

Analiza zależności pomiędzy dolegliwościami bólowymi kręgosłupa a samooceną i satysfakcją życiową

Analysis of the relationship between back pain and self-esteem and life satisfaction

Słowa kluczowe: samoocena, satysfakcja życiowa, ból kręgosłupa

Key words: self-esteem, life satisfaction, back pain

Streszczenie

Wstęp. Bóle kręgosłupa lub bóle pleców są jedną z najczęściej występujących dolegliwości współczesnego społeczeństwa. W Polsce dolegliwości bólowe kręgosłupa dotyczą około 14% mężczyzn oraz 21% kobiet ze stałą tendencją wzrostową. Percepcja bólu zależna jest od czynników fizycznych, społecznych, kulturowych oraz psychologicznych. Ból może mieć negatywny wpływ nie tylko na stan emocjonalny, fizyczną sprawność czy relacje z innymi ludźmi lecz także na samoocenę i poziom jakości życia danej osoby.

Cel badań. Celem pracy było zbadanie zależności jakie występują pomiędzy dolegliwościami bólowymi kręgosłupa a samooceną i satysfakcją życiową

Materiał i metoda. Badaniami objęto 157 studentów Wyższej Szkoły Edukacji i Terapii kierunku Fizjoterapia, w tym 108 kobiet i 49 mężczyzn w średnim wieku 24 lat. W badaniu wykorzystana została metoda sondażu diagnostycznego, która obejmowała kwestionariusze: Kwestionariusz Samooceny Rosenberga (*Rosenberg Self-Esteem Scale*), Kwestionariusz Satysfakcji Życiowej (*LiSat-9*), oraz informacje o danych takich jak płeć, wiek, wykształcenie i poziomie odczuwanych dolegliwości bólów.

Wyniki badań. Stwierdzono istotny związek pomiędzy bólem kręgosłupa a poziomem satysfakcji życiowej. Wykazano również istotny związek pomiędzy dolegliwościami bólowymi kręgosłupa a samooceną, co potwierdza wcześniejsze doniesienia o wpływie samooceny na percepcję bólu.

Wnioski. Badania wskazują, iż wyższy poziom samooceny znacząco wpływa na obniżenie odczuwania dolegliwości bólowych. Ponadto z przeprowadzonych badań wynika, iż im niższy poziom bólu tym wyższy poziom zadowolenia ze swojego życia.

Abstract

Introduction. Back pain is one of the most frequently observed of ailment of contemporary society. In Poland because back pain issues concern 14% of men and 21% of women and the trend is increasing. Pain perception depends of physical, social, cultural and psychological factors. Pain can have negative impact not only on emotional condition, physical fitness or relations with other people, but also self-esteem and individual's level of life quality.

Aim of the study. The aim of the study was to examine the relationship between back pain and self-esteem and life satisfaction.

Material and methods. The study has involved 157 students of College of Education and Therapy, field of studies - physiotherapy, 108 women and 49 men, average age 24. The study was used diagnostic survey method, containing questionnaires: Rosenberg Self-Esteem Scale, Life Satisfaction Questionnaire (LiSat-9) and information about gender, age, education and the level of pain perception.

Results. The paper indicates that there is a significant relationship between back pain and the level of life satisfaction. This study shows that there is also a significant relationship between back pain and self-esteem, what confirms previous research concerning the impact of self-esteem on pain perception.

Conclusions. The research demonstrate that higher level of self esteem affect on decreasing pain perception. Furthermore, the studies shows that lower level of pain determines greater level of life satisfaction

Wprowadzenie

Współczesny kształt codziennego życia, związane z nim obciążenia fizyczne i psychiczne, a także praca, siedzący tryb spędzania wolnego czasu, przeciążenia i udogodnienia cywilizacyjne niekorzystnie wpływają na narząd ruchu, a zwłaszcza na kręgosłup [1].

Bóle kręgosłupa lub bóle pleców są jedną z najczęściej występujących dolegliwości współczesnego społeczeństwa [2]. Świadomość ich powszechności jest często intuicyjna. Dopiero konkretne liczby uświadamiają skalę problemu, który zyskał już wymiar społeczny [3]. Statystyki podają, iż około 80% ludzi doświadczyło co najmniej raz w życiu bólu kręgosłupa [4]. Z jego powodu cierpi około 75% ogólnej populacji, oraz stanowi blisko 50% ogółu problemów zdrowotnych populacji [5,6].

