

Kocjan Janusz. Poczucie koherencji i akceptacja choroby a nasilenie dolegliwości bólowych u osób z chorobą dyskową odcinka lędźwiowego kręgosłupa = Sense of coherence, acceptance of an illness and pain intensity in patients with lumbar disc herniations. *Journal of Education, Health and Sport*. 2016;6(4):481-492. eISSN 2391-8306. DOI <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.50702>
<http://ojs.ukw.edu.pl/index.php/johs/article/view/3498>

The journal has had 7 points in Ministry of Science and Higher Education parametric evaluation. Part B item 755 (23.12.2015).

755 *Journal of Education, Health and Sport* eISSN 2391-8306 7

© The Author (s) 2016;

This article is published with open access at Licensee Open Journal Systems of Kazimierz Wielki University in Bydgoszcz, Poland

Open Access. This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Noncommercial License which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium,

provided the original author(s) and source are credited. This is an open access article licensed under the terms of the Creative Commons Attribution Non Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>) which permits unrestricted, non commercial use, distribution and reproduction in any medium, provided the work is properly cited.

This is an open access article licensed under the terms of the Creative Commons Attribution Non Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>) which permits unrestricted, non commercial

use, distribution and reproduction in any medium, provided the work is properly cited.

The authors declare that there is no conflict of interests regarding the publication of this paper.

Received: 05.04.2016. Revised 25.04.2016. Accepted: 28.04.2016.

POCZUCIE KOHERENCJI I AKCEPTACJA CHOROBY A NASILENIE DOLEGLIWOŚCI BÓLOWYCH U OSÓB Z CHOROBA DYSKOWĄ ODCINKA LĘDŹWIOWEGO KRĘGOSŁUPA

Sense of coherence, acceptance of an illness and pain intensity in patients with lumbar disc herniations

Janusz Kocjan

Studium Doktoranckie Wydziału Lekarskiego w Katowicach
Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

mgr Janusz Kocjan,
Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach,
Studium Doktoranckie Wydziału Lekarskiego w Katowicach

Streszczenie

Wprowadzenie: Zespoły bólowe kręgosłupa (zbk) stanowią jedną z najbardziej rozpowszechnionych dolegliwości na całym świecie. Dane literaturowe wskazują, że czynniki psychospołeczne mają istotny wpływ na przewlekłe utrzymywanie się dolegliwości bólowych.

Cel: Celem pracy było określenie związku pomiędzy poczuciem koherencji i stopniem akceptacji choroby a nasileniem dolegliwości bólowych dolnego odcinka kręgosłupa.

Material i metody: Badania przeprowadzono wśród 93 pacjentów (43 kobiety i 50 mężczyzn) z rozpoznaniem choroby dyskowej odcinka lędźwiowo-krzyżowego kręgosłupa. Poczucie koherencji oceniono za pomocą kwestionariusza SOC-29, poziom akceptacji choroby - skalą AIS, nasilenie bólu - skalą VAS, a stopień niepełnosprawności spowodowanej bólem kręgosłupa – kwestionariuszem ODI.

Wyniki: Średnie wartości punktowe wraz z odchyleniem standardowym dla poszczególnych kwestionariuszy prezentowały się następująco: SOC-29: 135,54 ± 25,61; AIS: 30,87 ± 6,96; VAS: 6,35 ± 3,16; ODI: 29,59 ± 16,99. U większości badanych stwierdzono mierny (37,63%) i poważny (41,93) stopień niesprawności kręgosłupa. Brak akceptacji choroby odnotowano u 11,82% badanych. Analiza zależności wykazała istotne statystycznie korelacje między poczuciem koherencji i stopniem akceptacji choroby a nasileniem dolegliwości bólowych w skali VAS oraz

stopniem niepełnosprawności funkcjonalnej w skali ODI.

Wnioski: Badani o wyższym poczuciu koherencji oraz wysokim stopniu akceptacji choroby odczuwają mniejsze nasilenie dolegliwości bólowych oraz charakteryzują się mniejszym stopniem niepełnosprawności funkcjonalnej w porównaniu do osób z niskim poczuciem globalnej orientacji życiowej oraz niskim stopniem akceptacji choroby.

Słowa kluczowe: poczucie koherencji, akceptacja choroby, ból kręgosłupa, SOC-29, choroba dyskowa.

Summary

Introduction: Back pains are one of the most prevalent diseases worldwide. Literature data indicate, that psychosocial factors have an significant influence on the persistence of pain.

