 6, 2: 59-69.
15. Domżał TM. Bóle krzyża. *Przewodnik Lekarza* 2001; 4: 104–110.
16. Maciuk M, Krajewska-Kułak E, Klimaszewska K. Samoocena występowania zespołów bólowych kręgosłupa u zawodowo czynnych pielęgniarek. *Problemy Higieny i Epidemiologii*. 2012, 93(4): 728-738.
17. Lipiński P, Jachowska A, Samborski W. Metody fizjoterapeutyczne w leczeniu usunąć krążka międzykręgowego w odcinku lędźwiowym kręgosłupa. *Fizjoterapia Polska* 2006, 34, (6), 222-227.
18. Czaja E, Kózka M, Burda A. Jakość życia pacjentów z dyskopatią odcinka lędźwiowo-krzyżowego kręgosłupa. *Pielęgniarstwo Neurologiczne i Neurochirurgiczne* 2012, 1,(3), 92 - 96.
19. Lisiński P, Małgowska M. Jakość życia a zespół bólowy kręgosłupa na tle przeciążeniowym. *Chirurgia Narządu Ruchu i Ortopedia Polska*, 2005, 70, (5), 361-365.
20. Radziszewski KR. Porównawcza, retrospektywna analiza dolegliwości bólowych u chorych na dyskopatię lędźwiową, leczonych zachowawczo lub operacyjnie. *Polski Merkuriusz Lekarski*, 2006, XXI,(124), 335-340.
21. Jabłońska R, Beuth W. Subiektywne wyznaczniki jakości życia chorych z dyskopatią. *Pielęgniarstwo Polskie* 2008, 1, (27), 29-34.