W Polsce dolegliwości bólowe kręgosłupa dotyczą około 14% mężczyzn oraz 21% kobiet ze stałą tendencją wzrostową [7]. Według danych Zakładu Ubezpieczeń Społecznych w Rejestrze zaświadczeń lekarskich KSI ZUS w 2011 roku zarejestrowano 18 878,1 tys. zaświadczeń lekarskich o czasowej niezdolności do pracy na łączną liczbę 246 736,7 tys. dni absencji chorobowej. Jedną z najczęściej występujących chorób powodujących tą absencję były choroby układu

kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej stanowiące 11,4% ogółu udzielonych świadczeń lekarskich na łączną liczbę 26 387,2 tys. dni [8].

Bez względu jednak na rodzaj schorzenia dolegliwością powszechnie występującą w różnych jednostkach chorobowych jest ból [9]. Jest on powszechnym i rosnącym problemem towarzyszącym zamierzonym i przypadkowym urazom, jak również pojawiającym się w trakcie życia chorobom [10]. Definiowany jest jako „nieprzyjemne wrażenie czuciowe i emocjonalne, połączone z rzeczywistym lub zagrażającym uszkodzeniem tkanek lub opisywane w kategoriach takiego uszkodzenia” [11]. Ból nie ma swoistego bodźca, lecz może być wywołany każdym bodźcem powodującym uszkodzenie tkanki, na którą zadziałał [12]. Jest on głęboko osobistym doświadczeniem, ze znaczną komponentą emocjonalną i czuciową, zależnym od subiektywnego postrzegania. Odczuwanie bólu ma swoje społeczne, kulturowe i fizyczne uwarunkowania [10]. Zainteresowanie innymi jego uwarunkowaniami - zwłaszcza psychologicznymi ma na celu wypełnienie luki istniejącej w tym obszarze badań. Wiadomym jest, iż percepcja bólu jest w dużym stopniu zależna od czynników psychologicznych, przy czym zależność ta jest dwukierunkowa: nie tylko odbiór bólu jest zależny od stanu psychicznego lecz także sam ból wywołuje określone zmiany psychiczne [9]. Zależność tą potwierdzają badania mówiące o tym, iż poza takimi czynnikami jak poczucie winy, wstyd, brak nadziei czy poczucia sensu życia, znaczący wpływ na percepcję bólu ma niska samoocena [13]. Sam ból z kolei może mieć negatywny wpływ nie tylko na stan emocjonalny, fizyczną sprawność czy relacje z innymi ludźmi, lecz także na samoocenę i poziom jakości życia danej osoby [10, 14].

Samoocena określana jako poczucie własnej wartości może różnić się poziomem, od wysokiego związanego z akceptacją i zadowoleniem z siebie, po niski wyrażający się negatywnym stosunkiem do własnej osoby i brakiem akceptacji samego siebie [15]. Badania Klinga i wsp. wykazały, iż mężczyźni mają wyższą samoocenę aniżeli kobiety [16], w przeciwieństwie do badań Martina-Albo i wsp. w grupie młodzieży studenckiej, gdzie poziom samooceny kobiet i mężczyzn był bardzo podobny [17]. Również badania Patton i wsp. [18] oraz Kobal Grum i wsp. [19] przeprowadzone w grupie uczniów nie wykazały istotnego zróżnicowania w poziomie samooceny pod względem płci, co potwierdziło się w grupie osób z dolegliwościami bólowymi kręgosłupa. W badaniach tych nie zauważono różnic pomiędzy kobietami i mężczyznami [20], podobnie jak w grupach mężczyzn z oraz bez dolegliwości bólowych [21].

Jakość życia według Światowej Organizacji Zdrowia określana jest 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” [22].

Traktowana jest jako całościowe zadowolenie z życia, na którą składa się uwarunkowana osobistymi wartościami jednostki ocena obiektywna i subiektywna [23]. Satysfakcja życiowa jest rozumiana jako subiektywny komponent jakości życia. Odnosi się do satysfakcji odczuwanej przez jednostkę w zakresie różnych dziedzin życia [24].