Aim: The aim of the study was to determine the relationship between sense of coherence and degree of acceptance of an illness with the intensity of low back pain.

Material and methods: The study was conducted among 93 patients (43 women and 50 men) diagnosed with lumbosacral spine discopathy. The sense of coherence was evaluated using the SOC-29 questionnaire, illness acceptance degree - using AIS scale, pain intensity by means of VAS scale, while the perceived level of disability associated with low back pain was evaluated with the ODI Scale.

Results: Mean values obtained from questionnaires were as follows: SOC-29: $135,54 \pm 25,61$; AIS: $30,87 \pm 6,96$; VAS: $6,35 \pm 3,16$; ODI: $29,59 \pm 16,99$. In case of the majority of respondents, mediocre (37,63%) and serious (41,93%) degree of spine disability was found. Lack of acceptance of an illness was observed in 11.82% of patients. Significant dependencies between sense of coherence, illness acceptance with intensity of feeling of pain and degree of disability were found. **Conclusions:** Subjects with a high sense of coherence and with a high degree of illness acceptance experience lower pain intensity and are characterized by a lower degree of functional disability compared to subjects with low self global life orientation and a low degree of acceptance of the disease.

Key words: sense of coherence, illness acceptance, back pain, SOC-29, disc hernia.

WPROWADZENIE

Zespoły bólowe kręgosłupa (zbk) stanowią jedną z najbardziej rozpowszechnionych dolegliwości na całym świecie [1]. Ponadto są one najczęstszą przyczyną niezdolności do wykonywania pracy zawodowej wśród osób aktywnych zawodowo [2,3] a koszty leczenia i opieki medycznej są największe spośród wszystkich jednostek chorobowych dla których przeprowadzono analizę ekonomiczną [4,5]. Pomimo trudności metodologicznych w ocenie częstości ich występowania, związanych z brakiem obiektywnych pomiarów, nieuwzględnianiem nawrotowości choroby czy też przywoływaniem pamięciowych danych obarczonych błędem statystycznym, szacuje się, że 50-80% dorosłej populacji doświadcza bólu dolnej części kręgosłupa co najmniej raz w życiu. Co więcej, około 40% z nich zmagają się z bólem odcinka lędźwiowo-krzyżowego każdego

roku, a 15-20% odczuwa te dolegliwości przez cały czas [6-9].

W oparciu o badania epidemiologiczne wyodrębniono 3 główne kategorie czynników ryzyka zbk. Są to: 1) czynniki indywidualne i związane ze stylem życia, 2) czynniki fizyczne i biomechaniczne oraz 3) czynniki psychospołeczne [10]. W ostatnich latach znacząco wzrosło zainteresowanie ostatnią grupą czynników, wśród których wymienia się: lęk, depresję, stres czy też niski poziom zadowolenia z pracy, jednakże ich wartość predykcyjna w rozwoju zbk jest niewielka. Dane naukowe sugerują jednak, że czynniki psychologiczne i społeczne odgrywają istotną rolę w podtrzymywaniu choroby oraz przechodzeniu bólu ze stadium ostrego w stadium przewlekłe [11-13]. Mankament stanowi jednak niewielka liczba opracowań empirycznych dotyczących omawianego zagadnienia. W związku z tym, stwarza to potrzebę prowadzenia dalszych badań w tym zakresie z uwzględnieniem szerszego spektrum czynników psychospołecznych.

CEL BADAŃ

Celem badań było określenie związku pomiędzy wybranymi zmiennymi osobowościowymi (poczucie koherencji, stopień samoakceptacji choroby) a nasileniem dolegliwości bólowych dolnego odcinka kręgosłupa. Koncepcja Antonovsky'ego zakłada, że osoby z silnym poczuciem koherencji dysponują dużymi, uogólnionymi zasobami odpornościowymi, które ukierunkowują nadawanie znaczeń powszechnie występującym stresorom (wymaganiom, które rodzą stan napięcia) oraz mechanizmom radzenia sobie z nimi [14]. Z kolei wysoki stopień akceptacji choroby pozwala na racjonalną ocenę sytuacji w jakiej znajduje się pacjent oraz przejawia się mniejszym nasileniem negatywnych reakcji i emocji związanych z chorobą [15]. W oparciu o dokonany przegląd literatury wysuwa się hipotezę, że niskie poczucie koherencji oraz niski stopień akceptacji choroby związany jest z silniejszym odczuwaniem dolegliwości bólowych w badanej grupie.