Jak wskazuje literatura, różnego rodzaju dolegliwości negatywnie wpływają na poszczególne aspekty życia. Może to skutkować obniżeniem pozycji społecznej i statusu materialnego, utratą pracy, możliwości zarobkowania, co w efekcie wpływa na pogorszenie jakości życia [25]. Wielu autorów wskazuje na negatywny wpływ dolegliwości bólowych na jakość życia. Bez względu na to, czy ma on postać chroniczną czy towarzyszy chorobie dyskowej kręgosłupa, może prowadzić do upośledzenia czynnościowego i znacznego obniżenia jakości życia [26, 27, 28, 30].

Cel badań

Celem pracy było poznanie zależności, jakie występują pomiędzy dolegliwościami bólowymi kręgosłupa ze szczególnym zwróceniem uwagi na poziom percepcji występujących dolegliwości i płeć, a samooceną i satysfakcją życiową.

Materiał i metody

Badaniami zostało objętych 157 studentów Wyższej Szkoły Edukacji i Terapii kierunku Fizjoterapia, w średnim wieku 24,46 lat ($SD=5,05$). 68,8% badanych stanowiły kobiety a 31,2% mężczyźni.

Większość badanych (91,7%) miała wykształcenie średnie, 2,5% miało wykształcenie wyższe licencjackie, a 5,7% magisterskie. Ponad 66% badanych uczęszczała na studia w trybie niestacjonarnym, a blisko 44% posiadało stałe zatrudnienie.

W dniu badania najczęściej osób zamieszkiwało miasta (64,3%) a najmniej wieś (13,4%).

Ponad 83% badanych było w stanie cywilnym wolnym, 14% pozostawało w związku małżeńskim, zaś 2,5% było po rozwodzie.

Badanie przeprowadzone w ramach badań statutowych Centrum Naukowo Badawczego Postawy Ciała WSEiT w Poznaniu wykonane zostało metodą sondażu diagnostycznego, w którym wykorzystano następujące kwestionariusze: Kwestionariusz Samooceny Rosenberga (*Rosenberg Self-Esteem Scale*) składający się 10 pytań, na które odpowiedzi od „zdecydowanie się nie zgadzam” do „zdecydowanie się zgadzam” umieszczone były na czterostopniowej skali Likerta (maksymalna liczba punktów to 40), Kwestionariusz Satysfakcji Życiowej (*Life Satisfaction*

Questionnaire LiSat-9), w którym w skali od 1-6 oceniano życie jako całość, jak również poszczególne dziedziny życia jak np. możliwości samoobsługowe, sytuację finansową, czy kontakty z przyjaciółmi i znajomymi, czy metryczkę zawierającą najistotniejsze dane osobowe jak płeć, wiek, miejsce zamieszkania, oraz informację o stopniu nasilenia dolegliwości bólowych w ostatnich 6 miesiącach.

Grupa badanych osób została podzielona w zależności od płci oraz stopnia nasilenia dolegliwości bólowych na grupę „bez bólu” (BB) (n=25), „ból słaby” (BS) (n=79) i „ból mocny” (BM) (n=53).

Analiza statystyczna przeprowadzona została za pomocą programu MedCalc wersja 12.2.1.0.

Wyniki badań

Dolegliwości bólowe, Samoocena i Satysfakcja Życiowa

W badanej grupie 157 studentów połowa z nich odczuwała dolegliwości bólowe na słabym poziomie (50,3%). 33,8% swój ból określiło jako umiarkowanie silny albo silny, a blisko 16% nie odczuwało bólu w ogóle. Samoocena tych osób kształtowała się na średnim poziomie 31 punktów, a swoje życie jako satysfakcjonujące postrzegali 90,7 % badanych ($\chi=4,80$). Najbardziej satysfakcjonujące dla badanych były możliwości samoobsługowe ($\chi=5,84$) i kontakty z przyjaciółmi i znajomymi ($\chi=5,14$), natomiast sytuacja finansowa i zawodowa były tymi, które dają najmniej zadowolenia w życiu ($\chi=3,88$ i $\chi=3,93$). Średnie wartości poszczególnych aspektów życia zostały przedstawione w tabeli poniżej.

Tab. 1. Poziom satysfakcji życiowej

Zmienna	χ	SD
Życie jako całość	4,83	0,782
Możliwości samoobsługowe	5,84	0,437
Sposób spędzania czasu wolnego	4,39	0,966
Sytuacja zawodowa	3,93	1,069
Sytuacja finansowa	3,88	1,099
Życie seksualne	5,04	1,109
Relacje z partnerem	5,01	1,036
Życie rodzinne	4,99	0,972
Kontakty z przyjaciółmi i znajomymi	5,14	0,782
Indeks satysfakcji życiowej	4,80	0,593

Dolegliwości bólowe a samoocena i satysfakcja życiowa

Analiza wyników wykazała, iż istnieje istotny związek między dolegliwościami bólowymi a samooceną $p < 0.05$, jak również pomiędzy dolegliwościami bólowymi a satysfakcją życiową $p < 0.05$.

Uzyskane wyniki przy podziale na grupy wskazują iż osoby, u których ból był określony jako silny charakteryzowały się niższą samooceną aniżeli osoby, u których ból był na średnim poziomie lub nie występował w ogóle. Podobnie satysfakcja z życia była najniższa u osób z silnymi dolegliwościami bólowymi, a najwyższa wśród osób bez bólu.

Analiza wariancji ANOVA w zakresie samooceny nie wykazała istotnych różnic pomiędzy trzema grupami (BM, BS, BB) ($F=2,017$, $p=0,137$), podobnie jak w przypadku satysfakcji życiowej ($F=0,981$, $p=0,377$). Analiza post hoc testem Student-Newman-Keules wykazała jednak, iż istotne różnice w satysfakcji życiowej dostrzegane są wyłącznie między mężczyznami z grup o mocnym (BM) i słabym (BS) odczuwaniu bólu ($F=3,248$, $p=0,048$).

Przeprowadzona analiza poszczególnych aspektów życia w zależności od poziomu dolegliwości bólowych wykazała istotne statystycznie różnice w zakresie sposobu spędzania czasu wolnego oraz sytuacji finansowej. Różnice te dostrzegane były w przypadku spędzania wolnego czasu między grupą BM i BB (Kruskal-Wallis test $KW=5,4211$, $p=0,0497$), natomiast w zakresie sytuacji finansowej pomiędzy grupą BM i BS ($KW=9,4208$, $p=0,0054$). Wśród badanych grup wykazano również, iż poziom zadowolenia różni się istotnie wyłącznie między mężczyznami z grupy BM i BS oraz BM i BB w zakresie możliwości samoobsługowych ($KW=7,0948$, $p=0,0008$), sytuacji finansowej ($KW=5,9396$, $p=0,0400$) oraz relacji z rodziną ($KW=6,2748$, $p=0,0318$).

Dokładne wartości liczbowe zmiennych w zależności od stopnia nasilenia dolegliwości bólowych prezentuje Tabela 2.

Tab. 2. Poziom samooceny i satysfakcji życiowej ze względu na ból

Analizowane zmienne	Grupa BM	Grupa BS	Grupa BB	wartość testu	wartość p
	$\chi \pm SD$				
Samoocena	30,00 $\pm 4,047$	31,32 $\pm 5,073$	32,00 $\pm 4,075$	2,017	0,137
Życie jako całość	4,55 $\pm 1,238$	4,92 $\pm 0,731$	4,55 $\pm 1,299$	2,5691	0,229
Możliwości samoobsługowe	5,59 $\pm 0,963$	5,83 $\pm 0,778$	5,92 $\pm 0,282$	3,6268	0,082

Analizowane zmienne	Grupa BM	Grupa BS	Grupa BB	wartość testu	wartość p
	$\chi \pm SD$				
Sposób spędzania czasu wolnego	4,16 $\pm 1,131$	4,30 $\pm 1,059$	4,75 $\pm 0,989$	5,4121	0,049*
Sytuacja zawodowa	3,33 $\pm 1,596$	3,67 $\pm 1,388$	3,54 $\pm 1,956$	1,1626	0,534
Sytuacja finansowa	3,08 $\pm 1,573$	3,92 $\pm 1,179$	3,54 $\pm 1,911$	9,4208	0,005**
Życie seksualne	3,88 $\pm 2,349$	3,82 $\pm 2,382$	3,35 $\pm 2,587$	0,2912	0,856
Relacje z partnerem	4,71 $\pm 1,649$	4,00 $\pm 2,187$	3,38 $\pm 2,533$	4,3652	0,096
Życie rodzinne	4,56 $\pm 1,577$	4,91 $\pm 1,256$	4,71 $\pm 1,517$	1,287	0,518
Kontakty z przyjaciółmi i znajomymi	4,79 $\pm 1,446$	5,08 $\pm 0,90$	5,00 $\pm 1,414$	0,9137	0,586
Indeks satysfakcji życiowej	4,69 $\pm 0,6422$	4,81 $\pm 0,473$	4,87 $\pm 0,796$	0,981	0,377