MATERIAŁ I METODA

Do badania zaproszono 93 pacjentów (43 kobiety, 50 mężczyzn) z rozpoznaniem choroby dyskowej odcinka lędźwiowego kręgosłupa, na podstawie aktualnego wyniku rezonansu magnetycznego. Badanie przeprowadzono w okresie od listopada 2014 roku do września 2015 roku w Olkuskim Centrum Rehabilitacji oraz Centrum Medyczno-Rehabilitacyjnym „Marlibo-Medica” w Olkuszu. Średnia wieku badanych – 59,26 roku (SD=13,55). Wiek kobiet i mężczyzn nie różnił się istotnie statystycznie ($p=0,78$). Zastosowano następujące kryteria włączenia do badania: wyrażenie zgody na uczestnictwo w badaniu, wiek powyżej 18 roku życia, poziom sprawności intelektualnej pozwalający na zrozumienie oraz udzielenie odpowiedzi na pytania zawarte w ankiecie oraz brak farmakologicznego leczenia zbk w przeciągu ostatnich 3 miesięcy. Kryteria wyłączenia: przebyte urazy traumatyczne oraz operacje w obrębie odcinka lędźwiowo-krzyżowego

kręgosłupa, obecność schorzeń ginekologicznych w wywiadzie wśród badanych kobiet.

W badaniu posłużono się opisanymi poniżej, polskimi wersjami kwestionariuszy:

1. Kwestionariusz Orientacji Życiowej (SOC-29, *The Sense of Coherence Questionnaire*). Opracowany został przez Aarona Antonovsky'ego. Jest narzędziem pozwalającym oszacować ogólny poziom poczucia koherencji, jak również poziomy jego trzech składowych, tj. poczucia zrozumiałości (PZR), poczucia zaradności (PZ) oraz poczucia sensowności (PS). Skala składa się z 29 stwierdzeń, a odpowiedzi na nie punktowane są w 7-stopniowej skali Likerta, gdzie 1 oznacza, że dane nastawienie występuje zawsze, z kolei 7 - dane nastawienie nie występuje nigdy. Uzyskane wartości punktowe są sumowane, a im wyższy wynik punktowy, tym wyższa wartość każdego komponentu oraz większe poczucie orientacji życiowej [16,17].

2. Skala wzrokowo-analogowa (VAS, *Visual Analogue Scale*). Skala stanowi wiarygodne narzędzie umożliwiające określenie nasilenia bólu. Pomiar dokonywany jest poprzez zaznaczenie przez respondenta na 10 punktowej skali natężenia bólu od 0 - zupełny brak bólu do 10 - najsilniejszy wyobrażalny ból [18].

3. Kwestionariusz Oswetry (ODI, *Oswetra Disability Index*). Opracowany został w celu oceny stopnia niepełnosprawności spowodowanej bólem kręgosłupa w odcinku piersiowo-lędźwiowym. Badany udziela odpowiedzi na 10 pytań dotyczących: nasilenia bólu i jego zmienności, podnoszenia przedmiotów, siedzenia, spania, podróżowania, pielęgnacji, chodzenia, stania oraz życia towarzyskiego. Odpowiedzi klasyfikowane są w 6-stopniowej skali Likerta od 0 do 5. Sumaryczny wynik przedstawia się w skali punktowej 0-50 lub w skali procentowej 0-100%, określający tym samym stopień niepełnosprawności badanego (im mniejsza liczba punktów, tym lepszy stan pacjenta). Skala punktowa ocen niepełnosprawności przedstawia się następująco: 0-4 pkt – brak niepełnosprawności, 5-14 pkt – niewielka; 15-24 pkt – mierna; 25-34 pkt – poważna; >35pkt – całkowita [19]

4. Skala Akceptacji Choroby (AIS, *Acceptance of Illness Scale*). Składa się z ośmiu stwierdzeń odnoszących się do konsekwencji złego stanu zdrowia, uznania ograniczeń narzuconych przez chorobę: braku samowystarczalności, poczucia zależności od innych, czy też obniżenia poczucia własnej wartości. Odpowiedz udzielona na każde stwierdzenia punktowana jest od 1 (zdecydowanie zgadzam się) do 5 (zdecydowanie nie zgadzam się). Uzyskany sumaryczny wynik w zakresie od 8 do 40 punktów jest miarą stopnia akceptacji choroby. Niski wynik punktowy wskazuje na brak akceptacji oraz problemy emocjonalne związane z chorobą. Kwestionariusz znajduje zastosowanie

w każdej jednostce chorobowej [15].