* $p < 0,0$, ** $p < 0,01$

W przypadku samooceny i indeksu satysfakcji życiowej posłużono się analizą wariancji ANOVA, w przypadku pozostałych zmiennych ze względu na niejednorodność wariancji posłużono się nieparametrycznym testem Kruskalla-Wallisa.

Płeć a samoocena i satysfakcja życiowa

Badania wykazały, iż samoocena mężczyzn jest wyższa aniżeli samoocena kobiet, zaś poziom zadowolenia ze swojego życia jest wyższy u kobiet niż u mężczyzn.

Poza sytuacją finansową i zawodową, dla kobiet najbardziej niesatysfakcjonujące było życie seksualne ($\chi = 3,54$), a dla mężczyzn relacje z partnerem ($\chi = 3,90$). Zarówno dla kobiet jak i mężczyzn aspektami przynoszącymi najwięcej zadowolenia są możliwości samoobsługowe ($\chi_{\text{kobiet}} = 5,81$, $\chi_{\text{mężczyzn}} = 5,65$) oraz kontakty z przyjaciółmi i znajomymi ($\chi_{\text{kobiet}} = 4,90$, $\chi_{\text{mężczyzn}} = 5,10$).

Nie odnotowano istotnych różnic w zakresie samooceny oraz satysfakcji życiowej z poszczególnych dziedzin życia w zależności od płci badanych osób.

Wartości liczbowe zaprezentowane zostały w Tabeli 3.

Tab.3. Poziom samooceny i satysfakcji życiowej w zależności od płci

Analizowane zmienne	Kobiety c ± SD	Mężczyźni c ± SD	wartość testu	wartość p
Samoocena	30,74	31,48	0,913	0,362
Życie jako całość	4,76 ± 0,938	4,69 ± 1,211	2362,50	0,784
Możliwości samoobsługowe	5,81 ± 0,700	5,65 ± 0,978	2223,00	0,148
Sposób spędzania czasu wolnego	4,33 ± 1,047	4,31 ± 1,170	2407,50	0,864
Sytuacja zawodowa	3,52 ± 1,579	3,55 ± 1,528	2380,50	0,696
Sytuacja finansowa	3,46 ± 1,494	3,81 ± 1,484	2062,00	0,151
Życie seksualne	3,54 ± 2,500	4,24 ± 2,097	2168,00	0,175
Relacje z partnerem	4,26 ± 2,072	3,90 ± 2,214	2251,00	0,362
Życie rodzinne	4,75 ± 1,460	4,78 ± 1,327	2501,50	0,927
Kontakty z przyjaciółmi i znajomymi	4,90 ± 1,256	5,10 ± 1,065	2302,00	0,347
Indeks satysfakcji życiowej	4,80	4,73	0,620	0,536

W przypadku samooceny i indeksu satysfakcji życiowej posłużono się testem t-Studenta w przypadku pozostałych zmiennych ze względu na niejednorodność wariancji posłużono się nieparametrycznym testem U Manna Whitney'a.

Dyskusja

Bóle kręgosłupa są jedną z najczęstszych dolegliwości, na które cierpi blisko 75% współczesnego społeczeństwa [2, 5, 6]. Przyczyniają się upośledzenia czynności [27] oraz ograniczeń między innymi w życiu zawodowym, społecznym i rodzinnym [22] obniżając tym samym jakość życia [26, 27, 28, 29]. Niniejsze badania również wykazały spadek subiektywnej jakości życia na skutek odczuwanych dolegliwości bólowych, a im ból silniejszy tym satysfakcja z życia okazuje się być niższą. Wynikać to może nie tylko z bezpośredniego wpływu bólu na samopoczucie, ale pośrednio z ograniczenia kolejnych aspektów, uniemożliwiając tym samym np. zarobkowanie i godne życie. Jak podaje Koszewski [3] w rozumieniu środków finansowych, koszty wynikające z dolegliwości bólowych kręgosłupa odnoszą się w pierwszej kolejności do bezpośrednich nakładów związanych z leczeniem, a dopiero w dalszej perspektywie do strat poniesionych na skutek nieobecności w pracy i potencjalnie utraconych korzyści. Może być to jeden z aspektów, dla których sytuacja finansowa według niniejszych badań jest najmniej satysfakcjonującą dziedziną życia.