Uzyskane dane poddano analizie statystycznej przy użyciu pakietu statystycznego STATISTICA StatSoft w wersji 10.0. Hipotezę o normalności rozkładu weryfikowano za pomocą testu Shapiro-Wilka. Ilościowego przedstawienia danych dokonano za pomocą statystyk opisowych. Obliczono wartości średnie (M), odchylenia standardowe (SD) oraz wartości minimum (MIN) i maksimum (MAX). Zależności między analizowanymi zmiennymi określono przy użyciu współczynnika korelacji Pearsona, natomiast istotność różnic posługując się testem T-studenta lub analizą wariancji ANOVA. Za istotne statystycznie przyjęto wyniki spełniające warunek: $p < 0,05$.

WYNIKI

W analizowanej grupie 42% (n=39) osób posiadało wykształcenie zawodowe, 39% (n=36) wykształcenie wyższe a 19% (n=18) wykształcenie średnie. Pracę fizyczną wykonywało 48 osób (52%), natomiast pracę umysłową 45 badanych (48%). 37 osób, co stanowiło 40%, deklarowało wykonywanie pracy zawodowej w zmiennej pozycji. Nieznacznie mniej badanych (36 osób, 39%) przyjmowało pozycję siedzącą a najmniej pozycję stojącą (20 osób, 21%).

Średni czas występowania dolegliwości bólowych w badanej grupie wynosił $3,86 \pm 2,93$ lat (od 1 do 7 lat). Zdecydowana większość badanych (n=58, 62%) doświadczyła co najmniej 4 epizodów bólowych w ciągu życia. Dla 7 osób (7%) był to pierwszy incydent bólowy, dla 12 osób (13%) ponowny (drugi) nawrót choroby, z kolei po raz trzeci dolegliwości doznało 16 osób (18%). Na podstawie wyniku badania neuroobrazowego (rezonans magnetyczny) odnotowano następujące poziomy lokalizacji choroby dyskowej: L2-L3 (2%, n=2), L3-L4 (8%, n=7), L4-L5 (39%, n=36), L5-S1 (32%, n=30). W przypadku dyskopatii wielopoziomowych były to segmenty: L3-L4-L5 (2%, n=2) oraz L4-L5-S1 (17%, n=16). Centralnie w części lędźwiowej kręgosłupa ból odczuwało 34 osób (37%), natomiast asymetrycznie (po stronie prawej lub lewej w odcinku lędźwiowym) 15 osób (16%). Promieniowanie bólu do kończyny dolnej zgłosiło 44 (47%) badanych, w tym: do okolicy pośladka – 13 osób (14%), uda – 16 osób (17%), podudzia – 9 osób (10%), stopy – 6 osób (6%).

W tabeli I przedstawiono statystyki opisowe zastosowanych narzędzi badawczych, uwzględniając wszystkich badanych, jak również stosując podział ze względu na płeć.

Tabela I. Statystyki opisowe dotyczące poczucia koherencji (SOC-29) i tworzących go komponentów (PZR, PZ, PS), stopnia akceptacji choroby (AIS), nasilenia bólu (VAS) oraz stopnia niepełnosprawności spowodowanego bólem kręgosłupa (ODI).

ZMIENNA	Całość (n=93)	Kobiety (n=43)	Mężczyźni (n=50)
	M±SD (min-max)	M±SD (min-max)	M±SD (min-max)
Poczucie zrozumiałości [PZR]	49,21 ± 9,05 (26-76)	48,54 ± 8,74 (26-69)	50,98 ± 11,26 (28-76)
Poczucie zaradności [PZ]	44,10 ± 7,74 (28-63)	38,84 ± 8,81 (28-53)	46,88 ± 9,89 (32-63)
Poczucie sensowności [PS]	42,23 ± 8,54 (19-61)	40,66 ± 9,03 (19-53)	45,38 ± 8,16 (26-61)
Poczucie koherencji [SOC-29]	135,54 ± 25,61 (85-190)	128,04 ± 22,39 (85-170)	143,24 ± 24,48 (92-190)
Akceptacja Choroby [AIS]	30,87 ± 6,96 (14-37)	32,47 ± 6,82 (18-37)	28,63 ± 7,54 (14-36)
Skala bólu [VAS]	6,35 ± 3,16 (3-10)	5,76 ± 2,86 (3-10)	7,04 ± 2,98 (4-10)
Skala Oswetry [ODI]	29,59 ± 16,99 (9-40)	27,63 ± 15,28 (9-36)	33,15 ± 14,33 (11-40)

Różnice istotne statycznie ze względu na płeć dotyczyły: PZ ($p<0,001$), PS ($p<0,001$), SOC ($p<0,001$) oraz ODI ($p<0,001$). Nie odnotowano ich w przypadku: PZ ($p=0,193$), VAS ($p=0,092$) oraz AIS ($p=0,376$).

Stopień zaawansowania niesprawności kręgosłupa w odcinku lędźwiowym w badanej grupie przedstawiał się następująco: brak niepełnosprawności ($n=0$), niewielka niepełnosprawność ($n=8$, 9%), mierna ($n=35$, 37%), poważna ($n=39$, 42%), całkowita ($n=11$, 12%). Brak akceptacji choroby stwierdzono u 11 (12%) badanych, natomiast umiarkowany i wysoki jej stopień, odpowiednio u 59 (63%) i 23 (25%) badanych.

Traktując badanych jako całość, stwierdzono znamiennej statystycznie zależność między poczuciem koherencji a: nasileniem dolegliwości bólowych mierzonych w skali VAS (SOC-VAS: $r=-0,37$, $p<0,001$; PZR-VAS: $r=-0,43$, $p<0,001$; PZ-VAS: $r=-0,28$, $p<0,05$; PS-VAS: $r=-0,26$, $p<0,05$) oraz stopniem niepełnosprawności w Skali Oswetry ($r=-0,49$, $p<0,001$). Samoakceptacja choroby również ujemnie korelowała z natężeniem bólu ($r=-0,33$; $p<0,05$) i stopniem niesprawności w skali ODI ($r=-0,22$, $p<0,05$)

W kolejnym etapie analizy dokonano porównania badanych zmiennych ze względu na poziom poczucia koherencji oraz stopnia akceptacji choroby. Na podstawie średniej poczucia koherencji ($M=135,54$) podzielono badanych na 2 grupy: osoby o niskim SOC (w zakresie od 85 do 135 pkt) oraz osoby o wysokim SOC (od 136 do 190 pkt). Określając stopień akceptacji choroby przyjęto 3 przedziały punktowe (zgodnie z Felton i wsp. [15]): 8-18 pkt – brak akceptacji choroby, 19-29 pkt – umiarkowany stopień akceptacji, 30-40 pkt – wysoki stopień akceptacji choroby. W tabelach II i III zaprezentowano uzyskane rezultaty.

Tabela II. Zróżnicowanie nasilenia dolegliwości bólowych kręgosłupa według Skali Oswetry (ODI) w zależności od stopnia poczucia koherencji oraz stopnia akceptacji choroby.

Zmienna	Całość (n=93)		Kobiety (n=43)		Mężczyźni (n=50)	
	M±SD	p	M±SD	p	M±SD	p
Niski SOC	32,74 ± 15,75	0,0000*	30,96 ± 16,66	0,0000*	34,12 ± 14,82	0,0000*
Wysoki SOC	26,82 ± 15,03		24,27 ± 15,31		28,63 ± 15,19	
Niski AIS	31,42 ± 14,04	0,0106*	28,79 ± 15,29	0,0247*	32,56 ± 14,55	0,0064*
Średni AIS	29,47 ± 14,57		28,04 ± 14,76		29,42 ± 14,09	
Duży AIS	27,58 ± 12,64		26,12 ± 13,95		28,11 ± 14,17	

*różnice istotne statystycznie

Tabela III. Zróżnicowanie nasilenia dolegliwości bólowych kręgosłupa według Skali Wzrokowo-Analogowej (VAS) w zależności od stopnia poczucia koherencji oraz stopnia akceptacji choroby.

Zmienna	Całość (n=93)		Kobiety (n=43)		Mężczyźni (n=50)	
	M±SD	p	M±SD	p	M±SD	p
Niski SOC	7,11 ± 3,02	0,0004*	6,13 ± 2,98	0,0000*	7,29 ± 3,13	0,0000*
Wysoki SOC	5,44 ± 2,94		4,24 ± 2,36		5,56 ± 2,85	
Brak AIS	7,33 ± 3,07	0,0000*	6,28 ± 2,99	0,1036	7,36 ± 3,15	0,0722
Średni AIS	5,89 ± 2,61		5,88 ± 2,72		6,67 ± 2,87	
Duży AIS	5,38 ± 2,79		5,01 ± 2,76		6,02 ± 2,89	

*różnice istotne statystycznie

DYSKUSJA I OMÓWIENIE WYNIKÓW

Według definicji Międzynarodowego Towarzystwa Badania Bólu (ang. *International Association for the Study of Pain*) ból jest nieprzyjemnym doznaniem czuciowym i emocjonalnym związanym z aktualnie występującym lub zagrażającym uszkodzeniem tkanek lub też doznaniem opisywanym w kategoriach takiego uszkodzenia [20]. Pełni on funkcję ostrzegawczo-informacyjną, wyzwalając odruchową i behawioralną odpowiedź organizmu mającą na celu ograniczenie do minimum skutków uszkodzenia [21].