Nie bez znaczenia w kontekście dolegliwości bólowych kręgosłupa pozostaje samoocena. Jak podaje de Waden-Gałuszko i Majkowicz [9] zależność między czynnikami psychologicznymi a percepcją bólu jest dwukierunkowa. W związku

z tym związek przyczynowo skutkowy pomiędzy percepcją bólu a samooceną może być dwojaki. Istnienie istotnej korelacji w niniejszych badaniach między bólem a samooceną potwierdza ten związek. Z jednej strony, to dolegliwości bólowe i ich odczuwanie mają negatywny wpływ na samoocenę, co potwierdza doniesienia Strong i wsp. [10]. Z drugiej strony to poczucie własnej wartości i akceptacji siebie warunkuje percepcję bólu, co potwierdza wcześniejsze badania Pyszkowskiej. Jak podaje autorka, to między innymi samoocena jest czynnikiem modyfikującym percepcję bólu oraz sposoby oceniania doznań bólowych [13].

W niniejszym opracowaniu nie zauważono istotnych statystycznie różnic w poziomie samooceny w zależności od stopnia nasilenia dolegliwości bólowych. Uzyskany wynik był jednak na granicy istotności.

Zarówno samoocena, jak i satysfakcja życiowa, okazały się być niezależne od płci badanych osób. Potwierdza to wcześniejsze doniesienia Martina Albo i wsp. [17], Kobał Grum i wsp. [19] oraz Lisanti i wsp. [20, 21] o braku różnic między samooceną kobiet i mężczyzn.

Niniejsze badania wskazują na potrzebę dalszego poszukiwania związków między dolegliwościami bólowymi a czynnikami psychologicznymi, zwłaszcza w zakresie samooceny i jej zróżnicowania poziomem subiektywnych odczuć osób cierpiących z powodu dolegliwości kręgosłupa.

Wnioski

Na podstawie przeprowadzonych badań wyciągnięto następujące wnioski:

1. Dolegliwości bólowe kręgosłupa wpływają na obniżenie poziomu satysfakcji życiowej.
2. Najbardziej satysfakcjonujące dla badanych są możliwości samoobsługowe i kontakty z przyjaciółmi i znajomymi natomiast najmniej satysfakcjonujące sytuacja finansowa i zawodowa.
3. Dolegliwości bólowe wpływają na obniżenie poziomu samooceny.
4. Wyższy poziom samooceny wpływa na obniżenie odczuwania dolegliwości bólowych.
5. Płeć nie determinuje w istotny sposób poziomu samooceny.
6. Płeć nie determinuje w istotny sposób poziomu satysfakcji życiowej.

Bibliografia:

1. Stodolny J.: Choroba przeciążeniowa kręgosłupa. Epidemia naszych czasów. Natura. Kielce 2003.
2. Pingot M., Czernicki J., Łabęcka M. i wsp.: Ocena terapii przeciwbólowej metodą wielokrotnego impulsu w zespołach bólowych kręgosłupa. *Acta Balneologica* 2010; LII (1): 4-9.