U podłoża odczuwania i uświadamiania doznań bólowych leżą złożone zjawiska neurofizjologiczne i neurochemiczne, wpływające ostatecznie na doznania bólowe w ośrodkowym układzie nerwowym. Proces nocycypcji obejmuje transdukcję (przetwarzanie), transmisję (przewodzenie) oraz modulację, a końcowym jego etapem jest percepcja - w którym przetwarzanie i modulacja współdziała z indywidualną konstrukcją emocjonalną, aby wywołać końcowe, subiektywne doznanie, które postrzegane jest jako ból [22,23]. Osobnicza wrażliwość na ból

sprawia, że niektóre osoby bardzo mocno reagują nawet na niewielkie bodźce bólowe [24]. Wynika to z faktu, iż natężenie bólu modelowane jest przez sferę poznawczą i emocjonalną. W sferze poznawczej, odczuwanie bólu zależy głównie od obrazu własnej choroby i wyobrażeń z nią związanych. Wyolbrzymiony bądź zniekształcony obraz własnej choroby uruchamia reakcje emocjonalne, które obniżają próg tolerancji bólu – zwiększając na tej drodze odczucia bólowe [21,25].

Niniejsza praca koncentrowała się na określeniu wpływu poziomu poczucia koherencji oraz stopnia akceptacji choroby, jako predyktorów wpływających na nasilenie odczuwanych dolegliwości bólowych odcinka lędźwiowego kręgosłupa. Pod pojęciem uogólnionych zasobów odpornościowych Antonovsky rozumiał przekonanie o spójności świata, wyrażająca stopień, w jakim człowiek ma dominujące, trwałe, choć dynamiczne poczucie pewności, że: (1) bodźce napływające w ciągu życia ze środowiska wewnętrznego i zewnętrznego mają charakter ustrukturyzowany, są przewidywalne i wytłumaczalne; (2) dostępne są zasoby, które pozwalają sprostać wymaganiom stawianym przez bodźce; (3) sprostanie tym wymaganiom jest warte zaangażowania i wysiłku [14]. Spośród tworzących go komponentów największe znaczenie wydaje się mieć poczucie zrozumiałości, które dotyczy oceny bodźców ze względu na ich powtarzalność, przewidywalność i zrozumienie. Im lepsza taka ocena, tym mocniejsze poczucie, że wydarzenia można zrozumieć i przewidzieć [14]. Analizując dane zaprezentowane w tabeli I, średnie wartości uzyskane w kwestionariuszu orientacji życiowej wskazują na umiarkowany poziom poczucia koherencji w badanej grupie. Biorąc pod uwagę wszystkie składowe SOC, najwyższe wartości uzyskali badani w poczuciu zrozumiałości, najniższe natomiast w poczuciu sensowności. Płeć w sposób istotny statystycznie różnicowała badaną grupę. Kobiety charakteryzowały się niższym poczuciem koherencji nie tylko w wymiarze ogólnym, ale i w zakresie poczucia zrozumienia, sensowności i zaradności. W odniesieniu do akceptacji choroby, średni wynik punktowy wyniósł 30,87 pkt i był on wyższy niż w przypadku doniesień dotyczących innych jednostek chorobowych (rak piersi, rak macicy, białaczka, cukrzyca, zawał serca) [15, 26-28]. Uzyskanie wyższego stopnia akceptacji choroby w badaniach własnych wynika najprawdopodobniej z doboru badanej grupy. Pomimo narzucanych wielu ograniczeń funkcjonalnych oraz wpływu na różne obszary funkcjonowania chorego człowieka, bóle kręgosłupa charakteryzują się szerokim wachlarzem możliwości zastosowania leczenia zachowawczego (fizykoterapia, kinezyterapia, metoda McKenzie, terapia manualna) oraz ich rokowanie jest o wiele lepsze niż w przypadku innych schorzeń przewlekłych, postrzeganych jako terminalne bądź nieuleczalne. Ponadto najliczniejszą grupę stanowiły osoby, u których odnotowano co najmniej 4 epizody bólowe, co również może rzutować na uzyskany rezultat punktowy - jako wynik przystosowania się do choroby oraz wypracowania schematów radzenia sobie z ograniczeniami i konsekwencjami wynikającymi z niej,

takimi jak ból. Znaczenie wydaje się mieć także średni wiek badanych oraz panujący wśród społeczeństwa pogląd dotyczący powszechności występowania tego typu dolegliwości w pewnym wieku.

Średni wynik punktowy uzyskany za pomocą Kwestionariusza Oswetry wyniósł 29,59 pkt. U większości badanych osób stwierdzono niewielki i mierny stopień niesprawności (rycina I). W analizowanym materiale odnotowano także istotne statystycznie różnice ze względu na dymorfizm płciowy badanych. U mężczyzn odnotowano większe nasilenie dolegliwości bólowych – względem kobiet. Na podstawie dotychczasowych badań szacuje się jednak, że dolegliwości bólowe dolnego odcinka kręgosłupa w większym stopniu dotyczą kobiet [29]. Odsetek badanych wykonujących pracę fizyczną oraz pracę umysłową, jak również, przyjmujących w trakcie wykonywanej pracy pozycje: stojącą, siedzącą i zmienną - przedstawiał się na zbliżonym poziomie, co niejako pozwala wykluczyć te czynniki jako rzutujące na uzyskany wynik punktowy.

Analiza zależności wykazała istotny statystycznie wpływ analizowanych zmiennych na stopień niesprawności oraz odczuwanie dolegliwości bólowych kręgosłupa. Przyjmując za kryterium podziału poziom koherencji (tabela II i tabela III), stwierdzono, że chorzy o wyższym poczuciu koherencji odczuwają mniejsze nasilenie dolegliwości bólowych oraz charakteryzują się mniejszym stopniem niepełnosprawności funkcjonalnej w porównaniu do osób z niskim poczuciem globalnej orientacji życiowej. Te same wnioski wysuwa się na podstawie podziału chorych ze względu na stopień akceptacji choroby. Odnotowane wyniki są zbieżne z wynikami innych badaczy w których oceniano wpływ czynników natury psychologicznej na intensywność dolegliwości bólowych [30-33]. Woby i wsp., stwierdzili, że wysoki poziom myślenia katastroficznego oraz niski poziom poczucia własnej skuteczności są związane z intensywniejszym odczuwaniem bólu u osób cierpiących na tę dolegliwość. Podkreślają oni jednak, iż dokładne mechanizmy leżące u podstaw tej zależności pozostają w dalszym ciągu niejasne [30]. Hildebrandt i wsp., wskazują na istotną rolę subiektywnego nastawienia do niepełnosprawności wynikającej z choroby kręgosłupa. W przeprowadzonym badaniu, nastawienie pacjenta do pracy oraz czynniki psychologiczne (przeżywanie, radzenie sobie ze stresem) miały znaczący wpływ na skuteczność prowadzonego leczenia oraz warunkowało krótszy okres absencji w pracy z powodu zgłaszanych dolegliwości [31]. W innych badaniach Foster i wsp., donoszą, że przekonanie pacjenta, iż problem bólowy i inne objawy związane z chorobą dolnego odcinka kręgosłupa będą pojawiać się w przyszłości oraz niskie poczucia własnej skuteczności jak również zdolności do samoregulacji i kontroli nad bólem prowadzą do pogłębiania powstałej niesprawności [32,33].

WNIOSKI

Badani o wyższym poczuciu koherencji oraz wysokim stopniu akceptacji choroby

odczuwają mniejsze nasilenie dolegliwości bólowych oraz charakteryzują się mniejszym stopniem niepełnosprawności funkcjonalnej w porównaniu do osób z niskim poczuciem globalnej orientacji życiowej oraz niskim stopniem akceptacji choroby.