3. Koszewski W.: Bóle kręgosłupa i ich leczenie. Termedia, Poznań 2012.
4. Krukowska J., Woldańska-Okońska M., Jankowska K. i wsp.: Ocena skuteczności przeciwbólowej magnetoterapii u chorych z zespołami bólowymi kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego. *Wiad Lek* 2010; LXIII(4): 265-275.
5. Hohaus C., Ganey TM., Minkus Y. i wsp.: Cell transplantation in lumbar spine disc degeneration disease. *Eur Spine J* 2008; 17(4): 492-503.
6. Paprocka J., Jamróz E., Gałuszkiewicz E. i wsp.: Zespoły bólowe kręgosłupa u dzieci. *Wiad Lek* 2008; 61 (7-9): 183-189.
7. Dziak A., Korkosz M.: Leczenie zachowawcze bólu krzyża. *Medycyna Praktyczna* 2000; 6: 135-159.
8. ZUS. <http://www.zus.pl/files/Absencja%20chorobowa%20w%202011%20roku.pdf>.
9. de Walden-Gałuszko K., Majkowicz M.: Psychologiczno kliniczna ocena bólu przewlekłego. Akademia Medyczna, Gdańsk 2003.
10. Strong J., Unruh A.M., Wright A. i wsp.: A textbook for Therapists, DB Publishing. Warszawa 2002.
11. Merskey H., Bogduk N. Classification of chronic pain. Definitions of Chronic Pain Syndromes and Definition of Pain Terms, 2nd Edn. International Association for the Study of Pain, Seattle 1994.
12. Dziak A.: Bóle i dysfunkcje kręgosłupa. *Med. Sport*. Kraków 2007: 13-17.
13. Pyszkowska J.: Możliwości oceny bólu przewlekłego. Próba obiektywizacji oceny bólu za pomocą zmodyfikowanego arkusza oceny bólu. *Psychoonkologia* 1999; 4: 13-27.
14. Nowak E., Nowak P., Zawadzka B. i wsp.: Jakość życia chorych neurologicznie. *Studia Medyczne Akademii Świętokrzyskiej* 2003, 1: 95–99.
15. Marčič R., Kopal Grum D.: Gender differences in self-concept and self esteem components. *Stud. Psychologica* 2011; 53 (4): 373-384.
16. Kling K.C., Hyde J.S., Showers C.J. I wsp.: Gender differences in self-esteem. A meta-analysis. *Psychol Bull* 1999; 125 (4): 470-500.
17. Martin-Albo J., Núñez J.L., Navarro J.G. i wsp.: The Rosenberg self-Esteem Scale: Translation and Validation in University Students. *The Spanish Journal of Psychology* 2007; 10 (2): 458-467.
18. Patton W., Bartrum D.A., Creed P.A.: Gender differences for optimism, self esteem, expectations and goals in predicting career planning and exploration in adolescents. *Int. J. Educ. Vocat. Guidance* 2004; (4): 193-209.
19. Kopal Grum D., Lebarič N., Kolenc J.: Relation between self-concept, motivation for education and academic achievement. A Slovenian case. *Stud. Psychologica* 2004; 46 (2): 105-126.
20. Lisanti P., Verdisco L.A.: Perceived body space and self-esteem in adult females with chronic low back pain. *Orthop Nurs* 1994; 13(2): 55-63.
21. Lisanti P.: Perceived body space and self-esteem in adult males with and without chronic low back pain. *Orthop Nurs* 1989; 8(3): 49-56.
22. Kochman D.: Jakość życia, analiza teoretyczna. *Zdrowie Publiczne* 2007; 117: 242-248.
23. Felce D., Perry J.: Exploring current conceptions of quality of life: a model for people with or without disabilities. W: *Quality of life in health promotion and rehabilitation: Conceptual approaches, issues, and applications.* (red. R. Renwick, I. Brown, M. Nagler). Sage Publications, Inc. 1996.
24. Tasiemski T.: Satysfakcja z życia i aktywność sportowa osób po urazach rdzenia kręgowego. *Badania porównawcze polsko-brytyjskie.* AWF, Poznań; 2007.
25. Nowak E., Nowak P., Zawadzka B. i wsp.: Jakość życia chorych neurologicznie. *Studia Medyczne Akademii Świętokrzyskiej* 2003; 1: 95–99.
26. Bojczuk T., Przysada G., Strzypek Ł.: Wpływ ćwiczeń leczniczych na wskaźniki jakości życia u pacjentów z bólem dolnego odcinka kręgosłupa. *Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego* 2010; 1: 66-72.

27. Klimaszewska K., Krajewska-Kułak E., Kondzior D. i wsp.: Jakość życia pacjentów z zespołami bólowymi odcinka lędźwiowego kręgosłupa. *Problemy Pielęgniarstwa*, 2011; 19(1): 47-54.
28. Kerr S., Fairbrother G., Crawford M. i wsp.: Patient characteristics and quality of life among a sample of Australian chronic pain clinic attendees. *Internal Medicine Journal* 2004; 34(7): 403-409.
29. Hilgier M.: Ból przewlekły-problem medyczny i społeczny. *Przewodnik Lekarza*, 2002; 2 (1/2): 6-11.