PIŚMIENNICTWO

1. Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2012; 380 (9859): 2163-2196. doi: 10.1016/S0140-6736(12)61729-2. Erratum in: *Lancet*. 2013; 381 (9867): 628. AlMazroa, Mohammad A.
2. Lidgren L. The bone and joint decade 2000-2010 *Bulletin of the World Health Organization* 2003; 81(9): 629.
3. Waddell G. *Epidemiology Review*. Annex to CSAG Report on. Back Pain. HMSO, London 1994
4. Maniadakis N, Gray A The economic burden of back pain in the UK. *Pain* 2000; 84: 95-103.
5. Rubin DI. Epidemiology and risk factors for spine pain. *Neurol Clin* 2007; 25(2): 353-371.
6. Hoy D, Brooks P, Blyth F, i wsp. The Epidemiology of low back pain. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2010; 24 (6): 769–781.
7. Ehrlich GE, Khaltaev NG. Low back pain initiative. Department of Noncommunicable Disease Management. Geneva: World Health Organization; 1999.
8. Dionne CE, Dunn KM, Croft PR, i wsp. A consensus approach toward the standardization of back pain definitions for use in prevalence studies. *Spine (Phila Pa 1976)* 2008; 33(1): 95-103.
9. Hoy D, Bain C, Williams G, i wsp. A systematic review of the global prevalence of low back pain. *Arthritis Rheum* 2012; 64(6): 2028-2037.
10. Manchikanti L. Epidemiology of low back pain. *Pain Physician* 2000; 3: 167–192.
11. Pincus T, Vogel S, Burton AK, i wsp. A systematic review of psychological factors as predictors of chronicity/disability in prospective cohorts of low back pain. *Spine*. 2002; 27: E109–E120.
12. Linton SJ. A review of psychological risk factors in back and neck pain. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2000; 25(9): 1148-1156.
13. Joukamaa M. Depression and back pain. *Acta Psychiatr Scand* 1994; 377: 83-86.
14. Antonovsky A.: *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować*. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2005,
15. Felton BJ, Revenson TA, Hinrichsen GA: AIS- acceptance of illness scale. In *Measurement tools in Promotion and Health Psychology*. Edited by Juczyński Z. Laboratory of Psychological Tests of Polish Psychological Association; Warsaw 2001.
16. Antonovsky A. The structure and properties of the sense of coherence scale. *Soc Sci Med* 1993; 36: 725–733.

17. Koniarek J, Dudek B, Makowska Z. Kwestionariusz Orientacji Życiowej. Adaptacja The Sense of Coherence Questionnaire [SOC] A. Antonovsky'ego. *Przeegl Psychol* 1993; 36 (4): 491–502.
18. Downie WW, Leatham PA, Rhind VW, i wsp. Studies with pain rating scales. *Ann Rheum Dis* 1978; 37: 378-381.
19. Fairbank J, Couper J, Davies J, i wsp. The Oswestry low back pain questionnaire. *Physiotherapy* 1980; 66: 271–273.
20. International Association for the Study of Pain, IASP Taxonomy (term: pain). <http://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1698&navItemNumber=576#Pain>. Data wejścia na stronę: 6 grudnia 2015r.
21. Dobrogowski J, Wordliczek J. *Medycyna Bólu*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2004
22. Basbaum AI, Bautista DM, Scherrer G, i wsp. Cellular and Molecular Mechanisms of Pain. *Cell* 2009; 139(2): 267-284.
23. McMahon S, Koltzenburg M. *Wall and Melzack's Textbook of Pain*. Churchill Livingstone, Edinburgh 2005.
24. Golec A. *Psychologiczne aspekty bólu*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2004.
25. de Walden-Gałuszko K. *Wybrane zagadnienia psychoonkologii i psychotanatologii*. Uniwersytet Gdański, Gdańsk 1992.
26. Wiraszka G, Lelonek B. Funkcjonowanie chorego z białaczką a akceptacja choroby nowotworowej. *Studi Med* 2008; 10: 21-26
27. Felton BJ, Revenson TA, Hinrichsen GA. Stress and coping in the explanation of psychological adjustment among chronically ill adults. *Soc Sci Med* 1984; 18: 889–898.
28. Czerw A, Religioni U, Deptała A. Assessment of pain, acceptance of illness, adjustment to life with cancer and coping strategies in breast cancer patients. *Breast Cancer* 2015; First online: 02 June 2015.
29. Waddell G. *The Back Pain Revolution*. Churchill Livingstone, Edinburgh 1998.
30. Woby SR, Roach NK, Urmston M, i wsp. The relation between cognitive factors and level of pain and disability in chronic low back pain patients presenting for physiotherapy. *Eur J Pain* 2007; 11: 869–877.
31. Hildebrandt J, Pflingsten M, Saur P, i wsp. Prediction of success from a multidisciplinary treatment program for chronic low back pain. *Spine* 1997; 22(9): 990–1001.
32. Foster NE, Bishop A, Thomas E, i wsp. Illness perceptions of low back pain patients in primary care: What are they, do they change and are they associated with outcome? *Pain* 2008; 136: 177-187.
33. Foster NE, Thomas E, Bishop A, i wsp. Distinctiveness of psychological obstacles to recovery

in low back pain patients in primary care. *Pain* 2010; 148(3): 398-406.